منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي **م ت١٢٢/١٩**
الدورة الثانية والعشرون بعد المائة **٢٠ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٧**
البند ٦-٣ من جدول الأعمال المؤقت **EB122/19**

الشراكات

تقرير من الأمانة

١- تغيرت طبيعة الصحة العالمية تغيراً هائلاً في العقدين الماضيين، وجعلت أطرافاً فاعلة كثيرة توحد مناهجها لتوسيع الاستجابة لاحتياجات الصحة في العالم، بما في ذلك التوسع في تقديم الخدمات والتوقي والبحث والتطوير. وإلى جانب الأنشطة الحكومية في القطاع الصحي، ازدادت مشاركة المنظمات غير الحكومية ومقدمي الخدمات الصحية من القطاع غير الحكومي ودوائر الصناعة والمؤسسات ذات التوجه العقائدي وهيئات المجتمع المدني.

٢- وهكذا فإن المبادرات الناجحة التي تعتمد على منظمة بمفردها أصبحت قليلة في الوقت الحاضر. فقد أدى الالتزام المتعدد القطاعات وتعدد أصحاب المصلحة إلى ظهور متطلبات جديدة للكفاءة في إدارة هذه التفاعلات. ولذلك نشأت شراكات صحية عالمية لتحقق المزيد من وضوح الرؤية، وتضع مناهج عمل مشتركة للعمل الجماعي تولف بين مواطن قوة منظمات القطاع العام ومواطن قوة المنظمات غير الحكومية وهيئات المجتمع المدني.

٣- كما ازداد باطراد عدد الشراكات الصحية العالمية على مدى العقد الماضي إلى أن بلغ أكثر من ١٠٠ شراكة في الوقت الراهن، حتى وإن كان مصطلح "الشراكات" يشمل تشكيلة متنوعة كبيرة من الهياكل التنظيمية ومن الترتيبات التعاونية بين أصحاب المصلحة المشاركين فيها.

طبيعة الشراكات والتشارك في مجال الصحة

٤- تتراوح الشراكات الصحية بين كيانات رسمية تأسست بصفة قانونية، وهيئات تعاونية غير رسمية لا تخضع لترتيبات إدارية مستقلة. وأطلقت عليها مصطلحات مثل "شراكة" و"تحالف" و"الشبكة" و"برنامج" و"تعاون على مشروع" و"حملة (مناصرة) مشتركة" و"فرقة عمل". وتتنوع أيضاً طبيعة الشركاء، وهم في العادة منظمات حكومية دولية، أو كيانات من القطاع العام أو منظمات غير حكومية، أو مؤسسات أكاديمية و/ أو بحثية، أو هيئات تنتمي إلى قطاع التجارة والمجتمع المدني.

٥- وتسعى الشراكات الصحية العالمية إلى التوسع في التدخلات بطريقة سريعة ومرنة ومركزة؛ وحشد موارد جديدة كبيرة؛ واستحداث وتطبيق حلول تكنولوجية ابتكارية كلما أخفقت قوى القطاع العام والدوائر الأكاديمية والأسواق في استنهاض البحث والتطوير الضروريين؛ وتعزيز التنسيق والتكافل بين الإجراءات؛ وتنويع الشركاء العاملين على بلوغ كل مرمى مشترك. وترتكز هذه الجهود على تقاسم القيم والمرامي، والتفاهم، والالتزام، والاعتراف بالمزايا النسبية لبعض الأساليب التنظيمية، بالإضافة إلى تقاسم المخاطر.

٦- ويمكن تصنيف أدوار ومسؤوليات الشراكات الصحية العالمية إلى فئات مختلفة حسب اختلاف وظائفها ومهامها وحسب فرص مواءمتها، وذلك على النحو التالي:

(أ) الشراكات التي تعمل أساساً على تمويل البرامج الصحية في البلدان النامية بغية توسيع نطاق التغطية ببعض التدخلات؛

(ب) الشراكات التي تعمل أساساً على تنسيق أعمال شركاء كثيرين ومتفاوتين، وتركز على أمراض بعينها أو ظروف صحية بعينها؛

(ج) الشراكات المكرّسة أساساً للبحث، بما في ذلك تعزيز القدرات، لتحفز استحداث منتجات جديدة مثل الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص.

