



الاقتصاد السياسي للصحة في ظروف النزاعات

القطاع الصحي في لبنان: تحليل للاقتصاد السياسي

أيلول/سبتمبر ٢٠٢٠



PHOTO BY: RAMY RIZK



لبنان - الدولة الفاشلة: كيف تؤثر الحياة السياسية والسياسات على صحة السكان وعافيتهم

"في زمننا، ليس هناك شيء اسمه "الابتعاد عن السياسة". كل القضايا هي قضايا سياسية، والعمل السياسي نفسه خليط من الأكاذيب والمراوغات والحماقات والكرهية وانقسام الشخصية". (جورج أورويل، كل الفن بروباغندا: مقالات نقدية)

كشفت الانفجار الهائل في العاصمة اللبنانية بيروت عصر يوم 4 آب/أغسطس الشمس أخيراً بوضوح كيف تحدد السياسة صحة المواطنين اللبنانيين وعافيتهم. لقد أدت سنوات من الإهمال والقرارات السياسية الساعية إلى الترحيب من قبل الدولة إلى تشريد أكثر من 300 ألف شخص، وإصابة أكثر من 6000 بجروح خطيرة ووفاة 190 آخرين¹. حصل انفجار بيروت في خضم أزمة الصحة العامة الناجمة عن كوفيد-19، والكارثة الإنسانية المديدة، وسنوات من التدهور البيئي، وانخفاض قيمة العملة، والانهيار الاقتصادي. قاد كل هذا إلى إفقار ملايين اللبنانيين وكذلك 1.2 مليون لاجئ سوري سعوا إلى ملاذ آمن في البلاد. واليوم، يعيش مليون لبناني تحت خط الفقر الذي حدده البنك الدولي، ونصف سكان البلاد ليس لديهم تأمين صحي وثلاثهم فقدوا وظائفهم بسبب عقود من سوء الإدارة الاقتصادية والفساد في الحكومة والخدمات العامة²

منذ نهاية الحرب الأهلية، دأبت وسائل الإعلام والأكاديميون والسياسيون اللبنانيون والدبلوماسيون الأجانب على تصوير لبنان كبلد حديث وتقدمي، الطعام فيه عالمي المستوى، وتتعايش فيه الديانات المختلفة في وئام ومواطنوه صامدون في وجه صدمات سياسية طويلة ومتكررة - إنها باريس الشرق الأوسط؛ الفرع الذي ينحني دائماً ولكن لا ينكسر أبداً! إن الوصف الأكاديمي لبلدان مثل لبنان يدور حول الأمن والطائفة والإرهاب. وما لا يتطرق إليه الكثير من الأكاديميين والصحفيين والسياسيين هو كيف تؤثر الخدمات العامة والسياسات الاجتماعية - والتنازع بشأنهما - على حياة الناس في لبنان. وثمة ضعف في فهم عملية صنع السياسات والمشاكل الاجتماعية والاقتصادية المستفحلة مثل اللامساواة في الدخل والصحة نتيجة سنوات من الفساد الحكومي وإهمال السياسات. لبنان مثال نموذجي عن بلد سببت إخفاقات الحكومة والسوق فيه إصابة الأمة بالمرض والسقم.

تميزت السنة الماضية بالاضطراب حتى بالمقاييس اللبنانية. فقد توقفت الحياة السياسية والبرلمانية الرسمية فعلياً في خريف 2019 إثر اندلاع احتجاجات واسعة النطاق على تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية. ويعتبر رئيس الوزراء الحالي، مصطفى أديب، ثالث رئيس وزراء في البلاد منذ تشرين الأول/أكتوبر 2019. وقد كشفت جائحة كوفيد-19 أيضاً عن عمق الضائقة الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، فضلاً عن المشاكل المديدة الناجمة عن نظام صحي يعاني من نقص مزمن في التمويل وقلة عدد الموظفين وأعباء ثقيلة. وبحلول 17 أيلول/سبتمبر، أعلنت وزارة الصحة العامة اللبنانية عن تسجيل أكثر من 26000 إصابة مؤكدة بكوفيد-19 فضلاً عن 259 حالة وفاة³.

¹ أوليفيا جيوفيتي، مأساة في بيروت: ماذا يحمل المستقبل، كونسيرن انترناشيونال، 11 آب/أغسطس، 2020، انظر:

<https://www.concernusa.org/story/beirut-explosion-humanitarian-impact/>

² الجزيرة، "كوفيد-19: قرابة نصف لبنان يعيش الآن تحت خط الفقر"، الجزيرة، 1 نيسان/أبريل 2020، انظر:

<https://www.aljazeera.com/news/2020/04/covid-19-lebanon-lives-poverty-line-200401124827120.html>

³ وزارة الصحة العامة اللبنانية، برنامج التردد الوبائي، "حالات الإصابة بكوفيد-19 في لبنان، 17 أيلول/سبتمبر 2020، انظر:

<https://www.moph.gov.lb/maps/covid19.php>

لا يتناول تقريرنا آثار كوفيد-19 بالتفصيل لأن الكثير من أبحاثنا التمهيدية كان قد اكتمل فعلياً عند إعلان تدابير الإغلاق، والأسس السليمة لدراسات الاقتصاد السياسي تقتضي الانتظار فترة أطول لمراقبة العلاقات بين التعرض للاقتصاد السياسي والنتائج الصحية. ومن الواضح أن كوفيد-19 قد عطلّ خدمات النظام الصحي، وجميع جوانب الحياة في لبنان. وتفاقم هذا الوضع الخطير الآن بسبب انفجار بيروت - والذي يتوقع ممارسو الصحة العامة بنتيجته ارتفاعاً في الإصابات بين العاملين الصحيين وعمال الإنقاذ المشاركين في معالجة آثاره. وأفادت منظمة الصحة العالمية أن ثلاثة مستشفيات في بيروت باتت "خارج الخدمة" ومستشفيين آخرين يعانيان من "أضرار كبيرة"4. وقالت المنظمة أيضاً إن 55 مركز رعاية صحية باتت "خارج الخدمة"5، وأن 17 حاوية من الإمدادات الطبية الأساسية وشحنة من معدات الحماية الشخصية وصلت لمواجهة كوفيد-19 قد دمرت نتيجة للانفجار 7.6. ومن الصعب رؤية معالجة فعالة لأزمة صحة عامة من وزن كوفيد-19 في مثل هذه الظروف الصعبة8.

وإذا نظرنا أبعد، فإن الحالة الصحية في لبنان ستغدو أكثر كآبة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن البلد ينفق 8-10% من ناتجه المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية والعلاج وهو ما يضاهاه العديد من البلدان الأوروبية. ولكن هذا الإنفاق الصحي المرتفع لا يترجم إلى رعاية وخدمات أفضل وصحة أفضل للبنانيين أو اللاجئين، حتى للقادرين على الدفع بينهم. والمشكلة الرئيسية هي أن هذا الإنفاق يتركز في عدد من المشاريع رفيعة التكنولوجيا وعالية التكلفة، يستخدمها عدد قليل من المرضى المصابين بأمراض مزمنة أو خطيرة. يُقال إن لبنان يمتلك تكنولوجيا متطورة في الرعاية الصحية أكثر من ألمانيا والسويد، لكنه يفتقر إلى الخدمات الصحية الأولية والوقائية الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، حقق احتكار لمستوردي الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الملايين على مدار العشرين عاماً الماضية. وتقوم سياسة الرعاية الصحية والسياسة الاجتماعية في لبنان على الربح والعلاج وليس على الوصول والوقاية. وقد لقي الآلاف اللبنانيين الفقراء واللاجئين والسوريين حتفهم نتيجة لذلك.

وهذا التقرير يوضح كيف أن صحة الأمة وعافيتها تتخطى الحدود الدينية والسياسية. إنها قضايا سياسية شديدة الحساسية، وكما أوضحنا تركت هياكل السياسات والفعل السياسي لنظام الصحة والرعاية الاجتماعية اللبناني أثراً سلبياً على صحة السكان. على سبيل المثال، هناك أكثر من نصف سكان لبنان ليس لديهم رسمياً أي تأمين صحي، سواء من القطاع العام أم الخاص. وفي بلد يسيطر فيه القطاع الخاص على 85% من القطاع الصحي، فإن الحفاظ على الصحة والتعافي من المرض يكلف الكثير من المال. وهناك أكثر من مليوني لبناني لا يستطيعون فعلياً تحمل تكاليف الذهاب إلى الطبيب. ووضع اللاجئين أسوأ من ذلك. وهذا رقم مذهل له عواقب اجتماعية واقتصادية وخيمة على تأسيس دولة مستقرة. لقد قام البنك الدولي والأمم المتحدة والاتحاد الأوروبي بمحاولات عدة لتقوية وإصلاح نظام الرعاية الصحية العامة في لبنان، لكنها قوبلت بإدارة سياسية متصلبة حريصة على تعزيز قطاع الرعاية الصحية الخاص الذي يستفيد منه سياسيون كثر مالياً.

⁴ رويترز، "وكالات الأمم المتحدة تتزاحم لمساعدة ضحايا انفجار مستودع بيروت"، رويترز، 7 آب/أغسطس 2020، انظر:

<https://www.reuters.com/article/us-lebanon-security-blast-un/u-n-agencies-scramble-to-help-beirut-warehouse-blast-victims-idUSKCN25319K>

⁵ CGTN، "أسبوعان على انفجار بيروت: أزمة في خضم أزمة" CGTN، 19 آب/أغسطس 2020، انظر:

<https://news.cgtn.com/news/2020-08-19/Two-weeks-of-Beirut-blast-A-crisis-on-top-of-a-crisis-T3DBUdtsBO/index.html>

⁶ المرجع السابق.

⁷ المرجع السابق.

⁸ ميريام برجر، "بعد انفجار بيروت، السباق لإنقاذ الأرواح يطغى على إجراءات السلامة من فيروس كورونا"، واشنطن بوست، 6

آب/أغسطس 2020، انظر: <https://www.washingtonpost.com/world/2020/08/06/after-beirut-blasts-race-save-lives-outweighs-coronavirus-safety/>

الغرض من هذا التقرير أن يقدم وثيقة حية تخضع لتحديث متواصل في ضوء الأحداث المتسارعة في لبنان. وهو يزود الأكاديميين والصحفيين وواضعي السياسات بأدلة ومعلومات أساسية عن خدمة عامة رئيسية ومنفعة عامة طالما جرى تجاهلها ولكنها تشكل حجر الأساس في أي محاولات لبرامج المساعدات الدولية لإصلاح الدولة اللبنانية والأهم من ذلك بناء مجتمع مستقر وصحي وعادل.

نرحب بأي تعليقات أو نصائح لأخذها بعين الاعتبار في الإصدارات المقبلة من هذا التقرير.

المحتويات

8	الملخص التنفيذي
11	الاختصارات
12	شكر وتقدير
13	(1) مقدمة
13	1-1 خلفية
13	2-1 غرض التقرير
13	3-1 جوانب نظرية
14	4-1 أسئلة توجيهية للبحث
15	5-1 هيكلية التقرير
16	(2) المنهجية
16	1-2 اعتبارات أخلاقية
16	2-2 منهجية مراجعة الأدبيات
16	3-2 المقابلات
16	4-2 تحليل البيانات وتركيبها
18	(3) حالة الأدبيات الخاصة بالاقتصاد السياسي والصحة في لبنان: لمحة موجزة
20	(4) ملامح الواقع اللبناني
20	1-4 فترات الصراع وعدم الاستقرار السياسي
21	2-4 الموروث التاريخي وتطور القطاع الصحي في لبنان
22	3-4 الحياة السياسية وحالة الاقتصاد الكلي في لبنان اليوم
24	4-4 السمات العامة لتطور صحة السكان في لبنان
26	(5) بنية قطاع الصحة وآليات عمله الحالية
26	1-5 المهام والمسؤوليات
29	2-5 هيكلية المسؤولية والتمويل
32	3-5 علاقات السلطة والمساومة والتربح في القطاع الصحي
33	4-5 الإيديولوجيا والمعايير والقيم
34	5-5 تقديم الخدمات
35	الإطار 1: النزاع والتقدم المحرز بشأن إصلاح قوانين مكافحة التبغ في لبنان
38	6-5 صنع القرار في القطاع، بما في ذلك الشراء واستخدام الأدلة

38	عمليات اتخاذ القرار في القطاع الصحي في لبنان
38	الاقتصاد السياسي لإعداد الأدلة وتركيبها واستخدامها
39	الإطار 2: الاقتصاد السياسي لتخصيص الموارد لرعاية مرضى السرطان في لبنان
41	7-5 تنفيذ السياسة الصحية
42	(6 أولويات الإصلاح واحتمالات التغيير
42	(7 ملاحظات ختامية
42	1-7 النتائج الرئيسية لتحليل الاقتصاد السياسي
43	2-7 ملخص تقييم الأدلة والجودة
44	2-7 تأطير الأسئلة البحثية في المستقبل
48	المراجع
55	الملاحق
55	الملحق 1: أسئلة فرعية عن تحليلات الاقتصاد السياسي
56	الملحق 2: منهجية البحث في الأدبيات
58	الملحق 3: قائمة الجهات المعنية التي تمت مقابلتها

مؤلفو التقرير

تم إجراء البحث لهذا التقرير من قِبَل فريق الاقتصاد السياسي للصحة في ظروف النزاعات الذي يضم:

American University of Beirut

Dr Fouad M. Fouad, Associate Professor of Public Health Practice at Faculty of Health Sciences/Co-Director, Refugee Health Program, Global Health Institute

Jasmin Lilian Diab, Research Associate, Refugee Health Program, Global Health Institute

Dr Cosette Maiky, former Postdoctoral Research Fellow, Conflict Medicine Program, Global Health Institute

University of Cambridge

Dr Adam P. Coutts, Senior Research Fellow, Department of Sociology, Magdalene College

Professor Simon Deakin, Director of the Centre for Business Research, Fellow, Peterhouse College

Dr Adel Daoud, Centre for Population and Development Studies, Harvard T.H. Chan School of Public Health

Imperial College, London

Dr Sharif Ismail, Department of Primary Care and Public Health

للمزيد من المعلومات والاقتراحات يرجى الاتصال ب:

Dr Fouad M. Fouad: mm157@aub.edu.lb

Dr Adam P. Coutts: apc31@cam.ac.uk

الملخص التنفيذي

- تلخص هذه الوثيقة غير النهائية نتائج تحليل القطاع الصحي في لبنان من وجهة نظر الاقتصاد السياسي، وهي تستند إلى مراجعة للأدبيات من مصادر متعددة ومتنوعة وإلى نتائج مقابلات جمع المعلومات مع الجهات المعنية في لبنان. وسيواصل تحديثها بانتظام مع استمرار مشروع الأبحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات (R4HC).
- لقد تعرض القطاع الصحي في لبنان لضرر شديد بسبب النزاعات، تفاوت في شدته واتساعه الجغرافي، ولكنه سمة مستمرة تقريباً في المشهد اللبناني منذ منتصف السبعينيات. وقد تركت الحرب الأهلية بشكل خاص (1975-1990) آثاراً مدمرة في هذا القطاع، وأعدت تشكيل علاقات السلطة ونموذج تمويل الخدمات الصحية بطرق لا تزال حتى اليوم تؤثر على أنشطته. وتفرض الأزمة الحالية في سوريا تحدياً جديداً أمام قطاع الصحة اللبناني. ففي كانون الأول/ديسمبر 2019، بلغ عدد السوريين المسجلين لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين قرابة 915,000 نازح، يعيش الكثير منهم في تجمعات سكنية غير منظمة أو شبه منظمة، تتركز في مناطق نائية عانت تاريخياً من ضعف الخدمات العامة.

الإدارة

- أدت الأزمات المتتالية في لبنان إلى ظهور قطاع صحي يتصف بالازدواجية على جميع المستويات تقريباً بدءاً من أعلى مستوى لاتخاذ القرار وصولاً إلى تقديم الخدمات المحلية؛ ازدواجية بين ما يمكن اعتباره النظام الصحي "الساند" (الذي يديره اللبنانيون وهو مخصص لهم) وبين ما يسمى "نظام الاستجابة الصحية الإنسانية" (الذي وجد أساساً لتلبية احتياجات موجات عديدة من اللاجئين). وتعكس هذه الازدواجية انقساماً جلياً تماماً في المعايير وفي المؤسسات بين الأجنحة التنموية وأجنحة الإغاثة الإنسانية على المستوى العالمي، ولكن بشكل خاص سياسة ثابتة دأبت عليها الأجيال المتعاقبة من أصحاب القرار اللبنانيين، وهي تحميل مسؤولية احتياجات اللاجئين بشكل أساسي للوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية.
- يتألف قطاع الصحة العامة الساند من خليط من الجهات والمرافق الخدمية. وزارة الصحة العامة هي الوزارة الأساسية، ولكن لديها مشاكل طويلة الأمد في الموارد البشرية وتواجه تحديات في مسألة عدم ملائمة الصلاحيات في جميع المجالات من الدعم الفني إلى الوظائف التنظيمية والرقابية إلى التمويل الخارجي وصولاً إلى مستوى تقديم الخدمات. كما تتأثر سلطتها في القطاع بسبب تقاسم المهام والمسؤوليات القطاعية الرئيسية (لا سيما التمويل الصحي) مع وزارات أخرى، وبسبب وجود منظمات شبه حكومية قوية (خاصة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) تكون أولوياتها مختلفة أحياناً.

التمويل

- من المعروف أن نظام تمويل الصحة في لبنان معقد - لكن مصدر التمويل الرئيسي لا يزال الدفعات التي يسدها المرضى مباشرة. وتعمل مؤسسات التأمين العامة مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي جنباً إلى جنب مع شركات التأمين الخاصة، ولكن نسبة كبيرة من السكان لا تزال دون تأمين صحي وهؤلاء يعتمدون على الخدمات التي تمويلها وزارة الصحة العامة. هذا النظام لا يشمل اللاجئين، حيث نشأت مجموعة ترتيبات منفصلة تماماً في محاولة لتلبية احتياجاتهم، وهذه الترتيبات مدعومة جزئياً من وزارة الصحة العامة والمنظمات الدولية، ولكنها تعتمد بشكل متزايد على الإنفاق الشخصي وخاصة في الرعاية المتخصصة. ويواجه التخطيط الفعال للتغييرات في تمويل الصحة صعوبات بسبب غياب التحديث الدوري للحسابات الصحية الوطنية في لبنان.

تقديم الخدمات

- وضع مقدمي الرعاية في القطاع الرئيسي مختلط، حيث يهيمن دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمنظمات اللاربحية، وبينها مؤسسات تنتمي بوضوح إلى أطراف مذهبية أو سياسية، إلى جانب شبكات خدمية منفصلة خاصة بالجيش وأجهزة الأمن والخدمة المدنية. وقد ساهم ظهور مقدمي خدمات لديهم انتماءات مذهبية أو سياسية في السنوات الأخيرة في تزايد استخدام الخدمات الصحية ورقةً للمساومة الفئوية السياسية (الانتخابية) في لبنان، رغم أن العلاقة بين العضوية الحزبية والحصول على الخدمة وتقديمها معقدة نوعاً ما. واللافت أيضاً أن تقديم الخدمات في القطاع ككل لا يزال يركز على الرعاية الثانوية والثالثية ذات الكلفة العالية والتكنولوجيا المتقدمة على حساب الوقاية وتوفير الرعاية الأولية على نطاق واسع.
- يعاني نظام الاستجابة الصحية الإنسائية من التجزئة هو الآخر، وهذا يعود جزئياً لكونه نشأ على مراحل رداً على مجموعة أزمات ذات طبيعة مختلفة وأسباب مختلفة، وجزئياً لأن الموافقة على نشاط الوكالات الدولية (كالمفوضية السامية لشؤون اللاجئين) في لبنان تُمنح دائماً مع تقييدات كبيرة. وإدارة الاستجابة للأزمة السورية تعاني من مشاكل كبيرة، حيث يساهم عدم وضوح المسؤوليات القيادية بين الجهات الدولية الرئيسية وغياب الشفافية عن آليات التمويل في زيادة مشاكل التنسيق وتقديم الخدمات.
- ويختلف تقديم الخدمات تبعاً لاختلاف مجموعات اللاجئين المعنية. فالنازحون الفلسطينيون يستفيدون من شبكة مقدمي خدمات راسخة وشاملة توفرها الأونروا، وإن كانت تخضع لتقلبات التمويل من المانحين الدوليين. ومع أن الجهات الدولية تحاول على الدوام تلبية الاحتياجات الصحية المتصاعدة للنازحين السوريين، فإن اجتماع محدودية الفعل لأسباب سياسية مع ضخامة الأعباء المالية يجعل هؤلاء النازحين يعانون من صعوبات دائمة في الوصول إلى الخدمات وتأمين تكاليفها. وقد ازدهر بالتدريج نظام غير رسمي لمقدمي الخدمات للمساعدة في سد النقص في العرض، ولكن هناك تساؤلات جدية بشأن نطاق هذه النظام واللوائح الناظمة لعمله وضمان الجودة في خدماته.

المفاوضة واتخاذ القرار في القطاع الصحي

- بشكل عام، يواجه تمويل الخدمات الصحية للاجئين ضغطاً كبيراً، وهناك مؤشرات متزايدة على أن الوكالات تفرض قيوداً أكثر صرامة على تكاليف الخدمات التي تتكفل بتغطيتها - خاصة الرعاية المعقدة للحالات المزمنة (التي تشكل جانباً رئيسياً من أعباء المرض بين النازحين السوريين).
- تختلف عمليات المفاوضة واتخاذ القرار في القطاع الصحي تبعاً للسياسة المعنية، ولكن وضع السياسات العامة بشكل عام عملية مغلقة إلى حد ما وتقودها النخبة مع فرص محدودة للتشاور مع الجمهور. وقد أشار المشاركون في المقابلات إلى وجود اتجاه قوي للحفاظ على الوضع الراهن في القطاع بسبب الظروف الاقتصادية الصعبة، والنظام السياسي في لبنان، والتأثير القوي للمصالح الشخصية وغيرها من المصالح الخاصة. أما التأثير على صنع السياسات من قبل الجهات المعنية الخارجية، فغالباً ما يتم عبر وسطاء سياسيين من النخبة - وهذا يفسر جزئياً الدور القوي الذي تمارسه الجهات الرئيسية في النظام كالاتحادات المهنية ونقابة المستشفيات الخاصة. ولم تجد هذه الدراسة أدلة تذكر توثق عمليات صنع القرار في نظام المساعدات الإنسانية الصحية.
- ورغم وجود هيئات راسخة تقدم الأدلة لوضع السياسات في لبنان (مثل مركز ترشيد السياسات، وSPARK في الجامعة الأمريكية في بيروت)، فإن طرق الحصول على الأدلة واستخدامها في صنع القرار لا تخضع لتوثيق منهجي. لقد وجدنا أن الأدلة يمكن في حالات معينة أن تمارس تأثيراً قوياً على صنع القرار (على سبيل المثال، تأمين القبول السياسي للتغييرات في سياسة مكافحة التبغ، ووجود شبكات بين الباحثين الأكاديميين ومنظمات المجتمع المدني)، ولكنها لا تمارس تأثيراً يذكر في حالات أخرى (مثل إصلاح التمويل الصحي، حيث تأتي معارضة التغيير من جهات معينة قوية في القطاع). ولم نجد فعلياً أي دليل على مشاركة الرأي العام أو المرضى أنفسهم في تحديد أولويات السياسة الصحية أو في اتخاذ القرارات الصحية. كما لم نستطع إيجاد بيانات عن حجم أو مصادر أو توزيع تمويل الأبحاث الصحية في لبنان.

