



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 وعافيتهما

"في زمننا، ليس هناك شيء اسمه "الابتعاد عن السياسة. كل القضايا هي قضايا سياسية، والعمل السياسي نفسه خليط من الأكاذيب والمراءات والحمقات والكراهية وانقسام الشخصية". (جورج أورويل، كل الفن برو باغند: مقالات نقدية)

كشف الانفجار الهائل في العاصمة اللبنانية بيروت عصر يوم 4 آب/أغسطس المشمس أخيراً بوضوح كيف تحدد السياسة صحة المواطنين اللبنانيين وعافيتهما. لقد أدت سنوات من الإهمال والقرارات السياسية الساعية إلى التربح من قبل الدولة إلى تشريد أكثر من 300 ألف شخص، وإصابة أكثر من 6000 بجروح خطيرة ووفاة 190 آخرين.¹ 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 حددته البنك الدولي، ونصف سكان البلاد ليس لديهم تأمين صحي وثلثهم 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 وتقديمي، الطعام فيه عالمي المستوى، وتعالى فيه البيانات المختلفة في ونام مواطنوه صامدون في وجه صدمات سياسية طويلة ومتكررة - إنها باريس الشرق الأوسط، الفرع الذي يختني دائماً ولكن لا ينكسر أبداً! إن الوصف الأكاديمي لبلدان مثل لبنان يدور حول الأمان والطائفية والإرهاب. وما لا يطرق إليه الكثير من الأكاديميين والصحفيين والسياسيين هو كيف تؤثر الخدمات العامة والسياسات الاجتماعية - والتنازع بينهما - على حياة الناس في لبنان. وثمة ضعف في فهم عملية صنع السياسات والمشاكل الاجتماعية والاقتصادية المستفلة مثل الالامساواة في الدخل والصحة نتيجة سنوات من الفساد الحكومي وإهمال السياسات. لبنان مثل نموذجي عن بلد سبب إخفاقات الحكومة والسوق فيه إصابة الأمة بالمرض والسلق.

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 الصاقفة 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 وفاة.³

¹ أوليفيا جيوفيتى، مأساة في بيروت: ماذا يحمل المستقبل، كونسيرن انترناشونال، 11 آب/أغسطس، 2020، انظر: <https://www.concernusa.org/story/beirut-explosion-humanitarian-impact/>

² الجزيره، "كوفيد-19: قرابة نصف لبنان يعيش الان تحت خط الفقر"، 1 نيسان/ابril 2020، انظر: <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/covid-19-lebanon-lives-poverty-line-200401124827120.html>

³ وزارة الصحة العامة اللبنانية، برنامج الترصد الويبائي، "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 اعلان 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 عطل خدمات النظام الصحي، وجميع جوانب الحياة في لبنان. وتفاقم هذا الوضع الخطير لأن بسبب انفجار بيروت - والذي يتوقع ممارسو الصحة العامة بنتيجته ارتفاعاً في الإصارات بين العاملين الصحيين وعمل الإنقاذ المشاركون في معالجة آثاره. وأفادت منظمة الصحة العالمية أن ثلاثة مستشفيات في بيروت بانت "خارج الخدمة" ومستشفيين آخرين يعانيان من "أضرار كبيرة"⁴. وقالت المنظمة أيضاً إن 55 مركز رعاية صحية بانت "خارج الخدمة"⁵، وأن 17 حاوية من الإمدادات الطبية الأساسية وشحنة من معدات الحماية الشخصية وصلت لمواجهة كوفيد-19 قد دمرت نتيجة لانفجار 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 يضافي 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. يقال إن لبنان يمتلك تكنولوجيا متقدمة في الرعاية الصحية أكثر من ألمانيا والسويد، لكنه يفتقر إلى الخدمات الصحية الأولية والوقائية الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، حق احتكار المستوردي الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الملايين على مدار العشرين عاماً الماضية. وتقوم سياسة الرعاية الصحية والسياسة الاجتماعية في لبنان على الربيع والعلاج وليس على الوصول والوقاية. وقد لقيآلاف اللبنانيين الفرقاء 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 أو 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 لتفوية وإصلاح نظام الرعاية الصحية العامة في لبنان، لكنها قوبلت بـ إدارة سياسية متصلبة حريصة على تعزيز قطاع الرعاية الصحية الخاص الذي يستفيد منه سياسيون كثراً مالياً.

⁴ روينر، "وكالات الأمم المتحدة تتراحم لمساعدة ضحايا انفجار مستودع بيروت"، روينر، 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، "أسيوعان 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 برج، "بعد انفجار بيروت، السباق لإنقاذ الأرواح يطغى على إجراءات السلامة من فيروس كورونا"، وشنطن 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 المتتسارعة في لبنان. وهو يزود الأكاديميين والصحفيين وواعضي 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 أسلمة 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 التبع 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 وتركيبيها واستخدامها |
| 39 | الإطار 2: الاقتصاد السياسي لتخصيص الموارد لرعاية مرضى السرطان في لبنان |
| 41 | 7-5 تفاصيل 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 | الملحق |
| 55 | الملحق 1: أسئلة فرعية عن تحليلات الاقتصاد السياسي |
| 56 | الملحق 2: منهجية البحث في الأدب |
| 58 | الملحق 3: قائمة الجهات المعنية التي تمت مقابلتها |

مؤلفو التقرير

تم إجراء البحث لهذا التقرير من قبل 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 بـ:

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. وسيتوالى تدريجياً 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 تقريراً في المشهد اللبناني منذ منتصف السبعينيات. وقد تركت الحرب الأهلية بشكل خاص (1975-1990) أثراً مدمرة في هذا القطاع، وأعادت تشكيل علاقات السلطة وتمويل الخدمات الصحية بطرق لا تزال حتى اليوم تؤثر على أنشطتها. 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 منتظمة أو شبه منتظمة، تتركز في مناطق نائية عانت تاريخياً من ضعف الخدمات العامة.

الادارة

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 "السائد" (الذي يدير 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 الأجندة التنموية وأجندة الإغاثة الإنسانية على المستوى العالمي، ولكن بشكل خاص سياسة ثانية دأبت عليها الأجيال المتعاقبة من أصحاب القرار اللبنانيين، وهي تحمل مسؤولية احتياجات اللاجئين بشكل أساسي للوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية.

يتتألف قطاع الصحة العامة السائد 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 ملاءمة الصالحيات في جميع المجالات من الدعم الفني إلى الوظائف التنظيمية والرقابية إلى التمويل الخارجي وصولاً إلى مستوى تقديم الخدمات. كما تتأثر سلطتها في القطاع بسبب تقادم 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 يسددها 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 وهم يعتمدون على الخدمات التي تمويلها وزارة الصحة العامة. هذا النظام لا يشمل اللاجئين، حيث شأت مجموعة ترتيبات منفصلة تماماً في محاولة لتلبية احتياجاتهم، وهذه الترتيبات مدرومة جزئياً من وزارة الصحة العامة والمنظمات الدولية، ولكنها تعتمد بشكل متزايد على الإنفاق الشخصي وخاصة في الرعاية المتخصصة. وبوجه التخطيط الفعال للتغيرات في تمويل الصحة صعوبات بسبب غياب التحديد الدوري للحسابات الصحية الوطنية في لبنان.

تقديم الخدمات

- وضع مقدمي الرعاية في القطاع الرئيسي مختلط، حيث يهيمن دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الارجعية، وبينها مؤسسات تنتهي بوضوح إلى أطراف مذهبية أو سياسية، إلى جانب شبكات خدمية منفصلة خاصة بالجيش وأجهزة الأمن والخدمة المدنية. وقد ساهم ظهور مقدمي خدمات لديهم انتتماءات مذهبية أو سياسية في السنوات الأخيرة في تزايد استخدام الخدمات الصحية ورقة المسالمة الفنوية السياسية (الانتخابية) في لبنان، رغم أن العلاقة بين العضوية الحزبية والحصول على الخدمة وتقييمها 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.
- يعني نظام الاستجابة الصحية الإنسانية من التجنزة هو الآخر، وهذا يعود جزئياً لكونه نشاً على مراحل رداً على مجموعة أزمات ذات طبيعة مختلفة وأسباب مختلفة، وجزئياً لأن الموافقة على نشاط الوكالات الدولية (كالمفوضية السامية لشؤون اللاجئين) في لبنان تمنح دائماً مع تقييدات كبيرة، وإدارة الاستجابة للأزمة السورية تعاني من مشكلات كبيرة، حيث يساهم عدم وضوح المسؤوليات القيادية بين الجهات الدولية الرئيسية وغياب الشفافية عن اليات 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 لنقلبات التمويل من المانحين الدوليين. ومع أن الجهات الدولية تحاول على الدوام تلبية الاحتياجات الصحية المتضاعدة 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 ضغوطاً كبيرة، وهناك مؤشرات متزايدة على أن الوكالات تفرض قيوداً أكثر صرامة على تكاليف الخدمات التي تتكلف بتعطيلها - 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 وتقدّمها 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 المستشفى الخاصة. ولم تجد هذه الدراسة أدلة تذكر توثيق عمليات صنع القرار في نظام المساعدات الإنسانية الصحية.
- ورغم وجود هيئات راسخة تقدم الأدلة لواضعي 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 للتغيرات 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 معارضه للتغيير من جهات معنية 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 التربح في قطاع الصحة، وخاصة في مجال تنفيذ السياسات (رغم أن ارتفاع عدد مقدمي الخدمات التابعين لجهات مذهبية أو سياسية يدل على بعض الاتجاهات الحبيبة في هذا المضمار). إن نقص الأدلة في المجال الأول يعكس الحساسيات السياسية التي تواجه أي عمل لكشف الفساد والتربح 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 وخطة 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 مقتراحات البحث المستقبلي 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 | النقطة 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 اطار صندوق ابحاث التحديات العالمية، مشروع الابحاث العلمية حول الصحة أثناء النزاعات في الشرق الأوسط وشمال افريقيا (R4HC-MENA) ، ES/P010962/1، رقم المنحة .

