

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

أزمة كوفيد-19 وعدم المساواة الصحية

2023

تأثير تفاقمي متبادل في المنطقة العربية

فرح الشامي

زميلة رئيسية - مبادرة الإصلاح العربي (ARI)
مسؤولة البرامج والأبحاث السابقة - شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND)

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

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

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

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

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

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

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

أزمة كوفيد-19 وعدم المساواة الصحية

تأثير تفاقمي متبادل في المنطقة العربية

فرح الشامي

زميلة رئيسية - مبادرة الإصلاح العربي (ARI)

مسؤولة البرامج والأبحاث السابقة - شبكة
المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND)

فرح الشامي خبيرة اقتصادية في مجال السياسات والتنمية. هي حاليا زميلة رئيسية في مبادرة الإصلاح العربي وتدير برنامج الحماية الاجتماعية الخاص بالمبادرة. تتمتع بثماني سنوات من الخبرة، حيث عملت مع منظمات المجتمع المدني والمعاهد الأكاديمية وكيانات تابعة للأمم المتحدة على النهوض بإصلاحات السياسات العامة في المنطقة العربية. تشمل مجالات خبرتها إجراء البحوث متعددة التخصصات وإدارتها وتحريرها، وتنسيق جهود الدعوة والمناصرة على منصات وطنية وإقليمية ودولية، وتيسير الائتلافات/الجماعات المهنية، وقيادة برامج تمكينية. هي حاصلة على درجة الماجستير في اقتصاد السياسات والتنمية الاقتصادية من جامعة ويليامز كولج (MA-USA) وعلى درجة الماجستير في الاقتصاد من الجامعة الأميركية في بيروت ودرجة البكالوريوس في الاقتصاد من الجامعة اللبنانية الأميركية.





07	مقدمة
09	بين الطبيعي والمتعمد: المساواة الصحية في طي النسيان
09	• استجابة أحاديّة البعد، نهج غير متبصر
12	• السلطة والربح على حساب الناس: استجابة غير فعالة
15	• السكّان الأكثر تضرُّرًا: فوق كلّ التوقعات
19	الاستنتاجات وتوصيات السياسة
21	المراجع



شكر وتقدير

تود الكاتبة أن تعرب عن خالص امتنانها لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية لمنحها فرصة التعمق في دراسة مثل هذا الموضوع المهم الذي يسلط الضوء على بُعد غير مدروس جيدًا من التأثير الاجتماعي لجائحة كوفيد-19 ويقدم نظرة شاملة جديدة لمعالجة هذه القضية. كما أوجّه كلّ التقدير للسيدة ميساء بارود لمدخلاتها القيمة ودعمها الثابت طوال عمليات البحث والنشر. كما أود أن أتقدم بجزيل الشكر إلى السيد أديب نعمة والدكتورة سوسن عبد الرحيم على تعليقاتهما الكريمة التي أثرت هذه الورقة بشكل كبير. أخيرًا، أنا مدينة لمركز المنطقة العربية للحماية الاجتماعية التابع لمبادرة الإصلاح العربي، فالرؤى والتوليفات الناتجة عن نتائج الأبحاث الثرية في خلال المشروع الذي استمرّ لمدة عامين ونصف حول التأثير الاجتماعي والاقتصادي لجائحة كوفيد-19، أضفت على هذه الدراسة عمقًا ودقة.

في أعقاب تفشي جائحة كوفيد-19، شهدت المنطقة العربية ازديادًا هائلًا في التفاوت في الحصائل الصحية. وقد ساهمت التفاوتات القائمة في الأمراض المزمنة وعدم المساواة في المحددات الاجتماعية للصحة بتفاقم خطورة جائحة كوفيد-19. تسبب تفشي جائحة كوفيد-19 في العام 2019 في تراجع حد في التوظيف والرعاية الصحية والتعليم والنشاط الاقتصادي وخطط الرعاية الاجتماعية في المنطقة العربية، وأثر بشكل غير متناسب على الفئات الاجتماعية الأكثر فقرًا والأكثر ضعفًا (Kamurase & Willenborg 2021). ولأنها تُعدّ أزمة صحيّة إلى حد كبير، فقد كان تأثير الجائحة واضحًا في المقام الأول على النظم الصحية، وأدى بشكل خاص إلى تعميق عدم المساواة الصحية وتسريعها. وقد ظهر ذلك في تفاوت معدلات الإصابة والوفيات، وعدم المساواة في الوصول إلى المرافق الطبيّة وأسرة المستشفيات ومراكز الاختبار والتلقيح، فضلًا عن تفاوت جودة العلاج وكفاءة الطاقم الطبي، وعبء التكلفة الذي تتحمله الفئات الاجتماعية المختلفة، مع تأثير مباشر على الحق في الصحة (Filip et al. 2022).

وقد تعزّز الرابطة بين التفاوت في الدخل والتفاوت في الصحة بسبب جائحة كوفيد-19. فغالبًا ما يواجه الأفراد ذوو الدخل المنخفض عوائق أمام الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، مثل صعوبات التنقل والقيود المالية، مما يؤدي إلى تفاوت في الحصائل الصحية (Kawachi & Kennedy 1999). في خلال الجائحة، اشتدّت هذه التفاوتات؛ فكان الأفراد ذوو الدخل المنخفض، على سبيل المثال لا الحصر، أكثر عرضة لخطر التعرّض للفيروس بسبب المهن أو الظروف المعيشية المرتبطة، وكان لديهم وصول محدود إلى الرعاية الصحية والموارد اللازمة للوقاية والعلاج. وأدى الوباء بدوره إلى تفاقم عدم المساواة في الدخل، إذ تسبّب في فقدان الوظائف على نطاق واسع، وإغلاق الشركات، والانكماش الاقتصادي، مما أثر بشكل غير متناسب على الفقراء. وبالفعل، أدى الوباء إلى فقدان ما يقرب من 8.8 مليون شخص لوظائفهم في المنطقة العربية، فالتسعت الفجوة الاقتصادية أكثر. علاوة على ذلك، أدى الوباء إلى زيادة غير مسبوقه بنسبة 1.3% في معدل البطالة في الدول العربية خارج مجلس التعاون الخليجي، وأصبح أكثر من 39 مليون فرد في المنطقة يعملون في القطاعات المتضرّرة بشدّة (Dewan et al. 2022; Abu-Ismaïl et al. 2021). ومن الجدير بالذكر أن أغنى 10% من السكان يمتلكون الآن 81% من إجمالي ثروة المنطقة، مقارنة بـ 75% من الثروة قبل تفشي الوباء (ESCWA 2022a). وفي العام 2020، انضمت البحرين والإمارات العربية المتحدة واليمن والمملكة العربية السعودية وعمان والكويت إلى قائمة البلدان العشرين الأكثر عدم مساواة في العالم التي شملت لبنان والمملكة العربية السعودية فحسب في العام السابق (ESCWA 2022b).

وقفز التضخم أيضًا إلى مستويات عالية في عدد كبير من البلدان مثل السودان (269.3%)، ولبنان (150.4%)، واليمن (45.0%)، وليبيا (22.3%)، ويعود ذلك إلى حد كبير إلى الوباء (Dabrowski & Domínguez-Jiménez 2021). ولكن الوباء تداخل مع عدد من الأزمات طويلة الأمد والمتفاقمة في السياقات العربية المختلفة، مثل الأزمة الاقتصادية والمالية وانفجار مرفأ بيروت في 4 آب/أغسطس في لبنان، و"التراجع" السياسي في أعقاب الانقلاب الذاتي الذي قام به قيس سعيد

في تمّوز/يوليو 2021، ونشوء المشكلة النقدية في تونس، والأزمة الاقتصادية وأزمة العملة في مصر، وأزمة المياه وما تلاها من تقلبات اقتصادية في العراق، فضلاً عن تجدد الصراع في النقاط الساخنة الإقليمية. وترافقت هذه التطورات مع تقلبات اقتصادية ذات تداعيات اجتماعية واقتصادية حادة، خاصةً وأنها ترافقت بارتفاع في تكاليف المعيشة وموجة رفع الدعم، ما أثر على أسعار الوقود والغذاء والأدوية بسبب استنفاد الموازنات العامة واستنزاف الاحتياطات الأجنبية. أدى ذلك الوضع إلى تفاقم التضخم وتدهور القدرة الشرائية للناس، وسط فقدان الوظائف وفرص العيش (نعمة 2021). وفي حين يصعب ذلك تقييم تأثير الوباء على العدالة الاجتماعية وعدم المساواة، يعزّز فكرة زيادة عدم المساواة في أعقاب جائحة كوفيد-19، وخاصةً زيادة عدم المساواة في الصحة نظرًا لعلاقتها غير المباشرة مع عدم المساواة في الثروة والدخل.