- ولم نعثر على أي أدبيات أو أدلة على دور الفساد وأنشطة التهرب في قطاع الصحة، وخاصة في مجال تنفيذ السياسات (رغم أن ارتفاع عدد مقدمي الخدمات التابعين لجهات مذهبية أو سياسية يدل على بعض الاتجاهات الحديثة في هذا المضمار). إن نقص الأدلة في المجال الأول يعكس الحساسيات السياسية التي تواجه أي عمل لكشف الفساد والتهرب في القطاع الصحي في لبنان. أما نقص الأدلة في المجال الثاني فيصعب تفسيره، ويفترض احتمال وجود طرق بحثية لدراسة تنفيذ المبادرات الرئيسية مثل الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية و خطة الاستجابة للأزمة في لبنان.
- ويقترح التقرير في الختام سلسلة من الأسئلة البحثية الخاصة بالاقتصاد السياسي حول السرطان والصحة النفسية تحديداً، وأسئلة أكثر عمومية حول عمل القطاع ككل، بهدف إغناء مقترحات البحث المستقبلية في ميدان الاقتصاد السياسي للصحة.

الاختصارات

الاختصارات	المصطلح الكامل
DFID	وزارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة
LCRP	خطة لبنان للاستجابة للأزمة
وزارة العمل	وزارة العمل اللبنانية
وزارة الصحة العامة	وزارة الصحة العامة اللبنانية
وزارة الشؤون الاجتماعية	وزارة الشؤون الاجتماعية اللبنانية
NCD	الأمراض غير المعدية
NGO	المنظمات غير الحكومية
NSSF	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
PEA	تحليل الاقتصاد السياسي
PHC	مركز رعاية صحية أولية
UHC	التغطية الصحية الشاملة
UNDP	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
UNHCR	المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
UN OCHA	مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية في الأمم المتحدة
UNRC/HC	المنسق المقيم / المنسق الإنساني للأمم المتحدة (استجابة سوريا)
USAID	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
WHO	منظمة الصحة العالمية

شكر وتقدير

تم تمويل هذا العمل من خلال مركز ابحاث المملكة المتحدة للبحوث والابتكار في إطار صندوق أبحاث التحديات العالمية، مشروع الأبحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (R4HC-MENA، رقم المنحة ES/P010962/1).

يعرب مؤلفو التقرير عن امتنانهم للبروفيسور باسل صلوح من الجامعة اللبنانية الأمريكية، والدكتورة نسرين سلطي من الجامعة الأمريكية في بيروت لتعليقاتهما القيمة على مسودة سابقة. ويتحمل المؤلفون مسؤولية أي أخطاء أو سهو في التقرير.

1) مقدمة

1-1 خلفية

تواجه الأنظمة الصحية في الأردن ولبنان وفلسطين وتركيا تحديات كبيرة ومتشابهة مثل ارتفاع عبء الأمراض غير المعدية، وإدارة الآثار الفورية وبعيدة المدى للنزاعات (لا سيما في سوريا). ولكن هناك اختلافات مهمة في المسار التاريخي لتطور النظام الصحي في كل من البلدان المذكورة، من ناحية قدرة الجهات المعنية في النظام على إنتاج الأدلة واستخدامها في صياغة السياسات، وعلى المستوى الأساسي، في الاستثمار في نظام الصحة العامة ونظام البحوث الصحية في كل بلد. والجهات الفاعلة القوية ذات المصالح (الحكومات والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص) هي التي تضع البرامج الصحية الوطنية في البلدان الأربعة، بما فيها صياغة أنظمة الحماية الاجتماعية.

2-1 عرض التقرير

يهدف تحليل الاقتصاد السياسي للبلدان الأربعة، التي يشكل هذا التقرير (الخاص بلبنان) جزءاً منه، إلى تقديم تحليلات قطاعية تتوج بتقييم العوائق وفرص التغيير في قطاع الصحة. ونأمل من خلال هذا التحليل إبراز الجوانب المميزة للاقتصاد السياسي للصحة في البلدان المشمولة بالدراسة، والطرق الرئيسية التي تؤثر بها القطاع بالنزاعات. وأحد الأهداف الرئيسية هو تحديد جوانب القوة والضعف في الأدلة، لإغناء برنامج أبحاث مستقبلي خاص بالاقتصاد السياسي للصحة في ظروف النزاع. والجدير بالذكر أن هذا التقرير أعد بمثابة وثيقة حية، بمعنى أنه سيخضع للتحديث طوال فترة المشروع مع تجميع مواد بحثية جديدة ذات صلة بالأسئلة المطروحة أدناه.

3-1 جوانب نظرية

تعريف النزاع

هناك تعريفان للنزاع يتصلان بموضوع هذه الدراسة.

النزاع: "واقع اجتماعي فعلي يكون فيه طرفان على الأقل أو أطراف عدة (أفراد، أو جماعات، أو دول): (1) تسعى وراء أهداف غير متوافقة أو وراء هدف واحد لا يمكن سوى لطرف واحد بلوغه؛ و/أو (2) تريد استخدام وسائل غير متوافقة لتحقيق هدف معين" (1).

النزاع المسلح: نزاع بين طرفين أو أكثر يتضمن استخدام القوة المسلحة. يميز القانون الدولي الإنساني بين النزاع المسلح الدولي والنزاع المسلح غير الدولي.

- النزاع المسلح الدولي: حرب بين دولتين أو أكثر، سواء صدر إعلان بالحرب أم اعترف الأطراف بأنها في حالة حرب.
- النزاع المسلح غير الدولي: صراع تقاتل قوات الحكومة فيه متمردين مسلحين، أو تقاتل جماعات مسلحة فيما بينها (2).

وفي هذا التقرير استخدمنا التعريف الثاني الذي يشمل النزاعات المسلحة. وتبيننا وجهة النظر القائلة بأن التعريف الأول - الذي يركز على الصراع الاجتماعي بمختلف تنوعاته - واسع لدرجة أنه غير مفيد من الناحية التحليلية. ولكن كما سيتضح لاحقاً في التقرير، فإن أحد التحديات في لبنان هو القدرة على تمييز الحدود المتغيرة باستمرار بين النزاع المسلح المفتوح، والاضطرابات أو التوترات الداخلية، وأحياناً الفترات الطويلة من عدم الاستقرار السياسي الذي يمهد مباشرة لاضطرابات فعلية أو يسبقها أو يسرعها. ويقدم النزاع في سوريا مثلاً على ذلك. فقد حدثت موجات النزوح الأولى من سوريا إلى لبنان في الفترة 2011-2012 مع انتشار الاضطرابات الداخلية التي لا يمكن مع ذلك اعتبار أنها وصلت آنذاك إلى مستوى النزاع المسلح غير الدولي (3).

وقد اعتمدنا أيضاً تعاريف عملية للأزمات، مرتبطة بالنزاعات كما يلي (رغم أنه من الواضح حالياً غياب تعريف متفق عليه عالمياً للمصطلح الأساس وهو "الطوارئ الإنسانية"):

حالة الطوارئ المعقدة: أزمة إنسانية في بلد أو منطقة أو مجتمع يشهد انهياراً كاملاً أو كبيراً للسلطة نتيجة صراع داخلي أو خارجي، تتطلب استجابة دولية تتجاوز صلاحيات أو قدرات أي مؤسسة بمفردها، وأكد التقييم أنها بحاجة إلى تنسيق سياسي وإداري مكثف وواسع النطاق (4).

الأزمة الممتدة: وضع يكون فيه نسبة كبيرة من السكان عرضة للموت أو المرض أو اضطراب سبل العيش ويستمر فترة طويلة من الزمن (5).

التركيز على النظام الصحي

يركز هذا التقرير على جوانب الاقتصاد السياسي في قطاع الصحة في لبنان. من منظور النظام الصحي (لنتذكر اللبنة الأساسية الست لمنظمة الصحة العالمية (6))، نركز بشكل أساسي على الإدارة والقيادة، والتمويل، وتقديم الخدمات - وهي المجالات التي تتوفر فيها أقوى الأدلة في لبنان. ونظراً لاهتمامنا الأوسع، ضمن مسار العمل هذا، بإمكانية تحقيق التغطية الصحية الشاملة في البلدان الشريكة في مشروع "الأبحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات"، فإن هذا التقرير يدرس أيضاً كيفية تحديد أولويات الإنفاق في لبنان. وهو يتناول القضايا المتعلقة بالموارد البشرية، وسلسلة التوريد، ونظام المعلومات الصحية بالحدود التي تلقي فيها الضوء على الجوانب الأوسع للمفاوضة واتخاذ القرار واستخدام الأدلة في قطاع الصحة في لبنان.

4-1 أسئلة توجيهية للبحث

تم جمع المواد المعروضة في هذا التقرير للإجابة على الأسئلة التوجيهية التالية:

- ما هي العوامل الظرفية الرئيسية التي تحدد توجه السياسة الصحية في لبنان وصياغتها؟ ما دور الصراع في تحديد ذلك؟
- ما هي الآثار المحددة لمختلف أنواع عدم الاستقرار (نزاع داخلي مسلح، نزاع دولي مسلح، انتقال الأثر من بلدان مجاورة، عدم استقرار سياسي مزمن) التي يمكن ملاحظتها على الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان؟
- من هي الأطراف الفاعلة / الجهات المعنية الرئيسية في قطاع الصحة اللبناني؟ كيف تغيرت خريطة هذه الجهات بتأثير ضغط الصراع في سوريا؟
- ما هي خصائص عمليات المفاوضات التي يتم من خلالها وضع السياسة الصحية في لبنان؟ هل هذه العمليات تشاركية/إقصائية وإلى أي حد، وما هي التداولات الرئيسية المستخدمة في المفاوضات؟ كيف جرى إشراك/ إقصاء مجموعات جديدة في هذه العملية منذ عام 2011؟

- ما هي القيم والأفكار الرئيسية المستخدمة في تحديد القضايا ذات الأولوية في السياسة الصحية وصياغتها؟
- ما هي الفرص / الحوافز الرئيسية للإصلاح أو التغيير الصحي في كل بلد، وما هي العوائق الرئيسية أمام الإصلاح؟

5-1 هيكلية التقرير

يصف القسم 2 المنهجيات المستخدمة في التقرير. ويقدم القسم 3 مراجعة شاملة لمصادر تتضمن وصفاً لأنواع الأدبيات المتوفرة حول الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان ومن ينتج هذه الأدبيات. ويلخص القسم 4 بعض خصائص الظروف (السياسية والاقتصادية الكلية والاجتماعية المتعلقة بالنزاعات عموماً) التي شكلت مسار تطور القطاع الصحي في لبنان، ثم يقدم تقييماً مفصلاً لواقع قطاع الصحة اللبناني اليوم في القسمين 5 و6. وهذا يتضمن الأشكال المؤسسية في القطاع ووظائفه، وآليات صياغة السياسة الصحية وتنفيذها - بما في ذلك المواقف الأيديولوجية وعلاقات السلطة بين الجهات المعنية الرئيسية. وندرس أيضاً بعض خيارات الإصلاح الرئيسية طويلة المدى في القطاع والعوائق أمامها والعوامل المسهلة لتحقيقها. ويختتم التقرير بتلخيص النتائج الرئيسية ثم يحدد أجندة بحثية مؤقتة للمستقبل حول الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان، مع تركيز خاص على تأثير النزاعات.

وتتضمن أجزاء التقرير المختلفة مجموعة من دراسات الحالة التي تتناول قضايا تسلط الضوء على عوامل الاقتصاد السياسي الرئيسية من حيث صلتها بسياسات محددة (قوانين مكافحة التبغ، استراتيجية الصحة النفسية، تخصيص الموارد لرعاية مرضى السرطان).

2) المنهجية

1-2 اعتبارات أخلاقية

تم طلب الموافقة على محتويات هذا التقرير والحصول عليها من جامعة كامبريدج في المملكة المتحدة والجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان.

2-2 منهجية مراجعة الأدبيات

يتضمن الملحق 1 تفاصيل كاملة عن منهجية مراجعة الأدبيات التي أجريت لإعداد هذا التقرير. باختصار، أجرينا عمليات بحث منهجية استناداً إلى المصطلحات الرئيسية باللغة الإنكليزية في مجموعة من قواعد البيانات المُحكّمة الخاصة بالمشورات (وبشكل أساسي PubMed و SSRN و EconPAPERS). وترافقت عمليات البحث هذه ببحث تكميلي في قواعد بيانات المنشورات غير الرسمية مثل OpenGrey، وقواعد بيانات مخصصة حصراً لمواد تتعلق بالاستجابة الإنسانية في لبنان (مثل Reliefweb.int و Humanitarianresponse.info) وعمليات بحث متخصصة في أرشيف وثائق الوكالات والمؤسسات الرئيسية ذات الحضور الواضح في قطاع الصحة اللبناني (كالبنك الدولي، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية، والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين، ووكالات الأمم المتحدة الأخرى، وجهات مانحة ثنائية كبرى مثل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ووزارة التنمية الدولية البريطانية). وأجرينا بحثاً إضافياً في كتب غوغل (Google Books) لضمان اتساع التغطية من جميع المصادر الكاملة (تم إيجاد العديد منها عبر البحث في قواعد البيانات في كل حالة). كما أجري مزيد من البحث في مصادر باللغتين العربية والفرنسية لضمان التغطية. أخيراً، ونظراً للطبيعة الاستكشافية لهذا العمل، ضاعفنا بحثنا عن المواد المهمة باستخدام قوائم المراجع الواردة في الدراسات والمقالات والكتب التي بحثنا فيها.

أثناء البحث في الأدبيات المُحكّمة، استخدمنا قائمة موسعة من المفردات الرئيسية لضمان تغطية واسعة للأدبيات نظراً لاتساع الموضوع وكثرة أنواع الأدلة التي يحتمل أن تكون ذات صلة بمناقشات الاقتصاد السياسي (القائمة الكاملة، وتركيب الكلمات الرئيسية المستخدمة في البحث في الأدبيات المُحكّمة موجودة في الملحق 2). تبيننا أيضاً منظاراً واسعاً بشأن معايير الشمول، معتبرين أنه يجب مراجعة جميع المقالات المُحكّمة ذات المحتوى المناسب التي حددناها أثناء البحث. واعتمدنا نهجاً مماثلاً لدى البحث في الأدبيات غير الرسمية.

3-2 المقابلات

يمكن العثور في ملاحق هذا التقرير على قائمة الأشخاص الذين تمت مقابلتهم، مصنفة حسب الموضوع والجهة المعنية في القطاع الصحي. أجرينا 20 مقابلة مع مصادر المعلومات الرئيسية في الجهات المعنية في القطاع الصحي في لبنان بين شهري حزيران/يونيو وأب/أغسطس 2019. واختيرت عينة المشاركين في المقابلات بشكل مدروس لضمان تمثيل واسع لجميع مؤسسات الأطراف المعنية العاملة على المستوى الوطني في لبنان، مع انتقاء مجموعة من ذوي الخبرة الأكاديمية في اقتصاد تقديم الخدمات في البلاد.

4-2 تحليل البيانات وتركيبها

في مراجعة الأدبيات، تم استخراج البيانات باستخدام نموذج موحد صمم خصيصاً لهذه الدراسة، من أجل استخراج البيانات من الدراسات المشمولة. استند النموذج إلى موضوعات مستمدة من أدوات محددة لدراسة

الاقتصاد السياسي. وقام فريق الدراسة بتحديد العوائق والعوامل الميسرة وتصنيفها، وجرى حل الخلافات بشأن التصنيف وتحديد الأولويات بالتوافق بين أعضاء الفريق (7).

تم تدوين المقابلات وترجمتها وتحليلها حسب الموضوع لتحديد الموضوعات والرموز ذات الصلة، مع تعيينها لدى جميع المشاركين في المقابلات ومجموعات الأطراف المعنية.

3) حالة الأدبيات الخاصة بالاقتصاد السياسي والصحة في لبنان: لمحة موجزة

هناك مجموعة متزايدة باستمرار من الدراسات التي تتناول مختلف المواضيع المدرجة تحت عنوان عريض هو "الاقتصاد السياسي للصحة" في لبنان، وهي منشورة باللغات الإنكليزية والعربية والفرنسية (ويوجد مراجع إرشادية في المناقشة التالية). تتضمن تلك الدراسات بعض الأبحاث الأكاديمية المحكّمة، ومعظمها باللغة الإنكليزية، أعدها بشكل أساسي مجموعة باحثين في الجامعة الأمريكية في بيروت، وتأخذ بعين الاعتبار منظور الاقتصاد السياسي في إعداد وتنفيذ مبادرات محددة في السياسات الصحية (8، 9)، ومحاولات إصلاح السياسة الصحية (10، 11)، ومناقشة أضييق لآليات التنفيذ على "مستوى الشارع" (12، 13).

في تحليلات "أوضاع القطاع" (بما فيها التطور التاريخي للترتيبات الحالية)، كان عدد المصادر أقل، وجاء أغلبها من أشخاص مطلعين على تطورات القطاع الصحي لفترة طويلة بمن فيهم مسؤولون كبار حالون وسابقون في وزارة الصحة العامة، ومن وكالات أممية ومؤسسات مانحة لديها وجهات نظر خاصة بها وتحيزات في الأدلة (17، 18). هناك مجموعة جديدة من المواد الأكاديمية عن دور العوامل الطائفية في إقرار توزيع الموارد العامة بين القطاعات في لبنان، ومنها الصحة، من إعداد باحثين لبنانيين وأجانب (19-22).

هناك ثلاث سمات أخرى جديرة بالملاحظة لقاعدة الأدلة الخاصة بالقطاع الصحي السائد في لبنان. أولاً، ثمة عدد قليل من الدراسات التي تقيم بشكل مباشر أثر النزاعات على صياغة السياسات الصحية وتنفيذها، على الرغم من أن تأثير العنف الحالي والماضي على السواء موضوع مهم كخلفية. والكثير مما يرد أدناه عن الحرب الأهلية وتبعاتها على قطاع الصحة، على سبيل المثال، مأخوذ من مجموعة مقالات عن القطاع (14، 23، 24).

ثانياً، والأهم، أن معظم الدراسات القائمة تعرض وجهات نظر النخبة بشأن عملية السياسات. فالبيانات قليلة عن مواقف الجمهور من الصحة في لبنان وكيف تغيرت مع مرور الوقت، ومن الصعب دراسة تأثير ضغط المجتمع المدني أو الإنتاج الإعلامي أو الأنماط الأخرى للمشاركة الشعبية على إعداد السياسات وتنفيذها (10، 25). وهذا يرتبط بملاحظة أوسع حول التوجهات النظرية للدراسات المنشورة عن لبنان، والتي تتبنى في الغالب منظوراً عقائرياً ومؤسسياً مستمداً من تحليل السياسات. لم نثر على أي بحث يتناول مسائل الاقتصاد السياسي من منظور نقدي أو راديكالي.

ثالثاً، معظم الأدلة المتوفرة بحوزتنا جاءت من دراسات نوعية تراوحت من مراجعات الأدبيات السردية إلى دراسات أساليب مختلطة تتضمن مقابلات مع مصادر المعلومات الرئيسية ودراسات استطلاعية. أما التحليلات الكمية فهي قليلة ومتباعدة، وبعض أكثرها ابتكاراً من الناحية المنهجية يتناول الموضوع الشائك المتمثل في دور الانتماء المذهبي والسياسي في توزيع الموارد في قطاع الصحة باستخدام تقنيات الانحدار (regression techniques).

هناك صعوبات كبيرة في الوصول إلى البيانات المتعلقة بالاستجابة الإنسانية في لبنان. ونحن نعتمد على وثائق الوكالات وتقاريرها، والتي يُنشر معظمها باللغة الإنكليزية. لا يوجد سوى عدد قليل من الدراسات المحكّمة ذات الصلة بقطاع الصحة، منشورة في السنوات الأخيرة (23 for example)، وأخرى تتناول مسائل محددة مثل آثار التسجيل في وضعية اللجوء على حقوق النازحين السوريين في لبنان بالحصول على الخدمات (27-29). تقتصر دراسة العلاقات بين مختلف جهات الإغاثة الإنسانية وتأثير هذه العلاقات على المفاوضة واتخاذ القرار في قطاع الصحة على عدد قليل من التقارير غير الرسمية باللغة الإنكليزية (30).

هذا التحيز والفجوات في الأدلة التجريبية يؤثر على ما نستطيع قوله بشأن الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان، ويعتبر فرصة للبحث في المستقبل. وقد ناقشنا هذه القضايا في القسم 7.

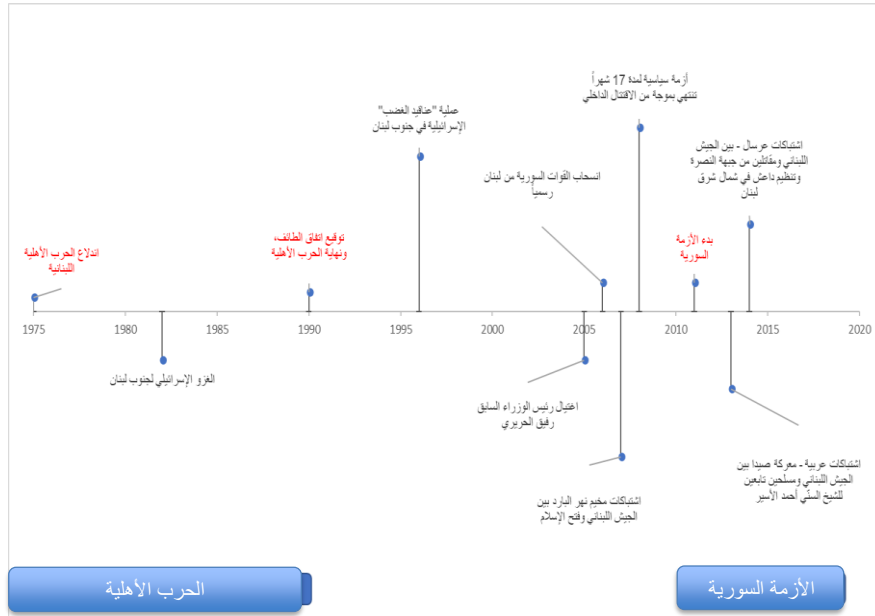
4) ملامح الواقع اللبناني

1-4 فترات الصراع وعدم الاستقرار السياسي

شهد التاريخ الحديث للبنان فترات طويلة من الصراع الداخلي، وفترات أقصر من الصراع عبر الحدود والمناوشات بين جماعات محلية (الشكل I). وقد تفاوتت شدة الصراعات المذكورة، لكن التجارب الحديثة الأعمق تأثيراً كانت بلا شك الحرب الأهلية (1975-1990)، وهي نزاع سرعان ما أصبح إقليمياً ثم جرى تدويله، بما في ذلك التدخل السوري في عام 1976 والغزو الإسرائيلي الذي بدأ في عام 1978، وحرب 2006 مع إسرائيل، والآثار غير المباشرة للصراع الدائر في سوريا منذ عام 2011. وقد ترك كل واحد من النزاعات المذكورة أثراً كبيراً على الحيز السياسي والمالي لصنع السياسات وتنفيذها في قطاع الصحة.