يعرب مؤلفو التقرير عن امتنانهم للبروفيسور باسل صلوح من الجامعة اللبنانية الأمريكية، والدكتورة نسرين سلطى من الجامعة الأمريكية في بيروت لتعليقتهما 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 ومتتشابهة مثل ارتفاع عبء الأمراض غير المعدية، وإدارة الآثار الفورية وبعدة 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 البحث الصحي في كل بلد. والجهات الفاعلة ذات المصالح (الحكومات والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص) هي التي تضع البرامج الصحية الوطنية في البلدان الأربع، بما فيها صياغة أنظمة الحماية الاجتماعية.

2-1 غرض التقرير

يهدف تحليل الاقتصاد السياسي للبلدان الأربع، التي يشكل هذا التقرير (الخاص بـلبنان) جزءاً منه، إلى تقديم تحليلات قطاعية تتوج بتقدير العوائق وفرص التغيير في قطاع الصحة. وتأمل من خلال هذا التحليل إبراز الجوانب المميزة للاقتصاد السياسي للصحة في البلدان المشمولة بالدراسة، والطرق الرئيسية التي تأثر بها القطاع بالنزاعات. وأحد الأهداف الرئيسية هو تحديد جوانب القوة والضعف في الأدلة، لإغفاء 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 يكمن فيه طرفان على الأقل أو أطراف عدّة (أفراد، أو جماعات، أو دول): 1) تسعى وراء أهداف غير متوافقة أو وراء هدف واحد لا يمكن سوي لطرف واحد بلوغه؛ و/أو 2) تزيد 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 اعتراف الأطراف بأنها في حالة حرب.
- **النزاع المسلح غير الدولي:** صراع تقاتل قوات الحكومة فيه متربدين مسلحين، أو تقاتل جماعات مسلحة فيما بينها (2).

وفي هذا التقرير استخدمنا التعريف الثاني الذي يشمل النزاعات المسلحة. وتبيننا وجهة النظر الفائلة بأن التعريف الأول - الذي يركز على الصراع الاجتماعي بمختلف تنويعاته - 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 مباشرةً لاضطرابات فعلية أو يسبّبها أو يسرّعها. 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 تعريف عملية للأزمات، مرتبطة بالنزاعات كما يلي (رغم أنه من الواضح حالياً غياب تعريف متفق عليه عالمياً للمصطلح الأساس وهو "الطوارئ الإنسانية"):

حالة الطوارئ المعقّدة: 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، وأكّد التقييم أنها بحاجة إلى تنسيق سياسي وإداري مكثف وواسع النطاق (4).

الأزمة الممتدّة: 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 (لتنذكر اللبنات الأساسية لست لمنظمة الصحة العالمية (6)), ترتكز بشكل أساسي على الإدارة والقيادة، والتمويل، وتقييم الخدمات - وهي المجالات التي تتوفّر 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 يتّنّاول القضايا المتعلقة بالموارد البشرية، وسلسلة التوريد، ونظام المعلومات الصحية بالحدود التي تأتي 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 توجّه 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 الآثار 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 بتغيير ضغط الصراع في سوريا؟
- ما هي خصائص عمليات المفاوضة التي يتم من خلالها وضع السياسة الصحية في لبنان؟ هل هذه العمليات تشاركية/أقصائية وإلى أي حد، وما هي التفاوّلات الرئيسية المستخدمة في المفاوضة؟ 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 تقبيحاً مفصلاً لواقع قطاع الصحة اللبناني اليوم في القسمين 5 و6. وهذا يتضمن الأشكال الموسسية في القطاع ووظائفه، وأليات صياغة السياسة الصحية وتنفيذها - بما في ذلك المواقف الأيديولوجية وعلاقات السلطة بين الجهات المعنية الرئيسية. ودرس 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 ترکيز 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. بختصار، أجرينا عمليات بحث منهجية استناداً إلى المصطلحات الرئيسية باللغة الإنكليزية في مجموعة من قواعد البيانات المفحّكة الخاصة بالمنشورات (وبشكل أساسى PubMed وSSRN وEconPAPERS). وترافق عمليات البحث هذه ببحث تكميلي في قواعد بيانات المنشورات غير الرسمية مثل OpenGrey، وقواعد بيانات مخصصة حسراً لمواد تتعلق بالاستجابة الإنسانية في لبنان (مثل Reliefweb.int وHumanitarianresponse.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، ونظرًا للطبيعة الاستكشافية لهذا العمل، ضاعفنا بحثنا عن المواد المهمة باستخدام قوائم المراجع الواردة في الدراسات والمقالات والكتب التي بحثنا فيها.

أثناء البحث في الأدبيات المفحّكة، 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 المفحّكة موجودة في الملحق 2). تبنياً أيضاً منظاراً واسعاً بشأن معايير الشمول، معتبرين أنه يجب مراجعة جميع المقالات المفحّكة ذات المحتوى المناسب التي حدثناها أثناء البحث. واعتمدنا نهجاً مماثلاً لدى البحث في الأدبيات غير الرسمية.

3-2 المقابلات

يمكن العثور في ملحق 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 مدرس لضمان تمثيل واسع لجميع مؤسسات الأطراف المعنية العاملة على المستوى الوطني في لبنان، مع انتقاء مجموعة من ذوي الخبرة الأكademية في اقتصاد تقديم الخدمات في البلاد.

4-2 تحليل البيانات وتركيبيها

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 المفحمة، ومعظمها باللغة الإنكليزية، أعدتها بشكل أساسى 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 أضيق لآليات التنفيذ على "مستوى الشارع" (12).

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 حاليون 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 باللحظة لقاعدة الأدلة الخاصة بالقطاع الصحي السائد في لبنان. أولًا، ثمة عدد قليل من الدراسات التي تقيم بشكل مباشر أثر الزراعات على صياغة السياسات الصحية وتنفيذها، على الرغم من أن تأثير العنف الحالي والماضي على السواء موضوع مهم كخالصية. والكثير مما يرد أدناه عن الحرب الأهلية وتعانتها على قطاع الصحة، على سبيل المثال، مأخوذ من مجموعة مقالات عن القطاع (14، 23، 24).

ثانيًا، والأهم، أن معظم الدراسات القائمة تعرّض 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 بلاحظة أوسع حول التوجهات النظرية للدراسات المنشورة عن لبنان، والتي تتبّنى في الغالب منظوراً عقلانياً ومؤسسياً مستمدًا من تحليل السياسات. لم نعثر 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 ومتعددة، وبعضها ابتكاراً من الناحية المنهجية يتناول الموضوع الشائك المتمثل في دور الانتقام المذهلي 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 المفحمة ذات الصلة بقطاع الصحة، منشورة في السنوات الأخيرة (for example 23)، وأخرى تتناول مسائل محددة مثل آثار التسجيل في وضعيّة المخواة 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.

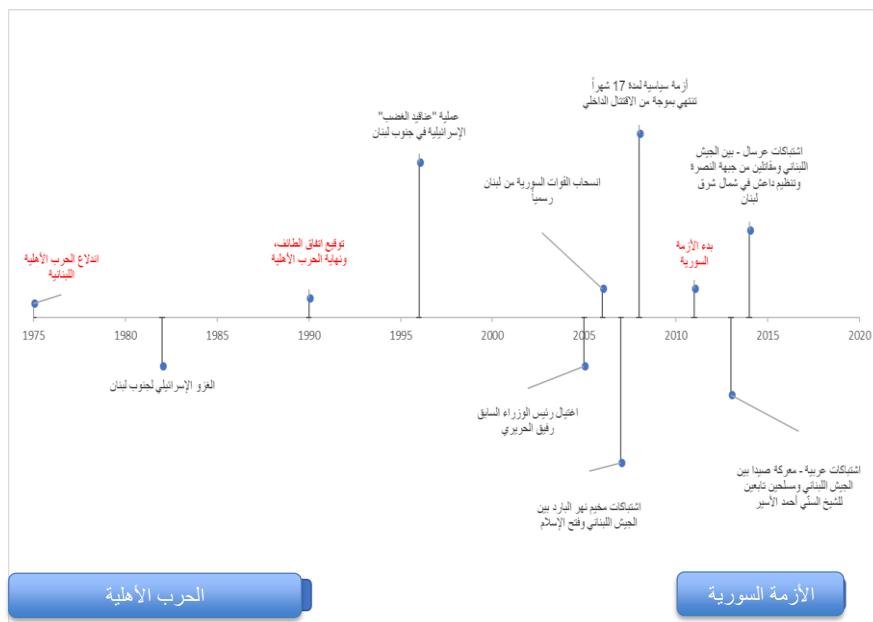
4) ملامح الواقع اللبناني

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 1). وقد تناولت شدة الصراعات المذكورة. لكن التجارب الحديثة الأعمق تأثيراً كانت بلا شك الحرب الأهلية (1975-1990)، وهي نزاع سرعان ما أصبح إقليمياً ثم جرى تنويعه، 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 آثاراً كبيرة على الحيز السياسي والمالي لصنع السياسات وتتنفيذها في قطاع الصحة.

