من حكم الإعدام إلى حكم الدين

بول كولبير، ريتشارد مانينغ، أوليفييه ستيرك

لما كان الإيدز قد أصبح مرضا تحت السيطرة، يجب على البلدان والمانحين التركيز على تمويل العلاج والاستثمار في الوقاية

فتاة في دار أيتام للمصابين بالإيدز، غيتا، تنزانيا

منذ عشرين عاما، كان تشخيص الإيدز يعني الموت المحقق. أما الآن، فبفضل العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية، يستطيع المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية في البلدان منخفضة الدخل الاستمتاع بحياة شبه طبيعية بتكلفة قدرها بضع مئات من الدولارات سنويا. وكان يُعتقد في البداية أن هذه العلاجات قد لا تصلح في إفريقيا نظرا لصعوبة الالتزام بالنظام العلاجي الصارم (دراسة Stevens, Kaye, and Corrah, 2004). لكن هذه المخاوف ثبت أنها عارية من الصحة. فبفضلها، لا يزال الملايين من الأفارقة أحياء بصحة طيبة.

وتجسيدا لهذا الإدراك بإمكانية الانتصار في الحرب الطبية ضد الإيدز، وضعت مجلة «إيكونوميست» على غلافها عنوان «أهي نهاية الإيدز؟» بمناسبة الذكرى الثلاثين لظهور هذا المرض. ولكن مع قرب نهاية الإيدز ككارثة طبية، تحول هذا المرض إلى كارثة محتملة على المالية العامة. فالتحسن الكبير في معدلات الشفاء للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يعني أن البلدان الفقيرة التي يشيع فيها هذا الفيروس تواجه التزامات مالية جديدة ضخمة (دراسة Haacker and Lule, 2011).

مأزق أخلاقي

يؤدي فيروس نقص المناعة البشرية إلى تدمير تدريجي لكرات الدم البيضاء، وهي عنصر ضروري لعمل جهاز المناعة البشري. وما لم يتم العلاج، يرجح أن يموت المريض خلال خمس سنوات إذا انخفض تعداد خلاياه المناعية CD4 — وهي مقياس للكرات البيضاء — إلى أقل من ٣٥٠ خلية/ ملليمتر مكعب. ومع العلاج، يمكن أن يعيش حياة شبه طبيعية. وبالرغم من توافر العقاقير الجنيسة وذات التكلفة المنخفضة في البلدان الفقيرة، فإن

تكلفة العلاج بالغة الارتفاع بالنسبة للمرضى الفقراء — وبالغة الارتفاع بالنسبة للمجتمعات المريضة التي تتحملها نيابة عنهم. ولكن من منظور البلدان عالية الدخل تعتبر هذه التكلفة ضئيلة — بضع مئات من الدولارات في مقابل إنقاذ حياة. وتنشئ هذه السمات التزاما بالإنقاذ؛ فمن يكن تشخيصه الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لا يمكن تركه ليموت حين يكون باستطاعتنا الحيلولة دون ذلك. ولذا بادر قادة سابقون ممن لم يعتبروا المعونة الإنمائية من أهم الأولويات، مثل الرئيس الأمريكي جورج بوش والفرنسي جاك شيراك، إلى شن حملات واسعة ودؤوبة لتمويل برامج نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ولكن تكلفة تمويل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية تنطوي على قضايا أخلاقية متفردة. فبمجرد بدء العلاج، يصبح إيقافه لنفاد التمويل أمرا جد كريه. فيكون اختيار إيقاف العلاج من قبيل الفعل العمدي المفضي إلى إنهاء حياة المرضى وليس من قبيل السهو عن طريق رفض البدء في العلاج. ولكن الإنفاق على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية طويل الأمد لأن العلاج يسمح بفترات حياة عادية، حيث يتعين حاليا معالجة المصابين صغار السن على مدار عقود.