لكن من المهم أيضاً إدراك الأثر المعطل بشدة للنزاع الخفيف وعدم الاستقرار السياسي المتواصلين منذ اتفاق تقاسم السلطة في الدولة بعد الحرب. وشهدت الفترة منذ اغتيال رئيس الوزراء الأسبق رفيق الحريري عام 2005 اضطرابات شديدة في هذا المضمار. فقد أعقب الاغتيال في العام نفسه انسحاب الجيش السوري من لبنان، الذي كان يقدر بنحو 40 ألف جندي. وكانت هناك أيضاً بعد عام 2005 فترات من عدم الاستقرار نجمت عن جهود الدولة اللبنانية لفرض احتكار استخدام القوة داخل البلاد من ناحية (مما أثار صراعات داخل الحدود في الأعوام 2007 و2008 و2013 و2014) (انظر الشكل I)، وعن شلل السلطة التنفيذية من ناحية أخرى. وشمل ذلك أزمة سياسية استمرت 17 شهراً بين 2006 و2008، واجهت فيها الحكومة القائمة برئاسة فؤاد السنيورة تحالفاً من جماعات معارضة بينها حزب الله وحركة أمل - ولم تحل إلا عبر اتفاق بوساطة دولية تم توقيعه في قطر.

الشكل (1): التسلسل الزمني للنزاعات الرئيسية داخل لبنان والنزاعات عبر الحدود ذات التبعات الأمنية الكبيرة (1989-2018)



بيد أن أي تقييم مفصل للتأثير الحالي للنزاعات على الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان يجب أن يبدأ بمعرفة الآثار الاستثنائية للأزمة الحالية في سوريا حتى في سياق تاريخ لبنان الحديث المضطرب. ففي أيلول/سبتمبر 2020، كان هناك 880,400 لاجئ سوري مسجل في لبنان، وعدد كبير غير معروف من غير المسجلين - وهو أقل من الذروة المسجلة في نيسان/أبريل 2015 والتي بلغت 1.18 مليوناً⁹. يتركز أغلبية هؤلاء النازحين في شرق البلاد (وخاصة الشمال الشرقي)، في مناطق كانت الخدمات فيها تاريخياً تعاني من نقص في العاملين وفي الموارد.

2-4 الموروث التاريخي وتطور القطاع الصحي في لبنان

إن رصد كامل التسلسل التاريخي لتطور قطاع الصحة في لبنان خارج نطاق هذا التقرير، ولكن مراجعة الأدبيات تظهر موضوعات مهمة ذات صلة بالاقتصاد السياسي لوضع السياسات الصحية وتنفيذها. لقد خلّف النزاع المسلح بلا شك أثراً قوياً على تطور قطاع الصحة - ولا سيما الحرب الأهلية.

أولاً، إدارة تقديم الخدمات الصحية للمهاجرين والنازحين ليست ظاهرة جديدة في لبنان. فمثلاً، حتى قبل اندلاع الأزمة السورية في عام 2011، كان هناك قرابة 300 ألف عامل سوري في لبنان، وكان السوريون يمثلون 55% من جميع العمال غير المهرة و30% من العمال المهرة في البلاد (31، 32). كما يوجد نحو 470,000 لاجئ فلسطيني مسجل، يعيش الكثير منهم في لبنان منذ عام 1948، ويحصلون على الخدمات الصحية مباشرة من الأونروا وغيرها عبر شبكة تضم 27 مركز رعاية أولية (33). وحدثت أيضاً موجات منتظمة من النزوح الداخلي (بعد غزو الجنوب مثلاً)، ومؤخراً نزوح واسع النطاق من سوريا. لكن اللافت للنظر أن سياسات معالجة قضايا اللاجئين واللجوء اتسمت دوماً بالعداء (الذي تصاعد في الفترة الأخيرة). لقد دأبت الحكومات اللبنانية المتعاقبة على تجاهل مشاكل وصول اللاجئين إلى الخدمات، مفضلة تركها للوكالات الدولية أو المنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية أو القطاعات غير المنظمة. وكان هناك أيضاً ميل نحو المواقف الإقصائية في مجموعة من السياسات الاجتماعية، بما فيها الاندماج في سوق العمل (34).

السمة الثانية هي تغير صلاحيات القطاعين الخاص واللاربحي مع مرور الوقت. فقبل الحرب الأهلية في عام 1975، كانت وزارة الصحة العامة تقدم رعاية صحية مجانية للفقراء في المستشفيات العامة، وتغطي تكاليف الرعاية الخاصة فقط في حالة عدم توفر الخدمة المعنية في القطاع العام. في عام 1975، بلغت هذه النسبة قرابة 10% من موازنة الوزارة، ولكن بحلول أواخر التسعينيات، باتت الوزارة تنفق أكثر من 80% من موازنتها على رعاية المستفيدين في القطاع الخاص (14). ظهر الانقسام الفعلي بين المشتري والمزود في لبنان أثناء الحرب الأهلية حيث كانت الدولة تتعاقد مع القطاع الخاص لتقديم الرعاية الصحية، جزئياً بسبب التدمير الواسع لمرافق الصحة العامة، وأيضاً بسبب التشرذم التدريجي لإدارة القطاع مع تقدم الصراع. وكانت برامج الصحة العامة القليلة التي استطاعت الاستمرار في العمل على نطاق واسع أثناء النزاع - مثل برامج اللقاحات ورعاية الأم والطفل - مدعومة إلى حد كبير من جهات مانحة وتقديمها منظمات غير حكومية (لبنانية أو دولية) (35). في هذه الفترة، حصل أيضاً توسع هائل في خدمات المستشفيات على حساب الرعاية الإسعافية - وهذا ساهم لاحقاً في أزمة تمويل بين أوائل ومنتصف التسعينيات (24).

ولكن التحول في ميزان القوى بين الجهات العامة والخاصة واللاربحية أثناء الحرب الأهلية لم يكن العامل الوحيد المهم - بل أيضاً طبيعة الجهات الفاعلة التي ظهرت في تلك الفترة. وبالتحديد، شهدت الحرب الأهلية زيادة ملحوظة في قوة المنظمات ذات الولاءات المذهبية والسياسية في قطاع الصحة. تشير الأدلة الحديثة إلى أن 17% تقريباً من المراكز الطبية والمستوصفات تديرها جمعيات خيرية مسيحية، و11% تديرها

⁹ المفوضية السامية لشؤون اللاجئين - بوابة الخطة الإقليمية للاجئين في سوريا. عبر الإنترنت: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/71> [تاريخ النسخ 17.09.2020].

جمعيات خيرية إسلامية (تمثل الأطراف السنوية والشيعية على التوالي قرابة 7% و 8% من مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية) (19). تفصل الفقرتان 3-5 و 5-5 بتعمق أكبر آثار هذا التغيير، الذي ترافق مع توسع الطابع المذهبي، وبعد الحرب، مع تطبيق النظام السياسي في لبنان (انظر الفقرة 4-3 أدناه).

تركزت نتائج تزايد نشاط المانحين أيضاً أثراً مهماً على شكل قطاع الصحة في لبنان بعد الحرب الأهلية، بطريقتين. الأولى حصول انقطاعات في تدفقات التمويل: مع تضاؤل التمويل الدولي بعد عام 1990 لجهود مواجهة ظروف الحرب، تحركت المنظمات غير الحكومية، التي كانت تعتمد في السابق على ذلك التمويل، بشكل متزايد نحو نماذج فرض رسوم مقابل الخدمة، وصار الأطباء (وكثير منهم يعمل بدوام جزئي في تلك الشبكة) يستخدمون المراكز بشكل متزايد لاقتناص المرضى، مما أدى إلى بعثرة تقديم الرعاية (35). وقد أثبت هذا التحول مقاومة شديدة للإصلاح، وذلك جزئياً بسبب ضعف الحوافز المقدمة للعاملين الصحيين لتغيير ممارساتهم. أما الطريقة الثانية فهي التشجيع الضمني على الأساليب غير العقلانية في العلاج. كانت برامج مرض السكري وارتفاع ضغط الدم تتلقى تمويلاً مكثفاً من المانحين أثناء الحرب الأهلية وبعدها مباشرة، ولكن غالباً بدون إرشادات مرافقة لضبط التكاليف (24).

أخيراً، نرى أهمية الأزمات السياسية (الحرب الأهلية، اغتيال رئيس الوزراء رفيق الحريري في عام 2005، الاحتجاجات العامة ضد وجود الحكومة السورية في لبنان، وغيرها) في إحباط تغيير السياسات في أوقات مختلفة طوال عقود (1975 - 2011)، مذكوراً في بعض الأبحاث عن الإصلاح (انظر مثال حالة إصلاح التبغ المعروضة في الإطار 1).

3-4 الحياة السياسية وحالة الاقتصاد الكلي في لبنان اليوم

هناك أربع سمات جديرة بالانتباه في الوضع السياسي والاقتصادي الكلي.

الجهات الفاعلة الدولية والوطنية تمارس دوراً نافذاً في لبنان

الأولى هي أن لبنان يتأثر بشكل كبير بالجهات السياسية والاقتصادية الفاعلة الإقليمية والدولية - مع انعكاسات مهمة على عملية صنع السياسات، وتحديد الذين يرتبون أولويات السياسات وتصميمها وتنفيذها. وهذا يشمل الإرث الدائم للحكم الاستعماري الفرنسي بموجب انتداب من عصبة الأمم منذ مطلع عشرينيات القرن الماضي حتى الاستقلال في عام 1946 (واستمرار التأثير الأوروبي وخاصة الفرنسي على الأنشطة السياسية والاقتصادية في لبنان حتى يومنا هذا) (36)، والدور الكبير للدولة السورية (على شكل وجود مادي وعسكري حتى عام 2005، وأيضاً على شكل تحالفات اقتصادية وتجارية قبل الانسحاب وبعده) والمصالح المرتبطة بها في لبنان الآن وفي الماضي القريب (37)، وعلاقة معقدة مع إسرائيل (38).

تمارس المؤسسات الدولية أيضاً تأثيراً كبيراً على الشؤون الداخلية اللبنانية، وذلك جزئياً بسبب الانفتاح التاريخي للاقتصاد اللبناني (39). تاريخياً، كان البنك الدولي وصندوق النقد الدولي لاعبين رئيسيين بسبب اعتماد الدولة على المساعدات الخارجية، وساهما بطرق مهمة في صياغة التصورات المحلية لأولويات السياسات (17). فعلى سبيل المثال، يغطي "إطار الشراكة القطرية" الحالي للبنك الدولي للفترة 2017-2022، دعم مجموعة من المجالات تشمل تحسين تقديم الخدمات البلدية (المياه والنقل والخدمات البيئية والتنمية الاقتصادية المحلية) وزيادة فرص العمل (40). واللافت للانتباه أن مجالات الأولويات الرئيسية للدعم المحدد في التشخيص القطري للبنك لم تأت على ذكر الصحة، رغم اعترافها بالتحديات الهيكلية في القطاع الصحي (17). وفي قطاع الصحة، تتمتع منظمة الصحة العالمية بحضور فني مهم، وتمارس الهيئات متعددة الأطراف تأثيراً متزايداً لا سيما في سياق خطة المواجهة الإنسانية للنزاع السوري (انظر أدناه).

التوجه الطائفي للنظام السياسي في لبنان عامل مهم

ثانياً، لبنان هو نظام ديمقراطي توافقي تتأثر أليات صنع السياسات المحلية فيه تأثراً عميقاً بالترتيبات الطائفية لتقاسم السلطة، وبالخوف من التبعات السياسية المحتملة للتحويلات في التوازن الديموغرافي والمذهبي للبلاد، وباقتصاد سياسي تنتشر فيه المحسوبية (ولذلك وصف بأنه "ديمقراطية مجزأة" (41)). إن المناصب الثلاثة الأولى في الدولة مخصصة، بموجب الميثاق الوطني اللبناني، لأفراد من طوائف محددة (رئاسة الجمهورية للموارنة، ورئاسة الوزراء للسنة، ورئاسة مجلس النواب للشبيعة).

وهذا النظام هو بحد ذاته تركبة تسبب الصراعات. والتحاصص الطائفي الحالي المقرر سلفاً لمناصب الدولة هو نتيجة مباشرة لاتفاق الطائف لعام 1989 الذي شكل الخطوة الرئيسية نحو إنهاء الحرب الأهلية (وكانت له، كما نلاحظ أدناه، آثار كبيرة على الاقتصاد السياسي لصنع السياسات العامة وتنفيذها). وبالمثل، ورغم أن عدد سكان البلاد يقدر بنحو ستة ملايين نسمة، لم يُنظم أي تعداد سكاني رسمي منذ عام 1932، وذلك جزئياً بسبب الحساسيات السياسية المرتبطة ببيانات التوازن الديموغرافي المتغير في البلاد. وقضية التعداد انعكاس لتحديات أوسع نطاقاً تواجه الحصول على البيانات السكانية واستخدامها في لبنان، لأن مثل هذه المعلومات قد تشكل تحدياً للوضع السياسي القائم (42، 43).

الجدول (1): اتجاهات مجموعة مختارة من مؤشرات الاقتصاد الكلي الرئيسية للبنان، 2015-2020 (تقديرية) - إبراز اختلال التوازن المالي وتفاقم الديون: نسبتها إلى الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الأخيرة (e = تقديري؛ f = تنبؤ) (18)

2022f	2021f	2020f	2019e	2018	2017	
3.4-	6.3-	10.8-	5.6-	1.9-	0.9	نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي (بالأسعار الثابتة)
3.4-	6.3-	8.6-	2.6-	1.7-	0.9	نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي (بالأسعار الثابتة لعمال الإنتاج)
4.5	8.0	16.0	2.9	6.1	4.5	التضخم (مؤشر أسعار المستهلك)
8.2-	7.3-	7.8-	12.5-	24.3-	22.8-	ميزان الحساب الجاري (% من الناتج المحلي الإجمالي)
14.5-	12.7-	12.2-	10.6-	11.0-	6.7-	الميزان المالي (% من الناتج المحلي الإجمالي)
189.9	176.2	162.8	171.8	154.9	149.7	الدين العام (% من الناتج المحلي الإجمالي)

هشاشة أوضاع الاقتصاد الكلي في لبنان

ثالثاً، وضع الاقتصاد الكلي في لبنان محفوف بالمخاطر، والحيز المالي الضروري لزيادة الاستثمار العام في الخدمات العامة بما فيها الصحة محدود جداً (انظر الجدول (I)). وقد ساهم في الوصول إلى هذا الوضع بقوة الموروث القريب والبعيد للنزاع المسلح، وكذلك السياسات المالية والنقدية غير المسؤولة. وهذا يشمل فترات من الإنفاق الحكومي المكثف تحت غطاء إعادة الإعمار بعد انتهاء الحرب الأهلية (1975-1990) والحرب الأخيرة (2006) مع إسرائيل. وأحد السمات الرئيسية للاقتصاد الكلي في لبنان هي اعتماد الحكومة على الاقتراض الواسع من الأسواق المحلية والدولية لتلبية احتياجات إعادة الإعمار وغيرها. في عام 1990، كان نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي في لبنان أقل من ثلث ما كان عليه في عام 1974 قبل بداية الحرب الأهلية. كما ألحق الصراع خسائر مادية في البنية التحتية تقدر بنحو 25 مليار دولار أمريكي (44). وتواكبت هذه الخسائر مع نقاط الضعف الهيكلية لعموم الاقتصاد اللبناني لخلق ظروف اقتصاد كلي (بما فيها تباطؤ نمو الناتج المحلي الإجمالي) (17) فرضت قيوداً شديدة على الحيز المالي للاستثمار في خدمات الصحة العامة. وبحلول أواخر التسعينيات، كان الإنفاق على فوائد الدين العام يكلف لبنان أكثر من 60% من إيراداته (41)، ولا يزال وضع المديونية هذا متواصل بأشكال معدلة اليوم (18). ومع أن عدداً ممن قابلناهم عند إعداد هذا التقرير ذكروا دور احتياطات النفط والغاز الواعدة غير المستغلة

في تحسين وضع الاقتصاد الكلي عموماً في البلاد، فإن التأثير الذي يمكن أن تحدثه الاكتشافات الجديدة على تخصيص الموارد للصحة غير واضح.

السياسات الخاصة بحركة اللاجئين

رابعاً، وربما الأهم في الظرف الحالي، كان للملامح السياسية والقانونية لطريقة الحكومة اللبنانية في معالجة موجات اللاجئين المتتالية آثار عميقة على صنع السياسات الصحية وتقديم الخدمات. والأزمة السورية تقدم مثالاً واضحاً. فعلى الرغم من أن لبنان نفذ على أرض الواقع سياسة الحدود المفتوحة أمام اللاجئين السوريين بين عامي 2011 و2014، فإن موقف الحكومة تجاه الأزمة تعقد بسبب المخاوف من الآثار المحتملة غير المباشرة للصراع السوري على استقرار لبنان، وهذا ما تجسد في "سياسة النأي بالنفس" التي أعلنت في عام 2012 (45، 46). كان هدف تلك السياسة هو تبني الحياد من قبل الفاعلين السياسيين في لبنان تجاه الأزمة في سوريا للحد من مخاطر انتقال العنف منها، ولكنها أسفرت عن توفير غطاء للاعتراف المحدود بحقوق السوريين، الذين ليس أمامهم احتمالات حقيقية للاندماج في لبنان، ولا يمكن إنشاء مخيمات للاجئين من أجلهم - بحسب السياسة الرسمية للحكومة (46).

وأسفر ذلك، منذ عام 2012، عن سياسة ازدواجية تجاه قضية اللاجئين. فمن ناحية، عززت الحكومة خطتها الداخلية لمواجهة الأزمة من خلال وضع خطة متعددة القطاعات لمواجهة الأزمة (خطة لبنان للاستجابة للأزمة). ومن ناحية أخرى، تبنت بشكل متزايد خطاباً إقصائياً حيال اللاجئين السوريين، وفي أيار/مايو 2015 طلبت رسمياً من مفوضية اللاجئين التوقف عن تسجيل الوافدين الجدد من سوريا (28). وتوترت العلاقات بين الحكومة وبين العديد من الوكالات الرئيسية المشاركة في مواجهة الأزمة (47).

وبالنسبة للنازحين السوريين، شهدت حقوقهم في الإقامة تقييداً شديداً، وكذلك فرص مشاركتهم في سوق العمل وغيرها من أشكال الاندماج الاجتماعي والاقتصادي - خاصة للعمال المهرة. يشير أحدث تقييم للهشاشة في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان لعام 2019 إلى أن معدل مشاركة السوريين في سوق العمل اللبناني بلغ 38%، بعد أن كان 43% في 2018 (و 11% فقط للنساء السوريات، مقابل 16% في 2018) (48، 49). تتحاشى الحكومة اللبنانية أيضاً استخدام مخيمات اللاجئين: على الرغم من أن الأونروا تدير مخيمات للفلسطينيين النازحين (أزمة لاجئين طويلة جداً)، فإن أكثر من مليون من النازحين السوريين الموجودين حالياً في لبنان منتشرون في 2100 مخيم رسمي وغير رسمي، العديد منها في محافظتي البقاع وعكار المتاخمتين لسوريا حيث كان الوصول إلى الخدمة العامة وجودتها للمجمعات المضيفة متغيرين تاريخياً. ويعيش قرابة 73% من النازحين السوريين في لبنان تحت خط الفقر (49).

4-4 السمات العامة لتطور صحة السكان في لبنان

شهد لبنان، مثل عدد من بلدان المنطقة ذات الدخل المتوسط، تحولاً وبائياً جزئياً يتصف بعبء المرض فيه اليوم بسيادة الأمراض غير المعدية. وحصل تحسن ملحوظ أيضاً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 70 تقريباً في عام 1990 إلى 79 تقريباً في عام 2018 (آخر عام توفرت عنه بيانات كاملة)¹⁰. إن آثار ارتفاع متوسط العمر المتوقع على السياسة الصحية - من حيث تصميم نماذج تقديم الرعاية (تشمل الرعاية الصحية والاجتماعية على حد سواء) واستدامة تمويل قطاع الصحة في لبنان - مذكورة بشكل كبير في الأدبيات ولكن مواكبة السياسات لهذا الواقع المتغير تعتبر بطيئة بشكل عام (50).

¹⁰ مؤشرات البنك الدولي، على: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=LB> [التصفح 17.09.2020]

كانت الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز في لبنان في عام 2017 (وهو آخر سنة تتوفر عنها بيانات كاملة) هي أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسرطان بأنواعه، وأمراض الكلى المزمنة¹¹. وبقي توزيع المصادر الرئيسية للإعاقة (في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALYs) متشابهاً إلى حد كبير منذ عام 1990، رغم أن تأثير أسباب إعاقات الأمومة والولادات الجديدة اليوم أقل بكثير من ذلك الوقت. واللافت أنه رغم الاتجاه التنازلي الثابت في معدلات الوفيات والعجز لجميع الأسباب (سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) في لبنان طوال التسعينيات، فإن التقدم على صعيد هذه التدابير توقف منذ عام 2000. وثمة أسباب مختلفة لهذا التوقف في أداء نتائج الصحة.

ينعكس توزيع الأمراض الموصوف أعلاه أيضاً في واقع عوامل الخطر في لبنان، والذي كان في عام 2017 (وهو كما ذكرنا آخر عام توفرت عنه بيانات كاملة)، يشبه إلى حد كبير البلدان ذات الدخل المتوسط أو المرتفع: ساهم ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، واستهلاك التبغ، ومخاطر النظام الغذائي، وارتفاع ضغط الدم بأكبر نصيب من سنوات العمر المفقودة بسبب المرض في لبنان¹².