لكن من المهم أيضاً إدراك الأثر المعمظل بشدة للنزاع الخفيف وعدم الاستقرار السياسي المتواصليين 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 1)، 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 خلف 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 العمل غير المهرة و30% من العمال المهرة في البلاد (32). كما يوجد نحو 470,000 لاجئ فلسطيني مسجل، يعيش الكثير منهم في لبنان منذ عام 1948، ويعملون على الخدمات الصحية مباشرةً 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 الافت للنظر أن سياسات معالجة قضايا اللاجئين واللاجئات اتسمت دوماً بالعداء (الذي تصاعد في الفترة الأخيرة). لقد بدأت 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 واللاربعي مع مرور الوقت. قبل الحرب الأهلية في عام 1975، كانت وزارة الصحة العامة تقدم رعاية صحية مجانية للفقراء في المستشفيات العامة، وتنطوي 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 تتفق 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 تتعادل مع القطاع الخاص لتقديم الرعاية الصحية، جزئياً بسبب التدهير 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 - مدرومة إلى حد كبير من جهات مانحة وتقدمها منظمات غير حكومية (البنانية أو دولية) (35). في هذه الفترة، حصل أيضاً توسيع 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 واللاربعية 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: [تارikh التصفح 17.09.2020]. <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/71>

جمعيات خيرية إسلامية (تمثل الأطراف السنوية والشيعية على التوالي قرابة 7% و8% من مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية) (19). تعمق الفرقتان 3-5 و5-5 بعمق أكبر آثار هذا التغيير، الذي ترافق مع توسيع الطابع المذهلي، وبعد الحرب، مع تطيف النظام السياسي في لبنان (انظر الفقرة 4-3 أدناه).

تركَت نتائج تزايد نشاط المانحين أيضًا أثراً مهماً على شكل قطاع الصحة في لبنان بعد الحرب الأهلية، بطريقتين. الأولى حصول انتقطاعات في تدفقات التمويل: مع تضاؤل التمويل الدولي بعد عام 1990 لجهود مواجهة ظروف الحرب، تحرك المنظمات غير الحكومية، التي كانت تعتمد في السابق على ذلك التمويل، بشكل متزايد نحو نماذج فرض رسوم مقابل الخدمة، وصار الأطباء (وكلُّ منهم يعمل بدوام جزئي في تلك الشبكة) يستخدمون المراكز بشكل متزايد لاقتناص المرضى، مما أدى إلى بعثرة تقديم الرعاية (35). وقد أثبتت هذا التحول مقاومة شديدة للإصلاح، وذلك جزئيًّا بسبب ضعف الحواجز المقدمة للعاملين الصحيين للتغيير ممارساتهم. أما الطريقة الثانية فهي التشجيع الضمني على الأساليب غير العلاجية في العلاج. كانت برامج مرض السكري وارتفاع ضغط الدم تتلقى تمويلًا مكافيًّا من المانحين أثناء الحرب الأهلية وبعدها مباشرةً، ولكن غالباً بدون إرشادات مراقبة لضبط التكاليف (24).

أخيرًا، نرى أهمية الأزمات السياسية (الحرب الأهلية، اغتيال رئيس الوزراء رفيق الحريري في عام 2005، الاحتجاجات العامة ضد وجود الحكومة السورية في لبنان، وغيرها) في احباط تغيير السياسات في أوقات مختلفة طوال عقود (1975 - 2011)، مذكورةً في بعض الأبحاث عن الإصلاح (انظر مثل 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 دورًا نافذًا 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 أيضًا تأثيرًا كبيرًا على الشؤون الداخلية اللبنانية، وذلك جزئيًّا بسبب الانفصال التاريخي للاقتصاد اللبناني (39). تاريخيًّا، كان البنك الدولي وصندوق النقد الدولي لاعبين رئيسيين بسبب اعتماد الدولة على المساعدات الخارجية، وساهمما بطرق مهمة في صياغة التصورات المحلية لأولويات السياسات (17). فعلى سبيل المثال، يعطي "إطار الشراكة الفُطُرية" الحالي للبنك الدولي للفترة 2017-2022، دعم مجموعة من المجالات تشمل تحسين تقييم الخدمات البلدية (المياه والنقل والخدمات البيئية والتنمية الاقتصادية المحلية) وزيادة فرص العمل (40). واللافت للانتباه أن مجالات الأولويات الرئيسية للدعم المحدد في التصنيف الفُطُرية 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 هيئات متعددة الأطراف تأثيرًا متزايدًا 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 آليات صنع السياسات المحلية فيه تأثراً عميقاً بالترتيبات الطائفية لنقاش السلطة، وبالخوف من التبعات السياسية المحتمرة للتحولات في التوازن الديمغرافي 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، ورئيسة الوزراء للسنة، ورئيسة مجلس النواب للشيعة).

وهذا النظام هو بحد ذاته تركبة سبب الصراعات. والتحاصل على 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 وتتفيدها). 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 الديمغرافي المتغير في البلاد. قضية التعداد انعكاس لتحديات أوسع نطاقاً تواجه الحصول على البيانات السكانية واستخدامها في لبنان، لأن مثل هذه المعلومات قد تشكل تحدياً للوضع السياسي القائم (42).

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 (٤٢ = تقديرٍ؛ ٤٣ = تنبؤ)

| 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 لعامل 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) |

شاشة 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 (1)). وقد ساهم في الوصول إلى هذا الوضع بقوة الموروث القريب والبعيد للنزع المسلح، وكذلك السياسات المالية والنقدية غير المسؤولة. وهذا يشمل فترات من الإنفاق الحكومي المكثف تحت غطاء إعادة الإعمار بعد انتهاء الحرب الأهلية (1975-1990) وال الحرب 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). وتواكب هذه الخسائر مع نقاط الضعف الهيكالية لعلوم 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 بأشكل معتلة اليوم (18). ومع أن عدداً من قابليتهم عند إعداد هذا التقرير ذكروا دور احتياطيات 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 أثار عميق 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 تجسّد 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 لاعتراف المحدود بحقوق السوريين، الذين ليس أمامهم احتمالات حقيقة للاندماج في لبنان، ولا يمكن إنشاء مخيمات للاجئين من أجهم - 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 تقليداً شديداً، وكذلك فرص مشاركتهم في سوق العمل وغيرها من أشكال الاندماج الاجتماعي والاقتصادي - خاصة للعمال المهرة. يشير أحدث تقييم للهشاشة في صنوف 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). تناهشى الحكومة اللبنانية أيضاً استخدام مخيمات اللاجئين: على الرغم من أن الأونروا تبنت مخيمات للفلسطينيين النازحين (أزمة لاجئين طويلة جدأ)، فإن أكثر من مليون من النازحين السوريين الموجودين حالياً في لبنان منشرون في 2100 مخيم رسمي وغير رسمي، العديد منها في محافظتي البقاع وعكار المتاخمتين لسوريا حيث كان الوصول إلى الخدمة العامة وجودتها للمجتمعات 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 وبانياً جزئياً يتصف عبه 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> [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 المزمنة.¹¹ وبقى 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 الواقع عوامل الخطر في لبنان، والذي كان في عام 2017 (وهو كما ذكرنا آخر عام تتوفر عنه بيانات كاملة)، يشبه إلى حد كبير البلدان ذات الدخل المتوسط أو المرتفع: ساهم ارتفاع مؤشر كثافة الجسم، واستهلاك التبغ، ومخاطر النظام الغذائي، وارتفاع ضغط الدم باكير نصيب من سنوات العمر المفقودة بسبب المرض في لبنان.¹²

لقد غيرت الأزمة السورية من الواقع صحة السكان في لبنان. فأكثريّة النازحين السوريين هم من الشباب (53% منهم أطفال) والفقراً، ومستويات التحصيل العلمي لديهم متذبذبة. وتأثير التوزيع الجغرافي عامل مهم في فهم الضغوط التي تشكّل الطلب على الخدمات الصحية وسياسات معالجتها، في جميع أنحاء البلد - لا سيما في ظل تدفق السوريين. تاريخياً، ترکز 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 ووضوحاً على الخدمات المحلية (48، 51).

