

أن نَصوغ، لا أن نتلقى

وجهات نظر حول إصلاح حوكمة
الصحة في منطقة الشرق
الأوسط وشمال أفريقيا

يوليو 2026

جدول المحتويات

5	الخلفية
6	المنهجية
7	النتائج
16	مواطن الاتفاق والاختلاف
18	الأولويات الناشئة للإصلاح
20	التوصيات
22	حدود الدراسة
23	الخاتمة

قائمة المختصرات

COVID-19	مرض فيروس كورونا 2019
CSOs	منظمات المجتمع المدني
EMPHNET	شبكة شرق المتوسط للصحة العامة
WHO EMRO	المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط
GCC	مجلس التعاون الخليجي
GHA	الهيكل الصحي العالمي (البنية الصحية العالمية)
HEAR CSO	ائتلاف منظمات المجتمع المدني من أجل إعادة تصوّر الهيكل الصحي العالمي
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية
HPV	فيروس الورم الحليمي البشري
IDP	النازح داخلياً
ITPC	التحالف الدولي للتأهب العلاجي
MENA	منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
NCDs	الأمراض غير السارية
NGO	منظمة غير حكومية
PrEP	العلاج الوقائي قبل التعرض
UHC	التغطية الصحية الشاملة
UN	الأمم المتحدة
UNRWA	وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل لاجئي فلسطين في الشرق الأدنى (الأونروا)
WHO	منظمة الصحة العالمية
SDGs	أهداف التنمية المستدامة
PHC	الرعاية الصحية الأولية

الملخص التنفيذي

تكشف النتائج عن توافق واسع على أن تحديات الحوكمة لا تزال من أهم العقبات التي تعترض تعزيز النظم الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فقد أبرز المشاركون باستمرار تجزؤ هياكل الحوكمة، وضعف آليات التنسيق، ومحدودية المساءلة، وقصور الموازنة بين أصحاب المصلحة، بوصفها عقبات رئيسية أمام العمل الصحي الفعال. وعلى الرغم من تعدد الجهات الفاعلة المساهمة في حوكمة الصحة في المنطقة، شدد من أجريت معهم المقابلات على غياب منصة إقليمية متماسكة قادرة على تيسير التعاون المستدام، والتحديد المشترك للأولويات، والعمل الجماعي.

ويرز التمويل بوصفه شاغلاً جوهرياً آخر. فقد لاحظ المشاركون أن الأولويات الصحية كثيراً ما تتشكل وفق مدى توافر التمويل ومصالح الجهات المانحة والبروز السياسي، لا وفق الاحتياجات الصحية للسكان. وتسهم هذه الدينامية في استمرار نقص الاستثمار في الوقاية وتعزيز الصحة والرعاية الصحية الأولية وتنمية القوى العاملة الصحية والبنية التحتية للصحة العامة. وأعرب عدد ممن أجريت معهم المقابلات عن قلقهم من أن ترتيبات التمويل الحالية قد لا تكفي لمواجهة العبء المتنامي للأمراض غير السارية والتحديات الصحية الناشئة في المنطقة.

الاستثمار اليوم في الوقاية والمشاركة والتعاون هو السبيل الذي تبني به المنطقة النظم الصحية التي ستحتاج إليها غداً.

وإلى جانب التحديات التقنية للحوكمة، شدد المشاركون على أهمية ديناميات الاقتصاد السياسي في تشكيل الأولويات الصحية في المنطقة. فقد أبرز من أجريت معهم المقابلات تأثير ترتيبات التمويل والحوافز السياسية والجهات الفاعلة الإقليمية وهياكل صنع القرار على تخصيص الموارد وجهود الإصلاح. كما حددت المشاورة مواطن اختلاف مهمة، من بينها دور التمويل الإقليمي، والتوازن بين الاستجابة الإنسانية وتعزيز النظم على المدى الطويل، ومدى مشاركة المجتمع المدني في عمليات الحوكمة.

وتمثلت إحدى النتائج البارزة بوجه خاص في استمرار تهيمش الوقاية داخل نظم حوكمة الصحة وتمويلها. فعلى الرغم من الاعتراف الواسع بأن الوقاية أساسية لتحسين صحة السكان وضمان الاستدامة على المدى الطويل، أفاد المشاركون بأن النظم الصحية لا تزال موجهة في المقام الأول نحو العلاج. ودعا من أجريت معهم المقابلات إلى استثمار أقوى في الوقاية، وتركيز أكبر على تعزيز الصحة، وتحول نحو نهج للحوكمة تعالج المحددات الكامنة للصحة.

كما أبرزت المشاورة تأييداً متنامياً لـ«نزع الطابع الطبي عن الوقاية» واعتماد نهج متعددة القطاعات في حوكمة الصحة. فقد شدد المشاركون على أن المخرجات الصحية لا تتشكل بخدمات الرعاية الصحية وحدها، بل أيضاً بالتعليم والسكن والنظم الغذائية والتشغيل والنقل والظروف البيئية والمحددات الاجتماعية الأوسع. وبناءً على ذلك، دعا المستجيبون إلى نهج «الصحة في جميع السياسات» وإلى تعاون أقوى بين القطاعات.

وحظيت منظمات المجتمع المدني باعتراف واسع بوصفها جهات مساهمة أساسية في حوكمة الصحة، لا سيما في الإشراف المجتمعي والمناصرة وتقديم الخدمات والمساءلة والاستجابة الإنسانية. غير أن المشاركين لاحظوا أن مشاركة المجتمع المدني لا تزال متفاوتة، وكثيراً ما تقتصر على التشاور بدلاً من الانخراط الفعلي في الحوكمة وعمليات صنع القرار. ودعا كثيرون إلى آليات أكثر رسمية ومؤسسية لدعم المشاركة الشاملة.

وحُددت النزاعات والنزوح والأزمات الإنسانية بوصفها سمات مميزة للمشهد الصحي الإقليمي. وأكد المشاركون أن إصلاحات حوكمة الصحة يجب أن تراعي واقع الأزمات الممتدة وتحركات اللاجئين والسياقات الهشة، مع تعزيز التأهب والصمود واستمرارية الرعاية. كما حُدد تغير المناخ والهجرة والتحويلات الديموغرافية بوصفها تحديات ناشئة تستلزم اهتماماً أكبر ضمن أطر الحوكمة.

وأخيراً، أبرز من أجريت معهم المقابلات الحاجة إلى تمكين الروابط بين إنتاج الأدلة ورسم السياسات والتنفيذ. فعلى الرغم مما تمتلكه المنطقة من قدرات بحثية وتقنية كبيرة، لاحظ المشاركون أن الأدلة لا تُترجم على نحو منتظم إلى سياسات وممارسات. ويلزم وجود آليات أقوى لدعم الحوكمة المستنيرة بالأدلة وضمان إسهام البحوث في تحسينات ملموسة في المخرجات الصحية.

وفي المحصلة، رسم المشاركون ملامح هيكلٍ مستقبلي لحوكمة الصحة يكون أكثر تنسيقاً وتوجّهاً نحو الوقاية وإنصافاً وصموداً وشمولاً. وحددت المشاورة عدة مجالات ذات أولوية للإصلاح، من بينها تعزيز آليات الحوكمة الإقليمية، وإضفاء الطابع المؤسسي على مشاركة المجتمع المدني، وإعادة توجيه التمويل نحو الوقاية والرعاية الصحية الأولية، وإدماج اعتبارات المناخ والنزوح في التخطيط الصحي، وتحسين مسارات الانتقال من الأدلة إلى السياسات.

الخلفية

يُقدّم هذا التقرير في منعطف حاسم بالنسبة إلى حوكمة الصحة العالمية. فعقب عملية إصلاح الهيكل الصحي العالمي التي أُقرّت في الدورة التاسعة والسبعين لجمعية الصحة العالمية (مايو/أيار 2026)، كُلف فريق عمل مشترك تستضيفه منظمة الصحة العالمية بتقديم تقرير مرحلي إلى المجلس التنفيذي للمنظمة بحلول أواخر عام 2026، قبل النظر النهائي فيه خلال الدورة الثمانين للجمعية. وفي مايو/أيار 2026، وبعد أن أصدر فريق العمل مقترحه الخاص بالحوكمة، أصدر ائتلاف HEAR CSO بياناً — أيده 145 موقعاً — يدين استبعاد المجتمع المدني من فريق العمل نفسه، ويحذّر من أن الإصلاح قد يعيد إنتاج اختلالات موازين القوى ذاتها التي وُجد لتصحيحها.

وتتوجّه هذه المشاورة الخاصة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مباشرةً إلى قلب هذا الاعتراض. فننتجتها المركزية — وهي أن مشاركة المجتمع المدني في المنطقة لا تزال تشاورية لا تقريرية، مُضفّياً عليها طابع رسمي في الشكل لا في الجوهر — ليست خصوصية إقليمية، بل هي النمط البنيوي ذاته الذي رصدته HEAR CSO على المستوى العالمي، موثّقاً هنا بخصوصية إقليمية وتجريبية. وتُقدّم بوصفها إسهام المنطقة القائم على الأدلة في هذه العملية، بهدف إثراء التقرير المرحلي لفريق العمل قبل وضعه في صيغته النهائية.

ويتمثّل السياق في مشهد صحي معقّد ومتغيّر، تشكّله التحولات الديموغرافية، والعبء المتنامي للأمراض غير السارية، والأزمات الإنسانية المتكررة، والتهديدات المناخية، والهجرة والنزوح، ومواطن الضعف المستمرة في النظم الصحية — في وقت يفتح فيه إصلاح الهيكل الصحي العالمي فرصة مهمة لإعادة النظر في الكيفية التي يمكن بها للحوكمة أن تستجيب على نحو أفضل للواقع الإقليمي.

وقد أُجريت المشاورة باسم ITPC MENA وائتلاف HEAR CSO، واستكشفت حوكمة الصحة والتنسيق والتمويل والوقاية ومشاركة المجتمع المدني وأولويات الإصلاح في المنطقة. ووفّرت المقابلات شبه المنظمة مع مخرين رئيسيين من الأوساط الأكاديمية والمجتمع المدني ومؤسسات الصحة العامة والشبكات التقنية الإقليمية والمنظمات الدولية وجهات نظر متنوعة حول التحديات والفرص المقبلة.

وسعت المشاورة إلى:

- استكشاف وجهات نظر أصحاب المصلحة بشأن حوكمة الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
- تحديد مواطن القوة والضعف في ترتيبات الحوكمة الحالية
- دراسة آليات التنسيق والتمويل والوقاية والمشاركة
- تقييم التحديات الناشئة، بما فيها تغيّر المناخ والهجرة والنزوح
- صياغة توصيات لإثراء إصلاح الهيكل الصحي الإقليمي والعالمي

المنهجية

جُمعت في المجموع ثماني مساهمات من مخرين رئيسيين — سبع مقابلات شبه منظّمة ومساهمة خبير مكتوبة واحدة — من خبراء كبار يمثلون الأوساط الأكاديمية ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدولية ومؤسسات الصحة العامة والشبكات التقنية الإقليمية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومثّل المشاركون وجهات نظر من الأردن والعراق ومصر وفلسطين واليمن، فضلاً عن منظمات إقليمية تعمل في عدة بلدان من المنطقة.

