

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

حوكمة الصحة

2023

هاني سراج

أستاذ مساعد وباحث في مجال الصحة العامة

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

يُركِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكل 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 و دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

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

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

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

حوكمة الصحة

هاني سراج

أستاذ مساعد وباحث في مجال الصحة العامة

هاني سراج طبيب وباحث في مجال الصحة العامة. يشغل منصب الأستاذ المساعد في دائرة الطب الداخلي - قسم الغدد الصماء، الفرع الطبي لجامعة تكساس (UTMB)، غالفستون، تكساس، وهو أستاذ مساعد غير متفرغ في قسم طب الأطفال وقسم الصحة العالمية والأمراض الناشئة. عمل سابقًا كمنسق عالمي لحركة صحة الناس (People's Health Movement) وهو حاليًا الرئيس المشارك للمجلس التوجيهي للحركة.



• دستور منظمة الصحة العالمية (1946-1948)

• إعلان ألما-آتا (1978)

• الرعاية الصحية الأولية الانتقائية (1979)

• إجماع واشنطن وبرامج التكيف الهيكلي (التسعينيات)

• المبادرات العالمية (التسعينات والعقدان الأولان من القرن الحادي والعشرين)

• الانتقال من الحوكمة التي تسيطر عليها الدولة إلى أصحاب

المصلحة المتعدّدين (إضفاء مفهوم أصحاب المصلحة)

• هيكلّيات الحوكمة الحالية للصحة العالمية والقنوات التي

تؤثر من خلالها على عملية صنع القرار



المقدمة

إقر إطار العمل المفاهيمي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة الصادر عن منظمة الصحة العالمية بـ"الحوكمة" كأحد المكونات الرئيسية التي ترسم ملامح السياق الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي يحدد بدوره الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأفراد والمجتمعات، وبالتالي إمكانية وصولهم إلى ظروف الصحة (سولار وإيروين 2010). تتبدل المكونات الرئيسية للحوكمة، بما في ذلك الجهات الفاعلة المؤثرة (صناع القرار)، وأنشطة وإجراءات صنع القرار مع مرور الوقت نتيجة تغيّر طبيعة المجتمعات، والجهات الحاكمة، والإيديولوجيات السائدة، والسياسات الاقتصادية السائدة، وديناميات القوة (كيبوش وغليشي 2012؛ بينيت وآخرون 2012). في العقود القليلة الماضية، انتقلت حوكمة الصحة من عملية صنع قرار توجهها الدول وتسيطر عليها الحكومات بالاستناد إلى المنصات الدستورية والتشريعية، وتحكمها المنظمات المتعددة الأطراف على المستوى الدولي، إلى عملية صنع قرار يشارك فيها عدّة أصحاب مصلحة. يشمل أصحاب المصلحة هؤلاء المشاركون في وضع ضوابط السوق والشركات التي تمثل هيمنة السياسات الاقتصادية النيوليبرالية. ارتبط التغيير في حوكمة الصحة أيضًا بالدور الأكبر الذي أنيطت به المؤسسات النقدية مثل صندوق النقد الدولي (IMF) والبنك الدولي (WB) مقارنةً بمنظمة الأمم المتحدة المتخصصة بالصحة، أي منظمة الصحة العالمية. على المستوى الوطني، اكتسبت وزارات المالية تأثيرًا أكبر من وزارات الصحة على السياسات الصحية - ولا يُقصد بذلك الميزانيات الصحية فقط بل السياسات الصحية بالمعنى الأوسع.

تحاول الدراسة الراهنة إبراز الرابط بين حوكمة الصحة والتغيير في السياسات الاقتصادية السائدة في العقود الخمسة الأخيرة، وتقديم التعريفات وتحدد الجهات الفاعلة المؤثرة في القرارات العالمية والوطنية في المجال الصحي، وتناقش طريقة ممارستها لتأثيرها. ويستند التحليل في هذه الدراسة إلى بعض دراسات الحالة من المنطقة العربية.

التعريفات

تشير **الحوكمة** إلى الإجراءات والعمليات المعتمدة رسمياً أو المستخدمة بشكل غير نظامي لتوجيه عملية صنع القرار بشأن السلع المشتركة. عادةً ما يتم تضمين عمليات أو إجراءات صنع القرار المعتمدة رسمياً في دساتير المنظمات المتعددة الأطراف، أو المعاهدات الدولية، أو الدساتير والتشريعات الوطنية أو المحلية. تشمل الحوكمة غير النظامية الوسائل غير المنظمة وغير المؤسسية لصنع القرار حيث تحدد علاقات وديناميات القوة القرارات النهائية أو تؤثر على مسار المفاوضات. يركّز هذا التعريف بشكل أساسي على عملية الحوكمة وليس على أهدافها أو نتائجها.

لتسليط الضوء على عملية الحوكمة وأهدافها وقيمتها، يمكن تعريفها أيضاً على أنها قواعد وإجراءات إدارة الموارد وصنع القرارات وهيكله المساءلة. تنطبق على البلدان أو المؤسسات أو مجموعات الأشخاص (مركز القضاء على الفوارق الصحية (CEHD) 2016)؛ أو الهيكليات والسياسات والقواعد والإجراءات المصممة لضمان المساءلة والشفافية (أتيكو 2019).

تشير **حوكمة الصحة** إلى الإجراءات والعمليات المعتمدة لتعزيز وحماية صحة البشر، والتي ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بمحددات الصحة، والوضع الصحي، والنتائج الصحية أو القدرة على التأثير عليها (غارسون وخوسرو-بور 2018). ويشمل هذا التعريف عمليات صنع القرار في القطاعات أو المجالات غير الصحية والتي قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة البشر، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر السياسة والاقتصاد والتجارة والتعليم والتنمية الحضرية والهجرة.

