

دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

المؤتمر العالمي السابع

رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة
ثبت كامل لأعمال برنامج مؤتمر

العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية

في الفترة من ٩ - ١٣ محرم ١٤٢٣ هـ
الموافق ٢٣ - ٢٧ مارس ٢٠٠٢ م
الكويت

(الجزء الثاني)



تحرير

الدكتور

أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

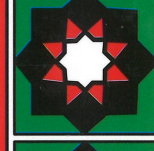
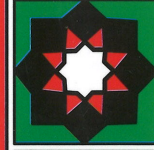
إشراف وتقديم

الدكتور

عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية

١٤٢٧ هـ - ٢٠٠٦ م



دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

المؤتمر العالمي السابع

رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة
ثبت كامل لأعمال برنامج مؤتمر

العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية

في الفترة من ٩ - ١٣ محرم ١٤٢٣ هـ
الموافق ٢٣ - ٢٧ مارس ٢٠٠٢ م
الكويت

(الجزء الثاني)



تحرير

الدكتور

أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة

الإسلامية للعلوم الطبية

إشراف وتقديم

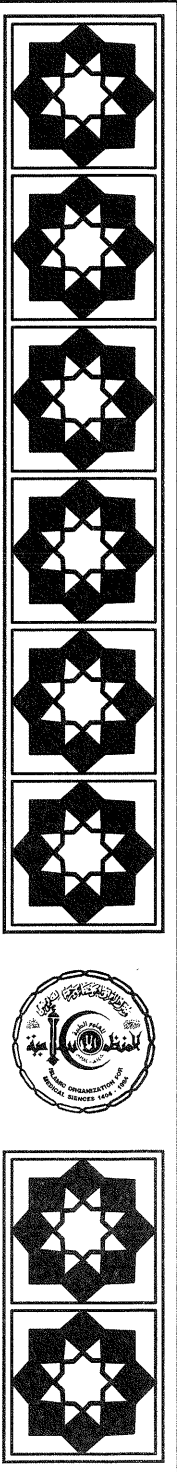
الدكتور

عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية

للعلوم الطبية

١٤٢٧ هـ - ٢٠٠٦ م



(ح) المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ٢٠٠٥م

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

٦١٣ العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية (السابع):
٢٣-٢٧ مارس ٢٠٠٢: الكويت)

المؤتمر العالمي السابع: رؤية إسلامية لبعض المشكلات... / إشراف
وتقديم عبدالرحمن عبدالله العوضي؛ تحرير أحمد رجائي الجندي. - ط ١
- الكويت: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ٢٠٠٦
ج ٢ (٦٧٥ ص) - (الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة)

١ - الصحة - مؤتمرات - العالم الإسلامي ٢ - العولمة - مؤتمرات -
العالم الإسلامي أ - العنوان ب - السلسلة ج - المنظمة الإسلامية للعلوم
الطبية: الكويت (ناشر) د. العوضي، عبدالرحمن (إشراف)
ه - الجندي، أحمد رجائي (محرر)

رقم الإيداع: 2006/00164

ردمك: 99906-34-96-3

Home Page: <http://www.islamset.com>

العنوان: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

ص.ب: ٣١٢٨٠ الصليبيخات ت: ٠٩٦٥/٤٨٣٤٩٨٤

رمز بريدي: 90803 الكويت فاكس: ٠٩٦٥/٤٨٣٧٨٥٤

iomskuwait@yahoo.com

E - mail: iomskuwait@hotmail.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تنويه :

نظرا لضخامة الكتاب فقد رأينا أن نصدره في جزأين :

١ - الجزء الأول: ويضم فهرس الكتاب، برنامج الندوة، التقديم والمقدمة وكلمات الافتتاح، الجلسات العلمية الست. الأولى وتتضمن: آثار العولمة على الدول الإسلامية والجوانب الثقافية والاجتماعية - اتفاقيات التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة والتحديات العالمية للصحة في الألفية الثالثة - العولمة والتحديات البيئية الملقاة على الصحة والتغيرات المتوقعة على خريطة الصحة العامة - العولمة وأثرها على القوى البشرية عالمياً وإقليمياً - خبرات الدول للتغلب على المشكلات الناجمة عن العولمة - قوانين الحماية الفكرية على تصنيع الأدوية وأسعارها ومخاطر وفرص صناعة الدواء في الدول النامية - التوصيات - أسماء المشاركين.

٢ - الجزء الثاني: ويضم فهرس الكتاب، برنامج الندوة، التقديم والمقدمة وكلمات الافتتاح، الجلسات العلمية الست المتبقية والتي تتضمن: - خبرات الدول في التغلب على المشاكل التي تواجه الصناعات الدوائية وأسعار الدواء - خبرات الدول النامية في صناعة الدواء والغذاء، مصر، الهند، الأردن - كيف يمكن التغلب على مشاكل العولمة باستخدام المصادر الطبيعية من النباتات الطبية وتنمية الأبحاث - والاهتمام بالأدوية الجينية - كيف يمكن توفير الأدوية الأساسية عن طريق السوق العربية الإسلامية الموحدة والشراء - كيف يمكن التغلب على التمويل وشراء الأجهزة اللازمة للدول النامية - الجزء الأول: الجوانب الأخلاقية للعولمة من منظور عالمي ومنظور إسلامي - الجزء الثاني: تابع الجوانب الأخلاقية من منظور إسلامي توفير الدواء للمواطنين - جلسة مناقشات مفتوحة - التوصيات - مناقشة التوصيات - أسماء المشاركين.

المحتويات (الجزء الأول)

| الموضوع | الصفحة |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| - تقديم | |
| سعادة معالي الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي | ١٥ |
| - مقدمة | |
| للدكتور أحمد رجائي الجندي | ٢١ |
| - برنامج المؤتمر | ٣٧ |
| - كلمة ممثل حضرة صاحب السمو أمير البلاد راعي المؤتمر "العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية" | ٥٧ |
| - كلمة منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي) | |
| معالي الدكتور: حسين الجزائري | ٦٣ |
| - كلمة منظمة الإيسيسكو | |
| الأستاذ: محمد الغماري نيابة عن معالي الدكتور: عبد العزيز التويجري | ٧١ |

- كلمة رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
معالي الدكتور: عبدالرحمن العوضي ٧٧

الجلسة العلمية الأولى آثار العولمة على الدول الإسلامية والجوانب الثقافية - والاجتماعية

- العولمة وأثرها على الدول النامية
الدكتور: مراد هوفمان ٨٧
- الجوانب الثقافية في تحديات العولمة وانعكاساتها
على الصحة من منظور إسلامي
الدكتور: أحمد صدقي الديجاني ١٠٧
- البعد الاجتماعي للعولمة من حيث ارتباطه بالخدمات الصحية
الدكتور: أبو بكر بدوي ١٣١
- * المناقشات ١٥٧

الجلسة العلمية الثانية اتفاقيات التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة والتحديات العالمية للصحة في الألفية الثالثة

- تحديات العولمة على الدول الإسلامية - اتفاقيات منظمة التجارة
العالمية ذات الصلة بالصحة.
الدكتور: محسن هلال ١٧٩

- انعكاس العولمة على الرعاية الصحية والبدائل المقترحة - تجربة مصر في مواءمة التشريعات الوطنية لتمشى مع اتفاقية التجارة

المستشار: سري صيام ٢٠٧

- التحديات الصحية في الألفية الثالثة الاجراءات التي يتعين اتخاذها.

الدكتور: عمر سليمان ٢٢٧

* المناقشات ٢٤٧

الجلسة العلمية الثالثة

العولمة والتحديات البيئية الملقاة على الصحة العامة

والتغيرات المتوقعة على خريطة الصحة العامة

- تحديات عوامل البيئة أمام الصحة العالمية

الدكتور: عبد الرحمن العوضي ٢٢٧

- العولمة: تغيير خريطة الصحة العامة

الدكتورة: جيل هاريسون ٣٠٥

- العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول النامية والإسلامية

الدكتور: بلقاسم صبري ٣١٧

* المناقشات ٣٣٧

الجلسة العلمية الرابعة

العولمة وأثرها على القوى البشرية عالميا وإقليميا

- التجارة الدولية ومهنة التمريض.

الدكتورة: سالي شاو ٣٦٣

- نحو عولمة ناجحة للخدمات الصحية والموارد البشرية
الدكتور: سمير بانوب ٣٨٣
- تأثيرات العولمة على أسواق العمالة في منطقة دول غرب آسيا
الدكتورة: بيان طيارة ٣٩٣
- * المناقشات ٤٣٥

الجلسة العلمية الخامسة خبرات الدول للتغلب على المشكلات الناجمة عن العولمة

- جدوى إنشاء منظومة عربية صحية في إطار سوق عربية مشتركة
لتوفير الوسائل الصحية والدوائية والغذائية
الدكتور: إبراهيم جميل بدران ٤٥٣
- التغيرات العالمية في مجالات التغذية والإمدادات الغذائية: أثرها
على قطاع الصحة في الدول النامية
الدكتور: عثمان جلال ٥٢٧
- تأثير اتفاقية حماية حقوق الملكية على صناعة الأدوية الجنسية في
الدول النامية
الدكتور: صالح باوزير ٥٥١
- * المناقشات ٥٩٥

الجلسة العلمية السادسة

قوانين الحماية الفكرية على تصنيع الأدوية وأسعارها ومخاطر وفرص صناعة الدواء في الدول النامية

- أثر العولمة على صناعة الدواء "المخاطر الكامنة وأساليب التغلب عليها".

الدكتور: عبد العزيز صالح ٦٢٣

- انعكاس العولمة على الرعاية الصحية والبدائل المتاحة: تجربة مصر في مواءمة التشريعات الوطنية لتمشى مع اتفاقية التجارة العالمية وتأثير ذلك على الصحة العامة.

الدكتور: محمد بهاء الدين فايز ٦٦٥

- الفرص والمخاطر أمام تطوير صناعات الأدوية في الدول النامية بعد اتفاقية حماية حقوق الملكية الفكرية.

الدكتور: ريتشارد ويلدز ٦٨٩

* المناقشات ٧١٥

* التوصيات ٧١٥

* مناقشة التوصيات ٧٤٣

* أسماء المشاركين ٧٥١

(الجزء الثاني)

الجلسة العلمية السابعة

خبرات الدول في التغلب على المشاكل التي تواجه الصناعات
الدوائية وأسعار الدواء خبرات الدول النامية في صناعة الدواء والغذاء
مصر - الهند - الأردن

- صناعة الدواء في مصر في ظل المشاركة الفعالة لمجموعة شركات
أكاديفا والإعداد لتطبيق اتفاقية الجات

الدكتور: سمير ثابت ٨٥١

- التجربة الهندية في مجال صناعة الدواء بعد اتفاقية الجات

الدكتور: س. م. كرنديكار ٨٦١

- تجربة الأردن في مواءمة التشريعات الوطنية لتتماشى
مع اتفاقية التجارة العالمية

الدكتور: أحمد البرماوي ٨٧٥

* المناقشات ٩٣٩

الجلسة العلمية الثامنة

كيف يمكن التغلب على مشاكل العولمة باستخدام المصادر الطبيعية
من النباتات الطبية وتنمية الأبحاث - والاهتمام بالأدوية الجينية
- الدواء التقليدي في ظل الرعاية الصحية وتأثير العولمة على حماية
الدواء التقليدي .

الدكتور: زانج ٩٥٧

- دور الأبحاث في الدول النامية - الأدوية الجينية أم الأدوية الحديثة
في ظل العولمة .

الدكتور: محمود محمد غراب ٩٦٧

- مركز الصحة في المملكة العربية السعودية وإمكانات التكنولوجيا

الدكتور: فهد بن صالح العريفي ٩٧٧

* المناقشات ٩٨٧

الجلسة العلمية التاسعة

كيف يمكن توفير الأدوية الأساسية عن طريق
السوق العربية الإسلامية الموحدة والشراء

- ضمان الحصول على الأدوية الأساسية في الدول النامية والدول
الأقل نموا - إطار التنفيذ .

الدكتور: جونثان كويك ١٠٠٩

- تأثير العولمة على التنمية وخدمات الرعاية الصحية في البلدان
الإسلامية

الدكتور: بيتر جراف ١٠٢٧

- أثر العولمة على برنامج المشتريات الجماعية للعقاقير الدوائية والإمدادات الطبية بواسطة دول مجلس التعاون الخليجي
الدكتور: توفيق بن أحمد خوجه
عنه الدكتور: أحمد الخطيب ١٠٤٣
- * المناقشات ١٠٦٣

الجلسة العلمية العاشرة

كيف يمكن التغلب على التمويل وشراء الأجهزة اللازمة للدول النامية

- الصحة والتنمية الاقتصادية
الدكتور: صقر أحمد صقر ١٠٧٩
- التمويل والتسعير التفضيلي للأدوية الأساسية للأقطار النامية والأقل نمواً
الدكتور: فؤاد بن غالم ١١٢١
- العولمة وخيار تكنولوجيا الصحة في العالم النامي
الدكتور: إدوارد المندورف ١١٤١
- * المناقشات ١١٨٣

الجلسة العلمية الحادية عشرة

الجزء الأول: الجوانب الأخلاقية للعولمة من منظور عالمي ومنظور إسلامي

- الجوانب الخلقية للعولمة من منظور إسلامي
الشيخ: محمد مختار السلامي ١٢٠٥

- الجوانب الأخلاقية للعولمة - الاستثمار الأخلاقي .
الدكتور: محمد هيثم الخياط ١٢٣٣
- العولمة والصحة - تطور مكانة العدالة في البلدان النامية .
الدكتور: جون براينت ١٢٥٣
- العولمة، الصحة العامة والدول الإسلامية: التأثير ورد الفعل .
الدكتور: محمد أختر ١٢٩٧
* المناقشات ١٣١٣

الجلسة العلمية الثانية عشرة

الجزء الثاني: تابع الجوانب الأخلاقية من منظور إسلامي توفير الدواء للمواطنين

- العولمة وحق الإنسان المسلم في البيئة الصحية المناسبة
الدكتور: جعفر عبد السلام ١٣٢٩
- العولمة وأثرها على السلوكيات والأخلاق .
الدكتور: عمار الطالبي ١٣٥٥
- العولمة والأخلاق - أي رهان مستقبلي؟
الدكتور: طلال عتريس ١٣٧١
* المناقشات ١٣٩٧
* التوصيات ١٤١١
* مناقشة التوصيات ١٤٢٣
* أسماء المشاركين ١٤٣١

تقديم

الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

تقديم

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

احتلت العولمة وأخبارها وانعكاساتها العناوين الرئيسية في جميع وسائل الإعلام العالمية، واختلفت الآراء حولها بين مؤيد ومعارض، وكل فريق له حججه، لكن المراقب لسير الأحداث يلحظ بأن أكثر الدول تضررا الدول النامية. . وفي الوقت نفسه تعترض الدول الصناعية الأوروبية على أمور عدة تتمركز حول الآثار الثقافية وسيادة ثقافة واحدة هي الثقافة الأمريكية واختفاء الهويات الخاصة لكل شعب من شعوب المعمورة.

لكن الدول النامية ستصاب بضرر قاتل، فرغم تأثر ثقافتها وهويتها بالعولمة إلا أن الآثار المميتة جاءت في اتفاقيات حماية الملكية الفكرية التي يطلق عليها التريس (وهي الحروف الأولى لاتفاقية حماية الملكية الفكرية).

من هذا المنطلق سارعت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية) والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو) بعقد مؤتمر عالمي حول: "العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية" بالكويت في الفترة ما بين ٢٣ - ٢٧ مارس ٢٠٠٢ وحشدت

له مجموعة متميزة من المهتمين في هذا المجال وتطرت إلى معظم الجوانب التي تؤثر سلبا وإيجابا على التنمية والصحة. وظهرت بكل الوضوح الآثار السلبية الآنية والمستقبلية على التنمية والصحة.

وقد ظهر أمران هاما:

- الأول: أن على الدول النامية والأقل نموا أن تواصل مطالباتها في جميع المحافل الدولية والإصرار على الحصول على مكاسب أخرى واستثناءات في صالحها.

- الثاني: تبين أن الاتفاقية بها العديد من الاستثناءات والثغرات التي تصب في صالح الدول النامية لكن القليل من تلك الدول تنبعت إليها وقرأتها قراءة متأنية في صالحها.

لذلك أوصى المؤتمر بالآتي: -

١ - أن تقوم المنظمة الإسلامية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة ومنظمة الإيسيسكو بتشكيل فريق عمل، يتألف من خمسة خبراء على الأكثر للقيام بالمهام الآتية: -

أ - إعداد دراسة شاملة عن إيجابيات العولمة وسلبياتها في ما يتعلق بالصحة بمفهومها الشامل وتزويد الدول الإسلامية بهذه الدراسة لتفيد منها في الجولات القادمة من التفاوض.

ب - إعداد خطة عمل لإفادة البلدان الإسلامية إفادة قصوى من إيجابيات العولمة؛ وتنمية التعاون التفاضلي فيما بينهم، وخطة عمل أخرى لتجنب هذه البلدان سلبيات العولمة والمخاطر الصحية لها، بما يضيف الطابع الإنساني على العولمة، ويولد المناعة الضرورية تجاه الجوانب السلبية الاجتماعية والثقافية للعولمة.

ج - إجراء قراءة متعمقة لاتفاقيات منظمة التجارة العالمية ولا سيما اتفاقية حقوق الملكية الفكرية (التريس TRIPS) تبين التوازنات بين حقوق جميع الأطراف، وواجباتها، ولا سيما ما يتعلق منها بالصحة العمومية وبالذواء (سواء الكيماوي أو النباتي).

د - إعداد خطة عمل لإنشاء قاعدة معلومات تتضمن جميع المعلومات المتعلقة باتفاقية حقوق الملكية الفكرية (التريس TRIPS) وسائر الأحكام المتعلقة بتصنيع الأدوية واستيرادها وتصديرها، وطرق توفير المواد الخام اللازمة لصناعة الأدوية، وطرق إنتاج الأدوية الجنيسة، وأسماء الخبراء في هذا المجال.

هـ - إعداد خطة عمل لإنشاء شبكة معلوماتية تحقق وتوفر لهم ما يستجد فيه التواصل بين العاملين في المجال الصحي والتعليم المستمر.

و - إعداد دراسة عن انتقال الخدمات ومقدمي الخدمة الصحية بين الدول، وسبل ترشيدها والتعاون في علاج المرضى باستخدام الطب الإلكتروني عن بعد.

ز - ما تراه اللجنة ضروريا لتحقيق الغاية من تشكيلها. يحدد عمل هذه اللجنة خلال مدة أقصاها ستة أشهر من تاريخ أول اجتماع لها.

٢ - أن تقوم المنظمة الإسلامية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة بتشكيل فريق عمل آخر يتألف من خمسة خبراء على الأكثر، لمتابعة التطورات في مسيرة العولمة في ما يتصل بالصحة والاستجابات المختلفة من قبل مختلف البلدان لمتطلبات منظمة التجارة العالمية وتقديم التوصيات التي تكفل مواصلة وتعميق الحوار حول العولمة والصحة في البلدان الإسلامية من خلال الشبكة المعلوماتية.

وإيماناً من المنظمات الثلاث (المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومنظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط) والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو) بضرورة العمل معاً لمواجهة الانعكاسات السلبية لاتفاقيات التبرس مع الرعاية الصحية في الدول النامية.

كلفت المنظمات الثلاث الأخوة الدكتور عبد العزيز صالح نائب المدير الإقليمي لشرق المتوسط للصحة العالمية والدكتور أحمد رجائي الجندي الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية باتخاذ الإجراءات اللازمة نحو اختيار اثنين من المهتمين بهذا الأمر، وتم التعاون مع كل من الأستاذ الدكتور محمد بهاء فايز والأستاذ الدكتور محمد الضوي لوضع هذه الوثيقة التي بين أيديكم.

وهي عبارة عن قراءة متأنية لجميع بنود الاتفاقية لمعرفة مدى إمكانية الاستفادة من الثغرات أو الاستثناءات لوضعها تحت أعين أصحاب القرار والمهتمين بالموضوع خاصة الدواء والتخطيط المستقبلي للرعاية الصحية.

الوثيقة التي بين أيدينا مساهمة متواضعة من المنظمات الثلاث لتخفيف الآلام والمعاناة عن أبناء الأمة الإسلامية للحصول على دواء آمن وفعال وبجودة عالية وبسعر مقبول.

ندعو الله أن نكون قد وفقنا إلى ما يحبه ويرضاه.

المنظمة الإسلامية للتربية
والعلوم والثقافة

الدكتور
عبد العزيز التويجري

المكتب الإقليمي لمنظمة
الصحة العالمية لشرق
البحر المتوسط

الدكتور
حسين الجزائري

المنظمة الإسلامية للعلوم
الطبية

الدكتور
عبد الرحمن عبد الله
العوضي

مقدمة

للدكتور أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الكويت

مقدمة

للدكتور أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة
الكويت

الحمد لله رب العالمين القائل ﴿وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا كَافَّةً
لِّلنَّاسِ﴾ وأصلى وأسلم على سيدنا محمد القائل " وأرسلت
للناس كافة " .

يأتي هذا المؤتمر في وقت يمر العالم فيه بمرحلة حرجة في حياته
لم يشهد لها مثيلاً، وتشير جميع المؤشرات إلى أن العالم الإسلامي
بامتداد أقطاره أكثر الدول استهدافاً وتضرراً مما يجري على الساحة
العالمية، فما لبثت أنواء الحرب الباردة تهدأ وتضع أوزارها حتى بدأ
العالم الأحادي القطب يرتب أوراق اللعبة مرة أخرى وبما يتناسب مع
المرحلة الجديدة؛ فكانت ظاهرة العولمة إحدى الظواهر المهمة التي
انقسم العالم حولها بين مؤيد ومعارض، المؤيد يرى فيها الخير والرخاء
بكسر الحدود الجغرافية والإقليمية ليتحول العالم إلى قرية كونية صغيرة
من أقصى الشمال إلى أقصى الجنوب، ومن الشرق إلى الغرب، ومن
أصقاع الأرض إلى أديانها، في الصحاري والفيافي تستطيع الاتصال دون
مشقة، أو اللجوء إلى مساعدة أحد، يمكنك مشاهدة الحدث ساعة
وقوعه بالكلمة والصورة، ولم تعد هناك أسرار يستطيع أحد أن يخفيها.

وزادت حركة اتصال الشعوب بين بعضها البعض، إذ يقدر عدد المسافرين في العام بحوالي ٧٠٠ مليون مسافر، فانتقلت البضائع الجيدة والرديئة، وتبادلت الشعوب العادات والتقاليد، وانعكس كل ذلك على الفرد وساهم العالم مع بعضه البعض أفراحه وأتراحه، ويساهم الغني في رفع المعاناة عن الفقير، ودخلت التكنولوجيا وستدخل كل أرجاء العالم، والأغذية ستتوفر من الغني إلى الفقير، والأمراض التي تعجز الدول الفقيرة عن إجراء الأبحاث عليها تقوم الدول الغنية نيابة عنها بإجراء تلك الأبحاث لوقاية وعلاج الأمراض الخبيثة وغيرها.

ويستشهدون على ذلك بثلاث دول هي الصين والهند وفيتنام، فالصين انخفض متوسط الفقر فيها من ٢٥٪ عام ١٩٧٨ إلى أقل من ٥٪، وبلغت التجارة الخارجية ٥٠٠ مليار دولار عام ٢٠٠١ والاستثمارات الأجنبية ٤٧ مليار دولار، وانطلقت الصين إلى جميع آفاق العالم بسبب اندماج الاقتصاد الصيني في الاقتصاد العالمي، وفتحت الحدود الصينية أمام دخول وخروج البضائع والأفراد، بل لعل الصين كانت الدولة النامية الوحيدة التي اشتركت بجانب ست عشرة دولة من الدول الغنية في دراسة الجينوم البشري وتملك الآن تكنولوجيا الهندسة الوراثية. وما حدث في الصين ثم في الهند وفيتنام بعد خروج الأخيرة منهكة من الحرب الأخيرة مع الولايات المتحدة الأمريكية كان علامة بارزة بضرورة اندماج الاقتصاد المحلي في العالمي ليؤتي ثماره كما حدث في تلك الدول.

ولكن ليس كل من اندمج اقتصاده المحلي في الاقتصاد العالمي ازدهر اقتصاديا فالصين اعتمدت معادلة متوازنة والهند دخلت الاقتصاد العالمي بتؤدة.

وهناك أمثلة كثيرة يسوقها المتحمسون والداعمون والمؤيدون للعولمة من بينها أيضا إدخال التكنولوجيا الحديثة التي استطاعت أن

تنقذ حياة الملايين، والأدوية الجديدة للتغلب على الأمراض وبخاصة الأمراض التي اكتسبت مناعة كبيرة ضد ما هو متوفر من أدوية، وأدخلت تكنولوجيا التعليم والعلاج عن بعد التي يمكن أن توفر الملايين من العملات في سبيل إيصال المعلومات..

وعلى الطرف الآخر من المشكلة نجد المشككين في جدواها والمعارضين لها يعتبرونها فسادا كبيرا، وستتسع الهوة بين الشمال والجنوب، بين من يملكون المعلومة ومن لا يملكون وستزداد يوما بعد يوم، ولن يتمكن من لا يملكون إلا مجاراة سرعة من يملكون، ولم يكتف الغرب بذلك بل قنن الأمر وجعله لمدة تزيد على عشرين عاما كما نصت على ذلك اتفاقية حقوق الملكية الفكرية، ثم بعد العشرين عاما سيصدر جيل جديد من الاختراعات فيحول بموجبه الجديد السابق إلى قديم، وهكذا دواليك، محكوم على الدول الفقيرة أن تظل في معاناتها أمد الدهر لأنها غير قادرة على تملك تلك المعرفة لاحتكارها، فأسعارها باهظة التكلفة، فالشركات الاحتكارية تحاول استرداد ما أنفقته على الأبحاث بصورة سريعة ومبالغ فيها وجشع يكاد يخنق الدول النامية.

وأبسط مثال على ذلك مرض الإيدز الذي أصبح عالمي الهوية، فلا يوجد بلد مهما أحكم قبضته على حدوده إلا وظهر فيه ذلك الطاعون... ماذا قدمت الدول الغنية للفقيرة... أجرت الأبحاث وتوصلت إلى نتائج مبشرة بالخير حيث تصل تكلفة علاج الفرد مابين ١٠٠٠٠ (عشرة آلاف دولار) و ١٢٠٠٠ (اثني عشر ألف دولار) في السنة، وأصرت الشركات المنتجة على تقديمه إلى الدول النامية بتلك التكلفة، بل إنها قدمت حكومة جنوب أفريقيا للمحاكمة، هل هذه عدالة؟ وفي الوقت نفسه ساهمت الدول الفقيرة في تلك الأبحاث بالسماح بإجراء التجارب على أبنائها ظنا منها أن جزاءها سيكون جزءا

ولو بسيطاً من الكعكة، . . . بل الأسوأ من ذلك فإن الشركات المنتجة عارضت معارضة شديدة أن تقوم دولة مثل الهند بتقديم نفس الدواء ولكن بسعر أرخص .

مثال آخر التدخين وتجارة التبغ من كان وراء انتشارهما في الدول النامية والفقيرة كانتشار النار في الهشيم؟ الدول المصنعة كانت وراء إدخال هذا الوباء الخطير إلى الدول النامية، بل رأينا أن البند الثاني لنائب رئيس دولة كبرى في أجندة محادثاته مع المسؤولين في الصين السماح بالإعلان عن السجائر في وسائل الإعلام الصينية ويحدث ذلك برغم يقين تلك الدول من مخاطر التدخين وبأنها تجارة لا أخلاقية، بل الأدهى والأمر أن الدول الغربية بذلت جهوداً كبيرة لنشر الوعي عن مخاطره فأنحسر التدخين في الدول الغربية، ولم تتوان الدول المنتجة والشركات المصنعة عن زيادة هموم الدول الفقيرة ومعالجتها ولم تكتف بما تعانيه تلك الدول بأمراضها المتوطنة التي تنهش أبناءها وبسوء التغذية التي يعاني منه أبنائها أن تهديها سموماً أخرى أكبر فتكا وهو التدخين لتعويض خسائرها الناجمة عن إحجام مواطني الدول الغربية عن التدخين نتيجة زيادة الوعي لديها. . . . هل هذه مكافأة الغرب والدول الغنية إلى الدول الفقيرة؟

مثال ثالث: التلوث العالمي للبيئة ساهمت فيه الدول الغنية قبل الفقيرة، فجميع المصانع التي أنتجتها وأسمتها مصانع غير صديقة للبيئة صدرتها إلى الدول النامية والفقيرة، وأصدرت الدول الغنية قوانين داخلية تحظر إنشاءها أو تشغيلها في بلادها، فانخفضت نسبة التلوث فيها بينما تعاني الآن الدول النامية مما استوردته من الدول الغنية من تلك المصانع، ولم تكن تتصور أنها مقدمة على الانتحار. . . بل الأمر والأدهى أننا نجد دولة مثل أمريكا لا توافق على التوقيع على اتفاقية حماية البيئة، وتمثل الغازات المنبعثة منها ١٣٪ من مجموع الغازات

المنبعثة من العالم. والعالم الثاني يدفع الثمن من صحة أبنائه، والعالم الغني يقف متفرجا إن لم يكن مساهما في تدمير بيئته.

مثال رابع: الغذاء... ويقصد بالغذاء أمور ثلاثة، أولها الغذاء الذي وفد إلى الدول النامية تحت مسمى الأغذية السريعة Fast Food ويعتبره الكثيرون استعمارا جديدا، لأنه يمثل ثقافة عامة، ورغم قيمته الغذائية المتدنية ومخاطره الكبيرة على الصحة لاحتوائه على نسبة عالية من المواد الدهنية إلا أنه استطاع بكل جدارة أن يحل محل الأغذية الوطنية، ولذلك فإن خريطة الأمراض غير المعدية قد تغيرت في الدول النامية، فبعد أن كانت الأزمات القلبية وتصلب الشرايين تحتل مكانة دنيا في ترتيب الأمراض في الدول النامية بدأ مستوى الإصابة به يرتفع ويقارب الدول الغنية.

أما الأمر الثاني المتعلق بالغذاء: فالمقصود به الأغذية المحورة جينيا، صحيح أن ذلك يعتبر فتحا جديدا حيث سيُغلب على كثير من المشاكل التي تواجه الزراعة كمكافحة الآفات الزراعية وزيادة إنتاجية الأرض وغير ذلك، إلا أن مخاطرها على الصحة باستعمالها فترة طويلة لم تحسم بعد، فحتى الآن ثبت أن هناك بعض الأشخاص يصابون بحساسية شديدة من استخدامها وقد تظهر في القريب مخاطر من تداولها.

ولذلك قام الغرب بعرض هذه المنتجات في بلاده في أماكن خاصة بها والإعلان عنها بأنها منتجة بالهندسة الوراثية وتناسوا الأمر في الدول النامية، يصدرون إليها ما تصل إليه أيديهم دون إخطارهم ودون الاهتمام حتى بماذا سيحدث لهم.

أما الأمر الثالث في الغذاء فتلك الأغذية الملوثة مثل الأسماك والأجبان واللحوم والفواكه وغيرها.

هذه بعض مخاطر العولمة التي ستؤثر على الصحة سلبا وإيجابا من البضائع الواردة إليه والمصدرة منه .

ثم جاءت منظمة التجارة العالمية لتحل محل اتفاقية الجات لتصدر العديد من الاتفاقيات، ولعل أهمها اتفاقية حماية حقوق الملكية الفكرية (التربس) التي تعطي حق الملكية لصاحب أي اختراع لمدة عشرين عاما للاستفادة منه، ولا يجوز لأي شخص أن ينتج أو يبيع أو يستعمل هذا الاختراع إلا بموافقة صاحبه والحصول على ترخيص بذلك .

ولتحقيق العولمة كان لا بد أن توقع دول العالم لتلتزم بما جاء في اتفاقيات منظمة التجارة العالمية، وبالفعل فإن معظم دول العالم وقعت على الاتفاقية، وأصبحت منذ تاريخ توقيعها ملزمة لكل عضو، وأعطت الاتفاقية فترة سماح للدول النامية مدتها عشر سنوات تنتهي في عام ٢٠٠٥ والدول الأكثر فقرا حتى عام ٢٠٠٦ فيما يتعلق بالأدوية والأغذية .

هناك مثال ومخاطر ستواجه الدول النامية بوجه خاص إذ سيتعذر الحصول على استخدام الأدوية الحديثة لمدة عشرين عاما خاصة في الأمراض الخطيرة مثل الإيدز، والسل، والملاريا خاصة وأن هذه الأمراض تصيب أعدادا كثيرة في الدول النامية، ولكن الاتفاقية بها بعض الفقرات التي يمكن الاستفادة منها إلا أن ذلك لم يكن كافيا فظهرت الاحتجاجات الكثيرة أثناء اجتماعات منظمة التجارة العالمية حيثما ذهبت وجاءت بعض التعديلات في مؤتمر الدوحة لإعطاء فرصة من الأمل أمام الدول النامية والفقيرة لإضافة استثناءات أخرى .

ومن بين الاتفاقيات، اتفاقية تجارة الخدمات وانعكاساتها وما هي آثارها على الرعاية الصحية؟ العالم يتجه إلى التخصصية، فستتحول دفة الرعاية الصحية إلى القطاع الخاص وسيدخل الأجانب إلى

الدول الفقيرة، هل سينتج عن ذلك احتكار وارتفاع باهظ لخدمات الرعاية الصحية أم أن التنافس سينتج سلعة جيدة بأسعار معقولة؟

هل هجرة الأيدي العاملة من الدول النامية إلى الدول الغنية ستمثل استنزافا لعقول أبنائها؟ أم تمثل مصدرا جديدا لدخل تلك الدول، وزيادة في خبرات هؤلاء المهاجرين، ورصيда لا ينضب من المعلومات وتشغيلة للأيدي العاملة في تلك الدول التي تزداد فيها البطالة يوما بعد آخر؟

ما هو حجم المشكلة؟ وما هي خبرة بعض الدول الإسلامية لمواجهة هذه المشاكل؟

ثم مشكلة الدواء التي أفضت مضجع الدول الفقيرة، ما هو حجم هذه المشكلة؟ هل الأدوية الجنيسة (Generics) ستأثر أسعارها وكيف؟ وما حجم ذلك؟ هل الأدوية المشمولة بالحماية الفكرية تمثل خطرا على الدول الفقيرة إذا لم تتمكن من شرائها؟ وما حجم تلك الأدوية بالنسبة للجنيسة؟

وهل قانون الحماية الفكرية لم يتضمن أي استثناءات، وما هي تلك الاستثناءات؟ وكيف يمكن الاستفادة منها؟

إن استعراض المشكلة بجميع جوانبها سيمهد الطريق للحل ولذلك طرحت المنظمة بعض هذه الحلول مثل السعر العادل... أو السعر الطبقي وقد بينت الدراسات الاقتصادية بأن عائده مجز تماما للدول المنتجة.

الاستثناءات التي يجب أن تتضمنها القوانين الوطنية لتتماشى مع القرارات العالمية حتى تستفيد الدول النامية من تلك الاستثناءات خاصة بعد إضافة تعديلات على الاتفاقية في إعلان الدوحة.

الشراء الموحد للأدوية - الاستفادة القصوى من الأدوية الجنيسة،

دور الأبحاث في الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية من تكامل لسوق الدواء والرعاية الصحية والاستثمارات في هذا المجال .

ولكن يجب أن لا يقتصر استعراض المشكلة واقترح حلولها، بل يجب أن تكون منطلقاتها أخلاقية إنسانية إذا كان المجتمع الدولي يرغب العيش في استقرار وسلام، فطرح المنظمة العديد من الأسئلة والاستفسارات، فأثارت حقوق الإنسان في الرعاية الصحية والتعليم من منظور عالمي ومنظور إسلامي - عدالة التوزيع بين الدول الغنية والفقيرة ضمانا للاستقرار العالمي وردا لدين سلبوه من تلك الدول النامية باستنزافهم لمواردها الطبيعية. ثم الاستثمار الأخلاقي... وحق الإنسان في العيش في رحاب بيئة صحية ليحيا حياة سعيدة.

وفي النهاية يجب أن ينظر الجميع للمشكلة دون تحيز لجانب على حساب الآخر، ففي الوقت الذي يجب أن نعترف بأحقية الدول الغنية التي تجري الأبحاث لاستنباط الأدوية لعلاج الأمراض في أن تحمي إنتاجها، وتجنبي ما استثمرته على مدى طويل وبسعر معقول يجب ألا ننسى الدول الفقيرة لنساهم جميعا في عودة الحياة الهائلة والرفاهية للشعوب عامة.

ولكن المشكلة ليست في أحقية الدول الغنية، بل إن الأمر يعود إلى الدول النامية والفقيرة حيث تبين أن كثيرا من تلك الدول لا تقوم بواجبها نحو مواطنيها حيث تتوافر لديها الأدوية الأساسية إما عن طريق التبرع من الدول أو الشركات أو المنح، وبرغم ذلك فإن هذه الأدوية لا تصل إلى مستحقيها لافتقار هذه الدول إلى الحد الأدنى من البنية الأساسية من نقل هذه الأدوية أو توزيعها أو تخزينها حسب الأصول المرعية في ذلك.

كما أن كثيرا من هذه الدول تسيء اختيار الأدوية الأساسية التي

يحتاج إليها أبنائها بسبب عدم الشفافية ولأغراض تجارية وعدم توفر كوادر مؤهلة .

ومشكلة انعدام عدالة توزيع الثروة القومية في تلك البلاد، ففي الوقت الذي لا يزيد دخل الفرد فيه على دولارين يوميا في كثير من الدول الفقيرة لحوالي ٩٠٪ من السكان نجد أن ١٠٪ من أبناء هذه الدول لديهم المقدرة على شراء جميع ما يحتاجون إليه من الدول الغنية دون معاناة ويمتلكون حوالي ٣٥-٤٠٪ من دخل تلك الدول، بالإضافة إلى الفساد الذي يضرب أطنابه في جميع أنحاء تلك الدول النامية وعدم الشفافية التي تسيطر على الحياة البيروقراطية في جميع الإدارات الحكومية في الدول النامية .

ولم تقم حكومات الدول النامية بواجبها نحو شعوبها لتطوير قوانينها وإنشاء الحد الأدنى من الخدمات الأساسية التي تعود على الصحة إيجابيا .

فقد منحت اتفاقية حماية حقوق الملكية الفكرية فترة سماح للدول النامية حوالي ١٠ سنوات تنتهي مع عام ٢٠٠٥م . كان من الممكن استثمارها استثمارا جيدا .

فهل اتخذت الإجراءات اللازمة باستصدار القوانين اللازمة للاستفادة من الاستثناءات الممنوحة لها، - مثل حقها في أن تنتج الأدوية المشمولة بحقوق الملكية الفكرية دون أخذ موافقة الدول المنتجة حتى عام ٢٠٠٥ حسب قواعد التريس .

هل دعمت إنتاجها بإدخال أكبر عدد ممكن من براءات الاختراع إلى حيز الوجود؟ .

هل دعمت تحسين إنتاجها بدلا من حماية الإنتاج الرديء المرتفع السعر . حيث أظهرت بعض الدراسات أن أسعار بعض الأدوية الجنيسة

في بعض الدول النامية مرتفعة عن مثيلاتها في الدول الغنية نتيجة سوء الإدارة والفساد والبيروقراطية؟

هل قامت الدول النامية بدعم صناعاتها بدمج الشركات الصغيرة في كيانات كبيرة ذات ميزانيات معقولة يمكنها المنافسة؟

هل قامت الدول العربية والإسلامية بإنشاء سوق دوائي واحد تحوطه بالحماية وتمنحه التسهيلات لينمو ويكبر ويتحول إلى كيان كبير؟
هل هناك أبحاث وبائية في الدول العربية والإسلامية لتحديد أولويات علاجها؟

هل تم اتخاذ إجراءات لإعداد كوادر بشرية لإجراء الأبحاث وتطوير الإنتاج؟

هل اتخذت الإدارة الحكومية الإجراءات اللازمة للاطلاع بمهامها في المراحل القادمة حيث ستنقل تلك الخدمات إلى القطاع الخاص من رقابة لأدائه في التأمين الصحي للمواطن، أو رقابة الواردات من الغذاء والدواء والمنتج محلياً؟

هل قامت الدول النامية باستغلال مواردها الطبيعية من النباتات الطبية التي تحميها التريس بتنمية زراعة هذه النباتات والحفاظ على بذورها وتدريب وتأهيل الكوادر للعمل في هذا المجال؟

أليس من الأجدر على الدول النامية والفقيرة الاستفادة من نتائج أبحاث الدواء التي تصل إليها بدلا من إعادة التجارب مرة أخرى؟.

هل قامت الدول العربية والإسلامية التي لديها صناعة دوائية ولديها أجهزة للأبحاث والرقابة على الأدوية الجنيسة بتطوير ما لديها من مصانع لتتطابق مع المواصفات العالمية؟

هل أخذت الدول العربية والإسلامية بمبدأ الوقاية خير من العلاج

لحماية أبنائها من الأمراض المعدية بتوفير أبسط المتطلبات المفروض توافرها لأنماط الحياة الصحية السليمة، من ماء صالح للشرب، ومسكن صحي، وصرف للمخلفات وتقليل من استخدام الملوثات؟ وبهذا ستوفر المليارات كل عام بدلا من صرفها الأدوية والعلاج؟

هل استفادت الدول الفقيرة من الأدوية القديمة الجنيصة المتوافرة والفعالة ضد الأمراض استفادة قصوى لعلاج تلك الأمراض قبل أن تطالب باستخدام الأدوية الحديثة؟

هل طورت الدول الفقيرة قوانينها لتخفيف التعريف الجمركية على الأدوية المستوردة ومستلزمات الإنتاج والمواد الخام للأدوية ومستلزمات الرعاية الصحية؟

هذه الأسئلة وغيرها ستطرح أثناء المؤتمر لنحدد مكانم القصور حتى يمكن اقتراح علاجها.

من أجل ذلك ولأسباب أخرى رأيت المنظمة أن تبادر بعقد هذا المؤتمر العالمي وجمعت فيه نخبة متميزة من أبناء الدول الإسلامية وغير الإسلامية للنقاش والحوار (فالحكمة ضالة المؤمن أنا وجدها فهو أحق بها) محاولين إثارة انتباه المسؤولين عن مخاطر المشكلة ودراستها دراسة علمية متأنية، ليس فيها إفراط أو تفريط للإجابة على العديد من الأسئلة التي تواجه الدول الإسلامية، والتي قد يتصور البعض أنها لا علاقة لها بالصحة... وهذا المفهوم الخاطئ سببه قصور في فهم الصحة... فالصحة ليست عنصرا واحدا بذاته، ولكنها عنصر يتأثر ببقية العناصر، فالاقتصاد له دور فاعل في الصحة سلبا أو إيجابا، فدخل الفرد المرتفع يمكنه من رعاية نفسه وأسرته رعاية جيدة، والجوانب الاجتماعية ستتأثر بالعولمة. والصحة جزء من الحياة الاجتماعية، فحجم التجارة العالمية والسفر في زيادة كبيرة يوما بعد يوم

مما يشكل معه انتقالا للعادات والأنماط المختلفة والبضائع الجيدة والرديئة، والإعلام دوره أساسي في نقل العادات والتقاليد وأنماط الحياة المختلفة خاصة بين أجيال الشباب المنبهر بالغرب، ولذلك فإن خريطة الأمراض السارية تتغير عاما بعد عام، فحمى الوادي المتصدع والتي كانت متوطنة في حوض وادي النيل ظهرت في أوروبا وأمريكا، والإيدز الذي ظهر في أفريقيا ظهر هو الآخر في دول أوروبا وأمريكا ولم يترك مكانا إلا غزاه ولذلك فإن بعض المصطلحات الطبية القديمة قد تصبح في ذمة التاريخ.

تلك نبذة عن أعمال المؤتمر ندعو الله أن يوفقنا في أن نساهم في تقديم بعض المقترحات ولفت الأنظار إلى النقاط التي يمكن الاستفادة منها تخفيفا عن كاهل أبناء أمتنا العربية والإسلامية وردا للدين في أعناقنا كما جاء في الحديث الشريف " مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى " .

إننا نرجو من مؤسسات المجتمع المدني الحكومية وغير الحكومية والمنظمات المنبثقة من منظمة الأمم المتحدة أن تدافع عن حقوق الدول الفقيرة في ضرورة توفير الحد الأدنى من الحياة الكريمة وأن تكون منظمة الصحة العالمية محامي الفقراء أمام الدول الغنية وأن تقف منظمة التجارة العالمية موقفا عادلا يدافع عن الحق وعن حقوق الإنسان في الدول الفقيرة والغنية دون تمييز بين أي منهما .

نحن في حاجة إلى أن يجلس الفقراء والأغنياء على مائدة واحدة تحت شعار الإنسانية - والأخوة والمشاركة - وأن ما يصيب أي عضو سيسهر له الجميع لتخفيف آلامه .

نحن في حاجة إلى فكر جديد وخلاق لتحويل كل كلمة وجملة في الاتفاقيات لخير الإنسانية والبشرية .

فالفقر والمعاناة هما أحد مداخل الإرهاب والذي لا حل له إلا بالمشاركة في حل تلك المعاناة لشحذ الهمم من دول ومنظمات وهيئات عالمية حكومية وغير حكومية لتأكيد دعم وصول الأدوية المطلوبة إلى محتاجيها في الدول الفقيرة .

وعلينا أن نؤكد أن المساعدات الخارجية المستمرة والسخية هي جزء من حل المشكلة بجانب ما سوف يخرج به المؤتمر من توصيات ، وعلى الدول النامية والفقيرة أن تعيد حساباتها وتجب عن الأسئلة المطروحة ، فهذه مسؤولية حكومات تلك الدول نحو مواطنيها ، إذن فنحن في حاجة إلى نظرة متوازنة بين الفقراء والأغنياء على أن تقوم كل مجموعة بما عليها من واجبات نحو الآخرين .

وندعو الله أن يوفقنا إلى ما يحبه ويرضاه .

برنامج مؤتمر
العولمة وأثرها على التنمية والرعاية
الصحية في الدول الإسلامية

في الفترة من ٩ - ١٣ محرم ١٤٢٣ هـ
الموافق ٢٣ - ٢٧ مارس ٢٠٠٢ م
الكويت

برنامج مؤتمر

العولمة وأثرها على التنمية والرعاية

الصحية في الدول الإسلامية

في الفترة من ٩ - ١٣ محرم ١٤٢٣ هـ

الموافق ٢٣ - ٢٧ مارس ٢٠٠٢ م

الكويت

اليوم الأول السبت (٢٣/٣/٢٠٠٢ م)

الافتتاح (٨,٣٠ - ١٠,٣٠ صباحاً)

- ٩ ● السلام الوطني
- ٩ - ٩,٠٥ ● القرآن الكريم
- ٩,١٥ - ٩,٠٥ ● كلمة ممثل حضرة صاحب السمو أمير البلاد راعي المؤتمر
معالي الدكتور: محمد أحمد الجارالله وزير الصحة
- ٩,٢٥ - ٩,١٥ ● كلمة منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي)
معالي الدكتور: حسين الجزائري المدير العام
- ٩,٣٥ - ٩,٢٥ ● الأستاذ: محمد الغماري نيابة عن
معالي الدكتور: عبد العزيز التويجري المدير العام
- ٩,٤٥ - ٩,٣٥ ● كلمة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
معالي الدكتور: عبد الرحمن العوضي
- ١٠,٣٠ - ٩,٤٥ ● استراحة شاي
- ١٠,٣٠ ● الانتقال إلى فندق كراون بلازا

الجلسة العلمية الأولى (١١,٣٠ - ٢,١٥ ظهراً) آثار العولمة على الدول الإسلامية والجوانب الثقافية - والاجتماعية

ستناقش هذه الجلسة أثر العولمة على الدول الإسلامية خاصة وأن معظم هذه الدول تقع ضمن الدول النامية، هل ستحقق العولمة زيادة في دخل الفرد... أم سيقصر ذلك على شريحة معينة والبقية ستزداد فقراً وتتسع الهوة داخل المجتمعات؟

كما ستناقش أثر العولمة على الثقافات خاصة الإسلامية... هل ستعاني الثقافات من الفضائيات والإنترنت؟، هل ستتغير عادات وتقاليد وسلوكيات المواطنين ذات الثقافات المختلفة أم لا؟

أيضاً ستناقش الجلسة أثر ذلك على الحياة الاجتماعية، فالمعلومة أصبحت وسيلة للتداول، والمجتمع الغني بالمعلومات سيكون غنياً بالمادة، وسيتمتع بالرخاء والنمو وسينعكس ذلك على مستوي الصحة العامة بالسلب أو الإيجاب.

رئيس الجلسة: الدكتور عبد الله الغنيم

نائب الرئيس: الدكتور محمد بهاء الدين فايز

مقرر الجلسة: الدكتور العربي الكشاط

المتحدثون:

١ - العولمة وأثرها على الدول النامية.

١١,٣٠ - ١٢

الدكتور: مراد هوفمان

* استراحة لصلاة الظهر ١٢ - ١٢ر١٥

٢ - الجوانب الثقافية في تحديات العولمة وانعكاساتها على الصحة من منظور إسلامي .

الدكتور: أحمد صدقي الديجاني ١٢,١٥ - ١٢,٤٥

٣ - البعد الاجتماعي للعولمة وعلاقته بالخدمات الصحية "

الدكتور: أبو بكر بدوي ١,١٥ - ١٢,٤٥

* مناقشات: ٢,١٥ - ١,١٥

* استراحة وغذاء: ٤ - ٢,١٥

الجلسة العلمية الثانية

٤ - ٦,٤٥ مساء

اتفاقيات التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة

والتحديات العالمية للصحة في الألفية الثالثة

ستطرح في هذه الجلسة اتفاقيات التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة وكيف ستؤثر سلباً أو إيجاباً في الخدمات الصحية؟، وخبرة مصر في تطوير قوانينها لتتماشى مع قوانين التجارة العالمية، كما ستناقش الجلسة التحديات التي ستواجه الصحة في الألفية الثالثة وكيف نواجهها

رئيس الجلسة: الدكتور أحمد فؤاد باشا

مقرر الجلسة: الدكتور عبد الله البداح

المتحدثون:

١ - تحديات العولمة على الدول الإسلامية - اتفاقيات منظمة التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة.

٤ - ٤,٣٠

الدكتور: محسن هلال

٢ - انعكاس العولمة على الرعاية الصحية والبدائل المقترحة - تجربة مصر في مواءمة التشريعات الوطنية لتتماشى مع اتفاقية التجارة.

٤,٣٠ - ٥

المستشار: سري صيام

٣ - التحديات الصحية في الألفية الثالثة وأسلوب مجابتهها.

٥ - ٥,٣٠

الدكتور: عمر سليمان

٥,٣٠ - ٦

* مناقشات:

٦,١٥ - ٦

* استراحة لصلاة المغرب:

٦,٤٥ - ٦,١٥

استمرار المناقشات:

اليوم الثاني الأحد ٢٤ / ٣ / ٢٠٠٢ م
الجلسة العلمية الثالثة
٨,٣٠ - ١١ صباحا

العولمة والتحديات البيئية الملقاة على الصحة العامة
والتغيرات المتوقعة على خريطة الصحة العامة

مع ظهور العولمة وقوانين التجارة العالمية وحقوق الملكية الفكرية ستظهر تحديات عالمية للبيئة ستؤثر على الرعاية الصحية، والصحة نفسها، فما هي تلك؟ وانعكاس ذلك على الصحة والتغيرات التي ستحدث في خريطة الخدمات الصحية.

رئيس الجلسة: الدكتور حسين الجزائري

نائب الرئيس: الدكتور على السيف

مقرر الجلسة: الدكتور محسن هلال

١ - تحدي العوامل البيئية للصحة عامة

الدكتور: عبد الرحمن العوضي ٨,٣٠ - ٩

٢ - العولمة والتغيرات المتوقعة على خريطة الخدمات الصحية

الدكتورة: جيل هاريسون ٩ - ٩,٣٠

٣ - العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول النامية والإسلامية

الدكتور: بلقاسم صبري ٩,٣٠ - ١٠

* مناقشات: ١٠ - ١١

* استراحة شاي: ١١ - ١١,٣٠

الجلسة العلمية الرابعة

١١,٣٠ - ١٢,١٥ ظهراً

العولمة وأثرها على القوى البشرية عالمياً وإقليمياً

ستركز هذه الجلسة على القوى البشرية والتنقل بين الدول المختلفة، وكيف ستتعرض الرعاية الأولية في الدول النامية لكثير من المشاكل إما بسبب هجرة القوى العاملة منها إلى الدول الصناعية، أو ضعف المستوى المتبقي في الدول النامية.

كيف سنواجه هذه المشكلة في التمريض والتعليم الطبي وتنمية القوى البشرية في الدول النامية؟

رئيس الجلسة: الدكتور عثمان جلال

نائب الرئيس: الدكتور محمد البتانوني

مقرر الجلسة: الدكتور بلقاسم صبري

المتحدثون:

١ - تأثير اتفاقيات التجارة على مهنة التمريض.

١١,٣٠ - ١٢

الدكتورة: سالي شاو

١٢ - ١٢,١٥

* استراحة لصلاة الظهر

٢ - موجز نحو عولمة ناجحة في مجال الخدمات الصحية والقوى البشرية.

١٢,١٥ - ١٢,٤٥

الدكتور: سمير بانوب

٣ - أثر العولمة على أسواق العمل في منطقة الاسكوا.

١٢,٤٥ - ١,١٥

الدكتورة: بيان طيارة

١,١٥ - ٢,١٥

* مناقشات:

٢,١٥ - ٤

* استراحة وغداء.

الجلسة العلمية الخامسة

٤ - ٦,٤٥ مساء

خبرات الدول للتغلب على المشكلات الناجمة عن العولمة

خبرات الدول المختلفة للتغلب على المشاكل الناتجة عن قوانين التجارة العالمية - تجربة الكويت - تجربة إنتاج الأمصال في الدول النامية والغذاء وما سيطراً عليه من هندسة وراثية وإنتاجية عالية والأغذية السريعة وأثرها على خريطة الأمراض المحلية بعد أن هجر المواطنون الأكلات المحلية واستخدام تكنولوجيا المعلومات في العلاج والتعليم عن بعد.

رئيس الجلسة: الدكتور عبد العزيز صالح

نائب الرئيس: الدكتورة بيان طبارة

مقرر الجلسة: الدكتور صالح باوزير

المتحدثون:

١ - نحو منظومة عربية صحية في إطار سوق عربية مشتركة للصحة والدواء والغذاء

الدكتور: إبراهيم جميل بدران ٤ - ٤,٣٠

٢ - التغيرات العالمية في التغذية والغذاء وأثر ذلك على الصحة في الدول النامية.

الدكتور: عثمان جلال ٤,٣٠ - ٥

٣ - تأثير اتفاقية حماية حقوق الملكية على صناعة الأدوية الجنيسة في الدول النامية .

٥ - ٥,٣٠

الدكتور: صالح باوزير

٦ - ٥,٣٠

* المناقشات

٦ - ٦,١٥

* استراحة لصلاة المغرب:

٦,٤٥ - ٦,١٥

* المناقشات:

اليوم الثالث الاثني ٢٥ / ٣ / ٢٠٠٢ م
الجلسة العلمية السادسة
٨,٣٠ - ١١ صباحاً

قوانين الحماية الفكرية على تصنيع الأدوية وأسعارها
ومخاطر وفرص صناعة الدواء في الدول النامية

أثر قوانين التجارة العالمية والحماية الفكرية على صناعة الدواء وأسعاره وكيف يمكن الاستفادة من الثغرات الموجودة؟ تجربة مصر في هذا المجال، كما ستناقش الجلسة مخاطر وآفاق الصناعات الدوائية في الدول النامية.

رئيس الجلسة: الدكتور إبراهيم جميل بدران

نائب الرئيس: الدكتور عمار الطالبي

مقرر الجلسة: الدكتور محمد الهواري

المتحدثون:

١ - أثر العولمة على صناعة الدواء "المخاطر المحتملة ووسائل التغلب عليها".

الدكتور: عبد العزيز صالح ٨,٣٠ - ٩

٢ - انعكاس العولمة على الرعاية الصحية والبدائل المتاحة: تجربة مصر في مواءمة التشريعات الوطنية لتتماشى مع اتفاقية التجارة العالمية وتأثير ذلك على الصحة العامة

الدكتور: محمد بهاء الدين فايز ٩ - ٩,٣٠

٣ - مخاطر وفرص صناعة الدواء في الدول النامية

الدكتور: ريتشارد ويلدز ٩,٣٠ - ١٠

* مناقشات: ١٠ - ١١

* استراحة شاي: ١١ - ١١,٣٠

الجلسة العلمية السابعة

١١,٣٠ - ١٢,١٥ ظهراً

خبرات الدول في التغلب على المشاكل التي تواجه الصناعات الدوائية وأسعار الدواء

خبرات الدول النامية في صناعة الدواء والغذاء - مصر - الهند - الأردن.

رئيس الجلسة: الدكتور محمد هيثم الخياط

نائب الرئيس: الدكتور سمير بانوب

مقرر الجلسة: الدكتور فهد بن صالح العريفي

المتحدثون:

١ - صناعة الدواء في مصر مشاركة شركات أكاديفا والاستعداد لتطبيق اتفاقية الجات.

الدكتور: سمير ثابت ١١,٣٠ - ١٢

* استراحة لصلاة الظهر ١٢ - ١٢,١٥

٢ - تجربة الهند في مواءمة التشريعات الوطنية لتتماشى مع اتفاقية التجارة العالمية ومستقبل صناعة الدواء في الهند.

الدكتور: س. م. كرنديكار ١٢,١٥ - ١٢,٤٥

٣ - تجربة وخبرة الأردن في مجال صناعة الدواء والغذاء في ظل قوانين الحماية الفكرية.

الدكتور: أحمد البرماوي ١٢,٤٥ - ١,١٥

* مناقشات: ١,١٥ - ٢,١٥

* استراحة غداء: ٢,١٥ - ٤

الجلسة العلمية الثامنة

٤ - ٦,٤٥ مساء

كيف يمكن التغلب على مشاكل العولمة باستخدام المصادر الطبيعية من النباتات الطبية وتنمية الأبحاث - والاهتمام بالأدوية الجينية

مجال آخر للتغلب على مثلث العولمة: الاستفادة من التعليم المستمر والعلاج عن بعد - تنشيط ودعم الأبحاث - الاهتمام بالأدوية الجينية في المجالات التي مازالت هذه الأدوية ذات تأثير فاعل - كما يجب الاهتمام بالأدوية التي سينتهي تاريخ حمايتها بإجراء الدراسات عليها.

رئيس الجلسة: الدكتور صلاح العتيقي

نائب الرئيس: الدكتور ريتشارد ويلدز

مقرر الجلسة: الدكتور أحمد الخطيب

المتحدثون:

١ - النباتات الطبية كمصدر رئيسي للأدوية وتأثير اتفاقيات التبرس على الأدوية النباتية

٤ - ٤,٣٠

الدكتور: زانج

٢ - دور الأبحاث في الدول النامية - الأدوية الجينية أم الأدوية الحديثة في ظل العولمة

٥ - ٤,٣٠

الدكتور: محمود محمد غراب

٣ - مركز الصحة الإلكترونية في المملكة العربية السعودية ومستقبل
التقنيات التكنولوجية.

٥ - ٥,٣٠

الدكتور: فهد بن صالح العريفي

٦ - ٥,٣٠

* مناقشات:

٦ - ٦,١٥

* استراحة لصلاة المغرب:

٦,١٥ - ٦,٤٥

* استمرار المناقشات:

اليوم الرابع الثلاثاء ٢٦ / ٣ / ٢٠٠٢ م
الجلسة العلمية التاسعة
٨,٣٠ - ١١ صباحاً

كيف يمكن توفير الأدوية الأساسية عن طريق
السوق العربية الإسلامية الموحدة والشراء

ستناقش هذه الجلسة الحلول المقترحة لطرق توفير الأدوية الأساسية بصورة عادلة وسعر مقبول - عن طريق سوق عربية إسلامية موحدة والشراء الجماعي .

رئيس الجلسة: الدكتور كرنديكار

نائب الرئيس: الدكتور عيسي الخليفة

مقرر الجلسة: الدكتور سمير ثابت

المتحدثون:

١ - كيف يمكن التأكد من توفير الأدوية الأساسية للدول النامية والأقل نمواً؟

الدكتور: جونثان كويك ٨,٣٠ - ٩

٢ -

الدكتور: بيتر جراف ٩,٣٠ - ٩

٣ - التجربة الخليجية للشراء الموحد للأدوية والمستلزمات الطبية في ظل العولمة

الدكتور: توفيق بن أحمد خوجه ٩,٣٠ - ١٠

عنه الدكتور: أحمد الخطيب

* مناقشات: ١٠ - ١١

* استراحة شاي: ١١,٣٠ - ١١

الجلسة العلمية العاشرة

١١,٣٠ - ٢,١٥ بعد الظهر

كيف يمكن التغلب على - التمويل وشراء الأجهزة اللازمة للدول النامية

كيف يمكن التغلب على مشاكل التمويل. وتوجيه الدول النامية بشراء تكنولوجيا تتناسب وقدراتها البشرية والمادية؟.

رئيس الجلسة: الدكتور مراد هوفمان

نائب الرئيس: الدكتور أحمد البرماوي

مقرر الجلسة: الدكتور بيتر جراف

المتحدثون:

١ - الصحة والتنمية الاقتصادية

١١,٣٠ - ١٢

الدكتور: صقر أحمد صقر

١٢ - ١٢,١٥

* استراحة لصلاة الظهر

٢ - التمويل والسعر العادل للأدوية الأساسية في الدول النامية

١٢,١٥ - ١٢,٤٥

الدكتور: فؤاد بن غالم

٣ - العولمة: اختيار التكنولوجيا الصحية المناسبة في الدول النامية.

١٢,٤٥ - ١,١٥

الدكتور: إدوارد المنديروف

١,١٥ - ٢,١٥

* المناقشات:

٢,١٥ - ٤

* استراحة وغداء:

الجلسة العلمية الحادية عشرة

٤ - ٦,٤٥ مساءً

الجزء الأول: الجوانب الأخلاقية للعولمة من منظور عالمي ومنظور إسلامي

هل ستؤثر العولمة على حقوق الإنسان في توفير الرعاية الصحية خاصة في الدول النامية؟ الرأي الإسلامي والعالمي وعدالة التوزيع .

رئيس الجلسة: الدكتور عجيل النشمي

نائب الرئيس: الدكتور جعفر عبد السلام

مقرر الجلسة: الدكتور سعد الدين هلال

المتحدثون:

١ - الجوانب الخلقية للعولمة من منظور إسلامي .

الشيخ: محمد المختار السلامي ٤ - ٤,٣٠

٢ - الجوانب الأخلاقية للعولمة - الاستثمار الأخلاقي .

الدكتور: محمد هيثم الخياط ٤,٣٠ - ٥

٣ - عولمة الخدمات الصحية... عدالة التوزيع في الدول النامية .

الدكتور: جون براينت ٥ - ٥,٣٠

٤ - العولمة وعدالة توزيع الصحة .

الدكتور: محمد أختر ٥,٣٠ - ٦

* استراحة لصلاة المغرب ٦ - ٦,١٥

* مناقشات: ٦,١٥ - ٦,٤٥

اليوم الخامس الأربعاء ٢٧/٣/٢٠٠٢ م
الجلسة العلمية الثانية عشرة
٨,٣٠ - ١١ مساء

الجزء الثاني: تابع الجوانب الأخلاقية من منظور
إسلامي وضرورة توفير الدواء للمواطنين

امتداد للجلسة السابقة، الآثار الأخلاقية الناجمة عن العولمة
وانعكاس ذلك على الرعاية الصحية للمواطنين.

رئيس الجلسة: الدكتور جون براينت

نائب الرئيس: الدكتور محمد أختر

مقرر الجلسة: مأمون الحاج

المتحدثون:

١ - العولمة وحق الإنسان المسلم في بيئة صحية مناسبة

الدكتور: جعفر عبد السلام ٨,٣٠ - ٩

٢ - أثر العولمة على السلوكيات والأخلاق وبخاصة الدول الإسلامية.

الدكتور: عمار الطالبي ٩,٣٠ - ٩

٣ - العولمة والأخلاق - أي رهان مستقبلي؟

الدكتور: طلال عتريس ٩,٣٠ - ١٠

١٠ - ١١

* مناقشات:

١١,٣٠ - ١١

* استراحة شاي:

جلسة مناقشات مفتوحة

١١,٣٠ - ٢,١٥ ظهراً

١٢ - ١١,٣٠

جلسة مناقشات مفتوحة:

١٢,١٥ - ١٢

استراحة لصلاة الظهر:

٢,١٥ - ١٢,١٥

استكمال جلسة المناقشات:

الجلسة الختامية

٦,٣٠ - ٨ مساء

التوصيات:

مناقشة التوصيات:

كلمات الوفود:

**كلمة الدكتور
محمد أحمد الجارالله**

وزير الصحة ممثل حضرة صاحب السمو أمير البلاد
راعي المؤتمر

كلمة الدكتور محمد أحمد الجار الله في مؤتمر العولمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين

وبعد.....

فيطيب لي أن أعتنم هذه المناسبة لأحييكم في بلدكم الثاني
الكويت متمنيا لكم طيب الإقامة.

كما يسعدني أن أنقل لكم تحيات حضرة صاحب السمو أمير
البلاد الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح، راعي المؤتمر، والذي شرفني
بأن أنوب عن سموه، كما أنقل تحيات سمو ولي العهد ورئيس مجلس
الوزراء الشيخ سعد العبد الله السالم الصباح، ومعالي النائب الأول
لرئيس مجلس الوزراء وزير الخارجية الشيخ صباح الأحمد الجابر
الصباح متمنين لكم التوفيق والسداد.

أيها الأخوة:

إن مؤتمر العولمة وأثرها على التنمية وخدمات الرعاية الصحية
بالدول الإسلامية يعتبر من أهم المؤتمرات التي عقدتها المنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية، إذ إن ظاهرة العولمة قد دخلت كل بيت،
ومكتب، وإدارة، ودائرة وبهذا أصبحت تمثل جزءا من الحياة اليومية
لل فرد في جميع أنحاء المعمورة، بإيجابياتها وسلبياتها التي أثارت حفيظة
العديد من سكان الأرض بين مؤيد ومعارض، وبدون شك فإن هذه

الظاهرة ستعكس على السياسة، والاقتصاد، والجوانب الاجتماعية، والصحة تتأثر سلبا وإيجاباً بكل هذه المتغيرات، ففي بعض الدول زاد الدخل القومي فارتفع مستوى خدمات الرعاية الصحية وفي بعضها الآخر انخفض الدخل القومي فتدنت الرعاية الصحية، ولذلك قامت الاحتجاجات عند كل اجتماع عقدته منظمة التجارة العالمية، وكان آخرها مؤتمر الدوحة الذي كان نقطة تحول عن الفكر السابق في العولمة، وأدخلت بعض التعديلات على قرارات الحماية الفكرية في صالح دول العالم الثالث والدول الفقيرة.

لقد وافقت الكويت على الانضمام إلى منظمة التجارة العالمية بموجب القانون ٩٨/٢، واتفاقية الحماية الفكرية، وقامت بتعديل قوانينها الوطنية لتتواءم مع اتفاقيات منظمة التجارة العالمية وتم إصدار القانون رقم ٣ بتعديل أحكام القانون رقم ٤ لسنة ٦٢ في شأن براءات الاختراع وأصدرت وزارة الصحة قراراً وزارياً يحظر تسجيل أي دواء يحمل نفس التركيب الكيميائي والأثر العلاجي.

كما أن دول الخليج تنبعت لهذا الأمر منذ فترة طويلة، فاتخذت العديد من الإجراءات، منها على سبيل المثال، الشراء الموحد للأدوية الأساسية، فاستطاعت بذلك تخفيض ميزانية الأدوية... مع تأكيد توفيرها للمواطنين والمقيمين، ثم أقدمت على إدخال التأمين الصحي تدعيماً لترشيد الخدمات الصحية مع عدم المساس بالخدمات الأساسية للفقراء وغير القادرين، وتم إعطاء القطاع الخاص دوراً أكبر من السابق ليساهم في دعم مسيرة الخدمات الصحية.

ومما لاشك فيه فإن خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية والفقيرة ستتأثر سلباً نتيجة تطبيق اتفاقيات العولمة وحقوق الملكية الفكرية (TRIPS) وواجب العالم نحو هؤلاء أن ينظر إليهم بأنهم إخواننا في الإنسانية، وأن أي تقدم في هذا المجال يجب أن يكون ملكاً

للإنسانية لإسعادها، فالتقدم العلمي ساهم فيه الغني والفقير، ولذلك يجب أن ينعكس ذلك لتخفيف معاناتهم وأمراضهم وتقليل الفجوة العلمية بين الشمال والجنوب دعماً للاستقرار والسلام العالمي.

إن عقد هذا المؤتمر على أرض الكويت يعتبر علامة مميزة ومضيئة، وهي سمات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التي عودتنا على عقد مثل تلك المؤتمرات الجادة والمهمة، التي تبحث أموراً لها آثارها الخطيرة على العالم بصفة عامة، والعالم الإسلامي بصفة خاصة، فتحية تقدير وإجلال للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وتحية حب وإخلاص لأخي العزيز الدكتور عبد الرحمن العوضي رئيس المنظمة وزملائه الأعضاء العاملين معه، كما أتمنى لكم طيب الإقامة في بلدكم الثاني الكويت، والتوفيق في أعمال المؤتمر للخروج بتوصيات متوازنة.

كلمة الدكتور حسين الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية
لإقليم شرق المتوسط

كلمة الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق
المتوسط إلى المؤتمر العالمي السابع عن العولمة وأثرها على
التنمية والرعاية الصحية بالدول الإسلامية الكويت ٢٣ -
٢٧ آذار / مارس ٢٠٠٢

أصحاب المعالي،

حضرات الزملاء الكرام،

حضرات السيدات والسادة،

يسعدني أن أشهد معكم اليوم هذا المؤتمر العالمي السابع عن
العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية بالدول الإسلامية وأود أولاً
أن أتقدم بالشكر إلى منظمنا الإسلامية للعلوم الطبية لتفكيرها في عقد
هذا المؤتمر، ثم لتفضلها بدعوتي للمشاركة فيه، ولما بذلته - كعادتها
- من كرم الضيافة والحفاوة.

ولا يخفى عليكم ما يواجهه القطاع الصحي في البلدان النامية،
بما فيها البلدان الإسلامية، من الآثار التي ترتبت على التغيرات
والتحديات العالمية التي أطل علينا بها القرن الحادي والعشرون ومنها
(أولاً) ذلك التحرك غير المسبوق نحو العولمة، وما يواكبها من اتجاه
ليبرالي متسارع ومن حرية التجارة العالمية وتدفق رؤوس الأموال إلى

جانب التطورات الهائلة في وسائل الاتصال والتكنولوجيا والمواصلات؛ و(ثانيا) ذلك التقدم المحرز في مجال التكنولوجيا الصحية والتكنولوجيا الطبية البيولوجية، مما أدى إلى اتساع الفجوة بين البلدان المتقدمة وبين البلدان النامية، التي تفتقر إلى الخبرات المناسبة وإلى سهولة التوصل إلى قواعد المعطيات العلمية، و (ثالثا) تلك الثورة التي حدثت في عالم الاتصالات، والتي أعادت رسم الحدود الجغرافية والاجتماعية لتبادل المعلومات والخدمات الصحية.

وعلى الرغم مما طرأ من تحسن على وضع التنمية البشرية في البلدان الإسلامية بصفة عامة، فإن ما أحرزته هذه البلدان من تقدم إجمالي قد اتسم بالتفاوت الكبير والمتزايد بين بلد وآخر، بل وبين إنسان وآخر في البلد الواحد، على نحو يهدد بانتكاس هذا التقدم وتراجعته ثم إن نظم الرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين سوف تشمل طائفة كبيرة جدا من الأنشطة التقنية ففي حين تركز أكثر النظم الصحية تقدما من الناحية التكنولوجية، على التطورات الحديثة في العلوم والتكنولوجيا، تظل نظم صحية أخرى تتجاهد من أجل تلبية الاحتياجات الأساسية، مرتكزة ارتكازاً رئيسياً، كما كانت دائما، على الطب الشعبي، وعلى الخدمات الصحية الأساسية.

ومن ثم، واستجابة للوضع الراهن للقطاع الصحي، وما يتوقع أن يطرأ عليه في المستقبل، ينبغي أن يقوم إعداد السياسات الصحية الوطنية، على القيم الواضحة المتأصلة، وأن يستهدف بلوغ مقاصد واضحة التحديد تعالج الجوانب الصحية ذات الأولوية. ويمكن أن تهيئ قيم البلدان الإسلامية وتقاليدنا الأساس المتين لإعداد سياسات توفير الصحة للجميع. وأسوق في ما يلي القيم الأساسية التي تساهم في النجاح في بلوغ مرامي توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين:

- أولاً: الاعتراف بأن التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن الوصول إليه، هو حق أساسي من حقوق الإنسان.
- ثانياً: وضع وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات التي تستهدف تحقيق العدالة وتؤكد على التكافل والتعاون.
- ثالثاً: مواصلة وتمتين الالتزام بالمبادئ الأخلاقية في مجال السياسة الصحية والبحوث وتقديم الخدمات.
- رابعاً: الاهتمام بالبعد النسوي في جميع السياسات والاستراتيجيات الصحية.

ولعل العمل المجتمعي في هذه الفترة الزاخرة بالتحديات الهائلة هو أبرز الأعمال وأبعدها أثراً في تطوير النظم الصحية وتوفير الصحة للجميع، وقد قام إقليم شرق المتوسط بتعزيز العمل المجتمعي من خلال أساليب مختلفة، في طليعتها أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، وهي عملية تهدف إلى تحقيق حياة أفضل كما أنها نوع من التنمية الاجتماعية الاقتصادية المتكاملة، المرتكزة على مشاركة المجتمع مشاركة كاملة وهي تنمي الاعتماد على النفس عن طريق الإدارة الذاتية والتمويل الذاتي من قبل أفراد المجتمع. وهي أيضاً استراتيجية موجهة نحو الإنسان، معتمدة اعتماداً كلياً على التعاون بين القطاعات.

إن أهم التحديات التي تواجه الحكومات في مجال التصدي لمشكلة التنمية الاجتماعية الاقتصادية هو تعزيز الصحة وتحسينها على أساس من العدالة وتلبية الاحتياجات وإن أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية يمثل آلية الوفاء بهذا الالتزام فهو يركز تركيزاً أساسياً على أفراد المجتمع، وعلى ما يشعرون أنهم بحاجة إليه لا على ما يقال لهم إنهم بحاجة إليه، لأنهم - كما يقول النبي عليه الصلاة والسلام - "أعلم بأمر دنياهم" وهو يقبل الأدوار التقليدية رأساً على عقب، حيث

يصبح الناس هم المنفذون بينما يصبح العاملون الحكوميون هم القائمون بالتيشير والدعم. وقد برهن مفهوم تلبية الاحتياجات الأساسية، على أن أفراد المجتمع إذا خولوا الحق في التعاون والمشاركة فإنهم يستطيعون أن ينجحوا نجاحا باهرا في إدارة قسط وافر من مبادراتهم التنموية الصغيرة المرتكزة على الاحتياجات.

وبعد،

فلاريب عندي أن التغيرات العالمية التي حدثت في كثير من المجالات، مثل الاقتصاد، والسكانيات، والوبائيات، والتكنولوجيا، والاتصالات، سوف يكون لها تأثير هائل على نظام إيتاء الرعاية الصحية في هذه الألفية الثالثة. والمأمول أن تؤدي هذه التطورات في نهاية الأمر إلى تحسن ملموس في جودة نظم الرعاية الصحية، بما في ذلك تعزيز الصحة وحفظها والوقاية من الأمراض ومكافحتها على أن اقتران هذه التطورات بالاتجاه نحو التخصصية واقتصاديات السوق، يجعلها تقترن أيضا بارتفاع هائل في تكلفة خدمات الرعاية الصحية ومن ثم يمكن أن نتوقع للبلدان أن تشهد زيادة في التفاوت والإجحاف في الوصول إلى تكنولوجيا الرعاية الصحية الحديثة، وأن يزيد اتساع الفجوة بين نظم الرعاية الصحية داخل البلدان وفي ما بينها مما سيكون له أثره الخطير على الصحة والاستقرار على الصعيد العالمي. ولذا فإن من المهم إعداد سياسات صحية وطنية، وإقليمية، وعالمية، تركز على التكافل والتعاون، والالتزام بالمعايير الأخلاقية، وعدم التفرقة بين الناس على أساس اللون أو الجنس أو العرق أو المعتقد أو المستوي الاجتماعي وهذه كلها قيم متأصلة في الثقافة الإسلامية والتقاليد الإسلامية إن علينا أن نترجم الأهداف المتعلقة بالسياسات الصحية إلى استراتيجيات وبرامج عملية. وإن الخبرة التي اكتسبها إقليم شرق المتوسط، حتى الآن، في مجال برامج تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، وباستخدام الصحة

جسرا للسلام وفي مجال تعزيز أنماط الحياة الصحية كانت من الإيجابية بحيث ينبغي لنا أن نواصل تنفيذها وتنفيذ أمثالها من أجل تعزيز هدف الصحة للجميع في القرن القادم، وبذلك نستفيد من التقدم العلمي والتقني الهائل الذي يبسط منافعه على جميع البلدان في ركاب العولمة في نفس الوقت الذي نبقى فيه بمنأى عن سلبيات العولمة قدر المستطاع.

﴿وَفِي ذَلِكَ فَلْيَتَنَافَسِ الْمُتَنَافِسُونَ﴾

كلمة الأستاذ محمد الغماري نيابة عن الدكتور عبد العزيز التويجري

المدير العام للمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة
(الاييسكو)

كلمة المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الاييسيسكو)

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على رسول الله محمد وآله
وصحبه ومن والاه.

معالي الدكتور أحمد الجار الله وزير الصحة،

معالي الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي رئيس المنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية.

أصحاب المعالي،

أصحاب السعادة،

حضرات السادة والسيدات،

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته، وبعد،

لقد كلفني معالي الدكتور عبد العزيز بن عثمان التويجري المدير
العام للمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، أن أنوب عنه في
حضور هذه الندوة العلمية المتخصصة، ويسعدني أن أنقل إليكم تحياته
وتمنياته لكم بالتوفيق والنجاح، مع بالغ تقديره للمنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية، على تعاونها المثمر مع شقيقتها المنظمة الإسلامية للتربية
والعلوم والثقافة وعلى الجهود الموفَّقة التي تبذلها في مجال اختصاصها
على النحو الذي يبرز خصائص الحضارة الإسلامية في حقل العلوم

الطبية، ويقدم عطاء العقل الإسلامي عبر العصور، في هذا الميدان العلمي.

أصحاب المعالي،

أصحاب السعادة،

حضرات السادة والسيدات،

إن اختيار هذا الموضوع المهم عنواناً ومحوراً رئيساً لهذه الندوة، يأتي في سياق انشغالات المجتمعات الإنسانية بعامة ومجتمعاتنا في العالم الإسلامي بخاصة بالمخاطر التي ينطوي عليها نظام العولمة في أبعاده الاقتصادية والاجتماعية وإن كانت العولمة نظاماً متكاملًا، لا ينفصل منه جانب عن آخر، يشكل منظومة مترابطة الحلقات متشابكة الأبعاد، تقوم أساساً، على فلسفة شمولية ترمي إلى هيمنة القوي على الضعيف والتحكم في اختياراته.

ولكننا على الرغم من ذلك كله، لا بد أن نعترف بأن العولمة واقع عالمي جديد، لا نملك سوى أن نتكيف معه، وأن نعمل على أن نوفق أوضاعنا معه، بحيث نحاول - والمحاولة هنا ضرورة لازمة - أن نتعامل مع العولمة بما يحقق لنا مصالحنا على النحو الذي يجنبنا الوقوع في المحاذير التي تكتنف السير في هذه السبيل وبحيث لا ينالنا أي سهم من المخاطر والأضرار التي تنتج عن الابتعاد عن تيار العولمة الجارف الكاسح للعالم كله.

من هذا المنظور نرى أن للعولمة تأثيرات كبيرة على التنمية، التي تدخل ضمنها الرعاية الصحية في دول العالم الإسلامي، حتى الدول التي تتوافر لها الإمكانيات والموارد الكافية، أصبحت تعاني بدرجة أو بأخرى، من ضغوط توفير الرعاية الصحية الكاملة لمواطنيها بالشكل الذي كان عليه الأمر في المراحل السابقة.

وتتمثل تحديات العولمة التي تبلغ درجة الخطورة على هذا الصعيد في احتكار الشركات العالمية الكبرى لصناعة الدواء، وفي تحكمها في الأسعار، وفي إلزام الحكومات برفع الدعم الذي تخصصه للرعاية الصحية لمواطنيها من جهة وبخفض التعرفة الجمركية، أو إبطال العمل بها نهائياً على أصناف الأدوية الواردة من جهة أخرى بحيث تكتسح الأسواق المحلية وتنافس الصناعات الوطنية في هذا الحقل من حقول الصناعة الحديثة وهي منافسة غير متكافئة بكل المقاييس يترتب عليها في غالب الأحيان، الإضرار بالمصالح الاقتصادية للصناعات الدوائية.

إن لهذا التحدي وجهين الوجه الأول يتمثل في تطوير الصناعات الوطنية والرفع من مستواها لتثبت أمام المنافسة العالمية، ولا يتم ذلك على الوجه الأكمل، إلا بتطوير البحث العلمي على نحو شامل وواف وعميق بالزيادة في مخصصات الإنفاق على البحث العلمي في الوزارات والمؤسسات المختصة، وبتوجيه القطاع الخاص إلى الاستثمار في مجال البحث العلمي وتشجيعه وضمان الوسائل القانونية المشجعة له على ولوج هذا المجال من مجالات الاستثمار.

أما الوجه الثاني لهذا التحدي، فيتمثل في مضاعفة الجهود المنهجية والمتقنة لا الجهود المرتجلة الخاضعة للظروف المستقبلية في توسيع رقعة الرعاية الاجتماعية لفئات المجتمع، بما يشمل الرعاية الصحية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الاجتماعية العامة والشاملة.

وفي هذا السياق نطرح فكرة نراها في المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة جديرة بأن تنال حظها من الدرس والبحث والعناية البالغة، وهي تنوير الرأي العام بمبدأ من أقوم المبادئ التي قامت عليها الحضارة الإسلامية وهو (التكافل الاجتماعي) الذي هو في العمق مظهر من مظاهر (التضامن الاجتماعي) وجزء لا يتجزأ من (التضامن

الإسلامي) وللتربية والتعليم والإعلام، دور لا يضاهاى في هذا المجال الحيوي.

أصحاب المعالي والسعادة، حضرات السادة والسيدات،

إننا لن نفلح في مواجهة العولمة، أو تفادي كل انعكاساتها، ولذلك ينبغي أن نقنع أنفسنا أولاً، ثم نقنع مجتمعاتنا ثانياً، بأننا لا نملك، وسط هذا الخضم المتلاطم، سوى أن نكيف أنفسنا وأوضاعنا وسياساتنا الوطنية مع نظام العولمة، بحيث تتوازن عندنا الكفتان معا نحمي مصالحنا الحيوية ونحافظ على خصوصياتنا الحضارية وهي معادلة صعبة لاشك في ذلك ولكنها ليست مستحيلة الحل وذلك هو التحدي الذي علينا أن نوظن أنفسنا للتغلب عليه.

إن بناء الذات وتحسينها، ملجأ من مخاطر العولمة على جميع الأصعدة ولا يكون بناء الذات وتحسينها، إلا بالتفوق في العلم في جميع حقوله واختصاصاته، وبتطوير الحياة العامة، وترشيد العمل العام وفقا لمقاصد الشريعة السمحاء والانفتاح على العالم الذي يمر من حولنا بالمتغيرات والارتقاء إلى مستوى التحديات التي تواجه أمتنا في هذه المرحلة من التاريخ. وتلك هي السبيل إلى التقدم الحقيقي وإثبات حضورنا في الساحة الدولية.

أشكركم جميعا وأسأل الله تعالى أن يوفقنا لما فيه الخير لأمتنا وللإنسانية جمعاء.

والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته،،،

**كلمة الدكتور
عبد الرحمن العوضي**

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

كلمة الدكتور عبد الرحمن العوضي مؤتمر العولمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين
سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين .

يسعدني أن أرحب بحضراتكم أجمل ترحيب في بلدكم الثاني
الكويت شاكرا لكم تفضلكم بتلبية الدعوة للمشاركة في أعمال هذا
المؤتمر العالمي الهام كما يسرني أن أنقل لحضراتكم تحيات حضرة
صاحب السمو أمير البلاد حفظه الله ورعاه راعي المؤتمر والذي لا يألو
جهدا في دعم المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وأنشطتها منذ إنشائها
وحتى اليوم .

الأخوة والأخوات :

يأتي هذا المؤتمر في وقت حرج ومأزق تاريخي يمر به العالم
اليوم إثر الحروب التي تدور رحاها من منطقة إلى أخرى وتترك آثارها
المدمرة نفسيا واجتماعيا واقتصاديا وهي ليست مقصورة على مناطق
الحرب ولكنها تمتد إلى كل أنحاء العالم الذي تحول إلى قرية كونية
صغيرة تشهد الحدث بالصوت والصورة ساعة وقوعه بل لحظة انفجاره .

ومنذ انتهاء الحرب الباردة بين المعسكرين المتصارعين، وتحويل
العالم إلى قطب واحد ظهرت العولمة وهي ليست جديدة، بل إنها
قديمة قدم الإنسان على الأرض، ولكن أغلب المحاولات السابقة كانت

على مستوى الفكر والعقيدة، ولم تكن لديها وسائل الإكراه والضغط لتنفيذها كما هو الحال في هذه الحركة الجديدة. ولكن العولمة بصورتها الجديدة تطورت مفاهيمها على مراحل مختلفة إلى أن استقرت بإنشاء منظمة التجارة العالمية كجسم يدير الأمر كله وجاءت إحدى ثمارها قانون حماية الملكية الفكرية (التربس)، ووافق على الانضمام إلى عضوية منظمة التجارة العالمية معظم دول العالم كان آخرها الصين وتايوان.

وما أن ظهرت فكرة العولمة باتفاقياتها حتى ثار جدل كبير في العالم لم يشهد له مثل بين مؤيد ومعارض، وكل يسوق حججه وبراهينه.

فالمؤيدون يستشهدون بالازدهار الاقتصادي، والنمو السريع في كل من الصين، والهند، وفيتنام وستنعكس نتائجه على الرعاية الصحية بكل مفاهيمها. كما أنهم يضيفون بأن الصحة ومشاكلها احتلت البند الأول من أجندة مباحثات الدول الثماني الكبرى، ولفتت انتباه الجميع، وذلك كله بسبب دمج اقتصاديات الدول المذكورة في الاقتصاد العالمي.

أما المعارضون فلهم الكثير من الاعتراضات، أولها أن الدول الكبرى ستفتح أسواق الدول النامية وتحولها إلى كتلة استهلاكية لمنتجاتها، ووضع العراقيل أمام إنتاج تلك الدول لتحول دون دخولها مما سينتج عنه زيادة البطالة، وتهديد الصناعة الوطنية المحلية، وتدني الأجور، وانحسار التنمية والاقتصاد مع وضع العراقيل الكبيرة أمام تدفق العمالة من الدول النامية إلى الدول المتقدمة. وأغلب المظاهرات التي شاهدناها أخيراً في الدول المتقدمة كانت بسبب الخوف من مثل هذه الهجرة للقوى العاملة إليهم مما سينعكس على تردي الخدمات الصحية وانحدارها إلى التدني. ومثال آخر الزيادة الكبيرة في أسعار الدواء والتي

ستحول دون توفيره للطبقات الدنيا، وخير مثال على ذلك ما حدث ويحدث الآن في أدوية الإيدز التي تصل تكلفتها علاج المريض الواحد ما بين ١٠-١٥ ألف دولار سنويا، ودخل الفرد في كثير من الدول الفقيرة لا يزيد على دولارين في اليوم، ولسوء الحظ فإن معظم المصابين بهذا المرض الخطير يتمركزون في الدول الأكثر فقرا خاصة في منطقة أفريقيا.

لقد اعترضت الشركات المنتجة للأدوية على كسر هذا الاحتكار لتقديمه بأسعار مقبولة تصل إلى ٥٠٠ دولار وما حدث في جنوب أفريقيا خير مثال على ذلك.

مثال آخر: تجارة التبغ العالمية التي قام الغرب بترويجها وتذويقها أمام شعوب العالم كله، وهو يعلم أن عواقبها خطيرة، بل إنهم أخفوا نتائج أبحاثهم التي أثبتت أنه يصيب المتعاطي له بالإدمان، وأنه السبب الرئيسي للإصابة بالسرطان والأمراض الأخرى.....

ورغم أن الغرب نجح في الحصول على تعويضات مجزية لمواطنيه من شركات التبغ، إلا أن الشركات المنتجة ركزت في الفترة الأخيرة على الدعاية في الدول النامية لتعويض خسائرها في الدول المنتجة، وقد نجح فعلا في تحقيق هذا الهدف إذ انحسر التدخين في العالم الغربي وانتشر في الدول النامية كانتشار النار في الهشيم... ألا يستحق ذلك من الغرب أن يدفع ضريبة هذا الأمر إلى الشعوب الفقيرة.

الأمثلة كثيرة وكثيرة جدا يمكن سردها لكن الوقت لا يتسع.

أيها الأخوة نحن أمام معضلتين يبدو أنهما متناقضتان.

قرارات منظمة التجارة العالمية وحماية الملكية الفكرية على جانب والجانب الآخر توفير الرعاية الصحية للشعوب النامية والفقيرة بضمائنها النوعية من كفاءة وأمان وتوفير الدواء بسعر عادل ومقبول كأحد

متطلبات حقوق الإنسان التي تنص على ضرورة توفير الرعاية الصحية لكل الفئات دون النظر إلى الجنس، أو اللون، أو الدين، أو العرق، أو الدخل الفردي.

إن التناقض يبدو جليا في اتساع الهوة بين من يعلمون ومن لا يعلمون، فرغم أن الثورة الصناعية الثالثة استطاعت أن تقرب المسافات وتلغي الحدود إلا أن ذلك غير متوفر إلا للقادرين، أما الفقراء الذين يعانون من الفقر، والجهل، والمرض، فلم يدخلوا حتى الآن إلى القرن الحادي والعشرين بل لعلهم ما زالوا في مداخل القرن الثامن عشر.

إن العولمة أصبحت أمرا واقعا يجب التعامل معه وقراءته قراءة متأنية للاستفادة من الاستثناءات التي أتاحتها الاتفاقيات وإدخالها ضمن القوانين الوطنية والمطالبة بتغيير ما لا يحقق العدالة بين الشعوب.

ولذلك فإن أحد الأهداف الرئيسية لهذا المؤتمر هو التأكد من توفير الرعاية الصحية بضماناتها العالمية وبمستوى مقبول لجميع أفراد المجتمع وتقديم الدواء بسعر مقبول ومعقول لكل الفئات خاصة المحتاجة والفقيرة. ولتحقيق ذلك فإن هناك وسائل كثيرة.

فعلى سبيل المثال يجب الاستفادة القصوى من السعر العادل للدواء ويعنى أن نبيع نفس الدواء بأسعار مختلفة بين دول العالم حسب الدخل القومي للفرد وهذه الطريقة ستدر عائدا كبيرا على الشركات المنتجة للأدوية الحديثة وقد يكون هذا السعر غير كاف لتوفير الدواء بل يجب أن تساهم الدول الغنية في تحمل نصيبها العادل تجاه الفقراء بالتبرعات السخية والمستمرة لضمان إيصالها لمستحقيها كما يجب الاستفادة القصوى من الأدوية الجنيسة حيث ما زال الكثير والكثير جدا منها ذا فاعلية عالية لعلاج كثير من الأمراض التي تعاني منها هذه المجتمعات . زيادة كفاءة التشخيص الصحي في تلك الدول وتوعية

الجماهير بأهمية الوقاية واتباع أنماط حياة صحية والتي لن تكلف الكثير من الأموال ولا تحتاج إلى دعم مالي كبير وعلى الحكومات توفير الحد الأدنى من متطلبات الحياة الصحية من مسكن نظيف صحي، ومياه صالحة للشرب، وصرف للمجاري، وهواء نظيف. ثم الاهتمام بالتعليم لأنه المدخل الرئيسي للصحة.

هناك الكثير والكثير من الأفكار التي ستطرح أثناء انعقاد المؤتمر الذي يشمل مجموعة متميزة ذات ثقافات وخلفيات علمية مختلفة هدفنا أن نجتمعها تحت سقف ليس فقط لاستعراض ما أنجز ولكن لاثراء الموضوع وطرقه من جوانبه المختلفة. والأهم من كل ذلك إيجاد تصورات مقبولة وقابلة للتنفيذ لتحقيق العدالة الاجتماعية لأفراد مجتمعاتنا، إذ الصحة عنصر غير أحادي بل مركب تؤثر فيه عناصر مختلفة فالإقتصاد عنصر خطير يؤثر على الصحة والتعليم والجوانب الاجتماعية كلها تصب في النهاية سلبا أو إيجابا على الصحة.

ولتحقيق الأهداف السامية لخليفة الله في الأرض فإن كل منظمات المجتمع المدني الحكومية وغير الحكومية والمنظمات العالمية مثل منظمة الصحة العالمية واليونسيف. واليونسكو وغيرهم عليهم أن يلعبوا دورا هاما للدفاع عن المجتمع المدني بكل فئاته وطوائفه خاصة الفقراء منه والذين هم في أمس الحاجة إليه، رغم أنه في المباحثات الأولية لاتفاقية الجات لم يسمح لهذه المنظمات العالمية بالمشاركة الفعلية في اعداد التصورات التي تضمن حقوق أفراد المجتمع في الدول النامية.

كما ندعو منظمة التجارة العالمية أن تلعب دور الوسيط النزيه بين المنتج والمستهلك بل ندعوها إلى أن تنحاز للفقراء دفاعا عنهم. وكما ذكر أصحاب الشأن من الدول الصناعية فإننا في حاجة إلى إدخال البعد الإنساني على جميع التصورات الاقتصادية التي تتحكم في حركة التنمية في جميع دول العالم.

كما ندعو الأغنياء أن يجلسوا مع الفقراء على مائدة واحدة تحت راية الإنسانية وأن يتعامل الطرفان على أنهما شركاء في الكلاء والماء والنار وأنهم كالجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى دون تفرقة بسبب اللون، أو الجنس، أو العرق، أو الغنى، أو الفقر.

تابع اليوم الثالث
الأثنين ٢٥/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية السابعة
"خبرات الدول في التغلب على
المشاكل التي تواجه الصناعات
الدوائية وأسعار الدواء"

رئيس الجلسة: الدكتور محمد هيثم الخياط
نائب الرئيس: الدكتور سمير بانوب
مقرر الجلسة: الدكتور فهد بن صالح العريفي

المتحدثون:

- ١ - الدكتور سمير ثابت
- ٢ - الدكتور س.م. كرنديكار
- ٣ - الدكتور أحمد البرماوي

صناعة الدواء في مصر في ظل
المشاركة الفعالة لمجموعة
شركات أكاديفا والإعداد
لتطبيق اتفاقية الجات

الدكتور سمير ثابت

أكاديفا، القاهرة، مصر

صناعة الدواء في مصر في ظل المشاركة الفعالة لمجموعة شركات أكاديفا والإعداد لتطبيق اتفاقية الجات

سمير ثابت

أكاديفا، القاهرة، مصر

١ - الخلفية التاريخية:

لقد مرت صناعة الدواء بخمس مراحل:

- المرحلة الأولى (١٩٣٩ - ١٩٦١)
مولد شركات الدواء مصر، ممفيس، ألفا، عين شمس، أكادل
- المرحلة الثانية (١٩٣٩ - ١٩٦١)
تأميم هذه الشركات الصغيرة وإنشاء الشركة المصرية العامة المتحدة
- المرحلة الثالثة (١٩٧٤ - ١٩٨٢)
تبني (سياسة الانفتاح) - تأسيس أكاديفا
- المرحلة الرابعة (١٩٨٣ - ١٩٩٠)
تأسيس هيئة القطاع العام للأدوية.
- المرحلة الخامسة (١٩٩١ - حتي الوقت الحاضر)
تأسيس الشركة القابضة للأدوية

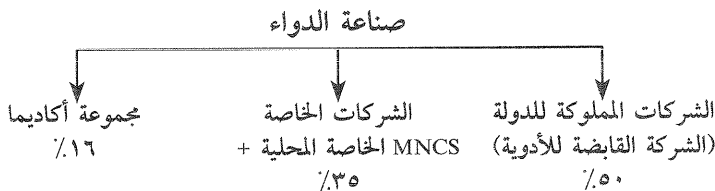
٢ - سوق الدواء عام ٢٠٠١

- يبلغ إجمالي سوق الدواء المصري في الوقت الحالي ٥,٢ بليون جنية (عام ٢٠٠١).
- بلغ نصيب السوق الخاص ٤,٣٣٤ بليون مع معدل نمو I..M.S ٥٨,٥ % ديسمبر ٢٠٠١ (12 M.T.D).
- يتم إنتاج ما بين ٩٢ % و ٩٤ % من إجمالي الأدوية محلياً.
- مازال يتم استيراد ما بين ٦ % و ٨ % على سبيل المثال من المنتجات المقاومة للسرطان.

مجالات العلاج الرئيسية

- ١ - أجهزة التغذية وعمليات بناء البروتوبلازما ٢٥ %
- ٢ - مقاومة العدوى بأجهزة الجسم ٢٠ %
- ٣ - الجهاز التنفسي ١٠ %
- ٤ - الجهاز العضلي والخاص بالهيكل العظمي ٩ %
- ٥ - الجهاز القلبي الوعائي ٨ %
- ٦ - الجهاز العصبي المركزي ٧ %
- ٧ - الجهاز البولي التناسلي والهرمونات الجنسية ٦ %
- ٨ - الأمراض الجلدية ٥ %

٣ - هيكل الملاك



٤ - الشركات العشرون الرائدة : .

| الشركات | مبيعات ٢٠٠١ / بالمليون / جنيه |
|---------------------|-------------------------------|
| ١ - جلاكسو | ٣٧٤ |
| ٢ - نوفارتس | ٣٠١ |
| ٣ - إبيكو | ٢٧٤ |
| ٤ - بي . ام . اس | ٢٧٣ |
| ٥ - أفنتس | ٢٣٣ |
| ٦ - فاركو | ٢٢١ |
| ٧ - فيزر | ١٧٦ |
| ٨ - ام . يو . بي | ١٧٠ |
| ٩ - آمون | ١٦٦ |
| ١٠ - العامرية | ١٥٧ |
| ١١ - سيد | ١٥١ |
| ١٢ - النيل | ١٤٧ |
| ١٣ - القاهرة | ١٣٤ |
| ١٤ - سرفير | ١٢٨ |
| ١٥ - سيدكو | ١٢١ |
| ١٦ - اكتوبر للأدوية | ١١٥ |
| ١٧ - ممفيس | ٩٧ |
| ١٨ - الاسكندرية | ٨٨ |
| ١٩ - جونسون | ٨٥ |
| ٢٠ - ام . اس . دي | ٧٥ |

الإجمالي = ٣٤٣٦ بليون

٧٩٪ من إجمالي سوق الدواء

مجموعة أكاديفا

٥ - المنتجات العشرون الرئيسية: -

| المنتجات | الشركات | مبيعات ٢٠٠١ / بالمليون | مبيعات ٢٠٠١ / بالمليون جنييه |
|----------------------------|------------|---------------------------|---------------------------------|
| ١ - فلومكس | ايكو | ٥٠ | ٢٧٤ الإجمالي = ٦١٩ مليون |
| ٢ - دويسيف | بي.ام. اس | ٤٧ | ١٧٠ ١٤٪ من إجمالي |
| ٣ - فيلوسيف | بي. أم. اس | ٧٤ | ٢٤ سوق الدواء |
| ٤ - فولتارين | نوفارتس | ٤٢ | ١٢١ مجموعة أكديما |
| ٥ - دياميكرون | سرفير | ٣٩ | ١١٥ |
| ٦ - كتافلام | نوفارتس | ٣٦ | ١٨,٧ |
| ٧ - زانتاك | جلاكسو | ٣٢ | |
| ٨ - كيبروكس | جلاكسو | ٣٢ | |
| ٩ - نوفالجين | أفتنس | ٣١ | |
| ١٠ - يوناسين | فيزر | ٢٨ | |
| ١١ - فلورست | جلاكسو | ٢٧ | |
| ١٢ - أولفين | مفا | ٢٥ | |
| ١٣ - سبرافيت | جلاكسو | ٢٤ | |
| ١٤ - فلدين | فيزر | ٢٤ | |
| ١٥ - كيتوفان | العامة | ٢٣ | |
| ١٦ - فاور فروت | فاركو | ٢٢ | |
| ١٧ - ثيراجران (ه) | بي. ام. اس | ٢١ | |
| ١٨ - أنسولين ميكستارد نوفو | | ٢١ | |
| ١٩ - بروفين | نول | ٢٠ | |
| ٢٠ - أميرال | أفتنس | ٢٠ | |

٦ - مجموعة شركات أكادима

- الأجهزة الطبية
- أكادима للتصوير بأشعة اكس
- الشركة العربية للآلات الدقيقة
- التصدير والتجارة
- أكادима الدولية للتجارة

شركات تعبئة الأدوية مبيعات ٢٠٠١ / بالمليون جنيه

- | | |
|----|------------------------------|
| ٢٠ | ١ - الشركة العربية للكبسولات |
| ٥٩ | ٢ - الشركة العربية للزجاج |
| ٨٢ | ٣ - شركة فلكسي للتعليب |

٧ - الشركة القابضة للأدوية

(١) الإنتاج

الشركات مبيعات ٢٠٠١ / بالمليون جنيه

- | | |
|-----|---------------------|
| ١٥١ | ١ - سيد |
| ١٤٧ | ٢ - النيل |
| ١٣٤ | ٣ - القاهرة |
| ٩٧ | ٤ - ممفيس |
| ٨٨ | ٥ - الاسكندرية |
| ٧٥ | ٦ - مصر |
| ٤٧ | ٧ - العربية للأدوية |
| ٢٨ | ٨ - النصر |

(٢) التوزيع :

- إيجي درج

(٣) الاستيراد

- الجمهورية (للكيماويات والأجهزة الطبية)

- إيجي درج للأدوية

(٤) التعليب

- تعليب الأدوية

٨ - التحديات التي تواجه صناعة الدواء

(أ) التحديات الداخلية

- الإطار التنظيمي (التسعير)

- اختبارات تأكيد الجودة

- البحث والتنمية

- غطاء التأمين الصحي

- عقود الإنتاج

(ب) التحديات الخارجية

- تطبيق اتفاقيتي الجات والتربس

المضامين السلبية

أ) الاعتماد على التقليد أكثر من الاختراع، إذ إن سوق الإنتاج سوف يقتصر على المنتجات التي ليست لها براءات اختراع فقط.

المضامين الإيجابية

ب) الدخول إلى السوق عن طريق التصدير أقل تكلفة من الاستثمار وسوف تشجع حماية حقوق الملكية الفكرية الشركات المحلية والدولية العاملة في مصر على الاستثمار في البحث والتنمية.

ج) تزايد الاستثمارات الأجنبية المباشرة نتيجة التطبيق الصارم لحقوق الملكية الفكرية ونقل التكنولوجيا.

٩ - كيفية الاستعداد لتطبيق اتفاقية الجات

- ١ - إعادة هيكلة الشركات القائمة
- ٢ - دمج الشركات المثلثة
- ٣ - الاتحاد مع الشركات الأخرى.
- ٤ - إنشاء مركز للبحوث والتنمية.
- ٥ - السوق العربية المشتركة.
- ٦ - تطوير الإطار التنظيمي (منح حوافز للمرونة في التصدير والتسعير).
- ٧ - تحسين مستويات الجودة.
- ٨ - تشجيع الاستثمار الأجنبي الحر (مجموعة حوافز الاستثمار).
- ٩ - تطوير غطاء التأمين الصحي.
- ١٠ - التخصص في سوق الأدوية النباتية.

التجربة الهندية في مجال صناعة الدواء بعد اتفاقية الجات

بقلم دكتور م. كراندكار

أخصائي وخبير علم العقاقير العلاجية
ومدير مركز طب الشيخوخة والكهولة
جامعة بهاراتي فديايبث ديمد / كلية الطب

التجربة الهندية في مجال صناعة الدواء بعد اتفاقية الجات

بقلم دكتور م. كرانديكار

أخصائي وخبير علم العقاقير العلاجية
ومدير مركز طب الشيخوخة والكهولة
جامعة بهاراتي فديايبث ديمد / كلية الطب

مقدمة:

إن رد فعل كثير من الدول تجاه منظمة التجارة العالمية غالبا ما يكون مرضيا - وكانت هذه المنظمة تتحدى سيادة هذه الدول على الرغم من أن ثلثي أعضائها من الدول النامية.

وبالنسبة للهند فقد انتقلت من مرحلة الاقتصاد المعتمد على الحماية الكبيرة إلى الإصلاحات الواسعة النطاق وتحرير التجارة والانضمام لعضوية منظمة التجارة العالمية بعد عام ١٩٩١.

وبالنظر إلى قطاع صناعة الدواء العالمي فنجد أنه يمر بمرحلة نمو سريع تتكاثف فيها معارفه وتتعاظم قيمه المضافة. ومع ذلك نجد أن تكاليف البحث والتسويق في تصاعد، إضافة إلى ضعف الحماية لبراءات الاختراع فيما يخص المنتجات الكبرى وتزايد حدة المنافسة من جانب الأدوية غير المسجلة مما يمثل تهديدا حقيقيا.

ويعتبر الدواء واحدا من ستة مجالات مهمة للتصدير في الهند. ويمثل التناقص المتزايد للأرباح التي تدرها صناعة الأدوية مصدرا للإزعاج، وباتت المحاولات المستميتة لتحقيق "إضافات قيمة" باستخدام مفهوم سلسلة القيمة هي الشعار الجديد.

ونشهد اليوم عوامل تؤثر على نظم العلاج مثل التكنولوجيا، والتغيرات الطارئة على مفهوم الصحة، والبيئة وإعادة النظر في الشهادات الممنوحة للعاملين في مجال الطب ومن يرتبطون بهم، والتأكيد على تحمل المسؤولية، وزيادة آمال المرضى في الشفاء، والنمو السريع في مجال البدائل الطبية مثل اليوجا والأيورفيدا.

وتشمل تكنولوجيا الصحة العقاقير والأجهزة ونهج العمل ونظم الرعاية وبرامج الفحص، إلا أن موضوع الساعة هو كيفية إدارة المرض وهذا يستلزم التوسع خارج نطاق العقاقير فيما يتعلق بصناعة الدواء في الهند.

صحة الأمة

من المناسب هنا أن نبحث العبء الذي يشكله المرض على المستوى العالمي والمحلي، بالإضافة إلى سنوات العمر المعدلة بسبب الإعاقة والتي تستخدم كمقياس عالمي للأعباء التي يخلفها المرض، وكمقياس للوفيات والعجز هذا وسوف تظهر أعباء الأمراض والإصابات على المستوى العالمي والمعتمدة على الاتجاهات الحالية في صورة مختلفة بشكل ملحوظ في عام ٢٠٢٠ متمثلة فيما يلي:

- زيادة متوسط عمر النساء مقارنة بالرجال
- انخفاض معدل الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية
- ارتفاع معدل الوفيات الناتجة عن الأمراض غير المعدية

- زيادة الأعباء التي تخلفها الأمراض العقلية على نحو كبير

ما الذي يتعين علينا فعله

نشاهد الآن اتجاهات معينة تحتاج إلى دراسة متأنية:

(١) الاتجاهات الصحية - والتقدم في السن، الأمراض المزمنة، الضغوط، المرض العقلي، الأمراض الجديدة، وصور العدوى الجديدة والآثار الناجمة عن التلوث.

(٢) المعلومات عن المرضى، تشخيص المرض وعلاجه ذاتياً، أفضلية الأدوية المتعادلة وأساليب العلاج البديلة، والارتقاء بنمط الحياة، والموت الرحيم.

(٣) البيئة، الاقتصاد، براءات الاختراع والتأمين.

(٤) التكنولوجيا.

(٥) الأساليب البديلة - اليوجا، الدين والجوانب الروحية.

وفي الهند مازالت الأمراض المعدية ذات شأن إذ تعد السبب وراء الارتفاع الكبير للنسبة المرضية ومعدل الوفيات. وعلى الرغم من التحسن الاقتصادي، فإن الخلل في أسلوب الحياة يتزايد والأمراض غير المعدية على مقربة من أن تصبح وباء القرن الواحد والعشرين.

بعض المشاكل الخاصة

إن القضايا المهمة التي يجب أن نواجهها بصورة مباشرة وحازمة في القرن الواحد والعشرين تتركز في إطالة العمر وهي لا تخص الصفوة وحدهم بل تمتد لتشمل الجميع، تحويل السن الكبيرة من كونها عبئاً إلى مرحلة تتميز بالصحة والإنتاج والمشاركة؛ منع الإعاقة والعزلة وكيفية استخدام تكنولوجيا جديدة في جلب السعادة والصحة.

تكنولوجيا الصحة من أجل حياة أفضل

تشمل تكنولوجيا الصحة أي أسلوب يتم استخدام من أجل تحسين الصحة ومنع المرض ومعالجته وتطوير برامج التأهيل أو الرعاية الطويلة الأجل، وهي تتضمن الأدوية والأجهزة ونهج العمل، ونظم الرعاية وبرامج الفحص التي تساعد على توفير نمط حياة أفضل لكبار السن.

الاقتصاديات الطبية

أثناء إدارة الرعاية الصحية ينبغي أن ندرك الأهمية التي يجب أن تنالها اقتصاديات الصحة واقتصاديات الدواء والتأمين الصحي وهو الشيء الذي لا يحدث بشكل كاف، إذ تتم مراجعة ترتيبات التأمين الصحي من أجل خفض التكاليف فقط.

جهود الرعاية الصحية في الهند

يعتبر قطاع الدواء في الهند عريضا جدا، إذ يتألف من نحو ١٠٠ شركة ذات حجم معقول وعدة آلاف من الشركات الصغيرة جدا. وينطبق هذا على العقاقير والتركيبات المتداولة بكميات كبيرة.

وهناك الآن تعزيز لهذه الصناعة عن طريق عمليات الاندماج والائتلاف بين الشركات والتي تشكل نقاط قوة تكميلية تؤدي إلى طاقة إضافية من حيث حجم النشاط أو كمية السندات التجارية.

صناعة الدواء الهندية

ثبت أن متطلبات البحث والتنمية الجادة سوف يكون لها دور تنافسي بعد عام ٢٠٠٥، وإن الأسواق العالمية والمحلية سوف تكون محل اهتمام بما في ذلك الأسواق المنتظمة. وهناك قناعة في أن

مهارات التسويق باتت من الأهمية بمكان. ونحن نرى أن قطاع الدواء ينمو بمعدل طيب في ضوء الإقرار بحقيقة أهمية تصنيع الأدوية بكميات كبيرة وفي نطاق اقتصادي واسع على نحو يؤدي إلى خفض التكلفة.

إن الهند يساورها قلق طبيعي بشأن سريان براءات الاختراع - بمعنى تمديد فترتها من ٢٠ عاما إلى ٣٠ عاما أو ٣٥ عاما. وفي الوقت الذي تسمح فيه الولايات المتحدة بذلك تلتزم الـ Trips الصمت.

إن الأعباء الكبيرة للأمراض مرجعها إلى أمراض القلب والاكتئاب وحوادث المرور. ويوجد الكثير من الأسباب وراء العبء الكبير للأمراض في الهند، مثل ضعف الاقتصاد وسوء توزيع الموارد وضعف الحكومة وارتفاع مستوى الأمية والسياسات الخاطئة وتواضع التطور البحثي إلى غير ذلك.

إن أحد الأسباب الثلاثة التي سوف تكون مدمرة بحلول عام ٢٠٢٠ والتي يتعين على مجتمعاتنا مواجهتها هو الوفيات وحالات العجز الناتجة عن حوادث الطرق. ومقارنة بالأمراض الأخرى، فإنها سوف ترتفع من المركز التاسع التي تحتله حاليا إلى المرتبة الثالثة. ويقول تقرير للأمم المتحدة إن الدول النامية سوف تكون مسؤولة عن ٩٠٪ من الوفيات الناشئة عن حوادث المرور في العالم مع قدوم عام ٢٠١٠.

ما الذي نحتاج أن نفعله

في أثناء الفحوص الطبية يتعين علينا إجراء تقييم شامل لكل فرد يتم فيه الكشف عن الاضطرابات وموطن الخلل والصعوبات المختلفة والتي يجب أن ترتبط نتائجه بالمجتمع وهي تنقسم إلى:

- الأمراض الجسمانية: السرطان، أمراض القلب، التهاب المفاصل،

مشاكل الأمعاء، السمع، الرؤية، مشاكل الأسنان، التقييم الذاتي للحالة الصحية.

- الأمراض النفسية: الذاكرة، الاكتئاب، القلق، الاضطرابات أثناء النوم، الأوهام، أشكال الهلوسة.
- المشاكل الاجتماعية: العزلة، الأسرة، العلاقات، كون المرء يمثل عبئا، التواصل مع الحياة بعد التقاعد، التمويل المادي.
- العادات: الأكل، التدخين، تناول الكحوليات.
- الحالة التوظيفية: الاتصال، سهولة الحركة والتنقل، أنشطة الحياة اليومية.
- الانتفاع بالخدمات: الطبية، الاجتماعية، التطوعية / غير الرسمية.

التحديات القائمة

- إن جميع محاولاتنا للتعامل مع ضخامة المشاكل التي نواجهها تعوقها التعقيدات التي أوجدتها الكثير من العوامل مثل:
- تطلعاتنا لتحسين نوعية الحياة وتقليل أشكال عدم المساواة وضمان استمرارية التنمية الاجتماعية والبشرية.
- وحاجتنا إلى العناية بأربعة أبعاد - حالة كبار السن، التنمية الفردية طوال الحياة، العلاقات بين الأجيال المتعددة، المضامين الاجتماعية الواسعة النطاق للسكان الذين يكبرون في السن بالنسبة ل:
- أربعة مستويات: الفرد، الأسرة، المجتمع المحيط / الجيران، المجتمع بشكل عام.
 - وتناولنا ل:
 - ثلاثة فروق رئيسية - الثقافة / الدينية / الروحية، الجنس، التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

قضايا البحث الرئيسية

- التنظيم الداخلي للممول: كيف يؤثر التنظيم الداخلي بما يتضمنه من أشكال التمويل المختلفة وملكية وإدارة الخدمات.
- الحوافز: ماهي الحوافز التي تدفع الأشخاص / الأفراد أو الهيئات إلى مزيد من المساهمة.
- التنظيمات: وهي الهياكل والعمليات التنظيمية التي تحتاج إلى مراجعة طبقاً للمواقف المستجدة. وكلما كان القطاع الخاص مساهماً قوياً، أصبح من الصعب وضع هيكل تنظيمي للعمل به.
- إن مجموعة المبادئ والقوانين تعني القواعد وآليات وهيئات التنفيذ التي تحاول الهند استخدامها بفعالية لضمان رأس مال بشري كاف، وزيادة الأنشطة الإنتاجية، والتفاعل بين المؤسسات الرسمية وغير الرسمية.

وهذه هي بعض الأمور التي تحتاج إلى البحث:

- المنظمات غير الحكومية والدور الأكبر الذي بدأت تلعبه
- كيف يكون هذا الدور أكثر فعالية بحيث يكمل دور الحكومة
- النمو البطيء لقطاع تركيب الأدوية العلاجية على نحو يدعو إلى الكآبة
- عزوف الحكومة عن الاستثمار في القطاع العام
- النمو الكبير لمجالى الأدوية المتعادلة والأغذية التشغيلية في الهند
- التكنولوجيا الحديثة في مجال الرعاية الصحية - كيفية تطوير التكنولوجيا الملائمة.

هناك حاجة إلى ممارسة التكنولوجيا الجديدة من أجل التنمية

البشرية في الدول النامية والأقل نمواً. ويجب أن يتم توفير المساعدات الفنية والمباني الاستيعابية.

المجالات المساعدة

فيما يلي المجالات التي تحتاج إلى بحث مكثف واستغلال للنتائج:

- المعلومات العلمية الطبية
- الطب الجغرافي
- الاقتصاد الجغرافي
- علم الاجتماع الطبي
- الاقتصاد الطبي
- التكنولوجيا الحيوية
- الاقتصاد الدوائي

الدروس المستفادة

تعاني كثير من الدول الأقل نمواً من عدم الاستقرار وقلة التنوع في المنتجات وصغر المساحة. والشيء الوحيد الذي يمكن أن تفعله هذه الدول هو طلب المساعدة من المؤسسات الدولية والشركاء التجاريين. وكثير من البرامج الخاصة بهذه الدول تهدف إلى إنشاء مشروعات صغيرة ومتوسطة الحجم على نحو مرض.

إن كثيراً من الأحداث في كل دولة على حدة بحاجة إلى مراجعة لمعرفة ما إذا كانت مرتبطة بشكل واسع بمنظمة التجارة الدولية أم أنها جزء من ظاهرة تحرير التجارة والعولمة.

والهند شأنها شأن بعض الدول الأخرى اتخذت خطوات لخفض تكاليف الأدوية من خلال إجراءات من قبيل التراخيص الإجبارية التي تسمح بإنتاج العقاقير غير المسجلة واستيراد الأدوية الأرخص ثمنا. إن لدى الهند العديد من الأشياء التي يمكن أن تقدمها لغيرها من الدول النامية وتلك الأقل نموا وعليها كذلك أن تستفيد من تجارب الآخرين. وهذا بمثابة نطاق واسع من الأنشطة التي تنتظر الدراسة.

خاتمة

علينا أن يكون هدفنا هو الحصول على صورة جيدة للسوق أو السكان بخصائصهم الفردية. وهذه الصورة تشمل الحضر والريف والطبقات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة والذين يعيشون بمفردهم والمطلقين والمطلقات والموقع وغير ذلك من الأمور محل الاهتمام.

نحن في حاجة إلى أن نقوم بمشروعات بحثية من أجل تطوير قاعدة جيدة للمعرفة ثم إعداد جدول استراتيجيات لجميع أصحاب المشاريع.

والذي يتعين علينا أن نهتم به أكثر من أي شيء آخر هو سيناريو التخطيط والإبداع. وعلينا أن يكون شغلنا الشاغل هو تطوير سيناريوهات لاستخدامها في توليد الأفكار والاستراتيجيات.

المراجع

- تقرير التنمية الدولية ٢٠٠٢ - إنشاء قوانين الأسواق
- تقرير التنمية البشرية ٢٠٠١
- <http://www.worldbank.org/data/wdi2001/index.htm>
- تعداد الهند ٢٠٠١ - التقرير التمهيدي ٢٦ مارس ٢٠٠١ .
- الفقر الملائم في دائرة الضوء: مضامين عوامل الصحة والفقر في إطار اجتماعي إصدارات سيج ٢٠٠١ ميرلي ديزاي وآخرون (١٩٩٨)، نحو تنمية تتمركز حول البشر، الجزء الثاني.
- الناشر: معهد طاطا للعلوم الاجتماعية، بومباي .
- بنيت سارا، مكبيت بربارا، ميلز آن - ممولو الصحة في الدول النامية التابعون للقطاع الخاص، دار نشر ١٩٩٧ كيشوري جا - (٢٠٠١) - برامج الصحة القومية في الهند، الطبعة الثالثة، دار نشر سنشري.

تجربة الأردن في مواءمة
التشريعات الوطنية لتتماشى
مع اتفاقية التجارة العالمية

د. أحمد عبد الحميد البرماوي

تجربة الأردن في مواءمة التشريعات الوطنية لتنمى مع اتفاقية التجارة العالمية

د. أحمد عبد الحميد البرماوي

الخلاصة

ترتبط المملكة الأردنية الهاشمية باتفاقيات تجارية واقتصادية واتفاقيات تعاون في مجالات أخرى متعددة بشكل ثنائي مع كثير من الدول الأعضاء في منظمة التجارة العالمية وأهمها اتفاقية التجارة الحرة مع الولايات المتحدة الأمريكية واتفاقية الشراكة الأردنية الأوروبية كما وقعت المملكة اتفاقية الانضمام لمنظمة التجارة العالمية وقبولها عضواً في المنظمة اعتباراً من ٢٠٠٠/٤/١١ ويترب على ذلك الالتزام بالاتفاقيات المنبثقة عن هذه المنظمة ومن ضمنها الاتفاقيات المتعلقة في مجال الغذاء والدواء كاتفاقية حماية الصحة والصحة النباتية (SPS) والعوائق الفنية أمام التجارة الدولية (TBT) وبراءة الاختراع (Patent) وحقوق الملكية الفكرية (TRIPS)، وعليه تم مراجعة القوانين والتشريعات المختلفة ذات الارتباط وتعديلها أو إصدار قوانين جديدة تنمى مع القوانين والتشريعات الدولية المطلوبة، والأخذ بعين الاعتبار المصلحة الوطنية العليا باستخدام الأساليب العلمية والتقنية للارتقاء بالصناعة والزراعة والخدمات، لرفع جودة الإنتاج ورفع قدرة المنافسة وتحفيز الصادرات ودفع عجلة التنمية الاقتصادية الوطنية باستعدادات

إيجابية واستغلال الطاقات المادية والعلمية والبشرية المتوفرة وزيادة حجم التجارة الخارجية الدولية وحجم التجارة العربية البينية وعلى مستوى السوق العربية المشتركة، وتجدر الإشارة في هذا المضممار إلى التركيز على مبدأ البحث العلمي المعمق عبر دول عربية متعددة لنفس المشروع والتركيز على الأبحاث وتحويل أبحاث طلاب الدراسات العلمية لمشاريع صالحة للاستغلال التجاري عن طريق إصدار براءات الاختراع والأخذ بعين الاعتبار التشدد بمنع الاحتكار وضمان بيع المنتجات بأسعار التكلفة الدولية وخاصة في الجانب الدوائي والسماح لشركات الأدوية باستخدام مواد الاختراع قبل فترة انتهاء هذه البراءة بما فيها الأعمال العلمية كدراسات الثبات والفحص حتى يمكن تسويقها عند فترة انتهاء حماية براءة الاختراع.

الفصل الأول التعريف والمؤشرات الإحصائية

التعريف والمؤشرات الإحصائية ذات العلاقة

١ - المساحة :

تبلغ مساحة المملكة الأردنية الهاشمية ٨٩٣٤٢ كم مربع وتقع بين خطي الطول (٣٥) و(٣٩) شرقاً وخطي العرض (٢٩) و(٣٣,٥) شمالاً.

٢ - التضاريس الطبيعية :

الأغوار :

وتكون الحدود الغربية للمملكة وتستغل سهولها لزراعة الخضار وأشجار الحمضيات بشكل رئيسي ويمر فيها نهر الأردن ويصب في البحر الميت الذي يعتبر أكثر نقطة منخفضة عن سطح البحر في العالم.

السلاسل الجبلية :

وتشرف على مناطق الأغوار وتمتد من شمال البلاد إلى جنوبها وتكسوها الغابات والأشجار المثمرة خاصة في المناطق الشمالية.

* السهول الشمالية والوسطى والمستغلة في زراعة المحاصيل الحقلية والأشجار المثمرة.

* المناطق الصحراوية وتمتد شرقاً شمالاً كجزء من بادية الشام وشرقاً جنوباً امتداداً لصحراء النفوذ.

٣ - المناخ :

مناخ شرق حوض البحر الأبيض المتوسط حار جاف صيفاً رطب بارد شتاءً ويبلغ أعلى معدل لسقوط الأمطار حوالي ٦٠٠ ملم وأدنى معدل حوالي ٥,٥ ملم سنوياً. وتصل أعلى درجة حرارة حوالي ٣٨ م ± ٢ م في فصل الصيف وأدنى درجة صفر مئوي ± ٢ م في فصل الشتاء.

٤ - الأراضي الزراعية :

* مجموع الأراضي الزراعية ٧,٨٪ من مساحة المملكة

يبلغ مجموع مساحة الأراضي الزراعية المستغلة حوالي (٢٣٠٠ - ٣٠٠٠) كم مربع أي حوالي ٢,٦٪ - ٣,٤٪ من مساحة المملكة وتزيد وتنقص اعتماداً على الموسم المطري.

- المساحة المروية ٧٧٠ كم مربع أي حوالي ٠,٩٪ من مساحة المملكة.
- المساحة غير المروية (١٦٠٠ - ٢٣٠٠) كم مربع أي حوالي ١,٨٪ - ٢,٦٪ من مساحة المملكة.
- المساحات المزروعة بالمحاصيل الحقلية (١٢٠٠ - ١٨٥٠) كم مربع أي حوالي ١,٣٥٪ - ٢٪ من مساحة المملكة.
- المساحات المزروعة بالأشجار المثمرة ٨٧٠ كم مربع أي حوالي ١٪ من مساحة المملكة.

- المساحات المزروعة بالخضروات تتراوح ما بين (٣٠٠ - ٣٦٠) كم مربع أي حوالي ٠,٣٤٪ - ٠,٤٪ من مساحة المملكة.

٥ - السكان

- * بلغ عدد السكان في المملكة سنة ٢٠٠٠ ٥,٠٣٩٠٠٠ مليون نسمة.
 - * نسبة السكان دون ١٥ سنة ٣٩,٦٪
 - * نسبة السكان فوق ٦٤ سنة ٢,٧٪
 - * نسبة السكان بعمر ١٥-٦٤ سنة ٥٧,٧٪
 - * الزيادة الطبيعية للسكان ٢,٣٪
 - * الزيادة الكلية للسكان ٢,٨٪
 - * نسبة الذكور ٥٢,٣٪
 - * نسبة السكان في العاصمة / عمان ٣٨,٠٠٪
 - * الكثافة السكانية (٥٦,٤) فرد / كم مربع
- وتختلف الكثافة السكانية من محافظة إلى أخرى في محافظات المملكة الاثنتي عشرة حسب الطبيعة الإنتاجية وتوفر فرص العمل.

٦ - العمالة:

| النسبة المئوية | المجموع | القطاع الخاص | | القطاع العام | | الجنسية |
|----------------|---------|--------------|--------|--------------|--------|-------------|
| ٩٣٪ | ٥٤٦٧٤٢ | | ٣٠٧٥٨٥ | | ٢٣٩١٥٧ | أردنيون |
| ٧٪ | ٤١٣٨٨ | | ٣٦١٨٧ | | ٥٢٠١ | غير أردنيين |
| ١٠٠٪ | ٥٨٨١٣٠ | | ٣٤٣٧٧٢ | | ٢٤٤٣٥٨ | المجموع |

نسبة العاملين الأردنيين حوالي ١١٪ من عدد السكان.

٧ - الصناعة

(أ) الصناعات الاستخراجية والتحويلية الرئيسية الأخرى .

| | |
|------------------------|------------------|
| عدد المنشآت | ١٨٢٤٠ منشأة |
| الإنتاج القائم | ٣٤١١ مليون دينار |
| القيمة المضافة | ١١٩٤ مليون دينار |
| تكوين رأس المال الثابت | ٤١٣ مليون دينار |

(ب) المنتجات الغذائية والمشروبات

| | |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| عدد المنشآت | ٢٩٢١ منشأة |
| عدد المصانع والمعامل الغذائية الرئيسية | ٧١٦ مصنعاً |
| عدد العاملين | ٢٢٣٩٥ عاملاً = ٠,٤٥٪ من عدد السكان |
| الإنتاج القائم | ٥٠٦,٥ مليون دينار |
| تكوين رأس المال | ٢٢ مليون دينار |
| القيمة المضافة | ١٣٤,٥ مليون دينار |

(ج) المنتجات الدوائية والصيدلانية

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| * عدد مصانع الأدوية العاملة | ١٤ شركة |
| * عدد العاملين | ٣٥٠٠ عامل |
| * تكوين رأس المال | ١٢٥ مليوناً |
| * استهلاك الفرد | ٣٤ دولاراً سنوياً |

(د) الأهمية النسبية للإنتاج الكمي للصناعات الغذائية: ١٣٥٥٠ / ١٠٠,٠٠٠

(هـ) الأهمية النسبية للإنتاج الكمي للعقاقير والأدوية: ٤٥٩٦ / ١٠٠,٠٠٠

(و) الأهمية النسبية للإنفاق على المواد الغذائية: ٤٤,٣٢٪

٨ - الحركة التجارية:

* المؤشرات لسنة ٢٠٠٠

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| الناتج المحلي: | (٥٩١٣) مليون دينار |
| نصيب الفرد: | (١١٧٣) ديناراً سنوياً |
| سعر صرف الدينار: | (١,٤١) دولار أمريكي |
| أ) المستوردات من السلع: | (٣٢٦٠) مليون دينار |
| ب) الصادرات الكلية | (١٣٤٧) مليون دينار |
| ج) الصادرات من السلع: | (١٠٨١) مليون دينار |
| د) الصادرات من الخضار والفواكه | (٧٠) مليون دينار |
| هـ) الصادرات من الأدوية | (١١٠) مليون دينار |
| د) المعاد تصديره | (٢٦٦) مليون دينار |
| هـ) العجز | (١٩١٣) مليون دينار |

* المؤشرات لسنة ٢٠٠١

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| أ) المستوردات | (٣٤٣٤,٥) مليون دينار |
| ب) الصادرات الكلية | (١٦٢٥,٥) مليون دينار |
| ج) الصادرات الوطنية | (١٣٥١,٥) مليون دينار |
| د) المعاد تصديره | (٢٧٤) مليون دينار |
| هـ) العجز | (١٨٠٩) مليون دينار |
| و) الصادرات من الخضار والفواكه | (٩١) مليون دينار |

ز) الصادرات من الأدوية (١٢٩) مليون دينار

- الزيادة في الصادرات الكلية لعام ٢٠٠١ = ٢٠,٧٪
- الزيادة في المستوردات لعام ٢٠٠١ = ٥,٤٪
- الزيادة في صادرات الخضار والفواكه = ٣١٪
- الزيادة في صادرات الأدوية = ١٧,٧٪
- الانخفاض في العجز = ٥,٤٪

٩ - التجارة العربية مؤشرات سنة ٢٠٠٠

أ) دول السوق العربية المشتركة وتشمل مصر، سوريا، اليمن، العراق، ليبيا، موريتانيا

* الصادرات (١٦١) مليون دينار

* المستوردات (٥٤٨) مليون دينار

ب) الدول العربية الأخرى:

وتشمل: المنطقة الحرة، فلسطين، لبنان، البحرين، الكويت، عُمان، قطر، السعودية، الجزائر، المغرب، السودان، تونس، الامارات، جيبوتي، الصومال، جزر القمر.