وبفضل العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية وسبل الوقاية، هناك تراجع في عدد المصابين الجدد بفيروس نقص المناعة البشرية في معظم أنحاء العالم. فبين عامي ٢٠٠١ و ٢٠١٣، انخفض عدد الإصابات الجديدة بنسبة ٣٨٪، من ٣,٤ مليون إلى ٢,١ مليون إصابة (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز، ٢٠١٤). وقد انخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بفضل العلاج، وذلك بنسبة ٣٥٪ منذ عام ٢٠٠٥. غير أن مجموع المواطنين المصابين يواصل الارتفاع لأن عدد الإصابات الجديدة لا تزال أعلى بكثير من عدد الوفيات في كثير من البلدان، مما يعني أن التكاليف يرجح أن تواصل الارتفاع لسنوات عديدة. وبالإضافة إلى ذلك، فمعظم المصابين بالفيروس بالفعل لم يبدءوا العلاج بعد بمضادات الفيروسات القهقرية لأن تعداد الخلايا المناعية CD4 لم تهبط بعد إلى النقطة التي يصبح فيها العلاج مبررا أو لأن إصابتهم لم تشخص بعد. وهناك عدد أكبر بكثير سيحتاج إلى العلاج في مرحلة ما. والأسوأ من ذلك أن كثيرا من الناس المتلقين للعلاج — ومن سيحتاجونه في المستقبل — سينتهي بهم الأمر إلى اكتساب مناعة ضد العلاج المعتاد، وحينئذ سيحتاجون إلى نظم علاجية أكثر تطورا، وهي تتطلب تكلفة أعلى بكثير.

وللسمات الخاصة بالتكاليف انعكاسان مؤثران — مما يبرر تركيزنا على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. غير أن إطارنا المستخدم يمكن تطويعه لدراسة انعكاسات ظروفنا الصحية الأخرى ذات السمات المماثلة، ولا شك أن تحليلنا لا يقصد به الحد من ضرورة الاستثمار في الاحتياجات الصحية الأخرى.

أولا، لأن قرار بدء العلاج يتقاطع مع الحاجة إلى تمويل توفير هذا العلاج في المستقبل، فإن هذا الالتزام المستقبلي يجب أن يكون معلوما مسبقا. ومن ثم يجب أن يتفق المانحون والحكومات في البلدان المتضررة على قواعد واضحة لكيفية الاشتراك في تحمل هذه التكلفة، وإلا فمن المعقول أن تصبح الحكومات حذرة إزاء تحمل التزامات لن يتسنى الوفاء بها إذا تحولت اهتمامات المانحين إلى أولويات أخرى.

ثانيا، لأن استمرار انتشار العدوى يخلق التزامات مستقبلية كبيرة، فهناك منطق جديد تستند إليه سياسات الوقاية. فرغم أن الوقاية لم تعد ضرورية من الزاوية الطبية للحيلولة دون الوفاة، يُلاحظ أنها تزداد قيمة من الزاوية المالية. ويجدر بنا التوسع في الإنفاق على الوقاية على الأقل إلى أن يتسنى لدولار إضافي أن يمنع التزاما بدولار ينجم عن إصابات جديدة.

ويعني هذا أن العلاج والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يتحول من قضية تهم وزراء الصحة إلى قضية تؤثر مباشرة أيضا على وزراء المالية. وتشير الأبحاث الجديدة إلى أن تخصيص موارد جديدة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية يمكن أن يوفر على البلد أموالا على وجه العموم (راجع دراسة Collier, Sterck, and Manning, 2015، والدراسات ذات الصلة الصادرة عن الائتلاف البحثي RethinkHIV).

