

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تعزيز الحق في الصحة في المنطقة العربية التقرير الإقليمي

2023



سوسن عبد الرحيم

أستاذة في الصحة العامة، كلية العلوم الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت

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 ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن 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.

يُركِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل 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 تحليلٍ شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكِّل المعلومات والتحليلات المقدَّمة منصَّةً للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصراً، 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 خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

تعزير الحق في الصحة في المنطقة العربية

التقرير الإقليمي

سوسن عبد الرحيم

أستاذة في الصحة العامة، كلية العلوم الصحية في الجامعة
الأمريكية في بيروت

سوسن عبد الرحيم أستاذة في الصحة العامة في كلية العلوم
الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت. حازت درجة الدكتوراه
من كلية الصحة العامة في جامعة ميشيغان - آن آربر. تتمحور
أبحاثها حول مبادئ حقوق الإنسان لتسليط الضوء على
التفاوتات الاجتماعية في مجال الصحة في جميع مراحل الحياة،
مع التركيز على الظروف التي تؤثر على رفاه اللاجئين والعامل
المهاجرين في المنطقة العربية وخارجها.



06	مقدّمة
08	الحقّ في الصحة: خلفيّة تاريخيّة
11	الحقّ في الصحة في السياق الاقتصادي والسياسي للمنطقة العربية
19	ملخص المعلومات والأدلة الواردة في الوثائق الوطنيّة والمواضيعيّة
19	• اعتراف الدول العربيّة بالحق في الصحة مقابل الحقائق على أرض الواقع
20	• النيوليبراليّة تطغى على أنظمة الحوكمة الصحية في المنطقة
22	• الحماية الاجتماعيّة عنصر أساسي من عناصر الحق في الصحة
23	• الحق في الصحة في حقبة ما بعد الجائحة
24	• أثر الحرب والاحتلال والنزوح على الحق في الصحة
26	• تغيّر المناخ
28	• مسائل أساسية أخرى تؤثر على الحق في الصحة في المنطقة العربيّة
31	التوصيات السياسيّة
33	المراجع
37	الملحق أ: إعلان ألما-آتا
38	الملحق ب: مؤشرات الحق في الصحة
43	الملحق ج: اعتراف الدول العربية بالحق في الصحة

مقدّمة

نصّت اتفاقيّات دوليّة عدّة على الحقّ في الصّحة، منها دستور منظمّة الصّحة العالميّة (WHO 1946)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعيّة والثقافيّة (ICESCR 1966)، وإعلان ألما-آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية (Declaration of Alma-Ata 1978؛ الملحق أ). وتمّ الاعتراف بهذا الحقّ أيضًا في أهداف التنمية المستدامة (SDGs). في المنطقة العربية، لا يزال يُنظر إلى الحقّ في الصّحة من منظور ضيق على أنّه الحقّ في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحيّة، وذلك مع تزايد اهتمام الحكومات ومنظمّة الصّحة العالميّة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC). غير أنّ مفهوم الحقّ في الصّحة أوسع بكثير ويتطلّب إدراج النّهج القائمة على حقوق الإنسان وربط الصّحة بجدول أعمال يرمي إلى القضاء على التفاوتات الاجتماعية وتحقيق العدالة. بالتالي، إنّ تحويل الخطاب في المنطقة العربية من التركيز على خدمات الرعاية الصحيّة إلى الاعتراف بالصّحة كأحد حقوق الإنسان الأساسيّة يشكّل تحديًا كبيرًا وهو ما سعى تقرير الرائد العربي السادس (AWR-2023) إلى معالجته. يتطرّق تقرير الرائد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية للعام 2023 إلى موضوع الحقّ في الصّحة، وهو عبارة عن تعاون بين شبكة المنظمّات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND) وكلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأمريكيّة في بيروت (FHS-AUB).

إضافةً إلى هذه الورقة الإقليميّة، يشمل تقرير الرائد العربي 2023 حول الحقّ في الصّحة مجموعة من الأوراق الوطنيّة حول المغرب وتونس وموريتانيا ومصر والسودان واليمن وفلسطين ولبنان والأردن وسوريا والعراق. ويتضمّن التقرير أيضًا أوراق مواضيعيّة حول النيوليبرالية، والحماية الاجتماعيّة، وكوفيد-19، ودراسة حالة حول التغيّر المناخي في الكويت. تقدّم الوثائق مُجمّعة مراجعة شاملة لوضع الحقّ في الصّحة في المنطقة وتسلسل الضوء على أبرز التّحديات والتّغزّات. تعكس كلّ ورقة وطنيّة بشكل فريد الوضع الصحي في البلد المعني، إنّما أعدّت جميع الوثائق من خلال مقاربة منهجية وتعاونية لمعالجة موضوع الصّحة من منظور الحقوق ودراسة مُحدّثاته الاقتصاديّة والسياسيّة.

استرشدت المنهجية المتبّعة في الأوراق الوطنيّة بتقييم أُجري عام 2008 للخصائص المتعلقة بالحقّ في الصّحة ضمن الأنظمة الصحية في 194 بلدًا (Backman et al. 2008). تناول التقييم مجموعة واسعة من المعايير المتعلقة بالصّحة من منظور الإنصاف والحقوق (الملحق ب). وبالإضافة إلى توافر خدمات الرعاية الصحية، تطرّق التقييم إلى الحقّ في الوصول إلى محدّدات الصّحة مثل خدمات الصرف الصحي والتعليم والإسكان والمعلومات المتعلقة بالصّحة. وتمّ تقييم ما إذا كان النظام الصحي يتضمّن خطة وطنية لرصد الأعمال التدريجي للحقّ في الصّحة وما إذا كان هذا النظام يرصد المشاركة المجتمعية وعدم التمييز. ويُعتبر عدم التمييز في توزيع الموارد الصحية التزامًا أساسيًا لا يخضع للأعمال التدريجي لأنه ينطوي على التوزيع العادل حتى عندما تكون الموارد محدودة.

بدأ العمل على تقرير الرائد العربي 2023 في أعقاب جائحة كوفيد-19 وفي وقت كانت المنطقة العربية تواجه تحدياتٍ اقتصاديّة هائلةً وحروبًا أهليّةً طويلة الأمد وحالات نزوح جماعي، وهو سياق سيؤثر سلبيًا على توفير الحقّ في الصّحة في

السنوات القادمة لغالبية سكّان المنطقة البالغ عددهم 430 مليون نسمة. ويُعتبر تأثير جائحة كوفيد-19، وكيفية كشفها للنظم الصحيّة غير الفعّالة وآليات الحماية الاجتماعية الضعيفة، موضوعًا تتناوله جميع الأوراق الواردة في التقرير ويتمّ تلخيصه كموضوع عام في هذه الورقة الإقليمية. وبالرغم من أن جائحة كوفيد-19 تشكّل أزمة عابرة إذ انخفضت معدّلات الإصابة على المستوى العالمي، غير أنّها كشفت عن ثغراتٍ في السياسات الاقتصادية غير العادلة، وغياب آليات الحماية الاجتماعيّة الكافية، وعدم فعاليّة الأنظمة الصحيّة في الكثير من البلدان في المنطقة. بما فيها البلدان ذات الدخل المرتفع. وفي ظلّ النظام الاقتصادي العالمي النيوليبرالي الآخذ في التوسّع وهياكل الحوكمة الصحيّة الضعيفة في البلدان العربية، قد يبقى إعمال الحقّ في الصحة لفئات كثيرة من الشعوب العربيّة هدفًا بعيد المنال في حقبة ما بعد جائحة كوفيد-19.

تقرير الراصد العربي 2023 هو تدخّل سياسي يستخدم الحقّ في الصحة كنقطة انطلاق للمطالبة بالحقوق الاجتماعيّة والاقتصاديّة والسياسيّة الأساسيّة الأخرى. إنّ أهمية الصحة في إطار المطالبة بالحرية والعدالة في المنطقة العربية تكمن في حقيقة أنّ انتهاك الحقّ في الصحة يُعيق الوصول إلى الحقوق الأخرى. وعلى حدّ تعبير أحد أعضاء المجلس الاستشاري المعني بتقرير الراصد العربي 2023 في أحد الاجتماعات، "إنّ انتهاك الحقّ في الصحة هو انتهاك الحقّ في الحياة." نأمل أن يكون الملخّص التحليلي المقدم في هذه الورقة الإقليمية، والمعلومات والأدلة المعروضة في الوثائق الوطنيّة والمواضيعية في التقرير، بمثابة منصّة لمجموعات المجتمع المدني والناشطين، للدفع باتجاه إعمال الحقّ في الصحة في بلدانهم وفي المنطقة ككلّ. وفي سياق الدعوة إلى تحقيق "الصحة للجميع وبالجميع"، يجب على المناصرين حتّ الدول العربيّة على اتخاذ خطوات لإعمال الحقّ في الصحة لجميع المواطنين والمهاجرين واللاجئين من غير المواطنين داخل حدود دولهم.

تقدّم هذه الورقة الإقليمية أساسًا نظريًا وُخلاصةً للأدلة المحدّدة في وثائق تقرير الراصد العربي 2023. فهي تبدأ بمراجعة معنى الحقّ في الصحة، والأحداث التاريخيّة التي ساهمت في بروزه وتحوّله، والصلات بين الحقّ في الصحة والحقوق والاستحقاقات الأخرى. يعرض القسم الثاني من الورقة لمحة عن الاقتصاد السياسي في المنطقة العربية والطرق التي تُسهّل بها السياسات تحقيق الحقّ في الصحة أو تُعرقله. أمّا القسم الثالث والرئيسي في الورقة فيجمع المعلومات والأدلة المقدّمة في الوثائق الوطنيّة والمواضيعيّة، ودراسة الحالة، ضمن ستّة عناوين عامّة: اعتراف الدولة بالحقّ في الصحة مقابل الحقائق على أرض الواقع؛ وحوكمة النظام الصحي والنيوليبرالية؛ والحقّ في الصحة في زمن انتشار جائحة كوفيد-19؛ وتأثير الحرب والاحتلال والنزوح؛ والتغيّر المناخي. تمّ إعداد المواضيع من خلال قراءة دقيقة للمسودات الأولى للأوراق الوطنيّة والمناقشات خلال اجتماعين ضمّ المؤلفين وأعضاء المجلس الاستشاري لشبكة المنظّمات العربيّة غير الحكوميّة للتنمية. ويلخّص الموضوع السابع في هذا القسم بعض المسائل الأساسية التي تؤثر على الحقّ في الصحة في المنطقة والتي لم يُسلط عليها الضوء بشكل كافٍ في الأوراق الوطنيّة. ويختتم التقرير بسلسلة من التوصيات المتعلّقة بالسياسة العامة.

الحق في الصحة: خلفية تاريخية

لا تعود جذور الحق في الصحة إلى خطابات حقوق الإنسان والفلسفة الأخلاقية فحسب، بل إلى المطالب السياسية أيضًا في إطار التحركات الاجتماعية. حدّد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 الحقوق الأساسية التي يستحقها كل شخص مثل الحق في الحياة، وعدم التعرّض للتعذيب، والمساواة في المعاملة، والحق في التعليم والعمل، والحق في الحصول على السكن والغذاء والماء والخدمات الطبية. وتمّ تصوّر مفهوم الصحة كحق سابقاً في دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946 الذي ينصّ على أنّ التمتع بأعلى مستوى من الصحة "هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" (WHO 1946). وتمّ التشديد على الحق في الصحة بشكل أكبر في الاجتماع الدولي للرعاية الصحية الأولية لعام 1978 الذي عُقد في ألما-آتا، كازاخستان. تمّ تنظيم الاجتماع برعاية منظمة الصحة العالمية واليونسيف وشكّل نقطة تحوّل في تاريخ الصحة العامة وصدر من خلاله "إعلان ألما-آتا" الذي تمّ فيه تعريف الصحة بوضوح على أنّها حقّ أساسي من حقوق الإنسان ومسؤوليّة تقع على عاتق الحكومات تجاه مواطنيها (الملحق أ). ونصّ الإعلان صراحةً على أنّ الصحة لا تقتصر على الوصول إلى الرعاية الصحية، فوضع مفهومًا جديدًا للصحة يشمل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية (Toebes 1999). فشكّل الحق في الصحة جوهر دستور منظمة الصحة العالمية وإعلان ألما-آتا، وتمّ تكريسه في القانون الدولي والكثير من الاتفاقيات الدولية، وأبرزها المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR) الذي يعترف بشكل واضح بأهمية الصحة الجسدية والعقلية. يُلزم العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الدول الموقعة بأن تضمن، تدريجيًا ومن خلال التشريعات، الحق في الصحة من دون تمييز على أساس "العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو غير ذلك من الأسباب".

حدّد إعلان ألما-آتا سمات الرعاية الصحية الأولية وأشار إلى أنّ الدولة هي التي يجب أن تضمن الحق في الصحة لشعبها. وحفّز إعلان ألما-آتا الكثير من البلدان لبذل الجهود من أجل تحسين الوصول إلى الصحة بشكل منصف، لا سيّما في بلدان الجنوب العالمي؛ وعزّز الاعتراف بفكرة أنّ العدالة الاجتماعية هي أحد المقومات الأساسية للعدالة الصحية وأنّ النظام الصحي القوي هو جزء لا يتجزأ من مجتمع عادل (Lawn et al. 2008). لذلك، كان إعلان ألما-آتا بمثابة لحظة ثورية حولت مفهوم الصحة من ارتباطها بالطب إلى مفهوم تحدّده الظروف الاجتماعية، ورسّخت المساواة والمشاركة المجتمعية على أنّهما هدفان رئيسيان لتعزيز الصحة. ومن الملاحظ أيضًا في الإعلان أنّه دعا إلى نزع السلاح لتحرير الموارد التي يمكن استثمارها في مجال الصحة وحدّد الاستخدام المناسب للموارد كشرط أساسي لتحقيق الصحة للجميع (Declaration of Alma-Ata 1978).

ولكن في غضون بضعة سنوات، بدأ يتبدّد جوهر إعلان ألما-آتا كنهج قائم على الحقوق لمعالجة قضايا الصحة. واستبدلت الرؤية الجريئة التي قدّمها الإعلان والتي تتداخل فيها الصحة مع أسس الإنصاف والعدالة الاجتماعية، بخطابات عالمية حول الكفاءة والتكلفة (Lawn et al. 2008). وبدأ استبعاد مفهوم الصحة بشكل متزايد

باعتباره حقًا غير واقعي ومُكلفًا وصعب التحقيق. فظهر التزام عالمي حيال الرعاية الصحية الأولية الانتقائية، المتمثلة ببرامج رأسية وأبرزها تنظيم الأسرة وتحسين الأطفال، واعتُبر هذا الالتزام نهجًا عمليًا وفعّالًا من حيث التكلفة لتحسين صحة الشعوب (Rifkin 2018). والأهم أن زوال إعلان ألما-آتا كان مؤشّرًا على ضعف دور منظمة الصحة العالمية وتزايد قوة البنك الدولي وصندوق النقد الدولي لناعية اتخاذ القرارات. أصبحت هاتان المؤسستان المائتان المتعدّدتا الأطراف تُعتبران بشكل متزايد جهتين أساسيتين في وضع السياسات الصحية العالمية التي تتماشى مع النيوليبرالية. فأرغمتا البلدان الفقيرة والمُثقلة بالديون على خفض الإنفاق على القطاعات العامة وفرض رسوم على الخدمات، بما في ذلك خدمات التعليم والصحة (Maciocco & Stefanini 2007).

ضُغط البنك الدولي من أجل اعتماد الرعاية الأولية الانتقائية باعتبارها نهجًا فعّالًا. على الرغم من الأدلة المتزايدة على أن تحسين صحة السكّان يتجاوز مبدأ معالجة مرض واحد في فترة معيّنة. في تقرير البنك الدولي للعام 1993 حول الاستثمار في الصحة، قدّم البنك مفهوم "رزمة الخدمات الصحية الأساسية" التي لها قيمة اقتصادية تقديرية. وأسفرت سياسات البنك الداعمة للخصخصة عن انتشار مشاريع في مجال الصحة بين القطاعين العام والخاص وعن تعزيز دور القطاع الخاص وتهميش منظمة الصحة العالمية (Maciocco & Stefanini 2007). ومع الوقت، تمّ استبدال النهج الموسّع والمتكامل للصحة كحقّ بخطاب حول التغطية الصحية الشاملة الذي يضمن "أن يحصل الناس كافة على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، متى وأينما كانت حاجتهم إليها، بدون التعرّض لضائقة مالية من جِراء ذلك."¹ استنادًا إلى المبادئ الأخلاقية لتحديد الأولويات، حدّدت منظمة الصحة العالمية ثلاثة مبادئ أساسية للتغطية الصحية الشاملة: (1) يجب أن تستند التغطية إلى الحاجة؛ (2) ويجب أن تستند الاشتراكات إلى القدرة على الدفع؛ (3) ويجب أن يكون الهدف النهائي هو تحسين صحة السكّان إلى أقصى حد ممكن (Rumbold et al. 2017). تشمل التغطية الصحية الشاملة الإرشاد الصحي والوقاية والحماية والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة كعناصر أساسية لاستراتيجية شاملة للصحة العامة، إلا أن التغطية الصحية الشاملة انقُذت باعتبارها خارجة عن الرعاية الصحية الأولية الشاملة والحقّ في الصحة كما ورد في إعلان ألما-آتا (Hone et al. 2018).