* الصادرات (٢٩١) مليون دينار

* المستوردات (٢٣١) مليون دينار

* مجموع الصادرات (٤٥٢) مليون دينار

* مجموع المستوردات (٧٧٩) مليون دينار

ج) المؤشرات لعام ٢٠٠١

* منطقة التجارة العربية

* الصادرات (٤٧٥) مليون دينار

* المستوردات (٧٩٨) مليون دينار

* للدول العربية

* مجموع الصادرات (٥٤٥) مليون دينار

* مجموع المستوردات (٨٢١) مليون دينار

١٠- التركيب السلعي للصادرات الوطنية مؤشرات سنة ٢٠٠٠

أ) المواد الغذائية والحيوانية (١١٦,٣) مليون دينار

حوالي (١٠,٧٥٪) من الصادرات الوطنية

ب) المنتجات الدوائية والصيدلانية (١١٠) مليون دينار

حوالي (١٠٪) من مجموع الصادرات الوطنية

١١- التركيب السلعي للمستوردات

أ) المواد الغذائية والحيوانات الحية (٥١٩) مليون دينار

ب) زيت ودهون وشموع (٣٨,٥) مليون دينار

= (٥٥٧,٥) مليون دينار

حوالي (١٧٪) من مجموع المستوردات

ج) منتجات دوائية وصيدلانية (٩٦,٥) مليون دينار

حوالي (٣٪) من مجموع المستوردات

الفصل الثاني

إجراءات الرقابة على الغذاء والدواء في المملكة قبل الانضمام لمنظمة التجارة العالمية

١ - الرقابة على الغذاء

* مسؤولية مشتركة لعدد من الجهات الرسمية المختلفة
تقوم كل جهة بدور مختلف في معظم الأحيان عن دور الجهة
الأخرى

١ - مجالات الرقابة

- أ) المصانع والمعامل الغذائية الوطنية والمناطق الحرة.
- ب) أماكن تداول وتجهيز الأغذية.
- المخابز
- أماكن تجهيز وبيع الحلويات والمخبوزات
- المطاعم والمقاهي ومقاصف المدارس
- أماكن تجهيز الطعام في الفنادق والاستراحات والمستشفيات
- البقالات والسوبر ماركت
- مستودعات التبريد والتجميد للأغذية
- مستودعات الأغذية الأخرى

- أماكن بيع الأشربة والعصائر والمرطبات
- الملاحم وأماكن بيع اللحوم بمختلف أنواعها
- المسالخ العامة والخاصة
- وسائل نقل وتوزيع المواد الغذائية
- معاصر الزيتون

(ج) المواد الغذائية

- إرساليات المواد الغذائية المستوردة (تداول وتخزين)
- المواد الغذائية المتداولة في الأسواق المحلية
- المواد الخام المعدة للاستخدام في الصناعات الغذائية
- المواد الغذائية المنتجة في المعامل والمصانع الغذائية الوطنية
- المواد الغذائية المعدة للتصدير
- الخضار والفواكه الطازجة
- الحيوانات الحية والطيور
- أعلاف الحيوانات
- المناحل ومزارع تربية الحيوانات والطيور
- حقول المزارعين

(د) متداولو الغذاء

- العاملون في الصناعات الغذائية
- العاملون في أماكن تجهيز وتقديم خدمات الطعام
- سائقو وسائل نقل المواد الغذائية
- الباعة المتجولون

٢ - الجهات الرسمية المعنية بالرقابة على الغذاء

٢/أ وزارة الصحة

تقوم وزارة الصحة بالرقابة الصحية على الغذاء كأحد مكونات استراتيجيتها الصحية وتسعى للارتقاء بمستوى الرقابة وشموليته حول سلامة الغذاء من خلال المحاور التالية:-

- تحديث التشريعات بما يتفق مع التطورات العلمية والإجراءات الدولية حول سلامة الغذاء ومأمونيته.
- رفع فعالية وكفاءة مختبرات الغذاء.
- التعليم والتدريب للكوادر العاملة في مجال الرقابة على الغذاء لرفع كفاءتهم.
- توعية الجمهور.
- اعتماد الأساليب الحديثة العلمية للرقابة وضبط وضمان الجودة للغذاء كأسلوب مراقبة النقطة الحرجة في تحليل المخاطر.
- رصد الأمراض المنقولة بالغذاء.
- إجراء الدراسات والأبحاث حول الغذاء وتحديد المشكلات واقتراح الإجراءات على المستوى الوطني.
- تطوير نظم المعلومات والاتصال والتبليغ عن مخاطر الغذاء على المستوى الوطني والإقليمي والدولي
- تطوير البرامج الداعمة كإجراءات الرقابة البيئية وتصريف الفضلات الصلبة والسائلة والتزود بالمياه الصالحة للشرب في مواقع التصنيع الغذائي وتجهيز وتقديم خدمات الطعام.

- التعاون مع الجهات الوطنية والمنظمات الدولية لتنفيذ برامج سلامة الغذاء
- مشاركة المجتمع/ صناعيين/ مستهلكين/ متداولين.

أ/١ أهداف الرقابة الصحية على الغذاء

أ/١/١ الأهداف العامة

- أ/١/١/١ حماية المستهلك والصحة العامة من أخطار الأغذية غير المأمونة أو المحتملة فقد تكون ضارة بسبب تلفها أو تلوثها أو نقص قيمتها الغذائية أو جودتها.
- أ/١/١/٢ الحد من انتشار الأمراض المنقولة بالغذاء أو الناتجة عنه وتخفيض عدد الوفيات بسببها.
- أ/١/١/٣ تخفيض عدد حالات سوء التغذية والمضاعفات الناتجة عنها.

أ/١/٢ الأهداف الخاصة

- أ/١/٢/١ رفع الوعي الوطني الصحي حول سلامة الغذاء ومأمونيته وقيمه الغذائية وإرساء ممارسات صحية مأمونة في مواقع تداول الغذاء.
- أ/١/٢/٢ التبليغ عن الأغذية غير المأمونة وغير الصالحة أو المحتمل ضررها لاتخاذ الإجراءات السريعة العاجلة لمنع الضرر المحتمل منها على الصحة العامة.
- أ/١/٢/٣ الاستجابة لتقديم الخدمات الصحية الضرورية لدى حدوث الأمراض وانتشارها الناتجة عن الغذاء
- أ/١/٢/٤ إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بالقيمة الغذائية واتخاذ

الإجراءات للحفاظ أو لرفع هذه القيمة من الناحية التغذوية كلما اقتضت الحاجة مثال (إضافة الحديد للطحين).

٢/ أ السياسة العامة التي تستند إليها الوزارة باستراتيجيتها في الرقابة على الغذاء

- ١ / ٢ / أ أحد عناصر الرعاية الصحية الأولية
- ٢ / ٢ / أ السياسات الصحية الوطنية للحفاظ على الصحة العامة والوقاية من الأمراض.
- ٣ / ٢ / أ سلامة الغذاء من الأمور الصحية حسب المنظور الدولي واستراتيجية منظمة الصحة العالمية.
- ٤ / ٢ / أ شمول كافة فئات المجتمع بالرعاية في هذا المجال.
- ٥ / ٢ / أ مسؤولية وزارة الصحة وصلاحياتها بموجب القانون.
- ٣ / أ خطة العمل والإجراءات.
- ١ / ٣ / أ منع الغش والوصف الكاذب.
- ٢ / ٣ / أ منع تداول الأغذية غير الصالحة للاستهلاك البشري.
- ٣ / ٣ / أ مراقبة تطبيق الاشتراطات الصحية لتداول الغذاء، نقل، تخزين، عرض.
- ٤ / ٣ / أ منع تداول الأغذية غير المطابقة للمواصفات القياسية.
- ٥ / ٣ / أ التحقق من صلاحية المواد الخام المستخدمة في الصناعات الغذائية.
- ٦ / ٣ / أ الكشوف الدورية على المعامل والمصانع الغذائية وأماكن تجهيز الطعام وتقديمه للتأكد من توافر الظروف والشروط الصحية المطلوبة.

- أ/٣/٧ الفحوص الدورية لمتداولي الغذاء وللتحقق من سلامتهم من الأمراض المعدية.
- أ/٣/٨ الكشوف الدورية على أماكن تخزين الغذاء والمستودعات للتأكد من توافر الظروف والشروط الصحية المطلوبة.
- أ/٣/٩ مراقبة وسائل نقل الغذاء والتحقق من توافر الشروط الصحية للنقل ووسائله.
- أ/٣/١٠ جمع المعلومات وإجراء الدراسات حول العوامل المؤثرة في سلامة الغذاء ومأمونيته في المجالات التالية :-
- النمط الاستهلاكي لفئات السكان وأسلوب توفير الطعام وإعداده والممارسات الصحية للمستهلكين.
 - إعداد الوجبات الجماعية (أعراس، حفلات، مواسم).
 - الظروف البيئية والمناخية التي تؤثر في سلامة الغذاء وتلوثه واستخدام المياه الصالحة في الصناعات الغذائية والتخلص من الفضلات الصلبة والسائلة.
 - وسائل الري والتسميد والحصاد والتخزين للمنتجات الزراعية والممارسات الزراعية الجيدة خلالها.
 - الوعي الصحي لدى الصناعيين والعاملين في الصناعات الغذائية.

أ/٤ إدارة الرقابة على الغذاء في وزارة الصحة

أ/٤/١ مجلس إدارة الغذاء

- برئاسة معالي وزير الصحة
- عضوية الجهات الرسمية المعنية بالغذاء

- مندوبون عن القطاع الخاص
- مندوبون عن جمعية حماية المستهلك
- أهم الصلاحيات
- رسم السياسة العامة للرقابة على الغذاء
- إقرار التعليمات
- النظر في الاعتراضات
- التنسيق مع الجهات الرسمية الأخرى بعمليات الرقابة

أ/٤/٢ مديرية صحة الغذاء

* الأقسام الفنية

- سلامة الغذاء
- المؤسسات الغذائية
- المضافات الغذائية
- الدراسات والمعلومات والمواصفات

أ/٤/٣ اللجان الفنية

- سلامة الغذاء
- الأغذية الخاصة
- المضافات الغذائية
- لجنة المشاريع الصناعية الجديدة
- لجنة جنون البقر

- لجنة إعادة الفحص
 - أهم المهام والصلاحيات
 - تنفيذ السياسات ومراقبة تطبيقها
- أ/٤/٤ مديريات الصحة في المحافظات والألوية وعددها (٢٠)

- فرق الرقابة الصحية
 - أطباء الصحة العامة
 - مراقبون صحيون
- أهم المهام:
- تنفيذ التعليمات والسياسات الصحية الصادرة عن الوزارة.
- الكشف على المؤسسات وجمع العينات.
- مراقبة تطبيق الشروط الصحية.
- ترخيص وتجديد ترخيص المنشآت الغذائية.

أ/٤/٥ لجان أخذ العينات

- في المواقع الجمركية وعددها (٨)
- تتكون من مندوبي / صحة وزراعة، ومواصفات ومقاييس
- * مهامها:

- معاينة الإرساليات المستوردة
- سحب العينات وإرسالها للتحليل المختبري
- متابعة إعادة تصدير الإرساليات المرفوضة

أ/٤/٦ مختبرات الغذاء في وزارة الصحة

- مختبر عمان

- مختبر العقبة

- مختبر إربد

- المهام:

- إجراء الفحوص لبيان الصلاحية للاستهلاك البشري

- الفحوص الفيزيائية / الحسية

- الجرثومية

- الكيماوية

- سموم الفطريات

- السموم البكتيرية

أ/٥ القوانين والأنظمة التي تعمل الوزارة بموجبها

أ/٥/١ قانون الصحة العامة رقم ٢١ لسنة ١٩٧١

أ/٥/٢ قانون الحرف والصناعات رقم ١٦ لسنة ١٩٥٣

أ/٥/٣ نظام صحة وسلامة الغذاء رقم ٨ لسنة ١٩٩٤ وتعديلات النظام

رقم ٣٩ لسنة ١٩٩٩

أ/٥/٤ المواصفات والمقاييس الأردنية للأغذية

أ/٥/٥ مواصفة لجنة دستور الأغذية الدولي

أ/٥/٦ المواصفات الدولية في حال عدم توفر مواصفة وطنية

SNFA, EC, FDA

- أ/٥/٧ المواصفات العربية في حال عدم توفر مواصفة وطنية
أ/٥/٨ التعليمات الصادرة عن الوزارة

أ/٦ التعاون والتنسيق والمشاورة

أ/٦/١ الهيئات الدولية

- WHO / منظمة الصحة العالمية
- FAO / منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة
- FDA / إدارة الغذاء والدواء الأمريكية
- EC / الاتحاد الأوروبي

أ/٦/٢ الجهات الرسمية الوطنية المعنية بالرقابة

- وزارة الزراعة
- وزارة الصناعة والتجارة
- مؤسسة المواصفات والمقاييس
- أمانة عمان الكبرى
- مؤسسة حماية البيئة

أ/٦/٣ الارتباطات ضمن وزارة الصحة

- مديرية صحة البيئة
- مديرية السلامة الصحية والتغذية
- مديرية الصحة المهنية

- مديرية رقابة الأمراض

- مديرية الدواء

أ/٧ أهم المعوقات في برامج الرقابة على الغذاء

- أ/٧/١ تعدد الجهات الرسمية المعنية بعمليات الرقابة
- أ/٧/٢ تعدد القوانين التي تعمل بها الجهات المختلفة
- أ/٧/٣ السلبات الناتجة عن تعدد الأجهزة التي تشرف على الرقابة
- التداخل في الصلاحيات
- إجراءات الترخيص
- المخالفات، الإتاوات، الإغلاقات
- جمع العينات
- إصدار الشهادات الصحية
- إجراءات الفحوص وتضارب النتائج
- إجراءات التسجيل
- إجراءات رفض الإرساليات وقبولها
- ضعف التنسيق والاعتمادية من قبل الجهات الأخرى مما يؤدي أحيانا إلى القصور في التنفيذ السليم للإجراءات المطلوبة
- تأخير إنجاز معاملات المواطنين في بعض الأحيان مما يؤدي إلى تحميلهم نفقات إضافية لا لزوم لها.
- أ/٧/٤ عدم توفر الإمكانيات اللازمة لأعمال لجان أخذ العينات
- وسائل سحب العينات

- مواقع سحب العينات
- وسائل رسمية لنقل العينات
- ٥ / ٧ / أ صعوبة تطبيق بعض التعليمات
- ٦ / ٧ / أ نقص الكوادر المؤهلة
- ٧ / ٧ / أ تعدد المختبرات المعنية بفحص الغذاء واختلاف مواقعها وتباعدها مما يؤدي إلى التأخر في إصدار النتائج وإنجاز المعاملات، واحتمالية الأخطاء في النتائج بسبب التعرض لعوامل مختلفة أثناء النقل.
- ٨ / ٧ / أ نقص الأجهزة والمعدات في المختبرات العاملة ونقص الكوادر العاملة فيها وقلة عدد المختبرات
- ٩ / ٧ / أ عدم وجود مفتشي أغذية متخصصين
- ١٠ / ٧ / أ عدم وجود نظام لضمان الجودة لدى المختبرات
- ١١ / ٧ / أ عدم وجود مشاركة واضحة للمجتمع في عملية الرقابة
- ١٢ / ٧ / أ عدم وجود قانون متخصص للرقابة على الغذاء
- ١٣ / ٧ / أ الاعتراضات المتكررة من القطاع الخاص
- ٨ / أ المشاريع المستقبلية لتطوير برنامج الرقابة على الغذاء
- ١ / ٨ / أ تطوير المختبرات لدى الوزارة
- كوادر مؤهلة
- أجهزة كافية
- صيانة
- وحدات تخصص

- التوسع في المساحات والعدد
- نظام لضبط الجودة في المختبرات
- إنشاء مختبر مرجعي
- الاعتماد الدولي للمختبرات
- لجان أخذ العينات ٢ / ٨ / أ
- عدد كافٍ من الكوادر المؤهلة
- تغطية الاحتياجات التي تشكل معوقات للعمل
- مواقع سحب العينات
- أدوات
- ألبسة
- وسائل نقل
- وسائل اتصال
- صلاحيات بالإجراءات
- وضع قانون متخصص للغذاء ٣ / ٨ / أ
- تطوير الإدارة ٤ / ٨ / أ
- مؤسسة مستقلة للغذاء (والاستفادة من القوى العاملة في الجهات المختلفة بجهة واحدة)
- توحيد مختبرات الغذاء العاملة لدى الجهات المختلفة لتوحيد إجراءات الفحوص وطرق التحليل والاستفادة من الأجهزة الموزعة لدى هذه الجهات ٥ / ٨ / أ

- ٦ / ٨ / أ اعتماد نظام مراقبة النقطة الحرجة في تحليل المخاطر لضمان سلامة وجودة الغذاء HACCP في المصانع
- ٧ / ٨ / أ اعتماد أسلوب تحليل المخاطر للتعامل مع المواد الغذائية Risk Analysis من خلال :-
- تقدير المخاطر
 - تدبير شؤون المخاطر
 - عمليات الاتصال حول مخاطر الغذاء
- ٨ / ٨ / أ تطوير التعليمات وتعديلها بما يتفق مع المنظور الحالي واحتياجات المملكة للمشاركات الدولية

٢ / ب وزارة الزراعة

- ١ / ب الإدارة
- دائرة البيطرة
 - دائرة وقاية النباتات
 - مركز تحليل المتبقيات السمية
 - المختبرات البيطرية
 - مؤسسة التسويق الزراعي
 - مديريات الزراعة في المحافظات والألوية
 - المراكز الزراعية في الحدود / المراكز الجمركية
 - المحاجر البيطرية

- ب/٢ المهام
- مراقبة الحيوانات الحية والطيور
 - مراقبة الأعلاف الحيوانية
 - مراقبة الخضار والفواكه الطازجة
 - مراقبة المتبقيات السمية في المواد الغذائية والمنتجات والمحاصيل الزراعية
 - مراقبة الأدوية البيطرية
 - مراقبة هرمونات النمو
 - المراقبة والإشراف على المسالخ خارج حدود البلديات وفي المزارع الخاصة
 - ترخيص المسالخ
 - مراقبة مزارع تربية الحيوانات الحية والطيور
 - مراقبة المناحل
- ب/٣ التشريعات التي تعمل بموجبها وزارة الزراعة
- ب/٣/١ قانون الزراعة رقم ٢٠ لسنة ١٩٧٣
- ب/٣/٢ قانون تسويق المنتجات الزراعية رقم ٣٠ لسنة ١٩٨٦
- ب/٣/٣ قانون مزاولة مهنة الطب البيطري رقم ١٠ لسنة ١٩٨٨
- ب/٣/٤ التعليمات الصادرة عن الوزارة والجهات الرسمية الأخرى

٢/ج وزارة الصناعة والتجارة

ج/١ الإدارة

- ج/١/١ دائرة تسجيل الشركات
ج/١/٢ دائرة تطوير الصناعة والتجارة
ج/١/٣ دائرة مراقبة الجودة والأسعار

ج/٢ المهام:

- ج/٢/١ تسجيل الشركات والمصانع
ج/٢/٢ منح الشهادات
ج/٢/٣ مراقبة جودة المواد الغذائية وأسعارها
ج/٢/٤ الرقابة على الأسواق
ج/٢/٥ حماية الإنتاج الوطني

ج/٣ التشريعات التي تعمل بموجبها وزارة الصناعة والتجارة

- ج/٣/١ قانون الصناعة والتجارة رقم ١٨ لسنة ١٩٩٨

د/٢ مؤسسة المواصفات والمقاييس

د/١ الإدارة

- د/١/١ مديرية المواصفات
د/١/٢ مديرية المقاييس
د/١/٣ مديرية المعلومات

د/٢ المهام:

- د/٢/١ إصدار المواصفات والمقاييس الوطنية
د/٢/٢ إصدار الشهادات

٣ / ٢ / د مراقبة الإنتاج والمعامل والمصانع الغذائية لغايات المطابقة

٤ / ٢ / د تحليل المواد الغذائية لمطابقة الاشتراطات القياسية/ الجودة

د/٣ التشريعات

١ / ٣ / د قانون المواصفات والمقاييس رقم ١٠ لسنة ١٩٩٤

٢ / ٣ / د المواصفات والمقاييس الوطنية.

٢/ هـ أمانة عمان الكبرى

١/ هـ الإدارة

١ / ١ / هـ دائرة الرقابة الغذائية

٢ / ١ / هـ دائرة المسالخ

٣ / ١ / هـ مختبرات الغذاء

٤ / ١ / هـ مختبرات اللحوم

٢/ هـ المهام:

١ / ٢ / هـ التفتيش على المؤسسات الغذائية وأماكن تقديم خدمات الطعام داخل حدود الأمانة.

٢ / ٢ / هـ تحليل المواد الغذائية.

٣ / ٢ / هـ ترخيص المؤسسات الغذائية

٤ / ٢ / هـ اتخاذ الإجراءات على المخالفات في المنشآت والمواد الغذائية المتداولة في الأسواق داخل حدود الأمانة.

٣/ هـ التشريع:

١ / ٣ / هـ قانون مزاوله مهنة الطب البيطري رقم ١٠ لسنة ١٩٨٨.

٢ / ٣ / هـ قانون الصحة العامة رقم ٢١ لسنة ١٩٧١ .

٣ / ٣ / هـ نظام المسالخ رقم ١ لسنة ١٩٨٥ .

٢ - الرقابة على الدواء

الرقابة على الدواء والمستحضرات الصيدلانية والمؤسسات الدوائية
مسؤولية مناهة بوزارة الصحة .

١ - مجالات الرقابة

١/ أ المؤسسات الدوائية والصيدلانية

- | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------|
| ١ / أ | مصانع الأدوية |
| ٢ / أ | شركات الأدوية |
| ٣ / أ | الصيدليات / العامة والخاصة |
| ٤ / أ | مستودعات تخزين الأدوية والمستحضرات الصيدلانية والجمعيات الخيرية |

١/ ب الأجهزة الطبية

١/ ج المستلزمات الطبية

١/ د المواد الطبية

- | | |
|-----------|------------------------|
| ١ / د / ١ | الأدوية المستوردة |
| ٢ / د / ١ | الأدوية المنتجة محلياً |
| ٣ / د / ١ | الأدوية المتداولة |
| ٤ / د / ١ | العقاقير الخطرة |

- ١/د/٥ الأمصال والمطاعيم
١/د/٦ المكملات الغذائية
١/د/٧ أغذية الرضع وصغار الأطفال
١/د/٨ حليب الرضع وصغار الأطفال
١/د/٩ الأعشاب الطبية وخلصاتها
١/د/١٠ المواد الكيماوية المعدة للاستخدام في الصناعات الدوائية
١/د/١١ أي مواد كيماوية أخرى ذات ارتباط بالصناعات الدوائية

١/هـ مستحضرات التجميل

١/و الكواشف المخبرية

٢ - إدارة الدواء

أ) مديرية الدواء

- ١/أ قسم التسجيل والتسعير
٢/أ قسم الاستيراد والتصدير
٣/أ قسم التفتيش الدوائي
٤/أ قسم الرقابة الدوائية
٥/أ قسم العقاقير الخطرة
٦/أ قسم المعلومات والمتابعة
٧/أ قسم تطبيق السياسات الدوائية الوطنية

ب) مختبر الرقابة الدوائية

- ١/ب شعبة ضبط الجودة الفيزيائية

- وحدة التحاليل الفيزيائية
- وحدة التحليل الكيماوية
- ب/٢ شعبة ضبط الجودة الجرثومية
- وحدة المضادات الحيوية
- وحدة العقامة

ج) اللجان الفنية

- ج/١ اللجنة الفنية لمراقبة الأدوية
- ج/٢ لجنة فرعية لدراسة وتسجيل الأمصال والمطاعيم
- ج/٣ اللجنة الفرعية لدراسة وتسجيل حليب وأغذية الأطفال
- ج/٤ اللجنة الفرعية لتقييم دراسة الثبات والتكافؤ الحيوي
- ج/٥ اللجنة الفرعية للفيتامينات والمعادن
- ج/٦ اللجنة الفرعية لدراسة المستحضرات النباتية
- ج/٧ لجنة تسعير الأدوية

٣ - أهداف الرقابة

أ) الأهداف العامة

- أ/١ التأكد من سلامة وفعالية الأدوية المتداولة في المملكة - المستوردة والمنتجة محلياً.
- أ/٢ التحقق من مطابقة المعلومات عن الأدوية المستوردة للمعلومات التي سجلت بها.
- أ/٣ ضمان سلامة الأدوية وتطبيق معايير التصنيع الجيدة أثناء عملية التصنيع أو التوزيع والتخزين.

٤/أ التحقق من نوعية الدواء المتداول من ناحية تحليلية .

ب) الأهداف الخاصة

١/ب تطبيق الاتفاقات الدوائية الخاصة بالمخدرات وقانون المخدرات لضمان تداول العقاقير الخطرة للاستعمال الطبي المشروع .

٢/ب تشجيع ودعم الصناعات الدوائية الوطنية .

٤ - الإجراءات وخطة العمل

أ) تسجيل الأدوية

١/أ الشركات الصانعة للأدوية وحليب وأغذية الأطفال

٢/أ أصناف الأدوية وحليب وأغذية الأطفال

٣/أ المستحضرات من أصل عشبي

٤/أ مواد التجميل

ب) الاستيراد والتصدير

١/ب إجازة استيراد الأدوية والأمصال والمطاعيم وحليب وأغذية الأطفال والمواد الأولية لصناعة الأدوية .

٢/ب التحقق من مطابقة المواد للتشريعات وتبنيدها جمركيا .

٣/ب تدقيق فواتير استيراد الأجهزة الطبية والمستلزمات الطبية والمواد والكواشف المخبرية و مواد طب الأسنان والمواد الكيماوية ومدى مطابقتها للتشريعات .

٤/ب التأكد من مواصفات العينات الطبية المجانية

٥/ب التأكد من تحاليل الأدوية والعينات

ب/٦ إجازة تصدير الأدوية

ج) الرقابة والتفتيش الدوائي

- ج/١ التفتيش الدوري على الصيدليات العامة والخاصة
- ج/٢ التفتيش على مصانع الأدوية ومستودعات الأدوية والجمعيات الخيرية
- ج/٣ الإشراف على إتلاف الأدوية المنتهية الصلاحية
- ج/٤ الإجراءات على العلاجات غير المطابقة
- إعادة التصدير
 - إتلاف
- ج/٥ سحب العينات للأدوية المتداولة وتحليلها لمتابعة مطابقتها
- ج/٦ دراسة نتائج تحليل الأدوية وإبلاغ أصحاب العلاقة بها
- ج/٧ دراسة الاعتراضات على التقارير غير المطابقة

د) تطبيق السياسة الدوائية الوطنية

- د/١ متابعة تنفيذ خطة العمل لمشروع إعادة هيكلة القطاع الصيدلاني ضمن مشروع إعادة هيكلة القطاع الصحي .
- د/٢ رصد وتقييم التزام كافة الجهات بتطبيق السياسة الوطنية بشكل دائم

هـ) الرقابة على العقاقير الخطرة

- هـ/١ مراقبة الاستيراد وتحضير رخص ومتابعة وصولها وإشعار الدول المصدرة بذلك .
- هـ/٢ مراقبة التوزيع

- ٣/هـ منح رخص الأطباء والصيدالة والمؤسسات لحيازة العقاقير
الخطرة
- ٤/هـ التفتيش على المؤسسات التي تتعامل بالعقاقير الخطرة وتدقيق
سجلاتها ومتابعة إتلافها وإتلاف الحقن الفارغة.
- ٥/هـ إعداد التقارير المتعلقة بالعقاقير الخطرة والمؤثرات النفسية
والعقلية للهيئة الدولية في فينا.

٥ - القوانين والأنظمة التي تعمل الوزارة بموجبها أو تتأثر بها

- أ/٥ قانون الصحة العامة
- ب/٥ قانون مزاوله مهنة الصيدلة رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٢
- ج/٥ قانون نقابة الصيدالة
- د/٥ قانون المخدرات رقم ١١ لسنة ١٩٨٨
- هـ/٥ نظام اللجنة الفنية لمراقبة الأدوية
- و/٥ نظام فحص الأدوية

٦ - المشاورة والتنسيق والارتباطات الدولية

٦/أ الهيئات الدولية

- منظمة الصحة العالمية WHO برنامج الثنائية وما يستجد من معلومات
- منظمة الأغذية والأدوية الأمريكية FDA
- لجنة سلامة الأدوية البريطانية
- الهيئة الدولية للمخدرات

٦/ب الهيئات الوطنية

- وزارة المالية / الجمارك
- تبني الأدوية والأجهزة الطبية ومواد الأسنان لغايات التعريفية الجمركية
- التخليص أو إعادة تصدير الأدوية
- الخدمات الطبية الملكية
- الجامعات الأردنية
- إدارة مكافحة المخدرات
- مؤسسة المواصفات والمقاييس

٦/ج ضمن وزارة الصحة

- مختبر الرقابة الدوائية - التحليل
- صحة البيئة - استيراد المواد الكيماوية
- المؤسسات والمهن الطبية - ترخيص المؤسسات ومزاولة المهنة

٧ - أهم المعوقات في برامج الرقابة على الدواء

- أ/٧ النقص في الكوادر الفنية المتخصصة في مجال الصيدلة
- ب/٧ النقص في التدريب والتأهيل والجولات الاستطلاعية الدولية حول المستجدات
- ج/٧ الحاجة إلى تحديث التشريعات الدوائية والرقابة
- د/٧ تعدد واختلاف البلدان المصدرة للدواء إلى الأردن
- هـ/٧ مركزية الإدارة

٨ - المشاريع المستقبلية لتطوير برنامج الرقابة على الدواء

٨/١ إقرار وثيقة السياسة الدوائية الوطنية

٨/ب إعادة هيكلة القطاع الصيدلاني والدوائي

- إقرار خطة إعادة الهيكلة
- الفترة الزمنية ٣ سنوات تنتهي في عام ٢٠٠٢

٨/ب/١ متطلبات إعادة الهيكلة التشريعية

- إصدار قانون للدواء والصيدلة يتناسب مع المستجدات العالمية
- إصدار قانون إجراء الدراسات الدوائية
- تحديث قانون المخدرات والمؤثرات العقلية
- إصدار نظام المخدرات والمؤثرات العقلية
- إصدار نظام فحص الأدوية
- إصدار نظام اللجنة الفنية لمراقبة الأدوية

٨/ب/٢ متطلبات إعادة الهيكلة التنظيمية

- إنشاء إدارة شبه مستقلة للدواء
- تطوير الكوادر البشرية ورفع كفاءتها
- دورات تدريبية متخصصة لكوادر التفيتش في مجال
- GMP في التصنيع
- GLP في المختبر
- GCP الممارسة السريرية
- GSP التخزين

- رقابة السلائف الكيماوية والمخدرات والمؤثرات العقلية
- دورات لكوادر التسجيل في مجال:
 - تقييم دراسات النبات
 - تقييم دراسات التكافؤ الحيوي
 - تقييم المستحضرات البيولوجية
 - تقييم دراسة السمية
 - تسعير الأدوية على غرار التجربة الفرنسية
 - متطلبات السماح بتداول المستلزمات الطبية والأجهزة و مواد الأسنان و مواد التجميل

٨/ب/٣ تقصي الآثار الجانبية للأدوية ما بعد التداول

٨/ب/٤ ترشيد استهلاك الأدوية

- إقرار قائمة الأدوية الأساسية
- إقرار آلية تطبيق الشراء الموحد في القطاع العام
- رفع كفاءة نظام التوريد الدوائي
- رفع كفاءة التوزيع والتخزين في القطاع العام
- إعداد طرق المعالجة القياسية

٨/ب/٥ الرقابة النوعية على الدواء

- إنشاء مختبر متطور للرقابة النوعية على الدواء
- الاعتماد الدوائي للمختبر
- تدريب الكوادر ورفع كفاءتهم في مجالات الرقابة المختلفة

- الغازات الطبية
- المستلزمات والمستهلكات الطبية
- مستحضرات التجميل
- الحيوية للأدوية
- الأمصال والمطاعيم
- المستحضرات الحيوية
- النباتات والمنتجات الطبيعية
- المطهرات والمعققات
- الفيتامينات والمعادن
- مواد التشخيص
- مواد الأسنان
- المواد المشعة

الفصل الثالث

مرحلة التحضير للانضمام للمنظمة والعوامل المؤثرة السابقة لها

١ - المفاهيم

١/ أ المفاوضات الدولية لتحرير التجارة والتأج المنبثقة عنها .

إن التفكير بتحرير التجارة الدولية هو مشروع مضى عليه قرابة ستين عاماً وذلك منذ نهاية الحرب العالمية الثانية ضمن أحد ثلاثة مشاريع لمعالجة المشاكل الرئيسية التي عانى منها الاقتصاد العالمي بعد تلك الحرب وتضمنت المشاريع هذه إنشاء ثلاث هيئات معروفة وهي :

- صندوق النقد الدولي لمعالجة أسعار الصرف
- بنك إعادة الإعمار والتطوير المعروف حالياً (بالبنك الدولي) للمساهمة بأنشطة التنمية المختلفة من خلال القروض أو المساعدات .
- المنظمة الدولية للتجارة والتي عرفت باسم الاتفاقية الدولية التي عملت من أجلها (الجات) لتحرير التجارة الدولية من العوائق الجمركية .

- مرت المنظمة بعدة جولات من المفاوضات :

- ١٩٤٧ - ١٩٦١ وتمخض عنها تخفيض الجمارك بين الدول المتعاقدة .

- ١٩٦٤ - ١٩٦٧ تمخض عنها مزيد من التخفيض الجمركي على سلع انتقائية بين الدول المتعاقدة.
- ١٩٧٣ - ١٩٧٩ تمخض عنها التوقيع بين الدول المتعاقدة على إزالة الحواجز الجمركية فيما بينها.
- جولة أورجواي في الفترة ما بين ١٩٨٦ - ١٩٩٤ وتركزت المفاوضات فيها على مفاهيم جديدة أسبابها:-
 - زيادة حجم التجارة الدولية وتنوعها وزيادة الإنتاج ولا تنطبق عليها المفاهيم السابقة وبنود الاتفاقية.
 - تجارة الخدمات غير مشمولة في الاتفاقية.
 - الإنتاج الزراعي غير مشمول في هذه الاتفاقية.
- وتمخض عن جولة المفاوضات هذه محوران أساسيان هما:-
 - المحور الأول: التوسع في بنود الاتفاقية أو النظام متعدد الأطراف ليشمل:
 - مجال الزراعة
 - إجراءات الاستثمار في حقل التجارة
 - تجارة المنسوجات
 - تجارة الخدمات
 - حقوق الملكية الفكرية
- المحور الثاني: تقوية النظام متعدد الأطراف للأعضاء في اتفاقية (الجات) بإنشاء منظمة التجارة العالمية بوضع دولي شرعي تكون حقوقها والتزاماتها نافذة وتم التوقيع على هذه الاتفاقية بشكلها النهائي في مراكش بتاريخ ١٥/٤/١٩٩٤ من قبل (١٢٥) دولة وأنشئت

بموجبها منظمة التجارة العالمية ابتداءً من ١/١/١٩٩٥، وتقوم المنظمة بالمهام الرئيسية التالية :-

- إدارة الاتفاقيات المتعددة الأطراف الجديدة.
- محفل أو منتدى لمفاوضات جديدة
- فض النزاعات
- رصد السياسات التجارية الوطنية
- التعاون مع الهيئات الدولية لرسم سياسات اقتصادية على مستوى العالم.

ترتبط المملكة باتفاقيات تجارية واقتصادية واتفاقيات تعاون في مجالات أخرى متعددة بشكل ثنائي مع كثير من الدول المؤسسة للمنظمة أهمها الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا وكندا وبريطانيا وألمانيا. وتتلقى المملكة جوانب هامة من المساعدات في المجال الاقتصادي والتنموي من بعض الدول المؤسسة للمنظمة إضافة لمجالات التبادل التجاري مع معظم هذه الدول، الأمر الذي يقتضي وضع كيفية جديدة لأسس التعامل مع الدول الأعضاء في ضوء الواجبات والالتزامات الدولية التي نصت عليها اتفاقيات منظمة التجارة العالمية وما لهذه الاتفاقيات من تأثير مباشر على الاقتصاد الوطني صناعياً وزراعياً وتقنياً بما في ذلك حركة التجارة الخارجية للصادرات والمستوردات كما كان له أثر في التوجه للانضمام للمنظمة.

١/ب المفاوضات الأوروبية لإنشاء الوحدة والسوق الأوروبية المشتركة فيما بينها.

وتهدف لإزالة الحواجز على كافة السلع وحرية التنقل للأفراد وحركة رأس المال والاستثمار وتوحيد النقد. وبالتالي التعامل الدولي

من منظور موحد على المستوى الاقتصادي والمالي والتجاري وتبادل السلع والخدمات وحركة الأفراد، وكان لذلك أثر مباشر في التوجه الوطني للدخول في منظومة السوق الأوروبية المشتركة لتوقيع اتفاقية الشراكة الأردنية مع المجموعة كون المملكة ترتبط باتفاقيات ثنائية تجارية وتعاون في مجالات أخرى متعددة.

٢ - العوامل الاقتصادية المؤثرة على المستوى الوطني

أ/٢ انخفاض حجم العمالة الأردنية في الخارج مما ترتب عليه انخفاض حجم التحويل ونقص العائدات لخزينة الدولة.

ب/٢ الزيادة السكانية غير الطبيعية والتي يراوح معدلها بنسبة ٠,٥٪ سنوياً بعد طفرة من الزيادة في بداية التسعينات وصلت لحدود ١٠٪ من مجموع السكان الأمر الذي ترتب عليه زيادة الإنفاق لتوفير الخدمات العامة وخدمات البنية التحتية وزيادة حجم الاستيراد وخاصة في مجال المواد الغذائية والأدوية.

ج/٢ حجم العمالة الوافدة والذي يتطلب قدراً آخر من توفير الخدمات وثقلاً على الرصيد الوطني من العملات الأجنبية بسبب تحويلات العاملين إلى بلدانهم.

د/٢ النشاط الاقتصادي للقطاع الخاص وكان أهم ملامحه:

- التركيز التجاري على المستوردات
- المشاريع الصناعية المتواضعة والمتكررة
- محدودية التصدير إلى الأسواق الخارجية لتسويق المنتجات الوطنية
- الإنفاق الواضح في المشاريع المحدودة المردود بالمنظور بعيد المدى كالعقارات والأبنية

- تدني حركة النشاط الاقتصادي في قطاع النقل وتجارة الترانزيت.

٢/هـ الدعم الحكومي للمواد الغذائية الأساسية والتكلفة الكبيرة على الخزينة.

٢/ز زيادة حجم الاستيراد من الوقود لزيادة الحاجة والطلب وزيادة التكلفة لارتفاع أسعار النفط عالمياً.

٢/ح انخفاض حجم الصادرات الوطنية لانحسار الأسواق الرئيسية المستوردة للسلع الأردنية ولتوفير بدائل منافسة جودةً وسعراً.

٢/ط خدمات المديونية الوطنية حيث زاد من العجز في الموازنة العامة.

٢/ي انخفاض حجم المساعدات المالية من الدول الشقيقة وما ترتب عليه من تأخير في مشاريع التنمية وبطئها.

٣ - أهم الإجراءات الحكومية للنهوض بالاقتصاد الوطني ومشاريع التنمية.

٣/أ إعادة تأهيل البيئة الاقتصادية.

٣/أ/١ برنامج التصحيح الاقتصادي ويشمل ما يلي :-

- مراجعة القوانين والتشريعات وتعديلها أو إصدار قوانين جديدة لإرساء بيئة استثمارية فاعلة وكفؤة وواضحة.
- رفع كفاءة الصناعات الوطنية وتحسين القدرات التنافسية الشريفة.
- تشجيع القطاع الخاص في عمليات التنمية الاقتصادية على أساس المشاركة والمسؤولية وتخفيض الدور الحكومي.

تحقيقاً للغايات السابقة اتخذت الحكومة سلسلة من التدابير
البناءة: -

- وقف الدعم عن السلع الأساسية تدريجياً مما وفر للخزينة مبالغ كثيرة.
- خصخصة المؤسسات والمشاريع الإنتاجية والمؤسسات الخدمائية التي تمتلكها الدولة ببيع حصتها أو جزء من حصتها للقطاع الخاص والاستفادة من العائدات في مشاريع رسمية أخرى والتوسع في مواقع أساسية مما تشرف عليها الدولة كالتوسع في خدمات البنية التحتية والتنمية الريفية وفي قطاع الزراعة والقطاع الصحي.
- تخصيص دوائر رسمية لتشجيع الصادرات وأخرى لتشجيع الاستثمار.
- تبسيط الإجراءات في مجال إنشاء المشاريع الصناعية والاستثمارية والتجارة الخارجية وتحفيز القطاع الخاص كشريك في التنمية.
- مراجعة القوانين وتعديلها لملاءمة المرحلة والمنظور الدولي في التبادل التجاري.
- تحسين نظم المعلومات ووسائل الاتصال على المستوى الوطني وفي معظم القطاعات.
- وضع المخططات لإعادة هيكلة بعض القطاعات الرسمية لتتماشى وتتوافق مع الأهداف المعلنة كقطاع الزراعة والصحة والتموين والمواصفات والمقاييس وإلغاء بعض الدوائر لانتهاء دورها كوزارة التموين.

٣/ب تطوير برنامج الرقابة على الغذاء

٣/ب/١ الإجراءات الرسمية :

- وضع المخططات لإنشاء مختبر مركزي مرجعي للغذاء في عمان ومختبر متكامل في العقبة.
- إصدار نظام لتوحيد المختبرات الرسمية وخاصة مختبرات الغذاء.
- وضع مسودة قانون للغذاء وإنشاء مؤسسة مستقلة للغذاء تهدف إلى :-
 - توحيد التشريعات والصلاحية.
 - الحد من الازدواجية في العمل وتخفيض الكلفة.
 - تغطية النقص في مواصفات السعر والجودة وتحديث المواصفات الوطنية للأغذية.
 - دعم وتفعيل النشاط الاستثماري ورفع كفاءته في مجال الإنتاج والتصنيع الغذائي وتجارته.
 - النهوض بمستوى ونوعية المواد الغذائية المستوردة والمنتجة محلياً.
 - الارتقاء بمستوى الرقابة إلى المستوى الدولي من المنظور العلمي والعملية.
 - رفع كفاءة الكوادر العاملة بالتدريب المستمر ضمن برنامج وطني.
 - إمداد المختبرات بالكفاءات ضمن الإمكانيات الوطنية.
 - إمداد لجان أخذ العينات بالكفاءات والأعداد المطلوبة للقيام بالعمل.
 - تحسين وسائل الاتصالات المحلية بين الإدارة والمواقع.

- إقرار خطة استراتيجية للتطوير ضمن برنامج زمني قصير المدى وبعيد المدى للفترة تنتهي في ٢٠١٠.

٣/ب/٢ دور منظمة الصحة العالمية:

- خطوط إرشادية في مجال سلامة الغذاء.
- برنامج مشترك ما بين الوزارة والمنظمة يحدد كل سنتين ويتضمن:-
 - استقدام خبراء لغايات التدريب والتأهيل للكوادر الصحية في الإدارة والمختبرات.
 - دعم البرامج التدريبية المحلية للعاملين في مجال الرقابة.
 - دورات تدريبية خارجية في مجال سلامة الغذاء وتحليل المخاطر.
 - المساعدة على تزويد الوزارة بجزء من احتياجاتها من الأجهزة والمعدات اللازمة للمختبرات والإدارة.
 - المشاركة في المؤتمرات والاجتماعات وورش العمل التي تعقدها المنظمة على المستوى الإقليمي والدولي حول سلامة الغذاء واستراتيجيات الرقابة.
 - التقييم الدوري لبرنامج الرقابة والعمليات المختلفة فيه وتحديد جوانب الضعف والتوصية بالمتطلبات الداعمة له من قبل الخبراء.
 - متابعة النشرات العلمية والتوجيهات الصادرة عن المنظمة بموضوع سلامة الغذاء والتي تتضمن كافة المستجدات في هذا المجال الأمر الذي عكس فهماً كبيراً للاتفاقيات الدولية وخاصة اتفاقيات منظمة التجارة الدولية المتعلقة بحماية الصحة والصحة النباتية والعوائق أمام التجارة الدولية.

٣/ب/٣ دور منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة:

- استقدام عدد من خبراء هذه المنظمة في ضوء التعاون بين وزارة الزراعة والمنظمة في أنشطة ومجالات مختلفة كان من ضمنها برنامج الرقابة على الغذاء ساهموا بتقييم آلية العمل والخطط والعمليات التي تقوم بها الدوائر الرسمية والوطنية والتوجيه نحو المنظور الدولي ببعض الجوانب في هذا البرنامج كإجراءات سحب العينات والتفتيش وتدقيق نظام مراقبة النقطة الحرجة في تحليل المخاطر.
- ورش عمل مشتركة مع منظمة الصحة العالمية في موضوع تحليل المخاطر.
- ورش عمل مشتركة مع منظمة الصحة العالمية في مجال تحليل المخاطر

٣/ب/٤ الخبراء الدوليون:

- في ضوء المباحثات الأردنية الأوروبية لتوقيع اتفاقية الشراكة بين الطرفين استضافت المملكة عدداً من الخبراء لتقييم التشريعات والمواصفات والمتطلبات لإنجاز الاتفاقية وتبادل المعلومات المتعلقة بهذه التشريعات والإجراءات لدى الطرفين والاستفادة منها لتطوير ورفع مستوى الإجراءات والمواصفات والجوانب البيئية والممارسات الصناعية الجيدة في مجال الغذاء.

٤ - مرحلة الإعداد للانضمام لعضوية منظمة التجارة العاملة:

٤/أ دور وزارة الصناعة والتجارة

تولت وزارة الصناعة والتجارة عملية المفاوضات مع إدارة المنظمة بهدف قبول عضوية الأردن فيها وكانت المملكة عضواً مراقباً قبل التوقيع على اتفاقية العضوية الرسمي في (١١/٤/٢٠٠٠). وتولت دائرة

التجارة الدولية في وزارة الصناعة والتجارة عمليات التنسيق مع الوزارات والجهات الوطنية المختصة الأخرى لتنفيذ الأنشطة الداعمة لعمليات المطابقة لمتطلبات منظمة التجارة الدولية والاستفادة من الإمكانيات التي تقدمها الدول الأعضاء لمساعدة الدول النامية على تعديل برامجها لمواءمة وتطبيق اتفاقيات المنظمة ببرامج أعدت لهذه الغاية وهي :-

١/٤/ أ برنامج دعم بيئة الأعمال (أمير)

ويتكون البرنامج من عدد من الخبراء الدوليين يعملون بإشراف وزارة الصناعة والتجارة بتمويل من وكالة الإنماء الأمريكية ويهدف إلى :-

- مبادرة جمعيات الأعمال
 - مبادرة التمويل المستدام للمشاريع الصغيرة
 - إصلاح السياسات
 - الانضمام إلى منظمة التجارة العالمية
 - تشجيع الاستثمار
 - تنمية سوق رأس المال
 - الإصلاح الجمركي
- ١/٤/ أ/ ١ قام خبراء البرامج بمراجعة نظام الرقابة والتشريعات والتعليمات المتعلقة بالغذاء مع نظرائهم المحليين لتحديد ما يلي :-
- الاحتياجات الإدارية لبرنامج الرقابة من المنظور الدولي.
 - الاحتياجات التدريبية للكوادر العاملة
 - الأجهزة والمعدات المطلوبة للمختبرات
 - منهجية التحاليل المخبرية ومرجعيتها

- مرجعية التعليمات ومدى توافقها للمنظور الدولي والمواد المخالفة التي تحتاج إلى تعديل .
- مراجعة مسودة قانون مؤسسة الغذاء
- ٢ / ١ / ٤ / ٤ اشتمل مجال عمل الخبراء على الجهات الرسمية الأخرى المعنية بالغذاء وهي :
- وزارة الزراعة / مراجعة التعليمات والقوانين
- مؤسسة المواصفات والمقاييس / مراجعة المواصفات الوطنية وقانون المؤسسة
- ٣ / ١ / ٤ / ٤ تضمن تقرير الخبراء ما يلي :-
- الحاجة إلى تعديل بعض مواد تعليمات النقل والتخزين وطرق سحب العينات .
- الحاجة إلى توفير بعض الأجهزة لمختبرات الغذاء .
- إعادة صياغة قانون الغذاء ليتضمن الالتزام التشريعي بالجانب المتعلق باتفاقية الصحة والصحة النباتية واتفاقية إزالة العوائق أمام التجارة الدولية .
- عقد دورات تدريبية في مجال :-
- تحليل المخاطر
- اتفاقية حماية الصحة والصحة النباتية والعوائق أمام التجارة الدولية .
- مراقبة النقطة الحرجة في تحليل المخاطر .
- ضبط الجودة في مختبرات الغذاء .
- فض النزاعات الدولية .

٢/أ/٤ مكتب التجمع القانوني للأعمال:

ويتكون من مجموعة من الخبراء الأردنيين في القانون والقانون الدولي والاتفاقيات المنبثقة عن منظمة التجارة العالمية وأوكلت لهذا المكتب عملية التنسيق المشترك مع برنامج أمير والنظراء المحليين لوضع مسودات القوانين المطلوبة.

٣/أ/٤ الإنجازات:

- تعديل البنود المتعلقة بنصف مدة الصلاحية للمواد الغذائية.
- تعديل الإجراءات المتعلقة بمخالفات درجات حرارة النقل للمواد الغذائية المجمدة والمبردة من منظور دولي.
- تعديل تعليمات خطط سحب العينات من منظور دولي.
- وضع بروتوكول لتبسيط إجراءات المعاينة لدى الوصول وإجازة تداول المواد بعد ظهور نتائجها.
- وضع بروتوكول تنفيذي لمباشرة تطبيق نظام ضبط الجودة في المختبرات.
- تزويد المختبرات بأجهزة تحليل مخبرية حديثة من المساعدات المقدمة من وكالة الإنماء الأمريكية من خلال البرنامج.
- عقدت دورات تدريبية لمعظم الكوادر في المجالات المشار إليها.
- مشاركة خبير في التحليل المخبرية لتدريب وتقييم الكوادر الفنية في المختبرات.

٤/ب الانفاقيات المنبثقة عن منظمة التجارة العالمية الملزم تطبيقها من الدول الأعضاء في مجال الغذاء .

٤/ب/١ اتفاقية حماية الصحة والصحة النباتية وتهدف إلى حماية صحة الإنسان والحيوان من مخاطر المضافات الغذائية والملوثات والسموم والجراثيم المسببة للأمراض في الغذاء أو الأعلاف وكما تهدف إلى حماية صحة الإنسان من الأمراض المنقولة من النبات أو الحيوان (الأمراض المشتركة) ولحماية صحة الحيوان والنبات من الحشرات والأوبئة والأمراض أو الميكروبات المسببة للأمراض وكذلك حماية البلاد من أي أخطار ناتجة عن استيراد الأغذية أو انتشار الوباء فيها وأهم نصوصها:

- تحديد الحقوق والالتزامات للدولة العضو بالتدابير الواجب تطبيقها .

- تبادل المعلومات بالتعليمات والأخطار .

- الشفافية .

- الالتزام بالتنسيق الدولي واعتماد المعايير الدولية المعترف بها والصادرة عن لجنة دستور الأغذية الدولي ومكتب الأوبئة الدولي .

- اعتماد أسلوب تحليل المخاطر .

- الأخذ بمبدأ التكافؤ حول التدابير المختلفة ذات المستوى المثل لتحقيق الحماية الصحية المطلوبة وأن تكون هذه التدابير معترفاً بها بين الدول الأعضاء والالتزام بإجراءات التفتيش أثناء التصدير والاستيراد والإشهاد عليه .

- وتنص الاتفاقية على حث الدول المتقدمة بتقديم العون

والمساعدة للدول النامية في مجال تطبيق الإجراءات الهادفة لحماية الصحة غير المنصوص عليها دولياً شريطة أن تكون مبررة علمياً وأن تكون هذه الإجراءات بالقدر الذي لا يعيق التجارة الدولية.

- الإعلان عن الوضع الوبائي استناداً للإجراءات والمعلومات المعترف بها أو من خلال المنظمات الدولية.

٢/ب/٤ اتفاقية الحواجز التقنية أمام التجارة وتشمل :-

- إلزامية القواعد الفنية واختيارية المواصفات القياسية
- كيفية إعداد المواصفات القياسية
- كيفية إعداد القواعد الفنية
- إجراءات تقييم المطابقة
- تقديم المعلومات
- المساعدات الفنية
- الاستثناءات
- تحفظات الدول الأعضاء
- عدم التمييز بين الدول في منتج معين والمعاملة الوطنية للمنتج المحلي كالمعاملة للمستورد.
- عدم وضع الحواجز غير الضرورية وتقييد التجارة بالقدر الكافي لحماية الصحة
- التنسيق الدولي
- المرجعية العملية: لجنة دستور الأغذية الدولي / مكتب الأوبئة الدولي

● الشفافية

- الإعلان عن المخاطر

- التبليغ

٤/ج تطوير برنامج الرقابة على الدواء .

٤/ج/١ إعادة هيكلة القطاع الصيدلاني ضمن برنامج إعادة هيكلة القطاع الصحي والموضحة في البند II/8 من الفصل الثاني .

٤/ج/٢ إعداد مسودة قانون الدواء والصيدلة لتلبية الاحتياجات الوطنية لمعالجة القضايا المرتبطة في هذا المجال وأهمها:

● الصناعات الدوائية

● ترخيص المؤسسات الصيدلانية

● ممارسة مهنة الصيدلة

● التعامل مع المستلزمات الطبية ومستحضرات التجميل وأغذية الأطفال

● التعامل مع مستودعات الأدوية

● تسجيل الأدوية والمستحضرات

● العقوبات

● التوافق مع بنود قانون المخدرات

● الإعلام الدوائي

● الملكية الشخصية للمؤسسات

٤/ج/٣ إعداد مسودة قانون إجراء الدراسات الدوائية ومسودة قانون المخدرات والمؤثرات العقلية، وقد أخذ بعين الاعتبار القوانين المثلة المطبقة في الاتحاد الأوروبي .

٤/د أهم المتطلبات التشريعية ذات الأثر في مجال الصناعات الدوائية والغذائية

٤/د/١ * متطلبات التوافق مع اتفاقية الحماية الفكرية

- قانون العلامات التجارية - تعديل

- قانون براءات الاختراع - جديد

- النماذج الصناعية - جديد

- الأسرار التجارية - جديد

- نوع النباتات

٤/د/٢ * متطلبات التوافق مع متطلبات منظمة التجارة العالمية

- المنافسة غير العادلة

- الاستيراد والتصدير

٤/د/٣ * متطلبات التوافق مع اتفاقية حماية الصحة والصحة النباتية

- قانون الزراعة - تعديل

٤/د/٤ * متطلبات التوافق مع اتفاقية العوائق الفنية أمام التجارة الدولية

- قانون المواصفات والمقاييس - جديد

- قانون سلامة الغذاء - جديد

٤/ه أهم ملامح المطابقة المطلوبة في قوانين الغذاء والمواصفات والمقاييس

٤/ه/١ * التعاريف حسب التعاريف الدولية الواردة في دستور الأغذية

الدولي ومنظمة التجارة العالمية واشتملت على :-

- الغذاء

- أغذية الاستعمال الخاص

- المضافات الغذائية
- القيمة الغذائية
- الجودة
- تدابير الصحة
- ممارسات التصنيع الجيد
- نظام تحليل المخاطر
- مصدر الخطر
- تقييم المخاطر
- مستوى الحماية المطلوب
- المبيدات
- التداول
- المواصفة القياسية
- القاعدة القياسية
- إجراءات تقييم المطابقة
- بطاقة البيان
- الإعلان
- سلامة الغذاء
- صلاحية الغذاء
- المكان
- البائع المتجول

٤/٥/٢ * أحكام إعداد المواصفات القياسية والقواعد الفنية

- أحكام تقييم المطابقة للمواصفات القياسية والقواعد الفنية
- أحكام الإعلان عن المواصفات القياسية والقواعد الفنية وإجراءات تقييم المطابقة
- أحكام إعداد تدابير الصحة واعتمادها وتطبيقها والإعلان عنها والإخطار بها ونشرها
- الأحكام المتعلقة بالشفافية
- الأحكام المتعلقة بالمعلومات
- الأحكام المتعلقة بالتكافؤ

٤/٥/٣ احتفظ القانون بأحكام منع الغش والوصف الكاذب وعدم الصلاحية للغذاء والأحكام المتعلقة بالمضافات والأغذية الخاصة وإجراءات الترخيص

٤/٥/٤ ترجمة الهيكلية الإدارية إلى نصوص قانونية وهي متفقة مع الخطوط الإرشادية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وأهمها وجود مجلس لإدارة الغذاء يمارس صلاحية تدبير شؤون المخاطر، واللجنة الفنية تعتبر هيئة تقييم المخاطر وحسب المهام والصلاحيات المخولة لكل منهما.

٤/٥/٥ احتفظ القانون بأحكام مشددة على المخالفات من الأغذية المستوردة والمتداولة أياً كان مصدرها وحق الإلتفاف المباشر من قبل هيئة الإشراف إضافة لتوقيع العقوبات الأخرى المشددة من قبل السلطات القضائية بهدف تحقيق مستوى الحماية اللازم للمواطنين.

٥ - صدرت معظم القوانين المطلوبة بعد إقرارها وحسب الإجراءات الدستورية في فترات مختلفة قبل وبعد توقيع اتفاقية الانضمام لمنظمة التجارة العالمية بتاريخ ١١/٤/٢٠٠٠.

أ/٥ صدر قانون الرقابة على الغذاء بتاريخ ١٣/١٢/٢٠٠١ وأصبح ساري المفعول اعتباراً من ١٣/٣/٢٠٠٢ قانون رقم ٧٩ لسنة ٢٠٠١ المؤقت

ب/٥ صدر قانون الدواء والصيدلة بتاريخ ١٣/١٢/٢٠٠١ وأصبح ساري المفعول اعتباراً من ١٣/١/٢٠٠٢ قانون رقم ٨٠ لسنة ٢٠٠١ المؤقت

ج/٥ صدر قانون المواصفات والمقاييس بتاريخ ٢٩/٢/٢٠٠٠ رقم ٢٢ لسنة ٢٠٠٠ وهو ساري المفعول.

الفصل الرابع أثر الاتفاقية على التنمية في مجال الغذاء والدواء

I - في مجال الغذاء

أ - الإيجابيات

- ١/أ من المتوقع أن يساهم القانون بالارتقاء بمستوى الحماية اللازمة للصحة العامة وصحة المواطنين من أخطار تلوث الغذاء وفساده والأمراض المنقولة بالغذاء.
- ٢/أ يتطلب القانون استخدام المفاهيم العلمية الحديثة بعمليات التفتيش والمراقبة.
- ٣/أ سيفرض القانون استخداماً أفضل للتقنيات وممارسات التصنيع الجيد وضبط الجودة في مصانع الغذاء.
- ٤/أ يفرض القانون معاملة مماثلة للمواد الغذائية المعدة للتصدير مما يساعد على توجيه الصناعيين للالتزام بالارتقاء بمستوى إنتاجهم لضمان الحصول على الشهادات الصحية من السلطات الرسمية لبضائعهم والتي ستكون إجبارية بمقتضى القانون.
- ٥/أ التزام السلطات الصحية بالإشهاد ومراقبة المواد المصدرة

والتحقق من صلاحيتها سيساعد على تعزيز الثقة بهذه الصناعات من قبل الأسواق الخارجية .

٦/أ الالتزام بالتبليغ عن المخاطر والمشاركة في شبكة المعلومات الإقليمية والدولية سيمكن مستوردي المنتجات الوطنية من الاطلاع على كافة المعلومات المطلوبة بمصداقية مما يخدم سهولة التعامل والاختيار ومزیداً من الثقة بالمنتجات الوطنية .

٧/أ تبسيط إجراءات الاستثمار و ضمانات الحقوق سيساهم بجذب رؤوس الأموال والحركة التجارية وإنعاش برامج التنمية وخلق فرص جديدة للعمل .

٨/أ إزالة العوائق أمام التجارة سيمهد لفتح أسواق جديدة لتسويق المنتجات الوطنية .

ب - السلبات

١/ب يتوقع أن ترتفع تكلفة استخدام التقنيات الحديثة في الصناعات الغذائية وتطبيق الأسس العلمية لضبط جودة الإنتاج وظروف التخزين والتوزيع مما سينعكس سلباً على المشاريع الصناعية الغذائية محدودة الإمكانيات .

٢/ب معظم المصانع والمعامل الغذائية متواضعة وذات تكوين مالي صغير وتمتلك قدرات محدودة للمنافسة والبعض الآخر يعاني من الأعباء المالية الأمر الذي سيؤثر سلباً على وضعها .

٣/ب قوانين حماية الملكية الفكرية وبراءات الاختراع ستكون عائقاً في وجه الصناعات الوطنية ورفع سويتها لأسباب التكلفة الباهظة لاستخدام التقنيات والوسائل في نوعية الإنتاج أو لعدم توفر شراء الخدمة بسبب العجز المالي يقابله كفاءات تحتاج إلى التأهيل وقدراتها الإبداعية تحتاج إلى رعاية أعمق .

ب/٤ إزالة العوائق التقنية أمام التجارة ستفتح الأبواب أمام المنافسة الشديدة بين المنتجات المستوردة ذات الجودة العالية والأسعار المتدنية والمنتجات الوطنية ذات الجودة المتواضعة والأسعار المرتفعة والتي ستضع المواطن أمام اختيار صعب سيحسم ضمناً لصالح القبول لذوق المستهلك باختيار الجودة ولصالح القدرة الشرائية باختيار الأقل سعراً وما يترتب على ذلك من نتائج واضحة بكساد السلع الوطنية وبالتالي الميزان السلبي بين التكلفة والعائدات ثم النتيجة الحتمية بالتوقف.

ب/٥ التوجه الدولي الحديث لإنتاج السلالات الحيوانية والنباتية المعدلة جينياً لزيادة الإنتاج وتحسين الجودة سينعكس سلباً على القدرات الإنتاجية الوطنية لعدم التمكن من استخدام هذه التقنيات لفترة زمنية طويلة وتحدي الكم والنوع والسعر لمثلتها الجديدة وغياب حقوق الحماية الإغلاقية مما يؤدي إلى تقليص الرقعة الزراعية والتي ستكون كلفة إنتاج السلع فيها أعلى من كلفة استيرادها.

II - في مجال الدواء

أ - الإيجابيات

أ/١ الفرص الواعدة للصناعات الدوائية الأساسية ذات الجودة العالية التي لا تخضع لحقوق الحماية الفكرية من الأنواع العلاجية كالهرمونات والأدوية الكيماوية لسد الثغرة الناتجة عن المتغيرات الجديدة.

وهذا يقتضي توجيه الجهود بين الشركات الوطنية لبناء القدرة

- على المنافسة مع الشركات العالمية وبمستوى من التنظيم والثبات .
- ٢/أ خلق شراكة عمل مع الشركات العالمية لإنتاج الأدوية وتسويقها .
- ٣/أ الحصول على حقوق امتياز للإنتاج من أصحاب براءات الاختراع، ويتحكم في هذه الحالات الشعوب ومستوى الدخل وخصائص السوق .
- ٤/أ الاستثمار في مجال التصنيع المخصص من الشركات الكبرى للمستثمرين لإعادة التصدير أو للتسويق محلياً .
- ٥/أ إنشاء برامج التطوير السريري استناداً إلى قانون الدراسات السريرية .
- ٦/أ تشجيع شركات الأدوية على الاستثمار في الأبحاث والتطوير كهدف استراتيجي مستقبلي وفي مجال التقنيات الحيوية .
- ٧/أ مشاركة الحكومة بدعم حقل الأبحاث والتطوير بإنشاء مختبر مركزي لهذا الهدف .
- ٨/أ تطوير قدرة الصناعة المحلية لتواكب المواصفات العالمية .
- ٩/أ البحث والتطوير في مجال النباتات الطبيعية والأدوية الأخرى .

ب - التحديات في مجال الصناعات الدوائية والآثار المتوقعة منها

- ب/١ عدم إعطائها فترة زمنية معقولة بالرغم من أن الفترة تبدأ من ١/١٩٩٥ . ولم يتبق للأردن سوى ثلاث سنوات وأن معظم الاستثمارات بنيت على هذه الاحتمالية وصعوبات التسجيل والتوزيع في أمريكا أو الأسواق الأوروبية التي تفتقر إلى نظام تسجيل الدواء .

- ٢/ب التوقف عن إنتاج الأدوية الجديدة مما يؤدي إلى عدم توفر هذه الأدوية بأسعار معقولة للمواطن كما سيؤدي إلى فقدان الأسواق التي تم التعامل معها في الخارج بسبب التوقف عن إنتاج هذه الأنواع من الأدوية والأدوية الأخرى غير المقيدة بالعلامات التجارية.
- ٣/ب عدم إمكانية توفير الدواء البديل بأسعار منافسة.
- ٤/ب زيادة حجم المستوردات من الأدوية في الخارج لتغطية النقص المتوقع حدوثه بسبب التوقف عن إنتاج الأدوية الجديدة مما سيؤثر سلباً على ميزان المدفوعات.
- ٥/ب انحسار الأسواق الخارجية بسبب المباشرة في تطبيق قوانين الحماية الفكرية إضافة لرفع القدرات لدى الدول العربية في مجال الصناعات الدوائية.
- ٦/ب تزايد فرص التحكم في أسعار الدواء بسبب الاحتكار مما يؤدي إلى رفع هذه الأسعار وارتفاع قيمة استهلاك الفرد السنوية.
- ٧/ب عدم تمكن الدول النامية من معالجة الأمراض المستوطنة والمعدية لارتفاع تكلفة أدويتها.
- ٨/ب عدم إمكانية معالجة أمراض التنفس بالأدوية التقليدية.
- ٩/ب استفحال الأمراض التي لا يبحث في علاجها.
- ١٠/ب عدم القدرة على مواجهة الأمراض المستجدة والحديثة التي عاودت الظهور
- ١١/ب التأثير على مهنة الصيدلة
- اختصار عدد البدائل.
 - ارتفاع الكلفة الدوائية.
 - تقليص عدد المصانع الدوائية الإقليمية.

- ظهور شركات عملاقة متخصصة .

الاقتراحات :

- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار في التشريعات الوطنية عند تطبيق حقوق الملكية الإجراءات التالية :-
- التشدد بمنع الاحتكار
- ضمان بيع المنتجات بأسعار التكلفة الدولية .
- استثناء المواد الموجودة بشكل طبيعي ومن ضمنها الأدوية المنتجة بالتقنيات الحيوية .
- خطر عبء أو مشقة إثبات براءة اختراع الطريقة للمواد الكيماوية الجديدة .
- السماح لشركات الأدوية باستخدام مواد الاختراع قبل فترة انتهاء هذه البراءة بما فيها الأعمال العلمية كدراسات الثبات والفحص حتى يمكن تسويق هذه المنتجات عند يوم انتهاء فترة حماية براءة الاختراع .
- المطلوب عمل علمي مشترك ومركز على مجموعات بحثية محددة .
- اعتماد مبدأ البحث العلمي المعمق عبر دول عربية متعددة لنفس المشروع .
- التركيز على الأبحاث وتحويل أبحاث طلاب الدراسات العلمية لمشاريع صالحة للاستغلال التجاري عن طريق إصدار براءات الاختراع .

المناقشات

الجلسة السابعة

الرئيس: د. محمد هيثم الخياط

نائب الرئيس: د. سمير بانوب

مقرر الجلسة: د. فهد بن صالح العريفي

المتحدثون:

د. سمير ثابت، د. كرنديكار، د. أحمد البرماوي

الرئيس: شكرا للإخوة المحاضرين لالتزامهم بالوقت الإجمالي بالجلسة أعتقد أننا نستطيع أن نناقش بعض الأمور ونطرح بعض الأسئلة في الدقائق الخمس عشرة المتبقية التي هي أمامنا، تفضل.

الدكتور حمدي السيد. في الواقع أنا استمعت للمحاضرين عن تجربة الهند في تنظيم الخدمات الصحية التي قدمها د. كرنديكار ولكن لاحظت وهو يستعرض النشاط الجيد في مجال صناعة الدواء وصناعة المواد الأساسية أنه لم يقل لنا ماذا أعدت الهند لمرحلة ما بعد تطبيق قانون الملكية الفكرية، وأنا أعلم أن للهند قانونا للملكية الفكرية وأعتقد أنها قد تجاوزت كثيرا من العقبات في القانون الدولي بل قيل لنا ولا أعلم ما حقيقة هذا لأنها تجاهلت بنودا كاملة في قانونها الوضعي وأعتقد أن هناك خلافاً ما بينها وبين الواسب حول هذه القضية، نحن نتساءل هل لديه معلومات حول هذا؟ لعلنا نسترشد بذلك، أيضا نريد أن نعرف إمكانية التعاون بين الهند وبين العديد من البلاد في المجتمع

النامي، نحن نعرف أن الهند كان لها دور كبير في المؤتمر الأخير الذي عقد في قطر وأنها كانت واحدة من عدة دول هي والبرازيل ومصر، أعتقد أنها من الذين جاهدوا وساندوا وهذا يدل على أنه إذا اجتمعت دول العالم النامي في وجه هذا الأخطبوط الضخم الذي حاول أن يفرض علينا أوضاعا قاسية وظالمة للغاية يمكن أن يصلوا إلى نتيجة وهل هناك فكرة للتنسيق على مستوى هذه الدول وهل الهند لديها أفكار حول هذه القضايا إجمالاً أعتقد أن الهند نحن ننظر إليها كقوة كبيرة في مجال صناعة الدواء أيضاً، أخونا العزيز من الأردن يضع المخاطر التي تهدد صناعة الدواء في الأردن هي نفس المخاطر التي تهدد صناعة الدواء في مصر وهي نفس المخاطر التي تهدد صناعة الدواء في كل بلد عربي وإسلامي وتقريباً نحن نشارك في نفس المشاكل وفي نفس المخاطر وهو قد أظهر ذلك وبصوت واضح فيها على أن أدوية كثيرة من التي تنتج حالياً ولا زال لها حقوق ملكية فكرية ستختفي عندما تمتد إلى عشرين سنة ونحن نستورد هذه الأدوية بتكلفة عالية وهو أيضاً يطالب كما نطالب نحن جميعاً أنه لا بد من إنشاء كيانات عربية وكيانات محلية كبيرة تستطيع أن تقف في وجه هذا الخطر الدائم وأيضاً تحدث عن الأبحاث وأعتقد أن المنافسة قد شملتها في الجلسة الماضية وشكراً.

الرئيس: شكراً دكتور وفيق عبد الله. شكراً سيادة الرئيس، الحقيقة أنا عندي الدكتور سمير ثابت رجاء، الدكتور بدران عندما كان رئيساً لأكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا عمل دراسة عن حالة الدواء من سنة ١٩٧١ إلى سنة ١٩٨١ حدثوها من ١٩٧١ إلى ١٩٨١ فأنا أطلب منه أنه كمسؤول عن شركة أكديما أن يستكمل هذه الدراسة لاستكمال المعلومات لأنه من ١٩٩١ إلى ٢٠٠٢ لم يمد أحد لها يده، الآن تغيير الهيكل الخاص بالدواء د. كرنديكار نشكره على المحاضرة

القيمة التي أعطانا إياها عن موقف الهند من الدواء والهند بالذات لها موقع خاص لأنه يعالج مليار نسمة وقال شيئاً لفت نظري. الدكتور أحمد البرماوي قال شيئاً لفت نظري ولي عنده سؤال واحد ما الوقت الذي أخذه الهيكل التشريعي لإعادة هيكلة رقابة التسعير على الغذاء لكي يدخل به سنة ٢٠٠١ WTO وشكرا.

الدكتور عبد العزيز صالح، الحقيقة استكمالا لتعليق الأستاذ الدكتور وفيق عبد الله على أهمية البيانات وتحليل هذه البيانات، فالحقيقة من بين المتحدثين الثلاثة عرض علينا العديد من البيانات المهمة التي لا بد أن تتاح للإنسان عندما يريد أن يخطط لإقامة نظام أو تطويره، وأحب فقط أن أشير إلى أن البيانات تحتاج إلى تحليل لأن الدكتور سمير ثابت قال إن شركات قطاع الأعمال تمثل ٥٠٪ من السوق في حين أن مبيعاتها لا تزيد على ٢٠٪ من السوق ونحن نتمنى أن يكون هناك نظام لوجود هذه البيانات وأيضاً خبراء لتحليلها، وأيضاً أشار كراندكار إلى أهمية أن هذه الأرقام لا تقف عند متوسط الدولة لا بد من تحليله لنرى متوسطات على مستوى المحافظات والقطاعات لنرى الفرق في توزيع الثروة والفقر وبالمناسبة أعتقد أن كراندكار يقصد مؤشرا للتنمية البشرية ومؤشرا للفقر بين الناس وهي مؤشرات تقدم بها UNDP ولها تحليل إنما المهم توفر هذه البيانات، مهم أيضاً أن نحللها تحليلاً جيداً في عملية التخطيط والتوصيات وشكرا.

الرئيس فضل د. المنادروف: الدكتور الماندرروف لست أنا الذي يمثل البنك الدولي في هذا اللقاء ولكن هناك بعض عناصر من دراسات عالمية تم إدراجها في الفترة الأخيرة وأشير إلى دراسة تم إعلانها قبل مؤتمر الدوحة حول جولة جديدة من المفاوضات التجارية وإعادة هيكلة أو تشكيل التجارة العالمية، ولوحظ في دولة أوروغواي أن اتفاقيات التبرس غيرت الأدوار العالمية المتعلقة بالغنى والفقر ولصالح الدول

المتقدمة، وبعد ذلك نقل التكنولوجيا من الولايات المتحدة وألمانيا وفرنسا التصميمات المختلفة في هذه الدول أكثر من ٢٠ مليون دولار وحقوق الملكية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالأدوار الاقتصادية لكل دولة من هذه الدول، الحقيقة بدأت الفوائد تظهر بالنسبة لكثير من الدول وهناك فوائد يمكن أن تعود على الدول المنخفضة الدخل وهناك ظروف واعدة إذا كانت هناك فرص لإبقاء القوانين وتطبيقها بطريقة جيدة بشأن أن تساعد الدول ذات الدخل المنخفضة من الضروري إعادة توازن بين اتفاقيات الترخيص لتأخذ في اعتبارها مصالح الدول محدودة الدخل، من المعقول أن نعترف بالتغيرات الموجودة في تنفيذ اتفاقية الترخيص بناء على معدلات التنمية. ثانيا التفاوض حول شروط التسجيل الإلزامي لمصلحة الدول المختلفة حتى تتمكن من إنتاج وبيع ما تنتجه من أدوية وهذا سيزود الدول المنخفضة الدخل بشيء من المرونة في تعاملها ثم هناك الدول التي تستفيد من حقوق الملكية تستطيع أن تقدم مزيدا من الدعم والمساعدة للدول التي هي أقل تقدما، هكذا يمكن أن تستفيد الدول الفقيرة من حماية حقوق الملكية وأن تستفيد الدول النامية والفقيرة وما يتعلق بمجال صناعة الأدوية على وجه التحديد، جاء في التقرير الذي صدر في الدراسة أنه لا بد من حوافز لبحوث وتنشيط هذه العمليات، الدول الفقيرة وخاصة تلك الدول ذات الدخل المنخفضة ربما تكون هذه الدول أكثر فقرا لا تستطيع أن تنفق الكثير على البحوث والتصوير لأن هذه التكلفة ستكون عالية بالنسبة لهذه الدول الفقيرة وأيضا بالدول النامية المنافسة الشديدة في مجال العقاقير الجينية وغيرها، هذه الدول لا بد أن تحسن من قدرتها من إنتاج الأدوية الجينية والحصول على براءات الاختراع اللازمة أعتقد أن هذا يرد على بعض التساؤلات التي دارت في هذه القاعة وشكرا.

الدكتور جونسون كويك: من منظمة الصحة العالمية من المفيد لنا أن نحصل على دراسات عن الهند والأردن بالأمس أثرت أسئلة تمت الإجابة عنها اليوم، فيما يتعلق بالشركات المتعددة الجنسية والتكاليف هناك في الحقيقة تنوع كبير بين الأرباح ومصاريف البحوث التي تتفاوت تفاوتاً كبيراً فما ينفق على التسويق أعلى مما ينفق على البحوث والتطوير، وتقدر مصاريف التسويق بـ ٤٠ مليون دولار في حين أن ما ينفق على البحث والتطوير أقل بكثير من الأرقام التي تنفق على عمليات التسويق، ومن الضروري في جلسات من هذا القبيل أن نعلم صانع السياسة ما نتوصل إليه من قرارات ومن توصيات باللغة العربية والإنجليزية، ربما نلخص مجريات هذا المؤتمر في ست صفحات ونقدمها إلى صانعي القرار الذين ربما لا تكون لديهم فكرة واضحة عن مشاكل العاملين في قطاع الصحة، المشاكل التي نحن بصدد الحديث عنها هؤلاء الناس ربما لا يدركون تماماً ما نحتاج إليه في قطاع الصناعات الدوائية، اتفاقيات منظمة التجارة العالمية لا تحدد الأدوار على وجه التحديد ومن الضروري أن نشارك بعضنا في هذه المناقشات وتبادل الآراء وأن نوصل رأينا لصانعي القرار ولصانعي السياسات لكي نحدث تأثيراً على الجوانب القانونية المتعلقة بهذا الموضوع ونحن نحث ونشجع المشاركة في المعلومات وتبادل الآراء في هذه المجالات في دولة مثل هولندا نجد أن هناك قوانين ضد التنافس على الأدوية الجنسية، وقد تؤثر على المصالح الوطنية وشكراً.

د. سمير ثابت: لعلني في غمار هذه المناقشة وغير خبير إطلاقاً في هذه المواضيع ولكن ألتقط معلومات وردت في أبحاث اليوم إحداها من الدكتور سمير ثابت، الإنتاج المحلي يغطي ٩٢٪ من الاستهلاك في جمهورية مصر العربية الموضوع أسعدني جداً ثم نظرت إلى الشركات المنتجة فوجدت أن الثماني الأولى والأعظم نصيباً هي

شركات عالمية ما يسمى بالشركات المشتركة وهنا يأتي الفكر أليس هذا نوع من العولمة الإيجابية؟ ألم يسد هذا احتياج السوق المصري دون النظر إلى المحاذير والمعايير؟ ثم مع تقديم الأخ د. البرماوي المحاذير أنا لا أضع نفسي في موقع منتجين المنتج للدواء والمجموعات المهنية ولها الحق في أنها تتأثر وتحتاط ولكن أضع نفسي مكان الجمهور والصحة العامة هناك قول أن المنافسة ستم بين الإنتاج، الإنتاج الوطني ذو الجودة المتواضعة والتكلفة المرتفعة ضد إنتاج المستورد عالي الجودة وقليل التكلفة أليس هذا من مصلحة المستهلك إذا قفلنا باب السوق ضد هذا التنافس في هذه الصورة يجب أن يكون شريفاً يبقى أننا ندعو إلى احتكار السوق وقفل الحدود وهذه السياسة كانت تتبعها دول الاتحاد السوفيتي السابق، والاشتراكية انهارت بسبب ذلك وشكراً.

مسك الختام الأستاذ الدكتور محمد بهاء الدين فايز: شكراً سيدي الرئيس سمعت من الأخ الفاضل الكريم الدكتور سمير ثابت تعبيراً جعل الأمر يلتبس على وألتمس منه أن يصحح هذا الذي سمعته أو يؤكد أنه قال إن الدواء الجديد الذي يستورد يجب أن تكون براءة اختراعه قد سقطت في الملك العام لكي يستورد يجب أن يكون براءة اختراعه قد سقطت في ملك عام وفقد الحماية بينما الذي نعرفه من صريح نصوص أحكام اتفاقية التريبس ومن صحيح نصوص القانون المصري الجديد لحماية براءة الاختراع ومن صريح كل التعبيرات التي تخاطب موضوع الملكية الفكرية في مجال الدواء وغير الدواء هو أن الاستيراد جائز مع وجود حماية سارية ونافاذة للموضوع ببراءة اختراع أي في أثناء وجود حماية براءة اختراع يجوز أن نستورد السلعة التي تُحمى ببراءة الاختراع وهذا هو ما نعرفه باسم الاستيراد الموازي أما الحق الاستثنائي الوحيد الذي لا يجوز المساس به يكاد يكون حقاً مقدساً ومحفوظاً لصاحب براءة الاختراع طوال فترة الحماية هذا الحق الوحيد هو حق انفرادي

خاص فقط بالإنتاج، (making) هو اللفظ الوارد في التربس المادة أو الموضوع هل حماية براءة الاختراع تظل وقفا عليه وحده ولا يجوز المساس به سواء كان (making) ينصرف إلى موضوع الاختراع الذي قد يكون كيميائية دوائية أو موضوع الاختراع هو منتج صيدلي محمياً ببراءة الاختراع ويظل حقه في الإنتاج في هذه الحالة وقفا عليه كمخترع وبعد أن تنتهي فترة الاختراع يصح إنتاج المادة الكيميائية نفسها بعد أن يسقط في الملك العام أو استيرادها وإنتاج المادة الفعالة تحت اسم (generic) اسم اصطلاحي أما الاسم التجاري البراند (Brand name) فيظل ملكاً لصاحب هذا الاسم ولو ألف سنة قادمة لأن هذا المجال الذي هو مجال الاسم التجاري (Brand name)، ليس له حدود أو سقف زمنية بمقتضى اتفاقية التربس كل مجالات الملكية الفكرية الأخرى لها سقف زمني تسقط بعده في الملك العام سواء كانت ملكية مصنعات أدبية أو فنية أو براءات اختراع مصنعات أدبية ومؤلف خمسين سنة تتجاوزها براءة الاختراع عشرين سنة الرسوم نماذج صناعية عشر سنوات الدوائر الإلكترونية متجاملة متكاملة عشر سنوات إلا الأسماء التجارية العلامات التجارية مثلاً اسم كوكاكولا مثل اسم أي اسم تجاري من أسماء الأدوية هذه تظل محفوظة لصالح صاحب الاسم عشر سنوات طالما يقوم يدفع رسوم التسجيل يظل الاسم سارياً حتى الألف سنة كذلك كما قلت في العرض الذي تشرفت بتقديمه إلى حضراتكم إن الاستفادة من الحقوق لا يقتصر فقط على الاستيراد الموازي بل أيضاً على استخدام الموضوع وعرضه للبيع وبيعه وتخزينه وتشوينه بجوار حق الاستيراد الموازي لهذا كل هذا حقوق متاحة للمجتمع إذا حدثت الواقعة التي اسمها استنفاد الحقوق طالما حصل استنفاد الحقوق يبقى كل هذا متاحاً ومباحاً وحلالاً فيما عدا شيء واحد إنتاج السلع المحمية لبراءة الاختراع ويظل الحظر القائم طوال فترة العشرين سنة، وشكراً.

رئيس الجلسة:

أعتقد حان الوقت للإخوة المحاضرين للإجابة عن هذه الأسئلة ونبدأ بالأخ الدكتور سمير. شكرا سيادة الرئيس وطبعا الدكتور عبد العزيز والدكتور وفيق أوافقهم أن الإحصائيات لا بد أن تشمل دراسة سوق الدواء في مصر داخل فيها السوق المباشر سوق المستشفيات والمناقصات حتى تكتمل الصورة لأي شخص ينظر لهذا الموضوع لأن شركات قطاع الأعمال للأسف أسعار منتجاتها قليلة مقارنة بشركات المشاركة أو بالشركات المتعددة الجنسيات فدائما هم ينظرون من الناحية الإنتاجية أنا أنتج أكثر من ٥٠٪ عبوات إنما من الناحية القيمة فتبقى خفيفة أيا كان، يخدم السوق المصري حاليا ثلاثة أنواع من شركات، قطاع أعمال، شركات خاصة مصرية أو أجنبية، ومتعددة الجنسيات ١٠٠٪ موجودين بالنسبة للدراسة التي طالبها الدكتور وفيق أنا أعده بأننا نقوم بها لكي تبقى متاحة للجميع، وبالنسبة للدكتور بهاء أنا متفق معك وطبعا كل الناس الذين لديهم مصانع للأسف الذين هم الخاص المصري الذي لم ينتقل من الخاص بالأشخاص إلى الخاص للجميع وها هي الهند سبقتنا بهذا وفرنسا قبل هذا والتخوف عندنا من هذا الموقف إنما من أن هذه الشركات تصبح قطاعا خاصا وغير شخصية يبقى الدفع أو الصرف وشكرا.

كراندكار: كيف أعدت الهند لمواجهة اتفاقية التريبس وتغلبت على المشاكل المتصلة بها هناك منظمات تضافرت الجهود فيما بينها وكونت مجموعات لتقرير كيفية الدفاع عن موقفهم، المجموعة الأولى المنظمة الخاصة بمنتجي العقاقير في الهند وتسيطر عليها شركات متعددة الجنسيات ووجهة نظرها مختلفة، وهناك رابطة خاصة بمصنعي الدواء والعقاقير ولديها وجهة نظر مختلفة ثم لدينا الوزارات المعنية بالهند، الحكومة المركزية ولكن هذه الأمور نتعامل معها على المستوى

المركزي هناك مجموعة صغيرة داخل وزارة الصحة تتعامل مع اتفاقية الترس وتقوم بعقد لقاءات مع الهيئات المختلفة بما في ذلك منظمات غير حكومية لتقرير الإجراءات التي يجب أن تتبع، ولقد عينت من قبل المركز التجاري بومباي لمناقشة هذا، ومن ثم قمت بعقد مقابلات مع كثير من القطاعات التنفيذية لشركات الأدوية ثم أعددت تقريراً لمركز التجارة الدولي العالمي ومن ثم أغلب القرارات ستتضمن فيها مستندات خاصة بهذه الجامعات ودور الهند، التعامل مع البلدان النامية الأخرى، أعتقد أننا نتمتع بالفتح ونحن على أتم استعداد للتعاون مع البلدان الأخرى ولدينا خبراء يذهبون إلى دول أخرى لتقديم المشورة وهي أحد الجوانب التي لدينا فيها خبرة، وهناك مداخلات أخرى من بعض الزملاء ولكنها تعليقات خاصة بمؤشر الفقر ومؤشر التنمية أعتقد أن كل منطقة يجب أن تقوم بدراسات مستقلة فيما يتصل بتقييم مؤشر الفقر لأنه بالطبع التدخل من قبل كل دولة سيختلف من دولة لأخرى، كان هناك تعليق على الأدوية الأساسية وأعتقد أن منظمة الصحة العالمية أصدرت أحد المطبوعات الخاصة بعملية رصد العقاقير الأساسية وهذا العدد يأخذ في الاعتبار اتفاقية الترس وهناك معاهد خاصة بدور المنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام والتعاون الإقليمي والوطني والحصول على الأدوية والقضاء الخاص لحماية الملكية الفكرية والعقاقير وأعتقد أن هذه المطبوعة على درجة كبيرة من الأهمية، وهذه تتناول الموضوعات التي أشرنا إليها، هذا هو التعليق الخاص به. أما ما يتصل بمؤشر الفقر فإنه يختلف من دولة لأخرى لقد ذكرني هذا بقصة الأفريقية التي كانت تعاني من الاكتئاب وأتى الناس إليها وقالوا لم تعانين من الاكتئاب ولديك ثلاثة أبناء؟ قالت نعم لدي ثلاثة أبناء ولكن أحدهم صغير السن للغاية إنني أنتظر أن يبلغ سن الرشد، وهذا هو الوضع في الهند وكثير من الدول الأخرى فيما بعد الاتفاقية ولدي طفل

آخر أو ابن آخر يعاني من مرض ما ويحتاج إلى علاج وهذا هو وضع قطاع الصحة في الهند هو قطاع عليل في حاجة إلى الإنقاذ، ابني الثالث في الخارج وأنتظر عودته إلى البلاد هذا هو الوضع في الهند وغيرها من البلدان، إن كثيرين يهاجرون إلى دول أخرى ليوفروا ما تحتاج إليه الهند من استثمارات، أعتقد أن هذا يلخص الوضع في الهند.

الدكتور أحمد البرماوي: شكرا سيادة الرئيس، حديثي إلى الدكتور حمدي السيد فأنا أؤيده الرأي وأؤكد على ما تفضلتم به، أذكر معلومة صغيرة بأن ١٤٥ شركة في العالم، الكلام في الحقيقة أنا سمعته من محاضر ونقلته على ورقة إذا سألتني أحد على مرجعي لهذا الحديث ١٤٥ شركة تملك رأس مال يعادل ما تملكه ١١٠ دولة من دول العالم يعني في ١١٠ دولة في العالم لا تعادل ميزانية، دخلها القومي ميزانية ١٤٥ شركة في العالم. أنا أريد أن أتحدث عن نقطة أهمية إيجاد شركات كبيرة لها رأس مال كبير من: مصر، والأردن، وسوريا، والسعودية، والكويت، وباقي دول الخليج العربي الإمارات يعني توفير رأس المال، هناك إمكانية لتخصيص جزء من رأس المال للدراسات والأبحاث نحن نريد براءات اختراع جديدة خاصة لنا أن نخترع شيئا نخترع دواء جديدا نخترع طريقة جديدة نعمل أي شيء لأنفسنا هذا لن يتم في حالة عدم توفر رأس المال، رأس المال متوفر لدى الشارع العربي والإسلامي، موجود نحن نملك ثلث ثروة العالم، لكن كم نستغل منها كم نملك منها حقيقة، إيجاد شركات كبيرة برأس مال عربي مشترك تشجع على مزيد من الدراسات، لدينا عقول كبيرة، لدينا عقول عظيمة، أنت المثال أنتم المبدعون أنا سمعت أن الدكتور حمدي السيد مرتب في المرتبة الثلاثين من أكبر الجراحين الثلاثين من أكبر جراحي القلب في العالم، وكان الدكتور ياسين عبد الغفار كذلك هذه العقول

أنتجت على مر التاريخ وأنتجت الكثير، نحن قادرون على أن نعاود الكرة بإنتاج العقل والإبداع، هذا ما تحدث فيه، الموضوع حساس ودقيق في حقيقة الأمر ولأنه حساس ودقيق فسوف يعقد خلال هذا العام ٢٠٠٢ مؤتمر أو مناسبة تفاوضية عالمية العالم كله مدعو للمشاركة فيها للنظر في أمر المادة التي أشرت إليها وأشارت إليها د. زانج المادة الواردة في اتفاقية الترس الشهيرة لعلها أشهر مواد الترس المسماة مادة رقم ٣، ٢٧ ب هذه المادة عجيبة الشأن وقد أثارت كثيرا من المشاعر المتناقضة ولا أريد أن أقول إنها أثارت كثيرا من الخصومات أو الغضب لدى كثير من بلاد العالم النامي لأنها مادة تخلو من التوازن الذي كنا نسعى إليه باستمرار هذا هو حديثي الذي أكرر وألح على صحته، إن اتفاقية الترس بها توازنات وتوازنات جيدة إلا هذه المادة فالدول النامية تشكو من غياب التوازنات في هذه المادة لأنها كرسست وطالبت بل أمرت بحماية الأصناف النباتية لأن مدعي الأصناف النباتية الجديدة يسمونهم مربى النباتات أو الأصناف النباتية وهم في أغلب الأحيان ينتمون إلى الشركات متعددة الجنسيات في مجال صناعة التقاوي والأصناف الزراعية الجديدة ومربي النباتات ومبدي الصنف الجديد من النبات هو النظير في مجال الزراعة المقابل للمخترع في مجال الصناعة فالمراد باتفاقية الترس في المادة ٣، ٢٧ ب إلزام الدول الموقعة بحماية الأصناف النباتية بوسيلة حماية قانونية، أما بالنسبة للدكتور وفيق في الحقيقة أنا سأكون صريحا معك قانون الغذاء بداية وضع سنة ١٩٩٥ مسودة على غرار المؤسسات الموجودة في العالم وهذا التوجه حدث بعد ما صارت أزمة في الأردن اسمها أزمة الغذاء والدواء الذي آثارها أحد وزراء الصحة السابقون الذي رفع كفاءة الرقابة على الغذاء إن الناس تريد حتما أن تدفع فلوسا مقابل خدمة، تريد أن تأكل أكلة نظيفة وسليمة، التلاعب بقوت الناس أمر يفوق حد الجريمة وكانت هناك

أغذية واردة فاسدة انتهت مدة صلاحيتها، أغذية تهرب وتباع من دول أخرى ومنتھية مدة صلاحيتها وحتى بدون ثمن، فوضع القانون سنة ١٩٩٥ لإنشاء مؤسسة إدارة الغذاء، هذا القانون بين مد وجذر لأن وزارة الزراعة تريد أن تكون صاحبة الصلاحية ووزارة التجارة والصناعة تريد أن تكون صاحبة الصلاحية ووزارة التموين في ذلك الوقت تريد أن تكون صاحبة الصلاحية، القطاع الخاص ضغط بكل قوة لإبعاد وزارة الصحة عن إدارة هذه الدائرة لا يريدون لوزارة الصحة، لا يريدون بالأخص أن يكون للأطباء دور الرقابة. السبب لأن متسبي وزارة الصحة يقسمون القسم ويتعلمون الأخلاق التي يتعلمها الإنسان بجامعته، وهذا يعني أن أتعامل لكي أنقذ إنسانا من المرض والموت حتى لو كان عدوي حتى لو كان قاتل أبي. رفض أول مرة من مجلس الوزراء ثم أعيد إلى مجلس الوزراء مرة أخرى وأعيد إلى الديوان التشريعي لأنه يأخذ مسارا قانونيا أو دستوريا بداية مجلس الوزراء يعيده إلى ديوان التشريع ديوان التشريع يقره أو يعدله ثم يرفعه إلى مجلس الوزراء، مجلس الوزراء يحيله إلى مجلس النواب للمناقشة، ومجلس النواب إلى الأعيان، والأعيان بعد إقراره يرفع إلى القصر الملكي لصدور الإرادة الملكية السامية عليه. سنة ١٩٩٨ طلب منا قانون للغذاء، والقانون كان جاهزا ومعدا كل ما هنالك أن التجمع القانوني الذي يجمع رجال القانون أرادوا أن يناقشوا معنا هذا القانون، أضافوا فقرات متعلقة بالتزام الإذن بالبنود المتعلقة بالالتزام بالشفافية والالتزام بالإعلان والإشهار والتبليغ إلى آخره، ولكن لم يتدخلوا في الحقيقة في قضايا التشدد والعقوبة والإجراءات الأخرى سواء كانت هذه الأغذية مستوردة من الخارج أو مصدرة من الأردن أو متداولة في الأسواق.

الدكتور سمير. القرار صدر في ١٣ / ١٢ / ٢٠٠١ بعد ما وقعت الأردن على اتفاقية المنظمة وقبلت عضويتها إلا أن دراسي القانون

قدموا لمنظمة التجارة العالمية العديد من الأسئلة ومثل ما تفضل أساتذتنا من جمهورية مصر العربية نحن أيضا وردنا في حدود ١٨٠ سؤالاً وأعيدت إجابات كثيرة عليها إلا أن ما يتعلق بمجال الصحة لم يردنا إلا سؤال واحد وهذا السؤال ربما كان في مخالفة دورية وعدلناه هو عدم إدخال الأغذية التي مضى عليها نصف مدة صلاحيتها إلى البلاد غذاء مدة صلاحيته سنة إذا مر عليه ستة شهور ويومين لا يدخل الأردن واضطربنا إلى تغيير هذه الفقرة بناء على مراجعة التعليمات والتشريع .

الرئيس: لدينا ملخصات خاصة بتقرير منظمات الصحة العالمية وأحب أن أذكركم بما ذكركم به الدكتور عبد العزيز صالح صباحا، نكون شاكرين لو تفضلتم بإرسال مقترحاتكم وتسليمها إلى الأخ الدكتور أحمد رجائي الجندي وقد قاربنا من نهاية المؤتمر، أمر آخر سنعود إلى جلسة بعد الظهر في الساعة الرابعة، ويبقى لي أن أشكر الأخوين الدكتور سمير بانوب والدكتور صالح العريفي على المساعدة في هذه الجلسة شكرا لكم . والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

تابع اليوم الثالث
الأثنين ٢٥/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية الثامنة
"كيف يمكن التغلب على مشاكل
العولة باستخدام المصادر الطبيعية من
النباتات الطبية وتنمية الأبحاث -
والاهتمام بالأدوية الجينية"

الرئيس: الدكتور صلاح العتيقي

نائب الرئيس: الدكتور ريتشارد ويلدز

مقرر الجلسة: الدكتور أحمد الخطيب

المتحدثون:

- ١ - الدكتور زانج
- ٢ - الدكتور محمود غراب
- ٣ - الدكتور فهد بن صالح العريفي

الدواء التقليدي في ظل الرعاية
الصحية وتأثير العولمة على حماية
الدواء التقليدي

دكتور زيوروي زانج

القائم بأعمال منسق الدواء التقليدي، منظمة الصحة
العالمية، جنيف، سويسرا

الدواء التقليدي في ظل الرعاية الصحية وتأثير العولمة على حماية الدواء التقليدي

دكتور زيوروى زانج

القائم بأعمال منسق الدواء التقليدي،
منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

١ - تعريف الدواء التقليدي والمعاصر / البديل

لقد تم استخدام أساليب علاج الدواء التقليدي لفترة طويلة بما في ذلك الأساليب الدوائية وغير الدوائية، وفي الأقطار التي يكون فيها نظام الرعاية الصحية السائد معتمدا على الدواء الغربي الحديث أو التي يكون فيها الدواء التقليدي غير مدمج في نظام الرعاية الصحية القومي، فإن الدواء التقليدي غالبا ما يطلق عليه الدواء "المعاصر" أو "البديل" أو "غير التقليدي".

٢ - الوضع العالمي الحالي للطب التقليدي والدواء المعاصر / البديل

يعتمد ما يقرب من ٨٠٪ من السكان في أفريقيا و٦٥٪ من سكان الهند على الدواء التقليدي في الوفاء باحتياجاتهم من الرعاية الصحية، وفي المناطق الأخرى من آسيا وفي أمريكا اللاتينية تشير الظروف

التاريخية والمعتقدات الثقافية إلى أن السكان ما زالوا يستخدمون الدواء التقليدي، وهناك أساليب علاج معينة للطب المعاصر أو البديل معروفة في الكثير من الدول المتقدمة، وقد بلغت النسبة المئوية لعدد السكان الذين قاموا باستخدام الدواء المعاصر والبديل مرة واحدة على الأقل ٤٨٪ في استراليا، ٧٠٪ في كندا، ٤٢٪ في الولايات المتحدة الأمريكية، ٤٠٪ في بلجيكا، ٧٥٪ في فرنسا.

٣ - دور الدواء التقليدي / الدواء المعاصر والبديل في نظام الرعاية الصحية

على الرغم من الدلائل المحدودة على الفعالية، فإن الدواء التقليدي او المعاصر / البديل يتم استخدامه على نطاق الأمراض جميعا بدءا من التي تقتصر على الذات وانتهاء بتلك التي تهدد الحياة بوجه عام، فعلى سبيل المثال سجل برنامج مدعم من قبل منظمة الصحة العالمية لمكافحة الملاريا بأن خط العلاج الأول لأكثر من ٦٠٪ من الأطفال المصابين بالحمى الشديدة في غانا، نيجيريا، زامبيا هو استخدام الأدوية العشبية بالمنزل، وتبين الدراسات أن ما يربو على ثلاثة أرباع مرضى الإيدز في أفريقيا وأمريكا الشمالية وأوروبا يستخدمون الدواء التقليدي أو المعاصر لأغراض أو حالات مختلفة، وعلى مستوى العالم يستخدم الدواء التقليدي / الدواء المعاصر والبديل في علاج الآلام المزمنة وتحسين نوعية الحياة لأولئك الذين يعانون من الأمراض غير القابلة للشفاء.

ولعلنا نتساءل عن أسباب الاستخدام المتزايد على نطاق العالم للطب التقليدي. ونستطيع أن نقول إن الاستجابة الفعالة هي أحد هذه الأسباب فعلى سبيل المثال، فإن الدراسات التي أجريت على المستهلكين والمرضى الذين يستخدمون علاجا بواسطة الدواء التقليدي

/ الدواء المعاصر والبديل في الأقطار المختلفة قد بينت أن ٧٧٪ في الدانمرك يعتبرون أنفسهم قد أدركوا الشفاء بواسطة الدواء التقليدي / الدواء المعاصر والبديل، وأن ١٧٪ فقط لم يحققوا نتائج وأن ١٪ قد ازدادت حالتهم سوءاً، وفي فيتنام بلغت نسبة الفعالية ١٠٠٪ ولكن على نحو أبطأ من الدواء الغربي، وفي الولايات المتحدة الأمريكية يثق ٦٦٪ من النساء في سلامة الأدوية العشبية ويفترض ٣٧٪ من النساء الفعالية في الدواء العشبي، بل ويعتقد ٥٧٪ من الأطباء أن للأدوية العشبية فوائد جيدة وقد أوضحت كذلك بعض بيانات البحث العلمي فعالية الدواء العشبي، فعلى سبيل المثال أظهرت تجارب عشوائية موجزة خضع فيها المرضى للملاحظة المباشرة، وأن الفائدة التي نتجت عن ٣٤٪ من هذه التجارب يمكن مقارنتها بمجموعة الأدوية المتحكم فيها والتي يتم إعطاؤها لإرضاء المريض، على الرغم من أن ٤٨٪ من التجارب بينت أن الفائدة كانت غير محتملة لعيوب ترجع إلى التصميم أو التحليل.

وقد أظهرت مبيعات الأسواق العالمية والوطنية من الأدوية العشبية نمواً سريعاً، وطبقاً للتقرير المعد من قبل أمانات مؤتمر التنوع البيولوجي، فقد بلغت مبيعات الأدوية العشبية في الأسواق العالمية ٦٠٠٠٠ مليون دولار أمريكي، ففي اليابان بلغت مبيعات سوق الأعشاب ١٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ١٩٩١، و ٢٠٠٠ مليون في عام ١٩٩٤، و ٢٢٠٠ مليون في عام ١٩٩٦، و ٢٤٠٠ مليون في عام ٢٠٠٠. وفي المملكة المتحدة بلغت مبيعات سوق الأعشاب ٩٢ مليون دولار أمريكي في عام ١٩٩٤، و ١٣٤ مليون في عام ١٩٩٨، و ١٥٩ مليون في عام ٢٠٠٠ ومن المتوقع أن يصل الرقم إلى ١٨٤ مليون في عام ٢٠٠٢، وفي الولايات المتحدة الأمريكية حققت مبيعات سوق الأعشاب ١٦٠٠ مليون دولار أمريكي في ١٩٩٤، و ٣٠٠٠ مليون

في عام ١٩٩٧، و٤٤٠٠٠ مليون في عام ١٩٩٩، و٥٤٠٠٠ مليون في عام ٢٠٠٠.

٤ - تأثير العولمة على حماية الدواء التقليدي

إن المعارف التقليدية خاصة تلك التي تتعلق بالدواء التقليدي يمكن أن يكون لها قيمة اقتصادية وتجارية. ومن ناحية أخرى، فقد تغير أسلوب الحياة وتغيرت الثقافة والحضارة (بما في ذلك الاتجاه نحو استخدام الدواء التقليدي) عقب التأثير الذي خلفته العولمة في كثير من الأقطار، مما أثار قضايا رئيسية تتعلق بحماية المعارف المتعلقة بالدواء التقليدي وتتضمن تحقيق العدالة والحفاظ على المعارف من التآكل ومنع الاستخدام لغير الأغراض المخصصة والحث على الإرادة الحرة، هذا وسوف تقوم الدول الأعضاء بمنظمة التجارة العالمية بمراجعة المادة (٢٧ - ٣ ب): "النباتات والحيوانات غير الكائنات الحية (...). ومع ذلك فسوف يشترط الأعضاء حماية المجموعات النباتية عن طريق براءات الاختراع أو نظام فريد وفعال أو بواسطة أي مزيج من الاثنين، وسوف يتم مراجعة نصوص هذه الفقرة الفرعية بعد أربع سنوات من تاريخ تطبيق اتفاقية التجارة العالمية" وقد دفعت هذه الفقرة دول العالم خاصة الأقطار النامية إلى أن تولي اهتماما بها، وقد أصبحت حماية المعارف المتعلقة بالدواء التقليدي وحق الملكية الفكرية من القضايا الساخنة على المستوى العالمي، وحق الملكية الفكرية هذا له فوائد من حيث تسهيل الإقرار بقيمة المعارف المتعلقة بالدواء التقليدي، والحث على البحث في مجال الدواء التقليدي وردع محاولات الاستخدام غير المرخص، فعلى سبيل المثال تم سن قانون براءات الاختراع في الصين عام ١٩٨٥ م وخضع للتعديل مرتين، وبعد التعديل كان هناك أكثر من

١٠٠٠٠ طلب براءة اختراع من عام ١٩٩٢، وتلقى مكتب براءات الاختراع ١٤٠٠ طلب كل عام عقب التعديل الثاني للقانون المشار إليه. وبالرغم من ذلك، فإن هناك بعض المخاطر منها أن حق الملكية الفكرية قد يحد من الوصول إلى معارف الدواء التقليدي بدلا من تسهيل ذلك، وقد يؤدي ذلك إلى صراع بين الملكية الخاصة وملكية المجتمع، وقد يحقق فوائد لأفراد على حساب المجتمعات، فعلى سبيل المثال يحتاج الحصول على حق براءة اختراع إجراء بحث لإثبات الدور الإبداعي للاختراع من وجهة نظر معارف الدواء التقليدي، وهذا يعد من الصعوبة بمكان من حيث إن الدواء التقليدي لم ينل بعد تصريحاً بالممارسة القانونية. وقد تكون بعض النباتات الطبية مستخدمة على نحو شاسع في العديد من المناطق والأقطار ومن الصعب تحديد مكتشفها الأصليين. وقد انتقلت معارف الدواء التقليدي من جيل لآخر شفاهة، إلا أن هذا الأسلوب ليس من السهل اختباره بواسطة مكاتب براءات الاختراع الدولية الوطنية عند إصدارها لحق براءات الاختراع للمتقدمين لنيل ذلك من خارج البلاد. وثم فجوات اقتصادية وفنية تسهم في عدم تحقيق العدالة من حيث المشاركة في فوائد الدواء التقليدي، أضف إلى ذلك التكاليف الباهظة للحصول على براءات اختراع دولية بالنسبة للأفراد.

وبجانب حق الملكية الفكرية، يمكن كذلك استخدام أساليب وأنظمة أخرى لحماية معارف الدواء التقليدي مثل تنمية السياسة الوطنية ووضع تنظيمات للدواء التقليدي وتطوير عمليات الجرد للنباتات الطبية واستخداماتها وتسجيل المعارف المتعلقة بالدواء التقليدي وإنشاء الأنظمة التعاقدية والتطوعية الفريدة.

وفي السنوات الحالية انتهجت دول شرق البحر المتوسط الأعضاء في منظمة التجارة العالمية طرقاً أخرى للحفاظ على حماية معارفها

الخاصة بالدواء التقليدي بغرض الاستخدام الآمن والفعال. ومنذ عامين تم إجراء دراسة بشأن تنظيمات الأدوية من ١٣ دولة. وقد أوضحت الدراسة أن هناك ٥ دول من بين عدد ٢٣ دولة هي التي تمتلك سياسة قومية فيما يخص الأدوية التقليدية، وهناك ٨ دول لديها تنظيمات للأدوية العشبية و٥ دول بها معاهد قومية للبحوث في مجال الأدوية العشبية وفي إيران، اتخذت الحكومة سلسلة من الاجراءات للحفاظ على الدواء الإسلامي. وتم تأسيس الأكاديمية الوطنية للدواء التقليدي في إيران عام ١٩٩١. وقامت وزارة الصحة كذلك بتطوير نظام جرد قومي للنباتات الطبية حيث تم تسجيل ٢٥٠٠ نبات من بين ٨٠٠٠ نبات يتم استخدامه على نحو تقليدي في البلاد. وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، قام سمو الرئيس زايد بن سلطان آل نهيان بإنشاء مجمع زايد لبحوث الأعشاب والدواء التقليدي في عام ١٩٩٦ بهدف وضع نظام داخلي للمنهج البحثي وإرساء حدود مشتركة بين نظام الدواء التقليدي ومنهجية البحث العلمي الحديث في ظل العيادات والصيدليات المجهزة على مستوى عال. وقد خطت وزارة الصحة خطوة أخرى نحو الدعاية العالمية للأدوية العشبية ذات التاريخ العريق في دولة الإمارات العربية المتحدة والتي ستشكل جزءا مهما من "المنظومة القومية لتوفير الرعاية الصحية" وقد طلب مركز الأبحاث التابع للمنظومة من الممارسين لأساليب الدواء التقليدي تسجيل معارفهم وإعداد قائمة بالنباتات التي تستخدم على النحو التقليدي.

٥ - استراتيجية منظمة التجارة الدولية للدواء التقليدي

ارتبط الدواء التقليدي بالرعاية الصحية على نطاق واسع في كل من الأقطار النامية والمتقدمة، وسوف تفي استراتيجية منظمة التجارة

الدولية بمتطلبات هذه الدول والتحديات التي تواجهها، وتتضمن هذه الاستراتيجية أربعة أهداف رئيسية:

- السياسة: تحقيق التكامل بين الدواء التقليدي والمعاصر / البديل ونظم الرعاية الصحية القومية.
- السلامة والفعالية والجودة: توفير عوامل التقييم والإرشادات والتأييد من أجل وضع تنظيمات فعالة.
- القدرة على الوصول: ضمان إتاحة معارف الدواء التقليدي / المعاصر أو البديل بما في ذلك الأدوية العشبية الأساسية وبمصاريف مالية يمكن تحملها.
- الاستخدام المعقول: تطوير الاستخدام العلاجي السليم للدواء التقليدي / المعاصر أو البديل عن طريق المنتجين والمستهلكين.

٦ - خاتمة وتوصيات للحفاظ على معارف الدواء التقليدي

إن الدواء التقليدي يعتبر ميراثا إنسانيا قيما وسوف يستمر يمارس دوره في رعاية الصحة البشرية في القرن الواحد والعشرين، وينبغي أن يتم الحفاظ على معارف الدواء التقليدي وتسجيلها من أجل استخدام الآمن والفعال، كما يتعين حماية موارد النباتات الطبية من أجل الاستخدام المستمر. لذا نطرح التوصيات التالية للدول الأعضاء لكي تكون محل دراستهم:

- الإهتمام بالحفاظ على المعارف الخاصة بالدواء التقليدي لكل دولة.
- تطوير نظام للجرد القومي فيما يتعلق باستخدام النباتات الطبية والذي يمكن أن يكون وسيلة مهمة لدى مكاتب براءات الاختراع الوطنية

- والدولية لتحقيق المشاركة العادلة للفوائد وكذلك تجنب سوء الاستخدام
الأدوية العشبية من أجل ضمان سلامة وفعالية الدواء التقليدي.
- تشجيع زراعة مجموعة جيدة من النباتات الطبية وممارسة العلاج بواسطتها
بغرض الاستخدام المستمر لموارد هذه النباتات.

**دور الأبحاث في الدول النامية،
الأدوية الجنيسة أم الأدوية
الحديثة في ظل العولمة**

أ. د محمود غراب

العضو المنتدب للشركة المصرية للأبحاث والتطوير

دور الأبحاث في الدول النامية، الأدوية الجنيسة أم الأدوية الحديثة في ظل العولة.

أ. د محمود غراب

العضو المنتدب للشركة المصرية للأبحاث والتطوير

تعريف :

الأدوية الجنيسة هي الأدوية المتعددة المصادر Multi sources pharmaceutical products .

وهي أدوية لها نفس المواصفات ومتكافئة مع الأدوية الحديثة في :
الجرعة والشكل الصيدلي، الأمان، التركيز، الفعالية، الجودة، طريقة
التعاطي ودواعي الاستعمال. وهي عادة تنتج بدون تصريح أو ترخيص
من المخترع الأصلي وذلك بعد سقوط براءة الاختراع أو الحماية
الفكرية (٢٠ عاما).

والأدوية الجنيسة من الممكن أن تكون تحت مسميات تجارية أو
بأسمائها الكيماوية.

تمهيد :

منذ عام ١٩٧٠ وحتى ١٩٩٩ وافقت هيئة الأغذية والأدوية
الأمريكية F.D.A. على تسجيل وتداول ٩٠٠ دواء جنيسي والتي تخضع

بحكم القانون لنفس الاسترشادات والشروط المفروضة على رقابة الجودة الفعلية والأمان التي تخضع لها الأدوية الحديثة. ومن المنتظر أن يبلغ حجم إنتاج الأدوية الجنيسة بأمريكا لأكثر من ٢٠ بليون دولار سنويا وذلك عام ٢٠٠٤.

لماذا الأدوية الجنيسة؟

إنتاج الأدوية الجنيسة يساعد على تخفيض سعر الدواء وبالتالي يساهم في تخفيض تكلفة العلاج الذي يصل إلى ٢٥ ٪ من إجمالي التكلفة.

والأدوية عادة لها اسمان:

- أ - اسم تجارى يرجع إلى صاحب الاختراع ويستخدم في مجالات الدعاية والترويج.
 - ب - اسم جنيس ويطلق على الأدوية التي تسقط عنها براءة الاختراع وقد يكون هذا الاسم عاكسا للتركيب الكيماوي أو اسما تجاريا آخر. ويرجع انخفاض التكلفة في الأدوية الجنيسة عن الأدوية الحديثة للأسباب الآتية:
- ١ - إلغاء التكاليف التي تنفق على الأبحاث والتجارب الإكلينيكية بمراحلها الأربعة المعروفة.
 - ٢ - شدة المنافسة بين الشركات المنتجة للأدوية الجنيسة مما يؤثر على انخفاض السعر.

هل الأدوية الجنيسة لها نفس جودة الأدوية الحديثة؟

من الطبيعي وحسب القوانين والقواعد التي تحكم الأدوية الجنيسة أن تكون الجودة في كلا العقارين واحدة.

وحتى يتحقق ذلك علينا أن نتدارس عناصر الاختلاف:-

أ - الإضافات التي تستخدم مع المادة الفعالة لإنتاج الشكل الصيدلي.

ب - طرق وخطوات التحضير والإنتاج على المستوى الصناعي.

وعليه فإن الأدوية الجنيصة تخضع لنفس الاختبارات وأساليب الرقابة التي تطبق على الأدوية الحديثة بحذافيرها من حيث:

١ - الاختبارات المعملية.

٢ - اختبارات التكافؤ الحيوي والإتاحة الحيوية.

١ - ولإجراء الاختبارات المعملية فإن دساتير الأدوية وكذلك المراجع حددت طرق التحليل، وكذلك استقراء النتائج وتحليلها.

٢ - اختبارات التكافؤ الحيوي والإتاحة الحيوية فإنها تجرى على مجموعة من المتطوعين، ولها بروتوكول محدد.

ولإنتاج دواء جنيس على مستوى جيد ومطابق للمواصفات فهناك عدة مراحل يجب اتباعها:-

أ - المرحلة الأولى:-

دراسة تسويقية لبيان الآتي:

١ - حجم الاستهلاك واحتياجات السوق.

٢ - بيان موقف الشركات المنافسة والأصناف البديلة.

٣ - تحديد مواصفات المنتج المختار بناء على الدراسات السابقة.

٤ - دراسة إمكانية إنتاج الصنف المطلوب وبالمواصفات المحددة.

وبناء على هذه الخطوات يتم تحديد أدق للصنف أو الأصناف التي من الممكن إنتاجها وتسويقها.

ب - المرحلة الثانية :

دراسة فنية صيدلية وتشمل الدراسات الآتية :

- ١ - ما قبل الصياغة Preformulation studies
 - ٢ - طرق التحليل .
 - ٣ - الصياغة .
 - ٤ - الثبات لتحديد تاريخ انتهاء الصلاحية .
 - ٥ - الإتاحة الحيوية والتكافؤ الحيوي .
- وبعد الانتهاء من هذه المرحلة يتم تجهيز ملف التسجيل والذي يقدم للجهات المختصة للحصول على ترخيص إنتاج الدواء .

ح - المرحلة الثالثة :

الإنتاج على المستوى النصف صناعي Semi Pilot Scale

وهذه المرحلة لها أهميتها من حيث :

- ١ - تخفيض نسبة الفاقد والتالف عندما يتحول المستحضر من المستوى المعمل إلى المستوى الصناعي .
- ٢ - دراسة المشاكل التي تتعرض لها عملية الإنتاج على المستوى الصناعي ووضع الحلول المناسبة لها .
- ٣ - وضع المواصفات والاشتراطات اللازمة لإنتاج مستحضر جيد على المستوى الصناعي (من حيث ظروف الإنتاج مثل الحرارة، الرطوبة، الضوء، التعقيم الخ .)
- ٤ - تحديد مواصفات التجارب والاختبارات لرقابة الجودة أثناء العمليات . In process Quality Control

د - المرحلة الرابعة

الإنتاج على المستوى الصناعي الكامل

وفيها يتم إنتاج ثلاث تشغيلات متتالية، وذلك للتأكد من سلامة العملية الإنتاجية، وأيضاً مرحلة التعبئة والتغليف واختيار أنسب العبوات والتي تضمن سلامة المستحضر وثباته.

كل هذه الدراسات والتي تتم في جميع المراحل يتم تنظيمها في ملف كامل يسمى Master file والذي يحفظ في مكان أمين كأحد أسرار الشركة، في مكان يسمى "المبنى الأسود" Black Building وغير مسموح للاطلاع عليه إلا لأشخاص معدودين لهم مسؤوليات محددة.

ويستخلص من هذا الملف ملف آخر يسمى " ملف التشغيلة Batch file" والذي تحدد فيه صياغة المستحضر، مواد التعبئة والتغليف، طرق وظروف الإنتاج، طرق التحليل وخلافه من البيانات اللازمة لإنتاج تشغيلة من المستحضر.

اختبارات التكافؤ الحيوي والإتاحة الحيوية:

المستحضرات التي ليست في حاجة إلى إجراء تجارب التكافؤ الحيوي:

- ١ - المحاليل المعدة للحقن بكافة الأشكال.
- ٢ - المحاليل والأشربة التي تعطى عن طريق الفم (طالما أنها لا تحتوى على إضافات تعوق عملية الامتصاص).
- ٣ - المستحضرات ذات الطبيعة الغازية.
- ٤ - البودرات سابقة التجهيز والتي تحلل بالماء قبل التعاطي.
- ٥ - مستحضرات الأذن والعين.

٦ - المستحضرات الموضوعية، عندما تحضر في محلول مائي ولها نفس تركيز المادة الفعالة.

٧ - المستحضرات التي تستخدم للتعاطي عن طريق الاستنشاق. ولإجراء تجارب الإتاحة الحيوية والتكافؤ الحيوي، هناك اشتراطات لكل من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة الأمريكية. والذي يتم فيها مراعاة:

- أ - الممارسة الإكلينيكية الجيدة.
- ب - اشتراطات الصناعة الجيدة.
- ح - الممارسة المعملية الجيدة.

كما يراعى أيضا الآتي:

١ - المبادئ الأخلاقية: مثل الالتزام بأحكام القوانين الخاصة بمصلحة المتطوع، من أجل حمايته مع إعلامه تماما بكامل تفاصيل التجربة، ومعلومات الدواء محل الاختبار، وفعاليتها، وآثاره الجانبية والعكسية وموافقة المتطوع صراحة على ذلك.

- ٢ - توافر المعلومات والبيانات عن الدواء محل التجربة.
- ٣ - توافر عنصر الخبرة والكفاءة للقائمين على هذه التجارب.
- ٤ - المتطلبات الخاصة بالتسجيل.

بروتوكول التجربة:

١ - المتطوعون:

- منظمة الصحة العالمية: ١٢ متطوعا على الأقل.
- منظمة الأغذية والزراعة الأمريكية: ما بين ١٨ - ٣٠ متطوعا.

ويتم اختيارهم حسب السن (٢٥ - ٤٠ عاما)، أصحاء ولا يتعاطون أدوية أخرى (تحت العلاج) ولهم نفس المعدل من الوزن والطول وكذلك الحركة والعادات الغذائية (مثل التدخين وتعاطي الكحوليات).

ب - فريق العمل :

يتكون من :

١ - صاحب الصياغة أو الصياغات محل التجربة .

٢ - طبيب للإشراف الطبي وأخذ العينات

٣ - محلل كيميائي .

٤ - أخصائي تحليل إحصائي .

ح - تصميم التجربة :

يستخدم نظام التصميم التبادلي ، بحيث يتعاطى المتطوعون الدواء محل الاختبار ثم يتم تعاطى الدواء المرجعي (الشركة المخترعة)

وبينهما فترة زمنية لا تقل عن أسبوعين ليتم التخلص من الدواء في جسم المتطوعين نهائيا Wash out period .

ويتم تحديد الفترات الزمنية اللازمة لسحب العينات البيولوجية (بول- بلازما- لعاب) وذلك لفترة زمنية محددة حسب المعلومات المتوافرة لكل عقار (t / 1/2) .

وتحفظ العينات في مبرد لحين إجراء التحليل .

وعادة فإن نسبة التركيز للدواء في السوائل البيولوجية تكون ضئيلة وتحتاج إلى وسائل تحليل دقيقة وحساسة، وشديدة الخصوصية .

استقراء النتائج:

يتم قياس المعايير الآتية لكل من الدواء الجينيسى والدواء المرجعي:

أ - المساحة تحت المنحنى (A.U.C.).

ب - أقصى تركيز للدواء C_{max} .

ح - الزمن المطلوب للوصول لأقصى تركيز t_{max} .

وتتم المقارنة بعد الدراسات الإحصائية اللازمة بين هذه المعايير.

وحسب قواعد منظمة الأغذية والزراعة FÁDÁA فإن الحد

للاختلاف المسموح به بين الدواء الجينيسى والدواء المرجعي لا يتجاوز ٢٠٪.

التجربة المصرية في الأبحاث والتطوير:

الشركة المصرية للأبحاث والتطوير
Egyptian Research & Development Company E.R.D.C.

- 1 - Industrial firms.
- 2 - (a) Formulation of new drug delivery systems.
(eg. Liposomes, nanoparticles, controlled released drugs, microemulsion emulgels, transdermal, etc.).
(b) Bioequivalence studies (F.D.A. regulations).
- 3 - Medicinal herbs.
- 4 - Drugs of new molecular entity (org. synthesis).
- 5 - Informatics.
- 6 - Biotechnology and Genetic engineering.
Projects are carried out on contract basis.

مركز الصحة في المملكة العربية السعودية وإمكانيات التكنولوجيا

فهد صالح العريفي

مركز الصحة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة

العربية السعودية

مركز الصحة في المملكة العربية السعودية وإمكانيات التكنولوجيا

فهد صالح العريفي

مركز الصحة، جامعة الملك سعود،
الرياض، المملكة العربية السعودية

مقدمة:

تبلغ مساحة المملكة العربية السعودية ٢,٢ مليون كيلومتر مربع، بما يعادل تقريباً مساحة غرب أوروبا. ويبلغ عدد السكان ٢١ مليون نسمة. ويقطن ٤٠٪ من السعوديين في القرى والمجتمعات الصغيرة المتناثرة في أنحاء المملكة بينما يعيش ٦٠٪ في المدن الكبرى.

وتضطلع وزارة الصحة السعودية بمهمة كبيرة تتسم بالتحدي وتمثل في كيفية توصيل الرعاية الصحية ذات الجودة العالية للسكان المنتشرين في هذه المساحة الكبيرة. وتشارك في ذات المهمة أيضاً مستشفى الملك فيصل التخصصي باعتبارها مؤسسة رعاية متقدمة من الدرجة الثالثة، وتسعى لتحقيق هدف تقديم الرعاية الصحية ذات الجودة الممتازة إلى كل مواطن في المملكة العربية السعودية.

خدمات طب الاتصالات

تم إنشاء شبكة مراكز طب الاتصالات منذ عام ١٤١٤ هجرية (١٩٩٤)، كجزء من برنامج تعاون بين مستشفى الملك فيصل التخصصي والمستشفيات الجامعية بالولايات المتحدة الأمريكية. وكان الهدف الرئيسي من تأسيس طب الاتصالات في ذلك الوقت هو تقديم فتوى ثانية للمريض في الحالة الحرجة وتبادل المعلومات الطبية باستخدام خط تليفوني.

ومع ثورة الاتصالات وتكنولوجيا الحاسب الآلي والطلب الكبير على الرعاية الطبية من الدرجة الثالثة من أنحاء المملكة، بدأ تنفيذ فكرة الشبكة القومية لطب الاتصالات بالتطبيق المحدد على طب الأشعة عن بعد في عام ١٩٩٩ في مناطق محددة من المملكة. وتم توفير الأجهزة المبدئية وتكنولوجيا برامج الحاسب ومكوناته الصلبة لدعم برنامج طب الأشعة عن بعد لنقل صور ذات نسبة مئوية أكبر من التشخيص الصحيح دون الحاجة إلى تبرعات كبيرة في كل منطقة.

وفي أعقاب الاتصال المحدود بالمناطق من خلال تطبيق وحيد لطب الاتصالات وهو طب الأشعة عن بعد، ظهرت الحاجة المهمة إلى تقديم رعاية ذات جودة عالية في مجالات الطب الأخرى. لذا فقد تم توصيل الشبكة الوطنية لطب الاتصالات وتركيبها في خمس مناطق لتحقيق الأهداف التالية:

- (١) تيسير الحصول على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية في المجتمع عن طريق تقديم الرعاية الطبية بغض النظر عن موقع المريض.
- (٢) توفير نفقات سفر المريض وإخصائي الرعاية الصحية.
- (٣) تقليل مشتريات الأجهزة الطبية اللازمة ذات التكاليف المرتفعة إذا ما استطعنا تقديم رعاية صحية متقدمة للمرضى عبر المسافات البعيدة.
- (٤) توفير برامج تعليمية وتدريبية ونقل ورش عمل وندوات، وكذلك المشاركة في المعلومات بين المختصين في الطب، بالإضافة إلى تقليل عزلة أخصائيي الرعاية الصحية.

نشاط الشبكة القومية لطب الاتصالات :

ولتوضيح الأهداف المذكورة أعلاه انظر (الجدول التالي).

الأنشطة السنوية لبرنامج طب الاتصالات امتداد وحدود الخدمات الصحية، وشؤون التجارة (بث مباشر بين مركز بحوث مستشفى الملك فيصل التخصصي والرياض وجدة والولايات المتحدة الأمريكية).

| عدد الساعات | البرامج | م |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ٩٦ | الزيارات (الجولات) الرئيسية لقسم الأورام | ١ |
| ٩٦ | الزيارات الرئيسية للقسم الطبي | ٢ |
| ٤٨ | الزيارات الرئيسية لقسم الجلدية- أطفال | ٣ |
| ٩٦ | الزيارات الرئيسية لقسم الأطفال | ٤ |
| ٤٨ | الاجتماعات التجارية لمجلس الإدارة | ٥ |
| ٤٨ | الاجتماع الأسبوعي لقسم الأشعة | ٦ |
| ٤٨ | اجتماعات الأقسام | ٧ |
| ٢٨٨ | الندوات والمؤتمرات | ٨ |
| ١٦ | دراسة القلب اليوم وغداً - بث مباشر من الولايات المتحدة الأمريكية | ٩ |
| ٦ | إدارة الأمراض / الطب العملي - بث مباشر | ١٠ |
| ٥٠ | مؤتمرات مصورة بالفيديو عن الإدارة والقيادات - بث مباشر من الولايات المتحدة الأمريكية | ١١ |
| ٤٨ | الزيارات الرئيسية لقسم زراعة الأعضاء | ١٢ |
| ٤٨ | الزيارات الرئيسية لقسم سرطان السدي | ١٣ |
| ٤٨ | الزيارات الرئيسية لقسم فحوص ما قبل الزواج | ١٤ |
| ١٢ | الاستشارات الخاصة بالمرضى التي تتم عن بعد بين مركز بحوث مستشفى الملك فيصل التخصصي وجدة والرياض | ١٥ |
| ١٢ | الاستشارات الخاصة بالمرضى التي تتم عن بعد مع المراكز الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية | ١٦ |
| ٤٨ | إذاعة مباشرة للعمليات والجراحات | ١٧ |
| ٤٨ | الزيارات الرئيسية لقسم وظائف الأنسجة | ١٨ |
| ٤٨ | اجتماع اللجنة التنفيذية | ١٩ |
| ١٠٨٧ | إجمالي عدد الساعات | |

رسم بياني
مركز الصحة من ١٩٩٩ إلى ٢٠٠١
(التعليم الطبي المستمر - الاستشارات الخاصة
بإدارة المرضى - الجوانب الإدارية - البحوث)

| عدد الساعات | الأنشطة / البرامج | م |
|-------------|-----------------------------------------|--------|
| ٨٢١ | برامج التعليم الطبي المستمر | ١ |
| ٢٤٢ | برامج الإدارة والقيادة | ٢ |
| ٢٤ | استشارات المرضى ذات البث المباشر عن بعد | ٣ |
| ١٠٨٧ | عدد الساعات | إجمالي |

تعريفات طب الاتصالات

يُعرف طب الاتصالات بأنه جزء من تكنولوجيا الاتصالات الجديدة. (الطب الذي يستخدم التكنولوجيا من أجل تقديم الرعاية الصحية المتاحة الأفضل في أي مكان وأي زمان) كارنيس ١٩٩٤. إن طب الاتصالات هو مزاوله الطب بدون الطبيب المعتاد - المواجهة البدنية مع المريض من خلال أنظمة اتصال تفاعلية سمعية وبصرية.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٩٨ طب الاتصالات بأنه "تقديم خدمات الرعاية الصحية، حيث تمثل المسافة العامل الحاسم، بواسطة جميع المختصين في مجال الرعاية الصحية باستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال من أجل تبادل المعلومات لأغراض التشخيص، والعلاج، والوقاية من الأمراض والإصابات، والبحث، والتقييم، ومن أجل مواصلة التعليم لمقدم الرعاية الصحية. وكل هذا يصب في مصلحة تحسن صحة الأفراد ومجتمعاتهم".

وثمة تعريف أعم لطب الاتصالات ويتمثل في:

"تقديم الخدمات الطبية في مناطق جغرافية منفصلة عن طريق الأنظمة الحديثة للاتصالات والحاسب الآلي".

العوامل المؤثرة على مستقبل طب الاتصالات

- (١) القضايا السياسية، السرية والأمن، القضايا الطبية والقانونية.
- (٢) القضايا الاقتصادية، التكلفة المتزايدة للرعاية الصحية والعقاقير.
- (٣) القضايا الاجتماعية، المجموعات السكانية المسنة، عدم الرضى عن نظام الرعاية الصحية من قبل العملاء ومقدمى الرعاية.
- (٤) البيئة، زيادة الأمراض.
- (٥) التكنولوجيا، المصالح.

مستقبل تكنولوجيا طب الاتصالات

- إن نجاح أي تطبيق للتكنولوجيا الجديدة في مجال الصحة يتطلب تعاون جميع المساهمين: المرضى، الأطباء، طاقم الممرضين، إدارى الصحة، شركات الاتصالات، الهيئات التشريعية والجمعيات الطبية.
- تنمية مستوى طب الاتصالات ليس فقط بالنسبة للأجهزة والبرامج ولكن يتعين علينا كذلك الاهتمام بالمزاولة القانونية وجودة العنصر الأمنى والقواعد الإرشادية لممارسات طب الاتصالات ومنها:
 - (١) الزمن الحقيقى للث التلفزيونى.
 - (٢) الزمن الحقيقى للث التلفزيونى للمعلومات المستقاة من الأجهزة الطبية.
 - (٣) قاعدة كبيرة للبيانات الطبية للتعليم والتشخيص.