لقد غيرت الأزمة السورية من واقع صحة السكان في لبنان. فأكثريّة النازحين السوريين هم من الشباب (53% منهم أطفال) والفقراء، ومستويات التحصيل العلمي لديهم متدنية. وتأثير التوزيع الجغرافي عامل مهم في فهم الضغوط التي تشكل الطلب على الخدمات الصحية وسياسات معالجتها، في جميع أنحاء البلد - لا سيما في ظل تدفق السوريين. تاريخياً، تركّز تقديم الخدمات الصحية المتخصصة في المدن الكبرى (خاصة بيروت)، وليس في المناطق الفقيرة وشبه الحضرية والريفية في الداخل اللبناني حيث الاحتياجات الصحية أكبر. وشهدت هذه المناطق أيضاً بعض أكبر تدفقات النازحين السوريين، وأشد ضغوط الطلب وضوحاً على الخدمات المحلية (48، 51).

¹¹ بوابة IHME Vizhub - GBD compare. على الإنترنت: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [تاريخ التصفح 17.09.2020]

¹² بوابة IHME Vizhub - GBD compare. على الإنترنت: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [تاريخ التصفح 17.09.2020]

5) بنية قطاع الصحة وآليات عمله الحالية

1-5 المهام والمسؤوليات

الجدول (2): مجموعة من الجهات الرئيسية الفاعلة في القطاع الصحي السائد في لبنان وتوصيف أدوارها. ملاحظة: هذه القائمة ليست شاملة (خاصة عند الحديث عن المؤسسات الخدمية اللاربحية في لبنان).

الجهة	توصيف وتلخيص المهام والمسؤوليات في القطاع	الفئة
الاتحادات المهنية اللبنانية (الأطباء، الصيادلة، الممرضون إلخ)	هذه الاتحادات عبارة عن هيئات مهنية تؤدي وظائف التنظيم والاعتمادية، لكنها أيضاً أصوات ضغط مهمة قائمة بذاتها في قطاع الصحة. ولعل أقواها هي نقابة أطباء لبنان، وهي الهيئة التمثيلية للأطباء المسجلين والمعتمدين في لبنان، وتضم نحو 12000 عضو. تشمل مهامها مسؤوليات تنظيمية ورقابية للأطباء العاملين في القطاعين العام والخاص والقطاع اللاربحي. اتخذت النقابة مواقف نشطة حيال مسائل السياسة الصحية التي تؤثر على نطاق الممارسة أو قوة الكسب لأعضائها - وبشكل أساسي إصلاح التأمين الصحي الذي عارضته النقابة بشدة تاريخياً.	الاتحادات المهنية والنقابات
نقابة المستشفيات	هي الهيئة التمثيلية للمستشفيات الخاصة في لبنان، والتي تهيمن على مجال الرعاية الثانوية والثالثية في البلاد. تأسست عام 1965، وتمتد عضويتها من المرافق الصحية الصغيرة في المناطق وصولاً إلى المستشفيات التعليمية الكبرى في لبنان. وهي تمتلك وسائل ضغط قوية في قطاع الصحة في مجال التفاوض على الرسوم المفروضة (بشكل أساسي على الجمهور وعلى دافعي رسوم التأمين - لا سيما وزارة الصحة العامة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)، والتعويض من وزارة الصحة العامة عن الخدمات المقدمة للمواطنين اللبنانيين، وقضايا الاعتمادية والتشريعات التي يمكن أن تؤثر على نطاق ممارسة أعضائها.	الهيئات العامة لصنع السياسات وتنفيذها
وزارة المالية	تحدد وزارة المالية الموازنة العامة لوزارة الصحة العامة - أي التمويل المتاح لخدمات الصحة العامة والتمويل المتاح لمقاولي تقديم الخدمات من القطاعين الخاص والاربحي. ولديها أيضاً علاقة مؤسسية مع الريجي، وهي احتكار التبغ الذي تديره الدولة في لبنان.	الهيئات العامة لصنع السياسات وتنفيذها
وزارة العمل	تضم وزارة العمل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - وهو أكبر وأقدم نظام تأمين إلزامي في البلاد. هناك جوانب غير واضحة بشأن اعتبار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ذراعاً رسمياً لوزارة العمل أم مؤسسة شبه حكومية لها مصالحها الخاصة وقدرتها المستقلة على المساومة.	الهيئات العامة لصنع السياسات وتنفيذها
وزارة الصحة العامة	هي الهيكل الإداري العام المركزي في قطاع الصحة، وتمارس وظائف متنوعة مثل تحديد المعايير، ووضع اللوائح التنظيمية والفنية/الاستشارية والتمويلية. وعلى عكس وزارات الصحة في بعض البلدان الأخرى، تساهم وزارة الصحة العامة أيضاً في دفع قسم من نفقات رعاية شرائح من السكان اللبنانيين، وهي المزود الأساسي للرعاية الإسعافية (عبر شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية).	الهيئات العامة لصنع السياسات وتنفيذها

وزارة الشؤون الاجتماعية هي المزود الرئيسي للحماية الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية في لبنان. وإضافة لأهمية عملها في معالجة المحددات الاجتماعية الرئيسية للصحة، فإنها أيضاً الوزارة الأساسية في الإشراف على خطة لبنان لمواجهة الأزمة - التي تدير الاستجابة الرسمية للأزمة السورية (بما في ذلك الصحة).	وزارة الشؤون الاجتماعية	
هي مؤسسة شبه حكومية تابعة لوزارة الاقتصاد والتجارة، وتتولى الحفاظ على سوق تأمين فعال ومستقر.	لجنة مراقبة هيئات الضمان	المؤسسات الرقابية
تأسست مؤسسة عامل الدولية في عام 1979 بوصفها منظمة غير طاقفية ولاربحية تقدم خدمات صحية. وهي تدير الآن شبكة من المستشفيات والعيادات وخدمات دعم المستلزمات تركز على السكان المحرومين، وهي شريك تنفيذ رئيسي لعدد من المنظمات الدولية العاملة في لبنان، كالمفوضية السامية لشؤون اللاجئين.	عامل	المنظمات اللاربحية
الهيئة الصحية الإسلامية هي ذراع تقديم الخدمات الصحية في برنامج الخدمات الاجتماعية "جهاد البناء" التابع لحزب الله وهي تدير شبكة من العيادات والمستشفيات والمرافق الصحية الأخرى، وقد لعبت في بعض الأحيان (كما في عام 2006 مثلاً) دوراً بارزاً في الإغاثة الإنسانية أثناء النزاع (52).	الهيئة الصحية الإسلامية (حزب الله)	
من خلال الصندوق الائتماني الإقليمي للاستجابة للأزمة السورية، أصبح الاتحاد الأوروبي الآن أكبر مانح منفرد لقطاع الصحة في لبنان، حيث قدم 165 مليون يورو منذ عام 2014.	الاتحاد الأوروبي	المنظمات والوكالات الدولية
لعب مكتب منظمة الصحة العالمية في لبنان دوراً مهماً في دعم بناء القدرات الفنية في وزارة الصحة العامة، وفعلياً في قطاع الصحة بأكمله منذ نهاية الحرب الأهلية في عام 1990.	منظمة الصحة العالمية	
يتواجد البنك الدولي في لبنان منذ منتصف الخمسينيات. وبينما كان تاريخياً يركز على دعم العمل التنموي بعيد المدى في قطاع الصحة السائد، فقد لعب دوراً استباقياً في مواجهة الأزمة السورية، بطرق منها إنشاء صندوق دعم لبنان في مواجهة أزمة اللاجئين السوريين (وهو صندوق ائتمان متعدد المانحين مصمم للمساعدة في تخفيف آثار الأزمة). والصحة هي إحدى الركائز الأربع لمشاريع الطوارئ في هذا الصندوق.	البنك الدولي	
تشكل الجامعة اللبنانية الأمريكية، وجامعة القديس يوسف، والجامعة الأميركية في بيروت، وجامعة الحكمة، والجامعة اللبنانية، مجموعة خماسية من المؤسسات الأكاديمية الرئيسية في لبنان التي تجري دراسات بحثية في قطاع الصحة في البلاد. ولدى الجامعة الأميركية في بيروت تحديداً سجل حافل من العمل مع واضعي السياسات ومراكز متخصصة (K2P و SPARK) تركز على قضايا توليد الأدلة وتركيبها واستخدامها في السياسات، ولا سيما الصحية منها.	الجامعة اللبنانية الأمريكية والجامعة الأميركية في بيروت وغيرهما	المؤسسات الأكاديمية

يبين الجدول (الجدول 2) أعلاه أدوار ومسؤوليات الجهات الرئيسية الفاعلة في النظام الصحي السائد في لبنان. ويعرض الجدول (الجدول 3) أدناه معلومات مماثلة عن قطاع الإغاثة الإنسانية. ويوضح جدول

ثالث (الملحق 3) وظائف محددة في القطاع الصحي خاصة بهذه الجهات حيثما كان ذلك مناسباً لإعطاء فكرة عن اتساع الأنشطة. من الملاحظات الشاملة المهمة مما سبق أن وزارة الصحة العامة لديها صلاحيات واسعة ومتنوعة للغاية، تشمل مجموعة كاملة من الأنشطة بدءاً بوضع المعايير والمبادئ التوجيهية، مروراً باللوائح التنظيمية وضمان الجودة، وانتهاء بالتمويل وتقديم الخدمات للمستفيدين.

لقد شهد نطاق العمل الإنساني في لبنان تطوراً كبيراً بمعزل عن النظام الصحي عموماً، واحتل لاهيون آخرون مكانة بارزة هنا (الجدول 3). ونتج هذا جزئياً عن التطور التاريخي لقطاع الصحة - لا سيما الوجود طويل الأمد للوكالات متعددة الأطراف التي تعالج مشاكل اللاجئين المدبدة (مثل الأونروا للاجئين الفلسطينيين)، والتبعت المؤسسة للنزاعات السابقة (لا سيما حرب 2006). ولكنه نتج أيضاً عن حساسية الحكومة اللبنانية القديمة تجاه قضايا اللاجئين واللجوء. خلال معظم السنوات الثلاث الأولى من الأزمة السورية، لم يكن هناك استجابة رسمية من قبل الحكومة اللبنانية، وكانت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين بحكم الأمر الواقع هي الوكالة الرائدة، بالتنسيق مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي بإشراف المنسق المقيم للأمم المتحدة / منسق الشؤون الإنسانية. لم تصدر أول سياسة شاملة للحكومة حتى تشرين الأول/أكتوبر 2014. وتحدد هذه السياسة وزارة الشؤون الاجتماعية بوصفها الجهة الحكومية المركزية التي تشرف على التنفيذ، ومع أن وزارة الصحة العامة تمارس دور وظيفة وزارة قطاعية في خطة لبنان للاستجابة للأزمة، فإنها تتبع لوزارة الشؤون الاجتماعية (30).

الجدول (3): الجهات البارزة في نظام الاستجابة الصحية الإنسانية في لبنان (باستثناء تلك المدرجة في الجدول 2 ضمن قطاع الصحة الساند)

الفئة	الجهة	توصيف وتلخيص المهام والمسؤوليات في القطاع
الإدارة، الرقابة، التنسيق	فريق عمل القطاع الصحي	تتشكل التجمعات الصحية عادةً على شكل ترتيبات مؤسسية قصيرة الأجل للمساعدة في إدارة مواجهة الأزمات. ومن السمات المهمة للوضع اللبناني أن طبيعة آلية استجابة القطاع الصحي كانت تختلف بين نزاع وآخر. فالتجمع الصحي لأزمة لبنان تشكل في عام 2006 كرد فعل على الصراع في ذلك العام، لكنه استمر في العمل حتى أواخر العقد الأول من هذا القرن، لدعم مواجهة عدم الاستقرار المتواصل، بما في ذلك القتال في مخيم نهر البارد في عام 2007. أما الاستجابة للأزمة السورية فكانت مختلفة. فلبنان رسمياً ليس جزءاً من تجمع سوريا بأكملها، ومواجهته المحلية للأزمة يديرها فريق عمل القطاع الصحي في إطار خطة لبنان للاستجابة للأزمة.
	مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية	تركز مهام هذا المكتب نظرياً على التنسيق (الذي يغطي التمويل والسياسات وإدارة المعلومات في العمليات الإنسانية) ولكن نطاق دوره في لبنان غامض ويقع خارج هيكل الإدارة الأساسي لبرنامج خطة لبنان للاستجابة للأزمة. يضم مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية الصندوق الإنساني للبنان، وهو صندوق قطري مشترك يتوافق نظرياً مع خطة لبنان للاستجابة للأزمة.
المنظمات والوكالات الدولية التي تقدم برامج وخدمات	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	يرجع تواجد برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في لبنان إلى عام 1960، ويشمل نشاطات خلال الحرب الأهلية (1975-1990). ومع أنه لا يقدم خدمات صحية، فإن برامجه تؤثر بشكل مباشر على المحددات الاجتماعية العامة للصحة في لبنان، وبصفته وكالة أممية أساسية في برنامج خطة لبنان للاستجابة للأزمة (مع مفوضية اللاجئين)، فهو يساعد في تنسيق الاستجابة الإنسانية للأزمة السورية في البلاد.

<p>مقدم خدمات أساسي للاجئين المسجلين في لبنان. تعمل المفوضية ميدانياً في لبنان منذ عام 1963، لكن عملها لم يكتسب الطابع الرسمي حتى عام 2003 عندما جرى توقيع مذكرة تفاهم رسمية مع الحكومة اللبنانية (وكانت بشكل أساسي إضاءات على التزامات الحكومة اللبنانية بدعم اتفاقية اللاجئين لعام 1951) (27). تعمل المفوضية بتصريح من الحكومة اللبنانية، ولطالما كانت هناك تحديات في تحديد مجال عملها في البلاد.</p>	<p>المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين</p>	
<p>تأسست وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) لتلبية احتياجات الفلسطينيين المهجرين عام 1948. وهناك قرابة 450,000 لاجئ فلسطيني مسجل فيها، ويعيشون في 12 مخيماً. من السمات المميزة لمهام الأونروا أن أنشطتها تشمل كامل النطاق تقريباً من وضع السياسات وتنفيذها حتى تقديم الخدمات، ولديها أنظمة قوية لتقديم الخدمات الصحية في لبنان ودول أخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ولديها أيضاً شبكة مقدمي خدمات صحية مخصصة للنازحين الفلسطينيين تضم 28 مركز رعاية صحية أولية في جميع أنحاء لبنان. كما أن لديها ترتيبات مشتركة مع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني لدعم الحصول على الرعاية الثانوية في لبنان.</p>	<p>الأونروا</p>	
<p>وهو الفرع اللبناني للصليب الأحمر الدولي، ومقره بيروت، ويعمل في القطاعات الرئيسية (التي تغطي خدمات كالتبرع بالدم ودعم نقل الدم، على سبيل المثال) وكذلك في قطاعات الإغاثة الإنسانية. كما يعمل بوصفه جهة خدمية مساعدة للجيش اللبناني.</p>	<p>الصليب الأحمر اللبناني</p>	<p>المنظمات اللاربحية المشاركة في تقديم الخدمات</p>
<p>تأسست منظمة برامج المساعدة المتعددة (مابس) في عام 2013، وتدير مجموعة من برامج الخدمة العامة، بينها برنامج صحي يهدف إلى تلبية احتياجات النازحين السوريين في لبنان ودعم تدريب العاملين الصحيين السوريين. وهي تركز على تقديم الرعاية الصحية الأولية.</p>	<p>برامج المساعدة المتعددة</p>	

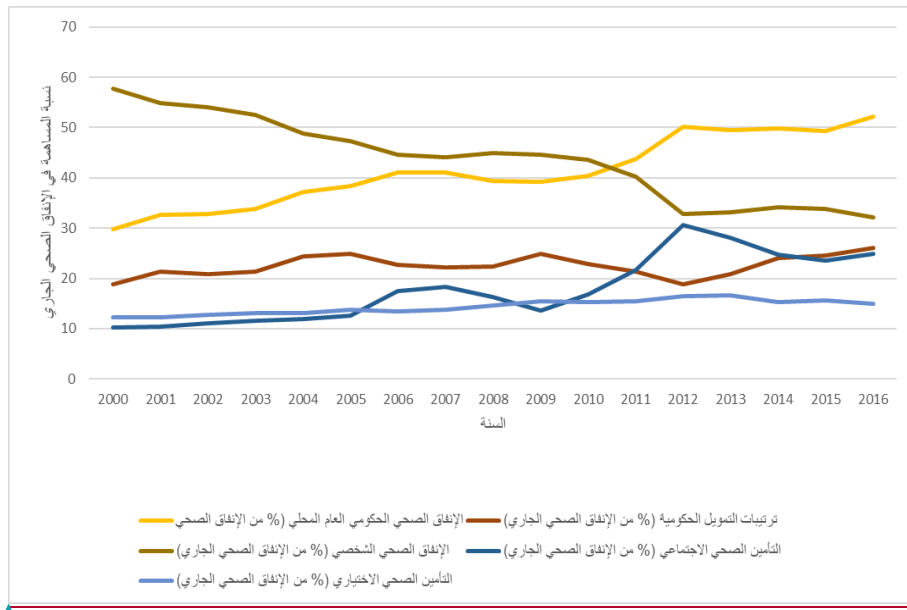
2-5 هيكلية المسؤولية والتمويل

يختلف توزيع المسؤولية عن المرافق الصحية في لبنان تبعاً لمستوى الرعاية. ففي حين تندرج أنشطة تعزيز الصحة والوقاية عموماً تحت مظلة وزارة الصحة العامة، فإن تقديم خدمات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية مختلف كثيراً. فتقديم الرعاية الثانوية والثالثية في لبنان حكر على القطاع الخاص. بينما تقدم الرعاية الأولية عبر شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تدار بدعم من وزارة الصحة العامة ولكن المنظمات غير الحكومية هي التي تقدم الخدمات فيها.

وتتصف عمليات التمويل الصحي في لبنان بالتبعثر ويصعب معرفتها. وبالإجمال، سجل لبنان تاريخياً أحد أعلى معدلات الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ولكن هذا المعدل انخفض نوعاً ما منذ عام 2000، ويبلغ 8% (في عام 2016)، وهو آخر سنة تتوفر عنها بيانات كاملة). والجدير بالذكر أن مصادر التمويل تركز بشدة على الإنفاق الصحي الخاص المحلي - الذي ساهم بنسبة 49% من الإنفاق الصحي الجاري في لبنان في عام 2017 - ولا سيما الإنفاق الشخصي. وعلى الرغم من انخفاض نسبة الإنفاق الشخصي كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري بشكل

مطرد من 58% في عام 2000، فإنه لا يزال (في عام 2017) يشكل 33% من إجمالي تمويل تقديم الخدمات الصحية في النظام الصحي السائد¹³.

الشكل (2): اتجاهات مساهمة مختلف ترتيبات التمويل في الإنفاق الصحي الجاري في لبنان، 2000-2017 (آخر سنة تتوفر عنها بيانات) (المصدر: قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي في منظمة الصحة العالمية)



Formatted: Font: (Default) Sakkal Majalla, 14 pt

بالانتقال إلى برامج التمويل، يشمل تسديد نفقات الخدمات الصحية عدداً من وسطاء التمويل، وبشكل أساسي ستة صناديق تأمين اجتماعي بإدارة حكومية وتقوم على أساس التوظيف، ولها آليات إدارة مختلفة (8). وهذه الصناديق هي:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذي يغطي العاملين في الوظائف الرسمية، وهو أقدم برامج التأمين الإلزامي في لبنان. ويتبع لوزارة العمل؛
- تعاونية موظفي الدولة، وتشمل موظفي الحكومة، وتتبع لرئاسة مجلس الوزراء اللبناني؛
- أربعة برامج عسكرية لأفراد القوات المسلحة ومختلف أجهزة الأمن الداخلي، وتتبع لوزارة الدفاع أو الداخلية

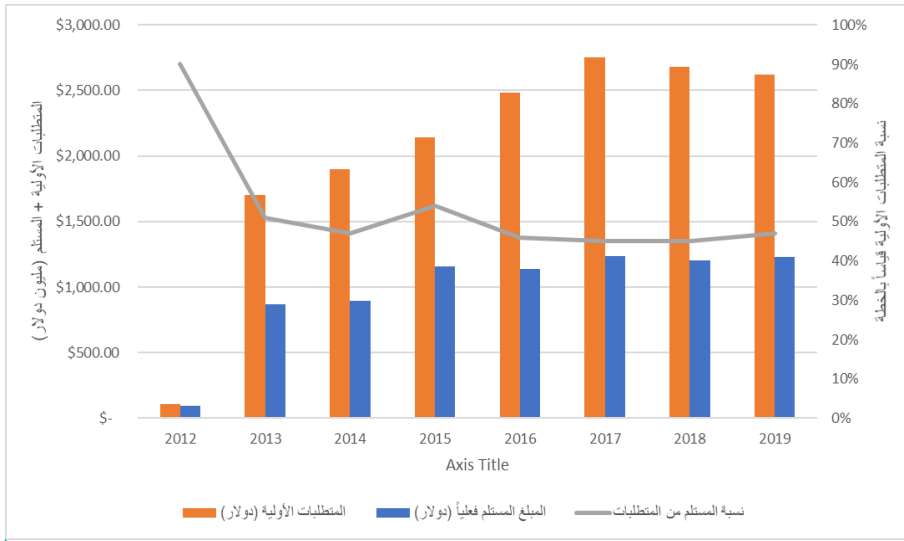
غطت هذه البرامج الإلزامية قرابة 51% من السكان في عام 2016، وتركت 49% للتغطية الطوعية (خاصة) أو بدون أي تغطية رسمية للتكاليف الكارثية. تنظم لوائح عمل شركات التأمين الخاصة من قبل وزارة رابعة هي وزارة الاقتصاد والتجارة. بالنسبة للأفراد الذين ليس لديهم أي تغطية، تغطي وزارة الصحة العامة تكاليف الخدمات الأساسية (الأدوية، الاستشفاء وغيرها) (8). وتغطي الوزارة أيضاً قرابة

¹³ قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي في منظمة الصحة العالمية. على الإنترنت: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> [تاريخ النسخ 18.04.2019].

80% من تكاليف المستشفيات لغير المؤمن عليهم تبعاً لطبيعة الخدمة المقدمة (53). وتعمل خطط التأمين الخاصة عادة جنباً إلى جنب مع جميع البرامج المذكورة أعلاه - وهناك نسبة من السكان يتم تغطيتها بهذه البرامج وبأنظمة أخرى محددة.

إلى جانب تعقيد نظام التأمين والدور المميز لوزارة الصحة العامة كمقدم خدمات ودافع تكاليف في لبنان، فإن السمة الأكثر لفتاً للنظر في بيئة التمويل ربما هي ارتفاع مستوى الإنفاق على الأدوية. فهو يشكل 45% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في لبنان، أي ثلاثة أضعاف المتوسط العالمي (15%) والسبب هو الإنفاق المرتفع بشدة على الأدوية ذات العلامة التجارية (نحو 49% من مبيعات الأدوية البالغة 1.6 مليار دولار أمريكي في قطاع الصحة في عام 2015) (54)، ويرجع ذلك جزئياً إلى فشل إصلاحات التسعير، ولكن بشكل خاص إلى الضعف الدائم لحوافز الممارسين الصحيين لوصف الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية رغم تنفيذ سياسة جديدة في السنوات الأخيرة لتشجيع بدائل الأدوية (12، 55).