تُمثّل الجهود المبدولة لربط الصحة العامة بحقوق الإنسان خطًا موازيًا في العمل لإنفاذ الحقّ في الصحة الذي عزّزه إعلان ألما-آتا. والجدير بالذكر أن حقوق الإنسان هي قيم أخلاقية تعكس كرامة الإنسان وقد كرّسها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. أشار مان (1997) إلى ثلاثة أنواع من العلاقات بين الصحة وحقوق الإنسان. تركّز الأولى على سياسات الصحة العامة التي لا تعود بالفائدة على جميع الفئات الاجتماعية على قدم المساواة وكيف قد تؤثر سلبيًا وعن غير قصد على حقوق الإنسان. ومن الأمثلة التوضيحية على ذلك هي الحالات التي يتم فيها وضع سياسات عامّة من دون النظر في كيفية استجابة الفئات الاجتماعية المتنوعة بشكل مختلف بسبب تجاربها التاريخية والاجتماعية. والعلاقة الثانية تؤكد أن انتهاكات حقوق الإنسان تؤثر سلبيًا على الرفاه الجسدي والنفسي. فتقييد حرية تكوين الجمعيات مثلًا، المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، يتعارض مع قدرة الأفراد والمجتمعات على المشاركة في القرارات التي تؤثر على صحتهم. أما العلاقة الثالثة فتسلط الضوء على أن "تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها يرتبط ارتباطًا وثيقًا بتعزيز الصحة وحمايتها" (Mann 1997, p. 10). ويُعتبر تقاطع المخاطر الاجتماعية والاقتصادية في فترة تفشي فيروس نقص المناعة

البشرية/الإيدز خلال التسعينيات مثلاً توضيحياً لهذه العلاقة: فمع تفشي الوباء ونشر المعلومات حول كيميّة احتوائه، بدأ المرض يؤثر بشكل متفاوتٍ على الفئات الاجتماعية المهقّشة. وكان الوضع مشابهاً عند تفشي جائحة كوفيد-19. فبعد فترةٍ وجيزةٍ من إعلان جائحة كوفيد-19، بدأت تظهر الفوارق العرقية/الإثنية والاجتماعية والاقتصادية في البلدان ذات الدخل المرتفع، ما يؤكد أنّ قابلية التضرر ليست مفهومًا بيولوجيًا فحسب، بل تُحدّد من خلال غياب الحقوق الأساسية ونقص الحماية الاجتماعية (Afifi et al. 2020). باختصار، تؤكّد كتابات مان على أنّ خطاب الحقّ في الصحة يجب أن ينتقل من المفاهيم التشريعية المجرّدة إلى فهم كيميّة ظهور انتهاكات هذا الحقّ في مواقف الحياة الواقعية.

الحق في الصحة في السياق الاقتصادي والسياسي للمنطقة العربية

تعاني المنطقة العربيّة من التّعديّة وغياب الديمقراطية التمثيلية في معظم الحالات، حيث يشارك السكّان بشكل دوري في انتخابات تحكمها أقلّيّة صغيرة من النخبة السياسية في بعض البلدان (Hanieh n.d.). ويتداخل الاستبداد السياسي مع عدم المساواة الاقتصادية التي تظهر بين البلدان العربيّة وداخلها. يعتبر الاقتصاديّون أنّ متوسط نصيب الفرد من الناتج المحليّ الإجمالي في المنطقة مقبول، غير أنّ الدخل الذي تتقاسمه نسبة الـ 20% الأكثر فقرًا من السكّان منخفضٌ للغاية (6.8%)، ما يشير إلى تفاوتٍ ملحوظ (Ncube, et al., 2014). وأدّى مزيج الاستبداد السياسي والتفاوتات الاقتصادية والاجتماعية إلى تسريع موجات الثورات والاحتجاجات الجماهيرية التي اجتاحت تونس ومصر وسوريا بدءًا من عامي 2010-2011 ولاحقًا في لبنان والعراق والجزائر والسودان في عام 2019. لم يهتف المتظاهرون من أجل الحرّية فحسب، بل هتفوا أيضًا ضدّ التفاوتات الاجتماعيّة والنخبة السياسية الفاسدة وغير الكفؤة. احتلّ الخطاب الصّحي مكانة بارزة في المطالب الشعبيّة الهادفة إلى تحقيق العدالة الاجتماعية، بدليل الشعبيّة الكبيرة التي حصدها جماعة "أطباء بلا حقوق" خلال الثورة المصرية عام 2011، وفي المطالب الصريحة بتحقيق المحدّدات الاجتماعية والسياسية للصحة خلال ثورة تشرين الأوّل 2019 في لبنان (El-Agati 2013; Nuwayhid & Zurayk 2019). ومع ذلك، فإنّ بصيص الأمل الذي اختيره الناس في بداية الموجة الأولى من الثورات، التي أطلقت عليها تسمية الربيع العربي، تحوّل إلى خيبة مع تحوّل الثورات إلى حروب أهليّة في بعض البلدان وترسيخ الأنظمة السياسية الاستبدادية في بلدان أخرى. يكشف فشل الاحتجاجات الجماهيرية في الدفع إلى تحقيق التغيير الديمقراطي عن مشاكل هيكلية عميقة في المنطقة وتحديات لن ينفك عن مواجهتها في السنوات القادمة المدافعون عن حقوق الإنسان المعنيّون بالحق في الصحة.

نادراً ما تعتمد الدراسات حول التاريخ الحديث للصحة العامة أو الأنظمة الصحيّة في المنطقة العربية على منظور الاقتصاد السياسي أو تربط الصحة بتحوّلات اجتماعية وسياسية أوسع نطاقاً. يتداخل تاريخ الصحة العامة في المنطقة مع تاريخ إنشاء المستشفيات وتقديم الخدمات الصحيّة للسكّان في المؤسسات الخاصّة والعامة والخيريّة. في فترة الاستعمار، كانت الظروف الصحيّة للشعوب العربية مروّعة حيث أدّت الممارسات الاستعماريّة لمصادرة الأراضي والموارد إلى حدوث المجاعات وانتشار الأوبئة (Longuenesse et al. 2012). وعندما بدأت البلدان العربية تنال استقلالها، لم يتغيّر مفهوم الصحة على أنّها خدمة وليست حقاً، وكان يتمّ تقديم العلاج للفقراء على شكل عملٍ خيريّ (Kronfol 2012). نشأت فكرة أنّ الصحة حق بعد الحرب العالمية الثانية عندما بدأت الدول المستقلّة تُموّل خدمات القطاع العام مثل التعليم والصحة؛ واستخدمت البلدان المنتجة للنفط وذات الدخل المرتفع عائدات النفط لتمويل نظام الرعاية الذي شمل نظاماً متطوراً للرعاية الصحيّة الأولى. اعتبرت البلدان العربية المستقلّة حديثاً الصحة العامة مكوناً أساسياً للتقدّم والتحديث بعد الاستعمار، ما أدّى إلى تمديد المفاهيم الاستعماريّة للطب كوسيلة لتحضّر السكان (Longuenesse et al. 2012). حالياً، تعتمد معظم الأنظمة الصحيّة في المنطقة على نموذج طبيّ حيوي علاجي مكلف وغير فعّال في تعزيز صحتة

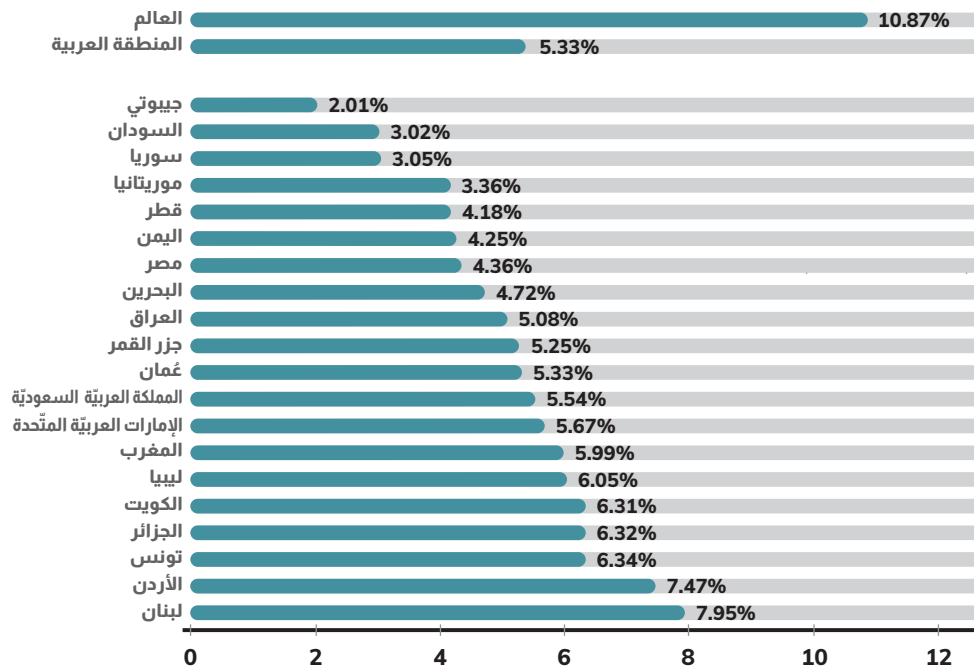
السكان (Rawaf & Hassounah 2014). وأدى توسع القطاع الطبي الخاص، حتى في البلدان التي تبنت علناً الرعاية الاجتماعية والصحة المجتمعية وفقاً للنموذج الاشتراكي مثل سوريا والعراق، إلى إضعاف دور الدولة باعتبارها الجهة المسؤولة والجهة الرئيسية التي تؤمن الصحة.

عند الحديث عن الحق في الصحة في المنطقة العربية، من المهم أن نعترف أولاً بأن معظم البلدان العربية قد أحرزت تقدماً ملحوظاً على مدى العقود القليلة الماضية في الكثير من المؤشرات الصحية الأساسية. ويعود ذلك جزئياً إلى التوسع في خدمات الرعاية الصحية في هذه البلدان، ولكنه بشكل أساسي نتيجة التحسينات التي طرأت على المحددات الاجتماعية للصحة. تاريخياً، كان للتحسينات خارج نظام الرعاية الصحية - مثل الوصول الشامل إلى خدمات الصرف الصحي والكهرباء، وأنظمة سلامة الغذاء، وإرشادات حماية العقول، وتوفير التعليم الممول من القطاع العام - تأثير أقوى على تحسين صحة السكان مقارنة بالتقدم الطبي. وتظهر البيانات المستخرجة من منصة بيانات البنك الدولي أن نسبة السكان في المنطقة العربية الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات الصرف الصحي الأساسية قد ارتفعت من 74% في العام 2000 إلى 84% في العام 2020. وقطعت المنطقة أشواطاً في ما يتعلق بخفض نسبة الأمية والحد من عدم المساواة بين الجنسين في التحصيل العلمي؛ وحققت بعض بلدان المنطقة التكافؤ بين الجنسين في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي. وتم إحرار تقدّم ملحوظ في بعض المؤشرات الصحية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر زيادة متوسط العمر المتوقع والحد من وفيات الأطفال والأمهات. ارتفع متوسط العمر المتوقع من 63 عاماً في عام 1990 إلى 72 عاماً في عام 2019 في المنطقة، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 ولادة حية) من 82 في عام 1990 إلى 36 في عام 2019 (WB 2023).

ومع ذلك، تخفي البيانات الإجمالية تباينات شديدة بين بلدان المنطقة وداخلها. زعم تقرير حديث صادر عن لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لغربي آسيا (UNESCWA 2022) أن المنطقة العربية هي "أقل مناطق العالم مساواةً". والواقع أن البيانات المستخرجة من منصة بيانات البنك الدولي تُظهر أن حصة الدخل التي يحتفظ بها أغني 10% من السكان في الكثير من بلدان المنطقة تقترب من نسبة 30%. في حين أن حصة الدخل التي يحتفظ بها أفقر 10% من السكان تبلغ حوالي 3% (WB 2023). كذلك، يظهر تباين واضح في الثروات داخل البلدان التي تشهد حرباً حيث تعتمد نسبة كبيرة من السكان على المساعدات الإنسانية للاستمرار. وفي ما يتعلق بالتعليم، في البلدان التي لديها بيانات عن عام 2020، تراوح معدل إتمام التعليم الابتدائي من 100% في البلدان ذات الدخل المرتفع إلى أقل من 70% في بعض البلدان ذات الدخل المنخفض والتي تعاني من النزاعات (WB 2023). في سوريا، كان معدل إتمام التعليم الابتدائي في العام 2013 أقل مما كان عليه في العام 2000 حيث بلغ نسبة 72%. وعلى الرغم من الخطوات المُحققة لسدّ الفجوة بين الجنسين في التعليم في بعض البلدان العربية، إلا أن المنطقة تسجل نسباً عالية من عدم المساواة في التعليم العالي بين المجموعات الأكثر والأقل فقراً (UNESCWA 2022). لا تقتصر أوجه عدم المساواة على الالتحاق بالمدارس والنجاح في الصفوف، بل تتجلى أيضاً في جودة التعليم الذي يتلقاه الأطفال استناداً إلى ما إذا كانوا يرتادون المدارس الرسمية أو الخاصة. ففي ظل غياب الاستثمار في التعليم الرسمي في الكثير من البلدان العربية، يوضع الأطفال الملتحقون بالمدارس الرسمية على مسار أدنى لناحية التنمية الاجتماعية والمعرفية مقارنةً بالأطفال الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة، مما يقلل من فرصهم في إكمال دراستهم ويؤثر سلباً على فرص عملهم في المستقبل وارتفاعهم الاجتماعي وصحتهم.

تتجم التفاوتات الصحيّة عن عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، وإذا لم تتمّ معالجة كليهما من خلال استثمار الموارد والسياسات الاستباقية التي تركز على الإنصاف، فسوف تستمرّ هذه التفاوتات في إعاقة الحقّ في الصحة. تتفق المنطقة العربية نسبةً أقلّ على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (5.3% في عام 2020) مقارنةً بالمعدّل العالمي (11% في عام 2020) وجميع مناطق العالم الأخرى (WB 2023; UNESCWA 2022). وفي المقابل، تتفق المنطقة نسبةً أكبر على القطاع العسكري كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مقارنةً بمناطق العالم الأخرى، على الرغم من أن معظم البلدان العربيّة وقّعت على إعلان ألما-آتا الذي يدعو صراحةً إلى خفض النفقات العسكريّة واستثمار الموارد في الصحة بدلاً من ذلك. يوضّح **الشكل 1** التفاوتات في الإنفاق على الصحة (كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2020) بين البلدان العربية. بشكل عام، تتفق البلدان ذات الدخل المنخفض (جيبوتي وموريتانيا) وتلك الغارقة في النزاعات (السودان وسوريا واليمن) النسبة الأقلّ على الصحة كنسبة مئوية من ناتجها المحلي الإجمالي. وينفق الأردن ولبنان أعلى نسبة من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة، على الرغم من أن الأدلّة الواردة من العام 2010 تُظهر أن نصف هذا الإنفاق هو إنفاق خاصّ؛ والجدير بالذكر أن 75% من هذا المبلغ هو من المال الخاصّ بالمواطن (Salti et al. 2010).