هل طب الاتصالات بوصفه تكنولوجيا مقتصد التكاليف للأقطار النامية؟

إن تبنى وتنفيذ مثل هذه التكنولوجيا الجديدة في الاتصال يعتبر أمراً مقتصد التكاليف للدول النامية في ظل التكلفة العالية للمكونات الصلبة والبرامج بالإضافة إلى رسوم القمر الصناعي.

- وقد كشف تقرير حديث بقلم د. ليتل إنك أن تكنولوجيا الاتصالات قد أمكنها تخفيض تكلفة الرعاية الصحية للولايات المتحدة ثلاثين مليون دولار كل عام من خلال توظيف التطبيق القائم على الانتقاء لوسائل الاتصال في جميع أنحاء البلاد.

فوائد هذه التكنولوجيا من حيث التوفير في التكاليف:

- مد الخدمات المهنية واستخدامات المعدات للمناطق النائية والريفية: تلبية الاحتياجات بواسطة أطقم العمل المتوفرة.
- رفع مستوى خدمات التشخيص.
- المساهمة في المساواة بين جميع السكان من حيث الحصول على خدمات الرعاية ذات الجودة.
- تجنب الإخلاء عديم الجدوى للمرضى من المستشفيات الإقليمية ونقلهم إلى المستشفيات الأكاديمية.
- زيادة إنتاجية العمل اليومي لبراء أو إخصائيي الصحة.
- توفير أداة قوية للتعاون لإمداد العمل بما يحتاجه من عاملين بصورة فورية عندما يتعلق الأمر بموقف حرج أو مسألة ترتبط بالسياسات العامة.
- تطوير الدعم الخاص بالتشخيص والعلاج المقترح.

- توفير إمكانات للمؤتمرات التلفزيونية التفاعلية والقراءة عن بعد للطب الإشعاعي لإرسال البيانات والصور.
- تخطيط طاقم الاتصالات ومواكبة الممارسين والأخصائيين لأحدث التطورات.
- تنمية البحوث والمنشورات العلمية الطبية المصحوبة بالصور ومستندات المرضى.
- تطوير نظام كبير للمعلومات الصحية.
- نشر الثقافة الطبية لأي عضو في الشبكة على امتداد المستشفيات الأكاديمية أو الإقليمية أو مراكز الرعاية المحلية.

طب الاتصالات والإنترنت

تبدو شبكة الإنترنت حلاً مثالياً لتقديم خدمات طب الاتصالات نظراً لسهولة الوصول إليه على نطاق واسع ورخص ثمنه وقابليته لتطبيقات ذات وسائط متعددة من ناحية. ومن ناحية أخرى، فإن للإنترنت مساوئ عدة، على سبيل المثال: فمعظم المستخدمين يكون اتصالهم بالشبكة في نطاق محدود من الترددات يجعل بث الصور ذات الفروق الدقيقة أو ذات الجودة العالية أمراً غير عملي. والإنترنت ليس شبكة خاضعة للتحكم أو الإدارة تسمح للمرء بضمان البث في الوقت المناسب وتلقى المعلومات الطبية. ومع ذلك، يبقى هناك الكثير من إمكانات الإنترنت التي تتيح تخزين ونقل المعلومات في مجال التشخيص والتعليم الطبي المستمر.

"لقد اكتشفت الرعاية الصحية الإنترنت واكتشف الإنترنت الرعاية الصحية" روبرت ١٩٩٩.

التعليم عن بعد

يستخدم مركز البحوث ومستشفى الملك فيصل التخصصي الشبكة السعودية القومية لطب الاتصالات لدعم التعليم الطبي والرعاية الصحية ومساندة الأطقم الطبية في الأقاليم. وسوف يشرع المجلس السعودي للتخصص الصحي في عام ٢٠٠٢ في تنفيذ التعليم الطبي المستمر لمدة ٣٠ ساعة من أجل احتفاظ الممارس الطبي بترخيص المزاولة (انظر جدول عدد المحاضرات).

ولتحقيق هذا المطلب، يتعين توفير إجمالي ١٠٠٠,٠٠٠ ساعة من التعليم الطبي المستمر. والساعات المتاحة حالياً في أرجاء المملكة تصل إلى ١٥٪ فقط من هذا الرقم. وللوصول إلى العدد المستهدف، يتعين بث جميع الندوات في المملكة إلى كافة المستشفيات الإقليمية حيث يقوم خبير الصحة والمعاونون الطبيون بتحقيق الأهداف المحددة.

وفي هذا العام سنقوم ببث أكثر من ٤٠٠ ساعة من التعليم الطبي المستمر معتمدة للمستشفيات الإقليمية من قبل المجلس السعودي للتخصص الصحي. بالإضافة إلى ذلك، هناك ندوات تصل إلى ٦٠٠ ساعة. (أجهزة + وسائل اتصال + تدريب - تكلفة السفر + طاقم العمل + الزمن = توفير).

هل تؤثر الحروب والأعمال الإرهابية على طب الاتصالات؟

اتجهت العديد من الشركات إلى المؤتمرات التلفزيونية ومؤتمرات الاتصالات وأدوات التعاون المعتمدة على الإنترنت. وقد أشار مشغلو المنشآت المتحدة للمؤتمرات التلفزيونية إلى اندفاع في الطلب يمثل مقايضة لقدرة العديد من الشبكات على الاستجابة.

"باستخدام طب الاتصالات، أصبح الأطباء بكلية الطب التابعة لجامعة مينسوتا قادرين على رؤية مرضاهم في عيادات متباعدة دون اللجوء إلى الطيران. ولم يعد يجد الطبيب مشقة في ذلك الأمر". مينسوتا ١٥ سبتمبر ٢٠٠١.

المناقشات

الجلسة الثامنة

الرئيس: الدكتور صلاح العتيقي

نائب الرئيس: الدكتور ريتشارد ويلزر

مقرر: الدكتور أحمد الخطيب

المتحدثون:

د زانج . د . محمود محمد غراب . د . صالح العريفي

الرئيس الدكتور صلاح العتيقي: نبدأ الأسئلة والتعليقات من السادة الحضور نبدأ من د . محمد بهاء الدين . شكرا سيدي الرئيس أبادي إعجابي وتقديري واحترامي للعرض الذي قدمته المؤمنة بالطب الشعبي د . زانج . الطب الشعبي والمعارف والخبرات التراثية ذلك هو تخصصها وذلك هو أيضا مجال لأحداث خطيرة عرفناها وعشناها خلال العقود القليلة الماضية، أحداث التعدي على حقوق الملكية الفكرية، نحن هنا في مؤتمر يناقش من بين ما يناقش الملكية الفكرية وحقوقها واحتمالات التعدي عليها، عشنا خلال العقود القليلة الماضية أحداثاً عديدة مما يعرف باسم القرصنة البيولوجية حيث تأتي شركة ما في مكان ما تابعة لشركة دوائية كبرى تتعدى على ما تمتلكه بيئة أو قومية معينة في بلد ما، وغالب الأحيان يكون بلدا ناميا ضعيفا وإمكانياته في حراسة ممتلكاته محدودة فيأخذون الموارد الجينية الطبيعية الوراثية، يحدث التعدي فيستخدمون هذه في إنتاج أصناف أنواع من الأدوية الحديثة التي يبيعونها إلى أرجاء العالم وقد يبيعونها لأصحاب الملك الأصلي بصورة قانونية

صارمة، الدول النامية غضبانه لأن هذه المادة تخلوا من الجزء الآخر الذي يجب أن يتوازن مع الجزء الأول فتطالبه، ولكنها لم تطالب للأسف بحماية التراثيات والموروثات الطبيعية التي تمتلكها كثير من بلاد العالم النامي في غاباتها المطيرة وفي بيئتها الصحراوية التي هي النباتات البرية التي نعرفها جميعا في بلادنا النامية كذلك لم يرد بها أي نص لحماية ممتلكات الشعوب من التراثيات أو المعارف أو الخبرات التراثية التي تراكمت عبر مئات أو ربما آلاف من السنين وتوارثتها الأجيال إلى أن وصلت إلينا وتستخدم فيما يسمى بالطب الشعبي أو كما أسمته الدكتورة زانج بالطب البديل أو الطب التقليدي، لذلك سيدي الرئيس أرجو أن تكون الدكتورة زانج على الإلمام بهذا الحدث الهام الذي هو حدث مؤتمر خاص سيعقد خصيصا لمراجعة اتفاقية الترس ليس بكل أحكامها الـ ٧٣ إنما لمراجعة هذه المادة وأحدها مؤتمر خاص لكي يراجع المادة ٢٧، ٣ ب وما بها من تناقضات وغياب أشياء وإصرار على أشياء أخرى طبقا للمصالح والأمزجة كذلك أرجو أن أعرض على سيادتها من خلال سيادتكم ما هو وارد في الشرعية الدولية من اتفاقية هامة حساسة يجب أن نذكرها ونذكرها ونعمل بمقتضاها لأنها اتفاقية خيرة من بين الاتفاقيات التي تتكون منها الشرعية الدولية الجديدة وهي اتفاقية التنوع البيولوجي التي انبثقت من مؤتمر قمة الأرض الذي عقد سنة ١٩٩٢ وبهذه الاتفاقية نصوص صريحة تطالب الدول الموقعة أن تخدم المورثات والتراثيات وتقول إن من يريد أن يستفيد بهذه الملكية الفكرية التي تمتلكها الشعوب والجامعات لا بأس من أن يتفضل ويمد يده ليستفيد ولكن دخول البيوت من أبوابها وليس من شبائيكها بمعنى أن من يطلب ويستفيد من هذه التراثيات والمورثات عليه أن يقدم طلبا في المكان الذي يريد أن يحمي فيه اختراعه المعتمد على تلك التراثيات والمورثات وأن يبين في هذا الطلب طلب براءة الاختراع أربعة أشياء

شرطية لكي يكون لمطلبه معقولة وحجية ومقبولية: أولاً يجب عليه كما تقول أن يعين من البداية من أين أتى بهذه المصادر والموارد؟ من أي بلد؟ ربما يعمل دواء جديدا معتمدا على معلومة اكتسبها من مدغشقر فيجب أن يذكر من أين أتى بالمعلومة وأنه الذي أضاف عليها وأنه صاحب الاختراع، يجب أن يكون لديه هذا القدر من الشجاعة والذمة والأمانة في المعرفة **الشرط الثاني** الذي تشترطه اتفاقية CPD هو أن هذا الشخص يجب أن يثبت أنه حصل ما يعرف بالطب باسم الجهة أو البلد أي أنه قد حصل على موافقة متنبهة واعية من المجتمعات أو الشعوب صاحبة هذه الملكية **الشرط الثالث** ويجب أن يكون قد اتفق مع أصحاب الملك الأصلي حتى لا يكون متعديا بالمشاركة في العوائد التي تتحقق من اختراعه الذي يعتمد على ما أخذته تلك الجماعات والشعوب، **الشرط الرابع** هو أنه طالما ولّد تكنولوجيا جديدة وربنا فتح عليه نتيجة هذا الاستخدام الذي لا يمتلكه الآخرون يجب عليه المشاركة في الانتفاع ويرتبط مع تلك المجتمعات باتفاق ينقل إليهم بعض من ولدهم من تكنولوجيا اعتمدت على ما تمتلكه تلك الجامعات، عندنا مخاوف بالنسبة لموضوع (Biopharmcey) وعلينا واجبات، أول هذه الواجبات هو أن نسجل ونوثق الممتلكات نسجلها لأجل أن يعلم الكافة في العالم كله أنها عملية إشهار فلا يكون هناك حجة أو سبب أن يحدث تعدي على ما هو مشهور ومنشور للكافة، وشكرا.

د. عبد العزيز صالح: شكرا سيدي الرئيس في الحقيقة أحب أن أشكر السادة المتحدثين على المحاضرات المتميزة وسوف أقصر تعليقي على محاضرة د. زانج ومحاضرة الأخ فهد فيما يتعلق بمحاضرة الدكتور زانج في الحقيقة أحب أن أشير بمجهودات الدكتور زانج وبرامج الطب البديل أو الطب الشعبي في منظمة الصحة العالمية على أنه يعمل جاهدا على التأكيد والترويج لممارسات الطب الشعبي في منظمة الصحة العالمية

مع التأكيد على إثبات البيانات التي تؤكد أمان هذه الممارسات وفعاليتها والحفاظ على نوعيتها بحيث نضيف إلى هذه الممارسات البعد العلمي الذي يدعم قبولها من مجتمع الطب وأيضا هناك مجهودات يجب أن نبذلها جميعا وهي كيفية إدماج هذه الممارسات التي تم إثبات أمانها وفعاليتها والحفاظ على نوعيتها، هذه ممارسات النظام الصحي ككل ولا بد أن نشير إلى أنه عندما نتصور الطب الشعبي أو البديل لا يجب أن نتصوره على أنه هو النباتات الطبية فقط فهناك في تراثنا الممارسة المهنية التراثية إنها ثروة كبيرة جدا فتتصور كيف أمر أطباء في تراثنا أن يعملوا، بمعنى أنه على الطبيب الماهر أن يبدأ العلاج بالغذاء ولا يستخدم الدواء وإذا اضطر إلى استخدام الدواء فيجب أن يستخدم الدواء المفرد فقط وإذا اضطر إلى استخدام الدواء المركب فهناك شروط وضعها ابن سينا، حينما نرجع إليها نجد عظمة هؤلاء الناس في الممارسة المهنية لو استطعنا أن نقدم هذه الممارسة المهنية التراثية لأطبائنا سنحافظ ونوفر مبالغ لا يتصورها المجتمع وأيضا فيما يتعلق بمحاضرة الدكتور فهد (Telimedicine) وأحب أن أشكر هذا المركز على تعاونه مع المنظمة لأمر مهم جدا لأن (Telimedicine) كتكنولوجيا تم إدخالها وفي البداية كان لا بد من استثمار ضخم في البنية الأساسية ولكن مفهوم التطبيب عن بعد، هل يفيد العلاج حتى على مستوى الرعاية الصحية الأولية فكان التعاون مع هذا المركز في كيفية التطوير والاتفاق على التكنولوجيا الرخيصة التي يمكن أن تفيد النظام الصحي المبني على نظام الرعاية الصحية الأولية، وكان لهذا السبب أيضا التعاون مع هذا المركز على استخدام التطبيب عن بعد بمفهوم (website) وأيضا هناك دراسة مع هذا المركز على عمل هذا التطبيب عن بعد بتكنولوجيا أرخص بحيث إنه يمكن تطبيقها في كافة الدول وليس فقط الدول التي لديها الإمكانيات للاستثمار في البنية الأساسية، وشكرا.

د. حمدي السيد: سيادة الرئيس أنا أيضا أحيي المتحدثين الثلاثة وأحيي أيضا الدكتور بهاء على ما قاله وأقترح أن كل الاقتراحات التي تحدث فيها إذا كانت هذه القضية ستثار هذا العام كما يقال وواضح أن لديه خبرة جيدة بما ما هو موجود في المادة ٢٧ حيث قال إن الاتفاقية بها توازنات ما عدا المادة ٢٧ في رأيي ليس بها و لا توازن إنما مع ذلك أنا أقترح، أما عن طريق المنظمة وفي اقتراحات جيدة جدا هو ذكرها لا نريد أن نسكت عن حقوقنا أو يأتي الوقت ولا يشارك أحد بالنقاش واضح أنه عرض علينا الآن منظومة متكاملة من الفكر الجديد جدا يجب أن نأخذ بها، الشيء الآخر الذي يتحدث عنه الدكتور فهد هو الجينية أنا أحيي الدكتور محمود غراب على ما تحدث فيه هو تحدث (gunice) عندما تنتهي براءات الاختراع لا أظن أننا سنأخذ واحدا من الأدوية التي تدخل ضمن patency كل الأدوية التي سجلت بعد ٩٥ لها patency ٢٠ سنة نحن لا نعرف ما هو قادم أول patency ستسقط عن الأدوية، التريسي هو سنة ٢٠١٥ أرجو من هنا لغاية ٢٠١٥ يكون لدينا وقت لأجل أن نستعد حتى نستطيع أن ننتج ونستطيع أن يكون لدينا إمكانيات حتى ننتج أدوية تدخل داخل إطار الجينية لأنه موجود حاليا نحن ننتجه والله أعلم سنظل ننتجه بعد الشركات المتعددة الجنسيات مثل ما استمعنا اليوم هي بنتج أيضا الجينية ويمكن تضع يدها على شركات الجينية ممكن تجعل حصولنا عليه صعبا ونحن لا بد أن نعتمد على أن يكون لدينا أدويتنا الجينية ممكن ننتج أدوية جينية وفي قضية هو أشار إليها وهي قضية Blotechnology and Genetic engineering أعتقد من الآن فصاعدا أكثر من ٥٠ أو ٦٠٪ من الأدوية الجديدة كلها ستبقى مبنية على Biotechnology and Genetic Engineering وأعلم أن الاستثمار في هذه المعامل وهذه الأبحاث ليس قليلا ونحتاج إلى أموال كثيرة جدا وكما يحدث في بلاد كبيرة في العالم من الممكن جدا أن مجموعة الدول العربية تستثمر في مركز كبير وهذا مركز

يستطيع أن يقدم الخدمات إلى كل ما يريد لدينا في مصر مراكز خاصة بالزراعة في معامل Genetic engenering نحن نريد أن يكون هناك تجميع لقوانا وتجميع لمواردنا حتى نستثمر في شيء جيد وهو المستمر ونحن نعلم أن العلاج بالجينات والأدوية التي ستذهب إلى أماكن المرض والأدوية التي سوف تخلق Biltechnology سنعلم أن هذا هو العهد الجديد والعصر الجديد وأن الأدوية الحالية التي تتخلق بالأساليب العادية أعتقد أنها لن تبقى طويلا على الساحة الشيء الآخر الذي يحدث علينا أن نراقب أيضا وعلى WHO أن تراقب وأن تراجع الأدوية الأساسية نحن نعلم أن هناك محاولات تبذل من الشركات العالمية والمتعددة الجنسيات بأن تجعل هذه الأدوية في طي النسيان تدعى أن العصر قد تجاوزها وأصبحت الآن لا مكان لها في العلاج وأن المكان في العلاج هو للأدوية الحديثة والأدوية الجديدة إلى آخره وهم يستخدمون في هذا أساليب للترويج والإغراء بالنسبة للأطباء وعلى حكوماتنا وعلى وزراء صحتنا في كل الأماكن وعلى تجمعاتنا المهنية أن تعي ذلك جيدا بالنسبة لأطبائنا وبالنسبة للعاملين فيها، فيما يتعلق بالطب البديل واستخدامات النباتات الطبية في العلاج أنا أعتقد أن ما قاله الدكتور عبد العزيز هو حق إنها لا بد أن تدخل وتتضمن داخل الطب العادي الذي يمارس ونحن نحاول ذلك داخل المهنة لدينا إننا لا نستطيع أن نعود مرة أخرى إلى تقسيم الطب إلى ما يسمى Tradetoul medicine & Western medicine والطبيب هذا لا يسمح بالنظم الصحية الحالية أن تخلق دولا مثل الصين وكوريا أو فيتنام أو غيرها وأعمل لهذا مؤسسة وهذا مكان وهذا مكان وسيحدث اضطراب شديد في ممارسة المهنة لكن الأفضل بكثير أن تتم عملية إدخال الطب البديل ومحتوياته داخل الممارسة الطبية العادية ونحن نحاول أن نفعل ذلك وحتى نقلل ما أمكن تعرض المرضى لكثير من الممارسات التي لا تكون لها أساس علمي أما المركز electron health center فأنا أحيي هذا الجهد

العظيم وأقول إن هذا هو المستقبل فعلا نحن لدينا في مصر ونستخدم هذا النظام في المراكز المميزة الموجودة في أنحاء مصر من الصعيد إلى آخر الأماكن وصعب جدا أن أوفر Radiologist على أعلى مستوى لكي يعمل تشخيصا لحالة GT و MRI وصعب أن أحضر Bathologist على أعلى مستوى هذا يتم عن طريق ربطه ربطا مركزيا في القاهرة وتتم هذه الصورة وعمل التقارير، القصر العيني لديه اتصال بأربع مراكز في أمريكا لأجل التعليم المستمر ونحن نعتقد أن المستقبل لا بد أن يكون وأنا سعيد أن الدكتور عبد العزيز يتكلم في البحث عن تكنولوجيا رخيصة حتى نربط بها أيضا المراكز الطبية الأولية لأن المشكلة هي في ربط المراكز البعيدة بأماكن الخبرة إنما نحن في مصر نحاول أن نخرج خارج ذلك نحن لدينا قناة كاملة تبث من الساعة السادسة إلى وقت متأخر من الليل كلها للتعليم الطبي المستمر للأطباء وعندنا قناة أخرى مستقلة للأسرة تبث ثقافة صحية ابتداء من الصباح إلى المساء هذا هو البديل الذي يمكن أن نقدمه إلى أن تتوفر مثل هذه التكنولوجيا الرخيصة شكرا الدكتور حمدي .

الرئيس: الدكتور سمير بانوب برجاء الاختصار لأجل الوقت شكرا سيادة الرئيس وباختصار الموضوع تعليق موجه عن موضوع المركز الصحي الإلكتروني الذي قدمه الدكتور فهد العريفي لي تعليق وسؤالان التعليق الذي سبقني فيه الدكتور حمدي السيد وهو أن هذا هو التطبيق المستقبلي وإذا نظرنا إلى عشرين سنة مضت كنا نتكلم على الإنترنت والإيميل على أنها حاجة مكلفة وغالية اليوم أصبحت شعبية، هي في التعليم أو التدريب أو العلاج هي المستقبل السؤال هو أنا لاحظت في واحدة إنترناشيونال تربطهم رابطة مركز تخصصي بالمراكز العالمية والثانية ناشيونال رابطة بالمستشفيات العامة في أربع مناطق سؤالي التعليق الأخير هو أن هذا الوقت المجال الخاص بالأجهزة والهيئات الدولية والإقليمية في التمويل مراكز مماثلة لهذا فيما تصل

بالاستثمار في طريقة سليمة لمساعدة الدول النامية من قبل الهيئات الدولية الإقليمية، الدكتور براينت ما أشار إليه الدكتور سمير بانوب أن برنامج التطبيب عن بعد وهذا المركز الإلكتروني أثار إعجابي وما يثير الاهتمام وتحاولون الوصول إلى سائر السكان ولكن كيف نقوم بعملية هذه التكنولوجيا على نطاق واسع وما هو الدور الذي تلعبونه في حياة المواطنين لأنهم يعتمدون على الرعاية الصحية إنني أهتم في كثير بالتعامل مع هذه المشكلة وشكرا.

الدكتور كويك، شكرا سيدي الرئيس، تعليق مختصر فيما يتصل بالأبحاث والجزء الخاص بالأدوية الجنيسة وما يؤخذ في الاعتبار، الجودة من الأشياء التي تثار فيما يتصل بهذه الأدوية نقطة الجودة، جودة المنتج ويجب أن يكون هناك دور رقابي وتنظيمي ولكن يجب أن نأخذ في الاعتبار جودة المنتج، إن منظمة الصحة العالمية قامت بإصدار تقرير خاص بعملية تقييم أداء الشركات التي تقوم بإنتاج هذه الأدوية وأود أن أستعرض جملة واحدة إحدى الشركات في جنيف نيابة عن شركات متعددة الجنسيات قالت يجب أن نُبقي على الجودة فيما يتصل بهذه الأدوية غير المحمية، فهناك بعض المواصفات التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار، وهذه الشركات تهتم بالأبحاث لإنتاج تلك العقاقير بنفس المواصفات المطلوبة لتحمي الجمهور ويستفيد منها، إن الأدوية الجنيسة التي يتم صنعها من خلال مثل هذه الأبحاث تنطوي على جودة عالية ويمكن تسويقها في هذه الحالة شكرا.

الدكتور محسن هلال شكرا سيدي الرئيس أريد أن أسأل سؤالين وتعليق وسأقولهما باختصار شديد، سمعنا الكلام الذي ذكرته الدكتورة زانج فيما يتعلق بالطب الشعبي والنباتات الطبية فما نسبة العلاج بهذا الأسلوب؟ مسألة مهمة حتى تحدد المشكلة ويمكن ربما نفس السؤال للدكتور غراب فيما يتعلق generic نسبتها كم أخذ في الاعتبار أن من

خلال مفاوضات أوجواي عندما كانت المفاوضات تتم في منظمة الصحة العالمية أعلنت ٢٩٠ دواء وسمعت أن الولايات المتحدة حددت ٩٠٠ نريد أن نعرف حجم المشكلة؟ والتعليق ربما يكون مفتوحا للمناقشة بين الخبراء المختلفين الذين تضمهم القاعة، وتأكيدا للكلام الذي ذكره الدكتور محمد بهاء الدين فايز منذ قليل أود أن ألفت النظر إلى أن إعلان الدوحة فتح الباب أمام المؤشرات الجغرافية التي تتعدى الخمور والأنبذة التي كانت موجودة في أوجواي وأصبحت الآن مفاوضات ستتم خلال هذا العام حتى ٢٠٠٢/١٢/٣١ لكي يفتح الباب لكافة المنتجات، هل نستطيع أن نسجل بعض النباتات الطبية حسب المؤشرات الجغرافية، هذا باب مفتوح وأعتقد أننا نستطيع أن نناقشه حتى لو اقتضى الأمر أن نسميها بمسمايتها ونسجلها بهذا الشكل وشكرا جزيلا.

شكرا الدكتور محسن .

الدكتور عمر سليمان بسم الله الرحمن الرحيم محاضرات كثيرة مميزة ومقترحات وتوصيات قيمة إلا أن السؤال الذي يدور بخلي كل مرة وبعد كل دورة هو ما هو العمل المطلوب ونحن الذين ورثنا الإيمان وأحد أبعاده هو العمل الصالح وبهذا أود أن أقترح اقتراحين بهذا الاتجاه أولا هناك اجتماع قريب لوزراء الصحة العرب وأنا أقترح لو أرسلت إليه رسالة بأن يناقش هذا الموضوع في اجتماعه القادم ويتقدم الدكتور أحمد رجائي ويقدم لهم هذا الموضوع كما خلص من هذه الندوة في اجتماع مجلس وزراء الصحة العرب القريب، الشيء الثاني أنا أقترح أن تكون هناك ورشة عمل تخطيطية من أربعة إلى ستة أفراد في فترة لا تزيد على شهرين إلى ثلاثة حتى لا تفقد الحماس وتوضع كل هذه التوصيات حسب الأولويات ثم نقترح خطة عمل لكل توصية تعتبر ذات أولوية ونحدد من هم الأشخاص والمؤسسات أو الحكومات التي يمكن أن تساعد بتنفيذها هذه الطريقة نقدر نقول إن

عملنا كما قال كثير من الناس واقتنعنا به وبدأنا نعمل عملا صالحا. شكرا للدكتور عمر.

الدكتور كرانديكار هناك تعريف واضح للنظام الطبي مثل النظام الصيني كغيرهما من الأعمال، إن تعريف النظام تعريف للعلاج لأن هناك أكثر من ١٣٠ طريقا للعلاج، السؤال الثاني أين الأنظمة التي نتحدث عنها عمليه قبول أو استخدام الطب التقليدي والتكاملي والذي لدي بعض الأرقام حينما نقول ٧٠٪ من الأفراد يشعرون بالرضا اتجاه هذه الممارسة التقليدية فإننا نقول ٧٠٪ مثلا هي من السكان في منطقة ما أن ٧٠٪ تعرضوا للطب التكاملي وبالنسبة لهذا نسبة السكان الفعلي حينما أجرينا دراسات في الهند فيما يتصل بطب الأعشاب يجب أن نحدد الأسئلة بوضوح، إن هذا قد يعني مثلا نوع آخر، من يكون هذا البهارات أو ما شابه ذلك يجب أن نحدد أي أعشاب مستخدمة للعلاج للحصول عليها. هل نستخدم الطب التقليدي في الأمراض المزمنة؟ إلا أنه مثلا في الهند ومن خلال دراسات أجريت على ٢٠ ألف أسرة وجدنا ٩٠٪ يستخدمون الطب التقليدي في الأمراض المزمنة ١٠٪ في الطب البديل كذلك ما هي النسبة التي انحصرت باستخدام الطب التقليدي في بلد ما السؤال الثاني ما هو المهم بالنسبة للذين يعملون فيما يتصل بطب الأعشاب؟ هو عملية التوحيد فإن السؤال ما هي التدابير الخاصة بالتوحيد القياسي أو المواصفات القياسية الخاصة بطب الأعشاب بعد المعايير والمواصفات المستخدمة في الهند ولكن أعتقد أنها ليست بكافية لأننا لا بد وأن نحاول أن نقدر قد لا تكون هي النقاط الأساسية أود أن أعرف عدد الدول التي تلجأ إلى الطب التقليدي وهل الطب التقليدي بهذه الدول يقصد به طب الأعشاب؟ يجب أن نحدد ما هو المقصود بطب الأعشاب وشكرا.

الرئيس: الآن سأعطي كل متحدث خمس دقائق للإجابة على المداخلات والأسئلة ونبدأ بالدكتورة زانج وشكرا.

الدكتورة زانج: سيدي الرئيس إنني سأقوم بتلخيص الأسئلة حتى أسهل عملية الإجابة على هذه الأسئلة لقد سئلت عن حماية الموارد النباتية التراثية من عملية القرصنة الحيوية إن البعض لا يحب استخدام كلمة القرصنة الحيوية ولكنني لم أشرح باستفاضة بعض النقاط وبخاصة فيما يتصل باتفاقية الترس الخاصة بحقوق الملكية الفكرية وفي كثير من الأحيان يبقى على الأسرار الخاصة بهذه الصناعة إذا كانت بعض النباتات تستخدم بصورة أو بنطاق واسع بدولة ما فنحصل في هذه الحالة على الأسرار الخاصة بهذه النباتات أو حمايتها قد يؤدي إلى مركبات كيميائية جديدة أو تدابير جديدة هذا يمكن ما تحصلون عليه يمكن أن نحمي هذا التراث أن تسعى منظمة التجارة العالمية من خلال المنظمة الدولية حماية الملكية الفكرية لتساعد الدول على حماية هذه النباتات، وإذا ما أرادت بعض الأطراف الحصول على براءة الاختراع فيما يتصل ببعض المنتجات المستخرجة من هذه النباتات فإن هذه الشركات يجب أن تحدد مصدر هذه النباتات أو الدولة التي حصلت منها، وعلى الدولة أن تقوم بدورها بحماية هذا، بالطبع هناك بعض النباتات المستخدمة تستخدم على نطاق واسع فيما يتصل بالسبل المستخدمة فإن ذلك يمكن أن يتم بين شركة ما وعلى خارج نطاق الدولة يتم عقد اتفاقية ما بين الشركة والحكومة وهذا قد يوفر حماية قانونية لمثل هذه المورثات، فيما يتصل بمنظمة التجارة العالمية ومراجعة المادة ٢٧ من اتفاقية الترس لدينا منظمة ونحن نركز على قطاع الصحة هنا كثير من الأشياء لا يمكن أن نتعامل معها فيما عدا الاقتصاد والصحة ولكن حيث إن منظمة التجارة العالمية تتولى مراجعة هذه المادة فنحن نقترح أن أحد الأعضاء بهذه المنظمة وزارة التجارة،

أما فيما يتصل بالنظام الصحي فهذا اختصاص وزارة الصحة ومن ثم تجلس وزارة الصحة ووزارة التجارة معاً لوضع الخطوط العريضة فيما يتصل بمراجعة هذا المدى، إن رئيسي في العمل متواجد هنا ونحن وزملائي سنناقش كيفية الإسهام في مراجعة هذه المادة، فيما يتصل بممارسة الطب التقليدي التكاملي أو البديل هذا سؤال على جانب كبير من الأهمية لأن تلك الممارسات تحتاج إلى عملية تقنين، ممارسة تحتاج إلى تدريب ومن ثم الدولة التي تمارس هذا يجب أن تصدر تراخيص من خلال حملة تدريب واختبارات للتأكيد على من هو المؤهل لممارسة الطب التقليدي أو البديل مثلاً لدينا تدريب أساسي ودورات يجب أن يمر بها الشخص الذي يجب أن يمارس الطب التقليدي حتى يحصل على التراخيص مثلاً فيما يتصل بالإبر الصينية فيما يتصل بفاعلية استخدام النباتات الطبية إننا نحتاج إلى لوائح، هذه اللوائح يمكن أن تتحكم في سلامة المنتج والنباتات هذه نقطة على جانب كبير من الأهمية، منظمة التجارة تقوم بعقد ورش عمل إقليمية ودولية لمساعدة الدول لإصدار لوائح خاصة بالنباتات الطبية وهناك فرق بين طب الأعشاب ومن سمي نحن نحاول أن نساعد الدول في إصدار لوائح خاصة بطب الأعشاب وكذلك منظمة التجارة العالمية نحن فيما يتصل بالطب التقليدي لدينا خطوط استرشادية أبحاث تقييم منهجيات خاصة بالطب التقليدي وأبحاث ذات صلة ومن ثم نحاول أن تطور عملية المساعدة الفنية حيث نقدمها إلى الدول المختلفة فيما يتصل بالبيانات والنماذج الخاصة بعملية تطوير طب الأعشاب في الدول التي تطبق الطب التقليدي. كذلك نساعد الدول بإجراء الأبحاث هذه نقطة على جانب كبير من الأهمية نستطيع أن نخرج من خلال الأبحاث إذا كان الطب التقليدي ممارسة آمنة أم لا ومن ثم نحن نقوم بدعم الدراسات التجريبية في الدول الأفريقية وغيرها من الدول لتحديد إذا

كان طب الأعشاب والطب التقليدي فعالاً أم لا ثم نضع نماذج خاصة بإجراء الأبحاث في الدول الفقيرة، مثلاً نجد أن عملية إقامة أو إعداد مركبات نجد أنه قد يكون هناك نوع من الدمج ما بين الشركات المختلفة لماذا، إن كثيراً من الشركات تسعى فيما بينها لدعم الأبحاث في هذا بنسبة ١٠ ٪ فقط لماذا نجد أن تكلفة تصنيع أدوية جديدة مرتفعة أو باهظة، لأن الإخفاقات أكثر من النجاحات ومن ثم نجد أن ٩٩٪ من الدول النامية تحجم عن القيام بهذا لفقر مواردها ومن ثم فإننا نلجأ لمساعدة ودعم هذه الدول النامية في أبحاثها من كان لديه أن يقدم العلاج فيما يتصل بالطب التقليدي بعض الممارسين يحتاجون إلى تأهيل وتدريب ونحاول في نفس الوقت إلى إعداد بديل في عملية رفع أو زيادة الوعي بين الممارسين، بين المرضى الذين يلجأون إلى الطب التقليدي وشكراً.

الدكتور محمود غراب: استفسار الدكتور حمدي يتكلم عن generic & Biotechnology & our own generic & our Biotechnology. الحقيقة أريد أن أوضح شيئاً أن patency أصله ليس بجديد، الملكية الفكرية وتسجيل براءة الاختراع هذا ليس بجديد اليوم في New compounds in pilpines موجود في This mew compoundnd براءة اختراعها انتهت من عشرين سنة وابتدأت في الجنيصة نشغل فيها من هنا لغاية ٢٠٠٤ عندي أكثر من ٣٥ مركباً جديداً سقطت عنها براءة الاختراع وبالتالي أصبح مشاعاً لكل الشركات التي تنتج generic بالنسبة generic أريد أن أقول شيئاً للدكتور حمدي: إن كل الإنتاج العربي ودول العالم الثالث كل generic إنتاج المادة الخام هذه قصة ليست سهلة وبسيطة لأن الخامات التي عندنا عبارة عن فيه chemical compound إنتاج الخامات ستبدأ لأن الدكتور فايز أستاذ في هذا الموضوع لأن أصل final product ابتداءً من المادة الخام رقم (١) لغاية لما وصل إلى الناتج

النهائي المشكلة الثانية بالنسبة لتصنيع المركبات الجديدة ما في مركب كيميائي غير معروف طرق تحضيره إنما العقبة في حاجة واحدة كيف أنتج هذا المركب بشكل اقتصادي يعطيني عائد يصل إلى تغطية تكلفته وهذا ليس ربحاً أي تعامل كيميائي ممكن تعمل ممكن يعطيني ١٠٪ ناتج لكن لو أعطاني في ٨٠ أو ٨٥ ٪ الناتج أقول هذه عملية تنقية واحدة يقدر يوصلني لغاية المستوى الاقتصادي أو المستوى الصيدلي المطلوب فالعملية كلها عبارة عن تكنولوجيا أي تفاعل كيميائي موجود. إنما المشكلة أننا نأتي على المستوى الصناعي لمستوى اقتصادي مربح، نقاؤه عالي وسعر اقتصادي هذا بالنسبة للمواد الخام هم يتكلمون عن الإرهاب ومنطقة الإرهاب وهذا الكلام سيدخلنا في السياسة وللعلم بعد إذن حضراتكم عندما ندخل ونفكر ونعمل مركب كيميائياً الشركات متعددة الجنسيات غير قابلة أنا أحضر المادة الخام من أين سأحضرها من دولة أوروبية أو دولة عظيمة لما يعرف أنني أركب مركباً معيناً وهو عينه عليه المركب يدخل في أسلحة الدمار الشامل، الدعايات التي يروجوها الأيام هذه لها مردود اقتصادي نحن نأخذ هذا الكلام ونجلس ساكتين إنما المردود الاقتصادي خطير جداً تهمني لأنني رجل من منطقة إرهاب أحضر أسلحة دمار شامل، وبالتالي لا يعطيني مواد بسيطة أصنع منها الدواء الذي يشفي مريضاً، وهذا تفسير لمواقف كثيرة جداً تحدث من حولنا، الموضوع Biotechnology & genetic engineering د. حمدي يقود دعوة لأصناف هذا المجال أنا أقول من موقع مسؤولية الاستثمار في جميع الأبحاث ومن أعلى مجالات الاستثمار في العالم، مردودها يصل حوالي ٢٠٠ ٪ / ٣٠٠ ٪ هذا شيء لا يمكن أن يتحقق في أي تجارة أو صناعة أخرى لأن هذا عبارة عن تجارة عقول، تجارة الأفكار التي ليس لها سعر، في بعض السلع تسعر تسعيراً جبري إنما مجال الأبحاث والأفكار لا تسعر. أريد أن أعطيكم

مثلا بسيطا، شركة ديبولا الأمريكية وهذه أكبر شركة كيماويات في العالم عندها مبنى مكان أقل من المكان الذي نجلس فيه، اشترت هذا المبنى ٥، ٤ بلايين دولار لأنها اشترت مجموعة من عقول العلماء الموجودين داخل هذا المبنى اشترته ب ٥، ٤ بلايين ولكن قيمته الدفترية لا تتعدى نصف مليون لأنها اشترت العقول التي بها. الفرق هذا كله ثمنا للعقول وثمانا للأفكار، من أجل هذا أدعو باستمرار إلى تنمية الأفكار وتنمية العقول أدعو الكوادر المدربة على الإبداع والابتكار لأن هذه ثروة حقيقية بالنسبة لقائمة الأدوية الأساسية. د. عبد العزيز كان هذا سؤالاً موجهاً إليه إنما د. كويك سأل عن مواصفات الجودة بالنسبة للأدوية الجنيسة هنا نجد حاجتين اثنتين يحكمون الرقابة الداخلية بالنسبة للمصنع ويتأكد أن الأدوية الجنيسة المستحضر الذي ينتجه حسب المواصفات العالمية الذي اشغلت فيه وأنا تحدثت معه اليوم ينتج الدواء بالمواصفات المطلوبة. وبعد المواصفات يدخل إلى مراقبة حكومية التي تتولى عملية تسجيل وتراخيص وهذه رقابة حكومية مسؤولة عن صحة الشعب ككل الرقابة الحكومية تعمل اختبار مراجعة للتحليل ورقابة على مستحضر بنفس الاتجاه وتدرس الملف المقدم دراسة جيدة، كل بلد لها مواصفاتها إنما إمامنا الأكبر في هذا الاتجاه الأخير هو الذي وضع المواصفات التي نعمل بها، لأن هذه أكبر هيئة رقابية للدواء في العالم للدواء والغذاء في نفس الوقت أستاذنا الدكتور محسن هلال تكلم على الأدوية الجنيسة وهي ماذا تمثل من العمل؟ وأنا ذكرت أن كل الشركات التي لدينا في مصر كلها إنتاج الأدوية الجنيسة بالنسبة لبراءة الاختراع أكبر بلد عندها براءة اختراع في الدواء هي اليابان وليست أمريكا ولا أوروبا لو وضعنا براءة الاختراع التي تعملها أمريكا أو تعملها أوروبا لوجدنا أنها لا تمثل واحد على عشرة من التي تعملها اليابان، اليابان متخصصة في حاجة، اليابان متخصصة،

إنها توصل إليك المركب للنهاية، ولا يبيعون منتجات نهائيا هو بيع مركب وأرقام فلكية لا تتخيلها وأسيادنا الشركات عابرة القارات يدفعون لأنه لما يعقد المركب ويعمل له تسويق بشكل أو بآخر ويطلع منه في الآخر نوع من الاستثمار لا يمكن أن يتخيله الإنسان الآن مطلوب منا كشعوب شرق أوسطية أو شعوب مسلمة أو عربية أن لا نتحرك إلا عند الأزمة، فيجب أن نعيش في أزمة حتى نتحرك وهذا شيء جيد وأسجله وشكرا.

شكرا د. محمود.

الدكتور فهد العريفي: أردت أن أشارككم من أجل أن تفهموا مدى الضغط الذي نواجهه في التوجه إلى هذا التكنولوجي، فعلى سبيل المثال أعطي بعض الإحصائيات الجميلة ١ . ٣ مليون صفحة ثابتة في الإنترنت موجودة عندما تطلب معلومة من الإنترنت فإن هذا الطلب يمر من خلال ٦٥٠ بليون صفحة، المقصود أن هذه كلها مستودع كامل من المعلومات كل ثانية واحدة هناك ٥٥ صفحة تكتب في الإنترنت التوقع في الولايات المتحدة أن هناك نسبة زيادة تصل إلى ٢٤٠٠٪ من النمو في الـ wireless، الكمبيوتر المتنقل التي لها optocations كثير لاحظته في الوقت الذي تستعمل فقط processor المصنوع من الـ processor لكن انتظروا عندما يصنع processor من processor ومن light ومن DNA هناك تطبيقات كثيرة، مريض اليوم ليس مريض الأمس مريض اليوم في إحصائيات في الولايات المتحدة أن ٧٠٪ من المرضى يبحثون بالإنترنت عن المرض الشيء الذي يحز في خاطرنا كأطباء أن ٧٥٪ من هؤلاء يقرون عدم الذهاب إلى الدكتور لأنهم حصلوا على المعلومة فتجعلنا أمام تحدي ويجب أن نتعامل مع هذه المعلومات الموجودة، يجب أن يكون لنا تدخل فيها هذا جزء من الأسئلة التي أحب أن أشارككم فيها. الدكتور صالح التكنولوجيا الرخيصة نعم التكنولوجيا

بدأت تأخذ في التناقص، فعلى سبيل المثال عندما كنا ننشئ منطقة ربط منطقة من المناطق كانت تكلفنا ٥٠٠٠٠٠٠ ألف ريال والآن نزل بوجود التكنولوجيا والإنترنت IP فوصلت التكلفة إلى ٢٨٠٠٠ ألف ريال وهذا مما يجعل توصيل مناطق أخرى في العالم أو في أي مكان من السهل جدا بالنسبة للتكنولوجيا كما ذكرت هذه من الأشياء المشجعة المشكلة ليست في التكنولوجيا المشكلة في قبول الأطباء هذه التطبيقات الجديدة وهذا ما نواجهه وهذا التحدي الأكبر هذا يحتاج منا كأطباء أن نشرح ونقدم بصورة أفضل، بالنسبة للدكتور بانوب إنني وضعت E للتوضيح، نحن لدينا ناشيونال وإنترناشيونال Network لكنه في إنترناشيونال لكي نتعامل مع مسافات بعيدة جدا نستخدم أقمار صناعية عديدة فنحن نستخدم vidisconference أي Comanded وهو ATM protocol لما نستخدم في المناطق الأخرى نستخدم IB إننا نعتقد أن المنطقة لا تستخدم ولكنها تستخدم الإنترنت لكن interface يعني على سبيل المثال عندنا ٢٨ محاضرة حية على الهواء تنقل من مايو كلينك الأطباء في الرياض وفي المناطق يشاهدونها لحظتها وليسوا محرومين بسبب البروتوكول Transunson أو provisions نعم ركزنا على أشياء كثيرة على سبيل المثال الأسبوع الماضي كان عندنا محاضرة عن الوقاية من مرض السكر رقم (٢) وكان حضورا جيدا في المناطق وصل العدد إلى خمسين طبيبا، في نفس الوقت تكون أشياء مفيدة جدا، بالنسبة للدكتور براينت نحن نحاول أن نصل إلى المناطق الريفية بقدر المستطاع حيث أصبحت هذه التقنية رخيصة وهدفنا الآن قبل الارتباط ١٢ منطقة بسبب المقدمة سنحاول أن نصل إلى المناطق الريفية لأننا نعتقد أن الهرم الخاص بالرعاية الطبية قد أصبح في وضع عكسي في مجتمعنا وهنا كثير من الإحصاءات المقدمة من قبل الأطباء إن ٨٠ ٪ من الموازنة

تؤخذ إلى الرعاية الثانوية و ٢٠ ٪ على رعاية أولية من خلال هذه التكنولوجيا نحاول أن نصل إلى معدلات أكبر وشكرا.

الرئيس شكرا إلى د. زانج والدكتور محمود ود. العريفي، وأشكر د. ريتشارد و د. أحمد الخطيب وشكرا ورفعت الجلسة.

اليوم الرابع

الثلاثاء ٢٦/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية التاسعة

"كيف يمكن توفير الأدوية الأساسية عن طريق السوق العربية الإسلامية الموحدة والشراء

الرئيس: الدكتور كرنديكار

نائب الرئيس: الدكتور عيسى الخليفة

مقرر الجلسة: الدكتور سمير ثابت

المتحدثون:

١ - الدكتور جوناثان د. كويك

٢ - الدكتور بيتر جراف

٣ - الدكتور توفيق بن أحمد خوجه (عنه الدكتور أحمد الخطيب)

ضمان الحصول على الأدوية الأساسية في الدول النامية والدول الأقل نمواً - إطار التنفيذ

جوناثان د. كويك،

دكتوراه في الطب، ماجستير فلسفة

مدير سياسة العقاقير والأدوية الأساسية

العقاقير الدوائية وتكنولوجيا الصحة

منظمة الصحة العالمية CH 1211 - جنيف ٢٧،

سويسرا

ضمان الحصول على الأدوية الأساسية في الدول النامية والدول الأقل نمواً - إطار التنفيذ

جوناثان د. كويك،

دكتوراه في الطب، ماجستير فلسفة

مدير سياسة العقاقير والأدوية الأساسية

العقاقير الدوائية وتكنولوجيا الصحة

منظمة الصحة العالمية CH, 1211 - جنيف ٢٧، سويسرا

بحث مقدم في المؤتمر الدولي عن "تأثير العولمة على التنمية وخدمات الرعاية الصحية في الأقطار الإسلامية" ٢٣ - ٢٧ مارس، الكويت (IOMS) جوناثان كويك الحصول على الأدوية الأساسية. وثيقة؛ ٦/١٣/٢٠٠٣).

إن الأدوية الأساسية تنقذ حياة البشر وتحسن الصحة ولكن إذا كانت متوافرة وذات أسعار يمكن تحملها وجودة حسنة وإذا تم استخدامها بشكل صحيح. والأسر الفقيرة تقع فريسة بين الأعباء الشديدة للمرض ونقص التمويل العام للصحة وأسعار الدواء المرتفعة، والمحصلة: تستنفد المشتريات الدوائية من ٦٠٪ إلى ٩٠٪ من النفقات الصحية للأسر الفقيرة، والاقتراض لسداد هذه النفقات شيء مألوف ويساهم في مزيد من الفقر، وتمثل الأدوية ثانی أكبر مصدر لنفقات

الصحة العامة بعد الأشخاص وتستهلك من ٢٥٪ إلى ٦٥٪ من إجمالي الإنفاق العام والخاص على الصحة في الدول النامية.

وفيما بين عامي ١٩٧٧ و ١٩٩٧ ومن خلال مزيج من الأنظمة الصحية العامة والخاصة، تضاعف تقريباً العدد المقدر من البشر الذين حصلوا بصفة منتظمة على الأدوية الأساسية وارتفع من ٢,١ بليون في ١٩٧٧ إلى نحو ٤ بليون في ١٩٩٧، ومع ذلك، يُقدر أن ثلث سكان العالم يفتقدون الحصول المنتظم على الأدوية الأساسية، ويستمر الاستخدام غير الآمن وغير المجدي للعقاقير: ٢٥ إلى ٧٥٪ من الوصفات الطبية للمضادات الحيوية في دراسات المستشفيات التعليمية الصادرة عن كل من الدول المتقدمة والنامية غير ملائمة، ٣٠ إلى ٦٠٪ من المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية يتلقون مضادات حيوية (ربما ضعف ما توصي به الملاحظة المباشرة)، نصف عدد الحقن المعطاة في أنحاء العالم والمقدر بنحو ١٥ بليون غير آمن، و ٥٠٪ من المرضى في أنحاء العالم يفشلون في تناول الأدوية بطريقة صحيحة، وأخيراً، فإن ١٠ إلى ٢٠٪ من عينات الأدوية في بعض الدول تفشل في اختبارات الجودة وتشير دراسة واسعة إلى أن ٦٠٪ من الأدوية المعيارية لا تحوى مكونات نشطة.

إطار التنفيذ - الحصول والجودة والأمان والاستخدام الرشيد

تركز الجهود القومية والعالمية بشأن الأدوية الأساسية وسياسة العقاقير على طريقة الحصول والجودة والأمان والاستخدام الرشيد ومعاونة السياسات الوطنية في العمل الجماعي، ويعتمد الحصول على الأدوية الأساسية على مكونات أربع حاسمة: الانتقاء الرشيد، الأسعار التي يمكن تحملها، التمويل الدائم، أنظمة العرض الموثوق بها.

الانتقاء والاستخدام الرشيد - الأمان والفعالية وقيمة المال

اهتمت الدول التي تنتمي إلى كافة مستويات التنمية - حوالى ١٦٠ دولة في المجمل - بالسلامة والفعالية والجودة وقيمة الصحة العامة لإنتاج قوائم انتقائية أهلية من الأدوية واللقاحات الأساسية، وغدت هذه القوائم القاعدة التي يستند إليها التدريب والمشتريات والتعويضات والتعليم العام وغير ذلك من أولويات الصحة العامة.

وقد تم إعداد القائمة النموذجية الأولى للأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بواسطة لجنة مختصة تابعة للمنظمة في عام ١٩٧٧، ويتم مراجعتها كل عامين منذ ذلك الحين. ومن هنا فإن عام ٢٠٠٢ يمثل العيد الخامس والعشرين لميلاد القائمة النموذجية الأولى للمنظمة. وقد قامت المنظمة مؤخراً بمراجعة منهجها بشأن قائمتها النموذجية الأولى للأدوية الأساسية لتكون أكثر استناداً إلى الأدلة وأكثر شفافية وتجاوباً وأكثر استخداماً في الوقت المناسب، وسوف يُلحق بالقائمة النموذجية سلسلة إصدارات المنظمة بشأن الأدوية الأساسية والتي تتضمن كتاب المنظمة النموذجي للوصفات الطبية، والبراهين التي تدعم انتقاء العقاقير، ومعلومات عن جودة العقاقير، وما يتصل بخدمات المعلومات المتعلقة بالأسعار ذات الدلالة، وغير ذلك من المعلومات التي يمكن الرجوع إليها.

الأسعار التي يمكن تحملها - الفعالية، مراقبة التكاليف، التسعير التفضيلي، اتفاقية أشكال حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (تربس).

إن ذكاء السوق - المعلومات الخاصة بالأسعار. عامل أصيل في الحصول على أفضل الأسعار. وتعمل منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع آخرين في أسرة الأمم المتحدة وشركاء التنمية في المحافظة على

ثلاث خدمات دولية تخص المعلومات المتعلقة بالأسعار: الدليل القياسي الدولي لأسعار العقاقير والذي يشمل ٣٠٠ دواء أساسي (بالتعاون مع منظمة العلوم الإدارية من أجل الصحة)؛ مصادر وأسعار الأدوية وأساليب التشخيص المنتقاة المستخدمة في رعاية الأفراد الذين يتعايشون مع مرض الإيدز (بالتعاون مع صندوق رعاية الطفولة التابع للأمم المتحدة (اليونسيف)، وكالة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة، منظمة أطباء بلا حدود)؛ المواد الأولية للعقاقير الدوائية/ تقرير العقاقير الأساسية (بالتعاون مع مركز التجارة العالمي/ UNCTAD منظمة التجارة العالمية)، كما تقدم منظمة الصحة العالمية خدمات إقليمية عن معلومات الأسعار التي تخص الأدوية الأساسية والتي تشمل على مؤشر أسعار العقاقير الأساسية الذي يقارن بين أسعار المناقصات الوطنية للأدوية الأساسية؛ و Antiretrovirals في أمريكا اللاتينية والكاريبى والذي يعرض معلومات عن الأسعار والاستخدامات وسياسات الحصول على الدواء.

تعتبر المنافسة أداة سياسية قوية لخفض أسعار العقاقير. ففي الولايات المتحدة، عندما تنهى مدة براءة الاختراع ينخفض متوسط سعر الجملة إلى ٦٠٪ من سعر العقار الذي يحظى بعلامة تجارية عندما يكون هناك فقط منافس وحيد عام (غير مسجل في دائرة العلامات التجارية)، وإلى ٢٩٪ مع وجود ١٠ منافسين، وعلى الرغم من أن ٦٠٪ من الدول تصرح بأن لديها قوانين بديلة خاصة بعدم التسجيل في دائرة العلامات التجارية، فإن المنتجات العامة (غير المسجلة) الحقيقية تقل عن ثلث المستهلك في عدد ضئيل من الدول، ويتطلب توسيع استخدام الأدوية العامة إلى (١) تشريعات مدعمة، (٢) تأكيدات جودة موثوق بها، (٣) قبول من قبل المختصين والجمهور، (٤) حوافز مالية.

وتؤيد منظمة الصحة العالمية بشكل نشط التسعير التفضيلي للأدوية الأساسية. وهذا مهم بصفة خاصة للأدوية الجديدة التي مازالت تحميها براءات الاختراع أو غيرها من الوسائل التي تضمن قصر الحقوق على أصحابها في الأسواق. وكانت الأسعار التفضيلية - موافقة الأسعار للقوة الشرائية للحكومات والأسر - موضوع ورشة العمل التي نظمتها منظمة الصحة العالمية / منظمة التجارة الدولية في عام ٢٠٠١، وقد لاحظ المشاركون أنه تم تحقيق تخفيضات وصلت إلى ٩٥٪ لبعض المنتجات؛ وأن أفضل الأسعار يتم الحصول عليها من خلال المشتريات الضخمة والمنافسة والمفاوضات الذكية والإدارة السليمة للكميات المعروضة، وتوضح التجارب أن مزيداً من التسعير التفضيلي يكون مجدياً من الناحية الاقتصادية وأن الدول ليست في حاجة إلى التخلي عن الإجراءات الوقائية لاتفاقية التربس بغرض الاستفادة من التسعير التفضيلي.

وتشمل الآليات الخاصة بالتسعير التفضيلي الذي يستهدف على نحو خاص الأدوية الأساسية اتفاقيات تفاوضية اختيارية مع الشركات، وتصاريح تطوعية مع المنتجين المتعددين ("المنافسة المسموح بها")، التصاريح الإجبارية، التنازل عن براءات الاختراع، وتدعم لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة بشدة "... التسعير التفضيلي في الأسواق ذات الدخل المنخفضة كعرف للتشغيل وليس على سبيل الاستثناء." وقد أبرزت المناقشات في المنتديات الدولية والأهلية الحاجة إلى أن تخضع تدابير التسعير التفضيلي إلى المراقبة اللصيقة إضافة إلى تمتعها بالدوام والشفافية.

تعتبر حقوق الملكية الفكرية، بما في ذلك براءات الاختراع والعلامات التجارية، حوافز مهمة للابتكار، ويجب أن تكون حوافز تنمية الأدوية الجديدة التي نحتاج إليها في الغد متوازنة مع ضمان

الحصول على الأدوية القائمة التي تنقذ الحياة اليوم. وتحدد اتفاقية منظمة التجارة الدولية بشأن أشكال حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (التربس) الحد الأدنى من متطلبات حقوق الملكية الفكرية المطبقة على كافة أعضاء المنظمة، وتنبأ ثلاث دراسات حديثة، تعتمد كل منها على منهجية مختلفة، بزيادات في أسعار العقاقير الدوائية تقدر بنحو ٢٠٠٪ أو أكثر مع التطبيق الكامل لمتطلبات الترس في الأقطار النامية.

تعمل منظمة الصحة العالمية مع الخبراء الدوليين، ومنظمة التجارة العالمية من أجل دعم مسؤولي الصحة القومية وغيرهم في المناطق ذات الأهمية التجارية والصحية، وتشجع منظمة الصحة العالمية الدول على وضع التجارة والعقاقير الدوائية على جدول الأولويات بوزارات الصحة التابعة لها، وتطوير عقود العمل مع الوزارات المعنية الأخرى، والحصول على مشورات قانونية متخصصة يُعول عليها، وتطوير آلية لمراقبة الآثار المترتبة على ذلك. ويجب أن يشمل تشريع براءات الاختراع وما يتعلق بها معايير لمنح براءات الاختراع تضع الصحة موضع الاعتبار، وتنمي المنافسة العامة غير المسجلة (من خلال الأسلوب الذي يتم بواسطته التعامل مع الاستثناءات والعلامات التجارية وحماية البيانات)، وتدمج نصوصاً للإجراءات الوقائية للترس مثل التصاريح الإجبارية، وتسمح بمد الفترة الانتقالية للدول المؤهلة لذلك إذا لزم الأمر، وتراعي بدقة مصالح الصحة العامة قبل الشروع في تطبيق نصوص "تربس إضافية".

ويعد الترخيص الإجباري إجراءً وقائياً مهماً في اتفاقية الترس، وفي خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي كان الترخيص الإجباري المنتظم في كندا مرتبطاً بأسعار منخفضة بصورة هائلة للعشرات من الأدوية المرخصة، وفي الفترات التالية أدى التطلع إلى

الترخيص الإجباري إلى مفاوضات ناجحة بشأن انخفاض الأسعار في أفريقيا وأمريكا اللاتينية وأمريكا الشمالية. ومع ذلك، قد يكتنف الترخيص الإجباري معارك قانونية معقدة ذات وسائل مكثفة، وقد يكتفنه كذلك عدم الاستقرار وفقدان السيطرة على السوق من جانب الشركات المعتمدة على الأبحاث، وبالتالي قد يكون له تأثير معاكس غير مرغوب فيه فيما يتعلق بالابتكار.

وقد أقر الإعلان الوزاري لمنظمة التجارة العالمية بشأن اتفاقية الترس والصحة العامة والذي تبنته الجلسة الرابعة للمؤتمر الوزاري للمنظمة في الدوحة، قطر في نوفمبر ٢٠٠١ بأن " حماية الملكية الفكرية مهمة لتطوير الأدوية الجديدة " وأقر بأن هناك " قلقاً بشأن آثارها على الأسعار. " وقد أكد الإعلان أيضاً على أن اتفاقية الترس " يمكن ويتعين أن يتم تفسيرها وتنفيذها بطريقة تدعم حق الأعضاء في منظمة التجارة العالمية في حماية الصحة العامة وعلى وجه الخصوص في تطوير وصول الأدوية للجميع. " ، واشترط الإعلان بعض التوضيح فيما يخص بعض الإجراءات الوقائية في اتفاقية الترس.

وأخيراً وفيما يتعلق بالأسعار التي يمكن تحملها، لكل من الأدوية غير المسجلة وتلك التي تحظى ببراءات اختراع، يجب دراسة كافة عناصر السعر النهائي. وفي الدول النامية، قد يكون السعر النهائي لعقار ما ضعفي أو خمسة أضعاف السعر الذي يقدمه المنتج أو المستورد. ويعكس هذا تأثير الوسطاء المتعددين والضرائب التي تزيد على ٢٠٪ في بعض الأقطار، ورسوم استيراد الأدوية التي تصل إلى ٦٥٪، وتكاليف التوزيع العالية، ورسوم البيع للمحال والعقاقير. وتخلق رسوم الصيدليات وغيرها من منافذ التجزئة التي تعتمد على رسم صيدلي مهني ثابت وليس النسبة المئوية التي تضاف إلى السعر الأصلي، حوافز أفضل لتحمل أسعار الأدوية.

التمويل الدائم والكاف - تنمية جميع مصادر التمويل القابلة للنمو

تعتمد معظم الأقطار ذات الدخل المنخفضة والمتوسطة على مجموعة متنوعة من آليات تمويل الصحة والعقاقير، ويساهم في ذلك التمويل الحكومي الملائم، وتوسيع الغطاء التأميني للصحة والمزايا الدوائية، وتعظيم أدوار أصحاب العمل في تمويل الصحة والعقاقير، ودعم المنظمات غير الحكومية ومصادر التمويل في المجتمع، والاستخدام الأفضل للإنفاق النقدي، وهناك فرص في الكثير من الأقطار الفقيرة للإنفاق الأفضل على الصحة ولمزيد من الإنفاق أيضاً.

تؤكد الدراسات المنشورة وتقارير الصحة القومية أن الإنفاق الدوائي في الأقطار النامية يشكل من ٢٥٪ إلى ٦٥٪ من إجمالي نفقات الصحة العامة والخاصة، ومن ٦٠٪ إلى ٩٠٪ من الإنفاق النقدي للأسر على الصحة.

وبسبب الإنفاق على العقاقير والجوانب الفريدة لإدارة هذا المورد الصحي الحرج، فإن منظمة الصحة العالمية تولي اهتماماً كبيراً لتمويل العقاقير وتعتبره عنصراً متكاملاً في التمويل الكلي للرعاية الصحية.

ونادراً ما يتجاوز الإنفاق السنوي العام على العقاقير في بعض أقطار مناطق أفريقيا وشرق آسيا دولارين أمريكيين للفرد، وبالنسبة للأقطار في منطقة الأمريكتين فإن الإنفاق يفوق الثلاثة أضعاف بينما تنفق أقطار منطقة شرق البحر المتوسط أكثر من ١٠ أضعاف هذا المبلغ، ومن بين جميع المناطق، فإن الإنفاق الأعظم على الأدوية ويفرق شاسع على غيره يكون في المنطقة الأوروبية، ومع ذلك، فإن الأدوية يتم تمويلها من قبل الجماهير على نحو كبير وتمثل تكاليف رعاية صحية أقل بكثير من المناطق الأخرى، وسوف يتم نشر هذه المعلومات في عام ٢٠٠٢.

إن أمام حكومات الدول النامية دوراً حيوياً لكي تلعبه، وحتى فيما بين الدول ذات المستوى الواحد من التنمية الاقتصادية، فإن الحكومات تختلف بدرجة كبيرة في التزامها بالرعاية الصحية والحصة المنفقة على العقاقير الدوائية في إطار النفقات الصحية، ويؤدي هذا إلى فرق يفوق الخمسة أضعاف في الإنفاق العام للفرد على الأدوية الأساسية فيما بين الأقطار ذات الدخل القومية المتشابهة.

يزيد الغطاء التأميني الصحي الاجتماعي والخاص من مزايا العقاقير في أقطار متنوعة مثل الأرجنتين وجمهورية الصين الشعبية ومصر والهند والجمهورية الإسلامية الإيرانية وجورجيا وجنوب أفريقيا وتايلاند وفيتنام. وتشتمل بعض برامج الإنفاق على ترتيبات خاصة للسكان الريفيين وذوي الدخل المنخفضة. وتمثل العقاقير من ٢٥٪ إلى ٧٠٪ من التكاليف الكلية لهذه الأوعية، وتتعاون منظمة الصحة العالمية مع هذه البرامج من أجل التعامل مع تفاصيل إدارة العقاقير ضمن الغطاء الصحي.

يعتبر الإنفاق النقدي الخاص على الأدوية الإنفاق الصحي الأكبر للأسر في كثير من الدول إذ يشكل من ٥٠٪ إلى ٩٠٪ من المبيعات الدوائية. كما أن رسوم المستخدم بالنسبة للعقاقير في خدمات الصحة العامة تنتشر على نحو متزايد. ولسوء الحظ، لا تؤدي هذه البرامج دائماً إلى زيادة المعروض من الأدوية بل يمكنها أن تفضي إلى قلة الانتفاع بالخدمات الصحية.

وأخيراً وفيما يتعلق بالتمويل، فإن هناك إدراكاً متزايداً بين الأقطار ذات الدخل العالية مفاده أن الاستثمار في الصحة يُعد أيضاً استثماراً في التنمية والأمن العالمي، وقد دعت لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة إلى زيادة كبرى في التمويل الممنوح، وقد أصبح الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ساري المفعول في يناير

٢٠٠٢. وقد تم تأسيسه بوصفه شراكة جديدة بين القطاعين العام والخاص من أجل تعبئة الموارد الإضافية للتصدي لهذه الأمراض الثلاثة التي تؤدي بحياة ستة ملايين فرد كل عام، ويُتَظَر أن يكون لدى الصندوق ما يتراوح مجموعه بين ٨٠٠ مليون دولار و٩٠٠ مليون دولار تقريباً للإنفاق في عام ٢٠٠٢، وبوسع الصندوق أن يقدم موارد مجموعة متنوعة من الوقاية والرعاية والخدمات العلاجية بما في ذلك العقاقير الدوائية وتشخيص الأمراض.

أنظمة العرض الموثوقة - أمثلة ناجحة توجد في جميع المناطق.

تواصل كثير من الدول صراعها مع مزيج غير مناسب من أنظمة عرض عامة تعوزها الكفاءة وتوضع للقطر بأكمله وأنظمة عرض خاصة تخدم مناطق المدن في الأغلب، ومع ذلك فإن هناك تقدماً من خلال المناهج الإبداعية لأنظمة العرض العامة والخاصة في أقطار مثل بنين وغيرها من دول غرب أفريقيا وكولومبيا وجواتيمالا والدول الحديثة الاستقلال وجنوب أفريقيا وتايلاند، وتعكس هذه المناهج مركبات مختلفة من الأساليب العامة والخاصة المركزية واللامركزية، وقد ظهرت كذلك المقدرة على تيسير الحصول على الدواء من خلال قنوات القطاع الخاص في أقطار مختلفة مثل إندونيسيا وكينيا ونيبال.

ويمكن أيضاً أن تلعب الخطط الإقليمية وشبه الإقليمية للمشتريات الضخمة دوراً مهماً في ضمان الكميات المعروضة الموثوقة من العقاقير الدوائية، وتشمل خطط المشتريات أو التنسيق الإقليمية القائمة حالياً: الاتحاد الأفريقي للأدوية الأساسية في الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى؛ وأعضاء مجلس التعاون الخليجي؛ وجهاز شرق الكاريبي لخدمة العقاقير والذي أنشأ صندوقاً مشتركاً للمشتريات لثمانى دول؛ وأعضاء اتحاد المغرب العربي.

إن ضمان جودة الأدوية يعتبر مسؤولية حيوية للسلطات التنظيمية ومنتجي العقاقير الدوائية والموزعين وغيرهم ممن تشملهم سلسلة العرض، ويركز نطاق عريض من المبادرات القومية والدولية على تحسين جودة العقاقير، ويتطلب التنظيم الفعال للعقاقير مزيجاً من الموارد الفنية والبشرية والمالية والتنظيمية، وفي الأعوام الأخيرة، زادت منظمة الصحة العالمية من برنامج مساعداتها لمعاونة الأقطار والمنتجين من أجل التنفيذ التام لممارسات تصنيع جيدة من خلال التدريب الإقليمي والتأييد القطري، ويتطلب التصدي للأدوية المزيفة وتلك التي لا ترقى إلى المعايير المطلوبة تدابير متناغمة من قبل السلطات التنظيمية والسلطات القانونية وصناعة العقاقير الدوائية والاتحادات المهنية وغيرها.

خاتمة

تعتمد التحسينات الدائمة من أجل الحصول على الأدوية الأساسية، خاصةً في الدول النامية والأقل نمواً على إجراءات عامة وخاصة متوافقة من أجل تحقيق الانتقاء والاستخدام الحكيم للعقاقير وأفضل الأسعار والتمويل الكافي وأنظمة العرض المأمونة التي تضمن توافر العقاقير وجودتها. كما أن سد فجوة الحصول على الدواء يستلزم إجراءات منسقة من جانب جميع المساهمين بما في ذلك الحكومات والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والاتحادات المهنية والجماهير.

المراجع

- ١ - النفقات الدوائية العالمية المقارنة مع المعلومات المرجعية ذات الصلة. اقتصاديات الصحة والعقاقير. سلسلة سياسة العقاقير والأدوية الأساسية رقم ٣، ٢٠٠٢.
- ٢ - استراتيجية منظمة الصحة العالمية للأدوية: إطار التنفيذ في سياسة الأدوية والعقاقير الأساسية ٢٠٠٠-٢٠٠٣، ٢٠٠٠، [E, F]*، منظمة الصحة العالمية/EDW 2000. 1.
- ٣ - استراتيجية منظمة الصحة العالمية للأدوية: ٢٠٠٠-٢٠٠٣، جوانب سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن الأدوية رقم ١، ٢٠٠٠.
- ٤ - الإجراءات المنقحة لتحديث القائمة النموذجية للعقاقير الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. تقرير عن الأمانة. منظمة الصحة العالمية. ٧ ديسمبر ١٩٩٢، EB 109/8.
- ٥ - ارجع إلى موقع أدوية منظمة الصحة العالمية على شبكة الإنترنت (<http://www.who.int/medicines/>).
- ٦ - الدليل الدولي لأسعار العقاقير، أرلنجتون، فيرجينيا، الولايات المتحدة الأمريكية، العلوم الإدارية من أجل الصحة، يصدر سنوياً.
- ٧ - صندوق رعاية الطفولة التابع للأمم المتحدة (اليونسيف)، وكالة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة، منظمة أطباء بلا حدود، مصادر وأسعار العقاقير المنتقاة وتشخيص حالة الأفراد الذين يتعايشون مع مرض

- نقص المناعة المكتسبة في الجسم-الإيدز، كوبنهاجن، اليونسيف،
يصدر مرتين كل عام.
- ٨ - المواد الأولية، العقاقير الدوائية / تقرير العقاقير الأساسية، جنيف،
مركز التجارة العالمي / / UNCTAD منظمة التجارة العالمية، يصدر
بصورة غير منتظمة.
- ٩ - مؤشر أسعار العقاقير الأساسية في أفريقيا، برازيل، منظمة الصحة
العالمية، يصدر كل عامين.
- ١٠ - متاح على موقع PATO على شبكة الإنترنت / http://www.paho.org/English/HCP/HCA/antiretrovirals_HP.htm
- ١١ - يفز، كيفز، آريه وآخرون. انتهاء صلاحية براءة الاختراع، الدخول
والتنافس في صناعة العقاقير الدوائية في الولايات المتحدة. أبحاث
بروكينجز عن النشاط الاقتصادي، عدد خاص، الصفحات من ١-
٦٢، ١٩٩١.
- ١٢ - الموقف العالمي للعقاقير. منظمة الصحة العالمية/العقاقير والأدوية
الأساسية. ٢٠٠٢ (على وشك الظهور).
- ١٣ - دور القطاعين العام والخاص في قطاع العقاقير الدوائية. مضامين
الحصول العادل والاستخدام الرشيد للأدوية، اقتصاديات الصحة
والعقاقير، سلسلة DAP رقم ٥، ١٩٩٧.
- ١٤ - ورشة عمل منظمة الصحة العالمية/ منظمة التجارة الدولية عن التسعير
التفضيلي وتمويل الأدوية الأساسية (والتي نظمتها المنظمتان المشار
إليهما بالاشتراك مع وزارة الشؤون الخارجية النرويجية ومجلس
الصحة العالمي)، هوسبجر، النرويج، ٨-١١ أبريل ٢٠٠١.
- ١٥ - التسعير التفضيلي للعقاقير الدوائية -التدابير والجدوى الاقتصادية:

- بحث للمناقشة. أيه كريس وجيه. كويك. منظمة الصحة العالمية/
العقاقير والأدوية الأساسية. ١٢ فبراير ٢٠٠٢ (ورقة عمل).
- ١٦- الاقتصاديات الكبرى والصحة: الاستثمار في الصحة والتنمية
الاقتصادية. تقرير لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة. جيه. دي.
ساشز، الرئيس. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١.
- ١٧- بيريز-كاساس. سي. هرانز، إي؛ وفورد، إن. تسعير العقاقير
والتبرعات: اختيارات التسعير المتميز بالعدالة الدائمة. الأدوية
الاستوائية والصحة العالمية ٦ (١١): ٩٦٠-٩٦٤، ٢٠٠١.
- ١٨- مذكور في شيرر، إف. إم وواتال، جيه. اختيارات الرحلات المتأخرة
للحصول على الأدوية ذات براءات الاختراع في الدول النامية، لجنة
الاقتصاديات الكبرى والصحة، سلسلة أوراق عمل، بحث رقم
دبليو. جي. ١:٤، يونية ٢٠٠١.
- ١٩- العولمة، اتفاقية التبرس والحصول على العقاقير الدوائية، جوانب
سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن الأدوية رقم ٣، ٢٠٠١.
- ٢٠- جوروكي، بي. كيه. تنظيم سعر العقاقير المتضمنة في الوصفات الطبية
في كندا: الترخيص الإجباري، وانتقاء المنتجات، وبرامج التعويض
الحكومية، التقرير الفني رقم ٨، المجلس الاقتصادي الكندي،
أوتاوا: مايو، ١٩٨١.
- ٢١- إعلان اتفاقية التبرس والصحة العامة. المؤتمر الوزاري، الجلسة
الرابعة. الدوحة، ٩-١٤ نوفمبر ٢٠٠١، WT/MIN(01)/DEC/W/2, 14،
نوفمبر ٢٠٠١.
- ٢٢- دور القطاعين العام والخاص في قطاع العقاقير الدوائية. مضامين
الحصول العادل والاستخدام الرشيد للأدوية، اقتصاديات الصحة

- والعقاقير، سلسلة DAP رقم ١٩٩٧، ٥، [E, F, S*] منظمة الصحة العالمية/ 12.97 / DAP.
- ٢٣- منتدى الصحة وتمويل العقاقير: موضوعات مختارة. اقتصاديات الصحة والعقاقير. سلسلة DAP رقم ٦، ١٩٩٨.
- ٢٤- النفقات الدوائية العالمية المقارنة مع المعلومات المرجعية ذات الصلة. اقتصاديات الصحة والعقاقير. سلسلة سياسة العقاقير والأدوية الأساسية رقم ٢٠٠٢، ٣، 2 / EDWPAR/2000.
- ٢٥- الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (<http://www.globalfundatm.org>)
- ٢٦- إدارة المعروض من العقاقير: انتقاء ومشتريات وتوزيع واستخدام العقاقير الدوائية، الطبعة الثانية، العلوم الإدارية من أجل الصحة/ منظمة الصحة العالمية. وست هارتفورد، CT: دار نشر كومارين، ١٩٩٧.
- ٢٧- الأحداث المهمة في عام ٢٠٠٠ فيما يخص سياسة العقاقير والأدوية الأساسية ٢٠٠٠، [E, F, S]، منظمة الصحة العالمية/العقاقير والأدوية الأساسية/ ٢٠٠١. ٤.
- ٢٨- التنظيم الفعال للعقاقير: ماذا تستطيع أن تفعله الدول؟ ١٩٩١، منظمة الصحة العالمية/ HTP / العقاقير والأدوية الأساسية/ 6 / (11)99. MAC.
- ٢٩- نماذج التدريب الأساسية لمنظمة الصحة العالمية على أسطوانات مدمجة GMP CD-ROM، جنيف، ٢٠٠٢.
- ٣٠- العقاقير المزيفة: قواعد إرشادية لتطوير إجراءات مكافحة العقاقير المزيفة، ١٩٩٩، [E, F]، منظمة الصحة العالمية / العقاقير والأدوية الأساسية / 99. 1 / QSM.

العولمة وإنتاج اللقاحات في منطقة شرق البحر المتوسط

بيتر جيه جراف

منطقة شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية
المستشار الإقليمي للعقاقير والمستحضرات الأحيائية

العولمة وإنتاج اللقاحات في منطقة شرق البحر المتوسط

بيتر جيه جراف

منطقة شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية
المستشار الإقليمي للعقاقير والمستحضرات الأحيائية

مقدمة

إن برامج اللقاحات المدارة على نحو جيد قد جلبت انخفاضات هائلة في تأثير الأمراض فيما يتعلق بمعدلات انتشار الأمراض والوفيات في غالبية دول العالم. وقد تم استئصال أحد الأمراض الكبرى (الجدري) بشكل كلي نتيجة للتلقيح، كما أن شلل الأطفال لا وجود له في أجزاء كبيرة من العالم ومن المستهدف استئصاله خلال السنوات القليلة القادمة، في حين انخفضت حالات الإصابة بالحصبة بدرجة كبيرة. وتعتبر اللقاحات بعضاً من أفضل تدخلات الصحة العامة من حيث التكلفة الاقتصادية كما أنها تأتي في مصاف المنتجات الدوائية الأكثر أماناً.

إن الحصول الأكيد على اللقاحات ذات الجودة يُعد أمراً جوهرياً من بين المهام الدائمة لأنظمة الصحة القومية. لذا فإن اللقاحات تعتبر سلعاً حيوية من الناحية الاستراتيجية يقوم بإنتاجها في الأغلب عدد

صغير من الشركات المتعددة الجنسيات. وتُعد الطاقة العالمية لإنتاج العديد من اللقاحات المستخدمة لصالح البرامج القومية لإكساب المناعة غير كافية في الوقت الراهن، كما أن البلدان الإسلامية تعتبر مستوردة لمعظم إن لم يكن كافة اللقاحات.

ومن المنظور العالمي، وفي معظم السياسات القومية للعقاقير، يُنظر إلى الإنتاج المحلي على أنه استراتيجية لضمان الحصول على العقاقير واللقاحات الأساسية. وعلى الرغم من أن منظمة الصحة العالمية ليس لديها سياسة عامة بشأن الإنتاج المحلي، فإنها تتجهج في الواقع مبادئ متوافقة مع أهداف السياسة القومية للعقاقير. وهذه تشمل التأكيد على الحصول على العقاقير الأساسية (والإنتاج المحلي يُعد ملائماً عندما يستطيع خفض التكاليف وزيادة موفورية العقاقير) والتأكيد على جودة العقاقير (يتعين أن يكون هناك فارق في المعايير بين العقاقير المنتجة محلياً وتلك المستوردة).

الاكتفاء الذاتي في اللقاحات: أولوية إقليمية

لقد عبر وزراء الصحة في منطقة شرق البحر المتوسط مراراً في اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية واجتماعات أخرى مهمة عن أهمية تنمية الطاقة المحلية لإنتاج العقاقير واللقاحات الأساسية كوسيلة لتشجيع التنمية الصناعية وتقليل التكلفة وزيادة الحصول على هذه السلع الحيوية. واللقاحات بصفة خاصة تعتبر ذات أهمية استراتيجية حيث يتعين ضمان موفوريتها في جميع الأوقات.

ويعتمد الاتجاه العملي لبناء صناعة للإنتاج الدوائي قابلة للنمو، بهدف تحقيق الاكتفاء الذاتي في الإمدادات الدوائية، على كثير من العناصر. وهذه تشمل: حجم السكان ودخل الفرد؛ الموارد الفنية المتاحة والبنية التحتية المدعمة؛ الظروف الجغرافية والمناخية؛ إمدادات

المياه والطاقة؛ شبكة التوزيع. وترى بعض الدول أن مصانع تصنيع الدواء قد تسهم في خفض احتياجات العملة الأجنبية، وتوفير فرص للتوظيف، وتحسين الميزان التجاري والمساهمة في التنمية الصناعية بوجه عام. إن قرار إنتاج العقاقير الأساسية بواسطة المصانع الحكومية تحت مسؤولية وزارة الصحة أو وزارة الصناعة أو بواسطة المصانع الخاصة يعتمد على الظروف المحلية والهيكل الاجتماعي والسياسي للبلاد. ومع ذلك، عند تأسيس الإنتاج المحلي يكون من المهم ضمان أن الإنتاج يفي بمعايير الجودة الملائمة.

يُعرف الاكتفاء الذاتي في منطقة شرق البحر المتوسط على أنه: "قدرة الدولة على توفير إمداد كاف يُعول عليه من اللقاحات ميسورة التكلفة وعالية الجودة لمكافحة الأمراض ذات الأولوية في الوقت الحاضر وفي المستقبل".

هناك مبدآن عبر عنهما التعريف السابق بجلاء، كل منهما مهم على قدم المساواة عند تحديد قابلية الإنتاج المحلي للنمو وقدرته التنافسية. أولهما هو الحصول: فالإنتاج المحلي ملائم إذا استطاع تخفيض التكاليف وزيادة الموفرة المادية. ثانيهما هو الجودة: لا يمكن أن يكون هناك فرق في المعايير بين العقاقير المنتجة محلياً وتلك المستوردة. وتوضح التجربة أن المعايير العالية التي يضعها في موضعها الصحيح ويقوم على تنفيذها نظام لوائح قوي لا تعوق تنمية الصناعة المحلية وإنما تدعم نمو التصنيع المحلي وموفوريته على المدى البعيد، والسبب وراء ذلك يتكون من شقين: المعايير الصارمة تؤدي إلى الكفاءة الصناعية وبالتالي التنافسية، وكذلك إدراك لمعنى الجودة فيما بين العملاء المحتملين.

الجودة والأمان والفعالية

إن الأمان والفعالية يحظيان بأهمية كبرى نظراً لأن اللقاحات يتم وصفها عادةً لأعداد كبيرة جداً من الأطفال الأصحاء. وقد أظهر التاريخ الحديث لاستخدام اللقاحات مستوى عاماً عالٍ من الأمان. وفي معظم الحالات قد تحدث آثار مضادة معاكسة طفيفة، ولكنها لا تهدد ميزة الفوائد مقابل المخاطر التي تتصف بها اللقاحات. ومع ذلك، يوجد عدد من المخاطر المحتملة والنظرية متضمناً في استعمال اللقاحات. وهذه تشمل على وجه الخصوص وجود عناصر طارئة مشتقة من المواد الأصلية أو يتم إدخالها أثناء التصنيع، في حالة اللقاحات الحية، ووجود كائنات سامة جداً (ارتداد فيروس اللقاح). وفي هذه الحالات قد توجد مخاطرة محتملة للمجتمع بشكل عام بالإضافة إلى اللقاحات ذاتها.

مهام الهيئة التنظيمية القومية

إن النظام اللوائحى القوي يصون المستهلك من المواد والممارسات دون المعيارية بوصفه هيكلاً مدعماً للتنمية الصناعية.

إن الهدف العام لأي هيئة تنظيمية قومية هو ضمان أن تكون المنتجات الدوائية (المستحضرات الكيميائية والمستحضرات الأحيائية التي تتضمن اللقاحات ومنتجات الدم وغيرها) ذات مستويات جودة وأمان وفعالية مقبولة، ومصنعة وموزعة بأساليب تضمن جودتها حتى تصل إلى المريض/المستهلك، وأن يتميز ترويجها التجاري بالدقة.

والمهام الرئيسية لأي هيئة تنظيمية قومية هي:

- تسجيل (ترخيص) المنتجات
- التفتيش على وإجازة المصنعين
- التفتيش على وإجازة الموزعين

- أنشطة ما بعد التسويق
- تنظيم المطالبات التي قد تتم من أجل الترويج التجاري للمنتجات
- إجازة التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة

إن دور الهيئة التنظيمية القومية في المساعدة على ضمان أن اللقاحات المستخدمة جيدة الصنع، وملائمة للتسجيل، وذات مستوى مقبول من الكفاءة والأمان والجودة دور غاية في الأهمية يتطلب عناية فائقة. لذا فمن الضروري أن يتم تأسيس الهيكل الإداري والمهام الإدارية للهيئات التنظيمية القومية طبقاً لإطار سليم، وأن يحظى طاقم العمل بمهارات وخبرات ملائمة ويتدريب جيد على المهام المنوطة به.

وسوف تتفاوت درجة تنفيذ هذه المهام بالاعتماد على مصدر المنتج. ويوضح الرسم التالي التفاوت في مهام الهيئات التنظيمية القومية بهدف تنظيم اللقاحات في البلدان المستخدمة لآليات مختلفة من أجل الحصول على اللقاحات الخاصة بها.

| مصدر اللقاح | الترخيص | الإشراف | السماح بالحصص | سهولة استخدام المعامل | تفتيشات GMP | التقييم القائم على الملاحظة المباشرة |
|---------------------|---------|---------|---------------|-----------------------|-------------|--------------------------------------|
| وكالة الأمم المتحدة | ✓ | ✓ | | | | |
| الشراء | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| الإنتاج | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

إنتاج اللقاحات في منطقة شرق البحر المتوسط

يوجد المصنعون الرئيسيون للقاحات (EPI) في المنطقة في مصر وإيران وباكستان وتونس (أنظر إلى الخريطة وجدول ١ أدناه)

أ - الدول المنتجة للقاحات

- المصنع: معهد باستير (تونس وإيران)
- المصنع: فاكسيرا (مصر)، معهد رازي (إيران)، NIH (باكستان)

جدول ١
إنتاج اللقاحات داخل منطقة شرق البحر المتوسط، ١٩٩٧

| التصدير | الاحتياجات القومية المنطقة ١٩٩٧ (%) | المنتج | المُصنع | الدولة |
|---------|----------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------------|
| لا يوجد | ١٠٠ | OPV (من الشحنة) | فاكسيرا | مصر |
| لا يوجد | ٥ | BCG | | |
| لا يوجد | ١٠٠ | TT | | |
| لا يوجد | ٣٣,٢ | Td | | |
| يوجد | ١٠٠ | OPV | معهد | جمهورية إيران الإسلامية |
| لا يوجد | ١٠٠ | الحصبة | رازي | |
| لا يوجد | ١٠٠ | DTP | | |
| لا يوجد | ١٠٠ | Td | | |
| لا يوجد | ١٠٠ | TT | | |
| لا يوجد | ١٠٠ | BCG | معهد باستير | |
| لا يوجد | ٨,٣ | OPV (من الشحنة) | المعهد القومي | باكستان |
| لا يوجد | ٤٩,٤ | الحصبة | للصحة | |
| لا يوجد | ٨,٦ | TT | | |
| لا يوجد | ١٠٠ | BCG | معهد باستير | تونس |

قابلية النمو

يحدد بحث فني عن "الاكتفاء الذاتي الإقليمي في إنتاج اللقاحات والعقاقير"، ومقدم في الجلسة الخامسة والأربعين للجنة الإقليمية لشرق البحر المتوسط في عام ١٩٩٨ سبعة عناصر رئيسية للتنبؤ بقابلية إنتاج اللقاحات للنمو وهي:

- وفورات الحجم بالنظر إلى ملف الحجم والمنتجات؛
- GMP وتوافق الإنتاج؛

- المقدرة التاريخية والأنظمة الملائمة للحصول على التكنولوجيا الجديدة؛
 - مصداقية الجودة وسلطة هيئة الرقابة القومية؛
 - الهيكل الإداري؛
 - الوضع القانوني، الاستقلال الذاتي الكافي.
- وقد تم تحديد المشاكل والقيود الحالية فيما يتعلق بقابلية النمو، ويمكن تصنيفها على النحو التالي:

المستوى الحالي للإنتاج

- المتطلبات القومية غير مستوفاة
- الصادرات محدودة جداً

الجودة

- عدم وجود النظام الذي يُعول عليه في ضمان جودة اللقاحات (المصدرة)
- معايير GMP (تتفاوت بين المصنعين)

البحث

- المنتجون إما يكونون صغاراً ولهم قاعدة بحوث وإما يكونون كباراً وليس لهم قاعدة بحوث
- الخبرة المحدودة
- غياب الأبحاث الواضحة وتطوير الأولويات والاستراتيجيات والرؤية
- الافتقار إلى التعاون بين الحكومات والشركات والأكاديميات والاتحادات المهنية الإدارة والهيكل.

● مصنعون غير مستقلين

لا تتوافر غالباً لدى المصنعين "القابلين للنمو" الاستقلالية المالية أو الإدارية الكافية، كما أن حصولهم على المنتجات أو العمليات الجديدة غير كافٍ. فلم يتم مراجعة منشآت الإنتاج بشكل مستقل من أجل تأكيد الجودة بهدف تطوير استراتيجية تكنولوجية واقتصادية سليمة. بالإضافة إلى ذلك، هناك قيود مالية بشأن إدخال اللقاحات الجديدة على البرامج القومية لإكساب المناعة.

الفرص

هناك دعم سياسي كبير على مستوى الدول، وبواسطة الشركاء الماليين والفنيين المحتملين، بما في ذلك البنك الإسلامي للتنمية ومنظمة الصحة العالمية/EMRO على التوالي، لزيادة إنتاج اللقاحات كفاءً وكماً من أجل زيادة الاكتفاء الذاتي الإقليمي. إن الالتزام القوي الذي أبداه منتجو اللقاحات خلال اجتماع مؤخر للبنك الإسلامي للتنمية (القاهرة، ٢٦-٢٧/٩/٢٠٠٠) من أجل التعاون المتقارب من شأنه أن يساعد على إيجاد القوة الدافعة اللازمة لتنفيذ بعض التطورات المذكورة أدناه. يقدم جدول ٢ بيانات عن الإنتاج الإقليمي الحالي وكذلك طاقة الإنتاج المخططة للقاحات EPI المختارة. ويتضح من هذا الجدول، حتى في ظل الاستثمارات المالية والفنية المحدودة، أنه يمكن تحسين مستوى الاكتفاء الذاتي بدرجة كبيرة. وقد أكد بالفعل العديد من المنتجين في منطقتنا على أن مزيداً من الاستثمارات الطموحة من شأنه أن يؤدي إلى إنتاج محتمل أعلى بصورة كبيرة خلال السنوات الخمس القادمة.

جدول ٢

أمثلة لإنتاج اللقاحات والطاقة الإنتاجية في منطقة شرق البحر المتوسط^(١)

| المنتج | المتطلبات الإقليمية (ملايين الجرعات) | الإنتاج الإقليمي (الحالي) (ملايين الجرعات) | الإنتاج الإقليمي (محتمل) مع استثمارات محدودة (ملايين الجرعات) |
|--------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| BCG | ٥٠ | ٤٦ | ٥٣ |
| DPT | ١٤١ | ٦٣ | ٩٥ |
| الحصبة | ٤٣ | ٣٤ | ٤٩ |
| OPV | ٤٥٨ | ٢٥٥ | ٤٣٥ |

بالإضافة إلى الوفاء بالمتطلبات القومية، هناك احتمالية كبيرة للتصدير في المنطقة وعلى نطاق دولي كذلك. وفي خلال اجتماع لمنتجى اللقاحات للبلدان النامية والذي نظّمته منظمة الصحة العالمية/ RIVM، هولندا (١٨ نوفمبر ٢٠٠٠)، أشار صندوق الأمم المتحدة الدولي لرعاية الطفولة (اليونيسيف)^(٢) إلى أنه بحلول عام ٢٠٠١ سوف ينتج ما يربو عن ٦٥٪ من اللقاحات غير OPV من المصنعين في الأقطار النامية.

إضافة إلى ذلك، فإن منتجى اللقاحات من العالم الإسلامي يتم تهيئتهم على نحو جيد كمنتجين محتملين من أجل ممارسة دور متزايد في الأهمية على المستوى الدولي بوصفهم ممولين للقاحات التركيب التي تضيف HBV إلى/أو Hib إلى لقاح DTP الموجود بالفعل^(٣) (انظر جدول ٣). إن الفجوة بين العرض (المحدود) والطلب (المتزايد على

(١) بيانات معدة لاجتماع البنك الإسلامي للتنمية في طهران، ١٩-٢٠/١٠/١٩٩٩.

(٢) عرض قدمه السيد ستيفن جاريت نائب مدير قسم الإمدادات، اليونيسيف.

(٣) منتجة في مصر واندونيسيا وإيران.

نحو سريع) للقاءات "التركيب" ليست فقط قضية مهمة من وجهة نظر الصحة العامة، ولكنها تبين كذلك إمكانات سوقية عظيمة لتلك الإمدادات التي سوف تدخل السوق في غضون الثلاث والخمس سنوات القادمة.

جدول ٣

(١) الإنتاج الحالي وكذلك الطاقة الإنتاجية المخططة لـ DTP

| الزيادة المخططة في الطاقة | احتمالات rHBV | الحالي | الزيادة المخططة في الطاقة | احتمالات DTWP | الحالي | | |
|---------------------------|---------------|--------|---------------------------|---------------|--------|----------------|-----------|
| ١٢ (٢٠٠٢) | | ٦ | ١٥ (٢٠٠٥) | | ٤,٥ | فاكسير | مصر |
| | ٤٠ | ٢٠ | ١٠٠ (٢٠٠١) ١٥٠ (٢٠٠٢) | | *٦٠ | بيو فارما | إندونيسيا |
| | ١٦ | ٠ | | ٢٥ | ٨ | باستير رازي | إيران |

جميع الجرعات بالملايين

* هذا اللقاء مؤهل سلفاً للبيع بواسطة وكالات الأمم المتحدة اعتباراً من نوفمبر ٢٠٠٠

ونظراً لكونه جذاباً من الناحية التجارية، فهو يتطلب جهداً هائلاً من جانب المصنِّع، وكذلك من جانب الهيئات التنظيمية القومية من أجل تطوير هذه اللقاءات الجديدة وتسويقها على المستوى الدولي. ويتطلب هذا التسويق تأهيلاً مسبقاً من منظمة الصحة العالمية والتي تشترط بدورها أن يكون الإنتاج طبقاً لمعايير GMP المتفق عليها ورقابة من جانب هيئة تنظيمية قومية مستقلة وفعالة. ومع ذلك، فإن العقبة

(١) كما نُقل خلال الاجتماع الثامن عشر لتصنيع اللقاءات في البلدان النامية في ١٨ نوفمبر

الكبرى قد تكون بحق الاستثمارات الضخمة المطلوبة وتأخيرات الإدخال التي لا يمكن تجنبها، ويكون سببها التجارب الميدانية الكبيرة القائمة على الملاحظة المباشرة اللازمة لإثبات سلامة وفعالية اللقاحات الجديدة. وأحد الشركاء المحتملين في هذا المشروع، بيوفارما من إندونيسيا، حصل على مساعدات فنية من RIVM، هولندا، من أجل تطوير لقاح التركيب DTP-HBV واختباره ميدانياً. ويتعين على المُصنِّعين الآخرين من العالم الإسلامي دراسة خيار الانضمام إلى هذه الشراكة بهدف تقليل زمن التنمية وتكاليفها.

القوة الدافعة الإيجابية

لقد اتخذت جميع الدول المنتجة للقاحات حالياً في منطقة شرق البحر المتوسط خطوات حاسمة لتحسين كل من جودة إنتاج اللقاحات وقابليتها للنمو على المدى البعيد من خلال فصل الإنتاج ومهام التنظيم والاستثمارات والاتلافات الاستراتيجية. وفيما يتعلق بالبند الأخير، يمكن هنا أن نذكر بصفة خاصة الاتفاقية المنعقدة بين وزراء الصحة في إيران وباكستان وإندونيسيا من أجل "تقوية التعاون الفني والشراكات لزيادة قدرة وكفاءة إنتاج اللقاحات والأمصال في الأقطار الثلاثة والقيام بدور مهم على نحو متزايد على المستوى الدولي بوصفهم ممولين للقاحات"، والتي تم توقيعها أثناء الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠١ خلال اجتماع نظمه المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية/EMRO. ويتركز الهدف الرئيسي من هذه الشراكة الجديدة في التوفير المستمر للقاحات EPI في البلدان الثلاثة وتنمية برنامج التعاون الفني والشراكة.

المستقبل

ويفتح نظام التأهيل المسبق للقاحات التابع لمنظمة الصحة العالمية بالنسبة للمشتريات بواسطة الأمم المتحدة الباب أمام المصنعين في منطقتنا إلى السوق العالمي. ومع ذلك، فإن هذه العملية تتطلب أولاً وقبل كل شيء أن تكون الهيئات التنظيمية القومية في مركز يمكنها من ضمان الالتزام بجميع وظائف الرقابة الست المهمة.

هناك تزاوج عالمي غير ملائم بين العرض والطلب بالنسبة للقاحات و/أو التركيبات الجديدة والمصانع التجريبية لتخليقها المقياس المعملي إلى المقياس الصناعي. وتقدم الائتلافات الاستراتيجية مع المنتجين الآخرين - على صورة تعاون قومي وإقليمي ومن خلال شبكة مصنعي اللقاحات للبلدان النامية - نافذة للفرص أمام المصنعين في العالم الإسلامي لضمان قابلية للنمو بعيدة المدى وبالتالي عرضاً غير منقطع من اللقاحات الأساسية للبرامج القومية.

الخاتمة

هناك مستقبل مشرق محتمل لإنتاج اللقاحات في منطقة شرق البحر المتوسط، والعالم الإسلامي بوجه عام. وقد خلقت العولمة (والتقسيم إلى مناطق) فرصاً وكذلك تهديدات. إن الإقرار المتزايد بأن إنتاج اللقاحات، حتى ولو كان من منطلق عدم الربحية، يجب أن يلتزم بالمبادئ "التجارية" وتنمية الشراكات والائتلافات الاستراتيجية، يقدم الأساس الصحيح للتنمية الصناعية. كما أن الإقرار بالمركز الحساس للهيئة التنظيمية القومية من شأنه أن يرفع الجودة الحقيقية والمتصورة للقاحات وكذلك المنتجات الدوائية الأخرى.

أثر العولمة على برنامج المشتريات
الجماعية للعقاقير الدوائية
والإمدادات الطبية بواسطة دول
مجلس التعاون الخليجي

توفيق بن أحمد خوجه

مجلس وزراء صحة مجلس التعاون الخليجي
الرياض، المملكة العربية السعودية
مجلس التعاون الخليجي لوزراء الصحة
مهمة المجلس

أثر العولمة على برنامج المشتريات الجماعية للعقاقير الدوائية والإمدادات الطبية بواسطة دول مجلس التعاون الخليجي

توفيق بن أحمد خوجه

مجلس وزراء صحة مجلس التعاون الخليجي
الرياض، المملكة العربية السعودية
مجلس التعاون الخليجي لوزراء الصحة - مهمة المجلس

مقدمة

تتمتع دول مجلس التعاون الخليجي بأرضية مشتركة على أساس من اللغة والدين والتراث والعوامل الجغرافية والتاريخية والبيئية والاقتصادية والاجتماعية. لذا تتضح المصلحة المشتركة في إقامة علاقة قوية بين هذه الدول. وقد تأسس مجلس وزراء صحة مجلس التعاون الخليجي لينسق التعاون بين الدول الأعضاء في كافة المجالات الصحية القائمة على الوقاية وأساليب التدخل وإعادة التأهيل. بالإضافة إلى ذلك يهدف المجلس إلى نشر المعارف الصحية وتحسين الوعي الصحي بين الناس.

تأسيس اللجنة التنفيذية لمجلس وزراء صحة دول مجلس التعاون الخليجي .

جاءت البداية نتيجة اجتماعات متكررة قبل عام ١٣٩٥ هجرية (١٩٧٥ ميلادية) بين بعض وزراء الصحة في المنطقة بشأن أهمية تنسيق المواقف والتعاون بين وزارات الصحة الخليجية. ثم أصبحت الاجتماعات سنوية تحت اسم مؤتمر وزراء الصحة للدول العربية الخليجية .

وفي عام ١٩٨١، قرر وزراء الصحة تغيير الاسم إلى "مجلس وزراء الصحة للدول العربية الخليجية". وفي عام ١٩٩١، طلبت الأمانة العامة لمجلس التعاون من المجالس القائمة (التعليم العربي، الشؤون الاجتماعية، الصحة) - والتي سبقت مجلس التعاون - تغيير أسمائها إلى الهيئة التنفيذية لوزراء الصحة ولوزراء الشؤون الاجتماعية ولوزراء التعليم على التوالي .

هيكل المجلس، مؤتمر (مجلس) وزراء الصحة

ويتكون من وزراء صحة ست دول في مجلس التعاون ويُعقد مرتين سنوياً (مرة بإحدى الدول الأعضاء خلال فبراير/ مارس - طبقاً للترتيب الأبجدي لهذه الدول، ومرة بجنيف أثناء انعقاد الجمعية الصحية العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية في مايو). بالإضافة إلى ذلك، يتم عقد اجتماعات للتنسيق أثناء انعقاد اللجنة الإقليمية لمجلس وزراء الصحة بالدول العربية ودول شرق البحر المتوسط .

الهيئة التنفيذية

وتتألف من أعضاء دائمين (عضو واحد من كل دولة من دول مجلس التعاون). وتُعقد ثلاث مرات كل عام تحت رئاسة المدير

التنفيذي لوضع استراتيجية العمل للهيئة التنفيذية وإعداد جداول الأعمال للمؤتمرات الوزارية وإصدار التوصيات فيما يتعلق بالدراسات والتقارير التي تعدها وتقدمها للجان المعنية ومجموعات العمل ومراجعة الميزانية السنوية للهيئة التنفيذية. وإضافة إلى هذه الاجتماعات المنتظمة، تنعقد الهيئة التنفيذية متى استدعى الأمر.

اللجان الفنية ومجموعات العمل

وتتكون من مجموعة من المختصين في مجالات معينة ويتم ترشيحهم بمعرفة الدول الأعضاء والمدير التنفيذي. ويقومون بدراسات في موضوعات متنوعة والتي ترفع إليهم طبقاً لتخصصاتهم. ويتم تقديم نتائج أعمالهم للمدير التنفيذي.

أهداف المجلس

- تحقيق التنسيق والتكامل وتقوية التعاون في المجالات الصحية المختلفة بين دول مجلس التعاون الخليجي وتنمية الخدمات الصحية بهذه الدول.
- توحيد الأهداف العامة في التجمعات الدولية وتعزيد العلاقات مع كافة الهيئات الإقليمية والدولية.
- وضع سياسة دوائية موحدة للمنطقة تتيح التحكم الكامل في واردات الأدوية وتساعد على إقامة صناعات دوائية وطنية تحقق الاكتفاء الذاتي لدول مجلس التعاون الخليجي.
- تشجيع الدراسات والأبحاث المشتركة وتقديم التوصيات وإسداء النصائح الفنية لدول مجلس التعاون الخليجي في المجالات المختلفة على النحو الذي يساعد على تحقيق أهداف المجلس.

- تحقيق التنسيق والتكامل في مجال مجموعات مشتريات الأدوية والإمدادات الطبية وتوسيع هذا المجال ليشمل الاحتياجات الطبية الأخرى.

تحديد الخطط والبرامج ومشروعات العمل المشتركة في مجال الصحة.

الموافقة على الخطة العامة والبرامج التنفيذية المرتبطة بتنفيذ الدراسات والأبحاث في مجالات المشاكل الصحية والسيطرة على الأمراض المستوطنة والتعليم الصحي والمحافظة على الصحة البيئية عن طريق منع تفشي الأمراض بدول مجلس التعاون الخليجي.

تنظيم عملية تبادل الخبرات في مجالات التعليم والتدريب الطبي بصورة تحقق تطوير وتوحيد أنظمة التعليم في كليات الطب والمعاهد الصحية.

تاريخ المشتريات الجماعية

إن تزايد تكلفة الرعاية الصحية يعد أحد التحديات الكبرى التي تواجه إدارات الرعاية الصحية. وقد ساهمت عدة أسباب في هذا التزايد منها:

- النمو والتوسع السريعان في قطاع الرعاية الصحية.

- زيادة تكلفة الأدوية وإمدادات المستشفيات.

التغيرات التي طرأت على أنماط الأمراض

وهذه التغيرات تؤدي إلى ظهور مفهوم المشتريات الجماعية في الصناعة المرتبطة بالرعاية الصحية. وفي عام ١٩٠٩، تم الاتصال بنادي مشرفي المستشفيات في نيويورك بشأن إنشاء وكالة مشتريات لمستشفيات نيويورك. وتم تكوين أول مجموعة في عام ١٩١٠. وفي عام ١٩١٨،

بدأ اتحاد مستشفى كليفلاند بالعمليات الشرائية لمجموعته. وفيما بين عامي ١٩٦٢ و ١٩٧٤ تم تنظيم ما يفوق ٤٠ مجموعة في الولايات المتحدة. وقد أوضحت الدراسات التي بدأت مبكراً في عام ١٩٦٤ أنه من خلال المشتريات الجماعية انخفضت التكلفة السنوية للأدوية بمعدل يراوح بين ٢٪ و ٣٪ وانخفضت التكلفة الكلية بمعدل ٤٪. وحقق أعضاء المجموعات الدولية للدواء مدخرات ضخمة واستمر معدل الانخفاض في السعر الذي بلغ ٢٥٪ في العام الأول من تطبيق هذا النظام.

وفي عام ١٩٨١، أسست خمس دول هي المغرب وموريتانيا والجزائر وتونس وليبيا مجموعة مشتريات ضخمة. وفي عام ١٩٨٢، أعلنت المجموعة عن مناقصتها الأولى المتضمنة ١٤٤ عقاراً. ولسوء الحظ لم يتم تطوير النظام على نحو جيد بسبب مشاكل كثيرة متعلقة بالنقل والتمويل.

التجربة الخليجية

المشتريات الجماعية - النشأة والتطور

بدأ المفهوم في فبراير ١٩٧٦ عندما طالب وزراء الصحة في دول مجلس التعاون الخليجي الأمانة العامة بتكوين لجنة فنية تقوم بما يلي:

- دراسة إقامة نظام موحد لتسجيل الأدوية ومراقبتها وكذلك إعداد دليل للأدوية في دول مجلس التعاون الخليجي.
- دراسة إمكانية توحيد عملية شراء بعض الأدوية للوزارات والمؤسسات الحكومية. وكان على الأمانة العامة وضع برنامج مفصل فيما يخص الطلب والاستيراد والمناقصات مع أخذ التشريعات المحلية في الاعتبار.

- دراسة إمكانية استفادة الدول الأعضاء من معمل المراقبة الدوائية في كل من المملكة العربية السعودية والكويت.

وفيما بين عامي ١٩٨٠ و ١٩٨٩ تم اتخاذ عدة قرارات تهدف إلى تدعيم المشتريات الجماعية.

في عام ١٩٨٥ تم توجيه الدعوة للدول الأعضاء للحصول على ٦٠٪ على الأقل من احتياجاتها من كافة البنود من خلال المشتريات الجماعية.

في عام ١٩٨٧ تم الاتفاق على حصول الدول الأعضاء على ٦٠٪ على الأقل من احتياجاتها الدوائية وكذلك ٢٠٪ على الأقل من احتياجاتها من العقاقير المنتجة محلياً من خلال المشتريات الجماعية. وكان الهدف من وراء ذلك هو تأكيد عدم ارتفاع الأسعار بالنسبة لبقية الدول الأعضاء.

في عام ١٩٩١ تم تشكيل لجنة استشارية من كلية الصيدلة بجامعة الملك سعود لدراسة وسائل تطوير المشتريات الجماعية. وعقدت اللجنة الاستشارية الكثير من الاجتماعات مع ممثلي الدول الأعضاء المشاركين في المشتريات الجماعية لإرساء أسس علمية لتحسين المشتريات الجماعية.

في المؤتمر الأربعين الذي عُقد بالرياض في عام ١٩٩٦ تم الاتفاق على تحصيل ٠,٥٪ من مبالغ المناقصات التي تم إرساؤها في المشتريات الجماعية لإنشاء صندوق لدعم الأبحاث المشتركة بين الدول الأعضاء وإلغاء المستحضرات الدوائية للشركات التي لا تلتزم بشرط اختبارات التكافؤ البيولوجي في مناقصات المشتريات الجماعية.

في المؤتمر الرابع والأربعين في الدوحة عام ١٩٩٨ تم الاتفاق على أسس إرساء المناقصات الدوائية وتمت الموافقة على المبادئ

الرئيسية للتفتيش على مصانع العقاقير بهدف دراسة مشروع التسجيل المركزي للعقاقير في دول مجلس التعاون الخليجي .

في المؤتمر السادس والأربعين بمسقط عام ١٩٩٩ تم توحيد النسبة المئوية المعطاة على الإمدادات الدوائية والطبية لتصيح ١٠٪، كما تمت الموافقة على قبول شهادات التحليل الصادرة عن المعامل المرجعية المعتمدة بغرض التسجيل، وفي نفس الوقت تم اختبار الأدوية الخليجية فيما يتعلق بالتسعير طبقاً لنفس الإجراءات المتبعة مع الأدوية الوطنية في كل دولة .

في المؤتمر السابع والأربعين في جنيف عام ١٩٩٩ تمت الموافقة على مشاركة الشركة المسجلة لدى دولتين من الدول التي تم اعتبار معاملها كمعامل مرجعية لدول مجلس التعاون الخليجي، في المشتريات الجماعية للأدوية. كما تم الاتفاق على نظام التسجيل المركزي للأدوية في دول مجلس التعاون الخليجي .

في المؤتمر الثامن والأربعين تم إنجاز الأعمال التالية :

تم التوصل إلى مناقصة لإمدادات المعامل وبنوك الدم، وتم تكليف الهيئة التنفيذية باتخاذ خطوات تنفيذية بالتنسيق مع الدول الأعضاء .

طلب من الهيئة التنفيذية مراجعة أسس وآليات إرساء مناقصات المشتريات الجماعية في ضوء الملاحظات التي تبديها لجان المشتريات الجماعية .

ضرورة التزام الدول الأعضاء بالقرارات الوزارية السابق إصدارها والتي تنص على مشاركتها في مناقصات المشتريات الجماعية بما لا يقل عن ٦٠٪ من حاجياتها السنوية .

في المؤتمر التاسع والأربعين تمت الموافقة على قواعد تسعير الدواء بدول مجلس التعاون الخليجي .

في المؤتمر الخمسين تم إنجاز الأعمال التالية : .

الموافقة على مبادئ إرساء مناقصات الدواء، توسيع مشاركة المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المتمتية للقطاع الخاص ضمن برنامج المشتريات الجماعية من خلال الوزارة المختصة في كل دولة .

إعداد دليل المواصفات الخاصة لإمدادات المستشفيات وكذا دليل إعادة التأهيل الطبي بهدف ضمان مستويات عالية من الكفاءة والجودة .

الموافقة على لوائح الشركة المؤهلة للإمدادات الطبية .

تقديم مناقصة المعامل وبنوك الدم كمنافسة منفصلة لعام ٢٠٠١ ضمن الإطار الزمني المقترح لاجتماعات لجان المشتريات الجماعية للمناقصات التالية .

يتعين أن يكون لدى الشركات المشاركة في المناقصات وكيل محلي في كل دولة .

أهداف المشتريات المحلية

تم إنشاء برنامج المشتريات الجماعية لتحقيق الأغراض التالية : .
توفير فائض مالي من خلال كميات المشتريات الكبيرة بأسعار أقل .

تأهيل الشركات التي تنتهج ممارسات تصنيع سليمة والمسجلة طبقاً للقواعد والتنظيمات الموضوعية بواسطة الهيئة التنفيذية مما ينتج عنه ضمان الجودة العالية للبنود المشتراة .

ضمان استخدام جميع دول مجلس التعاون الخليجي لنفس العقاقير المصنعة بواسطة نفس الشركة.

سرعة الانتهاء من إجراءات إرساء المناقصات المقدمة.

ضمان الطلب المتدفق والمستمر للأدوية وإمدادات المستشفيات والأجهزة على مدار العام من خلال عمليات التسليم الناجحة والمنتظمة.

تشجيع القطاعات الصحية الأخرى، على سبيل المثال المستشفيات المتخصصة، على توفير احتياجاتها من خلال المشتريات الجماعية.

تشجيع سياسة المشتريات من شركات مسجلة بشكل عام لتحقيق المزيد من الفائض المالي.

دعم صناعة الدواء في الخليج لتحقيق الأمن الدوائي الخليجي.

مزايا المشتريات الجماعية

يمكن تلخيص المزايا فيما يلي: -

خفض تكلفة المنتجات الدوائية، فالمشتريات الجماعية تعد أسلوباً مهماً لتوفير الأموال لصالح وزارة الصحة. وقد أصدر المكتب العام للمحاسبة في الولايات المتحدة تقريراً عن مشتريات المستشفيات وإدارة عمليات الجرد يوصي بالمشاركة في المشتريات الجماعية كآلية للتحكم في تكاليف الدواء. وطبقاً للدراسة التي أجراها المكتب التنفيذي عام ١٩٩٢ تم توفير ٣٣ مليون دولار بواسطة خمس دول من أعضاء مجلس التعاون الخليجي. بالإضافة إلى ذلك، تم توفير ١١ مليون دولار أخرى بواسطة ثلاث دول من أعضاء المجلس في عام ٢٠٠١.

الشفافية في فحص المناقصات عند الإرساء.

المواصفات القياسية

وتم تحقيقها من خلال الاتفاق على البنود التي تؤدي إلى توحيد العقاقير المستخدمة بواسطة دول مجلس التعاون الخليجي وتتيح الحصول على الكمية المطلوبة في حالة الطوارئ.

خفض العمالة

وتحقق ذلك من خلال تجنب المشتريات المنفردة وبالتالي تقليل الأعباء الإدارية والتنظيمية التي تتحملها وزارات الصحة إلى أدنى حد، إضافة إلى تقليل عدد العينات المطلوب اختبارها لغرض المراقبة.

زيادة العمليات الشرائية

تتيح المؤسسة المعنية العديد من المهارات لتنمية المشتريات والتغلب على بعض المصاعب الروتينية في بعض الهيئات أو الدول والمساعدة على زيادة العمليات الشرائية للأعضاء.

المشاركة في المعلومات

إن تبادل المعلومات ومشاركة المؤسسات والمستشفيات والدول فيها يعد أمراً ذا قيمة كبيرة. وقد تكون هذه المعلومات إكلينيكية أو متعلقة ببيانات عن العقاقير أو مرتبطة بالثقافة الصحية. الخ.

الأنواع المتماثلة للعقاقير

يتعين استخدام هذه الأنواع في دول المنطقة مما يجعل من السهولة حصول الناس على نفس الدواء في أي قطر.

تطوير السياسة الدوائية في الدول الأعضاء

لقد ساهمت المشتريات الجماعية في تحقيق صور التقدم التالية بدول مجلس التعاون الخليجي : -

- التسجيل المركزي للعقاقير
- برامج التكافؤ البيولوجي
- مرجع للتوصيف الطبي لمجلس التعاون الخليجي
- عمليات تصنيع سليمة
- اعتماد معامل الجودة المركزية
- دعم صناعة الأدوية المحلية

إجراءات المشتريات الجماعية

مهمة الهيئة التنفيذية في المشتريات الجماعية

دعوة اللجان للانعقاد واقتراح جدول الأعمال والقيام بأعمال الأمانة .

تسليم المناقصات والمزايدات للشركات .

- إخطار الدول بعمليات الإرساء وإرسال عينات من البنود التي تم إرسالها لكل دولة لغرض التسليم .
- إخطار الشركات بالبنود التي تم إرسالها والمبلغ الكلي لعمليات التسليم .
- توفير الدعم الفني للدول الأعضاء ولجان المشتريات الجماعية من خلال اللجان الاستشارية .
- الرد على أية استفسارات من الدول أو الشركات .

- تحصيل نسبة ٥,٥٪ من إجمالي البنود التي تم إرساؤها كرسوم لكل دولة .

التزامات الدول الأعضاء

- تقوم كل دولة بطرح احتياجاتها في الموعد المحدد .
- المشاركة بما لا يقل عن ٦٠٪ من البنود التي تم طرحها و ٢٠٪ من البنود المنتجة محلياً .

يتعين الالتزام بمواصفات البنود وشروط المناقصات .

- تفويض ممثلي اللجان الدائمة في حضور الاجتماعات التمهيدية وفتح المظاريف وإنهاء إجراءات إرساء المناقصات .
- يجب على كل دولة سداد المبلغ المالي المين طبقاً للعقود وطلبات الشراء .
- إخطار الهيئة التنفيذية بتفاصيل البنود التي لا تجتاز التحليل المعلمي أو التي لا تتوافق مع المواصفات المطلوبة .
- يجب على الدول الأعضاء إعداد الدراسات الإحصائية التي توضح السبب وراء عدم مشاركتها في البنود التي تم إقرارها وذلك لتحديد النسبة المئوية لمساهمة كل دولة في المشتريات الجماعية .

التزامات الشركات

- تحقيق جميع الشروط وتقديم كافة المستندات التي تتطلبها المناقصات .

تسليم الضمانات البنكية المطلوبة وهي :-

- سند عرض أسعار من خلال أحد البنوك السعودية المحلية يتم استرداده عقب تسليم سند الأداء .

- سند أداء قيمته خمسة بالمائة من البنود التي تم إرساؤها لكل دولة، يتم استرداده بعد إتمام عمليات تسليم البنود.

- تسليم عينات من البنود التي تحويها المناقصات.

العقبات التي تواجه المشتريات الجماعية

يمكن تحديد عدة عقبات من شأنها أن تعوق تطوير برنامج المشتريات: .

- نسبة مشاركة كل دولة من الدول الأعضاء، فبعض الدول لا تشتري جميع الكميات التي تحتاجها من خلال برنامج المشتريات الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض القوة الشرائية.

- الالتزام بالكميات التي تحويها المناقصات، فبعض الدول قد تُخفّض من حجم الكميات الأصلية بشكل كبير بعد إرساء المناقصات.

الالتزام بالجداول الزمنية للمناقصات.

- قد يقوم بعض الأعضاء بتأخير إخطاراتها فيما يتعلق بكمياتها النهائية الأمر الذي ينتج عنه التأخير في إرساء المناقصات.

انخفاض أسعار المناقصات المحلية.

- كثير من الشركات تعرض أسعاراً منخفضة لمنتجاتها فيما يتعلق بالمناقصات المحلية لبعض الدول الأعضاء وهو ما يجعل هذه الدول خارج برنامج المشتريات.

غياب المشاركة في بعض المناقصات .

عدم مشاركة بعض الدول الأعضاء في جميع المناقصات المقدمة بواسطة البرنامج .

تأثير العولمة على برنامج المشتريات

من المتوقع أن تؤثر عدة اتفاقيات لمنظمة التجارة العالمية على برنامج المشتريات الجماعية، فمنذ عام ١٩٩٤ تركز الاهتمام على اتفاقية منظمة التجارة العالمية لأشكال حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (ترييس) بوصفها الأداة بعيدة المدى التي قد تؤثر في أسعار الدواء . وقد يخضع البرنامج لتأثير اتفاقيات أخرى مثل الجات والحواجز الفنية أمام التجارة (تي.بي.تي)، فضلاً عن القوانين المناهضة للإغراق والمشتريات الحكومية .

الآثار المحتملة على البرنامج

فيما يلي الجوانب الرئيسية الشائكة التي تتأثر فيها الإمدادات الدوائية والطبية باتفاقيات منظمة التجارة العالمية: زيادة أسعار المنتجات المسجلة (الحاصلة على براءة اختراع)، والمنتجات ذات الجودة المنخفضة، والمنافسة غير العادلة للصناعة المحلية وإغراق الأسعار .

زيادة أسعار المنتجات المسجلة

تطالب اتفاقية أشكال حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (ترييس) أعضاء منظمة التجارة العالمية بمنح حماية ممتثلة في براءات اختراع لمدة لا تقل عن ٢٠ عاماً لأي اختراع في أي فرع من فروع التكنولوجيا . ونظراً لارتفاع أسعار العقاقير الحاصلة على براءات

اختراع، فإنه من المتوقع أن تشهد التكلفة الكلية للدواء زيادة مطردة في العقد القادم.

المنتجات ذات الجودة المنخفضة

إن الهدف من وراء اتفاقيات منظمة التجارة العالمية هو إيجاد نظام تجاري حر ومنفتح تعمل بمقتضاه الشركات التجارية في الدول الأعضاء في إطار من المنافسة العادلة بين بعضها البعض. ومن المتوقع أن ترغم المنافسة الشديدة الأطراف المتنافسة على أن تقلل من جودة منتجاتها بشكل يمكنها من التنافس بشكل فعال.

المنافسة غير العادلة للصناعة المحلية وإغراق الأسعار

سوف يواجه المنتجون المحليون منافسة غير عادلة من جانب المنتجين الأجانب الذين بإمكانهم تقديم أسعار رخيصة جداً لمنتجاتهم. وعادة ما يحظى المنتجون الأجانب بمزايا كثيرة تفوق تلك التي تتاح لنظرائهم المحليين، الأمر الذي يمكنهم من تخفيض الأسعار. وتشمل هذه المزايا العمالة الرخيصة وتوافر المواد الخام والأسواق المحلية الكبيرة والدعم الحكومي والتخطيط الاستراتيجي من أجل الاستحواذ على السوق.

المزايا المتوقعة للبرنامج

في مقابل الآثار المحتملة، فإن اتفاقيات منظمة التجارة العالمية قد تحمل عدة مزايا لصالح البرنامج. فقد تؤدي الاتفاقيات إلى خفض الأسعار وتحسين جودة المنتجات وتشجيع نمو الصناعة المحلية وتحسين شفافية نظام المشتريات الجماعية.

خفض الأسعار

عندما تقوم دول مجلس التعاون الخليجي بتنفيذ اتفاقيات منظمة التجارة العالمية على نحو كامل، فإنه يُتوقع أن يتنافس المزيد من الشركات الأجنبية في مناقصات برنامج المشتريات الجماعية. وهذا سوف يؤدي إلى انخفاض أسعار عدد كبير من المنتجات وتوفير مبالغ كبيرة للدول.

تشجيع نمو الصناعة المحلية

على المدى القصير قد تعاني الصناعة المحلية من بعض الخسائر من جراء المنافسة الأجنبية، وبإمكان الصناعة المحلية القوية النمو فقط في سوق تنافسي ومن خلال إجراءات حماية مدروسة بعناية. وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين جودة المنتج وتشجيع التصدير.

تحسين شفافية النظام

برغم الإعلان عن نتائج مشجعة، فإن نظام المشتريات الجماعية يتطلب دفاعات قوية في مواجهة الأنظمة المختلفة. ومشتريات بهذا الحجم والمستوى دائماً ما تتعرض إلى محاولات للتدخل من جانب مجموعات الضغط الأخرى. وقد أكد العديد من الممثلين والمشاركين في هذا النظام على أهمية المعلومات الصحيحة والشفافية، فمشاركة الكثير من الأطراف الأجنبية تتطلب درجة عالية من الشفافية.

مستقبل برنامج المشتريات الجماعية

لأجل إنجاح البرنامج، يجب على الدول الأعضاء أن تعبر عن التزامها ودعمها الشجاع لفلسفة البرنامج. ويجب مراعاة النقاط التالية لتطوير البرنامج:-

- التخطيط الاستراتيجي: لضمان النجاح، يتعين على الدول الأعضاء توظيف عمليات التخطيط الاستراتيجي ونقل تركيزها بعيداً عن الحصول على تكلفة المنتجات الدوائية.
- وضع مرجع توصيفي شامل: فبدون مرجع توصيفي قوي لا تستطيع الدول الأعضاء تعظيم فوائد البرنامج.
- تبادل المعلومات: إن المشاركة في المعلومات وتبادلها عملية مؤثرة في برنامج المشتريات الجماعية.
- حجم المشتريات: إن الهدف من البرنامج هو زيادة حجم الكميات التي يتم شراؤها.
- التنسيق بين اللجان الدوائية والعلاجية وتأسيس برنامج تثقيفي شامل.
- استخدام بيانات التكافؤ البيولوجي: إن سياسة التبادل الشامل تعتمد على توافر بيانات التكافؤ البيولوجي والتي يتعين إدماجها في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالبت في العقود.
- تطوير خدمات استخدام العقاقير ومراقبة استخدام العقاقير في الدول الأعضاء.
- علاقات التجار: أصبح تجار الرعاية الصحية يدخلون في عمليات شراكة مع وزارة الصحة والمؤسسات.

خاتمة

يمثل برنامج المشتريات الجماعية في دول مجلس التعاون الخليجي أحد البرامج الأكثر نجاحاً للهيئة التنفيذية، وسوف يستمر البرنامج في التطور مع عقد مناقصات جديدة في المستقبل، ومن المتوقع انضمام المزيد من مؤسسات الدول الأعضاء إلى البرنامج.

المناقشات

الجلسة التاسعة

الرئيس: د. كراندر

نائب الرئيس: د. سمير ثابت

المتحدثون:

د. جونثان كويك . د. بيتر جراف . د. أحمد الخطيب

الرئيس: الآن لدينا نصف ساعة كاملة: خمس عشرة دقيقة للتعليقات والمداخلات وخمس عشرة دقيقة للتعقيب من قبل المتحدثين. الثلاثة موضوعات التي طرحت لديها دلالات طبية ما يتصل بالرعاية الصحية والصحة العامة وكيفية الوصول إلى الأفراد فيما يتصل بتوفير الأدوية ما أود أن أقوم به في هذا الصدد هو أن يكون تعقياً من قبل المشتركين وسأبدأ بالدكتور محمد أخطر وهو في مجال الصحة العامة.

د. محمد أخطر: سيدي الرئيس لقد أتحت لي الفرصة لأعقب على هذا الموضوع المهم لأن الصحة العامة تعتمد على توفر الأمصال الوقائية والعقاقير وفي حالة عدم توفيرها فإن هذا يؤدي إلى تفشي الأمراض داخل المجتمع والدولة بأثرها. نحن نجد الصعوبة ليس في هذا الجزء من المنطقة ولكن في العالم بأسره فيما يتصل بتوفير الأمصال في الوقت المتاح، والقطاع الخاص لم يستطع أن يفي بهذا الالتزام ومن ثم فإن عملية إنتاج الأمصال يجب أن تتولاها الحكومة ذاتها على النطاق الإقليمي وهذا سيكون اقتصادياً من ناحية التكلفة، لكن هناك توفير دائم للصحة العامة، فيما يتصل بالأدوية فإنما يجب أن نأخذ

في الاعتبار كيف يمكن أن نقلل من التكلفة فيما يتصل بتوصية الأدوية الأساسية للسكان لقد سمعنا في التعقيبات السابقة أن هناك نسبة كبيرة من السكان لا تحصل على هذه الأدوية الأساسية وهذه مسؤولية ليست فقط الدولة ذاتها التي يسكن فيها هؤلاء ولكنها مسؤولية الإقليم ككل والمنطقة ككل مثلا نقص أدوية السل والدرن قد يؤدي إلى وباء يتفشى في البلاد بأسرها ومن ثم البعض لا يستطيع الحصول على الأدوية حينما يكون مصابا بمرض عضال فهذا يعرض المجتمع بأسره للخطر ويجب أن نصل إلى تقدير بعض الأموال التي تساعدنا في توفير هذه الأدوية حينما لا نستطيع الحصول عليها إنني أقدر لكم إتاحة الفرصة لي للتعقيب وشكرا لكم.

الرئيس: شكرا للدكتور أخطر، السيد جون براينت هل هو متواجد في القاعة أود منه أن يعقب لنا لديه خبرة كبيرة في الدول النامية في هذه الحالة سنفتح الباب أمام التعليقات عامة.

د. عبد العزيز صالح التعليق على توافر الأدوية الأساسية (Accessability) واضح من المحاضرة القيمة للدكتور كويك من جانب برنامج الأدوية الأساسية للمنظمة لكن في الحقيقة هناك جانب خاص متعلق بأسعار الأدوية لكن ومعدرة إن كان التركيز عليه لأنه لا بد من بذل مجهود للحصول على المعلومات لتحليل كامل لأسعار الأدوية وأنا أعتقد أن هناك وثيقة جديدة للمنظمة مع WHO على تحليل الأسعار بمعنى ما هو السعر الحقيقي لإنتاج الدواء لو حذفنا منه تكاليف الدعاية والإدارة بحيث يكون هو الأساس لما يمكن أن نتعامل معه بالأسعار التفاضلية بين الدول لأن هذه المعلومات حقيقة ستكون مفاجأة للجميع، الحقيقة لما سمعت أن ٨٥٪ من سعر clipp ذاهبة إلى (Designers) وأن تكلفة الإنتاج فقط ٦٪ أنا خائف أن تكون الأدوية نفس الشيء إن السعر حينما ينزل من عشرة آلاف إلى ٣٥٠ دولارا حتى

٣٥٠ دولارا أنا متصور أنه مبلغ كبير جدا لأدوية الإيدز وهي وصلت إلى ٣٥٠ دولار لأننا بدأنا من عشرة آلاف فنحن محتاجون إلى بذل مجهود أكثر في التحليل الدقيق في تكلفة الأدوية حتى نعرف السعر الحقيقي، الجانب الآخر الحقيقة الدراسات كما أشارت الإحصاءات خاصة مواد التعبئة وأيضا للأدوية أنه في الدول الإسلامية العربية توجد طاقات إنتاجية كبيرة جدا غير مستغلة وأيضا لن نتصور أن نستغل تلك الطاقات الإنتاجية ستبقى عندنا فعلا إمكانية أننا سنتج بسعر أرخص وفق المطلوب وهو أننا نتعاون مع بعض في استغلال هذه الطاقة الإنتاجية غير المستخدمة وشكرا.

الرئيس: د. بلقاسم صبري: أود في البداية أن أتقدم بالشكر لمختلف المتداخلين أعتقد أن قضايا مهمة أثيرت في الورقات الثلاث أولا أبدأ بالبعد الاستراتيجي للدواء والأمصال واللقاحات وأعتقد أنها تشكل أحد عناصر ما يجب أن يعتبر الأمن الصحي بالنسبة للدول الإسلامية كما نتحدث عن الأمن الغذائي وكما نتحدث عن الأمن بمفهومه الشامل أعتقد أننا يجب أن نركز على مقومات هذا الأمن الصحي وأن نركز على العناصر الاستراتيجية وأعتقد ما تم نقاشه منذ اليومين الماضيين في موضوع الدواء وموضوع اللقاحات لآخره مهم جدا، التعليق الثاني هو في أهمية التكامل بين البلدان فيما يخص محاولة السعي نحو تحقيق هذا الأمن الصحي وأعتقد أن التجارب التي وردت في الورقة الأخيرة التي تؤكد أهمية التعاون أو تنشيط دور المؤسسات الإقليمية مثل الجامعة العربية ومجلس التعاون الخليجي ودول الاتحاد المغاربي وغيرها أعتقد أنها تجارب مهمة ويجب أن تؤكد على أهمية تنشيط دورها كما لاحظنا كذلك أن هناك تكاملا بين المؤسسات البحثية في تلك البلدان وتوزيع الأدوار بالنسبة للاتجاهات الاستراتيجية في الإنتاج وفي توفير الخدمات ويجب أن تراعى هذه

وأخيراً أعتقد أهمية البحوث في توفير هذا التوجه نحو توفير الأمن الصحي، وأعتقد أن نقاش البارحة أكد هذا الموضوع بالنسبة للدواء وأكد بالنسبة للقاحات والأمصال وأعتقد أن من الأهمية بمكان أن نؤكد مرة ثانية على أهمية البحث العلمي وكذلك على أهمية تكامل البحث العلمي حتى لا تشتت الاتجاهات في هذا الميدان وشكراً.