بحسب منظمة الصحة العالمية، ثمة مكوّنان لحوكمة الصحة (كيبوش وغليش 2012):

1. حوكمة النظام الصحي من حيث أطر السياسات القائمة وعمليات وإجراءات الإشراف وبناء الائتلافات والتنظيم وتصميم الأنظمة والمساءلة. ويشمل هذا المكوّن ثلاثة من أصحاب المصلحة بحسب المنظمة (منظمة الصحة العالمية 1978):

- الدولة، الممثلة بالسلطات المركزية ودون الوطنية والمنظمات الحكومية؛
- مقدمو الخدمات الصحية، بما يشمل مقدمي الخدمات الصحية السريرية وشبه الطبية وغير السريرية من القطاعين العام والخاص وغير الهادفين للربح؛ والجمعيات المهنية؛ وشبكات الرعاية أو الخدمات؛
- والمواطنون، بمن فيهم ممثلو السكان/المجتمع وجمعيات المرضى والمنظمات المجتمعية (CSOs) والمنظمات غير الحكومية (NGOs).

2. العمليات المشتركة بين القطاعات الصحية وغير الصحية لمعالجة محددات الصحة (كيبوش وغليش 2012).

يركّز هذا التعريف على التفاعل بين مستخدمي خدمات الرعاية الصحية ومقدميها ومنظميها وعلى الأنشطة المشتركة بين القطاعات الصحية وغير الصحية، غير أنه يتجاهل تأثير الهيئات الدولية بما في ذلك المنظمات المتعددة الأطراف، والوكالات التابعة للحكومات الأخرى، والجهات المانحة الدولية، كما أنه لا يقرّ بدور هيكل السلطة التي ترسم ملامح عملية صنع القرار على المستويين الوطني ودون الوطني.

المراحل الرئيسية للتنمية الصحية وصنع القرار

دستور منظمة الصحة العالمية (1946-1948)

دخل دستور منظمة الصحة العالمية حيز التنفيذ في 7 أبريل 1948 وعرّف الصحة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" (الأمم المتحدة 1946). فضل هذا التعريف الثوري الصحة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية على الرغم من أنها أحد محدداتها الرئيسية، وأشار إلى ضرورة بذل الجهود متعددة التخصصات والتعاون متعدد القطاعات.

في الديباجة، اعتبر الدستور أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" وأن "الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية" (الأمم المتحدة 1946). ويعني اعتبار الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان أن هناك أصحاب حق وجهة مسؤولة. كل إنسان هو صاحب حق في صحته التي تُعتبر الدولة الجهة المسؤولة عن ضمانها من دون تمييز. يشكّل هذا الإقرار أداة لمجموعات المجتمع المدني التقدمية لحشد الدعم لحق الإنسان في الصحة، وقد يشير أيضاً إلى وجوب تضمين أجندة عمل هذه المجموعات ما يلي:

1. تمكين الأفراد والمجتمعات للمطالبة بحقها في الصحة؛
2. الدعوة إلى تضمين الدساتير والتشريعات الوطنية والمحلية أحكاماً واضحة لحماية الحق في الصحة أمام القانون، وتحديد الوسائل لبلوغ هذا الحق (بما يشمل الموارد المالية الكافية)، وتحديد الإجراءات التي يستطيع الأفراد والمجموعات استخدامها للمطالبة بحقوقهم؛
3. وبناء قدرة سلطات ومؤسسات الدولة على الوفاء بموجباتها بحماية الحق في الصحة، بما يشمل توفير ظروف الصحة والقيام بالتدخلات الصحية والاجتماعية.

في ما يتعلق بحوكمة الصحة على المستويين الوطني والمحلي، يعتبر دستور منظمة الصحة العالمية أن الدولة هي الجهة المسؤولة عن حق البشر في الصحة، ما يعني أن الدولة هي المسؤولة عن صنع القرار والقيام بالتدابير الكافية للوفاء بهذا الحق، وليس أصحاب المصلحة. وقد تشرك الدولة جهات فاعلة أخرى في عملية صنع القرار، وتوفير المعلومات لعملية التخطيط، أو توفير الخدمات الصحية والمرتبطة بالصحة، غير أن هذه الجهات الفاعلة من غير الدول ليست من صناع القرار ولا جهات مسؤولة.

في ما يتعلق بالحوكمة على المستوى العالمي، تشترط المادة 2 من الدستور على منظمة الصحة العالمية "العمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي" (الأمم المتحدة 1946). وتُلزم المادة نفسها المنظمة أيضاً "بإقامة تعاون فعال مع الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة والإدارات الصحية الحكومية والجماعات المهنية". ويعتبر الدستور بشكل واضح أن المنظمة هي سلطة التوجيه والتنسيق للعمل الصحي العالمي، وليس أحد أصحاب المصلحة المتعددين.

في الخلاصة، يعتبر دستور منظمة الصحة العالمية أن الحكومات على المستويين الوطني والمحلي، ومنظمة الصحة العالمية على المستوى الدولي، هي السلطات والهيئات التنسيقية للصحة، ولا يقر بفهوم صنع القرار من قبل أصحاب مصلحة متعددين.

إعلان ألما-آتا (1978)

تبنت 134 دولة إعلان ألما-آتا في ختام المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية المنعقد في كازاخستان (وهي إحدى جمهوريات الاتحاد السوفيتي) بين 6 و12 سبتمبر 1978، برعاية منظمة الصحة العالمية واليونسيف، وهو أحد أبرز الإنجازات في مجال الصحة العامة في القرن العشرين. أكد الإعلان على تعريف دستور منظمة الصحة العالمية «للصحة» وإقراره بها كحق أساسي من حقوق الإنسان، وشدّد على مبادئ الوصول الشامل للجميع والتغطية بحسب الحاجة (المساواة)، والرعاية الشاملة (التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية)، والمشاركة والاعتماد على الذات للأفراد والمجتمع، والعمل المشترك بين القطاعات من أجل الصحة، واستخدام التكنولوجيا المناسبة، والفعالية من حيث التكلفة في ما يتعلق بالموارد المتوفرة، واعتمد الرعاية الصحية الأولية (PHC) كأداة ضرورية لتحقيق الصحة للجميع (منظمة الصحة العالمية 1978).

نصّ الإعلان على الحاجة إلى «نظام اقتصادي دولي جديد» لتحقيق الصحة للجميع والمساواة بين الدول المتقدمة والنامية (منظمة الصحة العالمية 1978) وهو ما وقرّ أساساً متيناً للتعامل مع حوكمة الصحة كأحد المجالات الفرعية للحكومة السياسية والاقتصادية على المستويين الدولي والوطني. يتواءم هذا الافتراض مع فهم الصحة كنتيجة للتفاعل بين العوامل البيولوجية والمددّات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية. وتجدر الإشارة إلى أن تبني إعلان ألما-آتا أتى في سياق الحرب الباردة والأزمة النفطية التي أعقبت الحرب العربية-الإسرائيلية عام 1973، ولم يكن ذلك ليكون ممكناً لولا قيادة د. هالفدان ماهر، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية في ذلك الحين (كويتو 2004).