شكل 1. الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020 بحسب كل بلد عربي

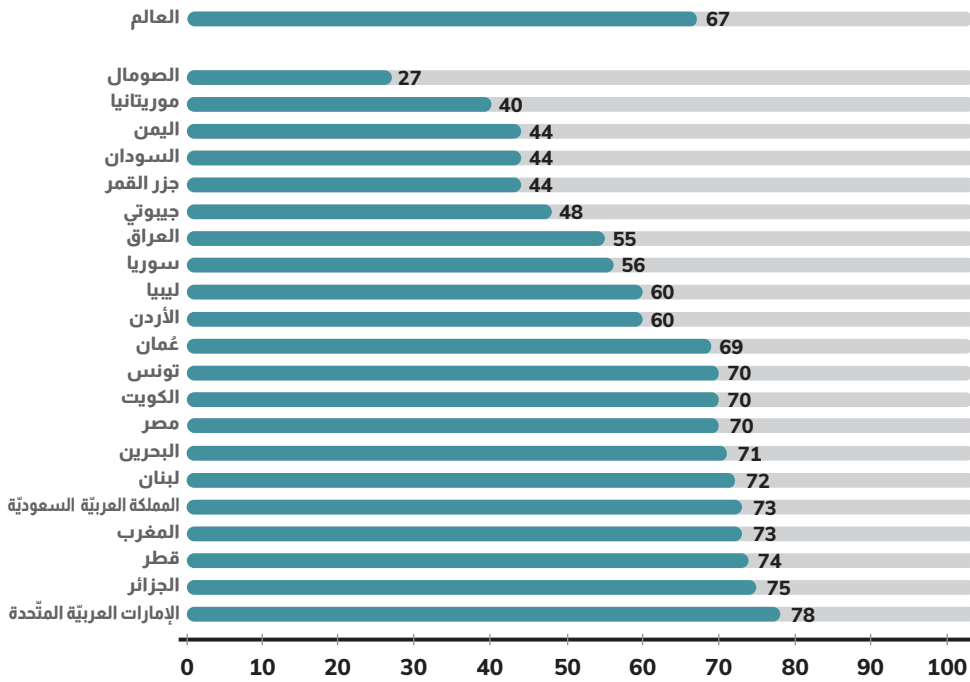


المصدر: بيانات البنك الدولي. ملاحظة: البيانات الخاصة بفلسطين والصومال غير متوفرة.

في **الشكل 2**، تمّ تصنيف البلدان العربيّة وفقاً لمؤشّر التغطية الصحيّة الشاملة لعام 2019، وهو مقياس لتغطية الخدمات الصحيّة الأساسية التي تشمل الصحة الإنجابيّة وصحة الأمّ والمواليد والأطفال والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية والقدرة على تقديم الخدمات وإمكانية الوصول إليها. يتعدّد على نصف البلدان العربية تقريباً توفير الخدمات الصحية الأساسية مقارنةً بالمعدّل العالمي. وأبرز هذه البلدان هي تلك المنخفضة الدخل أو المتأثرة بالحروب، باستثناء الأردن. في المقابل،

يُعتبر مؤشر التغطية الصحية الشاملة في البلدان العربية الخليجيّة ذات الدخل المتوسط والمرتفع مشابهًا أو أفضل قليلًا مقارنةً بالمعدّل العالمي.

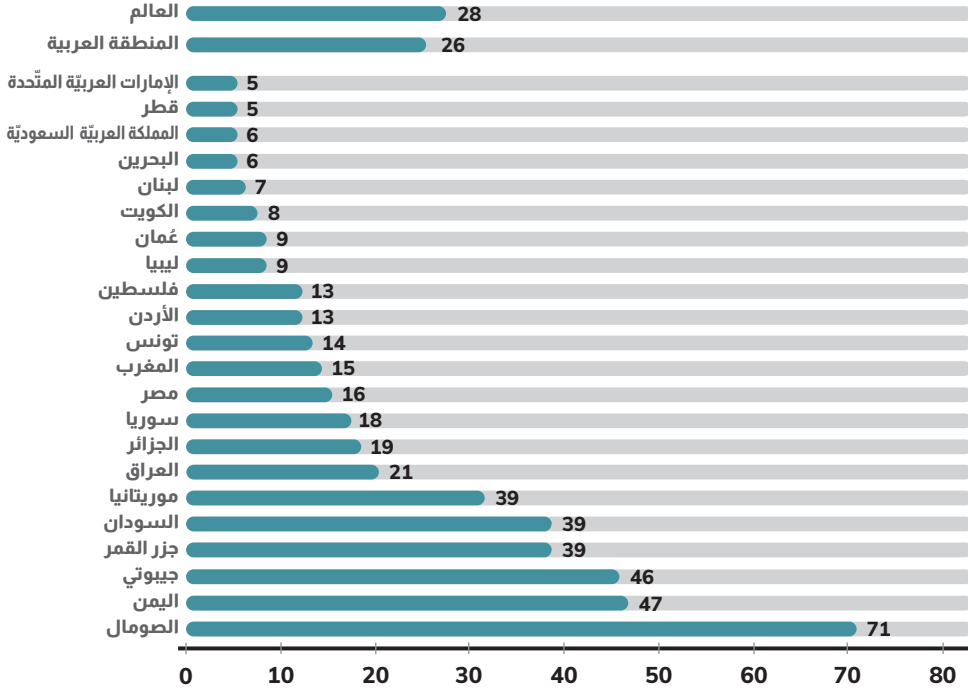
شكل 2. مؤشّر التغطية الصحيّة الشاملة في العام 2019 في المنطقة العربيّة بحسب كل بلد عربي



المصدر: بيانات البنك الدولي. ملاحظة: البيانات الخاصة بفلسطين غير متوفرة.

يوضح الشكل 3 أنّ معدّل وفيات الرضّع، وهو أحد المؤشّرات الرئيسيّة المستخدمة لتقييم الصّحة العاقيّة للسكان، يختلف اختلافاً كبيراً بين البلدان العربيّة. يُحدّد معدّل وفيات الرضّع على أنّه عدد الرضّع الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأوّل من بين 1000 ولادة حيّة. في العام 2021، سجّلت بلدان الخليج الثريّة في المنطقة العربيّة أدنى معدّل لوفيات الرضّع، بينما سجّلت أعلى المعدّلات في البلدان العربيّة الأكثر فقراً وتلك التي تشهد نزاعات. فمعدّل وفيات الرضّع في الصومال البالغ 71/1000 هو واحد من أعلى المعدّلات في العالم. أمّا معدّل وفيات الرضّع في اليمن الذي بلغ 47/1000 في العام 2021 فهو أعلى ممّا كان عليه في العام 2013 (45/1000)، ما يسلّط الضوء على الظلم الذي تُسببه الحرب والسياسة العسكريّة على صّحة السكان في هذين البلدين العربيين. نظراً لأن بيانات البنك الدولي هي توقعات تستند إلى بيانات سابقة قدمتها وكالات الأمم المتّحدة، وفي بعض الحالات الحكومات، فإن المعدلات الواردة في الشكلين 2 و 3 قد لا تكون دقيقة خاصة في البلدان المتأثرة بالحروب حيث البيانات المتاحة قديمة جداً. علاوة على ذلك، ليس من الواضح ما إذا كانت التقديرات في دول الخليج تشمل العمال المهاجرين الذين يشكلون نسبة كبيرة من السكان المقيمين.

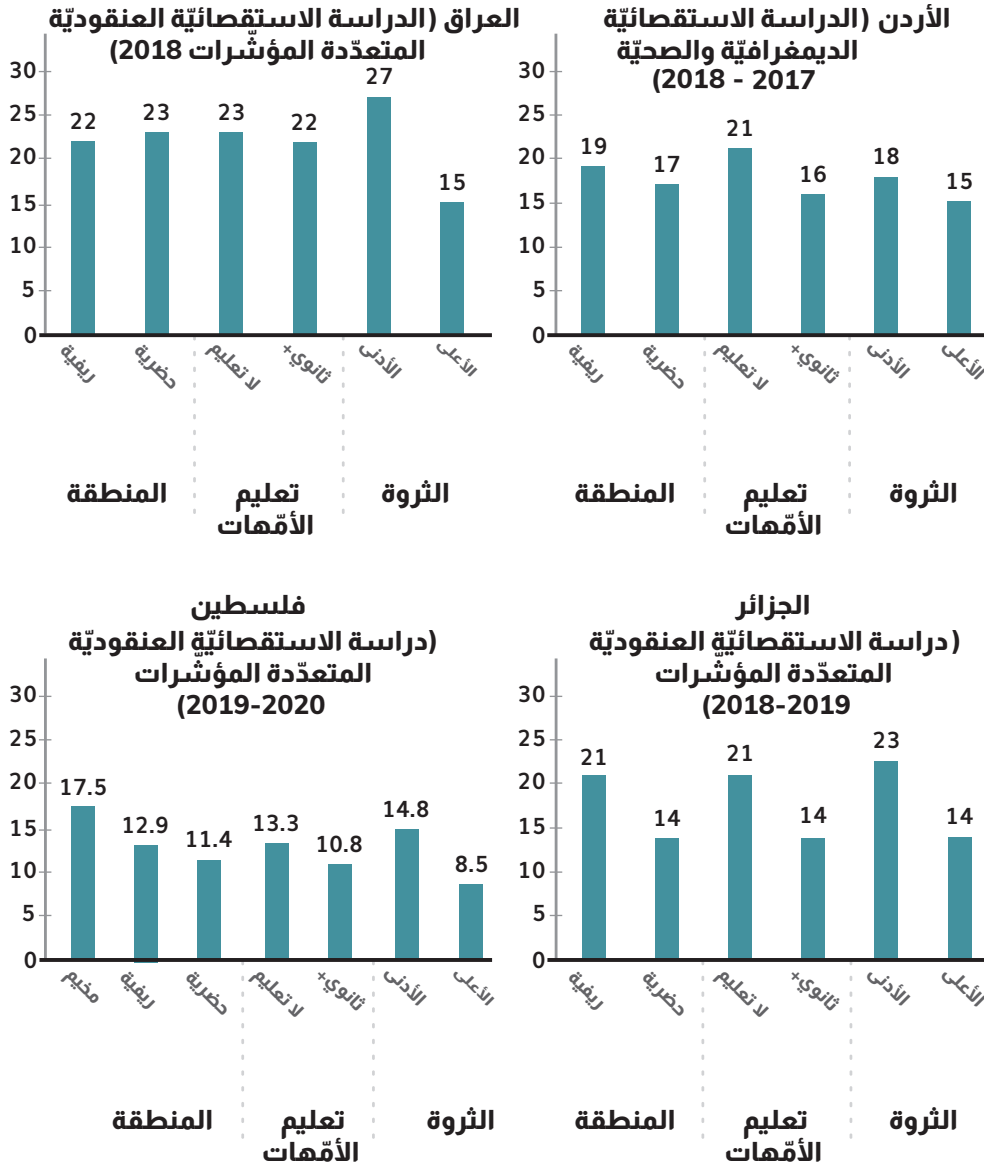
شكل 3. معدّل وفيات الرضع (عدد وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حيّة) بحسب البلد العربي للعام 2021



المصدر: بيانات البنك الدولي

لطالما كانت التفاوتات الصحية بين بلدان المنطقة معروفة جيدًا. ومن المهمّ كذلك تسليط الضوء على التفاوتات داخل البلدان لأنّها تُعيق تحقيق الحق في الصحة. يعرض الشكل 4 معدّلات وفيات الرضع في أربعة بلدان في المنطقة تتوقّر عنها بيانات حديثة نسبيًا على مستوى السكان من خلال الدراسة الاستقصائية العنقوديّة المتعدّدة المؤشّرات (العراق وفلسطين والجزائر) أو الدراسة الاستقصائية الديمغرافيّة والصحيّة (الأردن). يُقارن الشكل معدّل وفيات الرضع لكلّ بلد بحسب منطقة الإقامة (الأرياف مقابل المُدن ومخيّمات اللاجئين في فلسطين) وبحسب تعليم الأمّهات والثروة. وتجدر الإشارة إلى أنّ معدّل وفيات الرضع في المناطق الريفيّة أعلى مما هو عليه في المُدن في البلدان الثلاثة الأخرى، باستثناء العراق، وهو أعلى بكثير في مخيّمات اللاجئين في فلسطين. وترتبط التفاوتات في معدّلات وفيات الرضع بتعليم الأمّهات والثروة؛ فالرضع المولودون لأمّهات في الفئة الأفقر من حيث الثروة في العراق وفلسطين والجزائر يموتون بمعدل أعلى بكثير مقارنةً بالرضع المولودين لأمّهات في الفئة الأغنى من حيث الثروة. وتُسجّل في العراق تفاوتات واضحة بين المناطق من حيث معدّل وفيات الرضع (البيانات غير معروضة).

شكل 4. التفاوتات في معدّل وفيات الرضع في أربعة بلدان عربيّة بحسب منطقة الإقامة وتعليم الأمّات والوضع الاقتصادي



المصدر: الدراسة الاستقصائية العنقوديّة المتعدّدة المؤشرات للعراق وفلسطين والجزائر؛ والدراسة الاستقصائية الديمغرافيّة والصحيّة للأردن

تُظهر البيانات المقدّمة حتى الآن أنّ الاستثمارات في الصّحة في المنطقة العربيّة منخفضة بشكل ملحوظ، بينما هناك تفاوت كبير بين البلدان وداخلها في مجال التغطية الصحيّة الشاملة والنواتج الصحيّة الخاصة بالسكان (معدّل وفيات الرضع هو أحد المؤشرات الأساسية). بالتالي، يُنتهك مبدآن اثنان على الأقلّ من مبادئ الحق في الصّحة - وهما ضعف الاستثمار وعدم التمييز في توزيع الموارد الصحيّة. تُعدّ زيادة الاستثمارات الماليّة أمرًا ضروريًا لتعزيز التغطية الصحيّة الشاملة، وهي خطوة نحو تحقيق الحق في الصّحة وضمان حصول جميع السكان على الخدمات الصحيّة التي يحتاجون إليها، بجودة عالية، ومن دون صعوبات ماليّة. وبالإضافة إلى البيانات الواردة في **الشكل 2**، أظهر تحليل عالمي حديث أنّ بلدًا من فقط من البلدان العربيّة ذات الدخل المرتفع (وهما الكويت وقطر) اقتربا من تحقيق التغطية

الصحة الشاملة إذ يبلغ مؤشر التغطية الصحية الشاملة فيهما 82% و80% على التوالي (GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators 2020). أما البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في المنطقة فما زال أمامها طريق طويل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، ناهيك عن الحق في الصحة بمعناه الواسع. ويعود سبب ذلك جزئياً إلى الموارد المحدودة كما إلى السياسات الاجتماعية وهيكل الحوكمة الصحية القائمة على النماذج النيوليبرالية. وتجدر الإشارة إلى أن تأثير السياسات غير المدروسة والنيوليبرالية على الحق في الصحة في المنطقة لُخص في هذه الورقة الإقليمية وُدِّد بالتفصيل في إحدى الوثائق المواضيعية في التقرير. ويشمل الحق في الصحة الحق في الحصول على استحقاقات أخرى مثل الحق في الحماية الاجتماعية.

تُعتبر الحماية الاجتماعية عنصراً أساسياً من الحق في الصحة في منطقة تشهد تغييرات ديمغرافية غير مسبقة بسبب الحرب والتهجير القسري، و"أعداد الشباب المرتفعة" في بلدان كانت حتى وقت قريب تحظى بمعدلات خصوبة عالية، والشيخوخة المتسارعة في بعض البلدان مثل لبنان وتونس. ومع ذلك، يبقى الإنفاق على الحماية الاجتماعية في المنطقة منخفضاً بشكل عام ويعتمد بالدرجة الأولى على برامج قائمة على الاشتراكات. يدعم هذا الواقع الأشخاص العاملين في الاقتصاد النظامي في حين لا تتوفر الحماية لشريحة واسعة من السكان الذين لا يعملون أو يعملون في الاقتصاد غير النظامي. وكما أشار تقرير سابق للراصد العربي حول العمل غير النظامي في المنطقة، واجهت الحكومات العربية صعوبات كبيرة لعقود طويلة من الزمن من أجل توفير الحماية الاجتماعية لفئات اجتماعية مختلفة تقع خارج الاقتصاد النظامي (Aita 2016). في الحقيقة، تنص الدعوات ما بعد الجائحة لإصلاح أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بتحويل السياسات من استهداف فئات المجتمع الأكثر فقراً إلى شمل "الوسط المفقود" (أو الطبقة الوسطى المفقودة) مثل العاملين/ات في القطاع غير النظامي (UNESCWA 2021). كذلك، تؤثر الحماية الاجتماعية المحدودة على كبار السن، ولا سيما النساء اللواتي لا يشاركن في سوق العمل في سنّ الرشد، والأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم معدلات توظيف منخفضة للغاية، والعمال المهاجرين من غير المواطنين. وبما أن موارد الأسر العربية المخصصة لتوفير الرعاية للأفراد الأكبر سناً وذوي الاحتياجات الخاصة تتضاءل، أصبح من الضروري إعادة النظر في سياسات الحماية الاجتماعية لتشمل المهاجرين من غير المواطنين العاملين في مجال الرعاية (Abdulrahim et al. 2014).