الشكل (3): اتجاهات التمويل المستلم لأنشطة المساعدة الإنسانية في لبنان (الأعمدة الزرقاء) مقارنة بالمتطلبات (الأعمدة الحمراء). يوضح الخط الأخضر اتجاه تغيرات نسبة متطلبات التمويل التي تليها الجهات المانحة في النهاية مع مرور الوقت (المصدر: تحديث خطة لبنان للاستجابة للأزمة، 2018، (56)).



Formatted: Font: (Default) Sakkal Majalla, 14 pt

البيانات عن حجم تمويل الاستجابة الإنسانية في لبنان وطرق توزيعه شحيحة. من المعروف أن خطة لبنان للاستجابة للأزمة - كما في العديد من جهود الإغاثة الإنسانية الأخرى في العالم - تعاني من نقص مزمن في التمويل. ففي معظم السنوات منذ بداية الخطة، كانت نسبة التمويل الذي تستلمه يقارب 50% من متطلباتها المعلنة (انظر الشكل (3)).

ولكن من الواضح أيضاً أن هناك قنوات تمويل إضافي مهمة للمساعدات الإنسانية غير تلك المذكورة في مصادر البيانات الرسمية - لا سيما من دول الخليج وإيران. ويخصص جزء كبير من هذه الأموال بشكل مباشر للشركاء في لبنان أو عبر قنوات أخرى غير معلنة وليس عبر خطة لبنان للاستجابة للأزمة - ولذلك من شبه المستحيل التحقق من حجم ونطاق هذا التمويل بشكل مستقل (57). بيد أن الأدلة من السجلات

الحديثة في لبنان واضحة على ضخامة التمويل من دول المنطقة للدعم المباشر في المدى القريب ولجهود إعادة الإعمار في المدى البعيد أثناء الحرب الأهلية وبعدها وعقب حرب 2006 (58-61). فعلى سبيل المثال، طالب النداء العاجل لتمويل الإغاثة الإنسانية إثر حرب 2006 بتوفير 155 مليون دولار، لكن المخصصات النهائية بلغت قرابة 520 مليون دولار، أكثر من 25% منه جاء من مانحين خارج لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية - بشكل أساسي السعودية والإمارات والكويت وتركيا. كما جاءت أكبر مخصصات إعادة الإعمار طويلة المدى في مؤتمر التعهدات في وقت لاحق من عام 2006 من دول الخليج (61).

3-5 علاقات السلطة والمساومة والترشح في القطاع الصحي

تُظهر الأدبيات المتوفرة وجود اختلالات كبيرة في السلطة ضمن قطاع الصحة، سواء في النظام الصحي السائد أم في هيكل المساعدات الإنسانية للاجئين. ومن السمات اللافتة للنظر في بعض الأدبيات عن القطاع، وفي الواقع عن الاقتصاد السياسي لصنع السياسات العامة في لبنان، أن ترتيبات تقاسم السلطة بموجب اتفاق الطائف في نهاية الحرب الأهلية كرست المحسوبية في القطاع العام. وتجلي هذا بشكل خاص في ترسيخ اقتصاد سياسي مذهبي وطائفي يقوض إمكانات وقدرات الخدمات العامة في لبنان على توزيع السلع العامة بشكل رشيد (62، 63).

المذهبية وأثرها على المساومة والترشح في القطاع الصحي اللبناني

ضمنت إعادة توزيع السلطة بموجب اتفاق الطائف إجراء تعديلات على ترتيبات المحاصصة في المناصب الحكومية والإدارة العامة (مناصب "الفئة الأولى" تعادل الخدمة المدنية العليا والمستوى الوزاري) بين جميع الجماعات المذهبية في لبنان. في الواقع، تم تطبيق مبدأ التكافؤ في توزيع المناصب بين المجموعات على القطاع العام ككل بعد الطائف، وترك أثراً كبيراً على سرعة وفعالية التوظيف في الوظائف العامة. وكان معنى هذا التغيير هو أن "التوظيف في القطاع العام أصبح جزءاً من منظومة معقدة تحمي الامتيازات السياسية والاقتصادية والأمنية للنخبة الطائفية وأعوانها" (63). وبرز ذلك بوضوح في تعيينات الفئة الأولى في القطاع الصحي. ففي اتفاق الطائف، أُعطي منصب المدير العام لوزارة الصحة العامة للدروز. وتخصص مناصب أخرى بمستوى مدير عام ذات صلة مباشرة بقطاع الصحة لأعضاء الجماعات الأخرى (المدير العام لوزارة المالية والمدير العام للمجلس الأعلى للخصخصة للموارد، ونائب المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للشيعية، والمدير العام لوزارة العمل للروم الأرثوذكس، ومدير عام وزارة المهجرين للدروز).

وتختلف طرق تمظهر هذه الاختلالات وغيرها من الاختلالات السلطة في المفاوضات داخل القطاع الصحي تبعاً للطرف المعني، وبشكل أكثر تحديداً تبعاً لموضوع السياسة قيد النظر. وأسفر نظام ما بعد الطائف عن توزيع طائفي للسيطرة على مناقصات العقود الحكومية، والوصول إلى الموارد، وعن "تطبيق" المساءلة عن الأداء (62، 63). ويتخلل التأثير المشوه للطائفية أنشطة القطاع في جميع المستويات بدءاً من صنع السياسات وحتى تقديم الخدمات ميدانياً (64، 65) - ولكن كما سنرى في الفقرة 5-5، فإن أثر ذلك على الوصول إلى الخدمة ليس واضحاً على الدوام كما يبدو للوهلة الأولى. ومع ذلك، تظهر الأدلة أن الانتماء المذهبي والطائفي له تأثير مباشر على توزيع الإنفاق العام في لبنان، والذي غالباً ما يكون ارتباطه بالحاجة الخدمية الفعلية ضعيفاً (21، 22).

دور وزارة الصحة العامة

في القطاع الصحي الذي تديره الحكومة، تمارس وزارة الصحة العامة دوراً أساسياً في الجوانب الفنية والتنظيمية وضمان الجودة، ولكنها أيضاً تساهم في دفع تكاليف الرعاية الأولية والثانوية والثالثية إلى جانب

مؤسسات التأمين الصحي العامة وشركات التأمين الخاصة المتنوعة. ولكن سلطتها لم تتعاف تماماً من الاستنزاف الذي أصابها خلال الحرب الأهلية 1975-1990 حيث فقدت آنذاك الكثير من القدرات الفنية وشهد تقديم خدمات الصحة العامة تراجعاً كبيراً. تستطيع الوزارة ممارسة تأثير حاسم على صنع السياسات وتنفيذها، كما اتضح أثناء إصلاحات قوانين مكافحة التبغ في منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (الإطار 1)، ومؤخراً في إعداد وتنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في لبنان. نجح تغيير السياسة في الحالة الأولى على الرغم من وجود مصالح قوية في هذا المجال - بما في ذلك صناعة التبغ العالمية والريجي، وهي احتكار شبه حكومي تديره وزارة المالية اللبنانية ويوفر لها مصادر دخل أساسية. اعتمد ذلك على مزيج من الزخم العالمي من أجل التغيير (التوقيع على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ)، والدعم الفني القوي من المنظمة لوزارة الصحة العامة، والالتزام السياسي من القادة في لبنان، وضغط قوي من القطاع الأكاديمي والمجتمع المدني الذي وفر أدلة بحثية محلية فعالة للتأثير على نقاش السياسة (انظر أدناه). في الحالة الأخيرة، يبدو أن ضغوط الخدمات غير العادية التي ولدتها الأزمة السورية مقترنة بفتح خطوط تمويل جديدة، وإن كانت غير آمنة، وبقيادة قوية قد أوجدت نافذة مواتية للتغيير (66، 67).

من ناحية أخرى، كان إصلاح التمويل الصحي مجالاً من مجالات الفشل المستمر، والسبب جزئياً هو ميل كفة السلطة في هذا المجال بشكل حاسم نحو مجموعة محددة من الجهات الفاعلة - بشكل أساسي نقابة المستشفيات الخاصة ونقابة أطباء لبنان - الذين لديهم مصلحة قوية في الحفاظ على الوضع الراهن للسياسة. وعلى الرغم من دورها الرئيسي في دفع تكاليف الخدمات، لم تحقق وزارة الصحة العامة سوى نجاح محدود في الضغط لإصلاح ترتيبات التمويل الصحي (8).

دور جهات المساعدة الإنسانية في إعادة تشكيل علاقات السلطة في قطاع الصحة

في مستوى معين، تظهر مصادر الأدبيات وجود توتر في العلاقات بين الوكالات متعددة الأطراف التي تقود أجزاء كبيرة من العمل الإنساني وبين الحكومة اللبنانية التي يعمل المنسق المقيم ومنسق الشؤون الإنسانية للأمم المتحدة بموجب تعليماتها (27). ولكن هناك أيضاً مشاكل عميقة في التنسيق بين الوكالات نفسها - بما فيه حول قيادة جوانب مختلفة من العمل الإنساني. على الرغم من أن المفوضية السامية لشؤون اللاجئين تقود رسمياً في لبنان المساعدة الإنسانية الخاصة بالأزمة السورية (وضمنها توفير الخدمات الصحية للاجئين السوريين)، فقد أوردت التقارير الأخيرة، بما فيها التقييمات المستقلة للاستجابة، أن التنافس على الأدوار القيادية بين المفوضية ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التابع للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي كان عاملاً رئيسياً في استمرار جوانب الضعف في التنسيق (30).

الأدلة على الفساد والتربح في قطاع الصحة - سواء في الفضاء العام أو مجال الاستجابة الإنسانية - محدودة. وعلى الرغم من أن تقارير الجهات المانحة والوكالات توضح حجم تحدي الفساد في عموم الاقتصاد اللبناني (17، 18)، فقد اقتصرَت الأبحاث التي تتناول صراحة حجم التربح واتساعه في قطاع الصحة في البلاد على مجموعة من الدراسات حول تطبيق تقديم الخدمات الصحية (19، 21).

4-5 الإيديولوجيا والمعايير والقيم

إن تقدير قيم وأفكار الأطراف المعنية (بما في ذلك الإيديولوجيات السياسية والمعتقدات الدينية والثقافية) أمر أساسي لأي فهم للاقتصاد السياسي للقطاع الصحي. ويمكن تحديد أربعة موضوعات رئيسية من الدراسات المنشورة والمقابلات مع الأطراف المعنية.

- هناك تفضيل على مستوى النخبة لنهج النظام الحر وعدم التدخل في الإدارة الاقتصادية في لبنان (39) يظهر باستمرار في المنشورات الأكاديمية، ويتوافق مع الآثار المدمرة للحرب الأهلية والدعم من المؤسسات المالية الدولية (35)، مما ساعد في تهيئة الظروف لتوسع القطاع الخاص واللا ربحي في قطاع الصحة. ولكن هناك خلافات بشأن كيفية تجسيد ذلك عملياً في قطاع الصحة، وبعضها واضح في الخطة الإستراتيجية الصحية الحالية الصادرة عن وزارة الصحة العامة. تضع هذه الوثيقة الإنصاف الصحي والتغطية الصحية الشاملة ومعالجة المحددات الرئيسية للصحة في مقدمة رؤيتها لمستقبل القطاع. ومن منظور استراتيجي وتشغيلي، تعتبر الوثيقة تعزيز تقديم الخدمات العامة ذا أهمية محورية لتحقيق هذا الهدف، لا سيما من خلال دعم قطاعي الرعاية الأولية والمستشفيات العامة. ولكنها تتجنب مسألة تمويل الإصلاح كوسيلة لتحسين التغطية، وتضع الإشارات إلى اللاجئين في لبنان بشكل أساسي ضمن إطار الجاهزية ومواجهة الطوارئ بدلاً من ذلك (68).
- اتجاه بين صانعي القرار نحو "النأي بالنفس" السياسي (على حد تعبير من تمت مقابلتهم) - أي وجود قرارات فاعلة من الجهات الرئيسية للحفاظ على الوضع الراهن في قطاع الصحة بسبب الاعتقاد أن ذلك يخدم مصالحهم الخاصة (الشخصية والمالية وتحشيد الناخبين) ولكن أيضاً مصالح الحلفاء الرئيسيين في القطاع.
- مواقف النخب والشعب عموماً من اللاجئين في لبنان وحقوقهم المدنية. سلطت الفقرة 4-3 الضوء على ما يسمى "سياسة النأي بالنفس" كتعبير مهم عن السياسة الرسمية تجاه الأزمة السورية والتي لها تداعيات كبيرة على المساعدات الصحية للاجئين، وترافقت مع رغبة ضمنية لدى صانعي السياسات بتجنب تكرار تجربة التوطين طويل الأمد للفلسطينيين في لبنان. صحيح أن النازحين السوريين لا يزالون قادرين على الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية في المرافق الحكومية، ولكن الوضع غير المؤكد لغير المسجلين منهم رسمياً يمثل عائقاً كبيراً أمام هذا الوصول. لكن حصل أيضاً تشدد في الخطاب السياسي لبعض الأوساط في لبنان تجاه اللاجئين السوريين طوال العامين الماضيين - لا سيما في الفترة التي سبقت الانتخابات البرلمانية لعام 2018. فقد طالب سياسيون لبنانيون بارزون علناً بعودة اللاجئين إلى سوريا، وهناك حالياً جهود لتحقيق ذلك رغم استمرار انعدام الأمن على الحدود (69).
- الموضوع الرئيسي الثالث في الأدبيات (تناولته الفقرة 5-3) يتعلق بدور سياسات الهوية في تشكيل نشاط القطاع الصحي في لبنان. وتفصل الفقرة 5-5 أدناه بعمق كيف يتمظهر ذلك في تقديم الخدمات.

5-5 تقديم الخدمات

يتنوع مشهد تقديم الخدمات في لبنان - وهو يتسم بفشل واضح في السوق ولا مساواة في الوصول والجودة (16، 23، 24، 70، 71). ويُعد تفضيل خدمات الرعاية الثانوية وحتى الثالثة على حساب الوقاية والرعاية الأولية على نطاق واسع سمة طويلة الأمد لواقع تقديم الخدمات الصحية في لبنان، وهو أيضاً، في جانب منه، نتيجة الآثار المزعزعة للاستقرار للحرب الأهلية. تشير الدراسات المنشورة أواخر ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي إلى ارتفاع هائل في تلك الفترة في نصيب الفرد من خدمات ما وصف آنذاك بالتكنولوجيات الطبية المتطورة كالتصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي المحوري ومختبرات القسطرة القلبية - بدرجة تتجاوز كثيراً الاحتياجات الصحية المثبتة - كرسوم مقابل - مع انتشار واسع للخدمات مقابل أجر (23، 24، 72). وكما يوضح الشكل (4)، لا تزال كثافة التكنولوجيا في قطاع الصحة في لبنان حتى اليوم تفوق البلدان المجاورة. ومع أن وزارة الصحة العامة ووزارة التربية والتعليم تقدمان بعض الخدمات الوقائية، فإن المنظمات غير الحكومية لا تزال هي التي تقدم خدمات اللقاحات الأساسية وتدخلات صحة الأم والطفل والتلقيح الصحي (35).

الإطار 1: النزاع والتقدم المحرز بشأن إصلاح قوانين مكافحة التبغ في لبنان

صدر التشريع الرئيسي الذي ينظم مكافحة التبغ ومنتجاته في لبنان (القانون رقم 174 الذي يغطي تصنيع التبغ وتغليفه والإعلان عنه، وينظم التدخين في الأماكن العامة وأماكن العمل ووسائل النقل العام) في عام 2011 وجاء تنويجاً لسيرورة شاقة وطويلة منذ السبعينيات لوضع مكافحة التبغ على أجندة السياسات.

وقد ترك النزاع ونتائج آثاراً مهمة على جهود إصلاح قوانين مكافحة التبغ في لبنان. كان للتأثير الأشد وضوحاً مفعول معطل: فقد أدى اندلاع الحرب الأهلية في عام 1975 مثلاً إلى توقف الحملات الإعلامية الوطنية للحد من استخدام التبغ، ولم يتم إحيائها إلا في أواخر السبعينيات. وعانت الجهود التشريعية لتعزيز مكافحة التبغ في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين من موجات متكررة من عدم الاستقرار السياسي والاقتصادي، وذلك جزئياً بسبب حلقات النزاع (10). ولكن كان هناك أيضاً بُعد جيوسياسي مهم لقضية التبغ؛ فقد نشأ، بمرور الوقت، نظام لدعم مزارعي التبغ اللبنانيين وأغلبهم في جنوب البلاد الذي احتلته إسرائيل سابقاً، بهدف دعم المطالب الإقليمية بهذه الأرض.

كما مارست صناعة التبغ، تاريخياً، تأثيراً قوياً على صناعات السياسة اللبنانيين، لجهة الضغط ضد تقييد التسويق والإعلان، وتشجيع الممارسة الطوعية للمنتجين بدلاً من الأحكام القانونية الملزمة (11). وكان اللاعب الرئيسي هو الريجي، احتكار التبغ الذي تديره الدولة في لبنان (والخاضع لوزارة المالية). ففي عام 2004، رُفض مشروع قانون بشأن الحظر الشامل على إعلانات التبغ في لبنان جزئياً بسبب مخاوف الريجي من الآثار الاقتصادية الكلية لهذا الحظر على التوظيف وعلى إيرادات الإعلان لخزينة الدولة.

كيف تغيرت الأوضاع لتهيئة الظروف الملائمة للإصلاح؟ على الرغم من عدم وجود دافع محدد للتغيير في عام 2011، تشير قرائن الدراسات أنه بحلول عام 2009 كان هناك تحول في ميزان القوى بين الأطراف المعنية بشأن مكافحة التبغ. وقد ظهرت مجموعة جيدة من الأدلة المحلية والدولية لدعم الإصلاح الملائم للظروف، والأهم من ذلك أن المناخ السياسي كان أكثر استقراراً مما كان عليه قبل بضع سنوات.

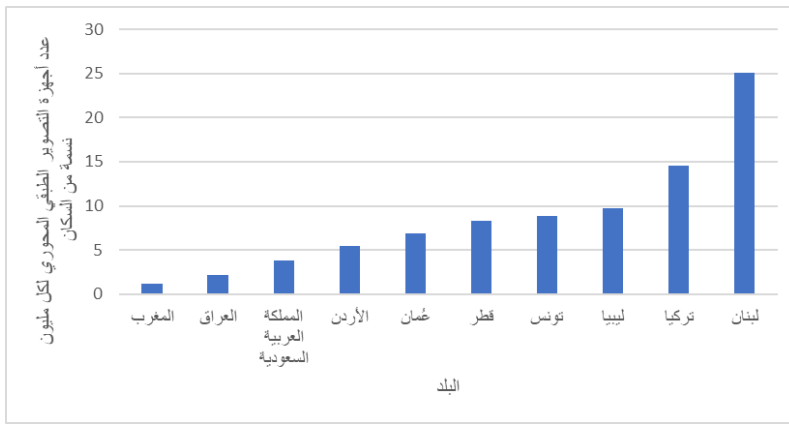
وتغيرت أيضاً حوافز التغيير لدى النخبة لصالح الإصلاح، وذلك جزئياً بسبب الضغط القوي من المجتمع المدني. وبالتحديد، شهدت الفترة بين منتصف وأواخر العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، تعزيز موقف البرنامج الوطني لمكافحة التبغ التابع لوزارة الصحة العامة (بدعم فني من منظمة الصحة العالمية بعد المصادقة على الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ في عام 2005) وظهور تحالف قوي للضغط ضم منظمات مدنية وبعض وسائل الإعلام، والأهم بعض الأكاديميين الذين استطاعوا توظيف مصداقيتهم والثقة بهم لزيادة الدعم لتشديد مكافحة التبغ. سلط باحثو الجامعة الأميركية في بيروت، منذ عام 1999 حتى اليوم، الضوء باستمرار على تزايد تعاطي التبغ في لبنان، وشكلوا "فريق البحث للحد من التدخين"، وهو مجموعة متعددة التخصصات من الباحثين الملتزمين بتقديم أدلة عن الوقاية من التدخين ومكافحته وعواقبه، وبالتحديد لمعالجة هذه المشكلة. قدم البحث الذي أجراه الفريق قاعدة أدلة لتأطير استخدام التبغ بوصفه مشكلة صحية عامة كبرى، ولأهمية الحلول المحلية وإمكانية تطبيقها (10).

تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية

بالنسبة للمقيمين اللبنانيين، تتوفر الرعاية الأولية بواسطة شبكة وطنية من مراكز الرعاية الصحية الأولية (معظمها تديره منظمات خاصة أو غير ربحية، على الرغم من أن الشبكة الخاصة بوزارة الصحة العامة تتوسع تدريجياً) ومن الصيدليات التي تقدم خدمات علاجية ووقائية معاً، بما في ذلك اللقاحات. على أرض الواقع، تتصف تغطية هذه الشبكة بالمحدودية - تشير بعض الدراسات إلى أن 20% من السكان اللبنانيين

فقط يستطيعون الوصول المنتظم إلى طبيب أسرة لتلبية احتياجاتهم الصحية (14). على النقيض من ذلك، شهدت فترة بعد الحرب الأهلية توسعاً سريعاً في قطاعي الرعاية الثانوية والثالثية، وهما لا يزالان يشكلان كبيراً حكراً على القطاع الخاص رغم أن عدد الأسر في قطاع الصحة العامة ازداد منذ أوائل التسعينيات (14، 16).

الشكل (4): عدد وحدات التصوير الطبقي المحوري لكل مليون نسمة في لبنان ومجموعة من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2013 - آخر سنة تتوفر عنها بيانات شاملة (المصدر: المرصد الصحي العالمي في منظمة الصحة العالمية)



مقدمو الخدمات ضمن الطوائف

من السمات الرئيسية لمشهد تقديم الخدمات الصحية في السنوات الأخيرة - مع آثار مهمة على عمليات المفاوضات في القطاع ككل - ظهور مقدمي خدمات على أساس طائفي. تشير التقديرات إلى أن قرابة 28% من المراكز الصحية والمستوصفات تديرها جمعيات خيرية مسيحية وإسلامية، و15% غيرها من الرعاية الصحية الأساسية تقدمها هيئات تابعة لأحزاب سياسية في لبنان (20). وثمة علاقة معقدة بين المذهبي والسياسي في تقديم الخدمات ووصول السكان إليها. من ناحية، كان ظهور هذه الفئة الجديدة من مقدمي الخدمات مهماً لتوسيع نطاق تقديم الخدمات الاجتماعية الرئيسية للفئات الضعيفة في المجتمع (بما فيها الخدمات الصحية ودعم التعليم والرعاية الاجتماعية). وهناك أدلة على أن مقدمي الخدمات المنتمين إلى طوائف أو أحزاب يقدمون خدماتهم في كثير من الأحيان لأشخاص من طوائف أخرى (19، 64). ولكن ذلك يختلف تبعاً لضغوط الخدمة، والسياسة المحلية لتخصيص الموارد لخدمات الرعاية الاجتماعية، واحتمال تراكم الإجراءات غير المدفوعة - خاصة في ضوء العلاقة بين التمثيل الانتخابي والفئات المستهدفة بتقديم الخدمات (17، 65). ويرتبط هذا بنمط أعم من استغلال المؤسسات وتوزيع الخدمات لأغراض سياسية واقتصادية.