على المستوى الوطني، أعاد إعلان ألما-آتا التأكيد على الدور المركزي للحكومات من خلال إنباطها بالمسؤولية الكاملة عن صحة شعوبها. أما على المستوى العالمي، فاعتبر الإعلان الصحة لجميع شعوب العالم مسؤولية مشتركة بين المنظمات الحكومية والدولية والمجتمع الدولي (إكسورثي 2008).

في الخلاصة، وُجد إعلان ألما-آتا النموذج الاجتماعي للصحة (إكسورثي 2008)، ووفّر أساساً متيناً لحكومة الصحة ك مجال فرعي للحكومة السياسية والاقتصادية، وابتكر مفهوم المسؤولية الجماعية للحكومات والمؤسسات الدولية المتعددة الأطراف والمجتمع الدولي ككل عن تحقيق الصحة لكافة شعوب العالم بحلول عام 2000 كهدف اجتماعي (منظمة الصحة العالمية 1978).

الرعاية الصحية الأولية الانتقائية (1979)

بعد مرور عام على تبني إعلان ألما-آتا على نطاق واسع، نشر الباحثان الأمريكيان جوليا والش وكينيث وارن، مقالاً في مجلة نيو إنغلاند الطبية (New England Journal of Medicine) بعنوان "الرعاية الصحية الأولية الانتقائية - استراتيجية مؤقتة لمكافحة الأمراض في البلدان النامية" ("Selective Primary Health Care - An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries") (والش

ووارن (1979) بدعم من مؤسسة روكفلر. أشار المقال إلى التكلفة الباهظة التي يرتبها تطبيق الرعاية الصحية الأولية الشاملة وفقًا لإعلان ألما-آتا وإلى الحاجة إلى استراتيجية مؤقتة قابلة للتنفيذ في غالبية البلدان النامية. وشملت الاستراتيجية المؤقتة المقترحة أربعة تدخلات تركز على الأطفال: متابعة النمو، والإمالة الفموية، والرضاعة الطبيعية، والتحصين. تم اختيار هذه التدخلات بناءً على تحليل الأسباب الرئيسية للوفاة في مرحلة الطفولة المبكرة. وفي وقت لاحق، أضيفت ثلاثة تدخلات أخرى إلى القائمة هي تنظيم الأسرة، والمكملات الغذائية، وتعليم الإناث.

في العام نفسه، رعت مؤسسة روكفلر اجتماعًا صغيرًا عُقد في مقرها في بيلاجيو الإيطالية لمناقشة ما اعتبرته أزمة إعلان ألما-آتا (حيث اعتبرت أن نطاق الإعلان واسع جدًا وأنه مثالي ومكلف وأن تحقيقه بحلول عام 2000 هو أمر غير واقعي). وكان من بين منظمي الاجتماع قادة المؤسسات الغربية والجهات المانحة، وبشكل أساسي المؤسسات القائمة في أمريكا الشمالية، والبنك الدولي (كويتو 2004).

جذبت التدخلات "الانتقائية" الأربعة اهتمام الجهات المانحة لسهولة مراقبتها وتقويمها وقابلية قياسها وأهدافها العددية. استخدمت المؤسسات النقدية الدولية، وبخاصة البنك الدولي، والجهات المانحة الغربية الكبرى هذه الحجة لاعتماد هذه الاستراتيجية في البلدان النامية وتمويلها والترويج لها. أدى نهج الرعاية الصحية الأولية الانتقائية (SPHC) إلى تطبيق برامج موجهة من الجهات المانحة ومُعتمدة عليها، وعمودية، وغير مستدامة في البلدان النامية (أوبيمبو 2003). مثالاً على ذلك، تراجعت تغطية برامج التحصين في كينيا من 60% عام 1987 إلى 32% عام 1997 حين أوقفت الجهات المانحة دعمها المالي (أوبيمبو 2003).

سعى الاجتماع الذي استضافته مؤسسة روكفلر في بيلاجيو إلى دراسة إمكانية صنع القرار في مجال الصحة العالمية من دون استخدام المنصات التي تقدمها الأمم المتحدة. وأدخلت حركة الرعاية الصحية الأولية الانتقائية تغييرًا تدريجيًا على مشهد الحوكمة العالمية للصحة، حيث تنامي دور الجهات المانحة الغربية في توجيه أجناس النظام الصحي في البلدان النامية فيما تضاعل دور منظمة الصحة العالمية.

إجماع واشنطن وبرامج التكيف الهيكلي (التسعينيات)

يشير إجماع واشنطن إلى مجموعة من عشرة مبادئ لاقتصاد السوق قُدِّمها جون وليامسون عام 1989 وتم تبنيها على نطاق واسع من قبل اقتصاديين بارزين داعمين لأفكار اقتصاد السوق، وقوى كبرى (الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي)، ومؤسسات نقدية (البنك الدولي وصندوق النقد الدولي) (بيتينجر 2017). تمثلت المبادئ العشرة في الاقتراض الحكومي المنخفض، وإعادة توجيه الإنفاق العام، والإصلاح الضريبي لتوسعة القاعدة الضريبية، ومنح الأسواق حرية تحديد أسعار الفائدة، وأسعار الصرف التنافسية، وتحرير التجارة، والانفتاح على الاستثمار الأجنبي المباشر، والخصخصة، ورفع القيود، ومراعاة حقوق التملك (رودريك 2006). منذ تسعينيات القرن الماضي، تقدم المؤسسات المالية الدولية قروضًا بفائدة منخفضة للبلدان النامية بشرط تنفيذ مبادئ إجماع واشنطن، وتُعرف هذه القروض ببرامج التكيف الهيكلي (SAPs). في قطاع الصحة، تُرجمت برامج التكيف الهيكلي إلى السياسات الإصلاحية لقطاع الصحة (HSR) التالية:

- توقف الدولة عن تقديم الخدمات الصحية؛
 - تقليل الإنفاق على الصحة واعتماد حزمة من التدخلات الأساسية المنخفضة التكلفة؛
 - اللامركزية؛
 - حشد عدّة مصادر لتمويل الرعاية الصحية.
- عززت هذه الإجراءات النهج الطبي-الحيوي والعلاجي والانتقائي للرعاية الصحية وأطلقت موجة ضخمة من عمليات الخصخصة. وأظهرت الدراسات أن سياسات برامج التكيّف الهيكلي أبطأت التحسن في الحالة الصحية للشعوب في البلدان التي تطبقها، أو أدت إلى تدهورها، حيث تسببت مثلاً (لوينسون 1993):
- بتدهور الحالة التغذوية للأطفال؛
 - وزيادة الإصابة بالأمراض المعدية؛
 - وارتفاع معدلات وفيات الرضع والأمهات.
- عززت برامج التكيّف الهيكلي هيمنة البلدان الغنية (في المقام الأول الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي) وآليات التمويل أو الجهات المانحة التابعة لها على حوكمة الصحة في العالم، فيما أناطت سلطة صنع القرار على المستوى القطري بوزارات المالية بدلاً من وزارات الصحة.

أثر برامج التكيّف الهيكلي: حالة السودان

في العام 1992، تبنت حكومة السودان (قبل انقسامه إلى السودان وجنوب السودان) إصلاحات اقتصادية هيكلية كبرى عُرفت باسم "سياسات التحرير". وأشار إلى أن هذه الإصلاحات تركت أثراً على القطاع الصحي في عدّة مجالات:

- **انخفاض تمويل الرعاية الصحية:** في غضون سبع سنوات، تراجع الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية من 1.4 جنية سوداني للفرد سنة 1986/1987 إلى 0.24 جنية سوداني سنة 1993/1994، أي ما نسبته 83%. لم يجد هذا التراجع الحاد تبريره في محدودية الموارد المالية لأن الناتج المحلي الإجمالي كان قد ارتفع بنسبة 21.6% في تلك الفترة نفسها (بابيكر 1996)؛ بل إن خفض الإنفاق العام على الصحة والتوقف التدريجي عن تقديم الخدمات الصحية (والاجتماعية) تمّ تماشياً مع التدابير القياسية لصندوق النقد الدولي والبنك الدولي في تلك الفترة، وكان ملائماً للأولويات السياسية للسودان خلال الحرب في الجنوب في أوائل التسعينيات.
- **استحداث رسوم المستخدم وقت الخدمة:** في أوائل التسعينيات، نظّمت الحكومة السودانية بعض الإجراءات "لسد الفجوة" في تمويل الرعاية الصحية نتيجة خفض الإنفاق العام؛ فابتكرت "نظام المساعدة الذاتية" الذي نقل البلاد من نظام الخدمات الصحية المجانية السائد

قبل التسعينيات إلى نظام "تقاسم التكاليف" الذي بدأت بموجبه المرافق العامة بتحصيل رسوم أعلى وقت تقديم الخدمات الصحية في العيادات الخارجية والمستشفيات. أعقب "نظام المساعدة الذاتية" برنامج "العلاج الاقتصادي" في مراكز رعاية صحية مختارة في الخرطوم. اعتُبرت خدمات الرعاية الصحية المقدمة في هذه المراكز المختارة أفضل من تلك التي تقدمها المرافق العامة العادية، وكانت الرسوم فيها أعلى من رسوم "المساعدة الذاتية" في مرافق الرعاية الصحية العامة العادية ولكن أقل من التكلفة في المرافق الخاصة (منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا 1999).

قُدِّم نموذجاً تحصيل الرسوم من المستخدمين وقت تقديم الخدمات تحت مسمى "تعزيز خدمات الرعاية الصحية" حيث نُسب التدهور في خدمات الرعاية الصحية في البلاد إلى نقص الموارد المالية وفرط استخدام الخدمات. وبُزرت الحكومة فرض الرسوم المباشرة على الخدمات باعتباره أحد تدابير تنظيم استخدام خدمات الرعاية الصحية وتأمين الموارد المالية للارتقاء بوجودها.

• تراجع إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة

واستخدامها: شهد السودان في هذه الفترة ارتفاع عبء الأمراض المعدية وسوء التغذية نتيجة تدني مستوى المعيشة والفقر وعواقب الحرب في جنوب السودان (اليونيسف 1996). وعلى الرغم من عبء المرض المرتفع، تراجع استخدام خدمات الرعاية الصحية العامة. وعزت دراسة أجرتها منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا (OSSREA) هذا التراجع إلى تزايد تكلفة خدمات الرعاية الصحية العامة مقابل تدني جودة الرعاية، ما دفع المستخدمين إلى التوجه إلى قطاع الرعاية الصحية الخاص (منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا 1999).

لناحية الحوكمة، شكّل "إصلاح القطاع الصحي" في السودان في أوائل التسعينيات أحد المجالات الفرعية للتحرير الاقتصادي واستند إلى الأجندة التحريرية لصندوق النقد الدولي/البنك الدولي وإلى الأجندة العسكرية للحكومة السودانية، بدلاً من الاستناد إلى برنامج إصلاحي مدروس قائم على تقييم منهجي للاحتياجات.

المبادرات العالمية (التسعينيات والعقدان الأولان من القرن الحادي والعشرين)

في التسعينيات وحتى أول عقدين من القرن الحادي والعشرين، تم إنشاء أكثر من 100 آلية مالية عالمية لتمويل جوانب مختلفة من التنمية الصحية. وقد نتجت عن ذلك الخصائص التالية:

- الأولويات التي توجّهها الجهات المانحة: تؤدّي إلى شردمة النظم الصحية بشكل أكبر على المستوى الوطني (المزيد من البرامج العمودية).

- الفوضى المالية: زيادة الطلب على وقت الحكومة وولائها للجهات المانحة.
- تركيز العاملين الصحيين في المشاريع الممولة: الأماكن والجوانب المهملة من الرعاية الصحية.
- توليد التبعية: الافتقار إلى خطة استدامة جدية.

بالإضافة إلى المؤسسات النقدية الدولية والمنظمات الحكومية التابعة للبلدان الغنية (في الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي بشكل أساسي)، عززت المبادرات العالمية دور الشركات عبر الوطنية وجبهات الأعمال كجهات فاعلة رئيسية في عملية صنع القرار في مجال الصحة العالمية. ويُعتبر ذلك أمرًا بديهيًا لأنه تم تمويل غالبية آليات التمويل هذه إلى حد كبير من قبل الشركات أو المؤسسات الخاصة.