الدكتور الجندي الحقيقة بالأمس سمعنا محاضرة هامة من د. زانج عن موضوع استخدام النباتات الطبية وضرورة الاستفادة منها واليوم سمعنا جونثان كويك يتحدث عن الأدوية الأساسية وضرورة الالتزام بها وأنا أرجو بالحقيقة أن ألفت انتباه، د. زانج بأنها تبدأ في عمل نحن كنا بدأنا في عمل قائمة الأدوية الأساسية لأنه واضح تماماً أن الحل الأمثل للدول النامية والدول الفقيرة هو استخدام مصادر طبيعية وهذه كانت رؤية المنظمة في بداية عملها وبداية إنشائها أن نحاول لفت الانتباه في استخدام النباتات الطبية وقطعت شوطاً كبيراً في هذا المجال وكانت أول منظمة تضع المواصفات من ناحية الأمان (Sefety) ومن ناحية التأكد من الفاعلية كل شيء بالنسبة للنباتات وهذه وثيقة مهمة موجودة لدى منظمة الصحة العالمية واعتمدها مجلس وزراء الصحة العرب لذلك أقول مرة ثانية إن موضوع أن الأدوية الكيماوية هي المستحوذة الرئيسية على هذا الاجتماع ويجب أن نعيد النظر مرة ثانية في موضوع النباتات الطبية بكل أبعادها سواء كانت زراعة أو حفظاً أو استخداماً أو تنظيمياً ووضع لوائح جيدة لها والاهتمام لإخراجها إلى حيز الوجود وشكراً سيادة الرئيس.

الرئيس شكراً د. الجندي أود أن أنتقل إلى الجانب الأيسر د.

العوضي.

الدكتور العوضي: لا شك أن المواضيع التي تطرح اليوم لها علاقة كبيرة بالعولمة أعتقد هذه أحد التحديات الكبيرة التي ستخضع لها

الدول عامة في مجال العولمة الدواء كما ذكر د. عبد العزيز لا نعرف سعره الحقيقي ودائما تخبئ هذه الشركات الكبيرة التي أصبحت الآن كما نعرف هي ثاني مجموعة من القوة الاقتصادية بعد الأسلحة إننا نتكلم عن شركات كبيرة جدا ما أريد أن نسميها مافيا إنما هي أقرب ما تكون للمافيا لأنها مهيمنة على السوق فلذلك أنا أستغرب كيف يحصل الدكتور عبد العزيز أو غيره على أسعار حقيقية لأنه دائما العذر بالأبحاث والعذر بالتكاليف الباهظة ستظل العائق مع الأسف الشديد إنما هي الأدوية الجنيسة تقريبا هي المخرج الرئيسي في مثل هذه التصورات إنما أعتقد أن العولمة سيكون لها تأثير كبير في الموضوع هذا، وأنا أيضا لأنني مرتبط بموضوع الأمصال ذكر د. كويك في موضوع توفير اللقاحات والطعوم أنه كان هناك نوع من الحصار على باكستان قبل حوالي أربع سنوات من أجل الحصول على لقاح شلل الأطفال مهما توفر لدينا من إمكانياتنا لا زالت إمكانيات أقل بكثير من احتياجاتنا فأرجو أن يكون متوفر إن شاء الله، الدول المحتاجة وأنا سعيد جدا أن أجد هذا التعاون ما بين باكستان واندونيسيا وإيران حول موضوع إنتاج الأمصال واللقاحات لأنني كنت أتألم حينما أجد دولة إسلامية قبل فترة لعلاقات سياسية ما كان يأخذها اللقاحات والأمصال في حين أن العالم كله متجه الآن إلى التخلص من الجدري وشلل الأطفال في خلال سنة قادمة من الآن، أعتقد مهما كان سيظل سيدي الرئيس هناك الكثير من العوائق التي تذهب وتذهب بمكاسبنا إن لم نكن حذرين في الاستفادة القصوى منها، والتي لفت انتباهي في محاضرة د. أحمد الخطيب طبعاً من المشاركين ومن المتابعين للمجتمع أن أحد منافع العولمة ذلك بأن هناك تشجيعاً للصناعة المحلية وأعتقد أن هذا نفس الكلام ذكره حينما قال إنه أحد أضرار العولمة على موضوع الصناعة المحلية، أنا أعتقد العكس إذا كان يقصد أنه سيكون

هناك صناعات محلية تابعة للشركات الكبيرة هذا أمر مقبول تأتي شركات كبيرة وتفتح فروعاً مثل الآن نجد أنها تشتري شركات في مصر وتحاول هي أن تحتوي هذه الشركات وتنتشر بضائعها قد تكون في البداية رخيصة ولكن عندما تتمكن من الوضع في الدول سترفع الأسعار وهذا يعني أننا سنجد صعوبات كثيرة في مجالات أخرى حول هذا الاحتكار، أستغرب من الدكتور أحمد كيف يرى أن هناك تشجيعاً للصناعات المحلية من خلال العولمة أنا أعتقد سيكون بالعكس. إذا كانت صناعات وطنية أعتقد أن هذا الموضوع لا يتحقق، بالعكس سيحاولون أن يخرجوهم من الصناعة ويحاولوا إغراقه وعدم السماح لهم. لذا أرجو أن يوضح لنا؟ نأتي إلى موضوع النباتات الطبية هناك معوقات كثيرة، لا زالت الدول النامية مع الأسف الشديد باستثناء الهند والصين ويمكن باكستان واندونيسيا، الدول النامية كلها لا زالت لا تؤمن بالأدوية المحلية والنباتات الطبية وتحاول أن تقلد الغرب وتحاول أن تستبدل أدوية بسيطة بأدوية مستوردة وكذلك كمسكنات ومهدئات وأنا أعتقد أن الرؤية لموضوع النباتات الطبية ما زالت غير واضحة، علينا أن نعلم أن الدكتورة زانج هي الوحيدة في المركز الرئيسي في هذا المجال وتجاهد بهذا التوجه لنجد الدول الغربية تأخذ النباتات الطبية من الدول الفقيرة وتحاول أن تصنعها وترجعها إليهم بأسعار غالية، وأضرب مثلاً بالكركية هو ليس دواء ولكنه مهدء يأخذونه بالأطنان بالقروش ويعيدوه لنا بالدولارات والجنيهات، واضح أنهم قادرون على استغلال هذه الثروات فأرجو أن يكون هناك نوع من الردع ومنع ما يسمى الاحتكار لازم يمنع الاحتكار يمنع سرقة النباتات الطبية سرقة نباتاتنا ومحاولة استغلالها وعودتها إلى البلاد النامية، سيادة الرئيس إن هذه إحدى المجالات الرئيسية التي يجب أن نؤكد عليها ونضع لأنفسنا استراتيجية أوضح ونطالب الصحة العالمية أن يكون لها دور أقوى أعتقد

أن الصحة العالمية لها دور في الموضوع لأنها أبعدت في البداية في المناقشات WHO ليس لديها الدور الكبير في الموضوع هذا، علينا أن نناشد بقوة الصحة العالمية بالمركز الرئيسي أو بالأقاليم بضرورة حماية هذا التوجه لن يكون لصالح الدول النامية نحن مقدمون على احتكار، قادمون على نوع من الاستغلال لثروات طبيعية وأرجو أن تكون إحدى التوصيات الرئيسية للنقاش في هذا المجال وشكرا سيادة الرئيس .

الرئيس: نحن نعرف أن الدكتور العوضي هو المحرك الرئيسي ليس فقط للمنظمة بل للمنظمات الأخرى ولديه القدرة على التغيير ونحن نتطلع لهذا، الآن ننتقل إلى التعقيب للمتحدثين والتعقيب إلى د. كويك. لم تكن المداخلات في شكل أسئلة ولكن قد يودون التعقيب بإيجاز على ما أثير حول ما طرح لكل منهما.

د. كويك شكرا سيدي الرئيس هناك نقطة د. أخطر أشار إلى تأثير المجتمع بالافتقار إلى الأدوية مثلا إنه في حالة عدم وجود أدوية الدرن فهذا يؤدي إلى تفشي الوباء إننا يجب أن نأخذ في الاعتبار أن هذا ينطبق على الملاريا والدرن وغير ذلك من الفيروسات وإصابات الشعب الهوائية ونحن نتحدث عن هذا كثيرا ولكن يجب أن نخلص إلى إيجاد أساليب لدعم هذا الموضوع عن السعر الحقيقي للأدوية ومحاولة المنتجين أن يلتفوا على النظام المحاسبي الخاص بشركات الأدوية يثير الإحباط، الطريق المقنع للحصول على الأسعار هو حينما تكون هناك قائمة مثلا على خمسة عطاءات مثلا أو هناك قائمة خمسة من منتجات الأدوية الجنيسة في الأسواق فإن هذا يؤدي إلى انخفاض السعر ٤٠٪ من خلال المنافسة فإن كثيرا من هذه المناقصات تؤدي إلى انخفاض السعر د. صبري تحدث عن أن الأدوية جزء من الأمن الصحي هناك الشق الخاص بحقوق الإنسان، فيما يتعلق بتوفير الأدوية الأساسية وأكد لكم فيما يتصل بالأدوية التقليدية فإن هذا أحد المناحي التي أصبحنا

ننتبه إليها حالياً وهناك بعض الأدوية في قائمة الأدوية الأساسية تتبع من نباتات طبية وبالطبع نحاول أن نخلص إلى طريقه ندرج فيها الطب التقليدي وطب الأعشاب في هذه القائمة، الصين إحدى الدول التي لديها باع كبير في هذا واحد التحديات الماثلة أمام الدول، هناك نقطة خاصة بمنظمة الصحة العالمية بعض الدول طلبت من منظمة الصحة العالمية أن تتفاوض بالنيابة عنها مع منظمة التجارة العالمية وعدد البلدان الأعضاء بمنظمة التجارة العالمية ١٤٠ وكلها أعضاء بمنظمة الصحة العالمية. المدير العام للمنظمة قال لا تذهب إلى جنيف، نحاول أن نخلص إلى حلول، يجب أن نخلص هذه البلدان إلى السياسات الخاصة بها، نحن نقوم بدور مراقب في مجلس منظمة التجارة العالمية ولكننا كذلك من الممكن أن يكون لنا دور أكبر إذا كان هناك تمثيل أفضل من القطاع الصحي في البلدان المختلفة على أن تكون هناك وفود ترسل إلى منظمة التجارة العالمية وهذه نقطة إيجابية فيما يتصل بحماية الملكية الفكرية بالمعارف التقليدية نتعاون مع مؤسسات عدة لكي نخلص إلى تحليل الخيارات المتاحة ثم نعرض هذا على البلدان المختلفة ومن ثم فأن هناك حاجة إلى احترام الطب التقليدي والاستفادة القصوى منه وأن نضمن أن هناك حماية تصدق لحقوق المجتمع فيما يتصل بالمعارف التقليدية شكرا سيدي الرئيس.

الرئيس: وبالطبع نحن كمنظمة على أتم استعداد أن تصل خدماتنا إلى الشعوب بأثرها والآن يتفضل السيد بيتر جراف.

د. بيتر جراف: شكرا سيدي الرئيس من التعقيبات والتعليقات التي كانت مفيدة للغاية فإنني سأركز على موضوعين عامين أولهما النقطة الخاصة بالأبعاد الاستراتيجية للأمن الصحي كما أشار إليه الدكتور صبري والدكتور العوضي أشار إليه بطريقة مختلفة فيما يتصل بتوفير الأدوية الأساسية بالصحة العامة في إحدى الدول الأعضاء منذ

عدة سنوات وأؤكد مرة أخرى على أهمية هذا فإن الأدوية الأساسية هي أولوية إقليمية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط وهناك تأكيد داخل المكتب الإقليمي وهذا يفسر تعاملنا مع هذه الاحتياجات وفي هذا الصدد، هناك بعض السلع التي تحتاج إليها هذه المنطقة من العالم ويشعر هذا الإقليم في بعض الأحيان أن ليس به توفير لهذه الأدوية الأساسية، هناك بعد آخر يجب أن يؤخذ في الاعتبار فيما يتصل بالأمصال، إن العولمة الفاعلة في مجال العقاقير والأدوية هي أن الشركات العابرة للقارات اندمجت فيما بينها وهذا يقلل من عدد المنتجين فيما يتصل بالأمصال فإن هناك شركة أو ثلاث شركات كبرى تقوم بإنتاج هذا المنتج ومن ثم فإن الحكومات في الدول النامية تقوم بهذا وإذا لم تعمل على التحسن في هذا فإن هذا يؤدي إلى الاحتكار من قبل الشركات الكبيرة ويمكن أن نأخذ في الاعتبار المثال الذي ذكره السيد كويك فيما يتصل بتأثير المنافسة على السعر الخاص بالأدوية ومن ثم فإن هذه أحد الإجراءات الوقائية الإيجابية للتعامل مع هذا، والجانب الآخر الذي أود أن أؤكد عليه وأشكر عليه الدكتور أخطر والدكتور صبري هو التعاون والقدرات الكاملة في الإقليم والتكلفة الخاصة بالتكامل ما بين الأطراف المختلفة لا يجب أن نتنافس فيما بينها إذا كان هناك أشياء ننتجها أعتقد أن الشبكة الخاصة بإنتاج الأمصال في هذا الإقليم أو الدول النامية يجب تدعيمها، وعلى جانب كبير من الأهمية المناقشات الخاصة بالبنك الإسلامي للتنمية تسير في نفس الاتجاه وهو دعم إنتاج الأمصال في الدول الإسلامية وهو أحد المؤشرات التي يجب أن نأخذها في الاعتبار ولا يكون هناك نوع من تداخل الاختصاصات بحيث تتعدى جهة ما على اختصاص جهة أخرى وهناك نقطة أخرى لم أشر إليها في عرضي على الرغم من أهميتها وهي أن المتخصصين خارج الإقليم أي المنتجون من الدول المتقدمة أو الغرب وهم

حريصون كذلك على بعض التحالفات والتجمعات الاستراتيجية فقط للنقاز للأسواق وهناك صور وأشكال من تضافر الجهود والتعاون فيما بين مراكز البحوث والتطوير في البلدان المختلفة فإن هذا التعاون يمكن أن يجدي في أن نخلص إلى بعض الحلول وشكرا.

الرئيس: شكرا السيد بيتر جراف ثم ننتقل إلى المتحدث الآخر د. أحمد الخطيب أعتقد أن د. أحمد الخطيب سؤال معالي د. العوضي عن كيف نمت الصناعات الوطنية من خلال مشاركة انضمام دول الخليج إلى اتفاقية WTO والحقيقة أنه يؤدي إلى دخول شركات كبيرة عملاقة إلى دول المنطقة وتأثر الشركات الوطنية وفقدانها العديد من امتيازاتها التي تم إعطاؤها لها من قبل الدول من ضمنها المزايا التي هي التصنيع المحلي الوطني ونسبة الدعم لكن على المدى القصير فإن هذا التنافس يؤدي إلى تقوية الصناعة المحلية ونموها في جو من المنافسة خاصة إذا تبنت الدول سياسة استراتيجية في تشجيع هذه الصناعة مثل ما هو مطبق في السعودية عندنا الترسية بإمكان كل دولة أن تسحب نسبة معينة من البنود المرساي تتراوح بين ٣٠ إلى ٤٠ ٪ وتؤمنها بالشراء المباشر من مصانع محلية هذه واحدة من الاقتراحات لكن هذا تأثيره على المدى القصير وغير صالح للصناعات الوطنية وشكرا.

الدكتور العوضي أعتقد أنه لا شك فكما ذكرت تتحسن الصناعات الوطنية بوجود هذه الشركات العملاقة التي تفتح لها روح، إن الدول مع الزمن سيكون لها دور أقل إذا تكلمنا عن الخصوصية إن القطاع الخاص لا يهمنه من الناحية الاستراتيجية يهمنه فقط من الناحية الربحية فأنا ما بين توجه العولمة الموجود وما بين الخصخصة، الآن هو سيكون مع الأسف الضاغظ حتى يتخلى دور الدول من المسؤوليات العلاجية نحن لا نتكلم عن سنة أو سنتين نحن نتكلم عن ١٥ سنة أو عشرين سنة إنه في نهاية الطريق ستلتقي مصالح القطاع الخاص الخدمي

والقطاع الخاص الإنتاجي ويكون كله في صالح الأغنياء وليس في صالح غير القادرين والفقراء على المساهمة في دفع نفقات علاجه من القطاع الخاص فيجب أن نكون حذرين عندما نتناول قضية تطوير الصناعة لا بد أن ننظر من الناحية الأخرى ونغير ناحية الطلب ويصبح نوعا من الخلاف في نظري يمكن غير صالح المجموعة غير القادرة على الدفع والمساهمة وشكرا. شكرا عملية التعاون عملية الدور الذي يمكن أن تلعبه الشركات متعددة الجنسيات في الأسواق وأثرها السلبي على الصناعة المحلية أود أن أتوجه بالشكر للمتحدثين الثلاثة لمشاركتهم الفعالة وشكرا لكم.

تابع اليوم الرابع
الثلاثاء ٢٦/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية العاشرة
"كيف يمكن التغلب على -
التمويل وشراء الأجهزة اللازمة
للدول النامية"

الرئيس: الدكتور مراد هوفمان

نائب الرئيس: الدكتور أحمد البرماوي

مقرر الجلسة: الدكتور بيتر جراف

المتحدثون:

١ - الدكتور صقر أحمد صقر

٢ - الدكتور فؤاد بن غالم.

٣ - الدكتور إدوارد المنديروف

الصحة والتنمية الاقتصادية

د. صقر أحمد صقر

مستشار اقتصادي - الصندوق الكويتي للتنمية

الصحة والتنمية الاقتصادية

د. صقر أحمد صقر

مستشار اقتصادي - الصندوق الكويتي للتنمية

اتجهت توقعات الحياة نحو التحسن في أوروبا اعتباراً من أواخر القرن التاسع عشر واستمرت في هذا الاتجاه بدون انقطاع خلال القرن العشرين. وقد حققت البلدان الأخرى فترات انطلاق مماثلة بعد ذلك بأوقات متفاوتة. وعلى الرغم من الجدل الدائر بين علماء التاريخ والسكان حول الأسباب الكامنة وراء هذا التحسن في توقعات الحياة، فإن هذا التحسن يمكن ربطه، على الأقل جزئياً، بالتغيرات الاقتصادية الناتجة عن الثورتين الزراعية والصناعية. وعلى الرغم من أن التحضر، وهو أحد جوانب النمو الاقتصادي، كان له تأثير سيئ على الصحة من حيث تعريضه نسبة متزايدة من السكان لظروف التزاحم التي تعاني منها المناطق الحضرية، الأمر الذي شجع على انتشار العدوى، فإن الزيادة في استهلاك المواد الغذائية الضرورية والتحسين في توفير إمدادات المياه النقية والصرف الصحي، والتي ترتبت جميعها على مستويات الدخل التي اتجهت نحو الارتفاع كان لها تأثير إيجابي أكبر على الصحة بحيث فاقت التأثير السيئ الناجم عن زيادة التحضر. وهكذا، فإن الصحة الجيدة والتغذية الأفضل هما في نفس الوقت نتيجة وسبب للنمو في الدخل.

وهذه العلاقة المتبادلة بين الصحة والتنمية تعني أن تحقيق التنمية الاقتصادية يؤدي إلى تحسين الأوضاع الصحية، في حين أن الصحة

الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية. ولكن المنادين ببرامج القطاع الصحي عادة ما يحذرون من أن التنمية بمفردها لا يمكن الاعتماد عليها لتخفيض العجز والوفاء، وأن البرامج الخاصة بالتغذية، والرعاية الصحية، والصحة البيئية مطلوبة أيضا.

وتهتم هذه الورقة بدراسة هذه العلاقة المتبادلة بين الصحة والتنمية. ثم سيتم التعرض للأمراض الأساسية المتوقع أن تواجهها الدول النامية في القرن الجديد. وسيلي ذلك مناقشة للقضايا الخاصة بمدى انتشار سوء التغذية والتدخلات الغذائية الممكنة. كما سيتم مناقشة الموضوعات المتعلقة بكفاءة النظم الصحية والسياسة الصحية في الدول النامية والخاصة بتوفير الخدمات الصحية للسكان. وأخيرا ستم مناقشة بعض القضايا المتعلقة بالبدائل المختلفة المتاحة لتوفير الموارد اللازمة لتمويل هذه الخدمات، والنظم المختلفة للدفع للمعالجين ومدى شمول التغطية الصحية.

١ - تأثير التنمية الاقتصادية على الصحة

اتجهت الظروف الصحية السائدة في البلاد الأقل نموا إلى التحسن بالتدرج منذ سنوات عديدة. فتوقعات الحياة ارتفعت بشكل كبير مع انخفاض الوفيات في الخمسينات والستينات من القرن الماضي. ومن الممكن تبين الانخفاض الواضح في الوفيات الذي أمكن تحقيقه مؤخرا بالنظر إلى البيانات الإحصائية الخاصة بإنجلترا وويلز. فبينما تراوحت توقعات الحياة هناك حول ٤٠ سنة خلال القرنين السابقين لبدء الثورة الصناعية في ١٨٧٠، فإن توقعات الحياة تضاعفت هناك تقريبا منذ ذلك الوقت وحتى نهاية القرن العشرين. ويوضح الجدول التالي البيانات الخاصة بالعمر المتوقع عند المولد، ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل الخصوبة الإجمالي لمجموعة مختلفة من البلاد التي يتفاوت فيها مستوى الدخل.

الجدول ١

التقدم المحقق فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة

| الدولة | العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات | | معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف مولود | | معدل الخصوبة الإجمالية عدد الولادات لكل امرأة | |
|---------|------------------------------------|------|-------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------|------|
| | ١٩٧٠ | ١٩٩٧ | ١٩٧٠ | ١٩٩٧ | ١٩٧٠ | ١٩٩٧ |
| أمريكا | ٧٠٫٧ | ٧٦٫٧ | ٢٦ | ٨ | ١٫٨ | ٢ |
| اليابان | ٧٢٫٢ | ٨٠ | ٢١ | ٦ | ١٫٩ | ١٫٤ |
| الكويت | ٦٥٫٩ | ٥٫٩ | ٥٩ | ١٣ | ٦٫٣ | ٢٫٩ |
| مصر | ٥٠٫٩ | ٦٦٫٣ | ٢٣٥ | ٧٣ | ٥٫٣ | ٣٫٤ |
| سورية | ٥٥٫٥ | ٦٨٫٩ | ١٢٩ | ٣٣ | ٧٫٥ | ٤ |
| السودان | ٤٢٫٦ | ٥٥ | ١٧٧ | ١١٥ | ٦٫٧ | ٤٫٦ |
| اليمن | ٤٠٫٩ | ٥٨ | ٣٠٣ | ١٠٠ | ٧٫٦ | ٧٫٦ |

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٩، صفحة ١٦٨-١٧١.

وعلى الرغم من أن انخفاض الوفيات عادة ما يؤدي إلى زيادة معدلات النمو السكاني، فإن هذه الزيادات مؤقتة، إذ سرعان ما يصاحب ذلك انخفاض في الخصوبة بحيث تعود معدلات النمو السكاني بعدها إلى مستويات منخفضة. وانخفاض معدل الخصوبة الإجمالي إلى ٢٫١ يمثل المستوى الإحلالي للخصوبة أي ذلك المعدل الذي يترتب على الإبقاء عليه في الأجل الطويل ثبات حجم السكان دون زيادة أو نقصان^(١).

وقد تخطى العالم اليوم منتصف الطريق لفترة المائتي سنة التي ستتغير خلالها الخصائص الديموغرافية للجنس البشري. وهذا الانتقال

(١) يتحقق المستوى الإحلالي للخصوبة عندما تنجب كل أنثى بنتاً واحدة فقط خلال فترة حياتها الإنجابية. ولما كانت نسبة المواليد الإناث للذكور هي ١ إلى ١٫٠٥، فإن المستوى سيتحقق عندما تنجب كل أنثى ٢٫٠٥ مولود، أو بالتقريب ٢٫١ مولود في المتوسط.

الديموغرافي. يتضمن الانتقال من معدلات مرتفعة للمواليد والوفيات إلى معدلات منخفضة، وأيضاً التحرك من توزيع عمري للسكان حيث يكون هناك أعداد كبيرة من الفتية وأعداد ضئيلة من كبار السن إلى توزيع عمري تتساوى فيه أعداد السكان في معظم المجموعات العمرية على وجه التقريب، حيث يصبح الهرم السكاني أشبه ما يكون بالمستطيل. وبالطبع فهناك آثار اقتصادية واجتماعية وصحية تنتج عن الانتقال الديموغرافي، والذي هو نفسه نتيجة للثورة التي لا تزال مستمرة في انخفاض الوفيات.

وأحد الأسباب المهمة للانخفاض في الوفيات هو التحسن في مستوى دخل الفرد الحقيقي. فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الزيادة في دخل الفرد الحقيقي ترتبط بالانخفاض في معدلات وفيات الأطفال، وأن هناك أسباباً وجيهة تدعو للاعتقاد بأن العلاقة سببية في كلا الاتجاهين. والشكل ١ يوضح النتائج التي تمخضت عنها هذه الدراسات حيث يوضح المنحنى الأعلى في هذا الشكل العلاقة بين دخل الفرد ومعدل وفيات الأطفال عام ١٩٥٢، في حين أن المنحنى الأدنى لعام ١٩٩٢ يوضح كيف اتجهت هذه العلاقة نحو الانخفاض بحلول عام ١٩٩٢، عند أي مستوى معين للدخل. وهذا يعني أنه بغض النظر عن أهمية النمو في الدخل، فإن العلاقة المتغيرة بين الوفيات والعوامل الأخرى - مثل إمكان الاستفادة من التكنولوجيا الطبية الحديثة - يحتمل أن تكون أكثر أهمية. فبين عام ١٩٥٢ و ١٩٩٢، اتجه دخل الفرد (ت ق ش) في المتوسط نحو الزيادة مقدار الثلثين تقريباً في الدول التي تضمنتها الدراسة (من نحو ١٥٣٠ دولاراً إلى ٢٥٦٠ دولاراً). ويوضح المنحنى الأعلى بالشكل أن معدل وفيات الأطفال كان سينخفض من ١٤٤ إلى ١١٦ لو ظلت العلاقة بين الدخل والوفيات على ما هي عليه عام ١٩٥٢. ولكن نظراً لأن المنحنى اتجه للانتقال

إلى أسفل (بفعل العوامل الأخرى غير الدخل) فإن معدل وفيات الأطفال انخفض بصورة أكثر حدة إلى ٥٥ فقط.

ويوضح الجدول ٢ محاولة للتحديد الكمي للأهمية النسبية للعوامل الرئيسية المسببة لتخفيض الوفيات، والذي يستند إلى بيانات ١١٥ دولة من دول الدخل المنخفض والمتوسط. ويستند الجدول إلى تقييم إحصائي للكيفية التي تغيرت بها العلاقة خلال الزمن بين المؤشرات الصحية المختلفة وكلا من مستويات الدخل، والمستويات المتوسطة للتعليم للإناث البالغات. ويستهدف الجدول محاولة تجزئة أسباب التحسن في الصحة إلى ثلاثة مكونات هي: الزيادات في مستويات الدخل المتوسط، والتحسينات في مستويات التعليم في المتوسط، والانتقال الملائم في المنحنى والذي يرجع إلى توليد وتطبيق المعارف الجديدة فيما يتعلق بالصحة العامة والتسهيلات الطبية... الخ.

الجدول: ٢

مصادر الانخفاض في الوفيات، ١٩٦٠ - ١٩٩٠

| الإسهام النسبي للتحسن في | | | الانخفاض |
|------------------------------|----------------------------------|-------|---------------------------------|
| توليد وتطبيق المعارف الجديدة | المستوى التعليمي للإناث البالغات | الدخل | |
| ٤٥ | ٣٨ | ١٧ | معدل وفيات الأطفال دون الخامسة |
| ٣٩ | ٤١ | ٢٠ | معدل وفيات الإناث البالغات |
| ٤٩ | ٢٧ | ٢٥ | معدل وفيات الذكور البالغين |
| ٤٩ | ٣٢ | ١٩ | توقعات الحياة للإناث عند المولد |
| ٥٠ | ٣٠ | ٢٠ | توقعات الحياة للذكور عند المولد |
| ٢٩ | ٥٨ | ١٢ | معدل الخصوبة الإجمالي |

وبصورة عامة، بوسعنا أن نقرر أن نصف المكاسب التي تحققت في الصحة فيما بين ١٩٥٢ و ١٩٩٢ (الانتقال في المنحنى) نتج من التوصل إلى التكنولوجيا الصحية الأفضل. أما النصف الآخر فقد نتج من التحرك على المنحنى (الذي قد يتحقق نتيجة للزيادات في الدخل أو، وبدرجة أكبر في الأهمية، التحسن في المستوى التعليمي للإناث البالغات). ويلاحظ أن التحسن في المستوى التعليمي للإناث يؤدي إلى التحرك على المنحنى في الشكل (١) نتيجة لأنه لم يتم الفصل بين التحسن في المستوى التعليمي والتحسن في مستوى الدخل^(١).

وقد تقع البيانات الخاصة بإحدى الدول في نقطة أعلى بكثير من المنحنى، وهو الأمر الذي يعني أن معدلات الوفيات أعلى بكثير مما يمكن التنبؤ به من مستوى الدخل الخاص بها. وبالنسبة لهذه الدول، فإن أسرع وسيلة لتحسين الصحة فيها يتمثل في محاولة التوصل إلى المنحنى.

ومن هذه المناقشة يتضح أن تطوير النظام الصحي لا بد وأن يمثل أولوية رئيسية. ويرجع ذلك إلى أنه في حين أن آثار النمو الاقتصادي على الصحة هي آثار حقيقية، إلا أنها ضعيفة نسبياً. وبطبيعة في التحقق. ولهذا فبدلاً من أن تنتظر الدول المختلفة لكي تتحرك على المنحنى، فإن عليها أن تركز تطوير النظام الصحي بها على مهمة التوصل إلى المنحنى أو تخطيه إلى النقطة المثلى الممكنة. وهذا يمكن أن يتحقق من خلال برامج الدعم الاجتماعي المناسبة للرعاية الصحية، والاهتمام بالتعليم وباقي الترتيبات الاجتماعية الأخرى ذات الصلة. وقد أوضحت تجارب البلاد التي نجحت في تحقيق تخفيض سريع في الوفيات أهمية

World Health Organization, 1999 World Health Report: Making a Difference, (١) Geneva, 1999.

هذه التدخلات على الرغم من تباطؤ النمو الاقتصادي فيها مثل سريلانكا.

وبالنسبة للدول الفقيرة فإن بوسعها أن تحقق تحسينات أساسية في الصحة من خلال استخدام الموارد المتاحة بطريقة منتجة اجتماعيا. فالحاجة إلى الموارد اللازمة للتعليم الأساسي والرعاية الصحية، وباقي الاحتياجات الأخرى - ومنها الإنفاق العسكري - تتطلب الموازنة بين التكاليف والمنافع الاجتماعية المتوقعة من هذه الاحتياجات المختلفة. وهذه القضية المتعلقة بالتخصيص الاجتماعي للموارد الاقتصادية لا يمكن فصلها عن دور المشاركة السياسية وتأثير الرأي العام لتدعيم التغييرات التي بوسعها أن ترفع من مستوى المعيشة، وتحسن من توقعات الحياة المنتجة للسكان. ومن المفيد في هذا الصدد الالتفات إلى الاعتبارات الاقتصادية المتعلقة بالتكاليف النسبية للتعليم الأساسي والعلاج الطبي والرعاية الصحية، وهي كلها أنشطة كثيفة العمل. وهذا يعني أن الدول الفقيرة التي تنخفض فيها معدلات الأجور ستكون لديها ميزة نسبية أكبر في التركيز على قدر أكبر من الرعاية الصحية والتعليم حيث ستحتاج إلى إنفاق كميات أقل من النقود لتوفير هذه الخدمات.

كما أنه فيما يتعلق بتأثير النمو في دخل الفرد على تخفيض معدل الوفيات، فالملاحظ أن هذا التأثير يتم بصورة خاصة من خلال تأثير النمو في الناتج المحلي الإجمالي على دخول الفقراء، وأيضاً على الإنفاق العام خاصة الرعاية الصحية. وهذا يعني أن النتائج تعتمد إلى حد كبير على كيفية الاستفادة من ثمار النمو الاقتصادي. وهذا هو ما يفسر نجاح بعض البلاد التي حققت نمواً اقتصادياً سريعاً مثل كوريا الجنوبية في زيادة توقعات الحياة بسرعة من خلال النمو الاقتصادي، نظراً لأن سياسات التنمية ركزت على التعليم الأساسي، والرعاية الصحية الأساسية، والإسراع بتطبيق إصلاح زراعي فعال مما مكن من

إسهام أعداد كبيرة من السكان بشكل ملموس في النشاط الاقتصادي. وعلى العكس من ذلك، فإن هناك دولا أخرى استطاعت أن تحقق نموا اقتصاديا قويا، مثل البرازيل، دون أن تنجح في تحقيق زيادة ملموسة مماثلة في توقعات الحياة، نتيجة لعدم المساواة الشديدة، ولانتشار البطالة، وإهمال الرعاية الصحية الاجتماعية^(١).

أخيرا، تجدر الإشارة إلى أن انتقال المنحنى سوف يعزز التحسينات الطبية في الأجلين المتوسط والطويل. فالإنفاق الذي تقوم به الدول مرتفعة الدخل الآن على البحوث والتطوير سترتب عليه انتقال المنحنى بشكل ملائم. ولكن المشكلة التي ينبغي الالتفات إليها هي أن معظم هذه المبالغ موجه لحل المشكلات التي تعاني منها البلاد المتقدمة. وبالتالي فهناك حاجة إلى زيادة المبالغ المخصصة للبحوث والتطوير والتي توجه لحل المشكلات الصحية المحددة التي يعاني منها الفقراء. وسيكون لهذا التحرك مكاسب ملموسة في الأجلين المتوسط والطويل.

٢ - تأثير الصحة على التنمية

تشكل المكاسب العالمية التي أمكن تحقيقها في قطاع الصحة أحد أهم الإنجازات التي حققتها البشرية مؤخرا. ومن الممكن في هذا العصر أن يتوقع كل فرد أن يحيا حياة طويلة وخالية من المرض بشكل ملموس. وهذا الإنجاز يتجاوز الحاجة إلى التقييم الاقتصادي، إذ إن الصحة الجيدة هي هدف هام في حد ذاته، نظرا لما يترتب عليها من زيادة في القدرات البشرية، وباعتبارها إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية. ومع ذلك فهناك ثلاثة أسباب رئيسية لتقييم الآثار الاقتصادية للصحة:

Sen, A., "Critical Reflection" health & Development, "Bulletin of the World Health Organization, (77 - 1999), pp. 619-623.

- ١ - إن فهم الدور الاقتصادي للصحة قد يساعد على فهم مصادر النمو الاقتصادي السريع الذي أمكن تحقيقه في القرن العشرين . فاستنادا إلى مدى مساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو، فإن الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية .
 - ٢ - يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة التنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث لا زالت أعداد كبيرة من سكان العالم تعاني من الفقر على الرغم من النمو الاقتصادي السريع . ونظرا لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر .
 - ٣ - إن الإنفاق على الصحة يؤدي إلى تحسين نوعية الموارد البشرية، شأنه شأن الإنفاق على التعليم، ولكنه بالإضافة إلى ذلك يؤدي إلى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل . وهذا أيضا يكمل الاستثمار في التعليم، نظرا لأنه مع بقاء الأشياء الأخرى على ما هي عليه، فإن العائد على التعليم سيتجه للتزايد إذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول .
- وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أن الإنفاق على الصحة يؤدي إلى أنواع مختلفة ومتعددة من المنافع الخاصة والعامة، فإن العائد على الاستثمار في الصحة، لسوء الحظ، يصعب قياسه كميًا والتحقق منه بصورة تجريبية بالمقارنة بالاستثمار في التعليم . وأحد الأسباب هو أنه لا يوجد هناك مقياس بسيط، مشابه لعدد سنوات الدراسة، بالنسبة لكمية الاستثمار في الصحة لأي شخص من الأشخاص . كما أن الآثار الاقتصادية للصحة الجيدة، سواء فيما يتعلق بالآثار الكمية (إطالة فترة العمل)، أو الآثار النوعية (تزايد الإنتاجية) يصعب قياسها أيضا . ولهذه الأسباب فإن البحوث التي تم القيام بها - على خصائص البلاد

المختلفة خلال الزمن أو على أعداد كبيرة من الأسر في بلد معين وفي زمن محدد - نادرا ما تسمح بتحديد واضح للسبب والنتيجة^(١). ولهذا فإن الاستنتاجات التي يتم اشتقاقها هي استنتاجات موحية أكثر من كونها حاسمة. وسنحاول في هذا القسم تلخيص الأدب الاقتصادي المتاح باستعراض التحليلات الاقتصادية الكلية فيما بين البلاد المختلفة، ثم مناقشة المقارنات الاقتصادية الجزئية فيما بين العائلات، وأخيرا من خلال مناقشة الطرق المتعددة التي يمكن من خلالها للصحة الأحسن أن تؤثر في الأوضاع الاقتصادية.

التحليلات الاقتصادية الكلية

تتمثل الأداة التجريبية الرئيسية المستخدمة الآن لدراسة النمو الاقتصادي في تحليل العلاقة بين النمو الاقتصادي (معدل النمو في دخل الفرد، مثلا) وبين مجموعة من المتغيرات يعتقد أنها السبب في اختلاف النمو الاقتصادي بين الدول المختلفة. وتتضمن هذه المتغيرات: مستويات وأنماط التعليم، والنمو السكاني، والهيكلة العمري للسكان، ووفرة الموارد الطبيعية، والادخار الشخصي والعام، ورصيد رأس المال المادي، والسياسة الاقتصادية (مثل درجة الانفتاح الاقتصادي)، وجودة المؤسسات العامة، والموقع الجغرافي.

وقد أضافت البحوث الحديثة بعض المؤشرات الصحية المحددة إلى هذه العوامل، وحاولت تحديد الروابط بينها وبين النمو الاقتصادي. وهناك روابط مباشرة بين الأداء الاقتصادي والمؤشرات الصحية مثل توقعات الحياة. كما أن بعض المتغيرات، مثل الجغرافيا والسكان،

Gillis, M., D. Perkins, M. Roemer, and D. Snodgrass, Economics of Development, (١) 4th ed. W.W. Norton & company, 1996, Chapter 11, pp.279-281.

تربط بصورة غير مباشرة بين الصحة والنمو الاقتصادي. فالموقع الجغرافي، خاصة المناطق الاستوائية، يرتبط بشكل كبير مع عبء الأمراض التي تؤثر بدورها في النمو الاقتصادي. كما أن السكان - والذين تتحدد أعدادهم جزئياً بالأوضاع الصحية - لهم تأثير مباشر على النمو الاقتصادي من خلال الهيكل العمري للسكان والذي يحدد نسبة السكان في سن العمل إلى إجمالي عدد السكان.

كما تشير الدراسات الحديثة إلى أن توقعات الحياة يمكن استخدامها بشكل فعال في التنبؤ بمستويات الدخل أو بالنمو الاقتصادي اللاحق. وما تتوصل إليه هذه الدراسات بشكل متسق هو التأثير القوي للصحة على معدلات النمو. كما أن التحسينات الصحية تزاوّل تأثيرها على النمو الاقتصادي من خلال تأثيراتها على السكان. فالتحسن السريع في الأوضاع الصحية في شرق آسيا منذ الأربعينات كان عاملاً محفزاً لتحقيق الانتقال الديموغرافي هناك. فالانخفاض الأولي في وفيات الأطفال ترتب عليه انخفاض غير متزامن في الخصوبة، مما ترتب عليه تغيير ملموس في التوزيع العمري للسكان. وبعد فترة زمنية، اتجه السكان في سن العمل إلى النمو بمعدل أسرع من النمو في السكان صغار السن المعالين، مما أدى بصورة مؤقتة إلى وجود نسبة كبيرة من اليافعين في سن العمل. وهذه "الهبة الديموغرافية" توفر فرصة لزيادة النمو الاقتصادي، إذا واكبها - كما تحقق فعلاً في شرق آسيا - قيام الحكومات والقطاع الخاص بتعبئة قوة العمل المتزايد هذه من خلال تطبيق التكنولوجيات الصناعية الحديثة، والاستثمار في التعليم الأساسي، والاستفادة من الأسواق العالمية.

(١) من الطبيعي أن تنطوي المرحلة التالية من النمو السكاني في شرق آسيا على نسب إعالة أقل ملاءمة نظراً لاتجاه نسبة كبار السن إلى إجمالي عدد السكان للتزايد.

التحليل الاقتصادي الجزئي

على عكس الدراسات الاقتصادية الكلية التي تقارن أداء الدول خلال الزمن، تحاول التحليلات الاقتصادية الجزئية دراسة الرابطة بين الصحة ودخل العائلات والأفراد. وحتى وقت قريب، لم يحظ تأثير الصحة على دخول العائلات باهتمام ملحوظ، إذ تركز جل الاهتمام على تأثير التعليم والتدريب. ولكن هذا الوضع اتجه للتحسن مؤخرا إذ بدأ الاهتمام بدراسة تأثير الصحة، خاصة جوانب التغذية، في التزايد. وعلى سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن إنتاجية الرجال الذين يعانون من الأنيميا في إندونيسيا أقل بمقدار ٢٠٪ من أقرانهم الأصحاء. كما أكدت دراسات أخرى على أن أثر التحسن في الصحة كان أكبر ما يمكن للأقل تحصينا - أي لأفقر الناس وأقلهم تعليما. كما وجدت دراسة إحصائية دقيقة لآثار المرض على الأجور وعرض العمل في كوت ديفوار وغانا أن الأجور في كلا البلدين لكل يوم من أيام التغيب الناجم عن المرض كانت منخفضة للغاية.

الطرق المتعددة لتأثير الصحة على النشاط الاقتصادي

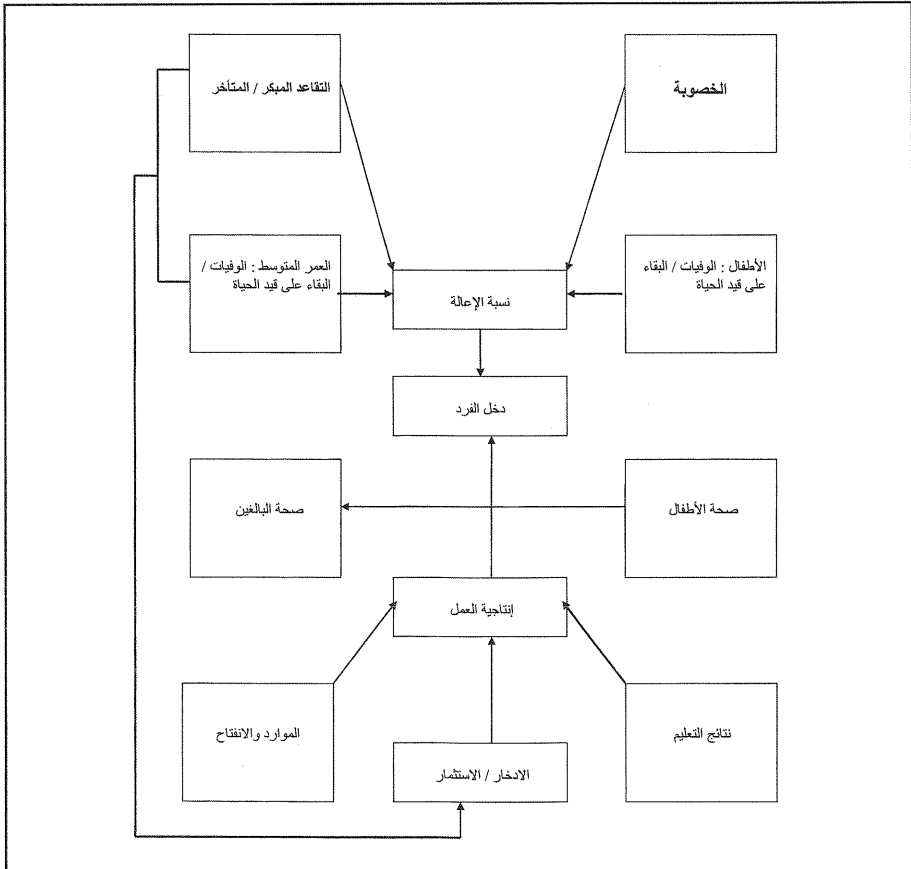
في حين تعتمد صحة السكان في سن العمل جزئيا على صحة الأطفال، فإنها تؤثر بشكل مباشر على إنتاجية العمل. ومتوسط دخل الفرد هو عبارة عن ناتج قسمة مستوى الدخل على عدد السكان (والذي يتضمن السكان في سن العمل والسكان المعالين). والتحسن في صحة السكان البالغين سيخفض من نسبة الإعاقة من خلال تخفيض الوفيات بين السكان في سن العمل، وأيضا من خلال الحد من التقاعد المبكر الناجم عن المرض، من الطبيعي أن تنطوي المرحلة التالية من النمو السكاني في شرق آسيا على نسب إعاقة أقل ملائمة نظرا لاتجاه نسبة

كبار السن إلى إجمالي عدد السكان للزيادة. كما أن هذه النسبة تتجه للتغير مع الانتقال الديموجرافي (انظر الشكل ١١-٢ الجزء العلوي).

كما أن الصحة الجيدة للبالغين تؤثر في الإنتاجية مباشرة من خلال زيادة الجهد في العمل والحد من التغيب. ووجود المستويات المرتفعة للمرض في المجتمع قد يضعف من الانفتاح على الاقتصاد العالمي - وهو الذي يخلق الظروف الملائمة للنمو السريع من خلال انتقال الأفكار، والسلع ورأس المال (انظر الشكل ١١-٢، الجزء السفلي).

الشكل ٢

الروابط بين الصحة والدخل



الاستثمار في التعليم ورأس المال المادي سوف يعزز إنتاجية العمل. كما أن هناك دراسات عديدة ومتزايدة تؤكد على آثار اعتلال صحة الأطفال عند التحاقهم بالمدارس، وقدرتهم على التعلم والمواظبة. والكثير من الأمراض التي يعاني منها الأطفال تستجيب للعلاج الذي كثيرا ما يكون منخفض التكلفة ويتسم بالفاعلية. ولعل التحسن الدائم والمستمر الذي تحقق خلال القرن العشرين في القدرات الثقافية العامة للسكان في البلاد المتقدمة - حيث تتوافر الإحصاءات اللازمة للحصول على الاتجاهات العامة - يرجع جزئيا إلى التحسن في الأوضاع الصحية للسكان وتغذيتهم. كما تجدر الإشارة أيضا إلى آثار تحسن الصحة على التكوين الرأسمالي، إذ إن توقعات الحياة المديدة عادة ما تدفع السكان إلى زيادة الادخار.

والخلاصة هي أنه على الاقتصاديين أن يتذكروا دائما القيمة الجوهرية للصحة - إذ إن النظم الصحية المعاصرة تمتلك الأدوات اللازمة لتحسين رفاهة الفقراء بتكلفة متواضعة. كما أن على المسؤولين عن الصحة أن يبنهوا السياسيين إلى أن الاستثمار في الصحة يسرع بالنمو الاقتصادي وأنه إحدى الوسائل الفعالة للتخلص من الفقر.

٣ - العبء المزدوج للأمراض في القرن الواحد والعشرين

يحتاج المخططون الصحيون في الدول النامية إلى مواجهة العبء المزدوج للأمراض في القرن الواحد والعشرين الذي يتمثل في:

أولا، مواجهة الأمراض المعدية ونقص التغذية، والتعقيدات التي قد تحدث عند ولادة الأطفال. ومع أنه قد تم القضاء على معظم هذه الأمراض في القرن العشرين، فإن العديد من البلدان النامية ما زال يعاني منها، خاصة السكان محدودي الدخل. ولا تزال الأمراض المعدية - خاصة الأمراض التي يتعرض لها الأطفال مثل الإسهال،

والالتهابات التنفسية الحادة، والملاريا، والحصبة، وظروف الأطفال حديثي الولادة - سببا هاما للوفاة في هذه البلاد. والمشكلة هي أن معظم هذه الوفيات يمكن إرجاعها لعدد محدود من الظروف التي توجد لها تدخلات وقائية أو علاجية مثل برامج تحصين الأطفال باستخدام التطعيمات المتاحة (خاصة تلك الخاصة بالأمراض الرئيسية الستة التي يعاني منها الأطفال وهي الحصبة، والتيتانوس، والسعال الديكي، والسل، وشلل الأطفال، والدفتيريا)، ومحاليل معالجة الجفاف لعلاج حالات الإسهال عند الأطفال... الخ، والتي أدى استخدامها إلى تخفيض ملموس في أعباء هذه الأمراض.

وبالإضافة إلى التدخلات التي تستهدف أمراضا محددة وبرامج التحكم المتاحة، فهناك أيضا حاجة إلى الاهتمام بأحد المخاطر المهمة لحدوث الأمراض وهو نقص التغذية. سواء الناجم عن نقص البروتين ومصادر الطاقة أو عن نقص العناصر الغذائية الصغرى (خاصة الحديد واليود وفيتامين أ) عادة ما يفضي إلى الموت المبكر، واعتلال الصحة، وفقدان البصر، والتقزم، والتخلف العقلي، ونقص القدرة على التعليم، وانخفاض الطاقة في العمل. والأمر الهام هو أن برامج التدخلات - خاصة علاج نقص التغذية الناجم عن نقص العناصر الغذائية الصغرى - والتي تتمثل في الاستكمال والتدعيم الغذائي، وتنويع الوجبة الغذائية، والإجراءات المكتملة للتحكم في الصحة العامة - هي كلها برامج تتسم بفاعلية التكاليف. وينبغي أن يكون الهدف النهائي للتدخل هو نقل الاهتمام من الاستكمال (أي زيادة الكميات المتوافرة من الغذاء للأسرة) إلى التدعيم، من خلال إضافة اليود إلى ملح الطعام وتدعيم الدقيق بالحديد... الخ، وأيضا إلى تنويع الوجبة الغذائية.

كما أن المخاطر التي تعاني منها الحوامل أثناء الولادة، والأطفال حديثو الولادة يمكن منعها وتحاشيها إلى حد كبير. وتتوافر هناك أدلة

متزايدة على العوامل التي تحد من هذه المخاطر وكلها تتسم بفاعلية التكاليف. والمطلوب هو امتداد التغطية الصحية بحيث تكون لدى النساء الحوامل المقدرة على الحصول على العون من المتخصصين الأكفاء خلال مرحلتي الحمل والولادة، كما أنه لا بد وأن تتوافر لهن القدرة على الوصول إلى أحد المراكز الطبية المفتوحة عند ظهور أي مضاعفات.

ثانياً، الانتقال الكبير في أسباب الوفاة والعجز من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية. أدت الثورة الصحية التي تحققت في العالم في القرن العشرين، والانتقال الديموغرافي الذي ترتب عليها، إلى تحقيق تغيرات رئيسية في أنماط المرض، وهو ما اصطاح العلماء على تسميته بالانتقال الوبائي، والذي أدى إلى انتقال كبير في أسباب الوفاة والعجز من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية. ومن المتوقع أن يشهد العقدان الأول والثاني من القرن الحادي والعشرين تغيرات في الاحتياجات الصحية لسكان العالم، خاصة في البلدان الأقل نمواً. ويتمثل هذا التغيير في تزايد أهمية الأمراض غير المعدية مثل الاكتئاب، وأمراض القلب، والسرطان. والتي ستحل بسرعة محل الأعداء التقليديين خاصة الأمراض المعدية وسوء التغذية كأسباب رئيسية للعجز والموت المبكر. وهذا التزايد الحاد المتوقع في عبء الأمراض غير المعدية - الانتقال الوبائي - سينتج إلى حد كبير من تزايد أعمار السكان بالإضافة إلى الأعداد المتزايدة من المدخنين أو المفرطي السمنة، أو الذين يعانون من الخمول، أو استهلاك الكحول الزائد عن الحد. وهذه الزيادة في الأمراض غير المعدية المترتبة على التغيرات في الهيكل العمري للسكان ستثير العديد من القضايا المهمة إذ سيتعين على المخططين الصحيين أن يتعرفوا على الطرق التي تتسم بأكثر فاعلية في التكاليف للتحكم في تزايد الأوبئة من الأمراض غير المعدية.

كما أن الإصابات المتعمدة مثل الانتحار وغير المتعمدة مثل حوادث المرور - هي مشكلة صحية هامة ولا تزال مهمة في معظم دول العالم - حيث تشكل ١٦٪ من عبء المرض على مستوى العالم في عام ١٩٩٨. ولهذا فهناك حاجة إلى تركيز الاهتمام المتزايد على هذه المشكلة من خلال درجة أكبر من المنع الشامل، وتحسين خدمات الطوارئ، والعلاج، وتحسين مراكز إعادة التأهيل.

وهكذا يتضح أن الانتقال الوبائي يولد العديد من التنوع في الأوبئة، حيث يتضمن العديد من الظروف التي يحتمل أن تؤثر في الجميع. وفي هذه الحالة فإن التدخلات الوقائية أو العلاجية لا يحتمل أن تكون حاسمة. وهذا سيتطلب أن تتوافر لدى الأنظمة الصحية القدرة على الاستجابة المرنة لهذا التنوع.

٤ - سوء التغذية

يعاني نحو ٣٠٪ من سكان العالم (سواء من الأطفال حديثي الولادة، والأطفال، والمراهقين، والبالغين، وكبار السن) من شكل أو أكثر من أشكال سوء التغذية. وتتضمن الآثار الخطيرة لسوء التغذية الوفاة، والعجز، وتقرم النمو البدني، والتخلف العقلي، وتخلف التنمية القومية الاقتصادية والاجتماعية. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن نحو ٤٩٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول الأقل نمواً، والتي بلغت نحو ١٠٤ مليون في عام ١٩٩٥، ترتبط بصورة أو أخرى بسوء التغذية - مثل نقص اليود والذي يعد أكبر سبب لتلف المخ والتخلف العقلي، ونقص فيتامين أ والذي يعد أكبر سبب لفقدان البصر عند الأطفال. كما أن الوجبة الغذائية غير الملائمة هي سبب رئيسي للكثير من أنواع السرطان، وللمشكلات التي تعاني منها النساء بعد انقضاء مرحلتهم الإنجابية. وفي نفس الوقت فإن السممة المفرطة بدأت تثير مشكلة كبرى للأطفال والمراهقين والبالغين في الدول سريعة التصنيع، وأيضاً في الدول الصناعية المتقدمة، بحيث أصبحت تؤثر في بعض البلاد على أكثر من نصف السكان البالغين، مع ما يترتب

عليها من تزايد في معدلات الوفيات نتيجة لأمراض القلب، وارتفاع الضغط، والسكتة والسكر^(١).

ويوضح الجدول ٣ بعض البيانات لمجموعة من الدول التي يتفاوت فيها مستوى دخل الفرد، عن النصيب اليومي للفرد من إمدادات السعرات الحرارية للتعرف على مدى وفائها بالحد الأدنى اللازم يوميا للفرد وهو ٢٣٠٠ سعر حراري. ويتم توضيح هذه البيانات لعامي ١٩٧٠ و ١٩٩٦ للتعرف على مدى التطور الذي أمكن تحقيقه في هذا المجال. كما يوضح الجدول بيانات حول النصيب اليومي للفرد من إمدادات كل من البروتين والدهون لعام ١٩٩٦.

الجدول ٣ أوضاع التغذية في بعض الدول

| نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يعانون سوء التغذية | النصيب اليومي للفرد من إمدادات | | | | الدولة | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|-------------|------------------|---------|------|
| | % | الدهون جم | البروتين جم | السعرات الحرارية | | |
| | | | | ١٩٩٦ | | ١٩٧٠ |
| ١٩٩٧ - ١٩٩٢ | | ١٩٩٦ | ١٩٩٦ | ١٩٩٦ | ١٩٧٠ | |
| ١ | ١٤٠ر٥ | ١١١ر٤ | ٣٦٤٢ | ٢٩٣٣ | أمريكا | |
| ٠ | ٨٢ر٥ | ٩٦ر٧ | ٢٩٠٥ | ٢٥٢٧ | اليابان | |
| ١١ | ٩٧ر١ | ٩٨ر٣ | ٣٠٧٥ | م.غ | الكويت | |
| ١٥ | ٧٥ | ٨٧ر٩ | ٣٢٨٩ | ٢٣٥٢ | مصر | |
| ١٣ | ٩٢ر١ | ٨٦ر٧ | ٣٣٣٩ | ٢٣١٧ | سورية | |
| م.غ | ٧٢ر٥ | ٧٣ر٥ | ٢٣٩١ | ٢١٦٧ | السودان | |
| ٢٩ | ٦٤ر١ | ٧٨ر٣ | ٢٦٥٣ | ١٨٦٨ | اليمن | |

المصدر: برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٩، صفحة ٢١١-٢١٣، والبنك الدولي، تقرير التنمية في العالم، ١٩٩٩، صفحة ٢٣٢-٢٣٣.

وبالإضافة إلى توضيح النصيب اليومي للفرد من إمدادات البروتين والدهون، فإن البيانات الواردة بالجدول ٣ توضح أن متوسط نصيب الفرد اليومي من السعرات الحرارية اتجه للتزايد فيما بين عامي ١٩٧٠، ١٩٩٦ لكل البلاد الواردة بالجدول. ومع ذلك فتجدر ملاحظة أن هذه المتوسطات تجعل الموقف يبدو أفضل بالمقارنة بالحالة الواقعية، نظراً لأن الغذاء المتوافر لا يتم توزيعه بشكل عادل. فقد تكون هناك مجموعة قليلة من السكان تتمتع بغذاء طيب في حين أن أعداداً كبيرة من السكان قد تعاني من نقص السعرات الحرارية. كما أن اتجاه توزيع الدخل إلى التدهور قد يؤدي إلى اتجاه أعداد السكان الذين يعانون من سوء التغذية إلى التزايد في الوقت الذي يزيد فيه متوسط السعرات الحرارية التي يتم استهلاكها.

ولتفادي هذه المشكلات قد يكون من الأفضل حساب نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون سوء التغذية، وهو ما يوضحه العمود الأخير من الجدول (٣). وكما يتضح من الجدول فإن شيوع حالات سوء التغذية بين الأطفال، والآثار الضارة المترتبة عليها، تتجه نحو التزايد مع اتجاه دخل الفرد نحو التناقص.

ويمكن الحد من سوء التغذية من خلال العمل على زيادة استهلاك الغذاء، والذي يتحدد، شأنه شأن استهلاك باقي السلع والخدمات الأخرى، من خلال تأثير ثلاثة عناصر: الدخل والأسعار النسبية والأذواق. وعند المستويات المنخفضة من الدخل للأسرة، فإن الدخل هو عامل هام محدد لمستويات استهلاك الغذاء. ويقرر قانون أنجل أن الأسر تنفق كمية متزايدة ولكن بنسب متناقصة، من دخولها على الغذاء مع اتجاه دخلها نحو التزايد. ومع ذلك فتجدر الإشارة إلى أن بعض الإنفاق الإضافي قد يذهب للحصول على كمية أكبر من الغذاء، ولكن معظمه، خاصة بعد المستويات الدنيا للدخل، سيخصص

للحصول على نوعية أفضل. ولكن النوعية يتم تعريفها بصورة ذاتية بواسطة المستهلكين وفقا لأذواقهم. فأنواع الغذاء التي تعتبر ذات جودة عالية قد لا تكون مغذية بالضرورة بالمقارنة بأصناف الغذاء المماثلة والأقل تفضيلا، وربما تكون حتى أدنى في قيمتها الغذائية - مثل (إحلال الكوكاكولا والسفن أب محل الكركديه والخروب، أو إحلال غذاء الأطفال التجاري محل لبن الأم.. الخ.) ومع ذلك، وبصورة عامة، فإن الأشخاص ذوي الدخل المرتفعة يحصلون على أسعار حرارية أكبر ووجبة غذائية أكثر تنوعا، والتي تعد أفضل بدلالة مكوناتها الغذائية.

كما أن الأسعار لها أيضا تأثير ملموس على استهلاك الغذاء من خلال أثري الدخل والإحلال. فالتغير في سعر المواد الغذائية الرئيسية مثل الأرز أو القمح أو الذرة يمكن أن يكون له تأثير كبير على القوة الشرائية للأسر الفقيرة. فإذا كانت الأسرة تنفق ٣٠٪ من دخلها على القمح، واتجه سعر القمح للزيادة بمقدار ٣٠٪، فإن هذه الزيادة تشكل تخفيضا قدره ٩٪ في القوة الشرائية الخاصة بالأسرة (٣×٣=٩، ٣×٣=٩٪). ولهذا السبب فإن أسعار المواد الغذائية الأساسية، وبصورة خاصة الحبوب، هي مؤشر لمستوى الرفاهية - والاستقرار السياسي أيضا - بين الفقراء في العديد من الدول منخفضة الدخل.

ويمكن أن تكون آثار الإحلال ملموسة أيضا. فحتى لو كان السكان يفضلون بشدة أنواعا معينة من الغذاء، فإن الفروق السعرية الكبيرة يمكن أن تؤدي إلى انتقالهم إلى بدائل أرخص بالمقارنة بالأغذية الأكثر كلفة والتي كانوا يفضلونها - مثل انتقال الأسر الفقيرة جدا من استهلاك الأرز إلى استهلاك القمح، عندما ينخفض سعر هذا الأخير بالمقارنة بسعر الأرز.

أخيراً، فإن الأذواق والمعتقدات يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تحسين مستويات التغذية، وذلك من خلال توفير المعلومات اللازمة و تثقيف المستهلكين حول المحتوى الغذائي للسلع المختلفة، وإمكان إحلال السلع مرتفعة القيمة الغذائية ومنخفضة الثمن، مكان السلع التي تكون قيمتها الغذائية أقل ولكنها أكثر تكلفة^(١).

التدخلات الغذائية

هناك أنماط عديدة مختلفة وممكنة من التدخل الغذائي المصمم لتحسين التغذية. وهذه البرامج تتراوح بين توفير الغذاء للأطفال الرضع والصغار من خلال تحقيق التكامل بين توزيع الغذاء وبين برامج رعاية صحة الأم والطفل، وتوفير الغذاء لطلاب المدارس، وتشجيع إقامة حدائق المنازل لكي يتم توفير الإضافات الغذائية اللازمة، والتعليم والتثقيف بطرق التغذية المفضلة، وتطوير أنواع جديدة من الغذاء التي ترتفع قيمتها الغذائية، وأخيراً دعم أسعار السلع الغذائية لمحدودي الدخل في الحضر. وهناك أمران هامان ينبغي الالتفات إليهما عند تصميم هذه البرامج وهما كيفية حصر هذه البرامج على المستفيدين المستهدفين، والثاني هو كيفية تمويل هذه البرامج. فالبرامج التي تستهدف تحسين تغذية مستفيدين معينين مثل برامج تغذية طلاب المدارس قد تتطلب الكثير من الإعداد الإداري وتكاليف الإشراف لكل مستفيد ولكنها قد تتضمن نوعاً آخر من مشكلات التكاليف: وهو تسرب المكاسب إلى أشخاص آخرين غير الفئات المستهدفة.

٥ - كفاءة النظم الصحية

يتراوح إجمالي ما يتم إنفاقه على قطاع الصحة ما بين ٢٪ و ١٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي في الدول المختلفة - انظر الجدول ٤ . وتقدر إحدى دراسات البنك الدولي أن العالم خصص نحو ٩٪ من إنتاجه الكلي لقطاع الصحة . وهذه المبالغ الكبيرة التي يتم إنفاقها كانت استجابة للتحديات المتعددة الناجمة عن الانتقال الديموغرافي والانتقال الوبائي . وقد أشرنا إلى أن النظم الصحية لديها الآن القدرة على التخفيض الملحوظ للأمراض الزائدة عن الحد والتي يعاني منها الفقراء ، وعلى ضرورة أن تتوافر لدى هذه النظم القدرة على التوقع والاستجابة لأنواع متعددة من الأمراض والإصابات . ومع أن بعض هذه الظروف يتحقق بدرجة أكبر من البعض الآخر ، فإنه من الضروري أن تتوفر لدى النظم الصحية الأموال اللازمة ، والهيكل الإدارية والتنظيمية للاستجابة بمرونة وكفاءة لهذا التنوع .

والاختيارات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية لها تأثير علي عدالة توزيع الأعباء ، بحيث يمكن للأغنياء والأصحاء أن يدعموا الفقراء والمرضى . ولكي نضمن العدالة والحماية من المخاطر المالية ، لا بد وأن يكون هناك مستوى مرتفع من الدفع المسبق ، كما ينبغي توزيع المخاطر (من خلال دعم ذوى المخاطر الصحية المنخفضة لذوى المخاطر الصحية المرتفعة) ، ودعم الفقراء (من خلال دعم أصحاب الدخل المرتفعة لأصحاب الدخل المنخفضة) ، وتحاشي تجزئة أموال الرعاية الصحية التي يتم تجميعها ، كما ينبغي القيام بالشراء الاستراتيجي ، بالتركيز على أفضل التدخلات التي يتعين شراؤها ، وأفضل

المعالجين للشراء منهم، وأفضل آليات الدفع والتعاقد، وذلك لتحسين نتائج النظام الصحي وعدالته ودرجة استجابته^(١).

وتجدر الإشارة إلى أن معظم دول العالم لا يوجد لديها نظام صحي موحد، ولكن توجد نظم فرعية متعددة تتعلق بتوفير الخدمات الصحية وتمويلها. كما أن النظم الصحية تتفاوت في كفاءتها بين البلدان المختلفة. وهناك العديد من الدراسات التي حاولت تبيان أسباب هذا التفاوت. ومع ذلك، فإن الدروس المفيدة لأحد البلاد قد تكون محدودة القيمة لبلاد أخرى. كما أن الدلائل حول فعالية أو عدم فعالية بعض العوامل تشكل بعدا واحدا من الأبعاد المؤثرة على القرارات التي تشكل النظام الصحي.

وسوف نناقش فيما يلي الكيفية التي يمكن من خلالها زيادة كفاءة النظم الصحية في توفير الخدمات الصحية، وما هي الطرق التي يمكن أن نتوصل من خلالها لمدى تدخل الحكومة وحدود دورها في توفير التمويل اللازم، والرسوم التي يمكن فرضها على المستفيدين، والدور الذي يمكن أن يقوم به القطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية. ومع ذلك، فقد يكون من المفيد الإشارة في البداية إلى الأهداف التي ينبغي على النظم الصحية أن تعمل على تحقيقها:

- تحسين الأوضاع الصحية،
- الحد من التفاوت في توفير الخدمات الصحية،
- تدعيم الاستجابة للتوقعات المشروعة،
- حماية الأفراد والأسر والمجتمعات من الخسارة المالية،
- تدعيم العدالة في توفير وتمويل الخدمات الصحية.

الجدول ٤

الإنفاق على الصحة والخدمات الصحية في مجموعة من الدول

| الدولة | الإنفاق على الصحة كنسبة من م ج | | | إنفاق صحي للفرد ت ق ش \$ | لكل ١٠٠٠ من السكان | | |
|----------|--------------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|--------------------|-------------|------------|
| | الإنفاق العام | الإنفاق الخاص | الإنفاق الكلي | | عدد المرضى | عدد الأطباء | عدد الأسرة |
| أمريكا | ٦٦ | ٧٥ | ١٤١ | ٩٧-٩٠ | ٩٧-٩٠ | ٩٧-٩٠ | ١٩٩٣ |
| فرنسا | ٧٧ | ٢١ | ٩٨ | ٣٩٥١ | ٢٥ | ٨٩ | ٨٨ |
| سعودية | ٦٤ | ١٦ | ٨ | ٢٢١ | ١٣ | ٢٥ | ٣٥ |
| تونس | ٣٠ | ٢٨ | ٥٨ | ٢٢٧ | ٢١ | ١٨ | ٢٨ |
| مصر | ١٧ | ٢١ | ٣٧ | ١٠٣ | ١٨ | ٢ | ٢٢ |
| المغرب | ١٢ | ٢٤ | ٣٦ | ١٢٤ | ٠٤ | ١ | ٠٩ |
| سريلانكا | ١٤ | ٠٤ | ١٩ | ٣٨ | ٠١ | ٢٧ | ١ |
| اليمن | ١٣ | ٤٦ | ٥٩ | ١٩ | ٠١ | ٠٨ | ٠٥ |

المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية الدولية ١٩٩٩، ص ٩٠-٩٣، وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية لعام ١٩٩٩، ص ١٧٢-١٧٥.

الكفاءة الاقتصادية الكلية والجزئية

تسرى قضية كفاءة النظام الصحي على مستويات عديدة. فإذا ناقشنا، أولاً، الكفاءة الاقتصادية الكلية فنسجد أنها تشير إلى التكاليف الكلية للرعاية الصحية بالمقارنة بالمقاييس الإجمالية للأوضاع الصحية. فالدول المختلفة تنفق كميات متفاوتة من مواردها القومية على الصحة، كما تقوم بتخصيص هذه الموارد بطرق مختلفة، وتنجز إنجازات متفاوتة فيما يتعلق بالأوضاع الصحية، والحصول على الخدمة أو الشعور بالرضا. وبدون شك فإن هذه الاختلافات في النتائج تشير إلى اختلافات في كفاءة النظم الصحية.

وكما يتضح من الجدول ٤ فإن الإنفاق الكلي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي يصل إلى ٩٨٪ و١٤٪ في كل من فرنسا والولايات المتحدة على الترتيب - وكلاهما من دول الدخل

المرتفع، في حين أن هذه النسبة تتجه للانخفاض في دول الدخل المتوسط والمنخفض حيث تصل إلى ٨٪ في المملكة العربية السعودية و٥٨ في تونس، و٣٧٪ في مصر، و٣٦٪ في المغرب، و١٩٪ في سريلانكا - وكل هذه الدول من دول الدخل المتوسط، في حين أنها تصل إلى ٥٩٪ في اليمن - وهي من الدول منخفضة الدخل. وإذا نظرنا إلى الإنفاق العام على الصحة سنجد أنه متدنٍ جدا بالنسبة لدول الدخل المتوسط والمنخفض (باستثناء السعودية)، حيث يراوح الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بين ١٧٪ في مصر و١٢٪ في المغرب خلال الفترة من ١٩٩٠ حتى ١٩٩٧. وبدلالة دخل الفرد، فإن الإنفاق السنوي على الصحة للفرد بالدولار (تقريباً) غير ملائم بدرجة كبيرة حيث يصل إلى ٢٢٧ في تونس و٢٢١ في السعودية، و١٢٤ في المغرب، و١٠٣ في مصر و١٩ في اليمن و٣٨ في سريلانكا، وذلك بالمقارنة بنحو ٣٩٥١ في الولايات المتحدة و٢٠٨٦ في فرنسا.

والإنفاق المحدود على الرعاية الطبية في الماضي أدى إلى نصيب غير مناسب من كل من التسهيلات الطبية والأفراد المؤهلين في معظم الدول النامية، وبصورة خاصة في أكثرها فقراً، كما يتضح من الجدول ٤. كما تجدر ملاحظة أن التدريب الطبي في كثير من الدول الأكثر فقراً قد لا يكون مفيداً بدرجة كبيرة للمجتمع، حيث يتمتع الأطباء والممرضون بقدرة كبيرة على الانتقال، وبمجرد تدريبهم فإن نسبة ملموسة تتجه للهجرة الخارجية للحصول على دخل أعلى في البلاد الأخرى.

والمشكلة بالنسبة للدول الأقل نمواً هي أن البعض منها ينظر إلى الإنفاق العام على الصحة على أنه إنفاق استهلاكي بحت، ولهذا فإنها تتجه إلى الحد منه. ومع هذا، فإن الإنفاق الكلي على الصحة قد يكون منخفضاً للغاية - إلى أقل من ٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي

في العديد من البلاد مثل سريلانكا في الجدول ٤، وأيضا مثل السودان، والكاميرون، ونيجيريا، وإندونيسيا. وهذا التدنى في الإنفاق على الصحة يعنى عدم إمكان توفير الإجراءات الصحية الفعالة المنخفضة - التكلفة لكل السكان. ويحدد البنك الدولي المبلغ الضروري لتوفير حزمة أساسية من التدخلات الوقائية والعلاجية للفرد بنحو ١٢ دولاراً في السنة. وهكذا، فإن حقيقة الأمر أن تخصيص كميات غير كافية من الموارد العامة والخاصة للصحة يؤدي إلى الإبقاء على حلقة الفقر، وأن زيادة الدعم المالي الحكومي للخدمات الصحية التي تتسم بالعدالة وبفاعلية التكلفة هي مسألة تأخرت بشدة في بلاد كثيرة.

وبالنسبة للدول متوسطة ومرتفعة الدخل، فإن سياسة تمويل الأنشطة الصحية عادة ما تهتم بالحاجة إلى زيادة التنسيق، والحد من التشرذم، وإحكام الرقابة على إجمالي تكلفة الرعاية الصحية. وعادة ما يكون التخوف من أثر زيادة تكلفة الرعاية الصحية على زيادة تكلفة العمل مثار قلق هذه المجموعة، لما يؤدي إليه من تهديد للنمو الاقتصادي والتنافسية الدولية. وهكذا، فإنه بينما قد يشير إنفاق مبالغ أكبر بكثير من ٩٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية - مثل ١٤٪ في حالة الولايات المتحدة - إلى وجود عدم كفاءة على المستوى الاقتصادي الكلي، فإن الدول التي تنفق أقل من ٢٪ تستثمر أقل بكثير مما ينبغي في توفير الرعاية الصحية للسكان في الحاضر والمستقبل. وفيما بين هذا المدى المتسع لا توجد نسبة واحدة للإنفاق على الرعاية الصحية يمكن وصفها بأنها "مناسبة" أو تحقق "الكفاءة الاقتصادية".

ومن الناحية الأخرى، تشير الكفاءة الاقتصادية الجزئية، إلى إمكانية تحقيق كفاءة أكبر من الأنماط القائمة لاستخدام الموارد. ومن

الطبيعي أن تعاني كل النظم الصحية من قدر من الضياع وعدم الكفاءة. وهناك أنواع متعددة من انخفاض الكفاءة التي تعاني منها النظم الصحية. فانخفاض الكفاءة الفنية يتحقق عندما يتم استخدام كميات أكبر من اللازم من الموارد لتحقيق هدف أو تدخل صحي محدد. كما أنه يتحقق أيضا عندما لا تتناسب الطاقة المركبة للنظام الصحي (المباني والمعدات والعمالة الفنية) مع الموارد الجارية اللازمة للتشغيل الملائم، مع ما يترتب على ذلك من زيادة العمالة الفنية عن الحد اللازم، وانخفاض استخدام قوة العمل بالمقارنة بمستوى التشغيل، خاصة في المراكز الطبية النائية. وفي هذا الصدد فإن تحليل فعالية التكاليف هو الأداة الرئيسية لتحقيق التحسينات في الكفاءة الاقتصادية الجزئية. كما يتحقق انخفاض في الكفاءة التخصيصية عندما لا يتم توزيع الخدمات الصحية في البلاد الفقيرة بعدالة بين السكان. فالعواصم والمدن الرئيسية الأخرى عادة ما يكون لديها أعداد كبيرة من الأطباء بالمقارنة بسكان المناطق الريفية. كما يسود هذا التفاوت أيضا بالنسبة لأسرة المستشفيات ومسؤولي الصحة الأساسيين.

والموارد الطبية عادة ما يتم توزيعها بشكل غير كفاء بين الفئات المختلفة من المرضى وبين الأنواع المختلفة من العلاج، حيث قد نجد أن نسبة كبيرة من ميزانيات العلاج المحدودة أصلا يتم تخصيصها للحصول على بعض التكنولوجيات الطبية الحديثة (مثل عمليات القلب المفتوح) للمستشفيات في العواصم أو كليات الطب، في الوقت الذي لا يكون فيه بوسع الدولة أن توفر الرعاية الصحية الأساسية للأطفال المرضى. كما أن القصور في الكفاءة الإدارية والتنظيمية يحتل مكان الصدارة في النظم الصحية لبعض الدول النامية. فعدد كبير من الأمصال تتم إدارته بشكل غير كفاء نتيجة لمرور فترة كبيرة على صلاحيتها أو

لتعرضها للحرارة، كما أن ظروف التعقيم بالنسبة للإجراءات الطبية تجعل من المستحيل المحافظة عليها.

وأخيراً، وليس آخراً فإن جانباً آخر من القصور في الكفاءة التخصصية التي تعاني منه برامج خدمات الصحة العامة بمعظم الدول النامية يتصل بالمغالة في الإنفاق على الطب العلاجي مقارنة بالطب الوقائي. فلما كان علاج كل المرضى فوق قدرة كثير من الدول الفقيرة، فإن إمكانية تخفيض المرض والوفاة بطرق أرخص من خلال إجراءات الطب الوقائي (مثل التطعيم، والقضاء على الناموس والفئران.. الخ.) يستحق اهتماماً خاصاً.

وهكذا يتضح لنا أن جودة الخدمة تتجه للانخفاض نتيجة لعدم توافر الدخل اللازم (المالية والبشرية)، أو عندما لا يتم استخدام الإجراءات المناسبة. والأعراض العامة للقطاع الصحي في الدول الأقل نمواً هي عدم توافر الأدوية الأساسية، أو عدم إمكان التوصل لاستخدام التسهيلات الصحية القائمة، أو تغيب الأخصائيين، أو تعطل السيارات والمعدات، أو تهالك المنشآت. وهذه المشكلات تنتج من عدم كفاية وعدم ملاءمة الخدمات الصحية، فضلاً عن التوزيع السيئ لها في البلاد الفقيرة. وعندما توجد هذه الأعراض فإنها تؤدي في حد ذاتها إلى المساهمة في الأمراض والوفاة المبكرة^(١).

والسؤال الآن هو ما الذي يمكن عمله لتحسين الخدمات الصحية في الدول الأقل نمواً بالشكل الذي يمكن من امتداد التغطية لتشمل كافة السكان، وتوفير وتنمية أنماط الخدمة الملائمة للاحتياجات الصحية والموارد المتاحة في هذه البلاد؟.

تحديد الأولويات

حتى يمكن توفير الرعاية الصحية للجميع وبشكل فعال لا بد من مناقشة الأولويات، والاتفاق عليها، وتنفيذها. ويرجع السبب في ضرورة تحديد الأولويات إلى تعذر توفير كافة التدخلات التي لها قيمة علاجية لكافة السكان حتى في أغنى البلاد. كما أن الاستناد إلى القدرة على الدفع كوسيلة لتحديد أعداد المستفيدين من العلاج الطبي، والذي اتجه نحو التزايد مؤخرا، معناه تحديد الأولويات بالشكل الذي يستبعد أعدادا كبيرة من السكان من الحصول على رعاية منظمة. ولتصحيح هذه الأوضاع فإنه من الضروري اختيار الأولويات العامة، بدلالة ما تستطيع، وما لا تستطيع، الحكومة أن تفعله. وبهذا الشكل تصبح الحقائق الاقتصادية جزءا متكاملا من تطوير وإصلاح النظام الطبي.

وقد انصب تحديد الأولويات في البلاد الأقل نموا في المجال الطبي منذ الخمسينات وحتى الثمانينات على التركيز على علاج مرض واحد في وقت محدد، مثل الإسهال أو الملاريا. ومنذ أوائل التسعينات اتجه الاهتمام نحو التدخلات الجماعية لتحقيق نتائج أفضل، وتحسين جودة الخدمات الطبية. وقد أدخل البنك الدولي عام ١٩٩٣ فكرة حزمة التدخلات التي تتسم بفاعلية التكلفة، والتي يتم تصميمها وفقا للأوضاع الفعلية للمالية العامة في أي دولة^(١). وعندما يتم تطوير هذه الحزم، فإنه من الممكن إعادة تنظيم الكيفية التي يتم بها تطوير الخدمات الطبية لضمان اختصار وقت الانتظار، وللتدفق الكفء للمرضى، ولصرف الأدوية بصورة أكثر نمطية، ولتحقيق اتصال أفضل مع المرضى. ولهذا فإن أولويات التدخل التي يتم تركيزها بهذا الشكل ستسمح بأن يكون

للموارد المحدودة أقصى تأثير ممكن على جودة الخدمة والنتائج الصحية.

إعادة النظر في الحوافز الخاصة بموفري الخدمة الطبية

تعتمد كفاءة النظم الطبية وجودة الخدمات التي يتم توفيرها على عاملين إضافيين هما طريقة الدفع لموفري الخدمة (المعالجون)، ودور المؤسسات الحائزة لأموال العلاج الطبي بالنسبة لموفري الخدمة.

وفيما يتعلق بطريقة الدفع لموفري الخدمة، هناك أولاً: طرق الدفع المستقبلية - مثل الموازنات أو ضريبة الرأس (مبلغ محدد يدفعه كل شخص) - والتي يتم من خلالها تحويل المخاطر المالية لتوفير الخدمة من الموازنة أو صناديق التأمين الطبي التجاري أو مشروعات التأمين الطبي على مستوى القرية، إلى موفري الخدمة الطبية. كما أن هناك، ثانياً، طرق الدفع الاسترجاعية حيث يتم تعويض موفر الخدمة مقابل الخدمات التي قام بتوفيرها - مثل رسوم الخدمة - أو المدفوعات على أساس التدخل العلاجي. وتوضح تجارب العديد من الدول عند المستويات المختلفة لدخل الفرد أن النظم التي تعتمد على طرق الدفع الاسترجاعي - خاصة تلك التي يتولى الدفع فيها طرف ثالث - تخلق حوافز للإسراف والرعاية غير المناسبة. فبدون ضوابط على حجم الاستخدام وجودة الخدمة، سيكون من العسير إدارة هذه النظم بما يتفق مع الصالح العام، حيث ستخلق حوافز للرعاية الفخمة المتمسمة بالتبذير، من خلال توفير العلاج بشكل مغالى فيه، والاستخدام الزائد عن الحد للخدمات التشخيصية والتدخلات الجراحية. وفي هذا الصدد، هناك بدائل أفضل من أهمها طرق الدفع المقدم، أو تعزيز رسوم الخدمة ببعض الضوابط الإدارية البسيطة للحد من التسارع في التكاليف.

وتتضمن طرق الدفع المقدم إنشاء مؤسسات لحيازة الأموال التي يتم تجميعها، مثلاً من خلال حسابات التوفير الطبية للأفراد والعائلات، ومشروعات التأمين الطبي للقرى أو المجتمعات المختلفة، وأموال التأمين الطبي الخاص، والأموال المخصصة للصحة في الموازنة العامة للدولة. ولزيادة الكفاءة من الضروري أن تقوم هذه المؤسسات بدور فعال تستخدم فيه قوتها المالية من أجل تحقيق التغيرات اللازمة في سلوك موفري الخدمات الطبية. ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال الاتفاقات التعاقدية التي تتم بين المشتريين العامين والأنماط المختلفة من موفري الخدمة، والعمل على إدخال المنافسة فيما بين الموفرين أنفسهم للحد من التسارع في التكاليف. وقد اتجهت الكثير من شركات التأمين الطبي إلى القيام بدور نشط في إدارة توفير الخدمة للمستفيدين بهدف إحكام الرقابة على التكاليف وتحسين جودة الخدمات التي يتم توفيرها. كما تعمل هذه الشركات أيضاً على إثارة المنافسة بين موفري الخدمات الطبية الممكنين، والاحتفاظ بسجلات لهم، والتعاقد فقط مع أولئك الذين يحققون مستويات معينة من الجودة والتكلفة، ووضع بروتوكولات للعلاج النمطي.

٦ - مدى تغطية الرعاية الصحية ونظام السوق

هناك مبررات هامة لقيام الدولة بدور ملموس في القطاع الصحي، يتمثل أولها، في أن العديد من الخدمات المتصلة بالصحة والرقابة على الأمراض المعدية هي سلع عامة. الثاني، هو أن توفير الخدمات الصحية للفقراء بتكلفة مناسبة يعد وسيلة فعالة ومقبولة اجتماعياً للحد من الفقر. وأخيراً، فإن التدخلات الحكومية قد تكون لازمة لمواجهة المشكلات الناجمة عن عدم التأكد والفشل في أسواق التأمين. فعدم التأكد الذي يحيط باحتمال المرض وفعالية العلاج يدفع إلى الطلب

القوى على التأمين وإلى القصور في عمل الأسواق الخاصة حيث قد تلجأ شركات التأمين لرفض التأمين على الأفراد الأكثر حاجة للتأمين الصحي. كما قد تكون هناك "مخاطر معنوية" حيث يؤدي التأمين إلى تخفيض حوافز الأفراد لتفادي الخطر والإنفاق بالسلوك المتزن، وإلى خلق الحوافز والفرص أمام الأطباء والمستشفيات لإعطاء المرضى رعاية أكثر من اللازم.

وأخيراً فهناك حالة من اللاتماثل Asymmetry في البيانات بين موفر الخدمة والمريض فيما يخص نتائج التدخل. فموفر الخدمة ينصح المريض باختيار العلاج، وعندما يرتبط دخل موفر الخدمة ينصح المريض باختيار العلاج، فمن الممكن أن يتحقق علاج أكثر من اللازم. ولهذا فإنه كنتيجة للاعتبارات المترتبة على وجود المخاطر المعنوية وعدم التماثل في البيانات المتوفرة لطرفي التعاقد، فإن التكاليف في الأسواق التي لا تخضع للرقابة قد تتزايد دون أن تتحقق مكاسب صحية للمرضى. فالحكومات إذن لها دور لكي تعمله في ضبط وتوجيه النظم الصحية^(١).

وتوضح الدروس المستفادة من تطور النظم الصحية خلال القرن العشرين أن النمو التلقائي غير المدار لا يمكن الاعتماد عليه لضمان الوفاء بمعظم الاحتياجات الصحية للسكان، خاصة السكان الفقراء الذين يتحملون العبء الأكبر لسوء الصحة والمخاطر القصوى الممكن تفاديها للمرض والوفاة. ولهذا فهناك ضرورة للتدخل الحكومي للتوصل للتغطية الشاملة للسكان. وفي الجزء الأخير من هذا الفصل ستم مناقشة دور نظام السوق في توفير الخدمات الصحية، واختلاف توزيع مخاطر تكاليف الرعاية الصحية استناداً إلى الخطط المختلفة للتمويل والنظم المختلفة للدفع لموفري الخدمات الطبية، وشمول تغطية الرعاية الصحية الأساسية وخيارات السياسات الصحية المتاحة.

الخدمات الصحية المتاحة

أشارت دراسات البنك الدولي، إلى أن ٧ ٪ فقط من تكاليف الخدمات الصحية التي يتم توفيرها بصورة عامة في الدول النامية يتم الحصول عليها مرة أخرى كرسوم من المستفيدين. وهذه الملاحظات أدت إلى الاقتراحات الخاصة بزيادة الرسوم التي يتم تحديدها للخدمات الصحية، وفرض رسوم لبعض الخدمات التي يتم حاليا توفيرها مجانا. والدخل الذي سيستج من هذه الرسوم سيتم استخدامه للتوسع في الخدمات الصحية.

وبالنسبة لإمكانية فرض أسعار أعلى على الخدمات الصحية والتعليمية، اقترح بعض الاقتصاديين التفرقة بين الخدمات التي تدر منافع شخصية يتمتع بها الأشخاص المستفيدون بمفردهم، وتلك التي يكون لها منافع خارجية ملموسة للمجتمع بأسره^(١). فعندما تكون المنافع الخارجية كبيرة، فإن السعر الذي يتم تحديده للخدمة ينبغي أن يكون أقل من التكلفة، وإلا فإن المجتمع سيحرم من هذه المكاسب الملموسة. وبصورة عامة، فهناك اتفاق على عدم فرض أية رسوم على الخدمات الطبية الوقائية، ولكن البعض قد يرى فرض رسوم معتدلة على كثير من الخدمات العلاجية.

ومع ذلك، فإن النقطة المهمة هي أن أنواع الخدمات التي ينبغي على حكومات الدول النامية أن تنفق الجانب الملموس من موازنتها الصحية لتوفيرها هي تلك التي تؤدي إلى مكاسب كبيرة للمجتمع بصورة عامة، وبصورة خاصة للسكان الفقراء في المناطق الريفية والحضرية. والمفروض هو التوسع في هذه الخدمات بصورة ملموسة

(١) Meier, G, Leading Issues in Economic Development, 6th ed. (Oxford University press, 1995), Chapter VI.E., pp.305-312.

في معظم البلاد، وليس الحد من استخدامها من خلال فرض رسوم باهظة. ولهذا فإن الخدمات الصحية يمكن أن تكون أحد الأشياء التي يكون فيها حدود لاحتمالات استخدام نظام السعر.

المشاركة في المخاطر

هناك ثلاثة أطراف محتملة يتم التعامل فيما بينها فيما يتعلق بتكاليف الخدمات الطبية. وهذه الأطراف هي: المرضى (الطرف الأول)، والمعالجون (الطرف الثاني)، وصناديق التأمين العامة أو الخاصة (الطرف الثالث) وأبسط نظم الدفع لموفري الخدمات الطبية (المعالجون) هي تلك التي يقوم فيها المريض بالدفع للمعالج من جيبه الخاص. وهذا هو نظام الدفع بواسطة "الطرف الأول" - أي أن عبء المخاطر بالكامل للآثار المالية المترتبة على المرض يتم تحمله بواسطة الفرد وربما بواسطة أسرته. وهنا لا يوجد توزيع للمخاطر فيما بين السكان. وهذا هو النمط الشائع الذي يميز معاملات الرعاية الصحية الأولية في البلاد الفقيرة حالياً، خاصة الرعاية التي يوفرها ما يطلق عليهم الممارسون التقليديون.

أما نظام المشاركة الاختيارية في المخاطر بواسطة الأسرة أو مجموعات من العائلات فيتم فيه تقاسم المخاطر بين مجموعات أكبر من السكان. وتقوم بعض صناديق التأمين بالدفع لموفري الخدمة الطبية مباشرة، عادة بإعادة الدفع وفقاً لجدول متفق عليه للمستحقات. ويعتبر عنصر الدفع المسبق مؤشراً لمكان انتقال المخاطر من الفرد إلى المجموعة أو الصندوق. وهذه الأنظمة التي توزع المخاطر بين أعداد كبيرة من السكان قد تتمثل في الشركات الخاصة للتأمين التي تقوم بإدارة الأموال نيابة عن أعداد كبيرة من السكان وتقوم بإعادة الدفع للمعالجين وفقاً لذلك. كما تتضمن أيضاً النظم القومية للتأمين الممولة

من الضرائب العامة، أو نظم التأمين الصحي الاجتماعي الممولة من الضرائب على المرتبات. ويتم دفع معظم الخدمات الصحية بواسطة أحد هذه الصناديق الكبيرة والتي تعتبر "طرفاً ثالثاً". ويوجد مدى متسع من الخيارات للدفع للمعالجين في إطار هذا المدى من الترتيبات المؤسسية. كما يشيع أيضاً وبشكل متزايد استخدام توليفات من طرق الدفع. وتقع المخاطر المالية على الطرف الثالث (صندوق التأمين الصحي أو الحائز على الموازنة). ورغم ذلك فهناك طرق عديدة لكي تضمن قيام المريض أيضاً بالمساهمة أو أن جزءاً من المخاطر يتم نقله إلى المعالجين (موفري الخدمة)، سواء كأفراد أو كمجموعات.

ومن المهم العمل على قيام المعالجين "كطرف ثان" بالمشاركة في مخاطر تكاليف الرعاية الصحية بشكل متزايد. وعندما يقوم المعالجون (المستشفيات أو الممارسون الأفراد) بإدارة الاحتياجات الصحية للسكان من ميزانية معينة، فإن مكافأتهم ستتجه للتقلب وفقاً لنوع ومستوى الخدمة التي يوفرونها. وبهذا الشكل، يصبح المعالجون أصحاب مصلحة في الإدارة النشطة للمخاطر الصحية واحتياجات السكان^(١).

وتجدر الإشارة إلى أن كفاءة التدخلات الصحية تقع أساساً على عاتق المعالجين. ولكي يقوم هؤلاء المعالجون بأداء دورهم بفاعلية، فإنهم بحاجة إلى مدخلات ملائمة، وترتيبات تنظيمية، وحوافز متماسكة، سواء داخليا أو خارجيا. وتلعب طريقة الشراء دوراً مركزياً في

(١) Jimenez, Emmanuel, Pricing Policy in the Social Sector Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries (Baltimore: Johns Hopkins Press for the World bank 1987).

(٢) World Health Organization, 1999 World Health Report, op. cit.

ضمان ترابط الحوافز للمعالجين من خلال آليات التعاقد، والموازانات، وطرق الدفع.

تغطية الخدمات الصحية

نادى المؤتمر الدولي عن الرعاية الصحية الأولية والذي عقد في ألما - آتا (عاصمة كازاخستان) عام ١٩٧٨ بضرورة التوصل إلى توفير الرعاية الصحية الأولية لكل الناس بحلول عام ٢٠٠٠ بالمستوى الصحي الذي يسمح لهم بحياة اجتماعية واقتصادية منتجة. وقد وقعت كافة الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على هذا البيان، ومع ذلك، ومع مرور أكثر من عشرين عاما على صدور بيان ألما - آتا فلم يتحقق التقدم السريع والمتواصل في الإتاحة الشاملة للرعاية الصحية الأساسية، حيث لا يزال هناك تفاوت كبير بين مختلف الدول. فمع اتجاه الدول الاشتراكية السابقة نحو اقتصاديات السوق فإنها اتجهت نحو ترك هذه الأنشطة للقطاع الخاص. كما أن الدول الأفريقية جنوب الصحراء اتجهت إلى فرض أو زيادة الرسوم على الرعاية الصحية. وغالبا ما عجزت هذه السياسات عن استخدام الموارد المترتبة على هذه الرسوم لتحسين الجودة وتوفير الخدمات بشكل متزايد.

ومن ناحية أخرى، فقد حافظت الدول الصناعية على نظمها الصحية التي توفر رعاية طبية مدفوعة مقدما وشبه شاملة. وعلى الرغم من اتجاه عدم المساواة في النتائج الطبية نحو التزايد بين الجماعات الفقيرة والغنية في عدد كبير من الدول الصناعية، فإن بعض هذه الدول حققت تقدما حقيقيا في اتجاه التغطية الشاملة^(١).

International Monetary Fund, Working Paper wp/00/136 by: William Hsiao, What (١) Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer, July 2000, pp. 1-69.

خيارات السياسة

توضح تجربة الصين وسريلانكا في الخمسينات والستينات من القرن الماضي، أنه من الممكن تحقيق تحسينات مذهلة في توفير الرعاية الصحية والتوصل في نفس الوقت إلى تحسينات ملموسة في النتائج الصحية، مع الإبقاء على إجمالي الإنفاق العام على الصحة عند مستويات متواضعة. كما حقق انتقال كندا خلال عقد الستينات من سيادة التأمين الطبي الخاص، مع وجود أعداد كبيرة من السكان خارج مظلة التأمين، إلى التأمين الطبي القومي، إلى تحقيق تحسن ملموس في صحة السكان ومكاسب اقتصادية في نفس الوقت. فضمن ارتفاع السكان الفقراء من التدخلات الطبية التعزيزية والوقائية والعلاجية المتاحة لا يحسن فقط من إمكان حصولهم على الرعاية الطبية، ولكنه يسهم أيضا في تخفيض العبء الكلي للمرض.

وللتوصل إلى هذا الوضع الممكن، لابد وأن تصل البرامج التعزيزية والوقائية للفقراء، كما ينبغي أن يكون بإمكانهم الوصول إلى المراكز الصحية أو العيادات (الخاصة، أو العامة، أو غير الحكومية) حيث يتوافر لهم العلاج المناسب للأمراض الشائعة والتي يمكن معالجتها. كما ينبغي أن لا تكون هناك رسوم ملموسة تعوق حصول الفقراء على الخدمة. فالتغطية الشاملة تعني أن نظام الرعاية الصحية، بغض النظر عن مصدر الأموال، يعمل كنظام للتأمين الصحي القومي، حيث يتم الدفع له مسبقا من خلال الإيرادات الضريبية، أو من خلال أقساط التأمينات الاجتماعية على العاملين، وذلك لضمان أكبر تجميع ممكن للمخاطر. ويرجع ذلك إلى أن وجود صندوق واحد لتجميع المخاطر يسمح بتوافر بدائل كثيرة تسمح كل منها بوجود حوافز للمعالجين الأفراد، بما فيها البديل المتعلق بنقل المخاطر للمعالج.

ويتجه كل من تجميع المخاطر في مجال الصحة، ونصيب الإنفاق العام من إجمالي الإنفاق على الصحة، نحو التزايد مع تحرك الدول بعيدا عن طرق دفع المرضى لتكاليف الرعاية الطبية من الجيب الخاص. وتتواجد بدائل مؤسسية عديدة لتحقيق التغطية الشاملة. وتوضح الدراسات الحديثة أن طريقة الدفع من الجيب الخاص هي أقل الطرق تنظيما وأكثرها في عدم المساواة، حيث يقع عبء التمويل بشكل متزايد على الفقراء (والذين يتحملون تكاليف أكبر للرعاية الطبية بالمقارنة بيمسوري الحال)، كما أن العائق المالي يترتب عليه انخفاض استخدام الخدمات الطبية بواسطة فئات الدخل الأدنى على الرغم من أن احتياجاتهم عادة ما تكون كبيرة.

وقد تمثلت استجابة نظام السوق لنظام يعتمد على فرض رسوم على المستخدمين في تطوير التأمين الخاص. فشركات التأمين ترى فرصة للربح، ويقوم الناس بالدفع المسبق من خلال أقساط التأمين حتى لا يواجهوا تكاليف باهظة للرعاية الطبية. وهذه الطريقة للتمويل تتضمن قدرا من تجميع المخاطر بين المؤمنين، ولكنها تخلق قدرا من عدم المساواة بين المؤمنين وغير المؤمنين. كما توضح التجربة مع أسواق التأمين الطبي التجاري أنها أسواق غير مستقرة ويصعب تنظيمها، حيث تلجأ كل شركة منها إلى تعديل نمط المخاطر للمؤمن عليهم لضمان زيادة الإيرادات على الإنفاق.

وتوجد مشروعات التأمين الطبي الاجتماعي حيث يتم التأمين على الموظفين وعائلاتهم بصورة إجبارية، وحيث تناسب أقساط التأمين مع دخول المؤمن عليهم بدلا من المخاطر المحتملة للمرض التي يواجهها كل منهم. ويتسم هذا النظام بقدر أكبر من العدالة بالمقارنة بالنظامين السابقين، سواء من ناحية التمويل أو من ناحية الرعاية الطبية التي

يوفرها. ولكن هذا الاستنتاج لن يكون صحيحا بالضرورة في البلاد التي تعمل فيها نسبة صغيرة من السكان في القطاع المنظم.

وتعد النظم التي يتم فيها تجميع المخاطر، والتي يتم فيها التمويل بالاستناد إلى الإيرادات الضريبية، أكثر النظم عدالة من ناحية المشاركة في عبء تمويل الخدمات الصحية، ومن حيث السماح بتوفير الخدمة لكل الناس ذوي الاحتياجات المتشابهة. وتسود هذه النظم حاليا في كندا، والدنمرك، والنرويج، والسويد، وكوبا، وإسبانيا، والمملكة المتحدة. فتجميع المخاطر يتضمن كافة السكان، كما تقوم الحكومة بتنفيذ قيام التأمين بتغطية تكاليف الرعاية الصحية، والتي يتم تمويلها من الضرائب، والتي تأخذ نصيبا أكبر من دخول الأغنياء بالمقارنة بالفقراء في ظل نظم الضرائب التصاعدية.

والسؤال الآن هو ما الذي يتعين على البلاد النامية أن تفعله في هذا الصدد؟. والإجابة هي أن البديل الأكثر ملاءمة لظروف هذه البلاد هو التوصل إلى نظم للدفع المسبق من خلال الجمع بين نظام التأمين الاجتماعي الصحي والمالية العامة. وبالطبع، فكل الدول تقريبا لديها عناصر من النظامين، ولكن نادرا ما يتم الربط بينها كجزء من سياسة صحية صريحة. وتطوير استراتيجية قومية للدفع المسبق يتطلب جعل مخصصات الموازنة العامة للصحة كجزء من إطار التمويل المتاح للتغطية الشاملة. وبهذا الشكل يتم الربط بين مشروعات التأمين الصحي الاجتماعي وبين الدعم الحكومي، كما سيتم تحديد التوجيهات المتعلقة بتوفير الرعاية الطبية للسكان لضمان العدالة والكفاءة التخصيصية.

ولتعظيم المكاسب المتعلقة بالعدالة والكفاءة في البلاد الفقيرة التي تتزايد فيها أعباء المرض، لابد من اتخاذ خطوات عملية للتوصل إلى التغطية الشاملة. وعلى الرغم من عدم وجود خطوات محددة ينبغي

على كافة الدول القيام بها للتوصل إلى هذا الهدف، فهناك خصائص أساسية لا بد من العمل على توفيرها. وهذه تتمثل في:

- تعريف العضوية بحيث تتضمن كل الناس، أي أن الاشتراك إجباري.
- التغطية الشاملة تعني تغطية كل الناس، وليس تغطية كل شيء.
- فالخدمات ذات الأولوية المنخفضة، والتي ستختلف من دولة لأخرى، سيتم توفيرها مقابل الدفع. وينبغي أن يتم تحديد خدمة المنافع المتاحة بوضوح في ضوء الموارد المتاحة وتكلفة التدخلات ذات الأولوية المرتفعة، وتقدير الخدمات والمدخلات التي يرغبها الأفراد ويستطيعون دفعها من جيوبهم الخاصة، وأيضاً في ضوء الاختيارات الممكنة من الناحية السياسية.
- لا يتم الدفع للمعالجين بواسطة المرضى عند حصولهم على الخدمة. فالاعتماد الكبير على طرق الدفع من الجيب الخاص يضع الحوافز غير المناسبة لكل من المعالجين والمرضى، كما يترتب عليها عبء مالي غير متكافئ، وعوائق أمام الفقراء في الحصول على الخدمة. أما الدفع المسبق فيسمح بالعديد من الطرق والحوافز المناسبة للحصول على الخدمات.
- إمكان توفير الخدمات بواسطة كافة أشكال المعالجين، طالما اتسمت طرق العلاج الطبي والتسهيلات الطبية بالحد الأدنى من معايير الجودة. ومثل هذه الترتيبات ستسمح بمشاركة العيادات والمستشفيات والمعامل الخاصة، والذين يشكلون النقطة الأولية للاتصال بالمرضى، بالشكل الذي يؤدي للاستفادة من الموارد المتاحة بها، وبشرط خضوعها للتنظيم والرقابة بواسطة الأجهزة العامة والمهنية.

التمويل والتسعير التفضيلي للأدوية الأساسية للأقطار النامية والأقل نمواً

الدكتور فؤاد بن عالم

النائب الأول لرئيس شركة جلاكسو سميث كلين
الدولية للأدوية بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا

التمويل والتسعر التفضيلي للأدوية الأساسية للأقطار النامية والأقل نمواً

خطاب ألقاه فؤاد بن غالم

النائب الأول لرئيس شركة جلاكسو سميث كلين
الدولية للأدوية بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا

أشكركم على دعوتي للتحدث في هذا المؤتمر المهم جداً وعلى إعداد هذا المنتدى لنا لمناقشة القضايا الصحية ذات الاهتمام الواسع. اسمحوا لي أن أبدأ بتقديم نفسي لكم. اسمي فؤاد بن غالم وأشغل منصب النائب الأول لرئيس شركة جلاكسو سميث كلين الدولية للأدوية (جى.اس. كيه) بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتعد جى. أس. كيه واحدة من الشركات الرائدة في عالم الدواء. وتتركز مهمتنا في تحسين جودة الحياة البشرية من خلال تمكين البشر من أداء المزيد من الأعمال والشعور بأنهم في حالة أفضل والعيش لمدة أطول. والمنطقة التي أديرها تضم ما يقرب من ٣٠٠٠ موظف وتضم ٣٦ دولة تمتد من السنغال في الغرب وحتى إيران في الشرق، ومن تركيا في الشمال وحتى الكونغو في الصحراء الكبرى.

إن تعذر الحصول على الرعاية الصحية ذات الجودة في أقطار العالم الفقيرة قد أدى إلى أزمة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم، وهناك أمراض مثل السل والملاريا ونقص المناعة المكتسبة في

الجسم (الإيدز) تهدد بالانتشار دون ضابط في الأقطار التي تفتقر إلى الموارد والتسهيلات اللازمة لمواجهتها. وتودي مثل هذه الأمراض بحياة الآلاف يومياً وتزرع الفقر وتحطم الآمال في بلاد العالم.

وكما أكدت مؤخراً لجنة الاقتصاديات الكبرى التابعة لمنظمة الصحة العالمية فإن الفقر يُعد أصل المشكلة. فأجزاء كبيرة من المناطق السكانية في الأقطار النامية غالباً لا يتيسر لها الحصول على الطعام والماء النظيف، ناهيك عن خدمات الرعاية الصحية الأساسية مثل الأدوية المأمونة والفعالة. ومما يزيد من تفاقم المشكلة وجود شبكات لتوزيع الفقر، والمستويات العالية من الأمية، وانخفاض أعداد عمالي الرعاية الصحية المدربين.

والأمر يتلخص في أنه كلما زاد الفقر، كلما زادت صعوبة الحد من معدلات الهبوط وكلما عظمت مستويات وآثار الصحة السيئة. إنها حلقة مفرغة يجب تحطيمها. إن هذا لهو زمن التحدي الأكبر لنا جميعاً.

إلا أن الزمن هو زمن الفرص أيضاً، وهناك تركيز سياسي قوى على القضايا الصحية، فالصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا يطرح آلية للدول الغنية لتقديم التمويل اللازم. والشراكات المبرمة بين الأمم المتحدة وصناعة الدواء مثل مبادرة الحصول السريع على الدواء، تحقق نجاحاً في توفير الأدوية المضادة لفيروسات الحامض النووي لمن يحتاجها. كما أزال إعلان الدوحة بشأن اتفاقية التريبس والصحة العامة أي تصور بأن حقوق الملكية الفكرية تمثل حاجزاً أمام الحصول على الأدوية.

هناك استجابة عالمية، ولكن ينبغي علينا أن نتذكر أنه لا توجد كرات سحرية أو ترتيبات سريعة. إن المشكلة معقدة للغاية وذات أوجه

متعددة ومدى بعيد والحلول ليست سهلة. إن الحواجز الكبيرة التي تعوق عملية الحصول على الأدوية في العالم النامي يجب التغلب عليها باعتبار ذلك مسؤولية مشتركة للمجتمع العالمي بأكمله.

إذا أردنا تحسناً في صحة العالم النامي، فيجب على كافة قطاعات مجتمعنا العالمي - حكومات ووكالات دولية وكذلك القطاع الخاص- أن تعمل معاً في شراكات جديدة مدعومة بتمويل على نطاق واسع.

والآن اسمحوا لي أن أتحدث عن الدور الذي يمكن ويجب أن تقوم به الصناعة الدوائية والشركة التي أنتمي إليها على وجه الخصوص في هذه الاستجابة العالمية.

إن إصرار جلاسكو سميث كلاين على تحسين جودة حياة البشر على امتداد العالم مكافئة لضراوة الأمراض التي نواجهها. إن الأمر بالنسبة لنا يمثل واجباً أخلاقياً.

نحن ملتزمون بالقيام بإسهامات مبتكرة ومسؤولة دائمة تجاه تحديات الرعاية الصحية في العالم النامي في ثلاثة مجالات رئيسية: الاستثمار في الأبحاث والتنمية؛ الأسعار التفضيلية الدائمة؛ العمل من خلال الشراكات.

وأتناول في البداية مجال الشراكات الاجتماعية التي تتمتع جي.اس.كيه بتاريخ طويل فيها فيما يخص مساندة برامج المجتمع التي تأخذ شكلاً متميزاً عندما تتعلق بالجمع الأكبر من البشر. وأود أن أسوق لكم مثالين لالتزامنا بهذه الشراكات.

إن داء الفيلايريا اللمفاوية يُعد السبب الرئيسي الثاني في إحداث الإعاقة في العالم وإصابة ١٢٠ مليون نسمة بخلاف أكثر من بليون نسمة عرضة للإصابة بالمرض. في ديسمبر ١٩٩٧، دخلنا في تعاون مع منظمة الصحة العالمية لقيادة الجهود الرامية إلى القضاء على الفيلايريا

اللمفاوية. وسوف يُقدم عقار البندازول، وهو مضاد للطفيليات قمنا بتصنيعه، مجاناً لجميع الدول التي تحتاجه حتى يتم القضاء على هذا المرض. وسوف يتطلب هذا الأمر علاج أكثر من ستة بلايين حالة على مدار ٢٠ عاماً. وحتى الآن قمنا بشحن ٧٩ مليون قرص ونتوقع شحن أكثر من ١٠٠ مليون قرص في عام ٢٠٠٢. وكذلك قمنا باستثمار ٤ ملايين دولار أمريكي في صورة منح لدعم هذا البرنامج. وقد وصفت جريدة الفيننشال تايمز التزامنا بالقضاء على الفيلايريا اللمفاوية بأنه "أكبر عمل إنساني فذ مشترك في أي صناعة."

ثانياً: أود أن أتحدث عن "العمل الإيجابي" وهو ما يُطلق على برنامجنا العالمي طويل الأمد للتوعية والرعاية والدعم المجتمعي فيما يتعلق بالفيروس المُسبب لمرض الإيدز. فمن خلال الشراكة مع الأفراد والمجموعات البشرية المتعايشة مع مرض نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز)، نقوم باتباع أساليب أكثر فعالية فيما يرتبط بالوقاية والتوعية بمرض الإيدز ورعاية الطوائف المتعايشة معه أو المتأثرة به. ومنذ عام ١٩٩٢ قام "العمل الإيجابي" باستثمار أكثر من ٥٥ مليون دولار أمريكي في البرامج المجتمعية فيما يتعلق بمرض الإيدز في جميع أنحاء العالم.

إن الشراكات المجتمعية من هذا النوع يمكنها أن تُمثل اختلافاً حقيقياً، إلا أن الإسهام الأكثر أهمية الذي يمكن أن تقدمه صناعة الدواء يتمثل في مجال البحوث وتطوير العقاقير واللقاحات والعمل على توفيرها بأسعار تفضيلية.

واسمحوا لي أن أبدأ أولاً بالبحوث والتنمية

إن جى. اس. كيه تقدم بالفعل حقبة من المنتجات للأمراض التي يعاني منها العالم النامي. إلا أنه ما زالت توجد احتياجات كبيرة لم

يتم توفيرها بعد. كما أن عديداً من الأدوية المستخدمة اليوم في معالجة الأمراض مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) والمalaria والسل لا تطيل الحياة إلا لفترة محدودة بسبب تطور مقاومة الفيروس. لذا من الواضح أنه لا يوجد مجال للرضا الذاتي فنحن ندرك أنه ليس باستطاعتنا الراحة، إن هناك حاجة ضرورية للتوصل إلى وسائل علاج جديدة أفضل إذا أردنا ملاحقة المرض.

إن جي. اس. كيه توفى بمثل هذه الحاجة، فنحن الشركة الوحيدة حالياً المعنية بالبحث والتنمية من أجل الوقاية من وعلاج كافة الأمراض الثلاثة ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية: فيروس نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) والمalaria والسل. ولدينا عدد من العقاقير في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة والتي تبشر بآمال حقيقية. وتشتمل هذه العقاقير على لقاحات ضد فيروس الإيدز والمalaria. وسوف تبدأ أولى تجاربنا البشرية المبينة على الملاحظة المباشرة فيما يتعلق بلقاح فيروس الإيدز في عام ٢٠٠٢.

كما أننا نقوم بتجارب كثيرة قائمة على الملاحظة المباشرة من أجل تقييم الاستخدام الأكثر ملاءمة لـ retrovirals- anti في البيئات ذات الموارد الفقيرة وتقليل خطر انتقال المرض من الأم إلى الطفل.

إننا نبحث عن أساليب جديدة. وقد قامت جي. اس. كيه بتخصيص وحدة لاكتشاف العقاقير في ترس كانتوس بأسبانيا تُكرس للتعامل مع أمراض العالم النامي. وتقدم الوحدة وسائل وخبرات جديدة.

إننا نسعى كذلك إلى شراكات جديدة، فالأنماط التقليدية لتطوير العقاقير لا تجدي بالنسبة لبعض الأمراض. وهناك نمطان قديمان بصفة رئيسية. فمط الدواء الأساسي من أجل الربح قد لا يُكتب له النجاح

بسبب عدم وجود سوق تجارية لتبرير التكاليف والمخاطر المرتبطة بأعمال البحث والتنمية المطلوبة. وقد أثبت نمط القطاع العام أو النمط الحكومي كذلك فشلاً في علاج مثل هذه الأمراض بسبب نقص الخبرة والتمويل. وفيما يتعلق بأمراض مثل الملاريا حيث تضعف الآمال في العائد التجاري، تكون هناك حاجة إلى أساليب جديدة.

لذلك فإننا بحاجة إلى دراسة طريق ثالث نمط شراكة للأبحاث وأعمال التنمية التي تتعلق بالأمراض في العالم النامي. والأمر ببساطة يعني أن تقوم الشركات بتقديم التكنولوجيا الخاصة بها والتي وفرت لها استثمارات لعقود من الزمن وكذلك خبراتها في مجال التنمية والتوزيع لمصلحة الشراكة. كما يتعين على شركاء القطاع العام أن يساعدوا في تمويل تكاليف التنمية بالإضافة إلى المساعدة في ضمان وصول الأدوية واللقاحات إلى من يحتاجونها من البشر.

إن لهذا فائدة مزدوجة، فهو يشجع الأبحاث والتنمية ويزيد من سرعة نقل المنتج إلى العالم النامي.

ولعلاج الملاريا *P.falciparum* تقوم جى.اس. كيه بتطوير LADAP بواسطة شراكة مع منظمة الصحة العالمية وجامعة ليفربول وكلية لندن للمحافظة على الصحة والطب الاستوائي. وقد تم تطوير هذا التركيب الدوائي بصفة خاصة للوفاء بالاحتياجات الأساسية من حيث القدرة على الشراء وسهولة الاستعمال وتأمين الكميات المعروضة. ويتم تمويل LADAP بصورة مشتركة بواسطة جى.اس. كيه ووزارة التنمية الدولية بحكومة المملكة المتحدة ومنظمة الصحة العالمية.

وقد أحرزت هذه المبادرة نجاحاً كبيراً. فقد كان التطور سريعاً واقتصادياً من حيث التكلفة. فقد فرغنا منذ فترة قصيرة من تجربة ناجحة في المرحلة الثالثة على ٢٠٠٠ طفل من قارة أفريقيا ونحن بصدد

الانتهاء من الاتفاقية التنظيمية. ونتوقع الحصول على الموافقة في الربع الأخير من هذا العام والبدء مبكراً في عام ٢٠٠٣. ويتم حالياً مناقشة الدور الدقيق لـ LADAP في السيطرة على الملاريا في أفريقيا عن طريق فريق عمل كونه منظمة الصحة العالمية. ونأمل في خلال سنوات قليلة أن يؤدي LADAP دوراً مهماً في علاج ملايين الأطفال في أفريقيا. ونعتقد أن ذلك سوف يتم بتكلفة تتماشى بشكل مناسب مع أساليب العلاج الحالية ذات التكلفة المنخفضة والانتشار الواسع في أوساط الصحة العامة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن جي.اس.كيه لديها اتفاقيات لتطوير عقارين آخرين لمقاومة الملاريا بتمويل من المشروع المشترك لأدوية الملاريا ومنظمة الصحة العالمية وDFID.

إن LADAP يُعد مثلاً عظيماً على الأنواع الجديدة للشراكة التي نحتاجها لمواجهة التحديات العالمية.

إن هناك شراكات أخرى تحرز نجاحاً أيضاً. فشراكات القطاع الخاص لتطوير المنتجات مثل المشروع المشترك لأدوية الملاريا والتحالف العالمي لتطوير عقار السل تبرز فائدة تطبيق الأفكار الجديدة للتغلب على هذه المشكلة القديمة.

إن أحد العوامل الرئيسية في أبحاث وتنمية العقاقير الجديدة هو بالطبع حماية حقوق الملكية الفكرية، إن الملكية الفكرية تشكل بحق جزءاً من الإطار الذي تعتمد عليه أشكال التقدم الطبي والذي أدى إلى مواصلة تدفق الاستثمارات في مجال البحوث والتنمية. وقد قدرت دراسة حديثة أجرتها جامعة توفتس بالولايات المتحدة أن المدة المطلوبة لتطوير دواء جديد تراوح بين ١٠ و ١٥ عاماً وأن التكلفة تصل إلى ملايين كثيرة من الدولارات. وبغير التطلع إلى تحديد فترة زمنية لحماية حقوق الملكية الفكرية فإنه لن يكون هناك منظمة تجارية قادرة على استثمار الموارد المطلوبة. لذا فإنه من الضروري إيجاد تشريعات فعالة

للملكية الفكرية وآليات لتطبيقها لتشجيع استمرار الأبحاث والتنمية من أجل التوصل إلى أدوية جديدة أفضل بما في ذلك أدوية لأمراض الإيدز والملاريا والسل.

وينصب معظم الاهتمام في مناقشات الحصول على الدواء على الملكية الفكرية والدور الذي تمارسه براءات الاختراع. ولا تعتقد جى.اس. كيه أن البراءات تساهم في المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية. وأود هنا أن أسوق ثلاثة أمثلة مختصرة توضح ذلك:

أولاً: إن ما يزيد على ٩٥٪ من العقاقير التي تضمها قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية ليست لها براءات اختراع. ومع ذلك فإن المنظمة تقدر عدد البشر الذين لا تتاح لهم هذه الأدوية بين ثلث ونصف سكان العالم.

ثانياً: أوضحت دراسة نُشرت مؤخراً بمجلة الجمعية الطبية الأمريكية أن مجموعة صغيرة من anti-retrovirals المستخدمة في علاج الإيدز هي فقط المصنونة بواسطة براءات الاختراع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. والوصول إلى هذه المنتجات محدود أيضاً.

أخيراً، لندرس الحالة الهندية، إن الهند لديها ما يربو على أربعة ملايين نسمة يحملون فيروس الإيدز و٥٠٠٠٠٠٠ مصابون بمرض الإيدز. ويوجد ٢٢٠٠٠٠ نبات دوائي محلي وعلى الأقل ١٠ شركات هندية منتجة لـ Anti-retrovirals لعلاج الإيدز. ولا يوجد ثمة براءات اختراع لـ anti-retrovirals في الهند. ومع ذلك يتلقى ٣٠٠٠ مريض فقط من مجموع ٥٠٠٠٠٠٠٠ حالة إيدز علاجاً عن طريق anti-retrovirals.

وكما توضح هذه الأمثلة فإن براءات الاختراع لا يمكن أن تكون السبب وراء فقدان الحصول على الدواء.

دعوني أؤكد أن احترام الملكية الفكرية لا يعني عدم وجود دور

للأدوية العامة غير المسجلة. فنحن نقول دائماً إن الأدوية غير المسجلة والشركات غير المسجلة لها دور في تحسين عملية الوصول إلى العقاقير في العالم النامي. إلا إن مساهمة هذه الشركات يجب أن تحترم التشريعات الدولية فيما يخص الملكية الفكرية. إنه من المهم أن نتذكر أن الشركات غير المسجلة لا تتحمل تكلفة ومخاطر الأبحاث والتنمية، فلا يتعين عليها خوض مثل هذا الاستثمار الذي قد يصادف ٥٠٠٠ حالة إخفاق مقابل حالة نجاح واحدة. إن أعمال البحث والتنمية التي تضطلع بها شركات مثل جى.اس. كيه هي فقط التي ستؤدي إلى اكتشاف أدوية ولقاحات جديدة للأمراض العالم النامي.

وقد اشتملت جهود جى.اس. كيه للبحث عن حلول إبداعية لمشاكل الرعاية الصحية في العالم النامي منح ترخيص تطوعي لشركة أسبن فارماكير، لبراءات الاختراع التابعة لنا في جنوب أفريقيا فيما يخص أنواع Retrovir, Combivir, Epivir من anti-retrovirals. وبإمكان أسبن تصنيع وبيع المنتجات لحكومة جنوب أفريقيا والعملاء الذين لا يهدفون إلى الربح. وقد تنازلت جى.اس. كيه عن حقها في رسوم الاختراع وبدلاً من ذلك سيتم دفع رسم قيمته ٣٠٪ من صافي المبيعات إلى منظمة أو أكثر من المنظمات غير الحكومية ممن تدير برامج مرتبطة بالإيدز في جنوب أفريقيا. وتعتقد وكالة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة بأن هذا يمثل حدثاً مهماً فيما يتعلق بالجهود التي تُبذل لتحسين علاج الإيدز في جنوب أفريقيا.

والآن أريد أن أتحدث عن التسعير

مع تطور العقاقير وتوفرها بالأسواق، ندرك الحاجة إلى أن تكون الأسعار مراعية للقدرة الشرائية لأكبر درجة، ولقد قامت جى.اس. كيه بدور الريادة في هذا المجال لسنوات عديدة.

فقد قمنا بتوفير اللقاحات للأقطار الفقيرة بأسعار منخفضة جداً على مدار أكثر من ٢٠ عاماً. وقد أدت هذه الأسعار إلى وضع برامج للتلقيح الجماعي كان لها عظيم الأثر في تقليص معدل الوفيات بين الأطفال والمساهمة في توفير الرعاية الصحية في الدول النامية. فمنذ أقل من ٥٠ عاماً مضت، كان للجذري تأثير مدمر على المجتمعات في مختلف أنحاء العالم. ومنذ جيل واحد فقط، كان شلل الأطفال واحداً من أكثر الأمراض التي يُخشى عدواها في العالم. وبفضل برامج التطعيم، تم القضاء على الجذري تماماً ومن المنتظر التخلص من شلل الأطفال في خلال فترة قصيرة. وعلى نحو إجمالي، تشير التقديرات إلى أن التطعيم ينقذ حياة نحو ٣ ملايين طفل في مختلف مناطق العالم كل عام.

ويتم إدارة هذه البرامج بنجاح على هيئة شراكات بين المنظمات الدولية الكبرى مثل منظمة الصحة العالمية وصندوق رعاية الطفولة التابع للأمم المتحدة، وصناعة الدواء. إننا فخورون بالدور الذي نلعبه. إن الدعم الفكري والمادى الكبير الذي يقدمه بسخاء بيل جيتس والتحالف العالمي للقاحات والتطعيم يُشكل قاعدة النجاح في المستقبل.

ونحن كذلك نقوم بطرح anti-retrovirals بأسعار منخفضة منذ عام ١٩٩٧. وفي مايو من عام ٢٠٠٠، أصبحت جي.اس.كيه عضواً مؤسساً في مبادرة الحصول السريع على الدواء وهي تمثل شراكة القطاعين العام والخاص التي تضم وكالة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية و٦ شركات دوائية-حتى الآن- تقوم على البحث. والهدف من المبادرة هو زيادة الحصول الدائم على تدخلات ملائمة ذات نوعية جيدة لمحاربة فيروس مرض فقد المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز).

وفي عام ٢٠٠١، قمنا بمد سياستنا القائمة على الأسعار التفضيلية

إلى مزيد من المنتجات والأقطار والعملاء بما في ذلك الصناديق العالمية. فجميع anti-retrovirals الخاصة بفيروس الإيدز التي نتجها وكذلك جميع أدويتنا المضادة للملاريا يتم تقديمها بأسعار ثابتة لا تهدف إلى الترويج للعملاء من القطاع العام والمنظمات التي لا تسعى للربح في الأقطار الأقل نمواً والدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى والتي تصل في مجملها إلى ٦٣ دولة بما في ذلك بعض الدول في المنطقة التي أقوم بإدارتها. ونتعاون كذلك بنظام الحالات المنفردة مع الأقطار النامية ذات الدخل المتوسط من أجل التفاوض بشأن أسعار القطاع العام كما فعلنا مع المغرب على سبيل المثال.

إننا ملتزمون بتقديم إسهامات تتميز بالاستمرارية للصحة العالمية. فليس هناك فائدة بعيدة المدى في العروض التي تقل عن أسعار التكلفة ولكنها لا تتميز بالاستمرارية. لذا فإن أسعارنا التفضيلية يتم تحديدها عند مستويات تجارية قابلة للتطبيق وتغطي التكلفة في نفس الوقت، وهذا المنهج ينشئ حساً تجارياً جيداً يمكننا من الحفاظ على أسعارنا طالما كانت ملائمة للمرضى في الأقطار الفقيرة في العالم. بالإضافة إلى ذلك، فنحن ملتزمون بمراجعة أسعارنا لإظهار أية موفورات في الحجم نقوم بتحقيقها.

إننا نصنع الفرق. فنحن نزود ٢١ حكومة بـ anti-retrovirals بأسعار تفضيلية ولدينا اتفاقيات للتمويل مع ما يزيد على ٣٠ منظمة غير حكومية وصاحب عمل وجمعية خيرية. وهناك على الأقل منظمة إسلامية للإعانة (جمعية الأحمديّة الإسلامية) على اتصال معنا بشأن الحصول على anti-retrovirals التي نتجها وذلك من خلال أفريقيا ونأمل في التعاون مع المسؤولين بتلك الجمعية للمساعدة في معالجة الحالات المتزايدة من مرضى الإيدز وحالات العدوى التي يصادفونها في عيادتهم. وفي الشهور الثلاثة الأخيرة من عام ٢٠٠١، قمنا بشحن

كمية من anti-retrovirals ذات الأسعار التفضيلية إلى دول العالم النامي تفوق تلك التي تم شحنها في بقية العام.

لقد حققنا مع آخرين وثبة تنم عن قناعة في عرض الأسعار التفضيلية. ونحتاج الآن من الآخرين أن يقدرُوا التدابير التي نقوم بها ويدعموها. لذلك فنحن نسعى إلى بناء إطار يدور حول ثلاثة عناصر.

يتمثل **العنصر الأول** في الشراكة. كما كنت أوُمل فقد بينت أن منهج الشراكة عند كل مستوى بدايةً من المجتمع المحلي ومشروعات البحث والتنمية وصولاً إلى جهود الحكومات والوكالات متعددة الجوانب ومؤسسات التمويل، هو وحده الكفيل بصناعة الفرق الحقيقي.

ويتمثل **العنصر الثاني** في حماية المنتجات. نحن نؤيد تأسيس آليات تنظيمية وتشريعية وغيرها من الآليات التي من شأنها تقليص حجم التجارة المتوازية وتحول المنتجات ذات الأسعار التفضيلية إلى الدول المتقدمة. وسوف يضمن هذا تلقى المرضى الأشد احتياجاً للعلاج المقرر لهم. وسوف أوضح بالتفصيل بعد قليل مخاطر التجارة المتوازية.

ويتمثل **العنصر الثالث** في حماية الأسعار. نحن نسعى إلى الحصول على التزام من العملاء والحكومات والقنوات التأمينية والأفراد في العالم المتقدم بعدم استخدام الأسعار الخاصة بالعالم النامي كنماذج للتسعير في أقطارهم. ونعتقد أن هذا من شأنه تقويض القاعدة الاقتصادية لصناعة الأدوية التي تتطلب الحصول على عائدات كافية لتمويل سعينا نحو عقاقير جديدة أفضل.

التجارة المتوازنة

أود الآن أن أناقش مخاطر التجارة المتوازنة. ويعني هذا بالطبع تحول أو إعادة تصدير المنتجات من سوق إلى سوق آخر عادةً ما يتميز بارتفاع أسعاره.

وقد تم طرح مفهوم التجارة المتوازنة بواسطة البعض كحل لمشكلة الحصول على الأدوية. ونعتقد أن هذا المفهوم خاطئ. واسمحوا لي أن أتناول بشيء من التفصيل آثار التجارة المتوازنة ذات الانتشار الواسع.

أولاً: انتشار التجارة المتوازنة سوف يعوق الاستثمار في مجال البحث والتنمية. ينبغي علينا إيجاد عائدات كافية في الأسواق ذات الأسعار المرتفعة لدعم برامجنا الحالية في مجال البحث والتنمية من أجل التوصل إلى منتجات وعلاجات جديدة في المستقبل. وإذا ما حدث وأتت التجارة المتوازنة على هذه العائدات فإن قدرتنا على الاستثمار في البحث والتنمية سوف تتهدد.

ثانياً: تمثل التجارة المتوازنة خطراً على المرضى.

عندما تخضع الأدوية للتجارة المتوازنة فإن المصنع الأصلي يكون غير قادر على الاستمرار في مراقبة الجودة خلال سلسلة التوزيع. وهذا قد يؤدي إلى سوء التخزين أو الاستعمال أو إلى ما هو أسوأ - ظهور منتجات مزيفة رديئة الجودة أو تشكل خطراً على الصحة. ونتيجة لذلك، فقد يتلقى المرضى أدوية تفتقد إلى المواصفات المطلوبة. ولتسمحوا لي أن استشهد على نحو مباشر بما قالته منظمة الصحة العالمية من أن التجارة في الأدوية المزيفة تسهل "حيث تخلق الفروق في الأسعار حافزاً لتحويل العقاقير داخل وبين القنوات القائمة؛ وحيث

تُفتقد الحماية الفعالة للملكية الفكرية". إن التجارة المتوازية تنشئ مشاكل أخرى تتعلق بسلامة المرضى. فقد يُواجه المرضى بأشكال متعددة من نفس المنتج ومن الشائع وجود خلط في عبارات التوصيف والتعبئة الخاصة بالمنتجات الحقيقية المستوردة عن طريق التجارة المتوازية.

ثالثاً: والأشد تأثيراً، تشكل التجارة المتوازية خطراً يتمثل في عدم حصول المجموعات المستهدفة من البشر على الأدوية ذات الأسعار التفضيلية.

ومن المهم أن نتذكر أن كل استيراد متوازٍ لدواء ما وضخه في سوق مرتفعة الأسعار يحرم المرضى في الأسواق ذات الأسعار المنخفضة من الحصول على ذلك العلاج.

أخيراً، قد تقضي التجارة العالمية المتوازية على قدرتنا على مواصلة خطط التسعير التفضيلي، وكما بينت، فإنه بوسعنا الاستمرار في تقديم أسعار تفضيلية فقط إذا ظلت هذه الأسعار مقصورة على الدول المتلقية لها. وسوف تؤدي التجارة المتوازية واسعة النطاق إلى تقارب أو التقاء الأسعار وهو ما يعنى أن العالم المتقدم سوف يدفع نقوداً أقل مما يدفعها الآن، وفي نفس الوقت سوف يتعين على العالم النامي أن يدفع أكثر. لذا فإن مقدرتنا على الاستمرار في تقديم أسعار أقل للعالم النامي سوف تتعرض للخطر بصورة مباشرة من قبل التجارة المتوازية.

إن الفائزين الوحيدين هم التجار أنفسهم الذين يحتفظون بهامش الربح بين سعر المصنّع وسعر البيع.

الطريق إلى الأمام

في مجالات البحث والتنمية والتسعير والترخيص وغير ذلك من المجالات، تعمل جى.اس.كيه على خلق نموذج تجاري جديد للوفاء

باحياجات العالم النامي. لقد قمنا وآخرون في هذه الصناعة بإسهامات مهمة. وسوف نظل نقوم بذلك.