حساب التكاليف

قمنا في بحثنا بدراسة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وانعكاساته المستقبلية على المالية العامة في ثمان بلدان إفريقية. ونحن ندرك أن علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ينطوي على مزايا واضحة بالنسبة لرخاء الفرد والاقتصاد، ولكن تركيزنا هنا يتعلق بانعكاسات الواجب الأخلاقي بالإنقاذ على المالية العامة (انظر الجدول). ونستخدم في البحث نموذجا وبائيا قياسيا مدمج في برمجية «سبكترم» شائعة الاستخدام لتقدير مدى احتمالية انتشار الإصابات حتى عام ٢٠٥٠ (دراسة Avenir Health, 2014). ثم نحسب التكلفة الكلية للعلاج في المستقبل. ونستمد تكاليف الوحدة من دراسة Schwartländer and others (2011) ونفترض ثباتها عبر الفترات الزمنية. ونخفض التكاليف المستقبلية باستخدام «معدل تخفيض»، وهو سعر الفائدة. فكلما ارتفع سعر الفائدة، انخفضت اليوم قيمة تكاليف الالتزام التي تنشأ في المستقبل. وبوجه عام، يستخدم خبراء الاقتصاد الصحي سعر فائدة قدره ٣٪ فقط، مما يمكن أن ينطوي على التزام كبير. أما نحن فنستخدم سعرا أعلى (ومن ثم أكثر تحفظا) هو ٧٪ – السعر الذي يمكن أن تقترض به الحكومات الإفريقية حاليا في أسواق الدين السيادي — بما أنه يمثل انعكاسا أوضح لتكاليف الفرصة البديلة. وحتى مع هذا الخصم الكبير للنفقات المستقبلية، فإن الالتزامات الناشئة عن علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كبيرة بما يكفي للتأثير على اقتصادات البلدان.

التكاليف المستقبلية

زعزعة الاستقرار المحتملة بسبب التكاليف المستقبلية للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية تبرر المساعدة الدولية لبعض البلدان

	انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين	نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي	رصيد الدين الخارجي، ٢٠١٢	التمويل المحلي لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية		تكاليف العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية على المالية العامة في عام ٢٠١٥	تكلفة العلاج الإجمالية التي تتحملها المالية العامة في المستقبل
	(البالغون، ٪)	(بالدولار الأمريكي)	(٪ من إجمالي الدخل القومي)	(٪ من إجمالي الدخل القومي)	(٪ من التمويل الكلي لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية)	(٪ من إجمالي الناتج المحلي)	(٪ من إجمالي الناتج المحلي)
بوتسوانا	٢١,٦	٨,٣٣٢	١٧,٧	٢,١٢	٧٧	١,٠٤	٢٤,١
كينيا	٣,٧	١,٥٨٨	٣١,١	٠,٣٤	٣٠	٠,٣٤	٩,١
ليسوتو	١٣,٩	١,٣٩٠	٣١,٣	٢,٠٨	٥٧	١,٩٥	٧٣,٦
ملاوي	٨,٠	٢٧٥	٣١,٧	٠,٠٥	٢	٣,٣٣	٨٠,٣
نيجيريا	٦,٣	٣,٦٧٧	٤,٢	٠,٠٥	٢٣	٠,١٥	٦,٨
جنوب إفريقيا	١٧,٣	٦,٤٧٧	٣٦,٦	٠,٥٢	٨٨	٠,٦٣	٢١,١
أوغندا	٤,٥	٦٨٥	٢٢,٥	٠,١٩	١٣	٠,٧٢	٢١,٣
زيمبابوي	١٣,٤	١,٠٧٣	٧٥,٥	٠,٢٨	٢٩	١,٨١	٣٨,٧

المصادر: صندوق النقد الدولي؛ والبنك الدولي، مجلة Spectrum؛ وقاعدة بيانات AIDS Info Online؛ وحسابات المؤلفين.

ملحوظة: البيانات عن عام ٢٠١٥ ما لم يُذكر خلاف ذلك. وتقاس التكلفة المستقبلية للعلاج على المالية العامة على أساس القيمة الحالية الصافية لتكلفة ٢٠١٥–٢٠٥٠، مع حساب قيمة نهائية (لتفسير هذا المصطلح، يرجى الرجوع إلى دراسة Collier, Sterck, and Manning, 2015).

