REIMAGINING GLOBAL HEALTH REFORM IN THE ASIA PACIFIC: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned

FINAL REPORT

PMAC | STRATEGIC INSTITUTE

iHPP FOUNDATION

NUS National University of Singapore | Saw Swee Hock School of Public Health

清華大學 Tsinghua University

This document and its contents are prepared from the Asia Pacific Regional Dialogue on Global Health Reform

ديباجة المجلس الإستراتيجي

تُعد منطقة آسيا والمحيط الهادئ من دون شكّ المنطقة الأكثر تعقيدًا ضمن ورش مؤسسة Wellcome الإقليمية الخمس. إذ تضم منطقتنا مزيجًا استثنائيًا من النظم السياسية وأنظمة الصحة؛ بدءًا من الديمقراطيات الفيدرالية الكبرى ووصولاً إلى الدول الجزرية الصغيرة، ومن نظم التغطية الصحية الشاملة المتقدمة إلى الأنظمة التي لا تزال تخضع لإصلاحات جوهرية. كما تحتضن المنطقة عددًا من منصّات الصحة العالمية التي تتميّز بآليات حوكمة فريدة. ورغم ما تفرضه هذه التعدّدية من تحديات، فإنها تتيح أفضل الفرص لاستخلاص الدروس. فعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة في التقاليد السياسية والأنظمة الصحية، استطاع ممثلو المناطق الفرعية مثل جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا وشرق آسيا وأوقيانوسيا التوافق على عدة أولويات مهمة، ما يثبت أنه حتى في منطقة متنوعة مثل منطقتنا، يمكن للأهداف المشتركة أن تبدأ في التبلور.

عُقدت هذه الورشة برعاية تحالف مؤتمر جائزة الأمير ماهيدول (PMAC) –مؤسسة برنامج السياسة الصحية الدولية في تايلاند، وكلية Saw Swee Hock للصحة العامة في جامعة سنغافورة الوطنية، وكلية Tsinghua Vanke للصحة العامة في الصين– وقد أشرف على قيادتها بالكامل قادة شباب صاعدون في مجال الصحة العالمية من هذه المؤسسات، ما يشير إلى تحول مهم نحو تمكين أصوات قادة المستقبل.

جمعت هذه الورشة الوزراء السابقين للصحة، وكبار صانعي السياسات، وممثلي منظمة الصحة العالمية، والممولين الإقليميين والمحليين، وممثلي المجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية، والقطاع الخاص، ووكالات الأمم المتحدة، والبنوك التنموية، والشركاء الرئيسيين في التنمية، محافظةً بذلك على الالتزام بالمشاركة المتعددة القطاعات في صياغة الصحة العامة العالمية.

تمتلك منطقة آسيا والمحيط الهادئ كل ما يلزم لتحديد الفصل القادم من الصحة العالمية: المواهب، والتقنية، والممولين مثل الوكالة اليابانية للتعاون الدولي (JICA) وبنك التنمية الآسيوي، الذين يلتزمون بتحقيق تقدم طويل الأمد ومستدام. وكجزء من تحالف PMAC، تُعدّ هذه الورشة أكثر من مجرد اجتماع، فهي خطوة جماعية نحو صياغة العالم الذي نطمح إليه.

حان الوقت الآن لفهم أولوياتنا الصحية المشتركة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ، والبناء على رؤانا الجماعية، والعمل جنبًا إلى جنب بثقة واعتماد متبادل لخلق مستقبل أكثر عدلاً وصحةً واستدامة للجميع.