وتعمّدت المشاورة السعي إلى تمثيل مجموعات متنوعة من أصحاب المصلحة المنخرطين في حوكمة الصحة، بما يشمل وكالات الأمم المتحدة والمؤسسات الأكاديمية وشبكات الصحة العامة ومنظمات المجتمع المدني ومنظمات تعزيز الصحة ومنصات القيادة المرتبطة بمنظمة الصحة العالمية. واستكشفت المقابلات التصورات المتعلقة بحوكمة الصحة والتنسيق والتمويل والوقاية ومشاركة المجتمع المدني والتحديات الناشئة وأولويات الإصلاح. واستُخدم التحليل الموضوعي لتحديد الأنماط المتكررة ومواطن التوافق والتوصيات الاستراتيجية المنبثقة من مجمل المقابلات.

وتبني هذه الجولة من المقابلات مباشرةً على مشاورة الجولة الأولى لانتلاف HEAR CSO الخاصة بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا المنعقدة في 4 ديسمبر/كانون الأول 2025، والتي شاركت ITPC MENA في عقدها وتيسيرها. وقد استخدمت تلك المشاورة منهجية التحليل السببي الطبقي لاستجلاء السرديات ورؤى العالم والمستقبلات المفضلة لدى المجتمع المدني الإقليمي. وصنّمت المقابلات الحالية لتكميلها بإضافة المنظورات الرفيعة والنُظمية ومنظورات الاقتصاد السياسي التي لم يكن بوسع مشاورة واسعة للمجتمع المدني أن تحيط بها إحاطة كاملة. وحيثما تلتقي الجولتان، يُشار إلى ذلك أدناه بوصفه تنبّأً متقاطعاً عبر منهجيات ومجموعات مشاركين متميزة.

النتائج

3.1 حوكمة صحية إقليمية مجزأة وتنسيق ضعيف

كان من الموضوعات المتواترة في المقابلات الشعور بأن حوكمة الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا تزال مجزأة، مع تنسيق محدود بين البلدان والمؤسسات ومجموعات أصحاب المصلحة. وأقر المشاركون بوجود عدد كبير من الجهات الفاعلة الإقليمية والدولية العاملة في القضايا الصحية، بما فيها وزارات الصحة ووكالات الأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية والشبكات التقنية والجهات المانحة. غير أن من أجريت معهم المقابلات كثيراً ما لاحظوا غياب منصة إقليمية متماسكة قادرة على موازنة الأولويات وتيسير العمل الجماعي وترجمة الحوار إلى نتائج مستدامة.

ولاحظ عدد من المشاركين أنه على الرغم من انتظام انعقاد الاجتماعات وورش العمل والمنتديات التقنية الإقليمية، فإن هذه الآليات كثيراً ما تولد نقاشاً دون أن تُنتج مخرجات تنفيذية ملموسة. وُصف التنسيق مراراً بأنه قائم على المشاريع، أو رهين بالعلاقات الفردية، أو مدفوع بتدفقات تمويلية بعينها، لا بهيكل حوكمة ذات طابع مؤسسي.

وأبرز المشاركون أن آليات التنسيق الإقليمية القائمة لا تزال متناثرة بين منظمات وولايات مختلفة. فمع أن هيكل مثل اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية والمكاتب الإقليمية للأمم المتحدة والشبكات التقنية والتحالفات المواضيعية تؤدي أدواراً مهمة، لا توجد حالياً منصة واحدة توفر تنسيقاً شاملاً لمجمل مشهد الحوكمة الصحية. ونتيجة لذلك، تظل فرص التحديد الجماعي لجدول الأعمال، والتعلم المشترك، والعمل المجمع، والمساءلة المشتركة، غير مستثمرة بالقدر الكافي.

ومع ذلك، حدّد من أجريت معهم المقابلات أمثلة على تعاون إقليمي ناجح. فقد ذكر مجلس التعاون الخليجي مراراً بوصفه نموذجاً للتعاون، لا سيما في مجالات مثل ترصد الأمراض وتبادل المعلومات والمشتريات والتبادل التقني. واقترح المشاركون إمكانية تكييف عناصر من هذه التجارب وتوسيعها لتعزيز التعاون على امتداد المنطقة بأسرها.

وعلى المستوى الوطني، لاحظ المستجيبون أن التنسيق كثيراً ما يعمل بفعالية أكبر، خصوصاً في حالات الطوارئ. ومن الأمثلة المذكورة المجموعات (الكلاسترات) الصحية وآليات التنسيق القطرية التي تجمع الحكومات ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية وسائر الشركاء حول أولويات تشغيلية. غير أن المشاركين شدّدوا على أن هذه النجاحات لم تُترجم بعد إلى هيكل حوكمة إقليمي أوسع قادر على التصدي للتحديات الصحية المشتركة.

ورأى عدد ممن أجريت معهم المقابلات أن ثمة حاجة إلى قيادة إقليمية أقوى لتيسير الحوار وتحديد الأولويات المشتركة والنهوض بالحلول الجماعية. وأكد المشاركون أن ترتيبات الحوكمة المستقبلية ينبغي أن تتجاوز مجرد استنساخ النماذج العالمية، وأن تتجذّر بدلاً من ذلك في الواقع الإقليمي، بما يشمل النزاعات والنزوح والتحويلات الديموغرافية والعبء المتنامي للأمراض غير السارية.

3.2 التمويل يشكّل الأولويات أكثر مما تشكّلها الاحتياجات الصحية للسكان

كان لدينا في ذلك الوقت أكثر من 25 برنامجاً وقائياً. صدّقوني، أقل من 1٪ من ميزانية وزارة الصحة كان يوجّه إلى تلك البرامج.

— خبير في نظم الصحة العامة

في مجمل المقابلات، أبرز المشاركون باستمرار التمويل بوصفه أحد أكثر العوامل تأثيراً في تحديد الأولويات الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ووصف المستجيبون انصافاً مستمراً بين الاحتياجات الصحية للسكان وتخصيص الموارد المالية، إذ كثيراً ما تتشكل الأولويات وفق توافر التمويل ومصالح الجهات المانحة والبروز السياسي والضغط قصيرة الأجل، لا وفق أهداف الصحة العامة بعيدة المدى.

ولاحظ عدد ممن أجريت معهم المقابلات أن النظم الصحية كثيراً ما تقدّم الخدمات العلاجية والاستشفائية على حساب الوقاية وتعزيز الصحة والرعاية الصحية الأولية. وأشار المشاركون إلى أن الاستثمارات تميل إلى محاباة الخدمات عالية البروز

ومشاريع البنية التحتية وبرامج العلاج التي تدرّ اعترافاً سياسياً أو جماهيرياً فورياً، بينما تظل التدخلات الوقائية في الغالب ناقصة التمويل رغم منافعها الصحية والاقتصادية الثابتة.

وكان هذا الاختلال جلياً بوجه خاص في النقاشات المتعلقة بالصحة العامة والوقاية. فقد وصف أحد المشاركين كيف لم تحصل برامج الصحة الوقائية والتعزيزية إلا على نسبة ضئيلة جداً من الميزانيات الصحية الوطنية رغم وجود مبادرات وقائية عديدة. ولاحظ آخرون أن هياكل تمويل الصحة لا تزال تكافئ العلاج بدلاً من الوقاية، مسهمةً بذلك في تصاعد التكاليف المرتبطة بالأمراض غير السارية وغيرها من الحالات التي يمكن الوقاية منها.

وأعرب المشاركون أيضاً عن قلقهم إزاء استدامة نماذج التمويل الحالية. فقد أبرز عدد من المستجيبين الاعتماد المتزايد لكثير من البلدان والبرامج على مصادر تمويل خارجية، لا سيما في السياقات الهشة والمتأثرة بالنزاعات. وخُذت التخفيضات الأخيرة في المساعدات الدولية والتمويل الصحي العالمي بوصفها خطراً كبيراً، وخصوصاً على برامج مكافحة الأمراض والاستجابات الصحية الإنسانية والفئات السكانية الهشة.

وتتردّد في هذه الملاحظات أصداء مشاورات الجولة الأولى لائتلاف HEAR CSO، التي وصف المشاركون فيها نظاماً صحياً عالمياً يتصرف كغرفة طوارئ لا كمركز للعافية، إذ يتبع التمويل التهديدات الأمنية والاقتصادية المتصورة لا الاحتياجات الصحية للسكان.

ولاحظ من أجريت معهم المقابلات كذلك أن قرارات التمويل كثيراً ما تتأثر بالحوافز السياسية والمؤسسية بدلاً من التقييمات القائمة على الأدلة للاحتياجات الصحية. وفي بعض الحالات، رأى المشاركون أن الحكومات والجهات المانحة تقدّم التدخلات عالية البروز أو الجذابة سياسياً، بينما تحظى الاستثمارات الأقل بروزاً والأعلى أثراً — مثل الوقاية وتعزيز الصحة وتنمية القوى العاملة والبنية التحتية للصحة العامة — باهتمام محدود نسبياً.

وكشفت المقابلات أيضاً عن مخاوف بشأن أوجه القصور في تخصيص الموارد، وضعف آليات المساءلة، وآثار الفساد على تمويل الصحة. وشدد عدد من المشاركين على أن تحسين المخرجات الصحية في المنطقة لن يتطلب زيادة الاستثمار فحسب، بل يستلزم أيضاً حوكمة أكثر شفافية، ونظم مساءلة أمتن، ومواءمة أفضل بين قرارات التمويل والأولويات الصحية للسكان.

وإجمالاً، أكد المستجيبون أن التقدم المستدام نحو التغطية الصحية الشاملة، ونظم صحية أقوى، ومخرجات صحية أفضل، سيتوقف على ترتيبات تمويلية تُعطي الإنصاف والوقاية والصمود والقيمة الصحية العامة بعيدة المدى، لا الاعتبارات السياسية قصيرة الأجل أو أجندات التمويل المملاة من الخارج.

3.3 الاقتصاد السياسي وديناميات القوة المشكّلة لحوكمة الصحة في المنطقة

توحي نتائج المشاورة بأن كثيراً من تحديات الحوكمة التي تواجه النظم الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا متجذّرة في توزيع القوة والموارد والنفوذ بين الجهات الفاعلة العاملة داخل قطاع الصحة وخارجه. وعبر المقابلات، برز نمط ثابت: الأولويات الصحية ومخرجات الحوكمة تتشكّل بالهيكل السياسية والمالية بقدر ما تتشكّل بالأدلة التقنية أو الاحتياجات الصحية للسكان.