وهناك أكثر من ١٠٪ من السكان مصابون بالمرض في أربعة من بين ثماني بلدان شملها البحث — وهي بوتسوانا وجنوب إفريقيا وزيمبابوي وليسوتو.

ومع مراعاة الانتشار المستمر لفيروس نقص المناعة البشرية، يواجه كل من بوتسوانا وجنوب إفريقيا التزاما تتجاوز نسبته ٢٠٪ من إجمالي الناتج المحلي لمواجهة احتياجات العلاج. ولأن الاثنين

ينبغي للمانحين والحكومات ألا تمضي كالمُسَيَّر نحو أزمة مستقبلية.

من البلدان ذات الدخل المتوسط، فلا يمكنهما التعويل على المجتمع الدولي في تحمل جانب كبير من هذا العبء المستقبلي. ولحسن الحظ أن التزامات العلاج كبيرة ولكنها لا تؤثر على الاستقرار لأن البلدين يخضعان لإدارة رشيدة ومن ثم لديهما مستويات كلية منخفضة أو متوسطة من الدين كنسبة من إجمالي الناتج المحلي. بل إن الإجراءات المتخذة لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية يستمد بالفعل معظم تمويله من مصادر محلية في بوتسوانا وجنوب إفريقيا.

وتسجل زيمبابوي نسبة انتشار منخفضة لهذا المرض مقارنة ببوتسوانا أو جنوب إفريقيا، ولكن مستوى دخلها أقل بكثير وعبء الديون المعلومة أعلى. وفي هذه الحالة، من المستصوب الاتفاق مقدما على اقتسام الأعباء مع المانحين المحتملين. وما لم يتم ذلك، قد تشهد البلاد حالة من الإحجام المتبادل بين المانحين والحكومة، حيث يقدم كل منهما تمويلا أقل من المطلوب ليقع عبء الإنقاذ على الطرف الآخر.

أما ليسوتو فهي في موقف مختلف تماما. فهي أفقر بكثير من بوتسوانا أو جنوب فريقيا، ولكن مستوى إصابتها بفيروس نقص المناعة البشرية مماثل لهما. ونتيجة لذلك، تواجه ليسوتو التزاما أكبر بكثير، يعادل ديونا تتجاوز ٧٠٪ من إجمالي الناتج المحلي. وتبلغ ديون ليسوتو الخارجية ٣١٪ فقط من إجمالي ناتجها المحلي، ولكن الالتزامات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية ستتسبب في زيادة عبئها الكلي إلى أعلى من ١٠٠٪، مما يقودها إلى مستوى من المديونية يعرَف وفق مبادرة صندوق النقد الدولي للبلدان الفقيرة المثقلة بالديون بأنه دين لا يمكن تحمله. ولهذا السبب بالذات، ينبغي ألا يترك المانحون ليسوتو تواجه هذا العبء بمفردها. وقد أقر المجتمع الدولي بالفعل بضرورة إعفاء البلدان الفقيرة من أعباء الديون الخارجية التي يتعذر تحملها. وسكان ليسوتو قليلو العدد، ومن ثم فسيتحمل المجتمع الدولي عبئا ماليا ضئيلا لتمويل نفقات العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وفي ملاوي، رغم انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بدرجة أقل، نجد أن عبء تكلفة العلاج في المستقبل أكبر بكثير من أن تقارن بمديونيتها الخارجية المحدودة. ولكن لأن ملاوي أكبر بكثير من ليسوتو، فإن التكاليف التي يتحملها المجتمع الدولي لا بد أن تكون أعلى بكثير. وبالتالي، يجب أن يتحقق لحكومة ملاوي قدرا معقولا من الاطمئنان إلى توافر التمويل من المانحين في المستقبل حتى تلتزم بتغطية تكاليف العلاج المستقبلية.

ولا شك أن هذه الالتزامات العلاجية المستقبلية تجعل من الضروري لوزراء المالية أن يكونوا على دراية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وأن ينظروا في كيفية الحد من المخاطر التي ينطوي عليها المرض. وحتى في حالة أوغندا التي تتسم بنسبة انتشار منخفضة، نجد أن الالتزام المستتر بالعلاج يضاهي حجم المديونية المعلومة.