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

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

5) بنية قطاع الصحة وأليات 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 اللاحقة في لبنان).

| الجهة | الجهة | الجهة |
|--|---|--|
| الاتحادات المهنية والنقابات | الاتحادات المهنية اللبنانية (الأطباء، الصيادلة، المرضى الخ) | هذه الاتحادات عبارة عن هيئات مهنية تؤدي وظائف التنظيم والاعتمادية، لكنها أيضاً صوّرات ضغط مهمة قائمة بذاتها في قطاع الصحة. ولعل أقوىها 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 الالاحي. اتخذت النقابة مواقف نشطة حيال مسائل السياسة الصحية التي تؤثر على نطاق الممارسة أو قوة الكسب لأعضائها - وبشكل أساسى إصلاح التأمين الصحي الذي عارضته النقابة بشدة تاريخياً. |
| نقابة المستشفىات | | هي الهيئة التمثيلية للمستشفيات الخاصة في لبنان، والتي تهتم 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 أساسى 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 الموارزنة العامة لوزارة الصحة العامة - أي التمويل المتاح خدمات الصحة العامة والتمويل المتاح لمقاولى تقديم الخدمات من القطاعين الخاص والالاحي. ولديها أيضاً علاقة مؤسسية مع الريجي، وهي احتكار التبغ الذي تديره الدولة في لبنان. |
| 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. |
| وزارة الصحة العامة | | هي الهيكل الإداري العام المركزي في قطاع الصحة، وتمارس وظائف متنوعة مثل تحديد المعايير، ووضع اللوائح التنظيمية والفنية/الاستشارية والتمويلية. على 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). |

| | |
|---|--|
| <p>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).</p> | <p>وزارة الشؤون الاجتماعية</p> |
| <p>هي مؤسسة شبه حكومية تابعة لوزارة الاقتصاد والتجارة، وتتولى الحفاظ على سوق تأمين فعال ومستقر.</p> | <p>لجنة مراقبة هيئات الضمان</p> |
| <p>تأسست مؤسسة عامل الدولية في عام 1979 بوصفها منظمة غير طائفية ولاربحية تقدم خدمات صحية. وهي تدير الآن شبكة من المستشفيات والعيادات وخدمات دعم المستلزمات ترتكز على السكان المحروميين، وهي شريك تنفيذ رئيسي لعدد من المنظمات الدولية العاملة في لبنان، كالمفوضية السامية لشؤون اللاجئين.</p> | <p>عامل</p> |
| <p>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).</p> | <p>الهيئة الصحية الإسلامية (حزب الله)</p> |
| <p>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.</p> | <p>الاتحاد الأوروبي</p> |
| <p>لعب مكتب منظمة الصحة العالمية في لبنان دوراً مهماً في دعم بناء القدرات الفنية في وزارة الصحة العامة، وفعلياً في قطاع الصحة باكمله منذ نهاية الحرب الأهلية في عام 1990.</p> | <p>منظمة الصحة العالمية</p> |
| <p>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.</p> | <p>البنك الدولي</p> |
| <p>تشكل الجامعة اللبنانية الأمريكية، وجامعة القديس يوسف، والجامعة الأميركية في بيروت، وجامعة الحكمة، والجامعة اللبنانية، مجموعة خماسية من المؤسسات الأكademية الرئيسية في لبنان التي تجري دراسات بحثية في قطاع الصحة في البلاد. ولدى الجامعة الأمريكية في بيروت تحديداً سجل حافل من العمل مع واصعي السياسات وماراكز متخصصة (K2P وSPARK) ترتكز على قضايا توليد الأدلة وتركيزها واستخدامها في السياسات، ولا سيما الصحية منها.</p> | <p>الجامعة اللبنانية الأمريكية والجامعة الأمريكية في بيروت وغيرهما</p> |

يبين الجدول (2) أدوار ومسؤوليات الجهات الرئيسية الفاعلة في النظام الصحي السائد في لبنان. ويعرض 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 لاعبون آخرون مكانة بارزة هنا (الجدول 3). ونتج هذا جزئياً عن التطور التاريخي لقطاع الصحة - لا سيما الوجود طويلاً للأمم المتحدة للأطراف التي تعالج مشاكل اللاجئين المديدة (مثل الأونروا لللاجئين الفلسطينيين)، والتدخلات المؤسسية للنزاعات السابقة (لا سيما حرب 2006). ولكنه نتج أيضاً عن حساسية الحكومة اللبنانية القديمة تجاه قضيّاً 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 السادس)

| الجهة | الفننة | توضيف وتلخيص المهام والمسؤوليات في القطاع |
|--|---|---|
| فريق عمل القطاع الصحي | الإدارية، الرقابة، التنسيق | 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. فالتجتمع الصحي للأزمة اللبناني تتشكل 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 وكانت مختلفة. فلبنان رسمياً ليس جزءاً من تجمع سوريا بأكملها، ومواجهةه المحلية للأزمة يديرها فريق عمل القطاع الصحي في إطار خطة لبنان للاستجابة للأزمة. |
| مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية | | تتركز مهام هذا المكتب نظرياً على التنسيق (الذي يغطي التمويل والسياسات وإدارة المعلومات في العمليات الإنسانية) ولكن نطاق دوره في لبنان غامض ويعيق خارج هيكل الإدارة الأساسية لبرنامج خطة لبنان للاستجابة للأزمة. يضم مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية الصندوق الإنساني للبنان، وهو صندوق قطري مشترك يتوافق نظرياً مع خطة لبنان للاستجابة للأزمة. |
| برنامج الأمم المتحدة الإنمائي | المنظمات والوكالات الدولية التي تقدم برامج وخدمات | 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 برامجها تؤثر بشكل مباشر على المحددات الاجتماعية العامة للصحة في لبنان، وبصفتها 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 أساسى لللاجئين 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 أساسى 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 المهاجرين عام 1948. وهناك قرابة 450,000 لاجئ فلسطيني مسجل فيها، ويعيشون في 12 مخيماً. من السمات المميزة لمهام الأونروا أن أنشطتها تشمل كامل الطيف تقريباً من وضع السياسات وتقييدها 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 كال碧尿 بالدم ودعم نقل الدم، على سبيل المثال) وكذلك في قطاعات الإغاثة الإنسانية. كما يعمل بوصفه جهة خدمة مساعدة للجيش اللبناني.</p> | <p>الصليب الأحمر اللبناني</p> |
| <p>تأسست منظمة برامج المساعدة المتعددة (مايس) 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>المنظمات اللارجية المشاركة في تقديم الخدمات</p> <p>برامج المساعدة المتعددة</p> |

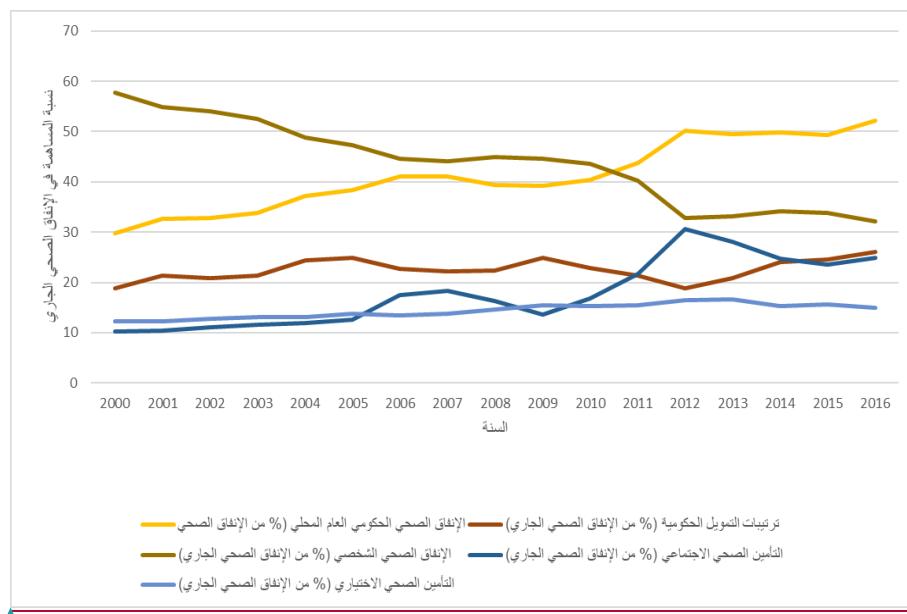
2-5 هيكلية المسؤولية والتمويل

يختلف توزع المسؤولية عن المرافق الصحية في لبنان تبعاً لمستوى الرعاية. ففي حين تدرج أسلطة تعزيز الصحة والوقاية عموماً تحت مظلة وزارة الصحة العامة، فإن تقديم خدمات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية مختلف كثيراً. فقد تم الراية الثانية 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.