وهناك شراكات تؤدي هذه الأدوار الثلاثة جميعاً، وكثير منها يركز على حالات صحية محددة أو مرض معين، وقليل منها يعمل على التطوير الشامل للنُظم الصحية (ومع ذلك بدأت تظهر مؤخراً بعض المبادرات الجديدة في هذا المجال).

٧- وهذه الأبعاد هي التي تؤثر على الفئة الهيكلية لترتيبات الشراكة. فالشراكات التي تركز على التمويل تميل إلى اقتضاء هيكل إداري رسمي ومساءلة واضحة لاتخاذ قرارات التمويل. أما الشراكات التي تعمل أساساً على التنسيق فكثيراً ما تحقق أقصى فاعلية بهيكل إداري أقل من حيث الصفة الرسمية. وأما الشبكات التي تركز على مهام معينة (وهي تحالفات بلا هياكل ثابتة بين منظمات تعمل مع بعضها على تبادل المعلومات وتنسيق الأنشطة) فهي في العادة الحل المفضل لتنسيق المهام، لأن بوسعها بلوغ مرامي الشراكة بفعالية وكفاءة عاليتين، وتوفر مرونة أكبر، وتقتضي معاملاتها تكاليف أقل مما تقتضيها الهياكل والآليات الإدارية الرسمية.

٨- وتوجد شراكات من نمط خاص في منظومة الأمم المتحدة، تعمل فيها منظمة الصحة العالمية في تعاون وثيق مع عدد من الوكالات والصناديق والبرامج التابعة لمنظومة الأمم المتحدة على زيادة التعاون والتنسيق والمواءمة، وهذا أمر مطلوب في عدد من قرارات منظمة الصحة العالمية وفي وثائق صادرة عن هيئاتها الرئاسية.[١]

الآثار المترتبة والدروس المستفادة

٩- أسفرت عموماً الشراكات الصحية العالمية عن نتائج كثيرة من أهمها تعزيز إمكانية الحصول على تمويلات جديدة كبيرة بالقدر المتوقع لها؛ والعمل بطرق جديدة وبمشاركة متزايدة من قِبَل هيئات المجتمع المدني والقطاع الخاص؛ وتحقيق توافق الآراء والتنسيق بشأن أهم الاستراتيجيات التقنية والتشغيلية مع التعجيل بخطى التقدم في تنفيذها؛ ودعم المنافع العامة العالمية؛ وتحقيق الوفورات الضخمة؛ وزيادة الابتكار. لكن هذه الفوائد لا تتحقق جميعاً في أي شراكة بمفردها، وما من شراكة بمفردها تسفر عن فوائد لجميع الحالات الصحية، ذلك أن الشراكات إنما هي مرآة صادقة لتطور الاتجاهات والأولويات.

١ انظر القرارين ج ص ع٥٨-٢٥ وج ص ع٥٩-١٢، والوثيقتين ج٥٩/٣٧ وم ت١٢٠/٣١.

١٠- والشراكات العاملة في مجال التمويل هي التي أثرت بقوة في توسيع نطاق الأنشطة الرامية إلى حل مشاكل صحية محددة، مستندة في ذلك إلى التزام الشركاء المتعددين بتمويل البرامج التي توجهها الحكومات. ويقترب هذا التمويل حالياً من مبلغ ٤٠٠٠ مليون دولار أمريكي في السنة. واستحدثت بعض هذه الشراكات سُبلاً جديدة لاستقطاب التمويل إلى التنمية من مانحين غير تقليديين أو من مصادر تمويل ابتكارية (مثل المرفق الدولي لتمويل التمنيع). وحفزت هذه الشراكات أيضاً الإدارة القائمة على تحقيق النتائج، وأُطر الإبلاغ والرصد التي تركز على النتائج.

١١- أما الشراكات التي تركز على أمراض معينة، فقد رفع بعضها مستوى الوعي بتلك الأمراض من خلال مناصرة علاجها وتنسيق المساعدات التقنية التي يقدمها الشركاء وتجميع مصالح الشركاء المتعددي القطاعات (مثل الشركاء الذين ينتمون إلى المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص) من أجل تحقيق نواتج معينة.

١٢- وكان للشراكات بين القطاعين العام والخاص التي تركز على المنتجات دور حاسم في ابتكار منتجات جديدة. وهذه الشراكات كثيرة ومعظمها يركز على أمراض محددة. ومازالت الجهود جارية لزيادة التكافل بينها.