بين الطبيعي والمتعمد: المساواة الصحية في طي النسيان

استجابة أحادية البعد، نهج غير متبصر

تعاملت الدول العربية مع الجائحة على أنها مجرد أزمة صحيّة، بدلاً من اعتبارها أزمة اقتصادية أيضاً، متجاهلةً من دون قصدٍ تداعياتها الاجتماعية والاقتصادية. في خضمّ الأزمة، بلغ متوسط الإنفاق الاجتماعي في المنطقة 4.6% فقط من إجمالي الناتج المحلي، في تناقضٍ صارخٍ مع المتوسط العالمي البالغ 12.9% من إجمالي الناتج المحلي (International Labour Organisation [ILO] 2021). لذلك، حين ظهرت مؤشرات اقتصادية عدّة، مثل التضخم ومعدلات الفقر وفقاً لمؤشرات متعددة الأبعاد والبطالة وتدهور بيئة الأعمال والإغلاقات الصارخة للأعمال التجارية، أذرت بالأزمة الاقتصادية، استمرّ عددٌ من الدول العربية بتطبيق النهج القائم بدلاً من الخروج عن سياساتهم ونماذجهم الاقتصادية بشكل عام (Ghannouchi 2021; Awad et al. 2021). وللأسف، فاقم هذا النهج الأثر الضار للوباء على الحق في الصحة، مما أدى إلى تفاقم التفاوتات الصحية. وتجاهلت التدابير أحادية البعد التي ركّزت في المقام الأول على الصحة طبيعة الأزمة المتعدّدة الأوجه والترابط المعقد بين سبل العيش وأمن الدخل والرعاية الاجتماعية والحصول على الرعاية الصحيّة؛ فتعاملت مع الأزمة الصحيّة كما لو كانت منفصلة عن الأزمة الاقتصادية. وشكّل هذا النهج غير البديهي مظهراً من مظاهر ضعف استعداد مؤسسات الدولة لمواجهة الأزمات وحالات الطوارئ، ونماذج الدول الاجتماعية والاقتصادية ما قبل الأزمة. كما أنّها شكّلت العامل الرئيسي الذي يعوّق التخفيف الفعال لعواقب الأزمة.

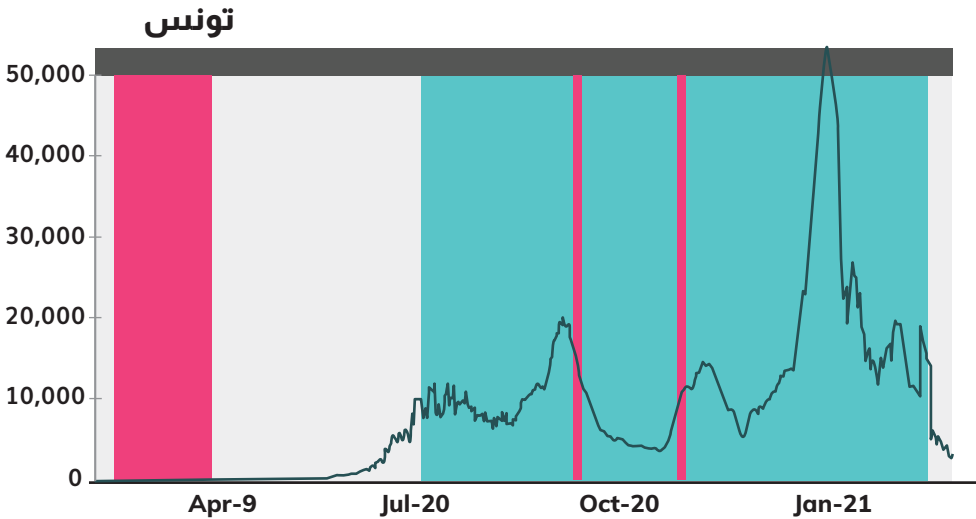
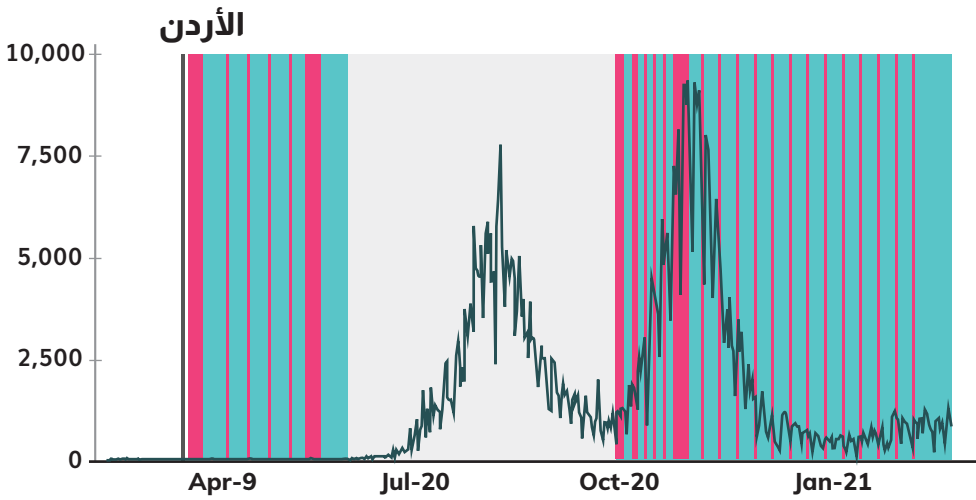
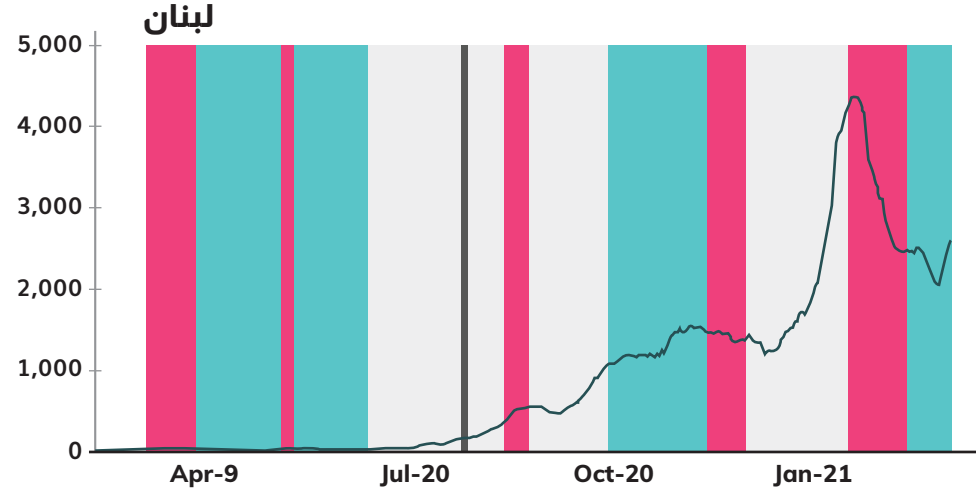
ومن اللافت أن متوسط إجمالي الإنفاق على الصحة في المنطقة العربية في خلال الجائحة لم يمثل سوى 3.2% من إجمالي الناتج المحلي، وهو أقلّ بكثير من المتوسط العالمي البالغ 5.8%، على الرغم من اعتبار جائحة كوفيد-19 أزمة صحيّة. ومن ناحيةٍ أخرى، يبرز هذا التخصيص غير المتناسب من خلال إنفاق المنطقة 5.4% من إجمالي ناتجها المحلي على القطاع العسكري (ILO 2021). والأكثر من ذلك، فإن رفع الدعم في كافّة أنحاء المنطقة والمحاولات غير الحساسة اجتماعياً، كما في الأردن، التي تمثّلت في إجراء تغييرات على قانون الضمان الاجتماعي والتحوّل إلى "حكومة حديثة" من خلال إلغاء وزارة العمل أثناء الوباء، كلّها إجراءات تشكّل دليلاً إضافياً على تقصير بعض الدول في استجابتها للأزمة. وهذا يعكس تصوراً مضللاً للوباء يتجاهل الحاجة إلى نظام دعم وحمايةٍ شاملٍ من قبل الدول لشعوبها. وأدى الفشل في تعويض الأفراد بشكلٍ مناسبٍ عن فقدان الوظائف وسبل العيش بسبب هذه الإجراءات التقييدية إلى تفاقم هذه التفاوتات الصحيّة بشكلٍ كبيرٍ (نعمة 2021).