وتنصف عمليات التمويل الصحي في لبنان بالتعثر 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، وبلغ 8% (في عام 2016)، وهو آخر سنة تتوفر عنها بيانات كاملة. والجدير بالذكر أن مصادر التمويل تترك بشدة على الإنفاق الصحي 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 تتوفّر عنها بيانات) (المصدر: قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي في منظمة الصحة العالمية)



بالانتقال إلى برامج التمويل، يشمل تسديد نفقات الخدمات الصحية عدداً من وسائط التمويل، وبشكل أساسى ستة صناديق تأمين اجتماعى يداره حكومة 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 و مختلف أجهزة الأمن الداخلي، وتتبع لوزارة الدفاع أو الداخلية

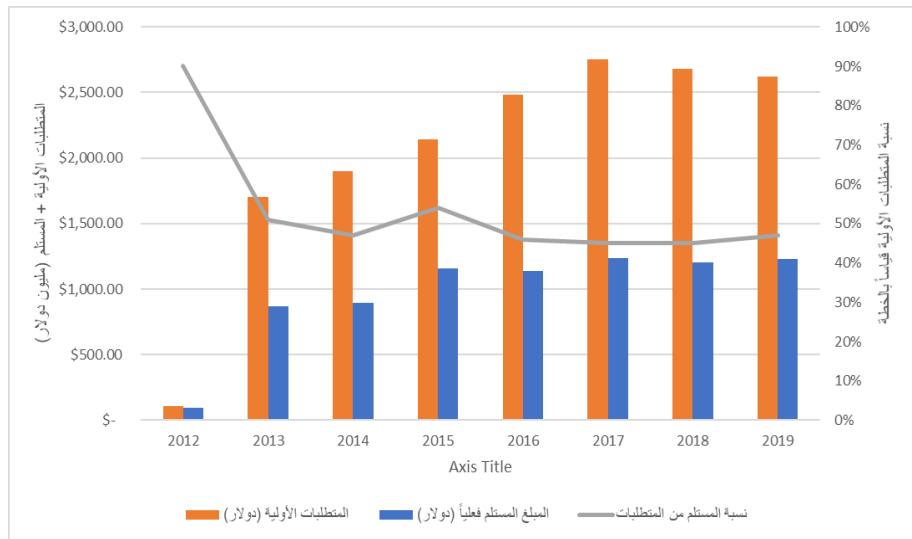
غطت هذه البرامج الإلزامية قرابة 51% من السكان في عام 2016، وتركت 49% للتغطية الطوعية (خاصة) أو بدون أي تغطية رسمية للتکاليف الكارثية. تنظم لوائح عمل شركات التأمين الخاصة من قبل وزارة رابعة هي وزارة الاقتصاد والتجارة. بالنسبة للأفراد الذين ليس لديهم أي تغطية، تغطي وزارة الصحة العامة تكاليف الخدمات الأساسية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

¹³ قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي في منظمة الصحة العالمية. على الانترنت: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> [تاريخ التصفح 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 ودفع 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 لحواجز الممارسين الصحيين لوصف الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية رغم تنفيذ سياسة جديدة في السنوات الأخيرة لتشجيع بدائل الأدوية (55).

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



البيانات عن حجم تمويل الاستجابة الإنسانية في لبنان وطرق توزيعه شحيدة. 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. ويفحص جزء كبير من هذه الأموال بشكل مباشر للشركاء في لبنان أو عبر قنوات أخرى غير معينة وليس عبر خطة لبنان للاستجابة للأزمة - ولذلك من شبه المستحيل التتحقق من حجم ونطاق هذا التمويل بشكل مستقل (57). بيد أن الأدلة من السجلات

الحدثة 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 (61-58). فعلى سبيل المثال، طالب النداء العاجل لتمويل الإغاثة الإنسانية إثر حرب 2006 ب توفير 155 مليون دولار، لكن المخصصات النهائية بلغت قرابة 520 مليون دولار، أكثر من 25% منه جاء من مانحين خارج لجنة المساعدة الإنسانية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية - بشكل أساسى السعودية والإمارات والكويت وتركيا. كما جاءت أكبر مخصصات إعادة الإعمار طويلاً المدى في مؤتمر التعهدات في وقت لاحق من عام 2006 من دول الخليج (61).

3-5 علاقات السلطة والمساومة والتربح في القطاع الصحي

تُظهر الأدبيات المتوفرة وجود اختلالات كبيرة في السلطة ضمن قطاع الصحة، سواء في النظام الصحي السادس أم في هيكل المساعدات الإنسانية للأجئين. 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. وتجلّي هذا بشكل خاص في ترسیخ اقتصاد سياسي مذهبي وطائفي يفرض إمكانات وقدرات الخدمات العامة في لبنان على توزيع السلع العامة بشكل رشيد (62، 63).

المذهبية وأثرها على المساومة والتربح في القطاع الصحي اللبناني

ضمنت إعادة توزيع السلطة بموجب اتفاق الطائف إجراء تعديلات على ترتيبات المحاصلة 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 أثاراً كبيرة على سرعة وفعالية التوظيف في الوظائف العامة. وكان معنى هذا التغيير هو أن "التوظيف في القطاع العام أصبح جزءاً من منظومة معدنة تحمي الامتيازات السياسية والاقتصادية والأمنية للنخبة الطائفية وأعوانها" (63). وبرز ذلك بوضوح في تعيينات الفئة الأولى في القطاع الصحي. ففي اتفاق الطائف، أعطي 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 للموارنة، ونائب المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للشيعة، والمدير العام لوزارة العمل للروم الأرثوذكس، ومدير عام وزارة المهاجرين للدروز).

وتخالف طرق تمظهر هذه الاختلالات وغيرها من اختلالات السلطة في المفاوضة داخل القطاع الصحي تبعاً للطرف المعنى، 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 "تطيف" المسائلة عن الأداء (62، 63). ويخلل 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 الانتقام المذهبية 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 المتعدة. 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 وتتفيد بها، 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 اللبنانيّة ويوفر لها مصادر دخل أساسية. اعتمد ذلك على مزيج من الزخم العالمي من أجل التغيير (الوقوع على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ)، والدعم الفتني 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 العادلة التي ولدتها الأزمة السورية مفترضة بفتح خطوط تمويل جديدة، وإن كانت غير آمنة، وبقيادة قوية قد أوجدت نافذة موئية 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 أساسى 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 اللبنانيّة 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 السالمة لشئون اللاجئين تقود رسمياً في لبنان المساعدة الإنسانية الخاصة بالأزمة السورية (و ضمنها توفير الخدمات الصحية للاجئين السوريين)، فقد أوررت التقارير الأخيرة، بما فيها التقييمات المستقلة للاستجابة، أن التناقض على الأدوار الفيادية بين المفوضية ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التابع للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي كان عاملأً 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 اقتصرت 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 الأيديولوجيات السياسية والمعتقدات الدينية والثقافية) أمر أساسى لأى 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، ويتراافق مع الآثار المدمرة للحرب الأهلية والدعم من المؤسسات المالية الدولية(35)، مما ساعد في تهيئة الظروف لتوسيع القطاع الخاص واللاربكي في قطاع الصحة. ولكن هناك خلافات بشأن كيفية تجسيد ذلك عملياً في قطاع الصحة، وبعضاها واضح في الخطة الإستراتيجية الصحية الحالية الصادرة عن وزارة الصحة العامة. تضع هذه الوثيقة الإنفاق الصحي والتخطيطية الصحية الشاملة ومعالجة المحددات الرئيسية للصحة في مقدمة رؤيتها لمستقبل القطاع. ومن منظور استراتيجي وتشعيبلي، تعتبر الوثيقة تعزيز تقديم الخدمات العامة ذا أهمية محورية لتحقيق هذا الهدف، لا سيما من خلال دعم قطاعي الرعاية الأولية والمستشفيات العامة. ولكنها تتحبّس مسألة تمويل الإصلاح كوسيلة لتحسين التخطيط، 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 3-4 الضوء على ما يسمى "سياسة النأي بالنفس" كتعبير مهم عن السياسة الرسمية تجاه الأزمة السورية والتي لها تداعيات كبيرة على المساعدات الصحية للاجئين، وترافق 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 المؤكّد 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 علىًّا بعودة اللاجئين إلى سوريا، وهناك حالياً جهود لتحقيق ذلك رغم استمرار انعدام الأمن على الحدود (69).
- الموضوع الرئيسي الثالث في الأبيات (تناوله الفقرة 3-5) يتعلق بدور سياسات الهوية في تشكيل نشاط القطاع الصحي في لبنان. وتفضل الفقرة 5-5 أدناه بعمق كيف يتمظهر ذلك في تقديم الخدمات.

5-5 تقديم الخدمات

يتتنوع مشهد تقديم الخدمات في لبنان - وهو يتسم بفشل واضح في السوق ولامساواة في الوصول والجودة (16، 23، 24، 70، 71). وينعد تفضيل خدمات الرعاية الثانوية وحتى الثالثية على حساب الوقائية 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 بالتقنيولوجيات الطبية المتقدمة كالتصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الطبي 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 التقنيولوجيا في قطاع الصحة في لبنان حتى اليوم تفوق البلدان المجاورة. ومع أن وزارة الصحة العامة وزرارة التربية والتعليم تقدم بعض الخدمات الوقائية، فإن المنظمات غير الحكومية لا تزال هي التي تقدم خدمات اللقاحات الأساسية وتدخلات صحة الأم والطفل والتنقيف 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 تويجاً لسيرورة شاقة وطويلة منذ السبعينيات لوضع مكافحة التبغ على أجندة السياسات.

وقد ترك النزاع ونتائجها آثاراً مهمة على جهود إصلاح قوانين مكافحة التبغ في لبنان. كان للتأثير الأشد وضوحاً مفعول مطل: فقد أدى اندلاع الحرب الأهلية في عام 1975 مثلاً إلى توقف الحملات الإعلامية الوطنية للحد من استخدام التبغ، ولم يتم إحياؤها 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 بعد جيسياسي الذي احتلته إسرائيل سابقاً، بهدف دعم المطالب الإقليمية بهذه الأرض.

كما مارست صناعة التبغ، تاريخياً، تأثيراً قوياً على صناع 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). وفي عام 2004، رفض مشروع قانون يشأن 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.