تُظهر المراجعة المقدمة حتى الآن واقعاً مقلماً بشأن الحق في الصحة في المنطقة العربية. فانخفاض الاستثمار في الصحة "كأحد موارد الحياة اليومية"، والتفاوتات الصحية الكبيرة بين البلدان وبين فئات المجتمع داخل البلدان، بالإضافة إلى سياسات الصحة والحماية الاجتماعية النيوليبرالية التي توفر التغطية لشريحة صغيرة من السكان؛ كلها عوامل تُسلط الضوء على التقدّم غير الكافي نحو تحقيق الحق في الصحة في المنطقة على مدى عقود من الزمن منذ إعلان ألماتا عام 1978. وكان من الممكن أن تُتيح أزمة كوفيد-19 فرصة لإصلاح السياسات الصحية والاجتماعية. ولكن، ساهمت الجائحة في تفاقم التفاوتات وشكّلت تحديات كبيرة بالنسبة إلى الحكومات التي كان عليها مواجهة الوضع المستجدّ، فلم تستطع إعادة النظر في السياسات. من هنا، يتعيّن على نشطاء المجتمع المدني، الذين يرغبون في إحداث تغيير اجتماعي في مجال الصحة وحقوق الإنسان، أن يعملوا على صياغة استراتيجيات عملية لإدراج الحق في الصحة ضمن جهود المناصرة والتصدّي لتقصير الحكومات في هذه المسألة. تحتوي الأقسام التالية من التقرير على خلاصة وافية

يمكن للمناصرين والمنظمين استخدامها كقاعدة لتطوير استراتيجيات جديدة أو البناء على الاستراتيجيات الحالية. ويستند المحتوى إلى الأدلة والمعلومات المقدمة في الوثائق الوطنية والمواضيعية ودراسة الحالة في تقرير الرائد العربي للعام 2023. وتمّ تجميعها ضمن ستة مواضيع تبدأ بموضوع الفصل بين الاعتراف القانوني بالحق في الصحة والواقع الراهن.

ملخص المعلومات والأدلة الواردة في الوثائق الوطنية والمواضعية

اعتراف الدول العربية بالحق في الصحة مقابل الحقائق على أرض الواقع

وفقاً للتقييم العالمي الذي أجراه باكمان وزملاؤه (2008)، يكمن أحد المؤشرات الرئيسية لاعتراف الدولة بالحق في الصحة في ما إذا كانت الدولة قد وقّعت على معاهدات دولية تصون هذا الحق وما إذا كان دستورها أو تشريعاتها القانونية الأخرى تعترف صراحةً بهذا الحق. وتجدر الإشارة إلى أن جميع البلدان العربية، باستثناء المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة، هي طرف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك المادة 12 التي تعترف صراحةً بالحق في الصحة (الملحق ج). كذلك، وقّعت معظم الدول العربية على إعلان ألما-آتا في عام 1978 وتبنت مبادئ الرعاية الصحية الأساسية القائمة على الحقوق التي ينص عليها هذا الإعلان. وخُصت مراجعة أجزائها رواف وحسونة (2014) بعد فترة وجيزة من الربيع العربي إلى أن معظم الدساتير العربية تعترف بالحق في الصحة في بيانات عامة، ولكن من دون ذكر صريح لمسؤولية الحكومة. واستنتجت المراجعة أن خمسة دساتير عربية لم تذكر الحق في الصحة على الإطلاق بينما تضمّنت ثلاثة دساتير أخرى (دساتير الإمارات العربية المتحدة وقطر والسودان) في استراتيجياتها الوطنية إشاراتٍ إلى تحقيق الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية فقط.

تغيّر الوضع منذ العام 2014 في ما يتعلّق بتدوين الحق في الصحة في دساتير البلدان العربية، ولا سيّما في تونس ومصر. وكما هو موضّح في الورقة التوسّية التي أعدّها إيناس عيادي وعائدة قايد السبسي، تطوّر خطاب الدولة التونسية حول الصحة تدريجيّاً على مر السنين بدءاً من ضمان وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية وصولاً إلى الاعتراف بالصحة كحق أساسي للجميع. فالدستور التونسي لعام 2022 ينص على الحق في الصحة ويحمّل الدولة مسؤولية توفير الخدمات الصحية بجودة مناسبة، ويشير بوضوح إلى أهمية معالجة المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة. وعلى الرغم من أن بعض الدساتير العربية الأخرى، مثل دستور مصر والعراق، تشير إلى أن الصحة حق، تقتصر الصياغة اللغوية على مساءلة الدولة عن توفير خدمات الرعاية الصحية، بدلاً من ضمان الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان. وينص دستور المغرب ودستور موريتانيا على الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في القطاع العام، للمواطنين وغير المواطنين على حدّ سواء من دون تمييز.

يُعتبر الاعتماد على لغة الدستور كدليل على التزام الدولة بالحق في الصحة محدوداً لسببَيْن مهمّين: أولاً، يمكن أن تضمن بعض الدول العربية، التي لا تذكر دساتيرها الحق في الصحة، صراحةً الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بشكل منصف ومن دون أيّ تمييز في التشريعات القانونية الأخرى أو الاستراتيجيات الصحية الوطنية. والأردن خير مثالٍ على ذلك. فكما تشير الورقة التي أعدها حمزة

الدريدي، إنَّ التعديل على الدستور الأردني للعام 2011 لا ينصُّ صراحةً على أن الدولة تضمن الحق في الصحة، غير أن الأردن لديه الكثير من النصوص التنظيمية التي "تؤثر بشكل غير مباشر على إعمال الحق في الصحة". أما السبب الثاني المهم فهو الفصل في كثير من الأحيان بين الإشارات الواضحة والصريحة للحق في الصحة في الدستور أو على الأقل الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من جهة، والحقائق على أرض الواقع من جهة أخرى. ذكّر هذا الاختلاف بوضوح في الوثائق الخاصة باليمن والسودان وموريتانيا. ففي هذه البلدان الثلاثة، على الرغم من أن للمواطنين الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية وفقاً لما تنصُّ عليه التشريعات القانونية الوطنية، يبقى هذا الحق غير مضمون بسبب عوامل كثيرة، بما في ذلك ندرة الموارد وضعف حوكمة النظام الصحي. في مصر، يعترف الدستور المصري بعد الثورة بالصحة كحق ويشير بوضوح إلى محدّداته الاجتماعية (Rawaf & Hassounah 2014). ولكن، يرى مؤلّف الورقة الخاصة بمصر أن البيروقراطية وتجزئة النظام الصحي والحكومة الضعيفة تُعرقل إحقاق هذا الحق.

النيوليبرالية تغطي على أنظمة الحوكمة الصحية في المنطقة

حوكمة الأنظمة الصحية هي الإجراءات المتخذة لتعزيز صحة السكان وحمايتهم. وبغض النظر عما إذا كانت هذه الإجراءات تُنفذ في قطاع الصحة أو غيره (أي الاقتصاد أو التعليم أو الهجرة)، فهي تؤثر على المحدّدات والنواتج الصحية. والسؤال المهم الذي يجب طرحه في البداية هو ما إذا كان النظام الصحي يتماشى مع نموذج الرعاية الصحية الأولية الذي دعا إليه إعلان ألما-آتا أم أنه يتبنى النيوليبرالية كنظام للحكومة. تُسلط الوثائق الواردة في هذا التقرير الضوء على بعض الخصائص الرئيسية للنظام الصحي في البلدان العربية: (1) تخضع الأنظمة الصحية لقدر كبير من الخصخصة، وتتركز في المناطق الحضرية، وتستند إلى نموذج طبي حيوي علاجي؛ (2) تُموّل بنسبة كبيرة من خلال مدفوعات من الأموال الخاصة إلى جانب إنفاق مبالغ طائلة من ميزانية الصحة على الاستشفاء والأدوية؛ (3) تُظهر علاقة معقدة بين القطاع الخاص والعام إذ تُسحب الموارد المالية والقوى العاملة من القطاع العام إلى القطاع الخاص؛ (4) تتدهور جودة خدمات الرعاية الصحية بسرعة في القطاع العام بسبب غياب الاستثمار المالي وهجرة العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ وأخيراً (5) تخضع الأنظمة الصحية لإعادة الهيكلة باستمرار (ليس بالضرورة إصلاحاً بالمعنى الإيجابي) لتقليص الإنفاق والمواءمة مع النماذج النيوليبرالية للحكومة.

تُعدّ النيوليبرالية مجموعة من السياسات السياسية والاقتصادية المصمّمة لـ "تحرير" الاقتصاد من الأنظمة الحكومية. وتشمل السياسات النيوليبرالية النموذجية خفض الضرائب والتشجيع على الخصخصة وإلغاء الرقابة على العمليات التجارية، والأهم من ذلك، خفض الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية. أما الجهات التي تقود النيوليبرالية فهي الولايات المتحدة والمؤسسات المالية الدولية. وكما هو الحال في البلدان ذات الدخل المنخفض في مناطق أخرى من العالم، فرض البنك الدولي وصندوق النقد الدولي منذ عقود على البلدان العربية إصلاحات سياساتية نيوليبرالية أدت إلى خفض الاستثمارات في الصحة كمورد عام. فالمنطقة عبارة عن بؤرة للسياسات النيوليبرالية التي حدّد آدم هنية مبادئها الأساسية على النحو التالي (التاريخ غير محدد): (1) تحقيق نمو في الناتج المحلي الإجمالي؛ (2) رفع جميع القيود المفروضة على القطاع الخاص؛ و(3) الحدّ من دور القطاع العام. ساهمت

هذه السياسات في خفض إنفاق الدولة على الخدمات العامة، بما في ذلك التعليم والصحة، وتدهور الحماية الاجتماعية، ورفع الدعم عن السلع الأساسية. كذلك، فإنها أعاقَت الإصلاحات الضريبية التي كان من الممكن أن تدرّ عائدات لزيادة الإنفاق على الصحة ودعم برامج الحماية الاجتماعية. في الواقع، لو فرض كلٌّ من الأردن ولبنان ومصر والمغرب ضريبةً على الثروات تبلغ 2% فقط منذ العام 2010، لما كانت تعتمد على القروض من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، ولكانت أنظمتها الصحية أكثر جهوريّة لمواجهة أزمة كوفيد-19 (Oxfam 2020).

في الورقة المواضيعية التي تتناول النيوليبرالية، يؤكد المؤلف محمد سعيد السعدي أن السياسات النيوليبرالية وبرامج التكيف الهيكلي التي تفرضها المؤسسات المالية الدولية على البلدان العربية ذات الدخل المنخفض تتعارض مع الحقوق التي يضمنها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مثل الحق في العمل والغذاء والتعليم والسكن والحق في الصحة. ولعدة سنوات، تولّى البنك الدولي دورًا بارزًا في إصلاح الأنظمة الصحية في المنطقة نحو تحرير خدمات القطاع الخاص وتوسيعها (Longuenesse et al. 2012). ومن خلال مطالبة بلد مديون منخفض الدخل برفع الدعم وسحب الاستثمارات في الخدمات العامة، تزيد سياسات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي من انعدام الأمن الغذائي وتحدّ من الوصول إلى التعليم والحقوق الأخرى، وبالتالي تؤثر بشكل مباشر على الصحة. إضافةً إلى ذلك، تزعم سياسات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي قطاع الصحة من خلال تقليل الإيرادات الضريبية التي يمكن إنفاقها على هذا القطاع، وزيادة أسعار الأدوية، وتسريع عملية خصخصة الرعاية الصحية. يُقابل تقنين الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الأولية بزيادة الإنفاق على الأدوية، وبالتالي زيادة سلطة الشركات وسيطرتها على توفير الرعاية الصحية. وتصف ورقة السعدي حول النيوليبرالية كيف تعزّز المعاهدات الدولية سيطرة شركات الأدوية على حقوق الملكية الفكرية، ما يزيد من أسعار الأدوية ويعيق إنتاج الأدوية البديلة.

وفي موضوع آخر، توضح الورقة كيف أدّى تبني البلدان العربية لبرامج التكيف الهيكلي إلى فرض قيود على القوى العاملة في مجال الصحة وزيادة الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة. وفي وثيقتي العراق وفلسطين، تتكرّر أيضًا الفكرة القائلة بأن سياسات التقشف الخاصة بالبنك الدولي/صندوق النقد الدولي فشلت في تقريب البلدان من إحقاق الحق في الصحة، وأدت بدلاً من ذلك إلى تفاقم التفاوتات في الوصول إلى الرعاية الصحية. وأثرت السياسات المالية النيوليبرالية التي اعتمدها الأردن في مقابل قروض البنك الدولي/صندوق النقد الدولي سلبيًا على فئات المجتمع المستضعفة وقطاع الصحة بشكل عام. وبالمثل، أدى اعتماد السودان للسياسات النيوليبرالية منذ السبعينيات والالتزام بمتطلبات قروض البنك الدولي/صندوق النقد الدولي إلى تقليل وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية المجانية في حين غرق البلد أكثر في ديونه.

والجدير ذكره أنّ أصداء تأثير السياسات النيوليبرالية على الصحة تتردّد خارج نظام الرعاية الصحية. ففي مقال نُشر مؤخرًا، يرى جو ضاهر (2022) أن الإصلاحات النيوليبرالية المفروضة، ولا سيّما الخصخصة والتقشف والاستثمارات المحدودة في الصحة وأشكال الحماية الاجتماعية الأخرى، لم تحدّ من السلطة السياسية للدولة، بل أدت بدلاً من ذلك إلى أشكال جديدة من استبداد الدولة. في ورقة العراق، يقول منتظر حسن إن تبني الدولة للسياسات النيوليبرالية عزّز هيمنة المقرّبين من السلطة السياسية بدلاً من أن يعزّز المنافسة في القطاع الخاص. أما في لبنان فركّزت جهود إعادة الإعمار بعد الحرب الأهلية على نمو القطاع الخاص من خلال

تعزير السياسات النيوليبرالية، ما أدى إلى اقتصاد ريعي وانتشار القطاعات ذات الإنتاجية المنخفضة (كالعقارات مثلاً) على حساب التنمية الاجتماعية. وساهم ذلك في تعزيز هيمنة النخبة السياسية والمحسوبة المتجذرة. إضافة إلى ذلك، ساهمت الإصلاحات النيوليبرالية في بعض البلدان العربية في إنشاء قطاع منظمات غير حكومية ممولة خارجياً للتعويض عن نقص حماية الدولة. وصحيح أن المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية يسدان فجوات مهمة، غير أن تحويل الأدوار للمنظمات غير الحكومية يُعفي الدولة من التزاماتها ويمكن أن يؤدي إلى مزيد من التفكك وإضعاف أنظمة الحماية الاجتماعية. وهذا ما حصل في لبنان حيث في غياب حماية الدولة، تقدّم المنظمات غير الحكومية مستويات مختلفة من الخدمات الصحية، سواء من خلال المستشفيات الخيرية أو مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تشكّل جزءاً من شبكة وزارة الصحة العامة.

الحماية الاجتماعية عنصر أساسي من عناصر الحق في الصحة

تتمثل إحدى العواقب الرئيسية للسياسات النيوليبرالية في إضعاف أنظمة الحماية الاجتماعية التي يتمثل دورها في حماية العقال وكذلك الفئات الفقيرة والمستضعفة من الصدمات غير المتوقعة. فالحماية الاجتماعية هي حق من حقوق الإنسان وتشمل الرعاية الصحية وإجازة الأمومة والبطالة والمرض والإعاقة والضمان الاجتماعي في الشيخوخة. وبما أن أسواق العمل في الكثير من البلدان العربية تتخذ طابعاً غير نظامي، هناك نسبة كبيرة من العقال، بمن فيهم اللاجئين والمهاجرين العاملين في البناء والزراعة والخدمة المنزلية، لا تحصل على مزاي الصحة والضمان الاجتماعي. وتشير النسبة المرتفعة للعمل غير النظامي إلى أن أكثر من نصف السكان في المغرب وموريتانيا والسودان واليمن ولبنان وحتى المملكة العربية السعودية لا يتمتعون بالحماية الاجتماعية الكافية (Aita 2016). والوضع ليس أفضل في البلدان التي اعتمدت أنظمة الرعاية والخدمات الصحية العامة المجانية منذ الستينيات. ففي مصر، تشير الدلائل إلى أن الفقراء هم الأقل استفادة من خدمات الصحة العامة بينما الأثرياء هم الأكثر استفادة (El-Agati 2013). وفي سوريا، كانت إمكانية حصول النساء الريفيات المهمشات على خدمات صحة الأم والطفل منخفضة في العام 2000 حتى أنها انخفضت أكثر في العام 2009 قُبيل الثورة السورية بفترة وجيزة وبروز الدولة الإسلامية (Abdulrahim & Bousmah 2019). تُبين هذه الأمثلة أن الدول العربية لم تتمكن من توفير خدمات الرعاية الصحية الملائمة، ناهيك عن تحقيق الحق في الصحة بمعناه الكامل.