Margaret Chan، *كلية Vanke للصحة العامة، جامعة Tsinghua*

Soumya Swaminathan، *مؤسسة M S Swaminathan للأبحاث*

Viroj Tangcharoensathien، *مؤسسة اللوائح الصحية والسياسات الدولية*

Yik Ying Teo، *كلية Saw Swee Hock للصحة العامة، جامعة سنغافورة الوطنية*

Suwit Wibulpolprasert، *المعهد الإستراتيجي لمؤتمر جائزة الأمير ماهيدول*

الشكر والتقدير

هذا التقرير هو نتيجة مشروع بتكليف من Wellcome Trust. تمت كتابة هذا التقرير بواسطة (حسب الترتيب الأبجدي): Dorothy Boyle, Margaret Chan, Tashi Chozom, Indira Dewi Kantiana, Aprajita Kaushik, Divya Lakhotia, Angkana Lekagul, Harvy Joy Canlas Liwanag, Jing Ting Ng, Kiesha Prem, Afifah Rahman-Shepherd, Aluquin Dominique Anne Suratos, Soumya Swaminathan, Kun Tang, Viroj Tangcharoensathien, Yik Ying Teo, Jasper Tromp, Suwit Wibulpolprasert, and Ivy Yuan Yuan Zou.

أولاً وقبل كل شيء، يقدّم هذا التقرير الشكر لجميع المشاركين الذين شاركوا في الاستبيان، والمقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين، ومجموعات النقاش المركزة، والاجتماع الذي استمر ثلاثة أيام في سنغافورة. إن رؤى المشاركين، وحماسهم، وأفكارهم تشكل أساس هذا التقرير.

يقدّم هذا التقرير أيضًا الشكر لـ Jieun Lee، وJi Heon Kim، وSreymom Oy، وNathalie En Dan Ang، وKullaya Petchkanokpraw، وWaraporn Poungkantha، وOranicha Khamprapa على دعمهم خلال الاجتماع.

قدّمت Wellcome Trust الدعم لهذا التقرير. ومع ذلك، فإن الآراء المعبر عنها في هذا التقرير لا تعكس بالضرورة وجهات نظر Wellcome Trust.

الاستشهاد المقترح

D. Boyle, M. Chan, T. Chozom، وآخرون 2025. إعادة تصور إصلاح الصحة العالمية في منطقة آسيا والمحيط الهادئ: إصلاح مصمم وطنيًا، ومنسق إقليميًا، ومتوافق عالميًا. تايلاند، بانكوك: معهد PMAC

قائمة الاختصارات

ADB	بنك التنمية الآسيوي
AP-GHRC	ائتلاف إصلاح الصحة العالمية في إقليم آسيا والمحيط الهادئ
APEC	التعاون الاقتصادي لآسيا والمحيط الهادئ
ASEAN	رابطة دول جنوب شرق آسيا
CSO	منظمة (منظمات) المجتمع المدني
FGD	مناقشة (مناقشات) مجموعات التركيز
Gavi	التحالف العالمي للقاحات والتحصين
GCF	الصندوق الأخضر للمناخ
JEE	التقييم الخارجي المشترك
KII	المقابلة (المقابلات) مع مقدمي المعلومات الرئيسيين
M&E	الرصد والتقييم
NGO	المنظمة (المنظمات) غير الحكومية
ODA	المساعدة الإنمائية الرسمية
PIANGO	جمعية جزر المحيط الهادئ للمنظمات غير الحكومية
PIFS	أمانة منتدى جزر المحيط الهادئ
SDG	أهداف التنمية المستدامة
SPC	جماعة المحيط الهادئ
UN	الأمم المتحدة
UNESCAP	اللجنة الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لآسيا والمحيط الهادئ
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للأطفال
WHO	منظمة الصحة العالمية
WPRO	المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ (منظمة الصحة العالمية)

الملخص التنفيذي

جمعت الورشة الإقليمية لآسيا والمحيط الهادئ حول إصلاح الصحة العالمية أصحاب المصلحة المتنوعين من 25 دولة في عملية مشاورات استمرت أربعة أشهر لتحديد رؤية الإقليم للهيكل الصحي العالمي. وقد تم تكليف هذه الورشة من قِبل Wellcome Trust كجزء من سلسلة من خمس ورش إقليمية حول إصلاح الصحة العالمية، وشاركت الورشة الحكومات، والمنظمات المتعددة الأطراف، والمجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية، والجهات الخيرية، والقطاع الخاص من خلال مراجعة الأدلة، وتعيين أصحاب المصلحة، والمقابلات، والاستبيانات الإقليمية، ومجموعات النقاش المركزة، واجتماع دلفي المعدّل في سنغافورة. النتيجة هي مجموعة من التوصيات المنسقة لإنشاء هيكل صحي عالمي مصمم وطنيًا، ومنسق إقليميًا، ومتوافق عالميًا.