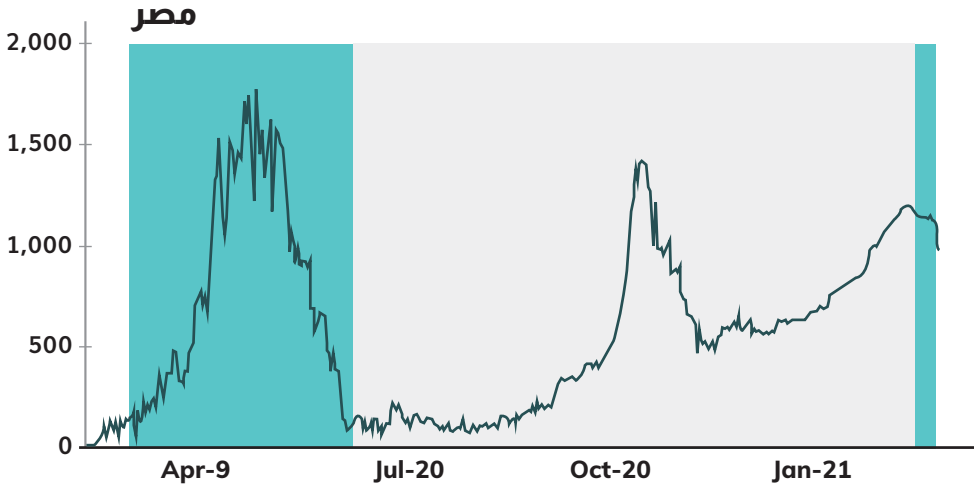
وحتى عندما يُنظر إلى التدابير المتخذة أثناء الوباء على أنها استجابة صحيّة، فإنها لم تكن مناسبة لمعالجة "الأزمة الصحيّة" بشكلٍ فعّالٍ، مما جعل الوصول إلى الرعاية الصحيّة الجيدة محدوداً وامتيازاً للقلّة، لعدّة أسباب. فقد أدّى غياب الرعاية الصحيّة العامّة الكافية والجيدة، وانتشار أنظمة الحماية الاجتماعية غير الفعّالة وغير الشاملة في عددٍ من بلدان المنطقة إلى تفاوت القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحيّة حسب مستويات الدخل. ففي حين أن ذوي الدخل المنخفض كانوا في كثير من

الأحيان غير قادرين على تحمّل تكاليف الرعاية الطبية المناسبة وعالية الجودة أثناء الوباء، كان بإمكان الأثرياء حماية أنفسهم والحصول على الرعاية الطبيّة بالرغم من القدرة المحدودة للمراكز الطبية الحكوميّة وحتىّ الخاصة من خلال دفع تكاليف الرعاية الطبية المطلوبة في المنزل. وكان الأثرياء أيضًا في كثير من الأحيان قادرين على تحمّل تكاليف اختبارات الـ PCR المتكرّرة بالإضافة إلى اختبارات الدم والأشعة قبل وأثناء وبعد الإصابة بكوفيد-19، مما يزيد من فرصهم في البقاء على قيد الحياة مقارنة بأولئك الذين لا يتمنّعون بالإمكانيات المالية نفسها (Jamal & Robbins 2023). وأظهرت الدراسات أن المضاعفات الشديدة لا تصيب الأشخاص حسب العمر والاستعداد الوراثي والمخاطر البيولوجية فحسب، ولكن أيضًا بسبب عدم المساواة السابقة من حيث الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية، ووضع المهاجرين، والخطوط العرقية/الإثنية؛ مما يسلط الضوء على الأسئلة المتعلقة بالصلة بين الحق في الصحة والضعف في مواجهة أزمة غير متوقّعة (Mishra et al. 2021).

علاوة على ذلك، في عددٍ من السياقات العربية، اتخذت الاستجابة الصحية طبيعة عسكرية، لا سيما في دول مثل مصر والأردن ولبنان وتونس؛ إذ تمّ تنفيذ عمليات الإغلاق التام أو الجزئي والإعلان عم الكثير من حالات الطوارئ (Hoffman 2020؛ Oxford Analytica 2020). وكما يبيّن **الشكل 1** أدناه، فُرِضت هذه التدابير الأمنية في كثير من الأحيان ولم تتزامن مع ارتفاع معدلات الإصابة. بدلًا من ذلك، تزامنت عمليات الإغلاق وحظر التجول إلى حدّ كبير مع الاحتجاجات والاضطرابات الاجتماعية، مما يشير إلى استخدامها من قبل الدول كأدوات لقمع الحركات الاجتماعية وأعمال الشغب للمطالبة بالغذاء (Houry 2020).

شكل 1. الجداول الزمنية للإغلاق التام مقابل انتشار العدوى في خلال جائحة كوفيد-19





الإغلاق التام (إغلاق تامّ للخدمات والأعمال غير الضرورية وتقييد كبير لتنقل المواطنين، إلّا في حال الحصول على إذن مسبق وفي الحالات الاستثنائية)

الإغلاق الجزئي (فتح جزئي للخدمات والأعمال غير الضرورية وتقييد جزئي لتنقل المواطنين، وفرض ساعات حظر التجوال)

تنقل طبيعي (ساعات عمل عادية وقيود خفيفة أو لا قيود)

حالة طوارئ

انتشار العدوى

المصدر: الأرقام مأخوذة من موقع ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية (2022)

السلطة والربح على حساب الناس: استجابة غير فعالة

تباين مستوى الاستعداد بين الأنظمة الصحية العربية، مما جعل بعض الأنظمة أكثر عرضة من غيرها للانهايار أو الصدمات في وجه أزمات كجائحة كوفيد-19. ويعود السبب إلى عناصر عدّة، منها مرونة البنية التحتية الصحية، من المستشفيات إلى المعدات الطبية والتكنولوجيا الصحية، فضلاً عن الكثير من المتغيرات الاقتصادية والمالية والاجتماعية. على سبيل المثال، قبل تفشي الوباء، كان متوسط عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 نسمة 1.5 فقط (World Bank 2023). ونتيجة لذلك، استلزم الطلب على رعاية المرضى الداخليين بدائل مبتكرة، مثل إحالة بعض المرضى الداخليين إلى الرعاية خارج المستشفيات أو حتى الرعاية في مكان سكنهم، مع لجوء الأفراد إلى مولدات الأكسجين الشخصية والعلاجات الوريدية ذاتية الإدارة، التي يحتكرها عدد قليل من الموردين من القطاع الخاص بأسعار مبالغ فيها. وانتشر هذا الوضع بشكل خاص في البلدان التي لم تتمكن من إنشاء مستشفيات ميدانية متخصصة بسرعة أو تحويل الأراضي العامة إلى مرافق ميدانية مخصصة، مثل لبنان (Haldane et al. 2021). علاوة على ذلك، لوحظت أوجه عدم المساواة بين الطاقم الطبي في عددٍ من بلدان المنطقة، بدءاً من التسلسل الهرمي للتوظيف إلى

الفوارق بين العاملين في القطاعين الصحي العام والخاص، وتشمل الاختلافات في المؤهلات والأجور والحصول على معدات الحماية الشخصية والحصول على المعدات الإغاثة الخاصة بكوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، استمرت الفجوات الكبيرة في تغطية علاج السرطان والأمراض المزمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية من قبل مؤسسات الصحة العامة وخطط الحماية الاجتماعية القائمة على الرغم من خطر العدوى المتزايد لدى المصابين بأمراض مزمنة (Isma'eel et al. 2020). ولوحظت قيود مماثلة في معالجة الاضطرابات العقلية والنفسية، على الرغم من الزيادة الكبيرة في مثل هذه الحالات أثناء الوباء، مما يزيد من تقويض قدرة المرضى على مقاومته (Mourani & Ghreichi 2021).