تصف الورقة المواضيعية، التي أعدها كل من رنا جواد وولاء طلعت، آليات الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بشكل دقيق، وتركز على الحماية الصحية الاجتماعية التي تُعرّف على أنها: "سلسلة من التدابير العامة، أو التدابير الخاصة المنظمة والمفوضة في القطاع العام، لمعالجة الضائقة الاجتماعية والخسارة الاقتصادية الناجمة عن انخفاض الإنتاجية أو وقف المكاسب أو انخفاضها، أو تكلفة العلاج الضروري، التي تؤدي إلى اعتلال الصحة (ILO 2008)". وتشير الكاتبان إلى أن إنفاق المنطقة على الحماية الاجتماعية (4.6%) هو أدنى بكثير من المتوسط العالمي (12.9%)، وهو ما يوازي الفرق في النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، كما هو موضح في الشكل 1. إضافة إلى ذلك، يستفيد 39.5% فقط من السكان العرب من أي شكل من أشكال التغطية الصحية مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 66%. وإلى جانب الإيرادات الضريبية المنخفضة، تعكس الاستثمارات

المحدودة في الحماية الصحيّة الاجتماعيّة أيضًا: (1) ضعف العقود الاجتماعيّة، وفي بعض الحالات غياب مساءلة الحكومة تجاه المواطنين؛ (2) الاعتماد على البرامج القائمة على الاشتراكات في حين أنّ نسبة كبيرة من السكان العرب يعملون في الاقتصاد غير النظامي؛ و(3) نهجًا سلطويًا لمنح الحماية عن طريق الهيكليات الاجتماعيّة التقليديّة (مثل المؤسسات الدينيّة أو القبليّة أو النخبة السياسيّة أو أفراد العائلة المالكة) بدلًا من الدولة.

سُلِّط الضوء على نهج "النيوميراثيّة" و"المحسوبيّات" حيال الحماية الاجتماعيّة في الوثائق الوطنيّة المتعلقة بموريتانيا والأردن ولبنان. ففي موريتانيا، بما أنّ الدولة غير قادرة على توفير الحماية لجميع مواطنيها نظرًا للموارد المحدودة، ما زالت القرابة القبليّة تُطبّق كشكل من أشكال التأمين الاجتماعي. أما في الأردن ولبنان، وهما البلدان اللذان ينفقان أعلى نسبة من إجمالي ناتجهما المحلي على الصّحة في المنطقة، فمن الشائع أن يطلب المواطنون الخدمات الصحيّة من النخبة السياسيّة. مثلًا، للحصول على العلاج الباهظ للأمراض المزمنة مثل السرطان، يتعيّن على المواطنين الأردنيين الذين لا يستفيدون من أيّ تغطية صحيّة تقديم طلب إلى الديوان الملكي لإعفائهم من دفع التكاليف، وهو مطلب يتعارض بشكل واضح مع مبدأ الصّحة كحق من حقوق الإنسان وليس خدمة. وكُتِب الكثير عن استغلال الخدمات الصحيّة من خلال المراكز الصحيّة الطائفيّة والمسيّسة في لبنان لحشد الولاء لصالح الأحزاب السياسيّة (Cammett 2015). فمناشدة النخبة القبليّة أو الملكيّة أو الطائفيّة، وإن كانت ضروريّة لنجاة الفقراء والأشخاص الذين يفتقرون إلى الحماية الاجتماعيّة، تحدّ من الحقوق وتقوّي سلطة "مرتكبي العنف الهيكلية" (Cammett 2015, p. S76).

الحق في الصّحة في حقبة ما بعد الجائحة

ضربت جائحة كوفيد-19 المنطقة العربيّة بعد عقد من تدابير التقشف حيث قدّمت دول عربيّة كثيرة القليل من الحماية الاجتماعيّة، إن توفّرت، لسكانها (ILO 2021). وبعد وقت قصير على تفشي كوفيد-19 في أواخر شهر آذار/مارس وفي شهر نيسان/أبريل من العام 2020، بدأت تتجلى الأدلّة على التأثير غير المنصف للفيروس القاتل على مختلف فئات المجتمع في البلدان الغنيّة. ولم تُحدّد قابلية التضرّر والمضاعفات الشديدة بالعمر والمخاطر البيولوجيّة فحسب، بل ارتبطت أيضًا بالتفاوتات القائمة مسبقًا على المستويات الاجتماعيّة والاقتصاديّة وحالة المهاجرين والعرق/الإثنيّة، ما أدّى إلى طرح أسئلة متعلّقة بالصلة بين الحق في الصّحة وقابليّة التضرّر في مواجهة أزمة صحيّة غير متوقّعة. في الورقة المواضيعيّة حول كوفيد-19 التي أعدّها فرح الشامي، تُستخدّم البيانات والأدلّة المحدودة المتوفّرة عن المنطقة لتسليط الضوء على نقاط الضعف الأساسيّة في أنظمة الحماية الاجتماعيّة والصحيّة وكيف أدّت إلى تفاقم تأثير كوفيد-19 في الكثير من البلدان العربيّة، وكيف أدّت الجائحة بدورها إلى ازدياد التفاوتات. في الواقع، ازدادت معدلات البطالة والفقر في المنطقة وازداد التفاوت في الثروات بعد الجائحة. على سبيل المثال، أصبح أصحاب الملايين في المنطقة أكثر ثراءً في العام 2020 مقارنةً بالعام 2019، بينما شهد الأفراد العاديون انخفاضًا كبيرًا في ثرواتهم خلال الفترة نفسها (UNESCWA 2020). وفي ما يتعلّق بالصّحة، كشفت الجائحة عن أوجه قصور قائمة أصلًا في تمويل الأنظمة الصحيّة والمعدات والقوى العاملة، كما سلّطت الضوء على أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحيّة وجودتها في البلدان العربيّة (Hasan 2021).

تُعتبر فترة كوفيد-19 بمثابة مثال توضيحي للتأثيرات السلبية لخصخصة النظام الصحي والسياسات النيوليبرالية على الحق في الصحة في زمن الأزمات. تُشير الورقة المواضيعية الخاصة بكوفيد-19 كما الكثير من الوثائق الوطنية (على سبيل المثال، مصر والأردن) إلى أن قطاع الرعاية الصحية الخاص، الذي كان يزدهر على حساب القطاع العام، امتنع عن استقبال مرضى كوفيد-19 في بداية الجائحة. ومع استمرار تفشي الجائحة، بدأت المستشفيات الخاصة تستقبل مرضى كوفيد-19 ولكن مقابل تكلفة عالية، ما يعني أن المستشفيات الحكومية استمرت في تحقّل العبء الأكبر الناجم عن الجائحة. وتسبب هذا الوضع في زيادة ترسيخ مفهوم المحسوبية الصحية إذ تمكّن الأشخاص الذين لديهم شبكة علاقات نافذة من الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها، بينما كان على بقية السكان الانتظار أو دفع رشوة للحصول على الخدمات الصحية التي يؤمّلها القطاع العام. وكما هو الحال في البلدان الأخرى، أثر فيروس كوفيد-19 على العاملين في مجال الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية في المنطقة العربية، ولا سيّما العاملين في القطاع العام، ما أدى إلى تسريع انتقالهم إلى القطاع الخاص داخل البلد نفسه. إضافة إلى ذلك، توضح أزمة كوفيد-19 نفوذ شركات تصنيع الأدوية في تحديد الوصول إلى الحق في الصحة. اعتبر تطوير لقاح كوفيد-19 أحد أسرع الإنجازات العلمية في العصر الحديث، إنما تُشير فرح الشامي إلى أن الشركات الصيدلانية في الواقع أبطأت إنتاج اللقاح ومنعت البلدان الأخرى من تطوير البدائل. ولم يقتصر نفوذ شركات الأدوية الدولية أثناء الجائحة على التحكم بكلفة فحوصات الـ PCR واللقاحات بل كانت أحد الأسباب الرئيسية وراء ارتفاع أسعار الأدوية الأساسية.

رغم اعتبار استجابة الحكومات لأزمة كوفيد-19 على أنها منسقة ودينامية وفعّالة في بعض البلدان التي يتناولها هذا التقرير مثل المغرب وتونس وموريتانيا، إلا أنها انتقدت أيضًا بسبب عدم الاتساق وسوء الإدارة في بلدان أخرى (على سبيل المثال، مصر والعراق واليمن). أما فلسطين فواجهت تحديات كبيرة في مكافحة الجائحة بسبب تداخل العوامل السياسية وتلك المرتبطة بالنظام الصحي، وأهمها ممانعة إسرائيل في توزيع اللقاح في الأراضي المحتلة. بشكل عام، خضعت إجراءات احتواء تفشي الفيروس في معظم البلدان العربية للقرارات العسكرية وكانت غير مناسبة لأزمة صحية بهذا الحجم. وتُظهر البيانات المقدّمة في ورقة كوفيد-19 - أن قرارات الإغلاق الشامل أو الجزئي في تونس ومصر ولبنان والأردن تزامنت مع الأحداث الاجتماعية والسياسية بدلًا من تضاؤل تفشي فيروس كورونا.

أثر الحرب والاحتلال والنزوح على الحق في الصحة

منذ الحرب العالمية الثانية، شهدت المنطقة العربية حروبًا واسعة النطاق ونزوحًا سكانيًا، بدءًا من النكبة الفلسطينية في العام 1948 وتشريد مئات الآلاف من الفلسطينيين بعد قيام دولة إسرائيل. وفي العقود التي أعقبت إنهاء الاستعمار وإنشاء الدول العربية، ساهمت الطبيعة العرقية والطائفية المتزايدة للنزاعات في المنطقة في ارتفاع هائل في عدد السكان النازحين قسرًا داخل حدود الدول وعبرها (Yahya 2015). وجاءت هذه الزيادة ضمن سياق لم يُبدل فيه سوى القليل من الجهود الجادة، إن بُذلت، لوضع هيكل حوكمة وطنية أو إقليمية لحماية النازحين. وفي الآونة الأخيرة، أدت الحروب في العراق وسوريا إلى عواقب وخيمة في المنطقة واستنزاف الموارد وزيادة الطائفية ونزوح الملايين والتأثير سلبيًا على صحة السكان. في لحظة إعداد هذه الورقة، أدت المحادثات بين الأطراف المتنازعة في اليمن، البلد الذي دمّرت أكثر من ثماني سنوات من النزاع، إلى هدوء نسبي، وسمحت بتزويد السكان النازحين داخليًا بالموارد الصحية الأساسية (مثل الوقود والغذاء).

وفي الوقت نفسه تقريباً في شهر نيسان/أبريل من العام 2023، اندلعت حرب أهلية في السودان كان يمكن أن تتحول إلى واحدة من أشد الأزمات الإنسانية في العالم. فمئات الآلاف من السودانيين، الذين كانوا يستضيفون سابقاً للاجئين من جنوب السودان وإثيوبيا، باتوا نازحين داخلياً أو فرّوا إلى تشاد ومصر بحثاً عن الأمان والغذاء والماء والمأوى. أما لبنان، الذي شهد حرباً أهلية دامية بين عامي 1975 و1990، والأردن، فيستضيفان أعداداً كبيرة من اللاجئين السوريين. وأخيراً، أصبحت البلدان العربية في شمال أفريقيا، ولا سيما ليبيا، أرضاً خصبة لشبكات التهريب التي تعتمد على يأس السكان من أفريقيا جنوب الصحراء وسوريا وأفغانستان. وأدت الأعداد الكبيرة من النازحين قسراً في الدول العربية المضيفة، التي تعاني من الأزمات الاقتصادية والاضطرابات السياسية، إلى ضغوط هائلة على الموارد والبنية التحتية والأنظمة الصحية. وأدت أيضاً إلى إثارة القلق الوطني وأطلقت العنان لخطاب عنصري يفقد اللاجئين صفتهم الإنسانية ويلقي باللوم عليهم في الإخفاقات الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها الدول المضيفة لهم.

ركّز التقرير على مسألة التأثير السلبي للحرب والاستعمار على المدنيين وآفاق تحقيق الحق في الصحة، وخصوصاً وثائق السودان واليمن وفلسطين وسوريا والعراق. وصرّح عدد من الخبراء الذين استشارتهم داليا حزام وعبير شايف أثناء إعداد الورقة الوطنية عن أن الحرب في اليمن بددت كل التطلعات لتحقيق الحق في الصحة. في الواقع، أدى النزاع في اليمن إلى تدمير البنى التحتية للمياه والصرف الصحي وانعدام الأمن الغذائي وانقطاع الخدمات الصحية وتفشي الأمراض المعدية مثل الكوليرا. والأهم من ذلك أن الحرب الأهلية قسمت النظام الصحي إلى نظام تقوده السعودية من جهة ونظام بقيادة الحوثيين من جهة أخرى، ناهيك عن النظام الإنساني الذي يعتمد عليه 80% من سكان اليمن للحصول على المساعدات والحماية الاجتماعية. تبرز أيضاً الأنظمة الصحية المنقسمة أو المزدوجة في سوريا، حيث تعمل الأنظمة الحكومية وغير الحكومية المتوازية بشكل مستقل، وكذلك في فلسطين بسبب الانقسام السياسي بين فتح في الضفة الغربية وحماس في قطاع غزة.

أدى قيام سلطتين فلسطينيتين منقسمتين، كما ورد في ورقة فلسطين من إعداد علي شعاع، إلى تفكيك نظام الرعاية الصحية وتدهور جودة الخدمة. وأصبح ضعف النظام ملموساً بشكل خاص في غزة بعد أن توقفت السلطة الوطنية الفلسطينية في الضفة الغربية عن دفع رواتب العاملين في مجال الرعاية الصحية في قطاع غزة، ما أعاق تقديم الخدمات وزاد من معاناة السكان. وعلى الرغم من تداعيات الانقسام بين الضفة الغربية وغزة على معيشة الفلسطينيين وصحتهم، يشكّل الاحتلال الإسرائيلي التهديد الرئيسي أمام إحقاق الحق في الصحة في فلسطين. ففي سياق الاستعمار الإسرائيلي المستمر، يعيش الفلسطينيون إما كمواطنين من الدرجة الثانية على أرضهم في فلسطين التاريخية، تحت حصار جوي وبحري وبري في غزة، أو في كاتنونات منفصلة في القدس والضفة الغربية محاطة بجدار فصل عنصري ومفصلة بنقاط تفتيش. فبات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ناهيك عن الحق في الصحة، مستحيلًا على الفلسطينيين في ظل هذه الظروف.

وتحتوي الورقة التي أعدها منتظر حسن على وصف دقيق لتأثير تاريخ العراق الطويل من الحرب والنزاع العنيف على الحق في الصحة. قُتل أو جرح ملايين العراقيين خلال الحرب العراقية - الإيرانية التي استمرت 8 سنوات في الثمانينيات وحرب الخليج الأولى في التسعينيات والعقوبات الاقتصادية (2003-2011) وغزو واحتلال الولايات

المتحدة. وبالإضافة إلى الوفيات والإعاقة ونزوح السكان، تسببت الحروب المتعددة في العراق في فرار أعداد كبيرة من القوى العاملة الصحية في البلد، وتدمير ما كان يُعتبر أحد أقوى الأنظمة الصحية في المنطقة، وتساوع النواتج الصحية المرتبطة بالفقر مثل وفيات الرضع والأمراض المعدية. وكذلك في سوريا، أدى النزاع المسلح إلى التدمير الكامل للنظام الصحي الذي كان له تأثير هائل على النتائج الصحية. ولم تسلم استراتيجيات الصراع المباشر التي اعتمدها الأطراف المتحاربة - النظام السوري والمليشيات على حد سواء - المدنيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية وأدت إلى انتهاكات جسيمة لحقوق الإنسان. وبما أن كل طرف متحارب مدعوماً من طرف فاعل إقليمي أو دولي، فإن ذلك يعقد احتمالية إنهاء النزاع ومحاسبة المنتهكين. فالحروب والعقوبات تؤدي إلى اقتصادات جديدة وتُسبب ضرراً لا يمكن إصلاحه في النظام الاجتماعي في البلد، وتقضي على الإنجازات السابقة نحو إحقاق الحق في الصحة. في العراق، كما في سوريا، تستمرّ البنية التحتية تلقائياً، حتى عندما ينحسر العنف المباشر، وتؤدي إلى تطبيع الممارسات الاجتماعية التي تؤثر بشكل مباشر على الصحة، مثل دفع الرشوة مقابل الخدمات الصحية في القطاع العام. وفي البلدان العربية التي تمزقها الحرب (سوريا والعراق واليمن)، يتجلى تطبيع الكثير من أشكال العنف الممارس على الفتيات والنساء في زيادة ظاهرة الزواج المبكر وتراجع نواتج صحة الأم والصحة الإنجابية وصحة الطفل.