إلا أن هناك الكثير يجب فعله. فليس لدينا التفويضات والخبرات والموارد اللازمة للتغلب على المشكلات المهمة. ومن الضروري أن يقوم المساهمون الآخرون بأدوارهم كاملة في التجاوب مع الشراكة العالمية التي نحتاج إليها في التصدي للأزمة الصحية في العالم النامي. وماذا عساه أن يفعله هؤلاء المساهمون؟

● يجب على حكومات العالم النامي أن تحشد التمويل من أجل دعم التنمية المستدامة ويتعين عليها توفير بيئة تنظيمية تصان فيها الملكية الفكرية ويتم فيها تنمية أعمال البحث والتنمية وتشجيع التسعير التفضيلي. ويتطلب هذا استجابة واسعة النطاق من الأقطار الأكثر ثراءً في العالم.

● يجب على حكومات العالم النامي أن تُظهر الإرادة السياسية اللازمة للتعامل مع الأزمة الصحية. وهذا يعني تقوية البنية التحتية للرعاية الصحية وتطوير أساليب العلاج الفعال واستراتيجيات الوقاية وتوظيف التوعية الجماهيرية وبرامج التثقيف. وفي هذا الصدد أحيى الالتزامات الخاصة بالوفاء بالاحتياجات التي تم التعبير عنها بالجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة والتي تناولت مرض نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز). وهناك الكثير مما يتعين فعله من أجل وضع هذه الالتزامات موضع التنفيذ.

● لقد كان للمنظمات غير الحكومية مثل MSF والصليب الأحمر دور مهم في إبراز الأزمة وسوف تستمر كذلك في القيام بدور رئيسي في طرح الحلول. وبإمكانها مواصلة تشخيص نقاط الضغط الأساسية والتركيز على الأشياء التي تصنع الفرق الحقيقي. ويتعين الآن أن

يكون تركيز هذه المنظمات على تشجيع الحكومات الأكثر غنى على تقديم حجم التمويل المطلوب.

- باستطاعة الوكالات متعددة الجوانب مثل منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة والبنك الدولي، ضمان استجابة دولية منسقة. وهذا يعنى تحديد أولويات الرعاية الصحية وتدعيم بناء الطاقات وحماية الملكية الفكرية.

- للقطاع الخاص دوره الرئيسي أيضاً، فيإمكان شركات القطاع الخاص من خلال البرامج الصحية والاجتماعية التي تقدمها لموظفيها أن تقوم بتوصيل العلاج إلى أولئك البشر من ذوى الموارد المحدودة أو المعدومة. كما بإمكانها بالطبع الإسهام بشكل كبير عن طريق توفير التمويل والخبرات الإدارية للشراكات المجتمعية المنخرطة في بناء الطاقات.

وأخيراً، فإن دور التمويل في منهج الشراكة بالغ الحيوية.

إننا نبدل الكثير لتيسير شراء منتجاتنا بصورة أكبر من خلال إجراءات التسعير التفضيلي. ومع ذلك فإن هناك بعض الأقطار التي لا تستطيع تحمل أي سعر ما لم تكن هناك زيادة هائلة في التمويل. وطبقاً لما يقوله البنك الدولي، فإن هناك حاجة إلى الإنفاق على الرعاية الصحية يبلغ على الأقل ١٤ دولاراً أمريكياً للفرد في العام لتوفير البنية التحتية الأساسية للرعاية الصحية. ويقل عن ذلك بكثير الإنفاق الصحي في بعض الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى. وهذا ما يدعونا إلى أن نؤيد بقوة إنشاء صندوق عالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. فهناك حاجة ماسة إلى مثل هذا الصندوق من حيث توفير البنية التحتية للرعاية الصحية ودفع المبالغ اللازمة لشراء الأدوية الأساسية. وهذا الصندوق العالمي يمكنه أن يقوم بإسهام حقيقي في تحسين مستوى

الصحة العالمي. لذا فمن الطبيعي والحيوي تمويل الصندوق بواسطة الحكومات الأكثر ثراءً في جميع المناطق بدرجة تمكنه من القيام بدور كبير.

إذا أردنا تحسناً في صحة العالم النامي، فإن جميع القطاعات في المجتمع العالمي - حكومات ووكالات دولية وكذلك القطاع الخاص- يجب أن تعمل معاً عبر أنواع جديدة من الشراكات يدعمها تمويل على نطاق هائل.

إن التحدي ضخمة ولكن يجب أن نخرج منه فائزين. ويمكننا الفوز إذا عملنا سوياً. إننا في صف واحد يحدونا هدف واحد. إن الفوز من شأنه أن يصنع فرقاً ضخماً للعالم. وسوف نستمر في جي.اس.كيه في القيام بالدور المنوط بنا.

العولمة وخيار تكنولوجيا الصحة في العالم النامي

آى . إدوارد المنديروف

البنك الدولي

العولمة وخيار تكنولوجيا الصحة في العالم النامي

آى. إدوارد المندروف

البنك الدولي*

يتناول البحث مسألة خيار تكنولوجيا الصحة في مناخ العولمة، من جانبيين. أولهما جانب البلدان النامية كل على حدة وثانيهما الجانب العالمي واسع الانتشار. ويستهل البحث بملخص عن مفهوم العولمة وموجز عن بعض الأبحاث الحديثة التي أجريت بشأن هذه القضية. ثم يعرج البحث إلى مسألة تكنولوجيا الصحة وأهميتها بالنسبة للتغيرات التي طرأت على النتائج الصحية. ويبدأ البحث مناقشته الموسعة لتكنولوجيا الصحة بالسوق الخاصة بتكنولوجيا الصحة والتغيرات التي تحدث لتكنولوجيا الصحة في بيئة العولمة. ويستعرض البحث سياسات ومعايير خيار تكنولوجيا الصحة من وجهة نظر الأقطار النامية، مع اهتمام خاص بزيادة العدالة الصحية على مستوى الدول. ويرى البحث أن البلدان النامية في حاجة إلى تبني خيارات واعية في مجال تكنولوجيا الصحة وهي تواجه ضغوطا متضاربة في أثناء قيامها بذلك. إن هناك

(١) هذا البحث معد بصفة المؤلف الشخصية ولا يُفسر أي جزء منه على أنه التزام من البنك الدولي أو مديره التنفيذيين أو الدول التي يمثلونها، ويعبر المؤلف عن تقديره لدعم البحث من المكتبة القطاعية التابعة للبنك الدولي.

حاجة للتوازن بين الاعتبارات الفنية والثقافية والاقتصادية فيما يتعلق بخيار تكنولوجيا الصحة وهو شئ مطلوب بحق للبلدان النامية .

وفي معرض تناوله للجانب العالمي فيما يخص قضية تكنولوجيا الصحة، يرى البحث أن السوق العالمي الحالي للأبحاث والتنمية الصحية لا يلبي بدرجة كافية مصالح البلدان النامية من حيث تطوير تكنولوجيا جديدة ملائمة لأوضاعها الصحية. ويدرس البحث أسباب هذه الظاهرة وبعض ردود الأفعال الحديثة تجاهها. ويختم البحث بمناقشة السلع الجماهيرية العالمية في مجال تكنولوجيا الصحة ويصل إلى أن تطبيق هذا المفهوم يمثل جزءاً ملائماً من التجاوب مع ضعف البلدان النامية في سوق تكنولوجيا الصحة وتطويرها. ويستعرض البحث مفهوم السلع الجماهيرية العالمية ويرى أن المجتمع العالمي بمجمله له مصلحة في تطوير وتطبيق تكنولوجيا الصحة الحديثة المناسبة للدول النامية. وينتهي البحث بتقديم مقترحات لكيفية تناول هذه القضية وتوصيات عملية في إطار العمل على إنجاح العولمة في البلدان الفقيرة .

العولمة وتكنولوجيا الصحة وأهميتهما

ليس هناك تعريف متفق عليه للعولمة. ولا يرمي هذا البحث إلى المشاركة في مناقشة تعريفها، وإنما يتناول البحث هذا الموضوع من وجهة نظر واسعة جداً حيث يشمل التلاقي التدريجي للاقتصاديات المختلفة، والمعلومات والاتصالات، ووعي المؤسسات الاجتماعية. وهذا التلاقي يؤدي إلى فوائد ومخاطر وتوترات. وهناك اختلافات مهمة في مدى وتأثير العولمة داخل وفيما بين الأقطار والمناطق. ويجب أن ينصب اهتمامنا على زيادة الفوائد وتسهيل اقتسامها على نطاق واسع داخل وفيما بين الدول، وإدارة المخاطر، والتعامل مع التوترات. والبحث الحالي يركز على زيادة الفوائد وتسهيل المشاركة الواسعة فيها.

ويترك البحث للآخرين قضية المخاطر ومشكلة إدارة التوترات المرتبطة بالعولمة، تلك المشكلة الشديدة الصعوبة والملحة على نحو متزايد.

إن العلاقة الإيجابية بين الزيادات في الدخل والتحسينات في الوضع الصحي معروفة منذ أمد بعيد (البنك الدولي ١٩٩٣، فيتشم ٢٠٠١أ، فيتشم ٢٠٠١ب). ولنستشهد بمثال واحد محدد يتمثل في أن ربع الزيادة في معدل وفيات المراهقين الذكور والمسجلة في تحليل ١١٥ دولة في الفترة من ١٩٦٠ إلى ١٩٩٠ يرجع ببساطة إلى نقصان الدخل (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩، وانج ١٩٩١).

وعن فوائد العولمة، يبدى أحد كبار رجال الاقتصاد المعنيين ببحوث البنك الدولي النقاط التالية على نحو موجز:

١ - أولاً، التكامل الاقتصادي فيما بين الدول يزيد من دخول البلدان الفقيرة من خلال الانفتاح على التجارة والاستثمار. ومؤخراً شهدت عملية عولمة اقتصاديات الأقطار النامية مثل ماليزيا والمكسيك والفلبين، إسراعاً للنمو الاقتصادي من ١,٤ بالمائة في الستينيات إلى ٥,٠ في التسعينيات، بينما عانت البلدان الفقيرة من غير هذه المجموعة انخفاضاً في النمو من ٣,٣ بالمائة سنوياً في السبعينيات إلى ٠,٨ بالمائة في الثمانينيات و ١,٤ بالمائة في التسعينيات.

٢ - ثانياً، فيما يخص بعد العدالة للعولمة وتأثيره على الدول كل على حدة، وعلى نحو متوسط فيما بين الدول، هناك علاقة تزاوج بين معدل نمو دخل ال ٢٠ بالمائة من السكان الأكثر فقراً ومعدل نمو الدخل الفردي. ومع ذلك، فإن هناك تفاوتاً كبيراً حول هذا المتوسط، ومن هنا تنشأ الحاجة إلى سياسات حماية اجتماعية تكميلية.

٣ - ثالثاً، المخاطر المرتبطة بالعولمة، بما فيها الآثار الجانبية السلبية للسفر والهجرة، ينبغي أن يتم التعامل معها من خلال سياسات صحية

صائبة وليس من خلال سياسات الاقتصاديات الكبرى (دولار
٢٠٠١).

وعن الجانب المتحفظ من الآراء التي تدور حول العولمة والصحة، يخلص باحث إيطالي كبير إلى أنه إذا تم إدارة العولمة على نحو جيد، فيمكنها أن تقود إلى مكاسب صحية مهمة. ويرى أن ظروف السياسة الداخلية كثيرة وتتضمن الأسواق المحلية التنافسية وغير الاستثنائية، والهيئات التنظيمية القوية، والحصول واسع الانتشار على خدمات الصحة العامة، وشبكات الأمان الاجتماعي. وفيما يخص قضية عدم التكافؤ في الدخول، يرى أن الظروف داخل الدول، وإصلاحات العولمة المحددة التي يتم تنفيذها، من الأهمية بمكان، وأنه يمكن الحصول على نتائج متنوعة بشكل كبير، مع وجود زيادات متكررة في عدم التكافؤ (كورنيا ٢٠٠١). وفي أبحاث أخرى، يكشف فعلاً أنه على ما يبدو أن هناك ارتباطاً عاماً بين عدم التكافؤ المتزايد داخل الدول والتغيرات السياسية في العشرين عاماً الأخيرة (كورنيا وكيسكي ٢٠٠١). وقد وجه أكاديميون وناشطون في الهند والولايات المتحدة نقداً أشد وأوضح من خلال لغة أكثر حيوية (بانرجي ١٩٩٩، نافارو ١٩٩٩). وتوضح المناقشات التي نشرتها المجلة الطبية البريطانية في أواخر عام ٢٠٠١ وأوائل عام ٢٠٠٢ نطاق الآراء وعمق المشاعر تجاه القضية (فيتشم ٢٠٠١ أ والمجلة الطبية البريطانية ٢٠٠٢).

وقد تمخضت بحوث سياسات السوق التي أجراها البنك الدولي عن العولمة (البنك الدولي ٢٠٠٢) عن ثلاث نتائج رئيسية:

- ١ - أولاً، نجحت البلدان النامية التي يقطنها ما يربو على ٣ بلايين نسمة - حوالي نصف سكان العالم- في اقتحام السوق العالمي للبضائع المصنعة والخدمات. وقد ساعد التكامل في الاقتصاد العالمي على تقليل الفقر بوجه عام.

٢ - ثانياً، هناك خطر تهميش متزايد على دول يبلغ عدد سكانها حوالي ٢ بليون نسمة، مع تضاؤل الدخل وتنامي الفقر وتناقص المشاركة في التجارة العالمية بخلاف الحال منذ ٢٠ عاماً مضت. إن هذا الفشل في ضم هذه الدول يعد قضية عالمية حساسة في السياسة الاقتصادية.

٣ - ثالثاً، يوجد قلق واسع النطاق في كثير من الدول من أن التكامل الاقتصادي قد يؤدي إلى المعايير أو التجانس. لذلك فإن العولمة في حاجة إلى أن تصاحبها اتفاقيات تجارية واستثمارية تحترم استقلال السياسات بشأن حقوق الملكية الفكرية، والسلع الثقافية، والحماية البيئية، والسياسة الاجتماعية.

وقد تناولت اللجنة العليا للاقتصاديات الكبرى والصحة والمعينة من قبل مدير عام منظمة الصحة العالمية قضية العولمة. وبينما ترى اللجنة (٢٠٠١) فوائد صحية ضخمة محتملة للعولمة، تقرر أربعة تحديات مرتبطة بالسياسات أمام الأقطار محدودة الدخل ناشئة عن العولمة:

أولاً: ضاعفت العولمة من خسائر الموارد البشرية للدول محدودة الدخل. فقد وجد المؤتمر الذي نظّمته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي عن الموارد البشرية الصحية في أفريقيا أن قضايا العاملين بمجال الصحة قد وصلت إلى مرحلة الأزمة (منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي ٢٠٠٢).

ثانياً: إن التخفيضات الضريبية التي تتبناها الحكومات لمنح اقتصادياتها قدرة أفضل على التنافس في مجال الاستثمار تجعل من الصعوبة بالنسبة للبلدان النامية تمويل النفقات العامة على الصحة.

ثالثاً: من المحتمل أن العولمة تزيد من سرعة الانتقال الدولي للأمراض.

رابعاً: إن العولمة تقتطع من نماذج الثقافة المحلية، على سبيل المثال فيما

يخص نظام الغذاء، وتسهل من تصدير سلوكيات غير صحية مثل تناول الدخان.

إن الاستنتاجات المؤقتة لهذا المؤلف بشأن قضايا العولمة والصحة، والمعرضة للتغيير والتصحيح، هي: أولاً، إن العولمة قوة كبيرة ولكنها ليست مستحيلة على المقاومة؛ لقد كانت وما زالت قوة لتحسين الظروف الاقتصادية والصحية لملايين البشر في أنحاء العالم. ثانياً، إن العولمة ارتبطت بمستويات غير مقبولة ولكنها ليست مخترعة من الفقر والظلم في كثير من الدول؛ فهي تدعو إلى استجابات سياسية تعتمد على الخبرات القديمة والحديثة من قبل الأقطار ذات الدخول المنخفضة والمتوسطة كل على حدة. ثالثاً، إن المخاطر الصحية والتوترات الاجتماعية التي أوجدتها العولمة لم تُدرَ بعد على نحو كافٍ، على مستوى الدول أو على مستوى العالم. رابعاً، إن العولمة تعد بفوائد عظيمة لفقراء العالم من خلال دعم التنمية وتطبيق التكنولوجيات الصحية ذات الأهمية الخاصة للبلدان النامية.

ونتحول الآن إلى تكنولوجيا الصحة. إن تكنولوجيا الصحة موضوع أسهل في تناول من العولمة، إلا أن هناك أبعاداً سياسية معقدة ومفعمة بالجدل كما هو الحال بالنسبة للعولمة. وتُعرف وزارة تقييم التكنولوجيا الأمريكية تكنولوجيا الرعاية الصحية على أنها "أساليب وعقاقير ومعدات وإجراءات يستخدمها مختصو الرعاية الصحية من أجل تقديم الرعاية الطبية للأفراد، والأنظمة التي يتم من داخلها تقديم مثل هذه الرعاية (IOM 1985)". وفي هذا البحث نتبنى وجهة نظر أكثر دقة نوعاً ما. على سبيل المثال، نحن لا نتناول القضايا التي تخص تقييم واختيار الأدوية التي تلقى الدعم الجماهيري.

إن تكنولوجيا الصحة من الأهمية بمكان لأسباب متنوعة:

- ١ - أولاً، إنها تشكل "قلب" - على سبيل الاستعارة- نظام الرعاية الصحية، لأن الرعاية الصحية تمثل عنصراً أصيلاً في تطبيق تكنولوجيات معينة بواسطة المختصين أصحاب الخبرات. وهذه التكنولوجيات تأخذ شكل التدخلات الصحية.
- ٢ - ثانياً، إن التحسينات في مجال التكنولوجيا وخاصةً تطبيق إجراءات الصحة العامة تفسر كثيراً من التحسن في مجال الصحة على مدار القرن الماضي. فمثلاً في سيريلانكا، انخفض معدل الوفيات المجمل من ٢١,٥ لكل ١٠٠٠ في عام ١٩٤٥ إلى ١٢,٤ في عام ١٩٥٠. ويرجع ربع ذلك الانخفاض تقريباً إلى برنامج القضاء على الملاريا في البلاد، والذي تضمن بصفة رئيسية رش مبيدات حشرية (البنك الدولي ١٩٩٣). ومع ذلك، فهناك إجماع عام على أن التحسينات في التكنولوجيا الطبية بمفهومها المغاير لإجراءات الصحة العامة، قد ساهمت بالقدر القليل نسبياً في تحسينات الوضع الصحي التي شملت مجموع السكان (إيشفري ١٩٩١).
- ٣ - ثالثاً، يوجد إجماع دولي واسع النطاق على أن تحقيق نتائج صحية جيدة لا يتطلب من الدولة حشد تكنولوجيا صحية متطورة، أو يتطلب منها مستويات عالية جداً من الإنفاق الصحي (هالستيد ١٩٨٥، البنك الدولي ١٩٩٣، البنك الدولي ١٩٩٤، لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة ٢٠٠١). إن المسألة تتعلق بصفة رئيسية بالأولويات في مجال استعمال الموارد العامة التي تصاحبها عند الضرورة حوافز ملائمة لاستخدام التمويلات التكميلية الخاصة. في دراستين منفصلتين، قدر البنك الدولي تكلفة القدر الأدنى من حزمة الصحة العامة والتدخلات العلاجية بحوالي ٢٠ دولاراً أو أقل للفرد سنوياً في البلدان الفقيرة، بسعر الدولار في عام ١٩٩٠ (البنك الدولي ١٩٩٣،

البنك الدولي (١٩٩٤). وقد قدرت لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة تكلفة المجموعة الرئيسية من "التدخلات الأساسية" بمبلغ ٣٤ دولاراً للفرد سنوياً بالسعر الحالي للدولار في البلدان النامية (لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة ٢٠٠١).

٤ - رابعاً، إن التطبيق الفعال للتدخلات ذات التكلفة الاقتصادية لا يستدعى مستوى عالياً من الدخل الفردي. ففي المكسيك على سبيل المثال، أدى إدخال علاج إعادة التمه (الماء) عن طريق الفم إلى تقلص الوفيات بين الأطفال إلى ما يقرب من ٥٠ بالمائة من أواخر السبعينيات إلى أواخر الثمانينيات، في الوقت الذي ظل فيه دخل الفرد دون تغيير بصفة رئيسية (برنامج الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠١).

٥ - خامساً، إن تكنولوجيا الصحة وسياسات الدولة الصريحة وحتى الضمنية فيما يخص خيار تكنولوجيا الصحة تقود عملية وضع المفاهيم وتكلفة نظام الرعاية الصحية للدولة. وقد أدى تطور التكنولوجيا الصحية الجديدة والخيار الحر الكامل تقريباً لتطبيقها- مع ذكر مثال من خارج العالم الإسلامي - إلى أن تصل النفقات الصحية الكلية في الولايات المتحدة لحوالي ١٤ بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي، وإلى مستويات إنفاق صحي للفرد أعلى بأضعاف كثيرة من الأقطار الأخرى. وقد تم بلوغ هذه المستويات من الإنفاق في الولايات المتحدة بدون المزايا المجتمعية للنتائج الصحية المتصلة بالأقطار الأخرى في منظمة التنمية الاقتصادية والتنمية. وفي بلاد الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تتفاوت الأنظمة الصحية بشكل كبير بتنوع التكنولوجيا والبواعث السياسية. ويمكن تصنيف دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى أربع مجموعات: (أ) مجموعة الدخل المتدني (اليمن) وتقدم بصفة رئيسية خدمات مدعمة محدودة من خلال الحكومات المركزية؛ (ب) مجموعة الدخل المتوسط والأنظمة

المتعددة لتمويل وتقديم الرعاية والحاجة إلى ترشيد انتشار الأنظمة المختلفة؛ (ج) بلاد الخليج المصدرة للبترو، حيث يتم توفير غطاء شامل من خلال أنظمة الصحة في القطاع العام التي تقدم رعاية مجانية أو مدعومة بصورة كبيرة وممولة من الإيرادات العامة على نحو واسع؛ (د) الحالات الخاصة في لبنان والسلطة الفلسطينية، حيث تمنع القضايا السياسية الحكومات من ممارسة دور كبير (البنك الدولي ١٩٩٨).

سوق تكنولوجيا الصحة في مناخ العولمة

لقد نما نطاق وتعقيد وتكلفة التكنولوجيا الصحية المتاحة للشراء بوصفها مدخلا للرعاية الصحية على نحو كبير في العقود الأخيرة. كما أن مقدرة صناعة المعدات الطبية على تطوير تكنولوجيات جديدة للرعاية الصحية قد تجاوزت بشكل هائل طاقة المشتريين على تقييم القيمة العلاجية والتكلفة الاقتصادية لهذه المبتكرات (البنك الدولي ١٩٩٣). وفي نفس الوقت، أصبحت طبيعة سوق مدخلات الرعاية الصحية عالمية على نحو متزايد. وربما تتجلى عولمة سوق مدخلات الرعاية الصحية بصورة أوضح في هجرة العمالة الطبية في بعض البلدان النامية، خاصةً من أفريقيا إلى بيئات ذات مزايا مالية و/أو غير مالية أعلى نسبياً. على سبيل المثال، تشير التقارير إلى أن أكثر من ٦٠٪ من خريجي كلية الطب في غانا قد غادروا البلاد خلال الفترة من ١٩٨٥ إلى ١٩٩٤ (دفلو ٢٠٠٢). فشبكة المعلومات وغيرها من التغيرات الأخرى في مجال الاتصالات على مستوى العالم تجعل تحديد وشراء مجموعة كبيرة من التكنولوجيات التشخيصية والعلاجية أمراً يسيراً نسبياً.

ويتم تدريب أعداد كبيرة من الأطباء، خاصةً قادة الفكر الطبي في البلدان النامية، في دول منظمة التنمية الاقتصادية والتنمية. وهناك تطور

عظيم في هذا التدريب ولكنه موجه على نحو كبير من حيث القيم والاتجاهات في اتجاه الأقطار الصناعية، سواء رجعت جذور الطلبة إلى العالم الصناعي أو البلدان النامية حيث ينتظر أن يمارسوا الطب هناك. وتطور هذا التدريب يحفز على إرساء الاتجاهات والقيم فيما بين الجيل الجديد من الأطباء في كثير من الدول النامية التي تشجع على استيراد واستخدام التكنولوجيا المتقدمة المتاحة في مجال الرعاية الصحية. وداخل البلدان النامية كل على حدة، سهل الاختراق العالمي لخبرات التكنولوجيا الطبية بدرجة كبيرة بفضل بعد العولمة الخاص بالاتصالات (التلفزيون وغيره من الوسائل الإلكترونية الأخرى، وكذلك شبكة المعلومات "الإنترنت").

ومجمل القول أن أحد توابع العولمة يتمثل في أن تكاليف المعلومات والعمليات التجارية تنخفض، كما أن الطلب على التكنولوجيا الطبية المتطورة يزداد في البلدان النامية.

إن مناقشة سوق التكنولوجيا الصحية لا يمكن فصلها عن دراسة الإنفاق الصحي. والإنفاق العالمي على الرعاية الصحية، بما في ذلك التكنولوجيا الطبية، مركز على نحو طامغ في الأقطار الصناعية. في عام ١٩٩١ ضمت البلدان النامية ما يقرب من ٨٠ بالمائة من إجمالي سكان العالم ولكنها مثلت ١٠ بالمائة فقط من الإنفاق العالمي الكلي على الصحة (البنك الدولي ١٩٩٣). وقد أنفقت الدول منخفضة الدخل ٢١ دولاراً للفرد سنوياً على الصحة خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٨، بينما أنفقت الدول ذات الدخل المرتفع ١٠٠ ضعف، ٢٧٠٢ دولاراً للفرد، خلال نفس الفترة (البنك الدولي ٢٠٠١). وهذا يعني أن سوق التكنولوجيا الطبية مركز فيما بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وهذه التكنولوجيات والمنتجات يتم تطويرها وتصنيعها وتسويقها على نحو قاصر تقريباً بواسطة الشركات الخاصة. لذا فليس

من الغريب أن يتم توجيه أبحاث وتنمية التكنولوجيا الطبية في اتجاه الصحة والمشاكل الطبية لدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

ومع تشعب التجارب الصحية في مناطق مختلفة من العالم، يتضح أن البلدان ذات الدخل المنخفضة تواجه خطر التهميش المتنامي. كما أن الدول الأفريقية وغيرها من الأقطار منخفضة الدخل على خطر متزايد في هذا الشأن. إن ٥٣ بالمائة من عبء المرض والإصابة في البلدان النامية ظل مرتبطاً بالأمراض المعدية في عام ١٩٩٠. وعلى العكس، فإن في الأقطار الصناعية مثلت الأمراض غير المعدية ٨١ بالمائة من عبء المرض والإصابة في التسعينيات (البنك الدولي ١٩٩٣). لذلك فإنه من المحتمل - في غياب التدخل المهم - أن توجه قوى السوق تخصيص الموارد المالية والبشرية نحو تطوير التكنولوجيات الجديدة في مجال الصحة مع إبداء قليل من الاهتمام لاحتياجات البلدان النامية. وتوحي أنماط الإنفاق في الأبحاث الحالية أن الحالة ستكون كذلك. في عام ١٩٩٨ تم استثمار ما يناهز ٧٠ بليون دولار في مجال أبحاث الصحة في أنحاء العالم، وتم تكريس أقل من ١٠ بالمائة من هذا المبلغ لتسعين بالمائة من المشاكل الصحية في العالم. ولقد أشارت اللجان المستقلة والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية إلى هذه القضية- ما يسمى فجوة ٩٠/١٠ (كوراتند).

وبينما تشعب التجارب الصحية للدول، بات واضحاً أن حاجيات الرعاية الصحية وما يرتبط بها من متطلبات تكنولوجية، ومطالب سكان هذه الدول، سوف تشعب أيضاً. ومع ارتفاع الدخل وانتقال الأوبئة، ستزداد أهمية الأمراض غير المعدية. في عام ١٩٩٠ مثلت الأمراض غير المعدية ٣٦ بالمائة من عبء المرض والإصابة في البلدان النامية. ومع ذلك في عام ٢٠٢٠، يُتصور أن تمثل الأمراض غير المعدية ٥٧ بالمائة من إجمالي عبء سنوات العمر المتكيفة مع الإعاقة والضائقة في

هذه الدول. وفي بلاد الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يُتصور أن تزيد الأمراض غير المعدية من ٤٧ بالمائة من عبء المرض في عام ١٩٩٠ إلى ٧٢ بالمائة في ٢٠٢٠. (اللجنة الخاصة بأبحاث الصحة المرتبطة بخيارات التدخل المستقبلي ١٩٩٦). مع ذلك، فإنه من المحتمل أن يكون البرنامج غير المنجز للأمراض المعدية الأسهل انقياداً، وأن يظل له الأولوية الكبرى من وجهة نظر جدول أعمال السياسة الصحية الذي يهدف إلى تحقيق العدالة. إلا أن الملف المتغير للأوبئة قد يؤدي إلى طلب متزايد فيما بين الصفوة من السكان على تكنولوجيا الرعاية الصحية المتطورة، خاصةً على علاج الأمراض غير المعدية والحالات المزمنة.

وبوجه عام، فإن الدراسة العامة السابقة للعولمة وتكنولوجيا الرعاية الصحية والإنفاق العالمي على الصحة وأنماط الأوبئة يقودنا إلى أن نقرر أن تحديات التكنولوجيا الصحية التي تواجه البلدان النامية قد تزيد بصورة كبيرة في السنوات القادمة. وفيما بين أقطار الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يبدو أن الاستثمارات القائمة قد أسست أنماطاً للرعاية غير متناغمة مع قاعدة الموارد والتوزيع الجغرافي وملف السكان الخاص بالأوبئة (البنك الدولي ١٩٩٨). إن التحدي المتعلق بتغيير هذه الأنماط من الرعاية يطرح مشاكل أساسية في مجال السياسة الصحية ويؤدي بطبيعة الحال إلى موضوع تقييم وخيار التكنولوجيا الصحية.

تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة كما تراها البلدان النامية

يحتاج تقييم التكنولوجيا الصحية في البلدان النامية إلى المراجعة في محيط جغرافيا الابتكار والإنجاز التكنولوجي. وفي عام ٢٠٠١ أنشأ برنامج الأمم المتحدة للتنمية مؤشر الإنجاز التكنولوجي وصنف ٧٢ دولة طبقاً لمعايير هذا المؤشر. وهذه المعايير هي (أ) خلق

التكنولوجيا، (ب) نشر الابتكارات الحديثة، (ج) نشر الابتكارات القديمة، (د) المهارات البشرية. ولم تضم قائمة القادة الحاليين للتكنولوجيا التي وضعها برنامج الأمم المتحدة للتنمية أيّاً من الأقطار الإسلامية. ودولة واحدة (ماليزيا) جاءت في طبقة القادة المحتملين. وتم تصنيف ست دول (إيران، تونس، سوريا، مصر، الجزائر، إندونيسيا) كمتبين نشطين للتكنولوجيا المنشأة في أماكن أخرى. وتم تصنيف دولتين إسلاميتين (باكستان، السودان) كدول مهمشة على مؤشر الإنجاز التكنولوجي. وكانت تونس هي الدولة الإسلامية الوحيدة التي تحظى بمركز نشاط تكنولوجي** من بين ٤٦ دولة ذات محاور تكنولوجية في جميع أنحاء العالم. (برنامج الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠١). وتوضح هذه التصنيفات عمق التحديات التي تواجهها الدول الإسلامية عند تعاملها مع القضايا الصعبة لتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة.

وليس معروفاً كم عدد الدول النامية التي تملك سياسات، بما في ذلك المعايير والإجراءات، لتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة. ومع ذلك، يمكننا أن نؤكد بثقة أن عدداً قليلاً، إن وُجد، قد أرسى مثل هذه السياسات، وأن عدداً أقل مازال لديه القدرة على ممارستها بنجاح. إن الضغوط داخل البلدان النامية كل على حدة تتجه نحو تفضيل الرعاية ذات التكنولوجيا العالية. فالساسة يريدون أن يضمنوا أن الرعاية المتطورة متاحة لحماية أنفسهم من المخاطر الصحية الضئيلة والتي يتم

** تم تصنيف المواقع بوصفها مراكز نشاط تكنولوجي بواسطة مجلة وايرد على أساس:
 (أ) قدرة الجامعات والمؤسسات البحثية المحلية على تدريب العمالة الماهرة وتطوير
 تكنولوجيات جديدة؛ (ب) توفر الشركات ذات الخبرة والاستقرار الاقتصادي؛ (ج)
 عزم السكان المحليين على العمل في مجال المقاولات وتأسيس الشركات الجديدة؛ (د)
 توفر رأس المال التي تحتاجه المشروعات (برنامج الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠١).

استشعارها بقوة في الوقت ذاته. والزعماء يودون كسب التأييد الشعبي عن طريق الاحتفالات المظهرية المصاحبة لافتتاح منشآت الرعاية الجديدة من الدرجة الثالثة. وتكاد تشكل المؤسسة الطبية، كما هي مبنية أعلاه، جماعة ضغط من أجل استقدام التكنولوجيات الطبية "المتقدمة". ومع ذلك، أحياناً يأتي الإغراء باستقدام التكنولوجيا الجديدة من الخارج. فشركاء التنمية، على سبيل المثال، قد يطورون تكنولوجيا جديدة كوسيلة لتشجيع صادراتهم وقد تُسهل وكالات ائتمان الصادرات بيع المعدات الجديدة.

إن المدافعين عن سياسات عامة واعية لتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة في حاجة إلى الوضوح بشأن الأغراض المستهدفة من وراء مثل هذه السياسات. وفي بعض الأحيان يكون هناك نقاش حول المعايير. وفي الأغلب الأعم، مع ذلك، ترتبط سياسات خيار وتقييم تكنولوجيا الصحة بالقرارات المالية، خاصةً الهدف من وراء احتواء التكلفة. إن بعض أفضل الأنشطة المعروفة في خيار تكنولوجيا الصحة، في ولاية أوريغون الأمريكية، كان مبعثه قرار بعدم تمويل أنواع معينة من الرعاية الصحية من خلال التمويل العام (جياكوميني ١٩٩٩). وعلى نطاق أرحب، فقد تم تعريف الغرض الرئيسي من تقييم تكنولوجيا الصحة بوصفه إعلاناً عن تخصيص فعال وعادل للموارد، ضمن إطار عام لتسهيل تخصيص الموارد تجاوباً مع أهداف صانع القرار (كوكسون وماينارد ٢٠٠٠).

لقد نما تقييم تكنولوجيا الصحة بسرعة في الأقطار الصناعية على مدى العشرين عاماً الماضية، لاسيما في التسعينيات. ومع عام ١٩٩٥ أصبح لدى ٢٤ دولة برامج رسمية لتقييم تكنولوجيا الصحة. وتشير التقارير إلى أن التزام الحكومة الأمريكية يتسم بالغرابة، ولكن القطاع الخاص في الولايات المتحدة كان نشيطاً من خلال شركات التأمين

والمستشفيات والمصنعين وبيوت الخبرة والاتحادات المهنية. (بيرى وثامر ١٩٩٦). وفي أوروبا كانت الريادة للمملكة المتحدة وهولندا. ففي هولندا، تم إجراء تقييمات مستقبلية لتكنولوجيا الصحة للتأثير على الغطاء التأميني من خلال صندوق الطب الاستقصائي (بانتا وآخرون ٢٠٠١). وفي المملكة المتحدة، يمثل تقييم التكنولوجيا جزءاً من استراتيجية أكبر لأبحاث وتنمية NHS، التي تدعم كذلك مركز كوشرين المعروف والمشاركة الجماهيرية القوية في عملية تقييم التكنولوجيا. وفي الولايات المتحدة، ينخرط عدد من الوكالات في تقييم تكنولوجيا الصحة، يتضمن وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة، وإدارة المحاربين القدماء التي تقدم الرعاية الطبية لأعداد كبيرة من العسكريين السابقين وأسرهم. وقد قامت وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة برعاية تقييمات لكثير من تكنولوجيات الرعاية الصحية*. وفي كندا أُجريت تجارب ذات تقييمات سريعة لتكنولوجيا الصحة. وتشمل هذه التقييمات تبريراً لإدخال أنواع جديدة من التكنولوجيا واتخاذ قرارات بشراء معدات محددة (هيلاي وآخرون ٢٠٠٠). وبينما ركزت الدراسات الكندية على الفعالية فقط ولم تنظر إلى المسائل الاقتصادية أو مسائل التكلفة، فإنه يمكن دراسة تكييف التقييمات السريعة لصالح البلدان النامية.

وقد تكون سياسة مراجعة تقييم كل تكنولوجيا جديدة مقترحة غير ذات جدوى أو ملائمة للبلدان النامية كل على حدة. وقد تكون تكلفة القيام بذلك من قبيل الشيء المحرم. كما قد تكون المعايير التي يتعين استخدامها وتستند إليها القرارات مثار جدال. هل يتعين أن تكون

* لمزيد من المعلومات، قم بزيارة موقع وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة على شبكة الإنترنت <http://www.ahcpr.gov/?http://www.ahcpr.gov?> .? HYPERLINK

الكلمة للاعتبارات الاقتصادية فقط، أو هل يتعين أن يكون الطموح من أجل الوفاء ببعض "المعايير الدولية" ذات التعريف الخاطئ أو تجاوزها هو العنصر الحاسم؟ وما هو الدور المنوط بالمتغيرات الثقافية المحلية؟ ليست هناك إجابات سهلة، أو معايير أو تكنولوجيات مقبولة بوجه عام! حتى تصنيف التكنولوجيات المختلفة لصياغة قضايا الخيار وسط تكنولوجيات الرعاية الصحية يُعد فعلاً اجتماعياً وقد يكون مثار جدل، خاصةً في البيئة التي يتم فيها القيام بالخيارات من أجل عدم التأكيد على أنواع معينة من الرعاية (جياكوميني ١٩٩٩). إلا أنه يجب القيام بالخيارات وسوف يتم ذلك، بصرف النظر عن الموقف السياسي. لذلك فإنه من الملائم أن يتم الإعلان عن هذه الخيارات بشكل جيد وأن تتم على وعي كامل بالمضامين في ظل عملية تحظى بالشرعية على المستوى القطري.

إن موارد المعلومات وفرص التبادل والتعاون المهني بشأن تقييم تكنولوجيا الصحة والتي تتوافر لمساعدة البلدان النامية فيما يخص قضايا التكنولوجيا الصحية تنمو بشكل سريع. وقد أعلنت مؤخراً منظمة الصحة العالمية وستة ناشرين كبار للمجلات الطبية عن مبادرة للحصول على الأبحاث لتمكين الجامعات وكليات الطب ومراكز البحوث وغيرها من المؤسسات العامة في ٧٠ دولة نامية من حرية الوصول إلى أكثر من ١٠٠٠ مجلة متخصصة يصدرها الناشرون الست (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٢).⁺ وقد أقامت المجلتان المتميزتان نيتشر "الطبيعة" وساينس "العلم" موقعاً على شبكة المعلومات الهدف منه أن يكون مصدراً للمعلومات ومنتدياً لتبادل الأفكار المتعلقة بالعالم النامي. إن هناك

+ مزيد من المعلومات قم بزيارة موقع النشاط الصحي على شبكة الإنترنت HYPERLINK?

. http://www.healthinternet.net/?http://healthinternet.net/?

شبكات إقليمية يتم تخطيطها وهناك أمل في أن تقوم في الوقت المناسب بتوسيع تغطيتها المحدودة لتشمل تقييم تكنولوجيا الصحة.# وتُعد الجمعية الدولية للتقييم التكنولوجي في الرعاية الصحية مركزاً رئيسياً للحوار الدولي بشأن تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة. وسوف تعقد الجمعية اجتماعها السنوي الثامن عشر في برلين في يونيو ٢٠٠٢. وسوف تنظم منظمة الصحة العالمية ومجموعة الأغراض الخاصة المعنية بالبلدان النامية والتابعة للجمعية جلسة خاصة لاستكشاف أفق التعاون في مجال تقييم تكنولوجيا الصحة بين الدول والمؤسسات البحثية والمختصين وصانعي القرار.* وسوف يحتفل مؤتمر الجمعية بالذكرى العاشرة للشبكة الدولية لوكالات تقييم التكنولوجيا الصحية. وتضم الشبكة ٣٧ وكالة عضو في ١٩ دولة، وتقع أمانتها في السويد؛ والدولتان الناميتان الوحيدتان في الشبكة هما شيلي وكوبا.**

لا يمكن فصل قضيتي الرعاية الصحية وخيار التكنولوجيا عن مسائل العدالة الصحية، سواء في العالم الصناعي أو في البلدان النامية. إن استخدام الرعاية الصحية الحديثة ذات التوجه التكنولوجي في البلدان النامية يميل إلى التركيز بين السكان الأكثر غنى. ففي بنجلاديش مثلاً، يستخدم ١٤ بالمائة فقط من الخمس الأكثر فقراً من النساء رعاية خلال الحمل، بينما ٥٩ بالمائة تقريباً من الخمس الأكثر غنى يستخدمن مثل هذه الرعاية (جواتكن ٢٠٠٢). وعلى نحو مشابه في مصر، يتلقى ٢٠ بالمائة فقط من

مزيد من المعلومات قم بزيارة موقع SciDevNet?HYPERLINK

<http://www.scidev.net/regional.html?http://www.scidev.net/regional.html?>

* مزيد من المعلومات قم بزيارة موقع ISTAH?HYPERLINK <http://www.istahc2002.de/?>

<http://www.istahc2002.de/?>

++ مزيد من المعلومات قم بزيارة موقع INAHTA?HYPERLINK "http://www.inahta.org

[?http://www.inahta.org?](http://www.inahta.org?)

الخمس الأكثر فقراً من النساء رعاية عند الولادة بواسطة طبيب مدرب أو ممرضة مدربة أو مولدة (داية) مدربة، بينما يحظى ٨٦ بالمائة من الخمس الأكثر غنى من النساء بهذه الرعاية (جواتكن ٢٠٠٠ب). إن السياسات والممارسات التي تسهل استقدام تكنولوجيات الرعاية الصحية المتطورة على نحو متزايد في بيئات مثل هذه قد يكون من شأنها أن تزيد من خطورة وحدة أوجه عدم المساواة القائمة في مجال الصحة.

ويتميز البرنامج المثالي لتقييم التكنولوجيا الصحية في ظروف الأقطار الصناعية بأربع خصائص: (أ) تعريف ووضع الأولويات لنطاق كامل من تكنولوجيات الصحة كأدوات مرشحة للتقييم؛ (ب) تقييم شامل للتكنولوجيات بمقتضى أهداف سياسة صريحة (مثل احتواء التكلفة والكفاءة والعدالة)؛ (ج) التقييم المبكر والاعتيادي لتكنولوجيات الصحة؛ (د) وضع أولويات للعمل الخاص بتقييم تكنولوجيا الصحة طبقاً لتكاليفه وفوائده لإنجاز أهداف السياسة (كوكسون وماينارد ٢٠٠٠). إن البلدان النامية يمكنها فقط أن تبدأ بالتحرك في هذا الاتجاه. وقد يكون نطاق التكنولوجيات الذي يتم تقييمه على مبعده من أن يكون كاملاً، وقد يكون عمق التحليل أقل عظماً. ويتعين أن تكون القيم وأهداف السياسة التي تعلن عن عملية تقييم تكنولوجيا الصحة في البلدان النامية المفردة على قدر من الصراحة كما هو الحال في أقطار منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

وفي مواجهة الضغوط المتناقضة الكثيرة على تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة، يتمثل المنهج الأبسط أمام الأقطار النامية المفردة في التركيز على اختيار حزمة محدودة من التدخلات يتم تمويلها بواسطة الأموال العامة. ويمكن أن يتضمن انتقاء التدخلات دراسات موسعة لعبء المرض على المستوى القطري، واقتصادية التكلفة للتدخلات المفردة. إن المسألة ببساطة جداً مسألة قيمة مقابل مال (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠). وفي هذا

الصدد أيضاً، يمكن أن تكون تكلفة الوقت والمال عالية جداً حتى بالنسبة لأعمال التقييم، فيما يتعلق بالنفقات النهائية، وبالإمكان تجنب مسائل القيمة في محاولة لتخفيض الصحة البشرية إلى معيار واحد للقياس (البنك الدولي ١٩٩٣، بالمان ١٩٩٨). إن حلول مأساة التكلفة والوقت متوافرة، وغالباً ما تطرح المنهجيات المختلفة لتحليل عبء المرض نتائج مماثلة. وقد تم إجراء دراسات عن عبء المرض واقتصادية التكلفة في عدد من البلدان النامية المفردة، التي تتفاوت في التجارب بدءاً من غنيا (جها ١٩٩٦)، ومروراً بالمكسيك (بوبيديلا وآخرون ١٩٩٤، فرنك ١٩٩٥)، وباكستان (حيدر ومورو ٢٠٠٠)، ووصولاً إلى تونس (المنسق الدولي للأمم المتحدة لإغاثة منكوبي الكوارث).

إن ظروف البلدان النامية المفردة تتنوع بصورة كبيرة جداً، إلا أن الدراسات التي تُجرى في بلاد أخرى يمكن أحياناً استخدامها كأساس لحكم معلى ومجموعة من الخيارات المعلنة على نحو ملائم بشأن التدخلات الرئيسية وما يتعلق بها من تكنولوجيات للرعاية الصحية، بواسطة جماعة من المختصين ذوى الخبرة. وليس هناك إجماع في الرأى بخصوص هذا المنهج بين الخبراء. وتجنح دراسة محلية عن عبء المرض في منطقة ما في بوركينا فاسو إلى افتراض أن هناك حاجة إلى وسيلة قياس محلية لعبء المرض كأساس للتخطيط الصحى (ورثوين ٢٠٠١). وبالرغم من هذا، فقد تم تبني منهج الأحكام المعلنة في سريلانكا (البنك الدولي ١٩٩٦). ويمكن استخدام وسيلة مدينة دلفى اليونانية لتسهيل هذا العمل، ومن المحتمل أن تزيد من موثوقية النتائج. @ ويمكن بشكل مفيد القيام ببحوث ميدانية لمقارنة نتائج

@ لمزيد من المعلومات عن أسلوب دلفى، هناك ملخص جيد على موقع [HYPERLINK](http://www.iit.edu/~it/delphi/html?http://www.iit.edu/~it/delphi/html?) [http://www.iit.edu/~it/delphi/html?](http://www.iit.edu/~it/delphi/html?http://www.iit.edu/~it/delphi/html?)

ومثال للتطبيق على إدارة أداء معامل الرعاية الصحية في (زن ٢٠٠١).

وتكلفة الدراسات الرامية إلى تعريف الحد الأدنى من حزم الخدمات الصحية في البلدان النامية طبقاً لمنهجيات بديلة، تحت المظلة العامة لتقييم تكنولوجيا الصحة في الأقطار النامية.

لا يمكن أن يكون هناك ادعاء أن دراسات عبء المرض والتدخلات ذات التكلفة الاقتصادية موضوعية بشكل كلي، سواء تمت على مستوى القطر الواحد أو كانت أساساً للخيار المعلن في بلد مختلف. إن قضايا القيم لا يمكن تجنبها، الشيء المهم هو إرساء ممارسات وإجراءات تتميز بالشفافية ويُنظر إليها على أنها شرعية من قبل المساهمين الرئيسيين في القرارات النهائية، بما في ذلك مقدمي الخدمات والممولين والمرضى. وهذا يتطلب مشاورات موسعة بشأن تعريف المشكلة التي تنتظر الحل والمنهجية المقرر استخدامها. وهذه المشاورات سوف تتضمن عادةً تكوين إدراك وقبولاً للقيود المالية.

لا يمكن فصل تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة عن قضايا البحث الصحي. في الثمانينات وخاصةً خلال العقد الماضي كان هناك اهتمام متنام بالدعم الدولي للبحث الصحي في القضايا التي تهم البلدان النامية. وقد قامت لجنة لأبحاث الصحة من أجل التنمية وهي لجنة مستقلة ترعاها مجموعة متنوعة تضم ١٦ مانحاً في أوروبا وشمال أمريكا، بنشر تقرير يمثل نقطة تحول "البحوث الصحية: الصلة الضرورية بالعدالة في التنمية" في عام ١٩٩٠ (لجنة أبحاث الصحة من أجل التنمية ١٩٩٠). وقد أدى نشاط هذه اللجنة إلى تكوين كيان لها بنفس الاسم وهو بمثابة منظمة غير حكومية مقرها جنيف وتؤيد "البحوث القومية الأساسية في مجال الصحة"، وكذلك تكوين وإدارة الخطط القومية للبحث الصحي. ولم يسهم عمل لجنة أبحاث الصحة من أجل التنمية، وعلى نحو أعم بشأن الخطط القومية للبحث الصحي، مع التسليم بأهميتها الكبرى بوجه عام في تطوير السياسة والمقدرة

الصحية في البلدان النامية، في تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة بدرجة كبيرة. وقد أضاف مؤتمر دولي عن أبحاث الصحة والتنمية عُقد في تايلاند في أكتوبر ٢٠٠٠، إلى جدول أعمال البحث الصحي القومي، ولكنه أبدى قليلاً من الاهتمام لتقييم وخيار تكنولوجيا الرعاية الصحية، على المستوى القومي أو العالمي (اللجنة الدولية المنظمة ٢٠٠١).

في إطار برامجها للمساعدات، شرعت الدول والمؤسسات المانحة المفردة في لعب دور مهم على نحو متزايد في البحث الصحي في البلدان النامية، وأحياناً من خلال علاقة خاصة مع تكنولوجيا الرعاية الصحية. وأحد المعايير المقبولة على نطاق واسع والتي تحظى بقليل من الاحترام هو تخصيص خمسة بالمائة من أموال المشروعات الصحية للنشاط التشغيلي أو غيره من أنشطة البحث الأخرى. وبينما قامت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والوكالة الكندية للتنمية الدولية وغيرهما بالدعم الفعال للبحث والتنمية بشأن تكنولوجيا ذات أهمية خاصة للبلدان النامية، يبدو أن قليلاً من الدعم قد تم تقديمه لتقييم التكنولوجيا أو بناء القدرة في هذا المجال في الأقطار النامية. ومع ذلك، فقد دعم المركز الدولي لأبحاث التنمية في كندا منهجاً لتقييم التكنولوجيا الصحية يعتمد على الاحتياجات، يتضمن تطويراً لمفهوم مجموعة أدوات تقييم تكنولوجيا الصحة. والهدف هو مساعدة المجتمعات بموضوعية على تحديد أولوياتها بالنسبة للإنفاق على الرعاية الصحية (برجين ١٩٩٤).

إن برامج تقييم تكنولوجيا الصحة يتم تطويرها على نحو تدريجي في الدول غير المنتمية لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ففي استونيا، عملت مجموعة من الأشخاص حسنة الاطلاع في مجال تقييم تكنولوجيا الصحة من كندا وألمانيا ورومانيا وأسبانيا مع طاقم من جامعة تارتو من أجل تصميم سلسلة من الخطوات العملية لتطوير برنامج لتقييم تكنولوجيا الصحة في البلاد. وكان أحد الاختيارات هو التمويل من

برامج مساعدات التنمية (جيس وآخرون ٢٠٠١). وباستطاعة دول أخرى استكشاف إمكانات مماثلة. ويمكن استكشاف إمكانات تبادل العاملين وغير ذلك من أشكال التعاون في التطوير في مجال تقييم التكنولوجيا، في شبكة وكالات تقييم تكنولوجيا الصحة. ومثال هذه الإمكانات نشاط إدارة الآلام المزمنة غير المميتة الذي قام به طبيب نفساني معالج من كولومبيا في مؤسسة تراث ألبرتا للأبحاث الطبية/ وحدة تقييم تكنولوجيا الصحة (كندا).

إن المساهمة بالخبرات فيما بين مجموعات الدول النامية يمكن أن يُسهل من مهمة تقييم وبالتالي اختيار تكنولوجيات الرعاية الصحية. وفي أمريكا اللاتينية انصب بعض الاهتمام (إيشفري ١٩٩١) على ثلاثة اختيارات من أجل تقييم تكنولوجيا الصحة بين الدول:

- ١ - الاختيار الأول هو الاتفاق على مؤسسة واحدة. وهذا لا يبدو واقعياً تماماً بالنظر إلى الأسس المالية والسياسية.
- ٢ - الاختيار الثاني هو الاتفاق على اتحاد أو شبكة مؤسسات. ومن شأن الشبكة أن تضع جداول الأعمال وتقوم بدور الوكالة المركزية للمعلومات، وتحدد الفجوات المعرفية، وتكلف مؤسسات على درجة عالية من التأهيل بإجراء الدراسات، وتقييم نتائج الدراسات، وتسهل التوصل إلى إجماع في الرأي بشأن السياسات القومية والإقليمية لتقييم تكنولوجيا الصحة. ونظراً لأن العالم يتجه على نحو متزايد إلى تكوين الشبكات في بيئة يتم تبادل المعلومات فيها بسهولة، فإن هذه الوسيلة الثانية تستحق المواصلة. وبحق يمكن دراستها الآن ليتم تنفيذها على المستوى العالمي.
- ٣ - الاختيار الثالث هو الاتفاق على هيئة متخطية للحدود القومية. ويُعتقد أن منظمة الصحة لبلدان أمريكا الشمالية والوسطى والجنوبية (بان

أمريكا)، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لدى أمريكا اللاتينية، لديهما الإمكانية للتطور في هذا الاتجاه. وبالمثل، بإمكان المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية في مناطق أخرى استكشاف إمكانات لتنظيم وهيكلية تقييم لتكنولوجيا الصحة، وتبادل المعلومات فيما بين المساهمين. وكذلك قد تكون المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية قادرة على إيجاد دور لنفسها في مجال تقييم تكنولوجيا الصحة لتدعيم صناعة القرار في الأقطار الإسلامية.

إن النقطة الرئيسية هي أن هناك إمكانات مهمة للتعاون بشأن تكنولوجيا الصحة على المستوى الإقليمي. وقد يكون أفضل مكان للبداية هو المكان الأقل في المطالب، مع وجود الاحتمالية الأكبر للمكاسب المتعلقة بالكفاءة: المشاركة في معارف التكنولوجيا الصحية، المشاركة في نتائج البحث، المشاركة في الممارسات الجيدة بالنسبة لتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة (برنامج الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠١). وقد يكون انتقاء مؤسسة أو أكثر للعب دور رائد على المستوى الإقليمي أمراً محفوظاً بالجدل دائماً، لذا فإن تكوين الشبكات والشراكات غير الرسمية وبناء الائتلافات قد يثبت أنه أكثر ملاءمة وكذلك أكثر تجاوباً مع موضوع العولمة.

تقييم واختيار تكنولوجيا الصحة من المنظور العالمي

حتى هذه النقطة ركزت المناقشة في هذا البحث على تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة من منظور الدول المفردة بوصفها منتقية ومستخدمة لتكنولوجيا الرعاية الصحية. ونتحول الآن إلى المنظور العالمي بشأن هذه القضايا.

إنه لأمر مشجع أن ترى انطلاق عدد كبير من المبادرات التي تخص خيار تكنولوجيا الصحة والتكنولوجيا. وبوجه عام فإن هذه

المبادرات تهدف إلى الوصول إلى رؤية عالمية عن القضايا المتعلقة بتخصيص الموارد من أجل تطوير تكنولوجيات جديدة للصحة وإتاحة نتائج البحث في صورة سهلة الاستخدام أمام البلدان النامية.

ومن بين الكوكبة العريضة من المبادرات نركز فيما يلي على أهمها:

- المنتدى العالمي لبحوث الصحة، بما في ذلك مبادراته الفرعية عن أبحاث السياسة والأنظمة الصحية، أدوية الملاريا، السيطرة على أمراض القلب والأوعية الدموية، والأبحاث العالمية عن السل.
- الائتلاف العالمي للقاحات وإكساب المناعة، وفي مقدمتها إسهامات مؤسسة جيتس. والائتلاف يدعم البحث في برامج إكساب المناعة وتطويرها والتوسع فيها وإدخال لقاحات جديدة إلى البلدان النامية.
- البرنامج المشترك لمنظمة الصحة العالمية/البنك الدولي/برنامج الأمم المتحدة للتنمية لأبحاث الأمراض الاستوائية، والذي يدعم الأبحاث الأساسية والتطبيقية التي تدور حول قطاع من الأمراض ذات الأهمية الخاصة للبلدان النامية. وتوضح خطة استراتيجية جديدة لأبحاث الأمراض الاستوائية في السنوات القادمة تم إقرارها في عام ٢٠٠٠، التأكيد القوي على بناء القدرات البحثية (أبحاث الأمراض الاستوائية ٢٠٠٠).
- برنامج الأمم المتحدة للتنمية/صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية/منظمة الصحة العالمية/برنامج البنك الدولي للأبحاث والتنمية وبحوث التدريب في مجال التناسل البشري. ويمثل هذا البرنامج جسراً بين البحث وتنفيذ الحلول الجديدة لمشاكل التكاثر الإنساني.
- برنامج التكنولوجيا التطبيقية للصحة. وتعمل هذه المنظمة التي لا

تهدف للربح ومقرها سيتيل بواشنطن، مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وغيرها لسد الفجوات التكنولوجية. وقد قامت بتطوير أو تحديث أكثر من ٤٠ تكنولوجيا عملية بتكاليف يمكن تحملها للحصول على نتائج صحية أفضل في البلدان النامية، وتعتمد بشكل كبير على دعم من مشروع التكنولوجيا الصحية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية.* ومع ذلك، فإنها لم تنخرط بشكل عام في نشاط تقييم تكنولوجيا الصحة في البلدان النامية.

وقد تبنت اللجنة الفنية لأبحاث الصحة عملية مؤلفة من خمس خطوات للإعلان عن تخصيص الموارد العامة لقضايا أبحاث وتنمية الصحة التي تهتم البلدان النامية:

- ١ - أولاً: استفسر عن حجم المشكلة الصحية. احسب العبء الذي يرجع للمرض أو الحالة أو عنصر المخاطرة. وقد قامت اللجنة باستخدام سنوات العمر المتكيفة مع الإعاقة، ولكن يمكن استخدام وسيلة قياس مختلفة.
- ٢ - ثانياً، اسأل لماذا يستمر المرض. حدد أسباب استمرار المرض، أو الحالة أو عنصر المخاطرة في التجمع السكاني.
- ٣ - ثالثاً، استفسر عما إذا كان تم معرفة قدر كاف عن المشكلة لدراسة التدخلات الممكنة. وهذا يتضمن الحكم على قاعدة المعرفة الحالية.
- ٤ - رابعاً، اسأل عن التدخلات المحتملة ذات التكلفة الاقتصادية. اسأل

* مزيد من المعلومات عن التكنولوجيا التطبيقية للصحة، بما في ذلك قوائم التكنولوجيات التي قامت بتطويرها، متاح على الموقع الخاص بها، <http://www.path.org/?HYPERLINK>

عما إذا كان في الإمكان تطويرها بعد فترة قصيرة في مقابل إنفاق معقول للمال، وقيم ما تعد به جهود البحث والتنمية الممكنة.

٥ - خامساً، اسأل عن مدى الجهد المبذول من أجل المشكلة، وهل يتعين استثمار المزيد، أو هل يتعين استخدام الموارد في مكان آخر من أجل البحث والتنمية (اللجنة الخاصة ١٩٩٦).

وقد اقترحت اللجنة الخاصة إقامة منتدى للمستثمرين في مجال الأبحاث والتنمية الدولية للصحة. وقد تم القيام بهذا في صورة المنتدى العالمي لبحوث الصحة والمنشأ في عام ١٩٩٧ كمؤسسة سويسرية. والمنتدى العالمي يعتبر منتدياً لتأييد البحوث الصحية بشأن مشاكل البلاد ذات الدخل المنخفض والمتوسط، ولتنسيق وتطوير المبادرات البحثية المحددة.*

يبين السرد الجزئي للغاية في هذا البحث أن عدد وتعقد المبادرات الدولية في مجال تكنولوجيا الصحة شيء مذهل. كما أنه يسوق نحو المقدمة المشكلة المتعثرة الخاصة بالبناء المستقبلي للتعاون الدولي في هذا المضمرة. وكذلك يعتبر عدد ونطاق المؤسسات الدولية المنخرطة كمساهمين في بعض جوانب البحوث الدولية للصحة أمراً مدهشاً. ويشمل هذا المانحين أصحاب المساعدات التقليدية مثل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، وزارة التعاون الدولي البريطانية، وعدد من المنظمات العاملة على مستوى الحكومات مثل منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة الدولي لرعاية الطفولة، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، والمجموعات البحثية متعددة الفروع والهيئات والمؤسسات البحثية مثل برنامج التكنولوجيا التطبيقية للصحة، روكفيلر،

* يمكن الحصول على مزيد من المعلومات عن المنتدى العالمي على موقعه

? HYPERLINK <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>

? <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>

جيتس. وتوحي هذه المجموعة المتنوعة، وكذلك النطاق الواسع من نماذج التعاون في مجال البحث الدولي مثل المجموعة الاستشارية للأبحاث الزراعية الدولية، بأن التوصل إلى اتفاقية بشأن البناء المستقبلي المذكور ليس بالأمر اليسير. وربما يكون المنتدى العالمي لبحوث الصحة هو موضع البداية.

تكنولوجيا الصحة والسلع العامة العالمية: إطار تصوري لجعل العولمة تعمل من أجل وضع صحي أفضل في البلدان النامية

يقودنا المنظور العالمي لتكنولوجيا الصحة إلى فكرة السلع العامة العالمية. إن مفهوم السلع العامة يأتي من علم الاقتصاد الذي يفرق بين السلع الخاصة والسلع العامة. فالسلع الخاصة يستمتع بها الأفراد وحدهم- وفوائدها تأتي فقط لأولئك الذين يتحكمون فيها، ويدفع تكاليفها فقط أولئك الذين يسيطرون عليها. والأسواق الخاصة تقدم السلع الخاصة من خلال التوازن بين الطلب والعرض الخاصين. وعلى النقيض، فإن السلع العامة لها ميزتان واضحتان. أولاً، إنها ليست تنافسية. وهذا يعني أن استهلاك السلع بواسطة شخص ما لا يقلل من استهلاكها بواسطة شخص آخر. وعليه فإن التكلفة الهامشية لاستفادة شخص آخر منها هي صفر. ثانياً، السلع العامة غير قابلة للاستثناء. ولأنه لا يمكن استثناء أحد، فمن المستحيل إقامة سوق خاص للسلعة العامة حيث لا يمكن تحقيق أي ربح. إن الحالة التقليدية لسلعة عامة محضّة، حسبما تراه كل دولة على حدة، هي الدفاع القومي. فإن فوائدي من الدفاع القومي لا تقلل فوائد شخص آخر، ولا يمكنني استثناء أي فرد في وطني من الاستفادة من الدفاع عن بلادي.

إن مفهوم السلع العامة العالمية يُطبق فكرة السلع العامة على نطاق عالمي وليس النطاق القومي بمفرده. ومضمون تطبيق مفهوم السلع العامة العالمية على الصحة هو أن صحي الشخصية لا يمكن فصلها عن

صحة أي شخص آخر في أي مكان على كوكب الأرض. ويرى بعض المراقبين أن العولمة تجعل الصحة سلعة عامة عالمية على نحو متزايد (تشن وآخرون ١٩٩٩). وقد نظرت لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة إلى جمع وتحليل البيانات عن الأوبئة، ومراقبة الأمراض المعدية، وأنشطة البحث والتنمية الخاصة بالأمراض، المتمركزة في البلدان الفقيرة على أنها سلعة عامة عالمية (لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة ٢٠٠١). بينما يرى مراقبون آخرون أن السيطرة على الأمراض المعدية، وتحسين تمويل مبادرات الصحة العالمية، والاستمرار في تطوير وتوفير المعلومات، بما في ذلك أبحاث وتنمية الصحة العالمية، يتعين النظر إليها على أنها سلعة عامة عالمية. (كول وفاوست ٢٠٠١).

وسواء قبل المرء أن الصحة بوجه عام تتحول إلى سلعة عامة عالمية أم لا، يمكن القول، على الأقل في بعض الجوانب، أن تكنولوجيا الصحة وخاصة المعارف التي تعتبر جزءاً لا يتجزأ منها، تميل إلى أن تصبح سلعة عامة عالمية. ففوائد من تكنولوجيا الصحة لا تقلل الفوائد المكتسبة بواسطة الآخرين. كما أنه ليس من السهولة استثناء أي شخص من الانتفاع بها. وبالطبع فإن هذا بمعناه المجرد ليس صحيحاً كلياً، فبعض تكنولوجيات الصحة تحظى ببراءات اختراع ويتم بيعها من خلال الأسواق الخاصة. المسألة هنا تتمثل في أن المعرفة التي تشكل جزءاً من تكنولوجيا الصحة التي تهتم البلدان النامية تشبه على نحو كافٍ السلعة العامة العالمية وأن مجتمع العالم المنظم يجد مثل هذه التكنولوجيا الجديدة للصحة بمقدار أقل من المطلوب في السوق العالمي. لقد اتضح الطلب العالمي جلياً في صورة اهتمام على مستوى العالم بتحسين الصحة في البلدان النامية. إن العولمة تسوق مثل هذه الاهتمامات العالمية إلى المقدمة. كما أن الحركة تجاه قبول فكرة

أن الصحة تعتبر سلعة عامة عالمية قد تم التعبير عنها بوضوح في المملكة المتحدة على وجه الخصوص* .

إن أحد التحديات الحالية أمام المجتمع الدولي هو توضيح وكسب تأييد أكبر على نطاق أوسع للطلب العالمي على السلع العامة العالمية وتنظيم وتمويل عرضها في الأسواق. وفي حالة تكنولوجيا الرعاية الصحية الجديدة التي تهتم البلدان النامية، يتم التعبير عن الطلب بصورة جلية بواسطة الباحثين وصانعي السياسة في منتديات مختلفة كثيرة، بما في ذلك المؤتمر الحالي. وهناك حاجة لتأييد هذا الطلب في الاجتماعات ذات الأهمية السياسية العالمية. ويوحى الاهتمام الذي عبرت عنه مجموعة الثمانية العام الماضي بشأن الإيدز أن قضايا الصحة تبدأ في كسب هذا التأييد. وهذا الأمر لم ينطبق بعد على تكنولوجيا الرعاية الصحية كمسألة منفصلة.

يمكن أن يكون تنظيم وتمويل عرض خدمات تكنولوجيا الصحة وظيفة مهمة لمساعدات التنمية. وبسبب تركيزه على اهتمامات عالمية واسعة الانتشار، فإن هذا الأمر يتطلب إعادة التفكير في التعاون الثنائي التقليدي. وقد يستدعي التركيز العالمي الجديد على تكنولوجيا الصحة التوسع في قدرات برنامج الأمم المتحدة للتنمية / أو البنك الدولي. ويمكن أن يتم توسيع ميزة منح التنمية التابعة للبنك الدولي بدرجة كبيرة من أجل هذا الغرض. وتتلخص المهمة في شراء أقل للتكنولوجيا

* انظر كمثال: الأبحاث التي تمت طبقاً لدراسة تحت عنوان "الصحة العالمية: قضية محلية" والبحث الموجز أمرت بإعداده وزارة التعاون الدولي في المملكة المتحدة عن "الصحة والتنمية الدولية: تأثير العولمة على صحة الفقراء" (ليستر ٢٠٠٢). وكذلك هناك رؤية لمنظمة غير حكومية مقرها الولايات المتحدة، المجلس العالمي للصحة، تنظر إلى الصحة بوصفها سلعة عامة عالمية؛ لمزيد من المعلومات، قم بزيارة موقع المجلس <http://HYPERLINK> ?

الجديدة وضمن أكثر لتطوير وتسويق تكنولوجيات الرعاية الصحية ذات الأهمية الخاصة للمناطق النامية طبقاً لشروط مالية من شأنها أن تجعل هذه التكنولوجيات في متناول جميع السكان. والعمل جارٍ بنفس الروح بخصوص عدة قضايا متعلقة بالأدوية. وبعض الاستراتيجيات تعمل بأسلوب "الدفع" التقليدي للأبحاث المدعومة مثل منح NIH. بينما تبدأ استراتيجيات أخرى في القيام بتجارب بواسطة ما يسمى بأساليب "الجذب"، والتي تهدف إلى إيجاد سوق مستقبلي من خلال ضمان أو الالتزام المسبق بتوفير أموال لشراء كميات معينة من منتجات محددة يمكن تطويرها أو "تبادل براءات الاختراع" الخاصة بها (MSF 2001)، برنامج الأمم المتحدة للتنمية (٢٠٠١). ويتعين أن يتم تكيف وتعميق هذه الأفكار لتناسب تكنولوجيات الرعاية الصحية الأخرى.

وقد اقترحت لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة توسعاً كبيراً في نفقات البحث والتنمية على أمراض الفقراء، مع إشارة خاصة للقاحات والصحة التناسلية. ومن أجل تدبير الموارد المالية المطلوبة، أوصت اللجنة بإنشاء الصندوق العالمي لأبحاث الصحة، والذي يمكنه دفع حوالي ١,٥ بليون دولار سنوياً. إضافة إلى ذلك، اقترحت اللجنة إنفاق مبالغ إضافية تصل إلى ١,٥ بليون دولار كل عام من خلال القنوات القائمة مثل برنامج أبحاث الأمراض الاستوائية (لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة ٢٠٠١).

في تقريره عن التنمية البشرية لعام ٢٠٠١، يقدم برنامج الأمم المتحدة للتنمية المقترحات التالية وفقاً لمبادئ قويمه بشأن إنجاح التكنولوجيات الجديدة لصالح التنمية البشرية (برنامج الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠١):

(١) لا يشترط أن يتبع التوزيع التكنولوجي توزيع الدخول؛ فعلى مدار التاريخ كانت التكنولوجيا وسيلة قوية للتنمية البشرية وتقليص الفقر.

(٢) تُعد الأسواق أدوات فعالة في التقدم التكنولوجي، ولكنها ليست من القوة بحيث تخلق وتنتشر التكنولوجيات المطلوبة لاستئصال الفقر.

(٣) قد ترحب البلدان النامية بمزايا كبيرة على وجه الخصوص من التكنولوجيات الجديدة، ولكنها تواجه أيضاً تحديات قاسية بصفة خاصة في إدارة المخاطر.

(٤) لن تكون السياسات القومية، على الرغم من أهميتها، كافية للتعويض عن إخفاقات السوق العالمي. وهناك حاجة إلى أنشطة دولية جديدة والاستخدام العادل للقواعد العالمية لتوجيه التكنولوجيات الجديدة نحو الاحتياجات الأكثر إلحاحاً لفقراء العالم.

إن التحدي الآن يتمثل في اعتماد المجتمع الدولي على هذه الرؤى وتنظيمه بشكل أكثر تماسكاً لتمويل وعرض التكنولوجيات الجديدة للرعاية الصحية التي تهتم بتجمعات سكانية كبيرة في البلدان النامية. وهذا يعني أنه سيجب عليه إتاحة المعلومات والخبرات بصورة أكثر نظامية من أجل تسهيل كل من التقييم والاختيار السليم للتكنولوجيا وتطوير تكنولوجيات صحية جديدة ومناسبة في مواجهة الضغوط المتزايدة للعولمة. ويجب أن يشمل الدعم المسؤول للعولمة في الأقطار الصناعية هذا الإجراء في برنامج سياسته العامة، حتى تفيد العولمة كلاً من الفقراء والضعفاء، والأغنياء والأقوياء.

الاستنتاجات والتوصيات

في الختام نخلص إلى أن تكنولوجيا الرعاية الصحية قد صارت قضية سياسة عامة مهمة في العالم النامي. إلا أن تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة يتلقى قليلاً من الاهتمام في البلدان النامية. إن العولمة والأنماط المتغيرة للأوبئة قد تجعل هذه القضايا خطيرة على نحو متزايد.

وقد تم اقتراح التوصيات الثماني التالية للتنفيذ من قبل المشاركين في المؤتمر:

- أولاً، حشد وتنظيم المعلومات والخبرات المتاحة عن تقييم تكنولوجيا الصحة داخل بلادكم.
- ثانياً، الاستغلال النظامي في بلادكم للحجم الهائل من المعلومات والمعارف المتاحة إلكترونياً عن تقييم وخيار تكنولوجيا الصحة.
- ثالثاً، المساعدة في توجيه السياسات والاستراتيجيات الصحية لأقطاركم، بما في ذلك اختياراتكم لتكنولوجيا الصحة من خلال مسارات تعد بمنح قيمة أعظم للمال بواسطة الصناديق العامة المستثمرة في الصحة.
- رابعاً، الدفاع عن السياسات العامة التي تتطلب وضع معايير سليمة ومقبولة على نطاق واسع لتكنولوجيا الرعاية الصحية وتقييم التكنولوجيا على المستوى القطري.
- خامساً، المشاركة في الشبكات الدولية المتنامية للأفراد والمؤسسات المعنية بتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة، ودراسة إمكانات التعاون المهني على مستوى الدول.
- سادساً، تجربة نماذج ومنهجيات بديلة لخيار تكنولوجيا الصحة في بلادكم، بما في ذلك التقييم السريع للنمط الذي تم تجربته في كندا.
- سابعاً، المساهمة في الطلب المتزايد لجعل بناء القدرات الخاصة بتقييم وخيار تكنولوجيا الصحة موضوعاً ملائماً للتعاون التنموي، سواء كان ثنائياً أو متعدد الأطراف.
- ثامناً، التأييد على المستوى القطري والدولي للاهتمام المتنامي بتوسيع البحث والمعرفة الخاصة بتكنولوجيات الصحة التي تهتم البلدان النامية، من خلال إطار السلع العامة العالمية.

المراجع

- اللجنة الخاصة لأبحاث الصحة المتعلقة باختيارات التدخلات المستقبلية
١٩٩٦، الاستثمار في مجال البحث الصحي والتنمية، منظمة الصحة
العالمية، جنيف.
- بانرجي، دبابار ١٩٩٩، نقلة أساسية في منهج الصحة الدولية بواسطة
منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة الدولي لرعاية الطفولة
(اليونيسيف) والبنك الدولي: أمثلة لممارسة الفاشية والنظام الشمولي في
البلدان الآسيوية، المجلة الدولية للخدمات الصحية، رقم ٢٩، رقم ٢.
- باننا، هـ. دفيد وآخرون ٢٠٠١، السياسة الصحية وتقييم تكنولوجيا
الصحة والتصنيف في أوروبا، المجلة الدولية لتقييم التكنولوجيا في مجال
الرعاية الصحية، ١٧: ٣، دار نشر جامعة كامبريدج.
- برجيفن، يفيس الناشر ١٩٩٥، تقييم تكنولوجيا الصحة: منهج يعتمد
على الاحتياجات، المركز الدولي لأبحاث التنمية.
- بوباديللا، جيه.إل. وآخرون ١٩٩٤، حزمة عالمية للخدمات الصحية
الأساسية، المكسيك (بالأسبانية).
- المجلة الطبية البريطانية ٢٠٠٢، رسائل عن العولمة والصحة، المجلد
٣٢٤.
- تشن، لنكولن وآخرون ١٩٩٩، الصحة كسلعة عامة عالمية، في كول،
إنج وآخرون، الناشرون، السلع العامة العالمية- التعاون الدولي في القرن

الواحد والعشرين، دار نشر جامعة أكسفورد لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية.

- لجنة أبحاث التنمية من أجل الصحة ١٩٩٠، بحوث الصحة - الصلة الأساسية بالعدالة في التنمية، دار نشر جامعة أكسفورد، نيويورك.

- لجنة الاقتصاديات الكبرى والصحة ٢٠٠١، الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية، مركز جامعة هارفارد للتنمية الدولية ومنظمة الصحة العالمية. "http://www.cmhealth.org/" HYPERLINK . http://www.cmhealth.org

- كوكسون ريتشارد وآلان ماينارد ٢٠٠٠، تقييم تكنولوجيا الصحة في أوروبا- تحسين الوضوح والأداء، المجلة الدولية لتقييم التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية، ١٦: ٢، دار نشر جامعة كامبريدج.

- كوريا، جي. آيه وس. كيسكي ٢٠٠١، اتجاهات توزيع الدخل في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية- أدلة وتفسير، بحث مقدم لمؤتمر جامعة الأمم المتحدة الموسع عن النمو والفقير، هلسنكي، ٢٥-٢٦ مايو ٢٠٠١.

- كوريا، جيوفاني أندريا ٢٠٠١، العولمة والصحة: النتائج والاختيارات، نشرة منظمة الصحة العالمية، ٧٩ (٩).

- كورات، لويسند، تحديات الثلاثين عاماً القادمة في مجال البحوث الصحية: لتصحيح فجوة ٩٠/١٠، عرض لدى البنك الدولي بواسطة السكرتير التنفيذي، المنتدى العالمي للبحث الصحي.

- دفلو، د. ٢٠٠٢، الحفاظ على العاملين والخبراء وتوظيفهم في مجال الصحة في أفريقيا، بحث فني مقدم لدى الاجتماع الاستشاري لمنظمة الصحة العالمية وأفريقيا والبنك الدولي عن تحسين التعاون بين خبراء

- الصحة، والحكومات والمساهمين الآخرين في الموارد البشرية من أجل التنمية البشرية، أديس أبابا، يناير ٢٠٠٢.
- دولار، دافيد ٢٠٠١، هل العولمة جيدة لصحتك؟ نشرة منظمة الصحة العالمية، ٧٩ (٩).
- إيشفيرى، أوسكار ١٩٩١، تنمية وتقييم تكنولوجيا الصحة: هل لدى دول قارة أمريكا اللاتينية اختيار؟ وجهة نظر من أبحاث تكنولوجيا الصحة في أمريكا اللاتينية، رقم ١٠، قسم الموارد البشرية، الإدارة الفنية، أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، البنك الدولي.
- فيتشم، ريتشارد ٢٠٠١، العولمة جيدة لصحتك في أغلب الأحيان، المجلة الطبية البريطانية، مجلد ٣٢٣، سبتمبر ٢٠٠١.
- فيتشم، ريتشارد ب، العولمة: من البلاغة إلى الأدلة، نشرة منظمة الصحة العالمية، ٧٩ (٩)، سبتمبر ٢٠٠١.
- فرنك، يوليو ١٩٩٥، تحليل شامل لإصلاح النظام الصحي، السياسة الصحية ٣٢.
- جياكوميني، ميتا ك. ١٩٩٩. أي نوع من المطاردة: تجميع تكنولوجيات الصحة للتقييم والترشيد، مجلة السياسة الصحية والسياسة والقانون، مجلد ٢٤، رقم ٤، اغسطس ١٩٩٠.
- جيبسيس، برنارد وآخرون ٢٠٠١، استخدام نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص وتحليل التهديدات في تطوير برنامج لتقييم تكنولوجيا الصحة، السياسة الصحية ٥٨.
- جواتكن، ديفيدسون وآخرون ٢٠٠٢، الفروق الاجتماعية والاقتصادية في الصحة والتغذية والسكان في بنجلاديش، مجموعة موضوعات الفقر/ HNP التابعة للبنك الدولي، مايو ٢٠٠٠.

- جواتكن، ديفيدسون وآخرون ٢٠٠٢ ب، الفروق الاجتماعية والاقتصادية في الصحة والتغذية والسكان في مصر، مجموعة موضوعات الفقر/ HNP التابعة للبنك الدولي، مايو ٢٠٠٠.
- هيلاي، ديفيد وآخرون ٢٠٠٠، استخدام وتأثير التقييمات السريعة لتكنولوجيا الصحة، المجلة الدولية لتقييم التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية ١٦: ٢، دار نشر جامعة كامبريدج.
- هالستيد، سكوت ب. وآخرون ١٩٨٥، صحة جيدة بتكلفة منخفضة، مؤسسة روكفيلر، نيويورك.
- حيدر، عدنان آيه. وريتشارد ه. مورو ٢٠٠٠، تطبيق أساليب عبء المرض في البلدان النامية: دراسة حالة من باكستان، المجلة الأمريكية للصحة العامة، مجلد ٩٠، رقم ٨.
- معهد الطب، لجنة تقييم التكنولوجيات الطبية في الاستخدام العلاجي (IOM) 1985، تقييم التكنولوجيات الطبية، دار نشر الأكاديمية الطبية، واشنطن، منطقة كولومبيا.
- المركز الدولي لأبحاث التنمية ٢٠٠٠، تحسين الرعاية الصحية في تنزانيا: مشروع التدخلات الصحية الأساسية في تنزانيا، لمزيد من المعلومات ارجع إلى موقع www.idrc.ca _ "http://www.idrc.ca" HYPERLINK
- اللجنة الدولية المنظمة ٢٠٠١، تقرير المؤتمر الدولي عن أبحاث الصحة من أجل التنمية، بانكوك، ١٠-١٣ أكتوبر ٢٠٠٠، متاح على موقع HYPERLINK "http://www.conference2000.ch/" _ <http://www.conference2000.ch/>.
- جها، بي. وآخرون ١٩٩٦، قياس عبء المرض والتكلفة الاقتصادية للتدخلات الصحية - دراسة حالة في غينيا، بحث فني للبنك الدولي رقم ٣٣٣، واشنطن، منطقة كولومبيا.

- كول، إنج وميشيل فاوست ٢٠٠١، السلع العامة العالمية والصحة: التقدم في جدول الأعمال، نشرة منظمة الصحة العالمية، ٧٩ (٩).
- كول، إنج وآخرون، الناشر، ١٩٩٩، السلع العامة العالمية- التعاون الدولي في القرن الواحد والعشرين، دار نشر جامعة أكسفورد لتنمية الأمم المتحدة.
- ليستر، جراهام ٢٠٠٠، الصحة والتنمية العالمية: تأثير العولمة على صحة الفقراء، كلية الصحة، يونية ٢٠٠٠، متاح على موقع [HYPERLINK](#) _ "C-Lister@msn.com" _G C-Lister@msn.com..
- أطباء بلا حدود ٢٠٠١، الخلل المميت - أزمة البحث والتنمية فيما يتعلق بعقاقير الأمراض المهملة، وصول أطباء بلا حدود إلى حملة الأدوية الرئيسية، جنيف.
- نافارو، فايسنت ١٩٩٩، الصحة والعدالة في العالم في عصر "العولمة"، المجلة الدولية للخدمات الصحية، مجلد ٢٩، رقم ٢.
- بالمان، ماريا م. وآخرون ١٩٩٨، مراجعة مهمة لوضع الأولويات في القطاع الصحي: منهجية تقرير التنمية الدولية والسياسة الصحية والتخطيط لعام ١٩٩٣، ١٣ (١).
- بيرى، س. وم. ثامر ١٩٩٦، تقييم تكنولوجيا الصحة: لا مركزية وموزعة في الولايات المتحدة مقارنةً بالدول الأخرى، معهد التكنولوجيا الطبية وأنماط الممارسة، واشنطن، منطقة كولومبيا.
- برنامج الأمم المتحدة للتنمية، ٢٠٠١، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠١- العمل على نجاح التكنولوجيات الجديدة لصالح التنمية البشرية، دار نشر جامعة أكسفورد لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية.
- برنامج الأمم المتحدة للتنمية/البنك الدولي/منظمة الصحة العالمية

(أبحاث الأمراض الاستوائية) البرنامج الخاص لعام ٢٠٠٠ للبحث والتدريب في مجال الأمراض الاستوائية، أخبار أبحاث الأمراض الاستوائية، رقم ٦٣، أكتوبر ٢٠٠٠.

- وانج، جيا وآخرون ١٩٩٩، قياس أداء الدول في الصحة- مؤشرات مختارة لعدد ١١٥ دولة، شبكة التنمية البشرية- سلسلة الصحة والتغذية والسكان، البنك الدولي، واشنطن.

- وولف، س. ه. وس. هنشال، تقييم تكنولوجيا الصحة في المملكة المتحدة، المجلة الدولية لتقييم التكنولوجيا في الرعاية الصحية، ١٦: ٢، دار نشر جامعة كامبريدج.

- البنك الدولي ١٩٩٣، تقرير التنمية العالمية ١٩٩٣ - الاستثمار في الصحة، دار نشر جامعة أكسفورد للبنك الدولي.

- البنك الدولي ١٩٩٤، صحة أفضل في أفريقيا- تجارب ودروس مستفادة، واشنطن، منطقة كولومبيا.

- البنك الدولي ١٩٩٦، تقرير تقييم العاملين- المشروع المتكامل لاستثمار قطاع الصحة في سيراليون، تقرير رقم ١٣٤٩٧، منطقة أفريقيا.

- البنك الدولي ١٩٩٨، الصحة والتغذية والسكان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بحث يستعرض الخلفيات بشأن الندوة الإقليمية عن تنمية قطاع الصحة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، سبتمبر ١٩٩٨.

- البنك الدولي ٢٠٠١، مؤشرات التنمية العالمية، واشنطن، منطقة كولومبيا.

- البنك الدولي ٢٠٠٢، العولمة والنمو والفقير - بناء اقتصاد عالمي شامل، تقرير للبنك الدولي عن السياسة البحثية، منشور بالاشتراك مع دار نشر

- جامعة أكسفورد، منظمة الصحة العالمية بنيويورك ١٩٩٩، التقرير العالمي عن الصحة ١٩٩٩ - صناعة الفرق، جنيف.
- منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠، التقرير العالمي عن الصحة ٢٠٠٠ - نظم الصحة: تقييم الأداء، جنيف.
- البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٢، إصدار صحفي منظمة الصحة العالمية/٧، ٣١ يناير ٢٠٠٢، " منظمة الصحة العالمية وانطلاقه اليوم لكبار الناشرين " الوصول إلى الأبحاث " مبادرة عبر شبكة الإنترنت للبلدان النامية " .
- المكتب الإقليمي الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي ٢٠٠٢، إصدار صحفي في ١ فبراير ٢٠٠٢، أزمة العاملين بالصحة تهدد بتقويض التحسينات الصحية في أفريقيا.
- ورثوين، رالف وآخرون ٢٠٠١، قياس العبء المحلي للمرض - دراسة سنوات العمر الضائعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، المجلة الدولية للأوبئة ٣٠ - ٢٠٠١.
- زين، زاكولين وآخرون ٢٠٠١، تحديد مؤشرات إدارة الأداء العملي: منهج ذو تجمعات سكانية متعددة، مراجعة إدارة الرعاية الصحية، ٢٦ (١). دار نشر أسبن.

المناقشات

الجلسة العاشرة

الرئيس: د. مراد هوفمان

نائب الرئيس: د. البرماوي

مقرر: د. بيتر جراف

المتحدثون:

١. د. صقر أحمد صقر ٢. د. فؤاد بن غانم ٣. د. إدوارد المندروف.

الرئيس: لدينا ٣٨ دقيقة للمناقشة قبل أن نحيل الأمر إلى المتحدثين وهذا الوقت يعد كافيا للتطرق إلى كافة العروض المراد مناقشتها باستفاضة. فمن يود أن يبادر بالمداخلة.

متحدث لم يذكر اسمه: سؤالي إلى الدكتور إدوارد المندروف إن تكنولوجيا الصحة كما أشرنا بالأمس تقف في الاعتبار الإجراءات واللوازم الطبية وبرامج معينة والعقاقير ما هي نصيحتك لأننا قمنا بهذا في المملكة المتحدة تبعا لعملية تقييم التكنولوجيا الصحية لا يوجد هناك استراتيجيات أو نظم ملموسة يمكن أن نقول عليها ما هي الأولويات التي من الممكن أن تأخذها الدول النامية في الاعتبار عند تطبيق هذا التقويم. شكرا سيدي الرئيس.

الدكتور عثمان جلال: إن العروض الثلاثة كانت عروضاً ممتازة وإنني أعتقد أن هذا جعلني أعيد النظر بصفة شخصية فيما يتصل

بمفاهيم متصلة بالصحة نحن كنا نتحدث طوال اليومين السابقين عن كيفية الحد من النفقات والارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة للمجتمع من وجهة نظر اقتصادية. مرة أخرى استمعنا إلى ما نقوم به في هذه الصدد على جانب كبير من الأهمية ونحن نتقل من نوع من الأمراض المعدية إلى ما نطلق عليه الأمراض القاتلة المزمنة وهو الذي أطلق عليه الدكتور صقر العبد المزدوج على الدول النامية حينما نتحدث عن هذا، يبدو اقتصاديا أن هناك دول سلبية حينما ننظر فيما يتصل بالأمراض المعدية، ولكننا ندخل مرحلة الأمراض المزمنة التي قد تمثل عبئا أكبر فيما يتصل بالناحية الاقتصادية، الأمراض المزمنة، نحن نتحدث عن السكر، السمنة، ضغط الدم، وأمراض القلب والشرايين، السرطان وغيرها من الأمراض التي لا تخضع للعلاج، ولكنها ممكن السيطرة عليها وللسيطرة على تلك الأمراض فإن التكلفة ستكون مرتفعة وأكثر من الأمراض المعدية على المدى الطويل، إذا أخذنا في الاعتبار دور التكنولوجيا خلال القرن الماضي، هناك ثلاث تكنولوجيات كانت تسببت في خفض معدلات الوفيات وزيادة متوسط الأعمار وهذه نطلق عليها التحسن في الخدمات الصحية التقنيات الثلاث هي، الأمصال وهي رخيصة، المضادات الحيوية وكذلك الأقراص التي يتم تناولها عن طريق الفم وهي ليست تقنيات معقدة، أدت لهذا الخفض في التكلفة والنفقات وتحسين الخدمة ومن ثم السؤال الذي نجيب عليه ما هي التقنيات التي يجب أن نبحث عنها إذا كنا نعتقد أو نؤمن بفائدة التكنولوجيا وآثارها على الصحة. التكنولوجيا أولاً، التعليم، في المرتبة الثانية ما نوع التقنيات التي نحتاج إليها لنأخذ في الاعتبار عملية التعامل مع الأدوية التي ستؤدي إلى تخفيض معدلات الوفيات داخل المجتمع من خلال أمراضها المزمنة لقد أشير في العرض الأخير إلى أن هذا سيجعلني أتطرق إلى الطب الوقائي سيتمكن من خلال التكنولوجيا أن

نعمل على الوقاية من هذه الأمراض المزمنة إنني أعتقد أن هذا يتم من نظام المراقبة باستخدام التكنولوجيا بنظام رقابي في دولة ما، لتحديد من سيكون أكثر تعرضاً لهذه الأمراض أمراض القلب والشرابين مصاب بضغط الدم بالسرطان ونبدأ بعقلية قائمة على الوقاية مكان عقلية قائمة على العلاج، والتكنولوجيا ستلعب دوراً كبيراً هنا ولدينا كثير من الأمثلة، فيما يتصل بأشعة الصدر بالنسبة لسرطان الصدر وغير ذلك من التقنيات يمكن أن يكون هناك اكتشاف مبكر للمرض المزمن والذي يؤدي إلى تقليل متوسط العمر ويمثل عبئاً اقتصادياً على المجتمع بأسره إذا بدأنا في التذكير في عنصر الوقاية موازياً لما كنا نتحدث عنه، فيما يتصل بالعلاج لقد تحدثنا عن العلاجات المختلفة للأدوية ولكننا لم نتحدث باستفاضة عن الوقاية، إن الصحة العامة في واقع الأمر هي أسلوب حياة تناول الطعام بصورة معقولة اتباع تدريبات وتمارين رياضية وعدم التدخين هو نمط حياة، أعتقد أن منطقة الشرق الأوسط والدول الإسلامية ساء فيهما نمط الحياة بسبب المعتقدات الخاطئة والواردة السائدة في المجتمع وسلوكيات المجتمع، إن هذه المنطقة تتمتع بخلفية عظيمة في هذا المجال إذا ما استطعنا أن نثير أغوار تراثنا وما يتصل بالطب الوقائي، أعتقد ستكون لنا زيادة فيما نطلق عليه الطب الوقائي ووجهة خاصة فيما يتصل بالأمراض المزمنة أود أن يكون هناك مزيد من الأبحاث عن العائد من الوقاية من الناحية الاقتصادية نوعية الأطعمة التي يجب أن نتناولها حتى نبقي على صحة الفرد كي لا نتعرض لأسباب أمراض القلب والشرابين والسرطان وكثير من أمراض السرطان والسكر ترتبط بالنظام الغذائي ويتصل بالمواد الغذائية كذلك في الدين الإسلامي الحنيف فإنه يهتم بالمفاهيم الخاصة بنوعية الغذاء وما الذي يجب أن نتناوله، يجب أن نعظم من هذا قد نحتاج إلى كثير من الأبحاث ولكن إذا ما استطعنا أن نقيم ذلك في العقد القادم فستكون

لنا الريادة في سائر أنحاء البسيطة فيما يتصل بالوقاية من الأمراض المزمنة من خلال أعمال الثقافة الخاصة بها شكرا د. عثمان جلال .

تفضل د. عبد العزيز صالح WHO شكراً سيدي الرئيس لدي تعقيبان وسأبدأ بالمتحدث الأخير د. إدوارد لقد وجه انتباهنا إلى منطقة مهمة وإنني لا أستطيع أن أجزم لماذا لم تحظ بالاهتمام من خلال المناقشات، إنني حتى أتحدث عن منظمة الصحة العالمية على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي كذلك، لقد ناقشنا باستفاضة العقاقير والأدوية ومع الدور الفعال للصيادلة أو قد يكون الأمر بالبلدان النامية فإن النسبة المخصصة للأدوية مرتفعة نسبياً، ولكن عند التعامل مع هذا الموضوع نجد أنها مشكلة معقدة. بالطبع في أحد الاجتماعات التي نظمت مؤخراً في بيروت لمحاولة الجمع بين مجموعة مسؤولة عن المعدات والأجهزة الطبية عملية الصيانة والاختبار والتركيب، وإننا متأخرون فيما يتصل بالخبرات المتاحة لتقويم التكنولوجيا المناسبة التي يمكن أن نقوم باستيعابها في أنظمتنا وبعض البيانات مروعة، عدد الأجهزة المعقدة في مدينة ما كان الاجتماع عقد في بيروت كانوا يتحدثون عن بيروت وعدد الأجهزة بها كان مماثلاً للمملكة المتحدة، إن الأرقام مروعة وخلاصة الأمر فإن هذا من الجوانب المهمة إن د. الخياط سيشير إلى الجهد المبذول من قبل منظمة الصحة العالمية لطرح الأجهزة الحديثة في مجال الأشعة، المشكلة في محاولة تحقيق هذا، أود أن أتوجه بالشكر إلى المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية لإدراج هذه النقاط المهمة في فعاليات المؤتمر، **التعقيب الثاني** فيما يخص جلاسكو وهو بالطبع عرض يهدف إلى ترويج نشاط هذه الشركة فيجب أن نقدر الجهد ليس فقط المجهود من قبل جلاسكو ولكن غيرها من الشركات متعددة الجنسيات لتعاونها مع البلدان النامية والمنظمات المماثلة، منظمة الصحة العالمية عند التعامل مع بعض المشاكل الصحية المعقدة

ونحن في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط نقدر الجهد المبذول من قبل جلاكسو وغيرها من الشركات متعددة الجنسيات وهذا نموذج للتعاون، الحق يجب أن نؤكد أن زملاءنا في الشركات متعددة الجنسيات يحظون بوافر الاحترام من قبلنا ونحن نقدر التعاون معهم ولديهم الحق في التعبير عن مصالحهم وحمايتهم ولكن تولد لدي الشعور سيدي الرئيس قد أكون مخطئا إنما يجب أن يكون لدي أن أطلب من المنظمة حيث إننا ندعو الشركات متعددة الجنسيات أن تكون ممثلة في جمعية حماية المستهلك لنبين تلك الآراء ولدي ورقة هنا خاصة بالسعر خاصة بوجهة النظر أو نستعرض وجهة نظر جمعيات حماية المستهلك وهي تتحدث بوجهة خاصة عن الأسعار المتعادلة فيما يتصل بالخدمات الصحية يعتقدون أن الشركات متعددة الجنسيات تؤدي إلى التمييز السعري وليس سعرا عادلا للأدوية الأساسية إن الأسعار تحدد وفقا لكل سوق وهم يؤكدون الحصص الخاصة بأسعار التذفئة فيتمثل قانون الغاب حيث يكون البقاء للأقوى وهم يقدمون بيانات نستطيع أن نطلع عليها لا أستطيع أن أجزم ما هي الشركة، هم يتحدثون عن دواء زنتاك ولكن سعر الزنتاك يباع للدول النامية وسأستعرض معكم مثلا على ذلك لدولة مثل تنزانيا نجد أن إجمالي الناتج المحلي ١٢٠ دولارا نجد أن سعر الدواء من دولار فقط إذا أخذنا في الاعتبار دولارا أخرى مثل منغوليا نجد إجمالي الناتج ١١٠ نجد أن سعر الدواء ٨٣ دولارا، ما أود أن أستعرضه معكم سيدي الرئيس أننا نؤيد الشراكة والتعاون بين كافة الأطراف المعنية نحاول من خلال ذلك أن نصل إلى استغلالية التسعير العادل يمكن أن نساعد كافة الشعوب وأشرت بالأمس سيدي الرئيس أن سعر (chipp) رقائق الكمبيوتر تمثل ٦٪ لدى وثيقة هنا لاجتماع ما بين منظمة الصحة العالمية للمشاركة مع النرويج نجد أننا في قطاع الأدوية لا يوجد أفضل من هذا إن التكلفة المباشرة أقل من

١٠٪ يجب أن نتناول هذه البيانات بجدية إذا ما أردنا أن نتعاون مستقبلا وصولا إلى سعر متعادل للأدوية الأساسية وشكرا.

الدكتور حسان حتحوت. إنني أتفق مع ما أثير لقد قرأت عن التكلفة فيما يتصل بإنتاج عقار ذاتيا وإنني أعتقد أنه من الممكن أن يكلف مئات الملايين من الدولارات إذا ما أضفنا لهذا العنصر البشري والتكاليف المقررة للدعاية والإعلان فالتكلفة عالية مرتفعة حتى اطلعت على الجانب الآخر ألا وهو الفائدة المحققة من مؤسسي شركات الأدوية وهي أرقام فلكية نعم ينفقون كثيرا هذا صحيح ولكن هم يربحون كثيرا أو يربحون ما يفوق التكلفة وهذا يجعلني أشعر بأنه يجب أن نضيق الفجوة في هذا المجال إذا ما استطاعوا تحقيق التكلفة الخاصة بالإعلان للترويج وإذا أخذوا البعد الإنساني فيما يتصل بأعمالهم، إن هذا سوف يحسن، إن هذا سوف لا يحدث فإن كثيرا من الشركات لا تهتم بالبعد الإنساني بحد ذاته، شركات إنتاج تقوم بالترويج لبناء مستشفى إن لهم مبررات في ذلك على الرغم من أنني أكرر بأن صناعة الأدوية تكلف الكثير إلا أنني أعتقد أن المكاسب سواء أقوم بتقديرها بالدولار أو بسعر متزايد للأسهم فهي مرتفعة للغاية وأنا لا أعتقد أنه يمكننا أن نقوم بشيء ما يخفض التكلفة أو بسعر المنتج شكرا لحسن استماعكم.

الرئيس أعتقد أنه تحت ضغط الوقت سأطلب من المتحدثين التعقيب الكلمة الآن د. كويك. شكرا سيدي الرئيس إنني لم أستطع حينما كان يتحدث الدكتور عثمان فيما يتصل بالتكنولوجيا، الوقاية هي إذا ما أخذنا في الاعتبار فاعلية التدريب البدني لأنه يؤدي إلى الحد من الاكتئاب والعجز الجنسي وطول القامة، السكر، أمراض القلب ونضع ذلك في أيدي مؤسسة صحية مع الحد من الآثار الجانبية فإنه من الممكن أن نبدأ التدريب البدني وهو علاج ميسر وما يتصل بالعرض

الخاص د. فؤاد بن غالم نحن نتعامل كثيرا مع شركات متعددة الجنسيات ودون أي تحفظ خلال الأربع سنوات السابقة إن هذه الشركات استطاعت أن تخلص إلى آليات وسياسات تؤدي إلى تحقيق خدمة ما يتصل بالأدوية الأساسية قبل اجتماع منظمة الصحة العالمية، ونجد أن هذه المؤسسة ناجحة بالفعل في هذا والفرق ما بين السعر مثلا الدواء في الهند والذي يحصل في مقابل منتج آخر في المملكة المتحدة ان مؤسسة GSR جلاسكو كان لها خبرة في مجال الترخيص كانت من أولى الشركات الرائدة التي منحت ترخيصا اختياريا في جنوب أفريقيا إن من يعرفون الأطباء الذين يعملون في منظمة الصحة العالمية حينما تكون هناك مشكلة ما في القطاع الصحي فنحن نعمل على إبراز هذا ولكن حينما يكون هناك تقدم محرز فإننا نعمل على التنبيه إليه، فيما يتصل بدور التكنولوجيا أعتقد أن هناك فرقا ما بين تقويم التكنولوجيا في الدول عالية الدخل مقارنة بالدول محدودة الدخل فهناك البعد الاقتصادي الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار شكرا لحسن استماعكم .

شكرا د. براينت أود أن أطرح سؤالاً وكان أحد النقاط التي أثيرت أثناء هذه الجلسة فيما يتصل بعرض د. فؤاد كان عرضاً قيماً، ما أود أن أشير إليه بإيجاز هو عملية الوصول إلى السعر العادي للأدوية الأساسية إنني أعمل مع المجلس الخاص بالمنظمات الدولية لصناعة الدواء ويوجد بمقر منظمة الصحة العالمية ووضعوا ميثاق الشرف فيما يتصل بهذه المهنة وهو أمر يثير الجدل لقد عقدنا اجتماعنا الشهر الماضي في جنيف وكان لدينا خمسون مؤيداً لميثاق الشرف هم ممثلون لقطاع الصيدلة والحكومة الأمريكية وغيرهم وذلك لمراجعة الإرشادية الأخلاقية لمحاولة حل بعض النقاط التي تثير الجدل وسوف نقوم بعرض ذلك على الإنترنت لمراجعة الأطراف الأخرى للاستماع لآرائهم فيما يتصل بمراجعة الجوانب الأخلاقية وفيما يتصل بالأبحاث المرتبطة

بالموضوعات الإنسانية، لقد قامت منظمة الصحة العالمية بمحاولة بناء القدرات والطاقات داخل الدول النامية. هناك أربعة متديات ومحافل في أربعة أقاليم من العالم يقومون بالعمل على بناء القدرات في البلدان النامية للتعامل مع هذه المناحي وهذه النقطة أردت أن أستعرضها معكم لاستكمال النقاط التي أثيرت شكرا.

د. بلقاسم صبري. أود أن أعقب على محاضرتي الأولى المتعلقة بالعلاقة بين الصحة والتنمية وأعتقد في هذا الميدان أن الدراسات العديدة أثبتت فعلا أن الترابط واضح بين الصحة والتنمية وأكدت على أهمية الاستثمار في التنمية، لكن للأسف ما نلاحظه مع كل هذا التأكيد على العلاقة الإيجابية فلا نلاحظ فعلا اهتماما كبيرا في الاستثمار في الصحة في كثير من البلدان النامية وخاصة في البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط وما نلاحظه على سبيل المثال أنه في كثير من البلدان النامية ومنذ بداية العولمة وفي العقود الأخيرة للقرن المنصرم لاحظنا تراجعاً واضحاً في إنفاق الدولة على الخدمات الصحية وتزايداً مخيفاً في أعباء الأسر بالنسبة للإنفاق، وهذا يطرح قضايا هامة مثل إتاحة الخدمات بالنسبة للفقراء وعدالة الخدمات إلى آخره وأعتقد أن ما لمسناه أن وزارات المالية في البلدان والاقتصاديين الذين هم المحركون لهذه الوزارات في الواقع لا يتحمسون كثيراً لموضوع الاستثمار في الخدمات الاجتماعية عامة الصحة والتنمية، ومن الصعب للعاملين في القطاع الصحي أن يثبتوا معنا بسهولة لأنها لاعتبارات عديدة وبدأوا بالأخلاقية منها أنه ليس من السهل أو ليس من المقبول أن نضع رقماً مالياً على صحة البشر أو على حياة البشر وهذا يضع صعوبة كبيرة في عملية ذات براهين للتأكيد على الصحة والتنمية فما هو المطلوب حالياً؟ هو أن نكثر الاهتمام بالبحوث حتى نوفر المعلومات اللازمة وكذلك أن نتواصل مع الزملاء الاقتصاديين في الميادين المالية وغيرها حتى يكونوا

على بينة من هذه الأمور كي يعاودوا هذا التطور في التمويل أو الاستثمار في الصحة، بالنسبة لموضوع الإنفاق على الصحة هناك في البداية مشكلة فيما يخص الصرف الحقيقي أو ما ينفق في القطاع الصحي، لا زالت الأرقام، كثير منها هي تقديرات أو تقديرات أكثر فيما ينفق في القطاع العمومي، ونحن نعلم كما ذكرت سالفا أن نسبة كبيرة من الإنفاق تقع على القطاع العام وتقع عن طريق الأسر وفي القطاع الخاص ويصعب الحصول على هذه المعلومات إلا بالقيام بمسوحات إنفاق الأسر والاهتمام بوعي الصحة في هذه المسوحات، وهنا أشير إلى أن هذه المسوحات وللأسف لم يشارك فيها العاملون في القطاع الصحي كثيراً، فوجدنا دائماً أن الجزء المتعلق بالإنفاق على الصحة عادة يكون ضعيفا ولا يأتي بنتائج لازمة، لكن لا ينفي هذا أهمية تلك المصادر، ولا ينفي كذلك الحسابات الوطنية للصحة بالنسبة لكيفية الإنفاق أو كيفية تمويل الخدمات الصحية ومسؤولية من يتولى الإنفاق على هذه الصحة، أعتقد أن هناك مسؤوليات لابد أن تحدد، **أولا الدولة:** يجب أن يكون واضحا بالنسبة للدولة أن عليها مسؤولية هامة في الإنفاق على الصحة وفي مشاريع الصحة العمومية وفي الاهتمام بالخدمات التعزيزية إلى آخره ويجب أن يكون ذلك صريحا وواضحا، **ثانياً** يجب أن يستمر كذلك توسيع مظلة التأمين الصحي وتوفير أكبر ما يمكن من وسائل الدفع المباشر للخدمات الصحية حتى تنفادى الفواجع الصحية التي عادة ما تسبب فواجع مالية كذلك بالنسبة للأسر، **المصدر الثالث** هو المعونات الخارجية والدعم الخارجي لقد أشار المتحدثون أن هناك حداً أدنى يجب أن يصرف في القطاع الصحي إذا احتسبنا هذا الحد الأدنى والأرقام التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في حدود ٣٥ دولارا تقريبا للشخص هناك الكثير من البلدان الفقيرة في الجنوب لا يمكن أن توفي بهذه الإمكانيات مهما كان الاهتمام

بالاستثمار في الصحة فهنا يجب أن نحاول وضع هذا السؤال حول عملية الإنفاق على الصحة وهنا توضع مشكلة التعاون أو مشكلة المجتمع الدولي ككل في تمويل الخدمات الصحية، القضية ليست قضية صدقة، أعتقد هي مسؤولية يجب أن تكون واضحة إنه يجب أن تستقر المنظومة العالمية في الاستثمار للتنمية وأن تساعد على التنمية المستدامة وأن يكون هناك أجندة واضحة في هذا الموضوع، كذلك يجب أن نهتم بسبب رئيسي آخر يحول دون التنمية الرئيسية وهو مشكلة أعباء المديونية، إلى الآن لم نلاحظ رغم كل ما وقع الحديث عنه ورغم القمم التي حصلت في كثير من البلدان، أن الدول الغنية لا تزال تصر على أن عملية التقليل من أعباء المديونية هي من الأولويات، صحيح صارت هناك مبادرات لكن في العادة بشروط مجحفة في بعض الأحيان وهناك شروط تؤثر سلبا على القطاعات الاجتماعية بما فيها الصحة وعلى سبيل المثال فإن ما ذكره الأخ عن تراجع التغذية أو سوء التغذية بسبب سياسات رفع الدعم عن بعض السلع وهي ضمن الأشياء أو الشروط التي كانت تقرر بناء على نصيحة الهيئات الدولية مثل البنك الدولي فهنا يجب أن يكون واضحا أن هذا يفرض مسؤولية على المجتمع العالمي وأن لا نكتفي فقط بالصدقة في هذا الميدان، بالنسبة لموضوع التكنولوجيا أنا أشاطر تماما ما أشار إليه الأخ المحاضر أعتقد أن هناك أفكارا قيمة ومقترحات جيدة في هذا الميدان وأعتقد أن هذا يجب أن يكون له أولوية لكن أطرح فعلا سؤالا هل هناك اتجاه حقيقي للتخفيف من عملية؟؟ لقد تحدثت البارحة د. غراب واليوم الدكتور عبد الرحمن العوضي عن الضغوط الكبيرة التي تأتي من الدول الغنية لوضع خطوط حمراء في بعض الأحيان لبعض البلدان ولبعض الأقاليم للحصول على التكنولوجيا أعتقد أن هذا يجب أن يكون واضحا إنه لا يجب أن تكون الخطوط الحمراء ويجب أن تكون المنظورات السياسية

بعيدة عن القطاعات الاجتماعية التي تمس حياة البشر وصحتهم وشكرا.

د. كرانديكر من الهند: فيما يتصل بدواء الزنتاك السعر في الهند وغيرها من الدول أعتقد أن الزنتاك منتج للجلاسكو يمكن أن نرى إن كنت مخطئا أن شركة جلاسكو تسعى أن تجعل السعر مرتفعا ١٢٠ دولارا في بلد ما، ٣٢ دولارا في دولة أخرى لأنها تحتكر السوق أما في الهند فلدينا براءة اختراع خاصة في عملية التحضير فأحدى شركات العقاقير قامت بوضع تركيبة كيميائية خاصة بهذا الدواء ثم قامت بطرح منتج في السوق بسعر ثلاثة دولارات، إنه من خلال التقنية واستخداماتها المتاحة للجميع يمكن أن نكسر الاحتكار ولكن إذا لم تكن لدينا تقنية تمكنا من عملية التحضير فإننا بهذا سندفع الثمن باهظا.

الرئيس: نتيح الفرصة الآن للمتحدثين للإجابة عن التعقيبات والأسئلة المطروحة لقد سعدت كثيرا بالمشاركة حتى الآن. د. صقر تفضل.

الدكتور صقر: شكراً جزيلاً للسادة المعلقين على النقاط التي أشاروا إليها وأود أن أشير إلى ما ذكره الدكتور عثمان جلال بخصوص أهمية الطب الوقائي وأنا أؤكد على ما ذكره وهذه مسألة متعلقة بزيادة الكفاية الاقتصادية للإنفاق الصحي لأن من المسلم أن العائد أكبر إذا ركزنا الإنفاق على الطب الوقائي ويمكن يقلل من الإنفاق على الطب العلاجي أيضا مسألة مرتبطة بالتكلفة، إن كثيرا من الأمراض يمكن تفاديها بمجهود وأموال محدودة يمكن إنفاقها على الطب الوقائي، بالنسبة لما ذكره الأخ بلقاسم صبري بخصوص تأثير أوضاع الدول النامية على زيادة الإنفاق الصحي أشار إلى عامل هام جدا وهو تزايد المديونية، في السبعينات كان هناك تزايد في الإنفاق على التعليم والإنفاق على الصحة في معظم الدول النامية وكان هناك تحسن في

المؤشرات الخاصة بالتنمية البشرية في هذه البلاد لكن حدث مع أزمة البترول والفوائد الكبيرة التي حققتها الدول النفطية أن الدول المتقدمة عرضت أموالا كبيرة على الدول النامية في شكل قروض وشجعت الدول النامية على الدخول في هذه الدوامه، وبالتالي عندما حان موعد السداد في أوائل الثمانينات وصاحبته المشاكل وواجهت هذه الدول صعوبة كبيرة في الدفع وبدأت تقلل من الأشياء التي قد لا تبدو مهمة أو قد لا تكون هناك ضغوط اجتماعية كافية للحد منها، وللأسف الشديد فإن كلاً من الإنفاق الحكومي على الصحة وعلى التعليم انخفض بشكل كبير فكان تأثير ذلك تأثيراً مدمراً وابتدأت المؤسسات الدولية تلفت النظر اعتباراً من أوائل التسعينات لضرورة مساعدة الدول المدينة على تخطي هذه الفجوة وحدث أن صندوق النقد الدولي عمل مبادرة الدول المثقلة بالديون ومحاولة إعفائها من جانب من هذه الديون، لكن بدون شك العالم كله محتاج إلى التحرك سريعاً في هذا الاتجاه لأن زيادة أعباء الديون على الدول الفقيرة ودول الدخل المنخفض بصورة عامة تؤدي إلى سوء الحالة الصحية والتعليم ولكي تتمكن من الرجوع مرة أخرى يجب العودة إلى زيادة الإنفاق على الصحة وعلى التعليم بالوضع الأسلم شكراً جزيلاً.

الرئيس: الكلمة إلى الدكتور إدوار المندروف نعطيه خمس دقائق فقط لكي نعطي الدكتور فؤاد أغلب الوقت لأنه وجهت إليه أغلب الأسئلة.

شكراً سيدي الرئيس إنني سأحتكر أغلب الوقت لدي بعض التعليقات فيما يتصل بالإنفاق الصحي إن هذا أمر أثير في العرض السابق ومن خلال مناقشات اليوم فيما يتصل بالإنفاق العام والإنفاق الخاص أو إجمالي الإنفاق من وجهة نظر السياسة العامة يجب أن يكون الاهتمام بالموازنة العامة للدولة، والقطاع العام لديه بعض الاهتمام

بكيفية إنفاق الأسرة على الخدمات الصحية، أعتقد أن هذا أمر يجب أن يحظى بمزيد من الاهتمام للوصول إلى تحليل أفضل كما أشار الدكتور صبري ما هي معدلات إنفاق الأسر في مجال الخدمات الصحية هناك اتجاه متنامي لإيجاد حسابات وطنية صحية، إن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي سعيا للقيام بهذا، إنني أشجع دول المنطقة على المشاركة في هذه الحركة فيما يتصل بالإنفاق العام، هناك بعض التشكك فيما يتصل بالأعراف والقواعد الدولية هل هي خمس في المائة، وتختلف من عام إلى آخر بدلا من اتباع بعض المعايير الدولية الخاصة؟ أعتقد أن كل دولة على حدة يجب أن تعزز الإنفاق الصحي الخاص بها ثم يحصلون عليه نظير هذا ما أخذ في الاعتبار الإنفاق الفعلي فيما يكون بحول التوالي مع نسبة معدل التضخم وكيف يرتبط الإنفاق الحكومي أو العام مع حد أدنى من التكلفة الخاصة المقدمة في بلدكم هذه النقاط يجب أن تكون معروفة بالنسبة لعملية القطاع الصحي ويمكن أن يحصلوا على ميزة عند التفاوض مع وزارة المالية إذا ما أخذ في الاعتبار المخصصات في الميزانية، إن وزارة المالية ستحدد النسبة المخصصة للقطاع الصحي بالموازنة ولكن أتم تستطيعون تحديد الإنفاق الذي يمكن أن يوجه إلى الخدمة الصحية المقدمة لكل فرد من أفراد المجتمع، أعود فأشير إلى الأسئلة المحددة الأخرى فيما يتصل بأنواع التكنولوجيا المختلفة وأساليب التقييم المختلفة للتكنولوجيا الصحية كما أشار د. كراندر ليس لدي إجابة واضحة وافية هناك أسباب لهذا، أولا أعتقد أن الإجابة ستختلف من سياق لآخر ومن دولة لأخرى ثانيا المنهجيات والتكاليف تختلف بصورة كبيرة ومن ثم ندرس كل حالة على حدة تقويم كل دولة على حدة، أود أن أتفق مع الملاحظات في ما يختص بالصحة العامة الطب الوقائي، وبخاصة تشجيع كافة المشاركين بهذا المنتدى على الانتباه إلى تغيير السلوك والتدخل

والتواصل كما جاء في المداخلات السابقة أما في ما يتعلق بأنشطة الصحة العامة، في كثير من الأحيان يسهل بالنسبة لهذا القطاع أن نحدد احتياجات الآخرين، ولكن لا بد أن نكون على بينة فيما يحرك السلوكيات، وحتى نستطيع التأثير على السلوكيات الجانحة يجب أن نكون على دراية أفضل بهذا كما أنني أشجع أن نأخذ في الاعتبار عملية تغيير السلوك وتغيير سبل الاتصال داخل المجتمع، كما أود أن أؤيد المقترح الخاص بأهمية مشاركة جمعيات حماية المستهلك، فيما يتصل بالجوانب الصحية أعتقد أن عمل القطاع العام يجب أن يشجع على إقامة جمعيات لحماية المستهلك لتيسير عملية النقاش، فيما يتصل بالسياسات واتجاهات الصحة، إن جمعيات حماية المستهلك يمكن أن تقوم بكثير في هذا الصدد ويمكن أن تقوم بكثير لجعل القطاع العام يتسم بالأمانة والمكاشفة والشفافية في التعامل مع هذه الأمور، إن المعلومات من أهم الأدوات القوية المتاحة وبالطبع هناك اختلاف هائل في الأسعار لدى العقاقير المقدمة في سائر أنحاء العالم، إنما نحصل على مزيد من المعلومات عن هذا لأنه يساعدنا في واقع الأمر على الحد أو تخفيض تكلفة الأدوية وإيجاد نوع من توحيد السعر ما بين الأدوية المختلفة. د. كويك تحدث عن تقويم التكنولوجيا الصحية واتصال هذا بالاقتصاد وليس لدي إجابة وافية لم تكن هناك دراسات اقتصادية أجريت بهذا الصدد وبخاصة في الدول النامية وقد بدأ هذا في العالم الصناعي تحت الضغط المتصل بزيادة في الإنفاق وكان يتعين على تلك الدول أن تخفض من الإنفاق أعتقد أنه فيما يتصل بالسلع العامة العالمية في مجال الأدوية يجب أن نضع هذا على الأجندة الخاصة بما يتصل بالجوانب الاقتصادية للتكنولوجيا الصحية.

الرئيس: شكرا الآن الكلمة إلى د. فؤاد بن غالم ولديكم عشر دقائق للتعقيب شكرا. أود أن أتقدم بالشكر للصرافة التي اتسمت بها

الأسئلة وأحاول أن أجيب بالأمانة المطلوبة أود أن أبدأ بما يتصل بالطرح الخاص بالترويج المتعلق بالشركات مع احترامي الموجه إلى المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وأعتقد لم أهداف من عرضي إلى ترويج نشاط شركة ولدينا مصالحنا ولديكم مصالحكم وأعتقد أننا يجب أن نغير من أسلوب التذكير هذا إننا نعمل بعضنا لبعض ويجب أن نكون على بينة بهذا فيما يتصل بجماعة حماية المستهلك لا نحتاج إلى رجل شرطة ليملي علينا ما يجب أن نقوم به وما لا يجب أن نقوم به فنحن نتحمل المسؤولية كاملة ونعرف ما نقوم به ونقوم به على أكمل وجه، ولذلك نحن نعتز بما نقوم به، فيما يتصل بالدكتور حتوت كان مصيبا وهذه نقطة على جانب كبير من الأهمية لا يجب أن نعمل مع شركات متعددة الجنسيات لأنها شركات تتسم بالتعجرف يجب أن تتسم بالمرونة فيما يتصل بالتسعير وكذلك لا نستطيع أن نقبل من خلال العولمة أن نقوم بتوفير العقاقير للأغنياء على حساب الفقراء لا نستطيع أن نقبل بعد الآن أن نتعامل مع الأمراض الحادة ونتغاضى عن الأمراض المزمنة التي تدق قاعدة المجتمع الخاص بنا ونقول ماذا يحدث داخل جلاسكو حينما نأخذ الآثار التي يتحملها المرضى ولدينا مكونان رئيسيان السعر الذي تحصل عليه شركة ما لمنتج ما، والهيكل المحلي الخاص بالأسعار، وفي جولة قمنا باختيار خمسة منتجات رئيسية وحاولنا أن نضع أيدينا على المشكلة أولا فيما يتصل بالنقل، الأسعار بالطبع لا نستطيع أن نتحمل الأسعار في بلادنا، لقد أخذنا في الاعتبار وتناولنا باستفاضة أن النظام السياسي في بعض الدول يعرض تعريفه جمركية على هذه المنتجات إننا لا نقبل مثلا أن الصيدالة يجب أن يقدموا الخدمة لكافة المواطنين ونحتفظ بـ ٢٠٪ من منتجات تخدم المستشفيات ما قمنا به أن نبدأ من جانب التصنيع بجانب المستهلك إلى مستشفيات قمنا بتخفيض الهيكل المحلي للأسعار ٤٠٪ واليوم أعتز أن

أقول لكم إنه في دولة مثل المغرب يحق للمريض الحصول على الأدوية الجديدة بسعر ٧٠٪ من السعر هذا هو، ما نحصل على عائد من وراء البحث يمكن أن الشركات تسميه أو شركات الأبحاث لا يجب أن تحصل على أي ربح هل هذا مقبول إنني أعتقد أن الدكتور كويك كان منصفاً وأود أن أتوجه بالشكر نيابة عن الجمهور ونحن في بداية عصر جديد ما نقوم به محدود للغاية مقارنة بما ستقوم به مستقبلاً ولكن نعمل في شركات متعددة الجنسيات فنحن نشعر بمشاكلنا نحن نعرف طبيعة هذه المشاكل لا يجب أن يأتي إلينا أحد في المكتب الرئيسي ويقول لنا ما هي طبيعة المشكلات إنني أنتمي إلى دولة نامية وعلى دراية بهذه المشاكل حينما رجعت إلى المغرب قررت أن أقوم بزيارة بعض الشركات الخاصة العاملة في مجال تصنيع الأدوية وإنتاجها في المناطق الشعبية نجد أن كثيرين لم يكن لديهم القدرة المالية لتحمل سعر الأدوية ومن ثم كانوا يبيعون الخواتم الخاصة بهم أو ما يمتلكون من حلي في الأدرج مقابل السعر النقدي الذي يمكن أن يدفعه لعقار ما ونحن نعتقد أننا داخل الشركات متعددة الجنسيات نعمل على خلق الإيرادات، الثروات داخل البلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وتركيا، قمنا بخلق فرص عمل لا تقل عن عشرة آلاف فرصة عمل إن المركز الخاص بصنع القرارات قد انتقل من المملكة المتحدة إلى هذه الدول لأننا نستطيع أن نتعامل مع البيئات التي نتعامل معها ومن ثم فالعرض لم يكن خاصاً في عملية ترويج نشاط الشركة التي أنتمي إليها، نحن نعز لأننا ننتمي إلى أفريقيا قبل أن نبدأ في العمل لشركة متعددة الجنسيات، أخيراً فيما يتصل بسعر دواء الزنتاك فإن هذا الدواء محمي ويمكن أن نتفاوض بما يرتبط بهذا وأي منتج آخر خاص بشركة جلاسكو، لقد أتاحت لي الفرصة بعد ثلاثين عاماً من العمل في شركات متعددة الجنسيات لأستعرض معكم ما يسبب آلاماً بالنسبة إلينا

وأود أن أنتهز هذه الفرصة لأعبر عن تقديري للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، أعتقد أن هذا النوع من المنتدى فرصة هائلة بالنسبة لشخص مثلي وإنه من الأهمية أن نؤكد على التزامنا حينما نذهب إلى المجموعة الدولية فإننا سنحاول أن نطرح عليهم ما يحدث في الجانب الآخر أو من المعمورة، وشكرا على حسن استماعكم.

الرئيس: شكرا لهذا الدفاع المستميت عن العرض الخاص بكم.
ترفع الجلسة.

تابع اليوم الرابع
الثلاثاء ٢٦/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية الحادية عشرة
"الجوانب الأخلاقية للعوامة من
منظور عالي ومنظور إسلامي"
(الجزء الأول)

الرئيس: الدكتور عجيل النشمي

نائب الرئيس: الدكتور جعفر عبد السلام

مقرر الجلسة: الدكتور سعدالدين هلال

المتحدثون:

١ - الشيخ محمد المختار السلامي

٢ - الدكتور محمد هيثم الخياط

٣ - الدكتور جون براينت

٤ - الدكتور محمد أخت

الجوانب الخلقية
للعولمة من منظور إسلامي

كتبه محمد المختار السلامي

الجوانب الخلقية للعولمة من منظور إسلامي

كتبه محمد المختار السلامي

نشأة فكرة العولمة وتطورها

سادت أوروبا العالم بعد نهضتها الكبرى في الميادين الأدبية والفنية والعلمية، وفي الميادين الاقتصادية والاجتماعية، وقران تلك النهضة وتبعها الاكتشافات المهمة التي أعدت لظهور النظام الرأسمالي.

والنظام الرأسمالي هو في حقيقته منهج حياة يشمل جميع مقوماتها، وليس كما يدل عليه اشتقاقه منهج إيجاد الثروة، وتحديد رواجها وطرق تملكها.

ولكنه نظام نشأ من الثورة على سلطان الكنيسة حتى تم التحرر من سلطانها ومما كانت تدعيه من امتلاكها للمعرفة والحقيقة. فتولد عن هذا الانعتاق وقام على ركائز أهمها:

أولاً: أنه لا حق إلا ما يولده العقل، وتصدقه التجربة. وأن الإنسان هو الذي يمتلك وحده القدرة على ضبط معايير الخير والشر ومنابعهما، وعلى تحديد توجهاته من خلال ما ينتجه البحث والتعمق العقلاني ليضفي على العالم المعنى الذي ينبغي أن يضفيه عليه. وهذا مركب ثلاثي من:

- (١) الحرية في تناول كل ما هو مسلّم به وغير مسلّم على حد سواء وإن شئت هو رفع القداسة عن كل المسلمات السابقة .
- (٢) وأنه لا يعتمد إلا ما يقره العقل فلا غيب ولا سلطان إلا للعقل وحده فهو الذي يثبت أو ينفي .
- (٣) وأن الحق هو ما يثبت العلم وأن الثقة منحصرة في مناهجه وما يكشف عنه وأنه يجب رفض كل ما لم يعتمد الطريقة العلمية .
- ثانياً: أن العالم يسير في تطور متلاحق نحو الكمال . فالتغير هو قاعدة الحياة والكون . وأن العالم يسير في ثبات من وضع أدنى إلى وضع أكمل وأفضل . فاستقر الإيمان بالتقدم المتواصل في هيكلية التفكير والمشاعر، ويبرز إلى الخارج في التحدي الفعلي المتواصل وفي التخطيط للمستقبل .

ثالثاً: قدس النظام الرأسمالي الفردية تقديساً كان رد فعل قوي لنظام الطبقات الذي تعاونت معه الكنيسة وباركته . وبعد أن كان الفرد مسحوقاً تحت سلطان الإقطاع والكنيسة، انطلق يبني مستقبله بنفسه غير محجور عليه . بل إن النظام الرأسمالي يوفر للفرد كل الضمانات للسعي نحو تحقيق ما هو أصلح له . ومصالحه تبرر الوسائل التي تبلغه غاياته . وعلى المجتمع أن يساعد الفرد ويزيح كل المعوقات التي توقف انطلاقته . ومصالحة الفرد دائماً مقدمة .

طبع هذا التمجيد والتقديس للفرد الحضارة الغربية الرأسمالية، وتبع ذلك كل القيم المتعلقة بالحرية الفردية، وحقوق المرأة، وحقوق الإنسان بصفة عامة، وحقوق الملكية الأدبية، وبراءة الاختراع، وفتح الأبواب مشرعة أمام المبادرة الفردية . كما تفرغ عنها كل مقومات الدولة المدنية والمجتمعات الحديثة، وذلك بالرجوع إلى الفرد بواسطة صندوق الاقتراع، وتغلغل الديمقراطية في المؤسسات جميعها السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية .

عمت هذه القيم الرأسمالية دول القارة الأوروبية وتأثر بعضها ببعض. ولما اكتملت قوتها واستقرت أنظمتها السياسية، وأحست بتفوقها العلمي والتقني والحربي، نظرت إلى البلدان الإفريقية والآسيوية وحتى الأمريكية نظرة التعالي، وبررت لنفسها التحكم فيها وتأييدت بطروحات "أن البقاء للأصلح" داروين، وأن "الحق للقوة" نيتشه، فبعثت بجيوشها غازية للقارات الثلاث، واقتسمت تلكم الأوطان بينها، كأسواق لمنتجاتها، وكمصادر للمواد الأولية التي تفتقدها في أرضها، وكقوة بشرية تجند شبابها في حروبها المتلاحقة، وتستعين بهم في بناء صناعتها وتجهيزاتها، وخاصة الأعمال الشاقة أو الخطرة. وإمعانا في هذه السبيل الظالمة المتسلطة مع الخداع، زعموا أنهم يتحملون مسؤولية نهضة هذه الشعوب والوصول بها إلى المستوى الذي ينبغي للإنسان. واقرن النظام الرأسمالي منذ نشأته بالحقيقة التالية: (أن كل ما يساعد على تنمية الثروة وحق الفرد الأوروبي في الرفاه أمر مشروع).

استمر الأمر على هذه الحال إلى أن اندلعت الحرب العالمية الثانية. فاستعرت نارها في أوروبا وفي كثير من مستعمراتها الإفريقية والآسيوية، وتسارعت الدول الغربية المغزوة من المحور إلى السقوط، كما تمكنت القوات اليابانية من التهام مساحات شاسعة، وفزع العالم الرأسمالي والشيوعي معا وبدا لهما المصير المرعب المنتظر لو بلغت الانتصارات الأولى للمحور غايتها.

عندها قررت الولايات المتحدة الدخول في الحرب إلى جانب الحلفاء بقوتها الحربية الضخمة في الجو والبحر والأرض. فانقلبت موازين القوى وانتصر الحلفاء وانهزم المحور هزيمة نكراء واستسلم للغازي المنتصر استسلاما بدون قيد ولا شرط.

لم تكن هذه أول مرة تنضم فيها الولايات المتحدة الأمريكية إلى الحلفاء، بل كان لها نفس الدور في الحرب العالمية الأولى، إذ كان

دخولها المنقذ للحلفاء من الجيش الألماني. لكنها في تلكم الحرب رجعت بعد النصر بجيوشها وعتادها إلى بلدها، وتركت غنيمة الحرب نهبا للدول الأوروبية الجشعة. فزاد الاستعمار انتشارا بمعاودة سايكس بيكو. وتواصل القمع للحركات التحريرية، وتوالى امتصاص خيرات العالم من أوروبا، سالبة الشعوب مذلة لها، تحول بينها وبين امتلاك التكنولوجيا الحديثة أو إنشاء المصانع التي تعتبرها منافسة لها تعجل بانفصالها عن سلطانها.

أما في الحرب العالمية الثانية فقد استفادت الولايات المتحدة من تجربتها السابقة ولم يتكرر الخطأ الأول. بنت استراتيجيتها على أنه لما كان لها النصيب الأوفر في الانتصار الذي سحق المحور؛ فإنه من المنطق أن يكون لها الحق في أن تجني ثمرات النصر، وأن تفوز بغنائمه على نسبة ما قدمت في سبيل ذلك من رجال وعتاد. وأن مركزها الذي تستحقه عن جدارة بعد تدخلها في الحرب وتحقق الفوز، هو قيادة هذا العالم المهشم بالحرب.

أحدثت لقيادة العالم ثلاث مؤسسات كبرى يتم لها بواسطتها تبوؤ هذا المركز القيادي، والتحكم في مصير العالم. وهي:

(١) منظمة الأمم المتحدة

(٢) صندوق النقد العالمي

(٣) البنك العالمي

يقول جاري بيرتلس وأصحابه ناقلين موقف الكونجرس الأمريكي لامتناعه عن دعم البنك الدولي وصندوق النقد: ويرفض الكونجرس حاليا سنة ١٩٩٧ بصورة روتينية الطلبات المقدمة بتقديم مساعدات أميركية إضافية في رأس مال البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، حتى على الرغم من أن هاتين المؤسستين تلعبان دورا حاسما في الحفاظ

على استقرار النظام العالمي، الذي تعد الولايات المتحدة مشاركا ومستفيدا رئيسيا منه. «جنون العولمة ص ١٦٥» تعريب كمال السيد.