تقديم الخدمات للاجئين

كما هو الحال في مناطق أخرى، فإن الهوية الأساسية في تقديم الخدمات هي بين تقديمها للمواطنين والمقيمين اللبنانيين وتقديمها للسكان اللاجئين. فالوصول إلى الخدمات عبر النظام الصحي اللبناني السائد مقيد عملياً بقيود مفروضة على حقوق الإقامة للنازحين السوريين، وبقيود متزايدة بسبب سياسة الصحة والرعاية الاجتماعية في لبنان. وهذا يعكس جزئياً الضغط الشديد على الخدمات نتيجة تدفق القادمين من سوريا.

وتُظهر بيانات من كانون الأول/ديسمبر 2012، في بدايات الأزمة، أن قرابة 40% من جميع الزيارات المسجلة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة العامة كانت من قبل لاجئين سوريين (73).

مع ذلك، يستطيع اللاجئون الحصول على رعاية مدعومة عبر شبكة مراكز وزارة الصحة العامة وبعض العيادات التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية، وبالطبع عبر شبكة أوسع من مراكز الرعاية الصحية الأولية التي يملكها ويديرها القطاع الخاص وتشكل الجزء الأكبر من نظام الرعاية الأولية في لبنان (74). المفوضية السامية لشؤون اللاجئين هي المزود الرئيسي لخدمات اللاجئين السوريين، وتنفذ ذلك بشكل أساسي عبر شبكة من مراكز الرعاية الأولية التي ترعاها في جميع أنحاء البلاد (بدعم مباشر لنحو 30 مركزاً، ومن خلال شراكات مع مقدمي الخدمات في 100 مركز أخرى تقدم رعاية مدعومة للاجئين، بالتعاون مع منظمات غير حكومية دولية كالهيئة الطبية الدولية وكراتاس ومنظمات غير حكومية لبنانية مثل عامل (74)). تدعم المفوضية عمليات الولادة والرعاية الطارئة المنقذة للحياة من خلال دفع 75-90% من رسوم المستشفى تبعاً لتكاليف الدخول ولتقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمستفيد (75). بالنسبة للاجئين الفلسطينيين المسجلين - وكثير منهم موجود في لبنان قبل نظرائهم السوريين بفترة طويلة - يوفر نظام الأونروا الموازي المكون من 27 مركز رعاية أولية نقطة وصول رئيسية إلى الرعاية الأولية، وخاصة لنسبة 50% منهم يعيشون في 12 مخيماً تديرها الأونروا في لبنان (15، 76، 77).

أما وضع الوصول إلى الخدمات المتخصصة (أو الإحالة) للاجئين، فهو مختلف. فمقدمو الخدمات التابعون لوزارة الصحة العامة يقدمون رعاية مدعومة، ولكن اللاجئين يضطرون إلى دفع نسبة متزايدة من تكلفة الخدمات من جيوبهم. تغطي مفوضية شؤون اللاجئين 75% من تكلفة إجراءات الطوارئ ورعاية التوليد وحديثي الولادة (74)، لكن قدرتها على تغطية جزء أو كامل تكاليف الرعاية عالية التخصص (مثل غسل الكلى أو علاج الأورام) تخضع لقيود متزايدة باستمرار بسبب الموازنات المحدودة وضغط الطلب (78). هناك دليل واضح على أن هذا يلحق الضرر بتغطية الخدمة الصحية خاصة لأصحاب الأمراض المزمنة الذين تشكل تكلفة الأدوية بالنسبة لهم عائقاً كبيراً للوصول (51، 79).

توفير الرعاية الصحية غير الرسمية

من الظواهر اللافتة للنظر منذ بداية الأزمة السورية نمو الخدمات غير الرسمية في لبنان - لا سيما في المناطق التي تستضيف حالياً تجمعات كبيرة من السوريين - للمساعدة في سد النقص الملحوظ في عرض الخدمات لهؤلاء السكان. وهذا يشمل تقديم الخدمات حديث العهد من قبل مهنيين صحيين سوريين نازحين يعملون دون تسجيل رسمي ورقابة، وأساساً في الرعاية الأولية. تقدم هذه الخدمات للاجئين السوريين بديلاً جيداً وقليل التكلفة عن القطاع الخاص، ولكن هناك مخاوف واضحة بشأن جودة الخدمة وحماية العاملين الصحيين السوريين الذين يعملون في أماكن تغيب عنها الإدارة فعلياً. من منظور الاقتصاد السياسي، يعتمد وجود مقدمي خدمات غير منظمين على ترتيبات مع السلطات المحلية (التي تغض الطرف عن هذه الأنشطة) ومع المهنيين الصحيين اللبنانيين (الذين يمكن إحالة الحالات إليهم لاحقاً) - وكلاهما غير آمن. وتمويل هؤلاء المقدمين غير شفاف ولكن يبدو أنه يعتمد على مزيج من المساهمات الخيرية واستعداد الكثير من العاملين الصحيين للعمل الطوعي، لدعم فرض رسوم أقل بكثير من رسوم النظام الصحي السائد (80).

5-6 صنع القرار في القطاع، بما في ذلك الشراء واستخدام الأدلة

عمليات اتخاذ القرار في القطاع الصحي في لبنان

يوضح القسم الخاص بعلاقات السلطة والمفاوضة في القطاع (أعلاه) أن سلطة التأثير على عمليات صنع القرار في مجال الصحة غير متكافئة، حيث تمارس بعض الجهات سلطات أكبر بكثير من جهات أخرى (رغم أن التوازن يختلف باختلاف السياسة المعنية). تعتبر عمليات صنع السياسات الصحية، بشكل عام، مغلقة إلى حد ما، تقاد بشكل أساسي على المستوى الوزاري (أي بقيادة النخبة) ويتشاور محدود مع الجهات المعنية عموماً في النظام - باستثناء الحالات التي يكون فيها لهذه الجهات المعنية نفوذ مباشر على السياسيين اللبنانيين. وقد رأينا حالات لتغيير السياسات قام فيها ممثلو المجتمع المدني بصياغة أجندة السياسة بطرق أكثر جدوى (وإصلاح مكافحة التبغ في منتصف العقد الأول من القرن الحالي مثال بارز على ذلك)، لكن هذا هو الاستثناء وليس القاعدة.

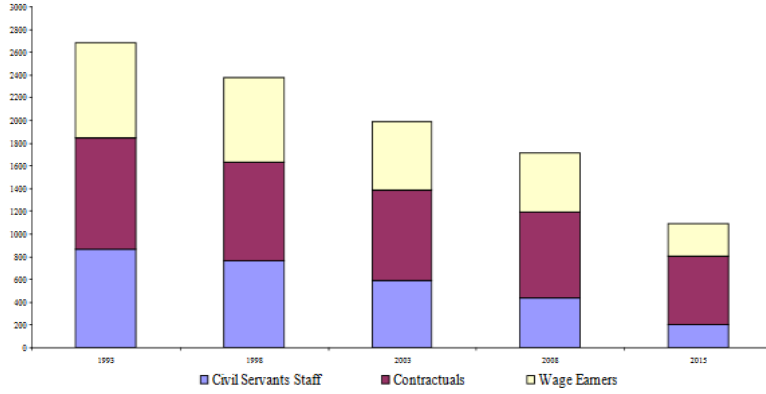
الاقتصاد السياسي لإعداد الأدلة وتركيبها واستخدامها

هناك وجهات نظر مختلفة في الأدبيات حيال فعالية توليد الأدلة وتوليها وإدراجها في صنع السياسات الصحية وتنفيذها في لبنان. وتظهر الدراسات بعض الإجماع بين صانعي القرار في القطاع على وجود مصادر ومؤسسات معترف بها في البلاد يمكن من خلالها الحصول على الأدلة الصحية (81، 82). بيد أن الإنتاجية في المجالات البحثية ذات الصلة بصانعي السياسات الصحية في لبنان لا تزال ضعيفة نسبياً، مع قلة نتائج البحوث التي تعالج مسائل السياسات (مثل المراجعات المنهجية (83)) وأنشطة ترجمة المعارف الناشئة (84). لم نتمكن من العثور على بيانات عن حجم أو مصادر أو توزيع تمويل الأبحاث الصحية في لبنان.

وتختلف درجة تأثير توفر الأدلة على صناع السياسات فعلياً. فمن ناحية، هناك اتفاق بين عدد من الدراسات حول مستوى التزام وزارة الصحة العامة اللبنانية بتعزيز الخبرات الفنية وتحسين استخدام الأدلة في فترة بعد الحرب الأهلية، والسبب جزئياً هو ما اعتُبر نمواً غير عقلاني للإنفاق الصحي والممارسات غير المدعومة بأدلة كافية بين عامي 1975 و1990. وتشير إحدى الدراسات إلى أن ذلك كان جزءاً من استراتيجية مدروسة للوزارة، بدعم من منظمة الصحة العالمية، لإعادة التأكيد على أهميتها في وضع السياسات الصحية وتنفيذها بعد نهاية الحرب الأهلية، من خلال التأكيد على دورها كمشتتر وكمستخدم للأدلة (بطريقة لا تستطع الجهات الأخرى في القطاع تحقيقها). ودُعمت هذه الجهود بأدلة بحثية جديدة وفرتها منظمة الصحة العالمية وأكاديميون في لبنان ومصادر أخرى (23).

من الواضح أيضاً أن الأدلة استخدمت بفعالية من قبل مختلف جهات النظام الصحي، وأحياناً في مجالات خلافية سياسياً للمساعدة في تحقيق الإصلاح. ويقدم إصلاح قانون مكافحة التبغ في لبنان مثلاً على ذلك (انظر الإطار 1). من ناحية أخرى، تشير دراسات أخرى عن جهود الإصلاح - لا سيما المحاولات الأخيرة لإصلاح توفير التأمين الصحي العام في لبنان - إلى أن الأدلة البحثية غالباً ما تلعب دوراً محدوداً، أو على الأقل دوراً خاضعاً للعوامل السياسية (بما فيها الطائفية) والشخصية في اتخاذ القرار. يرتبط بعض هذه الانتقادات بنقد أعم لأسلوب صنع القرار في قطاع الصحة اللبناني، والذي يوصف بأنه مغلق وتتحكم به مصالح الوزراء أساساً (8). وهذا أعاق التغيير الفعال للسياسات في بعض المجالات، حيث تشير الدراسات إلى نقص جهود إشراك الجهات المعنية المحلية في تصميم السياسات، والميل إلى تبني أدلة دولية في النظام الصحي دون مراعاة كافية لخصائص لبنان وظروفه (9).

الشكل (5): عدد موظفي وزارة الصحة العامة في لبنان حسب الفئة 1993-2015 (76)



تتضمن الأدبيات المتعلقة بلبنان إقراراً متكرراً بأن عدم اتساق المعلومات في قطاع الصحة يمثل مشكلة كبيرة. فقد استنزفت القدرات الفنية في وزارة الصحة العامة بشكل سيئ أثناء الحرب الأهلية 1975-1990، ورغم حصول درجة من التعافي بعد تلك الحرب، انخفضت القوى العاملة في الوزارة بأكثر من النصف منذ أوائل التسعينيات - مما ألحق ضرراً كبيراً بقدراتها على أداء وظائفها التنظيمية ووظائف إدارة الأدلة وضمان الجودة.

ومن المجالات التي تغفلها الدراسات الاختلافات في منهجية الحصول على أنواع مختلفة من الأدلة واستخدامها. فمثلاً، لا نستطيع معرفة مدى استخدام الأدلة الناتجة عن دراسات الاقتصاد الصحي أو الاقتصاد السياسي في إعداد السياسات في قطاع الصحة.

الإطار 2: الاقتصاد السياسي لتخصيص الموارد لرعاية مرضى السرطان في لبنان

إن تخصيص الموارد لرعاية مرضى السرطان - وفي الواقع مستوى التركيز على الوقاية من السرطان ومعالجته عموماً - يقدم صورة مصغرة للعديد من الآليات العامة في الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان، والتي جزأتها آثار الصراع. مستوى الحاجة واضح تماماً: بعد فترة طويلة من استقرار معدلات الإصابة بأنواع السرطان الجديدة (85، 86)، حصلت زيادة مضطربة في التقارير تتماشى مع التغيرات الديموغرافية والوبائية عموماً في البلاد (87). إن المبادئ التوجيهية الوطنية لعلاج السرطان - التي وضعت بالتعاون مع وزارة الصحة العامة والجهات المعنية الأخرى في النظام كبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي - متوفرة في لبنان للمساعدة في توجيه المعالجة ودعم جهود تقليص التكاليف (88)، لكن كلفة الرعاية لا تزال باهظة.

على الرغم من الأدلة القوية على (1) ارتفاع معدلات الإصابة بالسرطانات التي يمكن التعايش معها لفترة طويلة عبر "تحسين نمط الحياة" (التدخين والنظام الغذائي)، و(2) توافر أساليب فحص مجرية ومختبرة لسرطان الثدي وعنق الرحم وأساليب أمور أخرى، فإن العمل على تحسين الوقاية في لبنان بطيء. يلخص الإطار 1 تجارب مكافحة التبغ في لبنان؛ أما تدابير تنظيم النظام الغذائي الرئيسية فهي غير مطبقة (محتوى الغذاء، ونسب الملح والدهون، والقيود على تسويقه للأطفال (89)). يتوفر فحص سرطان الثدي من خلال حملات محدودة، ولا يشمل عموماً سوى نسبة قليلة من الفئات العمرية المعرضة لخطر الإصابة (خاصة في حالات إعادة الفحص أو المتابعة) (90). والوضع مشابه في فحص سرطان عنق الرحم (91). وتعود هذه الاتجاهات جزئياً لقضايا التوعية ولكن أيضاً بسبب تمركز الخدمات في بيروت وارتفاع تكلفة الفحص (90، 92).

لا يزال التركيز الرئيسي في قطاع الصحة ككل ينصب على الرعاية العلاجية. وتخصيص الموارد في هذا المجال أمر معقد، كما يتوقع المرء، بسبب تعقيد آليات تمويل القطاع الصحي. فالسكان الذين لديهم تأمين صحي يحصلون على دعم لتكاليف العلاج من خلال برامجهم، وبدرجات متفاوتة. أما الذين ليس لديهم تأمين، فإن وزارة الصحة العامة تدير منذ عام 1999 برنامجاً لتغطية تكاليف أدوية السرطان وتقليل النفقات الهائلة المدفوعة من جيوب المرضى. إن استدامة برنامج تغطية تكاليف الأدوية ليست مضمونة؛ فقد قُدر وسطي الإنفاق السنوي على التداوي بمبلغ 6475 دولاراً لكل مريض في عام 2013، ويصل إلى 31000 دولار للحالات الشديدة كسرطان الدم النخاعي المزمن(93)، ولكنه تضاعف خلال السنوات الخمس اللاحقة حتى عام 2016 بعد دخول الأدوية المضادة لعامل نخر الورم إلى السوق المحلي (94). وتتفاقم ضغوط التكلفة بسبب تدني استعمال الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية في قطاع لا تزال فيه حوافز المهنيين الصحيين لوصف هذه الأدوية ضعيفة (54).

يختلف الوضع بالنسبة للنازحين، وهو كما في أماكن أخرى، يتوقف على وضع تسجيلهم الرسمي. فاللاجئين الفلسطينيين المسجلين لدى الأونروا يتلقون الدعم المالي عبر "مبادرة كبير" التي تغطي 50% من تكاليف أدوية السرطان وبعده أقصى قدره 8000 دولار سنوياً. وتغطي الأونروا أيضاً تكاليف جلسات العلاج بالأشعة وتوفر تمويلاً محدوداً لدعم تكاليف المستشفى (بحد أقصى قدره 5000 دولار سنوياً، بناء على تكاليف قبول تقديرية بحدود 25000 دولار لكل مريض سنوياً) (95، 96).

أما بالنسبة للاجئين السوريين، فلهيهم مشكلة حادة في الوصول. ويتفاوت مستوى الدعم الذي تقدمه مفوضية شؤون اللاجئين لتسهيل حصول اللاجئين المسجلين على خدمات علاج الأورام في الرعاية الثانوية والثالثية وتغطية تكاليف الأدوية، وهذا الدعم غير موجود فعلياً بالنسبة لبعض الفئات (لا سيما الأطفال الذين تصل تكاليف علاجهم في لبنان أحياناً إلى 200000 دولار) (97). في سياق الاستجابة للأزمة السورية، يتم تحديد الأهلية من قبل لجنة الرعاية الاستثنائية التابعة للمفوضية (78). ولكن هذا الوضع ينطبق فقط على اللاجئين المسجلين، والجميع يعرف أنهم لا يمثلون سوى جزء من النازحين السوريين في لبنان. أما غير المسجلين، فيعتمدون في دفع تكاليف الرعاية المقدمة من القطاع الخاص على الموارد الشخصية أو العائلية وعلى ما تقدمه المنظمات الخيرية لحالات فردية محددة.

7-5 تنفيذ السياسة الصحية

ينصب تركيز معظم هذه الدراسة على إعداد السياسات الصحية. والأدلة المتوفرة في لبنان عن تنفيذ هذه السياسات قليلة بشكل لافت للنظر. فالكثير مما نعرفه يأتي من دراسات المستوى المتوسط أو الجزئي للتغيير التنظيمي على مستوى مقدمي الخدمات (مثل تنفيذ لائحة الاعتماد في المستشفيات) (13، 98). تقدم هذه الدراسات صورة جزئية، ولكن الأدلة تشير على الأقل إلى وجود عجز كبير في قدرة وزارة الصحة العامة والجهات الأخرى في النظام على دعم التنفيذ (12، 13).

أما الدراسات التي تتناول مواضيع من قبيل تحسين جودة الرعاية، وتنفيذ سياسات استبدال الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية، وإصلاح التعاقد في الرعاية الثانوية، فجميعها يذكر وجود تحديات في التنفيذ. ومن هذه التحديات: صعوبات في تعميم التوجيه بشأن التغييرات على كامل النظام (جزئياً بسبب تجزئة التمويل والتنفيذ المشار إليها أعلاه) مما أدى إلى ضعف الالتزام؛ وتفاوت الحوافز في مستويات مختلفة الذي يسبب مقاومة لاستيعاب السياسات التي تم إصلاحها أو مراجعتها - بما في ذلك المصالح المكتسبة في المستوى الجزئي؛ ومشاكل الثقة بين الفاعلين في المركز السياسي وفي الأطراف في لبنان؛ وعدم قدرة السلطات في المركز السياسي على مراقبة التنفيذ بشكل فعال وإجراء تغييرات تدريجية في السياسة تبعاً للآراء والملاحظات على هذا التنفيذ (12، 98). لقد ساعد تبني طرق تشاركية لتغيير السياسات في تحسين المشاركة في مراحل صياغة السياسات ومراحل تنفيذها على السواء (13).

6) أولويات الإصلاح واحتمالات التغيير

هناك درجة عالية من الاتساق في الأدبيات المنشورة وبين الجهات المعنية التي قابلناها لدى إعداد هذا التقرير بشأن تقييمات أولويات التغيير في قطاع الصحة بمرور الوقت. وبالفعل، يمكن مشاهدة أولويات مشتركة للإصلاح في وثائق يعود تاريخها إلى أكثر من 20 عاماً. والسبب جزئياً هو أن الدراسات التي تتناول قضايا إصلاح أعدها عدد صغير من الأشخاص الذين يشغلون حالياً أو شغلوا في الماضي القريب مناصب قيادية في وزارة الصحة العامة. تقول معظم الدراسات أن التحديات الأساسية تتمحور حول:

- ضبط التكاليف والاستدامة المالية في القطاع بأكمله.
- ترشيد القدرات وخصوصاً في الرعاية الثانوية التي يسجل فيها العرض زيادة كبيرة.
- نقل تركيز الرعاية من العلاج إلى الوقاية.
- ضمان وصول متساوي إلى الرعاية وجودتها (14، 16، 23، 24).

من السمات اللافتة أن الأدبيات التي تتناول هذا الموضوع تميل إلى وصف خيارات الإصلاح بمصطلحات *فنية*، في حين يغيب عنها البعد السياسي إلى حد كبير. كما لا نلمس بوضوح في الأعمال المنشورة عن لبنان مواقف الجمهور من إصلاح القطاع أو القضايا التي تعتبر من أولويات التغيير. والقليل الذي نعرفه عن مواقف الجمهور جاء من عدد قليل من استطلاعات الرأي العام التي أجريت في لبنان، وعلى عينات صغيرة غالباً (هذا إن كانت تمثيلية نظرياً). فعلى سبيل المثال، أظهر استطلاع الباروميتر العربي 2017 تدني مستويات الرضا بشكل عام عن نظام الصحة العامة، وضعف الثقة في جهود الحكومة لتحسين جودة الخدمات الصحية الأساسية (99). وأظهر استطلاع مشابه بين اللاجئين السوريين في لبنان تدني مستويات الرضا عن تقديم الخدمات الصحية مقارنة باللاجئين الذين يعيشون في الأردن (99).

وبالمقابل، تحدث من أجريت معهم المقابلات بصراحة أكبر عن المساحة السياسية من أجل الإصلاح وعن فرص التغيير. وأشار ممثلو الوسط الأكاديمي والمجتمع المدني خصوصاً إلى احتمال نشوب نزاع مسلح و/أو عدم استقرار سياسي لفتح نوافذ أمام التغيير عبر أثره المعطل للهياكل والحوافز.

يمكن القول إن الموضوع الرئيسي في الأدبيات التي تتناول الإمكانيات بعيدة المدى لإصلاح قطاع الصحة في لبنان هو التجزئة. فالنظام الصحي يعكس الوضع الاقتصادي والسياسي العام في البلد لأن مختلف مقدمي الخدمات الصحية ودافعي تكاليفها (وزارة الصحة العامة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصناديق المتخصصة المختلفة) يتبعون لوزارات مختلفة ولديهم آليات معقدة من المساءلة. وقد أدى هذا تاريخياً إلى تفويض جهود الإصلاح الشامل لقطاع الصحة اللبناني (17).

