

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحق في الصحة في سياق الأزمات

2023

استعراض العوائق
والتحديات أمام تحقيق
الحق في الصحة في لبنان

ميسا بارود

باحثة ومسؤولة برامج أولى في شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلَّ إصدار على حقٍّ معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شامل ونقديّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

الحق في الصحة في سياق الأزمات

استعراض العوائق والتحديات أمام تحقيق الحق في الصحة في لبنان

ميسا بارود

ميسا بارود هي باحثة ومسؤولة برامج أولى في شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، حيث تتسَّق راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربيّة. ساهمت في عدّة مشاريع بحث حول قضايا اللاجئين، مع التركيز على سبل عيشهم وعلى مسائل الرعاية الصحية في لبنان.



06	المقدّمة
07	نبذة تاريخية عن نظام الرعاية الصحية في لبنان وتطوره
07	• الرعاية الصحية قبل الحرب الأهلية
09	• الحرب الأهلية في لبنان وإعادة الإعمار بعد الحرب
11	نظام الرعاية الصحيّة الحالي
14	• عدم المساواة في تأمين والحصول على الرعاية الصحية
18	• كوفيد - 19 واللامساواة في نظام الرعاية الصحية
19	• الصحة النفسيّة
20	• قطاع الأدوية
21	الإطار القانوني والتنظيمي المتعلّق بالحق في الصحة
23	• التشريعات المتعلّقة بالفئات المستضعفة - بعض الأمثلة
27	محدّدات الصحة
27	• تزايد معدلات البطالة والفقر
28	• انعدام الأمن الغذائي
29	• تدهور الخدمات العامة
30	• البيئة
31	(عدم) توفّر البيانات وأثره على الحق في الصحة
32	الاستنتاجات والتوصيات
33	• نحو ضمان الحق في الصحة للجميع في لبنان
36	المراجع

المقدمة

أثرت الأزمة الاقتصادية الحالية في لبنان، التي تفاقمت بسبب جائحة كوفيد - 19 وانفجار بيروت في 4 آب/أغسطس، تأثيرًا عميقًا على جميع جوانب الحياة، وبالتالي على الظروف المعيشية للكثيرين. وفقدت العملة أكثر من 90% من قيمتها، مع ما يترتب على ذلك من عواقب على القوة الشرائية لمعظم السكان. لا تزال نسبة التضخم مستمرة الارتفاع - ارتفع مؤشر أسعار الاستهلاك العام بنسبة 253,55% من حزيران/يونيو 2022 إلى حزيران/يونيو 2023، وارتفعت أسعار المواد الغذائية والمشروبات غير الكحولية بنسبة 279,54%، في حين ارتفعت تكاليف الرعاية الصحية (بما في ذلك الخدمات والأدوية والمعدات الطبية) بنسبة 284,27% (Central Administration of Statistics [CAS] 2023). بالإضافة إلى ذلك، رفعت الحكومة الدعم عن السلع الأساسية، بما في ذلك بعض [الأدوية والوقود وحليب الأطفال](#). كما تم [زيادة](#) التعريفات الجمركية على الواردات، مما أثر على أسعار السلع الأساسية والقدرة على تحمل تكاليفها، مع الإشارة إلى أن لبنان يعتمد بشكل كبير على الواردات في معظم السلع، بما في ذلك الأغذية والأدوية.

كشفت هذه الأزمة التي تتفاقم تدريجيًا منذ سنوات عن نظام سياسي واقتصادي ضعيف تدعمه طبقة سياسية فاسدة. لقد أدى النهج الاقتصادي الليبرالي، الذي اعتمده لبنان بعد استقلال البلاد، إلى إثراء نسبة صغيرة من السكان، في حين أدى إلى إدامة أوجه اللامساواة. أمّا برامج الرعاية الاجتماعية والحماية الاجتماعية المتاحة فهي مجزأة ومعقدة أو غير فعالة، وما زالت تعزّز الاعتماد على الطبقة السياسيّة (Proudford 2021a, 2021b). علاوة على ذلك، غالباً ما يتولّى القطاع الخاص الخدمات التي من المفترض أن يوفّرها القطاع العام للمواطنين. حتى قبل الأزمة، كانت نوعية الخدمات العامة في لبنان سيئة؛ أمّا في ما يتعلق بالصحة، فكشفت الأزمة عن المشاكل الهيكلية القائمة بالفعل في نظام الرعاية الصحية في لبنان. منذ بداية الأزمة المتفاقمة في نهاية العام 2019 ونوعية الخدمات العامة أخذت بالتدهور، في حين لا تزال القضية الأخرى غير العاصمة بيروت وجزء من جبل لبنان تشهد قصورًا في النمو. وبالفعل، تأثر الأشخاص الأكثر ضعفًا بشكل خاص بالعواقب الكبرى التي أسفرت عنها الأزمة في لبنان (Bourhous 2021).

وفي هذا السياق، يهدف هذا التقرير إلى تسليط الضوء على تأثير الأزمة الاقتصادية المستمرة في لبنان وضعف الخدمات العامة على صحة الأفراد والحق في الصحة للجميع في البلاد. ويستعرض التقرير قضايا متداخلة (مُحدّدة) تؤثر على إعمال الحق في الصحة، مع التركيز على القضايا المتعلقة بالوصول إلى الرعاية الصحية وإدارتها. ويقدم التقرير أيضًا لمحة موجزة عن تطور النظام الصحي في لبنان. واستنادًا إلى النتائج، يُختتم التقرير بتوصيات لتسهيل إعمال الحق في الصحة للجميع في لبنان. يعتمد التقرير بالدرجة الأولى على مراجعة الأدبيات المتاحة والبيانات الثانوية (ستتم مناقشة محدودة هذه البيانات في قسم لاحق من هذا التقرير).

نبذة تاريخية عن نظام الرعاية الصحية في لبنان وتطوره

يسلّط تطوّر نظام الرعاية الصحية في لبنان، الذي امتدّ من فترة ما قبل استقلاله في العام 1943 وحتى بداية الحرب الأهلية في العام 1975، الضوء على التفاوتات الإقليمية الكبيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم الطبي، وعلى نمو القطاع الخاص، وعلى التركيز على الأمراض المُعدية والعوامل ذات الصلة، وذلك تماشيًا مع التقدم الطبي في ذلك الوقت. أدّت الإصلاحات والتشريعات ذات الصلة بالصحة العامة التي تمّ اعتمادها في خلال هذه الفترة إلى إنشاء نظام مركزي بيروقراطي للغاية، يميّز بالازدواجية وعدم الكفاءة. كما عزّزت الإصلاحات زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في خدمات الرعاية الصحية، فعمّقت بذلك التفاوتات في النظام وعدم المساواة بين المجتمعات، ممّا أدّى إلى تداعيات على الحق في الصحة في لبنان حتّى يومنا هذا. ونظرًا لمحدودية الكتابات حول تاريخ الصحة العامة في لبنان، يعتمد هذا القسم بشكلٍ كبير على بعض الأعمال الرئيسية (راجع & Kronfol Bashshur 1989; Kronfol 2006; Ammar 2003; Ammar 2009).

الرعاية الصحية قبل الحرب الأهلية

وضعت الفترة الممتدة من الانتداب الفرنسي حتى الاستقلال في العام 1943 أسس خصصة قطاع الرعاية الصحية، ممّا أدّى إلى عدم المساواة بين السكان في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. في العام 1918، تم إنشاء أول دائرة للصحة في لبنان ككيان ضمن وزارة الداخلية (Kronfol & Bashshur 1989). لم تستثمر الإدارة الفرنسية الكثير في مجال الصحة خلال فترة انتدابها، بل عزّزت توفير الرعاية الصحية من خلال البعثات والقطاع الخاص (Abi-Rached & Diwan 2022). وتماشياً مع إدارة الدولة الفرنسية، أصبح نظام الرعاية الصحية في لبنان بيروقراطياً ومركزياً للغاية. تم إنشاء مؤسّستي تعليم طبي نخبويّين تديرهما البعثات الغربية في خلال ذلك الوقت، لتكون بمثابة «منظمات تطوعيّة خاصة». قامت الكلية البروتستانتية السورية (وهي اليوم الجامعة الأميركية في بيروت) والجامعة اليسوعية (القديس يوسف) الواقعة في العاصمة بيروت، بفرض رسوم على القادرين على الدفع وتوفير الرعاية المجانية للفقراء. بالإضافة إلى ذلك، تم إنشاء العديد من المستشفيات الخاصة الصغيرة التي تهدف إلى الربح خلال هذه الفترة، والتي كانت تقدم خدماتها للمرضى الخاضعين من الطبقتين المتوسطة والعليا (Kronfol & Bashshur 1989).

في العام 1932، صدر قانون الصحة الذي ينصّ على أن تكون بلدية بيروت الجهة الوحيدة التي تقدّم الخدمات العامة ضمن نطاقها، بما في ذلك الصحة، ممّا أدى إلى تقليص دور الوزارة إلى حدّ كبير. وركّز القانون على «حماية الصحة العامة» وبشكلٍ أساسي على «الصرف الصحي البيئي والحجر الصحي ومكافحة الأمراض المُعدية». وقد أدّى إصدار هذا القانون إلى عرقلة إجراءات إصلاح الرعاية الصحية على المستوى الوطني (Kronfol & Bashshur 1989, p. 379)، ممّا سهل التنمية في بعض المناطق

(مثل العاصمة) على حساب مناطق أخرى. لم تتأسس وزارة الصحة والإغاثة العامة في لبنان إلا في العام 1943، بعد الاستقلال عن فرنسا، لتكون مسؤولة عن «الإشراف والتنسيق والتشريع وتعزيز الصرف الصحي البيئي ومكافحة الأمراض المُعدية» (Kronfol & Bashshur 1989, p. 380).

ابتداءً من الخمسينيات، ونتيجةً للركود الذي شهده لبنان، بدأت الوزارة في تقديم المساعدة العامة وأسست شبكة من المستشفيات الحكومية مخصصة للفقراء حصرياً بلغ عددها 21 مستشفى بحلول العام 1971. ومع ذلك، بقيت عدة مناطق في البلاد من دون مستشفيات حكومية (Kronfol & Bashshur 1989). لم ينحصر أثر إنشاء المستشفيات المخصصة للفقراء حصرياً بتعزيز التفاوتات الإقليمية والتجزئة فحسب، بل قد يكون ساهم أيضاً في نشر الاختلافات الطبقية. وكما سُنت في الخمسينيات تشريعات تتعلق بالموارد البشرية في مجال الصحة والصحة العامة، بما في ذلك تلك التي تنصّ على ترخيص شهادات العاملين في مجال الرعاية الصحية بهدف تعزيز قطاع الصحة العامة (Kronfol & Bashshur 1989).

وبسبب الاحتجاجات التي عمّت البلاد في العام 1958، تم إدخال عددٍ من الإصلاحات المتعلقة بالصحة حتى منتصف الستينيات من خلال خطة وضعها «المركز الدولي للتدريب والبحوث من أجل التنمية المتكاملة والمنسقة»¹ (IRFED). استهدفت الإصلاحات القطاع الصحي، من بين قطاعات أخرى، لضمان تنمية «الإمكانات البشرية» للجميع في أرجاء البلاد، ولا سيما لأولئك الذين يعانون من الضيق الاقتصادي (Kronfol & Bashshur 1989, p. 382). واستندت الإصلاحات إلى نتائج دراسة اجتماعية واقتصادية أجراها مركز IRFED سلّطت الضوء على تفاوتات إقليمية كبيرة في المعايير الصحية، والبنية التحتية للصرف الصحي، وأوضاع التعليم، وظروف السكن في جميع أنحاء البلاد، وظروف المعيشة السيئة لنسبة كبيرة من السكان، بما في ذلك في جيوب معينة داخل بيروت، مع تداعيات مباشرة على الصحة العامة (Merhej 2021)، وعلى أعمال الحق في الصحة، خاصة للمجمعات الفقيرة ومن يعيشون خارج العاصمة بيروت وبعض مناطق جبل لبنان. في العام 1959، أنشأت الحكومة مكتب التنمية الاجتماعية، المكلف تعزيز «الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية وتنمية المجتمع» نحو الانتعاش الاجتماعي وضمان المشاركة المجتمعية، والاعتراف «بدور المرأة في مجال الصحة والرعاية» (p. 382)؛ كما تمّ بذل الجهود لبناء شراكات مع القطاع الخاص (Kronfol & Bashshur 1989).

وشملت الإصلاحات الأخرى المتعلقة بالصحة التي تمّ إدخالها في خلال هذه الفترة، إنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (NSSF) في العام 1963 تحت إشراف وزارة العمل. يُعدّ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي شكلاً من أشكال التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات والذي يقدم تعويض نهاية الخدمة للمواطنين اللبنانيين العاملين رسمياً في القطاع الخاص، كما يغطي تعويضات المرض (السارية اعتباراً من العام 1971) والأمومة والأسرة. وكان من المفترض أن يضاف فرع حوادث العمل والمخاطر المهنية، ولكن لم يتمّ تفعيله مطلقاً (Centre for Social Sciences Research & Action [CeSSRA] 2022; Osmat 2023). وفي العام 1963، بدأ توفير الضمان الاجتماعي لموظفي القطاع العام، ومن ضمنه تغطية الرعاية الصحية، من خلال إنشاء تعاونيات لموظفي الخدمة المدنية وقوات الأمن والعسكريين (CeSSRA 2022). في المجمل، هناك ستة صناديق تأمين اجتماعي للعاملين القطاع العام في لبنان، ممّا أدى إلى تجزئة النظام؛ وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وتعاونية موظفي الخدمة المدنية التي تغطي موظفي القطاع العام، وأربع تعاونيات تغطي الجيش، وقوى الأمن الداخلي، وقوى الأمن الخاصة وقوى الأمن العام (Ammar 2003; El-Jardali et al. 2023a).

وشهدت هذه الفترة أيضًا تعزيز الرعاية الصحية الأولية من خلال إنشاء شبكة إشارات إقليمية تسهّل عملية الوصول إلى الرعاية الأولية والثانوية والثالثية عبر القطاعين العام والخاص (Kronfol & Bashshur 1989). وأدى إدخال مبدأ الرسوم مقابل الخدمات² من قبل الهيئات الحكومية (مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونيات موظفي الخدمة المدنية) إلى جانب ضعف الآليات التنظيمية إلى انتشار المستشفيات المملوكة من القطاع الخاص والإفراط في اللجوء إلى الخدمات. بالتوازي مع ذلك، التزمت وزارة الصحة بدورها في الإشراف والتشريع ومراقبة الجودة والتخطيط الصحي ورعاية الفقراء على النحو المنصوص عليه في مرسوم العام 1961 الذي يُعنى بتنظيم عمل وزارة الصحة العامة (MoPH). ومع ذلك، واصلت الوزارة تقديم الرعاية عبر مرافقها وتمويل رعاية المرضى في المرافق الخاصة في الوقت عينه (Kronfol & Bashshur 1989).

وقد أحبط مستوردو الأدوية محاولات تنظيم قطاع الدواء في لبنان في نهاية الستينيات (في ذلك الوقت، كانت تحتكر أربع شركات استيراد الأدوية)، وأوقفوا اعتماد القرار 361/1971 والتعميم 411 الذي اقترحه وزير الصحة آنذاك إميل بيطار. وكان يهدف القرار والتعميم إلى ضبط أسعار الأدوية المستوردة عبر وضع حدّ أقصى لهامش الربح وتنويع الأدوية المستوردة وضمان جودتها ودعم نمو الصناعة المحلية. وقد بالغ مستوردو الأدوية آنذاك في أسعارهم وساهموا في فرض رسوم جمركية مرتفعة على المواد والمعدات اللازمة لإنتاج الأدوية محليًا، ما أعاق الصناعة المحلية (Merhej 2021 / Boutros 2021). ومن المرجح أنّ سبب حدوث أزمة الأدوية في لبنان اليوم هو خسارة هذه «المعركة» فبات قطاع الأدوية محتكرة من قبل قلة قليلة ونتاج عنها تسعير أدوية غير خاضع للرقابة كما هو موضح أدناه. كما أدت إلى استقالة إميل بيطار (Boutros 2021).