حالة مشروع بقاء الطفل في مصر

في أوائل الثمانينات، طوّرت الوكالة الأميركية للتنمية الدولية (USAID) استراتيجية الجهات المانحة لبقاء الأطفال في مصر (تومافيك وآخرون، 1990). في حين أنّ الاستراتيجية تُعتبر للجهات المانحة، غير أنّ الوكالة الأميركية للتنمية الدولية - وهي الجهة المانحة، أشارت إلى أنه تم تطوير الاستراتيجية بالتعاون مع الحكومة المصرية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO). وقد تبنى المشروع تدليّن: (1) الاستخدام المكثف للمعالجة بالإمهاة الفموية للحد من العواقب الوخيمة لإسهال الأطفال، (2) وتوسيع برنامج تحصين الأطفال ضد ستة أمراض معدية (السل، الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، شلل الأطفال والحصبة).

يُشكّل مشروع بقاء الطفل مثالاً توضيحياً لبرنامج عمودي يتبع مفهوم الرعاية الصحية الأولية الانتقائية الذي تبنته الجهات المانحة الغربية على نطاق واسع. لا يزال يُعتبر استخدام المعالجة بالإمهاة الفموية أفضل ممارسة تحقق الكفاءة من حيث التكلفة في الإدارة الأولية للإسهال لدى الأطفال دون سن الخامسة (موسيفي وآخرون، 2019). غير أنّها تتعامل مع المرض (الإسهال) عند حدوثه ولا تُعالج أسباب أو عوامل الخطر للمرض؛ أي أنّ المعالجة بالإمهاة الفموية تحدّ من حدوث الإسهال ولكنها تُعالجه بعد حدوثه حصراً. خلصت الاستطلاعات الوطنية إلى حدوث تغيير إيجابي على صعيد الوعي بأهمية المعالجة بالإمهاة الفموية، فيما أظهرت الإحصاءات الوطنية انخفاضاً في معدّل وفيات الرضع. كما ذكر تقرير رسمي أصدرته الوكالة الأميركية للتنمية الدولية أنّ كلا التغييرين هما نتيجة المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال (NCDDP) في مصر (تومافيك وآخرون، 1990). وأشار التقرير نفسه إلى عدم وجود دليل على انخفاض شدة نوبات الإسهال لدى الرضع والأطفال أو تراجع في انتشار حالات الجفاف بفضل المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال. بتعبير آخر، تعجز البيانات المتاحة حالياً عن إثبات دور المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال في الحدّ من انتشار حالات الجفاف أو شدتها. بالإضافة إلى ذلك، لم تُشر البيانات المتاحة حالياً إلى أي

تأثير ملحوظ للمشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال على حدوث الإسهال لدى الرضع والأطفال. وقد يُعزى ذلك إلى أن المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال لا يُعالج الأسباب الجذرية للمرض، على سبيل المثال، الوصول إلى مياه الشرب المأمونة ونظام الصرف الصحي المناسب.

قارن ويرنر وساندرز (1997) الرعاية الصحية الأولية الشاملة مقابل الرعاية الصحية الأولية الانتقائية بالنسبة لإسهال الأطفال في كتابهما المعنون "التشكيك في الحل: سياسات الرعاية الصحية الأولية وبقاء الطفل (مع نقد معمق للمعالجة بالإمهاة الفموية)" (ويرنر وساندرز، 1997). لقد أظهرت المقارنة بوضوح التأثير المحدود للرعاية الصحية الأولية الانتقائية على حدوث الإسهال أو المساعدة في تحسين نتائج الأطفال من خلال اعتماد نهجٍ علاجيٍّ انتقائيٍّ حصراً.

جدول 1. الرعاية الصحية الأولية الشاملة مقابل الانتقائية في معالجة الإسهال عند الأطفال

تعزيزية	وقائية	علاجية	تأهيلية
المياه	التثقيف حول النظافة الشخصية وصحة الأطعمة	المعالجة بالإمهاة الفموية	إعادة التأهيل الغذائي
الصرف الصحي	التلقيح ضد الحصبة	الدعم الغذائي	
الأمن الغذائي للأسر	الرضاعة الطبيعية		

المصدر: ويرنر وساندرز، 1997

من يتخذ القرارات المرتبطة بالصحة؟

الانتقال من الحوكمة التي تسيطر عليها الدولة إلى أصحاب المصلحة المتعددين (إضفاء مفهوم أصحاب المصلحة)

كما هو مُبيّن في القسم السابق، خلال العقود الأربعة الماضية، انتقلت الحوكمة العالمية للصحة من هيمنة منظمات الأمم المتحدة المتخصصة، ولا سيّما منظمة الصحة العالمية وجزئياً اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وغيرها، مروراً بهيمنة مؤسسات بریتون وودز (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي ومنظمة التجارة العالمية) وصولاً إلى هيمنة الشركات عبر الوطنية والمؤسسات الخاصة (مثل مؤسسة بيل وميليندا غيتس)، كما يظهر في الشكل 1 أدناه.