من الذي يحدّد الأولويات الصحية فعلاً؟

على الرغم من أن وزارات الصحة مكلفة رسمياً بقيادة السياسة والتخطيط الصحيين، توحي بيانات المقابلات بأن سلطة القرار كثيراً ما تمتد إلى ما وراء القطاع الصحي نفسه. ففي بلدان عديدة، تتوقف الاستثمارات الصحية الكبرى على موافقة وزارات المالية والسلطات الحكومية المركزية والقيادات السياسية العليا، وفي بعض السياقات، شركاء التمويل الخارجيين. ونتيجة لذلك، كثيراً ما تمتلك وزارات الصحة المسؤولية التقنية دون سلطة مالية أو سياسية موازية.

وأكد المشاركون مراراً أن تحديد الاحتياجات الصحية نادراً ما كان هو التحدي الأساسي. فالتحدي يكمن بالأحرى في تأمين الالتزام السياسي، وتعبئة الموارد، والحفاظ على الاهتمام بالأولويات الصحية داخل أجندات سياسية واقتصادية أوسع. وفي

السياقات المتأثرة بالنزاعات أو الضغوط المالية أو عدم الاستقرار السياسي، كثيراً ما تتنافس الأولويات الصحية مع الشواغل الأمنية والاقتصادية والحوكومية، مما يحدّ من قدرة الفاعلين الصحيين على صياغة أجندات الإصلاح باستقلالية.

ومن ثمّ توحى المشاورة بأن الولايات المؤسسية الرسمية لا تقدّم سوى صورة جزئية عن كيفية تحديد الأولويات الصحية في المنطقة. فالسلطة على تخصيص الموارد كثيراً ما تقع خارج القطاع الصحي نفسه، مؤثرة في أي الإصلاحات تمضي قدماً وأي الأولويات تبقى ناقصة التمويل.

التمويل مصدراً للقوة

عبر المقابلات، برز التمويل بوصفه إحدى الآليات الرئيسية التي يُمارَس من خلالها النفوذ داخل النظم الصحية. فقد أبرز المشاركون باستمرار أن توافر التمويل كثيراً ما يشكل الأولويات بقوة تفوق الحاجة الوبائية. وتتجلى هذه الدينامية بوجه خاص في السياقات المتأثرة بالنزاعات والمحدودة الموارد، حيث يظل التمويل الخارجي أساسياً لاستمرار الخدمات الصحية. ووصف عدد من المستجيبين التمويل بأنه متقلب ومجزأ وكثيراً ما تحرّكه أولويات الجهات المانحة لا الاستراتيجيات الوطنية بعيدة المدى.

ويتشكل مشهد التمويل في المنطقة بفعل جهات فاعلة متعددة الأطراف وجهات إقليمية وازنة على السواء. وأشار عدد من المشاركين إلى دول الخليج، ولا سيما المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت، بوصفها مصادر متزايدة الأهمية للتمويل الإنساني والإنمائي والصحي. وفي الوقت نفسه، شدّد من أجريت معهم المقابلات على أن آليات التمويل الإقليمية لا تزال مجزأة ولم تتطور بعد إلى هيكل إقليمي متماسك لحوكمة الصحة.

وتوحى المشاورة بأن النفوذ المالي كثيراً ما يُمارَس عبر آليات محددة، منها تدفقات التمويل المخصّصة الوجهة، والاستثمارات القائمة على المشاريع، ومتطلبات إعداد التقارير، وترتيبات التنفيذ الموازية. وتحدّد هذه الآليات أيّ القضايا الصحية تحظى بالاهتمام، وأيّ البرامج تتوسع، وأيّ الجهات الفاعلة يزداد نفوذها داخل عمليات الحوكمة. وعملياً، كثيراً ما تكتسب الجهات المتحكمة في الموارد المالية قدرة على تحديد جدول الأعمال تفوق ما لدى الجهات المسؤولة عن التنفيذ أو تقديم الخدمات.

وأبرز من أجريت معهم المقابلات أيضاً مخاوف تتعلق بتجزؤ ترتيبات التمويل، وتنامي الخصخصة في بعض السياقات، وقصور الاستثمار في وظائف الصحة العامة. وتسهم هذه الديناميات مجتمعةً في نظام لا تتواءم فيه هياكل التمويل دائماً مع الاحتياجات بعيدة المدى للنظم الصحية أو مع أهداف الإنصاف.

وهذه الديناميات نفسها تكمن وراء اثنتين من أكثر مسائل المشاورة إثارة للجدل: استمرار نقص تمويل الوقاية، الذي يتناوله القسم 3.4، ومستقبل التمويل الإقليمي والعلاقة بين العمل الإنساني والتنمية، اللذين يُبحثان بوصفهما موطئ اختلاف في القسم 4. وفي كلتا الحالتين، المسألة الجوهرية أقل ارتباطاً بخلاف تقني منها بحوافز متنافسة وبتوزيع سلطة القرار.

المساءلة والمشاركة وسلطة القرار

وتوحى المشاورة كذلك بأن المشاركة مرتبطة جوهرياً بسلطة القرار. فقد حظيت منظمات المجتمع المدني باعتراف واسع بوصفها جهات فاعلة مهمة في تقديم الخدمات والمناصرة والوقاية والإشراف المجتمعي. غير أن المشاركين اختلفوا في تصوّرهم لدور المجتمع المدني داخل عمليات الحوكمة.

فقد ركّز بعض من أجريت معهم المقابلات على المجتمع المدني بوصفه شريكاً في التنفيذ وممثلاً للمجتمعات المحلية، بينما دافع آخرون عن دور أكثر جوهرية في تحديد جدول الأعمال والرصد والمساءلة والرقابة على السياسات.

ولاحظ عدد من المشاركين أن منظمات المجتمع المدني كثيراً ما تُستشار، لكنها أقل انخراطاً في القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد أو ترتيبات الحوكمة أو الأولويات الاستراتيجية. وتوحى هذه النتائج بأن المشاركة لا تزال متفاوتة بين السياقات، وبأن الإدماج في عمليات التشاور لا يترجم بالضرورة إلى تأثير في صنع القرار. ولذا فإن تعزيز المساءلة سيتطلب شفافية أكبر تقترن بمشاركة أكثر إنصافاً في عمليات صنع القرار.

الخلاصة الرئيسية من منظور الاقتصاد السياسي

إجمالاً، توحي نتائج المشاورة بأن تحديات حوكمة الصحة في المنطقة تتشكل بتفاعل السلطة السياسية وهياكل التمويل والنفوذ الإقليمي والدولي والواقع الإنساني والمصالح المتنافسة العاملة داخل قطاع الصحة وخارجه. وتؤثر هذه الديناميات في أي الأولويات تحظى بالاهتمام، وكيف تُخصَّص الموارد، وأي الإصلاحات تكتسب زخماً. وفهم هذه العلاقات أساسي لتصميم إصلاحات حوكمة تكون متينة تقنياً وقابلة للتحقيق سياسياً ومستجيبة لواقع المنطقة.

3.4 الوقاية تظل هامشية رغم الإجماع على أهميتها

كان من أقوى مواطن التوافق في المقابلات الإقرار بأن الوقاية وتعزيز الصحة لا يزالان دون المستوى المطلوب من الأولوية داخل هياكل حوكمة الصحة وتمويلها الحالية. فمع أن المشاركين أقرّوا بالإجماع بأهمية الوقاية بوصفها حجر زاوية لصحة السكان واستدامة النظم الصحية، رأى كثيرون أن هذا الإقرار لم يُترجم إلى استثمار كافٍ أو اهتمام سياسي أو التزام مؤسسي. ووصف من أجريت معهم المقابلات النظم الصحية في المنطقة باستمرار بأنها موجهة في المقام الأول نحو العلاج. فالموارد والاهتمام السياسي وتوقعات الجمهور لا تزال تتركز على المستشفيات والرعاية التخصصية والخدمات العلاجية، بينما تظل التدخلات الوقائية في الغالب ناقصة التمويل ومبخوسة القيمة. ولاحظ عدد من المشاركين أن الوقاية كثيراً ما تحظى بدعم خطابي في الاستراتيجيات الوطنية والوثائق السياساتية، لكنها تبقى مهمشة عند وضع الميزانيات والتنفيذ. وشدّد المشاركون على أن هذا الاختلال مقلق بوجه خاص بالنظر إلى العبء المتنامي للأمراض غير السارية في المنطقة، بما فيها أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسمنة والسرطان. ورأى كثيرون أن النظم الصحية الحالية تستثمر بكثافة في إدارة عواقب هذه الحالات بينما تخصص موارد محدودة نسبياً لمعالجة محدداتها الكامنة. واعتُبر هذا النمط غير كفء اقتصادياً وغير قابل للاستدامة على المدى البعيد.

الوقاية ما زالت لا تحظى بنصيب معقول من الميزانية ومن الالتزام مقارنةً بسائر مكونات الرعاية الصحية.

— خبير إقليمي رفيع في الأمراض غير السارية

وأبرز عدد من المستجيبين حواجز بنيوية تعوق جهود الوقاية، منها الدورات السياسية القصيرة التي تحابي النتائج الممرئية والفورية، ومحدودية فهم الجمهور لقيمة الوقاية، وضعف التعاون بين القطاعات، وآليات تمويل تقدّم تقديم الخدمات على تعزيز الصحة. ولاحظ المشاركون أن التدخلات الوقائية كثيراً ما تتطلب آفاقاً زمنية أطول قبل أن تظهر آثارها القابلة للقياس، مما يجعلها أقل جاذبية لصنّاع القرار الساعين إلى نتائج فورية.

وقد خلصت مشاورة الجولة الأولى لائتلاف HEAR CSO إلى الاستنتاج نفسه من زاوية مختلفة، إذ حدّدت الأمراض غير السارية والرعاية الأولية والاحتياجات بعيدة المدى للسكان النازحين بوصفها الأولويات المستدامة الأكثر تعرضاً على الدوام للإزاحة بفعل الاهتمام الذي تستقطبه الأزمات.

كما حدّد تعزيز الصحة بوصفه مجالاً يستلزم تقوية جوهرية. فقد رأى من أجريت معهم المقابلات أن كثيراً من مبادرات الوقاية لا يزال منصباً على حملات التوعية بدلاً من استراتيجيات شاملة قادرة على التأثير في السلوكيات والبيئات والمحددات الاجتماعية للصحة. وشدّد المشاركون على أن الوقاية الفعلية تتطلب انخراطاً مستداماً مع المجتمعات المحلية والمدارس وأماكن العمل والسلطات المحلية وسائر القطاعات خارج النظام الصحي.