الحرب الأهلية في لبنان وإعادة الإعمار بعد الحرب

وقد باءت محاولات تحسين قطاع الرعاية الصحية العامة في لبنان خلال الستينيات بالفشل في خلال الحرب الأهلية (1975-1990). وأسفرت الحرب عن تدمير هائل للبنية التحتية ومرافق الصحة العامة وأثرت على القطاعين العام والخاص. وغادر عددٌ كبيرٌ من مقدّمي الرعاية الصحية البلاد سعيًا إلى فرص أفضل وأكثر أمانًا (Kronfol & Bashshur 1989). واعتمدت وزارة الصحة العامة والجهات الحكومية الأخرى، مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بشكل متزايد على القطاع الخاص لتوفير الرعاية للسكان، مما أدى إلى استنزاف الاحتياطات والمدّخرات نتيجة الدمار الشديد الذي لحق بالمرافق الصحية في القطاع العام (Ammar 2003; Kronfol 2006; Kronfol & Ammar 2003). وأدى غياب التنظيم في القطاع في الوقت نفسه إلى «تضخم في أسعار كافة أنواع الخدمات الصحية» (Kronfol & Bashshur 1989, p.386).

وازدهر القطاع الخاص خلال الحرب، حيث تمّ تطوير أكثر من 50 مستشفى خاص جديد في خلال السنوات القليلة الأولى منذ اندلاع الحرب، بهدف الحصول على الأموال العامة (Kronfol & Bashshur 1989). وارتفع الإنفاق العام على الرعاية الصحية الخاصة للمرضى من 10% في موازنة الوزارة في العام 1970 إلى أكثر من 80% في التسعينيات (Ammar 2003; Kronfol 2006). وتدهورت الرعاية الصحية بشكلٍ كبيرٍ خارج العاصمة بيروت، وخاصة في المناطق الفقيرة، حيث نتج عن الطبيعة البيروقراطية والمركزية الشديدة للنظام (عبر وزارة الصحة العامة) توقّف عمل المؤسسات العامة. إضافةً إلى ذلك، أدّى النقص في مقدّمي الرعاية الصحية إلى خلق مساحة للأحزاب السياسيّة والميليشيات المسلحة للاستحصال على أصوات الناخبين من خلال تزويدهم بالأدوية والرعاية الصحية البسيطة أو الطارئة (Kronfol & Bashshur 1989).

² Fee-for-service reimbursement scheme

كما دمرت الحرب أنواعاً أخرى من البنى التحتية العموميّة، بما في ذلك البنية التحتية للاتصالات والطاقة والنقل والمياه والتعليم (البنك الدولي 1994) - وكلها مُحدّدت للصحة. كما شرّدت وهجرت مئات الآلاف، بمن فيهم الأفراد ذوي المهارات العالية (Stewart 1996). تفتت عملية إعادة الإعمار بعد الحرب الأهلية في المقام الأول عبر تمويلات خاصّة - بشكل رئيسي للعقارات (Stewart 1996) والقروض من مؤسسات التمويل الدوليّة كالبنك الدولي بهدف إعادة بناء البنى التحتية كالمرافق التعليميّة والصحيّة (Kronfol 2006; World Bank 1994). وتركّزت معظم جهود إعادة الإعمار (والتمويل) في العاصمة بيروت وفشلت في معالجة الفوارق الإقتصادية (Stewart 1996). ويشيب التنمية في قطاعي الصحة والتعليم بعد الحرب الأهلية عدم التكافؤ من حيث التنمية الإقليميّة وغياب المساواة الاجتماعيّة (Makdisi 2007)، الأمر الذي عزّز التفاوتات الإقليميّة التاريخيّة وأتساع عدم المساواة في قطاع الصحة.

نظام الرعاية الصحيّة الحالي

وصف فان ليربيرج وآخرون (2018) مؤخرًا "الاستغلال التجاري" الحاصل في قطاع الرعاية الصحيّة في لبنان، إذ تتأثر الرعاية والخدمات بدناميكيات العرض والطلب "التي تقع تحت سيطرة جماعات الضغط والمحسوبية السياسيّة" (p. 15). إلى جانب نموّ القطاع الخاص غير المنضبط، تقف مصلحة الطبقة السياسيّة الراسخة دون التحوّل نحو نظام أكثر عدلًا. ولا يزال القطاع الخاص يهيمن اليوم على نظام الرعاية الصحيّة في لبنان، في حين يعاني القطاع العام رداءة الجودة ونقص التمويل (Ministry of Public Health [MoPH] & World Health Organization [WHO] 2023a; El-Jardali et al. 2022a). وعلى مستوى الحوكمة، تُعدّ المؤسسات وآليات المساءلة ضعيفةً (El-Jardali et al. 2023a). كما تُعدّ الرعاية الصحيّة في لبنان علاجيةً على نحو أساسي، وترمي إلى الاستشفاء والرعاية الثانويّة والثالثيّة (Ammar 2009; Hemadeh et al. 2019a). يضمّ لبنان 137 مستشفىً تابعة للقطاع الخاص مقابل 29 منها للقطاع العام (MoPH 2023)، كما نجد 86% من الأسرة متوفّرة في مستشفيات القطاع الخاص (Van Lerberghe et al. 2018).

بلغ الإنفاق على الصحة 7.95% من الناتج المحليّ الإجمالي في العام 2020، وتُعدّ هذه النسبة الأعلى في المنطقة العربيّة وتتخطّى المعدّل الإقليميّ البالغ 5.32%. ومع ذلك، تمّ تخصيص 3.27% فقط من ميزانيّة الدولة لوزارة الصحة العامّة في العام نفسه (**الجدول رقم 1**)، 10.10% أقلّ من العام السابق. في العام 2017، جرى تخصيص الجزء الأكبر من ميزانيّة وزارة الصحة العامّة لتعويض المستشفيات المتعاقدة والرعاية العلاجية (45.1%) ولتغطية الأدوية (27.2%)⁴. فضلًا عن ذلك، جرى تخصيص ما يقلّ عن 10% من الإنفاق على الصحة العامّة لتغطية الخدمات الأوليّة والوقائيّة (ESCWA 2021). كما تموّل مجموعة من الهيئات الأخرى قطاع الصحة، بما في ذلك وزارة الشؤون الاجتماعيّة، ووزارة العمل في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ووزارات أخرى في حالة التعاونيّات العسكريّة والمدنيّة، ما يزيد من التجزئة (MoPH & WHO 2022b; International Labour Organization 2020).

استحدثت وزارة الصحة العامّة مجموعةً من الإصلاحات في خلال التسعينيات وأوائل العقد الأوّل من القرن الحادي والعشرين لخفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصّة. فركّزت وزارة الصحة العامّة جهودها الرئيسيّة على خفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصّة على الرعاية الطبيّة اليوميّة والأدوية. وشملت الإصلاحات الأخرى تحديد تسعيرات موحّدة للاستشارات وبعض الإجراءات الطبيّة، فضلًا عن التسعير القائم على الأداء، وخفض أسعار الوحدات، ووضع حدود ماليّة قصوى للمستشفيات (Lerberghe et al. 2018). نجحت هذه الإصلاحات في خفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصّة من 57.79% في العام 2000 إلى ما يقدر بحوالي 38.28% في العام 2018 (World Bank جد 2023a). في المقابل، بحلول العام 2020، ارتفعت نسبة الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصّة إلى 44.2% (منظمة الصحة العالميّة 2023، انظر الجدول رقم 1)، ربما نتيجة لانخفاض قيمة الليرة اللبنانيّة وتقلّص التغطية من قبل صناديق التأمين الاجتماعي ذات الصلة علمًا أنّ الصناديق الستة كآفة مفلسة بحكم الأمر الواقع، ورفع الدعم عن الأدوية (Medecins 2022; Amnesty 2023; Isma'eel et al. 2020). في العام 2022،

³ بالمقارنة، بلغت نسبة الإنفاق العسكري في موازنة الدولة للعام 2020 14.61%.

⁴ البيانات مبنيّة على الحسابات الصحيّة الوطنيّة للعام 2017، وهي متاحة على الرابط التالي.

تشير تقديرات منظمة أطباء بلا حدود إلى أنّ المرضى كانوا يغطّون ما يصل إلى 90% من نسبة نفقات المستشفى من أموالهم الخاصة. علاوةً على ذلك، بدأت المستشفيات الخاصة في دولة رسومها، ما يؤثر بشكل كبير على الأفراد الذين لا يستطيعون تحمّل تكاليف الرعاية الصحيّة. ووجد تقييم إرشادي سريع أجرته اليونيسف في شهر نيسان/ أبريل 2023، أنّ 75% من الأسر المشاركة في الدراسة قامت بتخفيض الإنفاق على الصّحة كوسيلة لمواجهة الأزمة (UNICEF 2023).

كما بذلت وزارة الصّحة العامّة جهودًا كبيرةً لتعزيز شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة في لبنان، بهدف ضمان إتاحة الرعاية الصحيّة للفقراء على نطاقٍ أوسع وبأسعار معقولة (Van Lerberghe et al. 2018). في العام 2021، شملت الشبكة 258 مركزًا للرعاية الصحيّة الأوليّة، يقع معظمها في محافظتيّ جبل لبنان (71 مركزًا) والشمال (40 مركزًا). يدير القطاع الخاص والمنظمات غير الحكوميّة ما يقرب من 70% من مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في الشبكة، وتقوم وزارة الصّحة العامّة بدورها بتسديد تكاليف هذه الأخيرة على أساس نظام تقاعد قائم على الأداء والجودة (MoPH 2023)، في حين أنّ وزارة الشؤون الاجتماعيّة وبعض الجمعيات تدير المستوصفات، ولا ترتبط بوزارة الصّحة العامّة على نحو مباشر. يُظهر البحث الأخير الذي أجرته كاميت (2019) حول شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة في لبنان مدى تجذّر المنظمات السياسيّة والدينيّة في نظام الرعاية الاجتماعيّة في لبنان، إذ كانت تشغّل حوالي 25% من مراكز الشبكة في العام 2019. وفي ظلّ غياب مؤسسات الرعاية الصحيّة عالية الجودة تديرها الدولة، يلجأ الأفراد أصحاب الدخل المنخفض إلى الاعتماد على المنظمات السياسيّة والدينيّة لتلبية احتياجاتهم الأساسيّة (بما في ذلك خدمات الرعاية) (Gammett 2019). يُعدّ الاعتماد على الانتماء السياسي أو الديني لتأمين الاحتياجات الأساسيّة، عاملًا رئيسًا يُعرقل تحقيق الحقّ في الصّحة للجميع في لبنان، وقد يُسهم في تعزيز التمييز في الحصول على الرعاية الصحيّة.

ويُعتبر اللاجئين السوريّون والأسر اللبنانيّة الضعيفة المستخدمين الرئيسيّين لشبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة الوطنيّة (Hemadeh et al. 2019b). وبالرغم من ذلك، يختار أغلبية اللبنانيين (المقتدرون مادّيًا) اللجوء إلى الرعاية الخارجيّة من خلال القطاع الخاص (Kronfol 2006; Isma'eel 2020). وتواجه شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة تحديات عدة تؤثر على جودة الرعاية المقدّمة، مثل الافتقار إلى التمويل وسوء الإدارة وضعف المساءلة وآليات الإحالة غير المناسبة، وارتفاع معدل تبدّل الموظفين وصعوبة إدارة سلسلة توريد الأدوية، وقلة الموارد وغيرها (Hamadeh et al. 2023a; El-Jardali et al. 2021). أظهرت دراسة أجراها حمادة وآخرون في العام 2020 نقصًا في عدد الأطباء والممرضات في مجال الطب الأسري، وقيمت مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في شبكة وزارة الصّحة العامّة التي بلغ عددها 212 مركز في ذلك الوقت؛ فوجدت أنّ 89% منها كانت تقدم جميع الخدمات المطلوبة وفقًا للمعايير الوطنيّة، وأنّ 89% منها كانت تمتلك كافّة التجهيزات الأساسيّة اللازمة لتقديم الرعاية. كما أشارت الدراسة إلى تفاوت إقليمي في ما يتعلّق بتوفّر الموارد البشريّة في مجال الرعاية الصحيّة الأوليّة في المدن والريف، إذ تعاني المناطق الريفيّة من نقص كبير في الموارد البشريّة في مجال الرعاية الصحيّة (Hemadeh et al. 2020).. وحدّثت الأزمة الاقتصاديّة من تمويل وزارة الصّحة العامّة بشكل أكبر، مما أدّى إلى تقييد قدرة الوزارة على استيراد الأدوية والمساعدات الأساسيّة والمعدات الضرورية لشبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة. كما حدّ التمويل المقيد من قدرات مرافق الرعاية الصحيّة على تأمين المياه والكهرباء التي تعتبر ضرورية للتشغيل. وبالتالي، لم تكفل الجهود المبذولة لتقليل التفاوتات وتسهيل حصول الفئات الأكثر ضعفًا على الخدمات الأساسيّة من خلال الشبكة بالنجاح المطلق (Hamadeh et al. 2021). لا

تزال المؤسسات الصحية في القطاع العام تفتقر للموارد البشرية المؤهلة للرعاية الصحية وغيرها من الموارد (MoPH& WHO 2022a; El-Jardali et al. 2023a). ووفقاً لوزارة الصحة العامة، توّفر 33.3 و38.6 ممرضاً وقابلة لكل 10,000 نسمة في لبنان قبل الأزمة في العام 2019 (الجدول 1)⁵. فمُنذ ذلك الحين، وبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، هاجر حوالي 40% من الأطباء و30% من الممرضين بطول شهر أيلول/سبتمبر من العام 2021 (World Health Organization 2021). قد يكون لهذه الهجرة الجماعية للعاملين في مجال الرعاية الصحية تأثيرات سلبية على توفير الرعاية الصحية والوصول إليها، وفي بعض الحالات، فقد أدت في بعض الحالات إلى إغلاق الأقسام أو الوحدات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الكبيرة في البلاد، من ضمنهم وحدات الرعاية لحديثي الولادة (Ramadan 2022; WHO 2021; UNICEF 2022b). وفي العام 2022، أجرت منظمة اليونيسف تقييماً لعدد الأسرّة المتوقّرة، أظهر انخفاضاً في عدد الأسرّة المتوقّرة في أقسام رعاية الأمهات والأطفال، بما في ذلك قسم العناية المركّزة للأطفال وحديثي الولادة، مما أثر على الوصول إلى الرعاية الصحية والقدرة على علاج الأمهات والأطفال. وكشفت الدراسة أيضاً أن 58% من المستشفيات أبلغت عن نقص في الأدوية، بينما أبلغ 39% منها عن نقص في اللوازم الطبية (UNICEF 2022b). تشمل الأسباب التي أدت إلى ذلك ما يلي: تجميد التوظيف والقيود المفروضة على الواردات المرتبطة بالأزمة الاقتصادية، كما ورد سابقاً (UNICEF 2022b).

في ظلّ غياب نظام الرعاية الصحية العامة الفعّال بسبب الأزمة الحالية، يقوم عدد من المراكز والجمعيات الصحية الخيرية بسدّ الفجوات من خلال توسيع نطاق التغطية وتقديم الرعاية والأدوية بأسعار مقبولة أو مجاناً للمحتاجين إليها، ولا سيما ناخبهم (تم مناقشة المشاكل المترتبة عن ذلك سابقاً). وبالرغم من ذلك، يقوم عدد كبير من المنظمات غير الحكومية والمنظمات الخيرية السياسية والدينية، والقطاع الخاص الكبير، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (UNRWA)، والمنظمات الدولية، وغيرها، التي تقدم جميعها الرعاية والخدمات، بالإضافة إلى مقدمي الخدمات في القطاع العام بالمساهمة في زيادة التجزئة في النظام (Hamadeh et al. 2021; Kreichati 2020). وقد أدت التجزئة على صعيد الأنظمة في عدم الكفاءة وعدم الفعالية من خلال ازدواجية الخدمات (Hamadeh et al. 2021; et al. 2019a). أمّا على صعيد السكان، تعيق التجزئة أعمال الحق في الصحة من خلال زيادة التفاوتات وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحيّة، حيث يحصل الأفراد على خدمات ومنافع مختلفة استناداً إلى قدرتهم على الدفع أو تغطيتهم الصحيّة، أو الانتماء السياسي أو الديني. ومن المحتمل أن تؤدّي التجزئة كذلك إلى زيادة تهميش بعض الأفراد، مثل الفقراء أو العمال غير النظاميين، الذين يُستبعدون من خطط التأمين والحماية الاجتماعيّة أو يحصلون على خدمات صحية قريبة وجيّدة محدودة.

⁵ يجب تفسير هذه الأرقام بدقة واعتبار وجود تقديرات مختلفة لإجمالي عدد السكان في لبنان ومن ضمنهم المهاجرين واللاجئين.