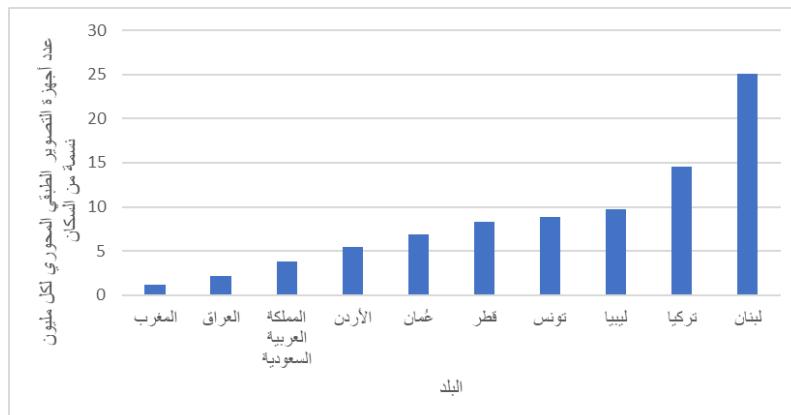
وتحيرت أيضاً حواجز التغيير لدى النخبة لصالح الإصلاح، وذلك جزئياً بسبب الضغط القوي من المجتمع المدني. وبالتحديد، شهدت الفترة بين منتصف وأواخر العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، تعزيز موقف البرنامج الوطني لمكافحة التبغ التابع لوزارة الصحة العامة (بدعم فني من منظمة الصحة العالمية بعد المصادقة على الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ في عام 2005) وظهور تحالف قوي للضغط ضد منظمات مدنية وبعض وسائل الإعلام، والأهم بعض الأكاديميين الذين استطاعوا توظيف مصداقتهم 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 الملتحقين بتقدير أهلة عن الوقاية من التدخين ومكافحته وعواقبه، وبالتحديد لمعالجة هذه المشكلة. قدم البحث الذي أجراه الفريق قاعدة أهلة 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 تتسع تدريجياً) ومن الصيدليات التي تقدم خدمات علاجية ووقائية معاً، بما في ذلك الفلاحات. على أرض الواقع، تتصف تنفيذية هذه الشبكة بالمحظوظة - 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 توسيعاً سريعاً في قطاعي الرعاية الثانوية والثالثية، وهما لا يزالان بشكل كبير حكراً على القطاع الخاص رغم أن عدد الأسرة في قطاع الصحة العامة ازداد منذ أوائل التسعينيات (14، 16).

الشكل (4): عدد وحدات التصوير الطيفي المحوري لكل مليون نسمة في لبنان ومجموعة من بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا 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 المفاوضة 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 معقّدة بين المذهبي والسياسي في تقديم الخدمات ووصول السكان إليها. من ناحية، كان ظهور هذه الفئة الجديدة من مقدمي الخدمات مهمّاً لتوسيع نطاق تقديم الخدمات الاجتماعية الرئيسية للفئات الضعيفة في المجتمع (بما فيها الخدمات الصحية ودعم التعليم والرعاية الاجتماعية). وهناك أملة 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 لتصحیص الموارد لخدمات الرعاية الاجتماعية، واحتمال تراكم الإيجارات غير المدفوعة - خاصة في ضوء العلاقة بين التمثيل الانتخابي والفئات المستهدفة بتقديم الخدمات (65). ويرتبط هذا بنمط أعم من استغلال المؤسسات وتوزيع الخدمات لأغراض سياسية واقتصادية.

تقديم الخدمات لللاجئين

كما هو الحال في مناطق أخرى، فإن الهوة الأساسية في تقديم الخدمات هي بين تقديمها للمواطنين والمقيمين اللبنانيين وتقديمها للسكان اللاجئين. فالوصول إلى الخدمات عبر النظام الصحي اللبناني السائد مقيّد 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 تفاقم القادمين من سوريا.

وُظِهرَ 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 يملكونها ويدبرونها القطاع الخاص وتشكل الجزء الأكبر من نظام الرعاية الأولية في لبنان (74). المفروضة السالمية لشئون اللاجئين هي المزود الرئيسي لخدمات اللاجئين السوريين، وتتفذ 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 آخر تقدم رعاية مدعومة للاجئين، بالتعاون مع منظمات غير حكومية دولية كالهيئة الطبية الدولية وكاريتراس ومنظمات غير حكومية لبنانية مثل عامل (74)). تدعم المفروضة عمليات الولادة والرعاية الطارئة المبنية للحياة من خلال دفع 75-90% من رسوم المستشفى تبعاً لتكليف الدخول ولتقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمستفيد (75)، بالنسبة لللاجئين الفلسطينيين المسجلين - وكثير منهم موجود في لبنان قبل نظرائهم السوريين بفترة طويلة - يوفر نظام الأونروا المواري 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 مفروضة شئون اللاجئين 75% من تكلفة إجراءات الطوارئ ورعاية التوليد وحديثي الولادة (74)، لكن فرتها على تغطية جزء أو كامل تكاليف الرعاية عالية التخصص (مثل غسيل الكلى أو علاج الأورام) تضيع لقيود متزايدة باستمرار بسبب المواريثات المحدودة وضغط الطلب (78). هناك دليل واضح على أن هذا يلحق الضرر بتنمية الخدمة الصحية خاصة لأصحاب الأمراض المزمنة الذين تشكل تكلفة الأدوية بالنسبة لهم عائقاً كبيراً للوصول (51، 79).

ترفير 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 حيث العهد من قبل مهنيين صحبيين نازحين يعملون دون تسجيل رسمي ورقابة، وأساساً في الرعاية الأولية. تقدم هذه الخدمات لللاجئين السوريين بديلاً جيداً وقليل التكلفة عن القطاع الخاص، ولكن هناك مخاوف واضحة بشأن جودة الخدمة وحماية العاملين الصحبيين 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 الصحبيين اللبنانيين (الذين يمكن إجالة الحالات إليهم لاحقاً) - وكلاهما غير آمن. وتمويل هؤلاء المقدمين غير شفاف ولكن يبدو أنه يعتمد على مزيج من المساهمات الخيرية واستعداد الكثير من العاملين الصحبيين للعمل الطوعي، لدعم فرض رسوم أقل بكثير من رسوم النظام الصحي السائد (80).

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

عمليات اتخاذ القرار في القطاع الصحي في لبنان

يوضح القسم الخاص بعلاقة السلطة والمحاورة 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، معلقة إلى حد ما، تقاض بشكل أساسي على المستوى الوزاري (أي بقيادة النخبة) وبتشاور 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 أجندات السياسة بطرق أكثر جدوى (إصلاح مكافحة التبغ في منتصف العقد الأول من القرن الحالي مثل بارز على ذلك)، لكن هذا هو الاستثناء وليس القاعدة.

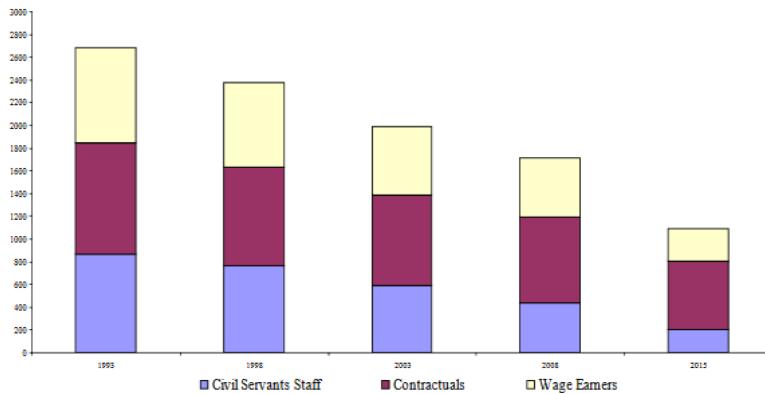
الاقتصاد السياسي لإعداد الأدلة وتركيبها واستخدامها

هناك وجهات نظر مختلفة في الأدبيات حيال فعالية توليد الأدلة وتوليفها وإدراجها في صنع السياسات الصحية وتفيذها في لبنان. وتبين 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 الاتجاهية في المجالات البحثية ذات الصلة بصناعة السياسات الصحية في لبنان لا تزال ضعيفة نسبياً، مع قلة نتائج البحث التي تعالج مسائل السياسات (مثل المراجعات المنهجية (83)) وأنشطة ترجمة المعرفة 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 اعتبر نمواً غير عقلاني لإنفاق الصحي والممارسات غير المدعمة بأدلة كافية بين عامي 1975 و1990. وتشير إحدى الدراسات إلى أن ذلك كان جزءاً من استراتيجية مدرورة للوزارة، بدعم من منظمة الصحة العالمية، لإعادة التأكيد على أهميتها في وضع السياسات الصحية وتفيذها بعد نهاية الحرب الأهلية، من خلال التأكيد على دورها كمشتر وكمستخدم للأدلة (بطريقة لا تستطيع الجهات الأخرى في القطاع تحقيقها). وذُعمت 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 تأمين التأمين الصحي العام في لبنان - إلى أن الأدلة البحثية غالباً ما تلعب دوراً محدوداً، أو على الأقل دوراً خاصاً 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 وتحكم به مصالح الوزراء أساساً (8). وهذا أعقى 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 لخصوصيات لبنان وظروفه (9).