والمنظمات الثلاث اتخذت مراكزها التي تعمل فيها على أرض الولايات المتحدة رغم المسافة الشاسعة التي تفصلها عن التجمعات السكنية الكبرى للعالم. وفي ذلك دلالة واضحة على أن دور أوروبا أصبح دورا ثانويا، وأن سياسة العالم قد انتزعتها الولايات المتحدة لأنها المنتصرة، ولأنها القوة المالية الأعظم في العالم. ولأن بنيتها الاقتصادية والتحتية لم تمس بأذى من الحرب عكس البلدان الأوروبية. ولامتلاكها للسلاح الذري، وللتكنولوجية المتطورة في قدراتها العسكرية المتنوعة. ولأن مراكز البحث فيها والمستوى العلمي لجامعاتها يكاد ينفرد بالطليلة.

وبتجمع ذلك بين أيديها تمكنت بذكاء ودراسة عميقة وتحليل للمجتمعات والأحداث من إحكام قبضتها على المسيرة العالمية، وانصاعت معظم الدول للسيطرة الأميركية.

ولإنقاذ النظام الرأسمالي باعتبارها المتزعمة له من ناحية، ولفتح الأسواق أمامها من ناحية أخرى قامت:

(١) بمساعدة أوروبا على النهوض بواسطة مشروع مرشال حتى تنتشلها من مخالب التعاسة التي هي عليها بعد الحرب، ولتنتقد أنظمتها من ذلكم الواقع الذي يعتبر مناخا تخبب فيه الأفكار الشيوعية. فجرى دم الحياة متدفقا في عروق الاقتصاد الغربي. وانتشله مشروع مرشال من الانهيار الذي خلفته الحرب وأنقذه من العسر والجمود الذي كان يخنق أنفاسه.

إن تزعمها للنظام الرأسمالي الحر فرض عليها أن توسع دائرة هذا النظام وتحميه في معاقله الأولى، وأن تقطع على المد الشيوعي ما كان

يحلم به من اكتساح العالم لما تصور أنه هو المستقر النافي للتناقضات الإيديولوجية الأخرى.

(٢) من ناحية أخرى ساعدت الشعوب على التحرر من إفسار الاستعمار، دون أن تواجه الدول المستعمرة مواجهة صريحة وعنيفة. وبحركة التحرر هذه انفتحت القناة الأولى أمام المبادلات الاقتصادية، وهوت الأسوار العازلة التي كانت تحمي بها الدول الاستعمارية مناطق نفوذها من التبادل الاقتصادي مع غير البلد المستعمر. وانكشمت الدول التي مدت حدودها إلى ما وراء البحار، فرجعت إلى حدودها الأصلية، وفقدت سيطرتها الغاشمة.

وقد صاحب هذا الوضع الذي كان إرهابا للعولمة أمران أثرا في تواصل المد العولمي.

(أ) الأمر الأول هو تسارع الاكتشافات العلمية في ميدان المواصلات. هذه الاكتشافات التي اختصرت الأبعاد اختصاراً ما كان متخيلاً في النصف الأول من القرن العشرين. فالبث التلفزيوني الذي خرج من قمم الأرض إلى الأقمار الصناعية في الفضاء الرحب اخترق الجدران والأبواب والحدود الوطنية وحمل معه الخير والشر وعرف بالصورة والكلمة ما يحدث في أقصى نقطة من الأرض من مخترعات ومواد استهلاك ومفاهيم وقيم، وعادات وتقاليد، وفنون وعلوم... ثم الإنترنت والفاكس والبريد الإلكتروني. والتواصل يقترن به حتماً يسر التبادل الاقتصادي والتبادل أو التأثير الثقافي. فكانت هذه الاكتشافات دوافع لسير العولمة في طريقها متسارعة إلى تحقيقها الفعلي الواقعي.

(ب) أما الأمر الثاني فقد كان له أثر عكسي، لأنه عطل العولمة عن بلوغ ما تهيأت لبلوغه، أعني بذلك الحرب الباردة التي كانت قائمة بين النظام الرأسمالي الذي تتزعمه الولايات المتحدة، والنظام الشيوعي الذي

تترجمه روسيا. والتقابل بينهما كبير سواء في الإيديولوجيات أو في التزعم والسيطرة على مناطق النفوذ لكل منهما. ويستند كل منهما إلى قوة عسكرية وسلاح مدمر للكون، يحمي به كل واحد من العملاقين مناعة مناطق نفوذه، ويحد من تطلعات الآخر إلى الهيمنة المطلقة على العالم. ويفرض على كل منهما أن يحترم الخطوط الحمراء ولا يتجاوزها. وتهديد الولايات المتحدة في عهد كيندي لروسيا بقيادة كروت شاف عندما أراد نشر الصواريخ في القارة الأميركية، صورة من تلك الحساسية البالغة لحدود كل طرف.

وتراكت أخطاء النظام الشيوعي بغلظ تعامله، وقيام أجهزته على بيروقراطية معطلة، وتدخله في حرب أفغانستان التي أنهكت قواه وخربت اقتصاده، فأعلن من جانب واحد انتهاء الحرب الباردة وكان مظهر ذلك في سقوط حائط برلين.

وبانهيار الاقتصاد الروسي وانحلال الاتحاد السوفياتي زال المعوق الذي كان يوقف تدفق المد العولمي الذي مهدت له الولايات المتحدة بالمنظمات الثلاث التي أشرنا إليها آنفا، وبقوتها التكنولوجية ثم الاقتصادية؛ فتجمعت للعولمة كل المقومات التي تدفع لإعلانها كهدف وحيد على العالم كله أن يسير فيه، ومن يأبى تسحقه المسيرة الشاملة. إنه بما تجمع من مرتكزات سياسية وتكنولوجية وثقافية أصبحت العولمة حقيقة دخلت في حياة الشعوب أفرادا ومجتمعات ودولا وحكومات، يتفاعل الجميع معها، إما تفاعل التأثير والتطوير للتمكن من التحكم في توجهاتها، ثم قيادتها إلى المسار الذي يمكن من اغتنام أكبر حظ من ثمراتها وأعظم نصيب مما تولده من خيرات، وإما تفاعل التقبل الغبي الذي تمر أمامه المشاهد تلهيه دون أن يدرك لها سرا أو أن تصل بصيرته إلى ما وراء الظواهر، أو التقبل المدرك العاجز كالذي جرفه السيل العاتي لا يدري إلى أين يصير ولا سبيل له في الخلاص.

ومما زاد في قوة اندفاع العولمة وتأكيد مسك الولايات المتحدة بأزرار التحكم فيها حادثان:

الحادثة الأولى: هي حرب الخليج؛ فقد تجمعت فيها من الظروف ما جعل العالم يسير في ركب الولايات المتحدة. فهي التي خططت للحرب، وهي التي نفذت ما خططت، وكست مخطتها براءة العولمة. فباسم العالم كله، وبمشاركة دول عديدة من الشرق والغرب ومن الشمال ومن الجنوب، جمعت تلكم الحشود الهائلة تحت قيادتها، فبرزت العولمة في أول تجربة معلنة لها في الواقع الحي. وتعزز بذلك مركزها، وخضع العالم في حقيقة الأمر خضوعاً مستساغاً تحت غطاء خادع من المشاركة والتشاور كما هو الأمر في صلتها ببريطانيا، أو ملزماً به مقبولاً قبول المغلوب على أمره كما هو الحال في كثير من الدول التي شاركت في الحرب. ونجحت الولايات المتحدة في زعامتها، ودعت بإثر انتصارها أمم العالم إلى النظام الجديد العالمي، وهو النظام الذي يرعى أولاً وبالذات مصالحها، ويوجه العالم إلى الاستلهام من نمط الحضارة الأميركية، لتنسج على منوالها في جميع ميادين الحياة السياسية والفكرية والثقافية والاجتماعية، وليعدل العالم مواقفها من الخير والشر والعدل والظلم بمعيار القيم السائدة فيها.

الحادثة الثانية: حرب أفغانستان، أو ما يسمى بالحرب على الإرهاب؛ هذه الحرب التي عرفنا بدايتها ولا نعرف الأطوار التي ستدخل عبها، كما نجهل نهايتها.

إن كل الشعوب والدول وقد انسقت في ركب الولايات المتحدة تجهل إلى أين ستقاد في هذه الحرب. ولكن الظاهرة المعلنة والمجمع عليها والتي تردد في وسائل الإعلام المختلفة وعلى ألسنة الناطقين باسم الحكومات، ومن بلاغات المنظمات المدنية في مختلف بقاع العالم هي «تأييد الحرب على الإرهاب» كأن الإرهاب كان شيئاً مضمراً لم يظهر

إلى الوجود إلا يوم (١١ سبتمبر ٢٠٠١) ثم إن الولايات المتحدة هي التي تحدد مفهوم الإرهاب، كما تحدد المجموعات الإرهابية وأماكنها.

إنه في الحربين حرب الخليج، وحرب أفغانستان، تحقق التضامن العالمي كما تحدد مواصفاته الدولة المنفردة بقيادة العالم.

وبما أن هاتين الحربين قد تجلت فيهما مفاهيم العولمة وصورة من تطبيقاتها، وانكشفت فيهما جوانب أخلاقية، فقد اخترت أن أنطلق منهما لتفصيل ما كنت أشرت إليه إجمالاً فيما سبق وأعرض بعض التفصيل للموضوع (الجوانب الأخلاقية للعولمة من منظور إسلامي):

العولمة والإعلام:

كما أشرنا إليه في المقدمة من أن العولمة ليست إسقاطاً منعزلاً، ولكنها تطور للحدثة جرى على السنن التي تنمو بها الظواهر جميعها. وجوهر ذلك هو التفاعل بين مجموعة من الظواهر الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والإعلامية والعلمية والتكنولوجية في كوكبة مترابطة يتأثر كل واحد منها بالآخر ويؤثر فيه، رابطة بين مناطق العالم وبين الأفراد والشعوب والحكومات، موهنة صفاقة الحدود العازلة بينها.

وبما أن الإعلام من أشد تلك الظواهر تأثيراً واندماجاً وتغلغلاً فيها، وبما له من التأثير على حياة الأفراد والمجتمعات في الفكر والمشاعر والмиول والرغبات والعواطف، فإنه يتحتم أن يخضع لمعايير الأخلاق.

لقد تطور الإعلام تبعاً لتطور التكنولوجيا التي كانت لها مكاسب فسيحة وعميقة في التغلب على حدود المكان وعوازله الحقيقية والمصطنعة، كما اختصرت الزمان اختصاراً كبيراً؛ فتنوعت طرق

الاتصال وبالتالي تضاعفت القدرة على صياغة الفكر والمشاعر الإنسانية والرغبات والمثل.

ففي المجال السياسي عمل الإعلام على تطويع الرأي العام العالمي لقبول سياسات معينة. تم هذا التحكم أولاً بالاعتماد على دراسات نفسية واجتماعية، وعلى أن النجاح في تثبيت ما يراد تثبيته أو نفي ما يراد نفيه هو معيار القبول، وأن الحقيقة لا تهتم القائمين عليه، وثانياً بالتطور التكنولوجي الذي تجاوز الحواجز الحقيقية والمصطنعة، واخترق جدران البيوت كما اخترق الحدود الدولية.

واستبدت شركات عملاقة بالمعلومة تكيفها باللفظ والصورة تكييفاً تؤثر به على المشاهد بالرضا أو السخط والحماس أو اللامبالاة، وبالتالي تكتيل العالم لقبول الخطة التي تقررها القوة المترعمة للعالم.

إنه إذا ما قومنا هذا بميزان الأخلاق فإننا نجد فيه أشع أنواع التعدي على الفكر البشري؛ إذ يحقنه بمواد مغشوشة تفسد الميزان، وتضلّل الإنسان.

لقد تحدث الإعلام قبل بداية حرب الخليج وكرر أن الجيش مجهز بقنابل ذكية لا تدمر إلا تحصينات العدو. وانطلى ذلك على عدد غير قليل من الناس فرددوا في مجالسهم عبارات الإعجاب بما وصلت إليه صناعة الأسلحة من تقدم.

وفي هذه الحرب التي نعيش أيامها ضد الإرهاب يصنف حزب الله كحزب إرهابي. وما صنع هذا التنظيم إلا أنه استطاع أن يساعد الأمم المتحدة على تطبيق قرارها ويرغم المحتل الغاصب على الرحيل عن أرض لبنان.

وكذلك حركة المقاومة الكشميرية التي تكافح من أجل تطبيق

قرارات الأمم المتحدة في حق هذا الشعب في تقرير المصير، نظمها الإعلام في قائمة الإرهابيين.

والشعب الفلسطيني الذي أخرج من دياره وأمواله، وتهدم جرافات الاحتلال بيوته التي يأوي إليها وتترك الأطفال الأبرياء والنساء والشيوخ نهبا للعواصف والثلوج والبرد القارس، أو الحر الخانق تحت أشعة الشمس اللاهبة، والمخططات الدقيقة بالتكنولوجية المتطورة لاغتيال رجاله الأحرار؛ الشعب الفلسطيني يصوره الإعلام: جماعة من الإرهابيين. والغاصب المحتل المستهتر بجميع قرارات الأمم المتحدة المدجج بالسلاح تصوره أجهزة الإعلام على أنه هو المستهدف الضعيف.

ووجه آخر للعولمة الإعلامية يتمثل في تهوية قوة الحكومات على تحديد نمط التوجيه السياسي داخل حدودها الوطنية. إن الاختراق الكاسح لتلك الحدود بواسطة البث التلفزيوني أو بواسطة الإنترنت قد سلب من الدول كثيرا من الخصائص التي كانت تنفرد بها. ولا شك أن هذا الاختراق يعمل على توحيد نمط المفاهيم السياسية وإدماجها في سير الخط التي تكون فيها أجهزة الإعلام للقوى العظمى معتمدة على الدراسات النفسية والاجتماعية كاعتمادها على التكنولوجيا المتطورة، فتسرق من الحكومات شعوبها لتجعلهم تابعين في تحليلهم السياسي وتصوراتهم مندمجين في النسق المتحكم في العالم سياسيا، ويكون كل نمط خارج عن ذلك النسق نشازا مهما، وإن كان على حق ملتزما بالصواب.

إن العولمة تتحدى العالم النامي الذي تحشر الدول الإسلامية والعربية في بوتقته، الأمر الذي يحتم عليه للتحرر من ذلك، أن يعيد النظر في طرقه الإعلامية. إنه وإن كان يمكنه أن يستفيد من التكنولوجيا

المتطورة إلا أن التكنولوجيا لا تضمن له المناعة من الاختراق الذي يهري سلطة الدولة ويضعف قدراتها على المسك بزمام الأمور.

إنه يتحتم أن يحور الإعلام تحويرا جذريا، يصل إلى المعلومة ويقدر على تكييفها تكييفا مؤثرا في المتابع، الأمر الذي يفرض عليه أن يقلع عن التمجيد والنرجسية، وأن يكون الصدق مع الشجاعة والإيحاء المتخفي هو المنهج السالك إلى النفاذ إلى القلوب والعقول والمشاعر.

فهل تستطيع الحكومات العربية والإسلامية أن تجتهد بما يتطلبه الاجتهاد من ذكاء وخبرات لبناء استراتيجيات تنظر إلى المآل البعيد لا إلى تعمير ساعات البث مع النظر القصير الذي لا يتجاوز القريب المفصول عن التغيير الذي هو سنة الكون الثابتة؟

هذا وإنني أعتقد أن الإعلام المعولم ليس شرا كله، بل إن العولمة قد استطاعت أن تكشف فظائع الأنظمة المستبدة، وفضحت المظالم التي كانت تسلطها على شعوبها؛ وأجبرتها تبعا لذلك على التقصير في التعسف وعلى عدم الإمعان في الظلم وانتهاك كرامة الإنسان.

وفي المجال الاقتصادي الملاحظ أن الإعلام يمثل ركيزة من عولمة الاقتصاد، عظمت آثاره في الترويج، فقد أخذت الإعلانات عن المستجندات الصناعية وعن الخدمات، حيزا كبيرا في الساحة الإعلامية، وخذعت النظارة من جوانب عديدة. يقطع تواصل عرض مناقشة علمية أو سياسية، أو عرض تاريخي، أو مشاهد طبيعية، أو مباراة رياضية، لتقدم صورة وقحة للكوكاكولا أو للمجة هام برق، أو لمعجون أسنان أو سيارة أو جهاز تبريد أو ثلاجة . . .

وتخدع المتابع خداعا مرا، إذ تجعله يحس بالحاجة إلى تملك ما هو غير محتاج إليه في حقيقة الأمر. تغزوه غزوا عنيفا لتقتلع منه قرار

الإقبال على الشراء بناء على وهم، بتخييل أن سعادته منقوصة بدونها. وتلهيه عما يتبع ذلك من اختلال قدرته المالية بتراكم الديون.

وتخدع المتابع فتجعله يعتقد أن ما يعرض قد جمع الجودة والقوة والكفاءة، وأنه يلبي جميع رغباته ورغبات أسرته، والحقيقة غير ذلك.

هل إن الإعلام إذا دخل ميدان الإعلان يتحرر من الصدق، والأمانة، ورعاية مصالح الأسر؟ وهل يمكن للعولمة الإعلامية الاقتصادية أن تسمو إلى مستوى خلقي يرفع الحقيقة، ويمنع الخداع فلا يفرق بينه وبين الإرهاب باعتبار أن كل واحد منهما يستهدف حرية الإنسان في أخذ القرار الذي يناسبه: الإرهاب ضغط عنيف، والإعلام المزيف ضغط غير منظور.

وفي المجال الثقافي يعمل الإعلام المعولم على سلخ الهوية، وسيطرة نمط معين من الثقافة. إن شركات هوليوود مثلا بسلطانها المالي والتكنولوجي، وبرفع الحواجز التي كانت تحصن الشعوب من ترويج ما يعاكس ذاتيتها، ويوهن ترابط أعضائها، إن هذه الشركات قد تمرت غازية أسواق الإعلام، تغير أنماط الحياة كلها في اللباس والمأكل والسكن والحديث وطريقة التعامل الاجتماعي والعلاقات الأسرية وعلاقة الفرد بالمجموعة التي ينتسب إليها ويشارك معها في الميراث الثقافي.

إنها تفرض واقعا جديدا، وتخلق صورا وهمية تكسوها بواسطة الإحكام الفني ثوب الحقيقة، فتحول المتابعين من العالم الحقيقي إلى عالم آخر مصنوع غير واقعي فينتهي المتلقي بالخروج من الحقيقة إلى المتوهم، فهي بذلك مرتبة من مراتب الاختلال العقلي.

إن هذا التأثير لا يكاد يسلم منه أحد، فكل البشر على درجات متفاوتة عمر عقولها وثبت في تصوراتها، عالم التلفزيون أو السينما،

البعيد عن الإدراك الحقيقي والسليم للواقع. ولما كانت الشركات الثقافية الكبرى داخلة في النسق العام للدولة الأعظم، فإنها بذلك تنسخ المشاهد من جلده وتزيده إحساسا بتفاهة مميزاته القومية بجانب الثقافة المهمة. وتؤول العولمة الثقافية الإعلامية إلى تسلط نمط واحد وذوبان الأنماط الأخرى شيئا فشيئا.

إنه لما كانت الثقافة نتاج تاريخ صنعته الأجيال عبر العصور، وأثر بيئة حاضرة مادية وفكرية واجتماعية، وتعامل مع كل ذلك بطريقة فيها إبداع وكيفها ويؤثر فيها، فيتشربها ليتألف منها نسق متميز عن غيره من الأنساق، فإن الثقافة حسب طبيعتها تلك لا تكون إلا متعددة ومتنوعة. العمل على صب الثقافة الإنسانية في قالب واحد قالب ثقافة الدولة المهمة يعتبر جناية على الثروة الإنسانية، وعكسا لطبيعة الأشياء استنادا إلى القوة.

العولمة الاقتصادية:

تكاد تستبد العولمة الاقتصادية لتنفرد وحدها بمصطلح العولمة، فلا يسبق من كلمة العولمة في تصور كثير من الناس إلا العولمة الاقتصادية. وذلك لأن الظاهرة الاقتصادية تدخل في حياة البشر من جوانبها المادية، فهي كما سنرى خبزهم، وهي عملهم الذي يحقق ذواتهم، وهي أمنهم في الحاضر والمستقبل القريب والبعيد.

ولكن اختزال العولمة في الظاهرة الاقتصادية وآثارها هو كالشجرة التي تستر وراءها الغابة الكثيفة المترامية الأطراف، المتعددة الأشكال والألوان.

إن العولمة كما يبدو لنا من مقدمة هذا البحث، هي تطور للحدثة التي هي حصيلة النهضة الأوروبية، وما قامت عليه من أسس حققت لها ما حققت من تقدم علمي وفكري وثقافي، وما ولدته من قوة مادية

كبرى، وسلطان لرأس المال، وحرية للفرد وإبداع في مختلف مجالات الحياة.

والعولمة الاقتصادية بصفة مختصرة تمثل :

I > فتح الأبواب لتدفق التجارة عبر العالم في السلع والخدمات، مما يضاعف معدلات التجارة العالمية.

II > حرية انتقال رأس المال التي ضمنتها له الاتفاقيات الدولية العالمية لينزل حسب ما تقتضيه مصلحته التي لا ترعى إلا نماء الثروة واتساع النشاط، كما يهجر مكانه متحولاً إلى مكان آخر. فلا الأرض التي استقر فيها مدة ولا الوطن ولا العمال الذين ارتبطت حياتهم به ولا السيادة الوطنية ولا ما يترتب على هجرته من قلق واهتزازات تعيق حركته أو تؤثر في اختياراته.

III > التكنولوجيا المتطورة التي تساعد الإنتاج على بلوغ مواصفات أقدر على مضاعفة سوق الاستهلاك، والضغط على التكاليف مما يمكن النشطين في الاقتصاد العالمي على توفير مكاسب تتضخم مع الزمن.

IV > الشركات الكبرى متعددة الجنسيات التي تتجاوز حدود الدول والقارات؛ فهي متعددة الجنسيات متعددة الاختصاصات متسعة القاعدة. لقد تضخمت قدراتها المالية ففاقت ميزانية الواحدة منها ميزانية دول عديدة في إفريقيا. ونمت قوتها باتجاهها إلى الاندماج والتكتل، لنضاعف عظمتها الاقتصادية، وصمودها للاهتزازات الظرفية، ولتحكم قبضتها على الأسواق والقرارات السياسية وغيرها. وقد تم ضبط حقوقها بواسطة الاتفاقيات العالمية، وخاصة باتفاقية الجات ثم اتفاقية التجارة العالمية التي قام على تحرير بنودها خبراء عالميون في الاقتصاد الذين نشأوا ونبغوا في النظام الرأسمالي. فتم تحرير الاتفاقية تبعاً لخلفية اقتصادية جرت في عروقهم، وعملوا على

ضمان المصالح الرأسمالية . ثم إن هذه القرارات أخذت بمعزل عن مشاركة الشعوب التي تعرف بالنامية .

>V التكتلات الاقتصادية بين الدول . فالعالم المتيقظ تنبه إلى أن هذا التطور (العولمة) يحمل في طياته مكاسب وسلبات ، وأنه لا يصمد أمام تياره إلا القوى الضخمة ، فأمنت نفسها من مستقبل تطوراتها المتسارعة بتكتل بين الدول التي تربطها روابط جغرافية وإيديولوجية في آن واحد كجزء من استراتيجيتها للتكيف مع عصر العولمة . فالولايات المتحدة وإن كانت حسب قوتها الاقتصادية ، وعدد سكانها ، وثروتها الكبرى وتقدمها التكنولوجي ، هي الدولة الأعظم إلا أنها سعت لتكوين كتلة تجمع بينها وبين دول القارة بتأسيس «النفاتا» التي تضم حتى الآن كندا والمكسيك . وأوروبا الغربية بلغت في مفتتح هذا الشهر (يناير ٢٠٠٢) في تطوير تكتلها الاقتصادي إلى توحيد العملة بين معظم أعضاء الوحدة الأوروبية . وعملت اليابان على تكوين وحدة آسيوية . إن هذه التكتلات تنم عن ظاهرة هي أن الدول الأكثر ثراء وتطورا تشعر بالحاجة الأكيدة إلى التكتل فيما بينها لتمكين من الاستفادة من العولمة .

إننا إذا عمقنا النظر في هذه المرتكزات التي تقوم عليها العولمة الاقتصادية فانه تنكشف لنا الانعكاسات التالية التي ستنشأ عنها :

(١) حرية التجارة في السلع والخدمات

- يؤدي هذا المبدأ إلى دفع الاستهلاك دفعا قويا يضمن أمرين معا : اطراد تراكم الثروة بين يدي ٢٠٪ من سكان العالم . إذ إن الدول الغنية تستحوذ على ٨٤,٨٪ من الناتج الإجمالي العالمي تبعا لإدارتها ٨٤,٢٠ من التجارة العالمية فإذا ما زاد استهلاك العالم النامي تكون مرشحة بعد رفع الحواجز لالتهام السدس الباقي الذي تعيش منه خمسة أسداس العائلة البشرية

ولكنها لا تستنفده رحمةً ولا شعوراً نبيلاً بل تضخه في أودته ما يبقي على حياته لضمان رواج منتجاتها وتقتصر مما زاد على الحاجة الضرورية .

- كما يؤدي إلى بروز دور مروجي السلع والخدمات وصعودهم إلى السطح ليلتئم نشاطهم مع دور الإعلام في إلهاب الرغبة في الاستهلاك لحاجة أو بدونها .

- كما يؤدي إلى نمو ضغط الماسكين بالتجارة العالمية على أصحاب القرار السياسي، مما حول اهتماماتهم من الاقتصاد على تنظيم البيت السياسي والعلاقات الرابطة بين الأمم، إلى مروجين للسلع يعقدون الصفقات، ويقومون بنجاح أسفارهم عبر العالم بمقدار ما فتحوه للشركات الكبرى من أسواق .

(٢) حرية انتقال رؤوس الأموال :

هذا المبدأ هو كالسور الذي عبر عنه القرآن (ظاهره فيه الرحمة وباطنه من قبله العذاب، يروج المنتفعون من العولمة لذلك بأن التدفقات المالية ستتعش اقتصاد دول العالم النامي، وتمكنه بالتالي من الخروج من التخلف والفقر إلى الرقي والثراء . نعم لو كان هذا التدفق مصبوغاً أو حتى مراعيًا للنواحي الإنسانية لكان خيراً وبركة على العالم النامي؛ ولكن التجربة كشفت عن شراسة أصحاب رأس المال، إذ إن معظمهم يتلاعبون بأسواق المال، لا يهمهم خراب اقتصاد الدول ولا البطالة ولا الثورات الداخلية إذا كانت حصيلة مضارباتهم وعبثهم بالأسواق المالية تمكنهم من تضخيم ثروتهم الفاحشة، كما تم في المكسيك . وكما حطموا اقتصاد بلدان جنوب شرق آسيا المعبر عنهم قبل نسفها من هؤلاء المضاربين «بالنمور» فقلبوها إلى نمور من ورق مقوى . فانهارت قيمة عملاتهم وانتشرت البطالة واهتز المجتمع، وبدا

داء الانتساب القبلي والعرقى والدينى فى الجسم الذى وهنه الصيرفيون المالكون لرؤوس الأموال .

٣) التكنولوجيا المتطورة .

هى قاعدة التحول من الاقتصاد التقليدى العاجز إلى الاقتصاد الحديث القوى الفاعل، فهل تنتقل فعلا للعالم النامى التكنولوجيا المتطورة ليلتحق بالركب؟

تتفق قوى الإنتاج فى العالم المتقدم بسخاء على الدراسات وتقييم المختبرات وتحشد لها النابهين من العلماء الذين تغريهم بالمرتبات والامتيازات الضخمة؛ وكلما وصلت إلى الجديد عملت على حمايته بتسجيل براءة الاختراع محتفظة بالأسرار التى وصلت إليها. وتسابقت الشركات تغزو الأسواق بما تتميز به من رصيد تكنولوجى. وبذلك يكون تصور أن التكنولوجيا ستتقل إلى العالم الثالث ضرب من أحلام اليقظة مع السياسة الحمائية الحديدية الستائر والمنافسة الشرسة للتفرد بالمغانم.

٤) الشركات المتعددة الجنسيات .

انقلبت الموازين بسبب هذه الشركات العملاقة التى تزداد كل يوم ضراوة وتتسع دائرة تأثيرها لتدخل حتى فى النظام السياسى للدول التى لها فيها نشاط. هى شركات لا تنتسب لدولة واحدة ولا لكتلة من الكتل. وتطالعنا الأخبار الاقتصادية عن الاندماج الذى أصبح استراتيجية لها. فشركة فى ألمانيا تندمج مع شركة فى إسبانيا أو فى الولايات المتحدة. ثم إن عموم نشاط هذه الشركات يجعل تأثيرها شاملا لكل ناحية من نواحي الحياة الإنسانية. وهى فى معاملاتها لا يهتمها إلا ما تحققه من أرباح ولو كان ذلك على حساب حياة البشر وآلام المرضى .

لقد اندمجت شركات إنتاج الدواء العملاقة. وتمكنت بفضل مخابرها من الاستئثار بمعظم البراءات في مختلف الاختصاصات، وتحكمت في السوق تحكما مبالغا فيه أعجز الدول النامية عن علاج مرضاها. وأصبحت الحياة بذلك حقا لمن توفر له المال الذي يشبع نهم هذه الشركات ولا قيمة لحياة الفقراء. واتفاقيات الجات تحميها والمحاكم تستند إلى تلكم الاتفاقيات لتسلط العقوبات الرادعة على من يحاول إنقاذ حياة المستضعفين من مواطنيه.

إنه كثيرا ما أهمني أمر براءة الاختراع باعتبارها إحدى المسلمات التي لا تقبل النقاش باستنادها إلى حقوق الإنسان الأدبية وبالتالي المالية. وإنه رغم هذا الإجماع ما تزال تتنازع في خاطري الحقائق التالية:

أولا: إن المخترع لم يصل إلى ما وصل إليه إلا باعتماده على الاكتشافات العلمية التي وصل إليها العلماء السابقون والمعاصرون، وهي التي بنى عليها بحثه. فهو في الحقيقة حلقة في سلسلة التقدم العلمي.

ثانيا: إن تأليه الفرد في النظام الرأسمالي هو الذي أسبغ على براءة الاختراع هذه القداسة، حتى جعلها مقدمة على حق الحياة الإنسانية. ومن أمثلة ذلك أن مرض نقص المناعة (السيدا) قد انتشر انتشارا فاحشا في القارة الإفريقية. وقد انفردت شركة بإنتاج الدواء المعالج للإصابة، وحددت له ثمنا مبالغا فيه لا يقدر على شرائه إلا الأغنياء، كما أنه لا تسمح ميزانيات الصحة في الدول الإفريقية أن توفره لمرضاها. والمرض قتال لا شك فيه. وقيمه الحقيقية تسمح بتمكين المصابين منه دون إرهاب لميزانيات الدول ولا الأفراد. والحماية «الجاتية» تقوم حارسا يمنع أمل الحياة.

قد يكون من الحلول التي أقترحها والتي يجند لها الرأي العالمي أن تتولى منظمة الصحة العالمية شراء براءة الاختراع لكل دواء تتوقف

عليه حياة البشر، بعد أن تقوم جهود صاحب البراءة بقيمة مجزية ولا يمكن أن يقبل الاحتكار في مثل هذا.

وأمر آخر هو أن هذه الشركات أصبحت قوة ضغط على الحكومات. فبواسطة قدراتها المالية تدخلت ممولة للانتخابات. لا تفعل ذلك إلا لتحقيق مصالحها. كما أن قدرتها على الخروج من القطر الذي انتصبت فيه متى أرادت هي قوة ضغط أيضا لابتزاز ما ترغب أن تحصل عليه من السلطة، لأنها عندما تنتقل تترك فراغا في ميدان التشغيل يتحول معه البطالون إلى ما يشير الشغب وربما الثورة.

والشركات العابرة أضافت بتقنياتها قدرة لشركات الإجرام على الإمعان في شرها كعصابات المخدرات والمتاجرة بالجنس، والمتاجرة بالأطفال؛ تفاقم شرها في أنحاء العالم، وساعدها على تبييض أموالها الضخمة شراؤها لشركات تم خصخصتها اتباعا للإصلاح الهيكلي الذي يفرضه صندوق النقد العالمي.

إن العولمة كما أخذت تتشكل سماتها، وهذه الملامح تنبئ بأن آثارها في عالم الفقراء ومنه العربي والإسلامي تختلف عن آثارها في العالم الغني المترف. وهذا ما يتبعه التحديات التالية:

أولا: لقد استعد العالم الغني لتجاوز سلبيات العولمة واغتنام إيجابياتها بما أقامه من تكتلات قوية تصمد أمام ما يمكن أن يصحب العولمة من اهتزازات اقتصادية ومالية واجتماعية، الأمر الذي يمكنه من تفسير وتسيير التطبيقات بما يحقق مصالحه. أما العالم العربي والإسلامي فهو يعيش عصر العولمة في شكل دول صغيرة، خفيفة في وزنها الاقتصادي والمالي. ليس لأي دولة منها إلا خيار واحد هو الرضا والاستسلام لسيطرة القوى العالمية. وإن رفضت هذا الموقف المزري همشت دون أن يضير تهميشها اقتصاديات وثقافة الآخرين.

إن تكتل العالم العربي والإسلامي أمر حيوي لتمكين الحاضر والأجيال القادمة من وجود مكانها المحترم في المسيرة العالمية الكبرى كعنصر فاعل فيه لا مكانة المتقبل المتفرج .

ثانياً: على الدول والحكومات في عالمنا العربي والإسلامي أن تعي التطور الهائل في الاتصال وانتقال المعلومات وسيادة حقوق الإنسان وانتشار النظام الديمقراطي، فتراجع سياساتها لتتسجم مع الأنساق العالمية، فان العولمة كل مترابط كما بيناه .

وعلى الدول الإسلامية والعربية أن تتكل مع دول العالم الثالث للعمل على حل المعضلة الكبرى التي تعوق كل تقدم: مشكلة الديون . إنه لا أمل في الخروج من الفقر وما يرتبط به من تخلف ما دام جزء هام من الدخل القومي تلتهمه الديون وفوائدها . وعلى العالم الغني أن يرد إلى إفريقيا وآسيا ما سلبه منها عبر القرون الماضية من خيرات . أعتقد أن التنازل عن هذه الديون هو المعيار الذي يكشف عن صدق ما يدعوا إليه منظرو العولمة من الأخوة في القرية العالمية .

أما التحديات الكبرى التي أريد أن أختتم بها كلمتي فهي التالية :

أولاً: جشع الشركات المتعددة الجنسيات

إن جشع هذه الشركات وقدرتها على توجيه المسار إلى ما تعظم به أرباحها سيزيد من عمق الهوة الفاصلة بين الفقراء والأغنياء من الأفراد والشعوب، ودول الشمال ودول الجنوب . والخصاصة إذا عضت بدون رحمة فردة الفعل ستكون الرفض للعولمة والثورة عليها . والثورة لا تكون إلا محطمة . فهل يستطيع قادة العولمة كسب الرهان؟

ثانياً: الهيمنة الثقافية

يخطئ من يظن أن الهيمنة الثقافية تؤدي إلى توحيد ملامح العالم

وبالتالي إلى تأكيد الترابط بين بني البشر. ذلك أن الهيمنة تدفع إلى التمسك بالهوية الخاصة والتعصب للمظاهر فضلا عن الجواهر، ومعاداة الآخر والحذر منه، فهي تربة تخصب العنف والتطرف اليميني المتعصب فهل تعي القوة المسيطرة بثرائها وتكنولوجيتها فتعمل على احترام تنوع الثقافات وتقلع عن غزوها؟

الديموقراطية:

الديموقراطية كمبادئ أو كمارسة للسلطة أو كنظام حياة، في هذه المستويات الثلاثة هي القاعدة التي تنشر الأمن والكرامة، وتقرب بين الشعوب، وتتغلب على الأزمات. ولذا فإن تطبيقها بميزان واحد والعمل على مساعدة كل شعب على أن تسود تلك المبادئ وعلى ممارستها وإشاعة نظامها هو الذي يمكن للعولمة أن تكون إنسانية وتغسل نفسها من درن وقسوة الحداثة وتصمد وتحقق للعالم الرفاه. فهل تنجح العولمة في هذا التحدي؟

والله أعلم وأحكم، وهو حسبي ونعم الوكيل، نعم المولى ونعم النصير، ولا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم.

ملخص الجوانب الخلقية للعولمة من منظور إسلامي

العولمة هي الطور الذي يراد أن تستقر عليه الإنسانية. وهي امتداد للحدثة المتولدة عن النظام الرأسمالي. وجوهر ذلك هو التفاعل بين مجموعة من الظواهر الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والعلمية والتكنولوجية في كوكبة مترابطة يتأثر كل واحد منها بالآخر ويؤثر فيه. هدفها الربط المحكم بين مناطق العالم جميعها لتسير في موكب واحد.

ومن مقوماتها

الإعلام: اعتمد الإعلام، على التقدم التكنولوجي الضخم فتغلب على حدود الزمان والمكان والعوازل الحقيقية والمصطنعة، وعلى الدراسات النفسية والاجتماعية، فتمكن من صياغة العقول والمشاعر الإنسانية والرغبات، وأثر في التوجيه السياسي والمسيرة الاقتصادية. وتولت ذلك مع الدول العظمى شركات عملاقة لتجعل العالم لا يتصور الحق إلا ما تقرره القوة الأعظم.

ويحقن هذا الإعلام الفكر البشري بمواد مغشوشة مضللة. كما إن هذا الإعلام المعولم قد هرى قدرات الحكومات على تحديد نمط التوجيه السياسي داخل حدودها الوطنية فسلبها أخص خصائصها.

وهذا ما يحتم على العالم النامي المغزو - والدول الإسلامية والعربية منه- أن يتنبه لخطر اقتحام حدوده رغم أنه ويعمل على تغيير أساليبه التمجيدية، ويكيف إعلامه بما يضمن اطمئنان مواطنيه لصدقه.

فهل تستطيع تلکم الدول النجاح في هذا التحدي؟

وبجانب التأثير السياسي فللإعلام كبير التأثير في الاقتصاد والثقافة، إذ جمع الإعلام المعولم بينهما، فنشر ثقافة الاستهلاك. وهو يعمل على تغيير أنماط الحياة كلها، فخلق من الوهم عالما مصنوعا. سلخت مشاهد التلفاز والسينما الإنسان من جلده، ورسخت إحساسه بتفاهة مميزاته القومية وثقافته، وما هو بين يديه من أشياء

تدفق التجارة = العولمة كما تريده لها الولايات المتحدة والدول الدائرة في فلكها من أخص خصائصها فتح الأبواب لتدفق التجارة العالمية في السلع والخدمات، وحرية انتقال رؤوس الأموال، واعتماد التكنولوجيا المتطورة لمضاعفة الإنتاج، وبالتالي الاستهلاك، وإطلاق أيدي الشركات متعددة الجنسيات لتزداد تضخما في نفسها وفي تكتلها فيما بينها.

والدول الغنية قد حصنت نفسها من سلبيات العولمة بواسطة التكتلات الكبرى. بينما الدول النامية ما تزال متفرقة، اقتصادها مهمش، ومغيب أي واحدة منها يمر دون أن يشعر به أحد.

كما أن حرية التجارة وما يصحبها من الاندفاع نحو الاستهلاك يزيد في أبعاد الهوة بين الشمال والجنوب والأغنياء والفقراء. وحرية انتقال رؤوس الأموال تعرض الدول النامية إلى أزمات في التشغيل، وفي القوة النقدية، والى قبول التدخل في شؤونها الداخلية إذا ما هدد أصحاب رؤوس الأموال بأخذ أموالهم وتحويل نشاطهم.

أما التكنولوجيا المتطورة فأمل انتقالها إلى الدول النامية ضرب من أحلام اليقظة، إذ تحرص الدول والشركات العملاقة على سرية ما تمتلكه من أسرار تكنولوجية وتحميه ببراءة الاختراع.

والشركات المتعددة الجنسيات هي فوق سيطرة الدول بل لعلها

هي التي تسيطر على اتخاذ القرارات بما يضمن لها مصالحها المادية ولو كان ذلك على حساب حياة الفقراء والمحتاجين .

يتبين من التعمق في العولمة كما أخذت تتبين ملامحها الأولى أنها تتحدى العالم النامي تحديا إن لم يستيقظ ويعمل العمل الجاد فتسحقه . وذلك مما يحتم عليه كضرورة لا خيار له فيها أن يتكتل في وحدات تستطيع أن تفسر قرارات «العجات» وما لحقها وتسير التطبيقات بما يمكنها من التطور الإيجابي .

وعلى الدولة الأعظم أن تقدر أن الهيمنة الثقافية والعمل على توحيد ملامح العالم لا يؤدي إلا إلى بروز ظاهرة التعصب للمظاهر فضلا عن الجوهر، ونشر العنف، ورفض الآخر .

وعليها أن تطبق الديمقراطية تطبيقا صادقا بميزان واحد بدون انحياز، وذلك ما يعطي للعولمة وجهها إنسانيا فقدته الحداثة ففشلت من تمكين البشر من الرخاء والأمن، وقتلت المشاعر النبيلة من الأخوة والتكامل .

الجوانب الأخلاقية للعولمة
- الاستثمار الأخلاقي

الدكتور محمد هيثم الخياط

الجوانب الأخلاقية للعولمة - الاستثمار الأخلاقي

الدكتور محمد هيثم الخياط

يجدر بنا - كمسلمين - أن ننطلق دائماً في مواقفنا وأحكامنا، من قيمة من أهم قيم الإسلام، ألا وهي العدل، الذي هو الغاية الأساسية من إرسال الرُّسل:

- ﴿لَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلَنَا بِالْبَيِّنَاتِ وَأَنْزَلْنَا مَعَهُمُ الْكِتَابَ وَالْمِيزَانَ لِيَقُومَ
النَّاسُ بِالْقِسْطِ﴾ [الحديد: ٢٥]؛

فقد أمر الله الناس به أمراً عاماً:

- ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ﴾ [النحل: ٩٠]؛

- ﴿أَمَرَ رَبِّي بِالْقِسْطِ﴾ [الأعراف: ٢٩]؛

- ﴿اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَى﴾ [المائدة: ٨]؛

- ﴿وَاقْسِطُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ﴾ [الحجرات: ٩].

- وأثنى على فئة صالحة من الناس ﴿يَهْدُونَ بِالْحَقِّ وَبِهِ يَعْدِلُونَ﴾ [الأعراف: ١٥٩، ١٨١].

وذكر في كتابه الكريم ما يدل على أنه ينبغي أن يتخلل كل شيء:

- في القول: ﴿وَإِذَا قُلْتُمْ فَاعْدِلُوا﴾ [الأنعام: ١٥٢]؛

- في الحكم: ﴿وَإِذَا حَكَّمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ﴾ [النساء: ٥٨]؛
- في الإصلاح: ﴿فَأَصْلِحُوا بَيْنَهُمَا بِالْعَدْلِ﴾ [الحجرات: ٩]؛
- في القوامة: ﴿وَأَنْ تَقُومُوا لِلْيَتَامَى بِالْقِسْطِ﴾ [النساء: ١٢٧]؛
- وحذّر من كل ما يمكن أن يُخلّ بالموقف العادل:
- ﴿فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىَّ أَنْ تَعْدِلُوا﴾ [النساء: ١٣٥]؛
- ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ﴾ [يحملنكم] ﴿شَتَائِنَ﴾ [بغض] ﴿قَوْمٍ عَلَىٰ إِلَّا تَعْدِلُوا﴾ [المائدة: ٨].
- ﴿كُونُوا قَوَّامِينَ بِالْقِسْطِ شُهَدَاءَ لِلَّهِ وَلَوْ عَلَىٰ أَنْفُسِكُمْ﴾ [النساء: ١٣٥].

فحريّ بنا أن نلتزم بهذه القيمة العظيمة من قيم الإسلام في حديثنا عن العَوْلَمَة، حتى نَقِفَ منها الموقف الصحيح الذي يُرضي الله ويحقّق مصالح العباد.

والعَوْلَمَة ليست عفريتاً من الجنّ خرج فجأة من القمقم، وليست خَلْقاً جديداً عجيباً لا عهد لنا به ولا قِبَل لنا به، ولكنها وَضِعُ الْفُنَاءِ منذ مولد حضارتنا وعشنا معه. فقد مارست الحضارة العربية الإسلامية ضرباً فريداً من العَوْلَمَة، ولكنها عَوْلَمَةٌ على كلِّ حال. وعَوْلَمَةُ اليوم ضربٌ آخر ولكنها عَوْلَمَةٌ كذلك!

صحيحٌ إنّ العَوْلَمَة اليوم قد تغيّرت اتجاهها، فأصبحت متّجهةً من الغرب إلى الشرق بعد أن كانت عَوْلَمَةُ الْأَمْسِ متّجهةً من الجنوب إلى الشمال...

وصحيحٌ أنها قد تغيّرت سرعتها، فأصبحت اليوم تتشر بسرعة لا يكاد يلحق بها الخيال...

ولكن تغيير الاتجاه أمرٌ ينطلق من فِطْرَة هذا الكون: ﴿وَتِلْكَ
الْآيَاتُ نُدَاوِلُهَا بَيْنَ النَّاسِ﴾ [آل عمران: ١٤٠...].

و((تغيير السرعة لا يغيّر من طبيعة العملية أو من طبيعة الحدث،
ولكنه)) - كما يقول أخونا العزيز الدكتور مراد هوفمان - ((يجعلها
مخيفة أكثر)).

فالسيارة التي تسير في العادة بسرعة أربعين ميلاً في الساعة، إذا
ضاعفت سرعتها ثلاثة أضعاف أو أربعة، أصبحت مخيفة حقاً، وزادت
حوادثها وصدّمتاتها، وزلزلت ما تصادفه في طريقها، ولكن ذلك كلّ لا
يغيّر شيئاً من كونها سيارة كسائر السيارات، تجري لمُسْتَقَرٍّ لها يعلمه
الله.

وأكثر ما يخيف الناس من العَوْلَمَة، ما تفعله بثقافتهم. والثقافةُ
أمرٌ عزيزٌ على ((الإنسان)) لصيقُ بذاته، فهي تلك الأصول الثابتة التي
تنغرس في نفسه منذ مولده ونشأته الأولى، حتى يشارف حدَّ الإدراك
البيّن، جماعها كلّ ما يتلقاه عن أبويه وأهله وعشيرته ومعلميه ومؤدّبيه،
حتى يصبح قادراً على أن يستقلّ بنفسه. فإذا استقلّ، استبدَّ عقله
بتقليب النظر، وإعمال الفكر، وممارسة التنقيب والبحث، ومعالجة
التعبير عن الرأي. وثقافةُ الأُمَّة، هي حصيلة ثقافات أبنائها، المثقّفين
بقدر مشترك، وهي مرآةُ جامعةٌ - في حيزها المحدود - كلّ ما تشعّت
وتشتّت وتباعَد من ثقافة كل فرد من أبنائها، على اختلاف مقاديرهم
ومشاربهم ومذاهبهم ومداخلهم ومخارجهم في الحياة.

والحضارة هي المظهر المادي لهذه الثقافة. هي نتيجة استعمال
المثقّفين بثقافة معينة لمعطيات العلم والثّقانة (أو الصنائع - بتعبير ابن
خلدون -) للارتقاء بالوضع المعاشي للإنسان. والثقافة تختلف عن
الحضارة بأنها تناقش وتحاوّر وتؤثّر، ولكنها تبقى متمسكة بذاتيّتها، أما

الحضارة فتتوزع إلى تعميم نفسها ما استطاعت. ولذلك رأينا الحضارات الكبرى تتجلى في شكل عوالم: العالم الروماني والعالم الصيني... والعالم الإسلامي. ولقد مارست الحضارة العربية الإسلامية على طريقتها ضرباً من ((العولمة)) - كما يقول الأستاذ جورج طرابيشي - إذ دَمَجَتْ بها ما لا يقل عن عَشْر من الثقافات الكبرى (القبطية والبربرية والنوبية مغرباً، والسريانية واليونانية والفارسية والخراسانية مشرقاً مع قطاعات من الثقافتين الهندية والصينية، فضلاً عن الثقافتين العربية المسيحية والعربية اليهودية اللتين عاشتا في كَنَفِها). بل إنها تعدّت أفاعيل العولمة المعاصرة بما استحدثته من انقلابات جذرية ونهائية في ديانات شعوب تلك الدائرة الكبرى، وفي لغاتهم، وحتى في طبيعة تكوينهم البشري.

وهكذا فإن الثقافة تسعى إلى التفرّد، والحضارة تسعى إلى توحيد الثقافات ودمجها. والعالم الحديث ينزع أكثر فأكثر إلى أن يكون موحد الحضارة متعدّد الثقافات. وهذه الثقافات تُغني الحضارة الكبرى وترفدها بأصالاتها وخصوصياتها ولكنها تندمج بها في الوقت نفسه.

والمؤسف أن كثيراً ممن ينتمون إلى الإسلام اليوم ينزلون إلى موقف مُنْعَلَق، ظانين أنهم إنما يحققون ذاتهم بالقطيعة مع الحضارة "الأجنبية". وفي رأينا أن هذا موقف يحتاج إلى تصحيح. فالهجوم على الحضارة العالمية أو الانغلاق عليها، هو هجومٌ أو انغلاق على حضارة ورثت من الحضارة العربية الإسلامية الكثير. وإذا كنا نستنكر أو نضيق ذرعاً ببعض مساوئها، بل بكثير من مساوئها، فإن هذا لا يعني أن ننكر لها ونحاربها وإنما ينبغي أن يدفعنا ذلك إلى إصلاحها من الداخل.

ويبدو أننا نميل إلى رفض كثير مما أنتجته هذه الحضارة، لارتباطها في أذهاننا بالثقافة الأمريكية أو الغربية بوجه عام. فنحن نرفع

عقيرتنا ساحرين من " الكوكلة " و" المكدلة " أي ما يسمونه عولمة الكوكاكولا والماك دونالد، لأنها ترتبط في أذهاننا بالثقافة الأمريكية ونمط الحياة الأمريكي. وإلا فعولمة الكوكاكولا قد سبقتها عولمة القهوة والشاي، وعولمة الماك دونالد قد سبقتها عولمة " الشاورمة " و" البيتسا "، ولم نجد في ذلك من قبل أي حرج.

وقد زاد من عدائنا للعولمة المنطلقة من الغرب، أن الأمر يتعدى عالم الأشياء، وهو عالم لا انتماء له في حقيقة الأمر، إلى عالم القيم. فالغربيون يؤمنون إيماناً لا يقبل المناقشة، بأنهم دائماً على صواب، وبأن المستوى الصوابي للقيم هو المستوى الذي حدّده هم. أما قيم الآخرين فإنهم يجهلونها أو يزدرونها، بل يحاولون أن يفرضوا قيمهم على الآخرين. وما حصل في مؤتمر السكان في القاهرة وفي مؤتمر المرأة في بكين، ماثلاً في الأذهان.

ويهمني في هذا الصدد أن أشير إلى موقف من المواقف الواعية في هذا المقام. ففي الوقت الذي نجد فيه بعض غلاتنا يريدون أن يبرؤوا إلى الله من "فتنة" التكنولوجيا الحديثة بخيرها وشرها، نجد الدكتور يوسف القرضاوي فقيه العصر، لا يتردد في الاستفادة من الثورة الإلكترونية التي هي جزء من العولمة العلمية. ويقول عن مشروع خدمة الإسلام على الإنترنت: Islam on line " إن هذا المشروع الذي ننشده ونحشد له الجهود والجنود والنقود هو في رأيي جهاد هذا العصر... ونحن بهذه الآليات الحديثة - وعلى رأسها الإنترنت - نستطيع أن نصل إلى الشعوب ونخاطبها بألستها المختلفة في أنحاء الأرض... " وواجب المسلمين أن يستخدموا هذه الأداة للدعوة إلى هذا الدين العظيم وعلى الأمة الإسلامية أن تهيب رجلاً يقومون بذلك " .

العولمة إذن ينبغي أن لا تخيفنا. ومادما نؤمن بأصالتنا ونعي

ثقافتنا، ونؤمن في الوقت نفسه بالحوار والانفتاح على الآخر، ونؤمن بالعلم النافع إيماناً ليس له حدود، فإن هذه العولمة تمثل بالنسبة إلينا - إذا أحسنّا الاستفادة منها - جواً صحيحاً يتيح لنا تعريف الناس بأفكارنا وقيمتنا وأخلاقنا، كما يتيح لنا مجالاً نحقق فيه ذاتنا من خلال رفد العلم العالمي والحضارة العالمية بما نستطيع.

نحن لا نعادي الثقافات الأخرى وإنما نناقشها ونجادلها ونحاورها. ولا يجوز لنا ونحن نشكو من الاستشراق أن نمارس استشراقاً معكوساً يقضي بنا إلى أن نخرج على حضارة العصر، ونخرج منها إما إلى اللاحضارة وإما إلى حضارتنا العربية الإسلامية القديمة التي مازالت - في رأيي - ماثلة في حضارة العصر بما صلح أن يبقى منها في حضارة العصر. وسوف يكون موقفاً مشرفاً لنا، أن نضيف إلى هذه الحضارة العالمية ما ينقصها من روح وخلق ومثل وقيم.

أرجو أن أنتقل بعد هذه المقدمة العامة إلى المجال الصحي. وسوف ألفتُ النظر أولاً وقبل كل شيء إلى عولمة المرض، إن صحَّ التعبير. فالمرض لا يعرف الحدود ولا يعترف بالحدود. والوسائل التي واكبت التحضر قد أسهمت كثيراً في هذا النوع البغيض من العولمة! أصبح هنالك نوع من ((الغزو البيولوجي)) bioinvasion للكوكب الأرضي، كما يقول كريستوفر برايت CABright. فكل سفينة أو قطار أو طائرة تحمل نباتاً أو حيواناً أو أي محصول زراعي، تحمل معها بالإضافة إلى ذلك آفاً مؤلفة من الجراثيم والطفيليات والفيروسات والحشرات الوافدة، تفتد إلى بيئة، أو قل: مباءة ecosystem لا عهد لها بها من قبل. وحدث ولا حرج عمّا يكون بعد ذلك من آثار اقتصادية وصحية. وأنا أذكر الآثار الاقتصادية هنا، لأن ارتفاع المستوى الاقتصادي يحسن الوضع الصحي برمته، وانخفاض المستوى الاقتصادي يسيء كثيراً إلى الوضع الصحي - شئنا أم أبينا -، كما يدلُّ

على ذلك بوضوح تقريرُ الصحة العالمي لسنة تسع وتسعين مثلاً، وتقريرُ البنك الدولي حول الاستثمار في الصحة سنة ثلاث وتسعين .

ويقَدِّرون أن خسائر العالم في الميدان الزراعي قد تصل إلى قرابة مئتين وخمسين بليون دولار سنوياً، حصّة الولايات المتحدة منها قرابة النصف. كما يذكرون أن النمو الكبير في زراعة المحاصيل في أمريكا الوسطى والجنوبية، قد ترافق بانتشار الذبابة البيضاء التي تستطيع أن تنقل ستين فيروساً من فيروسات النبات على الأقل. وقد نجم عن انتشار هذه الفيروسات تعطيل أكثر من مليون هكتار من الأرض الزراعية في أمريكا الجنوبية. وحدثت آثار مماثلة في حوض الهاديغيا نغورو في نيجيريا، وحوض الكوفري في الهند، كما أن تسرب نوع وافد من قناديل البحر الأمريكية إلى البحر الأسود، قد أدى إلى خسائر في مصايد الأسماك تصل إلى ثلاثمائة وخمسين مليون دولار.

هذا ونحن لم نذكر شيئاً عمّا لتعويض أشجار الأحراج والغابات - وهو عملية نافعة جداً بلاريب - من آثار على استنضاب المياه الجوفية، إذا كان التعويض بأشجار غريبة عن البيئة تمتص أضعاف ما تمتصه الأشجار البالدة native من ماء؛ ولا عن مغبة استعمال المبيدات الحشرية في الزراعة، أو استخدام الهرمونات في تغذية الدواجن، ولا عن الزراعات أو الصناعات التي يختارها الناس عشوائياً، دون دراسة لملاءمتها لمجتمعاتهم وبيئتهم، أو لما يواكب إدخالها من مخاطر ومشاكل. فقد أصبح كوكب الأرض بفضل العولمة ضرباً من ((الأسواق الكبرى للكائنات الحية)) species supermarket، فأى نوع من هذه الأحياء يبدو واعداً بمرود مناسب، يتم سحبه من على الرف واصطحابه إلى البيت!

ثم هنالك التأثير البيئي للعولمة. فالولايات المتحدة التي هي الملوّث الأكبر - the biggest polluter كما يقول جوزيف ناي J.S.Nye, J.

من جامعة هارفارد - مسؤولة عن كثير من التغيّرات المناخية على هذا الكوكب، بما في ذلك ظاهرة الدفيئة greenhouse، التي بتغييرها حرارة الأرض غيّرت مسار كثير من الطيور والحشرات، فعولمت كثيراً مما تحمله هذه الطيور والحشرات من عوامل المرض. ألم يأتكم نبأ ذلك السرب من البعوض الذي ساقته التيارات الحرارية - والله أعلم - من غربيّ البحر الأحمر إلى شرقه، حاملاً معه ما ينقله من فيروسات حمى عور الانهدام - أو قلّ حمى الوادي المتصدّع - rift valley fever، وبذلك انتقلت هذه الحمى من القارة الإفريقية إلى القارة الآسيوية بجزرة حرارة!

والحديث في ذلك يطول. ولكن، لماذا نركّز فقط على الجانب المظلم؟ ولماذا لا نتحدث عن عولمة الصحة وعولمة الوقاية وعولمة العلاج.

عولمة استئصال الجُدري مثلاً، التي تَبَلُورَت في استئصال شأفة هذا المرض الوخيم من على وجه الكرة الأرضية قبل قرابة ربع قرن.

أو عولمة استئصال شلل الأطفال، التي نتوّع معها أن يختفي هذا المرض الوبيل من سطح البسيطة في غضون عامين أو ثلاثة إن شاء الله.

أو عولمة ((الرؤية ٢٠٢٠: الحق في الإبصار))، والتي يؤمل أن تعالج عشرات الملايين من المصابين بالعمى أو ضعف الرؤية.

أو عولمة ((المعالجة القصيرة الأمد للسُّلّ تحت الإشراف المباشر))، التي يُنتظر أن تشفي الملايين والملايين من البشر - ولاسيّما في البلدان النامية - ممن أصابتهم جرثومة السُّلّ اللعينة، التي انبعثت من مرقدها، بعد أن ظن المجتمع الصحي الدولي أنها قد قُضِيَ عليها إلى الأبد.

والقائمة طويلة؛ ولكن هذه المنجزات الحاصلة والمتوقعة، ما كان يمكن لها أن تتم، لولا ذلك التجميع المنقطع النظير للموارد العالمية والجهود العالمية في برامج ((مُعَوْلَمَة)) ومشاريع ((مُعَوْلَمَة))، والمستقبل كفيلاً بالمزيد إن شاء الله.

وبعد، فما هي القضايا الكبرى التي تواكب العَوْلَمَة من وجهة النظر الصحية؟

إنها تتلخص في عدد لا يتجاوز أصابع اليد.

فمنها، تلك الاحتياجات الإضافية التي لا بُدَّ منها لتحسين نوعية الحياة. وتحسين نوعية الحياة أمرٌ في غاية الأهمية بالنسبة لكل إنسان، لأن ((من أصبح مُعافىً في جسده، آمناً في سربه، عنده قوتٌ يومه، فكأنما حيزت له الدنيا بحذاقها)) كما يقول النبي عليه الصلاة والسلام [رواه ابن ماجه عن عبدالله بن محصن الأنصاري عن أبيه].

ومن هذه القضايا، تلك الثورة الهائلة في التكنولوجيا الطبية، وتلك الوسائل الضخمة التي لا يكاد يُستغنى عنها في عالم اليوم، في التشخيص والمعالجة والتأهيل. العدالة تقتضي أن تكون متاحة للجميع، ولكن أثمانها وتكاليف تشغيلها وصيانتها قد تنوء بقدرة كثير من البلدان، ولاسيما البلدان النامية، فما الذي يمكن عمله؟

وتندرج تحت هذا العنوان كذلك وسائل الطب البُعادي telemedicine أو التطبيب عن بعد. وهي وسائل إذا أمكن أن ((تُعَوْلَم))، أي أن يعمَّم استعمالها في العالم كله، وفي البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، فإنها تمثل تجسيداً لمفهوم العدالة في تقديم الرعاية الصحية، لأنها تجعل في متناول الناس جميعاً، غنيهم وفقيرهم، قادرهم وعاجزهم، متقدمهم ومتخلفهم، أرفع ما يمكن للطب أن يقدمه

من رعاية، وأفضل ما يقوم به كبار الاختصاصيين في أكبر مراكز العالم ومستشفياته، من تشخيص وعلاج وتأهيل.

ثم هنالك تلك الثورة الهائلة في تقانة الاتصالات، وما أتاحتها ويسرته من توصل الأطباء جميعاً، حيثما كانوا، إلى آخر المستحدثات في الحقول الطبية، بل ومن توصل العامة إلى كثير من معلومات التشخيص الصحي والتغذوي المتاحة على الإنترنت.

ومن القضايا المهمة التي واكبت العولمة، قضية تحسّن الوضع الصحي للناس بشكل عام. فقد أمكن إنقاص وفيات الأطفال والأمهات إنقاصاً ملحوظاً. وأمکن علاج كثير من الأمراض الفتاكة التي كانت تقضي على الناس وهم بَعْدُ في مقتبل العمر. وقد أدى ذلك إلى ما يُقال له ((تشيخ الأمم))، إذ زادت نسبة الذين يبلغون الأعمار المتقدمة - قبل أن يُرَدُّوا إلى أرذل العمر - زيادة كبيرة. وقد ترافقَ هذا التحوُّل الديموغرافي بتحوُّل وبائي، حتى في البلدان الفقيرة، تمثل في ازدياد حدوث الأمراض غير السارية، كالسكري، والأمراض القلبية الوعائية، وتخلخل العظام، وارتفاع ضغط الدم، مع ما يصاحب ذلك من احتياجات جديدة ومُتنامية، في مجالات التشخيص والمعالجة والتأهيل.

وليس عجباً بعد ذلك، أن يكون النقاش دائراً على قدم وساق، بين أصحاب القرار ومؤسسات المجتمع المدني، حول أفضل السبل لتحسين مردود الرعاية الصحية، أي تقديم أفضل ما يمكن تقديمه من خدمات بأقل ما يمكن من تكاليف.

على أن من أهم القضايا التي تشغل بال الناس في ظل العولمة قضيتان ذواتا شأن كبير على الصعيد الصحي.

أولاهما: تشميل الأدوية التي تحظى ببراءة اختراع، بالقواعد والتنظيمات التجارية التي تضمُّها منظمة التجارة العالمية WTO. وتمثّل

هذه القضية معضلة من أهم المعضلات التي تواجه القائمين بالرعاية الصحية. وقد يكون مباحاً لي هنا أن أفتح قوسين لأذكر مفارقة طريفة. فقد وقفت الدولة العظمى بقوة وحزم في وجه محاولة الدول النامية لإخراج أدوية الإيدز - وهي أدوية غالية الأثمان جداً - من دائرة الحماية التي تقدمها قوانين التجارة العالمية. ثم كان ما كان، وأخذت تظهر حالات متفرقة من الجمرة الخبيثة. فإذا بالدولة العظمى نفسها تضرب بقوانين التجارة العالمية عرض الحائط، في ما يتعلق بدواء السيروفلوكساسين الذي تمتلك شركة باير براءة اختراعه.

أما القضية الثانية، فهي قضية خُصِّصَت الرعاية الصحية، وانسحاب الدولة التدريجي من دورها في تزويد المواطنين جميعاً بالخدمات الصحية. صحيح أن ثمة كثيراً من حالات إساءة استعمال الخدمات الصحية من قِبَل المواطنين، وصحيح أن شعور المواطن بأنه قد دفع ولو مبلغاً رمزياً يجعله يشعر بأهمية الخدمة الصحية التي تُقدَّم إليه وبقيمتها، ولكن مشكلة أخلاقية تقفز إلى الواجهة، وهي أن الأطباء جميعاً قد أقسموا أن لا يُحجموا عن معالجة أي مريض لأي سبب. فضلاً عن أن الدولة ملتزمة التزاماً أخلاقياً كذلك بموجب العقد الاجتماعي الذي بينها وبين الأمة، بتوفير الرعاية الصحية توفيراً عادلاً لجميع المواطنين.

وقد يكون مباحاً لي مجدداً أن أفتح قوسين لأورد أمثلة ثلاثة تبين ما كانت تلتزم به الدولة الإسلامية الراشدة تجاه مواطنيها:

(أ) للمرضى حق الرعاية على المجتمع ممثلاً في الدولة. ومن الأمثلة على ذلك ما ذكره البلاذري في ((فتوح البلدان)): ((أن عمر رضي الله عنه مرّ عند مقدّمه الجابية من أرض دمشق على قوم مجذمين [مصابين

بالجذام] من النصارى، فأمر أن يُعطوا من الصَّدَقَاتِ [الزكاة]، وأن يُجرى عليهم القوت)).

(ب) للطفل - أيُّ طفل - حقُّ الرعاية على المجتمع ممثلاً في الدولة؛ كالذي ورد في ((طبقات)) ابن سعد: ((أن عمر رضي الله عنه كان يفرض للمنفوس [الوليد] مئة درهم، فإذا ترعرع بلغ به مئتي درهم، فإذا بلغ زاده . . . وكان إذا أتى باللقيط فرض له مئة درهم، وفرض له رزقاً يأخذه وليه كل شهر بما يصلحه، ثم ينقله من سنة إلى سنة، وكان يوصي بهم خيراً ويجعل نفقتهم ورضاعهم من بيت المال)).

(ج) للضعيف والمعوق والمسن حقُّ الرعاية على المجتمع ممثلاً في الدولة؛ كما ورد في عقد الذمة بين خالد بن الوليد رضي الله عنه بين أهل الحيرة: ((وجعلتُ لهم: أيُّما شيخ ضعف عن العمل أو أصابته آفة من الآفات، أو كان غنياً فافتقر وصار أهل دينه يتصدقون عليه: (١) طرحت جزيته [يعني أعفي من الضرائب]، و(٢) عيلاً من بيت مال المسلمين وعياله ما أقام بدار الهجرة ودار الإسلام [أي في الدولة الإسلامية]). ذكره الإمام أبو يوسف في كتاب ((الخراج)).

ويتضح من هذه الأمثلة أن الدولة الإسلامية الراشدة تعتبر حق الصحة هذا حقاً ((للإنسان))، دون تمييز بسبب اللون أو الجنس أو الدين، وأن رعاية الدولة الإسلامية للإنسان تبدأ منذ الولادة بتأمين الرضاع الصحي، وتستمر حتى الشيخوخة بتأمين ما يكفل العيش الصحي، وأنها بين هذا وذاك لا تغادر مريضاً ولا عاجزاً ولا مقعداً ولا مصاباً إلا غمرته بالرعاية اللازمة.

ومن أجل ذلك وُضعت للطب منذ عهد الرسالة، ضوابطه ومبادئه الأخلاقية التي تحكم سلوكيات الأطباء.

ولا تكاد ترى كتاباً في الطب إلا مشتملاً على أخلاقيات هذه المهنة الشريفة. مثال ذلك ما أورده صلاح الدين بن يوسف الكحال

الحموي [الكحال: طيب العيون]، قبل سبعة قرون، في كتابه ((نور العيون وجامع الفنون)) - وهو كتاب في طب العين - يوصي كل تلميذ من تلاميذه يأخذ عنه صناعة الطب بقوله: ((... واعلم أنّ هذه الصناعة منحة من الله تعالى، يعطيها لمستحقها؛ لأنه يصير واسطة بين المريض وبين الحق سبحانه وتعالى في طلب العافية له، حتى تجري على يديه، فتحصل له الحرمة الجزيلة من الناس، ويمثّل عندهم، ويشار إليه في صناعته، ويُطمأنّ إليه في ما يعتمده، وفي الآخرة الأجر والمجازاة من رب العالمين، لأن النفع المتعدي لخلق الله عظيم، خصوصاً للفقراء العاجزين، مع ما يحصل لنفسك من كمال الأخلاق، وهو خلق الكرم والرحمة، فيجب عليك حينئذ أن تلبس ثوب الطهارة والعفة، والتقاء، والرأفة، ومراقبة الله تعالى، وخاصّة في عبورك على حريم الناس، كتوماً على أسرارهم... محبباً للخير والدين، مكبباً على الاشتغال في العلوم، تاركاً للشهوات البدنية...، معاشراً للعلماء، مواظباً للمرضى، حريصاً على مداواتهم، متحياً في جلب العافية إليهم. وإن أمكنك أن تُؤثّر الضعفاء من مالك فافعل)).

أين ذلك من موقف شركات الأدوية في عصرنا الحاضر التي تتجاهل أهمية الأدوية الأساسية التي تلزم كلّ مريض، لمجرد أنها رخيصة الثمن، لا تُتخّم خزائنها بالأموال الكثيرة، وتتعامى عن احتياجات البلدان النامية التي تفتك بها الأمراض الوخيمة، حتى إن تقديرات هذا العام (٢٠٠٢) التي تدل على أن الحجم العالمي للسوق الدوائية يصل إلى ستمئة بليون دولار، تدل أيضاً على أن أفريقيا لا تمثل أكثر من واحد بالمئة من هذه السوق الهائلة، وعلى أن قارتي أفريقيا وآسيا معاً، اللتين تمثلان خمسة وسبعين بالمئة من سكان العالم، لا تمثلان أكثر من ثمانية بالمئة من السوق الدوائية!

وبعد، فإن عَوْلَمَةَ القرن الحادي والعشرين هي امتدادٌ لِعَوْلَمَاتِ سابقة، أهُمُّهَا عَوْلَمَةُ حضارتنا العربية الإسلامية.

وكلُّ ما حدث - كما ذكرنا - أن اتجاهاها قد تغيَّر وتغيَّرت معه المنظومة القِيَمِيَّة التي تنطلق منها المواقف؛ وأن سرعتها قد تغيَّرت فأصبحت مندفعة بسرعة مهولة.

ونحن لا نستطيع أن نوقف مسيرة العَوْلَمَةِ، بل ليس من مصلحة الجنس البشري أن نفعل ذلك. فلها من الحسنات والمنافع ما يبشِّر بالتقدُّم والرخاء.

ولكننا لا نريد أن نعتنق ثقافة العَوْلَمَةِ بخيرها وشرها وحلوها ومُرِّها وما يحمد منها وما يُعاب، بل نريد أن نرشد هذه المسيرة من الداخل، ولا نأخذ منها شيئاً إلا بعد عرضه على أسلوبنا في التفكير والنظر والاستدلال، فما استجاب له قَبَسناه، ولم نجد في ذلك أيَّ حرج، وما استعصى عليه سَعَيْنَا جهدنا في تصحيحه وتقويمه، ولم نكتف بمجرد نبذه واطراحه.

ومرشدنا في ذلك ما رُوي عن النبي ﷺ: ((الكلمة الحكمة ضالة المؤمن، أتى وجدها فهو أحق الناس بها)). وما ورد عن سيدنا علي رضي الله عنه: ((العلم ضالة المؤمن، فخذوه ولو من أيدي المشركين)) رواه ابن عبد البر في جامع بيان العلم: ١/١٢١].

وتعجبني في هذا المقام عبارة نفيسة لسلطان العلماء، العز ابن عبد السلام [في كتابه: الفتاوى الموصلية، ص: ١٣٤] يقول فيها: ((وليس كل ما فعلته الجاهلية منها عن ملابسته، إلا إذا نهت الشريعة عنه، ودلت القواعد على تركه)).

ومع هذا الموقف الموضوعي المبدئي، علينا أن نقوم بدراسات مستفيضة ومتواصلة، لكل ما أفرزته العَوْلَمَةُ، ونعرض كلاً من هذه

المُفَرِّزَات على ما تتفق عليه مع الآخرين من مبادئ أخلاقية ينبغي أن تحكم كل هذه التصرفات، فما انسجم معها قبلناه، وما خرج عليها قاومناه وعملنا على إفشاله بمختلف السبل المشروعة، ومنها مجموعات الضغط التي لم نهتمَّ بإنشائها حتى الآن، مع ما لها من سلطان في تصحيح المسار.

ومن المبادئ التي لا مساومة فيها على الإطلاق، مبدأ العدالة في توفير الرعاية الصحية وإتاحتها للجميع، بما في ذلك العمل على توفير الدواء الناجع لكل العلل الوحيدة التي تشكو منها البشرية، ولاسيما في العالم الثالث والرابع وما دونهما، واتخاذ السُّبُل التي تجعل السماح لشركات الأدوية التي تعالج الأمراض بإنتاج أدويتها التي تُغريها بالتصنيع، رهناً بتخصيصها مبالغ كافية لإجراء البحوث وابتكار الأدوية التي تصيب غالبية البشر، ولو لم يكن لها من الإغراء المادي ما يحفز على تصنيعها.

وتبقى قضية السرعة في مسيرة العولمة الحاضرة. وقد ذكرنا أنها سرعة مهولة، وهذه ليست عيباً في حدِّ ذاتها، ولكنها تصبح عيباً، وعيباً كبيراً، إذا لم تواكبها وتساوقها سرعة مماثلة في مسيرة تحسين الوضع الصحي، وتجويد نوعية الحياة، وتوفير الرعاية الصحية الأساسية لكل إنسان على ظهر هذا الكوكب.

أما أهم ما نستطيع أن نسهم به في تصحيح المسار، فهو إضفاء مسحة أخلاقية على عولمة العصر.

والموقف الأخلاقي عند المسلمين، ينطلق من أن الخلق كلهم إخوة، لأنهم كما يسميهم القرآن "بنو آدم" وهم يشتركون جميعاً في أن لهم رباً واحداً، وأنهم مهما اختلفوا فإن ربوبية الله تجمع بينهم:

- ﴿اللَّهُ رَبُّنَا وَرَبُّكُمْ﴾ (الشورى: ١٥).

- ﴿اللَّهُ يَجْمَعُ بَيْنَنَا﴾ (الشورى: ١٥).

وأنهم سواسية في التمتع بخيرات هذه الربوبية، لا تفرقة بينهم ولا تمييز في أي أمر من الأمور التي تتعلق بربوبية الله عز وجل، كالماء والغذاء والرزق والعطاء والدواء والشفاء والإمداد بسائر أسباب الحياة.

﴿كَلَّا نُمَدُّ هَؤُلَاءِ وَهَؤُلَاءِ مِنْ عَطَاءِ رَبِّكَ وَمَا كَانَ عَطَاءُ رَبِّكَ مَحْظُورًا﴾ (الإسراء: ٢٠).

﴿وَإِذْ قَالَ إِبْرَاهِيمُ رَبِّ اجْعَلْ هَذَا بَلَدًا آمِنًا وَارْزُقْ أَهْلَهُ مِنَ الثَّمَرَاتِ مَنْ ءَامَنَ مِنْهُمْ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ قَالَ وَمَنْ كَفَرَ﴾ (البقرة: ١٢٦)

﴿فَاتَّبَعَهُمْ عَذَابٌ لِي إِلَّا رَبَّ الْعَالَمِينَ﴾ (٧٧) ﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ﴾ (٧٨) ﴿وَالَّذِي هُوَ يُطْعَمُنِي وَسَقِينِي﴾ (٧٩) ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِي﴾ (٨٠) (الشعراء: ٧٧ - ٨٠).

ولذلك كان " الناس شركاء في ثلاثة: الماء والنار والكلاء " كما يقول النبي عليه الصلاة والسلام، ويمكن أن يقاس على ذلك كل ما لا غني عنه للناس جميعا بلا استثناء، ومن ذلك في أيامنا الدواء.

لأن الإنسان مكرم: (ولقد كرمنا بني آدم)، ويقتضي تكريمه هذا، المحافظة عليه في صحة تامة ومعافاة كاملة.

ولأن الحياة حق لكل إنسان، وهي مقدسة محترمة مدافع عنها، وقيمة النفس البشرية تعدل قيمة البشر جميعا: (ومن أحيائها فكأنما أحياء الناس جميعا). والاعتداء على حياة أي نفس بشرية أيا كان دينها أو جنسها أو لونها، ولو كانت جنينا أو شيخا أو معوقا - اعتداء على البشر جميعا: ﴿مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا﴾ (المائدة: ٣٢).

ثم إن الله عز وجل قد استعمر الناس في الأرض ليعمروها ويستثمروا فيها وينموا خيراتها بما ينفع الناس .

ولكنه وضع لهم هذا الضابط " بما ينفع الناس " تحذيرا من الاستثمار في ما يضرُّ الناس . فأى استثمار من هذا القبيل، ولو كان مصدرا لتنمية الثروة، هو في نظر الإسلام محرّم مجرّم . ومن أمثلته في عصرنا الاستثمار في التبغ والمسكرات والمخدرات فهذا كله من الإثم والباطل في نظر الإسلام، وقد صح عن النبي صلوات الله وسلامه عليه، أنه كان يسأل الله علما نافعا، وأنه كان يستعيز بالله من علم لا ينفع . وقد ضرب القرآن الكريم مثلا للعلم الذي لا ينفع في قصة هاروت وماروت، وفي سورة الرعد:

﴿وَيَنَعَلُونَ مَا يَضُرُّهُمْ وَلَا يَنْفَعُهُمْ وَلَقَدْ عَلِمُوا لَمَنِ اشْتَرَاهُ مَا لَهُ فِي الْآخِرَةِ مِنْ خَلْقٍ وَلَيْسَ مَا شَرَوْا بِهِ أَنفُسَهُمْ لَوْ كَانُوا يَعْلَمُونَ﴾ (البقرة: ١٠٢).

كذلك يضرب الله الحق والباطل: فأما الزيد (= الباطل) فيذهب جفء، وأما ما ينفع الناس (= الحق) فيمكث في الأرض (الرعد: ١٧).

والإسلام لا يكتفي بسلامة الغاية، وإنما تهمة سلامة الوسيلة على حد سواء، لأن الغاية في الإسلام لا تبرر الوسيلة بأي شكل من الأشكال .

وهو لا يكتفي بتوعية الضمير واستحاشة الوازع الأخلاقي، وإنما يشفع ذلك برقابة دائمة، تمثل أولا مسؤولية فردية لكل فرد من أفراد المجتمع، يطلق عليها اسم: الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، وتمثل ثانيا مسؤولية من أهم مسؤوليات الدولة، أضفي عليها الخلفاء الراشدون الطابع المؤسسي، فأنشؤوا نظام " الحسبة " الذي هو من عبقریات هذه الأمة، وهو " نظام ضمان الجودة " بمعناه الواسع الشامل

الكامل وكان أول "محتسب" في الإسلام سيدة نبيلة اسمها "الشفاء بنت عبد الله"، ولأها سيدنا عمر بن الخطاب رضي الله عنه السوق، وأتبع ذلك بتولية سيدة أخرى هي "سمراء بنت نهيك" الحسبة في مكة المكرمة.

وإن من واجب المسلمين في هذا العصر أن ينادوا بهذه القيم فالإنسان لا تكتمل إنسانيته ولا تتجلى إنسانيته إلا بقيم.

والقيم منبعها الدين:

يقول الله عز وجل: (ديناً قيماً)!

والدين واحد:

يقول سبحانه: ﴿شَرَعَ لَكُمْ مِنَ الدِّينِ مَا وَصَّى بِهِ نُوحًا وَالَّذِي أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ وَمَا وَصَّيْنَا بِهِ إِبْرَاهِيمَ وَمُوسَى وَعِيسَى﴾.

وهذه الوصايا تشتمل جميعاً على الهدى والنور:

يقول تعالى: ﴿إِنَّا أَنْزَلْنَا التَّورَةَ فِيهَا هُدًى وَنُورٌ﴾!

ويقول جل شأنه عن سيدنا المسيح عليه الصلاة والسلام:

﴿وَأَتَيْنَاهُ الْإِنْجِيلَ فِيهِ هُدًى وَنُورٌ﴾!

فالافتباس من أحد هذه الأنوار اقتباس منها جميعاً.

ويا حبذا لو استطعنا إقناع العالم بالعودة إلى الاهتداء بمصادر الإشعاع هذه، وذكرنا العالمين بأن العولمة الكبرى السابقة على هذه العولمة، قد طبقت هذه القيم على صعيد الواقع.. وأن الحضارة الإسلامية لم تكن تعني حضارة المسلمين وحدهم، ولكنها حضارة شارك في إغنائها ورفدها كل من عاش في تلك الرقعة الفسيحة من الأرض، الممتدة على قارات ثلاث.. ممن كانت تحكم حياتهم وسلوكهم قيم ودين!

العولة والصحة - تطور مكانة
العدالة في البلدان النامية

جون هـ براينت

العولمة والصحة - تطور مكانة العدالة في البلدان النامية جون هـ براينت

١ - مقدمة

إن عنوان هذا العرض يعكس تفاعلات مفهومي- العولمة والعدالة. ويمكن اعتبار العولمة واحداً من التحديات الرئيسية التي تواجه صانعي السياسة الصحية وممارسي الصحة العامة الآن. وقد تميزت العولمة الاقتصادية بنمو هائل في حجم التدفقات عبر الحدود والتغيرات الكبرى في طبيعتها. وقد نمت التجارة العالمية بإيقاع متسارع. وزادت التدفقات المالية من الدول المتقدمة إلى الدول النامية بصورة كبيرة على مدى العقد الماضي. وبينما كانت هذه التدفقات المالية في وقت ما تتكون في الأغلب من معونات وقروض تجارية تُقدم للحكومات، فإنها تذهب الآن بشكل طاع إلى القطاع الخاص وتسيطر عليها الاستثمارات في الطاقة الإنتاجية بواسطة الهيئات المتخطية للحدود القومية. ومع ذلك، فإن هذا التحول قد تجاهل بشكل كبير البلدان ذات الدخل المحدود التي يظل معظمها يعتمد بصورة حرجة على تدفقات المعونة.

إن العملية التي نطلق عليها الآن العولمة لها كثير من الأوجه الإيجابية، غير أن الجانب السلبي قوي من حيث آثاره المضعفة لفقراء العالم. إن التحدي يكمن في فهمها بصورة أفضل وتطوير وسائل للتعامل مع آثارها السلبية.

إن العدالة تحظى بمكانة مهمة في معادلة العولمة والرخاء الإنساني. إن أمثلة الظلم تشير إلى مجموعة متسعة من مظاهر عدم المساواة التي تعتبر غير عادلة ويمكن تجنبها. وتعد الفروق في النتائج الصحية أهم أبعاد العدالة. إننا نحتاج إلى البحث في كيفية إمكانية النظر إلى العدالة كعنصر متفاعل مع العولمة. إن أمثلة الظلم يمكن اعتبارها مقياساً للآثار غير المرغوبة للعولمة. وإحدى نقاط القوة لاستخدام إجراءات العدالة لتمييز الآثار غير العادلة للعولمة هي أنها تصل للمؤشرات المحلية لعدم الإنصاف والظلم، وفي نفس الوقت، فإنها تتضمن تعبيرات يمكن التعامل معها فقط من خلال السياسات والإجراءات العالمية.

يمكن تقييم بعض تأثيرات العولمة الأشد تدميراً من خلال مظاهر الإجحاف التي تنشأها. وهؤلاء الأكثر احتياجاً هم الأكثر تأثراً على نحو خطير. وإحدى المشاكل الخطيرة تتمثل في أن هؤلاء المتأثرين على هذا النحو لا يتم رؤيتهم غالباً - فهم ببساطة يعانون دون عون أو حماية. لذا فإن أحد التحديات الكبرى لعصرنا هو إيجاد وسائل لمراقبة الظلم بالإضافة إلى تدابير يمكن اتخاذها.

والحقيقة أنه بينما يكون العمل المحلي ضرورياً، فإن كثيراً من العلاقات السببية والإجراءات المطلوبة تكون على المستوى العالمي. إننا نتجه إلى عصر جديد يجب أن يتم فيه نقل المشاكل والإجراءات التي كانت محل تركيز على المستوى القومي ودون القومي إلى

المستوى العالمي. أضف إلى ذلك، عواقب الفشل في التعامل مع هذه القضايا لن تؤثر فقط على هؤلاء المتأثرين عند الطرف الأدنى من منظور الرفاهية، ولكن على هؤلاء المتواجدين عند الطرف الأعلى - إن الأثرىء لا محالة سوف يتأثرون. وسوف تعبر الأمراض المنتشرة والقلق الاقتصادي والسياسية الحدود القومية والقارية على حد سواء مع ما يصاحبها من آثار يمكن التنبؤ بها ولكنها مدمرة حقاً.

قصارى القول، إننا نتجه إلى ميدان كانت فيه القضايا المتعلقة بالصحة يتم تناولها محلياً وقومياً، مثل المشاكل الصحية للمجتمع التي كان يتم التعامل معها من خلال الرعاية الصحية الأولية، والآن نجد أبعاداً جديدة من العلاقات السببية والاستجابة التي يتم التعبير عنها على المستوى العالمي. ويمتد نطاق العلاقات السببية فيما وراء الصحة إلى العمليات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والبيئية والتجارية التي يتم التعبير عنها عالمياً.

وهنا سوف نراجع العناصر والأبعاد المختلفة للعولمة، ثم نخرج إلى دراسة العدالة. وسوف ننظر في نقطة التقاء هذه القضايا الكبرى، بما في ذلك الإجراءات والمبادرات التي يمكن القيام بها لمواجهة هذه القضايا باعتبارها أحدث التهديدات التي تواجه الرخاء البشرى. وبهذا المسلك فإننا سوف نكون على يقظة لاحتمالات العدالة التي تقوم بدور المقياس لكل من التأثيرات السلبية للعولمة وكذلك الآثار الإيجابية التي يمكن أن تحدث عند اتخاذ القرارات والإجراءات السياسية الملائمة.

المواد المصدرية

في تفكيرنا لطبيعة العولمة والعدالة، نعتمد على عدة مصادر، غير

أن اثنين منها لهما أهمية رئيسية، ويضيفان بدرجة كبيرة إلى فهم هذا المجال المعقد.

ويحظى بأهمية كبرى كذلك عدد سبتمبر ٢٠٠١ من نشرة منظمة الصحة العالمية والذي كانت العولمة موضوعه الخاص. ومن بين المقالات المتعددة سوف يتم مناقشة ثلاثٍ منها وهي:

أ - العولمة والصحة: إطار للتحليل والعمل، بقلم دافيد وودورد، نيك دراجر، روبرت بيدجلهول، دربا ليسون.

ب - العولمة والصحة: نتائج وخيارات، بقلم جيوفانا كورنيا.

ج - السلع العامة العالمية: المضى قدماً في جدول الأعمال، بقلم إنيج كول، مايكل فاوست.

وفيما يخص كلاً من العدالة والعولمة، هناك إصدار حديث ذو أهمية بارزة هو: تحدى أوجه الظلم في مجال الصحة - من آداب المهنة إلى التنفيذ، حرره تيموثى إيفانز وآخرون، دار نشر جامعة أكسفورد ٢٠٠١. وداخل هذا المجلد الموسوعي هناك ثلاثة فصول ذات علاقة وثيقة بموضوعنا:

● مقدمة بقلم تيموثى إيفانز، مارجريت وايتهد، فن ديدرشن، عباس بوتيا، ميج ويرث.

● العدالة الصحية في عالم يتصف بالعولمة، بقلم لينكولن تشن، جيوفانا برلنجير.

● تنمية استجابة السياسة لأوجه الظلم في مجال الصحة: منظور عالمي، بقلم مارجريت وايتهد، جوران داهلجرن، لوسي جيلسون.

٢- العولمة والصحة

طبيعة العولمة

يعتبر وودورد وآخرون في مقالتهم عن العولمة والصحة: إطاراً لتحليل والعمل، العولمة أحد التحديات الرئيسية التي تواجه صانعي السياسة الصحية وممارسي الصحة العامة في عالم اليوم. وعلى الرغم من وجود كتابات عن أهمية العولمة للصحة، فليس هناك إجماع على المسارات والآليات التي تؤثر من خلالها العولمة على صحة السكان أو على غيرها من الاستجابات السياسية الملائمة.

لقد كانت العولمة الاقتصادية القوة الدافعة الرئيسية وراء عملية العولمة برمتها في العقدين الأخيرين. وقد تميزت بنمو هائل في حجم التدفقات عبر الحدود وكذلك التغيرات الكبرى في طبيعتها. ونمت التجارة الدولية بإيقاع متسارع. وزادت التدفقات المالية من الأقطار المتقدمة إلى الأقطار النامية بصورة أعظم بكثير عن ذي قبل على مدى العقد الماضي. وبينما كانت هذه التدفقات المالية في وقت ما تتكون في الأغلب من معونات وقروض تجارية تُقدم للحكومات، فإنها تذهب الآن بشكل طاع إلى القطاع الخاص وتسيطر عليها الاستثمارات في الطاقة الإنتاجية بواسطة الهيئات المتخطية للحدود القومية وفي الأسهم التي يشتريها المستثمرون أصحاب المؤسسات. ومع ذلك، فإن هذا التحول قد تجاهل بشكل كبير البلدان ذات الدخل المحدود التي يظل معظمها يعتمد بصورة حرجة على تدفقات المعونة.

وتدفقات المعونة هذه تشرع الآن فقط في انتعاش بطيء عقب سنوات من الانخفاض، وظل ١٦٪ في عام ٢٠٠٠ دون مستوياتهم في

عام ١٩٩١. ويقدم هؤلاء الكتاب إطاراً مفهوماً لتقييم الصلات بين العولمة والصحة^(١).

وتنظر كورنيا إلى العولمة على أنها عملية يعزز بواسطتها صانعو القرار الأهلون والدوليون تخفيف القيود والتنظيمات الداخلية وكذلك التحرير الخارجي. وإذا تحدثنا بوجه عام، فإن النقلة نحو هذا النموذج السياسي بدأت في الثمانينات بتكليف التنظيمات والقيود الداخلية بهدف تخفيفها، وتحرير التجارة، والخصخصة، والأخيرة غالباً ما تأخذ شكل مكتسبات عبر الحدود بواسطة الشركات متعددة الجنسيات. وقويت العملية في التسعينات بإزالة الحواجز أمام التجارة الدولية، والاستثمارات الأجنبية المباشرة، والتدفقات المالية قصيرة المدى^(٢).

ويتناول كول وفاوست تحديات الصحة الراهنة من منظور السلع العامة العالمية، ويقترحان عدداً من الخيارات السياسية لجمع المبادرات الحالية المتناثرة في إطار أرحب. وفي عالم اليوم، فقد جلبت العولمة صوراً من الاعتماد المتبادل باتت معها الفروق بين المسائل الداخلية والخارجية غير واضحة. وأصبحت أفضل وسيلة لضمان رخاء المرء هي الاهتمام برخاء الآخرين. لذا فإن السيطرة على الأمراض المعدية صارت تشكل سلعة عامة عالمية. وقفزت الصحة إلى قمة الأجندة السياسية. وهناك خطر كبير يحدث بالجميع بما في ذلك الدول الغنية إذا ما أغفلنا التحكم في الاتجاهات الحالية للأمراض. ولأن التعاون الناجح يعتمد على المشاركة العادلة في المزايا الصافية، فإن الاعتماد العالمي المتبادل قد يؤدي إلى تحسين العدالة الصحية.

وصرح جرو هارلم بروندتلاند، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، بأنه سيكون من الخطأ وقصر النظر اعتبار تحسين الصحة في

الأقطار الفقيرة مجرد قضية مساعدات، وهو خيار قد تمارسه وقد لا تمارسه الشرائح الغنية من السكان. وبدلاً من ذلك، فإنه يجب النظر إلى التعاون الدولي على أنه جزء متكامل من سياسات الصحة القومية في كل مكان، أكثر من كونه مسعى منعزلاً ومتفرقاً. وقد أكسبت نفاذية حدودنا أوضاعنا الصحية صفة العولمة، وغداً التعاون الدولي في مجال الصحة مسألة اهتمام ذاتي ومصالحة متبادلة^(٣).

ويتناول تشن وبرلنجير قضية العولمة والعدالة^(٤). ومن بين ملاحظتهما الشاملة نقطة أن العولمة في تقدمها الحالي مختلفة كما وكيفاً عن الماضي. فهي تتضمن تكاملاً متعدد الأبعاد للاقتصاد العالمي والسياسة والثقافة والشؤون الإنسانية العالمية، وهي تغير بشكل جوهري القوى المحركة للصحة العالمية. ولكونها ميسرة بفضل الثورة العلمية في المعلومات والتكنولوجيا الأحيائية، فإن العولمة تنشئ "تنافسية عالمية" - ضغطاً هائلاً للزمن والمسافة في أنحاء العالم. كما أن إيقاع التغيير بات سريعاً جداً. وقد ازداد "قانون مور" رسوخاً - ومؤداه أن السعة الرقمية في القوة الحاسوبية والسرعة وتصغير الحجم سوف تتضاعف كل ١٨ شهراً - منذ صياغته في عام ١٩٦٥.

ويبدو أن النوعية التقليدية للمرض، التي هي ثلاثية - الأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والإصابات - في طريقها إلى الانهيار. وثمة تهديدات جديدة تحل محل الأمراض التقليدية، ومدفوعة جزئياً بواسطة قوى العولمة. وهي ثلاثة أمثلة: صور العدوى الناشئة والمخاطر البيئية والأمراض الاجتماعية السلوكية. ويمكن دراسة كل من هذه الأمثلة:

صور العدوى الناشئة: منذ الانتشار العالمي لفيروس نقص المناعة

المكتسبة في الجسم، تم التعرف على ما يزيد على ٢٩ نوعاً جديداً من البكتريا والفيروسات، الكثير منها لديه القدرة على الانتشار العالمي. ومع عبور ما يربو على مليون مسافر للحدود الوطنية كل يوم، فإن كثيراً من هذه الكائنات الممرضة باتت لديها القدرة على الوصول إلى كل مكان في العالم في غضون ٢٤ ساعة.

التحديات البيئية: إن التصورات التقليدية للصحة البيئية على نوعين - التحدي الخاص بتوفير المياه النظيفة ومقومات الصحة العامة وهو شيء ما زال غير متاح للفقراء في البلاد ذات الدخول المنخفضة، وجيل ثانٍ من حالات التعرض الصناعي للملوثات الكيميائية وغيرها من الملوثات بين الأفراد والأسر الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة. والكثير من المخاطر البيئية والصحية الجديدة مرتبطة بالعولمة نتيجة للإنتاج غير الصحي وأنماط الاستهلاك في الاقتصاد المعولم. إن الآثار السلبية لاستنزاف طبقة الأوزون وارتفاع درجة الحرارة على مستوى العالم والتخلص من المخلفات السامة قد تخطت الحدود القومية. وليس باستطاعة أي مجتمع أو قطر الهروب الكامل من عواقبها الصحية.

الأمراض الاجتماعية السلوكية: وتشمل الأمراض الاجتماعية والسلوكية الأمراض العقلية وسوء استخدام المواد المسببة للإدمان ومخاطر السلوك الجنسي غير الآمن ومحصلة العنف والإصابات. والأمراض العقلية تمثل ١٠٪ من سنوات العمر الضائعة المتكيفة مع الإعاقة كما جاء في تحليل عبء المرض العالمي في عام ١٩٩٠ ومن المنتظر أن تصل إلى ١٥٪ بحلول عام ٢٠٢٠. ويزيد من تعظيم هذا العبء المتنامي غياب الإقرار العام المرتبط بالوضع الهامشي للصحة العقلية في سلسلة الرعاية الصحية واستمرار التمييز الاجتماعي ضد هؤلاء الذين يعانون من الأمراض العقلية.

ما الذي يربط العولمة والصحة؟

يجب أن تربط الإجابة بالضرورة الأمراض الخاصة بالعمليات الأساسية للعولمة. ويقترح تشن وبرلنجير ثلاث صلات تفاعلية^(٤).

أولاً، قابلية النقل الواضحة للمقررات والمخاطر الصحية: وقد زادت الروابط الدولية في مجالات التجارة والهجرة وتدفق المعلومات من سرعة نقل المرض عبر الحدود والانتقال الدولي للمخاطر الصحية السلوكية والبيئية. ومن المعترف به على نحو متزايد أن العنف، مثله مثل الأمراض المعدية، قد يكون قابلاً للنقل ليس فقط من خلال الأنشطة غير القانونية للمنظمات الإجرامية الدولية ولكن أيضاً بواسطة المسارات المادية والثقافية من خلال التقليد والإيحاء وإقرار الأعراف. إن التغيير الاجتماعي السريع يمكن أن يكون عامل زعزعة من الناحية النفسية وقد يزيد من التوترات التي يمكن أن تُفضى إلى موجات من العنف بين الأفراد والمجموعات الاجتماعية والأمم بأكملها.

المعيار الثاني هو المخاطر والعواقب المشتركة في أنحاء العالم وعبر الزمن. وأمثلة ذلك التلف البيئي نتيجة ارتفاع درجة الحرارة العالمية، واستنزاف طبقة الأوزون، والتلوث الكيميائي، والتخلص غير الآمن من المخلفات السامة.

والبعد الأخير هو التغيير في مجال الصحة المرتبط بالتحويلات التكنولوجية والمؤسسية للعولمة. إن مظاهر التقدم التكنولوجي التي تشكل دعامة العولمة تغير على نحو عميق صورة الصحة العالمية. بعض الأمثلة تتمثل في أولويات شركات الدواء الخاصة التي يحددها السوق، نفاذ الأسواق الخاصة للخدمات الصحية، وإهمال البحث

والتنمية تجاه "أمراض الأيتام" التي تصيب الفقراء. وعلى الرغم من أن مسؤوليات الصحة تظل أهلية في المقام الأول، فإن محددات الصحة ووسائل إنجاز المسؤولية عالمية على نحو متزايد.

٣ - مكانة العدالة في العولمة من حيث ارتباطها بالصحة

المجلد: تحدى أوجه الظلم في مجال الصحة- من آداب المهنة إلى العمل يفتتح بدراسة شاملة لمعاني العدالة^(٥):

- ما المقصود بالعدالة في مجال الصحة؟
 - كيف نقيس أوجه الظلم في مجال الصحة؟
 - ما هي النماذج العالمية لأوجه الظلم في مجال الصحة؟
 - كيف نربط الفقر والعولمة؟
 - ما هي أنواع الاستجابات العالمية المنشودة؟
 - ما المقصود بالعدالة؟
- من المفيد أن نعلق باختصار على السؤال الأول: ما المقصود بالعدالة؟ بدون ذلك التعريف، يكون هناك نقص خطير لتقدير أهمية المشكلة والإجراءات التصويبية الضرورية.
- أشكال عدم المساواة في مجال الصحة تصف الفروق في الصحة بين الجماعات المستقلة عن أي تقييم للإنصاف.
 - أوجه الظلم تشير إلى مجموعة متسعة من أشكال عدم المساواة والتي تعتبر غير عادلة ويمكن اجتنابها.
 - الفروق في النتائج الصحية تمثل الأبعاد الأكثر أهمية للعدالة.

- الرعاية الصحية العادلة قد لا تكون شرطاً كافياً للتغلب على أوجه الظلم في مجال الصحة.

إن أفضل ما يُنظر إلى العدالة الصحية ليس على أنها هدف اجتماعي من تلقاء ذاته، ولكن كجزء كامن لا يتجزأ في عملية سعي أكثر عمومية من أجل العدالة الاجتماعية.

وبخصوص العولمة والحقائق المتعلقة بأوجه الظلم في مجال الصحة يقدم تشن وبرلنجير دراسة شاملة لتفاعلات العولمة والعدالة^(٤). وليس من قبيل المبالغة القول بأننا في ظل تفاعلات الآثار السلبية للعولمة والحقائق المرتبطة بأوجه الظلم في مجال الصحة، ندخل في عصر جديد من السعي وراء العدالة الاجتماعية في ميدان الصحة. لقد خطونا خطوات عملاقة بدءاً من النظر إلى الرعاية الصحية الأولية المعتمدة على المجتمع على أنها مفتاح التقدم نحو توفير الرعاية للجميع، إلى واقع جديد بات معه الشيء الذي كان يمكن القيام به محلياً من أجل الوصول إلى الإنصاف في الرعاية الصحية، يعتمد بشدة على المناخ العالمي الذي يوجه الموارد ويصوغ القوة.

إن العولمة مختلفة كماً وكيفاً عن الماضي. فهي تتضمن تكاملاً متعدد الأبعاد للاقتصاد العالمي والسياسة والثقافة والشؤون الإنسانية العالمية، وهي تغير بشكل جوهري القوى المحركة للصحة العالمية.

ما نوع العولمة الذي يُعتبر حسناً أو سيئاً للصحة البشرية؟ نستهل بدراسة الأبعاد الصحية للعولمة. ثم نرجع إلى النظر في الهموم المتزايدة بشأن تأثير العولمة على أوجه الظلم في مجال الصحة. وأخيراً، نخلص إلى أن العولمة تولد مخاطر جديدة وفرصاً غير مسبوقه للوفاء بالأجندة

العالمية للعدالة. كيف يتم انتهاك هذه الفرص - في اعتقادنا هو التحدي الصحي العالمي الرئيسي في عصرنا^(٤).

بعد ظهور أوجه الظلم الصحي في شكل مبالغ فيه هل ستحسن العولمة أوجه الظلم الصحي أو تزيدها سوءاً؟ هناك مناظرة حية في الوقت الحالي حول التأثير الاجتماعي للعولمة. فمن ناحية، هناك من يعتقد أن العولمة تزيد من سرعة التقدم الاقتصادي وتوسع الحريات الشخصية. فتيار الثروات المرتفع من شأنه أن يرفع جميع القوارب ويؤدي إلى التقدم والعدالة في مجال الصحة. ومن ناحية أخرى، هناك من عبر عن الهموم الخاصة بأوجه الظلم الاجتماعي وتعرض الأمان البشري للخطر في هذه الأوقات التي تتميز بالتغيير السريع. وإذا ما أهملت قوى العولمة، فإنها قد تزيد أوجه الظلم الصحي سوءاً بدرجة كبيرة. فالتيار المرتفع قد يرفع اليخوت الكبيرة، ولكنه يقلب الزوارق الصغيرة^(٤).

ولأن الصحة تعتمد على المعرفة، فإن إنتاج وتوزيع واستغلال المعرفة قد يكون له مضامين توزيعية مهمة. فالأسواق الخاصة غير المنضبطة أو غير المنظمة بصورة كافية والتي تحركها المصالح التجارية من غير المحتمل أن تعزز العدالة. ومجموعات صغيرة هي فقط التي قد تستفيد من مزايا العولمة، وقد يقبع الكثيرون في المؤخرة، فتزداد بذلك أوجه الظلم الصحي سوءاً.

وتؤكد بعض الاتجاهات في التسعينات على هذه الهموم المتعلقة بأوجه الظلم في مجال الصحة- وتوجد أسوأ المؤشرات الصحية العالمية في الأقطار التي ترهقها الصراعات. وانتكست التحسينات في معدل الوفيات في المناطق التي أصابها مرض نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز)، خاصةً في أفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى. كما

انخفضت بحدة متوسطات عمر الإنسان المتوقعة في روسيا خلال التحول السياسي والاقتصادي الهائل .

إن تفهمنا لأوجه الظلم في مجال الصحة يجب أن يُضاف إليه تفهم للأنواع المتعددة البارزة لأوجه الظلم . وبإمكان المرء أن يبصر ثلاثة متغيرات . نستهل بالتفاوت الدولي - أي بين الأمم - ثم داخل جميع الدول، الغنية والفقيرة على حد سواء، قد توجد الفروق الدولية أيضاً. وأخيراً، تشير الفروق العالمية إلى أن هناك اختلافات دولية وأخرى بين الأمم بعضها مع بعض . والفروق العالمية تهتم حقيقةً بصحة كل شخص بغض النظر عن القوى المحركة للصحة وحجم السكان في أي قطر بذاته^(٤) .

الاقتصاد والتجارة

إن الثروة والدخل من بين محددات الصحة الاجتماعية الأكثر أهمية . ولا تعتمد العلاقة فقط على استخدام الدخل في صورة شراء الغذاء والملابس والسكن إلى آخره، ولكن أيضاً قد يعكس توزيع الدخل نفسه تأثيراً مستقلاً في مجال الصحة . وتفترض الشواهد المبكرة أن العولمة الاقتصادية تجعل توزيع الدخل واستقرار الدخل أكثر سوءاً .

إن التجارة في المواد المسببة للإدمان بين أقطار الشمال والجنوب تؤكد عدم الترابط بين العدالة الصحية والقواعد الدولية الواقعية . وإنه لأمر غير قابل للجدل أن استهلاك الهيروين والكوكايين والدخان مدمر للصحة، وعلى وجه الخصوص بين الشباب . ومن منظور العدالة، فإنه من المهم الإقرار بأن حركة المواد المسببة للإدمان ذات اتجاهين: من الجنوب إلى الشمال للهيروين والكوكايين، ومن الشمال وإلى الجنوب للدخان . ويبرز التقييم الموضوعي للسياسات من قبل الحكومات والوكالات سياسات غير عادلة في هذه التدفقات الدولية^(٤) .

الأسواق الخاصة والخدمات الصحية

ربما تكون الأسواق الخاصة، غير المنضبطة وغير المنظمة بشكل كاف، أقوى أشكال الظلم التي تحركها العولمة في مجال الصحة. ومما يبعث على القلق على نحو خاص تحويل الصحة إلى تجارة وسلعة، على سبيل المثال، بيع أجزاء جسم الإنسان مثل الكلى، حتى من جانب المتبرعين الأحياء. ويأتي اختراق الأسواق الخاصة للخدمات الصحية في الوقت الذي تكون فيه الدول معرضة للهجوم لعدم كفاءتها وإساءة استخدامها من خلال السلوك الخاص "الباحث عن القيمة الإيجارية" للسياسة والموظفين المدنيين. وقد تم تحجيم الحكومات عن طريق تقييد ميزانيات الحكومات وما نتج عن ذلك من تخفيضات غير متناسبة غالباً مع استيعاب القطاعات الاجتماعية. لذا فقد تم فعلاً هجران نموذج مسؤوليات الدولة للحصول العالمي على الرعاية الصحية الأساسية (علما عطا، كازاخستان). وقد تم استبدال هذا بإصلاح القطاعات الصحية الذي تعلن عنه الحكومات التي تثقلها الميزانيات وتعرض لضغوط من قبل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي.

ويرى البعض أن مزيجاً من الكفاءة يقوده القطاع الخاص ويصون عدالته القطاع العام يمكن أن يوفر خليطاً مقبولاً. غير أن هناك القليل من الأدلة العملية على هذا التفاؤل. وأخيراً، كانت هناك مساع من أجل لامركزية الإدارة في محاولة لتنمية استجابة العملاء والكفاءة الإدارية والحصول على الخدمة المحسنة. ويكمن الخطر في اللامركزية السريعة للمسؤولية دون تفويض مقابل للسلطة وموارد بشرية ومؤسسية ومالية أساسية مطلوبة لتوفير خدمات صحية أساسية عادلة يمكن تحمل تكلفتها والحصول عليها^(٤).

تسخير العلم والتكنولوجيا

إن بذور أوجه الظلم الصحي جزء لا يتجزأ من الثورة العلمية للعولمة. ولأن الصحة البشرية تعتمد على المعرفة، فإن الطريقة التي يتم بها إنتاج وتسخير المعرفة لعلاج المشاكل الصحية ذات آثار توزيعية قوية. إن الهم الرئيسي للعدالة فيما يتعلق بعلوم الطب الإحيائي هو الاتجاه إلى تجاهل الأمراض التي يعاني منها معظم البشر والتركيز على المنتجات ذات الربحية التجارية. وهذه الأنواع من المعرفة واضحة على وجه الخصوص بالنسبة "لأمراض الأيتام" و"التقسيم الرقمي".

وبينما نتجه لفك شفرة مجموعة الكروموزومات ذات العدد المشيحي والجينات التي تحويها، فإن قدرة التكنولوجيا الأحيائية على تحويل الصحة محل تقدير متزايد. ومع ذلك، فإن الأولوية التي توليها شركات الدواء الكبيرة قليلة بشكل لا يدعو للدهشة بالنسبة لكثير من الأمراض التي تؤثر على الفقراء. إن ما يُطلق عليه "إخفاقات السوق"، والتي تهملها بصورة نسبية جهود الصناعة الخاصة في البحث والتنمية، هي تطور للتكنولوجيات تجاه بعض الأمراض القاتلة في البلدان ذات الدخل المنخفض مثل الملاريا والسل وفيروس نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز).

ويتم مضاعفة الظلم بواسطة اتفاقية الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (التريس) التابعة لمنظمة التجارة العالمية والتي تسمح بمنح براءات اختراع على أساس عالمي لموارد مجموعات الكروموزومات ذات العدد المشيحي والجينات التي تحويها. وثمة مصدر ثانٍ للظلم في العلوم الجديدة وهو التقسيم الرقمي المتنامي والمفترض في مجال الصحة. وهناك إقرار بأن المعلومات تمثل عنصراً رئيسياً لإنتاج سلوك

فردى صحي وكذلك أعرف ثقافة صحية. وقد تعطى ثورة المعلومات قوة للكثيرين، غير أن المزيد من البشر يتم استثاؤهم بسبب العجز عن الحصول عليها. ويعتمد الحصول الرقمي على المعرفة الأساسية بالقراءة والكتابة، والتعليم الابتدائي، والدخل الكافي للحصول على الأنظمة الرقمية والبنية التحتية الإلكترونية الأساسية، والبيئة الاجتماعية المشجعة. إن الافتقار إلى معرفة القراءة والكتابة على مستوى العالم والتعليم الابتدائي في أنحاء الأرض يتحول بشكل تلقائي إلى أشكال من الظلم في مجال المعلومات^(٤).

نحو إكساب الصحة صفة الديمقراطية

إن الألفية الجديدة بالنسبة للصحة العالمية لا تبدأ بميدان مستوٍ للعب. وقد وصف فويج في عام ١٩٩٨ التقدم الصحي في القرن العشرين "بالإنجاز المذهل وأوجه الظلم المذهلة". "إن قوى العولمة التي تُترك مهملة قد تزيد هذه الأوجه سوءاً من حيث المحددات الاجتماعية للصحة، والحصول غير المتكافئ على الرعاية الصحية، والنشر غير المتوازن للمعرفة الصحية. وكما يخبرنا التاريخ فإن تعزيز العدالة الصحية سوف يتطلب عملاً عاماً على صعيد عالمي لإظهار قيمتها وتعبئة الالتزام السياسي من أجل تحقيقها (ياتش وبتشر، ١٩٩٨). ونظراً لأن أشكال التقدم الصحي في القرن العشرين كانت "معتمدة على المعرفة" و"منطلقة من المجتمع"، فإن تعبئة العمل الاجتماعي من أجل العدالة الصحية يتعين أن تُركز على أبعاد العدالة للمعارف والتكنولوجيات الجديدة، والترتيبات المؤسسية الجديدة، والقيم والأعراف الجديدة.

سوف يعتمد المزيد من الإنتاج والنشر العادل للمعرفة الصحية

بالدرجة الأولى على الجمهور المثقف والمزود بالمعلومات. إن تحقيق التعليم الأولي العالمي حتى يكون جميع الناس قادرين على أن يتحولوا إلى وكلاء عن صحتهم الخاصة يعد أمراً جوهرياً. وسوف تكون هناك حاجة إلى الاستثمار العام في مجال البحث والتنمية خاصة تجاه "أمراض الأيتام" المهملة من قبل القطاع التجاري. إن الاستخدام العريض والفعال للتكنولوجيات الجديدة في الاتصالات والمعلومات يمكن أن يساعد على النشر العالمي للمعلومات الصحية، بما في ذلك تعزيز شفافية وقابلية التوصل للمؤسسات المحلية والقومية والعالمية.

إن العولمة قبل كل شيء تتطلب تركيزاً متجدداً على دور المؤسسات العالمية^(٧). إن إعادة الحيوية مؤخراً لمنظمة الصحة العالمية تقدم أملاً جديداً لتوجيه الصحة العالمية. ويجب عليها تقوية دورها المتعارف عليه والمعترف به في تأييد السياسات الصحية المنطلقة من العدالة، والعمل بمثابة "ضمير العالم" في مجال الصحة.

ومن أجل الاضطلاع بهذا الدور، يجب على منظمة الصحة العالمية التحكم في انخفاض الدعم المالي لوكالات الأمم المتحدة من الحكومات الأعضاء، في الوقت الذي تتعاون مع الأنشطة الصحية للمؤسسات المالية متعددة الأطراف من غير خضوع لها. كما يجب على منظمة الصحة العالمية العمل على إيجاد مكان ملائم لدراسة هموم العدالة الصحية داخل إطار المؤسسات الأخرى بما في ذلك منظمة التجارة العالمية ومنظمة العمل الدولية.

وفي الصحة العالمية، لا ينبغي علينا كسلطة متفردة أن نقبل أن يدعي عدد قليل من الدول أن من حقهم أن يتخذوا قرارات للعالم برمته؛ كما لا ينبغي أن نقبل الادعاءات المؤسسية المالية التي تقول بأن

كافة الأنشطة البشرية تصبح خاضعة للمصالح النقدية. إن قيادة منظمة الصحة العالمية يمكن أن تساعد على توسيع المساحة المشتركة من الناحية الاجتماعية من أجل القيام بإجراءات عدالة بواسطة كثير من الفاعلين الآخرين من القطاع الخاص، والمجتمع الأكاديمي، ومنظمات المجتمع المدني غير الحكومية (إيفانز وآخرون، ٢٠٠٠).

بهذه النظرة الإيجابية، يجب علينا أن نمهد الطريق لديمقراطية صحية عالمية يكون فيها جميع الناس مزودين بالمعلومات، وذات أصوات مسموعة، ولديهم القدرة على المشاركة في القرارات المؤثرة على صحتهم الخاصة. إن صوغ الصحة بالصيغة الديمقراطية سوف يتطلب إرادة سياسية قوية، لأنه لم يعد من المقبول في عصر حديث أن نتحمل الأمراض والوفيات غير الحتمية في عالم يتميز بوفرة المعلومات والموارد التي تحول دون حدوث هذه المعاناة. إن الصحة الجيدة هي حجر الزاوية في التقدم الاقتصادي، وعامل يضاعف من الموارد البشرية للمجتمع، وهي الهدف الأساسي للتنمية بحق. وفي النهاية، يجب علينا أن نقوي القاعدة الأخلاقية والمرتبطة بأداب المهنة للعدالة الصحية العالمية. هل نستطيع أن نشجع على ظهور قيمة عالمية مشتركة على نحو عام من أجل الإنصاف في مجال الصحة؟

إن الصحة حق أصيل للإنسان، وبالتالي فإن العدالة في مجال الصحة يتعين أن تحظى بمكانة يُفتخر بها. إن القيم الإنسانية مثل العالمية والتضامن الاجتماعي والعدالة الاجتماعية تقدم قواعد أخلاقية فعالة للعدالة الصحية العالمية. يجب علينا أن نتحرك في اتجاه إكساب الصحة صفة الديمقراطية بحيث تعتمد على كل من الإيثار والأثرة من أجل تزويد المواطنين في جميع أنحاء العالم بالمعارف الصحية الأساسية، والصوت والمشاركة في اتخاذ القرارات الصحية، والأعراف

والمؤسسات التي لديها القدرة على المضي بهذا المثال والتطبيق العملي لعدم تجزئة الصحة العالمية^(٤).

٤ - تنمية رد فعل السياسة تجاه أوجه الظلم في مجال الصحة - منظور عالمي

يركز الفصل الأخير من تحدي أوجه الظلم في مجال الصحة (مارجريت ويتهد، جوران داهلجرن، لوسى جيلسون) على استجابة السياسة لأوجه الظلم في مجال الصحة. وهم يرون أنه من الممكن تحدي أوجه الظلم في مجال الصحة عن طريق سياسة عامة ذات هدف. ومثل هذا التحدي تأخرت مواجهته منذ أمد طويل. إن بناء استجابة سياسية قوية وملائمة لأوجه الظلم الصحي يتطلب عملاً عبر نطاق عريض من الميادين. أولاً، ترسيخ القيم؛ ثم وصف وتحليل الأسباب؛ ثم معالجة الأسباب الجذرية لأوجه الظلم؛ وأخيراً تقليل العواقب السلبية للصحة المتردية. ويتم عرض مواد المؤلفين في ذلك السياق^(٨).

العنصر الأول: ترسيخ القيم المشتركة:

لقد ضحت السياسات الاقتصادية والاجتماعية والصحية بالأمور الأخلاقية على نحو متزايد في سباق احتواء التكاليف والسعي وراء الكفاءة. لذلك، فإن إحدى الخطوات الأساسية الأولى هي إظهار الظلم وعدم الإنصاف للترتيبات الاقتصادية والاجتماعية الحالية مع توضيح القيم التي يستند إليها العمل المقترح. ويمكن البدء بما يلي:

- وضع أهداف ومقاصد العدالة بالنسبة للسياسة
- إخضاع التطورات القائمة والمقترحة لتقييم تأثير العدالة الصحية.

وضع أهداف العدالة الصحية

تنقسم أهداف العدالة إلى نوعين: أهداف رمزية، مقصدها الرئيسي هو الإلهام والتشجيع؛ وأهداف عملية أو إجرائية للمساعدة على مراقبة التقدم نحو العدالة وتحسين قابلية التفسير بالنسبة لاستخدام الموارد. وكلا النوعين معين بشكل متبادل في صياغة العمل السياسي ومفيد على المستويات العالمية والإقليمية والأهلية.

على المستوى العالمي تواجهنا غالباً مشكلة تحسين الإجراءات الكلية للتنمية الاقتصادية أو الصحة التي تحسن على نحو غير متناسب وضع الطبقات العليا والوسطى، مما يزيد من الفجوة بين الأغنياء والفقراء. لذا فإنه يمكن تحسين معدل الوفيات الإجمالي بين الأطفال دون تحسين معدل وفيات الأطفال بالنسبة للخمس الأكثر فقراً من السكان.

ويمكن رؤية مثال على التطورات الإيجابية في جنوب أفريقيا. ولكونها مدفوعة على نحو جسيم بواسطة السياسات المجحفة التي سادت في ظل نظام التفرقة العنصرية، فإن أهداف العدالة الرمزية تأتي الآن في قلب التنمية السياسية في البلاد. وتذكر الصحيفة الحكومية للبيض، تحول النظام الصحي، أن الرؤية الكلية للقطاع الصحي تشمل تأدية دور في تعزيز العدالة داخل المجتمع ككل عن طريق تطوير نظام صحي موحد واحد. بالإضافة إلى ذلك، يتضمن الدستور الجديد للدولة مشروع قانون الحقوق الذي يشتمل على حقوق اجتماعية واقتصادية مثل الرعاية الصحية.

وثمة مثال آخر، فقد أعطى الالتزام بالعدالة النوعية في الدستور البنجلاديشي الصفة القانونية لنمو سريع مفاجئ من الأنشطة رفعت من منزلة ورفاهية النساء، في تحدٍ للأعراف الثقافية السائدة. ومن الناحية

السياسية، لا ينبغي تقليل قيمة القوة الكامنة لهذه الأهداف الصريحة. وهى تمثل أدوات مفيدة في محاولات ترسيخ شرعية العمل من أجل العدالة.

إن وضع أهداف العدالة هو فقط الخطوة الأولى في ترسيخ القيم المشتركة. ولذلك فإن تطبيق ونتائج السياسة يحتاجان إلى الرقابة والتقييم في ضوء أهداف العدالة الأصلية. وإذا كان بعد العدالة واضحاً، فإن التركيز الرئيسي يكون على كيفية تحقيق هذا الهدف، الذي يتم تحديده من المنظور السياسي، بالأسلوب الأفضل من حيث التكلفة الاقتصادية. وهذا يتعارض مع النهج الأكثر شيوعاً والذي يضع العدالة في صراع - أو صفقة تجارية - مع الكفاءة.

القيام بتقييمات لتأثير العدالة الصحية

في ظل البيئة الحالية من العولمة السريعة والفروق التي تميزها، هناك جدول أعمال خصب من القضايا التي تحتاج بوجه عاجل إلى التحليل فيما يتعلق بالعدالة. فعلى سبيل المثال، فإن أثر التغيرات البيئية العالمية على الصحة البشرية (كالتغيرات المناخية، واستنزاف الموارد بما في ذلك مخزون الغذاء، وتلوث البيئة الناتج عن النشاط الاقتصادي المتزايد) يُعد موضوعاً ناضجاً لتقييم تأثير العدالة الصحية. وهنا تظهر الحاجة إلى تقييم الآثار الإيجابية والسلبية المستقبلية والماضية لسلامة السياسات والتدخلات والإجراءات المختلفة.

إن هذا ليس من قبيل المناقشة للتقييمات المستقلة لتأثير العدالة الصحية، ولكنه دعوة لوجهة نظر تعتمد على العدالة- وتشتمل بالإضافة إلى عناصر أخرى، الصحة والبيئة والأمور المتعلقة بالنوع - من أجل التحليل المستقبلي للسياسات الاقتصادية والتنموية.

العنصر الثاني : تقييم وتحليل التقسيم الصحي

توصيف أوجه الظلم في مجال الصحة

إن تقييم حجم وطبيعة المشكلة يُعد عنصراً رئيسياً آخر في أية استراتيجية لمعالجة أوجه الظلم الصحي. ونؤكد هنا على مايلي -
 أولاً، أن الإجراءات الصحية المعتمدة على متوسطات السكان ليست وسائل إرشادية يُعول عليها لما قد يحدث لصحة الجماعات المختلفة في المجتمع؛ ثانياً، دائماً ما يكون ممكناً (وضرورياً) القيام ببعض التقييم للتقسيم الصحي. ومما يدعو للدهشة أن مثل هذا التحليل لم يعد بعد من قبيل الممارسة الاعتيادية. ويتعين أن يكون التفاضل بين المجموعات في المجتمع طبيعياً شأنه شأن الممارسة العالمية الحالية لتوصيف الحالة الصحية للمجموعات السنوية المختلفة.

قامت التحليلات الحديثة بفصل بيانات المسح السكاني والصحي - وهي غالباً ما تُمثل أكثر بيانات الصحة السكانية الموثوق بها في البلدان التي تفتقر إلى البيانات، إلى مكونات ضمن مجموعة الدخل المكونة من خمس نسب متساوية والمشتقة من مؤشر مألوف للأسهم. وقد أظهرت هذه التحليلات منحدرات اجتماعية واقتصادية هائلة في الصحة عبر حوالي ٥٠ دولة فقيرة في العالم (باندا وجواتكن ١٩٩٩). وفي الإمكان القيام بتحليلات للنوع في جميع الحالات تقريباً وهي ضرورية للدراسات المرتبطة بالعدالة.

ومن المهم أيضاً تحليل انتشار الصحة والمرض في المجموعات السكانية المختلفة ويمتد التحليل كذلك إلى معدلات التفاضل في التعرض إلى المخاطر الصحية، وفي عوامل المخاطرة السلوكية، وفي الفرص والعوائق الخاصة بتبني أسلوب حياة أكثر صحية أو تحقيق الحصول على السلع والخدمات الضرورية، ثم في تكاليف ومزايا

سياسات الاقتصاد الأكبر. ومن أجل القيام بذلك، يجب تحسين الرقابة وإضافة متغيرات اجتماعية واقتصادية إلى نظم المعلومات الصحية.

تحليل الأسباب وتفهم الطرق

كثير من الأسباب التي تقف وراء أوجه الظلم في مجال الصحة الاجتماعية في الأصل. وبالنظر إلى ضخامة المشكلة من ناحية التنمية البشرية والرخاء، فمن المدهش أن نجد أن ما تم من أبحاث منهجية بشأن الأسباب الاجتماعية للصحة السيئة قليل. وتعتبرنا نفس الدرجة من الدهشة أن نجد الكتابات الجديدة الآن عن المحددات الاجتماعية للصحة مركزة في الشمال على نحو سائد. إضافة إلى ذلك، تبرز الشواهد المتراكمة على الأصول الاجتماعية لأوجه الظلم في مجال الصحة الحاجة إلى معالجة الأسباب الجذرية للصحة المتدنية وليس الأعراض فقط. ويتعين الإقرار بأن مقررات أوجه الظلم قد تكون مختلفة عن مقررات الصحة الإجمالية. فمثلاً في السويد، بينما تلعب ظروف العمل المادية السيئة دوراً ثانوياً فقط كمؤثر على صحة السكان ككل، فإنها تفسر جزءاً كبيراً من الاختلاف في الصحة بين الجماعات المهنية المختلفة في البلاد. وقد تحتاج السياسات المصممة لتقليل أوجه الظلم في مجال الصحة في السويد إلى التركيز بقوة أكثر على تحسين بيئة العمل.

العنصر الثالث: معالجة الأسباب الجذرية

متى تم توصيف التقسيم الصحي في قطر من الأقطار وتم تحليل الأسباب، فإن أكثر العناصر أهمية في استراتيجية تعزيز العدالة الصحية هو تحديد نقاط البداية العملية فيما يخص الأسباب الجذرية. ويمكن

النظر إلى المقررات الأساسية للصحة بوجه عام على أنها طبقات من التأثير. فالأفراد يتسمون بمميزات سنية ونوعية وبنوية تؤثر على صحتهم (ثابتة بشكل كبير)، غير أنها محاطة بتأثيرات يمكن تعديلها بفعل السياسة:

- أولاً، توجد عوامل شخصية وسلوكية مثل عادات التدخين والسلوك الجنسي والنشاط البدني.
- ثانياً، يتفاعل الأفراد مع القراء ومجتمعهم اللصيق بهم ويتعرضون لتأثيرات اجتماعية ومجتمعية، العوامل المتمثلة في الطبقة التالية.
- ثالثاً، تشمل التأثيرات الأكبر قدرة الأشخاص على الاحتفاظ بالصحة في ظروف معيشتهم وعملهم وإمدادات الغذاء والحصول على السلع والخدمات الضرورية.
- أخيراً، توجد ظروف اقتصادية وثقافية وبيئية سائدة في المجتمع برمته بوصفها وسيطاً شاملاً لصحة السكان.

ودراسة هذه التفاعلات تؤكد أن: أساليب الحياة الفردية كامنة في الشبكات الاجتماعية والمجتمعية، وفي ظروف المعيشة والعمل والتي ترتبط بدورها بالبيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية الأوسع.

تطوير السياسات الكبرى للصحة

أولاً، فيما يتعلق بسياسات الاقتصاد الأكبر، علينا الإقرار بأن الفقر المدقع مازال يمثل عنصر الخطر الأعظم للصحة السيئة والوفاة المبكرة في أنحاء العالم. وتشمل المسارات القادمة من الفقر إلى الصحة السيئة التغذية غير الكافية ونقص الحصول على مستلزمات الصحة مثل المسكن اللائق والحماية من تفشي الأمراض والمياه النقية. أضف إلى ذلك أيضاً تعاضم الشواهد الدالة على الآثار النفسية للفقر

النسبي أو التفاوت الاجتماعي أو الصحة السيئة. فعلى سبيل المثال، ترتبط مظاهر التفاوت الكبير في الدخل بمؤشرات الانحلال الاجتماعي والبيئات المليئة بمزيد من التهديدات والضغوط.

من الواضح أن بعض السياسات الاقتصادية "غير الصحية" تعتمد على وجهة النظر السائدة القائلة بأن النمو الاقتصادي يتعين أن يحدث بأي تكلفة بغض النظر عن أية تأثيرات معاكسة على شرائح السكان. وتوجد الآن ثروة من التجارب من جميع أنحاء العالم بشأن الآثار الصحية المعاكسة لسياسات الاقتصاد الأكبر مركزة بصفة رئيسية على النمو (ارجع إلى الكفاح من أجل النمو، كيم وآخرون، ٢٠٠٠). ارجع إلى دراسات الحالة على روسيا وشيلي والصين.

تحسين ظروف المعيشة والعمل

ما زالت المساعي الصحية العامة التقليدية من أجل تحسين ظروف المعيشة والعمل والحصول على الخدمات الضرورية مثل التعليم والرعاية الصحية، تحظى بدور حيوي في تعزيز العدالة الصحية. إن أحد الأمثلة الصارخة على الطريق الذي يبدأ من الإجحاف في المسكن وسياسات العمل وينتهي إلى المساوىء في كثير من مجالات الحياة تمثل في نظام التفرقة العنصرية في جنوب أفريقيا، حيث كانت هناك عواقب خطيرة للسكان من غير البيض. وقد نتج عن هذا أن عاشت قطاعات كبيرة من السكان في فقر وفساد سياسي محرومين من المتطلبات الأساسية للصحة الجيدة. والآن تحاول جنوب أفريقيا التعامل مع ميراث التفرقة العنصرية من خلال تنفيذ سياسات ذات أهداف واضحة ترمي إلى العدالة.

بناء التلاحم الاجتماعي والدعم المتبادل

يعتقد بعض المعلقين أن أكثر آثار التفاوت الاجتماعي إضراراً بالصحة هي تلك التي تستثنى البشر من المشاركة في المجتمع وتحرمهم من احترام الذات والكرامة. إن الآثار الصحية السلبية للاستثناء الاجتماعي يتم الاعتراف بها على نحو متزايد- الاستثناء والعجز الذي يأتي بنقص الأموال ونقص التعليم ونقص النفوذ.

إن التحدي يتمثل في توفير فرص لكل فرد من السكان، وليس فقط لأولئك الذين يمتلكون الصوت الأعلى، وفي نفس الوقت إيجاد ظروف في المجتمع توفر دعماً متبادلاً أكبر. وتشمل خيارات السياسة عند هذا المستوى بناء أنظمة رفاهية اجتماعية شاملة (يساهم فيها ويستفيد منها كل فرد)؛ وتنفيذ مبادرات لتقوية العملية الديمقراطية وتسهيل مشاركة الناس فيها؛ وتصميم منشآت لتشجيع الاجتماع والتفاعل الاجتماعي في المجتمعات؛ وتطوير خطط تمكن الناس من العمل بشكل جماعي بشأن أولويات الصحة الخاصة بهم التي يقومون بتحديددها. وهذه الخيارات يجب أن تمنح ثقلاً واضحاً للطبقات الأكثر حرماناً من الحقوق الشرعية بما في ذلك الأقليات العرقية والعنصرية والنساء والفقراء.

ويقدم تحليل دولة بنجلاديش في هذا المجلد مثلاً للعمل على عدة مستويات، تشمل تقوية الدعم المتبادل في المجتمعات لتعزيز حقوق ومكانة النساء الأكثر فقراً في المجتمع. وقد أبرزت السياسات التنموية في منطقة معينة، مطلب، التحسينات التكميلية في الحصول على الرعاية الصحية، ترافقها استراتيجيات لتقليل الفقر ورفع مكانة النساء. ومن بين هذه السياسات خطط للمشاركة في الائتمان الشامل مرتبطة بتوظيف النساء تم تطويرها، بالإضافة إلى توفير المزيد من الأماكن في المدارس لبنات الأسر الفقيرة. وتتضمن خطط الائتمان

الشامل مجموعات من النساء في القرى الريفية الفقيرة تجتمع سوياً لجمع الأموال. هذه الأموال تستخدم بعد ذلك في تقديم قروض بأسعار فائدة مقبولة لأعضاء المجموعة لإقامة مشروعات صغيرة وتشجيع فرص العمالة في المجتمع. ويشرف على الخطة ويديرها النساء أنفسهن- وهو ما يُعتبر جانباً مهماً من استراتيجية لا تهدف فقط لتحسين الوضع الاقتصادي للنساء ولكن أيضاً لمنحهن مكانة في الثقافة السائدة. وهذه القصة تعطي دليلاً دامغاً على الحصول على حصة في العدالة الصحية.