تؤثر الحرب أيضاً على البلدان التي تستضيف الفارين من العنف. فلبنان والأردن يستضيفان النسبة الأكبر من السوريين النازحين قسراً لكل فرد، كما استضافت البلدان أعداداً كبيرة من اللاجئين الفلسطينيين منذ العام 1948. وتجدر الإشارة إلى أن الخدمات الصحية تُقدّم للاجئين السوريين من خلال آليات التنسيق بين وزارات الصحة الوطنية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR). وعلى الرغم من أن المفوضية ومنظمات الإغاثة الدولية الأخرى تعتمد دمج الخدمات التعليمية والصحية للاجئين ضمن القطاع العام في الدولة المضيفة، إلا أن هذا النهج قد شكّل ضغطاً هائلاً على البنية التحتية المنهكة أصلاً والتي تعاني من ضعف التمويل في لبنان والأردن. سمح الاندماج للسوريين بالوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية المدعومة في القطاع العام، غير أن الحواجز المالية وغيرها من الحواجز تُعيق وصولهم إلى الخدمات الثانوية والثالثية مثل علاج الأمراض المزمنة (Akik et al. 2019). لكن، في بعض الحالات، ساهمت المساعدات الدولية للاجئين في تفادي الانهيار المالي للمؤسسات التابعة للقطاع العام. على سبيل المثال، تولت اللجنة الدولية للصليب الأحمر إدارة مستشفى رفيق الحريري الحكومي وتمويله في لبنان منذ العام 2016. ويقدم هذا المستشفى، الذي عانى تاريخياً من مشاكل مالية مزمنة، خدماته حالياً للاجئين والمواطنين اللبنانيين ذوي الدخل المحدود على حدٍ سواء.

تغيّر المناخ

يشكّل تغيّر المناخ تهديداً وجودياً في المنطقة العربية ويؤثر على المواطنين وغير المواطنين. فنتيجة لتغيّر المناخ، تشهد المنطقة انخفاضاً في موارد المياه والغذاء (El-Zein et al. 2014)، وهو واقع سيؤثر حتماً على صحة الأجيال القادمة. وتجدر الإشارة إلى أن ستة بلدان فقط من أصل 22 بلداً عربياً لم تُصنّف على أنها تعاني من الإجهاد المائي قبل عقد من الزمن، كما أن التوقعات بشأن ندرة المياه وانعدام الأمن الغذائي في المنطقة أصبحت أكثر تشاؤماً منذ ذلك الحين. سيؤدي انعدام الأمن الغذائي في البلدان العربية ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى خفض التنوع الغذائي وتغيير أنماط استهلاك الغذاء والتأثير على الوضع الصحي للسكان

(El-Zein et al. 2014). هناك فرضيات تقول إن تغيّر المناخ والجفاف يساهمان في النزوح الداخلي والتنافس على الأراضي والموارد المائية، إذ يقدّم الصراع بين الأعراق في دارفور في السودان والحرب الأهلية في سوريا دراسات نموذجية تحليلية مهمة في هذا الصدد (Selby et al. 2017). وبسبب تغيّر المناخ والجفاف، وصل انعدام الأمن الغذائي إلى مستويات قياسية في موريتانيا وفقاً لمسح الظروف المعيشية لعامي 2019-2020. ونتيجة لذلك، يهاجر الموريتانيون من المناطق الريفية إلى العاصمة بحثاً عن سبل العيش، ما يزيد الضغط على البنية التحتية الحضرية والخدمات الصحية. وفي السودان، من المتوقع أن يؤدي تغيّر المناخ إلى تغيير أنماط الأمراض المعدية وغير المعدية ويشكل تهديداً خطيراً للحق في الصحة.

وحتى البلدان العربية التي كانت تتمتع بالأمن المائي نسبياً حتى الماضي القريب باتت تُعاني حالياً من آثار تغيّر المناخ والاحترار العالمي. أدى انخفاض منسوب المياه في نهري العراق الرئيسيّين (دجلة والفرات)، بسبب درجات الحرارة المرتفعة بالإضافة إلى بناء السدود من قبل تركيا وإيران، إلى تدهور جودة المياه وانخفاض الوصول إلى مياه الشرب لنسبة كبيرة من العراقيين. في العراق، كما في تونس ولبنان، تؤدي خصخصة المياه إلى زيادة عدم المساواة إذ يمكن للأثرياء شراء مياه الشرب الآمنة بينما يستهلك الفقراء المياه الملوثة ويتعرّضون لخطر الإصابة بالأمراض المعدية التي تنقلها المياه مثل الكوليرا. وفي سياق تغيّر المناخ أيضاً، شهد كلٌّ من تونس ولبنان في السنوات الأخيرة حرائق عدة في الغابات، دُمّرت الأراضي الصالحة للزراعة وهدّدت سبل عيش المواطنين. في العراق، تسبّب ارتفاع درجات الحرارة والجفاف بالكثير من العواصف الرملية في ربيع العام 2022 بالإضافة إلى تفشي أمراض الجهاز التنفسي. وأدت الحرائق في لبنان وندرة المياه والطاقة في العراق إلى تصاعد غضب المواطنين تجاه الحكومات وساهمت في اندلاع الثورات في البلدين في العام 2019.

وتجدر الإشارة إلى أن الحرارة الشديدة، وهي نتيجة لمشكلة تغيّر المناخ الأكبر، تُهدّد سبل عيش السكان في المنطقة العربية وصحتهم، وهي محور دراسة الحالة حول المناخ والهجرة والصحة في الكويت التي أعدها براك الأحمد. فتأثير الحرارة الشديدة على صحة العمال المهاجرين في منطقة الخليج بات موضوع اهتمام الباحثين وجماعات حقوق الإنسان خلال التحضير لكأس العالم 2022 الذي استضافته قطر. تستضيف بلدان الخليج ذات الدخل المرتفع أعداداً كبيرة من اليد العاملة من آسيا وأفريقيا، ويتمّ توظيفهم من خلال نظام الكفالة السيئ الذي يحرّمهم من الحماية العقالية أو اللجوء إلى القانون في حالات الاستغلال. ويتعرّض العمال المهاجرون الذكور الذين يعملون في البناء والزراعة للحرارة الشديدة لساعات طويلة. كذلك، كشفت الأبحاث في النيبال عن وباء مرض الكلى المزمن بين عمال البناء النيباليين العائدين الذين بنوا ملاعب الفيفا. تتناول دراسة الحالة الرابط بين التعرّض للحرارة وصحة العمال المهاجرين في بلدٍ حيث تُلامس درجات الحرارة 50 درجة مئوية في الصيف. ويقدم المؤلف، استناداً إلى سيناريوهات مختلفة لتأثير ارتفاع عدد أيام الحرارة الشديدة لكلّ عقد على صحة السكان، نظرةً متشائمة ولا سيما في ما يتعلق بالعمال المهاجرين الذين ستتأثر صحتهم بالضغوط الاجتماعية والاقتصادية والتعرّض للحرارة. وتطرح دراسة الحالة خلاصة نقدية للسياسات التشغيلية الحالية (أي مجرد حظر العمل لبضع ساعات في منتصف النهار خلال أشهر الصيف) التي لا تأخذ في الاعتبار الأدلة العلمية الناشئة حول معايير الحرارة. وبدلاً من ذلك، تدعو إلى المساءلة والسياسات القائمة على المساواة للتخفيف من ضرر التعرّض للحرارة على العمال المهاجرين.

مسائل أساسية أخرى تؤثر على الحق في الصحة في المنطقة العربية

على الرغم من المعلومات الغنيّة الواردة في وثائق التقرير ودراسة الحالة، لم يتم التطرّق بشكل كافٍ إلى بعض المسائل الأساسية التي تُعتبر ضروريّة في سياق الحق في الصحة في المنطقة العربيّة. وهذه المسائل هي التالية: ندرة البيانات المتاحة لتقييم حالة الحق في الصحة ورصد التقدّم المُحرز في هذا المجال؛ وعدم المساواة بين الجنسين؛ وإهمال الصحة النفسيّة؛ وأخيرًا مناقشة مسؤوليّة الدولة تجاه صحّة الأفراد من غير المواطنين.

المسألة الأولى التي يجب مناقشتها في هذا القسم هي التحدي الذي واجهه معظم المؤلفين في إعداد الوثائق الوطنيّة بسبب محدوديّة البيانات المتاحة. انطلاقًا من اعتبار المساواة والمساءلة ركيزهً للحق في الصحة لناحية العدالة الاجتماعية، اتّبع مؤلّفو الوثائق الوطنيّة منهجيّة تقوم على جمع وتوليف المؤشرات المتعلقة بالخدمات والموارد الصحيّة ودراسة ما إذا كانت هذه الأخيرة تُقدّم لفئات المجتمع كافة بشكل منصف ومن خلال نظام متكامل وخاضع للمساءلة. ولكن، كان من الواضح أثناء إعداد الوثائق الوطنيّة ومراجعتها، أن توافر البيانات يشكل تحديًا كبيرًا لتقييم مدى تحقيق الحق في الصحة في البلد المعني. في بعض الحالات، كانت البيانات المنشورة في التقارير الوطنيّة قديمة. وفي حالات أخرى، لم تكن متاحة بصيغٍ تسمح بتصنيف المعلومات بحسب النوع الاجتماعي والمنطقة وغير ذلك من المؤشرات الاجتماعيّة والاقتصاديّة الضروريّة لتقييم المساواة. واستُخرج جزء كبير من البيانات من التقارير الحكوميّة أو ارتكز على البيانات الوطنيّة التي جُمعت من خلال الدراسات الاستقصائيّة الديمغرافيّة والصحيّة (DHS, USAID) أو الدراسات الاستقصائيّة العنقوديّة المتعدّدة المؤشرات (MICS, UNICEF). وفي حين أنّ البيانات حول نفقات الرعاية الصحيّة والقوى العاملة التي قدّمتها الحكومات كانت حديثة، لكن البيانات الخاصة بالوصول إلى الرعاية الصحيّة أو النواتج الصحيّة من الدراسات الاستقصائيّة الوطنيّة الخاصة بالأسر المعيشيّة كانت قديمة في بعض الحالات. على سبيل المثال، تعود أحدث تقارير الدراسات الاستقصائيّة الوطنيّة الخاصة بالأسر المعيشيّة إلى عاميّ 2018-2019 وهي متاحة فقط للعراق والأردن وفلسطين وتونس والجزائر. أما بيانات مؤشرات صحّة الأم والطفل الهامة المقدّمة في وثيقتيّ مصر والسودان، على سبيل المثال، فتعود للعام 2014. وهناك بيانات أقدم في بلدان أخرى، وبالتالي لا تعكس تأثير التغييرات الاقتصاديّة والسياسيّة الأخيرة على صحّة السكان، ناهيك عن تأثير كوفيد - 19.

إنّ عدم توقّر بيانات موثوقة وحديثة يفرض قيودًا جدية تحول دون رصد التقدّم المحرز في الحق في الصحة. وزادت التحديات التي فرضتها ندرة البيانات في المنطقة وشرذمة أنظمة البيانات بسبب خصخصة نظام الرعاية الصحيّة خلال الأسابيع القليلة الأولى من جائحة كوفيد - 19 عندما كان الوصول إلى البيانات الصحيّة في الوقت الحقيقي أمرًا بالغ الأهميّة للاستجابة للجائحة. يعود سبب عدم توفر البيانات في الكثير من البلدان العربيّة في بعض الحالات إلى الموارد المحدودة، ولكن أيضًا إلى غياب الإرادة السياسيّة. وتُعد الدعوة إلى الوصول إلى البيانات المفتوحة خطوةً أولى وحاسمة نحو رصد التقدّم المُحرز ومساءلة الحكومات.

أمّا المساواة بين الجنسين فهي مسألة أخرى تطرقت إليها وثائق وطنيّة كثيرة، لكنّها تستحق أن يُسلط الضوء عليها بشكل أكبر كعنصر أساسي في الحق في الصحة. على الرغم من التقدّم المحرز في سد الفجوة بين الجنسين في التحصيل

العلمي في الكثير من البلدان العربية، تواجه النساء والفتيات في المنطقة تحديات كبيرة تؤثر بشكل مباشر على صحتهن ورفاههن. فلم تؤدِّ التحسينات في تعليم المرأة العربيّة إلى تعزيز نسبة مشاركتها في سوق العمل، وهي النسبة الأدنى على مستوى العالم - 18.4% مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 48%. ونتيجةً لذلك، ما زالت النساء العربيّات عرضةً للفقر والتبعيّة، كما يحدّ ذلك من وصولهن إلى الرعاية الصحيّة وغيرها من أشكال الحماية الاجتماعيّة التي يمكن الحصول عليها من خلال العمل، مثل معاشات التقاعد. وتكسب النساء العاملات أجرةً أدنى مقارنةً بأجور الرجال في القطاع نفسه ولا تحصل على إجازات كافية لرعاية الأسرة (UNESCWA 2019). توفّر مصر والعراق والكويت وسوريا فقط إجازة أمومة تتوافق مع التوصيات الدوليّة. من جهة أخرى، تتحمّل المرأة العربيّة أعباء الرعاية داخل الأسرة النواة والممتدة، بما في ذلك رعاية كبار السن وأفراد الأسرة الذين يعانون من إعاقة في ظلّ قلة خدمات الدعم الرسمية.

هناك مجموعة من المعايير الذكورية والتركيبات الاجتماعيّة والقوانين التي تُعيق وصول النساء والفتيات العربيّات إلى أعلى مستوى من الصّحة. فلا تتمتع الغالبية العظمى من النساء في المنطقة العربيّة بالحق في الإجهاض أو الطلاق أو حضانه الأطفال. وفي بلدان كثيرة، تخضع قرارات المرأة وأفعالها لوليّ أمرها. استثمرت بعض بلدان المنطقة في تعميم مراعاة منظور النوع الاجتماعي في السياسات الوطنية والميزانيات والتقييم القائم على البيانات، ومن المتوقع أن يعزّز ذلك قدرتها على تقييم التقدّم المحرز في المساواة بين الجنسين وتحقيق أهداف التنمية المستدامة والحق في الصّحة لجميع النساء والرجال. في المقابل، تعيش ملايين النساء العربيّات في بلدان حيث يتأثرن بأشكال متعدّدة من العنف الهيكلي بالإضافة إلى النظام الذكوري، مثل الفقر والحرب والنزوح. فالنساء في البلدان الفقيرة والمتأثرة بالحروب كجزر القمر وموريتانيا والصومال والسودان واليمن يُعانين من أعلى معدّلات وفيات الأمهات في المنطقة وبعض أعلى معدّلات الوفيات في العالم (WB 2023). في هذا التقرير، تسلّط الورقة الوطنية الخاصة باليمن والورقة الوطنية الخاصة بالسودان الضوء على تأثير ممارستين، وهما الزواج المبكر وختان الإناث على التوالي، على وضع النساء والفتيات وصحتهن في البلدين. يزداد الزواج المبكر، الذي يؤثر في الغالب على الفتيات في الأسر الفقيرة، في أثناء الحرب وفي حالات النزوح بسبب انعدام الأمن والخوف من العنف الجنسي. ويتداخل الزواج المبكر وغيره من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي مع تأنيث الفقر في الكثير من البلدان العربيّة وينتج عن إهمال الدولة وعدم تعميم مراعاة النوع الاجتماعي في السياسات الوطنيّة. في تونس، تقدّم المنظمات غير الحكوميّة الخدمات للناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي، ومعظمهن من النساء الفقيرات، لأنّ القطاع العام لا يخصّص موارد مالية لهذه المسائل. وفي سياق المنطقة العربيّة، من المهمّ أن يُشدّد نشاط المجتمع المدني على أنّه لا يمكن إحقاق الحق في الصّحة إلّا من خلال جهود المناصرة التي تركز على الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة الذي يدعو إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كلّ النساء والفتيات.

تناولت وثائق وطنيّة عديدة في التقرير مسألة الصّحة النفسيّة باعتبارها عنصرًا أساسيًا للصّحة العامة والرفاه. سلط مؤلفو وثيقتي المغرب والسودان الضوء على أوجه القصور في النظام الصحي، إذ إنّ خدمات الصّحة النفسيّة تعتمد على المستشفيات وتتركز في المناطق الحضرية والمحافظات الأكثر ثراءً، كما أوصوا بإعادة هيكلة النظام الصحي لتلبية احتياجات السكان الخاصة بالصّحة النفسيّة. وأشار مؤلفو وثائق موريتانيا والأردن والعراق إلى أنّ معالجة الصّحة النفسيّة أصبحت

حاجة ملحة في هذه البلدان وشددوا على وجه التحديد على الارتفاع غير المسبوق في تعاطي المخدرات بين الشباب. وحددوا الكثير من التحديات أمام الاستجابة السياساتية المدروسة للصحة النفسية، بما في ذلك الوصمة وعدم كفاية الموارد المالية والمهنية والافتقار إلى التنفيذ حتى في حال تم وضع استراتيجيات خاصة بالصحة النفسية. تُحدّد الصحة النفسية من خلال عوامل اجتماعية واقتصادية وسياسية مثل ارتفاع معدلات بطالة الشباب والنظرة التشاؤمية حيال المشاركة السياسية. بالتالي، فإن أي نهج للدفاع عن الحق في الصحة، إذا كان يتضمن الصحة النفسية كركيزة أساسية، يجب أن يشمل الحقوق الأساسية الأخرى، مثل الحق في العمل والمشاركة في الحياة العامة.