7) ملاحظات ختامية

1-7 النتائج الرئيسية لتحليل الاقتصاد السياسي

تتمثل النتائج الأساسية لهذا التقرير، أولاً، في أن الحيز السياسي والاقتصادي للتغيير في قطاع الصحة مقيد بشدة بعوائق سببها:

- الظروف المالية والنقدية والاقتصادية الحرجة في لبنان؛
- المحسوبية والقدرات المؤسسية للدولة؛

- ضخامة الأزمة الإنسانية التي يواجهها؛
- اختلال موازين القوى في القطاع منذ فترة طويلة؛
- عدم الاستقرار السياسي؛
- الآثار المباشرة للنزاع وعدم الاستقرار السياسي.

على الرغم من أن حيز الإصلاح المنهجي يبدو محدوداً بسبب اجتماع هذه القيود والتحديات السياسية والاقتصادية والمؤسسية، فإن إمكانية التغيير تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً للسياسة المعنية وتوازن القوى والمصالح بين الجهات المعنية الرئيسية في هذا المجال (مع أخذ التباين بين إصلاح مكافحة التبغ وإصلاح التمويل الصحي بعين الاعتبار، على سبيل المثال).

والمقصود هو أن فرص أو مقترحات تغيير السياسات يجب - إلى جانب مزاياها الفنية - أن تُدرس بعناية بناء على تقييم ما هو مجدٍ ومقبول وواقعي بالمعنيين السياسي والاقتصادي ضمن المناخ الاجتماعي والسياسي الحالي في لبنان. وينبغي أيضاً دراسة القيود التي يفرضها النظام على التنفيذ. قبل كل شيء، يمثل التعاون الوثيق مع الجهات المعنية وتعبئة الرأي العام عاملاً ضرورياً غالباً لنجاح التنفيذ في قطاع صحي شديد التعددية.

2-7 ملخص تقييم الأدلة والجودة

يلخص الجدول أدناه، حسب الحقل، حجم وقوة الأدلة المتوفرة حالياً عن الاقتصاد السياسي للصحة في لبنان (مع التركيز على قطاع الصحة). المواد المتعلقة بالمهام والمسؤوليات والملكية والتمويل واضحة إلى حد ما. بشكل عام، هناك مواد أقل حول العوامل الموروثة التاريخية، وديناميكيات صنع القرار، ولا سيما الأدلة على مقاربات تحديد الأولويات في قطاع الصحة في لبنان، وتنفيذ السياسات النهائية. وتغيب بشكل كبير الدراسات المنشورة عن تأثير الفساد على صنع السياسات وتنفيذها في القطاع، رغم أن الدراسات الجديدة حول مقدمي الخدمات ذوي الانتماء المذهبي وكذلك المنتمين إلى تيارات سياسية تعطي مؤشراً على القيود التي يضعها التربح على العدالة وعلى كفاءة الخدمات وفعاليتها.

الجدول (4): التقييم العام لقوة الأدلة في حقول تحليل الاقتصاد السياسي الرئيسية في لبنان، وقائمة ببعض مجالات عدم اليقين (هذه القائمة إرشادية وليست شاملة، وتستند إلى تقييم الأدبيات فقط)

حقل الاقتصاد السياسي للصحة	قوة الأدلة ووضوحها	(بعض) مجالات عدم اليقين
الموروث التاريخي		شرح الظروف والحوافز وشروط التمويل التي عجلت في نمو تقديم الخدمات في القطاعين الخاص واللاربحي خلال الحرب الأهلية
المهام والمسؤوليات		سبل التعبير عن الرأي الفردي والمجتمعي ورأي المجتمع المدني في عملية صنع السياسات وهل يتأثر حيز الاعتراض بالنزاع وكيف؛ دور الجهات الفاعلة الأخرى كمؤسسات وسائل الإعلام، والشركات متعددة الجنسيات ومصالح قطاع الأعمال المحلي، والنقابات العمالية في التأثير على صنع السياسات الصحية وتنفيذها.
هيكلية المسؤولية والتمويل		حجم التمويل من المانحين الدوليين (خاصة من خارج لجنة المساعدة الإنمائية) والبيات استخدام هذا التمويل في قطاع الصحة، وتأثير الصراع عليها؛
علاقات السلطة، والمساومة، والتربح		العلاقات بين وزارة الصحة العامة والوزارات الأخرى (لا سيما وزارة المالية)، وتأثير وزارة الصحة العامة على تصميم وتنفيذ سياسات تؤثر على النتائج الصحية، وكيف تغيرت العلاقات أثناء النزاع وفي مرحلة

الخروج منه؛ مدى إدراج مفاهيم النوع الاجتماعي وإشراك الأصوات المهمشة في صياغة السياسات		
مواقف السكان من تقديم الخدمات الصحية وتمويلها، وترتيب أولويات القضايا الصحية في القطاع الصحي السائد وقطاع اللاجئين؛ اختلاف المواقف الأيديولوجية بين الجماعات السياسية والطائفية من إعادة التوزيع في القطاع السائد وقطاع اللاجئين		الأيديولوجيات والقيم
تأثير تبشر تقديم الخدمات على قدرة مختلف فئات السكان على الوصول إليها، ولا سيما الفرق بين الجنسين؛ وإمكانية وصول كبار السن (المستقرون والنازحون على السواء)		تقديم الخدمات
إجراءات تحديد أولويات توزيع الموارد الصحية في وزارة الصحة العامة وفي القطاع الإنساني: شمولية هذه الإجراءات، ودور الأدلة والمعايير المستخدمة في تحديد ما يجب إعطاه الأولوية؛ ودور الأدلة في صنع القرار بشكل عام		اتخاذ القرار، بما فيه ترتيب الأولويات
العلاقات بين المركز والأطراف في لبنان في القطاع الصحي السائد وفي المساعدات الإنسانية؛ القدرات الفنية والإدارية لتنفيذ السياسات على المستوى المحلي؛ آليات الخلاف السياسي ودور المصالح المكتسبة على المستوى المحلي في تحديد نجاح التنفيذ		قضايا التنفيذ

2-7 تأطير الأسئلة البحثية في المستقبل

لقد قدم باحثون من لبنان (بشكل أساسي من الجامعة الأميركية في بيروت) مساهمات مهمة في فهم الاقتصاد السياسي لتغيير السياسات في قطاع الصحة، لكن هذه الدراسات تتناول النزاع بشكل عرضي وهناك مجموعة كبيرة من الأسئلة المحتملة للبحث في المرحلة الثانية من مشروع الأبحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات. أحد الأسئلة الشاملة المهمة في تجربة لبنان الأخيرة هو هل ثمة حاجة لتعديل تعريفنا للنزاع وبالتحديد، هل يمكننا وضع تعريف منقح يراعي الآثار الضارة جداً لعدم الاستقرار السياسي ويعترف بأن واقع النزاع ليس وحده الذي يؤثر سلباً على صنع السياسات الصحية وتنفيذها (بل غالباً عدم الاستقرار الذي يسبقه أو يليه)؟

ولأن مشروع الأبحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات يركز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على السرطان والصحة النفسية، فإن الأسئلة المستقبلية يمكن أن تشمل ما يلي:

الجدول (5): أسئلة بحثية تركز على الصحة النفسية والسرطان (إرشادية وليست شاملة)

<ul style="list-style-type: none"> • في ضوء ضعف الاهتمام بخدمات الصحة النفسية في لبنان والمنطقة تاريخياً فضلاً عن هيمنة تقديم الخدمات المتخصصة، كيف ولماذا تغيرت حوافز العمل لمختلف الجهات المعنية في عام 2012 لتوفر فرصة أمام إعداد وتنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في لبنان؟ ما تأثير أولويات وتمويل الماتحين والوكالات متعددة الأطراف على ذلك؟ ما دور الجهات المحلية في صياغة مضمون الاستراتيجية؟ ما الدروس التي يمكن تطبيقها على التغيير في مناطق أخرى؟ • ما التحديات التي واجهت تنفيذ استراتيجية الصحة النفسية على الصعيد الوطني، وما أسبابها؟ في مجال التنسيق، ما هي الحوافز / المثبطات العملية المتواصلة التي تحول دون مشاركة 	الصحة النفسية
--	---------------

العديد من الجهات الفاعلة في القطاع السائد والقطاع الإنساني في التنفيذ (وكيف يمكن تذليل العوائق)؟	
<ul style="list-style-type: none"> • ما العوامل التي تفسر ضعف اهتمام لبنان تاريخياً بالوقاية من العوامل المسببة للسرطان (كالمخاطر الغذائية والسمنة وغيرها)؟ كيف شكلت المصالح الخاصة الطبقة السياسية للعمل على معالجة هذه المسببات؟ • ما الذي يكشفه التوزيع المتباين للموارد بين تشخيص السرطانات وعلاجها لدى فئات ضعيفة محددة - ولا سيما الأطفال (بين جميع السكان المستقرين والنازحين) - لجهة الاقتصاد السياسي لرعاية مرضى السرطان في النزاعات؟ ما العوامل التي تسبب التوزيع المتباين للموارد؟ • ما العوامل العالمية والمحلية التي تفسر الإنفاق الهائل على الأدوية الحاصلة على براءة اختراع (بما فيها أدوية السرطان) في لبنان؟ ما هي الحوافز/المتطلبات الرئيسية أمام التغيير، وما أثرها على طرق الحماية المالية لمرضى السرطان في لبنان - بين السكان المستقرين والنازحين؟ • كيف تتخذ لجنة الرعاية الاستثنائية التابعة لمفوضية شؤون اللاجئين في لبنان قراراتها بشأن تقييم أهلية اللاجئين المسجلين للحصول على مساعدة مالية لرعاية مرضى السرطان، وما هي العوامل التي تؤثر اتخاذ هذه القرارات؟ هل تغيرت طبيعة قرارات اللجنة المذكورة مع مرور الوقت، وإن كان الأمر كذلك، كيف؟ 	السرطان

بالإضافة إلى ذلك، هناك مجموعة واسعة من أسئلة الاقتصاد السياسي الخاصة بمتابعة هذه الدراسة وتستحق مزيداً من البحث إما في القطاع ككل أو بالتركيز على دراسات عيانية محددة، مثل:

الجدول 6. قائمة إرشادية بأسئلة البحث حسب الموضوع للدراسات المستقبلية المحتملة (أيضاً إرشادية وليست شاملة)

المحور	احتياجات البحث	أمثلة عن الأسئلة
الموروث التاريخي	المحددات التاريخية لعلاقات السلطة في القطاع الصحي	<ul style="list-style-type: none"> • لماذا برز مقدمو الخدمات من القطاعين الخاص واللاربحي كأطراف مؤثرة في لبنان أثناء الحرب الأهلية؟ ما مصادر التمويل التي سهلت ذلك؟ كيف يتفاوضون بشأن البعد السياسي للعمل؟
الأطراف والأدوار والمسؤوليات	فهم دور فعاليات القطاعين الخاص واللاربحي والاتحادات المهنية في القطاع	<ul style="list-style-type: none"> • نحن نعلم أن لمقدمي الخدمات من القطاعين الخاص واللاربحي دور مهم في تقديم الخدمات الصحية في لبنان، ولكن من هم بالضبط وكيف أثر الصراع (أو لم يؤثر) على تطور طرقهم في تقديم الخدمات؟ • ما دور العمالة المنظمة، إن وجد، في صياغة السياسة الصحية في لبنان؟
	فهم دور وسائل الإعلام الجماهيرية في صياغة السياسة الصحية وتنفيذها	<ul style="list-style-type: none"> • كيف أثرت وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي الجديدة في تحديد أولويات السياسات الصحية في لبنان وكيف أثر ذلك على تنفيذ هذه السياسات؟

<ul style="list-style-type: none"> هل أثرت وسائل الإعلام الجماهيري وخاصة منشورات وسائل التواصل الاجتماعي على الاستجابة الإنسانية المحلية للأزمة السورية، وكيف؟ 		
<ul style="list-style-type: none"> ما تأثير مصالح الشركات في تحديد السياسة الصحية واتخاذ القرار في لبنان (في مجال مخاطر الغذاء مثلاً)؟ هل غيرت فترات الاستقرار/الصراع هذا التأثير (أو ضخمته)؟ 	<p>فهم دور مصالح الشركات متعددة الجنسيات والكبرى</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ما دور الجهات الإقليمية (ولا سيما دول الخليج وإيران) كمانحين للمساعدات الإنسانية وإعادة إعمار القطاع الصحي وتعافي لبنان أثناء الصراع وبعده؟ ما مقدار المساعدات التي قدمها كل منهم؟ ما القنوات التي استخدمت لتوزيع هذه المساعدات في لبنان ولمن؟ ما دور المؤسسات المالية الدولية في تحديد أولويات السياسات الصحية؟ هل تغير ذلك بتأثير النزاع، وكيف؟ 	<p>فهم دور المانحين والجهات الدولية الأخرى</p>	
<ul style="list-style-type: none"> كيف تتخذ وزارة المالية قراراتها بتخصيص الأموال في مختلف مجالات الإنفاق العام في لبنان؟ ما دور وزارة الصحة العامة (والجهات الصحية الأخرى) في هذه العملية؟ ما هي المنهجيات أو الاعتبارات التي تحكم تخصيص الموارد المالية على المستوى المحلي في قطاع الصحة؟ ما هي العلاقة بين المذهبية والمحسوبة وبين تخصيص الموارد المالية على المستوى المحلي في قطاع الصحة؟ 	<p>محددات توزيع الإنفاق الصحي</p>	<p>علاقات السلطة، والمساومة، والترجيح</p>
<ul style="list-style-type: none"> كيف ولماذا تغيرت الحوافز الممنوحة للجهات الرئيسية في الصحة النفسية لإيجاد فرصة لإعداد وتنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في العامين 2014 و2015؟ كيف ولماذا تغيرت الحوافز الممنوحة للجهات الرئيسية تمهيداً لتبني خطة لبنان للاستجابة للأزمة؟ ما العوامل التي تفسر التأخير في صياغة رد رسمي على الأزمة الإنسانية؟ 	<p>حوافز ومعوقات تغيير السياسات</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ما رأي الشعب اللبناني في نظام التمويل الصحي ودوره؟ هل تختلف المواقف بين فئة سكانية وأخرى (وخاصة بين النازحين بسبب النزاعات)، وإن كان الأمر كذلك، كيف؟ ماذا نستطيع القول عن آراء الناس بأولويات التغيير في المجال الصحي، وكيف تختلف هذه الآراء باختلاف فئات السكان؟ 	<p>الرأي والتمهيش</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ماذا نستطيع القول عن علاقات السلطة بين الوزارات الحكومية المشاركة في صنع القرارات التي تؤثر على الصحة؟ هل تغير هذا بطرق واضحة أثناء الصراع؟ ما مدى فعالية ترتيبات الإدارة الحالية لخطط المساعدة الإنسانية في إدارة تقديم الخدمات الصحية، وما هي العوامل الرئيسية المثبطة للعمل الجماعي في لبنان؟ 	<p>حوافز ومعوقات العمل الجماعي</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • كيف تتخذ القرارات (في وزارة الصحة العامة وغيرها) بشأن تحديد أولويات الإنفاق الصحي؟ • ما دور الأدلة في هذه العملية، وفي أية مراحل؟ من يقدم هذه الأدلة وبأي صيغة؟ • ما العلاقة التي تربط بين وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة المالية؟ • ما تأثير مسؤولي الخزينة في السياسة الصحية؟ 	<p>ترتيب الأولويات، والشراء، واستخدام الأدلة</p>	<p>صنع القرار</p>
<ul style="list-style-type: none"> • كيف استطاعت جهات القطاع غير المنظم التي تقدم الرعاية الصحية للاجئين السوريين في لبنان إيجاد مساحة لنفسها منذ عام 2011؟ ما هي عمليات المفاوضة التي أدت إلى ذلك، وما هي قنوات التمويل؟ 	<p>العلاقات بين المركز والأطراف</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ما هي الاستراتيجيات التي تستخدمها جهات تنفيذ السياسات لتخفيض التكاليف السياسية والاقتصادية المرتبطة بتحول السياسات (أي التعامل مع "الخاسرين" من عملية صنع السياسات)؟ 	<p>زيادة فهم معيقات التنفيذ الفعال</p>	<p>التنفيذ</p>

1. Schmid AP. Thesaurus and glossary of early warning and conflict prevention terms. Vol. 5. 1998. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/82548F38DF3D1E73C1256C4D00368CA9-fewer-glossary-may98.pdf>
2. Cross IC of the R. How is the Term " Armed Conflict " Defined in International Humanitarian Law? Opinion Paper [Internet]. Vol. 2. ICRC; 2008. Available from: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf>
3. Abboud SN. Syria.
4. Committee I-AS. Definition of Complex Emergencies. Inter-Agency Standing Comm Work Gr XVlth Meet [Internet]. 1994;(November):1–7. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/WG16_4.pdf
5. FAO. Countries in protracted crisis: what are they and why do they deserve special attention? state food insecurity world [Internet]. 2010;2010:12–26. Available from: <http://www.fao.org/3/i1683e/i1683e03.pdf>
6. Savigny D de, Adam T. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Vol. 7, Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva; 2009. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article/27/suppl_4/iv1/619762
7. Mcloughlin C. Political Economy Analysis: Topic Guide [Internet]. Birmingham; 2014. Available from: www.gsdr.org
8. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Ataya N, El-Ghali HA, Hammoud R. A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: learning from failure. Soc Sci Med. 2014;12/03. 2014;123:45–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25462604/>
9. El-Jardali F, Hammoud R, Younan L, Nuwayhid HS, Abdallah N, Alameddine M, et al. The making of nursing practice Law in Lebanon: a policy analysis case study. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2014 Dec 5 [cited 2019 Apr 8];12(1):52. Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-12-52>
10. Nakkash RT, Torossian L, El Hajj T, Khalil J, Afifi RA. The passage of tobacco control law 174 in Lebanon: reflections on the problem, policies and politics. Health Policy Plan [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2019 Apr 8];33(5):633–44. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/5/633/4960897>
11. Nakkash R, Lee K. The tobacco industry's thwarting of marketing restrictions and health warnings in Lebanon. Tob Control [Internet]. 2009 Aug [cited 2019 Apr 8];18(4):310–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19633145>
12. El-Jardali F, Fadlallah R, Morsi RZ, Hemadi N, Al-Gibbawi M, Haj M, et al. Pharmacists' views and reported practices in relation to a new generic drug substitution policy in Lebanon: a mixed methods study. Implement Sci [Internet]. 2017 Dec 17 [cited 2019 Apr 8];12(1):23. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0556-1>
13. Khalife J, Rafeh N, Makouk J, El-Jardali F, Ekman B, Kronfol N, et al. Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience. Heal Syst Reform. 2017;3(1):34–41. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1272979>
14. Kronfol NM. Rebuilding of the Lebanese health care system: Health sector reforms. East Mediterr Heal J. 2006;12(3–4):459–73. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/117108>
15. Ammar W, Kdouh O, Hammoud R, Hamadeh R, Harb H, Ammar Z, et al. Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. J Glob Health. 2016 Dec;6(2):020704.

16. Ammar W. Health system and reform in Lebanon. *Entreprise universitaire d'études et de publications*; 2003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154758/>
17. Le Borgne E, Jacobs T. Lebanon: promoting poverty reduction and shared prosperity. 2015. Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/pt/951911467995104328/pdf/103201-REPLACEMNT-PUBLIC-LEBANON-SCD-LE-BORNE-AND-JACOBS-2016.pdf>
18. World Bank. Lebanon Economic Outlook - October 2018. 2018. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/lebanon/publication/economic-outlook-october-2018>
19. Cammett MC. Compassionate communalism : welfare and sectarianism in Lebanon [Internet]. [cited 2019 Apr 17]. Available from: https://books.google.co.uk/books/about/Compassionate_Communalism.html?id=eKdDgAAQBAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y
20. Cammett MC. Partisan Activism and Access to Welfare in Lebanon. *Stud Comp Int Dev* [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Apr 8];46(1):70–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24904187>
21. SALTI N, CHAABAN J. the Political Economy of Attracting Public Funds: the Case of Lebanon. *Int J Dev Confl*. 2012;02(01):1250001. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0020743810000851
22. Salti N, Chaaban J. THE ROLE OF SECTARIANISM IN THE ALLOCATION OF PUBLIC EXPENDITURE IN POSTWAR LEBANON. *Int J Middle East Stud* [Internet]. 2010 Nov 15 [cited 2019 Apr 9];42(04):637–55. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0020743810000851
23. van Lerberghe W, Ammar W, el Rashidi R, Awar M, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: II. Pressure for change in the Lebanese health sector. *Health Policy Plan* [Internet]. 1997 Dec [cited 2019 Apr 8];12(4):312–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10176266>
24. Van Lerberghe W, Ammar W, el Rashidi R, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy Plan* [Internet]. 1997 Dec [cited 2019 Apr 8];12(4):296–311. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10176265>
25. El-Jardali F, Bou Karroum L, Bawab L, Kdouh O, El-Sayed F, Rachidi H, et al. Health Reporting in Print Media in Lebanon: Evidence, Quality and Role in Informing Policymaking. Schanzer DL, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015 Aug 26 [cited 2019 Apr 17];10(8):e0136435. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0136435>
26. Blanchet K, Fouad FM, Pherali T. Syrian refugees in Lebanon: The search for universal health coverage Mr Ruwan Ratnayake. *Confl Health* [Internet]. 2016;10(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84971501094&partnerID=40&md5=1dd1d09026a481ff5c138c8afa8cd06c>
27. Janmyr M. UNHCR and the Syrian refugee response: negotiating status and registration in Lebanon. *Int J Hum Rights* [Internet]. 2018 Mar 16 [cited 2019 Apr 8];22(3):393–419. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13642987.2017.1371140>
28. Janmyr M. Precarity in Exile: the legal status of Syrian refugees in Lebanon. *Refug Surv Q*. 2016;35(November):58–78. Available from: <https://academic.oup.com/rsq/article/35/4/58/2609281>
29. Janmyr M. No Country of Asylum: 'Legitimizing' Lebanon's Rejection of the 1951 Refugee Convention. *Int J Refug Law* [Internet]. 2017 Nov 13 [cited 2019 Apr 9];29(3):438–65. Available from: <http://academic.oup.com/ijrl/article/29/3/438/4345649>
30. Mansour K. UN Humanitarian Coordination in Lebanon. 2007. Available from: <https://www.chathamhouse.org/publication/un-humanitarian-coordination-lebanon-consequences-excluding-syrian-actors>
31. Chalcraft JT. The invisible cage : Syrian migrant workers in Lebanon [Internet]. Stanford