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



تتضمن الأدبيات المتعلقة بليban إقراراً متكرراً بأن عدم اتساق المعلومات في قطاع الصحة يمثل مشكلة كبيرة. فقد استنررت القدرات الفنية في وزارة الصحة العامة بشكل سيي 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 أدى ضرراً كبيراً بقدراتها على أداء وظائفها التنظيمية ووظائف إدارة الأدلة وضمان الجودة.

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

الإطار 2: الاقتصاد السياسي لتخفيض الموارد لرعاية مرضى السرطان في Lebanon

إن تخفيض الموارد لرعاية مرضى السرطان - وفي الواقع مستوى التركيز على الوقاية من السرطان ومعالجته عموماً - يقدم صورة مصغررة للعديد من الآليات العامة في الاقتصاد السياسي للصحة في Lebanon، والتي جزأتها أثار الصراع. مستوى الحاجة واضح تماماً: بعد فترة طويلة من استقرار معدلات الإصابة بأنواع السرطان الجديدة (85، 86)، حصلت زيادة مضطردة 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 Lebanon للمساعدة في توجيه المعالجة ودعم جهود تقييص التكاليف (88)، لكن كلفة الرعاية لا زالت باهظة.

على الرغم من الأدلة القوية على (1) ارتفاع معدلات الإصابة بالسرطانات التي يمكن التعامل معها لفترة طويلة عبر "تحسين نمط الحياة" (التدخين والنظام الغذائي)، و(2) توافر أساليب فحص مجزية ومخبرية لسرطان الثدي وعنق الرحم وأساليب أمور أخرى، فإن العمل على تحسين الوقاية في Lebanon بطيء. يلخص الإطار 1 تجارب مكافحة التبغ في Lebanon؛ أما تدابير تنظيم النظام الغذائي الرئيسية فهي غير مطبقة (محتوى الغذاء، ونسبة الملح والدهون، والقيود على تسويفه 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. وتحصيص الموارد في هذا المجال أمر معقد، كما يتوقع المرء، بسبب تعقيد الآليات تمويل القطاع الصحي. فالسكان الذين لديهم تأمين صحي يحصلون على دعم لتكليف 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). وتنافق ضغوط التكاليف بسبب تدني استعمال الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية في قطاع لا تزال فيه حواجز 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 كير" التي تغطي 50% من تكاليف أدوية السرطان وبعد أقصى قدره 8000 دولار سنوياً. وتغطي الأونروا أيضاً تكاليف جلسات العلاج بالأشعة وتتوفر تمويلاً محدوداً لدعم تكاليف المستشفى (بعد أقصى قدره 5000 دولار سنوياً، بناء على تكاليف قبول تقديرية بحدود 25000 دولار لكل مريض سنوياً) (95، 96).

أما بالنسبة للاجئين السوريين، فلديهم مشكلة حادة في الوصول. ويتناولت 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 تتنفيذ السياسة الصحية

ينصب تركيز معظم هذه الدراسة على إعداد السياسات الصحية. والأدلة المتوفرة في لبنان عن تنفيذ هذه السياسات قليلة بشكل لا ينكر. فالكثير مما نعرفه يأتي من دراسات المستوى المتوسط أو الجزئي للتغيير التنظيمي على مستوى مقدمي الخدمات (مثل تنفيذ لائحة الاعتماد في المستشفيات) (98، 13). 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، وتتنفيذ 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؛ وتقاولت الغواص في مستويات مختلفة الذي يسبب مقاومة لاستيعاب السياسات التي تم إصلاحها أو مراجعتها - بما في ذلك المصالح المكاسبية 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 واللاحظات على هذا التنفيذ (12، 98). لقد ساعد تبني طرق تشاركية لتنفيذ السياسات في تحسين المشاركة في مراحل صياغة السياسات ومراحل تنفيذها على السواء (13).

6) أولويات الإصلاح واحتمالات التغيير

هناك درجة عالية من الانساق 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 قضياباً إصلاح أعدها عدد صغير من الأشخاص الذين يشغلون حالياً أو شغלו في الماضي القريب مناصب قيادية في وزارة الصحة العامة. تقول معظم الدراسات أن التحديات الأساسية تدور 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 منتسبي 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 موافق الجمهور من إصلاح القطاع أو القضايا التي تعتبر من أولويات التغيير. والقليل الذي نعرفه عن موافق 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 مقابلات بصرامة 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 المسلط للهيكل والحاواز.

يمكن القول إن الموضوع الرئيسي في الأدبيات التي تتناول الإمكانيات بعيدة المدى للإصلاح قطاع الصحة في لبنان هو التجزئة. فالنظام الصحي يعكس الوضع الاقتصادي والسياسي العام في البلد لأن مختلف مقومي الخدمات الصحية وداعي تكاليفها (وزارة الصحة العامة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصناديق المتخصصة المختلفة) يتبعون لوزارات مختلفة ولديهم آليات معقدة من المساءلة. وقد أدى هذا تاريخياً إلى تقويض 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 الحرجية 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 وال المؤسسية، فإن إمكانية التغيير تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً لسياسة المعنية وتوزن القوى والمصالح بين الجهات المعنية الرئيسية في هذا المجال (معأخذ التباين بين إصلاح مكافحة التبغ وإصلاح التمويل الصحي بعين الاعتبار، على سبيل المثال).

والمقصود هو أن فرص أو مقتراحات تغيير السياسات يجب - إلى جانب مزاياها الفنية - أن تدرس بعناية بناء على تقييم ما هو مجدٍ ومحبٍ وواعٍ بالمعنيين السياسي والاقتصادي ضمن المناخ الاجتماعي والسياسي الحالي في لبنان. وينبع أيضاً دراسة القيود التي يفرضها النظام على التنفيذ. قبل كل شيء، يمثل التعاون الوثيق مع الجهات المعنية وتبعة الرأي العام عاملان ضروريان غالباً لنجاح التنفيذ في قطاع صحي شديد التعديدية.

2-7 ملخص تقييم الأدلة والجودة

يلخص الجدول أدناه، حسب الحال، 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، وتتفيد السياسات النهائية. وتغيب بشكل كبير الدراسات المنشورة عن تأثير الفساد على صنع السياسات وتتفيد لها في القطاع، رغم أن الدراسات الجديدة حول مقدمي الخدمات ذوي الانتقاء المذهبي وكذلك المنتسبين 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 بعض مجالات عدم اليقين (هذه القائمة إرشادية وليس شاملة، وتستند إلى تقييم الأدبيات فقط)

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

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 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 | الإيديولوجيات والقيم | |
| تأثير تبعثر تقديم الخدمات على قدرة مختلف فئات السكان على الوصول إليها، ولا سيما الفرق بين الجنسين؛ وإمكانية وصول كبار السن (المستقررون والنازحون على السواء) | تقييم 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 إعطاء 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؛ القرارات الفنية والإدارية لتنفيذ السياسات على المستوى المحلي؛ آليات الخلاف السياسي ودور المصالح المكتسبة على المستوى المحلي في تحديد نجاح التنفيذ | قضايا التنفيذ | |

2-7 تأثير الأسئلة البحثية في المستقبل

لقد قدم باحثون من لبنان (بشكل أساسى من الجامعة الأمريكية في بيروت) مساهمات مهمة في فهم الاقتصاد السياسي لنغير السياسات في قطاع الصحة، لكن هذه الدراسات تتناول النزاع بشكل عرضي وهنالك 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. وبالتالي، هل يمكننا وضع تعريف منهج يراعي الآثار الضارة جداً لعدم الاستقرار السياسي ويعرف 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 (ارشادية وليست شاملة)

| | |
|--|---------------|
| • في ضوء ضعف الاهتمام بخدمات الصحة النفسية في لبنان والمنطقة تارياً فضلاً عن هيمنة تقديم الخدمات المتخصصة، كيف ولماذا تغيرت حواجز العمل لمختلف الجهات المعنية في عام 2012 لتوفر فرصة أمام إعداد وتنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في لبنان؟ ما تأثير أولويات وتمويل المانحين والوكالات متعددة الأطراف على ذلك؟ ما دور الجهات المحلية في صياغة مضمون الاستراتيجية؟ ما الدروس التي يمكن تطبيقها على التغيير في مناطق أخرى؟ | الصحة النفسية |
| • ما التحديات التي واجهت تنفيذ استراتيجية الصحة النفسية على الصعيد الوطني، وما أسبابها؟ | |

| | |
|--|----------------|
| <p>العديد من الجهات الفاعلة في القطاع السائد والقطاع الإنساني في التنفيذ (وكيف يمكن تدليل العائق)؟</p> <ul style="list-style-type: none"> ما العوامل التي تفسر ضعف اهتمام لبنان تارياً بالوقاية من العوامل المسببة للسرطان (المخاطر الغذائية والسمنة وغيرها)؟ كيف شكلت المصلحة الخاصة الحبلة 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 تقسر الإنفاق الهائل على الأدوية الحاصلة على براءة اختراع (بما فيها أدوية السرطان) في لبنان؟ ما هي الحاجات/المطلب الرئيسي 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؟ | <p>السرطان</p> |
|--|----------------|