١٣- وإذا كانت الشراكات الصحية العالمية تحقق بعض الفوائد فإنها تثير أيضاً عدة تحديات، من بينها مخاطر ازدواج الجهود، وإمكانية ارتفاع تكاليف المعاملات إلى حد لا تطيقه الحكومات ولا الشركاء، وتفاوت أشكال المساءلة، وتغاير الملكية القطرية، وعجز بعض البلدان عن استيعاب التمويل، وعدم الاتساق مع الأولويات والنُظم القطرية، ونقص تنسيق الشراكات على المستوى القطري. وهناك اعتراف بضرورة تحقيق التنسيق والكفاءة في حشد الموارد وتخصيصها، وتقديم المساعدات التقنية، وانتهاج الأساليب الشاملة التي تدعم فرص الحصول على التمويل بالقدر المتوقع له وباستمرار، وزيادة تدفق المعلومات بين أصحاب المصلحة. هذا فضلاً عن أن بعض الشراكات المكرّسة لمكافحة حالات صحية معينة أصبحت تحتاج إلى مواءمة جهودها مع الجهود الأوسع الرامية إلى تنمية النُظم الصحية ومع أنشطة التمويل والمبادرات.

١٤- وتلبية لهذه الحاجة زادت البلدان تنسيقها للشراكات الصحية العالمية الناشطة في داخل حدودها. وشملت هذه الجهود إنشاء آليات تنسيق وطنية في وزارات الصحة، لربط التمويل المطلوب للشراكات بالآليات الوطنية القائمة، ولضبط العلاقة بين أنشطة الشراكات وتمويلها وبين الخطط الوطنية. وتعمل الآن بعض البلدان بهمة على إعادة مواءمة آلياتها التنسيقية القطرية وترشيدها، وذلك بإدماج بعضها في آلية واحدة. وتسهم الشراكات الجيدة الإدارة والتنسيق إسهاماً إيجابياً في الجهود التي تبذلها البلدان من أجل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.

١٥- كما طرحت قضايا محددة في مجال إدارة الشراكات الصحية العالمية، مثل اختلاف أشكال المساءلة، وارتفاع تكاليف المعاملات إلى حد لا تتحمله الدول الأعضاء لاضطرارها إلى العمل في عدة مجالس إدارة واتخاذ مواقف سياسية أكثر اتساقاً مهما اختلفت الشراكات.

١٦- وقد أثار تكاثر عدد الشراكات الصحية العالمية قضايا تتعلق بنقص وضوح أدوار ومسؤوليات الشركاء فيها، وهذا أمر يتجلى بين أمانة الشراكة والشركاء العاملين فيها، وبين المساهمين في الشراكة وغيرهم من الشركاء العاملين في مجال محدد. وهنا تظهر على وجه الخصوص أهمية الحاجة إلى تحسين فهم العلاقة بين وظائف ومسؤوليات الشراكات من جهة ووظائف ومسؤوليات الوكالات المتعددة الأطراف المشاركة فيها من جهة أخرى.

١٧- وينبغي إجراء المزيد من التقييم للطلبات التي تقدم إلى مختلف الوكالات الشريكة، ومن بينها منظمة الصحة العالمية، للحصول على الدعم لمبادرات وبرامج قطرية. ومما يثير القلق المتزايد لدى أمانة منظمة الصحة العالمية أن الطلبات انهالت عليها، وبطريقة غير متوقعة أحياناً، لزيادة أعمالها التقنينية ودعمها التقني لصالح البلدان الطالبة حتى تتجاوب هذه البلدان مع الازدياد السريع في تمويل الشراكات. وهذا العبء الإضافي الضخم لا تقابله في العادة مساهمات إضافية لصالح المنظمة.

١٨- وقد بذلت المنظمة عدة محاولات لحل هذه القضايا. عندما انعقد المحفل الثالث الرفيع المستوى المعني بالمرامي الإنمائية للألفية المتعلق بالصحة، في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٥ في إطار إعلان باريس بشأن "فعالية المعونة: الملكية والتنسيق والمواءمة وتحقيق النتائج والمساءلة المشتركة (٢٠٠٥)"، حضرته طائفة عريضة من المشاركين، وكان من بينهم ممثلون عن بلدان نامية ووكالات متعددة الأطراف وهيئات مانحة، مما أسفر عن إعداد مجموعة من المبادئ العملية لتنظيم الشراكات الصحية العالمية على المستوى القطري؛ وهي مبادئ تركز أساساً على الشراكات التي تقدم تمويلاً كبيراً في البلدان؛ غير أن كثيراً من تلك المبادئ يتعلق بفئات أخرى من الشراكات التي انضمت إليها حكومات وطنية. وحظيت تلك المبادئ بتأييد شراكات مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، وشراكة دحر السل، وأصبحت بعض الهيئات المانحة تسترشد بتلك المبادئ في التزاماتها.