جدول 1. مؤشرات النظام الصحي

7.95%	الإنفاق الصحي الحالي، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2020 ^a
3.27%	النسبة المئوية لميزانية وزارة الصحة من ميزانية الدولة (مديرية الصحة العامة والمستشفيات العامة ومختبر الصحة العامة المركزي ضمناً)، 2020 ^b
994	نصيب الفرد من النفقات الصحية الحالية (بالدولار الأمريكي)، 2020 ^a
44.2%	الإنفاق من الجيب الخاصّة على الصحة (كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي)، 2020 ^a
137 (82.5%)	عدد المستشفيات، القطاع الخاص ^c
29 (17.5%)	عدد المستشفيات، القطاع العام ^c
27.3	أسرّة المستشفيات (لكل 10,000 نسمة)، 2017 ^d
86%	النسبة المئوية للأسرّة في المستشفيات الخاصة ^e
33.3	الأطباء (لكل 10,000 نسمة)، 2019 ^c
38.6%	الممرضات والقابلات (لكل 10,000 نسمة)، 2019 ^c
41	أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي في القطاعين العام والخاص، 2012 ^c

a World Health Organization, Global Health Expenditure Database, Lebanon Country Profile: [Link](#).

b Gherbal Initiative, State Budget: [Link](#).

c Ministry of Public Health, Hospitals Directory: [Private](#), [Public](#); Health Indicators: [Link](#).

d World Health Organization, The Global Health Observatory: [Link](#).

e Van Lerberghe et al., 2018: [Link](#).

عدم المساواة في تأمين والحصول على الرعاية الصحية

يشكّل غياب برنامج شامل للحماية الاجتماعية أو تغطية شاملة للرعاية الصحية عائقاً كبيراً أمام إعمال الحق في الصحة للجميع في لبنان، لأنها تؤدي إلى تفاوت في الوصول إلى حصائل الرعاية والصحة بين السكان. ففي حالات الطوارئ، يمكن أن تكون تكلفة الرعاية الصحية كارثية بالنسبة للأسر الفقيرة، لا سيما أنه في العام 2022 لم يكن لدى 51%⁶ من المقيمين في لبنان أي نوع من أنواع التأمين الصحي (Central Administration of Statistics 2022). فان شبكات الرسمية المتاحة للحماية الاجتماعية لا تشمل العديد من فئات الضعيفة، مثل المتقاعدين والعاطلين عن العمل والمزارعين والمهاجرين واللاجئين والعاملين غير النظاميين. كما نشهد تفاوتات إقليمية في ما تتعلق بتغطية التأمين الصحي، تعكس تفاوت شامل في التنمية في جميع أنحاء البلاد. على سبيل المثال، تبلغ نسبة الأفراد غير المؤمنيين في جنوب لبنان 61.2% وفي بعلمك-الهرمل 59.5%، بينما تبلغ 43.8% في جبل لبنان و47.8% في العاصمة بيروت (Central Administration of Statistics 2022). أمّا اللبنانيون الذين لا يمتلكون أي نوع من التأمين فيمكنهم الحصول على تغطية صحية من خلال وزارة الصحة العامة «كملاذ أخير»، وبدرجة أقل من وزارة

⁶ إن البيانات لا تشمل عقال المنازل.

الشؤون الاجتماعية (Hemaddeh et al. 2019a).⁷ كما يحقّ لعدد محدود من الأسر الفقيرة للغاية الحصول على التغطية الصحية من خلال برامج شبكة الحماية الاجتماعية، مثال البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً (NPTP) والبرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً في حالات الطوارئ (ENPTP)، اللذين يوفران إعفاءات بنسبة 10-15% من المدفوعات المشتركة التي تتطلبها برامج التأمين الأخرى. وتُعتبر شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان التي توفر مجموعة شاملة من الخدمات الأساسية، متاحة لكافة المقيمين في البلاد. والجدير بالذكر أن عدد اللبنانيون الذين يلجؤون إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية اللبنانية قد ازداد منذ بداية الأزمة، حيث لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية في القطاع الخاص (Sader 2021). أما بالنسبة لكبار السن، تمتع الوصمة المحيطة بالصحة النفسية، إلى جانب البعد الجغرافي والإعاقة، وصولهم إلى الرعاية الصحية. كما تكون فرص الحصول على تغطية صحية بعد التقاعد محدودة للغاية، في حين تستفيد نسبة قليلة من المعاش التقاعدي (أولئك الذين عملوا في القطاع العام أوفي القطاع الخاص الرسمي)، ولكن مع تدهور قيمة العملة، فقد هذا المعاش قيمته؛ وهي مشكلة يعاني منها أيضاً الأشخاص الذين لا يزالون يعملون من حيث قيمة معاشهم. وفي كثير من الأحيان، ترفض برامج التأمين الخاصة بتغطية كبار السن، بحجة أن حالتهم الصحية محفوفة بالمخاطر (MoSA & UNFPA 2021). وأثر الوضع بشكل مباشر على الحالة النفسية لكبار السن في لبنان. وأجرى مركز Phenix ومنظمة HelpAge International (2023) دراسة شملت كبار السن بين صفوف اللبنانيين والللاجئين السوريين أظهرت أن المشاركين يعانون من الاكتئاب والقلق والاكتئاب التالي للصدمة بسبب وضعهم المعيشي. ويشعر كبار السن اللبنانيون بالقلق بشأن صحتهم ووصولهم إلى الأدوية، بينما يشعر اللاجئون السوريون من كبار السن بالقلق بشأن قدرتهم على تأمين الطعام والمأوى والدواء (Phenix Center & HelpAge International 2023).

وبالنسبة لغير المواطنين، يمكن للاجئين الفلسطينيين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، حيث يتم تغطية جزء من تكاليفها من قبل الأونروا وجمعية الهلال الأحمر (UNRWA 2023)، وتغطي تكاليف اللاجئين السوريين شبكة الرعاية الصحية الأولية الوطنية و٣٣ مستشفى متعاقد في جميع أنحاء البلاد. أو مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية (مراكز التنمية الاجتماعية) التي تدعمها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ((UNHCR). على مستوى الرعاية الأولية، يدفع اللاجئون رسم استشاري يتراوح بين ٣٠٠٠ و٣٠.٠٠٠ ليرة لبنانية، حسب الخدمة التي يتلقونها. أما على صعيد الرعاية الثانوية والثالثية، تقدم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تغطية جزئية فحسب للحالات الطارئة التي تهدد الحياة أو تهدد بفقدان الأطراف. تؤخذ بعين الاعتبار بعض الحالات الطارئة التي قد تسبب الوفاة (مثل حالات السرطان التي يمكن علاجها بعمليات جراحية) وذلك حسب الحالة. وتتوفر التغطية في مستشفيات محددة، والأغلبية منها تابعة للقطاع الحكومي (UNHCR 2023)). ويمكن للاجئين والعمال المهاجرون الحصول على الرعاية من خلال المنظمات الدولية والجمعيات غير الحكومية، مقابل مبلغ رمزي أو مجاناً، حسب الخدمة المتاحة من خلال شراكات بين هذه المنظمات ووزارة الصحة العامة. على سبيل المثال، يمكن للاجئين والعمال المهاجرون الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال منظمة أطباء بلا حدود **MSF** واللجنة الدولية للصليب الأحمر **ICRC**. وتتضمن الاستشارات الطبية والأدوية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات الصحة النفسية، وغيرها. وتتوفر هذه الخدمات أيضاً للمواطنين اللبنانيين.

⁷ من العام 2017 لغاية 2019، كانت نسبة الإنفاق على الحماية الاجتماعية التي تستهدف الفقراء والمستضعفين أكثر من 68% من وزارة الصحة العامة، و20% من وزارة الشؤون الاجتماعية.

يواجه العمّال المهاجرون، لا سيّما النساء العاملات في الخدمة المنزليّة صعوبات إضافية تعيق حصولهم على الحق في الصحة. وتملي أوضاعهم كمهاجرين مسجّلين، أو مهاجرين يمارسون العمل الحر، أو مهاجرين غير مسجّلين إمكانيّة وصولهم إلى الحق في الصحة (Fernandez 2018). إضافة إلى ذلك، يتعرّض العمّال المهاجرون إلى التمييز العنصري على أكثر من صعيد، كالتمييز على أساس العرق، والنوع الاجتماعي، والطبقة ما يؤثر على صحتهم (Fernandez 2018). يعرّض نظام الكفالة العاملات في الخدمة المنزليّة إلى خطر الاستغلال وسوء المعاملة، فربّ العمل هو من يصيغ عقد العمل وشروطه ويتحكم بوصولهن إلى الرعاية الصحية (Medecins sans Frontieres 2023). غالبًا ما تُحسب العاملات في الخدمة المنزلية في المنزل، ويحتجّز جواز سفرهن، وقد تُحول ظروفهن دون الحصول على الحماية وخدمات الدعم. كما لا يغطّي برنامج التأمين الصحيّ الذي يحصلن عليه نفقات العيادات الخارجية، كصحة الأسنان، والصحة الجنسيّة والانجابيّة، والصحة النفسيّة (Mezher et al. 2017; Fernandez 2018).

يواجه مجتمع الميم عين أيضًا عوائق كبيرة تحدّ من حصول أعضائه على الخدمات الأساسيّة ومنها خدمة الرعاية الصحيّة وهذا ما قد يؤثر سلبًا على صحتهم الجنسيّة والنفسيّة (Naal et al. 2020; Abboud et al. 2023). يواجه أفراد هذا المجتمع، لا سيّما مغايري الهوية الجنسيّة، التمييز العنصري في مراكز الرعاية الصحيّة (Lebanese Union for the Physically Handicapped [LUPD] 2020)، ما قد يدفعهم إلى تجنّب الرعاية الصحيّة خوفًا من التعرّض للتمييز العنصري والتصرّفات السلبية (Naal et al. 2020; Wright et al. 2017)؛ فلا يزال بعض الأطباء متمسكون بمعتقدات عنصريّة ضدهم على الرغم من أن انطباع الأطباء تجاه هذا المجتمع قد تغيّر بحسب دراسة أجريت مؤخرًا (Naal et al. 2020). ويعاني أفراد مجتمع الميم عين اللاجنئين تمييزًا إضافيًا بحكم وضعهم كلاجئين (Abboud et al. 2023; Moussawi 2023)، بالإضافة إلى أن برامج التأمين أو الضمان الاجتماعي لا تغطي عمليّات تأكيد الهوية الجنسيّة، وعلاج تبديل الهرمونات لمغايري للهوية الجنسيّة ذات التكلفة الباهظة غالبًا (Helem 2020).

تُعتبر إمكانية الوصول الجسدي الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة بأمان، وتمثّل إلى جانب إمكانيّة الوصول المادي مكوّنين أساسيين للحق في الصحة. غير أن الكلفة المادية لا تزال عائقًا أساسيًا أمام اللاجنئين والعمّال المهاجرين للحصول على الرعاية الصحية، وتتضمّن الكلفة الماديّة: كلفة الاستشارة، والعلاج، والدواء، والتكاليف غير المباشرة المتصلة بكلفة المواصلات وبتعد مراكز الرعاية الصحية (UNHCR 2019). وخلصت اليونيسف إلى أن أولياء الأمر لم يعودوا قادرين على دفع تكاليف المواصلات لنقل أطفالهم إلى المراكز الصحيّة من أجل الحصول على الرعاية الصحيّة أو اللقاحات، ما ساهم في خفض نسبة التلقيح لدى الأطفال بأكثر من 30%. لا سيّما عند الفئات الضعيفة (UNICEF 2022b). فضلًا عن ذلك، تشكل محدوديّة حرية التنقل تحديًا إضافيًا أمام اللاجنئين السوريين، لا سيّما بالنسبة إلى الذين لا يملكون الأوراق اللازمة (الإقامة) التي بدورها تعوّق تأمين سبل العيش والحصول على الرعاية الصحيّة والحاجات الأخرى (International Commission of Jurists 2020).

جدول 2. الفئات الديموغرافية المختارة ومؤشرات الصحة

8.4	عدد السكان بالملايين، 2020 ^a
74	العمر المتوقع لمواليد العام 2023، ذكور ^b
78	العمر المتوقع لمواليد العام 2023، إناث ^b
4.37	نسبة وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي (مواطنون) ^c
8.11	نسبة وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي (أجانب) ^c
7	نسبة وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي (مواطنون) ^c
8	نسبة وفيات الأطفال ما دون الـ 5 سنوات ^d
6.1	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (مواطنون) ^c
21.99	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (أجانب) ^c
15.76	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (مجموع) ^c
98%	النسبة المئوية للمواليد تحت إشراف طبيب متخصص، 2004-2020 ^b
74%	نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي ^c
48%	نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات مياه الشرب المدارة ^c

a CAS & ILO, 2020: [Link](#).

b UNFPA, 2023: [Link](#).

c MoPH Vital Data Observatory and Health Indicators, data for 2022: [Link](#).

d UNICEF: [Link](#)

■ نسبة الوفيات

شهدت نسب وفيات الأمومة والرضع ارتفاعًا كبيرًا منذ بداية الأزمة. ارتفعت نسبة وفيات الأمومة من 23.7 إلى 47 وفاة من بين كل 100 ألف ولادة حية بين عامي 2019 و2021، وكان العدد أكبر بين غير المواطنين (51.33) مقابل (43.15) بين النساء اللبنانيات (انظر إلى الجدول رقم 2، MoPH 2023c). يعود ارتفاع وفيات الأمومة في العام 2021 جزئيًا إلى وباء كوفيد - 19. وسُجّل في العام 2022 ارتفاعًا في وفيات الأمومة بواقع 15.76 للبناتيات و21.99 للسوريات من بين كل 100 ألف ولادة حية، ما يدل على أن النسبة لا تزال أعلى بشكل ملحوظ لدى غير اللبنانيات، وأعلى من نسبة العام 2018 أي قبل الأزمة (MoPH 2023 & WHO 2022b). الحال عينه بالنسبة إلى نسب وفيات الأطفال حديثي الولادة التي ارتفعت من 5.3 إلى 5.5 من بين كل 1000 مولود حي بين العامين 2018 و2020، وكانت أعلى لدى غير اللبنانيين مقارنةً باللبنانيين. في العام 2022، كانت نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة بين اللبنانيين من أصل 1000 مولود حي 4.3، وعند غير اللبنانيين 8.11، أي أنها كانت أعلى بنسبة كبيرة لدى غير اللبنانيين (MoPH Vital Data Observatory). هذه الفروقات بين نسب الوفيات بين اللبنانيين وغير اللبنانيين تشير على الأرجح إلى اللامساواة في

الحصول على الرعاية الصحية على أساس الحالة الاجتماعية الاقتصادية أو مكان السكن. خلُصت دراسة لتقييم عدد وفيات الأمومة بين اللبنانيات والسوريات بين العامين 2011 و2018 (El-Kak et al 2019). إلى أن الارتفاع الطفيف في نسب وفيات الأمومة بين اللبنانيات والسوريات في محافظتي الشمال والبقاع، حيث يتركز اللاجئين السوريون، يعود إلى نقص مراكز الإحالة؛ كما أشار معدو الدراسة إلى احتمال أن تكون رداءة نوعية رعاية الأمومة مسيئاً لوفيات الأمومة في لبنان (El-Kak et al. 2019).

كوفيد - 19 واللامساواة في نظام الرعاية الصحية

تسبب وباء كوفيد - 19 وإجراءات مواجهته في نشر اللامساواة في نظام الرعاية الصحية. وقع حمل الرعاية الصحية لمرضى كوفيد - 19 على كاهل القطاع العام بعدما رفض القطاع الخاص توفير أسرة لرعايتهم، وذلك في العام 2020 حيث كان القطاع العام يترنح بسبب الأزمة الاقتصادية. أعدت وزارة الصحة العامة في نيسان/أبريل 2020 قائمة بـ 15 مستشفى مؤهلاً لإجراء فحص الـ PCR. ومن بين المستشفيات في القائمة، وحده مستشفى رفيق الحريري الجامعي كان يجري الاختبار مجاناً. تقع معظم المستشفيات في القائمة في بيروت وجبل لبنان، وليس من بينها أي مستشفى في المناطق الريفية كالبقاع أو جنوب لبنان (باستثناء صيدا) أو عكار بالإضافة إلى المستشفيات، توفر 129 مختبراً لديها ترخيص إجراء الفحص، كانت تجريه مقابل \$100، فاضطرت العائلات إلى دفع تكاليف الفحوص والرعاية الصحية من جيبتها الخاص، نظراً إلى أن تغطية التكاليف كانت محدودة، سواء من قبل مستشفى رفيق الحريري الجامعي أو الصناديق الوطنية الأخرى أو شركات التأمين (Kreichati 2020).