ومن الأسباب الأساسية لهذا الوضع الكئيب هو أنّ الرعاية الصحية خاضعة إلى حدّ كبير للخصخصة في المنطقة العربية وينطبق الأمر عينه على أنظمة الرعاية الصحية (Aïta 2022). مع ذلك، يعجز القطاع الخاص عن تلبية الحاجات المتزايدة بشأن الرعاية الصحية وعن علاج كلّ المواطنين والمقيمين على حدّ سواء، الأمر الذي يدعو إلى التشديد على ضرورة توفير أنظمة صحية عالمية متينة مرتبطة بإدارة الكوارث والمسائل الأساسية. فقد أدّت خصخصة الخدمات الصحية إلى اشتداد حالة من عدم المساواة في خلال الجائحة بطرق متعددة. أولًا، غالبًا ما تكون خدمات الرعاية الصحية المخصّصة أعلى ثمنًا من الرعاية الصحية الحكومية، مما يؤدي إلى استحالة الاستفادة منها بالنسبة إلى الكثير من الأفراد ذوي الدخل المتدني وإلى اشتداد حالة من عدم المساواة في موضوع الحصول على الرعاية الصحية. ففي بلدان مثل مصر مثلًا حيث يُسمح للمراكز الخاصة بإجراء اختبار الـ PCR، يبرز تفاوت هائل في الأسعار في مختلف أنحاء البلاد، إذ كلّ الاختبار مثلًا بين 1000 و2000 جنيه مصري (في الفترة المتراوحة بين نهاية العام 2000 والعام 2022) (EIPR 2021). ثانيًا، قد تعطي الأنظمة الصحية المخصّصة الأولوية لتحقيق الربح بدلًا من توفير الصحة العامة، ولا سيّما أمام غياب أطر المسؤولية الاجتماعية للشركات، كما في غالبية البلدان العربية، وفي أجواء من التدني التلقائي للمستوى التنظيمي. ويؤدي هذا الأمر إلى تمويل غير متناسق للتدابير الصحية العامة مثل توزيع اللقاح وبرامج الاختبار. ثالثًا، قد تكون المرافق الصحية المخصّصة أقلّ تجهيزًا للتعامل مع ارتفاع العدد السريع في الطلبات أثناء الجائحة نظرًا إلى أنّها تركز على تحقيق الأرباح بدلًا من توفير خدمة صحة عامة شاملة. وقد يتسبب هذا الأمر بفترات انتظار طويلة، والإكثار من الممارسات القائمة على المحسوبية والزبائنية، وتوفير رعاية غير كافية للأشخاص العاجزين عن تحمّل تكاليف باهظة من جيوبهم. أخيرًا، يمكن أن تؤدي خصخصة الرعاية الصحية إلى نقص في التنسيق والتواصل الملائمين بين جهات توفير الرعاية الصحية العامة والخاصة، مما يفاقم من المشاكل المرتبطة بمركزية البيانات وإدارتها ويزيد التفاوت في الحصول على الرعاية الصحية ويوسع الفجوات في كامل أنظمة الرعاية الصحية (Asfour & Jabbour 2020). بذلك وعلى الرغم من أنّ السياسات الليبرالية الجديدة عمدت إلى نقل الموارد طوال الوقت من المستشفيات الحكومية إلى المستشفيات الخاصة، غالبًا ما رفضت المستشفيات الخاصة استقبال حالات العدوى في بداية الجائحة، فتحمل القطاع الصحي العام السبب في العبء الأثقل من الأزمة.

تظهر خصخصة الرعاية الصحية في البلدان العربية عبر طرق دقيقة وغير مباشرة متنوعة، مثل الاختلالات الجغرافية. فالمستشفيات الحكومية والخاصة ولا سيّما الحكومية، نادرة وغير موزّعة بطريقة متساوية في مختلف المناطق الجغرافية في البلدان العربية، وهذا الأمر يزيد الشرخ بين المناطق المركزية والمحيطية وبين المناطق الريفية والحضرية ويعكس مركزية الحوكمة والتنمية (Bajec 2020).

ويشكّل كلٌّ من لبنان والعراق ومصر مثالاً واضحاً على هذا الوضع. لكن على الرغم من ذلك، حتى بعد تفشي الجائحة وفي خضمّ الأزمة، دارت المناقشات لتحويل الرعاية الصحية في مصر من نموذج صحي مجاني إلى نموذج مخصّص، بعد نموذج بور سعيد التجريبي (Gad 2022). ولا يمكن لهذه النماذج والتحويلات إلا أن تزيد من الاعتماد على المرافق الصحية وخدمات التأمين الخاصة، التي يستطيع الأغنياء وحدهم تحمّل كلفتها. ولا تفتقر شركات التأمين لأطر المسؤولية الاجتماعية للشركات فحسب التي تُعتبر ضرورية لتضمين أمراض السرطان والقلب والأوعية الدموية والأمراض العقلية والنفسية، بل تعاني أيضاً هذه الشركات حالة مملّفة من الضعف في مستواها التنظيمي بالإضافة إلى أنها لا تلتزم بالمساءلة الاجتماعية على الإطلاق إلى حدّ أنها قد تُلغي أيّ تغطية مرتبطة بجائحة كوفيد-19 في خلال الأزمة الصحية العالمية. وقد دفع هذا الأمر بكلّ المرضى المصابين بكوفيد-19، الذين تعذّر عليهم الاستفادة من الرعاية الصحية عن طريق المرافق الحكومية المرهّقة، إلى الحصول على العلاج عبر المرافق الصحية الخاصة، مع فرض هذه الأخيرة على المرضى كامل التكاليف من جيهم الخاص. وقد تسبّب إنهاك المرافق الصحية الخاصة أيضاً في خلال ذروة موجات عدوى كوفيد-19 بالحدّ من الخيارات للأغلبية التي أصيبت بالفيروس واحتاجت إلى اهتمام طبي، ولا سيّما قبل مرحلة نشر اللقاح (Abi Rached et al. 2020).