١٩- وفيما يلي بعض العناصر الأساسية التي قد تشملها أنشطة الشراكات الصحية العالمية:

(أ) زيادة اتساق أنشطة الشراكات مع الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية حتى تزداد ملكية الهيئات المحلية لهذه الأنشطة؛

(ب) زيادة المواءمة والتوافق فيما بين الشركاء، ومع الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية، ومع التمويل المستدام بالقدر المتوقع له؛

(ج) الاعتماد على الإدارة القائمة على تحقيق النتائج، وتعزيز القدرات الوطنية، وتبسيط إجراءات إعداد التقارير؛

(د) ضمان توفير معلومات موقوتة وشفافة للبلدان والشركاء؛

(هـ) التوسع في تمثيل أصحاب المصلحة عموماً في الهيئات الرئاسية للشراكات.

التزام منظمة الصحة العالمية بالشراكات الصحية

٢٠- دأبت منظمة الصحة العالمية طوال تاريخها على العمل مع طائفة متنوعة من كيانات القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني العاملة في مجال الصحة، وغالباً ما كان ذلك عن طريق الشبكات التعاونية والاستشارية والتحالفات والمحافل. وكانت هذه الجهود حاسمة في مساعدة المنظمة على أداء دورها بوصفها السلطة القائدة والمنسقة للأعمال الدولية في مجال الصحة.

٢١- واعترفت المنظمة، في برنامج عملها العام الحادي عشر للحقبة ٢٠٠٦-٢٠١٥، بازدياد تعقد المشهد الصحي العالمي، فوصفت في ذلك البرنامج دورها القيادي في مجال الصحة، وأولوية الانضمام إلى الشراكات كلما اقتضت ذلك الأعمال المشتركة من منطلق الوظيفة الأساسية للمنظمة. وبفضل الخطة الاستراتيجية

المتوسطة الأجل للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٣ واستراتيجيات التنسيق القطري الموضوعة حسب الأولويات الوطنية، سيزداد تركيز المنظمة الاستراتيجي على العمل مع الشركاء وفي إطار الشراكات. فقد نصت المادة ٢ من دستور منظمة الصحة العالمية وقرارات عديدة أصدرتها جمعية الصحة على التعاون والتنسيق مع سائر الشركاء. وعلاوة على ذلك فإن تلك القرارات تدعم، عند الاقتضاء، استضافة الشراكات الصحية لبلوغ الغايات الاستراتيجية التي تتوخاها المنظمة.

٢٢- وتتخذ المنظمة إجراءات بعيدة المدى لدعم الشراكات الصحية العالمية، منها الالتزام بالعمل مع إدارات وقيادات هذه الشراكات، وأخذ زمام القيادة في وضع الأساليب للنُظم التقنية والصحية، والتخطيط المشترك مع الشركاء، وتقديم الدعم التقني إلى البلدان بتكاليف اقتصادية، وتشجيع الشركاء المعنيين على توسيع نطاق التزامهم في مجال تخصص شراكاتهم، وزيادة التنسيق بين الشراكات التي تتناول مسائل متشابهة. وقد تكيفت المنظمة مع هذه التحديات الجديدة، وأصبحت تقدم التوجيه الاستراتيجي والتنسيق مهما تنوعت المصالح. وهي تركز أيضاً على تحقيق النتائج من الأُطر المشتركة، وتسعى إلى دعم الملكية القطرية للشراكات، وتعقد الاجتماعات لكثير من الشراكات والقطاعات الوطنية، وتبني التحالفات لدعم مرامي الصحة الوطنية وتعمد إلى تقييم مدى تأثيرها.