كانت قدرة مستشفى رفيق الحريري الجامعي (والقطاع العام بشكل عام) على استقبال مرضى كوفيد - 19 محدودة. بالمقابل، فرزت المستشفيات الخاصة أقساماً خاصة لاستقبال مرضى كوفيد - 19 بتكلفة باهظة تفوق قدرة تحمّل معظم اللبنانيين الذين لا يستفيدون من تأمين صحي (Kreichati 2020). كان توفير اللقاحات بطيئاً، ولم يكن توزيعها منصفاً، ففي نهاية العام 2021، وُزِع اللقاح على 18% من غير اللبنانيين فقط، مقابل 81% للبنانيين (MoPH 2023b).⁹ وتوصل بحث أعمق حول الجرعات الموزعة إلى أن 10% من السوريين تلقوا اللقاح، مقابل 4% من حملة الجنسيات الأخرى، و2% فقط من الفلسطينيين (MoPH 2023b). من بين التفسيرات الممكنة لقلّة عدد الأجانب الذين تسجّلوا على منصة تلقي اللقاح هي الخوف من الاحتجاز أو الترحيل (بسبب مشكلة في الإقامة مثلاً)، وقلّة الثقة بالحكومة اللبنانية، وقلّة المعلومات حول اللقاح والتسجيل، وعدم القدرة على دفع تعرفه النقل (Kaloti & Fouad 2022; Human Rights Watch 2021). أمّا بالنسبة إلى العمّال المهاجرين، فيُحتمل أن تكون الملاءمة الثقافية أو لغة المعلومات المنشورة قد لعبت دوراً في الامتناع عن التسجيل لأخذ اللقاح (Human Rights Watch 2021). كان التوزيع على الأقضية غير منصف أيضاً، فالغالبية العظمى من اللقاحات أعطيت لبيروت وجبل لبنان (MoPH 2023b). وسواء كان عدم الإنصاف في توزيع اللقاح على صعيد الجنسيّة أو القضاء، فإن ذلك يعكس الإجحاف المتجذّر الذي يؤثر على الحق في الصحة. هذا وقد أظهرت بيانات من الأمم المتحدة أن معدّل وفيات اللاجئين السوريين والفلسطينيين بسبب كوفيد - 19 كان أعلى بكثير من معدل وفيات اللبنانيين (Azhari 2021a, 2021b).

عزّض النقص في معدات الوقاية الشخصية (بسبب غياب التمويل الخارجي وعدم

⁸ راجعوا القائمة على هذا الرابط

⁹ 1% من متلقي الطعم جنسيّهم غير مذكورة

القدرة على استيراد الكميات اللازمة) العاملين في الرعاية الصحية إلى خطر الإصابة (El Jamal et al. 2021). كما تسببت زيادة عبء العمل (نتيجة سوء التخطيط) بإنهاك مهني شديد لدى الأطباء والممرضين، لاسيما في القطاع العام، ما أثر سلبيًا على صحتهم العقلية. وارتبط الانهاك المهني الشديد بعدة أمور كأن يكون الفرد امرأة، أو طبيبًا، أو متزوجًا، أو صحته سيئة، أو يعيش مع شخص يحتاج إلى الإعالة (كطفل، أو شخص متقدم في السن، أو فردٍ عليلٍ من أفراد العائلة)، أو أن يكون الفرد من أصحاب الدخل المحدود (Youssef et al. 2022). تُسلط انعكاسات الوباء على العاملين في مجال الرعاية الصحية الضوء على غياب القوانين والاستراتيجيات لتوفير بيئة عمل آمنة لهم (El Jamal et al. 2021). كما أن ذلك يسلط الضوء على غياب العدالة بين موظفي القطاعين العام والخاص، واحتمال بروز تمييز بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وهو ما بيّنته دراسة حول الإنهاك المهني (Youssef et al. 2022).

الصحة النفسية

تسببت جائحة كوفيد - 19 بتأثيرات مختلفة على صحة الأفراد النفسية، حتى أن إحدى الدراسات خلصت إلى أن الخوف من كوفيد - 19 يزيد من التوتر والقلق بين المشاركين في الدراسة (Salameh et al. 2020). والجدير ذكره أن سلامة وآخرين (2020، p) استنتجوا أن التوتر والقلق زادا بين المشاركين الذين كانوا يواجهون كذلك «ضائقة ماثية» في أثناء الوباء، ما يشير إلى التأثير المزدوج لأزمات لبنان المتعددة. في الواقع، تبين أن الصحة النفسية تدهورت أو أنها كانت سيئة في الكثير من المجتمعات حسب دراسات مختلفة أجريت بعد بداية الأزمات المتعددة في لبنان. غير أن الدراسات التي أجريت قبل العام 2019 تشير إلى صحة نفسية ضعيفة بين السكان، بما في ذلك مجتمعات اللاجئين¹⁰. ومع ذلك، لا تزال خدمات الصحة النفسية في البلاد غير ملائمة وغير كافية، على الرغم من إنشاء البرنامج الوطني للصحة النفسية في العام 2014، واعتماد استراتيجية الصحة النفسية في العام 2015، في حين يواجه الأفراد عوائق كبيرة في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والأدوية.

وتجدر الإشارة إلى أن ما يناهز 50% من ميزانية وزارة الصحة العامة المخصصة لخدمات الصحة النفسية يُنفق على الاستشفاء في القطاع الخاص، ولم يُعمل حتى الساعة على دمج الصحة النفسية بشكل كافٍ في شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان (El Khoury et al. 2020). علاوة على ذلك، تتركز الخدمات في العاصمة (Farran 2021)، وهي تصبّ تركيزها على الصحة النفسية كحالة سريرية وطبية ولا تأخذ في الاعتبار العوامل الهيكلية والسياقية (Noubani et al. 2021). كما تُعتبر خدمات الرعاية الصحية النفسية والأدوية باهظة الثمن وبعيدة عن متناول الكثيرين، ولا تزال التغطية محدودة. إذ لا تخضع خدمات الصحة النفسية والأدوية النفسية للتأثير للتغطية بالكامل أو أن تغطيتها جزئية من خلال خطط التأمين المتاحة (El Khoury et al. 2020). وتؤثر جميع هذه العوامل الأخيرة على إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والأدوية، ولا سيما بين الفئات المستضعفة. أما الجزء الأكبر من الرعاية الصحية النفسية، فتوفره المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية التي تستهدف مجتمعات محددة، مثل اللاجئين السوريين، أو التي تقدّم خدمات الصحة النفسية القصيرة المدى أو برامج الدعم النفسي والاجتماعي (Farran 2021; Noubani et al. 2021).

قطاع الأدوية

كانت المشكلات في قطاع الأدوية في لبنان قائمة قبل حدوث الأزمة الحالية (كما هو موضح سابقًا). فالسياسات النيوليبرالية التي تشجّع على الخصخصة وتحقيق الأرباح في قطاع الصحة تُطبّق كذلك على قطاع الأدوية، الذي يميّز بالفساد ويخضع لتأثيرات المحسوبية السياسية. فيهيمن عشرة مستوردين على السوق، أربعة منهم يملكون أكثر من 50% من حصة السوق، ما يحدّ من القدرة التنافسية ويسبّب زيادة في الأسعار (Consultation & Research Institute 2020; Kreichati 2020). ويُستورد ما يقارب 95% من الأدوية في لبنان لأنّ هذه الشركات تعيق الإنتاج المحلي، وتهيمن على السوق الأدوية ذات العلامات التجارية بدلاً من البدائل العامة الأرخص ثمنًا (El-Harakeh & Haley 2022; Amnesty International 2021).

وأدّت الأزمة الحالية إلى زيادة تقييد الوصول إلى الأدوية والقدرة على تحمّل تكاليفها في لبنان. في بادئ الأمر، أثر كلٌّ من تدهور قيمة الليرة اللبنانية ونقص العملات الأجنبية وخطوط الائتمان المصرفية المحدودة على واردات الأدوية، وبالتالي على توافر الأدوية. وفي شهر تشرين الثاني/نوفمبر من العام 2021، رفعت الحكومة الدعم عن الكثير من الأدوية الأساسية التي كانت طرحتها في بداية الأزمة. وساهم ذلك في ارتفاع أسعار الأدوية بشكل كبير. فالتقديرات في العام 2021 تشير إلى أنّ 70% على الأقل من السكان لا يستطيعون تحمّل تكاليف الأدوية اللازمة (Amnesty International 2021; Amnesty International 2023). كما أدى النقص في الأدوية إلى نشوء سوق غير رسمية للأدوية، ما سهّل استيراد الأدوية المزيفة أو المنتهية الصلاحية (Amnesty 2023). وأنهم مورّعو الأدوية والصيدلة بإخفاء الأدوية، أو انتظار رفع الدعم عنها لبيعها بسعر أعلى، أو حتى تهريب الأدوية إلى خارج البلاد (El-Harakeh & Haley 2022).

والجدير ذكره أنه لعدم القدرة على تحمّل تكاليف الأدوية الأساسية وعدم إمكانية الحصول عليها تأثيرًا مباشرًا على صحة الأفراد. على سبيل المثال، كان لنقص الأدوية آثار مدمّرة على صحة المرضى الذين يعانون أمراضًا مزمنة أو شديدة والمعرّضين لخطر الإصابة بالمضاعفات (Amnesty 2023). ولجأ المقتمدرون إلى شراء الأدوية الضرورية أو استيرادها شخصيًا من الخارج، في حين تبرّعت المنظمات غير الحكومية بالأدوية للمحتاجين. ومع ذلك، ساهم هذا الوضع في عدم تكافؤ فرص الحصول على الأدوية الأساسية بين السكان، ما يعيق وصول الجميع إلى الحق في الصحة.

الإطار القانوني والتنظيمي المتعلق بالحق في الصحة

ما زالت تستند عمليّة صنع السياسات الصحيّة في لبنان إلى التشريعات والإصلاحات التي اعتمدت قبل الحرب الأهليّة، في حين أن غياب النصوص التي تتعلّق بالصحة في الدستور لا يزال يؤثر على الحق في الصحة اليوم. أما كما ان القوانين والمراسيم والسياسات والاستراتيجيات المتعلقة في قطاعات أخرى (محددات الصحة) فتغيب عنها النصوص المتعلقة بالصحة. وعلى الرغم من غياب أيّ تشريعات أو قوانين تتعلّق بالحق في الصحة في التشريعات اللبنانيّة، يبقى لبنان طرفاً في الكثير من الاتفاقيات والمعاهدات التي تتضمّن أحكاماً بشأن الحق في الصحة، بما في ذلك العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة للعام 1966 (المادة 12)، واتفاقيّة حقوق الطفل للعام 1990، واتفاقيّة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة للعام 1979 (CEDAW; with reservations to three articles)، من بين اتفاقيات أخرى، وهو من بين الدول التي وقّعت على اتفاقيّة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للعام 2006 (المادة 25). ومن الجدير ذكره أنه على الرغم من استضافة لبنان لمجتمعات كبيرة من اللاجئين والمهاجرين، هو ليس طرفاً في الاتفاقيات ذات الصلة التي تهدف إلى حماية اللاجئين أو العمّال المهاجرين، مثل اتفاقيّة اللاجئين للعام 1951.

والجدير ذكره أن الدستور اللبناني صدر في عهد الانتداب الفرنسي في العام 1926. ولم يذكر الدستور الحق في الصحة، كما أنه ما من إشارة مباشرة إلى الصحة في الدستور. ولكن، تذكر مقدّمة الدستور الحماية من التمييز بين المواطنين، وهي تنصّ على أن «لبنان جمهوريّة ديمقراطيّة برلمانيّة... وعلى العدالة والمساواة في الحقوق والواجبات بين جميع المواطنين دون تمايز أو تفضيل». ولم تُذكر الخصائص المحميّة صراحة، باستثناء حرّيّة المعتقد وممارسة الشعائر الدينيّة. وبناءً عليه، لا يحمي الدستور بالضرورة من التمييز على أساس النوع الاجتماعي أو الجنس. كما نصّت المقدّمة على أن «الإنماء المتوازن للمناطق، ثقافيّاً واجتماعيّاً واقتصاديّاً، ركن أساسي من أركان وحدة الدولة واستقرار النظام». وأشارت المادة 7 من الدستور إلى المساواة التي تنصّ على أن «كل اللبنانيين سواء لدى القانون وهم يتمتّعون بالسواء بالحقوق المدنيّة والسياسيّة...» (Lebanese Constitution 2004). وتجدر الإشارة إلى أن الدستور يمنح هذه الحقوق والحماية للمواطنين فحسب ولا يشير إلى المقيمين من غير المواطنين في البلاد سوى إشارة بسيطة. وهذا مثير للقلق كون أن ما يزيد قليلاً عن 20% من سكان البلاد البالغ عددهم 4.8 مليون نسمة كانوا من غير المواطنين في منتصف العام 2018 (Central Administration of Statistics) [ILO] 2020 [CAS] & International Labour Organization [ILO] 2020).

وتخضع الصحة العامة في لبنان اليوم للمرسوم رقم 8377/1961، الذي يركّز، على غرار مرسوم الصحة العامة للعام 1932، على البيئة والصرف الصحي ومكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها والحجر الصحي. وتنص المادة 2 من المرسوم على أن وزارة الصحة العامة «تُعنى بالحفاظ على الصحة العامة، ورفع مستوياتها وذلك بتأمين الوقاية من الأمراض، ومعالجة المرضى المحتاجين، والإشراف على المؤسسات الصحيّة الخاصة وفقاً لأحكام القوانين الخاصة بها. كما تتولّى إعداد المقترحات بالتشريع والتعديل في القوانين والأنظمة المتعلقة بكافة حقول الصحة العامة».

بالإضافة إلى ذلك، يركّز المرسوم بشكل أكبر على تنظيم الوزارة وعملها ولا يذكر الحق في الصحة للجميع، على الرغم من أنه يقدم خدمات الرعاية الصحية المجانية للمحتاجين (من خلال صندوق وزارة الصحة العامة). وفي ما يتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة، ينص القانون رقم 574/2004 على أنه «للمريض الحق، في إطار نظام صحي وحماية اجتماعية، بتلقي العناية الطبية الرشيدة والمناسبة لوضعه»، بالإضافة إلى التركيز مرّة أخرى على الرعاية الصحية. وفي الآونة الأخيرة، تحديداً في العام 2019، طُرح مشروع قانون لتغطية الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين اللبنانيين وقدم إلى مجلس النواب ولكن رُفض ولم يتم اعتماده حتى الآن (El-Jardali et al. 2023a).

وفي العام 2022، أطلقت وزارة الصحة العامة، بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية، استراتيجية وطنية للصحة - رؤية 2030 للصحة (MoPH & WHO 2022a). وتتعترف هذه الاستراتيجية بالأزمات المستمرة في لبنان وتأثيرها على الصحة ومحدداتها، كما تقر أهمية محددات الصحة من خلال هدفها المتمثل في «[البحث عن] نهج مشترك بين القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية لعدم المساواة الصحية، وتعزيز الصحة في السياسات كافة». ووفقاً لذلك، تبرز الاستراتيجية ضرورة «استهداف المناطق ذات المؤشرات الأقل من المتوسط» لتعزيز صحة السكان، رغم أن الاستراتيجية تشير إلى عدم تطبيق ذلك حالياً، بالإضافة إلى غياب أي خطة لتحقيق هذا الهدف حتى الآن. وبناءً على استراتيجية 2016-2020 وجهود وزارة الصحة العامة السابقة، يُعتبر تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية من بين أهدافها الرئيسية الخاصة بهذه الاستراتيجية. وعلى الرغم من أن الاستراتيجية تتناول التجزئة وتعدّد آليات التمويل باعتبارها تحديات رئيسية تواجه النظام، لا تهدف إلى توحيد صناديق التأمين الاجتماعي الستة المتاحة كأحد أهدافها، بل تقترح تطوير «حزمة منافع أساسية موحدة». ولتحقيق هذه الغاية، تهدف الاستراتيجية إلى منح «جميع السكان حزمة منافع مشتركة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية والاستشفاء الأساسية» على أن تموّلها مصادر وطنية (الصناديق المتاحة) للبنانيين والكيانات المعنية لغير اللبنانيين، وهي منظمة الأورورا للاجئين الفلسطينيين، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين للاجئين السوريين، وأصحاب العمل من خلال نظام تأمين خاص للعقّال المهاجرين (MoPH & WHO 2022a, p. 24). ومن المرجح أن يؤدي تنفيذ هذا الهدف إلى استبعاد مجموعات مثل عديمي الجنسية والمهاجرين واللاجئين غير المسجلين وأولئك الذين يعملون بشكل غير نظامي - أي المجموعات التي تواجه مستويات مختلفة من القابلية للتأثر. وتحتوي الاستراتيجية على الكثير من القيود الأخرى وتتطلب خطة عمل «قابلة للتنفيذ» (El-Jardali et al. 2023b).