وأكد عدد من الخبراء كذلك الحاجة إلى رفع مكانة الصحة العامة والطب الوقائي داخل النظم الصحية. فقد أثّرت مخاوف بشأن قصور الاستثمار في برامج الصحة الوقائية، ومحدودية الاعتراف بمهنيي الصحة العامة، وضعف الدعم المؤسسي للنهج الموجهة نحو الوقاية. ورأى المشاركون أن تعزيز مؤسسات الصحة العامة وقدرات القوى العاملة سيكون أساسياً لتحويل النظم نحو نموذج أكثر تركيزاً على الوقاية.

وإجمالاً، نظر من أجريت معهم المقابلات إلى الوقاية لا بوصفها مسألة تقنية بل أولوية من أولويات الحوكمة والسياسة. وتوحي النتائج بأن إحراز تقدم فعلي سيتطلب إعادة توازن الاستثمارات الصحية، وتعزيز مؤسسات الصحة العامة، وترسيخ الوقاية على نحو أكثر منهجية في أطر السياسات والتمويل والمساءلة. وذهب المشاركون باستمرار إلى أنه من دون أجندة

وقائية أقوى، ستجد النظم الصحية في المنطقة صعوبة في تحقيق تحسينات مستدامة في صحة السكان والتغطية الصحية الشاملة.

3.5 نزع الطابع الطبي عن الوقاية ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة

كان من الموضوعات البارزة والمتواترة في المقابلات الإقرار بأن تحسين صحة السكان يستلزم تجاوز المقاربة الضيقة المتمحورة حول الرعاية الصحية، ومعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والسياسية الأوسع للصحة. وأكد المشاركون مراراً أن كثيراً من التحديات الصحية الأكثر إلحاحاً في المنطقة لا يمكن التصدي له بفعالية عبر خدمات الرعاية الصحية وحدها، مهما بلغ مستوى تمويل النظم الصحية أو تنظيمها.

وأبرز عدد ممن أجريت معهم المقابلات الحاجة إلى «نزع الطابع الطبي عن الوقاية» بتوسيع نطاق المسؤولية عن الصحة إلى ما وراء وزارات الصحة ومقدمي الرعاية. ورأى المشاركون أن الوقاية ينبغي أن تُعتبر مسؤولية الحكومة بأسرها والمجتمع بأسره، بمشاركة النظم التعليمية والبلديات والمخططين الحضريين والقطاعات الزراعية ومؤسسات العمل والسلطات البيئية والمنظمات الإعلامية والبنى المجتمعية. ووفقاً للمستجيبين، كثيراً ما تتشكل المخرجات الصحية بعوامل تقع خارج السيطرة المباشرة لنظم الرعاية الصحية، منها ظروف السكن والبيئات الغذائية والتعليم والتشغيل والنقل والتماسك الاجتماعي والتعرضات البيئية.

ولاحظ المشاركون أن كثيراً من جهود الوقاية الحالية لا يزال مفرط التركيز على التوعية وتغيير السلوك الفردي، بينما لا تحظى العوامل البنيوية المؤثرة في الصحة باهتمام كافٍ. ورأى عدد من المستجيبين أن الحملات المشجعة على أنماط الحياة الصحية يُستبعد أن تحقق أثراً فعلياً إذا ظلت المجتمعات تواجه بيئات غذائية غير صحية، وفرصاً محدودة للنشاط البدني، وبنية تحتية حضرية قاصرة، وفقر، أو وصولاً مقيداً إلى الخيارات الصحية.

وتردّد مفهوم «الصحة في جميع السياسات» مراراً على امتداد المقابلات. فقد شدّد المشاركون على أهمية إدماج الاعتبارات الصحية في عمليات صنع القرار عبر القطاعات الحكومية كافة، وضمان مراعاة الآثار الصحية في السياسات المتعلقة بالتعليم والنقل والتنمية الحضرية والتكيف مع المناخ والنظم الغذائية والتخطيط الاقتصادي. ورأى من أجريت معهم المقابلات أن هذه النهج مهمة بوجه خاص بالنظر إلى تعاظم عبء الأمراض غير السارية وتنامي تأثير المحددات الاجتماعية والتجارية للصحة.

وشدّد عدد من المشاركين أيضاً على أهمية الإشراك المجتمعي والعمل المحلي. فقد خُذت المدارس وأماكن العمل والبلديات والمنظمات الشبابية والمؤسسات الدينية والمجموعات المجتمعية بوصفها منصات حاسمة لتعزيز الصحة والوقاية من المرض. وأكد المستجيبون أن الوقاية المستدامة تتطلب انخراطاً فعلياً مع المجتمعات المحلية بدلاً من الاعتماد الحصري على المهنيين الصحيين أو مرافق الرعاية.

وقد زاد تغيّر المناخ وتدهور البيئة والهجرة من رسوخ الحاجة إلى نهج متعددة القطاعات. فقد لاحظ من أجريت معهم المقابلات أن التحديات الصحية الناشئة تتجاوز على نحو متزايد الحدود القطاعية التقليدية، وتستلزم استجابات منسقة تشمل جهات فاعلة من خارج القطاع الصحي. واعتُبر ذلك وثيق الصلة بوجه خاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث يُتوقع أن تشكل الهشاشة المناخية والنزوح والتوسع الحضري والتحوّلات الديموغرافية المخرجات الصحية المستقبلية.

وإجمالاً، رأى المشاركون أن الوصول إلى سكان أوفر صحة سيتطلب تحولاً جوهرياً: من علاج المرض إلى صنع بيئات مواتية للصحة. وتوحي النتائج بأن إصلاحات حوكمة الصحة ينبغي أن تعطي الأولوية للعمل المتعدد القطاعات والمشاركة المجتمعية والإدماج الأقوى للاعتبارات الصحية عبر مجالات السياسات العامة. واعتُبرت هذه النهج أساسية لمعالجة الأسباب الجذرية لاعتلال الصحة وبناء مجتمعات أكثر صموداً وإنصافاً.

منظور ITPC MENA: من الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية إلى أجندة وقائية أوسع

إن دعوة المشاورة إلى «نزع الطابع الطبي عن الوقاية» تتردّد فيها أصداء تحوّل عاشته فعلاً الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية في هذه المنطقة، ومن خلال هذه التجربة تقرأ ITPC MENA هذه النتائج. فعلى مدى عقدين، خرجت الوقاية من

الفيروس وعلاجه من السيطرة الحصرية للأطباء والمستشفيات إلى أيدي المجتمعات. فأصبح المثقفون الأقران والعاملون الصحيون المجتمعيون والمتعايشون مع الفيروس والمنظمات التي تقودها الفئات الأكثر تضرراً هم من يقدمون الفحص ودعم الالتزام بالعلاج والمعلومات الوقائية والإحالة. وسلكت الأدوات المسار نفسه: فالفحص الذاتي للفيروس، والعلاج الوقائي قبل التعرض الفموي (وحديثاً في المغرب، الحقن الطويل المفعول)، وتقديم الخدمات المتميز، والرصد المجتمعي، كلها قرّبت الوقاية من الأماكن التي يعيش فيها الناس فعلاً. ونزع الطابع الطبي، بهذا المعنى، لا يقتصر على العمل على المحدّات الاجتماعية للصحة؛ بل يتعلق أيضاً بمن يمسك بالأدوات ومن يملك سلطة الفعل.

ولم يكن هذا النموذج وليد الملاءمة. بل كان استجابةً للظروف ذاتها التي تصفها المشاورة: نظم سريرية منهكة، ووصمة تُبعد الناس عن المرافق الرسمية، وسكان يعبرون الحدود ويسقطون بين شقوق الخدمات. وهذه الظروف ليست حكرًا على فيروس نقص المناعة البشرية؛ فهي تشكّل الكيفية التي ستواجه بها المنطقة عبأها المتنامي من الأمراض غير السارية، واحتياجاتها غير الملبّاة في الصحة الجنسية والإنجابية، والاحتياجات بعيدة المدى لسكان يتقدمون في العمر، بمن فيهم الجيل الأول الذي يشيخ اليوم وهو متعايش مع الفيروس.

وللّهج المجتمعية المنزوعة الطابع الطبي التي طوّرت لفيروس نقص المناعة البشرية نظائر مباشرة. ففي الأمراض غير السارية، يمكن للتحري المجتمعي، والدعم بالأقران لضغط الدم والسكري، ونقل المهام إلى عاملين صحيين غير متخصصين، أن يمدّد رعاية الأمراض المزمنة إلى ما وراء العيادة. وفي الصحة الجنسية والإنجابية، تضع تدخلات الرعاية الذاتية — كوسائل منع الحمل بالحقن الذاتي، وأخذ العينات الذاتي لفيروس الورم الحليمي البشري، والمكونات الذاتية للإدارة من الرعاية — القدرة على الفعل في يد الفرد، لا سيما حيث يكون الوصول السريري محدوداً أو موصوماً. وفي الشيوخة والحالات المزمنة، تقدّم نماذج الرعاية المتميزة الراسخة مجتمعياً، التي بُنيت لإدامة علاج الفيروس مدى الحياة، قلباً جاهزاً. وفي السياقات الهشة وسياقات النزوح، حيث وجدت المشاورة أن النظم السريرية هي الأقل قدرةً على الصمود، كثيراً ما تكون هذه النهج المتجذّرة في المجتمعات هي السبيل الواقعي الوحيد إلى استمرارية الرعاية.

وإن وضع الوقاية في هذا الموضع يعيد صياغتها بوصفها خياراً من خيارات الحوكمة والتمويل، لا خياراً سريرياً صرفاً. وهو يستلزم الاعتراف بالعاملين الصحيين المجتمعيين ومقدّمي الخدمات الأقران داخل النظام، وتمويل التقديم المجتمعي للخدمات، وإدراج الرعاية الذاتية ونقل المهام في السياسات الوطنية. ونزع الطابع الطبي ليس نزاعاً للمهنية؛ فهو يقوم على معايير الجودة، وروابط واضحة بالرعاية السريرية، وبيانات قانونية حامية. لكنّ الدرس المركزي من استجابة المنطقة لفيروس نقص المناعة البشرية هو أن الوقاية تتوسع حين تملكها المجتمعات، لا حين تُحبس داخل العيادة.

3.6 مشاركة المجتمع المدني تظل قيمة لكنها غير مؤسّسة بما يكفي

ينبغي أن يكون هناك تواصل مباشر مع منظمات المجتمع المدني... وإذا أمكن أن يكون لها مقعد أيضاً، ولو بصفة مراقب، فأعتقد أن ذلك سيساعد.

— قيادي في المجتمع المدني

كان من الموضوعات المتواترة في المقابلات الاعتراف بمنظمات المجتمع المدني بوصفها جهات فاعلة أساسية داخل نظم حوكمة الصحة. فقد أقرّ المشاركون باستمرار الأدوار المهمة التي يؤديها المجتمع المدني في تقديم الخدمات والإشراك المجتمعي والمناصرة والمساءلة وتعزيز الصحة والاستجابة الإنسانية والوصول إلى الفئات المهمّشة. غير أن المستجيبين شدّدوا أيضاً على أن مشاركة المجتمع المدني لا تزال متفاوتة وغير متسقة وغير مؤسّسة بما يكفي في معظم أنحاء المنطقة.