■ مصادر تمويل منظمة الصحة العالمية

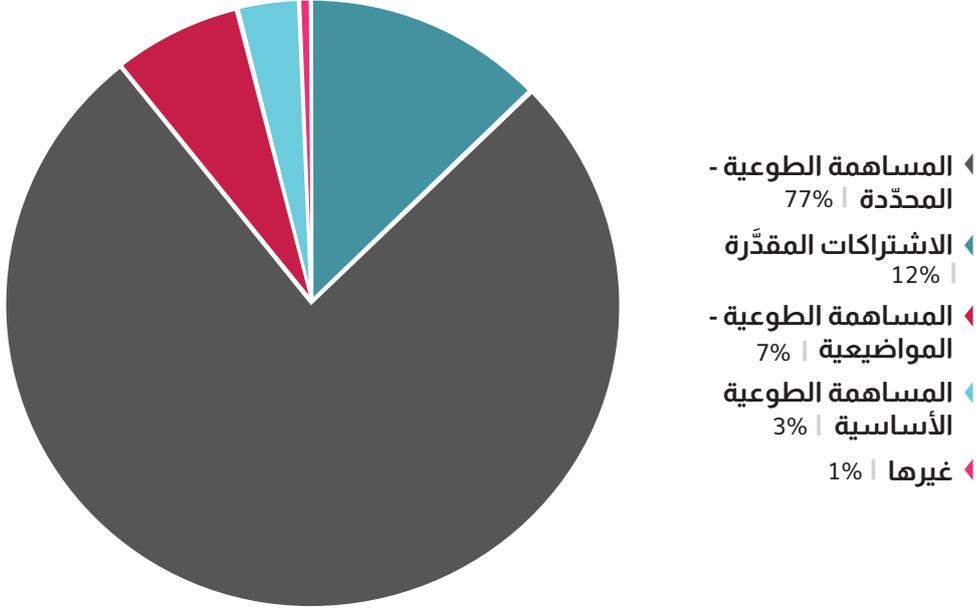
بالإضافة إلى النقص الهائل في التمويل، تواجه منظمة الصحة العالمية أربع أزمات متعلقة بتمويلها. فهذا الأخير يعاني من الاختلال ما بين ميزانيات البرامج والالتزامات المالية للدول الأعضاء، وعدم القدرة على التنبؤ المالي، وانعدام الشفافية في التمويل وتوزيع التمويل المتاح، وعدم الكفاءة في إدارة الموارد المالية المتاحة (ريدي وآخرون، 2018). بالفعل، بلغ إجمالي ميزانية البرامج لمنظمة الصحة العالمية في العامين 2020-2021 أقل من 7,6 مليار، أي أقل من خمس ميزانية الرعاية الصحية لولاية تكساس في الولايات المتحدة الأميركية، للسنة المالية ذاتها (هيئة الخدمات الصحية والإنسانية في تكساس، 2021). يمكن تصنيف مصادر تمويل منظمة الصحة العالمية على النحو التالي:

- **الاشتراكات المقدّرة** وهي نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي لبلد ما (توافق الجمعية العامة للأمم المتحدة على النسبة المئوية). وتوافق عليها الدول الأعضاء كل سنتين خلال جمعية الصحة العالمية.
- وتأتي معظم **المساهمات الطوعية** من الدول الأعضاء ومن منظمات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات الحكومية الدولية والمؤسسات الخيرية والقطاع الخاص، وغيرها من مصادر التمويل.

في ميزانية منظمة الصحة العالمية للعامين 2020-2021، شكّلت الاشتراكات المقدّرة نسبة 12% فقط من إجمالي الميزانية، بينما شكّلت المساهمات الطوعية 87% (راجع الشكل 1). إن اعتماد منظمة الصحة العالمية على المساهمات الطوعية يُمكن الجهات المانحة الخارجية من إملء الأولويات المؤسّساتية وجداول الأعمال لمنظمة الصحة العالمية (ريدي وآخرون، 2018). يوضح **الجدولان 2 و3** تأثير المساهمات الطوعية على إعادة توجيه أولويات منظمة الصحة العالمية. وأحد الأمثلة الواضحة على ذلك هو كيف أن التمويل السخي المُقدّم من مؤسسة

بيل وميليندا غيتس للقضاء على شلل الأطفال جعل من هذا الأخير أولوية ثانية لمنظمة الصحة العالمية حتى أثناء تفشي جائحة كوفيد - 19.

شكل 1. إيرادات منظمة الصحة العالمية حسب النوع للعامين 2020-2021



المصدر: منظمة الصحة العالمية، المساهمات في العامين 2020-2021. نوع التمويل حسب الجهة المساهمة - [رابط](#)

جدول 2. توزيع المساهمة الطوعية لمؤسسة بيل وميليندا غيتس

النسبة المئوية	البرنامج	النسبة المئوية	البرنامج
0.55%	انخفاض عدد الأشخاص الذين يعانون من ضائقة مالية	64.37%	مكافحة شلل الأطفال
0.50%	الموارد المالية والبشرية والإدارية المُدارة بكفاءة وفعالية وشفافية وملتزمة حول النتائج	13.43%	تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ذات الجودة
0.48%	تعزيز القيادة والحوكمة وأعمال المناصرة من أجل الصحة	5.92%	تعزيز قدرات الدولة في مجال البيانات والابتكار
0.19%	الكشف عن حالات الطوارئ الصحية والاستجابة لها بشكل سريع	5.21%	تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتشخيصات والأجهزة للرعاية الصحية الأولية
0.17%	تنفيذ استراتيجيات وقائية مُثبتة للأوبئة والأمراض التي يُحتمل أن تتحول إلى جائحات/أوبئة على نطاق واسع	3.14%	منع تفشي الأوبئة والجائحات
0.15%	تعزيز الأوضاع الصحية والصحة في جميع السياسات	2.47%	الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية الحادة بسرعة، بالاستفادة من القدرات الوطنية ذات الصلة
0.03%	بلدان متأهبة لحالات الطوارئ الصحية	0.86%	برنامج خاص للأبحاث والتطوير والتدريب البحثي في مجال التناسل البشري
0.03%	بلدان جاهزة من الناحية التشغيلية لتقييم المخاطر وجوانب الضعف المحددة وإدارتها	0.85%	الحدّ من عوامل الخطر من خلال العمل المتعدّد القطاعات
0.01%	تسليم سريع التبع للمُمرضات المسببة للأوبئة	0.84%	المحدّات الاجتماعية للصحة
		0.80%	برنامج خاص للبحث والتدريب في أمراض المناطق المدارية

المصدر: بؤابة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالميزانية البرمجية