خلق بيئات معاونة للتغيرات السلوكية

تبرز المسارات التي تربط الوضع الاجتماعي والاقتصادي بالسلوك المتلف للصحة الحاجة إلى وضع الحواجز الهيكلية التي تعوق أساليب الحياة الأكثر صحة وخلق بيئات معاونة في الاعتبار. وتوضح شواهد البحث بجلاء أهمية أساليب الحياة التي يتم تحديدها من الناحية الهيكلية التي تفوق أساليب الحياة التي يتم اختيارها بحرية، بين الجماعات الاجتماعية والاقتصادية الأقل تمتعاً بالمزايا. وبإيجاز فإن الشواهد تقوى الحاجة إلى ربط التغيرات الهيكلية المتعلقة بالظروف الاقتصادية والمعيشية وظروف العمل بجهود التعليم الصحي عند محاولة التأثير على عناصر أسلوب الحياة مثل التدخين واستخدام العنف وتعاطي الكحول والنظام الغذائي والسلوكيات الجنسية.

مثال ذلك ما نشهده من سلوك طائش لسائقي الماتاتوس (سيارات الركوب الصغيرة) في كينيا باعتبارها المحدد الأكبر لحوادث الطرق. وكان المدخل الأول للمشكلة هو التركيز على تعديل السلوك الفردي للسائقين. وتنحو دراسة حديثة في اتجاه مغاير. فقد كشفت عن الصلات المعقدة بين سلوك السائقين وطريقة تنظيم صناعة النقل،

وظروف عمل السائقين والساعات الطوال التي يقضونها، ونقص البدائل الآمنة للركاب أصحاب الدخول المنخفضة، ودور الرشوة في التنفيذ الهش لقوانين سلامة الطرق. وتشير الدراسة إلى عدم جدوى الغرامات الهائلة والقاسية على السائقين. إن الأمر يحتاج إلى محاولة أكثر شمولاً لتناول المناخ الاجتماعي والاقتصادي مع التركيز على سلوك السائقين الفقراء وحوادث المرور.

العنصر الرابع: بناء أنظمة عادلة للرعاية الصحية

العجز والحواجز أمام الحصول على الرعاية

على الرغم من الأدلة الطاغية على الحاجة الكبيرة للخدمات الصحية، فإن ثمة نتيجة عامة مؤداها أن هذه الخدمات أقل ضآلة وذات نوعية أردأ في مناطق سكانية لا تتمتع بمزايا وتعاني من صعوبة الحصول على الرعاية- ما يسمى بقانون الرعاية المعكوس (تيودور هارت ١٩٧١). وتؤيد الكتابات الموسعة هذه الحقيقة العامة وتبين بشكل متكرر أنه كلما قل مستوى الدخل، كلما كبرت الفجوة بين الاحتياجات الصحية والانتفاع بالخدمات. وهناك عدة أبعاد للحصول يمكن أن نشاهد قانون الرعاية المعكوس منطبقاً عليها:

- الحصول المالي: غالباً ما تكون نفقات المستخدمين من قبيل الشيء المحرم. فالرسوم العالية للمستخدمين لا تقلل فقط الحصول والانتفاع بالخدمات الصحية ولكن تجبر البشر على تجاهل الطاقم الطبي عندما يكونون في حاجة إلى العقاقير. إضافة إلى ذلك، فإن النمو الاقتصادي ليس كافياً لزيادة الحصول على الخدمات الصحية. فالنمو الاقتصادي المتزايد يمكن أن يخلق فعلاً أشكالاً متزايدة من الظلم.

● الحصول الجغرافي أو المادي: قد يكون هناك توزيع غير متساوٍ بين المناطق المدنية والريفية، وبصورة أكثر حدة في المجتمع الذي تسوده الزراعة، أو تركيز للنظام على تقديم الخدمات من الدرجة الثالثة التي تصل إلى عدد قليل نسبياً في الوقت الذي تُهمل فيه خدمات الرعاية الأساسية التي يستفيد منها الكثيرون.

● الحصول الثقافي: غالباً ما تحجم الاتجاهات السلبية للعاملين في مجال الصحة نحو البشر الفقراء عن استخدام الخدمات. والتمييز ضد البنات والنساء في الرعاية الصحية عندما تكون الموارد نادرة وضد الأقليات العرقية يعتبر قضية ذات أهمية. وقد أبرز أمارتيا سن قضية أخرى مرتبطة " بالحصول الثقافي " المتعلق بإدراكات حسية مختلفة للصحة السيئة: قبول المرء لنصيبه بين أناس يعانون من قلة المزايا، عندما لا يوجد سبب علمي لقبول الصحة السيئة في ظل ظروف يمكن منعها أو على الأقل تحسينها بواسطة الرعاية الصحية جيدة الجودة.

● أوجه الظلم النوعي: كل هذه الجوانب مبينة بقوة فيما يتعلق بأوجه الظلم النوعي في الحصول على الرعاية في العالم النامي، حيث تستخدم النساء الخدمات الصحية على نحو أقل من الرجال. وبسبب الخليط المميت للحواجز المالية والجغرافية والثقافية، فإن حصول النساء على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية يكون محل تساوم، فقد يكلفهم حياتهن غالباً، خاصةً في أوقات الحمل والوضع.

بناء نظام صحي مبني على العدالة لتناول قضايا الحصول والفاقة، هناك كثير من العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار:

● كيفية حشد الموارد المالية لتحسين الحصول

● كيفية تخصيص هذه الموارد بإنصاف من حيث الحاجة

- كيفية مراقبة استخدام الموارد المتاحة لضمان توظيفها في الوفاء بأهداف العدالة المقررة

حشد الموارد المالية

إن اختيار خيارات التمويل يتعين أن يُوجه بواسطة مبادئ العدالة التالية:

ينبغي أن يعتمد حشد الموارد المالية على مساهمات السكان ككل كما ينبغي أن يكون متدرجاً، أي طبقاً للمقدرة على الدفع. يتعين تفعيل الحماية المالية بأقصى ما يمكن بحيث تكون مخاطر الإسهام بين العدد الأكبر من البشر لتجنب الإفقار الناتج عن النفقات الطيبة المرتفعة.

وبرغم هذه المبادئ الواضحة، فليس هناك برنامج عمل لنظام مالي يتصف بالعدالة والدوام. وهذا مرجعه جزئياً إلى تعدد المساهمين المشاركين في تمويل الرعاية الصحية، والقوة المحركة لكلا القطاعين العام والخاص والذي يتميز بوجود متزايد للقطاع الخاص وآخر متناقص للقطاع العام، والنظرة السائدة تجاه لامركزية الأنظمة الصحية. ومع استخدام المبادئ المبينة أعلاه، يمكن استقاء مجموعة من الدروس السياسية من تجارب البلدان ذات الدخول المرتفعة والمنخفضة:

- تشكل الضرائب، بما في ذلك ضرائب المرتبات وأوعية التأمين الصحي المدعومة في المجتمع، القاعدة الجوهرية للنظام المالي العادل للصحة.
- أي انتقال، على مستوى ما من الخدمات، من الضريبة إلى الرسوم المباشرة للمستخدمين، مثلاً، يزيد من عبء السداد على كاهل الجماعات الأقل تمتعاً بالمزايا الاقتصادية، ويقلل من الحصول، وقد ينشئ مصيدة خطيرة للفقير.

- أوعية التأمين الصحي الخاصة الهادفة للربح، والرسوم المباشرة للمستخدمين نظير خدمات الصحة العامة، والرسوم المباشرة للأوعية الهادفة للربح تُحدث مظاهر ظلم ضخمة ومنتزيدة بمرور الوقت فيما يتعلق بالتمويل والحصول والأمان المالي.

تخصيص الموارد المالية طبقاً للحاجة

- أحد مبادئ العدالة الرئيسية هو أن الموارد ينبغي تخصيصها طبقاً للحاجة بصرف النظر عن القدرة على الدفع:

- ينبغي أن يعتمد تخصيص الموارد المتاحة بين المناطق المختلفة على تقييم الحاجة إلى الخدمات الصحية من حيث ارتباطها، مثلاً، بالعمر وعبء المرض والبنية الاجتماعية والاقتصادية للسكان.

يتعين أن يتم تحديد تخصيص الموارد المتاحة للصحة داخل منطقة معينة من خلال الحاجة المدركة وكذلك المحددة من قبل المختصين للخدمات الصحية، بغض النظر عن العمر والنوع والخلفية العرقية والقدرة على الدفع.

وهذا يتطلب، قبل كل شيء، أن نضع في الاعتبار المنحدرات الاجتماعية التي يتم تحديدها في المعدلات القائمة للوفيات والإصابة بالمرض والتي تشير إلى مستويات تفاضلية من الحاجة في الأماكن المختلفة وبالنسبة للمجموعات المختلفة من البشر.

ويبرز تحليل دولة الصين مشكلة خاصة وهي تخصيص الموارد. فقد اعتادت المناطق الإدارية الأكثر ثراءً نسبياً، أن تقدم الدعم إلى المناطق ذات المزايا الأقل، غير أن الحال تغير عقب إصلاح القطاع الصحي في البلاد بسبب اللامركزية. وفي المناطق الفقيرة، حيث القاعدة الضريبية صغيرة، توجد أموال أقل للخدمات الصحية وهذه الخدمات عرضة للانخفاض الخطير، بينما الخدمات في المناطق الأكثر

غنى في وضع يمكنها من التوسع والتحسين. وما لم يتم تصميم آليات للدعم المتبادل، فإنه من المحتوم أن تزداد أوجه الظلم بصورة أكبر. وتنشأ مشاكل مماثلة في ظل أنظمة المستخدمين الحرة حيث لا يمكن استخدام الإيرادات المحصلة عند نقطة تقديم الخدمات لتحسين الخدمات في مكان آخر.

اليقظة في مراقبة وحماية العدالة

أصبحت الحاجة إلى الاحتفاظ بأنظمة صحية عادلة أكثر إلحاحاً منذ أوائل الثمانينات، إذ كان على كثير من الدول أن تواجه كلا من الركود الاقتصادي والبطالة المتصاعدة مما أدى إلى إفقار مزيد من الناس وسوء صحتهم. ويزداد الموقف سوءاً بفعل إجراءات احتواء التكلفة في الأنظمة الصحية ذلك تجاوباً مع المناخ الاقتصادي وإدخال إصلاحات القطاع الصحي التي توجهها الأسواق. ومن المهم على وجه الخصوص تطوير وسائل ومناهج لمراقبة وحماية العدالة في مثل هذه الظروف.

وأحد المناهج القائمة على مراقبة العدالة يقدمه مفهوم "علامات العدالة الإرشادية". وقد نشأ هذا في مناخ جهود إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في عام ١٩٩٣ كوسيلة لتوضيح الأبعاد الأخلاقية والصفقات الكامنة في نظام الرعاية الصحية بطريقة منهجية. ونظراً لأن جهود إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لم تحرز تقدماً، فإن العلامات الإرشادية تُركت غير مستخدمة في هذه البيئة. ومع ذلك، فإن فكرة "علامات العدالة الإرشادية" تم نقلها إلى عدة بلدان نامية مثل باكستان وتايلاند والمكسيك وكولومبيا.

وفى هذه الأوساط، تم إضافة علامات إرشادية جديدة مع بروز محددات اجتماعية مختلفة للصحة في هذه البيئات المتنوعة. ونطاق العلامات الإرشادية الذي تم مناقشته في باكستان على سبيل المثال

يتضمن علامات إرشادية للصحة العامة بين القطاعات؛ والحواجز المالية أمام الحصول العادل؛ والحواجز غير المالية أمام الحصول (بما في ذلك النوع)؛ وشمولية المزايا والارتقاء بالطبقات؛ والتمويل العادل؛ والفعالية؛ والكفاءة؛ والمسؤولية القانونية، وأخيراً الاستقلال الذاتي للمريض وشركة الرعاية. وبالإضافة إلى توفير مناقشات عن أنظمة الرعاية الصحية داخل أقطار معينة، تتميز العلامات الإرشادية بالقدرة على التطور إلى آلية مفيدة لمقارنة العدالة النسبية للأنظمة الصحية في الدول المختلفة. ويمكن أن ننظر إلى العلامات الإرشادية على أنها وسيلة سياسية لتسهيل المداورات الخاصة بإصلاح الرعاية الصحية. وفي ذلك السياق، يمكن استخدامها في تقييم وإحراز درجة العدالة الخاصة بخيارات الإصلاح. ويجرى التخطيط حالياً لتطبيق العلامات الإرشادية في سلسلة من البلدان الأفريقية^(٦).

٥- استراتيجيات الاستجابة العالمية

مكان للسلع العامة العالمية في الإصلاحات السياسية.

يقدم كول وفاوست تحليلاً للتحكم في الأمراض المعدية من منظور السلع العامة العالمية والذي يقترح أربعة إصلاحات تضع المبادرات الحالية للسيطرة على الملاريا والسل وفيروس نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) على أساس يتميز باستمرارية أكبر وتسمح لنا بالتهيؤ على نحو أفضل لمواصلة التحدي الخاص بالاعتماد المتبادل في مجال الصحة في عالم يخوض تجربة العولمة بصورة متزايدة (٣):

- أولاً، يتعين أن يُنظر إلى التعاون الدولي في مجال الصحة ليس على أنه قضية قديمة فحسب، ولكن أيضاً كأمر مرتبط بسلعة عامة عالمية يصب في مصلحة الجميع، الفقراء والأغنياء.

- ثانياً، يتعين إصلاح الميزانيات القومية للصحة وغيرها من القطاعات لضمان التمويل الكامل والموثوق به لشؤون الصحة العالمية. وعلى الدول الصناعية أن تبدأ هذه العملية.
 - ثالثاً، يتعين إنشاء مجلس عالمي للبحوث لمزيد من دعم الإدارة الفعالة للمعارف المرتبطة بالصحة.
 - رابعاً، ينبغي تعيين مديرين لقضية المرض ذات الأهمية الخاصة لتسهيل العمليات الضرورية لعبور الحدود وعبور القطاعات والشراكات السياسية ذات الممثلين المتعددين.
- ويقترح التحليل إعادة النظر في الأفكار المرتبطة بما هو عام وخاص. فالمصلحة العامة لا تتضمن فقط المطالب الفعالة للأغنياء، ولكن كذلك الاحتياجات الملحة للفقراء. ومن المحتمل أن تتعدى تكلفة الفشل تكاليف هذه الحوافز بكثير.

ويرى ويتهدد وآخرون أنه من المهم الاعتراف بالاتجاه المزدوج في الأفكار والاستراتيجيات: من العالمي إلى المحلي ومن المحلي إلى العالمي. فمن ناحية، يمكن أن تكون التنمية السياسية في بلاد وهيئات أخرى ذات قيمة في تحريك الوعي واستثارة الاستجابات في الوطن الأم. ومن ناحية أخرى، فالتفهم السياسي لكيفية حدوث أوجه الظلم الصحي، والمكتشف من خلال التجارب المكتسبة محلياً، يمكن أن يقدم بعض الذخيرة القوية للتأييد العالمي. والأمر الذي قد يكون أكثر أهمية هو الإقرار بأن العدالة في مجال الصحة هي تحدٍّ مشترك لجميع المجتمعات وبذلك يتطلب تجاوزاً عالمياً متكاملًا (٨).

الاستفادة من الخبرات والفرص الحالية في تنمية العمل السياسي:

يمكن استخدام المعارف البحثية والسياسية المكتسبة من حركات التنمية حول العالم بشكل أكثر منهجية للدخول في حوارات قومية،

على الرغم من أن هناك حاجة دائماً لمراعاة الزمن والمناخ في قطر بعينه عند استقاء دروس من مكان آخر.

أولاً، يمكن الاستفادة بمقدار أكبر من قوة المقارنات في دفع العمل القومي. فعلى سبيل المثال، نجح الباحثون والمدافعون عن الصحة العامة في أوروبا في تحريك واستبقاء الوعي تجاه قضايا العدالة الصحية وسط صانعي السياسة من خلال مجموعة متنوعة من المناهج- تمتد من منهج بناء الإجماع الحذر في الرأي في هولندا إلى استراتيجية تعتمد على مواجهة أكثر في المملكة المتحدة، وإلى موقف مبني على آراء خاصة بالعدالة الاجتماعية في السويد. وحقيقة أن الحكومة الهولندية قد وضعت برنامجاً قومياً مميزاً للبحث في أوجه الظلم في مجال الصحة، على سبيل المثال، قد ساهم في إقناع الحكومات الأخرى على اقتفاء أثرها. وقد انطلقت المبادرة الهولندية جزئياً بفضل التقرير البريطاني الأسود والذي شرع في فيض من الاستقصاءات حول العالم بما في ذلك دول تقوم بإصدار "تقاريرها السوداء" عن درجة المظالم في مجتمعهم. ومع ذلك، فهناك تحدٍ أكثر أهمية يتمثل في تصدير الاهتمام المتصاعد بأوجه الظلم في مجال الصحة إلى البلدان النامية. والأمر المشجع في هذا الصدد هو ظهور جهود عالمية تهدف إلى تقليل الفقر التي تتفق الآراء على أنه موجود على نطاق واسع.

ثانياً، يمكن أن يحسن الإنشاء الجماعي للمعايير والأهداف والقرارات المناخ السياسي داخل الأقطار التي تمنح قوة دافعة لجهود التأييد المحلي، أو حتى تساعد علة صياغة الاستراتيجيات القومية للصحة العامة. وفي هذا الصدد، لا ينبغي التقليل من شأن وضع أهداف للعدالة في البرنامج المجدد لمنظمة الصحة العالمية الصحة للجميع في عام ١٩٩٨ باعتباره دافعاً مستقبلياً للتغيير. ويستمر مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية في القاهرة عام ١٩٩٤ في المساعدة

على إعادة تشكيل السياسات السكانية فيما يتعلق بالصحة والبيئة وحقوق النساء في كثير من البلدان النامية. ومن المهم على نحو خاص وضع العدالة أو الأهداف التوزيعية على الأجندة الدولية.

ثالثاً، يمكن إنجاز الكثير من خلال الاستفادة من بريق الفرص الذي ينشأ بصورة غير متوقعة. وتمثل الموجة العالمية لتطبيق الديمقراطية إحدى هذه الظواهر. وكما يشير أمارتيا سن، "فإن غياب الديمقراطية في حد ذاته شكل من أشكال الظلم- ونعني هنا الحقوق والسلطات السياسية." إن مظاهر قوة الديمقراطية- المشاركة والحقوق المدنية والحريات - مرتبطة بقدرة المجتمع على اجتثاث الظلم، وتوفير الأمن والحماية لجميع المواطنين، والحيلولة دون وقوع الكوارث الكبرى مثل المجاعة. وعلى الرغم من العقبات الهائلة التي تلت نظام التفرقة العنصرية في جنوب أفريقيا، فإن ظهور الانتخابات الديمقراطية قد نتج عنه ارتفاع مفاجئ في الإرادة السياسية والشعبية لبناء مجتمع أكثر عدالة.

تنمية القدرة على الرقابة والتأييد

إن الوعي بالعدالة الصحية كقضية دولية قد وصل إلى النقطة التي تم عندها تكوين القوة الدافعة الكافية لتشجيع أنواع التعاون الضرورية لمراقبة وتأييد العدالة الصحية في أنحاء العالم. وتتضمن أنواع المبادرات العملية التي تستدعيها الحاجة:

- توسيع مجتمع سياسة العدالة الصحية. وهذا يمكن تحقيقه بواسطة بناء أو تدعيم شبكات الباحثين والمؤيدين. وتشمل الأمثلة: المبادرة العالمية للعدالة الصحية، منظمة إكوينت في جنوب أفريقيا، الجمعية الدولية للعدالة في مجال الصحة. وقد يكون ذا قيمة زيادة التركيز على العدالة من قبل الشبكات البحثية الحالية مثل المنتدى العالمي للبحوث الصحية.

● بناء قدرة أكبر على رقابة وتحليل السياسات من منظور العدالة. يتعين تشجيع مزيد من العمل التعاوني لتركيز الأذهان على تنقيح وسائل وأدوات المراقبة والتحليل، خاصةً للاستخدام في البيئات ذات الدخول المنخفضة والبيانات المتواضعة. ويتم على سبيل المثال إدخال تعديلات على هيئة قياس العدالة في جنوب أفريقيا لمراقبة التغيير الطارئ على النظام الصحي في الأقطار الأخرى. وهناك حاجة إلى التفكير الخلاق والدعم المتمثل في نفقات الاستثمارات الحكومية التي تهدف إلى إحداث توسع ذاتي في النشاط الاقتصادي من أجل البحث في القضايا الملحة التي تحيط بآثار العولمة على مقررات الصحة وأوجه الظلم. وقد خطا بيجلهول وبونيتا خطوة أخرى واقترحا برنامجاً عالمياً للتعاون البحثي ليكون بمثابة مكافئ الصحة العامة لمشروع مجموعات الكروموزومات البشرية ذات العدد المشيحي والجينات التي تحويها^(٧).

● تشجيع التأييد العالمي: هناك فرص متعددة للعمل التعاوني بواسطة المنظمات التشريعية، وجهات التمويل متعددة الأطراف، والمؤسسات الخيرية. وباقتفاء المثال الخاص بتقرير منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٩٩، يمكن التعرف على التقارير الدولية التي تتناول قضايا الصحة والتنمية وهي مازالت في طور الإعداد مما يشجع على منح تركيز أكبر للعدالة الصحية. وينبغي بذل جهود مضمينة لنقل الاهتمام بالعدالة إلى المناقشات السياسية الحالية، ومن الأمثلة الجلية على ذلك مقترحات إصلاح القطاع الصحي للبلدان ذات الدخول المنخفضة.

إن العمل في كل هذه الميادين يتطلب قيادة دولية جديدة بالاحترام. ويناشد تشن وبرلنجير منظمة الصحة العالمية أن تقوم بذلك الدور مرة أخرى وتصبح "الضمير الصحي للعالم". وبالتأكيد يجب علينا البدء بجهد أكثر انسجاماً- يتخطى النية الحسنة، غير أن تطوير

التأييد في هذا المجال حتى هذه اللحظة يتميز بالعشوائية لحد كبير. وفي وقت النمو وبشائر النجاح لا يجب تحمل تقسيمات الصحة الواسعة. ومع ممارسة "ضمير العالم" لدوره الرائد، يأتي دور كوكبة الحكومات ووزارات الصحة والمنظمات الإقليمية والمنظمات غير الحكومية والباحثين ومجموعات التأييد والأفراد لاقتلاع التيار المتسع لأشكال الظلم في مجال الصحة. علينا جميعاً انتهاز هذه الفرصة غير المسبوقة لتحقيق العدالة العالمية في مجال الصحة.

تأملات ختامية

إن هذه الدراسات الخاصة بتفاعلات العولمة والعدالة تقدم أفكاراً جديدة ومهمة. لقد نقلت العولمة العالم إلى ميدان جديد تتفاعل فيه العوامل الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والبيئية والفنية والصحية والسلوكية بأساليب جديدة، على الصعيدين القومي والدولي. وبينما لا يوجد شك في أن المكاسب والفوائد كثيرة، فإن خسائر الآخرين، خاصة في البلدان الفقيرة، ليست محل شك أيضاً. إن التأثير على صحة البشر من الأهمية الخاصة بمكان؛ ويتمثل التحدي في إيجاد توازن بين هذه العوامل المتصارعة. ولعل التغير الأكبر في هذا النموذج المتضمن للقوى العالمية الفاعلة هو الانتقال ممن هو محلي إلى ما هو عالمي في كل من العلاقات السببية والعمل التصويبي.

إن العدالة تحظى بمكانة خاصة في هذا الزخم المعقد من العناصر المحلية والعالمية. وهي مقياس رئيسي للإنصاف والعدل في قطاع الصحة ويمكن استخدامها كمؤشر للآثار الإيجابية والسلبية للعولمة. وحقيقةً عندما ننظر إلى تعقيدات العولمة ونساءل ما هي حدودها وإلى أين تذهب، تقدم العدالة مجموعة خاصة من الإجراءات. إن المدى

الذي تصل إليه أوجه الظلم في كل من الحصول على ونتائج الخدمات الصحية تخدم كمؤشرات حساسة لفعالية السياسة والعمل.

ومع التسليم بتعقيدات هذه القضايا، محلياً ودولياً، فمن الضروري أن نسأل عن الخطوات التي يمكن القيام بها لتوجيه العمليات تجاه مزيد من التقدم العادل. ويصبح جلياً أن العمل ضروري على المستويين المحلي والعالمي. وقد برهنت التجارب التي تعلمناها على مدار العقود منذ «علما عطا» (كازاخستان) أن عملية توصيل الخدمات الصحية الفعالة للجميع على المستوى القومي، والتي ثبت صعوبتها، يجب أن تنظر الآن في أبعاد إضافية للمراقبة والدفاع عن العدالة الصحية في جميع أنحاء العالم.

إن العمل في كل هذه الميادين يتطلب قيادة دولية جديدة بالاحترام، ويتمثل توجيه الأمل الواقعي، كما هو مبين أعلاه، في مناشدة منظمة الصحة العالمية لتبوؤ المكانة المنوطة بها وهي "الضمير العالمي للصحة". ومع وجود هذه القيادة يصبح الأمر متروكاً لكوكبة الحكومات ووزارات الصحة والمنظمات الإقليمية والمنظمات غير الحكومية والباحثين ومجموعات التأيد والأفراد لاقتلاع التيار المتسع من أشكال الظلم في مجال الصحة. علينا جميعاً انتهاز هذه الفرصة غير المسبوقة لتحقيق العدالة العالمية في مجال الصحة. وكما يذهب تشن وبرلنجير فإنه يتحتم علينا جميعاً أن ننتهز هذه الفرصة غير المسبوقة لتحقيق العدالة في مجال الصحة.

المراجع

- ١ - دافيد وودورد، نيك دراجر، روبرت بيجلهول، دبراليسون. العولمة والصحة: إطار للتحليل والعمل. نشرة منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١، ٧٩ (٩) ٨٧٥-٨٨١.
- ٢ - جيوفاني أندريا كورنيا: العولمة والصحة: نتائج وخيارات. نشرة منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١، ٧٩ (٩) ٨٣٤-٨٤١.
- ٣ - إينج كول ومايكل فاوست: السلع العامة العالمية والصحة: المضي قدماً في جدول الأعمال. نشرة منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١، ٧٩ (٩) ٨٦٩-٨٧٤.
- ٤ - لينكولن تشن وجيوفاني برلنجير: العدالة الصحية في عالم يتسم بالعولمة. تحدى أوجه الظلم في مجال الصحة: من آداب المهنة إلى التطبيق، دار نشر جامعة أكسفورد، ٢٠٠١، الصفحات من ٣٥-٤٤.
- ٥ - تيموثي إيفانز، مارجريت ويتهد، فن ديدرشن، عباس بوتيا، ميچ ويرث. مقدمة لتحدى أوجه الظلم في مجال الصحة. من آداب المهنة إلى التطبيق، دار نشر جامعة أكسفورد، ٢٠٠١، الصفحات من ٣-١١.
- ٦ - نورمان دانيالز، جيه. براينت وآخرون: العلامات الإرشادية للإنصاف من أجل إصلاح الرعاية الصحية: أداة سياسية لتنمية الدول. نشرة منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠، ٧٨ (٦) ٧٤٠-٧٥٠.
- ٧ - جون براينت وبولي هاريسون: الصحة العالمية في طور الانتقال:

تأليف . معهد الطب، هيئة الصحة الدولية، الأكاديمية الدولية للعلوم،
دار نشر الأكاديمية الدولية، ١٩٩٦ .

٨ - مارجريت ويتهد، جوران داهلجرن، لوسى جيلسون: تنمية
الاستجابة السياسية تجاه أوجه الظلم في مجال الصحة: منظور
عالمي. تحدى أوجه الظلم في مجال الصحة: من آداب المهنة إلى
التطبيق. دار نشر جامعة أكسفورد، ٢٠٠١، الصفحات من ٣٠٩-
٣٢٣.

٩ - روبرت بيجهول وروث بونيتا. ٢٠٠٠. إعادة الحيوية إلى الصحة
العامة. لانست، ٣٥٦: ٧٨٧-٧٨٨.

العولمة، الصحة العامة والدول الإسلامية: التأثير ورد الفعل

الدكتور: محمد أخطر

دكتوراه في الطب، ماجستير في الصحة العامة

العولمة، الصحة العامة والدول الإسلامية: التأثير ورد الفعل

الدكتور: محمد أخطر

دكتوراه في الطب، ماجستير في الصحة العامة

الملخص:

يقدم هذا البحث في البداية وصفاً مختصراً للعولمة وتأثيرها على عالم اليوم، بما في ذلك الجوانب الإيجابية والسلبية المتعلقة بالصحة العامة. ثم يحلل فرص وتحديات العولمة أمام قطاع الصحة ويتساءل عن رد الفعل المنتظر من الحكومات الإسلامية ووزراء الصحة بها. ويذهب البحث إلى أن رد الفعل ينبغي أن يسير على هدى الالتزام بالقيم الإسلامية الأصيلة مثل الأخوة الإنسانية واحترام العدالة والتسامح والحوار والاعتدال والتعقل والتي تقف على النقيض تماماً من الأهداف التي يعتنقها ما يُطلق عليهم الأصوليون. كما يرى البحث أن العالم الإسلامي يقف اليوم في مفترق الطرق ويواجه خياراً صعباً- إما الاعتدال والحضارة أو التطرف والانحطاط.

نص البحث

يروى أنتوني جينز، العالم البريطاني في مجال العولمة ومستشار بعض الرؤساء ورؤساء الوزراء، قصة عن صديقة له كانت تدرس الحياة القروية في أفريقيا الوسطى.^(١) وفي زيارة أخيرة لها لمنطقة نائية حيث كان مقرراً أن تقوم هناك بعمل ميداني دُعيت لحفل عشاء بمنزل أحد الزعماء المحليين. وقد توقع أن تكتشف مظاهر التسلية التقليدية في هذا المجتمع المعزول، إلا أن المناسبة تحولت إلى مشاهدة فيلم فيديو من أفلام هوليوود؛ وكان هذا الفيلم حديثاً جداً لدرجة أنه لم يعرض في دور عرض لندن حتى تلك اللحظة. هذه هي طبيعة العولمة: فالمعرفة في هذه الحالة - وهي عبارة عن حفلة تلفزيونية - قد انتقلت بسرعة كبيرة إلى قرية أفريقية نائية. لذا فإن المعارف والخبرات التي يتوقع المرء أنها متوافرة فقط في المدن رفيعة الثقافة يمكن إيجادها في المجتمعات التي تبدو معزولة في البقاع البعيدة من الكرة الأرضية.

وفي هذا البحث أهدف أولاً إلى تقديم فكرة عامة عن العولمة من خلال تعريف وتوصيف خمسة موضوعات أو أشكال تبرز ما نقصده بالعولمة. ثانياً، يقوم البحث بتقييم كل المضامين الإيجابية والسلبية للعولمة خاصة بالنسبة لقطاع الصحة. ثالثاً، نبحث في قضية ماذا يعنى ذلك برمته للعالم الإسلامي ونتساءل عن رد الفعل المنتظر من الحكومات ووزراء الصحة في الأقطار الإسلامية في مواجهة العولمة. وأخيراً، نطرح اقتراحات بشأن الخطوات العملية التي يمكن أن تتخذها هذه الدول للاستفادة من قوى العولمة مؤكداً على النتائج التي تؤدي إلى تحسين الصحة العامة للسكان في العالم الإسلامي.

(١) أنتوني جينز، عالم سريع التقلب: كيف تعيد العولمة صياغة حياتنا. (روتلج، نيويورك، ٢٠٠٠)، صفحة ٢٤.

فكرة عامة: خمسة أبعاد للعولمة

أولاً، علينا أن نقر بأن العولمة شيء متواصل على مدار القرون. غير أنه في ضوء كل هذا الاهتمام بالعولمة ومظاهرها المختلفة في السنوات الأخيرة عبر وسائل الإعلام والحوارات العامة، أصبح من اليسير الاعتقاد بأن العولمة ظاهرة حديثة تلازمنا فقط منذ وقت قصير. ولكن الحقيقة أن العولمة بشكل أو بآخر ترافقت منذ مئات السنين. خذ على سبيل المثال ما يُعرف بطريق الحرير (سلك روت) الذي استخدمه المسافرون والتجار من أوروبا إلى آسيا والعكس، حاملين البضائع التجارية والمعارف في الذهاب والعودة- وربطين الأماكن البعيدة بواسطة السلع المادية أو الأفكار العامة أو المشتركة. وهذا الطريق الذي اكتسب شهرته بفضل الرحالة ماركو بولو كان مثلاً للعولمة في تلك الحقبة من القرن الثالث عشر. بل إن الأمر يمتد إلى ما قبل هذا حيث إن هناك شواهد على أن الرحالة والتجار العرب كانوا يترددون على جزر التوابل (سيث أيلاندز) والمعروفة الآن بإندونيسيا وكانت أنشطتهم مثلاً على العولمة في عصرهم. وحتى الرحلة التي قام بها كريستوفر كولومبس في عام ١٤٩٢ يمكن تفسيرها على أنها مثلاً للعولمة حركته الرغبة في اكتشاف طريق جديد يربط أوروبا بالهند.

إن الشيء المختلف في العولمة في العصر الحالي- أي العقد الماضي أو العقدين الماضيين- يتمثل في السرعة التي تحدث بها التغيرات نتيجة العولمة. إن العملية برمتها قد "زادت سرعتها" والتغيرات تحدث اليوم بسرعة هائلة على نحو متداخل. وكما لوحظ في أكثر من مكان فإن "معظم البشر يقرون بأنه بينما تتميز أوجه الاتصال العالمية بالقدم، فإن عدد وسهولة هذه الاتصالات وتعقيدها الشديدة تجعل من عالمنا المعاصر عالماً متفرداً. وسرعة التغيير ذاتها تُميز العولمة الحالية عن نظيراتها في الفترات السابقة من التاريخ. كما

أن إيقاع التحول الاجتماعي الذي بدأ في القرن التاسع عشر وزادت سرعته في الوقت الحاضر غير مسبوق في التاريخ البشري. إن السرعة تعتبر عنصراً للتعريف والتحويل مرتبط بالعولمة".^(١)

غير أنه بالرغم من التعقيد والسرعة المرتبطين بالعولمة، يرى البعض أن أفضل طريقة لشرح العولمة تكون من خلال القصص البسيطة وتلك الواردة في السياق الإسلامي: "... لكي تفهم العولمة ومن ثم تفسرها من المفيد أن تنظر إلى نفسك باعتبارك شخصاً بدوياً مثقفاً. ففي عالم البدو، لا توجد بوضوح طبقة عليا محددة من التربة وهذا هو السبب وراء أن البدو هم الذين قاموا بالكشف عن عقائد التوحيد في اليهودية والإسلام. وإذا كنت من الشعوب المقيمة فإنك قد تظهر جميع أنواع الأساطير عن هذه الصخرة أو الشجرة وتعتقد أن الله في تلك الصخرة أو الشجرة. ولكن البدو كانوا يرون دائماً المزيد في هذا العالم. فهم كانوا يعرفون أن الله كائن في تلك الصخرة وأنه في كل مكان. فالبدو وهم يجلسون حول نيران مخيماتهم أو يسرون من واحة لأخرى كانوا ينقلون تلك الحقيقة المعقدة من خلال قصص بسيطة".^(٢)

في العصور الأولى كانت هذه التغيرات إيجابية بصورة كبيرة- فقد حدث تبادل للعلم بين المراكز الثقافية المختلفة مثل الصين والهند والجزيرة العربية. ونتيجة لهذه الاتصالات وهذا التفاعل ظهرت معارف أفضل وأصبحت العلوم الطبية على سبيل المثال أكثر تطوراً مع غيرها من فروع المعرفة والعلم. وقد رافق هذا كذلك توافر أكبر للموارد

(١) جريجورى باباز وآخرون. العولمة: نحو إطار جديد للصحة العامة (مخطوط غير منشور، ٢٠٠١).

(٢) توماس فيردمان، The Lexus وشجرة الزيتون، صفحة ٢٧

والمعرفة الفنية أدى إلى تحقيق مستويات متقدمة بدرجة كبيرة من العلم والتكنولوجيا.

وبالانتقال إلى الأمام نحو الفترات المعاصرة التي نحيهاها، نجد ملمحاً ثانياً من ملامح العولمة يتمثل، بوجه عام، في أن العولمة والحكومات يعتبران نظامين غير متوافقين أحدهما مع الآخر. ففي معظم الحالات، كان للعولمة تأثير سلبي على الحكومات بعامة وعلى القطاع الاجتماعي بخاصة. ويمكن أن يتضح هذا بجلاء في حالة بعض الأقطار مثل الصين والاتحاد السوفيتي السابق ودول الكتلة الشرقية السابقة وباكستان. ففي هذه الدول، على سبيل المثال، تم التخلي عن أنظمة "العلاج المجاني" للنظم والحكومات الشيوعية أو الاشتراكية في مساع من جانب الحكومات للتوافق مع العولمة والانتقال نحو الخصخصة. ونستطيع القول هنا إنه لولا مجيء العولمة، لظلت أنظمة الرعاية المجانية وصور التمويل الذي تقدمه الدولة من المهد إلى اللحد قائمة في الكثير من البلدان. ويمكن العثور على نماذج مشابهة في دول أخرى مثل المملكة المتحدة وكندا وغيرهما من الأنظمة القومية.

والجانب الثالث من العولمة يرتبط بإيقاع التغير الاجتماعي الذي أتت به وطريقة استجابة المجموعات والشرائح السكانية المختلفة في المجتمع لهذه التغيرات. وتتضح هذه النقطة عندما تتأمل أن شرائح معينة من المجتمع غير قادرة على التوافق مع الإيقاع السريع للتغير الاجتماعي. وإحدى هذه الشرائح تتمثل في أولئك الذين يقعون في المراتب السفلى من المجتمع من ذوى الدخول القليلة والتعليم المتواضع والمكانة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية بشكل عام. وهذه هي الشريحة التي تُظهر كذلك على نحو منتظم معدلات كبيرة من السلوك الإدماني- تتضح في صور إساءة استخدام العقاقير وتناول الدخان والكحوليات. كما ترتبط هذه السلوكيات بحوادث كبيرة من

العنف العائلي بما في ذلك سوء معاملة الأطفال والزوجات والاكثاب وغيره من الاضطرابات والأمراض العقلية وكذلك التغيب عن العمل وفقدان الوظائف. ومثل هذه الأنماط موجودة في دول مثل الاتحاد السوفيتي السابق والولايات المتحدة والهند وباكستان.

وهناك آخرون في المجتمع يشكلون شريحة تنظر إلى هذه التغيرات السلبية بحذر وقلق. فهم يقاومونها من خلال الرجوع إلى العصور البسيطة حيث كانت الكلمة للقيم الأساسية والمعتقدات الإيمانية وكان المجتمع يبدو أكثر انضباطاً وهدوءاً. ومثل هذه الشريحة التي غالباً ما تنظر إلى الدين على أنه مصدر هذه المعتقدات والقيم أصبحت تُوصف على نحو متكرر بالأصولية- سواء كانت مسيحية أو إسلامية أو غير ذلك من المجموعات الدينية.

وإذا جئنا إلى قطاع الرعاية الصحية، فكل من هاتين الشريحتين تهاجم نظام الرعاية الصحية على الرغم من اختلاف الأسباب. فالشريحة الأولى تنتقد النظام لعدم وفائه باحتياجاتها على نحو أكثر تكاملاً. والمجموعة الثانية تنتقد كذلك النظام لشططه وتدخله في مثل هذه القضايا. وهذه المجموعة لا تكثرث بقضايا مثل العقاقير و STDs وما شابه باعتبارها نشاط ومسؤولية نظام الرعاية الصحية. بل يعتقدون أن هذه المسائل يتعين أن تكون محل رعاية مؤسسات المجتمع الأخرى مثل الأسرة والكنائس والمساجد والمدارس. وقد تنظر المجموعة الثانية إلى الإيمان أو الصلاة باعتبارها وسيلة لمواجهة هذه المشاكل التي قد تبدو ظاهرياً أكبر حجماً وأكثر عصياناً على الحل.

والنتيجة مع ذلك هي أن ذلك الضغط الذي تمارسه كل من هاتين الشريحتين يضع عبئاً أكبر على هذه النظم التي تعاني بالفعل من ضغوط كبيرة.

والجانب الرابع من العولمة قد يتضح بصورة أكثر جلاءً في البيئة الأصولية وهو الضغط الذي يتم ممارسته على النساء والتساؤلات المثارة حول دورهن (أدوارهن) في المجتمع. إن النهج الأصولي يهدف إلى تقليص دور النساء باعتبارهن عاملات مهنيات في المجتمع - كطبيبات ومحاميات ومعلمات وغير ذلك - أي بوصفهن صاحبات وظائف أو كاسبات لمورد رزق. وذلك النهج يرى أن الدور الأساسي للنساء يتمثل في أن يكن مربيات للأولاد ومدبرات للمنزل وأن دورهن خارج البيت مقيد ومحدود بالضرورة.

إن دور النساء كمربيات للأطفال والذي يلقي تأكيداً وتشجيعاً من الشريعة الأصولية في المجتمع يؤدي إلى زيادة أعداد الأطفال فيما بين هذه الشريحة، الأمر الذي يزيد بالتالي من الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية. وتعد الأمومة الآمنة لنساء العالم أحد التحديات الرئيسية للصحة العالمية - ونحن نعلم أن ما يقرب من ٦٠٠٠٠٠٠ امرأة تفقد حياتها كل عام أثناء الحمل أو بأسباب تتعلق بالحمل.

خامساً، إن العولمة بتركيزها على الخصخصة تبرز كيف تعمل الخصخصة بصورة مثلى في المجتمع. ففي الأنظمة السياسية والاجتماعية حيث تسيطر الخصخصة والرأسمالية، تعتبر الأرباح أساسية وقانونية وجزءاً مقبولاً بوجه عام من النظام. غير أنه عندما تمتد الأرباح أو جمع الثروات إلى خارج حدود ما هو عادل ومعقول بحيث تتصف بالشراهة، فإن النظام عندئذ يصبح غير منتج بما يؤدي إلى خسارة المجتمع. بالإضافة إلى ذلك، فإنه مع الثروة المفرطة الناتجة عن الشره والتي يمتلكها عدد صغير من الناس يكون هناك عدد قليل من الموارد متاحاً أمام النظام مما يزيد من معاناته وضعفه.

ويمكن أن نضيف هنا عدة نقاط تتعلق بقطاع الصحة بوجه خاص وتمس بصفة خاصة الوضع في البلدان الإسلامية. وإحدى هذه النقاط

هي فقدان الثقة في الطب الغربي وأشكاله المتعددة. وهذا العنصر إضافة إلى التكلفة العالية المرتبطة عادةً بالطب الغربي يؤدي إلى إقبال المرضى على أشكال الطب التقليدي. لذلك، عندما يتم بناء المستشفيات لا يتم الانتفاع بها كما ينبغي ولا تحظى مناهج الطب والصحة الغربية بالثقة وتعرض للإهمال. وثمة عنصر آخر هنا وهو شيوع نزعة الإيمان بالقضاء والقدر بين شرائح كبيرة من المجتمع مما يؤدي إلى قلة استخدام الطب الغربي.

الجوانب الإيجابية والسلبية للعولمة، خاصةً في قطاع الصحة

إن الصحة شأنها شأن الاقتصاد تأخذ صفة العالمية بشكل متزايد. فلم يحدث من قبل أن كانت هناك صلة بين صحة سكان العالم على هذا النحو. فحركة مليونين من البشر يومياً عبر الحدود الوطنية ونمو التجارة الدولية يرتبطان بصورة حتمية بانتقال المخاطر الصحية وأبرز الأمثلة على ذلك الأمراض المعدية والأغذية الملوثة والإرهاب والمواد السامة المسموح بها أو المحظورة. وبسبب سهولة السفر الدولي السريع، فإن الأمراض الناشئة والمقاومة للعقاقير تُشكل تهديداً لصحة واقتصاد جميع الدول. فعلى سبيل المثال نسبة متزايدة مما يأكله الأمريكيون يتم إنتاجه بالخارج: ٤٠ بالمائة من الفاكهة، ٨ بالمائة من الخضراوات، ٦٠ بالمائة من المأكولات البحرية. كما أن التغيرات في إحصائيات السكان، خاصةً زيادة متوسط عمر الفرد، تغير بصورة كبيرة من أنماط أوبئة الأمراض. والفقر والعنف يفرضان أعباءً كبرى على الصحة وهي أعباء يشترك فيها البشر في الأقطار النامية والمتقدمة على حد سواء.

وكذلك يرتبط بالعولمة في عدد من الدول والمناطق ملمح آخر له تأثير سلبي وهو الفروق الشاسعة بين الطبقات. فالدول الإسلامية لا

يمكنها الإدعاء بأنها تستطيع أن تعزل أو تفصل نفسها عن الجوانب السلبية للعولمة. إن الفروق بين مجموعات المجتمع المختلفة تمثل إحدى السمات التي يجب على المجتمعات الإسلامية الاعتراف بمواجهتها كمشكلة تاريخية مستمرة كما عليها التعامل مع هذا النوع من القضايا.

إلا أن هذه الترتيبات كما يقول القرآن هي من صنع الإنسان لا يجبره الله عليها. ونحن (في العالم الإسلامي) لا يمكننا أن نستمر في إلقاء اللوم على الخالق بسبب أشكال الظلم التي نتحملها ونخلع عليها صفة الخلود. إن العولمة (مع ما تجلبه مع أشكال الإجحاف) من صنعنا؛ فلا يمكننا أن نقف موقف المتفرج ونشاهد الآخرين وهم يعانون ونكون في هذه الحالة مسلمين صالحين. فديننا يعلمنا أهمية العدل من خلال أساليب كثيرة. والغرض من تقسيم البشر إلى أجناس وشعوب وقبائل كما يقول القرآن هو التعارف فقط. كما أن الصورة الإسلامية لصلاة الجماعة، إضافة إلى قيمتها النفسية، تعلمنا الوحدة الضرورية للجنس البشري وتزيل كافة الحواجز التي تقف بين الإنسان وأخيه. ومن الواضح أن على الدول الغنية مسؤولية مد يد المساعدة للدول الفقيرة في هذا الشأن.

وبالنسبة لنا كخبراء معنيين بالصحة يجب علينا التعامل مع هذه الفروق في مجال الصحة والتي تقسم الأجناس والأمم والقبائل. إن القضاء على هذه الفروق يتعين أن يكون واحداً من الأولويات الكبرى لواجباتنا المهنية.

فرص وتحديات العولمة بالنسبة للعالم الإسلامي

إن العولمة تمثل أكبر تحدٍ للحكومات الإسلامية في القرنين الحالي والماضي. وثمة سؤال يواجهنا: ما نوع الإسلام الذي نريده؟

الإسلام الذي يتعامل مع تحديات العولمة أو الإسلام الذي يدير ظهره للواقع. نحن الآن في مرحلة مهمة وحاسمة في تاريخنا. بإمكاننا أن ندير ظهورنا للعالم ونغلق حدودنا ونستسلم للركود. وبإمكاننا أن ننخرط في الحدود العالمية وممارسة دورنا التاريخي الملائم. إن العولمة تضع هذه الخيارات أمام الإسلام: الأصولية أو العالمية، المجتمعات المغلقة أو العقول المتفتحة.

يجب اتخاذ قرار بشأن الاختيار بين الإسلام الأصولي والإسلام التقدمي. في كتابه البديع "إعادة بناء الفكر الديني في الإسلام" يقول فيلسوف باكستان الكبير السيد محمد إقبال "بينما تتقدم المعارف تفتح آفاق جديدة للفكر، وتصيح الأفكار الأخرى وربما الأكثر صحة... ممكنة. إن واجبنا يتمثل في المراقبة الواعية لمسار الفكر الإنساني وانتهاج موقف مستقل وحاسم نحوه." هذه الكلمات التي سُطرت منذ خمسين عاماً تلخص العولمة بصورتها المثلى.

إن الأصولية في أشكالها الكثيرة تعارض العولمة. إنها تنأى بعيداً عن التغيير عن طريق خلق نوع من الماضي المثالي (الذي لم يكن له وجود قط)، وعالم من الثوابت والحقائق المطلقة. والأصولية كما يتم تعريفها تغلق أبوابها أمام الحوار ولا تدعو إلى التسامح.

إن إسلام إقبال يدعو إلى التسامح والحوار. هذا هو نمط الإسلام الذي سمح بازدهار المجتمع في القرنين الرابع عشر والخامس عشر. وبعد هذه الحقبة أصبحت المجتمعات مغلقة ودخلت المجتمعات الإسلامية في حالة الخسوف بعد أن كانت في وقت من الأوقات مركز التقدم والعلم.

إن الإسلام في العالم المتصف بالعولمة متفتح وشامل. ما تعلمناه من إقبال هو أن فهمنا للقرآن جزئي وغير كامل. ومن خلال التسامح

والحوار فقط نستطيع أن نصل بفهمنا للإيمان إلى حد الكمال. إن تحدى المعرفة الذي أراده الله مذكور بوضوح في القرآن الذي يأمرنا بطلب العلم حتى ولو في الصين. ويبدو أن الإسلام يحدثنا هنا عن العولمة ولكننا لم ندرك ذلك.

لذلك، فإن الإسلام يمكنه إن يساهم بصورة إيجابية من خلال دعمه لقيمه الأصيلة وتضمينها في مهام وسياسات وزارات وهيئات الصحة من خلال الوسائل التالية:

- التسامح مع الآخرين واحترام مبدأ العدل بين جميع الناس.
- الحوار المستمر لترسيخ التفاهم وعلاقات التعاون فيما بين الجماعات والأمم المختلفة.

خاتمة

أخيراً وختاماً، أود أن أحدد بعض الخطوات العملية من أجل المستقبل والتي يمكن أن تجعل العولمة قوة لتحسين الصحة العامة بين الشعوب في العالم الإسلامي وأيضاً على المستوى العالمي. أولاً، رفع الشؤون الصحية ووزارة الصحة إلى نفس مستوى غيرها من الوزارات القومية المهمة. فعلى مدار القرن الماضي كانت أكثر الوزارات أهمية والتي تحظى بأغلب الموارد هي تلك المعنية بالدفاع والشؤون الحربية. وفي القرن الواحد والعشرين سوف يذهب أفضل البشر إلى مجال الصحة- وهم سوف ينالون التدريب الأفضل ويتلقون أكثر الموارد باعتبار أن الأمن القومي والعالمي سوف يُنظر إليه على أنه وثيق الصلة بشكل متزايد بسلامة وقوة القطاعات الصحية في المجتمع. ثانياً، سوف يتعين علينا الاستفادة من التجارب الجيدة والمثلى لكافة البلدان - روسيا أو الصين أو غيرها - وتبناها بوصفها تجاربنا أياً كان موقعنا. ثالثاً، سوف يكون من الضروري في مجال الصحة الاستمرار في إدخال تحسينات متواصلة في النظام وتحديث نوعية النظام بشكل دائم من خلال القيام بتعديلات تعتمد على التغيرات والإبداعات الحديثة في العلم ومزاولة الصحة العامة. وأخيراً، نحن بحاجة إلى إنجاح العولمة في قطاع الصحة وجعل الصحة أقوى وأفضل لشعوب العالم الإسلامي ولشعوب العالم برمته.

لقد تعلمنا أن المرض لا يعرف حدوداً وكذا العولمة. غير أن الوضع الحالي غير مرضٍ حيث تعمل قوى العولمة بحرية دون ما قيد

وتلقى بآثارها الضارة. والأمر يتطلب منهجاً يجمع بين العلوم السابقة واللاحقة من أجل إعادة التوازن. فالموارد وحدها ليست كافية إذ إننا نحتاج إلى تدخلات استراتيجية جيدة التخطيط تدمج وتصون وترسخ القيم الأصيلة التي تعتبر جوهرية بالنسبة للإسلام وكذلك بالنسبة للجنس البشري على وجه العموم:

- احترام الآخرين
 - المساواة بين جميع الناس
 - ساحة شريفة لمبادئ الممارسة النظيفة والتسامح والكرامة الإنسانية
- ومع تبني هذه القيم في حياتنا المهنية والشخصية سوف نفعل الكثير من أجل المساهمة في تحسين الصحة للجميع سواء في البلدان الإسلامية أو في مجتمعنا الدولي في العالم الأرحب.
- أشكركم.

المناقشات

الجلسة الحادية عشرة

الرئيس: د. عجيل النشمي

نائب الرئيس: د. جعفر عبد السلام

المقرر: د. سعد الدين هلال

المتحدثون:

الشيخ محمد المختار السلامي. د. هيثم الخياط د. جون براينت
د. محمد أختر.

الرئيس: د. سمير بانوب: أشكر سيادة الرئيس، لي تعليقان
التعليق الأول والمقدمة بالذات أضافت البعد الحقيقي وأخرجتنا ولو إلى
حد ما من الموسوعة أو المنظومة والاهتمامات التجارية بموضوع
الأدوية والمهمات الطبية ولو أنها مهمة ولكن هذه الجلسة أضافت بعدا
هاما وجديدا يحضرني في هذا تعليق. د. الخياط الذي قدم ورقة
عظيمة وجميلة لأنها متوازنة وموضوعية وشاملة وأيضا بها من التعبيرات
أو الترجمات العربية للمصطلحات ما أتمنى أن أحصل عليه هو التطرق
لموضوع الخصخصة وانسحاب الدولة من جانب الخصخصة، في
الواقع الدولة تريد من دورها في وضع السياسات والرقابة الوضع الحالي
في دول كثيرة بما فيها دول الخليج وبما فيها الدول الشيوعية السابقة
كانت الدولة تضع السياسة وتملك وتدير وتمول الخدمات الصحية وهذا
لم ينجح في أي بلد في العالم، أما الخصخصة بمعناها الحقيقي فإن

الدولة لا يمكن أن تهيمن على كل هذا ومن خلال المشاركة الفعلية مع القطاع الخاص ظهرت لنا أمثلة كثيرة في دول شرق أوروبا وإنه مع الثروات التي حدثت أعتقد بأن الخصخصة وسيلة جميلة لانسحاب الدولة من تمويل الخدمات الصحية ووقعوا في أخطاء لم يدركوها بعد بضع سنوات، الموضوع الآخر هو ما ذكره الأخ الدكتور محمد اختر ولعله أعطاكم المعلومات عن أننا في الهم شرق، في الولايات المتحدة الكثير يعاني من عدم المساواة في الخدمات الصحية، ودورنا شاق وهام كأخصائيين في صحة عامة وصحة دولية في مجابهة هذه الأحوال، وأضيف إلى ما قاله شيئاً واحداً يهم الإخوة المهتمين بالأدوية، هنا المواطن الأمريكي يدفع في الدواء من ٣٠ إلى ٥٠٪ من ثمن الدواء في الخارج وتتذرع الشركات الدوائية بأننا لكي نقدر على المنافسة في الخارج يجب أن يدفع المواطن الأمريكي ثمن هذا، وهذا الثمن ليس بقليل، المواطن الأمريكي يدفع من جيبه الخاص في التأمين الصحي مبلغ وصلت تكلفة العلاج ٤٢٠٠ دولار في السنة ويحضرني في الشيء الأخير في كلامي أن الأبحاث أفادت أن المسنين الذين شملهم برنامج رعاية المسنين أثبتت أن كثيراً منهم لا يعطون الأدوية قد يتم الاختيار بين الطعام وبين الدواء لكي يشتري الدواء، الانتخابات الأخيرة كان موضوعها إعطاء الدواء للمسنين هو الموضوع الوحيد الذي يتفق عليه مرشحو الحزبين وسرعان ما انهار هذا الاتفاق، هم طبعاً لم يتحدثوا عن غير المؤمن عليهم ومشاكل الرعاية الصحية ومشاكل الرعاية المزممة إنما اتفقوا على الدواء للمسنين ولم نسمع أبداً بعد هذا أي خبر وأسقطوه بحجة الاهتمام بهجوم سبتمبر وإلى آخره شكراً سيادة الرئيس.

د. عبد العزيز صالح شكراً سيدي الرئيس من الصعب على الإنسان أن يعلق على مثل هذه المحاضرات القيمة التي عرضت بشكل متعمق في الجوانب الأخلاقية التي نتمنى أن تتسم بها حركة العولمة

أشار أستاذنا د. محمد هيثم الخياط إلى أننا يجب أن نحاول أن نؤثر على حركة العولمة من الداخل وأيضا د. براينت ركز على مفهوم العدالة لأنه لكي نتمكن من خلق عولمة لها أساس أخلاقي فلا بد من التركيز على مفهوم المساواة والعدالة، في الحقيقة لو تفضل أستاذنا الدكتور خياط وتحدث عن مبادرة المكتب الإقليمي لتلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، التي نرى أنها مبادرة تحقق وتعطي لحركة العولمة مفهومها الإنساني، والحقيقة أنا استمتعت بمحاضرة الدكتور وأرجو أن لا يغضب مني لو قلت إنني استمتعت بالجزء البرشول، الحقيقة أنني سعيد بهذا العرض ونحن نؤمن أن الفرد الأمريكي مثل بقية الناس في العالم وأن مثل هذا له دور مهم جدا وكما عرضت حضرتك في الآخر أنه لا بد على المستوى العالمي أن يكون هناك تعاون وتنسيق بين كافة المهتمين بالأمور العالمية، سؤالي كيف يمكن أن نزيد من هذا التعاون بين الجمعيات والمؤسسات الموجودة في الدول النامية؟ شكرا سيادة الرئيس.

شكرا الآن د. مراد هوفمان: سيدي الرئيس هذه الندوة ليست عن الفقر ولكن الفقر أثير أثناء المناقشات وبخاصة اليوم فيما يتصل بالعدل والمساواة ولقد طلب من الناس أن تحاول تحديد مسببات عدم المساواة والمحددات الاجتماعية في ذلك الفقر، ولي بعض الملاحظات وآمل أن يعارضني البعض، إنه كلما حاولنا تحليل مسببات الفقر في العالم الإسلامي نجد أننا نتطرق إلى مسببات خارجية ورأس مالية، إن الفكرة الرئيسية تتسم بالفقر لأننا نعتمد على الآخرين، لماذا نعتمد على الآخرين لأننا فقراء لماذا نحن فقراء لأننا مكبلون بالديون لماذا نرجع هذا إلى الفقر؟ لماذا نحن فقراء؟ لأننا تعرضنا للاستعمار لماذا تعرضنا للاستعمار؟ أعتقد أن المسلمين لا يجب أن يتطرقوا إلى الفقر لأنه قدر مكتوب لأن الفقر له مسببات محددة، كذلك نتائج خاصة بتلك

المسببات وهذه الأسباب هي عدم القدرة على التوافق مع المبادئ الرئيسية الديمغرافية للإسلام ألا وهي الشورى التي تؤدي إلى التقدم وكذلك عدم الإخفاق في الحد من الفساد والرفاهية والافتقار للعدل والافتقار إلى الحماية القانونية التي تصاحبه أعتقد أن الفقر يستمر فينهش في تلك البلدان طالما أننا نعزو الفقر لمسببات خارجية والخاصة أن الإسلام هو الحل حتى في المجال الطبي، وشكرا لحسن استماعكم. شكرا د. مراد، الآن الكلمة للدكتور محمد السمان.

الدكتور محمد السمان: بسم الله والحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله شكرا جزيلاً للمحاضرين، هناك مداخلة تتضمن سؤالاً إلى الأستاذ الدكتور محمد هيثم الخياط باختصار شديد، العالمية كما تعلمون في الإسلام هي صفة ملازمة له، صفة لهذا الدين وهو دين عالمي بنص وصریح القرآن، ﴿وما أرسلناك إلا رحمة للعالمين﴾، ﴿وأرسلناك للناس كافة﴾ وهو دين بشري دين فطرة والذي أثبت ذلك خروج الإسلام من الجزيرة ودخول الأمم والشعوب الأخرى فيه فاحتواها لكن الفرق بين عالمية الإسلام والعولمة أن الإسلام حمل رسالة الحق إلى الإنسان ولم يجتث أصول حضارة هذا الإنسان أو جذوره أو طبائعه أو أخلاقياته ولم يفرض عليه نمط حياة معينة يخالف أنماط حياته إلا ما كان يصادم الإسلام في مصلحة للبشر أثبتتها ووضعها، مثلاً الرسول صلى الله عليه وسلم حينما كانت تأتيه الوفود من خارج الجزيرة لم يطالبهم بتغيير أزيائهم بعد إسلامهم بل تركهم على ما هم عليه وحدد لهم أسساً عامة كمبادئ مثل تحديد العورة وغيرها، لهذا فالمحافظة على الثقافة العامة الموجودة في البلاد التي فتحها المسلمون يحترمها الإسلام ولذلك مثلاً في بلاد فارس، الإسلام هو الإسلام، أما الثقافة والنمط السلوكي الفارسي ولا مانع من ذلك إن لم يصادم الإسلام، كذلك الوضع في الهند والمغرب وما إلى ذلك

وهذا يتمثل في قوله صلى الله عليه وسلم: «أنتم أعلم بأمور دنياكم»، الإسلام ليس رسالة متسلطة على حضارة الناس ولا على ثقافة ولا على خصوصيات مثل ما نراه الآن في العالم الإسلامي والعالم العربي من مسخ ويتمثل ذلك في جولة في شوارع دول كثيرة إسلامية نجد للأسف الكثير من الشباب بدأوا يقلدون ووضعوا فيما قاله الرسول صلى الله عليه وسلم تتداعى عليكم الأمم إلى آخر الحديث الذي تعلمونه ولذلك نال الإسلام هذه المكانة العالمية من خلال احترامه لخصوصيات الناس بما لم يتصادم مع هذا الدين والوقوف عند المبادئ العامة والأحكام المحددة التي يعيش بها المسلم في أي مجتمع أو في تنظيم علاقات المسلم مع المسلم أو في علاقات مسلم مع المجتمع الذي يعيش فيه كان ما كان ذلك المجتمع بلا قهر ولا تصلب. السؤال هناك مقولة تقول إن العولمة هي فرض ثقافة وأسلوب حضارة معينة على العالم وهذا لا يفرض إلا بعد أن تمحي شخصيات وثقافة هذه الأمم وهذا مصداق لحديث رسول الله صلى الله عليه وسلم كما ذكرنا سابقا تتداعى عليكم الأمم إلى آخر الحديث فالغرب لا يريدون مساعدة الأمم الأخرى للتخلص من مشكلة الفقر أو غيرها إنما يريد أن نلبس وتستهلك ما ينتج ونرى ما ينتج من أفلام وما يصدره من أخلاقيات ومن طبائع وما إلى ذلك هذه مقولة أحد المفكرين يقول، الغرب يريد فرض ثقافة المركز على الأطراف فالعولمة تريد أن تجعل من دولة ما أو من جهة ما مركزا لبقية الحضارات والعالم يصبح بعد ذلك أطرافا تابعة لها وبالتالي يجب أن تفرض حضارة المركز على الأطراف فما رأيكم في هذا جزاكم الله خيرا. شكرا إلى الدكتور محمد أبو بكر السمان. نعطي الآن وقتا للإخوة أصحاب الأبحاث إذا أرادوا أن يعلقوا على ما قيل. الشيخ محمد المختار السلامي.

الشيخ محمد المختار السلامي: بسم الله الرحمن الرحيم شكرا

سيدي الرئيس على إتاحة الكلمة لمواصلة بيان ما أردت إبلاغه أولاً ما أثير كان ما أثاره د. عجيل النشمي رئيس الجلسة من أن العولمة من الصعب أن يقنعه بمفهومها والبحث عن حقيقة العولمة هو غير ممكن أن يصل إلى غاية ذلك، إن العولمة نتيجة أمرين الأمر الأول هو التقدم التكنولوجي في الإعلام وفي وسائل الاتصال الذي استطاع أن يجمع بين الشعوب ويختصر الزمان والمكان، الناحية الثانية وأنه بعد أن كان الغرب قد أقام حدوداً عازلة وقوية وممانعة ووقع جراء ذلك في حروب متتالية انتهى بواسطة مخالفة طبيعة هذه الحدود للتقدم العلمي والتقنية التي حصلت في الاتصال أراد أن يحدث هذه العوازل بينه وذلك بواسطة اتفاقيات، هذه الاتفاقيات تنمو كل يوم وتراجع كل يوم وتزداد اتفاقيات إلى اتفاقيات أخرى الناحيتان ناحية التقدم التقني والعزمي في ميدان الاتصال هو مع الحدث الحدود هو الذي أعبر عنه بالعولمة هذه العولمة في تغير كل يوم ومن شأن الحدود أن تبين وتعرف أن نبين الأشياء الثانية التي وصلت إلى نهاية لا الأشياء المتطورة النامية التي تحول كل يوم. أخي الدكتور مراد تحدث عن هذه الحلقة المفرغة من الفقر ومن التعليقات التي ربما تسمع من البعض لكن في الواقع ما سمعته من المفكرين المسلمين أنهم يردون سبب الفقر إلى العوامل الخارجية ولكنهم يقولون إنه هنا شامل أمرين نشأ من العامل الخارجي فلا شك أن الاستعمار الذي دام قروناً للعالم الإسلامي والذي عطل التطور الذي ابتدأ في العالم الإسلامي وأن أضرب مثلاً على هذا أنا من تونس وفي تونس يوجد على بعد ١٥ ك من العاصمة التونسية المصنع الأول للنسيج الذي أنشئ عام ١٨٥٠ ولا زال حتى الآن ولكن مجرد ما دخل الاستعمار أول شيء عمله أنه عطل هذه الصناعة وأوجب على التونسي أن يشتري المصنوعات الواردة من عنده فهذا الزمن الذي جرى فيه الغرب لأنه تطورت الصناعة الغربية شيء فشيء إلى أن وصلت إلى

ما هي عليه الآن عند فترة من قرن أو قرن ونصف هي فترة اختناق أو خنق إلى التطور الذي كان ينبغي أن يسير عليه العالم والشعوب بالنهضة ابتدأت في الوقت الذي حقق فيه الاستعمار كل تطلعات النهضة ونعفوا كما وقع في مصر وما وقع في الشام وما وقع في غير البلدان الإسلامية التي حاولت أن تنهض ولكن حينما جسم عليها الاستعمار حال بينها وبين كل ما كان في تونس والمصنع واحد فلما خرج الاستعمار بدأت المصانع. ثانيا الكلمة التي يقولوها المسلمون كلمة واحدة وهي أن الإسلام حجة على المسلمين وليس المسلمون حجة على الإسلام وشكرا.

شكرا لفضيلة الشيخ محمد المختار السلامي والآن د. الخياط .

د. الخياط: شكرا سيدي الرئيس أحب أن أبدأ مما انتهى إليه شيخنا الجليل من تعليق على كلام الأخ الدكتور مراد هوفمان وأحب أن أذكر أن القضية مزدوجة، الأمة الإسلامية استعمرت لأن فيها قابلية للاستعمار لأنها وصلت في تراجعها إلى أن تصبح قابلة للاستعمار كما كان يقول أخونا المفكر الكبير مالك بن نبي رحمة الله عليه وهذا يشبه في الطب ما يسمى بوجود المستقبلات على الخلايا فالخلايا أتت عليها مستقبلات تستطيع أن ترتبط بالمادة المغيرة هذه مجرد وجود المادة المغيرة يجعلها تفتحها كما يفتح المفتاح القفل وتؤثر فيها فإذا هناك جزء نحن مسؤولون عنه، لكن بالمقابل هناك جزء آخر مسؤولة عنه هذه المؤسسات التي أتت إلى استعمار هذه البلدان والتي يهملها حتى تستطيع أن تبقى مستغلة لخيرات هذه البلدان أن تبقى على حالة التخلف التي أدت إلى ما حصل وأن تبقى على هذه المستقبلات سليمة حتى تستطيع أن تبقى دائما مستعدة بهذا الاستقبال ومن هنا أحب أن أتعرض بشكل سريع إلى ما تقوم به الشركات الضخمة الشركات العملاقة هذه التي ترسم سياسة العالم في حقيقة الأمر إن هذه الشركات الكبيرة التي

تمسك الآن بالزمم هي التي توجه الأمر، نحن لا نستطيع أن نتحدث عما حدث على سبيل المثال في أفغانستان دون أن نذكر أيضا أن صناعة السلاح كان يهملها جدا أن تقوم بتجديد الذخيرة من الأسلحة التي بقيت مدة طويلة دون تجديد مما أدى إلى انخفاض واردات شركات الأسلحة ومن أجل ذلك حرصت على أن تستهلك كل السلاح الموجود في مخزنتها وهذا في بداية الأمر، وزير الدفاع الأمريكي حينما طلب من الكونجرس ١٠ مليارات دولار إضافية إلى السلاح رفض الكونجرس في البداية لكن حينما حصلت هذه العملية ارتفع الذي حدده الكونجرس من ٨٠ بليون دولار دافع تلقائيا عليها من أجل تجديد السلاح لأنه رفض في البداية على أن السلاح موجود في المخازن، لكن حينما فرغت المخازن من الأسلحة فإن الكونجرس وافق برحابة الصدر نفس الشيء نقوله عن الشركات الأخرى التي يهملها في الدرجة الأولى أن تزيد من مواردها المالية المختلفة بشتى السبل ودون أن يكون للعامل الأخلاقي دور أساسي في رسم المسار الذي تسير عليه من أجل أن تصل إلى مخزنتها، لي ملاحظة على هامش ما تفضلتم به موضوع الخصخصة وانسحاب الدولة، الحقيقة أن الدولة لم تحاول أن تربط كثيرا بين الخصخصة وبين أن تنسحب الدولة لكن الذي نخشاه أن كثيرا من البلدان بدأت تجد من مصلحتها أن تخفف من هذه المسؤولية تجاه الناس، طبعا هناك جزء لم تستطع الدولة تخصيص شيء منه أبدا هي قضية الصحة العامة في موضوع الصحة العمومية، هذا واجب الدولة ولا يستطيع غيرها أن يقوم به ولو أنها في الأصل غير مهتمة به على الوجه الأكمل هناك تقصير مبدئي ومن الضروري أن نركز أيضا على هذا البعد من أجل أن نحاول إصلاح هذا الموقف لأن إصلاح الصحة العامة يصلح في حقيقة الأمر كل الوضع بشكل عام وقد تحدث الأخ د. براينت عن موضوع الرعاية الصحية الأولية والمؤتمر الذي عقد سنة

١٩٧٨ وكيف أن هذا المؤتمر وضع الأسس للعدالة في توزيع الرعاية الصحية هذه الأسس التي تقوم على مبادئ مهمة جدا إذا بينت وإذا أخذ بها وفي طليعتها موضوع مشاركة المجتمع نفسه في الرعاية الصحية بدلا من أن تقوم الدولة بهذه المهمة بحيث أن تبقى الدولة داعمة للعمل، ويكون المجتمع هو المسؤول الأساسي وهذه فكرة تقدميه جدا لكن مع الأسف لم تنجح حتى الآن النجاح الذي كان متوقعا، الأمر الآخر هو التعاون بين القطاعات المختلفة استعمال التكنولوجيا الملائمة، التكنولوجيا التي لا يشترط أن تكون معقدة ولا يشترط أن تكون غالية الثمن والتعاون على الصعيد الدولي هذه المبادئ المهمة جدا في حقيقة الأمر لم تطبق كما ينبغي، من أجل ذلك حينما وقفنا بعد ٢٠ عاما نلاحظ ما فعلناه وجدنا أننا قد أخفقنا إخفاقا ذريعا في تحقيق الرعاية الصحية الأولية وهذا الذي حدا بنا في المكتب الإقليمي لمنطقة شرق المتوسط إلى البحث عن سبل أخرى مبادرات أخرى عن مبادرات مبتكرة تستطيع أن تحقق أمثال هذه الأشياء، الشيء الذي أشار إليه أخونا د. عبد العزيز صالح أعتقد أنها مبادرة جيدة وأنها تحاول أن تقلب المفهوم قليلا فيما يتعلق بقضية القابلية للاستعمار لأنها الخطوة الأولى لأن يعتمد الإنسان على ذاته دون أن يستغني بالطبع عن الآخرين تماما دون أن يلغى الآخر ولكن أن يبدأ على الأقل بشيء على الاعتماد، هذه محاولة في الصومال ذهبنا إلى الأطراف إلى المناطق البدوية والمناطق البدائية واجتمعنا مع الأهالي وبصورة خاصة كبار القوم ولكن عادة يشترك فيها الجميع ثم سألناهم حددوا أولويات فحددوا الأولويات على الوجه التالي الأولوية الأولى (١) الماء (٢) الغذاء (٣) المسكن (٤) صحة حيواناتهم (٥) صحة البشر، فإذا جاءت صحة البشر في المرتبة الخامسة نحن لم نعترض على ذلك إطلاقا لأنهم كما قال النبي صلى الله عليه وسلم أنتم أعلم بأمور دنياكم وهذه هي الروح

الديمقراطية الحقيقية، الناس على هذا المستوى هم أعلم بأمر دنياهم، النقطة الثانية أن كل هذه الأمور تصب في مصلحة الصحة لأن الماء إذا تحسن والغذاء إذا تحسن فذلك سوف يصيب، سألناهم كيف يريدون أن يحققوا هذا الأشياء على الوجه الأكمل إننا تعودنا أن الحكومات على سبيل المثال أو السلطات الصحية تقول للناس نحن أعلم بأمركم منكم نحن أعلم بأمر دنياكم يجب أن تفعلوا كذا لينصلح وضعكم إلى آخره في حين أن منطلقنا كان هو مشاركة مجتمع مشاركة حقيقية بل أن يأخذ المجتمع هذه المبادرة وقاموا بتحديد ما الذي يفعلونه، فلان يحضر يومين وفلان يحضر أربعة أيام من أجل حفر الآبار سألناهم ما الذي يريدونه منا قالوا مثلا جلب بعض المضخات أو وسائل الحفر، سنعطيك هذه الأشياء على شكل قرض حسن بلا فائدة وتردونه بعد ثلاث سنوات وقلنا سنعلمكم وسيلة لاستدرار الدخل تستطيعون بها أن تولدوا وتعيدوا هذا المبلغ فأعادوا المبلغ إلينا بعد ستة أشهر والآبار التي حفروها بلغت ٢١ بئرا بعد ذلك قامت الحرب الأهلية في الصومال في تلك المنطقة، وعلى الرغم من ذلك فما زالت هذه الآبار الإحدى والعشرون حتى اليوم تعمل وما زالت وسائل استدرار الدخل تعمل شعورا بملكية هذه الأمور وهذا جعلهم يدافعون عنها وجعلهم يشعرون بالمشاركة الحقيقية في ملكية الأمر وفي مسؤوليتهم عن البلد وهذه في اعتقادي خطوة مهمة جدا من خطوات الديمقراطية بل إنها أكثر من الديمقراطية فهي تصل إلى مرحلة الشورى الذي تفضل بها د. مراد هوفمان لأن الشورى تختلف عن الديمقراطية باختلاف أن يكون للإنسان صوت أو يكون له رأي أو قول، الديمقراطية الحديثة أن يكون للإنسان صوت هو ينتخب من يمثله ليقوم بعد ذلك بما فوضه به أما في الشورى الإسلامية فالإنسان له الرأي في كل صغيرة وكبيرة ومن أجل ذلك عدنا إلى هؤلاء الناس فأخذنا رأيهم في هذه الأشياء الصغيرة

كالذي يتحقق في سويسرا، كثيرة هي الأمور التي من أجلها يقام استفتاء من أجل تقرير موقف من المواقف حفر قناة بحيرة جنيف، أو بناء جسر أو بما يشبه ذلك يقام من أجلها استفتاء، والناس جميعا يشاركون في إبداء الرأي وفي القرار بحد ذاته هذه المحاولة التي بدأنها وعممناها بعد ذلك على كثير من بلدان الإقليم وكل بلد من بلدان الإقليم كانت له مبتكراته وأصالته هناك مفكرون ووسائل من أجل تحقيق تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية وهذا ساهم أولا في توليد روح الديمقراطية الحقيقية التي بدأت تغير في الناس والله سبحانه وتعالى يقول في كتابه الكريم " إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم " غير الناس ما بأنفسهم بدأوا يشعرون بواجبهم في كثير من الأعمال ومن حملتها مسؤولياتهم عن صحتهم بدأوا يتولون مسؤولية صحتهم في الصومال حين حصلت الحرب الأهلية موضوع التطبيب لم يتأثر على الإطلاق، الطيب كان يأخذ مرتبا من الدولة فصار يأخذ ما يكفي حياته بالطرق القديمة التاريخية كذا بيضة أو دجاجة وما شابه ذلك السلع العادية المألوفة وكان أهل القرية يؤمنون له هذه الأشياء وهو يؤمن لهم التطبيب ويساهم لهم في توفير الدواء وما شابه ذلك هذا النمط من التجارب التي تغير من نفسية الإنسان من مرحلة ومن مرتبة اليد السفلى التي تأخذ دائما إلى مرتبة اليد العليا اليد التي تتحمل المسؤولية وتقوم بالواجب هذا في اعتقادي نقلة كبيرة أعتقد أنها يمكن أن تساعدنا مساعدة كبيرة في حل دور المشكلة على المدى البعيد قد لا يكون لها مفعول فوري ولكن سوف يكون لها مفعول جيد بإذن الله، قضية فرض الأسلوب الثقافي المعين على العالم في الحقيقة كل فئة تحب أن تعرض ثقافتها على العالم لأن كل فئة تعتقد أن ثقافتها خير من ثقافة الآخرين، طريقة القرض هذه تختلف لكن كونها تريد أن تبشر بهذه الثقافة وأنها تريد أن تعمم هذه الثقافة ما استطاعت هذا أمر طبيعي في

كل الأمم، المهم في موضوع العولمة الحالي كما في العولمات السابقة هي النقطة الأساسية، قضية الانفتاح أنا في اعتقادي العولمة هي انفتاح اقتصادي . اجتماعي . ثقافي، وهي نوع من الدمج إن هذه الثقافات تندمج في حضارة واحدة تبقى على زاويتها بقدر المستطاع، القضية مقدار الحصانة التي تحدث عنها الدكتور مراد هوفمان، كم قدمنا لهذه البلدان حتى تستطيع أن تقف في وجه الثقافات الوافدة لأنه ليس بالضروري أن تكون الثقافات الوافدة سيئة وليس بالضروري أن تكون خيرة حتى تستطيع أن تميز بين الخير والشر ينبغي أن نكون قد حصناها تحصينا كافيا وبعد ذلك تكون كما قال الرافي رحمه الله في اللهب ولا يحترق والأهم من هذا أن تستطيع هذه الأمم أن تحصن بالشكل الذي تستطيع فيه أن تحميها ذاتها. وشكرا.

اليوم الخامس

الأربعاء ٢٧/٣/٢٠٠٢م

الجلسة العلمية الثانية عشرة
"تابع الجوانب الأخلاقية من منظور
إسلامي وضرورة توفير الدواء للمواطنين"
(الجزء الثاني)

الرئيس: الدكتور جون براينت

نائب الرئيس: الدكتور محمد أختر

مقرر الجلسة: أ. مأمون الحاج

المتحدثون:

١ - الدكتور جعفر عبد السلام

٢ - الدكتور عمار الطالبي

٣ - الدكتور طلال عتريس

العولمة وحق الإنسان المسلم في البيئة الصحية المناسبة

الأستاذ الدكتور جعفر عبد السلام

الأمين العام لرابطة الجامعات الإسلامية

العولمة وحق الإنسان المسلم في البيئة الصحية المناسبة

الأستاذ الدكتور

جعفر عبد السلام

الأمين العام لرابطة الجامعات الإسلامية

مقدمة

قدمت الثورة الفرنسية للمجتمع الأوروبي في العصور الحديثة وعلى وجه التحديد في بداية القرن التاسع عشر، الطائفة الأولى لحقوق الإنسان والتي تبين أنها لا تتطلب من الدولة سوى السماح للفرد بحرية العمل وحرية التصرف دون تدخل منها يفسد التمتع بالحقوق وممارستها. وبعد الحرب العالمية الثانية قدمت الأمم المتحدة للعالم وثيقة حقوق الإنسان بأجزائها الثلاثة (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ١٩٨٤، العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية ١٩٦٦ والعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية). وبذلت جهوداً كبيرة طوال القرن العشرين من قبل الأمم المتحدة والأجهزة واللجان العديدة التي شكلتها لبلورة حقوق الإنسان وإحالتها من مبادئ عامة إلى قواعد محددة تصلح للتطبيق ويجازى من يخالف أحكامها. كما تقدمت الأمم المتحدة في مجال التطبيق الفعلي للحقوق والحريات التي تضمنتها الوثيقة وعلى

وجه الخصوص في مجال تطبيق حق تقرير المصير على الأقاليم التي كانت مستعمرات سابقة، وتحرر العديد من الدول في آسيا وإفريقيا نتيجة هذه الجهود.

على أن التطورات العديدة التي شهدتها الإنسانية على مدى هذا القرن قد غيرت الواقع وأثرت على أسلوب الحياة، وأوجدت حقائق جديدة لا يمكن تجاهلها بالنسبة لممارسة الحقوق التقليدية التي تضمنتها الوثائق والدساتير الخاصة بمختلف الدول ومن ثم كان الاهتمام بإيجاد جيل ثالث من أجيال حقوق الإنسان هو ما عرف اصطلاحاً بحقوق التضامن، تلك الحقوق التي لا يمكن أن تمارس إلا بشكل جماعي من ناحية، والتي لا يمكن لدولة واحدة من الدول النامية أن تمارسها بمفردها وإنما يحتاج كفالتها للشعوب أن تتضامن الدول في المجتمع الدولي لتحقيقها، وقد أعلن الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان هذه الحقوق وفي مقدمتها حق الشعوب في السلام، وحقها في التنمية وحقها في بيئة صحية مناسبة.

ولما كانت العولمة تهتم بالانفتاح العالمي بين مختلف دول العالم، وتسعى إلى إزالة الحدود بينها، وتحقيق الحريات السياسية والاقتصادية في العالم، فإنها من هذا المنطلق تفتح الباب واسعاً للتعاون الدولي لتحقيق حقوق التضامن لكافة الشعوب. ولكن يبقى ألا يتعارض التنظير مع الواقع، وهو ما وضح بالفعل في السنوات الأخيرة التي مرت بنا من إطلاق صيحة العولمة، وجعلها تركز المزيد من المزايا للدول المتقدمة، وتصدر المزيد من المشكلات للدول النامية أو دول العالم الثالث بشكل خاص، مما جعل الكثير من المفكرين يقاومون العولمة، بل دفع حركات شعبية عديدة للتظاهر ضدها أثناء اجتماعات جرت في سياتل، وجنوا بل والدوحة.

ومن هنا تبدو الأهمية الفائقة للمؤتمر الذي تنظمه المنظمة

الإسلامية للعلوم الطبية لبحث أثر العولمة على التنمية وخاصة الجوانب الصحية منها. وقد رأيت أن أسهم في هذا المؤتمر لتوضيح أحد الجوانب المهمة للقضية، وهو الجانب المتصل بحق الإنسان في أن يعيش في بيئة سليمة. وعالجت الوثائق والقرارات التي تؤكد هذا الحق في القانون الدولي وفي الشريعة الإسلامية. ومن ثم رأيت تقسيم هذا البحث إلى ثلاثة أقسام على النحو الآتي:

- القسم الأول: سأعالج فيه حق الإنسان في بيئة صحية سليمة من منظور قانوني.
- القسم الثاني: سأعالج فيه حق الإنسان في بيئة صحية من منظور الشريعة الإسلامية.
- القسم الثالث: العولمة وحق الإنسان في بيئة سليمة وأرجو الله أن يوفقني في تقديم عمل علمي يوضح أبعاد هذه المسألة المهمة. والله ولي التوفيق،

القسم الأول

حق الإنسان في بيئة صحية سليمة

أولاً: حقوق التضامن:

أعلنت العديد من المواثيق الدولية طائفة جديدة من حقوق الإنسان هي ما يعرف بحقوق التضامن على أساس أنها تمثل الجيل الثالث من أجيال حقوق الإنسان باعتبار أن الجيل الأول، هو الحقوق اللصيقة بشخصية الإنسان والتي لا يمكن أن يحيا حياة كريمة بدونها، وأول هذه الحقوق هو حق الحياة، ثم الحق في الحرية والحق في سلامة شخصه، ثم الحق في التقاضي وما يتفرع عنه من حقوق أخرى تثبت للشخص عند اتهامه بجريمة معينة أو عند لجوئه للقضاء مثل حقه في أن تنظر قضيته أمام محكمة مستقلة، واعتبار الإنسان بريئاً حتى تثبت إدانته قانوناً عن طريق محاكمة علنية تؤمن له فيها الضمانات الضرورية للدفاع عنه إلى آخر هذه الطائفة الواسعة من الحقوق التي استقرت في ضمير الإنسانية وتضمنتها سائر الدساتير المختلفة، وجاءت في الوثيقة الدولية لحقوق الإنسان، وقد ربطها فريق من الفقه الفرنسي بالمبدأ الأول من مبادئ الثورة الفرنسية وهو الحرية.

والجيل الثاني لحقوق الإنسان هو طائفة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، وهي وجدت بعد الطائفة الأولى، لأن الطائفة الأولى لا تحتاج في قيامها إلى تدخل الدولة، بل العكس، إنها تحتاج إلى عدم تدخلها إلا لضبط الممارسة ومنع التعارض بين الأفراد في التمتع بها.

أما هذه الطائفة فهي تحتاج إلى تدخل إيجابي من الدولة بهدف تقديم خدمات وأفعال تتيح للأفراد أن يتمتعوا بهذه الحقوق، أو على الأقل تساعدهم بشكل جدي على التمتع بها وممارستها. وأول هذه الحقوق هو حق العمل. وهو يعنى؛ حق الدول الأطراف في العهد الحالي في العمل الذي يتضمن حق كل فرد في أن تكون أمامه فرصة كسب معيشته عن طريق العمل الذي يختاره أو يقبله بحرية. وتتخذ هذه الدول الخطوات المناسبة لتأمين هذا الحق".

ولا أدل من ضرورة التدخل الإيجابي للدولة لنيل هذا الحق مما ورد في الفقرة الثانية من المادة السادسة من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية من أنه: «تشمل الخطوات التي تتخذها أي من الدول الأطراف في العهد الحالي للوصول إلى تحقيق كامل لهذا الحق برامج وسياسيات ووسائل للإرشاد وتدريباً فنياً ومهنياً من أجل تحقيق نمو اقتصادي واجتماعي وثقافي مطرد وعمالة كاملة ومنتجة في ظل شروط تؤمن للفرد حرياته السياسية والاقتصادية".

والحق الثاني في هذه الطائفة من الحقوق هو حق الفرد في الضمان الاجتماعي، والحق الثالث حق الفرد في مستوى معيشي مناسب لنفسه ولعائلته بما في ذلك الغذاء المناسب والملبس والسكن.

ويدخل في هذه الطائفة من الحقوق الحق في التعليم وفي الثقافة، وفي الحياة في ظل أسرة قويمه، إلى غير ذلك من الحقوق التي نجد تفصيلاً واسعاً لها في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية الصادر عن الأمم المتحدة عام ١٩٦٦.

ويهمنا في هذه الورقة أن نركز على الجيل الثالث من أجيال حقوق الإنسان أو ما يعرف بحقوق التضامن وتتميز هذه الحقوق بما يلي:

(١) أنها تحتاج إلى التعاون بين مختلف الدول والشعوب لضمان قيامها ولكفالة تمتع الأفراد بها.

وهكذا نرى أن جهود الدولة وحدها لا يمكن أن توفرها، بل يجب أن تتضافر الجهود الدولية لكفالتها ونقصد بالجهود الدولية هنا، جهود الدول، والمنظمات الدولية، وعلى رأسها الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة، بل والمنظمات الإقليمية كذلك.

(٢) أنها تفترض تعاوناً كبيراً، بل ووجود نوع من التكافل بين الأسرة الدولية. أنها لا تفترض تخلي الدول عن السلبية والعيش داخل حدودها فحسب، بل تفترض تغييراً في بناء القانون الدولي التقليدي وأهدافه، فلم يعد مقبولاً أن يكون هدف القانون الدولي إبعاد الدول عن بعضها البعض حتى لا تتحارب، بل هدفه الآن تقريب الدول من بعضها البعض حتى تتعاون، وحتى تحقق المصالح المشتركة بينها.

(٣) إن هذه الطائفة الجديدة من الحقوق تتطلب الاعتراف بالدول النامية أو دول العالم الثالث كأشخاص قانونيين يحتاجون إلى حماية خاصة. إنها الآن الطرف الضعيف في العلاقات الدولية. وبالتالي لا يمكن إقرار قواعد عامة تطبق على كل الدول في المجالات التي تعالجها حقوق التضامن.

ولشرح هذه المسألة نقول إن هناك هوة واسعة في الدخول بين مجموعة الدول المتقدمة ومجموعة الدول النامية. فالدول المتقدمة وعددها حوالي ٨١ دولة في العالم تحصل تقريبا على ٨٠٪ من إجمالي الدخل العالمي بينما باقي الدول وهي حوالي ١٨ دولة تحصل على الباقي وهو ٢٠٪، ويصاحب الفقر المنتشر في الدول النامية أعداء الإنسانية المعروفين وهما الجهل والمرض؛ وبالتالي فهي تحتاج إلى قواعد تعاملها معاملة تراعى ظروفها في العلاقات الدولية.

وقد بدأت تتكون قواعد دولية في مجال توزيع التراث المشترك

للإنسانية من ثروات أعالي البحار تقرر امتيازات خاصة للدول النامية ووصولها على نصيب من الثروات غير الحية مثلاً حتى ولو لم تكن لديها القدرات على الاستغلال الفني لهذا التراث. كما بدأت توجد قواعد تميز لصالحها في التجارة الدولية بإعطاء حماية خاصة لأسعار المواد الأولية التي تخصص في إنتاجها وتشجيعها على إقامة الاتحادات التجارية والتكتلات الاقتصادية لهذا الخصوص.

(٤) إن هذه الحقوق تحتاج إلى تقديم مساعدات من الدول الغنية إلى الدول الفقيرة. وهذه المساعدات يجب أن تشمل:

أ - تدفقاً نقدياً من أموال الدول الغنية إلى الدول الفقيرة بما لا يقل عن ١٪ من دخل الدول الغنية كما ورد في أكثر من توصية للجمعية العامة للأمم المتحدة.

ب - مساعدات فنية لمساعدة الدول النامية على إقامة مشروعات البنية الأساسية والإسراع بجهود التنمية فيها حتى تستطيع أن تنتج الغذاء والكساء والدواء التي تحتاج إليها شعوبها.

ج - مساعدات عن طريق التجارة وهي كثيرة، منها تسعير منتجاتها من المواد الأولية تسعيراً عادلاً، ورفع القيود المفروضة على تصدير منتجاتها إلى الدول الغنية، وعدم إغراق أسواقها بمنتجات تنافس منتجاتها. وبالجمله يجب ألا تخضع الدول النامية لقواعد المساواة والمنافسة الحرة في المجال التجاري الدولي لأن المساواة هنا لا تكون بين متكافئين، وبالتالي تحمل الدول النامية بمسؤوليات لا تقدر على الوفاء بها.

ثانياً: الحق في بيئة صحية سليمة في منظومة حقوق التضامن:

تضمن الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب سبقاً عن المواثيق الدولية الأخرى فيما يتصل بحقوق التضامن، ربما لظروف

القارة الأفريقية التي يسود فيها التخلف الاقتصادي والاجتماعي والسياسي وما تفرضه هذه الظروف من الحاجة إلى التضامن والتعاون الدوليين لتنمية القارة الأفريقية، ولكفالة التمتع بمختلف الحقوق والحريات المقررة في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، سواء الفردية أو الجماعية. ويتضح ذلك مما جاء في ديباجة؛ الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب. فقد جاء به أن الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الأفريقية إذ تؤكد مجددا تعهداتها الرسمي الوارد في المادة (٢) من الميثاق بإزالة جميع أشكال الاستعمار من إفريقيا وتنسيق وتكثيف تعاونها وجهودها لتوفير ظروف حياة أفضل لشعوب إفريقيا وتنمية التعاون الدولي آخذة في الحسبان ميثاق منظمة الأمم المتحدة والإعلان العالمي لحقوق الإنسان.. وإذ تعرب عن اقتناعها بأنه أصبح من الضروري كفالة اهتمام خاص للحق في التنمية وبأن الحقوق المدنية والسياسية لا يمكن فصلهما عن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية..".

وقد صاغ الميثاق حقوق التضامن على النحو الآتي:

مادة (٢٠):

- ١- لكل شعب الحق في الوجود ولكل شعب حق مطلق وثابت في تقرير مصيره وله أن يحدد بحرية وضعه السياسي وأن يكفل تنميته الاقتصادية والاجتماعية على النحو الذي يختاره بمحض إرادته.
- ٢ - للشعوب المستعمرة المقهورة الحق في أن تحرر نفسها من إغلاق السيطرة واللجوء إلى كافة الوسائل التي يعترف بها المجتمع الدولي.
- ٣ - لجميع الشعوب الحق في الحصول على المساعدات من الدول الأطراف في هذا الميثاق في نضالها التحرري ضد السيطرة الأجنبية سواء أكانت سياسية أم اقتصادية أم ثقافية.

مادة (٢١):

- ١ - تتصرف جميع الشعوب بحرية في ثرواتها بمواردها الطبيعية ويمارس هذا الحق لمصلحة السكان وحدهم . ولا يجوز حرمان شعب من هذا الحق بأي حال من الأحوال .
- ٢ - في حالة الاستيلاء على أموال الشعوب من الاستعمار للشعب الذي تم الاستيلاء على ممتلكاته الحق المشروع في استردادها وفي التعويض الملائم .
- ٣ - يكون التصرف الحر في الثروات والموارد الطبيعية دون مساس بالالتزام بتنمية تعاون اقتصادي دولي قائم على أساس الاحترام المتبادل والتبادل المنصف ومبادئ القانون الدولي .

مادة (٢٢):

- ١ - لكل الشعوب الحق في التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مع الاحترام التام لحريتها وذاتيتها والتمتع المتساوي بالتراث المشترك للجنس البشرى .
- ٢ - من واجب الدول بصورة منفردة أو بالتعاون مع الآخرين ضمان ممارسة حق التنمية .

مادة (٢٣):

- ١ - للشعوب الحق في السلام والأمن على الصعيدين الوطني والدولي وتحكم العلاقات بين الدول بمبادئ التضامن والعلاقات الودية التي أكدها ضمناً ميثاق الأمم المتحدة وأكدها مجدداً ميثاق منظمة الوحدة الأفريقية .

مادة (٢٤):

لكل الشعوب الحق في بيئة مرضية وشاملة وملائمة لتنميتها.

وهكذا بين الميثاق حقوق الشعوب أو حقوق التضامن ويهمنا منها ما جاء في المادة ٣/٢٠ من تقرير حق الشعوب في الحصول على المساعدات من الدول الأطراف في الميثاق وحقها في الكفاح ضد السيطرة الأجنبية سواء كانت سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية، وحقها في السيادة الدائمة على مواردها الطبيعية وفي استرداد ما سلبه الاستعمار منها والتعويض عنه. كذلك قرر الميثاق حقين هامين هما الحق في التنمية والحق في بيئة مرضية وشاملة وملائمة لتنميتها.

وقد أقرت الأمم المتحدة في العديد من إعلاناتها ومؤتمراتها الحق في بيئة صحية سليمة ومناسبة، وكذلك سائر حقوق التضامن. وقد أوردنا هذا الحق في الإطار العام الذي جاء فيه حيث تم الربط بينه وبين حقوق الشعوب في حياة كريمة بشكل عام، وفي التنمية الاقتصادية والاجتماعية وفي العيش في سلام تام وتحرر من الاستعمار والهيمنة الاقتصادية.

ثالثاً: الأساس القانوني للحق في بيئة صحية:

نستطيع أن نجد أن أساس هذا الحق الجديد، في العديد من الحقوق التي أقرتها القوانين والعهود والمواثيق الدولية. فهناك إجماع على كفالة حق الفرد في الحياة وفي سلامة بدنه وجسده. ولا يمكن التمتع بهذا الحق إلا إذا عاش في بيئة صحية سليمة. إذ إن تلوث البيئة بصوره المختلفة وعناصره التي تنال من سلامة الهواء أو الماء أو الطعام بشكل عام لا يمكن الإنسان من ممارسة الحق في الحياة وفي سلامة بدنه، مما يجعل سلامة البيئة مسألة ضرورية للتمتع بالحق في الحياة

وفي سلامة الجسد. كذلك نجد أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهدين الدوليين للحقوق الاقتصادية والاجتماعية وللحقوق المدنية والسياسية وهي وثائق تتمتع بقوة إلزام واضحة، تقرر مجموعة من الحقوق المتصلة بالبيئة الصحية منها حق الفرد في مستوى معيشي مناسب لنفسه ولعائلته بما في ذلك الغذاء المناسب والملبس والسكن، كذلك حقه في تحسين أحواله المعيشية بصفة مستمرة، (المادة ١١) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. كذلك قررت هذه المادة في فقرتها الثانية مايلي:

١ - تقر الدول الأطراف في العهد الحالي بحق كل فرد في مستوى معيشي مناسب لنفسه ولعائلته، بما في ذلك الغذاء المناسب والملبس والسكن، كذلك في تحسين أحواله المعيشية بصفة مستمرة. وتقوم الدول الأطراف باتخاذ الخطوات المناسبة لضمان تحقيق هذا الحق، مع الإقرار بالأهمية الخاصة للتعاون الدولي القائم على الرضاء الحر في هذا الشأن".

٢ - تقوم الدول الأطراف في العهد الحالي، إقراراً منها بالحق الأساسي لكل فرد في أن يكون متحرراً من الجوع، منفردة أو من خلال التعاون الدولي، باتخاذ الإجراءات بما في ذلك البرامج المحددة والتي تعتبر ضرورية:

(أ) من أجل تحسين وسائل الإنتاج وحفظ وتوزيع الأغذية وذلك عن طريق الانتفاع الكلى من المعرفة التقنية والعلمية وبنشر المعرفة بمبادئ التغذية وتنمية النظم الزراعية أو إصلاحها بحيث يحقق ذلك أكبر قدر من الكفاءة في التنمية والانتفاع من الموارد الطبيعية.

(ب) من أجل تأمين توزيع عادل للمؤن الغذائية في العالم تبعاً للحاجة مع الأخذ بعين الاعتبار مشاكل الأقطار المستوردة للأغذية والمصدرة لها.

- والمادة (١٢) من هذا العهد ذات أهمية كبيرة في شأن تقرير حق الإنسان في الحياة في بيئة صحية، فقد جاءت تقول:
- ١ - تقر الدول الأطراف في العهد الحالي بحق كل فرد في المجتمع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية.
 - ٢ - تشمل الخطوات التي تتخذها الدول الأطراف في العهد الحالي للوصول إلى تحقيق كلى لهذا الحق ما هو ضروري من أجل:
 - (أ) العمل على خفض نسبة الوفيات في المواليد وفي وفيات الأطفال من أجل التنمية الصحية للطفل.
 - (ب) تحسين شتى الجوانب البيئية والصناعية.
 - (ج) الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية والمهنية ومعالجتها وحصرها.
 - (د) خلق ظروف من شأنها أن تؤمن الخدمات الطبية والعناية الطبية في حالة المرض.

رابعاً: القانون الدولي للبيئة :-

الواقع أن التطورات التي جرت في مجال إجهاد البيئة وتلويثها، قد أظهرت بوضوح أهمية إقرار هذا الحق-حق الحياة في بيئة مناسبة بشكل قوى حتى أن فرعاً جديداً من فروع القانون الدولي بدأ في التكوين الآن أطلق عليه مصطلح "القانون الدولي للبيئة"، وهو يستهدف تبنى مجموعة من القواعد والمبادئ الملزمة للدول والأفراد لتجنب تلوث البيئة بعناصرها الثلاثة الأرض والهواء والمياه. وهي تنظر بعين الاعتبار إلى اتساع ثقب الأوزون بسبب الغازات التي تصل إليه من الاستخدامات الصناعية للغازات السامة، وبسبب تلويث البحار بالزيت، ووضع مواد عضوية في المياه، وغير ذلك من وسائل التلوث.

ولسنا هنا في مجال التوسع في شرح هذا القانون ويكفي أن نقول

إن كل الدول الآن تضع في تشريعاتها نصوصا تحمي البيئة وتمنع الإنسان من تلويثها.

كما أشير إلى أن لجنة القانون الدولي قد جعلت الإساءة إلى البيئة بأي شكل من قبيل الجرائم الدولية التي يجب أن تتضافر جهود المجتمع الدولي ليس لمنعها فحسب، بل للمعاقبة على القيام بها.

القسم الثاني

حق الإنسان في بيئة صحية مناسبة في الشريعة الإسلامية

حرصت الشريعة الإسلامية على أن يحيا الإنسان في بيئة صحية مناسبة، ووضعت العديد من القواعد والمبادئ التي تكفل سلامة البيئة وحمايتها من العبث.

(١) فمن ناحية خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان في أحسن تقويم، وزوده بقدرات فائقة على الحياة السليمة، وكرمه على سائر المخلوقات.

ولاشك أن ذلك يقتضي منه أن يحافظ على ما أعطاه الله حتى يعيش سليماً معافى، قادراً على العمل وعلى الإنتاج، ومتمتعاً بما أعطاه الله له، ولن يتحقق له ذلك إلا بالحفاظ على البيئة التي يعيش فيها، وبوقاية نفسه من أية أضرار تحدث فيها، وكذا بالمسارعة بالعلاج إن اقتضى الأمر ذلك. بقوله سبحانه وتعالى ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾ [التين: ٤]، ويقول سبحانه ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْوَدِيِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنْ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ [الإسراء: ٧٠].

(٢) ومن ناحية أخرى أشار القرآن الكريم إلى التوازن البيئي وإلى خلق الكون بشكل هندسي رائع وسليم يقول تعالى ﴿الَّذِي خَلَقَ سَبْعَ سَمَاوَاتٍ طِبَاقًا مَّا تَرَى فِي خَلْقِ الرَّحْمَنِ مِنْ تَفَوتٍ فَأَرْجِعِ الْبَصَرَ هَلْ تَرَى مِنْ فُطُورٍ

﴿٣﴾ ثُمَّ أُنْجِجَ الْبَصَرَ كَرْنَيْنِ يَنْقَلِبُ إِلَيْكَ الْبَصَرُ خَاسِئًا وَهُوَ حَسِيرٌ ﴿٤﴾ [الملك: ٣، ٤].

ولأن البيئة هي المهد والفرش والموطن والسكن والحياة للإنسان فقد سخرها الله له وزودها بكل ما يمكنه من الحياة الآمنة الصحية السليمة فيها، ونرى أكثر من آية تشير إلى هذا التوازن الدقيق وإلى ما زود الله به الأرض من معاش لحياة الإنسان وإلى ما أرشده لحمايتها والإبقاء على توازنها. وسنورد بعضاً من هذه الآيات.

﴿يَأْتِيهَا النَّاسُ أَعْبُدُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ وَالَّذِينَ مِنْ قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿٢١﴾ الَّذِي جَعَلَ لَكُمْ الْأَرْضَ فِرَاشًا وَالسَّمَاءَ بِنَاءً وَأَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجَ بِهِ مِنَ الثَّمَرَاتِ رِزْقًا لَكُمْ فَلَا تَجْعَلُوا لِلَّهِ أَنْدَادًا وَأَنْتُمْ تَعْلَمُونَ ﴿٢٢﴾﴾ [البقرة: ٢١، ٢٢].

وقوله سبحانه ﴿اللَّهُ الَّذِي رَفَعَ السَّمَوَاتِ بِغَيْرِ عَمَدٍ تَرَوْنَهَا ثُمَّ أَسْتَوَىٰ عَلَى الْعَرْشِ وَسَخَّرَ الشَّمْسَ وَالْقَمَرَ كُلٌّ يَجْرِي لِأَجَلٍ مُّسَمًّى يُدَبِّرُ الْأَمْرَ يُفَصِّلُ الْآيَاتِ لَعَلَّكُمْ بِلِقَاءِ رَبِّكُمْ تُوقِنُونَ ﴿٢﴾﴾ [الرعد: ٢].

وقوله سبحانه: ﴿وَهُوَ الَّذِي مَدَّ الْأَرْضَ وَجَعَلَ فِيهَا رَواسِيَ وَأَنْهَارًا وَمِنْ كُلِّ الثَّمَرَاتِ جَعَلَ فِيهَا زَوْجَيْنِ اثْنَيْنِ يُغْشَىٰ اللَّيْلُ النَّهَارَ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ ﴿٣﴾﴾ [الرعد: ٣].

وقوله سبحانه: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ وَأَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجَ بِهِ مِنَ الثَّمَرَاتِ رِزْقًا لَكُمْ وَسَخَّرَ لَكُمْ الْفَلَكَ لِتَجْرِيَ فِي الْبَحْرِ بِأَمْرِهِ وَسَخَّرَ لَكُمْ الْأَنْهَارَ ﴿٣٧﴾ وَسَخَّرَ لَكُمْ الشَّمْسَ وَالْقَمَرَ دَابَّيْنِ وَسَخَّرَ لَكُمْ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ ﴿٣٨﴾ وَءَاتَاكُمْ مِنْ

كُلِّ مَا سَأَلْتُمُوهُ وَإِن تَعُدُّوا نِعْمَتَ اللَّهِ لَا تَحْصُوهَا ۗ إِنَّ
الْإِنْسَانَ لَظَلُومٌ كَفَّارٌ ﴿٣٤﴾ [إبراهيم: ٣٢ - ٣٤].

ثم قوله سبحانه ﴿وَالْأَرْضَ مَدَدْنَاهَا وَأَلْقَيْنَا فِيهَا رَوَاسِيَ وَأَنْبَتْنَا فِيهَا مِنْ كُلِّ شَيْءٍ مَّوْزُونٍ ﴿١٩﴾ وَجَعَلْنَا لَكُمْ فِيهَا مَعْيِشَ وَمَنْ لَسْتُمْ لَهُ بِرِزْقَيْنَ ﴿٢٠﴾ وَإِن مِّنْ شَيْءٍ إِلَّا عِنْدَنَا خَزَائِنُهُ وَمَا نُنزِلُهِ إِلَّا بِقَدَرٍ مَّعْلُومٍ ﴿٢١﴾ وَأَرْسَلْنَا الرِّيحَ لَوَاقِحَ فَأَنْزَلْنَا مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَسْقَيْنَاكُمُوهُ وَمَا أَنْتُمْ لَهُ بِخَازِنِينَ ﴿٢٢﴾﴾ [الحجر: ١٩ - ٢٢].

وقوله سبحانه: ﴿الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ الْأَرْضَ مَهْدًا وَسَلَكَ لَكُمْ فِيهَا سُبُلًا وَأَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجْنَا بِهِ أَزْوَاجًا مِّنْ نَّبَاتٍ شَتَّى ﴿٥٣﴾ كُلُوا وَارْعَوْا أَنْعَامَكُمْ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِأُولِي النُّهَى ﴿٥٤﴾﴾ [طه: ٥٣، ٥٤]. وغير هذا كثير.

وكل الآيات تؤكد ما خلقت عليه الأرض من توازن دقيق يجعلها صالحة تماما لحياة الإنسان، كما يحميها هي نفسها-ولصالح الإنسان فيها-من فقدان التوازن الذي تمنعه الجبال بوصفها أوتادا ثوابت تحفظ هذا التوازن ويحمي مناخها الطبيعي ليستمر كذلك صالحاً لحياة الإنسان بما أنشأ سبحانه فيها من نبات وغابات وحدائق تضخا الأوكسجين اللازم للحياة، وتمتص ثاني أكسيد الكربون المدمر لها.

(٣) مع ذلك نبهنا القرآن الكريم كذلك إلى أن الفساد سيعم الأرض بما كسبت أيدي الناس. يقول تعالى في سورة الروم ﴿ظَهَرَ الْفَسَادُ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ بِمَا كَسَبَتْ أَيْدِي النَّاسِ لِيُذِيقَهُمْ بَعْضَ الَّذِي عَمِلُوا لَعَلَّهُمْ يَرْجِعُونَ ﴿٤١﴾﴾ [الروم: ٤١].

ولعل ذكر هذه الآية في سورة الروم له دلالة في أن الغرب هو الذي سيحدث هذا الفساد. لذا طلب القرآن الكريم من البشر أن يمتنعوا

عن إحداه الفساد حيث قال سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ بَعْدَ إِصْلَاحِهَا وَادْعُوهُ حَوْفًا وَطَمَعًا إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ﴾ [الأعراف: ٥٦].

ويتبين من ذلك كيف حرص الإسلام على كفالة حق الإنسان في الحياة في بيئة صحية سليمة، وقد فصلت كتب الفقه الإسلامي المواصفات الواجب توافرها في المياه التي يستخدمها الإنسان حتى تكون صحية غير مؤذية له سواء في نظافته وتطهره أو في شربه. كذلك فصلت كتب الفقه ما يجوز للإنسان أن يأكله وما يحرم عليه أكله أو شربه مثل الميتة والدم ولحم الخنزير والمنخقة والمتردة والنطيحة وما أكل السبع حتى لا يتناول ما يمكن أن يضره. كذا وضع الفقهاء قواعد لذبح ما يأكله الإنسان من حيوانات وطيور بشكل يباعد بين الإنسان وبين الأمراض التي قد تصيبه من الذبح غير الصحي، على تفصيلات واسعة ليس هنا المجال لتناول تفاصيلها.

ومن هنا يتبين لنا أن الإسلام حرص على صيانة حق الإنسان في بيئة صحية مناسبة، وكفلت الشريعة بمختلف أحكامها صيانة البيئة وعدم العبث بها.

القسم الثالث العولمة وحق الإنسان في بيئة صحية

وضحت الدراسات التي قامت بها رابطة الجامعات الإسلامية في إطار التحديات التي تواجه الأمة، تحدى العولمة. وقد جاء في إعلان عمان الصادر عن الرابطة بشأن مواجهة هذه التحديات ما يلي:

"الإسلام رسالة عالمية، ونبي الإسلام محمد (جاء رحمة للعالمين):

﴿وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا رَحْمَةً لِّلْعَالَمِينَ﴾ [الأنبياء: ١٠٧]، لكن النظام العالمي الذي ينطلق من (العولمة) ليس من هذا القبيل.. بل هو سبيل للسيطرة والهيمنة".

وقد أجمعت التقارير على أن تحدى العولمة في المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والحضارية يقف على رأس التحديات التي ستواجه العالم الإسلامي في القرن المقبل.

ذلك أن العولمة تمثلت في اختراق الخارج للداخل بشكل ضخم، ونقل مجموعة من القيم والمبادئ والسلوكيات من الدول العظمى إلى مختلف دول العالم. وخطورة العولمة تتمثل في أنها تتبع أساليب ضاغطة وقوية تستهدف انصهار الإرادات الداخلية للدول والتقليل من عناصر مقاومة الداخل للخارج، وبالتالي فهي تضعف البنية الداخلية للفرد وللمجتمعات الداخلية وتنازع قيم الدين والعقيدة والأخلاق

المستقرة داخل الدول والشعوب الإسلامية وتجعل الفرد نهبا لعناصر التأثير الآتية من الخارج .

لذلك تناشد الجامعات الإسلامية الدول والشعوب الإسلامية :
التحصن بالتربية الإسلامية وتغذية البناء الاجتماعي للأسرة والتكوين الديني للأفراد للحفاظ على الثقافة والحضارة الإسلامية والاحتكام إلى الشرعية فيما يوجه إلى الأمة من أفعال وأقوال وتدابير معادية تستهدف ابتلاع جذور المقاومة للفكر وللسلوك وللقيم وللتقاليد الإسلامية .

وينبغي اتخاذ التدابير الآتية لمواجهة العولمة :

- (١) إحياء تراث الأمة الإسلامية من علومها ومعارفها وسيرة نبيها (وسلفها الصالح رضوان الله عليهم أجمعين) من خلال الدراسات والتركيز عليها في حياتنا ومدارسنا ووسائل إعلامنا .
- (٢) العناية باللغة العربية وعمل دراسات وحلقات نقاش تستهدف تيسير الدراسات المتصلة بها، كالنحو والصرف مع تطوير مناهج تدريسها وإبراز أهمية الشعر العربي الملتزم بالدين والقيم في تربية الوجدان وتهذيب السلوك وإشباع العواطف .
- (٣) إبراز أهمية نظام الشورى الإسلامي وبحث الأساليب المناسبة لتطبيقه في ضوء المتغيرات الدولية والداخلية التي تحيط بأممتنا وعدم استعارة ما لا يناسب مجتمعاتنا من أساليب الحياة السياسية .
- (٤) إبراز حقوق الإنسان من المنظور الإسلامي وبذل كل الجهود لتطبيقها عملياً في حياة المسلمين وتضمينها المقررات الدراسية في مختلف المراحل .
- (٥) مواجهة العولمة الاقتصادية بإنشاء التكتلات الاقتصادية الإسلامية وتطوير قدرات الدول الإسلامية في الإنتاج ودخول حلبة المنافسة في

التجارة الدولية بتشجيع المزايا النسبية للدول الإسلامية ومنتجاتها وتشجيع التجارة البينية فيما بينها.

(٦) تشجيع إقامة بنوك إسلامية في الدول الإسلامية واتباع أساليب التنمية الإسلامية القائمة على البذل والعطاء والمشاركة لتنمية الأموال والدفع قدما باقتصاديات الدول الإسلامية.

(٧) وضع أسس للتعامل مع الضعفاء اقتصاديا بتنمية قدراتهم على الادخار والاستثمار والمشاركة في البناء الاقتصادي. ووضع أسس للتكامل الاقتصادي بين الدول الإسلامية تقوم على العناية بالأفراد وإحياء الموات وتمليكها لمن يحييها.

(٨) العناية بالأنظمة الاقتصادية الإسلامية مثل نظام الزكاة ونظام الوقف ووضعها موضع التطبيق في مختلف الدول الإسلامية.

وهكذا تركز رابطة الجامعات الإسلامية على التعاون بين الدول الإسلامية لمواجهة العولمة وتقوية بنية الشعوب والأفراد للتعامل معها كضرورة من ضرورات العصر.

ومن القضايا المهمة بهذا الشأن تطبيقات العولمة في مجال حقوق الملكية الفكرية وإدخالها في اتفاقيات الجات في جولة أورجواي والتوقيع عليها في مراكش عام ١٩٩٢، وتكتملتها بما عرف اصطلاحا باتفاقات "التريس". وهي تعني أن الدول المتقدمة ستفرض نظاما جديدا يحافظ على مخترعاتها ويتقاضى عنها ثمنا باهظا، ومن المعروف أن المنتجات الدوائية ستتأثر أسعارها بشدة نتيجة لذلك، مما يحمل الدول النامية أعباء مالية كبيرة.

وهنا يبدو ضرورة التوفيق بين حقوق التضامن وعلى رأسها حق الإنسان في بيئة صحية مناسبة وتوفير العلاج له بأسعار يتحملها كضرورة من ضرورات ممارسة هذا الحق، ومقتضيات العولمة.

إن النصوص التي تلزم العالم بالتضامن والتعاون لكفالة تمتع جميع البشر بالحقوق التي قررتها المواثيق الدولية تفرض على الدول الكبرى أن تراعى حاجات الدول النامية إلى الدواء وإلى العلاج، ومن ثم فيجب ألا تغالي هذه الدول في الحصول على مقابل الاختراعات في مجال الصحة والدواء، خاصة أن الكثير من هذه المخترعات يمثل نتاجا مشتركا لعقول عديدة منها عقول أبناء الدول النامية، كذلك فإن الكثير من هذه المخترعات جاءت من أبناء هذه الدول الذين هاجروا وعاشوا وأبدعوا في دول الغرب.

مع ذلك فلا بد أن تقوم دولنا بالتعاون معاً في هذا المجال، ولعل شراء شركات أدوية كبرى من قبل الدول العربية والإسلامية والمستثمرين الذين ينتمون إلى جنسياتها يمثل أحد الحلول المناسبة لممارسة هذا الحق.

كذلك فإن التعاون بين مختلف الشعوب والدول الإسلامية لإنشاء مشروعات مشتركة فيها تهتم بإنتاج الدواء والحصول على تراخيص الإنتاج من المخترعين يمثل حلاً آخر.

والحل الأمثل في رأبي هو أن نقوى الاتصال بين مختلف الشعوب الإسلامية لتشجيع العلماء منهم وإحاطتهم بالرعاية حتى يمكنهم أن يبدعوا وأن يخترعوا ما تحتاج إليه شعوبهم من دواء وكساء وغذاء.

إن العولمة تقتضي من الدول والجماعات والأفراد في دولنا أن تتحد معاً وأن تتعاون معاً على تحقيق خير الإنسانية وخير الشعوب الإسلامية.

﴿وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون﴾

" الخلاصة "

أوضحت هذه الدراسة أن حق الإنسان في بيئة صحية مناسبة صار من حقوق الإنسان وبالذات الجيل الثالث منها وهى المعروفة بحقوق التضامن، وكما نرى من اسمها هي حقوق جماعية لا يمكن توفيرها إلا بالتعاون بين المجتمع الدولي على كفالتها لكل الشعوب والأفراد.

وأوضحنا أن هذا الحق يعنى ضرورة أن يعيش الإنسان في بيئة سليمة تجعله يستطيع التفكير السليم والقيام بالعمل المنتج، والتمتع بالحياة.

وأوضحنا أن الإنسان أساء إلى البيئة في عناصرها المختلفة: الأرض والماء والهواء ولازال يقوم بالعديد من الأفعال التي تؤدي إلى تلويثها.

وقد أوضحنا أساس الالتزام القانوني بالحفاظ على البيئة ومنع الإساءة إليها في القانون الدولي وفي الشريعة الإسلامية.

وانتهينا إلى ضرورة اتخاذ تدابير من الشعوب والدول الإسلامية للتوفيق بين مقتضيات العولمة وما ستفرضه من قيود ستزيد من أسعار الدواء والعلاج، وضرورات تنفيذ التمتع بحق الإنسان في بيئة مناسبة، بالتعاون بين الدول والشعوب الإسلامية أولاً، وبالتعاون مع المجتمع الدولي بكامله بعد ذلك.

إن تحديات العولمة-كما ظهر من هذا البحث-تفترض أن تقوم شعوبنا بواجبات عديدة لمسايرة العصر ولإشباع الحاجات الأساسية لها

من مصادرها وبجهود أفرادها، ولا مناص من التعاون الدولي لكن من منطق القوة ومن منطق الأخذ والعطاء وليس الأخذ فقط.

إن القانون الدولي رغم وضعه التزامات على عاتق الدول جميعا بالتعاون وبالتضامن، إلا أن الواقع لا يساير القانون دائما، لذا سيظل حق الإنسان في الحياة الكريمة وفي بيئة صحية مناسبة معلقا وسيحتاج إلى جهود متواصلة لكي يتم تطبيقه فعلا.

والله ولي التوفيق.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

العولمة وأثرها على
السلوكيات والأخلاق

د. عمار الطالبی

العولمة وأثرها على السلوكيات والأخلاق

د. عمار الطالبي

لا تقتصر العولمة على تعميم القيم الاقتصادية وأنظمتها، بل إنها أخذت فعلا تعمم القيم الثقافية التي تكوّن لب حياة المجتمع، وبخاصة القيم الأخلاقية والدينية منها، إذ إن القيم الأخلاقية والدينية وما تؤدي إليه من سلوك فردي واجتماعي هي الأرضية التي تقوم عليها أنماط السلوك الاجتماعي وهو ما يمثل الحياة الثقافية في مجملها، باعتبار أن الثقافة طريق لرؤية العالم والتعبير عنه.

والثقافة التي تملك وسائل الاتصال القوية ووسائل صناعة الثقافة والرقابة عليها هي التي أخذت تهيمن اليوم عن طريق القنوات الفضائية والأنترنت مما يؤدي إلى غلبة نماذج معينة من القيم الأخلاقية وأنماط معينة من السلوك والذوق، وخاصة الأطفال الذين لم تتكون لديهم ملكة النقد، والحصانة الذاتية، فيقعون فريسة سهلة لما يعرض عليهم من صور مؤثرة، وأغان ورقص وأزياء، وتناول الأطعمة والأشربة، وغيرها من أنماط الاستهلاك عن طريق الإعلانات المكررة والصور الجميلة المؤثرة مما يؤثر تأثيرا واضحا على المعتقدات والقيم، وبما يعرض بقوة وبمهارة من قيم مجتمع أجنبي، وتصرفات غير مقبولة في مجتمعاتنا نحن المسلمين، بما في ذلك التمرد على الأسرة وتفكيك

علاقتها المتماسكة، ونشر ما يتعارض مع مرجعياتنا وقيمنا من سلوك جنسي فاضح وانتهاك للمحرّمات وما إلى ذلك.

إن الكلمة المؤثرة قديما فقدت كثيرا من تأثيرها، وحلت محلها الصورة التي لا يقف حاجز اللغة أمام تأثيرها، فالذي لا يفهم اللغات الأجنبية يكتفي بالصورة المعبرة.

ربما أدى هذا الاكتساح للقيم، وهدم العلاقات الأسرية، والهجوم على المرجعيات والقيم الثقافية إلى رد فعل، يتمثل في تفجير أزمة الهوية فيرجع الناس إلى التقاليد القديمة والعصبيات القبلية أو القومية الضيقة، التي تؤدي إلى سلوكيات ربما كانت أسوأ مثل التطهير العرقي، أو يحتمون بثقافتهم الأصلية بطريقة تؤدي إلى جمودها، وعدم تفتحها على الثقافات الأخرى، وقد نشاهد جماعة من المهاجرين الأتراك مثلا في ألمانيا يقتصرون على مشاهدة الأفلام التركية وهم مقيمون في ألمانيا، ينقلون هويتهم معهم ولا تنقطع الصلة بينهم وبين مجتمعهم الأصلي^(١)، وكذلك يفعل المهاجرون المسلمون في فرنسا، والأكراد في ألمانيا، وقد يؤدي ذلك أيضا إلى ظهور الأقليات العرقية وسلوكها العنيف مما يهدد السيادة الوطنية لبلد ما من البلدان، ويمزق وحدتها الثقافية السائدة، وعقيدتها الدينية. وهذا التهديد الثقافي والديني قد يؤدي أيضا إلى فرار الناس إلى الدين، يلوذون به، ويحتمون بعقائدهم لدرجة التعصب والعنف والقتال، لأنهم يشعرون أنهم مهددون في أعز شيء عندهم.

ولشدة خوفهم من الاستئصال، والانسلاخ قسرا عن معتقداتهم،

(١) باسم على خريسان، العولة والتحدي الثقافي، دار الفكر العربي، بيروت، (د - ت)

لأن الصراع يسهل أن ينشأ عندما يشعر الإنسان أنه مهدد في جانب من ذاتيته .

وقد تمت دراسات ميدانية في مجال تأثير الأقمار الصناعية على القيم الثقافية ومنها الأخلاقية والدينية على عدد من البلدان منها بالنسبة للعالم الإسلامي: السعودية واليمن والأردن ومصر وتونس، ومنها بلدان أخرى خارج العالم الإسلامي .

من هذه الدراسات دراسة ناصر الحميدي^(١) الذي لاحظ أن التأثير على الجوانب الأخلاقية يأتي في الدرجة الأولى مثل الترويج للإباحية، والاختلاط وما إلى ذلك مما يخالف القيم الإسلامية، والترويج للسلع الأجنبية وخاصة بين النساء والأطفال، وهذا من الجانب الاقتصادي .

ومما أشارت إليه الدراسة التأثير على الجوانب العقائدية والثقافية، والتأثير على الجوانب التعليمية والسلوكية من التشتت بين ما يتعلمه المرء في المؤسسة التربوية، وما يشاهده من برامج مناقضة لذلك، وإغراء النساء بتقليد الأزياء الغربية وأدوات الزينة وكذلك التأثير على الروابط الأسرية^(٢) .

وقام اتحاد الإذاعات العربية بدراسة في هذا المجال ومن نتائج ذلك أن المشاهدة الأسرية غير ممكنة في أحوال كثيرة، وغير مقبولة لوجود محاذير أخلاقية، وكذلك ارتفاع نسبة الإعراض عن مشاهدة البرامج الوطنية بحثا عن المتعة والترفيه، وترى العينة أنه بالرغم من وجود تباعد بين المشاهد والمضمون الإعلامي الأجنبي الذي لا يتلاءم

(١) البث التلفزيوني المباشر وتأثيره على التربية في المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣، وأشارت إليها دراسة ودبع محمد سعيد: البث التلفزيوني الوافد إلى اليمن وعادات تعرض طلبة الجامعة له، جامعة بغداد، ١٩٩٨ - ص ٢١٥ - ٢١٦ .

(٢) باسم على خريسان، المرجع السابق ص ١٣٦ - ١٣٧ .

مع تعاليم الإسلام ولا مع الواقع الاجتماعي العربي إلا أنه لا يخلو من تأثير.

ومن الدراسات الميدانية التي تمت لمعرفة تأثير المواد التلفزيونية الأمريكية على الشباب الكوري الجنوبي قام بها: Morgan^(١) و Kang، ومن نتائج هذه الدراسة أن هذه المواد أدت إلى تأثير بالغ على القيم التقليدية الكورية فأصبحت الفتيات الكوريات أكثر تحررا من القيم الأسرية والأخلاقية، ويعتقدن أنه لا حرج من الممارسة الجنسية خارج الزواج، وأن ذلك من قبيل الحرية الجنسية، وأصبحن يرتدين الملابس الأمريكية، ويحتقرن العقيدة الكونفوشيوسية.

أما الفتيان فقد كان الأمر على العكس إذ أصبحوا أكثر محافظة على التقاليد الكورية وأكثر كراهية للولايات المتحدة، وبيّن الباحثان أن هذا التعرض قد يؤدي إلى رد فعل معاكس مناهض للثقافة الأجنبية^(٢).

كما أن شبابا آخرين في دراسة أخرى أصبحوا يدمنون المخدرات هربا من واقعهم بالمقارنة مع الواقع الأمريكي الذي يشاهدونه^(٣).

ومن نتائج دراسة أخرى^(٤) تمت على أطفال في أستراليا أن هؤلاء

(١) الانعكاسات الثقافية والاجتماعية للثب الاجنبي المباشر على عينة من الجمهور العربي (تونس - الاردن - مصر) ١٩٩ م.

(٢) KANG,J, AND MARGAN M. CULTURE CULTURE CLASH,IMPACT OF U. S. A TELEVISION IN KOREA,JOURNALISM,ONARTELY.VOL. 65. N2. 1990 PP. 431.438-

(٣) أيمن منصور، نداء الاختراق الثقافي عن طريق البث الوافد، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مطابع سجل العرب ١٩٩٦ ص ١٣ . المصدر نفسه ص ٢٨ .

(٤) PINGREE.S. AND HAWKINGS, R. AMERICAN PROGRAMES ON AUSTRALIAN T.V THE CULTIVATION EFFECT. JOURNAL OF COMMUNICATION VOL. 31, 1981. PP.97 - 105.

الأطفال أصبحوا أكثر عدوانية وميلا إلى العنف في معاملاتهم، ويرون العالم رؤية تجعله مليئا بالعنف والجريمة من كثرة مشاهدتهم لمواد التلفزة الأمريكية.

وهذه النتائج تبين أن هذا التأثير يؤدي إلى فقدان الانتماء وإلى أزمة أخلاقية وإلى غربة ثقافية كما يؤدي إلى وجود فئة من النخبة تعيش منقطعة الجذور وتزعم أنها قيادة فكرية، كما تبقى فئة أخرى ذات ثقافة شعبية غريبة عن عصرها وعاجزة عن تجديد ثقافتها وتوسيع أفقها أخلاقيا ودينيا، الأمر الذي يفجر صراعا اجتماعيا، يعوق المجتمع عن التخلص من التخلف، فعقول بعض المثقفين لا تعترف إلا بالنمط الغربي في الحياة والفكر، وعقول آخرين لا تعترف إلا بالتقاليد التي ربما فاتها الزمن، ولم تعد صالحة لعصرنا هذا، وينتج عن ذلك، أزمة نفسية أخلاقية وعدم استقرار نفسي، ويولد ذلك كله صراعا مريرا داخل المجتمع الواحد.

ولا شك في أن الثقافة القوية في وسائلها ومضامينها تغير المواقف وتشكل رأيا عاما جديدا، وتقوم أحيانا على تزوير الحقائق، وينتج عن ذلك تغييرات عميقة في البنى الاجتماعية وقيمها والتمرد عليها، وتبني ثقافة الاستهلاك للأشياء والأفكار والقيم.

ويؤخذ على العولمة وعلى هذا الذي يدعونه بالنظام العالمي الجديد أنه يخلو من أي منهج أخلاقي، ولذلك لجأ الفرنسيون إلى وضع الثقافة في خانة الاستثناء، لأنهم تنبهوا إلى أن قوة الإنتاج الثقافي الأمريكي تؤدي إلى التغيير التدريجي في معايير السلوك وأنماط الحياة، بالإضافة إلى ذلك، فإن الحداثة الغربية أخفقت في مجال القيم الأخلاقية التي بنيت على المنفعة، أو على مجرد الرغبة أو مجرد العقل، وأبعدت القيم الأخلاقية عن العلم، وعن الدين وبذلك أصبحت العولمة في انفلات عن قيم تحكمها وعن ضوابط إنسانية تحدد

سلوكها، ولذلك فإننا نرى فلاسفة الغرب ممن يسمون بفلاسفة ما بعد الحداثة يهاجمون العقل الذي تصورته الحداثة أنه هو الحل السحري لمشاكل الإنسان، وأن العلم هو مفتاح السعادة، وإن انقطع عن القيم، وانفلت منها، ويعتبر هذا الانفلات من القيم الأخلاقية والدينية عندهم تحررا فطالبوا بحرية الجنسية المثلية وغيرها من الموبقات.

ومما جاء في التقرير العالمي الخاص بالصحة النفسية WORLD Mental Report أن الدراسة المعمقة لمشاكل الصحة النفسية التي أشار إليها مؤلفو هذا التقرير تبين أن المشاكل الاجتماعية والاضطرابات النفسية هي مشاكل كونية، ونسبة كبيرة منها لا تتجو من تأثير سياق العولمة المعقد، لأن وسائل الاتصال الراهنة بقوتها تهدم المرجعيات الثقافية العريقة التي عاشت عليها المجتمعات البشرية وتقوض كثيرا من أسسها، لأن منطق العولمة منطق الربح والمال، والنجاح في الأسواق كلها أسواق الاقتصاد، وأسواق الثقافة أيضا.