رغم أن الوظائف المعيارية والتعاونية للهيكل الصحي الحالي صحيحة من الناحية النظرية، إلا أنها تظل مقيدة عمليًا، بينما الوظائف الأخرى لا تلبي بشكل جيد احتياجات منطقة آسيا والمحيط الهادئ. لا تزال سلطة صنع القرار تخضع لهيمنة البلدان ذات الدخل المرتفع. وقد فشلت فعالية المساعدات، كما يتضح من الأولويات التي تفرضها الجهات المانحة والتي شوهت أجندات الصحة الوطنية وأبقت على حالة الاعتماد. وتعد آليات المساءلة غير متماثلة، حيث تركز على تتبع أداء المستفيدين بينما تواجه الجهات المانحة أقل قدر من التدقيق. كما أن التمويل المجزأ يخلق ازدواجية ويزيد العبء الإداري. وعلى المستوى الوطني، تعمل عمليات تحديد الأولويات الضعيفة والفساد على تقويض شرعية الاستثمارات في الصحة. هذه الإخفاقات ليست عشوائية؛ بل تعكس عيوبًا تصميمية أساسية في هيكل بُني لعصر مختلف.

استنادًا إلى مشاورات واسعة مع أصحاب المصلحة عبر المنطقة، تقترح الورشة ستة إصلاحات متكاملة تتناول الحوكمة والتمويل. تهدف إصلاحات الحوكمة إلى إنشاء منصات وطنية متعددة القطاعات لتحديد الأولويات المستندة إلى الأدلة، تشمل الأصوات المهمشة؛ وإقامة أنظمة فعالة للرصد والتقييم تُحاسب الجهات المانحة والحكومات وجهات التنفيذ أمام المجتمعات؛ وبناء منصات تنسيق إقليمية مخصصة ذات مهام واضحة لتوحيد الجهود وتعزيز الصوت الجماعي. أما إصلاحات التمويل فتهدف إلى تنسيق الاستثمارات المجزأة المتعددة الجهات المانحة في السلع العامة العالمية والإقليمية؛ ومواءمة آليات التمويل مع الأولويات المحددة وطنيًا من خلال مشاركة عادلة للدول المستفيدة في الحوكمة؛ ودعم الانتقال من الاعتماد على الجهات المانحة إلى استثمارات محلية مستدامة من خلال زيادة المساحة المالية للصحة، وبناء القدرات الفنية، والتخطيط لمرحلة الانتقال.

تترجم ثلاثة مسارات عملية هذه الرؤية الإصلاحية إلى واقع عملي: إضفاء الطابع المؤسسي على منصات التنسيق الوطني وعمليات الانتقال في التمويل ضمن الهياكل الحكومية القائمة؛ وإنشاء مستودعات بيانات وآليات تنسيق دون إقليمية منظمة حول مسارات الجهات المانحة، والمسارات الفنية؛ وبناء آلية حوكمة إقليمية من خلال ائتلاف إصلاح الصحة العالمية في إقليم آسيا والمحيط الهادئ المقترح وتبادل المعرفة الرقمي.

إن إصلاح الصحة العالمية في آسيا والمحيط الهادئ الذي يهدف إلى تحقيق هيكل مصمم وطنيًا، ومنسق إقليميًا، ومتوافق عالميًا، أكثر من مجرد توصيات تقنية. فهو دليل على أن الأصوات الإقليمية هي التي تشكل التوافق الإقليمي، وأن أصحاب المصلحة المتنوعين هم مَن يبنون رؤية مشتركة، وأن منطقة آسيا والمحيط الهادئ تطالب بقيادة إصلاح الصحة العالمية بدلاً من مجرد التفاعل مع أجندات خارجية.