جدول 3. توزيع الميزانية الإجمالية لمنظمة الصحة العالمية

النسبة المئوية	البرنامج	النسبة المئوية	البرنامج
1.47%	المحدّات الاجتماعية للصحة	40.52%	الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية الحادة بسرعة، بالاستفادة من القدرات الوطنية ذات الصلة
1.38%	بلدان جاهزة من الناحية التشغيلية لتقييم المخاطر وجوانب الضعف المحددة وإدارتها	15.56%	تنفيذ برامج القضاء على شلل الأطفال والانتقال بالتعاون مع المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال
1.22%	الحدّ من عوامل الخطر من خلال العمل المتعدّد القطاعات	14.82%	تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ذات الجودة
1.18%	تعزيز القيادة والحوكمة وأعمال المناصرة من أجل الصحة	5.14%	منع تفشّي الأوبئة والجائحات
0.85%	انخفاض عدد الأشخاص الذين يعانون من ضائقة مالية	3.61%	تنفيذ استراتيجيات وقائية مُثبتة للأوبئة والأمراض التي يُحتمل أن تتحوّل إلى جائحات/أوبئة على نطاق واسع
0.75%	تسليم سريع التّبع للمُفرضات المسبّبة للجائحات	3.34%	تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتشخيصات والأجهزة للرعاية الصحية الأولية
0.68%	برنامج خاص للبحث والتدريب في أمراض المناطق المدارية	2.48%	الكشف عن حالات الطوارئ الصحية والاستجابة لها بشكل سريع
0.41%	الموارد المالية والبشرية والإدارية المُدارة بكفاءة وفعالية وشفافية وملتزمة حول النتائج	2.17%	تعزيز قدرات الدولة في مجال البيانات والابتكار
0.39%	تعزيز الأوضاع الصحية والصحة في جميع السياسات	2.14%	بلدان متأهبة لحالات الطوارئ الصحية
0.39%	إطار التأهب لجائحة الإنفلونزا	1.52%	برنامج خاص للأبحاث والتطوير والتدريب البحثي في مجال التناسل البشري

المصدر: بؤابة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالميزانية البرمجية

هيكليات الحوكمة الحالية للصحة العالمية والقنوات التي تؤثر من خلالها على عملية صنع القرار

حدّد ليغي (ليغي 2023) ستّ فئات من الجهات الفاعلة في الحوكمة العالمية للصحة:

1. المنظّمات المتعدّدة الأطراف والمعاهدات الدولية (منظومة الأمم المتحدة - منظّمة الصحة العالمية، واليونسيف، وبرنامج الأمم المتّحدة الإنمائي، وبرنامج الأمم المتّحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي؛ ونظام بريتون وودز - صندوق النقد الدولي والبنك الدولي؛ والاتفاقات التجارية، وغيرها)
2. الهيئات الحكومية الدولية والقوى العظمى (مجموعة الثماني، ومجموعة العشرين، منظّمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، الاتحاد الأوروبي والولايات المتّحدة الأميركيّة)
3. الشركات عبر الوطنية (الشركات المصنّعة للأدوية والأدوية)
4. ضوابط السوق (العرض والطلب وكيف ينطبقان على مجال الصحة)
5. الحركات الاجتماعية
6. تدفق المعلومات

الشركات عبر الوطنية

تكبر المنظّمات عبر الوطنية وبتزايد عددها وتُغطّي حصّة متزايدة من التجارة العالمية. فهي تُؤدّي دورًا مهيمًا في حشد الأموال والتقنيات للاستثمار. على سبيل المثال، يُعدّ دور المستحضرات الصيدلانية الكبيرة في الحوكمة العالمية للصحة خير مثال على الدور المؤثر المتنامي للشركات في حوكمة الصحة على المستويين العالمي والوطني. إنّ قصة التفاعل ما بين الحكومة المصرية وشركة جلعاد هي مثال توضيحي وتمّ تفصيلها أدناه.

عودة إلى العام 2015: حالة التهاب الكبد C وشركات المستحضرات الصيدلانية الكبيرة في مصر

على الرغم من الإنجازات الحديثة والمستمرّة في علاجات فيروس التهاب الكبد C، لا يزال الحصول على العلاج المضاد للفيروسات محدودًا في مصر. ففي العام 2008، نشرت اللجنة الوطنية لمكافحة التهاب الكبد الفيروسي استراتيجية ممتدّة على 5 سنوات (2008-2012). وقد قدّرت أنه في العام 2008 بلغ عدد مرضى التهاب الكبد C المؤهلين لتلقّي العلاج المضاد للفيروسات 60.000 شخص (دالغليش، 2008). غير أنه بين العامين 2008 و2011، لم يتجاوز عدد المرضى الذين تلقّوا العلاج 190 ألف. هذا وبلغ عدد المرضى الذين تلقّوا العلاج 22.000 عام 2008، وارتفع إلى 65.000 في العام 2009 ثم انخفض تدريجيًا إلى 58.000 و45.000 في عاميّ 2010 و2011 على التوالي (مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها 2012). في استطلاع

أُجري مؤخرًا، أفاد 38% من مرضى التهاب الكبد C الذين تتراوح أعمارهم بين 15-59 عامًا ضمن عيّنة تمثيلية على المستوى الوطني بأنهم تلقوا العلاج المضاد للفيروسات. وبلغت النسبة 29.7% للنساء و41.7% للرجال. غير أن غالبيتهم أفادوا عن تلقيهم نظام العلاج القديم (الإنترفيرون) بمعدّل شفاء 51% بينما أبلغ 4.8% فقط عن تلقيهم أدوية جديدة مضادة للفيروسات (سوفوسبوفير أو أوليسيو) بمعدّل شفاء نسبته 79-96% (وزارة الصحة والسكان، مصر 2015).

ربطت الاستراتيجية، التي ما زالت السلطات الصحية المصرية تتبناها، توسيع نطاق الحصول على العلاج المضاد لفيروس التهاب الكبد الفيروسي بتوزيع دورة منخفضة التكلفة نسبيًا من العلاج المضاد للفيروسات من خلال المرافق الطبية الحكومية بناءً على إرشادات صارمة. خلال العقد الماضي، تبنت الحكومة المصرية مرارًا وتكرارًا نهج التفاوض مع الشركات المصنعة للأدوية من أجل خفض سعر العلاج المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي لاستخدامه في القطاع العام. على سبيل المثال، في العام 2008، توصلت الحكومة إلى اتفاق مع شركتين دوليتين لتصنيع الأدوية (ميرك وروش) لإنتاج البيغنتيرفيرون المعبأ محليًا مقابل 2000 دولار أميركي (على نفقة المرضى) بدلًا من 12,000 دولار أميركي (السعر الدولي) مقابل دورة علاجية لمدة 48 أسبوعًا (كما ذكر كابلان وسوان، 2012). يمثل السعر المخفض 47% من متوسط الدخل السنوي للأسرة المصرية و56% من الدخل السنوي للأسر الريفية في العام المالي 2010-2011.