ولاحظ عدد ممن أجريت معهم المقابلات أن منظمات المجتمع المدني كثيراً ما تمتلك وصولاً فريداً إلى المجتمعات والفئات التي قد لا تصلها النظم الصحية الرسمية بالقدر الكافي، لا سيما في السياقات الهشة والمتأثرة بالنزاعات والإنسانية. وأبرز المشاركون قدرة هذه المنظمات على تحديد الاحتياجات الناشئة، وتوليد ثقة المجتمعات المحلية، وتعبئة العمل المحلي، وتقديم رؤى قيّمة عن الواقع المعيش للسكان المتضررين. وفي سياقات عديدة، وُصف المجتمع المدني بأنه جسر بين المجتمعات المحلية وصنّاع القرار.

ورغم هذه القيمة المعترف بها، لاحظ المشاركون مراراً أن انخراط المجتمع المدني لا يزال في معظمه تشاورياً لا تشاركياً. فمع أن هذه المنظمات كثيراً ما تدعى إلى حضور الاجتماعات وورش العمل والمشاورات، أشار من أجريت معهم المقابلات إلى أنها لا تُشرك دوماً إشراكاً فعلياً في عمليات صنع القرار أو نقاشات تحديد الأولويات أو هياكل الحوكمة. ووصف عدد من المستجيبين آليات المشاركة بأنها رهينة العلاقات الفردية أو اشتراطات الجهات المانحة أو حسن النية المؤسسية، لا ترتيبات حوكمة ذات طابع رسمي.

وأبرز من أجريت معهم المقابلات كذلك تفاوتات في انخراط المجتمع المدني بين البلدان والسياقات. ففي بعض السياقات، يسيطر الشراكات المتينة بين الحكومات والمجتمع المدني والمنظمات الدولية مقاربات تعاونية للتحديات الصحية. وفي سياقات أخرى، لا تزال منظمات المجتمع المدني تواجه حواجز مرتبطة بالبيئات السياسية أو محدودية الموارد أو القيود التنظيمية أو قصور الاعتراف بمساهماتها. وشدد المشاركون على أن هذه التحديات كثيراً ما تتضخم في السياقات المتأثرة بالنزاعات، حيث قد تؤدي المنظمات المحلية أدواراً تشغيلية حاسمة بينما تظل مستبعدة من عمليات القرار الاستراتيجي.

ورأى عدد من المستجيبين أن مشاركة المجتمع المدني ينبغي ألا تُعتبر مجرد آلية لتنفيذ المشاريع. بل شدد المشاركون على أهمية الاعتراف بالمجتمع المدني بوصفه فاعلاً في الحوكمة له أدوار مشروعة في المساءلة والرصد والحوار السياسي وإصلاح النظم الصحية. وأشار من أجريت معهم المقابلات إلى أن مخرجات الحوكمة الأفضل كثيراً ما تتحقق حين يُشرك المجتمع المدني على امتداد دورة السياسات، من تحديد جدول الأعمال والتصميم إلى التنفيذ والتقييم.

وأكدت المقابلات أيضاً أهمية إدماج طيف أوسع من الأصوات في عمليات الحوكمة. فقد أبرز المشاركون الحاجة إلى تعزيز تمثيل المنظمات التي يقودها الشباب، والمجموعات النسائية، وجمعيات المرضى، والمنظمات المجتمعية القاعدية، والفاعلين الإنسانيين، والمنظمات الممثلة للسكان النازحين والمهمشين. واعتُبر توسيع المشاركة أساسياً لضمان أن تعكس ترتيبات الحوكمة تنوع التجارب والأولويات في أرجاء المنطقة.

وإجمالاً، نظر المشاركون إلى المجتمع المدني بوصفه مكوناً لا غنى عنه لحوكمة صحية فعالة. غير أن النتائج توحى بأن التقدم الفعلي سيتطلب تجاوز التشاور الظرفي نحو آليات مؤسسية تتيح مشاركة مستدامة وشفافة وشاملة في السياسات الصحية والحوكمة. واعتُبر تعزيز هذه الآليات على نطاق واسع أمراً حاسماً لتحسين المساءلة والاستجابة والإنصاف وثقة الجمهور في النظم الصحية.

3.7 النزاعات والنزوح والأزمات الإنسانية تواصل إعادة تشكيل حوكمة الصحة في المنطقة

يجب أن تأخذ حوكمة الصحة في منطقتنا في الحسبان النزوح واللاجئين والسكان المتضررين من النزاعات. فهذه الوقائع لا يمكن التعامل معها كظروف استثنائية.

— خبير في الصحة الإنسانية

من السمات المميزة لمشهد حوكمة الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التأثير المستمر للنزاعات والنزوح والأزمات الإنسانية على النظم الصحية وترتيبات الحوكمة. وعبر المقابلات، أكد المشاركون مراراً أن حوكمة الصحة في المنطقة لا يمكن فهمها من دون مراعاة واقع النزاعات الممتدة والنزوح القسري وعدم الاستقرار السياسي والطوارئ الإنسانية المتكررة.

ولاحظ من أجريت معهم المقابلات أن عدة بلدان في المنطقة لا تزال تشهد أزمات معقدة ومتراكبة، تشمل النزاعات المسلحة وعدم الاستقرار الاقتصادي والنزوح الواسع النطاق ووهن المؤسسات العامة. وتضع هذه الظروف ضغطاً هائلاً على النظم الصحية، وكثيراً ما تحرف الأولويات عن تطوير النظم الصحية على المدى الطويل نحو الاستجابة الإنسانية الفورية. وأبرز المشاركون أنه على الرغم من كون التدخلات الطارئة أساسية، فإن الاعتماد المطول على المقاربات المتمحورة حول الأزمات يمكن أن يقوض الاستثمار في الوقاية والرعاية الصحية الأولية وتنمية القوى العاملة وصمود النظم.

وشدد عدد من المستجيبين على التحديات الجسيمة المرتبطة بضمان استمرارية الرعاية للاجئين والنازحين داخلياً والمهاجرين والسكان المتضررين من النزاعات. ووصف المشاركون كيف يعطل النزوح الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، ويقطع

علاج الأمراض المزمنة، ويزيد التعرض للأمراض السارية، ويولد أعباءً إضافية على المجتمعات المضيفة والنظم الصحية. وحُذِر الحفاظ على وصول منصف إلى الرعاية في هذه الظروف بوصفه أحد أكثر تحديات الحوكمة إلحاحاً في المنطقة.

وأبرز من أجريت معهم المقابلات أيضاً التجزؤ المتنامي الذي قد ينشأ حين تعمل جهات إنسانية وإنمائية متعددة في آن واحد داخل سياقات الأزمات. فمع أن الشراكات الإنسانية كثيراً ما تيسر تدخلات منقذة للحياة، لاحظ المستجيبون أن النظم الموازية وتدفقات التمويل المجزأة والولايات المؤسسية المتباينة يمكن أن تولّد صعوبات في التنسيق وتُضعف جهود تعزيز النظم على المدى الطويل. وشدّد عدد من المشاركين على أهمية توطيد الترابط بين العمل الإنساني والتنمية بما يكفل إسهام الاستجابات الطارئة في تعافٍ مستدام للنظم الصحية وفي صمودها.

وقد أعطى مشاركو الجولة الأولى هذه الدينامية وجهاً ملموساً في الأردن، حيث يتعيّن على البنية التحتية للصحة العامة أن تخدم المواطنين وأعداداً كبيرة من اللاجئين معاً بدعم محدود ومتقلب — بما يوضّح كيف يغدو النزوح الممتد سمةً بنيوية للنظام الصحي الإقليمي لا حالة طوارئ عابرة.

وبرز التأهب والصمود بوصفهما موضوعين بالغَي الأهمية. فقد استخلص المشاركون درساً من الطوارئ الأخيرة، بما فيها فاشيات الأمراض وجائحة كوفيد-19 والأزمات الإنسانية المستمرة، ورأوا أن هذه الأحداث كشفت مواطن ضعف بنيوية في نظم الحوكمة وقدرات الترصد وتأهب القوى العاملة وسلاسل الإمداد وآليات تنسيق الطوارئ. وأكد المستجيبون أن التأهب ينبغي ألا يُعامل بوصفه وظيفة طوارئ منفصلة، بل مكوناً أصيلاً من مكونات تعزيز النظم الصحية وحوكمتها.

وأبرزت المقابلات كذلك الأبعاد السياسية لحوكمة الصحة في السياقات المتأثرة بالنزاعات. فقد لاحظ المشاركون أن عدم الاستقرار السياسي وانعدام الأمن والقيود على الحركة والديناميات الجيوسياسية الأوسع كثيراً ما تؤثر في الأولويات الصحية والوصول إلى الخدمات وتخصيص الموارد وقدرة المؤسسات على العمل بفعالية. وفي مثل هذه السياقات، تتجاوز تحديات حوكمة الصحة الاعتبارات التقنية لترتبط ارتباطاً وثيقاً بمسائل أوسع تتعلق بالإنصاف والحقوق والوصول والمساءلة.

وفي الوقت نفسه، أشار عدد ممن أجريت معهم المقابلات إلى أمثلة على الصمود والابتكار المنبثقة من سياقات الأزمات. فكثيراً ما وُصفت المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني والفاعلون الإنسانيون والعاملون الصحيون المحليون بأنهم يؤدون أدواراً حاسمة في إدامة الخدمات الأساسية ودعم الفئات الهشة رغم صعوبة الظروف. ورأى المشاركون أن هذه التجارب تقدّم درساً قيّماً لتعزيز حوكمة الصحة في عموم المنطقة.

وإجمالاً، توحى النتائج بأن النزاعات والنزوح ليست قضايا هامشية، بل محدّدات مركزية لحوكمة الصحة في المنطقة. ولذا يجب أن تُدمج الإصلاحات المقبلة الواقع الإنساني، وأن تُعزّز قدرات الصمود والتأهب، وأن تحسّن التنسيق بين الفاعلين الإنسانيين والإنمائيين، وأن تكفل بقاء احتياجات السكان النازحين والمتضررين من النزاعات في صلب نقاشات حوكمة الصحة.

التأهب ليس نشاطاً منفصلاً. إنه دألة على مدى قوة النظام الصحي في كل يوم.

— خبير في تأهب الصحة العامة

3.8 الأدلة والبحوث والفجوة المستمرة بين السياسات والتنفيذ

كان من الموضوعات المتواترة في المقابلات الإقرار بأنه على الرغم من التقدم الكبير الذي أحرزته المنطقة في إنتاج الأدلة الصحية، لا تزال تحديات جوهرية قائمة في ترجمة نتائج البحوث إلى قرارات سياسية وتنفيذ برامجي ومخرجات صحية قابلة للقياس. وشدّد المشاركون باستمرار على أن المشكلة لا تكمن بالضرورة في نقص البيانات أو الخبرة أو المعرفة التقنية، بل في ضعف الآليات التي تربط إنتاج الأدلة بالفعل السياساتي.