وتبلغ الالتزامات مستوى أعلى بكثير من طاقة الحكومة على تحملها في بعض البلدان التي شملها البحث. ونظرا لالتزام الإنقاذ، يتحمل مجتمع المانحين أي زيادة في الالتزامات المالية عن الحدود المعقولة التي يستطيع البلد تحملها لتغطية التكاليف، ويمتد تمويل هذه الزيادة لعدة عقود قادمة. ويجب أن يمارس وزراء المالية ضغوطا على المانحين لتوضيح التزاماتهم المستقبلية. وبالرغم مما يواجهه المانحون من قيود تحد من قدرتهم على التعهد بالتزامات ملزمة قانونا على المدى الطويل، فإن وجود إطار متفق عليه لاقتسام الأعباء سيقلل احتمالية تحويل المانحين للأموال في المستقبل إلى ما يستجد من أولويات رائجة.

وقد كانت الموارد الخاصة التي كونها المجتمع الدولي لمعالجة أزمة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بمثابة استجابة لواجب الإنقاذ الجديد في وقت الأزمة، فكانت تقترن بآفاق زمنية قصيرة الأجل للتمويل وليس باستراتيجيات طويلة الأجل للشراكة مع الحكومات الإفريقية. ولكن من الممكن الخروج بتوقعات مرجحة لتطور التمويل الإلزامي في كل بلد عن طريق تحليل تاريخ الإنفاق السابق من جانب الحكومات والمانحين على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. فالإنفاق الحكومي يرتفع مع ارتفاع الدخل الفردي عند كل مستوى من مستويات الانتشار لفيروس نقص المناعة البشرية. ولكن إنفاق المانحين يتراجع بمقدار يكاد يكون مساويا لارتفاع الإنفاق الحكومي، حتى أن الإنفاق الكلي على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يظل ثابتا تقريبا. وما لم يكن بإمكان وزراء المالية إعادة التفاوض بنجاح على نمط اقتسام الأعباء، فسيكون عليهم أن يقبلوا الإنفاق من ميزانياتهم على تكاليف العلاج المتزايدة، كلما زاد نمو اقتصاداتهم.

أما البلدان التي تقرر إعادة التفاوض فيمكنها الاستفادة من بعض المعايير القياسية القائمة التي يمكن أن تحقق تخفيفا لأعبائها — ومنها على سبيل المثال النقطة التي يبلغ فيها العبء الكلي للالتزام المالي المستقبلي بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، بالإضافة إلى المديونية الخارجية المعلومة، قيمة تتجاوز المستوى الحدي المتفق عليه للاستمرار في تحمل الديون. ولا شك أن بناء توافق دولي في الآراء على إعادة التفاوض لن يكون مهمة هينة.

وأيا كان ما يتم عمله، ينبغي للمانحين والحكومات ألا تمضي كالمُسَيَّر نحو أزمة مستقبلية يواجه فيها الملايين احتمال الموت الوشيك الذي يمكن تجنبه بينما يسعى كل طرف إلى إلقاء المسؤولية على الآخر. ومع ذلك، فإن إنفاق الأموال وتوفير العقاقير لا يرجح أن يكونا كافيين لهزيمة فيروس نقص المناعة البشرية؛ فمن الضروري أن تكون هناك استثمارات مستمرة لزيادة معدلات الاختبار ونشر المعرفة وتشجيع الوقاية.

خير من العلاج

تشدد بالفعل تقديراتنا لتكلفة الالتزام بالإنقاذ على الحاجة لسياسات فعالة لمنع انتشار العدوى. وفي كل من ليسوتو وأوغندا، يأتي حوالي نصف الالتزام المالي المستقبلي من الإصابات الجديدة. وبالنسبة لملاوي، تؤدي الإصابات الجديدة إلى زيادة الالتزام المالي من ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من إجمالي الناتج المحلي. وعلى المستوى الطبي، فمنذ اكتشاف العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، أصبح التوسع في العلاج أولى من الوقاية، ولكن هناك حجة مالية قوية حاليا لزيادة الاهتمام بمنع انتشار العدوى.