٢٣- وتعكف المكاتب الإقليمية والقطرية التابعة للمنظمة على زيادة أنشطتها الداعمة لأعمال الشراكات الصحية العالمية على المستوى القطري حتى تزداد المواءمة بين أولويات هذه الشراكات والأولويات الوطنية، وتعزيز نُظم الصحة الوطنية وتوطيد روابطها مع البرامج التقنية، وبناء القدرات الوطنية لإدارة الشراكات الكثيرة وأنشطتها. وتؤدي المنظمة أيضاً دوراً استراتيجياً في المساعدة على التنسيق في إطار آليات وزارات الصحة، وتساعد على مواءمة أولويات الشراكات مع الأولويات الصحية الوطنية، وتقدم أسلوباً شاملاً وتشاركياً لتطوير النُظم الصحية.

٢٤- وعند تقييم كيفية وتوقيت الانضمام إلى أي شراكة صحية، تجري المنظمة تقييماً للقيمة المضافة التي تعود على الصحة من استنهاض الشركاء والدراية والموارد والتكافل، وتتحقق مما إذا كانت الشراكة مرتبطة بغاية واضحة من غايات المنظمة، ومما إذا كانت تدعم غايات المنظمة بالإضافة إلى الغايات الإنمائية الوطنية، وتضمن المشاركة الوافية من قِبَل أصحاب المصلحة كما تضمن وضوح أدوار الشركاء، وتتحقق أيضاً مما إذا كانت عمليات الشراكات محددة بوضوح وما إذا كانت تخضع للرصد.

٢٥- وللمنظمة دوران رئيسيان في الشراكات الصحية هما:

(أ) العمل كشريك على المستويين الاستراتيجي والتقني، وهذا يشمل التنسيق مع سائر الشركاء، وأخذ زمام المبادرة في القطاع الصحي، وتوفير الإرشادات التقنية، وتقديم الدعم إلى البلدان والشركاء؛

(ب) العمل أحياناً كمنظمة مضيفة للشراكات وتقديم خدمات السكرتارية لها. وهذا يمنح الشراكة هوية قانونية لأن أمانتها تصبح بذلك جزءاً من أمانة المنظمة فتشاطرها وضعها القانوني. وفي هذه الحالات تقبل المنظمة مسؤولية توفير خدمات الإدارة والتنظيم، وتدعم أعمال الشراكة بخدمات أخرى مثل الإدارة المالية، والصناديق الائتمانية، والمشتريات، والموارد البشرية، والأُطر التعاقدية، وتتيح لها المكاتب ومعداتها.

٢٦- وكل من هذين الدورين مستقل عن الآخر، لأن ترتيبات الاستضافة تنبع من قرار بالعمل الاستراتيجي مع الشراكة، ولذلك لا تشرع المنظمة في عقد هذه الترتيبات إلا والتزمت بها استراتيجياً. أي أن التزام المنظمة بالشراكة يعني أنها ستؤدي دوراً رئيسياً في مجلس إدارتها أو ما يعادله من آليات تنسيقية. وبالفعل تستضيف المنظمة نحو ١٥ شراكة ذات هياكل إدارية، و٧٠ شراكة أخرى ما بين مبادرات وبرامج وحملات تديرها المنظمة مع شبكات شريكة قوية حتى وإن كانت بلا هيكل إداري كبير.

٢٧- وقد يشكل طابع الشراكة الرسمية تحديات محددة للمنظمة، وخصوصاً عندما تقبل هذه المنظمة استضافتها. ومن بين هذه التحديات استيضاح العلاقة بين غايات واختصاصات الشراكة وغايات وولاية المنظمة، والقدرة على دعم الشراكة، ومدى تساوق الشراكة مع قواعد المنظمة ولوائحها، ومدى التفاعل مع الميزانية البرنامجية، ومدى وضوح طريقة عمل الشراكة مع المكاتب الإقليمية والقطرية أو من خلال هذه المكاتب التابعة للمنظمة. وللتغلب على هذه التحديات ينبغي أن يشمل منهج التشارك تخطيطاً أفضل، وتقييماً للأثر الواقع على الموارد، والنظر في توقيت وكيفية الالتزام بالاستضافة، وكيفية الانسحاب من هذه الترتيبات.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٨- وتود الأمانة أن تعرف وجهة نظر المجلس بشأن هذه الاتجاهات المتطورة في مجال الصحة العالمية وبشأن دور المنظمة في هذا الصدد في المستقبل وعملها مع الشراكات الصحية العالمية بما في ذلك ما يمكن للمنظمة القيام به لدعم البلدان للعمل معها والتنسيق فيما بينها.

٢٩- المجلس مدعو إلى أن يحيط علماً بالتقرير.

= = =