جدول المحتويات

I. مقدمة 1

II. المنهجية 1

III. الهيكل القائم اليوم:

ما الذي يعمل وما الذي لا يعمل في منطقة آسيا والمحيط الهادئ 2

IV. مقترحات إصلاح هيكل الصحة العالمية 3

A. مقترحات إصلاح الحوكمة (G1–3) 3

G1. جعل تحديد الأولويات قائمًا على الأدلة، ومتعدّد القطاعات، ومسترشدًا بالمجتمعات 3

G2. إنشاء أنظمة رصد وتقييم وطنية وإقليمية تُحاسب جميع الجهات المعنية 3

G3. تمييز الصلاحيات المؤسسية لتعزيز الحوكمة الإقليمية 4

B. مقترحات إصلاح التمويل (F1-3) 5

F1. دعم الانتقال المسؤول من الاعتماد على الجهات المانحة إلى التمويل المحلي المستدام 5

F2. مواءمة آليات التمويل مع الأولويات المحددة على المستوى الوطني 5

F3. تنسيق التمويل المُجزأ للمنافع العامة العالمية والإقليمية 5

V. مسارات الإصلاح المحددة 6

A. منصات التنسيق الوطنية لتحديد الأولويات والتحول في التمويل 6

B. آليات التنسيق والمساءلة دون الإقليمية 6

C. الحوكمة الإقليمية وهيكل المعرفة 7

VI. الخطوات التالية المقترحة 8

VII. كلمات ختامية 9

I. مقدمة

بتكليف من Wellcome Trust، كجزء من سلسلة من خمس ورش إقليمية حول إصلاح الصحة العالمية، كانت لهذه المبادرة ثلاثة أهداف: تحديد الأولويات الإقليمية المشتركة لوظائف وأشكال الهيكل الصحي؛ استخلاص المبادئ التي تعكس ما يجب تغييره؛ ورسم مسارات إصلاح قابلة للتطبيق على المستويات العالمية والإقليمية ودون الإقليمية والوطنية. حرصت الورشة على جمع مجموعة متنوعة من الجهات، بما في ذلك الحكومات، والمنظمات المتعددة الأطراف، والمنصات الإقليمية، والأوساط الأكاديمية، والمجتمع المدني، والجهات الخيرية، والقطاع الخاص، لضمان وجهات نظر تمثيلية وقابلة للتطبيق. وقد شارك الشركاء عبر منطقة آسيا والمحيط الهادئ في عملية مشاورات استمرت أربعة أشهر، شملت مراجعة الأدلة، وتعيين أصحاب المصلحة، والمقابلات، والاستبيانات الإقليمية، ومجموعات النقاش المركزة، واجتماع دلفي المعدل. واقترحت الورشة هيكلاً صحيًا عالميًا مصممًا وطنيًا، ومنسقًا إقليميًا، ومتوافقًا عالميًا، مع دور منطقة آسيا والمحيط الهادئ في صياغة الإصلاح بدلاً من مجرد التفاعل معه. في هذا التقرير، نقدم الرؤى المستخلصة من الورشة في أربعة أقسام: (1) تقييم الوضع الراهن للهيكل الصحي العالمي؛ (2) مجموعة من مقترحات الحوكمة والتمويل للإصلاح؛ (3) مجموعة من مسارات الإصلاح المتكاملة؛ و(4) الخطوات التالية للحفاظ على الزخم.