أخيراً، على الرغم من أنّ بعض الوثائق الوطنية الواردة في التقرير (مثلاً: السودان واليمن ولبنان والأردن) أوضحت تأثير استضافة أعداد كبيرة من النازحين واللاجئين على أداء النظام الصحي للبلد، كما سلّطت دراسة تغيير المناخ الضوء على محنة العمّال المهاجرين في الكويت، لا بدّ من إيلاء المزيد من الاهتمام لمناقشة الحق في الصحة للاجئين والعمّال المهاجرين وغيرهم من الأفراد الذين لهم الحق في أن يكونوا مواطنين مثل الأبناء من أمهات مواطنات وآباء غير مواطنين. بحسب إعلان ألما-آتا والمعاهدات الدولية الأخرى، تقع مسؤولية تحقيق الحق في الصحة على حكومات الدول. من هنا، تُطرح أسئلة مهمّة حول تحديد الجهة المسؤولة عن ضمان الحق الشامل في الصحة لجميع الأفراد ضمن الأراضي الوطنية، بغض النظر عن جنسيتهم. وتُعتبر دراسة الحق في الصحة في المنطقة العربية محدودة للغاية إذا ركزت على إحقاق هذا الحق للمواطنين فقط، وتجاهلت حقوق اللاجئين والعمّال المهاجرين وغيرهم ممن حُرّموا من حقوق المواطنة بسبب السياسات التمييزية السلطوية. وفي منطقة حيث لم توقع معظم الدول على اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين (الملحق ج)، تُعتبر المناقشات حول دمج اللاجئين في البلدان المضيفة ومنحهم كامل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية من المُحرّمات. تُصّر الدول المضيفة للاجئين، مثل لبنان والأردن، على أن مسؤولية توفير الحماية والخدمات للاجئين تقع على عاتق المجتمع الدولي حصراً الذي تمثله المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وكيانات الأمم المتحدة الأخرى. وعلى الرغم من أنّ نظام الكفالة ينتهك المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان ويستبعد العمال المهاجرين من تدابير الحماية العمالية، إنّما أثبت أنّه يصمد في مواجهة الحملات المتعدّدة التي تبذلها جماعات حقوق الإنسان المحلية والدولية بهدف إلغائه.

بالتالي، وعلى الرغم من أنّ الحق في الصحة هو جزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان الأخرى، ربّما يرى الناشطون في مجال الصحة أنه من الإستراتيجي على المدى القصير التركيز على الصحة فحسب، ولكن في إطارها كحقي شامل بدلاً من اعتبارها حقاً من حقوق المواطنة. في هذا الصدد، قدّم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط الدعم للدول لدمج خدمات اللاجئين والمهاجرين في أنظمتها الصحية الوطنية. وعقد المكتب مؤخرًا اجتماعًا لمراجعة المبادرات وإلقاء الضوء على الممارسات الجيدة. وهذه خطوة أولى مهمّة. ولكن، بما أنّ أحد أهداف تقرير الرائد العربي للعام 2023 هو تحويل الخطاب في المنطقة عن الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية فحسب، يجب التأكيد على أنّ الصحة ليست مجرد خدمة بل هي حق أساسي من حقوق الإنسان في جميع جهود المناصرة في المستقبل.

التوصيات السياسية

إن المجموعات الثلاث التالية من التوصيات تنبثق من التحديات التي تم تحديدها في الوثائق الوطنية والمواضيعية في تقرير الرائد العربي للعام 2023، ولكنها تتماشى أيضًا مع التوصيات السياسية الواردة في تقرير منظمة "الإسكوا" حول إصلاحات الحماية الاجتماعية وتغطية الرعاية الصحية الشاملة (UNESCWA 2021). (UNESCWA 2022).

تسلط المجموعة الأولى من التوصيات الضوء على دور السياسات الاجتماعية في خلق ثقافة صحية مبنية على الحقوق، والتركيز على الإنصاف كنتيجة، وتحسين أنظمة الحماية الاجتماعية لتعزيز التكافل الاجتماعي والتخفيف من المخاطر. يتطلب تأطير الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان توجّهًا مختلفًا عمّا اعتاد عليه المواطنون (وغير المواطنين) وصانعو السياسات وحتى المتخصصون في الصحة العامة. وهذا التأطير يعني أن الصحة ليست خدمة أو سلعة يتم تقديمها للأفراد بشكل منفصل عن السياقات الاجتماعية أو الاقتصادية أو السياسية التي يعيشون فيها. بدلاً من ذلك، إنه يعني ربط الحق في الصحة بالحقوق والحريات الأساسية الأخرى وتعزيز ثقافة يتمتع فيها الأفراد والمجتمعات بفرص متكافئة لعيش حياة صحية. يجب أن يكون الإنصاف في صلب جميع السياسات الاجتماعية إذ أن النمو الاقتصادي وحده لا يُعدّ كافيًا ولا شرطًا أساسيًا للإنصاف. يجب ألا تقتصر آليات الرصد على تقييم مدى تحسّن المؤشرات الاجتماعية مثل التعليم والوصول إلى خدمات البنية التحتية وأشكال الحماية الاجتماعية الأخرى، بل أيضًا الحدّ من التفاوتات في الوصول إليها بين الفئات الاجتماعية. وفي سياق متصل، يُعدّ تعزيز الحماية الاجتماعية أمرًا أساسيًا لتحقيق الحق في الصحة ومن شأنه معالجة العقود الاجتماعية الهشة بين الشعوب والحكومات في العديد من البلدان العربية. ينبغي على الحكومات العربية أن تضع برامج شاملة للحماية الاجتماعية لا تعتمد على الاشتراكات فحسب، وذلك من خلال زيادة الإيرادات الضريبية. وعليها أيضًا أن تتخلّى عن استهداف الشريحة الأشدّ فقرًا فحسب لأنّ هذا النهج يستبعد شريحة كبيرة من السكان مثل العاملين في القطاع غير النظامي. وينبغي للحماية الاجتماعية أن تُعزّز المساواة بين الجنسين وتعالج بشكل استباقي حقوق كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. تتطلب السياسات الجديدة لتحويل أنظمة الحماية الاجتماعية وجعلها مستدامة. إرادة سياسية واستعادة الثقة، فضلًا عن بناء التضامن وضمان مساءلة الحكومة.

ثانيًا، تتمثل أهم توصية سياسية على مستوى النظام الصحي في زيادة الإنفاق الصحي في البلدان العربية وجعله أقرب إلى المتوسط العالمي البالغ 11% من الناتج المحلي الإجمالي. سيؤدي توجيه موارد إضافية نحو النظام الصحي إلى زيادة نسبة السكان المشمولين بالتغطية وزيادة عدد الخدمات المُدرّجة. وتُشكل زيادة التمويل للمؤسسات العامة وتحسين جودة خدماتها أحد الجوانب الأساسية لتعزيز النظام الصحي. يُعدّ النموذج المناهض للقطاع العام في الكثير من البلدان في المنطقة العربية نتيجةً للسياسات النيوليبرالية التي، من خلال تحرير القطاع الخاص، ولدت اختلالًا واستنزفت الموارد الممولة من القطاع العام. تبرز الحاجة إلى سياسات استباقية لعكس الضرر الذي أحدثته هذه السياسات على مرّ السنوات والدفع باتجاه تحسين استخدام الموارد العامة. وعلى غرار النقطة التي أُثيرت حول تعميم مراعاة النوع الاجتماعي في سياسات الحماية الاجتماعية، يجب أن تركز الأنظمة

الصحة في المنطقة العربية أيضًا على المساواة بين الجنسين في توزيع موارد الرعاية الصحية بما يتجاوز توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات صحة الأمومة للنساء. وهذا يعني، على سبيل المثال، جمع البيانات المركزة التي تسلط الضوء على الفروق بين الجنسين في الوصول إلى الخدمات المتعلقة بالأمراض المزمنة. في هذا الإطار، يتسم تعزيز البنية التحتية للبيانات المرتبطة بالصحة في البلدان العربية بأهمية بالغة. فجمع البيانات وإتاحتها يُعدُّ أمرًا حاسمًا لتقييم ورصد التقدم المحرز نحو الحق في الصحة.

قد يبدو أنّ بعض التهديدات العالمية التي ستستمر في عرقلة تحقيق الحق في الصحة في المنطقة العربية - كالروب والنزوح وتغيّر المناخ والأزمات الصحية غير المتوقعة - تتخطى قدرة أي حكومة، ناهيك عن المتخصصين في الصحة العامة أو مجموعات المجتمع المدني. ولكن، ينبغي لمجموعات المجتمع المدني العربي أن تنتهز الفرصة لحدّ صانعي السياسات على إقرار التشريعات واتخاذ الإجراءات الاستباقية لحماية الفئات الأكثر هشاشة على الأقل أثناء النزاعات أو في مواجهة تغيّر المناخ، وتعزيز حقوق اللاجئين والنازحين داخليًا. يمكن للمجموعات والناشطين الأفراد الاستفادة من الأدلة المُلخّصة في هذه الورقة الإقليمية وغيرها من الوثائق الواردة في التقرير للضغط من أجل إحداث تغيير اجتماعي والاعتراف بالحق في الصحة للجميع.

ختامًا، في ظلّ التحديات المتعدّدة والموارد المحدودة في المنطقة العربية، يجب على الإجراءات المستقبلية وجهود المناصرة في السياقات الوطنية والإقليمية أن تستند أيضًا إلى التجارب السابقة. فالدروس المستفادة من فترة تفشي جائحة كوفيد-19، على سبيل المثال، تسلط الضوء على ضرورة إزالة السياسات الصحية والاجتماعية التي تعزز الخصخصة وإلغاء الضوابط التنظيمية، وإعطاء الأولوية للحماية الاجتماعية والعملية ضمن الاستراتيجيات الوطنية. وعلى وجه التحديد، شكّلت جائحة كوفيد-19 درسًا لصانعي السياسات في جميع البلدان العربية من دون استثناء بأنّ إهمال التأهب لمواجهة تفشي الأمراض المعدية والاستثمار في التكنولوجيا الطبية المتطورة على حساب الخدمات الصحية الأساسية والحماية سيؤدي حتمًا إلى استجابة بطيئة وغير فعّالة لأي أزمة صحية عامة ويُقوّض حتى التقدّم البسيط المحرز نحو تحقيق الحق في الصحة.

المراجع

- Abdulrahim, S., Ajrouch, K., & Antonucci, TC. 2014. "Aging in Lebanon: Challenges and Opportunities." (الشيخوخة في لبنان: التحديات والفرص) *The Gerontologist*, 55(4): 511-518.
- Abdulrahim, S. & Bousmah, M.Q. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." (التفاوتات الإقليمية في الخدمات الصحية المتعلقة بصحة الأم والمولود في العراق وسوريا من 2000 إلى 2011) *International Journal of Health Services*, 49(3): 623-641.
- Afifi, R., Novak, N., Gilbert, P., Pauly, B., Abdulrahim, S., Rashid, SF., Ortega, F., & Ferrand, RA. 2020. "'Most at Risk' for COVID 19? The Imperative to Expand the Definition from Biological to Social Factors for Equity." (من هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بمرض كوفيد-19؟ ضرورة توسيع التعريف من العوامل البيولوجية إلى العوامل الاجتماعية المتعلقة بالإنصاف) *Preventive Medicine*, 39.
- Aita, S. 2016. "Informal Labor in the Arab Countries: Facts and Rights. Arab Watch Report on Economic and Social Rights." (العمل غير النظامي في البلدان العربية: حقائق) [Link](#) (وحقوق). تقرير الرائد العربي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية
- Akik, C., Ghattas, H., Mesmar, S., Rabkin, M., El-Sadr, WM., & Fouad, FM. 2019. "Host Country Responses to Non-communicable Diseases amongst Syrian Refugees: A Review." (استجابات البلدان المضيفة للأمراض غير المعدية بين اللاجئين السوريين: مراجعة) *Conflict & Health*, 13: 8.
- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R., Jaramillo-Strouss, C., Fikre, B. M., Rumble, C., Pevalin, D., Paez, D. A., Pineda, M. A., Frisancho, A., Tarco, D., Motlagh, M., Farcasanu, D., & Vladescu, C. 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 countries." (الأنظمة الصحية والحق في الصحة: تقييم 194 بلدًا) *The Lancet*, 6736(08): 61781-X.
- Cammett, M. 2015. "Sectarianism and the Ambiguities of Welfare in Lebanon." (الطائفية) *Current Anthropology*, 56(11): S76-S87. (وأوجه الغموض على مستوى الرعاية في لبنان)
- Daher, J. 2022. "Understanding Capitalism in the MENA and the Process of Neoliberal Reform." (فهم الرأسمالية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وعملية الإصلاح النيوليبرالي) [Link](#).
- Declaration of Alma-Ata. 1978. [Link](#). إعلان إلما آتا
- El-Agati, M. 2013. "Demands of the Egyptian Revolution and the Newly-Emerging Actors. European Institute of the Mediterranean." (مطالب الثورة المصرية والجهات الفاعلة الناشئة) [Link](#). (حديثًا). المعهد الأوروبي للبحر الأبيض المتوسط
- El-Zein, A., Jabbour, S., Tekce, B., Zurayk, H., Nuwayhid, I., Khawaja, M., Tell, T., Al Mooji, Y., DeJong, J., Yassin, N., & Hogan, D. 2014. "Health and Ecological Sustainability in the Arab World: A Matter of Survival." (الصحة والاستدامة البيئية في العالم العربي: مسألة بقاء) *The Lancet*, 383(9915): 458-476.

- GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. 2020. “Measuring Universal Health Coverage based on an Index of Effective Coverage of Health Services in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.” قياس التغطية الصحية الشاملة بناءً على مؤشر التغطية الفعالة للخدمات الصحية في 204 بلدان ومناطق، 1990-2019: تحليل منهجي لدراسة العبء العالمي للمرض لعام 2019 The Lancet, 396:1250-1284.
- Hanieh, A. (n.d.). “‘Democracy Promotion’ and Neoliberalism in the Middle East.” تعزيز (الديمقراطية والنيوليبرالية في الشرق الأوسط) International Journal of Socialist Renewal. Issue 29.
- Hasan, HF. 2021. “Legal and Health Response to COVID-19 in the Arab Countries.” (الاستجابة القانونية والصحية لجائحة كوفيد-19 في البلدان العربية) Risk Management and Healthcare Policy, 14: 1141-1154.
- Hone, T., Macinko, J., Millett, C. 2018. “Revisiting Alma-Ata: What is the Role of Primary Health Care in Achieving the Sustainable Development Goals?” (إعادة النظر في إعلان) (ألما-آتا: ما هو دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة؟) The Lancet, 392: 1461-1472.
- ICESCR. 1966. “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.” (العهد) (الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) [Link](#).
- International Labour Organization. 2008. “Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Healthcare. Social Security Policy Briefings.” (الحماية) (الصحية الاجتماعية: استراتيجية منظمة العمل الدولية نحو الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية. (إحاطات بشأن سياسة الضمان الاجتماعي) [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021. “World Social Protection Report 2020-2022: Regional Companion Report for the Middle East and North Africa (MENA) Region.” (تقرير الحماية الاجتماعية في العالم للفترة 2020-2022: التقرير الإقليمي المصاحب) (الخاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) [Link](#).
- Kronfol, N. M. 2012. “Historical Development of Health Systems in the Arab Countries: A Review.” (التطور التاريخي للأنظمة الصحية في البلدان العربية: مراجعة) Eastern Mediterranean Health Journal, 18(11): 1151-1156.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. 2008. “Alma-Ata 30 Years on: Revolutionary, Relevant, and Time to Revitalize.” (إعلان ألما-آتا بعد 30 عامًا: ثوري وملائم، وأن الأوان لإعادة إحيائه) The Lancet, 373: 917-927.
- Longuenesse, E., Chiffolleau, S., Kronfol, N., & Dewachi, O. 2012. “Public Health, the Medical Profession, and State Building: A Historical Perspective.” (الصحة العامة ومهنة) (الطب وبناء الدولة: منظور تاريخي) In S. Jabbour (Eds.) Public Health in the Arab World. Cambridge University Press, pp. 7-20.
- Maciocco, G. & Stefanini, A. 2007. “From Alma-Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy.” (من إعلان ألما-آتا إلى الصندوق العالمي: تاريخ السياسة الصحية) (الدولية) Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 7(4): 479-486.