التحدي ليس غياب المعرفة أو الخبرة التقنية. التحدي هو ضمان أن تكون هياكل الحوكمة قادرة على

ترجمة الأولويات إلى تنفيذ.

— خبير في حوكمة الصحة

ولاحظ عدد ممن أُجريت معهم المقابلات أن المنطقة تمتلك قدرات أكاديمية متنامية، ومؤسسات بحثية متزايدة التطور، وخبرة تقنية آخذة في الاتساع. فالجامعات ومراكز البحوث ومعاهد الصحة العامة والمنظمات الدولية تنتج أدلة مهمة عن النظم الصحية والأمراض غير السارية وتمويل الصحة والهجرة وتغير المناخ والتأهب للطوارئ وغيرها من القضايا ذات الأولوية. غير أن المستجيبين لاحظوا أن قدراً كبيراً من هذه المعرفة لا يؤثر على نحو منتظم في عمليات صنع القرار.

وحدد المشاركون جملة عوامل تسهم في هذه الفجوة بين الأدلة والسياسات، منها محدودية التفاعل بين الباحثين وصناع القرار، وتباين الحوافز المؤسسية، وقصر الأجل السياسية، وتجزؤ هياكل الحوكمة، وقصور آليات ترجمة البحوث إلى توصيات قابلة للتنفيذ. وأشار عدد من المستجيبين إلى أن الأدلة كثيراً ما تبقى حبيسة المنشورات الأكاديمية والتقارير التقنية والمؤتمرات بدلاً من أن تُثري التخطيط التشغيلي أو إصلاح السياسات أو قرارات تخصيص الميزانيات.

وأبرز من أُجريت معهم المقابلات أيضاً أهمية تمتين العلاقات بين الأوساط الأكاديمية والحكومات ومنظمات المجتمع المدني والوكالات الدولية. ورأى المشاركون أن الحوكمة الصحية الفعالة تستلزم حواراً متواصلاً بين منتجي الأدلة والمسؤولين عن تنفيذ السياسات. وشدد عدد من المستجيبين على أن الباحثين ينبغي أن يؤديوا دوراً أنشط في الانخراط السياساتي، وأن يحظى صناع القرار بدعم أفضل للوصول إلى الأدلة المتاحة وتطبيقها.

وبرز بناء القدرات بوصفه اعتباراً مهماً آخر. فقد شدد المشاركون على الحاجة إلى تعزيز التعليم في مجال الصحة العامة، وتنمية القوى العاملة، وعلم التنفيذ، وقدرات ترجمة المعرفة في المنطقة. واعتُبرت الاستثمارات في تكوين قادة الصحة العامة والباحثين والممارسين المقبلين حاسمة لضمان إمكانية تحويل الأدلة إلى فعل على نحو فعال.

وأكد عدد ممن أُجريت معهم المقابلات كذلك أن صنع القرار المستنير بالأدلة ينبغي أن يمتد إلى ما وراء القطاع الصحي. فبالنظر إلى الأهمية المتنامية للمحددات الاجتماعية وتغير المناخ والهجرة وتحديات الحوكمة المتعددة القطاعات، رأى المشاركون أن البحوث والأدلة يجب أن تدعم على نحو متزايد رسم السياسات العابرة للقطاعات ونهج الحوكمة المتكاملة.

وأبرزت المقابلات أيضاً قيمة الأدلة المنتجة محلياً. فقد حذر المستجيبون من الاعتماد الحصري على النماذج العالمية أو التوصيات المنتجة خارجياً، مؤكدين أهمية المعرفة المتجذرة في السياق التي تعكس الواقع الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والصحي للمنطقة. ورأى المشاركون أن تقوية شبكات البحث الإقليمية ومنصات تبادل المعرفة يمكن أن تدعم رسم سياسات أوثق صلة وأسرع استجابة.

مواطن الاتفاق والاختلاف

على الرغم من أن المشاركين مثّلوا قطاعات ومؤسسات وسياقات فُطرية متنوعة، برزت من المشاورة عدّة مواطن اتفاق واسع. وفي الوقت نفسه، حُدِّدت اختلافات مهمة في وجهات النظر بشأن التمويل والحوكمة والمشاركة. ولا تعكس هذه الاختلافات بالضرورة خلافاً حول النتائج المنشودة؛ بل تُبرز تقديرات متباينة للكيفية التي ينبغي بها التصدي لتحديات حوكمة الصحة في المنطقة.

4.1 مواطن الاتفاق

- رغم تباين الخلفيات المؤسسية والسياقات الوطنية، اتفق المشاركون إلى حد بعيد على عدة مسائل رئيسية:
- ترتيبات حوكمة الصحة الحالية في المنطقة لا تزال مجرّاة وتستلزم آليات أقوى للتنسيق والمساءلة
- الوقاية وتعزيز الصحة لا يزالان ناقصي التمويل قياساً إلى أهميتهما في مواجهة العبء المتنامي للأمراض غير السارية وتحسين المخرجات الصحية للسكان
- التغطية الصحية الشاملة تظل هدفاً محورياً لإصلاح النظم الصحية في المنطقة
- يلزم تعاون متعدد القطاعات أقوى لمعالجة المحدّدات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والتجارية للصحة
- ينبغي أن يؤدي رسم السياسات المستنير بالأدلة دوراً أكبر في عمليات الحوكمة وتحديد الأولويات
- ينبغي أن يكون لمنظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية والسكان المتضررين دور أكثر جوهرية في نقاشات حوكمة الصحة وعمليات صنع القرار
- تحتاج النظم الصحية إلى صمود وتأهب أكبر للاستجابة للطوارئ المقبلة والجوائح والتهديدات المناخية والأزمات الممتدة.

4.2 مواطن الاختلاف

التمويل الإقليمي والملكية الإقليمية

أعرب المشاركون عن آراء متباينة بشأن الدور المستقبلي للتمويل الإقليمي في حوكمة الصحة. فقد نظر عدد ممن أُجريت معهم المقابلات إلى دول الخليج بوصفها محرّكات محتملة لتضامن وتمويل وتعاون تقني إقليمي أقوى. ومن هذا المنظور، يمكن لزيادة الاستثمار الإقليمي أن تقلّص الاعتماد على المعونة الخارجية وتعزّز الملكية الإقليمية للأولويات الصحية. وشدّد آخرون على أن علاقات التمويل تشكّل الأولويات حتماً أيّاً كان مصدر التمويل. ويوحى هذا المنظور بأن التمويل الإقليمي قد يقلّص الاعتماد على الجهات المانحة التقليدية بينما يولّد في الوقت نفسه أشكالاً جديدة من النفوذ على تحديد جدول الأعمال وتخصيص الموارد. ومن ثمّ تُبرز المشاورة سؤالاً لم يُحسم بعد: هل سيغيّر توسيع التمويل الإقليمي ديناميات الحوكمة القائمة تغييراً جوهرياً، أم سينقل النفوذ أساساً بين الجهات الممولة؟

الاستجابة الإنسانية وتعزيز النظم على المدى الطويل

برز مواطن اختلاف ثانٍ حول العلاقة بين العمل الإنساني وتطوير النظم الصحية.

فقد شدّد المشاركون العاملون في السياقات الهشة والمتأثرة بالنزاعات على أهمية الآليات الإنسانية في الحفاظ على الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية حين تواجه النظم الوطنية قيوداً شديدة. واعتُبرت هذه الآليات استجابات ضرورية، وكثيراً ما تكون منقذة للحياة، للاحتياجات الفورية. وفي الوقت نفسه، أعرب عدد من المشاركين عن مخاوف بشأن الآثار بعيدة المدى للهياكل الإنسانية الموازية. فقد رُئي أن الاعتماد المطوّل على آليات الطوارئ الممولة خارجياً قد يسهم في تجزئة ترتيبات الحوكمة، وإضعاف الملكية الوطنية، وتأجيل الاستثمار في تطوير مستدام للنظم الصحية.

ويعكس هذا الاختلاف منظورات متباينة بشأن كيفية الموازنة بين احتياجات تقديم الخدمات الفورية وأهداف الحوكمة وتعزيز النظم على المدى الأبعد.

مشاركة المجتمع المدني: تشاور أم قرار مشترك؟

اتفق المشاركون إلى حد بعيد على قيمة انخراط المجتمع المدني؛ غير أن الآراء تباينت بشأن عمق المشاركة المطلوب.

فقد ركّز بعض المشاركين على أهمية منظمات المجتمع المدني بوصفها شريكة في التنفيذ ومناصرة وممثلة للمجتمعات المحلية. ورأى آخرون أن المشاركة الفعلية تستلزم دوراً أقوى في تحديد جدول الأعمال والرقابة والمساءلة وصياغة السياسات.

ويُبرز هذا التوتر سؤالاً مهماً في الحوكمة: هل تُفهم المشاركة في المقام الأول بوصفها تشاوراً وانخراطاً، أم ينبغي أن تمتد إلى تأثير مشترك في القرارات المتعلقة بالأولويات والتمويل والمساءلة؟

الأولويات الناشئة للإصلاح

عبر المقابلات، حدّد المشاركون عدة أولويات استراتيجية ينبغي أن توجّه الجهود المقبلة لتعزيز حوكمة الصحة، وأن تسهم في النقاشات الجارية بشأن إصلاح الهيكل الصحي العالمي في المنطقة. ومع تباين المنظورات وفق الخلفيات المؤسسية والتجارب المهنية، برز قدر كبير من التقارب حول الحاجة إلى نظم حوكمة أكثر تنسيقاً وشمولاً وتوجّهاً نحو الوقاية وصموداً.

5.1 تعزيز الحوكمة والتنسيق الصحيين الإقليميين

أبرز المشاركون باستمرار غياب منصة إقليمية متماسكة قادرة على تيسير العمل الجماعي بشأن التحديات الصحية المشتركة. وشدّد من أجريت معهم المقابلات على الحاجة إلى آليات حوكمة إقليمية أقوى تتجاوز التنسيق الظرفي وتدعم تعاوناً مستداماً بين الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والمؤسسات التقنية.

ورأى كثير من المشاركين أن المنطقة ستستفيد من منصة أكثر تنظيمياً لتبادل المعرفة، والتحديد المشترك للأولويات، والحوار السياساتي، والتخطيط للتأهب، والمناصرة الجماعية بشأن القضايا الصحية الإقليمية والعالمية.

5.2 إعادة توجيه النظم الصحية نحو الوقاية

تعلّقت أولوية ثانية بالحاجة إلى تحويل النظم الصحية من تركيزها الحالي على العلاج نحو الوقاية وتعزيز الصحة والرعاية الصحية الأولية. فقد لاحظ المشاركون مراراً أنه على الرغم من الاعتراف الواسع بأهمية الوقاية، فإنها تظل ناقصة التمويل وغير مدمجة بما يكفي في هياكل الحوكمة والتمويل.