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 وليس شاملة)

| المحور | احتياجات البحث | أمثلة عن الأسئلة |
|------------------------------|---|---|
| الورث والتاريخي | المحددات التاريخية لعلاقات السلطة في القطاع الصحي | <ul style="list-style-type: none"> لماذا بُرِزَ مقدمو الخدمات من القطاعين الخاص واللاربخي كأطراف مؤثرة في لبنان أثناء الحرب الأهلية؟ ما مصادر التمويل التي سهلت ذلك؟ كيف يتلقىوضون بشأن بعد السياسي للعمل؟ |
| الأطراف والأدوار والمسؤوليات | فهم دور فعاليات القطاعين الخاص واللاربخي والاتحادات المهنية في القطاع | <ul style="list-style-type: none"> نحن نعلم أن لمقدمي الخدمات من القطاعين الخاص واللاربخي 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؟ |

| | |
|--|---|
| <p>هل أثرت وسائل الإعلام الجماهيري وخاصة منشورات وسائل التواصل الاجتماعي على الاستجابة الإنسانية المحلية للأزمة السورية، وكيف؟</p> | |
| <p>ما تأثير مصالح الشركات في تحديد السياسة الصحية واتخاذ القرار في لبنان (في مجال مخاطر الغذاء مثلاً؟ هل غيرت قرارات الاستقرار/الصراع هذا التأثير (أو ضعفه)؟</p> | <p>فهم دور مصالح الشركات متعددة الجنسيات والكبرى</p> |
| <p>ما دور الجهات الإقليمية (ولا سيما دول الخليج وإيران) كمانحين للمساعدات الإنسانية وإعادة إعمار القطاع الصحي وتعافي لبنان أثناء الصراع وبعد؟ ما مقدار المساعدات التي قدمها كل منهم؟ ما القوات التي استخدمت لتوزيع هذه المساعدات في لبنان ولمن؟</p> <p>ما دور المؤسسات المالية الدولية في تحديد أولويات السياسات الصحية؟ هل تغير ذلك بتغير الصراع، وكيف؟</p> | <p>فهم دور المانحين والجهات الدولية الأخرى</p> |
| <p>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؟</p> <p>ما هي المنهجيات أو الاعتبارات التي تحكم تخصيص الموارد المالية على المستوى المحلي في قطاع الصحة؟</p> <p>ما هي العلاقة بين المذهبية والمحسوبيه وبين تخصيص الموارد المالية على المستوى المحلي في قطاع الصحة؟</p> | <p>محددات توزيع الإنفاق الصحي</p> <p>علاقة السلطة، والمساومة، والتربح</p> |
| <p>كيف ولماذا تغيرت الحوافز الممنوحة للجهات الرئيسية في الصحة النفسية لإيجاد فرصة لإعداد وتنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في العامين 2014 و2015؟</p> <p>كيف ولماذا تغيرت الحوافز الممنوحة للجهات الرئيسية تمهيداً لتبني خطة لبنان للاستجابة للأزمة؟ ما العوامل التي تفسر التأثير في صياغة رد رسمي على الأزمة الإنسانية؟</p> | <p>حوافز ومعيقات تغيير السياسات</p> |
| <p>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؟</p> <p>ماذا نستطيع القول عن آراء الناس بأولويات التغيير في المجال الصحي، وكيف تختلف هذه الآراء باختلاف فئات السكان؟</p> | <p>الرأي والتهميش</p> |
| <p>ماذا نستطيع القول عن علاقات السلطة بين الوزارات الحكومية المشاركة في صنع القرارات التي تؤثر على الصحة؟ هل تغير هذا بطرق واضحة أثناء الصراع؟</p> <p>ما مدى فعالية ترتيبات الإدارة الحالية لخطط المساعدة الإنسانية في إدارة تقديم الخدمات الصحية، وما هي العوامل الرئيسية المثبطة للعمل الجماعي في لبنان؟</p> | <p>حوافز ومعيقات 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 أيه 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؟ | صنع القرار ترتيب الأولويات، والشراء، واستخدام الأدلة |
| <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؟ | العلاقات بين المركز والأطراف |
| <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)؟ | التنفيذ زيادة فهم معيقات التنفيذ الفعال |

المراجع

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 XVIIth 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/3/1683e/1683e03.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.gsdrc.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-Gibawi 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-REPLACEMENT-PUBLIC-Lebanon-SCD-Le-Borgne-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. Cammatt 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=eK-dDgAAQBAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y
20. Cammatt 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_amYLj4SQC&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, Traboulsi 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%0Adata.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7723%0Ahttps://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 ri+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(S1):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. Chammary 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, 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* [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-Is2016.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

الملحق

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 (مثلاً: شراكات بين القطاعين العام والخاص، رسوم المستهلكين، ضرائب، مساعدات من المانحين)؟ | هيكلية المسؤولية والتمويل |
| إلى أي درجة تتركز السلطة بين 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؟ | علاقة السلطة |
| ما هو تاريخ القطاع، بما فيه مبادرات الإصلاح السابقة؟ كيف يؤثر ذلك على تصورات الجهات المعنية حالياً؟ | الموروث التاريخي |
| هل ثمة فساد وتربيع على نطاق واسع في القطاع؟ أين ينتشر أكثر (مثلاً: في نقاط تقديم الخدمة، المشتريات، توزيع الوظائف)؟ من المستفيد الأكبر منه؟ كيف تستخدم المحسوبية؟ | الفساد والتربيع |
| من هم المستفيدين 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 الأيديولوجيات 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؟ هل يتم تنفيذ القرارات بعد اتخاذها؟ ما هي المعيقات الرئيسية في النظام؟ هل يعود عدم التنفيذ إلى نقص القدرات أم لأسباب أخرى في الاقتصاد السياسي؟ | اتخاذ القرار قضايا التنفيذ |
| من هم "الرايحون" و"الخاسرون" من إصلاحات بعينها؟ هل هناك أبطال إصلاح يارزون 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: منهجة البحث في الأدبيات

أنواع الدراسات ومصادرها:

- دراسات محكمة: قواعد بيانات Ovid، PubMed، و EMR، والإقليمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية
- دراسات غير رسمية: Eldis، OpenGrey، Humanitarian Info، و Reliefweb
- الحكومة: وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان
- المانحون/الوكالات: البنك الدولي، وكالات الأمم المتحدة، (اليونيسف، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، منظمة العمل الدولية)، والجهات المانحة الثانية 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 المحكمة (الدراسات المنهجية والتحليلات الوصفية والمراجعات والدراسات التجريبية والدراسات القائمة على الملاحظة والتعليق والافتتاحيات). استند استخدام الأدبيات غير الرسمية إلى تقييم ذاتي لمستوى ملاءمة محتواها لعملنا.

المفاهيم الأساسية والمصطلحات الرئيسية المستخدمة في عمليات البحث في الأدبيات المحكمة

- المجموعة 1 (النظام / الجهات المعنية): الاقتصاد السياسي، تحليل الاقتصاد السياسي، السياسات، السياسة العامة، صنع السياسات، وضع السياسات، الجهات المعنية، الحكومة، الإدارية، الفساد، الفاسدون، الريع، الإصلاح، المانحون، المنظمات غير الحكومية، المجتمع المدني، المواطنين
- 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 الاستخبارية 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؟ (العمل التوليفي)

جرى ترتيب البحث في الدراسات المحكمة على الشكل التالي:

1) المجموعة :

2) المجموعة :

3) المجموعة :

4) المجموعة :

5 و 1

6 و 3 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 |
|---|---|
| <p>اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (إسكوا)، بيروت مهمتها تعزيز التكامل الإقليمي وتأييد دعم احتياجات المنطقة واهتماماتها عالمياً (السياسات القطاعية). أنصح بأقسام التنمية الاقتصادية والتكامل الاقتصادي، والتنمية الاجتماعية، والنزارات، والإدارة</p> | <p>المنظمات الدولية ووكالات الأمم المتحدة</p> |
| <p>كلتا المنظمتين كانت الأكثر مشاركة بين الجهات الدولية في تمويل حركات الإصلاح وتقديم الدعم للحكومة اللبنانية</p> | <p>البنك الدولي، بيروت منظمة العمل الدولية، بيروت</p> |
| <p>شاركت جميع المؤسسات في إنتاج المعرفة حول الموضوعات ذات الصلة في بعض الأوقات، بالإضافة إلى تقديم الدعم للحكومة اللبنانية</p> | <p>الجامعة اللبنانية جامعة القديس يوسف جامعة الأمريكية في بيروت الجامعة اللبنانية الأمريكية</p> |
| <p>الوزارات القطاعية: وزارة العمل، وزارة الصحة العامة، وزارة المالية، وزارة الشؤون الاجتماعية (مستوى سياسي/وزير، ومستوى تنفيذي/مدير عام)</p> | <p>الجامعات: كليات الاقتصاد والعلوم السياسية والطب</p> |
| <p>المجلس الأعلى للشخصية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي التفتيش المركزي (جهة منظمة)</p> | <p>المؤسسات العامة</p> |
| <p>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</p> | <p>المؤسسات الرقابية</p> |
| <p>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.</p> | |
| <p>الأطباء، الصيادلة، معامل الأدوية، المستشفيات، سماسة التأمين</p> | <p>النقابات والاتحادات المهنية</p> |