ويُعدّ توسيع الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية الأساسية عنصراً أساسياً في الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية في لبنان¹²، التي لم يتم اعتمادها بانتظار أن تعدّلها الحكومة. ومن بين أهدافها، تهدف الاستراتيجية إلى الاستفادة من مراكز التنمية الاجتماعية الحالية لتوسيع خدمات الرعاية الاجتماعية الشاملة وجودتها، بما في ذلك الصحة، للفئات الأكثر تهميشاً وضعفاً واعتماد حد أدنى للحماية الاجتماعية. وتستخدم الاستراتيجية نهجاً قائماً على الحقوق وتهدف إلى معالجة بعض التحديات التي تعيق تحقيق الحق في الصحة في لبنان، بما في ذلك معالجة التجزئة والفجوات الحالية التي تشوب تغطية التأمين.

¹² طوّرت الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية كل من مجموعة Beyond Group بالتعاون مع اليونيسف ومنظمة العمل الدولية ووزارة الشؤون الاجتماعية من خلال التشاور مع المجتمع المدني الوطني وأصحاب المصلحة الآخرين المعنيين. وأُنجزت المسودة النهائية في يناير 2022 ولكنها لا تزال قيد مناقشة تجريها الحكومة.

التشريعات المتعلقة بالفئات المستضعفة - بعض الأمثلة

تهدف بعض التشريعات في لبنان إلى توسيع نطاق (1) الرعاية الصحيّة للمجتمعات المستضعفة من خلال توسيع الحق في التغطية و/أو خدمات الرعاية الصحيّة و/أو التأمين و/أو (2) الحماية لها، غير أنها تفتشل في معالجة محدّدات الصحة السياسيّة والاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة بشكل شامل. والحق في التمتع بأعلى مستوى من الصّحة يمكن بلوغه. علاوة على ذلك، لا تزال التشريعات الحاليّة تميّز ضد النساء والأطفال اللبنانيين، وغير اللبنانيين المقيمين في لبنان، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن، ومجتمع الميم، وهي تساهم في استبعادهم اجتماعيًا. وترد بعض الأمثلة أدناه.

على سبيل المثال، يضمن المرسوم رقم 1692/1999 والمرسوم رقم 4265/2000 حصول الأطفال على الرعاية الطبيّة ويلزم المستشفيات والمراكز الطبيّة بأن تضم أقسامًا خاصة بالأطفال. ويحقّ للأطفال الذين سُجّل أهلكم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو الصناديق الاجتماعيّة العامة الأخرى الحصول على الخدمات في إطار هذه الصناديق، بما في ذلك الصّحة والتعليم. ولكن، هذا الحق لا يشمل الأطفال المولودين من أم لبنانيّة وأب أجنبي. في الواقع، تواجه النساء في لبنان مستويات عديدة من التمييز الذي يعيق حقهن في الحصول على أعلى مستوى من الرعاية الصحيّة يمكن بلوغه، ما يؤثر كذلك على صّحة أطفالهن. والجدير ذكره أنّ لبنان أبدى بعض التحفّظات على ثلاث مواد تتضمنها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وهي، المادة 9 بشأن حقوق المرأة المتعلّقة بالجنسيّة والمادة 16 بشأن الحقوق الشخصيّة وزواج الطفل والمادة 29 بشأن التحكيم في حالة النزاعات ذات الصلة. أوّلًا، لا يحق للمرأة اللبنانيّة المتروّجة من أجنبي أن تمنح جنسيّتها لزوجها أو لأطفالها، وبالتالي يستثنى أطفالها من الحقوق التي يحق للأطفال اللبنانيين التمتع بها. وعلى هذا النحو، يواجهون صعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحيّة والتعليم. أما في ما يتعلّق بالزواج المبكر، فلم يحدّد أي سن قانوني في لبنان لسن الزواج، إذ يُترك الأمر للمحاكم الدينيّة (Human Rights Watch 2017; Manara Network for Children's Rights 2011). لذلك، لا يزال الزواج المبكر شأنًا في بعض المناطق في لبنان بين المجتمعات اللبنانيّة وغير المواطنين، وتكون مجتمعات اللاجئين والمجتمعات الفقيرة الأكثر عرضة للخطر. وينفّذ الزواج المبكر استنادًا إلى الأعراف الدينيّة والثقافيّة ولأسباب اقتصاديّة، وله آثار سلبية معروفة على النواتج الصحيّة مثل الإنجاب. كما أنه يزيد من احتماليّة التسرّب المدرسي ويعرّض الفتيات لخطر الاغتصاب الزوجي والعنف المنزلي (Abdulrahim et al. 2017; Human Rights Watch 2017; Moussawi 2023; El-Husseini Dean 2023).

وتخضع التشريعات المتعلّقة بالمرأة والأطفال في لبنان إلى حدّ كبير لتأثيرات السلطة الأبويّة للمؤسسة الدينيّة في لبنان. ويتجلى ذلك في قانون العقوبات اللبناني للعام 1943، الذي يجرم، من بين أمور أخرى، الإجهاض (المواد من 539 إلى 546) ويسمح للوالدين بتأديب الأطفال ضمن ما تسمح به «العادات العامّة» (المادة 186). وفي ما يتعلّق بالإجهاض، صدر مرسوم رئاسي في العام 1969 يقضي بتعديل قانون العقوبات ولا يسمح بالإجهاض إلّا في حالة تعرّض حياة المرأة الحامل للخطر. وفي جميع الحالات الأخرى، يُعتبر الإجهاض غير قانوني، وتواجه النساء السجن. لكن، تمكّنت غالبيّة النساء المشاركات في دراسة بحثيّة أجراها فتح الله (2019) من الوصول إلى الإجهاض الآمن، غير أنّ الأطباء أطلقوا الأحكام واللوم عليهن. وبين المشاركات في الدراسة، شكّلت كلّ من الخلفيّة الاجتماعيّة

والاقتصادية والقيود الماليّة عائقاً أمام الوصول إلى الإجهاض الآمن. وبالإضافة إلى النقص في الأدوية الأخرى، أدّت الأزمة الحاليّة إلى نقص في حبوب منع الحمل الفمويّة، مع ما يترتّب على ذلك من آثار على الصحة النفسيّة والصحة الجنسيّة والإنجابيّة للمرأة. وخلصت دراسة أجراها عيتاني وآخرون (Itani et al. 2023) إلى أنه من بين النساء اللواتي لم تتوافر لديهن إمكانيّة الوصول إلى حبوب منع الحمل الفمويّة الملائمة لهن، 9.5% تعرّضن لحمل غير مخطّط له فُلجأت أغلبيّتهن إلى الإجهاض. وتجدر الإشارة إلى أنه بغياب حقوق في الصحة الجنسيّة والإنجابيّة بموجب نظام الكفالة، لا تتمتع عاملات الخدمة المنزليّة المهاجرات إلا بحماية محدودة عندما يحقّ لهن، ويتعرّضن لخطر الطرد من العمل ويمكن أن ينتهي بهن الأمر بالعيش في وضع غير قانوني، أو قد يضطررن إلى إجراء عمليّات إجهاض غير آمنة (Mezher et al. 2021).

وكذلك يتجلّى تأثير القوانين اللبنانيّة في القانون رقم 205/2020 لتجريم التحرش الجنسي وإعادة تأهيل ضحاياه والقانون رقم 293/2014 بشأن حماية المرأة وأفراد الأسرة الآخرين من العنف الأسري وتنفيذهما (Moussawi 2023). ولا يحمي أيّ من القانونين غير المواطنين، بما في ذلك اللاجئات والعمالات المهاجرات. علاوة على ذلك، سبّبت متابعة هذين القانونين حتى تنفيذهما، ولا سيّما تنفيذهما على أرض الواقع، بعض المشكلات، خصوصاً وأن النساء يبحثن عن الحماية، ولكن كذلك بسبب العقبات القانونيّة الإضافيّة والممارسات التمييزيّة والعوائق الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة. كالتحيز الثقافي والاجتماعي من المحققين وضباط الشرطة، من بين مسائل أخرى (International Commission of Jurists 2019; Moussawi 2023). وهذا أمر مثير للقلق، إذ زاد انتشار العنف المنزلي بشكل كبير في السنوات الأخيرة بين اللبنانيين وغير المواطنين، نتيجة للأزمة الماليّة وخصوصاً في خلال جائحة كوفيد - 19 (UN-Women et al. 2021; El-Husseini Dean 2023). علاوة على ذلك، لا يجزّم القانون رقم 293/2014 الاغتصاب الزوجي، بل يترك القرارات المتعلّقة بهذه المسألة للمحاكم الدينيّة وواحد من قوانين الأحوال الشخصيّة الخمسة عشرة (حسب الانتماء الديني للشخص). والجدير ذكره أن قوانين الأحوال الشخصيّة تُعتبر تمييزيّة وغير عادلة تجاه المرأة في ما يتعلّق بالطلاق وحضانة الأطفال والإرث (Moussawi 2023). وهذا الأخير له آثار مباشرة على الصحة العامّة، إذ يمكن أن تشعر النساء بأنهن مجبرات على البقاء في علاقات مسيئة خوفاً من فقدان حضانة أطفالهن في سن مبكرة بسبب قوانين حضانة الأطفال (Dabbous 2017). أما في ما يتعلّق بعمّال الخدمة المنزليّة المهاجرين (99% منهم نساء)، فهم عرضة لسوء المعاملة والتحرش الجنسي والاغتصاب والعنف على أيدي أصحاب العمل، ولكن بموجب نظام الكفالة، لا يستفدن من أيّ وسيلة قانونيّة أو حماية (Mezher et al. 2021). وبالإضافة إلى العوامل السياقيّة المستمرة، يحول هذا العنف المنهجي ضد المرأة دون حصولها على الحق في الصحة.

وبالمثل، يعيق العنف المنهجي ضد أعضاء مجتمع الميم عين¹³ حصولهم على الحق في الصحة. على سبيل المثال، تجزّم المادة 534 من قانون العقوبات «المجامعة على خلاف الطبيعة». واستُخدمت هذه المادة لمعاقبة العلاقات الجنسيّة المثليّة بين أفراد مجتمع الميم عين، والتعبير الجنساني بين مغايري الهوية الجنسيّة، بالإضافة إلى إمكانيّة السجن لمُدّة تصل إلى عام واحد. كما استُخدمت موادٌ أخرى من قانون العقوبات (209، 521، 526، 531، 532، و533) لاعتقال أعضاء مجتمع الميم، فضلاً عن آثارها المباشرة على حقوقهم وحرياتهم. ووردت بعض التقارير عن العنف الجسدي وأنواع مختلفة من العنف، تواجه أفراد المجتمع من خلال إنفاذ القانون أو في أثناء الاعتقال، إذ يخضع الضحايا لفحوصات شرجيّة قسريّة

¹³ المثليّات والمثليّون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسيّة وأدوار الهوية الجنسيّة وغيرها من الفئات

وغيرها من الممارسات المهينة في مراكز الشرطة (Lebanese Union of the Physically Handicapped [LUPD] 2020; Helem 2020; Moussawi 2023). كما يواجه مغايرو الهوية الجنسانية عوائق عدة تحول دون تغيير المؤشرات الجنسانية على بطاقات هويتهم، بما في ذلك الرسوم القانونية المرتفعة، وشرط الخضوع للتعقيم، ورسوم الجراحة الباهظة (Helem 2020). ويواجه أفراد المجتمع وصمة عار مجتمعية تديمها الهياكل الأبوية الشاملة في لبنان (Moussawi 2023). علاوة على ذلك، أدى تزايد الخطابات السلبية في الأشهر الأخيرة للسياسيين والقادة الدينيين والجماعات الدينية التي يقودها المدنيون إلى زيادة العنف ضد أفراد المجتمع، ما زاد من تهميشهم والحدّ من المساحات الآمنة القليلة التي يمكنهم الوصول إليها. والجدير ذكره أن الافتقار إلى الحماية القانونية والبيئة التمييزية وعدم توفر التثقيف في مجال الصحة الجنسية والخوف من التمييز بين أفراد المجتمع عند طلب الرعاية الصحية، من بين عوامل أخرى، يمكن أن يعيقوا وصول هؤلاء الأفراد إلى خدمات الرعاية الصحية وحصولهم على الحق في الصحة، وبالتالي التسبب بتأثير محتمل على نواتجهم الصحية (Assi et al. 2019; Abboud et al. 2023; Wright et al. 2017; LUPD 2020; Naas et al. 2020).

وفي ما يتعلّق بالأشخاص ذوي الإعاقة، فإنّ لبنان طرف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تنصّ على أن الأشخاص ذوي الإعاقة «يتمتعون بأعلى مستويات الصحة يمكن بلوغها دون التمييز على أساس الإعاقة». وأشار إلى الصحة القانون رقم 220/2000 بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، لا يتوفر أيّ مرسوم تنفيذي للقانون رقم 220/2000، ولا تتماشى أحكامه مع القوانين الأخرى ذات الصلة كما أنها لا ترد فيها. وعلى وجه التحديد، تنصّ المادة 27 من القانون على أنه «يحق لكلّ شخص معوّق أن يستفيد من الخدمات الصحية وإعادة التأهيل وخدمات الدعم وذلك بكاملها على نفقة الدولة، ممثلة بمختلف الإدارات والهيئات التي تؤمّن تلك الخدمات»، وتنصّ المادة 28 على أنه «يحق للشخص المعوق الاستفادة من التغطية الشاملة التي تؤمّنها وزارة الصحة العامة إن على أساس التغطية الأصلية...». ويتضمن القانون، بالإضافة إلى تركيزه على الحق في خدمات الرعاية الصحية بدلاً من التركيز على الحق في الصحة، تعريفاً محدوداً للإعاقة، ويصبّ التركيز على الحالة الطبية للفرد، ولا يأخذ في الاعتبار العوائق الجسدية والاجتماعية والقانونية التي تعيق الأشخاص ذوي الإعاقة وتمنعهم من أن يعيشوا حياة طبيعية. وتطبّق أحكام هذا القانون على حاملي بطاقة هوية الإعاقة الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية والذين يطبّق عليهم التعريف المحدود للإعاقة الذي يقترحه القانون. علاوة على ذلك، على الرغم من أنّ القانون رقم 220/2000 لا يذكر صراحة أنّ اللبنانيين فقط هم المؤهلون للحصول على بطاقة هوية الإعاقة، يطبّق ذلك من الناحية العملية (Baroud & Mouheildine 2018; UNESCO 2013; Lebanese Civil Society's Coalition 2015). وعلى الرغم من أنّ القانون رقم 220/2000 يدعو إلى الحق في بيئة مواتية والتنقل والسكن والتعليم والعمل والتوظيف والتقديمات الاجتماعية، لا يطبّق ذلك من الناحية العملية. فالأشخاص ذوو الإعاقة في لبنان غير قادرين على عيش حياة مستقلة بكرامة - وهذه العوامل مهمة لضمان احترام حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الصحة (Tayar & Etheredge 2020; Handicap International 2022; see also Abu Srouf for the AWR20232023).

أما في ما يتعلّق بكبار السن، فيفقد أغلبهم المنافع الصحية عند التقاعد عندما يكونون في أمسّ الحاجة إليها. على سبيل المثال، في العام 2018، كان 56% من كبار السن يعيشون في أسر لم تستفد من أيّ نوع من منافع الحماية الاجتماعية.

وترتفع هذه النسبة إلى ما يُناهز 85% عند الأخذ في الاعتبار كبار السن الذين يعيشون في أسر من الشريحة الخمسية الأدنى دخلاً (& HelpAge International International Labour Organization 2022; International Labour Organization 2022). وهذا أمر مثير للقلق إذا أخذنا في الاعتبار أنّ نسبة الإعاقة العمرية المقدّرة في العام 2022 كانت 60% (World Bank 2023a).¹⁴ وتتسبّب نسبة الإعاقة المرتفعة هذه بالتأثيرات على عبء الرعاية الصحية الذي تتحمّله الأسر، بسبب أنظمة الضمان الاجتماعي والصحة العامة الضعيفة في لبنان. والجدير ذكره أنه عمل على إصدار الكثير من القوانين والمراسيم التي توسّع نطاق التغطية أو خدمات الرعاية الصحية لتشمل كبار السن. على سبيل المثال، نصّ القانون رقم 248/2000 على إنشاء صندوق ضمان اجتماعي اختياري لكبار السن، فشّل بعد وقت قصير من تنفيذه بسبب مشكلات هيكلية كانت تشوبه (MoSA & UNFPA 2021). ويمنح قانون آخر، وهو القانون رقم 27/2017، المتقاعدين النظاميين الدائمين في القطاع الخاص الذين يتمتعون بـ 20 عامًا من الخدمة والذين سبق أن التحقوا بفرعي المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الحق في الاستفادة من هذه التغطية بعد التقاعد. ومن المتوقع من المتقاعدين الراغبين في الاستفادة من هذه التغطية المساهمة في الصندوق للاستفادة منها. وفي حين لا تتناول هذه القوانين الحق في الصحة أو المحدّثات التي يمكن أن تؤدي إلى تحقيقه، لا ترقى إلى مستوى توفير ضمانات حماية اجتماعية عادلة وشاملة لكبار السن كما أنّها لا تُعالج مكانن نقاط ضعفهم المحدّدة (HelpAge International & International Labour Organization 2022; Phenix Center & HelpAge International 2023).