وشدّد من أجريت معهم المقابلات على أن الإصلاحات المقبلة ينبغي أن تعطي الأولوية للعمل الوقائي، وأن تعالج العبء المتنامي للأمراض غير السارية، وأن تستثمر في تدخلات قادرة على تحسين المخرجات الصحية للسكان على المدى الطويل.

5.3 النهوض بالنهج المتعددة القطاعات في الصحة

شدّد المشاركون على أن كثيراً من التحديات الصحية الأكثر إلحاحاً في المنطقة لا يمكن أن يحلّها القطاع الصحي وحده. وأبرز من أجريت معهم المقابلات أهمية إدماج الاعتبارات الصحية في السياسات المتعلقة بالتعليم والتخطيط الحضري والنقل والنظم الغذائية والتشغيل والتكيف مع المناخ والحماية الاجتماعية.

ويعكس ذلك اعترافاً متنامياً بأن التحسينات المستدامة في صحة السكان تستلزم نهجاً للحوكمة تعالج المحدّدات الأوسع للصحة وتعزّز التعاون بين القطاعات.

5.4 إضفاء الطابع المؤسسي على مشاركة فعلية للمجتمع المدني

أكّد المستجيبون باستمرار قيمة منظمات المجتمع المدني بوصفها شريكة في حوكمة الصحة. غير أن كثيرين لاحظوا أن المشاركة لا تزال متقطعة، وكثيراً ما تقتصر على التشاور بدلاً من انخراط فعلي في عمليات صنع القرار.

ودعا المشاركون إلى إرساء آليات أكثر رسمية وشفافية تمكّن منظمات المجتمع المدني والمجموعات المجتمعية وممثلي المرضى والمنظمات التي يقودها الشباب والسكان المتضررين من الإسهام في عمليات الحوكمة على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية.

5.5 تعزيز التأهب والصمود والأمن الصحي

عزّزت تجربة النزاعات الأخيرة والأزمات الإنسانية وفاشيات الأمراض وجائحة كوفيد-19 الحاجة إلى توطيد التأهب والصمود في النظم الصحية. وشدّد المشاركون على أن التأهب ينبغي ألا يُنظر إليه بوصفه وظيفة استجابة للطوارئ فحسب، بل مكوّناً أصيلاً من مكوّنات حوكمة النظم الصحية وتطويرها.

وأبرز عدد ممن أجريت معهم المقابلات أهمية الاستثمار في مؤسسات الصحة العامة ونظم الترصد وتنمية القوى العاملة وآليات تنسيق الطوارئ ونماذج تقديم خدمات صامدة قادرة على الحفاظ على استمرارية الرعاية أثناء الأزمات.

5.6 إدماج تغيّر المناخ والهجرة والنزوح في حوكمة الصحة

حدّد المشاركون مراراً تغيّر المناخ والهجرة والنزوح والتحوّلات الديموغرافية بوصفها محرّكات متزايدة الأهمية للمخرجات الصحية في المنطقة. غير أن كثيرين رأوا أن ترتيبات الحوكمة الحالية لم تتكيف بعد بما يكفي مع هذه الوقائع الناشئة. ولذا ينبغي أن تُدمج إصلاحات الحوكمة المقبلة الصمود المناخي وصحة المهاجرين واللاجئين والنّهج المراعية للنزوح بوصفها مكونات أساسية للتخطيط الصحي وصياغة السياسات، لا شواغل هامشية.

5.7 تعزيز رسم السياسات المستنير بالأدلة

وأخيراً، أبرز من أجريت معهم المقابلات الحاجة إلى تمكين العلاقة بين البحوث وإنتاج الأدلة ورسم السياسات. ودعا المشاركون إلى آليات محسّنة تكفل أن تُثري الأدلة القرارات السياسية وتخصيص الموارد وتصميم البرامج وإصلاحات الحوكمة.

وشدّد عدد من المستجيبين أيضاً على أهمية دعم الأدلة المنتجة محلياً وتقوية التعاون بين الباحثين وصنّاع القرار ومنظمات المجتمع المدني والممارسين، تيسيراً لصنع قرار أسرع استجابةً وأوثق صلة بالسياق.

التوصيات

6.1 إنشاء منصة إقليمية متعددة أصحاب المصلحة لحوكمة الصحة

ينبغي للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط وجامعة الدول العربية وشبكات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية ومنظمات الصحة العامة إنشاء منصة إقليمية دائمة للحوار والتنسيق والعمل الجماعي بشأن حوكمة الصحة. ويمكن لهذه الآلية أن تيسر التحديد المشترك للأولويات، وتبادل السياسات، والتخطيط للتأهب، والمساءلة بين البلدان، مع تعزيز الملكية الإقليمية للأجندات الصحية.

6.2 إعادة توجيه تمويل الصحة نحو الوقاية والرعاية الصحية الأولية

ينبغي لوزارات الصحة ووزارات المالية زيادة نسبة الميزانيات الصحية المخصصة للوقاية وتعزيز الصحة والرعاية الصحية الأولية. وينبغي لشركاء التنمية والجهات الممولة الإقليمية مواءمة الاستثمارات مع المخرجات الصحية بعيدة المدى للسكان بدلاً من دورات المشاريع قصيرة الأجل. وشدد المشاركون على أن التقدم المستدام نحو التغطية الصحية الشاملة سيتطلب تصحيح الاختلال المستمر بين الإنفاق العلاجي والإنفاق الوقائي.

وبناءً على مشاورات الجولة الأولى، ينبغي للمنطقة أيضاً استكشاف إنشاء صندوق تضامن صحي إقليمي يتيح الاستثمار الجماعي في التحديات العابرة للحدود، ويكفل ألا يتحمل أي بلد بمفرده — لا سيما البلدان المضيفة لأعداد كبيرة من النازحين — عبئاً غير متناسب.

6.3 إضفاء الطابع المؤسسي على مشاركة المجتمع المدني في حوكمة الصحة

ينبغي للحكومات والمؤسسات الإقليمية والمنظمات الدولية إرساء آليات رسمية تمكن منظمات المجتمع المدني ومجموعات المرضى وشبكات الشباب والمجتمعات المتضررة من المشاركة في عمليات تحديد جدول الأعمال وصياغة السياسات والتنفيذ والرصد والمساءلة. وينبغي أن تتجاوز المشاركة التشاور الظرفي نحو انخراط منظم ومستدام في صنع القرار.

6.4 تعزيز الحوكمة والتعاون الصحيين الإقليميين

ينبغي للمؤسسات الإقليمية، بما فيها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط وجامعة الدول العربية، توسيع آليات التعاون في مجالات الترصد وتنمية القوى العاملة والمشتريات والتأهب للطوارئ وتمويل الصحة. وأبرز المشاركون الحاجة إلى البناء على الأمثلة القائمة للتعاون الإقليمي، مع إنشاء منصات أقوى للعمل الجماعي بشأن التحديات الصحية المشتركة.

وقد صاغت مشاورات الجولة الأولى ذلك بوصفه قدرة إقليمية مشتركة للدفاع الصحي: نظم بيانات قابلة للتشغيل البيني وتأهب منسق يتيحان للمنطقة كشف التهديدات العابرة للحدود والاستجابة لها جماعياً، لا بلداً بلداً.

6.5 تعزيز التأهب وصمود النظم الصحية

ينبغي للحكومات وشركاء التنمية ترسيخ التأهب ضمن الجهود الأوسع لتعزيز النظم الصحية. وينبغي أن تعطي الاستثمارات الأولوية لمؤسسات الصحة العامة ونظم الترصد وتنمية القوى العاملة وقدرات التأهب للطوارئ ونماذج تقديم خدمات صامدة قادرة على الاستجابة للجوائح والنزاعات والصدمات المناخية وسائر التهديدات الناشئة.

6.6 النهوض بنهج «الصحة في جميع السياسات»

ينبغي للحكومات تعزيز آليات الحوكمة العابرة للقطاعات التي تُدمج الاعتبارات الصحية في صنع القرار في مجالات التعليم والتخطيط الحضري والنقل والزراعة والعمل والحماية الاجتماعية والسياسة البيئية. فمعالجة المحددات الاجتماعية والبيئية والتجارية للصحة ستتطلب تنسيقاً أقوى بين القطاعات ومستويات الحكم.

6.7 إدماج المناخ والهجرة والنزوح في أطر حوكمة الصحة

ينبغي للاستراتيجيات الصحية الوطنية والإقليمية أن تتناول صراحة الآثار الصحية لتغير المناخ والهجرة والنزوح والأزمات الإنسانية الممتدة. وينبغي إيلاء اهتمام خاص للاجئين والنازحين داخلياً والمهاجرين والمجتمعات المتضررة من النزاعات، الذين كثيراً ما تسقط احتياجاتهم الصحية بين البرمجة الإنسانية والبرمجة الإنمائية.

6.8 تعزيز مسارات الانتقال من الأدلة إلى السياسات ومن الأدلة إلى التنفيذ

ينبغي للحكومات والجامعات ومؤسسات الصحة العامة ومنظمات المجتمع المدني الاستثمار في آليات أقوى لترجمة الأدلة إلى سياسات وممارسات. وشدد المشاركون على الحاجة إلى علم التنفيذ، والبحوث الوثيقة الصلة بالسياسات، وروابط مؤسسية أمتن بين الباحثين وصناع القرار، لتقليص الفجوة بين إنتاج الأدلة والتنفيذ.

6.9 تحسين المساءلة والشفافية في حوكمة الصحة

ينبغي للحكومات والمؤسسات العامة تعزيز الشفافية والرقابة التنظيمية ورصد الأداء وآليات المساءلة في مجمل النظم الصحية. وشدد المشاركون على أن هياكل المساءلة الأقوى أساسية لتحسين ثقة الجمهور، والحد من أوجه الهدر، وضمان أن تثمر الاستثمارات الصحية نتائج قابلة للقياس.

6.10 وضع الإنصاف في صميم إصلاح حوكمة الصحة

ينبغي أن تسترشد جميع إصلاحات الحوكمة بمبادئ الإنصاف والإدماج والمشاركة. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لضمان تمثيل اللاجئين والنازحين داخلياً والمهاجرين والنساء والشباب وذوي الإعاقة والسكان المتضررين من النزاعات في عمليات الحوكمة، ومراعاتهم في قرارات التمويل والسياسات والمساءلة.

حدود الدراسة

تعكس هذه المشاورة وجهات نظر ثمانية خبراء يمثلون الأوساط الأكاديمية والمجتمع المدني وشبكات الصحة العامة والمنظمات الإنسانية ومؤسسات تعزيز الصحة وأصحاب المصلحة في الحوكمة الصحية الإقليمية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والغرض من النتائج تقديم رؤى نوعية في ديناميات الحوكمة والأولويات الناشئة ومواطن الاتفاق والاختلاف، لا استخلاص استنتاجات ممثلة إحصائياً.