لقد سلّط النقص في الخدمات الصحية الضوء على أهمية النظام الصحي الحكومي العام والشامل والفعال والعامِل والمُجدي، وضرورة توفير قدرة محسّنة للاستجابة للطلب المتزايد في خلال حالات الطوارئ الصحية. غير أن هذا النقص قد كشف أيضاً عن القصور في مستوى الرعاية والكفاءات الطبية في الأنظمة الصحية الحكومية القائمة في الكثير من البلدان العربية، بالإضافة إلى كشفه عن القدرات المحدودة نسبياً لهذه الأنظمة، وإلى جانب مسائل توافر الأدوية والمعدّات وأسرّة المستشفيات، برزت مسألة انتقال الموظفين من القطاع العام إلى الخاص (تماماً مثل هجرة هؤلاء إلى خارج البلاد). وقد برز تفاوت في كفاءات الموظفين الطبية بين القطاعين الخاص والعام، لمصلحة القطاع الخاص، وذلك في ما يتعلق بالاختلاف في البروتوكولات المعتمدة بين القطاعين. وفي بلدان مثل لبنان والعراق، ساهمت هذه المشاكل والفروقات القائمة في تسجيل معدّلات وفيات عالية جدّاً نتيجة جائحة كوفيد-19 بحيث بلغت الوفيات مستويات أعلى بكثير في المستشفيات الحكومية مقارنةً بالمستشفيات الخاصة (Isma'eel 2020). على الرغم من ذلك، لم تؤدّ هذه الجائحة إلى أيّ محاولات جدية بالاستثمار في الأنظمة الصحية العامة وتحسينها، ويعود سبب ذلك إلى غياب الإرادة السياسية لتنفيذ هذا الأمر، ليس بسبب الموازنات العامة المنهكة والاحتياطات الأجنبية النافذة والأولويات الحكومية غير المنطقية والاختلاسات للموارد العامة فحسب، بل أيضاً لأنّ الصحة العامة تشكّل الأداة الأقوى في يد الحكومات الطائفية والزبائنية (Tabaqchali 2020). فتشكّل قوائم الانتظار الطويلة وضرورة دفع الرشاوى واللجوء إلى المحسوبية خصائص نظام عمدت الحكومات إلى تطبيقه في المنطقة، بحيث تميل الحكومات إلى استخدام الأنظمة الصحية الحكومية (أو توفير الخدمات من خلال هذه الأنظمة) لإجبار بشكل غير مباشر المحرومين واليائسين الذين ليس لديهم خيار آخر سوى الانضمام إلى قواعدها الانتخابية (Di Peri 2020).

ولوحظت أيضاً ديناميات القوى هذه على مستوى الحصول على لقاحات كوفيد-19، ويعكس هذا الأمر حالة من عدم المساواة أيضاً. فقد تمكّنت بلدان عالم الشمال من الحصول على براءات الاختراع واللجوء إلى اتفاقيات ثنائية مع شركات الأدوية الكبيرة للحصول على لقاحات كوفيد-19، مما قوّض الاتفاقيات المتعددة الأطراف

التي يمكنها أن توفر أو تسعى إلى توفير تغطية شاملة، فخالفت بذلك هذه البلدان إطار التخصيصات العادل لمنظمة الصحة العالمية ومبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة كوفيد-19 (كوفاكس). أما بالنسبة إلى بلدان عالم الجنوب، فقد مُنِع عن معظمها الحصول على براءات الاختراع لإنتاج اللقاحات أو لم تتمتع بالقدرة الكافية لتنفيذ عمليات إنتاج من هذا النوع. ويشكّل بعض هذه البلدان جزءًا من منظمة التجارة العالمية أو اتفاق التبادل الحرّ الشامل والمعقّق، مثل تونس والمغرب. وتستتبع اتفاقيات التبادل الحرّ هذه مكوّنًا ملزمًا من اتفاقية "تريپس" بشأن حقوق الملكية الفكرية، وهو يضمن درجة من المرونة كان من المفترض أن يستفيد منها العالم بأسره للسماح بإنتاج اللقاحات وتخصّي شركات الأدوية الكبيرة المحتكرة وإفصاح المجال أمام إنتاج المزيد من الأدوية الجنيسة المقبولة الكلفة، كما كانت حالة علاجات مرض نقص المناعة والتهاب الكبد C ومرض السلّ، بهدف تلبية الحاجات العالمية بأكثر الأسعار المقبولة. وقد سقطت البلدان العربية غير التابعة لمجلس التعاون الخليجي ضحية هذا النموذج (Egyptian Initiative for Personal Rights [EIPR] 2020). وقد أبطأ هذا الأمر إلى حدّ كبير من نشر اللقاح في الكثير من البلدان وحال دون توفير اللقاح مجانًا للجميع في بعض السياقات، بما في ذلك في مصر (EIPR 2021).

السكان الأكثر تضررًا: فوق كلّ التوقعات

كما كان متوقّعًا، بلغت معدّلات الإصابة بعدوى كوفيد-19 ذروتها لدى الأشخاص الأفقر نظرًا إلى استفادتهم المحدودة وغير المتكافئة من الأقنعة والمعقّمات والاختبارات المتكررة، وفي بعض الحالات من اللقاحات والأدوية والعلاجات. بالفعل، لقد كانت الفئات الاجتماعية الأشدّ ضعفًا والمهمّشة أثناء الأزمات والصدمات هي الأكثر تضررًا، مثل الأطفال والنساء والشباب والمستئين ومجتمعات الميم وسكان الأرياف وفقراء المدن والعقال غير الرسميين واللاجئين والأشخاص أصحاب الإعاقات وغيرهم (نعمة 2021). وقد اضطرت النساء العاملات، بالإضافة إلى ضعفهنّ الأساسي القائم على أساس نوعهنّ الاجتماعي، إلى العمل عن بُعد وتوفير في الوقت عينه الرعاية الإضافية لعائلتهنّ في المنزل، مما دفع بهنّ إلى ممارسة مهنتين في آن واحد وتحملّ طيف واسع من الصعوبات. وعجزت الكثير من النساء ومن أفراد مجتمع الميم عن تحمّل تكاليف الرعاية الصحية الإنجابية أو حتى الحصول على المنتجات الصحية للدورة الشهرية ووسائل منع الحمل. وقد فاقم العنف القائم على النوع الاجتماعي أثناء الإغلاق الشامل من هذه المشكلة، إلى حدّ أنّه زاد من حالات الحمل غير المرغوبة وفي بعض الأحيان الإجهاض (McGrail et al. 2022). وواجه أيضًا العاملون المنزليون المهاجرون حالة من الضعف المتزايد بالإضافة إلى العقال غير المستقرين الذين ليسوا بالضرورة غير رسميين، بل شبه رسميين أو حتى رسميين. فعلى سبيل المثال، واجه العاملون خارج نطاق شبكة الإنترنت ولا سيّما العاملون المستقلون على شبكة الإنترنت/المنصات الذين ينشطون على أساس عقد غير مستند إلى الساعات وعلى أساس الطلب، الذين ازداد عددهم بشكل كبير مع الرقمنة في خلال الجائحة، ظروف عمل قاسية ونقصًا في الحماية الاجتماعية في الوقت الذي كانوا بأشدّ الحاجة إليها (Alashi 2020; Maktabi et al. 2022).

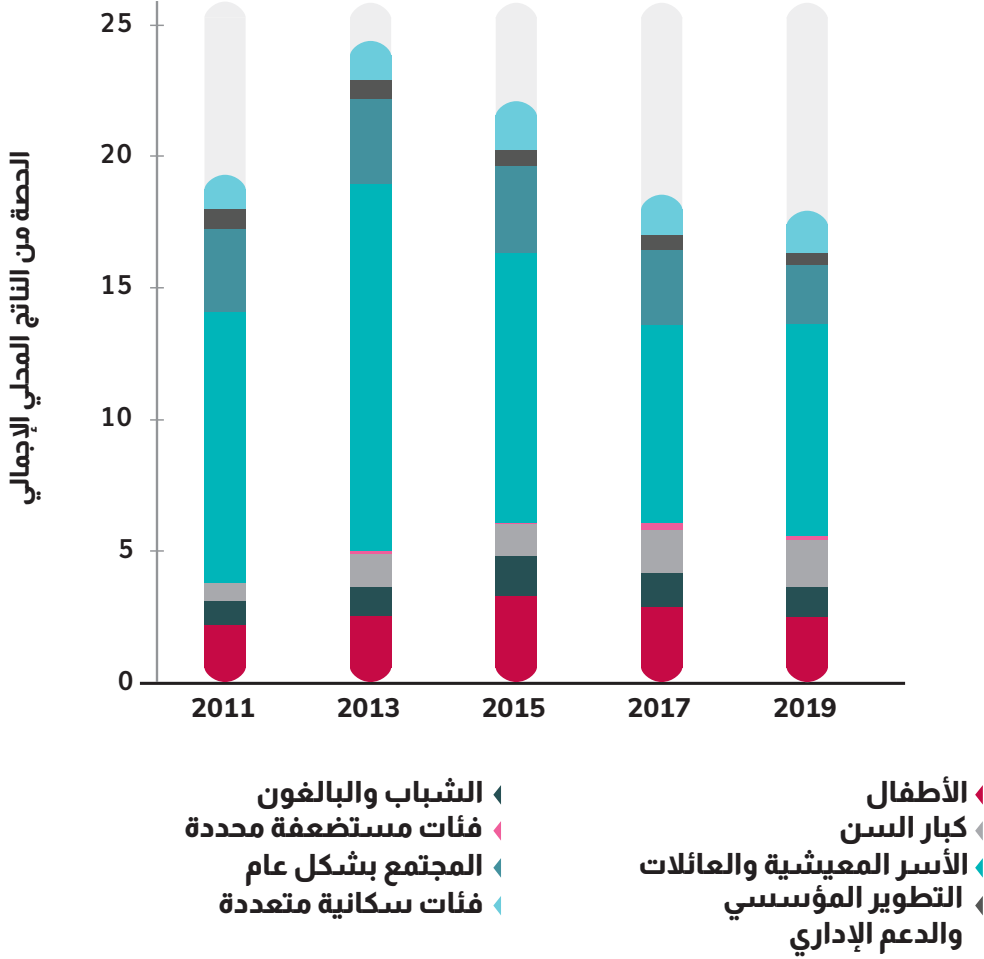
والأهم من ذلك، فاقمت الجائحة أيضًا من حالة ضعف الأشخاص المقيمين في الأحياء الفقيرة والمستوطنات غير الرسمية في ظلّ بيئات غير صحية على الإطلاق، وسكان المدن الأكثر عرضة لتلوّث الهواء وبالتالي الأكثر عرضة لأمراض التنفس مثل كوفيد-19، والأشخاص المصابين في المقام الأول بأمراض تنفسية،