إن العلماء اليوم يجب أن يطرحوا مسائل ذات صبغة أخلاقية وخاصة في مجال البيولوجيا والهندسة الوراثية حيث نشهد تطورا سريعا سواء في مجال العلم النظري أو البحث الأساسي وفي مجال البحث التطبيقي، فمنذ أربعين عاما تقريبا كان أغلب الباحثين من العلماء يعتبرون القيم مسألة لا تعنيهم، وأصبح العلماء اليوم لا يستطيعون أن يتجنبوا البحث فيما يتعلق بنتائج أعمالهم العلمية، فيجب إذن الاعتراف بضرورة أن تحدّ سلطة التكنولوجيا بسلطة الأخلاق، كما صرح بذلك المدير العام السابق لليونسكو، Fredrik Mayor. وكما قال الكاتب الفرنسي Rabelai "العلم بلا ضمير ليس إلا خراب النفس" Science sans conscience nest que ruine de l'âme. إن الباحثين الأمريكيين يتساءلون عن نوع الإنسان الذي يريدون إنتاجه، وأدت البحوث المتقدمة

في البيولوجيا إلى محاولات التحكم الفيزيقي في العقل البشري، وإلى محاولة التغيير الأساسي في شروط بداية وجود الإنسان ونهايته.

وإذا كانت بداية الاستنساخ في الفئران بهواي HAWAI وفي الخرفان بنيوزلندا واليابان، وفي الماعز في الولايات المتحدة وكندا فإن مجلة محترمة جدية علميا وهي المجلة البريطانية The Lancet كتبت في سنة ١٩٩٨ أنه بات من الضروري صنع كائنات بشرية عن طريق الاستنساخ، ودعت الأوساط الطبية إلى قبول ذلك، وقام PAULIN JOSE أحد كبار المهتمين بدراسة المخ البشري وقال: ليست المشكلة الفلسفية الرئيسية اليوم هي: ما هو الإنسان؟ ولكن ما هو نوع الإنسان الذي يجب علينا إنتاجه؟ فأين كرامة الإنسان؟ وأين الشعور بالأخطار التي يمكن أن تحدث للجنس البشري، والمفاجآت التي يمكن أن تؤدي إلى إنتاج أناس لا عهد للإنسانية بهم في التاريخ، مما ينحرف بالطبيعة البشرية إلى كائنات أخطر ما تكون، وأكثر ما تكون خروجا عن سمات هذا الكائن الذي نعرفه، وهو الإنسان ذو الطابع الأخلاقي الفطري، وذو الكرامة التي منحها الله سبحانه وتعالى إياه في وجوده وفطرته الأخلاقية باعتباره غاية في ذاته لا أنه شيء، من الأشياء، أو وسيلة إلى غيره^(١) يمكن أن يتلاعب بها اللاعبون في مجال البيولوجيا أو العلم المنفصل من أي معيار أخلاقي أو قانوني أو ديني.

لا شك أن ابن خلدون قد تفتن لأهمية القيم الخلقية في حياة الإنسان ولذلك، قال "إذا فسد الإنسان في قدرته على أخلاقه ودينه فقد فسدت إنسانيته وصار مسخا على الحقيقة"^(٢).

(١) REBORT AND ADORNO, LA BIOETIQUER ET LA DIGNITE DE LA PERSONNE, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, PARIS, 1997,PP35-37.

(٢) المقدمة، مكتبة مصطفى محمد، مصر (د. ت) ص ٣٧٤.

ويتوقع من العولمة إذا تمكنت في سلطانها أن تمسح الإنسانية، وأن تقولبها في نمط ثقافي يفقد ما في الحضارات الإنسانية وقيمها من غنى وتنوع، ونحن نشاهد كيف يشجع الغرب مَنْ يتحدثون المسلمين في عقائدهم مثلما فعلوا مع نسرين البنغلاديشية التي دعت إلى تغيير القرآن وتصف الدين بأنه ظلامي؛ وكذلك سليمان رشدي، الذي هاجم القرآن ومقدسات الإسلام علنا، فمن حق المسلمين أن تحترم عقائدهم كما تحترم عقائد غيرهم.

إن النظم الأخلاقية والديانات تقع تحت تأثير العولمة اليوم فتقود إلى ضعف البنى الاجتماعية والأسرية فيصيبها الاضطراب والتفكك.

إن جماعة من المفكرين في ماليزيا عارضوا القيم الغربية، ونظروا إلى القيم الآسيوية على أنها بديل لهذه القيم الغربية ومن هؤلاء إبراهيم أنور، ومظفر شندرا كما يمكن للأفارقة أن ينادوا بقيم أخرى لهم معارضة للعولمة الغربية. وقد حاول ذلك يولان هونتوندجي PAULIN HOUNTONDJI في مقال له يدعو فيه إلى-مقاومة العولمة^(١) ومن قبله فرانس فانون 1960-1925J. الذي دعا إلى تصفية الثقافة الزنجية وغيرها من آثار الاستعمار، وهو يعتبر من النخبة الإفريقية الآسيوية.

إن الظلم الاقتصادي في العالم، وراء كثير من التوترات التي تعاني منها الإنسانية، وإذا كان عدد سكان البلدان النامية حوالي ٤,٥ مليار فإن الثلث منها على الأقل لا يحصل على المياه الصالحة للشرب، والخمس (٥/١) من الأطفال لا يتمتع بالسعرات الحرارية الكافية ولا بالبروتينات الضرورية، بل إن مليارين من البشر، أي ثلث (٣/١)

(١) CULTURES AFRICAINES ET MONDIALISATION UN APPEL A LA RESISTANCE IN CULTURES RESISTANCES ET MONDIALISATION RESISTANCE ET ALTERNATIVE,CENTER TRICONTINENTAL LAUVAIN LA NEUVE L,HARMATTAN 2000 PP 47 -55

الإنسانية يعاني من فقر الدم، ويمكن القول بأن ما تستهلكه الولايات المتحدة، والاتحاد الأوروبي من الروائح والعطور يكفي لسد حاجات التغذية الأساسية والصحة للسكان الفقراء في العالم، وذلك حسب تقدير الخبراء لا يتجاوز ١٣ مليار دولار، وهو المبلغ الذي تستهلكه الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي من العطور.

إن ارتفاع مستوى الحياة في هذه البلدان قاد إلى هجر كثير من القيم التي تجعل المجتمع متماسكا، فأدى ذلك إلى الحصر STRESS والشعور بالوحدة وما إلى ذلك من الأمراض النفسية والجسمية.

إن العالم كما يقول الأستاذ طه عبد الرحمن^(١) مقبل على تحوّل أخلاقي جذري بتأثير التحولات المتلاحقة التي يشهدها في الحياة الفردية والاجتماعية، لأن هذه التغييرات تفرز ضرورة معايير أخلاقية جديدة، ويأمل أن يتجه قادة العالم إلى إيجاد نظام أخلاقي عالمي جديد، كما وضعوا نظاما تجاريا عالميا، حتى لا تنحرف العولمة إلى الظلم، والعدوان على الأمم الضعيفة اقتصاديا وحضاريا.

وبما أن الإسلام يتجه نحو العالمية منذ بزوغه، ويبحث على التعايش والسلم، وعاش فعلا في تاريخه مختلف الديانات وتسامح معها تسامحا واضحا عند المؤرخين وغيرهم فإنه مؤهل بتعاليمه الأخلاقية إلى أن يشارك في وضع أخلاق جديدة لهذه العولمة المنفلتة حتى الآن، وهو يعترف بالقيم المشتركة بين الحضارات، ولا شك أن الدعوة إلى الفهم المتبادل للقيم الحضارية الشرقية والغربية من سمات الإسلام الرئيسية فقد دعا إلى الحوار مع ديانات أخرى، منذ نزول القرآن، ونادى بالحوار بين الأديان وأزاح الغبار عما طرأ على بعض

(١) سؤال الأخلاق، مساهمة في النقد الأخلاقي للحدثة الغربية المركز الثقافي العربي ٢٠٠٠

الديانات من الخرافات وتحريفات ودعا إلى الأصل المشترك بينها جميعا.

﴿قُلْ يَا أَهْلَ الْكِتَابِ تَعَالَوْا إِلَى كَلِمَةٍ سَوَاءٍ بَيْنَنَا وَبَيْنَكُمْ أَلَّا نَعْبُدَ إِلَّا اللَّهَ وَلَا نُشْرِكَ بِهِ شَيْئًا وَلَا يَتَّخِذَ بَعْضُنَا بَعْضًا أَرْبَابًا مِّنْ دُونِ اللَّهِ فَإِن تَوَلَّوْا فَقُولُوا اشْهَدُوا بِأَنَّا مُسْلِمُونَ ﴿١٤٤﴾﴾ آل عمران / ٦٤، فعلى المسلم اليوم أن يحدد رسالته نحو العولمة وبينه موقفه على الفهم الصحيح للإسلام، وأن ميزانه ميزان أخلاقي (التقوى) حين يتحاور ويتعاون مع البشرية في العالم إذا ألغى ميزان العصبية واللون، والطبقة والثروة، وجعل عمارة الكون والإحسان إلى العالمين من مبادئه ومقاصده وكذلك المشاركة في توفير الخير للناس، وحفظ الحقوق، ومنع الظلم وإن كان مع عدو أو مخالف في الدين، ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَاٰنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا أَعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ﴾ المائدة / ٨. وعدّ القرآن اختلاف اللغات والألوان، -واختلاف اللغات هو أيضا اختلاف الثقافات- من آيات الله ﴿وَمَنْ ءَايَنَهُ خَلْقُ السَّمٰوٰتِ وَالْأَرْضِ وَأَخْتَلَفَ الْأَلْسِنَتِكُمْ وَاللُّوٰنِكُمْ﴾ الروم/٢٢، فهذا المعنى الأخلاقي القرآني إذا راعيناه فإن العولمة لا تصبح غابة يأكل القوي فيها الضعيف، ولا تمحو الثقافة التي أتاحت لها عوامل القوة ثقافة الآخرين وقيمهم، مما يدعو إلى نشوب الحروب والمقاومة.

وإذا كان يتبع العولمة بقصد أو بغير قصد إشاعة الفساد والانحلال، وبيع الشهوة وحمى الاستهلاك فإن من شأن المسلم أن يقاوم هذه العوامل من الفتنة ويعمل جهده أن تسود القيم التي تحفظ على الإنسان كرامته.

ولا شك أن العولمة يمكن أن تكون لها جوانب إيجابية مثل تداول التقنية والمعرفة المتاحة، فيمكن لشباب الشعوب النامية أن

يستفيدوا من ذلك كله لرفع شأن شعوبهم، ومستواهم الثقافي والحضاري ومنع إطلاق الوحش الذي يكمن في الإنسان ليحطم الكوابح الأخلاقية إذا غاب الدين، واختفت القيم، وسادت موجات العنف، والحروب، والفساد الاجتماعي.

إن بعض القيم كالحرية والأخوة والعدل هي قيم متعالية إنسانية، لا يمكن أن يتنكر لها الإنسان إذا سلمت فطرته من الفساد.

إن ٨٠ ٪ تقريبا من سكان الأرض يتبعون الدين، بالرغم من الشك الذي يسود بعض البلدان، والدين يدعو إلى الرحمة بل إن الإسلام جاء رحمة للعالمين، كما وردت أيضا عدة مرات كلمة الرحمة في الكتاب المقدس، ولكن الناس لا يراعون هذا المعنى، فترى النزاع بين الهندوس والمسلمين في الهند، بين الكاثوليك والبروتستانت في إيرلندا وبين المسلمين والنصارى في البلقان والسودان، ونيجيريا وأندونيسيا، إن ذلك يرجع إلى عداوات تاريخية قائمة على سوء الفهم، وعدم التسامح والانفتاح على الغير، بالإضافة إلى العوامل السياسية والاقتصادية والعرقية الأجنبية التي تغذي بعض هذه الصراعات، فالروس مثلا يساندون الصرب، والألمان يؤيدون الكروات، في حين أن البلاد الإسلامية تساعد المسلمين بما في ذلك تركيا.

ويشير جيمس ميتلمان أستاذ العلاقات الدولية في الجامعة الأمريكية بواشنطن إلى أن العولمة تنطوي على إمكانات الضرر بالأديان، وإفادتها في الوقت نفسه، فالعولمة في جانبها الإعلامي والثقافي وترويجها للأنماط الاستهلاكية والتحلل من القيم تتحدى المنظومات الدينية والأخلاقية وتضعف إقبال الجيل الجديد عليها، ولكن يمكن القول بأن الدين يستفيد من وسائل الاتصال المعاصرة الفعالة بتوظيفها في نشر الرسالة الدينية والدعوة إليها، ولذلك فإنه بالرغم من هذه العوامل المشار إليها التي تتحدى القيم الدينية

والأخلاقية، فإن الأديان، والدعوة الأخلاقية التي تقاوم الثقافة الاستهلاكية يمكن القول بأنها سائرة في طريق اكتساب أنصار في كل مكان في العالم حتى سكان الولايات المتحدة.

وينبغي أن يشار هنا إلى الوجود الإسلامي في القارة الأوروبية الذي يصل إلى حوالي ١٥ مليوناً منها خمسة ملايين في فرنسا وحدها، وما يعانيه المهاجرون المسلمون من إشكالية الهوية، ذلك أن موجات العنصرية تتزايد ضد هذه الجاليات المسلمة، كما أن احتماؤهم بهويتهم، واكتشاف جديد لهويتهم لأنها أصبحت مهددة، أدى هذا إلى شعور حاد بالقلق وخاصة لدى الآباء خوفاً على هوية أبنائهم من الذوبان، ويتصور بعض الباحثين أن الإسلام يمثل عاملاً مقاوماً لتحدي العولمة^(١).

فضلاً عن الجماعات الغربية المتعددة المقاومة لهذه العولمة، ومن خلال التحليل الواقعي للتاريخ، وهذه الظروف التي يمر بها العالم ينبغي أن يتفطن المسلمون - أن في العالم الإسلامي وإن في هامشه وهو الوجود الإسلامي في الغرب - إلى رسالتهم في أن يضيفوا إلى العولمة السمة الإنسانية الإسلامية، والعمل على أن تكون في إطار أخلاقي عالمي مشترك ومنعها من التفرعن والنزعة الإمبراطورية الرومانية وما إلى ذلك من وجوه الاستبداد والفساد.

ولا شك أن الشباب في العالم الإسلامي له قدرات وإمكانات وطاقة لا تقدر بثمن وهي كفيلة إذا قامت بواجبها أن تشارك في توجيه صيرورة هذه العولمة العارمة إذ ليست الحضارة الغربية هي نهاية الحضارات وخاتمة التاريخ كما يزعم بعض الكاتبين المنبهرين بانتصار الليبرالية الجديدة، وحمود الاتحاد السوفياتي وتفككه.

(١) مجلة العصر، أبريل ٢٠٠١.

ونحن نرى اليوم أن القوة تكمن في المعرفة، وأول آية نزلت في القرآن نهبت إلى القراءة والعلم والقلم الذي يؤوله بعض الباحثين اليوم بأنه الكمبيوتر ولماذا لا؟ إنه امتداد للقلم والعالم الإسلامي اليوم هو ميدان الصراع بين موجات العولمة فيها الرابح والخاسر، ولكن يبدو لأول وهلة أنه مرشح لأن يكون هو الخاسر، وهو الذي يدفع الثمن، فلا يوجد في بلد إسلامي مثل بنغلادش من أجهزة الكمبيوتر ما يوجد في بعض الجامعات الأمريكية.

اقترح:

إن قوة الحضارة الحقيقية إنما تكمن فيما يبدو في قوة قيمها الأخلاقية التي تسندها، وتطيل من عمرها، ولذلك فإن العولمة باعتبارها ظاهرة حضارية كونية تتطلب أخلاقيات عالمية، تضامنية تحد من الانفراد بالسيطرة لثقافة واحدة وتفاديا للصراع بين الثقافات وذلك بإيجاد ميثاق أخلاقي جديد مشترك ينظم جوانب العولمة المختلفة الاقتصادية والثقافية.

هذا من الجانب العالمي. وأما من الجانب المحلي فإن البلاد النامية مدعوة لإحياء ثقافتها لتصبح ثقافة فعالة، تتفاعل مع الثقافات الأخرى أخذاً وعطاءً مما يمكنها من أن تجد مكاناً لائقاً بين الثقافات الأخرى، بتطوير إنتاجها الثقافي بوضع استراتيجية ثقافية إعلامية محكمة ولو في صورة إنتاج مشترك بين دول إقليم معين، كالإنتاج المشترك لدول الخليج مثلاً الذي يوجد في الكويت، ويكون قائماً على أسس عقلانية، وتخطيط واضح تسنده دراسة كافية، وتمويل ضروري، لأن الثقافة اليوم أصبحت صناعة قائمة بذاتها، ولأنه لا يمكن الدخول في العولمة دخولاً فوضوياً لا يعدو أن يكون مجرد اندماج وذوبان في أمواجها العاتية.

ويدعم ذلك كله استراتيجية تربوية، هدفها تجديد ملامح المستقبل الذي يراد تحقيقه في الواقع، وأهم ما في الرصيد الثقافي عند المسلم هو قيمه الدينية التي تجعل منه إنسانا يدرك تاريخه، وذلك يتم في إطار فلسفة أخلاقية نشترك فيها مع غيرنا، وينبغي النظر إلى التربية الإسلامية في بعدها الحضاري، لا في بعدها الظرفي ولا في منظورها الجزئي، ويتم ذلك بإحداث تغيير شامل في الأهداف والوسائل الفعالة، والتقنية المعاصرة التي تكوّن الذهن النافذ، والعمل المتقن مما يمكن من تجاوز التخلف الذي ما يزال يجثم على المجتمعات الإسلامية.

كما أن دعم التعلم مدى الحياة وتعميمه بوسائل الإعلام من أهم عوامل الوعي العام في المجتمع.

تمت،،،،

العولمة والأخلاق أي رهان مستقبلي؟

د. طلال عتريس

أستاذ علم الاجتماع في الجامعة اللبنانية

العولمة والأخلاق أي رهان مستقبلي؟

د. طلال عتريس

أستاذ علم الاجتماع في الجامعة اللبنانية

منذ سنوات تعرضت العولمة لكثير من النقد والالتهام الذي لم يخل منه مؤتمر من المؤتمرات التي عقدت لبحث هذه الظاهرة خصوصاً في البلدان العربية والإسلامية. كما انتقل هذا الاعتراض على ظاهرة العولمة من أروقة المؤتمرات إلى شوارع العواصم الكبرى التي شهدت تظاهرات وتجمعات ضد منظمة التجارة العالمية وضد العولمة الاقتصادية للعالم من سياتل إلى ملبورن، لم تنج من صدمات سقط خلالها قتلى وجرحى من المتظاهرين الذين اجتمعوا بالآلاف من نقابات وهيئات ومنظمات غير حكومية تنتمي كلها إلى ما يعرف اليوم بالمجتمع المدني.

ولعل أبرز الانتقادات التي وجهت إلى العولمة والمخاوف التي ارتبطت بها تركزت على الجانب الاقتصادي. فكل الدراسات والإحصاءات تشير إلى أن الاقتصاد العالمي سيخضع لمجموعة من الشركات الكبرى التي يتجاوز نشاطها الحدود والجغرافيا ليطل العالم بأسره. وأن هذه الشركات ومن يقف على رأسها سيزدادون ثراء وهم لا يبلغون نحو عشرين في المئة من سكان العالم. بينما سيتجه الباقون

وهم نحو الثمانين في المائة إلى المزيد من الفقر. كما تعرضت العولمة إلى اتهامات أخرى على المستويين السياسي والثقافي - لأنها انتقائية في المجال الأول أي إنها تغض النظر عن ديكتاتورية هنا واستبداد هناك إذا كان النظام مواليا للسياسات الدولية - وتعاقب هنا وتشد الخناق هناك، إذا لم ينخرط النظام في السياق المرغوب. وتبرز هذه الانتقائية في موضوع حقوق الإنسان التي لا ترى المنظمات الدولية عيوبها وانتهاكاتها في دولة مدللة عند الغرب مثل إسرائيل، قتلت في الانتفاضة الأخيرة في فلسطين أكثر من ألف وخمسمائة من السكان معظمهم من الأطفال من دون أن يشير هذا الأمر حفيظة أي منظمة من منظمات حقوق الإنسان الدولية، في الوقت الذي تضم القوائم السنوية لهذه المنظمات أسماء معظم الدول الإسلامية التي تنتهك فيها حقوق الإنسان. أما على المستوى الثقافي فتهمة العولمة أنها تسعى إلى تنميط العالم وجعله واحدا في السلوك والذوق والعادات من دون أي اعتبار أو تقدير لثقافة الشعوب وخصوصياتها. وهذا المسعى إلى تنميط العالم، كما يرى البعض، هو الذي يحرك اليوم ودفاعا عن مقومات البقاء، الجماعات الدينية والعرقية، في أماكن كثيرة من العالم بعدما شعرت هذه الأخيرة بالتهديد الذي يطال وجودها واستمرارها، وبعدها خشيت من الذوبان في محيط لا تعرف حدوده وغاياته.

المهم أن العولمة تعرضت بمستوياتها الثلاثة الاقتصادية والسياسية والثقافية إلى الكثير من النقد والتحليل والاتهام. وقد صدر ذلك كما أشرنا في عشرات إن لم يكن المئات من المقالات والكتب التي تناولت هذه الظاهرة منذ بضع سنوات إلى اليوم، أما المستوى الأخلاقي، فقليلة هي الأبحاث التي تناولته مباشرة بالنقد أو الاتهام. ربما لأنه أقل وضوحا من مستويات العولمة الأخرى، أو ربما لأن العولمة لم تطرح على نفسها وعلى العالم وعودا أخلاقية مثلما فعلت في الوعود

الاقتصادية حيث الرفاه والتنمية وفرص العمل. . أو ربما لأن الأخلاق هي كل متكامل لا ينفصل جانبه النظري والمبدئي عن تطبيقاته العملية في جوانب الحياة كافة السياسية والاقتصادية والثقافية. فلا تنفصل الأخلاق بهذا المعنى عن وجوه العولمة الأخرى، ولا يمكن البحث عنها إلا من خلال ما قدمته العولمة سلبا أو إيجابا على هذه الصعد. إلا أن ذلك لا يعني أن القلق الأخلاقي لم يساور الكثيرين، لا بل نلاحظ نظراً لهذا القلق من مخاوف ما وصلت إليه أزمة الأخلاق، مؤتمرات بدأت تربط بين التقدم في الاكتشافات العلمية والبيولوجية والطبية وتطبيقاتها وبين الأخلاق الإنسانية. هذا إلى الأسئلة القديمة/ الجديدة المطروحة حول الأخلاق في السياسة وفي المؤسسة وفي الإدارة وفي الاقتصاد وسواها.

وفي مثل هذه الورقة لا يسعنا أن نتناول الأخلاق ببعدها الفلسفي كالحديث عن ماهيتها وعن آراء الفلاسفة فيها. بل سنحاول أن نتناول القيم التي تروج لها العولمة، وصلة هذه القيم بالأخلاق الإنسانية. وسنقارن من ناحية ثانية بين ما تدعو له مؤسسات أو قوى دولية على المستوى الأخلاقي وبين ما يحصل عمليا من جانب هذه المؤسسات او القوى في أماكن مختلفة من العالم وعلى مستويات إنسانية واقتصادية واجتماعية وسياسية وغيرها.

فأساس الأخلاق كما يقول علماء الأخلاق هو العدل. وجوهر العدل هو الكف عن المظالم. فإذا أخذ الإنسان حقه كاملا وأعطى الغير حقه موفوراً سمي عند الأخلاقيين عادلا ومنصفا. ومن صفات الحاكم العادل إعطاء كل ذي حق حقه، ومن صفات العدل ألا يرضى الإنسان لنفسه بشيء إلا ورضي للناس بمثله.

هل تطبق هذه الأسس الأخلاقية الدينية والإنسانية التي أكدت

عليها الخبرة البشرية منذ أقدم العصور على القوى والمؤسسات الدولية الاقتصادية والسياسية التي تقود العالم في إطار ما يسمى بالعولمة اليوم؟

ربما أطلق البعض على هذه الأسس من العدل وإعطاء الحق صفات أخرى غير الصفة الأخلاقية، كالقول مثلا إنها ذات صلة بسيادة الدول، فلا تعتدي دولة على أخرى، ولا تغصب حقها ولا ترغمها على ما لا ترضاه لنفسها إذا كانت أكثر منها قوة. أو كأن يرى فيها آخر مهمة من مهام منظمة الأمم المتحدة في حفظ حقوق الدول وحمائتها أو في إتاحة الفرصة أمام الدول للدفاع عن نفسها، وهكذا، إلا أن ذلك لا ينفى ربط هذه الأسس من العدل وعدم الاعتداء بجوهر الأخلاق الإنسانية. وإذا تأملنا فيما يجري حولنا على المستويات التي أشرنا إليها اقتصاديا وسياسيا واجتماعيا. فنسحاب بخيبة أمل كبيرة. إذ لن نعثر على ما نبحت عنه من هذه الأسس في الوقت الذي يعم العالم فيه شعار " الحياة الأفضل " والمستقبل الأفضل للإنسان. ما سنجد من هذه الدعوة لن يكون المقصود به هو الإنسان في كل زمان ومكان. بل في أمكنة محددة فقط، بينما ستقتضي الامراض والأوبئة على الإنسان في أماكن أخرى كثيرة. وسيبقى كثير من البشر يعانون من الفقر والامية ومن الافتقار إلى العيش الكريم. . ولنضرب بعض الأمثلة على ذلك.

١ - أخلاقيات الاقتصاد:

ثمة تركيز على اختزال الاقتصاد إلى ما هو "مادي". ولكن هذا الاختزال غير صحيح. " إذ لا الربحية ولا الاستهلاك غايات في حد ذاتها كما أن دعمها ليس الهدف النهائي لآلية العرض والطلب. ويخدم الاقتصاد كل أنواع القيم في حياة الإنسان " وهدفه النهائي هو تطوير الإنسانية المتكامل. وإذا ما فقد الاقتصاد القدرة على رؤية هذا الهدف،

فإنه لا يجلب لنفسه النقد فقط.. وإنما يمهد لتدمير نفسه على المدى الطويل" (١).

ولا يعني ذلك أن الاقتصاد شيء سيء. كما أن النمو والتنمية هي أشياء حسنة ويحتاج إليها الإنسان في تطوير حياته وتحسين نوعيتها. ولكن عندما تؤدي هذه التنمية الدولية في ظل العولمة، وما يجري بسببها من هيمنة للشركات الكبرى على المقدرات المالية العالية، إلى إفقار لمعظم سكان هذا الكوكب فإنها تصبح لا أخلاقية. وعندما تدفع بالمزيد من البشر إلى الشارع، حيث لا عمل ولا مأوى، ولا طعام فإنها تكون أيضا لا أخلاقية. "فهذا التقديس لانتشار العلاقات السلعية، الذي يشكل ماهية نظامنا الاقتصادي، أي البحث الدائم عن الربح.. لا يتوافق مع القواعد الاجتماعية، فجني المال من أجل المال.. يخالف الخير العام، لأن عالماً من الرباحين لا يتوافق مع المواطنة كما لا يتناسب مع تبلور المجتمع" (٢).

والعولمة الاقتصادية التي تحيط بنا، وتعقد في ظلها الشراكات بين الدول، وتقودها شركات عدة، وتقدم القروض فيها مؤسسات مالية دولية، هذه العولمة تقوم على الاستبعاد، فهي تحول دون حصول الأفراد والشعوب الخاسرة على الحدود الدنيا من الوفرة ودون التمتع بالمواطنة. وهي تقوم على الاستخدام القهري للطبيعة ونهب الموارد الطبيعية وهذا هو ما نشهده من اختلال بيئي ومن تلوث على مستوى الطبيعة والمناخ، ترفض الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال أن تعمل للحد منه، لأنه "ضد مصالح الشركات الأمريكية" كما قالت

(١) أخلاقيات الاقتصاد، وجهات عربية - أوروبية، منشورات منتدى الفكر العربي، عمان، ومؤسسة مونراء اديناور قسم التعاون الدولي، المطبعة الاردنية ١٩٩٤، ص ٢٣.

(٢) سيرج لاتوش، العولمة ضد الأخلاق، في مجلة شؤون الاوسط، عدد ٧١/١٩٩٨، ص ٧٠.

بعدها رفضت التوقيع على بروتوكول كيوتو للحد من تلوث المناخ في أثناء انعقاد قمة الدول الصناعية في "جنوى" في العام ٢٠٠١. علما بأن كل الدلائل تؤكد على أن الاستهلاك العالمي للطاقة سيبلغ في عام ٢٠٢٠ ضعف الاستهلاك الحالي وبالتالي سترتفع كمية الغازات الملوثة للبيئة بمقدار يراوح بين ٤٥ و ٩٠ في المائة^(١).

وتعكس الأرقام هذه الظاهرة المتنامية من البحث عن الربح على حساب أي قيمة أخرى، فهناك ٢٠ في المائة من دول العالم هي الأكثر ثراء، وتستحوذ على ٨٤,٧ في المائة من الناتج الإجمالي العالمي، وعلى ٨٤,٢ في المائة من التجارة الدولية، ويمتلك سكانها ٨٥,٥ في المائة من مجموع المدخرات للعالم.

وانطلاقاً من عام ١٩٦٠ تضاعفت الهوة بين ذلك الخمس من الدول، الذي يعتبر أغنى الدول، والخمس الذي يعتبر من أفقر الدول، وفي الواقع أن هذه الإحصائيات دليل أيضاً على فشل مساعدات التنمية التي كانت تبشر بالإنصاف والعدالة^(٢).

وما يؤكد هذا الاختلال الفظيع في مستوى حياة البشر الذين يعيشون في "قرية كونية واحدة" بين من يملك ومن لا يملك، ما أشار إليه تقرير البنك الدولي عن "مؤشرات التنمية - ٢٠٠١" من أن ١٢٠٠ مليون نسمة من أصل ستة ملايين (أي أكثر من سدس العالم) يعيشون على أقل من دولار واحد يومياً وأن نحو ١٠ ملايين طفل توفوا عام ١٩٩٩ تحت سن الخامسة غالبيتهم بسبب أمراض يمكن الوقاية منها.

(١) بيتر مارتن وجارالد شومان، فسخ العولمة، سلسلة عالم المعرفة، الكويت عدد ٢٣٨/١٩٩٨ ص ٧٠.

(٢) تقرير الأمم المتحدة عن التنمية عام ١٩٩٤ وكذلك التقرير الصادر عن معهد التنمية الاجتماعية التابع لمنظمة الأمم المتحدة في ١٩٩٥ وردت في "فسخ العولمة" المرجع السابق ص ٧٠.

وأن ١١٣ مليون طفل لا ينتظمون في المدارس. . ويبلغ نصيب الفرد في البلدان الغنية عشرة أضعاف نصيب الفرد في البلدان الفقيرة^(١). كما أعلن صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة والأمومة "يونيسف" أن نحو ١٨ مليون طفل يعانون الفقر في ٢٧ دولة في أوروبا الوسطى والشرقية. . بعد عشر سنوات منذ انتقالها من اقتصاد موجه إلى اقتصاد السوق. . أما أرقام البنك الدولي على هذا الصعيد في العام ٢٠٠٠ فلم تكن أحسن حالاً". فقد ذكر التقرير أن ثروات أغنى ٢٠٠ رجل في العالم تفوق دخل ٤١٪ من سكان المعمورة (حوالي ٨,٢ مليار إنسان). كما تفوق ثروة أغنى ٣ أفراد الدخل القومي لـ ٤٨ دولة هي الأفقر مجتمعة. وتؤمن ١٪ من ثروة الـ ٢٠٠ ملياردير دخول جميع أبناء العالم إلى المدارس. وأن خمسة آلاف عربي يملكون ٣٠٠ مليار دولار (أكثر من نصفها موظف في أوروبا والولايات المتحدة وبعض أسواق المال العالمية). وتقل حصة الدول النامية (وفيهما ٨٠٪ من سكان المعمورة) من الناتج المحلي العالمي عن ٢٠٪. وهناك ١٢٠ مليون طفل في العالم غير ملتحقين بالمدارس، و٨٨٠ مليون إنسان أمي (من بينهم ٥٦ مليون عربي). وأن مليار إنسان معدل أعمارهم ٤٠ عاماً". وأن ٣,١ مليار إنسان لا يجدون إلى المياه النظيفة سبيلاً". و٨٤٠ مليون إنسان مصابون بسوء التغذية. وأن أكثر الدول النامية تنفق على الديون الخارجية وخدماتها ضعفي ما تنفقه على قطاعات التنمية البشرية لديها (الصحة والتعليم والاسكان). وفي العالم مليار عاطل عن العمل (ما يقرب من ثلث القوى العاملة). وأن واحداً من كل ثمانية أفراد في الدول الغنية فقير. وواحد من كل خمسة شباب في البلاد الغنية عاطل

عن العمل.. (المصدر: برنامج الأمم المتحدة للتنمية - البنك الدولي - تقارير العام ٢٠٠٠).

في ظل هذا التفاوت المخيف في الأرقام التي تعكس اختلالاً "فظيعاً" في مستوى حياة البشر ومخاوف على مستقبلهم، يستمر مع ذلك الحديث عن تقديم الوعود والمساعدات التي ستغير هذا الواقع المؤلم لمعظم سكان العالم. إلا أن المفارقة هنا تكمن في المقارنة على سبيل المثال بين المليارات التي تحصل عليها الولايات المتحدة من تجارة السلاح وما تنفقه على التسلح من جهة، وبين حاجات دول العالم الفقيرة لإطعام شعوبها أو لتعليمها. فقد نشرت خدمة أبحاث الكونغرس تقريراً عن بيع السلاح في العالم بين ١٩٩٣ و ٢٠٠٠ تبين فيه أن هذه التجارة زادت بنسبة ٨٪ في عام ٢٠٠٠ وأن نسبة المبيعات بلغت نحو ٩،٣٦ مليار دولار، حصدت منها الولايات المتحدة أكثر من نصفها، أي ٦،١٨ مليار دولار. أما ما هو أشد وأدهى فهو أن ٦٨٪ من تلك المبيعات يذهب إلى الدول النامية، حيث الجوع والفقر والامية المرتفعة.. وحيث يجري العمل للاستدانة من المؤسسات الدولية بقروض تتضاعف قيمتها بسبب العجز عن سدادها في الوقت المناسب. ويشير التقرير إلى أن الولايات المتحدة زادت نسبة إنفاقها العسكري بعد ١١ سبتمبر نحو ٤٨ مليار دولار لتبلغ ٣٩٦ ملياراً عام ٢٠٠٣. وهذا الإنفاق لسنة واحدة يساوي كل ديون الدول الفقيرة. علماً بأن الولايات المتحدة لم توافق على مشروع تقدمت به الأمم المتحدة لخفض عدد الفقراء إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥ من خلال "تخصيص" مساعدات سنوية تقدمها الدول الغنية ونسبتها ٠,٧ من الناتج القومي لهذه الدول. فتدخلت الولايات المتحدة الأميركية لتعديل لغة الاقتراح، ولتصبح "حض" الدول الغنية على تخصيص هذه

النسبة، كما استبق الرئيس بوش المناقشات بإعلان تخصيص ٥ مليارات دولار للمساعدات الخارجية وخصوصاً " للدول " التي تنتهج الطريق الصعب سياسياً واقتصادياً". والمقصود طبعاً بهذه الدول تلك التي تنظر الولايات المتحدة بعين الرضا إلى نهجها السياسي والاقتصادي.

٢ - أخلاقيات السياسة:

ليس المقصود بالأخلاقيات هنا ما قد يقع في باب المثاليات التي يصعب الدلالة عليها عند أي نظام من الأنظمة أو أي قوة من القوى السياسية التي نعرفها في عالم اليوم. وإنما المقصود بالأخلاقيات في ميدان السياسة التي هي إدارة شؤون الناس، الكف عن الظلم، والسعي إلى تطبيق العدل، وأن يرضى صاحب القدرة لنفسه بما يرضاه للآخر، دولة كانت أو شعباً. وهذه هي أبسط القواعد الأخلاقية عندما نتحدث عن الحكم وعن مسؤولية التصدي لإدارة شؤون المجتمع والناس.

ويواجه "المجتمع الدولي" مشكلة كبيرة على هذا الصعيد من التلازم المفترض بين الأخلاق والسياسة. إذ تكاد تكون هذه العلاقة مفقودة تماماً لمصلحة القوة والقدرة قبل أي مقياس آخر. والأخطر من فقدان هذا التلازم، هو النموذج المباشر أو غير المباشر الذي يقدمه المجتمع العالمي سواء من خلال مؤسساته الدولية أو شركاته الكبرى، أو دولة المهيمنة على شعوب العالم الأخرى، فيعلمها كيف تنتكر لمبادئ حقوق الإنسان، وكيف تنقلب على عهودها، وكيف تحتمي خلف قوتها، وكيف تغض البصر عن الظلم هنا وتدعي الدفاع عنه هناك.. وهكذا إلى قائمة طويلة من السلوكيات السياسية التي يلخصها ما بات يعرف اليوم بسياسة الكيل بمكيالين التي تتذمر منها دول عربية وإسلامية كثيرة عندما تريد توصيف السياسة الأمريكية في الشرق الأوسط.

ولن يفيد ضرب الأمثلة عن فقدان هذه الأخلاقيات في ما يتعلق بالقضية الفلسطينية، فالوقائع أكثر من أن تحصى حول "الانحراف الأخلاقي" للأمم المتحدة وللولايات المتحدة، ولمعظم العالم الغربي حول هذه القضية في تبرير الجرائم الإسرائيلية، وفي غض النظر عما يقوم به الجيش الإسرائيلي. بل وحتى في تحميل الطرف الفلسطيني مسؤولية ما يجري من مواجهات بذريعة عدم تصديه للإرهاب... بل سنستعرض مثالا آخر له علاقة بما جرى مؤخرا في أفغانستان. فالحرب التي شنت على هذا البلد المسكين بكل آيتها العسكرية وجبروتها، كانت كما قالت الإدارة الأمريكية "من أجل قتل أو اعتقال المشتبه به الرئيسي" في عمليات ١١ سبتمبر.. وقد وقف العالم، كما هو معلوم، خلفها في هذه الحرب ولا نعلم أي شرعة أخلاقية أو قانونية تجيز إعلان الحرب وقتل آلاف المدنيين للقضاء على "مشتبه به". وهل تجيز مثل هذه الشرعية قتل المشتبه به حتى لو كان متهما رئيسيا؟ وماذا لو تبين على سبيل الافتراض أن هذا المشتبه به لم يكن ضالعا في الجرم؟ فمن يعيد عندئذ عقارب الساعة إلى الوراء؟

أما ما يثير الدهشة في هذا المثال الأفغاني فهو "ملف حقوق الإنسان" الذي عاودت الولايات المتحدة الأمريكية فتحه في الشيشان بوجه الكرملين بعدما طوت هذا الملف في أشهر سابقة نظرا لوقوف القيادة الروسية إلى جانب الحملة الأميركية لمحاربة الإرهاب، وموافقتها على تسهيلات لوجيستية وعسكرية في دول آسيا الوسطى، أما وقد انتهت هذه الحرب، فقد بدأت روسيا التذمر من الوجود الأميركي في هذه الدول، ودعت إلى رحيل القوات التي انتشرت في طاجيكستان وأوزبكستان التي تقع في دائرة النفوذ الروسي. فكان الرد الأمريكي المباشر: "انتقاد الإفراط الروسي في استخدام القوة" في الشيشان، وانتهاك حقوق الإنسان واستهداف مواقع مدنية.. " كما شدد الناطق

باسم الخارجية الأمريكية ريتشارد باوتشر على " أن غياب الحل السياسي والانتهاكات الواسعة لحقوق الإنسان تخلق جوا يساعد على الإرهاب" (الحياة في ١٣/١/٢٠٠٢ - ص ٨). وما يدعو إلى السخرية هنا أن الولايات المتحدة لا تطبق هذا المفهوم نفسه على إسرائيل التي ترفض التفاوض، وتقتل المدنيين وتشرذم آلاف السكان، كما أنها لا ترى ما فعلته في أفغانستان انتهاكا لحقوق الإنسان بعدما قتلت نحو خمسة آلاف مدني ودمرت بيوت الناس فوق رؤوسهم... والأمثلة على هذا الانحراف الأخلاقي في المعايير السياسية أكثر من أن تحصى ليس لدى من يقود عملية العولمة فقط، وإنما لدى دول أخرى كثيرة وخصوصا في سياساتها الخارجية عندما يتعلق الأمر بدول العالم الإسلامي أو بدول الجنوب عموماً.

٣ - أخلاقيات الثقافة :

يبدو الحديث عن الثقافة والأخلاقيات المرتبطة بها أكثر صعوبة وتعقيدا من الجوانب الأخرى السياسية والاقتصادية التي أشرنا إليها. فالثقافة من جهة هي مفهوم واسع يشمل مختلف جوانب الحياة من المأكل والملبس إلى الأزياء وطرق العيش والآداب والفنون والقيم. والمؤسسات الدولية التي تتولى الشأن الثقافي ليست بمثل الواضوح الذي تبدو عليه المؤسسات السياسية أو الاقتصادية. فنحن نشعر بوطأة ثقافة ما، من دون أن نقدر دائما على تحديد مصادر هذه الثقافة. كما أن المفاهيم والقيم التي تبثها الثقافة ليست مباشرة في معظم الأحيان، وإنما تحصل بالتراكم البطيء والهادئ بحيث يشعر الإنسان بمرور الوقت أن مفاهيمه قد تبدلت وأن القيم التي يحملها تجاه قضايا كثيرة قد تغيرت.

كما يصعب الفصل من جهة أخرى بين الثقافة وبين المستويات الأخرى السياسية والاقتصادية، فثورة الاتصالات التي جعلت للتجارة

بعدها العالمي هي التي حملت القيم الجديدة والعادات والأفكار وهي التي ساهمت في تغيير عادات الناس وأذواقهم واتجاهاتهم.

ولن نتناول هنا تعريفات الثقافة، فهذا يخرج عن إطار بحثنا، وقد بات واضحا " أن التدهور الأخلاقي يبرز جليا في المجال الثقافي على مستوى السلوك والقيم"، كما يشير الجميع إلى هذا "الثنائي" (الجنس والعنف) الذي يحتل مساحة ثابتة في كل وسائل الاتصال القديمة والحديثة بأشكالها المختلفة. ولا داعي للتفصيل حول هذه القضية التي كتب الكثير من البحوث بشأنها، وحذر الكثير من الخبراء من أخطارها، وتصاعدت الشكوى من آثارها في أنحاء العالم كافة، بما فيها دول الشمال نفسه. إنما سنتناول مسألة أخرى لم يسלט الضوء عليها كثيرا مثلما حصل مع موضوعي العنف والجنس. وتتعلق هذه المسألة بعلاقة بعض المؤسسات الإقليمية والدولية بمؤسسات وجمعيات "وطنية" خصوصا في الدول العربية والإسلامية. مثل الجمعيات النسائية، وجمعيات حقوق الإنسان، وجمعيات حماية الديمقراطية.. وغيرها. وتقوم هذه العلاقة في معظم الأحيان على نشاط مشترك بين هذه المؤسسة الإقليمية أو الدولية أو تلك، وبين المؤسسة أو الجمعية الوطنية، وغالبا ما يترافق هذا النشاط المشترك مع تقديم الدعم المادي إلى الجمعيات الأخيرة.

ما يستدعي الإشارة هنا، ليس العلاقة نفسها التي قد تتيح فرص التعرف إلى تجارب أخرى مختلفة، إنما الإشارة هي إلى محتوى ومضمون المؤتمرات والندوات المشتركة التي تعقد بين الطرفين، والأولويات التي "تفرض" على جدول الأعمال "المشترك"، إذ من الملاحظ أن هذه اللقاءات ومنذ سنوات تدور حول مجموعة من الموضوعات مثل الديمقراطية وعمل المرأة والعنف الزوجي والحرية الفردية والليبرالية السياسية والمرأة والتنمية والمرأة والتعليم والزواج،

والتربية على السلام والتربية على التسامح. . وإدارة الصراعات بطريقة بناءة، وغير ذلك من الموضوعات التي ربما لا يناقش كثيرون في أهميتها من حيث المبدأ، ولكن النقاش المطروح بالنسبة لنا هو حول أولوية هذه الموضوعات بالنسبة إلى مجتمعاتنا. وحول كيفية معالجتها واستنادا إلى أي قاعدة وأي مرجعية ثقافية أو دينية، ولنضرب بعض الأمثلة توضيحا" لذلك: فقد تعرضت المنظمة المصرية لحقوق الإنسان إلى انتقاد بعض منظمات حقوق الإنسان الأوروبية التي قررت منع المساعدات عن المنظمة المصرية لأن هذه الأخيرة لم " تنظم فعاليات تضامنية مع المثليين المصريين الذين اعتقلتهم السلطات المصرية بتهمة ممارسة الشذوذ"^(١). كما دعا المجمع السنوي التاسع عشر للتربية على السلام، الذي عقد مؤتمره في بيروت في أوائل شهر تموز / يوليو ٢٠٠١ إلى " ضرورة تهيئة الأجواء والمناخات اللازمة لثقافة السلام. . لامتلاك المهارات من أجل حل النزاعات بصورة بناءة. . ولإدراك المعايير الدولية لحقوق الإنسان، "والجنندر"، والمساواة" .. (فيصبح حل النزاعات بصورة بناءة موازيا" من حيث أهميته للمساواة بين الجنسين! .. وتصبح تهيئة الأجواء والمناخات لثقافة السلام ضرورة في الوقت الذي لا يزال لبنان يقاتل من أجل استرداد ما تبقى من أرضه المحتلة وفي الوقت الذي لا تزال فيه منطقة الشرق الأوسط مشتعلة وغير مستقرة بسبب السياسات الاسرائيلية وعدم إيجاد حلول عادلة للشعب الفلسطيني. .) هذا إضافة إلى مشروع سابق للأمم المتحدة في مؤتمر السكان الذي عقد في القاهرة قبل سنوات حاولت من خلاله تمرير نص يدعو إلى الموافقة على "دعم الأسرة بأشكالها كافة". أي

تلك الأسرة "التي تتشكل من الجنس نفسه" والتي بدأت تظهر في الغرب منذ بضع سنوات. وقد اعترضت الدول الإسلامية والفايكان معا على هذا البند المقترح في وثيقة المؤتمر... إلى جانب عشرات الندوات والمؤتمرات التي تعقد بشكل متواصل في معظم الدول العربية والإسلامية التي تناول كما أشرنا قضايا المرأة من منظور الجمعيات الأوروبية التي تمول "الأنشطة المشتركة"، وقضايا الأسرة والزواج والطلاق والإنجاب والعلاقات بين الجنسين من المنظور نفسه..

والمشكلة في كل ما تقدم هي عدم قبول الآخر كما هو. وعدم الاعتراف بخصوصيته الثقافية والدينية التي شكلت نظامه للزواج وللترية وحتى للعلاقات الاجتماعية أو السياسية. وهذا يتعارض كما هو معلوم، مع بديهيات المبادئ الأخلاقية التي تقوم على الاحترام المتبادل للفرد أو للجماعة، وعلى تقدير خصوصيتهما والمحافظة عليها.

وهذا الجانب من "التدخل" الأخلاقي في الحياة الثقافية والقيمية في بلدان العرب والمسلمين، لتعديل هذه الحياة أو "لتحديثها"، كما يتكرر في المصطلحات الرائجة، فإننا سنكون أمام تدخل يشبه ما يجري اليوم في عالم السياسة والقوة حول ما يسمى "حق التدخل" الإنساني لإنقاذ هذه الجماعة أو الأقلية العرقية أو الدينية، أو للدفاع عن مصالح هذه الدولة أو تلك ضد أي "خطر" حقيقي أو مفتعل.. وإذا أضفنا إلى هذا الحق، تلك المخاطر الناجمة عن الترويج للجنس وللعنف بعيدا من كل الضوابط الأخلاقية وحتى المنطقية أدركنا حجم المخاوف التي تحيط بعالمنا الإنساني كله، من جراء هذا التهميش الذي تتعرض له القيم الأخلاقية على المستويات الثلاثة التي تمسك بزمام العالم اليوم في السياسة والثقافة والاقتصاد.

٤ - عولمة الفساد:

تفاقت ظاهرة الفساد على المستوى الدولي تفاقما ملحوظا وأصبحت منذ العقد الماضي في قلب الاهتمامات السياسية أكثر من أي وقت مضى. وتباينت التفاسير في شرح أسباب هذا الفساد. فمنهم من ذهب إلى أن تدخل الدولة المفرط هو السبب، لأن هذا التدخل لا ينجم عنه سوى نمو البيروقراطية والأسواق الموازية. . بينما يرى آخرون أن سبب الفساد يعود إلى ضعف الوازع الأخلاقي العام، وتراجع شرعية الدولة كتجسيد للمصلحة العامة، وذوبان القيم الجماعية في البحث عن الفائدة والمصالح الأنانية والخاصة^(١). وتفاقت هذه الظاهرة بعدما شمل اتساعها حتى الديمقراطيات الغربية التي كانت تركز دائما على وجود هذا الفساد في المجتمعات المتخلفة التي تفتقد لسلطة القانون ولمعايير الشفافية والمساءلة السياسية والشعبية. وقد بينت بعض الدراسات أن المجتمعات الحديثة تشهد تراجعا أخلاقيا هو الذي يشجع على الفساد واتساع مجالاته. وأبرز مظاهر هذا التدهور ومخاطره هو تضخم ظاهرة الفردية بأشكالها كافة، والتداعيات التي نجمت عنها من انكفاء على الحياة الخاصة والابتعاد عن الآخر، وعدم الاهتمام بالتضامن الاجتماعي والاستغراق في الذاتية، وما يبني على هذه الفردية من أفكار أو فلسفات تقوم على نفي أي حق للمجتمع في التدخل في شؤون الفرد وفي حياته الخاصة وذلك خلافا للأخلاقية التي تفترض بطبيعتها تقاسما للحياة مع الآخرين وتضامنا معهم وتحسسا لآلامهم^(٢).

والمفارقة هنا تكمن في أن العولمة وحدت العالم من جهة فجعلته

(١) EÁ Yves Meny, Corruption "fin de seicle" changement crise et transformation des valeurs" in Revue Internationale des Sciences Sociales no 149, 1996.

(٢) Loak Halman, Ya - t- il un déclin moral? In Revue Internationale des science sociales No 145/1995 Page 479-480.

كما يُقال قرية كونية، أي مكانا صغيرا من دون حواجز بسبب الدور الذي لعبته وسائل الاتصال في التعرف إلى العالم وشعوبه عن كثب. بينما دفعت هذه العولمة من جهة ثانية، حياة الناس إلى العزلة والانطواء بسبب تضخم الفردية التي أشرنا إليها. والمفارقة الثانية في هذا الإطار، أن العولمة ما كان بمقدورها أن تعمل إلا لأنها ورثت سلسلة من الأنماط السلوكية والأخلاقية من المراحل التي سبقتها "قضاة لا يمكن إفسادهم، وموظفون نزيهون، ومربون كرسوا أنفسهم لرسالتهم، وعمال يتمتعون بالحد الأدنى من الضمير المهني..". وهي قيم تم تكريسها ولا نزاع حولها أنها: النزاهة وخدمة الدولة ونقل المعرفة والاستقامة والعمل الجيد.. إلا أننا أصبحنا نعيش اليوم في مجتمعات حيث تبدو هذه القيم تافهة ولا قيمة لها. وحيث يتم التركيز على كمية النقود التي تحصل عليها^(١).. وليس على كيفية السلوك الذي تقوم به. فقد أظهر إحصاء في شيكاغو على سبيل المثال أن واحدا من بين كل خمسة من المراهقين الأمريكيين الذين اعتادوا الدخول إلى شبكة الإنترنت، تلقوا محاولات غير مرغوب فيها لاستدراجهم إلى ممارسة الجنس عبر شبكة المعلومات الدولية.. وفي تقرير نشر في دورية المجلس الطبي الأمريكي "أن الاستدراج عبر الإنترنت يضاف إلى قائمة مخاطر الطفولة التي يجب على السلطات أن تكون على دراية بها وقادرة على تقديم المشورة بشأنها للعائلات".

وفي الإطار نفسه بلغت ظاهرة المواقع الإباحية وبيع الأطفال، وتحولهم إلى أهداف جنسية على مستوى دولي حداً استدعى عقد مؤتمرات عالمية من أجل البحث في كيفية الحد من هذه الظاهرة ومخاطرها. كما انتشرت مواقع القمار على الإنترنت التي يتوقع أن

(١) سيرج لاتوش، المرجع السابق ص ٧٠.

تصل إيراداتها في الأعوام القليلة المقبلة إلى نحو ستة مليارات دولار. . وفي أوروبا كان عام ٢٠٠٠ عاما أسود بكل معنى الكلمة فتجارة المخدرات والسجائر، والأدوية التي غالبا ما يكون تاريخ صلاحيتها قد انتهى منذ أشهر، وقطع الغيار غير الأصلية والألبسة التي تم تزوير ماركاتها، والسيارات المسروقة، خصوصا الفخمة منها، وترويح عمل شبكات الدعارة، إضافة إلى التهريب المنظم للأيدي العاملة عبر الحدود، كلها ضاعفت من جبروت إمبراطورية المافيات المتعاملة بمبالغ خيالية من الأموال القذرة التي تتجاوز قيمتها أحيانا ناتج الدخل القومي الإجمالي لعدد من دول القارة الأوروبية. . كما تدر تجارة الأسلحة غير المشروعة والتهريب بأنواعه كافة مبالغ ضخمة سنويا. . ويقدر صندوق النقد الدولي حجم تبييض الرساميل بين ٢ و٥٪ من إجمالي ناتج الدول القومي العالمي، أي ما يوازي قدرات اقتصاد بلد كإسبانيا أو فرنسا مثلا. . ويراوح دخل معتمدي تهريب الأيدي العاملة من الدول الفقيرة إلى الاتحاد الأوروبي وبحسب تقارير الانتربول بين ٣ و٤ مليارات دولار. . ولا تقل تجارة الدعارة أهمية في اقتصاد الجريمة منذ انهيار جدار برلين في بداية العقد الماضي. . كما ضربت أوروبا الرقم القياسي عام ٢٠٠٠م في تجارة الهيرويين (١٦,٧ طنا) والحشيشة (٧٢٥ طنا) والكوكايين (٢٤ طنا) وتمثل قيمة الكميات المصادرة من هذه المادة ما مجموعه ٤ مليارات دولار. .^(١)

هل يمكن في ظل هذه الأرقام التي جناها أصحابها من فساد عابر للقارات أن نعيد إنتاج القيم الإنسانية مرة ثانية إذا استمر الحال على ما هو عليه؟ أي على اعتماد القاعدة الوحيدة التي استند إليها أصحاب هذه الأموال؟ إذا كان الأمر كذلك، فعلى جميع من يعمل في أي قطاع كان

أن يجعل الحصول على المال، والمال فقط نصب عينيه. أي لن على القضاة، على سبيل المثال، أن يبيعوا قرارات المحاكم في المزاد العلني، وأن على المدرسين أن يعطوا العلامات الجيدة لمن يدفع لكثير من اولياء التلاميذ، وهكذا. إذن لماذا على القاضي لن يكون نزيهاً وعلى المدرس لن يكون متفانيا ولماذا على العامل لن يعمل بإتقان، إذا كان بإمكانه لن يغش أو يقبل الرشوة؟ (سرج لاتوش، ص ٧١).

ان ما يجري على هذا الصعيد هو تشويه حقيقي للأخلاق، لا يمكن له اذا استمر على ما هو عليه عقود إضافية أن يعيد إنتاج حضارة قادرة على الاستمرار.

ما العمل إذن؟

هل ثمة فرصة لتدارك ما يحصل، أم أن القطار قد انطلق ولا سبيل لتغيير وجهته أو إيقاف عجلاته أو الحد من تدهوره!

ثمة مسؤولية إنسانية عامة مطروحة على شعوب العالم ودوله وقادته كافة لمواجهة الآثار الخطيرة للعولمة بمستوياتها التي أشرنا إليها، ولعولمة الفساد التي يصعب إحصاء حالاتها والأرقام المتعلقة بها.

إن الدعوة إلى مواجهة العولمة وأخطارها على المستوى الأخلاقي أو على المستويات الأخرى لا يمكن أن تظل بالنسبة إلى المسلمين، في إطار العموميات مثل الدعوات إلى تجديد التراث أو تجديد الثقافة العربية وتفعيلها، كما يردد البعض. . أو كما يقول البعض الآخر بضرورة العودة إلى الذات أو أن "الإسلام هو الحل" من دون أن يقول أصحاب هذه الدعوة - مهما قيل في أهميتها، كيف وأين يبدأ هذا الحل، وبأي تفاصيل ومناهج وأساليب ورؤى ثقافية وسياسية واجتماعية واقتصادية. . ففي مجال مهم مثل التنمية الصحية على سبيل المثال، تثار أسئلة كثيرة ومخاوف من تحول مهنة الطب نفسها إلى مهنة تجارية،

ومن استخدام الأدوية كسلعة مربحة، إلى القلق من الشروط الجديدة لممارسة المهنة بواسطة تقنيات الاتصال الحديثة، أو ما يسمى "العلاج On Line"، إلى مخاوف أخرى من انصراف الشباب عن هذه المهنة ورسالتها إلى مهن أخرى ذات طبيعة تكنولوجية بحسب "متطلبات السوق".

كما قرأنا عن المخاوف من شركات الأدوية ودورها في التأثير على القرارات الرسمية وعلى الأطباء وعلى سياسة الإعلانات في ترويج هذا الدواء أو ذاك أو في الضغوط التي تمارسها لمنع التعرض لإعلانات الدخان على سبيل المثال. وهذا النوع من المخاوف ناجم عن تحويل الدواء إلى سلعة تحتاج إلى الترويج والدعاية مثل أي سلعة أخرى بغض النظر عن صحة الإنسان. كما تحدث الكثيرون عن الشروط التي تفرض على "دولنا النامية" في إطار منظمة التجارة العالمية وخصوصاً "حقوق الملكية الفكرية" التي تسمح للشركات الكبرى باحتكار الدواء إلى عشرات السنين. وقد أشارت دراسات عدة إلى الأمور التالية:

- الإجحاف الذي تلحقه الاتفاقيات الحالية بالدول النامية ومن بينها الدول الإسلامية بطبيعة الحال.

- ضرورة العمل على تعديل ما يمكن من القوانين ذات الصلة بهذه الاتفاقيات، من خلال الإطلاع الجيد عليها، ومن خلال معرفة القوانين المتعلقة بها. على الرغم من الغموض في نصوص هذه الاتفاقيات الذي يجعلها أكثر صعوبة سواء في الموافقة عليها أو في محاولة رفضها (ما يجعلها حرباً قانونية كما ذكر البعض).

- إستحالة الانسحاب من هذه المنظمة واتفاقياتها بسبب سطوتها العالمية وعدم وجود البدائل.

ما تقدم يعبر عن مخاوف حقيقية وجدية. وتؤكد ذلك الأرقام

التي ذكرت والسياسات المعلنة للشركات الكبرى في هذا المجال. ولكن دعونا نبحث الآن في الاحتمالات المطروحة أمامنا لمواجهة هذا الواقع.

بداية، لا بد من القول إن ما يحصل اليوم على مستوى منظمة التجارة العالمية وسواها من مؤسسات دولية هو نتاج لمسار موحد لا يزال متصاعداً من القوة والسيطرة ومعهما الضغط والإكراه ليس في المجال الاقتصادي وحده وإنما في المجالات كافة السياسية والثقافية والتجارية والصحية. أي أن هذه الجوانب التي تعبر عن الحياة الإنسانية بوجوهها كافة يقودها اليوم منطق واحد نجد آثاره واضحة في التحيز السياسي (الكيل بمكيالين) وفي التحيز الثقافي (التنميط) وفي التحيز الاقتصادي (الاتفاقيات غير العادلة).

والسؤال هو كيف نتعامل مع هذا المسار في إطار مشترك من الواقعية، ومن الرؤية المستقبلية التي تتضمن المبادئ الخلقية والإنسانية التي نحملها ونبشر بها وندافع عنها؟ على صعوبة الفصل بين هذين الأمرين ..

- وهذا يعني على المستوى الواقعي أن نعمل بأقصى ما نملك من قدرة، ومن خلال الخبراء في المجالات كافة (الصحية والتجارية والثقافية وسواها..). لتعديل ما ينبغي أو ما يمكن تعديله في هذه الاتفاقية أو تلك. (من دون التهليل لهذه الاتفاقيات بأنها المنقذ أو المخلص الذي سينقل شعوبنا من الفقر إلى الرفاه).

- أن ننشر تلك الاتفاقيات، كل من موقعه، على الرأي العام، وعلى جميع المنظمات غير الحكومية الإسلامية وغير الإسلامية بما فيها السياسية والتربوية والثقافية وغيرها حتى يعرف المجتمع في أوسع دوائره بما يجري على هذا الصعيد، وبالمخاطر المحتملة التي ستواجهه في المستقبل، وحتى

لا يبقى الأمر حكرًا على نخب معينة طبية أو سياسية أو ثقافية، وربما يفسر تغييب المجتمع عمّا يجري على هذا الصعيد أن معارضة العولمة هي ظاهرة غربية أكثر مما هي ظاهرة عربية أو إسلامية.

- أن نشرح للطلاب في كليات الطب (كجزء من الدروس المقررة) ما تتعرض له المهنة من ضغوط وخضوعها لمنطق الاستهلاك والشركات الكبرى. وأن يترافق ذلك مع التأكيد على القيم الأخلاقية الإنسانية التي يفترض أن تحكم العلاقات بين الأفراد، وخصوصاً في هذه المهنة. وهذا يقودنا بطبيعة الحال إلى دور كل المؤسسات التربوية والتعليمية والاجتماعية والعائلية ومسؤوليتها في نشر هذه القيم والتأكيد عليها في هذه المرحلة بالذات. وذلك لتبيان وجود مرجعية مختلفة إنسانية أخلاقية، في مقابل المرجعية النفعية التسلطية.

- أما ما يتعلق برؤيتنا المستقبلية، فماذا يعني على سبيل المثال وجود منظمة للمهندسين المسلمين في أي بلد عربي أو إسلامي إذا لم تقدم هذه المنظمة تصورها المختلف للعمارة والسكن في داخلها بما يتناسب مع منظور المهندس المسلم لعلاقة البناء ومن يسكن فيه بالطبيعة وبمن يسكن خارجه من ناحية، ولعلاقة هذا البناء من ناحية ثانية بنمط حياة الأسرة من الداخل؟ أو ماذا يعني وجود منظمة للمعلمين المسلمين لا تقدم صوراً مختلفة في أهداف التربية بالدرجة الأولى، وهكذا، من هنا إن وجود منظمة إسلامية للعلوم الطبية تضم نخبة عريقة من أهل الخبرة والاختصاص ومن أهل المعرفة بما يجري على مستوى المهنة وعلى مستوى الاتفاقيات الدولية حولها هو أمر، ربما تفتقر إليه إلى حد بعيد المهن الأخرى، ناهيك عن الفرق في المخاطر بين المهن عندما يتعلق الأمر بصحة الإنسان، وهذا يجعل على عاتق المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أعباء إضافية نقترحها على الشكل التالي:

- مشاركة قطاعات أخرى من الباحثين في المجالات كافة في مؤتمرات من هذا النوع (الاجتماع، الاقتصاد، الاعلام، السياسة، مع الحرص على مشاركة الجيل الشاب من هذه القطاعات)
- تحويل الرؤى الإسلامية حول الطب التي عبرت عنها إصدارات المنظمة إلى مشاريع من أجل ما نسميه الطب البديل. أي الطب الذي ينطلق من فلسفة مغايرة للإنسان، ليس على المستوى النظري فحسب، كأن نكتفي بالقول بأن كل أنواع الشفاء موجودة في القرآن، أو بأن أجدادنا استعملوا كذا وكذا من وسائل العلاج، وأنهم سبقوا الغرب في هذا الدواء أو ذاك (فمثل هذه الآراء موجود في كثير من الكتب القديمة والجديدة) بل على المستوى العملي من خلال السعي إلى تأسيس مراكز بحثية تقوم بدراسات علمية على طرق العلاج بالثمار والنبات والفاكهة وما أكثرها في بلادنا. علماً بأن الدواء "الغربي" المصنوع من الأعشاب أو من العسل هو دواء مطلوب بشدة ويلقى رواجاً واسعاً. ومهما قيل في صعوبة هذا الأمر فإنه يستحق الاهتمام للأسباب التالية:
- أنه يقلل، ولو على المدى البعيد، من فرص الاعتماد التام على الدواء الغربي والشروط المفروضة لتسويقه أو استخدامه.
- أنه ينزع هذا العلاج من يد المشعوذين والجهلة الذين اساءوا وربما من حيث لا يدركون إلى قيمة التراث الإسلامي على هذا الصعيد.
- أنه يعيد اهتمام قطاعات واسعة من السكان وربما من الحكومات إلى الزراعة وإلى الأرض، مع ملاحظة ما لهذا الأمر من أهمية على مستويات عدة اجتماعية واقتصادية وبيئية.
- أنه مشروع ثقافي بالدرجة الأولى، لأنه تأكيد عملي وتوجه فعلي نحو إعادة الثقة بما أنتجته حضارتنا من جهة وبقدرتها على التجدد

من جهة ثانية. (ولنلاحظ على سبيل المثال كيف حافظت الصين على طبها التقليدي على الرغم من تقدمها الهادئ والبطيء نحو الحداثة).

هذا المشروع هو مشروع استراتيجي، ويستحق بتقديرنا البحث والتأمل، وكختام لما تقدم ثمة حاجة إلى التأكيد على الفكرة التالية: إن المجتمع الإسلامي على امتداد القرون الماضية حافظ على استقلالية واسعة عن الدولة، ولم ينتظر دائماً الحلول التي ستقدمها له، بل نشأت في كنف هذا المجتمع الجمعيات والروابط والمؤسسات التي قدمت المساعدات والقروض من الأموال الشرعية إلى من يحتاجها من الفقراء والأيتام والمساكين وطلاب العلم، والآيات القرآنية التي تؤكد ذلك وتحض عليه كثيرة ومعروفة . . وقد ساهمت هذه المؤسسات غير الرسمية في حماية المجتمع وفي تعزيز التضامن بين أبنائه وخصوصاً في الظروف الصعبة وفي حالات الغزو أو الاعتداء أو الكوارث التي تعرضت لها الأمة، وهذا يعني واستناداً إلى ما هو مفيد ومشرق، وما يمكن استعادته في تجربتنا الحضارية التاريخية، ألا ننتظر ما ستقوم به الحكومات لمعالجة هذا الواقع الخطير الذي نشهده والذي لا نعلم إلى أين يمكن أن تصل حدود التدهور فيه على مستوى النهب أو التحكم أو حتى على مستوى الضغوط على الحكومات والتنازلات التي ستضطر إلى تقديمها سواء في مجال الرعاية الصحية أو في غيرها من المجالات. فإن مد يد المساعدة إلى حكوماتنا من أجل تقليل المخاطر المحتملة لهذه الاتفاقية أو تلك، أو من أجل تعديل هذا البند أو ذلك في الاتفاقيات المفروضة علينا، أمر مطلوب ومرغوب. لكن الاكتفاء بهذا الأمر يبقى ناقصاً إذا لم نفكر أيضاً في الاعتماد على المؤسسات الأهلية المختلفة لحماية المجتمع مما بات يسميه كثيرون "عولمة متوحشة". وبما أن المواجهة طويلة ولا تنفصل جوانبها السياسية

والاقتصادية والثقافية عن بعضها، فإن هذا يفترض في قضية التنمية الصحية سعياً إلى بناء مراكز بحثية طبية كضرورة استراتيجية لا يمكن التقليل من أهميتها. كما تنطبق هذه الأهمية أيضاً على المستويات الأخرى الثقافية والاقتصادية. . لأن من المفترض أن تقدم مراكز مماثلة رؤية "مختلفة" قبل أن تقدم علاجاً مختلفاً.

المناقشات

الجلسة الثانية عشرة

الرئيس: د. جون براينت

نائب الرئيس: د. محمد أختر

المقرر: د. مأمون الحاج

المتحدثون:

د. عمار الطالبی - د. طلال عتریس.

الآن أمامنا متسع من المناقشة فدعو حضراتكم تقديم ملاحظتكم فنستمر في ذلك وأرجو من يأخذ الكلمة يعرف نفسه نبدأ.

د. کراندکر من الهند: أنا سعت جدا باستماعي إلى كلمة د. طلال إنه أعطانا وجهة النظر المستقبلية ولم يقتصر على مفهوم المرض في كلامه بل تحدث عن الصحة بمعناها الأشمل والأوسع وأيضا هذا لا يوجد في العلوم الطبية فقط بل يوجد في العلوم الاجتماعية والعلوم الاقتصادية على حد سواء، ومن هنا ينبغي أن نعطي أهمية للجوانب الاقتصادية والجوانب الاجتماعية بالإضافة إلى الحقل الطبي إذ لا يمكن أن نتخلص من العلاقة بين الطب والاقتصاد وعلم الاجتماع لأن هذا كله سيؤدي إلى مزيد من الرفاهية ومزيد من الصحة للبشر وشكرا لكم.

تفضل سيدي أحمد فؤاد باشا. بسم الله الرحمن الرحيم شكراً
سعادة الرئيس الحقيقة فعل القائمون على المنظمة خيرا عندما خصصوا
محورا مهما للأخلاق، إذا كان أخي وصديقي الأستاذ الدكتور عمار

الطالبي طالب بإقامة نظام أخلاقي ونحن نعلم أن الإسلام جاء أساسا ليضع هذا النظام الرسول صلى الله عليه وسلم يقول إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق هذا النموذج قائم في الإسلام والتصور الإسلامي يقدم لنا منظومة متكاملة للأخلاق قائمة أساسا على الوسطية والتوازن وأن ندفع للناس في كل مكان مفهوم الإسلام، لأن الرسول صلى الله عليه وسلم دعا إلى العلم، والعلم هنا ما فيه كل الخير لكل البشرية على عكس مفهوم الناس في البراجمانيز مثلا وهو قائم على الأسرة ومصالحة فئة على حساب فئة أخرى ومن هنا المنظور الإسلامي للمنظومة الأخلاقية بعناصرها المختلفة يدخل حفظ حركة المجتمع على هذه الأرض التي يقول القرآن أيضا "والأرض وضعها للأنام" بخيراتها في برها وجوها ومياها الأرض بكل ما فيها خلقها الله سبحانه وتعالى لكل الناس يفيدوا منها ولكن الناس نتيجة هذه الأسرة قسموها إلى حدود وإلى مناطق قوة ومناطق نفوذ وضيقوا على أنفسهم فأساؤوا هذا الخير الذي وضع لكل الناس فظهر مجتمع الأغنياء وظهر مجتمع الفقراء فركز على ذلك كل المشاكل التي تعاني منها البشرية لأنها ابتعدت عن الهدى الإلهي ومن الفكر الإيماني الذي كان يحفظ لها السير على جادة الطريق جعل الإسلام أيضا في الشريعة الإسلامية حفظ النفس وحفظ البدن مقاصد أساسية، ومقاصد رئيسية من الضرورات الاستخلاف في الأرض وهذا مرتبط بموضوع هذا المؤتمر وعندما نتحدث عن البيئة أيضا الإسلام وضع وحدد العلاقة السليمة بين ثلاثية مهمة جدا ثلاثية الدين والكون والإنسان هذه الثلاثية بعناصرها المختلفة أخذاء وعطاء، الإسلام وضع لنا وهذا هو سر الحياة ككل وضع لنا التصور السليم لهذه العلاقة كما ينبغي أن تكون وبهذا عندما نعرف البيئة من المنظور الإسلامي لا تقتصر على التفسير المادي للبيئة ليست مجرد المظاهر التي تحيط بنا في مفهوم الكون التصور الإسلامي للبيئة يشمل

الكون بأسره بل إنها تبدأ بمرحلة ما قبل الولادة ولهذا يقولون أن الرحم هو بيئة الإنسان الأولي لأنه منه الإنسان ثروة الجينات والأشياء الكثيرة التي تؤثر عليه حتى في هذه المرحلة والإنسان وعى كثيرا واهتم كثيرا بهذه المرحلة باعتبارها البداية في تشكيل الإنسان وراثيا وأيضا من ناحية الصحة إلى الجنين إذا هناك باستمرار نجد في التصور الإسلامي رؤى مكتملة ورؤى مشتملة وتعطي كل الأبعاد المطلوبة وما تقتصر على بعد واحد ومن هنا فإنني أضيف أيضا أهمية البعد الإيماني في هذه المنظومة الثلاثية وهذه العلاقة بين الإنسان، والله، والكون، هنا البعد الإيماني يلعب دورا مهما جدا لأنه إذا كانت قمة الأرض التي عقدت في عام ١٩٩٢ عندما شعرت البشرية أن هذا السباق المحموم نحو التقدم في الثروة الصناعية ولم يلتفت الإنسان إلى الآثار الجانبية للتقدم العلمي اكتفت أن هذا السباق أدى بها إلى كثير من مظاهر التلوث التي ستودي بالحياة على الأرض فاستدركت هذا واجتمعت ووضعت برنامجا أو خطوات للحد من مظاهر التلوث وللأسف البعد الإيماني لم يكن أو لم يحظ بالنصيب المهم لأن رقابة الضمير ترى الحق الإلهي والأمر الإلهي أقوى ألف مرة من هذه الخطوات التي لا يعمل بها وماذا عن نتائج هذه القمة قمة الأرض إلى الآن مزيد من التلوث مزيد من الخلل في المنظومة الطبيعية، النقطة التي أود أن أركز عليها أيضا أن الإسلام أعطى تصورا جميلا للعلاقة الجميلة والطيبة ما بين الإنسان والكون ولنا أمثلة كثيرة الرسول صلى الله عليه وسلم كان ينظر إلى جبل أحد ويقول هذا جبل يحبنا ونحبه يشعر بالود والقرب له كما يشعر بالقرب منه يدلله تدليل الصديق هذا مثال يعطينا إلى أي مدى حرص الإسلام على أن تكون العلاقة بين الإنسان والكون بما فيه من عناصر مختلفة إنها علاقة قائمة على الود وعلى الحب وعلى الانسجام وأن هذه الخيرات مسخرة أيضا يقول القرآن " انظروا إلى ثمره إذا أثمر " يدعوننا إلى التأمل إلى

الجانب الجمالي في هذا الكون لأن هذا هو أول ما يلفت نظر الإنسان إلى جمال الكون هذا الكون الذي خلقه الله سبحانه وتعالى على أعلى درجة من التركيز والنظام والجمال يدعوننا أولاً انظروا إلى هذا الجمال الكوني قبل أن تستخدموه حتى تحسنوا الإفادة منه وبهذا نجد نيوتن قبل أن يلتهم التفاحة فكر في أسباب سقوطها انظروا هنا بمعنى التأمل والتدبر والاعتبار لمسة إيمانية لدرجة أن بعض علماء الدين يقولون إن الإغفال والغفلة عن هذا البعد الإيماني سقوط ذريع يستوجب التوبة عن غياب هذا الملحظ المهم في التصور الإنساني لعلاقته مع الطبيعة، النقطة الثانية متعلقة بهذه القيم وفي عصر المعلومات وقررت هذا في أكثر من تعليق أصبح حق المعرفة غير مفهوم في عصر المعلومات لأنه الفجوة المعرفية الهائلة لم تمكن الناس في هذا الفضاء أصبح فيه من الثقافات المتعددة ما يصعب على البعض أن يحصل على حقه من المعرفة السليمة في هذا الجو النقطة المهمة التي أشير إليها وهي إذا كان الإنسان عن طريق سوء استخدامه للعلم ومنتجات العلم قد أحدث هذا الخلل في المنظومة البيئية فإنه بالعلم أيضاً يستطيع أن يصلح ما أفسده وهنا يتحدثون عن التكنولوجيا النظيفة وهذا مصطلح أردت أن أطرحه وهذه فرصة أود أن أغتنمها لأنها أيضاً بالتفكير وكل شيء نستطيع أن نعالج كل مظاهر التلوث المادي المختلفة باستخدام تكنولوجيا نظيفة بدلا من أن نستخدم طريقة نعاني من تلوثها مثل الدواء فمن الممكن أن نستخدمه البعض يتحدثون عن الكيمياء الخضراء نبدأ باستخدام الأدوات و المعادلات والمواد التي لا تعطي آثاراً جانبية ويمكن في هذا الاتجاه أن يركز التفكير الإنساني على عملية الإصلاح وشكراً.

الدكتور حسان حنحو تفضل: بسم الله الرحمن الرحيم تجاوبا مع الأخ المتحدث السابق أقول ثم بين الإنسان وبين تراب الأرض صلة

فهو خلق من التراب وإلى التراب يعود ولكن بين الإنسان وبين الله صلة أن الله نفخ فيه من روحه، هو الذي يميز الإنسان على أن يكون كائناً ترايباً كسائر الخلق هو هذه النفخة الربانية التي أودعها الله منه، من الناس من يعيش حياته يقوي صلته بالتراب ومن يعيش حياته يقوي صلته بالله، الميزان بين نوازعنا الترابية ونوازعنا الإلهية ميزان دقيق وحساس ونحن لهما كالطير بالجنحين يطير فإذا قوى جناح منهما على حساب الجناح الآخر بمعنى إذا قوى الجناح المادي وضعف الجناح الروحي والقيمي فإن هذا الطائر لن يستطيع أن يطير على استقامة وسيضل الطريق، الإنسانية الآن شعوبها وقيادتها انصرفت انصرافاً كلياً إلى الجانب المادي الترابي من الحياة والذي سيحصل أن الأغنياء سيزدادون غنى ولكنه غنى في التراب غنى في المادة غنى في الدولار غنى في الثروات، إن الإنسانية نحن كما قلت في اليوم الأول نعالج الأعراض ما الذي يمكن أن نفعله لإنقاذ ما يمكن إنقاذه وأجد هذا، وهذا كان عمل هذه الندوة من بدايتها إلى نهايتها لكن العلاج الأصيل علاج المرض لا علاج العرض هو في تقوية الجناح المريض الضعيف جناح الروحانيات والقيم هو في إعادة أصل الإنسانية بربها الذي تخلصت منه فمنها من يقول لا إله ومنها من يقول نعم إن هناك إله نتظره في آخر الأسبوع في الكنيسة أو المعبد ولكن الحضاري حذار أن يجرؤ فيخرج إلينا ويقول لنا ما نصنع لحياتنا وأموالنا وسياستنا هذا هو الخلل الأصيل وأعتقد أن على العالم الإسلامي أن لا يكتفي بموقف الدفاع فقط كما نفعل في هذه الندوة ولكن أن يأخذ المبادرة وينتقل من الدفاع إلى الهجوم وينتقل إلى صفوف المنقذين بمحاولة إدخال البعد الروحاني إلى حياة الإنسان لأن الإنسان ليس مخلوقاً مادياً فقط لكنه في الواقع مخلوق روحاني وأما ما حواه هذا الوعاء الجسم الهيكلي المصنوع من التراب نقترح أن يكون بين المقررات حفظ المسلمين ومن لف

لفهم من أهل الأجيال الأخرى على استعادة العالم واستنقاذه من القيم المادية البحتة التي ستؤدي به إلى الهلاك لأنه لا إنقاذ للبشرية إلا إذا استقام الميزان مرة أخرى بين الجوانب المادية والجوانب الروحانية وشكرا.

الدكتور المندوف تفضل. اسمي المندوف من الولايات المتحدة الأمريكية وإنه لسبق كبير لي أن أشارك في هذه المناظرة القيمة إنني في الحقيقة استفدت كثيرا وأوصي بنفس التوصية السابقة أن توضع ضمن توصيات المؤتمر بالنسبة للعقود والمواثيق الدولية والخاصة بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية التي تمت الإشارة إليها في إحدى المحاضرات وأيضا اهتم بهذا الموضوع اهتماما ولا بد أن نميز بين الجوانب المختلفة المهمة إن المعاهدة الدولية التي صدرت سنة ٦٦ عن الأمم المتحدة تحتاج كشأن الاتفاقات الدولية الأخرى إلى آليات لمراقبة الالتزام وكانت قد شكّلت لجان لمراقبة هذا التركيز وهذا الأداء والتقارير الخاصة بأداء الدول المختلفة ومعرفة انعكاسات ذلك على حرية الأفراد وتقوم أيضا بعض الجمعيات الأهلية بمراقبة تنفيذ هذه المواثيق الدولية على أن تكون هناك مؤسسات لكي تراقب هذه، بعض الناس يعهدون بهذه الأدوار إلى الأمم المتحدة التي تعاني من مشاكل مالية كبيرة ولا تستطيع حتى إدارة بعض أعمالها وبعض الدول والأعضاء التي تفي باستخداماتها وهناك دول بديهية الموارد ودول تعاني من صعوبة توفير الموارد، الدكتور عبد الغفار تحدث عن البيئة والحق في التنمية وهذا المنطلق هام جدا بالنسبة للاستكشاف والاستقلال في آن واحد أقول لماذا لأننا في بيئة محددة تقيم الدول الصناعية فيها مصالح مشتركة مع الدول النامية ولذلك أرى أن هناك ضرورة لوجود آليات المعاهدات الدولية المتعلقة بحماية البيئة وقد أثير هذا الصباح إلى البروتوكول وإلى عدم مشاركة الولايات المتحدة بهذه، أعتقد أن مناطق الاتحاد للولايات

المتحدة كان مدمرا لا بد أن يتغير وأنه يجب أن نضع البيئة في إطارها الصحيح وأن ندخل في هذا النوع من هذه المفاوضات، في مطلع الستينات، خصصت الولايات المتحدة من الدخل ٧,٠٪ من دخل الدول المتقدمة للمحافظة على البيئة المختلفة في أنحاء العالم والحقيقة باستثناء بعض الدول لم تدفع كثير من الدول الصناعية كثيراً من هذه المبالغ قسطاً، كثير من هذه النسبة المئوية حتى أن بعض الدول لا تدفع أكثر من ١,٠٪ من هذه السبعة من العشرة بالمائة التي استهدفتها الأمم المتحدة كآلية كنسبة كآليات تحسين البيئة في الدول النامية هناك تأثير مناظرة حول المساعدات الدولية، الوزير المالي البريطاني طالب علنا بمضاعفة المساعدات المالية الاقتصادية كان ذلك من حوالي أربعة شهور، أمين عام الأمم المتحدة كوفي عنان والبنك الدولي أيدا هذا الاقتراح بشدة وأثير في أحد المؤتمرات في الأسبوع الماضي وأعتقد أن قليلا من التحسن يطرأ على حماية البيئة ولكن ليس بكثير، الاتحاد الأوروبي يستعد لمؤتمر، إنه يستهدف تخصيص ٣٩ من عشرة في المائة من إجمالي الدخل العام للدول المتقدمة كمساعدات اقتصادية للدول النامية هذه النسبة ٣٩ من عشرة في المائة ربما ستعطي لدول الاتحاد الأوروبي سبعة من عشرة في المائة للدول المتقدمة أعتقد أن هذا سيؤثر تأثيراً ملحوظاً في التقدم وتحسن البيئة في بعض هذه المناطق.

الدكتور عبد العزيز صالح. اسمحو لي سيادة الرئيس أن أضم صوتي إلى صوت الدكتور المندروف صديقي في حديثه في هذا المؤتمر، لقد استمعت إلى العروض الممتازة وشعرت أن الناس المهتمين بجوانب التنمية ربما يكون قد فاتهم نصيب كبير من هذه الجوانب الروحية والفكرية والاجتماعية، استمعت إلى الدكتور عبد السلام شعرت أن هناك إطاراً شرعياً للحقوق وكيف تواجهه العولمة

ونحن في موقف صلب وقوي ونشكر المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في تناولها لهذه الموضوعات وقد كانت محققة، المحاضرة التي قدمها د. عمار الطالبي كانت ممتازة بالفعل وركزت على مدى أهمية الصحة النفسية ونحن في منظمة الصحة العالمية في الحقيقة نرى أن مشاكل الصحة النفسية خطيرة وستزداد خطورة في المستقبل ونحن نواجه هذه الجوانب المتعلقة بهذه الأمراض العقلية والنفسية نرى أنها تزداد انتشارا اسمحو لي ما أشار إليه الدكتور حسان تحتوت عن ضرورة المحافظة على الموازنة بين الجناح الروحي والجناح المادي وهذا سيكون توجيهها جيدا. للأعمال الجادة عندما نركز على الجانب الروحي في الوقت الذي تزداد فيه الأمراض العقلية والأمراض العصبية فإن هذا سيعطينا أرضا صلبة نتحرك عليها ويجب أن نسعى إلى تحقيق هذا التوازن الروحي والمادي ونحافظ على هذا التوازن وأن ندعو الناس إلى التمسك به مرة أخرى سيدي الرئيس استمعنا إلى ضرورة مواصلة الربط بين الجوانب الفنية والعلمية.

الرئيس: نعود الآن للمتحدثين كل منهم خمس دقائق. د. عمار الطالبي تفضل.

الدكتور عمار الطالبي أشكر الإخوة الذين علقوا على محاضرة الصباح وأولهم الأخ الدكتور فؤاد أوافقه على ما أشار إليه من أهمية القيم الأخلاقية الإسلامية القرآن لم يمدح النبي صلى الله عليه وسلم بشيء مثل ما مدحه بالخلق العظيم " وإنك لعلى خلق عظيم " فيما يتعلق بالبيئة سواء كانت بيئة إنسانية أو بيئة طبيعية القرآن واضح ﴿ لا تفسدوا في الأرض بعد إصلاحها ﴾ نهى عن الإفساد في الأرض، الدكتور تحتوت بارك الله فيه نوافقه على ما أشار إليه من البعدين البعد الذي يتمثل في سيرة الإنسان بالأرض والبعد الذي يتمثل في سيرة الإنسان بالله سبحانه وتعالى، ونحن نراه في عصرنا هذا اختلالا كبيرا

في هذين الجناحين ربما نبذل جهودا كبيرة لإعادة هذا التوازن بين الناحيتين كذلك أخونا محمد البتانوني الذي قال كيف نواجه هذا الانفلات من القيم الخلقية التي تتجه إليه فيما نشاهد العولمة في الواقع أني أشرت كما أشار إليه المثل التعليمي الديني في آخر بحثي ولكن الوقت لم يكف قلنا بأن يدعم هذا الاقتراح الذي اقترحته استراتيجية تربوية هدفها تجديد ملامح المستقبل الذي ورد تحقيقه في الواقع وأهم ما في الرصيد الثقافي عن المسلم أن تجعل الإنسان يدرك تاريخه ومستقبله وذلك يتم في إطار تعليم أخلاقي واضح ومنظومة أخلاقية مشترك فيها مع علم من الإنسانية وهنا أود أن أشير إذا سمح لي الوقت إلى مثل السياسة الثقافية وكل سياسة ثقافية تهتم بمراقبة ما يسمى بالإيصال وتهتم بمراقبة التعليم وتعتمد على التربية في نشر الثقافة وانتقالها من جيل إلى جيل لكن العناية بمراقبة ناحية الأخبار والاتصال ولكن ليس هناك عناية بمراقبة النواحي الأخلاقية فيما تبثه وسائل الإعلام المختلفة بالنسبة للمؤشرات نحن مقصرون نحن المسلمين في هذه النواحي سواء أرضية فعالة لتكوين ثقافة فعالة تربط الفرد في انتمائه الثقافي أو في الكتاب، الكتاب مثلا العنوان ومؤشر على تقدم المجتمع نحن نجد أن الكتاب ضعيف جدا إفريقيا كلها وبها مسلمون كثيرون تمثل ٥٩٠ مليون، الإنتاج الثقافي، العناوين في الكتاب في سنة ١٩٩٦ تبلغ ٧٥١٤ ثقافيا في حين فرنسا وحدها تمثل ٨٥٠ مليون وزيادة تنتج ١٤٥٣١١ عنوانا في السنة الواحدة بحيث يكون كل مائة ألف من السكان له ٧٧٧ عنوانا، أفريقيا كل مائة ألف صناعة عنوان فقط الميزانيات عندنا تهتم بجوانب التنمية المختلفة لكن تنمية الثقافة في آخر السلم وهذا هو الخطأ لأن التقدم الاقتصادي من أعمدته الأساسية الثقافة فعالم الثقافة مهم جدا حتى في التنمية وهذا ما ينساه كثير من الناس.

الدكتور طلال عتريس. ليس لدي الكثير لأضيفه خصوصا إن لم

يكن هناك أسئلة محددة موجهة، فقط أود التأكيد على نقطتين، الأولى ما أشرت إليه حول التدهور الأخلاقي والمخاوف الأخلاقية على المستوى العالمي هي مخاوف لا تطال فقط دولا إسلامية ودولا عربية وإنما هي مخاوف تطال الإنسانية عموما، هذا التدهور سوف يصيب الإنسان في كل مكان ومن هنا كانت ضرورة مشاركة كل الهيئات وكل المؤسسات بقدر ما تستطيع لبحث هذا التدهور أو الاعتراض عليه. هذه المسألة ليست إسلامية فقط وإن كان للمسلمين ربما حساسية خاصة تجاه بعض مظاهر التدهور الأخلاقي في هذه المسألة هذه نقطة، والنقطة الثانية أنا مؤيد وموافق لكثير مما قيل حول رؤية الإسلام المتوازنة للعلاقات المادية والروحية، هي رؤية شاملة لا تتعلق فقط بالجوانب الصحية وإنما تتعلق بكل جوانب الحياة لكن أنا لازلت أطرح السؤال هل ما ينقص هو وجود النصوص أو إدراج النصوص التي تؤكد وجود هذه الرؤية للتعاطي مع العالم؟ أو أن ما ينقص هو تحويل هذه الأفكار وهذه النصوص إلى مشاريع أو إلى مؤسسات أو إلى خطوات عملية، أنا أعتقد أن ما ينقص هو الأمر الثاني هذا الذي يحتاج إلى بحث وإلى جهود من مختلف الأوساط الإسلامية وغير الإسلامية كخطوة للمساعدة في تقديم رؤية بديلة. أنا أعتقد أن ما ينبغي ليس النصوص وليس الاستشهاد بالآيات والأحاديث هذه موجودة في مئات الكتب كيف نحول هذه الأفكار إلى واقع إلى مؤسسات يمكن أن تكون نموذجا مقبولا يشارك فيه كل الأفراد الذين يخافون على ما يجري الآن في العالم وشكرا. شكرا د. طلال عتريس على التعقيب القيم لقد وصلنا إلى نهاية هذه الجلسة.

الرئيس: الدكتور إدوارد الماندراف: شكرا سيدي الرئيس من عدة أيام اقترحت على د. الجندي وأعتقد أنه سيزيد من قيمة هذه المناسبة بالنسبة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وللمشاركين كافة هذا

الاقتراح أن نتابع الفعاليات الخاصة بالبنك الدولي وأن نطالب من المشاركين أن يملأوا عملية تقييم أن يملأوا استمارة واستبيان، إن تقييم فعاليات هذا المؤتمر إحدى الممارسات المطبقة بالبنك الدولي الذي يعقد كثيرا من الندوات وورش العمل في سائر أنحاء المعمورة، الفكرة وراء هذا أن كل مشارك بدون ذكر الاسم إشارة إلى الشخص ومنصبه أن يقوم بمراجعة فعاليات المؤتمر وقيمه ويعطي درجات وتقييم بجوانب عدة متصلة بهذا المؤتمر وكيف فعاليات المؤتمر من وجهة نظر هذا الفرد وكل مشارك بالإضافة إلى كل فرد يطلب منه أن يعقب في جملة أو أخرى عن جوانب خاصة في المؤتمر في الأكثر إفادة والأقل إفادة فيما يتصل بالمؤتمر بعد مليء استمارة الاستبيان وتقوم بإعطائها للأمانة ثم المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية تجمع هذه المعلومات وتجمعها من خلال هذه المعلومات إنني على ثقة المنظمة تستطيع أن تتعلم للمستقبل حول كيفية تنظيم لهذه المؤتمرات بصورة فعالة، كذلك أوصى بأن تقوم المنظمة بتضمين التقارير الخاصة بها بعض النقاط التي ستبرز من خلال هذا الاستبيان وهذه هي الإجراءات التي يتبعها البنك الدولي هذا هو تعقيبي.

الرئيس رفعت الجلسة وشكرا لحسن استماعكم.

التوصيات

التوصيات

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على أشرف خلقه سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وعلى سائر الأنبياء والمرسلين . وبعد، ،

فإن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية جرياً على عاداتها في متابعة الحدث واستشراف المستجدات في المجالات التي تقع ضمن أهدافها وغاياتها، قد أدركت أن العالم يقبل الآن على عهد العولمة، وهو عهد جديد من التقارب والتداخل الذي يكاد يكون اندماجاً، وتتراخي فيه الحدود والسدود بين الدول على أصعدة كثيرة، منها الصعيد التجاري بجانيه الإنتاجي والتسويقي. ومن الطبيعي أن القدرة العلمية والقدرة المعلوماتية ستكون سندا لمن يملكها وهم النخبة القليلة، إزاء من لا يملكها وهم الأغلبية القاصرة عن التنافس وحماية نفسها من الغزو القادم الذي لن تقدر الحدود أن تمنعه، ولاسيما في ظل الأوضاع الجديدة التي تعبر عنها اتفاقيات التجارة العالمية ومنها اتفاقية حقوق الملكية الفكرية وغيرها، ومدى تأثيرها في حياة البشر الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، وصدى ذلك كله على صحة الأفراد، ولا سيما في الدول النامية والأقل نمواً.

والعالم الإسلامي للأسف الشديد مكانه اليوم ليس بين النخبة القوية والمنتجة بل التابعة والمتلقية، وقصاراها أن تبذل الجهد في تحسين الشروط المعروضة أو المفروضة. فعليها حشد طاقاتها الذاتية الروحية والمادية في أن يكون لها كيانه اللائق في هذا العالم، لتكون من بين المؤثرين لا المتأثرين.

وعليها أيضا إضافة إلى ذلك واجب زيادة الدعوة على مستوى العالم للاقتناع والاعتراف بالقيم الدينية والسعي بها إلى مجالات السياسة والاقتصاد وهو كفيل بتحقيق العدالة والأمن والرفاه والعافية للجميع.

وإذا كانت العولمة قد أصبحت واقعا قائما، فإن من الواجب أن تنضم البلدان الإسلامية إلى مسيرة العولمة بوعي وإدراك، وتعمل على التعرف على إيجابيات هذه العولمة للإفادة منها، وعلى سلبياتها لتتأى عنها وتكون بمنجاة منها كما تعمل على ترشيد هذه المسيرة وإضفاء البعد الإيماني والأخلاقي عليها، بحيث يبرز فيها الجانب الإنساني ويتفوق على الجانب المادي البحت.

من أجل ذلك قررت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أن تعقد مؤتمرها العالمي السابع الذي آثرت أن يكون موضوعه (العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية)، رغبة منها في استكشاف أبعاد الاتفاقيات المواكبة للعولمة ولاسيما تلك التي لها صلة بالصحة أو بالأدوية، وتحري آثارها على دول العالم الإسلامي وحقيقة ما ترمي إليه، والبحث عن وسائل الاستفادة منها في التنمية والرعاية الصحية، وسبل توخي الحذر في ما تتضمنه من سلبيات في هذا المضمار.

وقد عقد هذا المؤتمر بعون من الله وفضله بالتعاون بين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومنظمة الصحة العالمية ممثلة في مكتبها الإقليمي لشرق المتوسط، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو).

وقد تفضل حضرة صاحب السمو الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح فشمّل برعايته المؤتمر الذي عقد في الفترة من ٩ - ١٣ من

شهر محرم ١٤٢٣ هـ الموافق ٢٣ إلى ٢٧ من شهر (آذار) مارس ٢٠٠٢م. وقد افتتحت أعمال المؤتمر بحفل انعقد في قاعة الاحتفالات الكبرى بمركز الطب الإسلامي، حيث استهل بتلاوة من القرآن الكريم أعقبها كلمات من ممثل حضرة صاحب السمو أمير البلاد - راعي المؤتمر - ألقاها معالي الدكتور محمد أحمد الجارالله - وزير الصحة، وأعقبه معالي الدكتور حسين الجزائري المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ثم كلمة الأستاذ محمد الغماري نيابة عن الدكتور عبد العزيز التويجري المدير العام لمنظمة الإيسيسكو، وختمت بكلمة لمعالي الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

ثم انتقل المشاركون إلى مقر المؤتمر في فندق كراون بلازا حيث باشر المؤتمر أعماله بحضور ومشاركة صفوة كريمة من الفقهاء والأطباء والعلماء من تخصصات مختلفة.

وقد اشتمل المؤتمر على عدة محاور رئيسية ينضوي تحت كل منها تفرعات جانبية وتلك المحاور هي :-

- (١) آثار العولمة على الدول الإسلامية في الجوانب الثقافية والاجتماعية.
 - (٢) اتفاقيات التجارة العالمية ذات الصلة بالصحة والتحديات العالمية للصحة في الألفية الثالثة.
 - (٣) العولمة والتحديات البيئية المؤثرة على الصحة العامة والتغيرات المتوقعة عليها.
 - (٤) أثر قوانين الحماية الفكرية على تصنيع الأدوية وأسعارها وفرص صناعة الدواء ومخاطرها في الدول النامية.
 - (٥) الجوانب الأخلاقية للعولمة من منظور عالمي ومنظور إسلامي.
- وبعد أن استعرض المشاركون العديد من الأبحاث خلال أيام

المؤتمر وجرى نقاش لكل محور نقاشا علميا مستفيضا، خلص المؤتمر في نهاية أعماله إلى مجموعة التوصيات المدرجة أدناه كما أبدى البعض رغبات مكتوبة لإدراجها ضمن التوصيات.

وقد قامت لجنة التوصيات بدراسة لمجمل تلك الاقتراحات وانتهت إلى التوصيات التالية:

(١) أن تقوم المنظمة الإسلامية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة بتشكيل فريق عمل، يتألف من خمسة خبراء على الأكثر للقيام بالمهام الآتية: -

(أ) إعداد دراسة شاملة عن إيجابيات العولمة وسلباتها في ما يتعلق بالصحة بمفهومها الشامل وتزويد الدول الإسلامية بهذه الدراسة لتفيد منها في الجولات القادمة من التفاوض.

(ب) إعداد خطة عمل لإفادة البلدان الإسلامية إفادة قصوى من إيجابيات العولمة؛ وخطة عمل أخرى لتجنب هذه البلدان سلبات العولمة والمخاطر الصحية المصاحبة لها، بما يضمن الطابع الإنساني على العولمة، ويولد المناعة الضرورية تجاه الجوانب السلبية الاجتماعية والثقافية للعولمة.

(ج) إجراء قراءة متعمقة لاتفاقيات منظمة التجارة العالمية ولاسيما اتفاقية حقوق الملكية الفكرية (التربس - TRIPS) تبيّن التوازنات بين حقوق جميع الأطراف وواجباتها، ولاسيما ما يتعلق منها بالصحة العمومية وبالذواء.

(د) إعداد خطة عمل لإنشاء قاعدة معلومات تتضمن جميع المعلومات المتعلقة باتفاقية حقوق الملكية الفكرية (التربس) وسائر الأحكام المتعلقة بتصنيع الأدوية واستيرادها وتصديرها، وطرق توفير المواد الخام اللازمة لصناعة الأدوية، وطرق إنتاج الأدوية الجنيسة، وأسماء الخبراء في هذا المجال.

هـ) إعداد خطة عمل لإنشاء شبكة معلوماتية تحقق التواصل بين العاملين في هذا المجال وتوفر لهم ما يستجد فيه .

و) إعداد دراسة عن انتقال الخدمات بين الدول، وسبل ترشيدها .

ز) ما تراه اللجنة ضرورياً لتحقيق الغاية من تشكيلها .

(٢) أن تقوم المنظمة الإسلامية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة بتشكيل فريق عمل آخر يتألف من خمسة خبراء على الأكثر، لمتابعة التطورات في مسيرة العولمة في ما يتصل بالصحة والاستجابات المختلفة من قبل مختلف البلدان لمتطلبات منظمة التجارة العالمية وتقديم التوصيات التي تكفل مواصلة وتعميق الحوار حول العولمة والصحة في البلدان الإسلامية من خلال الشبكة المعلوماتية .

(٣) أن تقترح المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية على منظمة المؤتمر الإسلامي تشكيل فريق تفاوضي مشترك من الدول الأعضاء في المنظمة يكون له وزنه المؤثر خلال المناسبات التفاوضية القادمة التي تجريها منظمة التجارة العالمية .

(٤) حث الدول الإسلامية على أن تبادر بإنشاء صناعة دوائية وسوق مشتركة لها، وتنسيق جهودها في صياغة سياسات دوائية ملائمة في ضوء ظروفها الصحية وتطلعاتها الاستراتيجية، تهدف للارتقاء بنوعية الدواء في مجتمعاتها، وتحقيق الاعتماد على الذات لأقصى درجة ممكنة .

(٥) أن تقوم اللجنة الاستشارية الإقليمية للبحوث في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة بإعداد وثيقة تساعد الدول النامية على رسم سياساتها في مجال البحث العلمي، وتتناول على الخصوص زيادة الاستثمار في مجال البحوث والتطوير في العلوم الطبية من قبل الدولة والقطاع الخاص بما في ذلك القطاع الصيدلاني، مع الاهتمام

بالأبحاث العملية في الثروة النباتية الطبية والعمل على توفير التمويل اللازم للبحث العلمي من خلال تخصيص ميزانية وافية من قبل الدولة، وتخصيص نسبة من موارد الصناعة الدوائية لهذا الغرض؛ والتركيز على البحوث الوبائية التطبيقية والميدانية أكثر من البحوث الأساسية والبحثية، والعمل على توجيه البحث العلمي بحيث يلبي احتياجات المجتمع الفعلية.

(٦) مناشدة وزارات الصحة في البلدان الإسلامية بأن تستمر في الاضطلاع بدورها في توفير الرعاية الصحية على أساس من الجودة والعدالة لجميع المواطنين، والحرص على أن لا يخلّ تكليف القطاع الخاص بتحمل بعض المسؤوليات الصحية، بمبدأ حق الجميع في الجودة والعدالة في الرعاية الصحية.

(٧) مناشدة أصحاب القرار السياسي في البلدان الإسلامية أن يحرصوا على تمثيل وزارات الصحة تمثيلاً لائقاً وفعالاً في عضوية وفودها المشاركة في جميع الاجتماعات الدولية التي يمكن أن تتطرق إلى مناقشة أي أمر من الأمور الصحية، والإصرار على مشاركة ممثلي وزارات الصحة في إعداد البروتوكولات والاتفاقيات التقنية ذات الصلة، وفي حضور الجلسات التمهيديّة الوطنية لهذه الاجتماعات، والعمل على توسيع المشاركة الشعبية في مناقشة الاتفاقيات المتصلة بالصحة.

(٨) مناشدة أصحاب القرار السياسي في البلدان الإسلامية أن يصدروا التشريعات والتعليمات التي تضمن التنسيق بين مختلف الوزارات والإدارات في ما يتعلق بالأمور الصحية، بحيث لا تُفرض رسوم جمركية على المواد الخام الضرورية لتحضير المستحضرات الصيدلانية وعلى الأدوية المستوردة.

(٩) مناشدة أصحاب القرار السياسي في البلدان الإسلامية عدم قيام الدولة بتشجيع إنتاج مواد ضارة بالصحة (كالتبغ والمسكرات) في الوقت

الذي تتحمل فيه نفقات علاج ضحايا هذه المواد ونفقات تعطلهم عن العمل والخسارة الناجمة عن تعطيلهم للإنتاج، وأن تقوم الدولة بالمطالبة بالتعويضات عن الخسائر المترتبة من الشركات المتسببة في ذلك.

(١٠) مناشدة منظمة الصحة العالمية أن تواصل الاضطلاع بدورها الأساسي في الدفاع عن مصالح المجتمعات النامية ولاسيما مواطنيها من المرضى والفئات السريعة التأثر وذوي الاحتياجات الخاصة، في مواجهة الاتفاقيات الدولية التي لا تأخذ مصالح هذه الفئات في الاعتبار، وأن تواصل دورها الريادي الذي اضطلعت به في الترويج لمفهوم الأدوية الأساسية واللقاحات، والعمل على حماية ثرواتها من النباتات الطبية والمعارف والخبرات التراثية، استناداً إلى اتفاقية التنوع البيولوجي العالمية على الاستفادة التطبيقية منها على أوسع نطاق.

(١١) أن تدعو المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الدول الإسلامية للقيام بمبادرة تستهدف حماية البيئة من كل أسباب التلوث، في البر والبحر والجو، وضمن التزام جميع دول العالم بالمعايير الدولية لسلامة البيئة، ومكافحة التلوث بكل الوسائل الممكنة والإصرار على التكنولوجيا النظيفة ما أمكن واتخاذ الاحتياطات اللازمة للإقلال من مخاطر التلوث البيولوجي.

(١٢) أن تتولى منظمة الصحة العالمية التفاوض بالنيابة عن الدول النامية والأقل نمواً في الوصول إلى أسعار مخفضة موحدة للأدوية، وتسهيل ونقل تكنولوجيا الأدوية للدول النامية والأقل نمواً بدون مقابل أو بأسعار ميسرة.

(١٣) مناشدة الحكومات أن تتبنى التأمين الصحي باعتباره أحد أهم البدائل لتوفير تمويل عادل للخدمات الصحية، من خلال تطوير التأمين

الاجتماعي والتعاوني وتوسيع مظلة التأمين الصحي لتشمل القطاعات غير المغطاة به .

(١٤) تفعيل مؤسسات المجتمع المدني ولاسيما الأوقاف والمؤسسات الخيرية والدينية للمساهمة في تمويل برامج التكافل الاجتماعي وتوفير المصادر اللازمة للمؤسسات الصحية الأهلية والخيرية .

(١٥) العمل بمختلف السبل على تنمية الوازع الخلقي والديني وإضفاء الطابع الإنساني على مختلف الجوانب المادية البحتة للعولمة، وإعادة الاعتبار لأخلاقيات المهن وأنواع التجارة المختلفة، واستنفار الوازع الديني للالتزام بأنماط الحياة الإسلامية المحققة للصحة والعافية واجتناب أنماط الحياة المنافية للصحة والتي يحاربها الإسلام .

(١٦) مناقشة الشركات المتعددة الجنسيات المنتجة للأدوية أن تساهم في تقديم بعض أدويتها إلى الدول النامية أو الأقل نموا بدون مقابل أو بمقابل زهيد، واعتماد الأسعار التفاضلية، وتخصيص جزء من ميزانياتها لإجراء البحوث حول علاج الأمراض الكثيرة الانتشار في الدول النامية ودعوة منظمة الصحة العالمية للقيام بدور فاعل في هذا الصدد .

ويسعد المؤتمر في ختام أعماله أن يرفع آيات الشكر والعرفان إلى مقام حضرة صاحب السمو أمير دولة الكويت الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح - حفظه الله - لرعايته الكريمة للمؤتمر ودعمه المتواصل للمنظمة وإلى سمو ولي العهد ورئيس مجلس الوزراء الشيخ سعد العبد الله السالم الصباح وإلى معالي الشيخ صباح الأحمد الجابر الصباح النائب الأول لرئيس مجلس الوزراء ووزير الخارجية. وإلى الحكومة الرشيدة والشعب الكويتي الكريم. وذلك لرعايتهم الكريمة والمستمرة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية والجهود التي يبذلونها باستمرار لتواصل المنظمة أداء رسالتها.

ويكلف المؤتمر معالي الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي رئيس المنظمة برفع بركات شكر وامتنان لحضرة صاحب السمو أمير البلاد وسمو ولي العهد رئيس مجلس الوزراء والنائب الأول لرئيس مجلس الوزراء ووزير الخارجية وإلى معالي وزير الصحة الدكتور محمد الجار الله للرعاية الكريمة ولما لمسهم المشاركون من حسن الاستقبال وكرم الوفادة.

ولا يسع المشاركون في أعمال المؤتمر في ختام أعمالهم إلا أن يتقدموا بخالص الشكر والتقدير للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الإيسيسكو على عقدهم هذا المؤتمر وأمثاله من الندوات التي تناقش مواضيع حيوية لها أثرها الكبير على حياة وصحة المسلمين والبشرية قاطبة.

مناقشة التوصيات

تم توزيع التوصيات على جميع المشاركين وقام بتلاوتها الدكتور خالد المذكور وفتح باب المناقشات حول التوصيات...

وتم إدخال التعديلات اللازمة بالإضافة أو الحذف أو التعديل ثم أعيد صياغتها مرة ثانية وأقرت من جميع المشاركين في المؤتمر. والتوصيات الموجودة هنا تلك التي أقرت بشكلها النهائي.

وبدأت مراسم احتفال الجلسة النهائية حيث ترأس الجلسة معالي الدكتور عبدالرحمن العوضي رئيس المنظمة فشكر الحضور على تجشمهم مشقة السفر والإصرار على الحضور للمشاركة في أعمال المؤتمر حيث أثروه بالأبحاث القيمة والمناقشات العميقة التي عكست حرص الجميع على عدة أمور أهمها:

- ١ - ضرورة الدخول إلى العولمة حتى لا يفوت الدول النامية قطار التطور.
- ٢ - الأخذ بعين الاعتبار الأوضاع السياسية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية والعادات والتقاليد داخل الدول النامية ومحاولة مواءمة تلك الأمور مع بعضها البعض.
- ٣ - ضرورة دراسة انعكاسات العولمة على الحالة الصحية سلباً وإيجاباً.
- ٤ - الدول النامية مطالبة الآن أكثر من أي وقت مضى بالتعاون مع بعضها البعض أمام الهجمة الشرسة من الدول الغنية.
- ٥ - على الدول الغنية مراعاة الدول النامية في جوانب كثيرة خاصة الصحية والاجتماعية والثقافية حفاظاً على الأمن الاجتماعي للدول النامية والذي سينعكس سلباً أو إيجاباً على الدول الغنية.
- ٦ - للدول النامية دين في أعناق الدول الغنية من ناحية رد الجميل إليها بعد الاستحواذ على مقدراتها في السابق وعلى الدول الغنية أن تعلم بأن الاستقرار العالمي يخدم الجميع ولن يكون قاصراً على دولة بعينها ولا

منطقة بذاتها فيد الإرهاب وذراعه طويلة وقد امتدت إلى العديد من دول العالم الغني منها قبل الفقير .

٧ - على الدول النامية أن تأخذ الأمور بشكل واضح وباهتمام كبير، والضغط على الدول الغنية للاستفادة منها استفادة قصوى .

ثم شكر الدكتور عبدالرحمن العوضي لجنة التوصيات برئاسة سعادة المستشار عبدالله العيسى وجميع أعضاء اللجنة كما وجه شكره الخاص للأمانة العامة للمنظمة الدكتور علي يوسف السيف الأمين العام والدكتور أحمد رجائي الجندي الأمين العام المساعد وأعضاء الأمانة على الجهد الكبير الذي بذلوه في الإعداد والتنظيم والالتزام الكامل لإخراج المؤتمر بهذه الصورة المشرفة .

كذلك شكر الدكتور عبدالرحمن العوضي أعضاء مجلس أمناء المنظمة واللجنة التنفيذية على جهودهم المخلصة في التوجيه والاقتراح ومناقشة كل أمور المنظمة ودعمهم الكامل وحرصهم الشديد على متابعة أعمال المنظمة لتحتمل مكانها بين المنظمات العالمية، كما شكر الدكتور العوضي منظمة الايسيسكو ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الـ CIOMS والمنظمات والهيئات الأخرى التي شاركت بممثلين عنها للإعداد لهذا المؤتمر الهام .

وأعطى الكلمة لممثلي الوفود المختلفة والتي جاءت كالاتي :

الدكتور هوفمان تفضل إن الكلمات تنبع من قلبي فهي كلمات غير معدة مسبقا لم أتوقع عند حضوري لهذا المؤتمر إنني لست متخصصا في مجال الطب وأعتقد أن هذا يتصل بشؤون الصحة في المقام الأول ولكن الخلط بين الموضوعات المختلفة خليط بين أو المزج بين الأطباء وفريق من التخصصات الأخرى من منظور إسلامي، منظور إيجابي هذا هو مزج طبي إن هناك مصريين وأمريكيين والشعوب

الأخرى ولكن في واقع الأمر كل منا وهو حول هذه الطاولة لديه إسهام متميز وبالطبع لقد كانت النتيجة مثمرة ليست فقط المشاركة في المناقشات و لكن التعارف على الشعوب الأخرى وإذا كان الجميع يشعر بالغبطة التي أشعر بها مع نهاية هذه الجلسة فإن هذا دليل على نجاح مثل هذا المؤتمر وشكرا د. براينت إن هذا مؤتمر رائع كانت هناك كثير من المفاجآت لقد استمتعت بهذا كثيرا مفاجأة فيما يتصل ببرنامج الأعمال، العمل المطبوع وكانت هناك كثير من المناقشات المثمرة إننا أخذنا في الاعتبار الجوانب الثقافية والدينية، إنني أبادي احترامي إلى الدين الإسلامي وقد انعكس هذا بصورة حقا على كافة الموضوعات التي ناقشناها أرى كثيرا من الابتسامات التي تعلق الوجوه وإنني أعبر عن رأي الآخرين إننا بالفعل قضينا وقتا ممتعا ورائعا من خلال هذا المؤتمر.

د. محمد الهوارى بسم الله الرحمن الرحيم لا أخفيكم إنني من العناصر التي تهتم كثيرا بقضايا العولمة لحكم تغرب معيشتي في الغرب ومعرفتي بالغرب أكثر من أربعين سنة ولكنني لا أخفيكم بأنني في هذا اللقاء فعلت كثيرا ووجدت أنني لا أزال مقصرا في هذا الباب هذه الكوكبة الرائعة التي اجتمعنا بها بفضل إخواننا في المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، كانت على دراية واسعة ومتقدمة في هذا المجال واستطاعت أن تقدم لنا الجوانب المختلفة لهذه المحاور التي تطرقنا إليها بصورة في الحقيقة تدل على هذا الاهتمام وهذه المعرفة الرائعة فأنا سعيد جدا بهذا اللقاء وأنا سعيد بهذا التعرف، وإن كان لي أن أقول شيئا بناء على طلب الدكتور العوضي فأنا من يضع نفسه في خدمة هذه المنظمة وعلى استعداد تام لتلبية كل ما يطلب مني فأنا جندي مع الأستاذ الدكتور الجندي في هذا الميدان نشكر المنظمين لهذا المؤتمر الرائع ونسأل الله تعالى أن يجمعنا على خير وأن يجعل أعمالنا خالصة

لوجهه الكريم وأن يجعل أعمالنا أيضا في سبيل خير الإنسانية جمعاء والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الدكتور أحمد فؤاد باشا: بسم الله الرحمن الرحيم: ﴿يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم﴾ شكرا لمعالي الدكتور العوضي على أن أتاح لي هذه الفرصة بحق لأعبر عن مشاعري الخاصة اتجاه هذه المنظمة التي عودتنا دائما أن تعقد مثل هذه اللقاءات الجادة وتعالج قضايا حيوية تمس العمل القومي بصورة مباشرة والعمل الإسلامي على وجه الخصوص، شكرا أولا للمنظمة رئيسا وأميننا ولكل فريق العمل الذي عاون هنا على كرم الضيافة وعلى إتاحتهم الفرصة لكي نتلاقى من دول مختلفة فبنشأ هذا الود وتلك الروح الطيبة وأنا واثق إن شاء الله أن هذه البداية ستستمر بين الإخوة المشاركين وكل ما أتمناه وأوصي نفسي والإخوة الزملاء أننا حملنا أمانة أمام الله سبحانه وتعالى وأمانة ما أشار إليه الأستاذ الدكتور العوضي حملنا أمانة نشر فكرة وهدف هذا الملتقى في كل مكان نعمل فيه جامعات ومراكز بحوث ورأي عام لأن القضية حقيقة قضية مصيرية ويكفيها أننا ننطلق من حقيقة أننا أصحاب النظرية الحضارية المتفوقة النظرية الإسلامية التي ننطلق منها في أفكارنا لنعالج الموضوعات المتعلقة بالمحاور التي طرحها المؤتمر شكرا جزيلاً وأطيب التمنيات لكل المشاركين بعودة سالمة إلى بلادهم وآمل أن نتواصل دائما في مثل هذه اللقاءات الحضارية التي تعقدها المنظمة برئاسة الدكتور العوضي وأمانة د. أحمد رجائي الجندي وشكرا.

الدكتورة زانج: إنني أشعر بالغبطة لتواجدي لأنك تعرف المركز الإسلامي للعلوم الطبية وهذه المنظمة معروفة جدا منذ إنشائها في ١٩٨٥ إنني أردت أن أزور المركز ومن ثم قد سعدت لإتاحة الفرصة لي لزيارة هذه المنظمة وهذا المركز الذي ناقش آثار العولمة على

الرعاية الصحية بما فيه الطب التقليدي فإن هذا أول مؤتمر يناقش هذا الموضوع فأعتقد أن هذا أمر بالغ الأهمية نحن نناقش اتفاقية التريس وآثار ذلك على الدول النامية وكذلك المادة ٢٧ الخاصة بالنباتات الطبية وقد كان هذا المؤتمر على جانب كبير من الأهمية ويجب أن نتنبه إلى مراجعة وتفاوض بشأن الاتفاقية وأن نضع أيدينا على حقوقنا وواجباتنا في الوقت ذاته وإنني على سعادة بأن منظمة الصحة العالمية ستعمل مع الدول الإسلامية للتفكير في هذا وأعتقد أن هذه القيمة وراء هذا الاجتماع ليست فقط في المناقشات ولكن في إقامة فرق عمل للقيام بمتابعة هذه التوصيات إن هذا الأمر يفيد هذه الدول مستقبلا أود أن أتوجه بالشكر إلى الدكتور العوضي .

الدكتور محمد أبو بكر السمان بسم الله الرحمن الرحيم الحقيقة ما أود أن أقوله شكرا وتقديرا على ما لقيناه إلى حضراتكم إلى معالي الأستاذ الدكتور العوضي حفظه الله والدكتور أحمد رجائي الجندي وإلى مقام حضرة صاحب السمو أمير الكويت الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح حفظه الله ورعاه ومتعته بموفور الصحة أسطر لكم كلماتي هذه وقد طوقني صنيعكم باحتضان كوكبة من العلماء والمفكرين والجهابذة لمؤتمر العولمة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في الدول الإسلامية وأشكر لكم أنا وإخواني شكرا عظيما حتى يعجز لساني عن التعبير امتنان كل عالم ومفكر وباحث في هذا البلد المعطاء فالحقيقة لو استعرت الدهر لسانا والريح ترجمانا في شكركم لقصرت بهما يد الاستطاعة عن وصف سعادتنا باحتضان المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية لهذا المؤتمر العظيم تلك المنظمة الشامخة التي بدت لنا كشجرة باثقة غرست بيد كريمة عودها أدب وأغصانها علم وثمرتها عقل تسقيها سماء العزة والشرف وتغذيها أرض المروءة والإسلام في الكويت الشقيق فأنعم بها شجرة وأكرم بها من منظمة تعد مفخرة للعالمين العربي

والإسلامي تولى الله عنا مكافآتكم وأعان على الخير همتمكم يا أيها الإخوة الفضلاء فالحقيقة هذه كلمات جاءتكم تمشي على استحياء فكلما حركها العرفان بصنيعكم أبطأها عظيم فضلكم بما غمرنا من نعم نفع أطال الله في الخير أعماركم وحفظكم لهذا البلد المعطاء وجزاكم الله عنا وعن الحضور خير الجزاء وشكرا لكم.

الدكتور المناندروف شكرا سيادة الرئيس لقد تأثرت كثيرا مكلماتكم وقد كان من دواعي سروري وشرفي كقادم جديد على هذه المنظمة وعلى الكويت للمشاركة في هذا المؤتمر لقد كانت خبرة تعليمية كبيرة بالنسبة لي أود أن كل من شارك في هذا المؤتمر قد شارك في عملية التعليم التي دارت هنا وهذه هي الروح الحقيقية الروح التي لمسناها منكم سيدي إنني أتحدث نيابة عن الحاضرين للمؤتمر وعن المنظمين للمؤتمر لا يهمننا إن كنا مصريين أو أمريكيين أو غير ذلك إنني أتحدث نيابة عن الجميع معبرا عن خالص تقديري لكم وخالص التهاني لك سيدي الرئيس والدكتور الجندي وكافة الفريق الذي عمل في هذا الإعداد لهذا المؤتمر وإنهم أصدقاء لنا أتمنى لكم الخير والتوفيق والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الرئيس: شكرا أعتقد أن هذا مسك الختام وأكرر رجاء إعطاء تعبئة النموذج والأسئلة التي أعدها الدكتور الماندروف حتى نستطيع أن نتعرف على تقييمكم للمؤتمر وفي الختام أتمنى لكم التوفيق وأرجو من الله أن يكون معنا دائما في خدمة أمتنا وفي خدمة الإنسان وأتمنى لكم عودة حميدا إلى بلادكم إن شاء الله وأكرر رجائي أن لا ننقطع من التواصل لأن معكم نعيش ومن أجلكم نعمل وأتمنى من الله التوفيق. والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

أسماء المشاركين

أسماء السادة المشاركين في مؤتمر العولمة

- ١ - الدكتور. إبراهيم العبد الهادي
الكويت - منطقة الأحمدية الصحية.
- ٢ - د. إبراهيم جميل بدران
وزير صحة سابق وعضو مجلس أمناء المنظمة.
- ٣ - د. أحمد البرماوي
وزارة الصحة / المملكة الاردنية الهاشمية.
- ٤ - د. أحمد القاضي
جراح قلب / عضو مجلس أمناء المنظمة.
- ٥ - د. أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة.
- ٦ - د. أحمد صدقي الديجاني
عضو في كل من: أكاديمية المملكة المغربية، ومجمع بحوث
الحضارة الإسلامية الأردني - ومجمع اللغة العربية بمصر ومنتدى
الفكر العربي.
- ٧ - المستشار. أحمد صلاح الدين وجدي
مستشار محامي عام نيابات وسط القاهرة - وزارة العدل.
- ٨ - الأستاذ. أحمد عبد الرحيم عباس علي
موظف بمركز الطب الإسلامي.

- ٩ - د. أحمد عمر هاشم
رئيس جامعة الأزهر الشريف.
- ١٠ - د. أحمد فؤاد باشا
عميد كلية العلوم - جامعة القاهرة.
- ١١ - د. أدوين جلانفي
أستاذ جامعي / الولايات المتحدة الأمريكية.
- ١٢ - د. العربي الكشاط
عميد مسجد الدعوة / فرنسا.
- ١٣ - د. ايدوارد المنندرف
البنك الدولي / المانيا.
- ١٤ - السيدة. إيمان القاضي
حرم الدكتور أحمد القاضي.
- ١٦ - د. بكر بدوي
منظمة العمل الدولية / مكتب الممثل القطري.
- ١٧ - د. بلقاسم صبري
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.
- ١٨ - د. بيان طبارة
الأمم المتحدة / اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.
- ١٩ - د. بيترجراف
المستشار الإقليمي للعقاقير والمستحضرات الإحيائية - منطقة شرق
البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية.

- ٢٠ - الدكتور . توفيق بن أحمد خوجه
مجلس وزراء صحة مجلس التعاون الخليجي .
- ٢١ - د . جعفر عبد السلام
الأمين العام لرابطة الجامعات الإسلامية .
- ٢٢ - السيدة / جميله الشهاب
رئيسة الفنيين في مركز الطب الإسلامي .
- ٢٣ - د . جوناثان كوين
العقاقير الدوائية وتكنولوجيا الصحة - منظمة الصحة العالمية .
- ٢٤ - د . جون براينت
منظمة الصحة العالمية - سويسرا .
- ٢٥ - د . جيل هاريسون
جامعة كاليفورينا - الولايات المتحدة .
- ٢٦ - د . حازم البيلاوي
الأمين التنفيذي للايسكو بالأمم المتحدة - القاهرة .
- ٢٧ - د . حسان حتوت
عضو مجلس أمناء المنظمة - دكتور أمراض نساء وولادة .
- ٢٨ - د . حسين الجزائري
المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - وعضو مجلس أمناء المنظمة .
- ٢٩ - د . حمدي السيد
القاهرة - نقابة أطباء مصر .

- ٣٠ - د. ديبيرا جلانفيد .
حرم الدكتور ادوين جلانفي .
- ٣١ - ريتشارد ويلدر
الولايات المتحدة الأمريكية .
- ٣٢ - د. زانج
القائم بأعمال منسق الدواء التقليدي - منظمة الصحة العالمية .
- ٣٣ - د. زهير السباعي
رئيس معهد السباعي للتنمية ورئيس مجلة طب الأسرة والمجتمع /
السعودية .
- ٣٤ - السيدة / سالوناس اسماعيل
حرم الدكتور حسان تحوت .
- ٣٥ - د. سالي شو
المجلس الدولي للممرضات - سويسرا .
- ٣٦ - المستشار . سري صيام
وزارة الخارجية - مساعد وزير العدل لشؤون التشريع / مصر .
- ٣٧ - د. سمير بانوب
رئيس هيئة إدارة الصحة الدولية - الولايات المتحدة .
- ٣٨ - د. سمير ثابت
الشركة العربية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية (أكديما)
القاهرة .
- ٣٩ - السيدة . سهير زكريا محمد عيسي
حرم المستشار سري صيام .

- ٤٠ - د. صالح بدير
عميد كلية الطب بالقاهرة.
- ٤١ - د. صالح عبد الله باوزير
جامعة الملك سعود / كلية الصيدلة / السعودية.
- ٤٢ - الدكتور. صبحي عبد الجليل بترجي
رئيس ومدير تنفيذي لمجموعة مستشفيات السعودي الألماني.
- ٤٣ - د. صقر احمد صقر
الصندوق الكويتي للتنمية الاقتصادية العربية - الكويت.
- ٤٤ - د. طلال عتريس
أستاذ علم الاجتماع في الجامعة اللبنانية.
- ٤٥ - المستشار. عاصم الغايش
رئيس نيابة الأموال العامة العليا لمكتب النائب العام.
- ٤٦ - د. عاطف خليفة
منسق المشروع العربي لصحة الأسرة - جامعة الدول العربية.
- ٤٧ - د. عبد الرحمن العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية / الكويت.
- ٤٨ - د. عبد الرحمن سويلم
جمعية الهلال الأحمر / السعودية.
- ٤٩ - د. عبد العزيز التويجري
مدير عام المنظمة الإسلامية للعلوم والتربية والثقافة - الاسيسكو -
وعضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية.

- ٥٠ - د. عبد العزيز صالح
منظمة الصحة العالمية - القاهرة.
- ٥١ - د. عبد الله البداح
مدير عام المستشفيات بالنيابة / المملكة العربية السعودية.
- ٥٢ - د. عبد الله السيد والد اباه
المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم / الجمهورية الموريتانية.
- ٥٣ - الشيخ . عبد الله المنيع
السعودية .
- ٥٤ - السيدة / عبلة صلاح الدين فؤاد
حرم الدكتور عمر زيدان .
- ٥٥ - د. عثمان جلال
لوس أنجلوس - الولايات المتحدة الأمريكية .
- ٥٦ - د. عجيل النشمي
عميد كلية الشريعة سابقا - الكويت - وأستاذ في كلية الشريعة .
- ٥٧ - د. عمار الطالبی
أستاذ في الجامعة الجزائرية - الجزائر .
- ٥٨ - د. عمر زيدان
الولايات المتحدة الأمريكية .
- ٥٩ - د. عمر سليمان
منظمة دعم التنمية الآن - السودان .
- ٦٠ - د. فادية عبد المقصود
طبيبة أطفال .

- ٦١ - الدكتور . فؤاد بن غالم
النائب الأول لرئيس شركة غلاسكو (جي - اس - كي) للأدوية
بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا.
- ٦٢ - د . فريدة الرشيدى
القاهرة
- ٦٣ - د . فهد بن صالح العريفي
مستشفى الملك فيصل التخصصي / السعودية.
- ٦٤ - د . كراند يكار
مدير مركز طب الشيخوخة والكهولة - كلية الطب - الهند.
- ٦٥ - د . محسن هلال
اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا - لبنان.
- ٦٦ - د . محمد أبو بكر السمان
مستشفى الملك فيصل التخصصي، ومركز الأبحاث / السعودية.
- ٦٧ - د . محمد أختر
وزارة الصحة - الولايات المتحدة الأمريكية.
- ٦٨ - د . محمد البتانوني
أستاذ في كلية الطب - جامعة القاهرة.
- ٦٩ - د . محمد الحبيب بن الخوجه
أمين عام مجمع الفقه الإسلامي / السعودية.
- ٧٠ - الأستاذ . محمد الغماري
مدير العلاقات الخارجية / الايسيسكو.

- ٧١- الشيخ . محمد المختار السلامي
مفتي تونس سابقا .
- ٧٢- د . محمد الهواري
المركز الإسلامي - آخن - ألمانيا .
- ٧٣- د . محمد بهاء الدين فايز
المركز القومي للبحوث / القاهرة .
- ٧٤- د . محمد سالم العبادي
مدير عام هيئة المصل واللقاح - وزارة الصحة / مصر .
- ٧٥- د . محمد هشام الخياط
منظمة الصحة العالمية / القاهرة .
- ٧٦- د . محمود محمد غراب
عضو الشركة المصرية للأبحاث والتطوير - أستاذ بكلية الصيدلة -
جامعة القاهرة .
- ٧٧- د . محمود مصدق
إيران .
- ٧٨- د . محمود نجيب حسني
القاهرة .
- ٧٩- د . مراد هوفمان
ألمانيا .
- ٨٠- د . ممدوح حبر
جمعية الهلال الأحمر / القاهرة .

- ٨١ - د. مهدي محقق
أستاذ جامعة / إيران
- ٨٢ - السيدة. نجلاء أحمد
حرم الدكتور إبراهيم بدران
- ٨٣ - الدكتور. نصر فريد واصل
مفتي جمهورية مصر العربية سابقا.
- ٨٤ - السيدة. نوش افرين أنصاري
حرم الدكتور مهدي محقق
- ٨٥ - د. وفيق عبد الله
رئيس مجلس إدارة الشركة العربية للمنتجات الجيلاتينية / القاهرة.
- ٨٦ - د. يوسف القرضاوي
عميد كلية الشريعة بجامعة قطر - رئيس مركز السيرة والسنة.
- ٨٧ - د. يوسف النصف
وزارة الصحة / الكويت

Islamic Organization for Medical Sciences

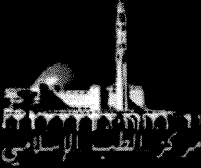
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الاسلام ست

علوم

بيئية

تقنية



Islamic Medicine Center

ISLAM SET

Science
Environment
Technology

Contact us

English

عربي

تعرف على

- أثر العلماء المسلمين على الحضارة العالمية.
- النباتات الطبية واستخداماتها.
- الإيدز - الاستنساخ - طفل الأنابيب والرحم الظئر - بنوك الحليب البشري - التحكم في جنس الجنين - زراعة الأعضاء - البصمة الوراثية - العلاج الجيني - أنباء الهندسة الوراثية.

<http://www.islamset.com>

هل تريد أن تتعرف على

- أثر العلماء المسلمين على العلوم.
 - أثر العلماء المسلمين على الحضارة العالمية.
 - النباتات الطبية واستخداماتها.
 - المحدثات الطبية والإسلام:
- الإيدز والإسلام، الاستنساخ، طفل الأنابيب والرحم الظئر؛
بنوك الحليب البشري، التحكم في جنس الجنين، الإجهاض في
الدين والطب والقانون؛ استخدام الأجنة في البحث والعلاج،
زراعة الأعضاء التناسلية من الناحية الطبية والفقهيّة؛ البصمة
الوراثية من منظور إسلامي، العلاج الجيني من منظور إسلامي،
مخاطر الهندسة الوراثية في الغذاء والمواد المحرمة والنجسة في
الغذاء والدواء.

أدخل الإنترنت

<http://www.islamset.com>