¹⁴ مقارنة بما يُقدّر بـ 55.4% تقريبًا وفقًا للبيانات الديمغرافية للإدارة المركزية للإحصاء في العام 2019، التي لا تزال مرتفعة إلى حد كبير.

محدّات الصحة

تزايد معدلات البطالة والفقر

تسببت الأزمة بتزايد كبير في معدلات البطالة التي ارتفعت من 11.4% في العام 2019 إلى 29.6% في العام 2022 (CAS & ILO 2022)، وبلغت نسبتها 47.8% بين الشباب و32.7% بين الإناث. كذلك، ترتفع معدلات العمل غير النظامي - ففي العام 2021، كان 62.4% من السكان يعملون بصورة غير نظامية، كما كان 48.3% يعملون في القطاع غير النظامي (CAS & ILO 2022)، أي غير مشمولين في برامج الحماية الاجتماعية المتوفرة. أدى عدم الامتثال للقانون والقصور في تنفيذه إلى تدني معدلات التسجيل في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حتى لموظفي القطاع الخاص، حيث يختار أصحاب المؤسسات عدم تسجيل موظفيهم لتفادي المساهمة في دفع الاشتراكات المتوجبة عليهم (Dara 2020). يعمل غالبية المقيمين غير اللبنانيين، وبخاصة اللاجئين الفلسطينيين والسوريين أيضًا بشكل غير نظامي نظرًا إلى العوائق العديدة (مثلًا، التكلفة المرتفعة) التي تعترض حصولهم على رخصة عمل قانونية، أو إلى محدودية القطاعات التي يُسمح لهم بمزاولة العمل فيها. ويُفترض بالعدد الصغير من اللاجئين الفلسطينيين والسوريين الذين يحملون تراخيص عمل رسمية المساهمة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، على الرغم من عدم استفادتهم من تغطيته (بما في ذلك التغطية الصحية) نتيجة مبدأ "المعاملة بالمثل"¹⁵ وعوائق أخرى (International Labour Organization 2021; International Labour Organization 2020).

من بين التداعيات العديدة للأزمة متعددة الجوانب في لبنان لا يزال لارتفاع الكبير في معدل الفقر يشكل تحديًا أساسيًا أمام تحقيق الحق في الصحة، كما تمّ ذكره سابقًا. يُعتبر الفقر محدّدًا أساسيًا للصحة والحق في الصحة. ويُرجّح أن يتسبب في تعميق انعدام العدالة الصحية لأنه يؤثر أيضًا على (الوصول إلى) محدّات الصحة الأخرى، وتشمل الغذاء والمياه وخدمات الصرف الصحي وظروف السكن المناسبة والتعليم وما إلى ذلك. في الربع الأول من العام 2022، عندما كان سعر صرف الدولار يناهز 25 ألف ليرة لبنانية، قدّرت إدارة الإحصاء المركزي نسبة الأسر التي تعيش بأقل من 430 دولارًا أمريكيًا بأكثر من 80% وأكّدت ذلك عدّة هيئات دولية ووطنية قدّرت نسبة الأسر التي تحتاج إلى نوع من المساعدة للتمكن من تلبية احتياجاتها المعيشية الأساسية بما يتراوح بين 75% و80%. حتى أيلول / سبتمبر 2022، قدّر معدل الفقر بين اللاجئين الفلسطينيين بحوالي 93% (UNRWA 2022)، وبلغت نسبة الذين يعيشون دون الحد الأدنى المعياري لسلة الإنفاق (SMEB) من اللاجئين السوريين 67% (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023). يدفع ارتفاع معدلات الفقر الأسر إلى إعطاء الأولوية للاحتياجات الأساسية واللجوء إلى آليات التأقلم السلبية التي تؤثر على الصحة لضمان البقاء؛ ومنها مثلًا تقليل حجم الوجبات، كما يوضحه القسم التالي (UN Women et al. 2020; UNICEF 2023). هناك برنامجان يهدفان إلى تزويد الأسر اللبنانية التي تعيش في فقر مدقع (مباشرةً بعد فترة جائحة كوفيد - 19) بالمساعدات النقدية ودعمها بالخدمات الاجتماعية لتوسيع تغطية شبكة الأمان الاجتماعي على المستوى الوطني. يشمل البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا

¹⁵ في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تمّ تفسير مبدأ "المعاملة بالمثل" على أنه يعني استفادة العاملين من البلدان التي أبرم معها لبنان اتفاقية ثنائية بشأن الضمان الاجتماعي دون سواهم من مخصصات الصندوق. حتى تاريخه، يستطيع مواطنو بلجيكا، وفرنسا، وإيطاليا، والمملكة المتحدة فقط الاستفادة من مخصصات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

(NPTP) وبرنامج شبكة الأمان الاجتماعي الطارئة (ESSNP) حوالي 160,000 أسرة تعيش في فقر مدقع، غير أن نسبة كبيرة من السكان لا تزال غير مشمولة بهذا الدعم الضروري (World Food Programme 2022; World Bank 2023b). والجدير بالذكر أن مسجلاً لمراقبة فعالية التوزيع أظهر أن الأسر تُنفق تحويلاتها النقدية بشكل أساسي على الغذاء (43%) وتليه الرعاية الصحية (12%) (World Bank 2023b).

كان وقع الأزمة كبيراً على النساء والفتيات بشكل خاص؛ فبعد أن رُفِع الدعم عن منتجات النضافة الشخصية أثناء الدورة الشهرية، أصبحت هذه المنتجات خارج متناول الكثير من النساء، وسميت هذه الحالة بـ«فقر الدورة الشهرية» (Moussawi 2023). قد تلجأ النساء غير القادرات على تحمّل تكلفة هذه المنتجات إلى بدائل غير صحية، ما يؤثر على صحتهن (Moussawi 2023). وبالمثل، أظهرت دراسة أجراها عواد وعبد (2021) لصالح منظمة أوكسفام أن أفراد مجتمع الميم عين، وبخاصة مغايرو الهوية الجنسية وغير الثنائيين واللاجئين أحرار الهوية الجنسية، أفادوا عن مواجهتهم صعوبات في الوصول إلى التوظيف والدخل، لاسيما بعد انفجار الرابع من آب/أغسطس في بيروت الذي تسبب بتدمير واسع للمساحات الآمنة لأفراد هذا المجتمع. وكما تمت مناقشته سابقاً، فإن مشكلات كالتمييز ضد مجتمع الميم، وغياب الحماية من الحكومة، والقيود القانونية تزيد الوضع صعوبة (Aouad & Abed 2021). أفاد أفراد المجتمع المشاركون في الدراسة أن محدودية الموارد تصعب عليهم تأمين الخدمات الأساسية كالسكن والرعاية الصحية، ومن بينها خدمات الصحة النفسية والصحة الجنسية والإنجابية (Aouad & Abed 2021).

انعدام الأمن الغذائي

قدّرت الأمم المتحدة عدد المقيمين الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي بين شهريّ أيلول/سبتمبر وكانون الأوّل/ديسمبر 2022، بحوالي مليوني شخص (بينهم مواطنون لبنانيون ولاجئون سوريون)، ويعود ذلك جزئياً إلى رفع الدعم عن الغذاء وتزايد تكلفة المعيشة (United Nations 2023). وجد المسح الغذائي الوطني الذي أجري في العام 2022 أن الأسر تلجأ إلى استراتيجيات التأقلم السلبية في مجال الغذاء، كتقليل حجم الوجبات، عند عدم توفر ما يكفي من الغذاء، وأن هذه الممارسات تشيع بشكل خاص بين البالغين الذين يتبعونها حتى يتمكن الأطفال من تناول الطعام (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022). أظهر المسح أيضاً أن 70% من الأطفال المشمولين في الدراسة لا يستفيدون من الرضاعة الطبيعية الحصرية المبكرة، فيما يفتقر 90% إلى بُعد واحد على الأقل من أبعاد النظام الغذائي ذي الجودة والمغذي (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022). أفادت 30% من الأسر اللبنانية، والسورية، والفلسطينية المشاركة في تقييم سريع أجري في نيسان/أبريل 2023، بأن واحداً من أبنائها على الأقل يذهب إلى الفراش وهو جائع، أي بارتفاع من 23% في العام السابق (UNICEF 2023). وأفادت 57% من الأسر اللاجئتين السوريتين بأن مدخولها الغذائي غير كافٍ (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023). بالإضافة إلى ذلك، أفادت أكثر من 80% من الأسر السورية التي تعيش في المأوى غير الدائمة بأنها لم تستهلك أغذية غنية بالحديد في الأسبوع السابق لتقييم جوانب ضعف اللاجئتين السوريتين في لبنان (VASyR)، بينما أفادت 19% بأنها لم تستهلك الأغذية الغنية بالفيتامين «أ». وسُجّلت نسب مرتفعة مماثلة بين اللاجئتين المقيمين في المأوى غير السكنية (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023).

قد يكون لسوء التغذية عواقب وخيمة على صحة الطفل ونموّه، ما يعيق بالتالي نيل الحق في الصحة. حتى العام 2022، كانت مستويات التقرّم متدنية إلى متوسطة

في كافة المحافظات (7% كمعدل على المستوى الوطني)، غير أنها سجّلت نسباً أعلى بين الأطفال السوريين المقيمين في المخيمات غير الرسمية حيث بلغت نسبة انتشار التقرّم 25.8% (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022; UNICEF 2022b). أما الهزال، فقد سجّل نسبة متدنية إلى متدنية جداً في كافة أنحاء البلاد (أقل من 5% في كافة الطبقات) بحسب المسح الغذائي الوطني (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022) الذي أظهر أيضاً أنّ 41% من النساء و43% من الأطفال المشمولين يعانون من درجة معينة من فقر الدم (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022)، ويعود ذلك على الأرجح إلى انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية (UNICEF 2022b). على الرغم من ذلك، سيبقى الأطفال عُرضة لخطر نقص التغذية وعواقبه في ظلّ ارتفاع معدلات انعدام الأمن الغذائي.

تدهور الخدمات العامة

في ظلّ تراجع قيمة العملة وأزمة الوقود التي تلت ذلك، عجزت الحكومة عن الحفاظ على تشغيل البنية التحتية العامة للكهرباء والمياه (Ferrando 2022). وساهم ضعف المرافق العامة أو عدم توفرها، وتشمل الكهرباء والمياه وخدمات الصرف الصحي، في مفاومة الفقر وعدم المساواة. وفي حين أن الوصول إلى المولدات الخاصة أو المُدارة تجارياً ممكن لمن يستطيعون تحمل تكلفتها، بيّنت دراسة أجرتها هيومن رايتس ووتش (2023) عدم قدرة حوالي 20% من الأسر منخفضة الدخل على تحمل تكلفة خدمات المولدات حيث إنها تُنفق قسماً كبيراً جداً من مداخيلها الشهرية على الاشتراك في كهرباء المولدات، ما يؤثّر على قدرتها على تلبية احتياجاتها الأساسية الأخرى. ينسب الاعتماد المتزايد على المولدات للحصول على الطاقة أيضاً في تزايد معدلات تلوث الهواء نتيجة حرق وقود الديزل وبخاصة في المناطق الحضرية والمكتظة، ما يؤثر بدوره على الصحة وبشكل خاص لدى الفئات الضعيفة، وتشمل الأطفال والمسنين والأشخاص الذين يعانون من الأمراض التنفسية (Human Rights Watch 2023). يؤثّر انقطاع الكهرباء أيضاً على مستوى الرعاية الصحية؛ حيث إن الكهرباء ضرورية للحفاظ على سلسلة التبريد للقاحات (UNICEF 2022)، ولتقديم الخدمات الاستشفائية، حيث تحدّ بعض مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات خدماتها بالرعاية الطارئة لتقنين الطاقة (Hamadeh et al. 2021).

ترتبط أزمة الكهرباء مباشرةً بأزمة المياه، حيث إنّ الكهرباء ضرورية لتشغيل مضخات المياه والآبار. منذ العام 2019، تراجع الإمداد اليومي بالمياه في لبنان إلى ما دون المعدل الموصى به للفرد والبالغ 35 لتراً (UNICEF 2021; UNICEF 2022a). تتوفر أيضاً الصهاريج التي تسهّل الوصول إلى المياه، ولو كان ذلك فقط للأسر القادرة على تحمّل تكاليفها (Ferrando 2022; UNICEF 2022a). بالإضافة إلى ذلك، تعيش نسبة كبيرة من اللاجئين (الفلسطينيون = 45%، والسوريون = 58%) في مأوى مكتظة أو دون المستوى المطلوب (& UNICEF, UNHCR, UNRWA 2020; WFP 2023). ويؤثّر سوء ظروف الإيواء ونقص الموارد المائية وخدمات الصرف الصحي مباشرةً على الصحة وخصوصاً لدى الأطفال، حيث إنهم معرّضون للإصابة بالأمراض المرتبطة بالمياه أو الصرف الصحي (UNICEF, UNHCR, & WFP 2023; UNICEF 2022a; UNICEF 2022b). مثلاً على ذلك، شكّل تفشي الكوليرا مؤخراً للمرة الأولى منذ حوالي ثلاثة عقود، مؤشراً مهماً على تدهور وضع الصحة العامة (وبشكل عام البنية التحتية) في لبنان. انطلاقاً من المخيمات غير الرسمية للاجئين في شمال لبنان، انتشرت الكوليرا سريعاً حيث اكتُشف وجودها في مصادر مياه الشفة والريّ ومياه الصرف الصحي في المخيم غير الرسمي، وفي وقت لاحق، في

مياه الصرف الصحي في منطقتين أُخريين من البلاد (World Health Organization 2022). وحتى 2 حزيران/يونيو 2023، كان عدد حالات الإصابة المؤكدة بالكوليرا في البلاد قد تجاوز 8,000 حالة وكان الأطفال من بين الأكثر تضرراً (MoPH 2023a).

البيئة

في السنوات الأخيرة، شهد لبنان تدهورًا بيئيًا كبيرًا أثر على الصحة العامة. تشكّل حرائق الغابات، وتلوث الموارد المائية والهواء، وسوء إدارة النفايات، وأزمة النفايات المستمرة، وتدهور الأراضي، والأنشطة غير المضبوطة لاستغلال المحاجر، بعضًا من المشكلات البيئية في لبنان فحسب (UNDP, UNHCR, UNICEF, & MoE 2021). ومن المتوقع أن تتزايد الظواهر الجوية المتطرفة الناجمة عن تغيّر المناخ كالفيضانات وحرائق الغابات والجفاف، ما سيؤثر على الأمن الغذائي وعلى الأسر منخفضة الدخل، ولو بشكل غير متناسب (Ferrando 2022). وكما تمت الإشارة إليه سابقًا، يُسهم استهلاك الوقود لتشغيل المولدات العاملة بالديزل، وسوء جودة الوقود المستخدم في محطات توليد الطاقة، والنقل البري (زحمة السير) بشكل كبير في تلوث الهواء في لبنان (Baayoun et al. 2019; Human Rights Watch 2023)، فيما تشكّل عدم فعالية معالجة مياه الصرف الصحي وعدم معالجة النفايات ومياه الصرف الصناعية عوامل مهمة تسهم في تلوث الموارد المائية في لبنان. مثالاً على ذلك، يشكّل تلوث مياه نهر الليطاني أحد أهم العوامل المُسببة لتلوث الغذاء ومياه الآبار في البلاد، ويهدّد الصحة العامة والإنتاج الزراعي (Darwish et al. 2021). تجدر الإشارة أيضًا إلى أزمة النفايات الصلبة المستمرة في لبنان والتي أدّت في الماضي إلى تراكم النفايات الصلبة في مُدن البلاد بسبب المأزق السياسي وسوء الإدارة (Human Rights Watch 2020). يؤثّر تلوث الهواء وسوء إدارة النفايات بشكل مباشر على الصحة، وبخاصة في ما يتعلق بالأمراض التنفسية كمرض الانسداد الرئوي المزمن والربو وما يصاحبه من أمراض جلدية.