وقد كانت استجابة المجتمع الدولي المبدئية على صعيد السياسات هي تشجيع العلاج باعتباره مفتاح الوقاية. فبمجرد أن يبدأ المريض العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، يصبحون أقل نقلا للعدوى. وتستند منظمة الصحة العالمية إلى هذه الرؤية (WHO, 2015) كركيزة

حفنة من أقراص علاج الإيدز، برنامج ودار أيتام وعيادة بيبو لا توماييني جانغواني المعنية بإعادة التأهيل المجتمعي للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، منطقة إيزيولو، كينيا

لبدء العلاج قبل أن يصبح ضروريا بكثير بغية اجتناب الوفاة. غير أن هذه التمديد للعلاج كوسيلة للوقاية يمكن أن يمثل التزاما ضخما على المالية العامة؛ ومن حيث هدف الوقاية، قد تكون هناك وسائل للحد من انتشار العدوى بتكلفة أكثر جدوى.

فعلى سبيل المثال، نجد في نماذج المحاكاة القائمة على حالة ملاوي، نخلص إلى أن التوسع في العلاج كوسيلة للوقاية لن يغطي تكلفته من حيث تخفيض الالتزامات المالية، على خلاف برامج ختان البالغين التي تحقق أكثر من التغطية. وقد حققت البلدان الإفريقية تقدما في بعض المجالات، مثل منع انتقال المرض من الأم إلى الطفل. كذلك ظهرت نتائج واعدة من تشجيع المراهقات على البقاء في التعليم (دراسة Santelli and others, 2015)، ولكن لا يوجد من برامج الوقاية المثبتة ما يكفي في الوقت الراهن. وبدلا من إهدار أموال ضخمة على زيادة التوسع في العلاج كوسيلة للوقاية، قد يكون من الأفضل تجربة مجموعة أخرى من استراتيجيات الوقاية، بما في ذلك الاستراتيجيات المصممة لتغيير السلوك الجنسي، لمعرفة الاستراتيجية الأنجح.

وكثيرا ما أدت خشية إلصاق وصمة غير مقصودة بمرضى فيروس نقص المناعة البشرية إلى الحيلولة دون اتباع مناهج غير طبية في سياسة العلاج. وهناك حملة مبكرة صريحة أطلقها الرئيس الأوغندي يويري موسيفيني للتحذير من مخاطر تعدد الشركاء وأثبتت درجة عالية من الفعالية. وبعدها ارتفعت مجددا معدلات الإصابة في أوغندا عندما أُطلقت بدلا منها حملة أقل واقعية تدعو إلى الامتناع الجنسي. وبالمثل، هناك مبرر قوي للتركيز على ممتهني البغاء وسائقي الشاحنات — وهما مجموعتان أساسيتان في انتشار العدوى — في إتاحة العلاج الوقائي. ومن المنطقي أيضا استهداف مناطق جغرافية معينة. ففي كينيا على سبيل المثال، تزيد مخاطر الإصابة المقارنة مع مختلف البلدان في حدود عشرة أضعاف.

وهناك انعكاس أخير مهم للنتائج التي خلصنا إليها، وهو أنه ينبغي للمانحين والحكومات القيام بالتنسيق الوثيق لنصيب كل منهما في تكاليف علاج الإصابات المستقبلية وتكاليف الوقاية من المرض. وأي خروج ملموس عن هذا المبدأ من شأنه تعريض الطرفين للخطر المعنوي. فعلى سبيل المثال، إذا تحمل المانحون معظم تكاليف العلاج للإصابات المستقبلية بينما تحملت الحكومات معظم تكاليف الوقاية (أو العكس)، فلن يتوافر لأي منهما الحافز المالي لزيادة الإنفاق على الوقاية لتصل إلى مستوى التكلفة المجدية. ورغم إنفاق عدة مليارات من الدولارات حتى الآن على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فلم يتم إقرار هذا المبدأ الأساسي المعني بالتمويل المتسق مع الحافز، ناهيك عن تنفيذه. وسيكتسب هذا المبدأ أهمية أكبر بكثير مع اكتشاف استراتيجيات وقائية فعالة والحاجة إلى تعزيزها.