والمستئين الأكثر عُرضةً نسبياً للإصابة بالفيروس، وغيرهم. والملفت أن وضع العقّال في القطاع غير الرسمي كان أفضل نظراً إلى قدرة هؤلاء على التهرب من الإغلاق الشامل وحالات حظر التجول وإيقاف الأعمال التجارية نتيجة عملهم بصيغة مستقلة عن أي صاحب عمل مسجّل. علاوة على ذلك، اقتضت القرارات الحكومية الأساسية في مصر مثلاً التي هدفت إلى دعم النساء في خلال الجائحة على موظفي القطاع العام واستثنت القطاع الخاص. بالتالي، تأثرت النساء العاملات في القطاع الخاص نتيجة الأزمة مقارنةً بالعاملات في القطاع العام، على الرغم من اعتبار حالتهن أفضل في غالبية الأديان مقارنةً بحالة العاملات في القطاع العام (Al-Shami 2022).

ينبثق أثر الجائحة المتباين في المجتمعات العربية عن خصائص الأزمة بعينها بالإضافة إلى الفئات الاجتماعية المستضعفة المتنوعة من جهة، وواقع أن الضعف مصطلح متغير وواضحة متواصلة التغير من جهة أخرى، وبالتالي لا يمكن دائماً تحديد مفهوم الضعف بتعاريف ومؤشرات نموذجية، مثلما تحدد المنظمات الدولية التي تعتمد منهجيات استعمارية الطابع (Al-Shami 2022). لكن الجدير بالذكر أنه، على الرغم من استفادة بعض الفئات الاجتماعية من الجائحة وتضرر فئات أخرى من تداعياتها، كان الأثر الاجتماعي النهائي لهذه المرحلة التاريخية سلبياً، فقد عكس نمطاً عاماً بحيث اغتنى الأغنياء أكثر أو كانوا الأقل تضرراً وازداد الفقراء فقراً أو كانوا الأكثر تضرراً (نعمة 2021).

لم تشمل استجابات جائحة كوفيد-19 جميع فئات السكان بشكل متساو، وقد يُعزى ذلك إلى الواقع الذي سبق الجائحة والآليات غير الفعالة لإعادة توزيع الموارد العامة، إن وجدت أساساً. فيؤكد مرصد الإنفاق الاجتماعي التابع للإسكوا أن الضرائب على الدخل الشخصي ودخل الشركات منخفضة بشكل عام في معظم الدول العربية متوسطة الدخل، وذلك مقارنةً بالأنواع الأخرى من الضرائب التي تساهم أقل في إعادة توزيع الثروات (مثل ضريبة القيمة المضافة). ويوضح المرصد أيضاً، على النحو المبين في **الشكل 2**، أن الحصة الأكبر من الإنفاق الاجتماعي تستهدف الأسر المعيشية والعائلات، مع أنها تسجّل انخفاضاً على مر السنين. أما الشباب والأطفال وكبار السن وغيرهم من الأشخاص ضمن الفئات المستضعفة يتلقون حصة أصغر نسبياً من الإنفاق الاجتماعي على الرغم من كونهم الأكثر حاجة إليها (Sarangi et al. 2022). وتثبت بيانات منظمة العمل الدولية (2021) صحة نتائج المرصد، إذ إنّها تشير إلى أن 40% فقط من سكان الدول العربية مشمولون بمجموعة واحدة على الأقل من إعانات الحماية الاجتماعية. فنشمل هذه الإعانات بشكل عام 15.4% من الأطفال، و12.2% من الأمهات اللاتي لديهن أطفال حديثو الولادة، و7.2% من الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة، و8.7% من الأشخاص العاطلين عن العمل، و24% من كبار السن، و63.5% من العمال الذين تعرضوا لإصابات أثناء العمل (ILO 2021). وتدل هذه النسب على أن أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية تتمحور حول العمالة بشكل عام، ما يذكّر بافتقار المنطقة إلى الحد الأدنى من أسس الحماية الاجتماعية اللازمة لضمان أمن الدخل والتغطية الصحية الشاملة للجميع، لا سيما من خلال خطط المساعدة الاجتماعية القائمة على الاشتراكات وغير القائمة عليها. وتتردد الحكومات العربية في وضع هذه الأسس لأنها تتحدى جوهر الاقتصاد السياسي المعقّد الذي يدعم بقاء النظام السياسي الحاكم، والذي يتّسم بالزبائنية (كما سبق أن شرحنا) وبالخطوط الحمر السياسية التي تستبعد فئات مستضعفة محدّدة مثل مجتمع اللاجئين ومجتمع الميم. وبسبب التأثير غير المتناسب لهذه الممارسات على الفئات، إن 32.2% فقط من الأشخاص الذين ينتمون إلى فئات مستضعفة مشمولون بالإعانات الاجتماعية في المنطقة (ILO 2021).

شكل 2. توزيع النفقات الاجتماعية على الفئات الاجتماعية المختلفة



المصدر: مرصد الإنفاق الاجتماعي التابع للإسكوا (2022)

خلال فترة الجائحة، اضطرت المنظمات الدولية والجهات الفاعلة الإنسانية التدخل للتعويض عن غياب الدولة (El-Jardali 2020). وبما أن هذه الفترة شهدت إحدى أشد الأزمات الإنسانية في التاريخ الحديث، أخذت الحماية الاجتماعية شكل الإغاثة الإنسانية فقط، بدون أن تكفل خط الأساس للحماية الاجتماعية الشاملة. وفي أفضل حالاتها، اتخذت شكل شبكات الأمان الاجتماعي، مثل برنامج شبكة الأمان الاجتماعي الطارئة (ESSN) في لبنان، وبرنامج توسيع صندوق المعونة الوطنية في مصر (برنامج تكافل وكرامة) وفي الأردن (برنامج الدعم التكميلي). فتستهدف هذه التدخلات الفقر وتستخدم الاختبارات غير المباشرة كوسيلة لتحديد الفئات المستهدفة، ما ينطوي، أساساً، على هامش كبير من الخطأ ويستبعد فئات كثيرة تكون بحاجة إلى المساعدة. وتتفاقم هذه المشكلة مع غياب السجلات الاجتماعية الشاملة التي توفر البيانات الضرورية للاستجابة لمعايير الاستهداف. وفي ظل ارتفاع مستويات الأمية الرقمية والمالية، خاصة في المناطق النائية، والوصول غير المتناسب إلى التمويل والبنية التحتية للاتصالات، تؤدي الآليات المعتمدة لتسليم الإغاثة (مثل المحفظة الإلكترونية في الأردن) تلقائياً إلى استبعاد فئات تُعتبر ضمن الفئات المستفيدة. بالإضافة إلى ذلك، من المعروف أن شبكات الأمان الاجتماعي لا توفر الحماية الكافية لأنها عابرة وغير قابلة للاستمرار على المدى الطويل. لذا، فالتدخلات الإنسانية غير فعالة ومفككة إلى حد كبير. وقد أدى تسييس هذه