(عدم) توفر البيانات وأثره على الحق في الصحة

أُجري الإحصاء الوطني الأخير للسكان في لبنان في العام 1932، ولا تتوفر بشكل عام على المستوى الوطني، البيانات والمؤشرات المصنّفة بحسب النوع الاجتماعي، والعمر، والانتماء العرقي، والموقع الجغرافي (الريفي أو الحضري)، والفئة الاجتماعية والاقتصادية للاستناد إليها في صياغة السياسات والتخطيط الصحي. قدّم [تقرير الإحصاءات الصحية الوطنية \(National Health Statistics Report\)](#) الذي نُشر منذ أكثر من عشر سنوات (عام 2012) بعض المبررات بشأن الوضع الصحي للبنانيين ووفّر بيانات مأخوذة من الوكالتين المعنيتين (الأونروا والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين) عن وصول اللاجئين إلى الرعاية الصحية والخدمات المتوفرة لهم، غير أنه لم يتطرق إلى صحة العمال المهاجرين. أجريت دراسات استقصائية وطنية أو تمثيلية أخرى منها [تقييم جوانب ضعف اللاجئين السوريين في لبنان](#)، ألقت الضوء على التحديات والتباينات التي تواجه بعض الفئات الضعيفة أو غير المواطنين، بما في ذلك في مجال الصحة. غير أنّ هذه الدراسات لم تمثل تمثيلاً تاماً أو استبعدت بعض الفئات الضعيفة التي تواجه تحديات خاصة كالأشخاص غير المسجلين أو غير النظاميين. تفتقر البيانات المتوفرة إلى التوحيد (حيث تعتمد الجهات الفاعلة المختلفة على مؤشرات وتعريفات مختلفة)، وهي غير محدّثة ومتناقضة في بعض الأحيان، كما أن الجهات الفاعلة المعنية لا تشارك البيانات على الدوام (Badr & Asmar 2016).

بالإضافة إلى ذلك، تُعدّ وزارة الصحة العامة تقارير إحصائية ووبائية دورية عن عدّة مؤشرات صحية تشمل بيانات مراقبة الأمراض المعدية وغير المعدية والبيانات عن صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة ([انظر مرصد المعلومات الحيوية](#) التابع لوزارة الصحة العامة و[المؤشرات الصحية](#) الصادرة عن الوزارة). قُسمت بيانات صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة بحسب المناطق والجنسية، فيما جُمعت بيانات غير المواطنين في مجموعة واحدة، ما يترك تداعيات على إمكانية نيل الحق في الصحة لفئات كلاجئين وعمال المهاجرين الذين تتباين ظروفهم المعيشية ومحدّدات الصحة الخاصة بهم ويُعتبر وصولهم إلى الرعاية الصحية محدوداً أيضاً. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ عدم توفر طرق موحّدة لجمع البيانات ومؤشرات موحّدة لا يسمح بإجراء المقارنات ضمن هذه الفئات كما أنه قد يعيق تطوير السياسات والبرامج. علاوةً على ذلك، لا تتوفر بيانات وطنية رسمية ومحدّثة يستطيع الباحثون أو المعنيون الوصول إليها لتقييم التفاوت في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية أو نيل الحق في الصحة ما يصعب مساءلة الحكومة عن واجبها بضمان الحق في الصحة للجميع.

¹⁵ في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تمّ تفسير مبدأ "المعاملة بالمثل" على أنه يعني استفادة العاملين من البلدان التي أبرم معها لبنان اتفاقية ثنائية بشأن الضمان الاجتماعي دون سواهم من مخصصات الصندوق. حتى تاريخه، يستطيع مواطنو بلجيكا، وفرنسا، وإيطاليا، والمملكة المتحدة فقط الاستفادة من مخصصات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الاستنتاجات والتوصيات

على الرغم من أنّ الأزمة المستمرة تسببت في مفاقمة الوضع، إلا أنّ أُسس النظام الصحي غير العادل في لبنان تسبق اندلاع الأزمة الراهنة. بشكل عام، ليس التقدم المُحرز (في القطاع الصحي والقطاعات الأخرى) متكافئاً بين المناطق، كما هو حال التنمية، ولا يتمتع المقيمون في لبنان حتى الآن بحقوق متساوية، ومن بينها الحق في الصحة. فبدلاً من ضمان هذا الحق، ساهمت السياسات والإصلاحات الوطنية في ارتفاع مستويات التفاوت في الدخل، ونشوء التفاوتات بين المناطق في مختلف محددات الصحة ما أدى إلى استثناء عدّة فئات. وتتلخّص التحديات والحواجز الرئيسية التي تعيق نيل الحق في الصحة بما يلي:

- ساهم تعزيز الليبرالية الاقتصادية - التي سهّلتها الطبقة السياسية والفساد والمحسوبيات - في توسّع قطاع الرعاية الصحية الخاص، وتأخر تنمية قطاع الرعاية الصحية العام. وبالمثل، تسببت الليبرالية الاقتصادية في إعاقة تنمية القطاعات الأخرى، ما أثر على المحددات الكامنة للصحة كالمياه والصرف الصحي، والطاقة، والبيئة.
- على الرغم من التقدّم المُحرز في بعض الجوانب، تسبّب ضعف الحوكمة والبنية التحتية، وسوء التخطيط، ونقص التمويل، وضعف جودة الخدمات في تدهور إضافي لقطاع الرعاية الصحية. ويسهم هذا التدهور إلى جانب التجزئة القائمة في التمويل وتقديم الرعاية الصحية، في إحداث التفاوتات في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وتوفيرها بين مختلف الفئات السكانية.
- تركّز القوانين، والمراسيم، والسياسات، والاستراتيجيات الصحية الراهنة بشكل أكبر على الوصول إلى الرعاية الصحية بدلاً من توفير الصحة كحق. وعلى الرغم من أن لبنان هو من الدول الموقعة على العديد من الاتفاقيات والمعاهدات التي تنص على الحق في الصحة، إلا أنّ هذه الأحكام لا تُطبّق عقلياً. علاوةً على ذلك، يؤدّي العديد من القوانين والسياسات إلى الإقصاء الاجتماعي لبعض الفئات كالمسنين، والنساء، والأطفال، وذوي الإعاقة، ومجتمع الميم، ما يعيق نيل الحق في الصحة.
- استند النظام الصحي على مرّ السنوات على ثقافة الرعاية العلاجية بدلاً من الرعاية الوقائية.
- يفتقر لبنان إلى استراتيجية شاملة للحماية الاجتماعية توفّر التغطية الصحية الشاملة للجميع، وإلى شبكة رعاية صحية أولية فعالة وقادرة على توفير حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الضرورية للجميع.
- ساهم الوضع في انعدام العدالة والتمييز في إتاحة الفرص والوصول إلى خدمات الصحة والرعاية الصحية على أساس صفات يجب أن تكون محمية بالقانون (كالنوع الاجتماعي، ومستوى الدخل، والانتماء السياسي أو الديني، والوضع القانوني للمواطن، والجنسية)، وبخاصة للمجموعات الضعيفة والمهمشة.

نحو ضمان الحق في الصحة للجميع في لبنان

- **إرساء ثقافة الصحة كحق:** من المهم للغاية إدراج ضمان الحق في الصحة للجميع في الدستور أو وضع التشريعات الوطنية الضرورية التي تضمن هذا الحق، وتوعية المقيمين بحقوقهم، وتمكينهم من مساءلة الحكومة لضمان استيفاء هذا الحق. عقلياً، ينبغي بذل الجهود للتوعية بآليات الشكاوى المتوفرة في القطاع الصحي العام والترويج لاستخدامها، وتشمل الخط الساخن الوطني لشكاوى واستفسارات المواطنين في وزارة الصحة العامة، والموقع والتطبيق الإلكتروني للوزارة، والنظام الوطني لمعالجة المظالم الذي يغطي شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية.¹⁶ ينبغي جعل استخدام هذه الآليات مجانياً وتوسيع نطاقها لتشمل الأسئلة والشكاوى المرتبطة بحقوق الشخص في الصحة. وينبغي أن يتمكن الأفراد من المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهم (كما ينص عليه القانون رقم 574/2004 المتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة)، وبشكل أشمل، ينبغي أن يشارك المجتمع المدني والجمهور العام في برامج الصحة العامة وتطوير السياسات، سواء من خلال المشاورات الوطنية أو اللجان الصحية المحلية. وينبغي بذل الجهود لضمان شمول الأفراد الأكثر ضعفاً أو تهميشاً في المجتمع و/أو منظمات المجتمع المدني التي تمثلهم في المشاورات واللجان. يتطلب تحقيق العدالة الصحية أيضاً إصلاحات لمحددات الصحة كالمشكلات التي تعيق الوصول العادل والمنصف إلى التعليم والتوظيف، والمياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي المناسبة، والغذاء الصحي، وموارد الطاقة المتجددة، والبيئة الصحية. لبلوغ هذه الغاية، يُعتبر ضمان شمول الصحة في كافة السياسات مهماً. يتطلب تحقيق الحق في الصحة أيضاً تعزيز القبول في مرافق وخدمات قطاع الرعاية الصحية العام - الذي يجب أن يكون الجهة الأساسية لتقديم خدمات الرعاية في البلاد - ورفع التوعية على المستويين الثقافي والاجتماعي بشأن تغليب قيمة الخدمات الوقائية على الخدمات العلاجية.
- **تعزيز شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان:** ينبغي بذل الجهود لتعزيز قطاع الرعاية الصحية العام والشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية في لبنان. وينبغي أن تحسّن وزارة الصحة العامة القدرة على تقديم الخدمات في مرافقها، وتوفر هذه الخدمات وجودتها، ما يستوجب ضمان امتلاك العاملين الصحيين للمؤهلات المناسبة. على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية، ينبغي أن تشمل الخدمات المقدّمة الرعاية الوقائية، والرعاية الجنسية والإنجابية، وخدمات الصحة النفسية والتي ينبغي أن تُرصد لها ميزانية مناسبة. يُعتبر تحسين الجودة وضمان سلامة المرضى أساسياً لبناء الثقة في القطاع ويستوجب قيام الحكومة باعتماد سياسة شاملة لتحسين الجودة وسلامة المرضى.¹⁷ بالإضافة إلى ذلك، ينبغي إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية للجميع، مادياً ومالياً على السواء. ويعني ذلك عملياً ضمان التوزيع العادل للمراكز بين المحافظات. ومن المهم أيضاً معالجة مشكلات النقل العام (مثلاً ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات النقل المقبولة التكلفة والأمنة للنساء والفتيات) لضمان تمكّن الأفراد من الوصول إلى المركز الأقرب إليهم. ينبغي أن تكون المراكز مجهزة (مثلاً بالعاملين الصحيين، والمنشآت، والمعدات، ووسائل

¹⁶ يفدّم حمود وآخرون (2021) نظرة عامة عن آليات الشكاوى المتوفرة، ويناقدون الفجوات الراهنة، ويقدمون التوصيات للتحسين في المقال بعنوان "إنشاء نظام لشكاوى المرضى في الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية في لبنان (2016-2020)". دروس للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل " (Setting up a patient complaint system in the national primary healthcare network (in Lebanon (2016-2020): Lessons for Low- and Middle Income Countries

¹⁷ يصف الجردلي وفضل الله (2017) طريقة تحقيق ذلك عملياً في دراستهما بعنوان "مراجعة للسياسات والاستراتيجيات الوطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى: دراسة حالة من لبنان والأردن" (A Review of National Policies and Strategies to Improve Quality of Health Care and Patient Safety: A Case Study from Lebanon and Jordan)

الوصول المادي، وما إلى ذلك) لتوفير الرعاية التي يحتاج إليها الأفراد بتكلفة مقبولة. ومن المهم أيضًا معالجة تأثير المؤسسات الصحية والدينية والفساد في النظام.

• **العمل لإرساء نظام رعاية صحية شامل للجميع:** يشكّل اعتماد قانون للرعاية الصحية الشاملة للجميع يضمن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية لكافة المقيمين في لبنان، وليس فقط للمواطنين، خطوة ضرورية لتحسين العدالة الصحية والحدّ من التمييز. ينبغي أن تكون خدمات الرعاية الصحية والأدوية الأساسية متاحة للجميع وبأسعار مقبولة. قد يقلل اعتماد قانون الرعاية الصحية الشاملة للجميع الإنفاق من الجيوب الخاصة، ويحدّ بالتالي من احتمال وقوع الأسر الأكثر فقرًا تحت عبء النفقات الصحية الكارثية.¹⁸ بالإضافة إلى ذلك، من المهم وضع التشريعات لضبط أسعار السوق وتحديد سقف لهوامش الربح في القطاع الصحي، وذلك بخاصة في مجال الأدوية والفحوص المتخصصة. وينبغي بذل الجهود لتقليل الاعتماد على القطاع الخاص وزيادة تنظيمه. في موازاة ذلك، من المهم للغاية اعتماد "الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية" لأنها توفر التغطية وحزمة من المنافع الأساسية التي تتضمن خدمات الرعاية الصحية الأساسية للجميع، بما في ذلك الفئات الضعيفة والمهمشة. ويمكن تأمين التمويل للرعاية الصحية الشاملة للجميع من خلال اعتماد الضريبة التصاعدية، من بين آليات تمويلية أخرى، على أن تسبقها جهود لتوحيد آليات التمويل الراهنة وتعزيز التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة المعنية بالقطاع. يُعتبر ذلك أساسيًا للحد من التجزئة، والازدواجية، وعدم الكفاءة التي تشكّل عوائق كبيرة أمام نيل الحق في الصحة للجميع في البلاد.

• **توفّر البيانات والشفافية:** قد يساعد توفير البيانات المبنية على النوع الاجتماعي، والجنسية، والعمر، والموقع الجغرافي (الحضري/الريفي)، ونوع المأوى، وما إلى ذلك) وربما رقمنة سجلات المرضى في نظام وطني للمعلومات الصحية في الحد من التمييز وعدم المساواة، وزيادة الكفاءة، وتقليل الأخطاء الطبية على مستوى مؤسسات الرعاية الصحية، وتحسين جودة الرعاية الصحية. علاوةً على ذلك، بإمكان البيانات تسهيل التخطيط وإعداد الميزانيات الوطنية لضمان تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع والأفراد. تُعتبر البيانات أساسية لتطوير استراتيجية وطنية شاملة للصحة العامة تتضمن مؤشرات ومستهدفات صحية. وبالإضافة إلى البيانات الوبائية، ينبغي تسهيل وصول الجمهور العام إلى المعلومات عن عقود وزارة الصحة العامة، والميزانيات، والإنفاق، وما إلى ذلك، وهي بيانات يمكن أن يستخدمها الجمهور العام والمجتمع المدني لمساءلة الحكومة من خلال آلية مراقبة وطنية. عمليًا، ينبغي بذل الجهود لكسر الحواجز التي تعيق التنفيذ المناسب لقانون حق الوصول إلى المعلومات رقم 28/2017 الذي يلزم مؤسسات الدولة بمشاركة المعلومات عن الميزانيات، والدراسات، والتقارير، والقرارات، والتعليمات، والتعاميم، والمذكرات، وغيرها مع الجمهور العام في حال طلبها (وفقًا لبعض الشروط). وتشمل العوائق الأعذار التي تقدّمها المؤسسات العامة المعنية لعدم توفير البيانات وعدم توفّر لجنة وطنية لمكافحة الفساد. تمت معالجة مشكلة مقاومة المؤسسات العامة لمشاركة المعلومات إلى حدّ ما من خلال التعديلات التي أدخلت على القانون في العام 2021 عن طريق القانون رقم 233/2021، غير أنه لم يتم حتى الآن تشكيل لجنة لمكافحة الفساد.

¹⁸ انظر ملخص الأدلة هذا الصادر عن مركز ترشيد السياسات في كلية العلوم الصحية بالجامعة الأمريكية في بيروت حول تسريع التقدم نحو توفير التغطية الصحية الشاملة للجميع.

لا يمكن تحقيق العدالة الصحية من دون معالجة بعض المشكلات المتجذرة في نظامنا، ومن بينها الفساد. ويضطلع تعزيز آليات المساءلة والشفافية بدور مهم في الحد من الفساد وتنظيم قطاع الرعاية الصحية، بما يشمل مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص وقطاع الأدوية. على مستوى الرعاية الصحية العامة، تُعتبر الشفافية مهمة لضمان التخصيص العادل لأموال الرعاية الصحية. أما في ما يتعلّق بالقطاع الخاص، فمن المهم تعزيز المنافسة العادلة وضمان التنفيذ المناسب لقوانين مكافحة الفساد والشفافية في عمليات الشراء العام.