في العام 2014، كرّرت الحكومة المصرية صفقة مماثلة مع شركة "جلعاد للعلوم" (شركة أدوية مقرّها الولايات المتحدة) لشراء دواء سيميبريفير (كجزء من العلاج الثلاثي الموصى به حاليًا) مقابل 900 دولار أميركي (على نفقة المرضى) بدلًا من 84,000 دولار أميركي (السعر الأصلي في السوق الأميركية) (فيك وهيرشل، 2014). غير أنّ هذا الانخفاض الملحوظ في التكلفة لم ينعكس في التوسع الموازي في تغطية علاج التهاب الكبد C. هذا الأمر يُشير إلى أنّ التكلفة لا تزال تتجاوز قدرة المرضى على تحمّل التكاليف و/أو أنّ ثقة مجموعة واسعة من العوائل (دالغليش 2012؛ وزارة الصحة والسكان، مصر 2015). تعكس حالات عدم اليقين هذه فجوة معرفية في تحديد العوائل التي تحول دون تلقي العلاج المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي و/أو قدرة المعرفة الحالية المحدودة على توجيه عملية صنع القرار المستتيرة.

الخلاصة

تُعدّ الحوكمة من أجل الصحة مجالاً فرعياً للحكومة الاقتصادية. كما أظهرت دراسات الحالة الواردة في هذا التقرير، لقد أثر كلٌّ من هيمنة السياسات النيوليبرالية وتمويل الاقتصاد وإضفاء مفهوم أصحاب المصلحة على هيكلية حوكمة الصحة. كما قدّمت هذه الورقة بعض التعاريف ولمحة عامّة عن بعض آليات تمويل الصحة.

المراجع

- Atiku S. O. 2019. "Contemporary Multicultural Orientations and Practices for Global Leadership." Hershey, Pennsylvania: IGI Global.
- Babiker, M.A.B.2006. "The Impact of Liberalisation Policies on Health, Some Evidence from Sudan." Seminar paper No. 100, DSRC, University of Khartoum.
- Bennett, S., Corluka, A., Doherty, J., et al. 2012. "Influencing Policy Change: The Experience of Health Think Tanks in Low- and Middle-income Countries." Health Policy Plan, 27:194-203.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. "Progress toward Prevention and Control of Hepatitis C Virus Infection - Egypt, 2001–2012: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2012." Atlanta: Centers for Disease and Control and Prevention (CDC). [Link](#).
- Center to Eliminate Health Disparities (CEHD), University of Texas Medical Branch (UTMB). 2016. "A Plan to Address Documented Health Disparities While Enhancing UTMB Capacity for Coordinated Action: The Third Improvement Plan." Editors: Lee, W.C., Eschbach, K., Serag, H. & Smith, K. [Link](#).
- Cueto, M. 2004. "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care." American Journal of Public Health, 94:1864-74.
- Dalglish, S. 2008. "Egyptian National Control Strategy for Viral Hepatitis 2008-2012: The Ministry of Health and Population: The National Committee for the Control of Viral Hepatitis."
- Exworthy, M. 2008. "The Enduring Legacy of Alma Ata: 30 years on." London Journal for Primary Care (Abingdon), 1:81-4.
- Fick, M., & Hirschler, B. 2014. "Gilead offers Egypt New Hepatitis C Drug at 99 percent Discount." Reuter. [Link](#).
- Garson, G.D., & Khosrow-Pour, D. B. A. M. 2008. "Handbook of Research on Public Information Technology." Hershey, Pennsylvania: IGI Global.
- Kickbusch, I., & Gleiche, D. 2012. "Governance for Health in the 21st Century. Geneva: World Health Organization.
- Legge, D. 2023. "Political Economy for Health: Key Terms in Political Economy and their Implications for Population Health and for Health Care." [Link](#).

- Loewenson, R. "Structural Adjustment and Health Policy in Africa. *International Journal of Health Services*, 23:717-30.
- Ministry of Health and Population (MOHP) – Egypt. 2015. "The DHS Program ICF International. Egypt Health Issues Survey." [Link](#).
- Mosegui, G.G., Vianna, C.M., Rodrigues, M.S., et al. "Cost-effectiveness Analysis of Oral Rehydration Therapy Compared to Intravenous Rehydration for Acute Gastroenteritis without Severe Dehydration Treatment." *Journal of Infection and Public Health*,12:816-821.
- Obimbo, E.M. 2003. "Primary Health Care, Selective or Comprehensive, which Way o Go?" *East African Medical Journal*, 80:7-10.
- OSSREA. 1999. "The Impact of Structural Adjustment Programs on the Health Sector in the Sudan: A Case of Khartoum State." [Link](#).
- Pettinger, T. 2017. "Washington Consensus – Definition and Criticism." Volume 2023: Economics - Help.
- Reddy, S.K., Mazhar, S., & Lencucha, R. 2018. "The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: A Review of Funding Proposals." *Global Health*, 14:119.
- Rodrik, D. "Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion? A Review of the World Bank's Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade of Reform." *Journal of Economic Literature*, XLIV:December 2006.
- Solar, O., & Irwin, A. 2010. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization (WHO).
- Texas Health and Human Services. 2021. "Operating Budget - Fiscal Year 2022." [Link](#).
- Tumavick, N., Binnendijk, A., Calder, D, et al. 1990. "Child Survival Programs in Egypt: A.I.D.: Project Impact Evaluation Report No. 73." U.S. Agency for International Development (USAID). [Link](#).
- United Nations (UN). 1946. "Constitution of the World Health Organization (WHO)." New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 1996. "Situation Analysis of Children and Women in the Sudan." [Link](#).
- Walsh, J.A., & Warren, K.S. 1979. "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries." *New England Journal of Medicine*, 301:967-74.

- Werner, D., & Sanders, D. 1997. "Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival with an In-depth Critique of Oral Rehydration Therapy." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2023. "Health Systems Governance." Volume 2023: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 1978. "Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 Volume 2020." Geneva: World Health Organization.

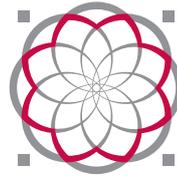




AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

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

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



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكومية العربية للتنمية في 12 دولة عربية، مع 9 شبكة وطنية (وعضوية ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكومية.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