التدخلات، خاصة في البلدان المتأثرة بالنزاعات، وإضفاء الطابع الأمني عليها، خاصة في فترة انتشار الجائحة، إلى تقويض قدرتها على تحقيق هدفها وغرضها. وأخيراً، نظراً إلى أن الجهات الفاعلة غير الحكومية والعبارة للدول حاولت استبدال الدولة في دعم السكان وتخفيف الفقرة في عدة سياقات، ساهمت في تحسين صورة الدولة بينما اتجهت الدولة بدورها إلى التهرب من مسؤولياتها على هذا الصعيد، ما أدى إلى استقرار الأنظمة الفاشلة وتثبيت الانتفاضات الاجتماعية.¹

¹ تستند هذه الفقرة في معظمها إلى الأبحاث التي أجراها المؤلف على مدى سنتين أو ثلاث سنوات، فضلاً عن اللقاءات والنتائج التي صدرت عن ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية التابع لمبادرة الإصلاح العربي.

الاستنتاجات وتوصيات السياسة

أدت جائحة الكوفيد-19 إلى تفاقم عدم المساواة في الدخل والخدمات الصحية بين السكان في البلدان العربية، ما رسّخ دوامة عدم المساواة، لا سيما بسبب الترابط الوثيق بين الصحة والوضع الاقتصادي-الاجتماعي. وقد كشفت الجائحة عن التناقضات الهيكلية في جوانب مختلفة من التنمية الاقتصادية والإنسانية، إلى جانب العيوب والقصور الهيكلية التي كانت سائدة في الأنظمة الصحية وأنظمة الحماية الاجتماعية قبل تفشي الجائحة. وقد أدّى ذلك كله إلى تراجع في التكافؤ الصحي وإلى توسيع التهميش والاستقطاب في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة. وبالإضافة إلى الإدارة السيئة للكوارث، وعدم الكفاءة، والاختلاس في توزيع الموارد المحدودة أصلاً في البلدان العربية، تأثرت المساواة في المجال الصحي بالعوامل السياسية-الاقتصادية الشائنة والربائية والخطوط الحمر السياسية وعدم توفر أي رغبة سياسية لتوفير تغطية صحية وحماية اجتماعية شاملتين. فباختصار، بالإضافة إلى العوامل الطبيعية، أدت عوامل سياسية متعمدة إلى تفاقم عدم المساوات في المجال الصحي وفي مجالات أخرى في فترة الجائحة.

في الكثير من البلدان العربية، كانت الاستجابة للجائحة أحادية البعد وقصيرة النظر وناجئة عن ردة فعل. فعالجت الدول الأزمة على أنها أزمة صحية فقط، وليس على أنها أزمة اقتصادية أيضًا. وبالتالي، تجاهلت الدول، وإن عن غير قصد، تداعياتها الاجتماعية والاقتصادية، ولم تُحدث أي تغيير في السياسة الاقتصادية والاجتماعية. ومن خلال النظر في الاستجابة الصحية فقط، يمكن الملاحظة أيضًا أن التدابير المتخذة لم تكن مناسبة لمعالجة "الأزمة الصحية" بشكل فعّال، وقد تم تسييس هذه الاستجابة وإضفاء الطابع الأمني عليها. فبدلاً من الحد من انتشار الفيروس، أفرطت الحكومات العربية في تطبيق سياسات مكافحة كوفيد-19 (مثل حظر التجول وإغلاق المؤسسات) كذريعة للحد من الاضطرابات والانتفاضات الاجتماعية التي قد تنشأ من الصعوبات الاقتصادية. وفي بعض البلدان، مثل تونس، تم استغلال الجائحة لتطبيق أجندات سياسية أو حتى إجراء تغييرات سياسية (Daoudi 2023)، في حين كان من المفترض استبدال سياسات ما قبل الجائحة بأخرى تحويلية وتدخلية تهدف إلى احتواء الخسائر الناتجة من الأزمة والحد من أثارها لتجنب الاضطرابات التي قد تحدث في الاقتصادات والسياسات.

بالإضافة إلى ذلك، أعطت تدابير الاستجابة للجائحة الأولوية للنفوذ والربح على حساب رفاه الناس. ونظرًا إلى القدرات المحدودة للمرافق الصحية، أصبحت الرعاية الصحية الخاصة الخيار الوحيد في الكثير من الأحيان، على الرغم من كلفتها الباهظة وعدم توفرها للجميع. وبسبب غياب أنظمة الحماية الاجتماعية الشاملة وعدم تغطية بوليصة التأمين الخاص لحالات الإصابة بكوفيد-19، تعيّن على المرضى الذين لم يتمكنوا من دخول مؤسسات الرعاية الصحية الحكومية دفع مبالغ كبيرة من أموالهم الخاصة، تزامنًا مع ارتفاع تكاليف المعيشة وفقدان فرص كسب العيش. وإذ تداخلت أزمة الجائحة مع الصدمات والأزمات الأخرى السياسية والاقتصادية على الصعيدين الدولي والوطني، اتخذت الدول تدابير غير متوقعة فاقمت الوضع، مثل رفع الدعم عن المواد الغذائية والوقود والأدوية، فضلًا عن مناقشات متعلقة بتغييرات وتحولات في الأنظمة الصحية وأنظمة الحكم.

نتيجة لذلك كله، تأثرت القدرة الشرائية للأفراد وإمكانية وصولهم إلى الخدمات الصحية، وشهدت مؤشرات الأداء الصحي تدهورًا ملحوظًا. والأهم أن هذا الوضع أثر بشكل غير متناسب على الفئات الفقيرة والمستضعفة من خلال قنوات مباشرة وغير مباشرة، مثل التفاوت في توفر البنية التحتية والموارد البشرية وجودة الخدمة بين الأنظمة الصحية العامة والخاصة. وتأثرت بالشكل الأكبر الفئات التي تُخصّص لها أصغر حصص الإنفاق الاجتماعي العام من إجمالي الناتج المحلي. وعلاوةً على ذلك، نشأت أشكالاً جديدة وخفية من الضعف دعنا إلى إعادة التفكير في تعريفنا للضعف وفهمنا له والطريقة التي نعتمدها لقياسه، وبخاصة في أوقات الأزمات. وظهرت التناقضات والتفاوتات ليس فقط ضمن البلد الواحد، بل بين الدول العربية وبين عالم الشمال وعالم الجنوب، وتوضحت بشكل خاص مع توزيع اللقاحات.