وقد صُممت المشاورة لاستكشاف وجهات النظر بشأن إصلاح حوكمة الصحة والتمويل والمشاركة والمساءلة والتعاون الإقليمي. وكما هو شأن جميع المشاورات النوعية، تتأثر النتائج بتجارب أصحاب المصلحة المشاركين وخبراتهم، وقد لا تحيط بكامل تنوع وجهات النظر في جميع بلدان المنطقة وفئاتها.

وعكست عدة مساهمات منظورات إقليمية، بينما تشكلت أخرى بتجارب داخل سياقات وطنية أو مؤسسية بعينها. ولذا ينبغي تأويل النتائج بوصفها رؤى تحليلية تهدف إلى إثراء النقاشات الجارية بشأن إصلاح حوكمة الصحة والهيكل الصحي العالمي في المنطقة.

كما وجدت مشاورة الجولة الأولى لانتلاف HEAR CSO أن التفاعل مع مفهوم الهيكل الصحي العالمي لا يزال وليداً لدى منظمات المجتمع المدني الإقليمية. ولذا ينبغي أن تُقرأ المنظورات الرفيعة والنُظمية الواردة هنا جنباً إلى جنب مع الحوار المجتمعي الأوسع الذي لا يزال لازماً لبناء الإلمام بهذه النقاشات وترجمتها إلى مناصرة إقليمية، لا بديلاً عنه.

دور محتمل لـ ITPC MENA وحلفائها

حدّدت المشاورة عدة مجالات يمكن أن تسهم فيها ITPC MENA في تعزيز نقاشات حوكمة الصحة وعمليات الإصلاح في المنطقة:

- عقد حوار متعدد أصحاب المصلحة بين منظمات المجتمع المدني والباحثين وصنّاع القرار والمؤسسات الإقليمية بشأن إصلاح حوكمة الصحة والمساءلة.
- المناصرة من أجل نهج أكثر شفافية وإنصافاً وتشاركية في تمويل الصحة وتحديد الأولويات.
- إعلاء أصوات المجتمعات المحلية والمجتمع المدني في نقاشات حوكمة الصحة الإقليمية والعالمية.
- دعم المناصرة المستنيرة بالأدلة عبر ترجمة نتائج البحوث والمشاورات إلى توصيات وثيقة الصلة بالسياسات.
- تيسير التعلّم والتبادل الإقليميين بشأن ابتكارات الحوكمة والوقاية وتمويل الصحة والمساءلة والمشاركة المجتمعية.
- الدفع نحو اهتمام أكبر بالإنصاف والإدماج واحتياجات الفئات المهمّشة ضمن إصلاحات حوكمة الصحة.

الخاتمة

تُبرز نتائج هذه المشاورة التحديات الجسيمة والفرص المهمة معاً التي تشكل حوكمة الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فعبر مجموعات متنوعة من أصحاب المصلحة، أكد المشاركون باستمرار أن كثيراً من التحديات الصحية الأكثر إلحاحاً في المنطقة بات مرتبطاً على نحو متزايد بالحوكمة والتمويل والمساءلة والمشاركة وعمليات القرار السياسي، لا بالقدرة التقنية وحدها.

وعلى الرغم من التقدم الكبير المحرز في عدة مجالات من تطوير النظم الصحية، حدّد المشاركون تحديات مستمرة تتصل بتجزؤ ترتيبات الحوكمة، ونقص الاستثمار في الوقاية، ومحدودية المشاركة المؤسّسة، واختلال ديناميات القوة في عمليات تحديد الأولويات، وقصور التنسيق بين القطاعات والبلدان. وتتفاقم هذه التحديات بفعل النزاعات والنزوح وتغيّر المناخ والهجرة والتحول الديموغرافية والضغط المتصاعد على نظم صحية مثقلة أصلاً.

وفي الوقت نفسه، كشفت المشاورة عن فرص مهمة للإصلاح. فقد أبرز المشاركون أمثلة على التعاون الإقليمي، ومبادرات مبتكرة في الصحة العامة، وانخراط المجتمع المدني، واعترافاً متنامياً بأهمية الوقاية والتأهب والعمل المتعدد القطاعات. وثُبتت هذه التجارب أن المنطقة تمتلك خبرة وقدرة مؤسسية وقيادة كبيرة يمكن تعبئتها لتعزيز حوكمة الصحة وتحسين المخرجات الصحية.

ومن النتائج المركزية المنبثقة من المشاورة أن حوكمة الصحة في المنطقة تتشكل بديناميات سياسية واقتصادية أوسع تؤثر في كيفية تحديد الأولويات، وكيفية تخصيص الموارد، وأي الأصوات تُدرج في عمليات صنع القرار. ولذا سيتطلب تعزيز النظم الصحية أكثر من إصلاحات تقنية؛ إذ سيستلزم نهجاً للحوكمة تنهض بالمساءلة والشفافية والمشاركة والتوزيع المنصف للموارد، مع بناء روابط أمتن بين الأدلة والسياسات والتنفيذ.

كما أبرزت المشاورة توترات مهمة ستظل تشكل جهود الإصلاح المقبلة، ومنها العلاقة بين الاستجابة الإنسانية وتعزيز النظم على المدى الطويل، ودور التمويل الإقليمي والملكية الإقليمية، وتباين وجهات النظر بشأن نطاق مشاركة المجتمع المدني في عمليات الحوكمة. وسيكون الإقرار بهذه التوترات والاشتباك معها أساسياً لبلورة إصلاحات حوكمة تكون فعالة وقابلة للتحقيق سياسياً في آن واحد.

وأكد المشاركون مراراً أهمية ضمان أن تعكس عمليات إصلاح الهيكل الصحي الإقليمي والعالمي وقائع المنطقة وأولوياتها. وينبغي للجهود المقبلة في الحوكمة أن تبني على التجربة الإقليمية، وأن تقوّي التعاون بين القطاعات والبلدان، وأن تكفل تمثيلاً فعلياً للمجتمعات المتضررة في عمليات صنع القرار.

وفي المحصلة، كشفت المشاورة عن تطلّع قوي إلى نظم لحوكمة الصحة أكثر خضوعاً للمساءلة وإنصافاً وتوجّهاً نحو الوقاية وصموداً.

1. World Health Organization & Finland Ministry of Social Affairs and Health. Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action. Geneva: World Health Organization; 2014. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/112636> (اطُّع عليه في 1 يوليو/تموز 2026)
2. The Lancet Countdown. Lancet Countdown on Health and Climate Change. متاح على: <https://lancetcountdown.org/> (اطُّع عليه في 1 يوليو/تموز 2026)
3. World Health Organization. World Health Statistics 2025: Monitoring Health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2025. متاح على: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (اطُّع عليه في 1 يوليو/تموز 2026)
4. World Health Organization. Saving Lives, Spending Less: The Case for Investing in Noncommunicable Diseases. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115859> (اطُّع عليه في 1 يوليو/تموز 2026)
5. World Health Organization. Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan 2014.01. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01> (اطُّع عليه في 2 يوليو/تموز 2026)
6. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (اطُّع عليه في 2 يوليو/تموز 2026)
7. OECD. Recommendation on the Humanitarian–Development–Peace Nexus. متاح على: <https://www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/recommendation-on-the-humanitarian-development-peace-nexus.htm> (اطُّع عليه في 1 يوليو/تموز 2026)

شكر وتقدير

شكر لمشاركينا. نعرب عن امتناننا للخبراء الكبار الذين منحوا المقابلات وقتهم وصراحتهم، وللمنظمات القاعدية ومنظمات تقديم الخدمات الصحية التي شاركت في مشاوررة الجولة الأولى، والتزاماً منا بالسرية والتفكير المنفتح، جرى إخفاء هوية المساهمات في كامل هذا التقرير. استخدم الذكاء الاصطناعي. استُخدمت أدوات الذكاء الاصطناعي لدعم تحرير هذا التقرير وهيكلته وصياغته بتوجيه من المؤلفين. أما المقابلات والتحليل والتأويل والنتائج والقرارات التحريرية النهائية كافة فقد تولاه المساهمون المذكورون بأسمائهم. للاقتباس. (ITPC MENA (2026). أن نصوص، لا أن نتلقى. وجهات نظر خبراء حول القوة والتمويل وإصلاح حوكمة الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. أعدّ في إطار ائتلاف HEAR CSO. مراكش، المغرب.

الحقوق وإعادة الاستخدام. يُنشر هذا التقرير بموجب رخصة المشاع الإبداعي – نسب المصنّف 4.0 دولي (CC BY 4.0). ويجوز تقاسمه وتكييفه وإعادة استخدامه بحرية، بما في ذلك للأغراض التجارية، شريطة نسب الفضل على النحو الواجب إلى ITPC MENA وائتلاف HEAR CSO. ونشجّع على استخدامه مورداً من قبل المجتمع المدني والمجتمعات المحلية والباحثين والمدافعين عن الصحة في المنطقة وخارجها.

للتواصل

ITPC MENA contact@itpcmena.org

www.itpcmena.org

أعدّ هذا التقرير من قبل ITPC MENA في إطار ائتلاف منظمات المجتمع المدني من أجل إعادة تصوّر الهيكل الصحي العالمي (HEAR CSO). وقد أطلق ائتلاف في سبتمبر/أيلول 2025 بدعوة من آلية إشراك المجتمع المدني في UHC2030، والشبكة العالمية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية (GNP+)، والتحالف الدولي للتأهب العلاجي (ITPC)، وتحالف الأمراض غير السارية (NCD Alliance)، وSTOPAIDS، وWACI Health، ويعمل على بناء رؤى المجتمع المدني لمستقبل الهيكل الصحي العالمي. ويعكس هذا التقرير الجولة الثانية من مسار ائتلاف الخاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بناءً على المشاوررة الإقليمية المنعقدة في ديسمبر/كانون الأول 2025، التي شاركت ITPC MENA في عقدها وتيسيرها.

التأليف والمساهمات. قادت الدكتورة ضحى الشلة جمع بيانات الجولة الثانية – بما في ذلك تصميم مقابلات المخبرين الرئيسيين وإجرائها، والقرارات المتعلقة بمن يتواصل معه وما يُستكشف. وشاركت في تأليف التقرير الدكتورة ضحى الشلة وهبة الخمال، وتولى تحريره ووضعها في صيغته النهائية زكرياء بحتوت وزيد مراكشي باسم ITPC MENA.

الدكتورة ضحى الشلة طبيبة وباحثة فلسطينية وخبيرة في سياسات الصحة العالمية، تتركز أعمالها على حوكمة الصحة وتعزيز النظم الصحية والصحة الإنسانية والدبلوماسية الصحية، لا سيما في السياقات الهشة والمتأثرة بالنزاعات في إقليم شرق المتوسط.