ولا تزال الحكومات حتى الآن تترك لوزراء الصحة معظم قضايا فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كما أنشأ المجتمع الدولي جزرا مالية منعزلة كبيرة يتم من خلالها تمويل التدخلات المختلفة. وقد قام الجانبان بعمل مبتكر، ولكن التوسع في علاج مضادات الفيروسات القهقرية جعل انعكاسات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على المالية العامة أكبر من أن يمكن تجاهلها. وقد حان الوقت لكي يشترك وزراء المالية بصورة أكثر مباشرة في قرارات إدارة الالتزامات المالية التي تتعرض لها البلدان، كما حان الوقت لأن يركز الصندوق على الانعكاسات المالية في كل القضايا ذات الصلة، وأن تقوم الجهات المانحة بإدخال احتياجات التمويل لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ضمن الإطار العام لتمويل التنمية على المستوى القُطْري. ■

بول كولييه أستاذ للاقتصاد والسياسة العامة في كلية بلافاتنيك لدراسات الحكم بجامعة أكسفورد، حيث يتقلد ريتشارد ماينينغ وظيفة زميل باحث أول. أما أوليفييه ستيرك فهو زميل باحث بعد درجة الدكتوراه في جامعة أكسفورد، مركز دراسة الاقتصادات الإفريقية.

يستند هذا المقال على دراسة (*Collier, Sterck, and Manning, 2015*) نُشرت في إطار عمل الائتلاف البحثي *RethinkHIV*، وهو ائتلاف لمجموعة من كبار الباحثين تموله مؤسسة *RUSH*، وتقوم بتقييم الأدلة الجديدة المتعلقة بتكاليف التدخلات لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية في إفريقيا جنوب الصحراء، والمزايا التي تحققها، وانعكاساتها على المالية العامة، وآثارها على التنمية. وكان ماركوس هاكر هو المنشئ الأصلي لمنهجية حساب التكلفة في هذا المقال — والاستنتاجات المستخلصة من تطبيقها حول الفعالية النسبية لتكلفة السياسات المختلفة.

المراجع:

Avenir Health (formerly Futures Institute), 2014, Spectrum Manual, *Spectrum System of Policy Models (Glastonbury, Connecticut).*

Collier, Paul, Olivier Sterck, and Richard Manning, 2015, "The Moral and Fiscal Implications of Antiretroviral Therapies for HIV in Africa," CSAE Working Paper WPS/2015-05 (Oxford, United Kingdom: Centre for the Study of African Economies).

Haacker, Markus, and Elizabeth Lule, 2011, The Fiscal Dimension of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland, and Uganda *(Washington: World Bank).*

Santelli, John S., Zoe R. Edelstein, Ying Wei, Sanyukta Mathur, Xiaoyu Song, and Ashley Schuyler, 2015, "Trends in HIV Acquisition, Risk Factors and Prevention Policies among Youth in Uganda, 1999–2011," AIDS, *Vol. 29, No. 2, pp. 211–19.*

Schwartländer, Bernhard, John Stover, Timothy Hallett, and others, 2011, "Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS," Lancet, *Vol. 377, No. 9782, pp. 2031–41.*

Stevens, Warren, Steve Kaye, and Tumani Corrah, 2004, "Antiretroviral Therapy in Africa," BMJ, *Vol. 328, No. 7434, p. 280.*

UNAIDS, 2014, The Gap Report *(Geneva).*

World Health Organization (WHO), 2015, Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV *(Geneva).*