- Mann, J. M. 1997. "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights." (الطب والصحة) (العامة والأخلاقيات وحقوق الإنسان) The Hastings Center.
- Ncube, M., Anyanwu, J.C., & Hausken, K. 2014. "Inequality, Economic Growth and Poverty in the Middle East and North Africa." (عدم المساواة والنمو الاقتصادي والفقر في) (الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) African Development Review, 26(3): 435-453.
- Nuwayhid, I. & Zurayk, H. 2019. "The Political Determinants of Health and Wellbeing in the Lebanese Uprising." (المحددات السياسية للصحة والرفاه في الانتفاضة اللبنانية) The Lancet, 394: 1974-1975.
- Oxfam. 2020. "For a Decade of Hope not Austerity in the Middle East and North Africa: Towards a Fair and Inclusive Recovery to Fight Inequality." (من أجل عقد من الأمل وليس) (التكشف في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: نحو انتعاش عادل وشامل لمحاربة ظاهرة عدم المساواة) [Link](#).
- Rawaf, S. & Hassounah, S. 2014. "Codification and Implementation of the 'Right to Health' in the Arab World." (تدوين "الحق في الصحة" وتنفيذه في العالم العربي) In B. Toebe, R. Ferguson, M. M. Markovic, and O. Nnamuchi (Eds.) The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice. Springer, pp. 135-163.
- Rifkin, S. B. 2018. "Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from Consensus to Complexity." (40 عامًا: الرعاية الصحية الأولية والصحة للجميع -) (من الإجماع إلى التعقيد) BMJ Global Health, 3(suppl3): e001188.
- Rumbold, B., Baker, R., Ferraz, O., Hawkes, S., Krubiner, C., Littlejohns, P., Norheim, O.F., Pegram, T., Rid, A., Venkatapuram, S., & Voorhoeve, A. 2017. "Universal Health Coverage, Priority Setting, and the Human Right to Health." (التغطية الصحية الشاملة،) (وتحديد الأولويات، وحقوق الإنسان في الصحة) The Lancet, 390(10095): 712-714.
- Salti, N., Chabaan, J., & Raad, F. 2010. "Health Equity in Lebanon: A Microeconomic Analysis." (الإنصاف في مجال الصحة في لبنان: تحليل الاقتصاد الجزئي) International Journal for Equity in Health, 9:11.
- Selby, J., Dahi, O.S., Fröhlic, C., & Hulme, M. 2017. "Climate Change and the Syrian Civil War Revisited." (إعادة النظر في تغيّر المناخ والحرب الأهلية السورية) Political Geography, 60: 232-244.
- Toebe, B. 1999. "Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health." (نحو فهم أفضل للحق الإنساني الدولي في الصحة) Human Rights Quarterly, 21(3): 661-679.
- UNESCWA. 2019. "The Arab Gender Gap Report 2020: Gender Equality and the Sustainable Development Goals." (التقرير العربي لفجوة النوع الاجتماعي 2020: المساواة بين الجنسين وأهداف التنمية المستدامة) [Link](#).
- UNESCWA. 2020. "Rising Wealth Inequality in the Arab Region amid COVID-19. Policy Brief 2 (المنطقة العربية في ظل كوفيد-19: زيادة عدم المساواة في الثروة) [Link](#).
- UNESCWA. 2021. "The COVID-19 Pandemic in the Arab Region: An Opportunity to

Reform Social Protection Systems.” (جائحة كوفيد-19 في المنطقة العربية: فرصة لإصلاح) (نُظم الحماية الاجتماعية) [Link](#).

- UNESCWA. 2022. “Inequality in the Arab Region: A Ticking Bomb.” (عدم المساواة في) (المنطقة العربية: قنبلة موقوتة) [Link](#).
- World Bank. 2023. “The World Bank Data.” (بيانات البنك الدولي) [Link](#).
- World Health Organization. 1946. “World Health Organization Constitution.” (دستور) (منظمة الصحة العالمية) [Link](#).
- Yahya, M. 2015. “Refugees in the Making of an Arab Regional Disorder. Carnegie Middle East Center.” (اللاجئون في ظلّ الاضطراب الإقليمي العربي. مركز كارنيجي للشرق الأوسط).

الملحق أ: إعلان ألما-آتا

المواضيع الرئيسية والتدخلات الأساسية (Backman et al. 2008)

■ المواضيع الرئيسية

- أهمية الإنصاف
- الحاجة إلى المشاركة المجتمعية
- الحاجة إلى نهج متعدد القطاعات حيال المشاكل الصحية
- الحاجة إلى التخطيط الفعّال
- أهمية أنظمة الإحالة المتكاملة
- التركيز على أنشطة الإرشاد الصحي
- الدور الحاسم للموارد البشرية المدربة تدريباً مناسباً
- أهمية التعاون الدولي

■ التدخلات الصحية الأساسية

- التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة
- تعزيز الإمدادات الغذائية والتغذية السليمة
- إمدادات كافية من المياه المأمونة والصرف الصحي الأساسي
- الرعاية الصحية للأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة
- التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية
- الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها
- معالجة الأمراض والإصابات الشائعة بشكل مناسب
- توفير الأدوية الأساسية

الملحق ب: مؤشرات الحق في الصحة

(Backman et al. 2008)

■ الاعتراف بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- عدد معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية التي تعترف بالحق في الصحة والتي صادقت عليها الدولة
- هل يعترف دستور الدولة، أو ورقة الحقوق، أو أي تشريع آخر بالحق في الصحة؟

■ عدم التمييز

- عدد أسباب التمييز المنصوص عليها في المعاهدات والتي تحميها الدولة من بين: الجنس؛ والأصل العرقي، أو العرق، أو اللون؛ والسن؛ والإعاقة؛ واللغة؛ والدين؛ والأصل القومي؛ والمركز الاقتصادي والاجتماعي، أو المركز الاجتماعي، أو الأصل الاجتماعي، أو النسب؛ والأحوال المدنية؛ والمركز السياسي، أو الرأي السياسي أو غير السياسي؛ والثروة.
- عدد أسباب التمييز غير المنصوص عليها في المعاهدات والتي تحميها الدولة من بين: الحالة الصحية (على سبيل المثال، فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)؛ والأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية؛ والميول الجنسية.
- أحكام عامة ضد التمييز

■ المعلومات حول الصحة

- هل يحمي قانون الدولة الحق في طلب المعلومات وتلقيها ونشرها؟
- هل يشترط قانون الدولة تسجيل الولادات والوفيات؟
- هل لدى الدولة نظام تسجيل مدني خاص بها؟
- هل تصنّف الدولة البيانات في نظام التسجيل المدني على أساس: الجنس، أو الأصل العرقي، أو الإقامة في المناطق الريفية أو الحضرية، أو المركز الاقتصادي والاجتماعي، أو السن؟
- ما هي نسبة الولادات المسجلة؟
- هل تقوم الدولة بجمع البيانات عن عدد وفيات الأمهات بشكل منتظم في جميع المناطق؟
- هل تُضفي الدولة الطابع المركزي على هذه البيانات حول عدد حالات وفيات الأمهات؟
- هل تفصح الدولة عن هذه البيانات المتعلقة بعدد حالات وفيات الأمهات؟
- هل تقوم الدولة بجمع البيانات عن عدد وفيات المواليد بشكل منتظم في جميع المناطق؟

• هل تُضفي الدولة الطابع المركزي على هذه البيانات حول عدد حالات وفيات المواليد؟

• هل تفصح الدولة عن هذه البيانات المتعلقة بعدد حالات وفيات المواليد؟

■ الخطة الصحية الوطنية

• هل تعتمد الدولة خطة صحية وطنية شاملة تتضمن القطاعين العام والخاص؟

• هل أجرت الدولة تحليلاً وطنياً شاملاً للوضع؟

• قبل اعتماد خطتها الصحية الوطنية، هل أجرت الدولة تقييماً للتأثير الصحي؟

• قبل اعتماد خطتها الصحية الوطنية، هل أجرت الدولة أي تقييم للأثار يشمل صراحةً الحق في الصحة؟

• هل تعترف الخطة الصحية الوطنية الخاصة بالدولة بالحق في الصحة صراحةً؟

• هل تتضمن الخطة الصحية الوطنية الخاصة بالدولة التزاماً صريحاً بالوصول الشامل إلى الخدمات الصحية؟

■ المشاركة

• هل هناك شرط قانوني للمشاركة مع الفئات المهمشة في تطوير الخطة الصحية الوطنية؟

■ المحددات الأساسية للصحة

• ما هي النسبة المئوية لسكان المناطق الريفية والحضرية الذين يحصلون على المياه النظيفة؟

• ما هو نصيب الفرد من انبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون؟

• 26. معدل انتشار العنف ضد المرأة

■ الوصول إلى الخدمات الصحية

• نسبة النساء اللواتي أنجبن مواليد أحياء في الأعوام الخمسة الماضية، واللواتي خضعن خلال حملهن الأخير للكشف من قبل أخصائي في الرعاية الصحية ثلاث مرات على الأقل، ولفحص ضغط الدم، وتم أخذ عينة دم منهن، وتم إبلاغهن حول علامات المضاعفات

■ الأدوية

• هل الحصول على الأدوية أو وسائل التكنولوجيا الأساسية، كجزء من أعمال الحق في الصحة، معترف به في الدستور أو التشريع الوطني؟

• هل هناك سياسة دوائية وطنية منشورة؟

• هل هناك قائمة وطنية منشورة بالأدوية الأساسية؟

• ما هو نصيب الفرد من الإنفاق العام على الأدوية؟

• ما هو متوسط توافر الأدوية الأساسية المختارة في المرافق الصحية العامة؟

- ما هو متوسط توافر الأدوية الأساسية المختارة في المرافق الصحية الخاصة؟
- النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة
- النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي

■ الإرشاد الصحي

- هل يشترط قانون الدولة تثقيفًا شاملاً في مجال الصحة الجنسية والإنجابية خلال سنوات التعليم الإلزامي للفتيان والفتيات؟
- نسبة الفتيان والفتيات الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا ولديهم معرفة شاملة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

■ العاملون في القطاع الصحي

- هل تعتمد الدولة استراتيجية وطنية للقوى العاملة في القطاع الصحي؟
- هل يتضمن قانون الدولة حكمًا ينص على توفير أجور مناسبة للأطباء؟
- هل يتضمن قانون الدولة حكمًا ينص على توفير أجور مناسبة للممرضين والممرضات؟
- هل تتضمن سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة خطة للاكتفاء الذاتي الوطني للأطباء؟
- هل تتضمن سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة خطة للاكتفاء الذاتي الوطني للممرضين والممرضات؟
- هل توفر سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة حوافز لتشجيع تمرکز الأطباء في المناطق الريفية؟
- هل توفر سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة حوافز لتشجيع تمرکز الممرضين والممرضات في المناطق الريفية؟

■ التمويل الوطني

- هل نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة أكبر من الحد الأدنى المطلوب لنظام أساسي وفعال للصحة العامة؟
- ما هي نسبة الأُسْر التي تتكبد نفقات صحية باهظة؟
- إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- إجمالي الإنفاق الحكومي على الشؤون العسكرية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- إجمالي الإنفاق الحكومي على خدمة الدين كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- نسبة ميزانية الصحة الوطنية المخصصة للصحة النفسية

■ المساعدة والتعاون الدوليان

- هل تتضمن سياسة التنمية الدولية الخاصة بالدولة أحكامًا صريحة ومحددة تنص على تعزيز الحق في الصحة وحمائته؟
- هل تتضمن سياسة التنمية الدولية الخاصة بالدولة أحكامًا صريحة ومحددة تنص على دعم تعزيز الأنظمة الصحية؟
- نسبة صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المخصصة للقطاعات الصحية

■ الضمانات الإضافية

- هل يشترط قانون الدولة حماية سرية البيانات الصحية الشخصية؟
- هل يشترط قانون الدولة الحصول على موافقة مستنيرة على العلاج والتدخلات الصحية الأخرى؟
- هل يحمي الدستور حرية التعبير؟
- هل يحمي الدستور حرية تكوين الجمعيات؟
- هل تعتمد الدولة ميثاقًا لحقوق المرضى؟
- هل ميثاق حقوق المرضى متاح بكافة اللغات الرسمية؟

■ التوعية بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية المواطنين حول الحق في الصحة؟
- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية الأطباء حول الحق في الصحة؟
- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية الممرضين والممرضات حول الحق في الصحة؟
- هل حقوق الإنسان هي جزء إلزامي من المنهج الوطني لتدريب الأطباء؟
- هل حقوق الإنسان هي جزء إلزامي من المنهج الوطني لتدريب الممرضين والممرضات؟

■ الرصد والتقييم والمساءلة والانتصاف

- معدل وفيات الرضع
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
- نسبة وفيات الأمهات
- متوسط العمر المتوقع
- هل لدى الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان تُعنى بالحق في الصحة ضمن مهامها؟

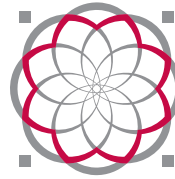
- عدد القرارات القضائية، على المستوى الوطني، التي نظرت في الحق في الصحة خلال الفترة 2000-05
- هل لدى الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان تُعنى برصد المساعدة والتعاون الدوليين ضمن مهامها؟
- هل تضمّن التقرير السابق الذي قدمته الدولة إلى الأمم المتحدة في ما يتعلق بالعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وصفاً مفصلاً للمساعدة والتعاون الدوليين اللذين تقدمهما الدولة في مجال الصحة؟

الملحق ج: اعتراف الدول العربية بالحق في الصحة

اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين وبروتوكولها عام 1967	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عام 2006: المادة 25	الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد اسرهم لعام 1990: المواد 28، و43 (هـ)، و45 (ج)	اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة عام 1979	العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12*	البلد
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف الانضمام 2005 غير مصدق عليه	دولة طرف الانضمام 1996	دولة طرف التوقيع 1968	الجزائر
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه	دولة طرف 2002	دولة طرف التوقيع 2007	البحرين
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف 2012	غير مصدق عليه	دولة طرف 1998	دولة طرف التوقيع 2002	جيبوتي
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف 1993 غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 1980	دولة طرف التوقيع 1967	مصر
غير مصدق عليه	دولة طرف 2013	غير مصدق عليه	دولة طرف 1986	دولة طرف التوقيع 1969	العراق
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 1980	دولة طرف التوقيع 1972	الأردن
غير مصدق عليه	دولة طرف 2013	غير مصدق عليه	دولة طرف 1994	دولة طرف الانضمام 1996	الكويت
غير مصدق عليه	طرف مُوقَّع	غير مصدق عليه	دولة طرف 1997	دولة طرف الانضمام 1972	لبنان
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2008	دولة طرف 2004	دولة طرف 1989	دولة طرف الانضمام 1970	ليبيا
دولة طرف في كليهما	دولة طرف 2012	دولة طرف 2007	دولة طرف 2001	دولة طرف الانضمام 2004	موريتانيا
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف التوقيع 1991 غير مصدق عليه	دولة طرف 1993	دولة طرف التوقيع 1977	المغرب
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2008	غير مصدق عليه	دولة طرف 2006	دولة طرف الانضمام 2020	عُمان
غير مصدق عليه	دولة طرف 2014	غير مصدق عليه	دولة طرف 2014	دولة طرف 2014	فلسطين
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	لم يتخذ أي إجراء	دولة طرف 2009	دولة طرف الانضمام 2018	قطر
غير مصدق عليه	دولة طرف 2008	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2000	غير مصدق عليه	المملكة العربية السعودية
دولة طرف في كليهما	دولة طرف التوقيع 2018	غير مصدق عليه	غير مصدق عليه	دولة طرف الانضمام 1990	الصومال
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه	غير مصدق عليه	دولة طرف الانضمام 1986	السودان
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف 2005	دولة طرف 2003	دولة طرف الانضمام 1969	الجمهورية العربية السورية
دولة طرف في كليهما غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 1980	دولة طرف التوقيع 1968	تونس
غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2008	غير مصدق عليه	دولة طرف 2004	غير مصدق عليه	الإمارات العربية المتحدة
دولة طرف في كليهما	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه	دولة طرف 1984	دولة طرف الانضمام 1987	اليمن



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 ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر 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