المراجع

- Abboud, S., et al. 2023. "Experiences of Stigma, Mental Health, and Coping Strategies in Lebanon among Lebanese and Displaced Syrian Men who have Sex with Men: A Qualitative Study." *Social Science & Medicine*, 335: 116248. [Link](#).
- Abi-Rached, J., & Diwan, I. 2022. "The Economic Legacy of the French Mandate in Lebanon." [Link](#).
- Ammar, W. 2003. "Health System and Reform in Lebanon." [Link](#).
- Ammar, W. 2009. "Health Beyond Politics." [Link](#).
- Amnesty International. 2021. "Lebanon: Government Recklessness in Medication Subsidy Reform Violates Right to Health and Life." [Link](#).
- Amnesty International. 2023. "Lebanon: Government Must Ensure Medication is Available and Affordable." [Link](#).
- Aouad, N., & Abed, D. 2021. "Queer community in crisis: trauma, inequality and vulnerability." *Oxfam*. [Link](#).
- Assi, A., et al. 2019. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and their Association with Sexual Practices and Substance use among 2238 MSM in Lebanon." *Nature Research Scientific Reports*, 9: 15142. [Link](#).
- Azhari, T. 2021a. "Lebanon's COVID-19 Vaccine Drive Hit by Row Over MPs' Queue-Jumping." [Link](#).
- Azhari, T. 2021b. "Palestinian Refugees in Lebanon Three Times More Likely to Die with COVID-19." [Link](#).
- Baayoun, A., et al. 2019. "Emission Inventory of Key Sources of Air Pollution in Lebanon." *Atmospheric Environment*, 215: 116871. [Link](#).
- Badr, N.G., & Asmar, M.K. 2016. "Across other sectors (determinants of health), laws, decrees, policies, and strategies fail to incorporate language on health."
- Baroud, M., & Mouheildine, O. 2018. "Healthcare Needs and Barriers of Persons with Disabilities: An Exploratory Study among Syrian Refugees, Palestine Refugees from Syria, and Lebanese." *Beirut: Issam Fares Institute for Public Policy and International Affairs*. [Link](#).
- Bourhrous, A. 2021. "Fixing the Economy and Public Service Provision in Lebanon." *SIPRI Policy Brief*. [Link](#).
- Boutros, J. 2021. "The Battle to Break the Monopoly in the 1970s: The Medicines Cartel Defeats Emile Bitar [معاركة كسر الاحتكار في السبعينيات: كارتيل الأدوية ينتصر على إميل بيطار]." In Arabic. *Beirut: Legal Agenda*. [Link](#).
- Cammett, M. 2019. "Lebanon, the Sectarian Identity Test Lab." *New York: The Century Foundation*. [Link](#).

- Central Administration of Statistics (CAS). 2022. "Health, Insurance & Disability." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS). 2023. "Consumer Price Index." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS) & International Labour Organization (ILO). 2020. "Labour Force and Household Living Conditions Survey 2018-2019 Lebanon." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS) & International Labour Organization (ILO). 2022. "Lebanon Follow-up Labour Force Survey – January 2022 Fact Sheet." [Link](#).
- Centre for Social Sciences Research & Action (CeSSRA). 2022. "Timeline: Social Protection in Lebanon | September, 1946 to December, 2021." [Link](#).
- Dabbous, D. 2017. "Legal Reform and Women's Rights in Lebanese Personal Status Laws." CMI Report Number 3. [Link](#).
- Dara, K. 2020. "Marginalization Cost: Regional Disparities Fueling Lebanon's Fragility." Carnegie Middle East Center. [Link](#).
- Darwish, T., Shaban, A., Masih, I., Jaafar, H., Jomaa, I., & Simaika, J.P. 2021. "Sustaining the Ecological Functions of the Litani River Basin, Lebanon." International Journal of River Basin Management [Link](#).
- El-Harakeh, A., & Haley, S. J. 2022. "Improving the Availability of Prescription Drugs in Lebanon: A Critical Analysis of Alternative Policy Options." Health Research Policy & Systems, 20(106). [Link](#).
- El-Husseini Dean, R. 2023. "The Harrowing State of Women's Rights in Lebanon." Arab Center Washington DC. [Link](#).
- El-Jamal, N., Hajjali, T., Isma'eel, H., & Al-Chaer, E. 2021. "Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic: Physician Safety and Coverage in Lebanon." [Link](#).
- El-Jardali, F., Masri, R., & Sleem, Z. 2023a. "Rethinking Lebanon's Healthcare System Amid the Economic Crisis." The Lebanese Center for Policy Studies. [Link](#).
- El-Jardali, F., Masri, R., & Sleem, Z. 2023b. "Policy Brief: Lebanon's Economic Crisis by Sector: Reforming the Healthcare System." [Link](#).
- El-Kak, F., Kabakian, T., Ammar, W., & Nassar, A. 2019. "A Review of Maternal Mortality Trends in Lebanon, 2010–2018." International Journal of Gynecology & Obstetrics, 148(1): p. 14-20. [Link](#).
- El-Khoury, J., Haidar, R., & Charara, R. 2020. "Community Mental Healthcare in Lebanon." Consortium Psychiatricum, 1(1): p. 71-77. [Link](#).
- Farran, N. 2021. "Mental Health in Lebanon: Tomorrow's Silent Epidemic." Mental Health & Prevention, 24(2021): 200218. [Link](#).
- Fathallah, Z. 2019. "Moral Work and the Construction of Abortion Networks: Women's Access to Safe Abortion in Lebanon." Health and Human Rights Journal, 21(2): p. 21-23. [Link](#).
- Fernandez, B. 2018. "Health Inequities Faced by Ethiopian Migrant Domestic Workers in Lebanon." Health and Place, 50(2018): p. 154-161. [Link](#).

- Ferrando, M. 2022. "Amid Lebanon's Perfect Storm of Crises, Water Demands Attention." Middle East Institute. [Link](#).
- Hamadeh, R., Kdouh, O., Hammour, R., Leresche, E., & Leaning, J. 2021. "Working Short and Working Long: Can Primary Healthcare be Protected as a Public Good in Lebanon Today?" Conflict and Health, 15(23). [Link](#).
- Helem. 2020. "The Universal Period Review of LGBTQ+ Rights in Lebanon." [Link](#).
- HelpAge International & International Labour Organization. 2022. "A Glimmer of Hope Amidst the Pain: Voices of Older People on Social Protection and the Need for a Social Pension in Lebanon." [Link](#).
- Hemadeh, R., Hammoud, R., & Kdouh, O. 2019a. "Lebanon's Essential Healthcare Benefit Package: A Gateway for Universal Health Coverage." The International Journal of Health Planning and Management, 34(4): p. e1921-e1936. [Link](#).
- Hemadeh, R., Hammoud, R., Kdouh, O., Jaber, T., & Ammar, L. 2019b. "Patient Satisfaction with Primary Healthcare Services in Lebanon." The International Journal of Health Planning and Management, 34(1): p. e423-e435. [Link](#).
- Hemadeh, R., Kdouh, O., Hammoud, R., Jaber, T., & Khalek, L.A. 2020. "The Primary Healthcare Network in Lebanon: A National Facility Assessment." Eastern Mediterranean Health Journal, 26(6): p. 700-707. [Link](#).
- Human Rights Watch. 2017. "Lebanon: Pass Bill to End Child Marriage - Would Set Minimum Age at 18, Punish Violators." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2020. "Lebanon: Huge Cost of Inaction in Trash Crisis Urgently Find Sustainable, Rights-Respecting Strategy." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2021. Lebanon: Refugees, Migrants Left Behind in Vaccine Rollout." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2023. "'Cut Off from Life Itself' Lebanon's Failure on the Right to Electricity." [Link](#).
- International Commission of Jurists. 2019. "Gender-based Violence in Lebanon: Inadequate Framework, Ineffective Remedies." [Link](#).
- International Commission of Jurists. 2020. "Unrecognized and Unprotected: The Treatment of Refugees and Migrants in Lebanon." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2020. "Extending Social Health Protection in Lebanon: The role of the National Social Security Fund (NSSF) in achieving Universal Health Coverage." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021. "Assessing Informality and Vulnerability among Disadvantaged Groups in Lebanon: A Survey of Lebanese, and Syrian and Palestinian Refugees." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2022. "Vulnerability and Social Protection Gaps Assessment – Lebanon." [Link](#).
- Isma'eel, H., et al. 2020. "Saving the Suffering Lebanese Healthcare Sector: Immediate Relief while Planning Reforms." [Link](#).

- Itani, R. 2023. "Oral Contraceptive Pills Shortage in Lebanon amidst the Economic Collapse: A Nationwide Exploratory Study." *BMC Health Services Research*, 23(2023): 520. [Link](#).
- Kaloti, R., & Fouad, F. 2022. "The Politics of COVID-19 Vaccine Equity among Refugee Populations in Lebanon." *Journal of Global Health Economics and Policy*, 2: e2022003. [Link](#).
- Kreichati, C. 2020. "COVID-19 and the Destructive Force of Privatized Healthcare in Lebanon." *Progressive International*. [Link](#).
- Kronfol, N. M. 2006. "Rebuilding of the Lebanese Healthcare System: Health Sector Reforms." *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 12 (3-4), 459-473, 2006. [Link](#).
- Kronfol, N.M., & Bashshur, R. 1989. "Lebanon's Healthcare Policy: A Case Study in the Evolution of a Health System under Stress." [Link](#).
- Lebanese Civil Society's Coalition. 2015. "Universal Periodic Review Lebanon 2015: Civil Society Reports. (Joint report). Beirut: Arab NGO Network for Development. [Link](#).
- Lebanese Constitution. 2004. [Link](#).
- Lebanese Union of the Physically Handicapped. 2020. "The Universal Periodic Review of the Sexual and Reproductive Rights in Lebanon." [Link](#).
- Makdisi, S. 2007. "Rebuilding without Resolution: The Lebanese Economy and State in the Post-Civil War Period." In L. Binder (ed.), "Rebuilding Devastated Economies in the Middle East."
- Manara Network for Children's Rights. 2011. "Profile of Lebanon: A Review of the Implementation of the UN Convention on the Rights of the Child." [Link](#).
- Medecins sans Frontieres. 2022. "Lebanon: People surrender to pain for fear of facing hospital costs." [Link](#).
- Medecins sans Frontieres. 2023. "Migrant Workers in Lebanon: Healthcare Under the Kafala System." [Link](#).
- Merhej, K. 2021. "Paradise Lost? The Myth of Lebanon's Golden Era." [Link](#).
- Mezher, Z., Nassif, G., & Wilson, C. 2017. "Women Migrant Domestic Workers in Lebanon: A Gender Perspective." UN Women, International Labour Organization (ILO), International Organization for Migration (IOM), and Arab Institute for Women (AiW). [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023a. "Cholera Surveillance Report 2 June 2023." [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023b. "Impact E-governance Platform – COVID-19 Vaccine Dashboard." [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023c. "Health Indicators." [Link](#).
- Ministry of Public Health & World Health Organization. 2022a. "Lebanon National Health Strategy: Vision 2030 – Out of the Crisis and Towards Better Health for All." [Link](#).

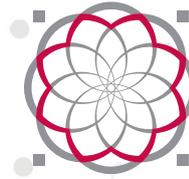
- Ministry of Public Health & World Health Organization. 2022b. "Annex 2 to the Lebanon National Health Strategy: Health Sector Overview." [Link](#).
- Ministry of Social Affairs – Republic of Lebanon, & UNFPA. 2021. "The National Strategy for Older Persons in Lebanon 2020-2030." [Link](#).
- Moussawi, F. A. 2023. "The Realities, Needs and Challenges Facing the Feminist and Queer Movements in Lebanon in Light of a Multi-Layered Crisis." [Link](#).
- Naal, H., Abboud, S., Harfoush, O., & Mahmoud, H. 2020. "Examining the Attitudes and Behaviors of Health-care Providers Toward LGBT Patients in Lebanon." *Journal of Homosexuality*, 67(13): p. 1902-1919. [Link](#).
- Norwegian Refugee Council. 2020. "Documentation and Access to Healthcare for Refugees in Lebanon." [Link](#).
- Noubani, A., Diaconu, K., Loffreda, G., & Saleh, S. 2021. "Readiness to Deliver Person-Focused Care in a Fragile Situation: The case of Mental Health Services in Lebanon." *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1): p. 21. [Link](#).
- Osmat, B. 2023. "Social Security in Lebanese Political Economy: A Critical View from within the National Social Security Fund." [Link](#).
- Phenix Center & HelpAge International. 2023. "Mental health of older Lebanese and Syrian refugees in Lebanon." [Link](#).
- Proudfoot, P., & Reda, A. 2021a. "The Dichotomy of Lebanon's Social Protection and Currency Crises – Part 1." *Institute of Development Studies*. [Link](#).
- Proudfoot, P., & Reda, A. 2021b. "The Dichotomy of Lebanon's Social Protection and Currency Crises – Part 2." *Institute of Development Studies*. [Link](#).
- Ramadan, T. 2022. "Lebanon Hospitals Forced to Turn Away Sick Children among Exodus of Health Workers." *Thomson Reuters Foundation*. [Link](#).
- Sader, M.J. 2021. "There are Still Ways to Access Almost-Free Health Care in Lebanon." [Link](#).
- Salameh, P., Hajj, A., Badro, D.A., Abou Selwan, C., Aoun, R., & Sacre, H. 2020. "Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspectives from a Developing Country." *Psychiatry Research*, 294(2020): 113520. [Link](#).
- Salem, M., & Chaaban, Z. 2020. "Queers in Quarantine: Between Pandemics and Social Violence in Lebanon." [Link](#).
- Stewart, D.J. 1996. "Economic Recovery and Reconstruction in Postwar Beirut." *Geographical Review*, 86(4): p. 487-504. [Link](#).
- UNDP, UNHCR, UNICEF, & MoE. 2021. "SOER Report: Lebanon State of the Environment and Future Outlook: Turning the Crises into Opportunities." [Link](#).
- UNESCO. 2013. "Social Inclusion of Young Persons with Disabilities (PwD) in Lebanon: Where do we Stand and What Should be Done to Promote their Rights?" Beirut: UNESCO. [Link](#).
- UNFPA. 2023. "World Population Dashboard – Lebanon." [Link](#).
- UNHCR. 2019. "Health Programme 2019." [Link](#).

- UNHCR. 2023. "Hospital Referral Care." [Link](#).
- UNHCR, UNICEF, & WFP. 2023. "Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2022." [Link](#).
- UNICEF. 2021. "Water supply systems on the verge of collapse in Lebanon: over 71 per cent of people risk losing access to water." [Link](#).
- UNICEF. 2022a. "Struggling to Keep the Taps on Lebanon's Water Crisis Continues to Put Children at Risk." [Link](#).
- UNICEF. 2022b. "A Worsening Health Crisis for Children: The Consequences of the Failing health System has Immediate and Longer-term Impacts on Children." [Link](#).
- UNICEF. 2023. "Future on Hold: Lebanon's Worsening Crisis is Breaking Children's Spirits." [Link](#).
- United Nations. 2023. "Around 2 million Facing Food Insecurity across Lebanon." [Link](#).
- UNRWA. 2020. "Protection brief Palestine refugees living in Lebanon." [Link](#).
- UNRWA. 2022. "UNRWA Protection Monitoring Report – Quarter 3 (Q3) 2022." [Link](#).
- UNRWA. 2023. "Health in Lebanon." [Link](#).
- UN Women, WHO, UNFPA, & NCLW. 2021. "Gender Alert on COVID-19 in Lebanon Issue No. 5." [Link](#).
- Van Lerberghe, W., Mechbal, A., & Kronfol, N. 2018. "The Collaborative Governance of Lebanon's Health Sector: Twenty Years of Efforts to Transform Health System Performance." Policy Support Observatory. [Link](#).
- World Bank. 1994. "Memorandum of the President of the IBRD to the Executive Directors on a Country Assistance Strategy of the World Bank Group for Lebanon." [Link](#).
- World Bank. 2023a. "World Bank Open Data." [Link](#).
- World Bank. 2023b. "US\$300 million to Scale-Up Support to Poor and Vulnerable Lebanese Households and Strengthen Social Safety Net Delivery System." [Link](#).
- World Food Programme. 2022. "WFP Lebanon – Support to the National Poverty Targeting Programme in 2022." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2021. "Joint Statement by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director General, and Dr Ahmed Al Mandhari, Regional Director for the Eastern Mediterranean, on Lebanon." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2022. "Cholera – Lebanon." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2023. "Global Health Expenditure Database – Lebanon." [Link](#).
- Wright, K., Peplinski, B., Abboud, S., & Harfouch, O. 2017. "A Stakeholder Analysis of the Current Lebanese Context for Transgender Healthcare: The Perspectives of Non-Governmental Organizations." [Link](#).

- Youssef, D., Abboud, E., Abou-Abbas, L. et al. 2022. "Prevalence and Correlates of Burnout among Lebanese Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A National Cross-sectional Survey." *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 15(102). [Link](#).



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تُؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