في الختام، ومع مراعاة الاختلافات في الأنظمة الصحية، يجب على البلدان العربية التحول إلى نهج متعدد القطاعات وقائم على الحقوق إزاء الصحة والرفاه، بما في ذلك من خلال دمج أنظمة الرعاية الصحية العامة وخدماتها في هياكل مستدامة، وتعزيز طبقات البنية التحتية المتينة والمرنة للصحة العامة، وبناء قدرات طاقم الصحة العامة، ومعالجة البُعد الاقتصادي للتغطية الصحية. ولتحقيق هذه الإصلاحات، يتعيّن على الدول العربية إجراء ما يلي:

- نشر الوعي، والاستثمار بشكل متساوٍ في تعزيز الصحة والوقاية الصحية، واعتماد هذا النهج بشكل دائم في المستقبل.
- وضع رؤية استراتيجية وطنية مبنية على تشخيص واضح للاعتبارات السياسية والمؤسسية والتشريعية الأوسع نطاقاً التي يجب مراعاتها لضمان جدوى الإصلاحات.
- تطوير خطة لإدارة الكوارث تستند إلى النجاحات والدروس المستفادة من تجربة الجائحة، مع الإخذ في الاعتبار الطبيعة متعددة الأبعاد للأزمات والطوارئ.
- استحداث عملية تشاركية وتشاورية مستمرة تتيح للمجتمع المدني التأثير في تصميم سياسات الصحة والعامة واستجابات الطوارئ. ويجب أن تطلب العملية مشاركة المجتمع المدني الشعبي وأصحاب الفكر من المجتمع المدني لكي تعكس وجهة نظر المجتمع بشكل فعّال.
- الاستثمار في الإصلاحات الحكومية اللازمة لضمان حيادية الاستجابات الإنسانية من تأثيرات الأزمات السياسية وتمويل الحماية الاجتماعية الشاملة والتغطية الصحية، لا سيما من خلال ترشيد الإنفاق العام وتعزيز الإصلاحات الضريبية وإيلاء الأولويات الصحية في الإنفاق الاجتماعي.
- وضع الأسس لأنظمة الحماية الاجتماعية والصحة الشاملة والقائمة على منظور حقوق الإنسان.
- الاستثمار في أنظمة المعلومات الصحية، وتحسين المؤشرات، وجمع البيانات، وتصنيف البيانات، مع الأخذ في الاعتبار الأشكال المختلفة للضعف وتداخلها.
- الاستثمار في أنظمة الحكومة الإلكترونية وأنظمة الحكومة المفتوحة، التي تُعتبر أساسية لإدارة البيانات واستخدامها، والكشف عن البيانات المجمّعة خلال فترة كوفيد-19 واستخدامها كحجر الأساس لإنشاء سجلات على مستوى الدولة.

المراجع

- نعمة، أ. 2021. "جائحة كورونا: تجاوز التعافي الى التحول المجتمعي: مسائل للنقاش. شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية." [الرابط](#).
- Abi-Rached, J.M., Issa, N., Khalife, J., Salameh, P., Karra-Aly, A., & Asmar, M.K. 2020. "Towards a Zero-COVID Lebanon: A Call for Action." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Abu-Ismaïl, K., Araji, S., Haq, T., Nehme, M., & Jaafar, A. 2021. "Towards a Productive and Inclusive Path: Job Creation in the Arab Region." ESCWA. [Link](#).
- Aïta, S. 2022. "Well-Being Societies in the Arab Region: Fighting All Kinds of Inequalities." IEMed: Mediterranean yearbook. p. 145-150. [Link](#).
- Alsahi, H. 2020. "COVID-19 and the Intensification of the GCC Workforce Nationalization Policies." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Al-Shami, F. 2022. "Rethinking our Understanding of Vulnerability Under the Pandemic." IDS-CORE. [Link](#).
- Asfour, O. & Jabbour, S. 2020. "Public Health System in the Arab World: The COVID-19 Conundrum and The Way Forward." AL-SHARQ. [Link](#).
- Awad, A., El-Ajarmeh, D., & El-Qoudah, H. 2021. "Jordan's Response to the Coronavirus Pandemic and the Implications for Social Protection for the Most Vulnerable Groups." Phenix Center for Economic and Informatics Studies. [Link](#).
- Bajec, A. 2020. "Tunisia: COVID-19 Increases Vulnerability of Rural Women." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Dabrowski, M., & Domínguez-Jiménez, M. 2021. "The Socio-economic Consequences of COVID-19 in the Middle East and North Africa." Bruegel Blog. [Link](#).
- Daoudi, S. 2023. "Navigating the Aftermath: The Struggle for Equality in the Face of Health Crises in the Arab Region." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Dewan, S., Ernst, E., & Hilal, S.A. 2022. "World Employment and Social Outlook – Trends 2022." International Labour Organization. [Link](#).
- Di Peri, R. 2020. "A Sectarianised Pandemic: COVID-19 in Lebanon." IAI Commentaries, 20(71): p. 1-6. [Link](#).

- Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR). 2020. "To Ensure Access to COVID-19 Vaccines and Treatment: EIPR Calls for Waivers from Certain Provisions of the TRIPs Agreement." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR). 2021. "Egyptian Social Protection Policies in Response to the Covid-19 Pandemic...Considerable Efforts with Limited Impact." [Link](#).
- El-Jardali, F. 2020. "After the Pandemic: Reimagining the Role of State and Non-State Actors in (Re)building National Health Systems in the Arab World." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- ESCWA. 2022a. "Inequality in the Arab Region: A Ticking Time Bomb." [Link](#).
- ESCWA. 2022b. "Rising Wealth Inequality in the Arab region amid COVID-19." [Link](#).
- Filip, R., Puscaselu G.R., Anchidin-Norocel, L., Dimian, M., & Savage W.K. 2022. "Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems." Journal of Personalized Medicine, 12(8): p. 1295. [Link](#).
- Gad, M. 2022. "Financial Analysis of Health System Shifts in Egypt: Searching for 'Gratuitousness.'" Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Ghannouchi, Cyrine. 2021. "The COVID-19 Outbreak." Tunisian Forum for Economic and Social Rights (FTDES). [Link](#).
- Haldane, V., et al. 2021. "Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries." Nature Medicine, 27(6): p. 964-980. [Link](#).
- Hoffman, A. 2020. "The Securitization of the Coronavirus Crisis in the Middle East." Project on Middle East Political Science. [Link](#).
- Houry, N. 2020. "The Politics of Coronavirus: Inequality, Repression, and Conflict." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- International Labour Organisation. 2021. "World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads-in Pursuit of a Better Future." [Link](#).
- Isma'eel, H., El Jamal, N., Dumit, N. Y., & Al-Chaer, E. 2020. "Saving the Suffering Lebanese Healthcare Sector: Immediate Relief while Planning Reforms." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Jamal, A., & Robbins, M. "Trends in Arab Public Opinion Amid Regional and Global Disruptions." Carnegie Endowment for International Peace. [Link](#).
- Kamurase, A., & Willenborg, E. 2021. "Early Lessons from Social Protection and Jobs Response to COVID-19 in Middle East and North Africa Countries." [Link](#).

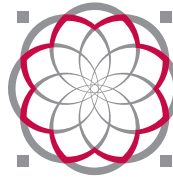
- Kawachi, I., & Kennedy, B.P. 1999. "Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms." *Health Services Research*, 34(1): p. 215. [Link](#).
- Maktabi, W., Zoughaib, S., & Abi Ghanem, C. 2022. "Lebanon's "Missing Middle": Online Delivery Workers Under Precarious Conditions." *The Policy Initiative*. [Link](#).
- McGrail, K., Morgan, J., & Siddiqi, A. 2022. "Looking Back and Moving Forward: Addressing Health Inequities after COVID-19." *The Lancet Regional Health-Americas*, 9. [Link](#).
- Mishra, V., Seyedzenouzi, G., Almohtadi, A., Chowdhury, T., Khashkhasha, A., Axiaq, A., Wong, W.Y.E. and Harky, A. 2021. "Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality." *Journal of healthcare leadership*. (2021): p. 19-26. [Link](#).
- Mourani, S. C., & Ghreichi, M. C. 2021. "Mental Health Reforms in Lebanon During the Multifaceted Crisis." *Arab Reform Initiative*. [Link](#).
- Oxford Analytica. 2020. "Securitized Middle East COVID-19 Responses Raise Risks." *Emerald Expert Briefings*. [Link](#).
- Sarangi, N., Intini, V., Uwaydah, R., & Thapa, S.J. 2022. "Social Expenditure Monitor for Arab States Toward Making Budgets More Equitable, Efficient and Effective to Achieve the SDGs." *ESCWA*. [Link](#).
- Tabaqchali, A. 2020. "Will COVID-19 Mark the Endgame for Iraq's Muhasasa Ta'ifia?." *Arab Reform Initiative*. [Link](#).
- World Bank. 2023. "World Bank Dashboard." [Link](#).



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

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

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



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

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