- University Press; 2008 [cited 2019 Apr 18]. 310 p. Available from: https://books.google.co.uk/books/about/The_Invisible_Cage.html?id=wDr_wAEACAAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y
32. Ajluni S, Kawar M. Towards Decent Work in Lebanon: Issues and Challenges in Light of the Syrian Refugee Crisis. ILO Regional Office for the Arab States; 2015. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_374826.pdf
 33. UNRWA. Where we work: Lebanon [Internet]. 2020. Available from: <https://www.unrwa.org/where-we-work/lebanon>
 34. Samad ZA. HUMANITARIAN ASSISTANCE IN LEBANON: OVERVIEW, CHALLENGES AND RECOMMENDATIONS. 2016. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_374826.pdf
 35. Sen K, Mehio-Sibai A. Transnational Capital and Confessional Politics: The Paradox of the Health Care System in Lebanon. *Int J Heal Serv* [Internet]. 2004 Jul 23 [cited 2019 Apr 8];34(3):527–51. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/6X2V-GE4T-9BQF-WYXB>
 36. Salibi KS (Kamal S. A house of many mansions : the history of Lebanon reconsidered [Internet]. I.B. Tauris; 1988 [cited 2019 Apr 8]. 247 p. Available from: https://books.google.co.uk/books/about/A_House_of_Many_Mansions.html?id=t_amYLIq4SQC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 37. Osoegawa T. Syria and lebanon : international relations and diplomacy in the middle east [Internet]. [cited 2019 Apr 8]. 246 p. Available from: <https://www.bloomsbury.com/uk/syria-and-lebanon-9781784532338/>
 38. Hirst D. Beware of small states : Lebanon, battleground of the Middle East. Faber; 2011. Available from: https://books.google.com/books/about/Beware_of_Small_States.html?id=06r-gjin4C8C
 39. Gaspard TK. A political economy of Lebanon, 1948-2002: the limits of laissez-faire. Leiden: Brill; 2004. Available from: http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/POLITICAL%20ECONOMY%20A%20Political%20Economy%20of%20Lebanon,%201948-2002.%20The%20Limits%20of%20Laissez-faire.pdf
 40. World Bank. Country Partnership Framework for the Lebanese Republic for the period FY17-FY22. 2016. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/111451467996685776/lebanon-country-partnership-framework-for-fy17-fy22>
 41. Henry CM, Springborg R. Globalization and the Politics of Development in the Middle East. Vol. 1. Cambridge University Press; 2010. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/2372/3f5a7ee2a7113fe66189fc02786bf3caaa2a.pdf>
 42. Maktabi R. The Lebanese Census of 1932 Revisited. Who Are the Lebanese? [Internet]. Vol. 26, *British Journal of Middle Eastern Studies*. Taylor & Francis, Ltd.; [cited 2019 Apr 8]. p. 219–41. Available from: <https://www.jstor.org/stable/195924>
 43. Faour MA. Religion, demography, and politics in Lebanon. *Middle East Stud* [Internet]. 2007 Nov 5 [cited 2019 Apr 8];43(6):909–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00263200701568279>
 44. Dibeh G. The Political Economy of Postwar Reconstruction in Lebanon. Vol. 8. 2011. Available from: <https://www.wider.unu.edu/publication/political-economy-postwar-reconstruction-lebanon>
 45. Fakhoury T. GOVERNANCE STRATEGIES AND REFUGEE RESPONSE: LEBANON IN THE FACE OF SYRIAN DISPLACEMENT. *Int J Middle East Stud* [Internet]. 2017 Nov 16 [cited 2019 Apr 9];49(04):681–700. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0020743817000654/type/journal_article

46. Janmyr M. The Legal Status of Syrian Refugees in Lebanon. *Isaam Fares Inst Public Policy Int Aff* [Internet]. 2016;24. Available from: www.syrianrefugees.eu
47. Janmyr M. UNHCR and the Syrian refugee response: Negotiating status and registration in Lebanon. *Int J Hum Rights*. 2018;22(3):393–419.
48. UNHCR. VASyR 2018. 2018; Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/67380>
49. UNHCR. Assessment, Vulnerability Refugees, Syrian (VASyR) 2019. United Nations High Comm Refug. 2019;1–146.
50. Sibai AM, Sen K, Baydoun M, Saxena P. Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004 Mar [cited 2019 Apr 8];82(3):219–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15112011>
51. Doocy S, Lyles E, Hanquart B, Woodman M, Amara A, Aljunid S, et al. Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon. *Confl Health* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10];10(1):21. Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0088-3>
52. Daher J. Hezbollah : the political economy of Lebanon’s Party of God [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. 288 p. Available from: https://books.google.co.uk/books/about/Hezbollah.html?id=eiUDJwEACAAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y
53. Ibrahim MD, Daneshvar S. Efficiency Analysis of Healthcare System in Lebanon Using Modified Data Envelopment Analysis. *J Healthc Eng* [Internet]. 2018 Jul 2 [cited 2019 Apr 8];2018:1–6. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2018/2060138/>
54. McKinsey. Lebanon Economic Vision. 2018. Available from: <https://www.economy.gov.lb/media/11893/20181022-1228full-report-en.pdf>
55. Hajjar R, Bassatne A, Cheaito MA, Naser El Dine R, Traboulsy S, Haddadin F, et al. Characterizing the interaction between physicians, pharmacists and pharmaceutical representatives in a middle-income country: A qualitative study. Bochenek T, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Sep 12 [cited 2019 Apr 15];12(9):e0184662. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0184662>
56. ABAAD, ACA, ACF, ACS, ACTED, ActionAid, et al. Lebanon Crisis Response Plan 2017-2020 [Internet]. Vol. 7. 2018. Available from: <http://www.unhcr.org/lb/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/LCRP-EN-2018.pdf>
<https://data2.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7723>
<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/64559>
57. Mitri D. Challenges of aid coordination in a complex crisis: An overview of funding policies and conditions regarding aid provision to Syrian refugees in Lebanon. 2014. Available from: <https://civilsociety-centre.org/paper/challenges-aid-coordination-complex-crisis>
58. Baumann H. Citizen Hariri : Lebanon’s neoliberal reconstruction [Internet]. [cited 2019 Apr 15]. 251 p. Available from: https://books.google.co.uk/books?hl=en&lr=&id=bDooDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=hari+saudi+arabia+beirut+reconstruction+financing&ots=kxdFyHSDKx&sig=6qsuyJK1sUDcp_mC1ag-bl1dkcl#v=onepage&q=saudi+arabia&f=false
59. Sylva C, Ginty R Mac. A very political reconstruction : governance and reconstruction in Lebanon after the 2006 war. *Disasters*. 2010;34(SI):103–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-7717.2009.01101.x>
60. Mac Ginty R. Reconstructing post-war Lebanon: A challenge to the liberal peace? *Conflict, Secur Dev* [Internet]. 2007 Oct [cited 2019 Apr 18];7(3):457–82. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14678800701556552>
61. Harmer A, Martin E. Diversity in donorship Field lessons. 2010;(March). Available from: <http://lib.riskreductionafrica.org/bitstream/handle/123456789/460/diversity/%20in/%20don>

- orship.%20field/%20lessons.pdf?sequence=1
62. Leenders R. Spoils of Truce. Corruption and state building in Postwar Lebanon [Internet]. Cornell University Press; 2012 [cited 2019 Apr 15]. Available from: https://books.google.co.uk/books/about/Spoils_of_Truce.html?id=8KAiRCdzV_cC&redir_esc=y
 63. Salloukh BF. Taif and the Lebanese State: The Political Economy of a Very Sectarian Public Sector. *Natl Ethn Polit* [Internet]. 2019;25(1):43–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13537113.2019.1565177>
 64. Cammett M. Sectarianism and the Ambiguities of Welfare in Lebanon. *Curr Anthropol*. 2015;56(S11):S76–87. Available from: <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/34786373/64792920.pdf?sequence=1>
 65. Chen B, Cammett M. Informal politics and inequity of access to health care in Lebanon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 May 9 [cited 2019 Apr 8];11:23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571591>
 66. Fleck F. Reforming mental health in Lebanon amid refugee crises. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2019 Apr 9];94(8):564–5. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/94/8/16-030816.pdf>
 67. Chammay R El, Karam E, Ammar W. Mental health reform in Lebanon and the Syrian crisis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2019 Apr 9];3(3):202–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036616000559>
 68. Ministry of Public Health. Health Strategic Plan 2016-2020. World Health. Beirut; 2008. Available from: <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/0/11665/strategic-plan-2016-2020>
 69. Geha C, Talhouk J. Politics and the Plight of Syrian Refugees in Lebanon: Political Brief on the Return of Syrian Refugees [Internet]. Beirut; 2018. Available from: <https://www.aub.edu.lb/Documents/Politics-and-the-Plight-of-Syrian-Refugees-in-Lebanon.pdf>
 70. Khalife J, Rafah N, Makouk J, El-Jardali F, Ekman B, Kronfol N, et al. Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience. *Heal Syst Reform* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2019 Apr 8];3(1):34–41. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1272979>
 71. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Ataya N, El-Ghali HA, Hammoud R. A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: Learning from failure. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2019 Apr 8];123:45–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614006972>
 72. Kronfol NM, Bashshur R. Health Care Policy : A Case Study in Lebanon ' s OF PUBLIC HEALTH. Available from: <https://europepmc.org/article/med/2681264>
 73. World Bank. Lebanon Economic Monitor: the brunt of the Syrian conflict. 2013. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21971?locale-attribute=en>
 74. Vaughan K. Seeking Sustainability for Refugee Health Care in Lebanon : Review and Recommendations Table of Contents. 2016;(February).
 75. UNHCR. Health Access and Utilization Survey among Syrian Refugees in Lebanon [Internet]. 2016. Available from: <https://reliefweb.int/report/jordan/health-access-and-utilization-survey-access-health-services-jordan-among-syrian-0>
 76. Parkinson S, Behrouzan O. Negotiating health and life: Syrian refugees and the politics of access in Lebanon. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 22]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615301520>
 77. Blanchet K, Fouad FM, Pherali T. Syrian refugees in Lebanon: The search for universal health coverage Mr Ruwan Ratnayake. *Confl Health* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 21];10(1). Available from: <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0079-4>
 78. El Saghir NS, Soto Pérez de Celis E, Fares JE, Sullivan R. Cancer Care for Refugees and

- Displaced Populations: Middle East Conflicts and Global Natural Disasters. *Am Soc Clin Oncol Educ B* [Internet]. 2018 May 23 [cited 2019 Apr 9];38(38):433–40. Available from: http://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_201365
79. Jagarnathsingh A, Blakah M, Peltre C, Saleh R, Sebas M. Access to Healthcare for Syrian Refugees [Internet]. 2016. Available from: <https://civilsociety-centre.org/sites/default/files/resources/accesshealthcaresyrianrefugees-ls2016.pdf>
 80. Ismail SA, Coutts AP, Rayes D, Roborgh S, Abbara A, Orcutt M, et al. Refugees , healthcare and crises : informal Syrian health workers in Lebanon. 2018. Available from: <https://pubs.iied.org/pdfs/10856IIED.pdf>
 81. El-Jardali F, Jamal D, Ataya N, Jaafar M, Raouf S, Matta C, et al. Health Policy and Systems Research in Twelve Eastern Mediterranean Countries: a stocktaking of production and gaps (2000-2008). *Heal Res policy Syst* [Internet]. 2011 Oct 7 [cited 2019 Apr 8];9:39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978482>
 82. El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S. Use of health systems evidence by policymakers in eastern mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 Dec 16 [cited 2019 Apr 8];12(1):200. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-200>
 83. El-Jardali F, Akl EA, Karroum LB, Kdouh O, Akik C, Fadlallah R, et al. Systematic reviews addressing identified health policy priorities in Eastern Mediterranean countries: a situational analysis. *Heal Res Policy Syst* [Internet]. 2014 Dec 20 [cited 2019 Apr 8];12(1):48. Available from: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-12-48>
 84. Yehia F, El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Heal Res Policy Syst* [Internet]. 2015 Dec 6 [cited 2019 Apr 8];13(1):29. Available from: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-015-0018-7>
 85. Adib SM, Mufarrij AA, Shamseddine AI, Kahwaji SG, Issa P, El-Saghir NS. Cancer in Lebanon: An Epidemiological Review of the American University of Beirut Medical Center Tumor Registry (1983–1994). *Ann Epidemiol* [Internet]. 1998 Jan 1 [cited 2019 Apr 15];8(1):46–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279797001099>
 86. Shamseddine A, Sibai A-M, Gehchan N, Rahal B, El-Saghir N, Ghosn M, et al. Cancer incidence in postwar Lebanon: findings from the first national population-based registry, 1998. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2004 Oct 1 [cited 2019 Apr 15];14(9):663–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279703003946>
 87. Shamseddine A, Saleh A, Charafeddine M, Seoud M, Mukherji D, Temraz S, et al. Cancer trends in Lebanon: a review of incidence rates for the period of 2003–2008 and projections until 2018. *Popul Health Metr* [Internet]. 2014 Dec 4 [cited 2019 Apr 9];12(1):4. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-12-4>
 88. UNDP, MOPH L. Lebanon National Cancer Treatment Guidelines (3rd Ed.). 2018. Available from: <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/4/4768/drugs-national-guidelines>
 89. World Health Organization (WHO). Noncommunicable disease progress monitor, 2017 [Internet]. 2017. 234 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=F2C5E69F5C493317EB77FD9B69996AF1?sequence=1>
 90. Haddad FG, Kourie HR, Adib SM. Trends in mammography utilization for breast cancer screening in a Middle-Eastern country: Lebanon 2005–2013. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 Apr 9];39(6):819–24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782115002167>
 91. Bou-Orm IR, Sakr RE, Adib SM. Cervical cancer screening among Lebanese women. *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Apr 15];66(1):1–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762017305266>
 92. El Asmar M, Bechnak A, Fares J, Al Oweini D, Alrazim A, El Achkar A, et al. Knowledge,

- Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2018 Mar 27 [cited 2019 Apr 15];19(3):625–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29580030>
93. Elias F. 1026 - Financial burden of cancer drug treatment in Lebanon. *Eur J Cancer* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2019 Apr 9];72:S117–S117. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804917304653>
 94. Elias F, Bou-Orm IR, Adib SM, Gebran S, Gebran A, Ammar W. Cost of Oncology Drugs in the Middle-Eastern Country of Lebanon: An Update (2014-2016). *J Glob Oncol* [Internet]. 2018 Sep 2 [cited 2019 Apr 15];4(4):1–7. Available from: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.17.00179>
 95. UNRWA. CARE: Catastrophic Ailment Relief Program. 2011. Available from: <https://www.unrwa.org/resources/reports/catastrophic-ailment-relief-programme-care>
 96. UNRWA. Reform of UNRWA Health Programme: A Three Year Journey 2010-2012. 2012.
 97. Saab R, Jeha S, Khalifeh H, Zahreddine L, Bayram L, Merabi Z, et al. Displaced children with cancer in Lebanon: A sustained response to an unprecedented crisis. *Cancer* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2019 Apr 9];124(7):1464–72. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.31273>
 98. El-Jardali F, Fadlallah R. A review of national policies and strategies to improve quality of health care and patient safety: a case study from Lebanon and Jordan. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 Dec 16 [cited 2019 Apr 8];17(1):568. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28814341>
 99. Ceyhun HE. Refugees in Jordan and Lebanon : Life on the Margins. 2017. Available from: https://www.arabbarometer.org/wp-content/uploads/Syrian-Refugees_Lebanon_Jordan_Public_Opinion_Survey_2016.pdf

الملاحق

الملحق 1: أسئلة فرعية عن تحليلات الاقتصاد السياسي

الأسئلة	حقل الاقتصاد السياسي للصحة
من هي الجهات المعنية الرئيسية في القطاع؟ ما هي المهام والصلاحيات الرسمية/غير الرسمية لمختلف الجهات؟ ما مستوى مساهمة السلطات المركزية/المحلية في تقديم خدمات؟	المهام والمسؤوليات
ما نسبة الملكية بين القطاعين العام والخاص؟ كيف يتم تمويل القطاع (مثال: شراكات بين القطاعين العام والخاص، رسوم المستهلكين، ضرائب، مساعدات من المانحين)؟	هيكلية المسؤولية والتمويل
إلى أي درجة تتركز السلطة بيد أفراد محددين أو فئات محددة؟ كيف تسعى مختلف جماعات المصالح خارج الحكومة (مثلاً قطاع خاص، منظمات غير حكومية، جمعيات حماية المستهلك، وسائل الإعلام) للتأثير على السياسات؟	علاقات السلطة
ما هو تاريخ القطاع، بما فيه مبادرات الإصلاح السابقة؟ كيف يؤثر ذلك على تصورات الجهات المعنية حالياً؟	الموروث التاريخي
هل ثمة فساد وتربح على نطاق واسع في القطاع؟ أين ينتشر أكثر (مثال: في نقاط تقديم الخدمة، المشتريات، توزيع الوظائف)؟ من المستفيد الأكبر منه؟ كيف تستخدم المحسوبية؟	الفساد والتربح
من هم المستفيدون الرئيسيون من تقديم الخدمات؟ هل يتم إشراك/إقصاء فئات اجتماعية أو إقليمية أو عرقية معينة؟ هل تقدم إعانات، ومن هي الفئات الأكثر استفادة منها؟	تقديم الخدمات
ما هي الإيديولوجيات والقيم السائدة التي تصوغ المواقف في القطاع؟ إلى أي درجة تعيق التغيير؟	الإيديولوجيات والقيم
كيف تتخذ القرارات في القطاع؟ من هم المشاركون في عمليات صنع القرار؟	اتخاذ القرار
هل يتم تنفيذ القرارات بعد اتخاذها؟ ما هي المعوقات الرئيسية في النظام؟ هل يعود عدم التنفيذ إلى نقص القدرات أم لأسباب أخرى في الاقتصاد السياسي؟	قضايا التنفيذ
من هم "الرابحون" و"الخاسرون" من إصلاحات بعينها؟ هل هناك أبطال إصلاح بارزون في القطاع؟ من هي الجهات التي يتوقع أن تقاوم الإصلاح، ولماذا؟ هل هناك "خيارات إصلاح بديلة" قد تتغلب على هذه المعارضة؟	إمكانات الإصلاح

الملحق 2: منهجية البحث في الأدبيات

أنواع الدراسات ومصادرها:

- دراسات مُحكّمة: قواعد بيانات Ovid، PubMed، وEMR الإقليمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية
- دراسات غير رسمية: OpenGrey، Eldis، وHumanitarian Info، وReliefweb
- الحكومة: وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان
- المانحون/الوكالات: البنك الدولي، وكالات الأمم المتحدة، (اليونيسيف، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، منظمة العمل الدولية)، والجهات المانحة الثنائية الرئيسية (مثل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ووزارة التنمية الدولية البريطانية وغيرها)
- المجتمع المدني: المنظمات الأهلية الرئيسية في كل منطقة
- كتب: من Googlebooks

اللغات:

الإنكليزية والعربية والفرنسية

التبني والاستبعاد

تم استبعاد المنشورات التي صدرت قبل عام 2000 في البداية، ولكن في الجولة الثانية من عمليات البحث، أدرجنا مواد تعود إلى نهاية الحرب الأهلية (مع اعتبار عام 1989 - نهاية القتال الفعلي وليس اتفاق الطائف - هو الحد الزمني الفاصل). أدرجنا جميع أنواع المقالات المُحكّمة (الدراسات المنهجية والتحليلات الوصفية والمراجعات والدراسات التجريبية والدراسات القائمة على الملاحظة والتطبيقات والافتتاحيات). استند استخدام الأدبيات غير الرسمية إلى تقييم ذاتي لمستوى ملاءمة محتواها لعملنا.

المفاهيم الأساسية والمصطلحات الرئيسية المستخدمة في عمليات البحث في الأدبيات المُحكّمة

- المجموعة 1 (النظام / الجهات المعنية): الاقتصاد السياسي، تحليل الاقتصاد السياسي، السياسات، السياسة العامة، صنع السياسات، واضعو السياسات، الجهات المعنية، الحكومة، الإدارة، الفساد، الفاسدون، الربوع، الإصلاح، المانحون، المنظمات غير الحكومية، المجتمع المدني، المواطنون
- المجموعة 2 (القطاع): الصحة، الرعاية الصحية، الخدمات الصحية، النظام الصحي، القطاع الصحي، الطب، القوى العاملة الصحية، العاملون الصحيون، عاملو الرعاية الصحية، الموارد البشرية للصحة، الإدارة المالية للصحة، التمويل الصحي، الأدوية، المعلومات الصحية، البيانات/البيانات الصحية، المعلومات الاستخباراتية الصحية
- المجموعة 3 (الظروف): الصراع، الحرب، الحرب الأهلية، الإنسانية، الأزمة، النزوح، التنمية، الأمن، المساعدات، المساعدات الخارجية، المساعدات التنموية الخارجية
- المجموعة 4 (البلد): لبنان، اللبناني، الشرق؟ (لعمل التوليقي)

جرى ترتيب البحث في الدراسات المُحكّمة على الشكل التالي:

- (1) المجموعة 1:
- (2) المجموعة 2:
- (3) المجموعة 3:
- (4) المجموعة 4:
- (5) 1 و 2
- (6) 3، 4 و 5
- (7) تحديد 6 بالفترة من عام 2000 حتى الآن، بالإنكليزية أو العربية، عند توفر النص الكامل فقط

الملحق 3: قائمة الجهات المعنية التي تمت مقابلتها

مقدم المعلومات	الفئة
اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، بيروت مهمتها تعزيز التكامل الإقليمي وتأييد دعم احتياجات المنطقة واهتماماتها عالمياً (السياسات القطاعية). أنصح بأقسام التنمية الاقتصادية والتكامل الاقتصادي، والتنمية الاجتماعية، والنزاعات، والإدارة	المنظمات الدولية ووكالات الأمم المتحدة
البنك الدولي، بيروت كلتا المنظمتين كانت الأكثر مشاركة بين الجهات الدولية في تمويل حركات الإصلاح وتقديم الدعم للحكومة اللبنانية	
شاركت جميع المؤسسات في إنتاج المعرفة حول الموضوعات ذات الصلة في بعض الأوقات، بالإضافة إلى تقديم الدعم للحكومة اللبنانية	الجامعة اللبنانية
	جامعة القديس يوسف
	الجامعة الأمريكية في بيروت
	الجامعة اللبنانية الأمريكية
الوزارات القطاعية: وزارة العمل، وزارة الصحة العامة، وزارة المالية، وزارة الشؤون الاجتماعية (مستوى سياسي/وزير، ومستوى تنفيذي/ مدير عام)	المؤسسات العامة
المجلس الأعلى للخصخصة	
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	
التفتيش المركزي (جهة منظمة)	المؤسسات الرقابية
لجنة مراقبة هيئات الضمان. مؤسسة مستقلة، تتولى الحفاظ على سوق تأمين فعال ومستقر وحماية مصالح حاملي وثائق التأمين والجهات المعنية الأخرى من ممارسات السوق غير العادلة لجهات وأشخاص يخضعون لسلطتها الرقابية	
الجمعية اللبنانية لتعزيز الشفافية. تأسست الجمعية اللبنانية لتعزيز الشفافية في أيار/مايو 1999، وهي الفرع اللبناني لمنظمة الشفافية الدولية. وهي أول منظمة غير حكومية لبنانية تركز على مكافحة الفساد وتعزيز مبادئ الحكم الرشيد.	النقابات والاتحادات المهنية
الأطباء، الصيادلة، معامل الأدوية، المستشفيات، سماسرة التأمين	