II. المنهجية

استخدمت الورشة نهجًا من مرحلتين لإشراك أصحاب المصلحة المتنوعين عبر 25 دولة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ لتطوير موقف جماعي بشأن إصلاح الصحة العالمية. وشملت المرحلتان معًا، المرحلة الأولى (أغسطس–أكتوبر 2025) والمرحلة الثانية (نوفمبر 2025)، الأنشطة التالية:

1. **مراجعة سريعة للأدبيات:** لفهم الهيكل الصحي العالمي الحالي، بما في ذلك آليات الحوكمة والتمويل القائمة، والتحديات والفرص المتاحة للإصلاح.
2. **التعيين المنهجي لأصحاب المصلحة:** لتحديد المشاركين في أنشطة المشروع.
3. **المقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين (KIIs):** لجمع رؤى معمقة من أصحاب المصلحة المتنوعين حول مقترحات إصلاح الصحة العالمية ومساراته.
4. **مناقشات مجموعات التركيز (FGDs):** لتيسير سير الورشة بين مجموعات أصحاب المصلحة الرئيسيين واستخلاص المجالات الأولية للتوافق والاختلاف.
5. **الاستبيان الإلكتروني:** لالتقاط وجهات النظر عبر منطقة آسيا والمحيط الهادئ حول التحديات الحالية في الهيكل الصحي العالمي، والمقترحات المحتملة للإصلاح ومساراته.
6. **الاجتماع:** اجتماع حضوري استمر ثلاثة أيام في سنغافورة لتسهيل بناء التوافق باستخدام عملية دلفي المعدّل.

الجدول 1: خصائص المشاركين في جميع أنشطة الورشة

الخصائص	المقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين ومناقشات مجموعات التركيز	الاستبيان الإلكتروني	الاجتماع
دون إقليمي			
- جنوب آسيا	12 (%27)	39 (%18)	12 (%23)
- جنوب شرق آسيا	15 (%33)	81 (%36)	24 (%46)
- شرق آسيا	9 (%20)	19 (%9)	10 (%19)
- المحيط الهادئ	8 (%18)	25 (%11)	6 (%12)
- أخرى	1 (%2)	58 (%26)	0 (%0)
نوع صاحب المصلحة			
- حكومة أو منظمة متعددة الأطراف	20 (%44)	32 (%14)	23 (%44)
- منظمة بحثية أو من الأوساط الأكاديمية	12 (%27)	93 (%42)	11 (%21)
- القطاع الربحي	1 (%2)	24 (%11)	2 (%4)
- القطاع غير الربحي[1] أو المجتمع المدني	12 (%27)	73 (%33)	16 (%31)

الخصائص	المقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين ومناقشات مجموعات التركيز	الاستبيان الإلكتروني	الاجتماع
الإجمالي	45	222	52

[1] *يشمل الشركاء التنمويين والجهات الخيرية.*

III. الهيكل القائم اليوم: ما الذي يعمل وما الذي لا يعمل في منطقة آسيا والمحيط الهادئ

سلّطت الورشة الضوء على نقاط القوة التالية في الهيكل الصحي العالمي الحالي:

1. **دور منظمة الصحة العالمية كجهة معيارية:** أدرك المشاركون الحاجة إلى جهة عالمية موحدة تتمتع بالسلطة والشرعية لوضع الإرشادات والمعايير الفنية. واعتبر المشاركون أن الوظيفة المعيارية لمنظمة الصحة العالمية تُعَدّ أحد عناصر القوة في الهيكل الحالي، وأعربوا عمومًا عن دعمهم لاستمرار هذا الدور.
2. **التعاون عبر الحدود وتبادل الخبرات:** نجحت المؤسسات الصحية العالمية والإقليمية في تحقيق أشكال من التعاون غير مرتبطة بمصالح الحكومات الوطنية الفردية، ما أتاح منصّات لتبادل الخبرات والمعرفة. ويُتيح هذا الدور العابر للحدود للبلدان الأصغر أو الأقل موارد الاستفادة من الخبرات والمعايير العالمية التي يصعب تطويرها بشكل مستقل.
3. **الشراكات متعددة أصحاب المصلحة ونماذج التمويل المختلط:** أكَّد المشاركون على أن الشراكات متعددة أصحاب المصلحة، التي تجمع بين المؤسسات الخيرية والقطاع الخاص ورأس المال التجاري، قد خلقت مساحات قيمة للابتكار في تمويل الصحة. وقد أثبتت نماذج التمويل المختلط، التي تعمل فيها الجهات الخيرية على خفض مخاطر الاستثمارات لاستقطاب تمويل خاص واسع النطاق، فعاليتها في توفير الأدلة المطلوبة للحصول على موافقة الحكومات وضمان الانتقال اللاحق إلى التمويل العام.
4. **نماذج التمويل الجماعي التعاوني:** أشار المشاركون إلى أن آليات التمويل الجماعي، مثل الصندوق العالمي، قد مكنت بنجاح مشاركة الجهات متعددة أصحاب المصلحة بمستويات يجدونها مناسبة، ما أتاح إشراك الجهات غير الحكومية في مبادرات إستراتيجية عبر المناطق، والتي لم تكن لتشارك لولا ذلك.
5. **يتزايد الاعتراف بالصحة كأولوية جماعية:** فقد ارتقت في الأجندات السياسية على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية، وصاحب ذلك التزامات مستدامة لمعالجة التحديات الصحية الرئيسية. ويظهر هذا التركيز على الأولوية من خلال وضع الصحة ضمن أهم الأولويات في الحملات الانتخابية الوطنية والبيانات السياسية، واستمرار تخصيص الموارد لقطاع الصحة على مر السنين، سواء من الميزانيات العامة أو المؤسسات الخيرية، على الرغم من القيود المالية الأوسع. وتشير هذه الاتجاهات مجتمعة إلى أن الصحة لا تزال تحتل مكانة بارزة في صناعة السياسات وتعبئة الموارد، مؤكدة دورها كأولوية مشتركة ودائمة.

على النقيض من ذلك، سلطت الورشة الضوء على نقاط الضعف التالية في هيكل الصحة العالمية الحالي:

1. **هيمنة الشمال العالمي على عملية صنع القرار:** تظل سلطة صنع القرار والموارد والقدرات التقنية مركزة في البلدان ذات الدخل المرتفع. وهذا يشكل أجندات الصحة في دول الجنوب العالمي كما يتضح في قرارات التمويل، والمساعدات الفنية، ومبادرات بناء القدرات، ما يعزز عدم توازن القوى ويقيد سيادة الدول.
2. **الأولويات التي تقودها الجهات المانحة:** يمكن أن تقوض آليات التمويل التي تقودها الجهات المانحة الأولويات الصحية الوطنية، وتزيد الأعباء الإدارية، وتؤدي إلى تكرار العمل الفني عبر مبادرات متعددة. واعتماد الدول على المساعدة الإنمائية الرسمية (ODA) والمنح الأخرى من الجهات المانحة يؤدي إلى هيمنة الجهات المانحة على السرديات وأنماط التمويل، ما يعزز التبعية ويعيق تطوير تمويل صحي محلي مستدام. كما يزيد ذلك من فجوات التوافق بين الأجندات الصحية الوطنية والأولويات التي تقودها الجهات المانحة.
3. **التوزيع غير الواضح للمسؤوليات:** يؤدي التضارب في التفويضات بين الجهات الفاعلة في الصحة العالمية، مثل مقرات منظمة الصحة العالمية والمكاتب الإقليمية والمكاتب القُطرية، إلى تكرار الجهود وعدم الاستجابة الكافية لأولويات الدول. كما أن تفويضات الهيئات الإقليمية مثل جماعة المحيط الهادئ (SPC) ورابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN) غير مطوّرة بما يكفي لدفع الأجندات الصحية الإقليمية أو تمثيل الأولويات الإقليمية بشكل فعال.
4. **آليات المساءلة الضعيفة:** يؤدي غياب آليات المساءلة إلى تقويض الثقة بين الدول المانحة والدول المستفيدة والوكالات المنفذة. يفتقر النظام الحالي إلى طرق فعّالة للتحقق من تحويل الالتزامات إلى أفعال، وإنفاق الموارد على النحو المخطط، وقياس التقدم بشفافية. تؤدي هذه الفجوة في المساءلة إلى تعزيز اختلالات موازين القوى. تخضع الدول المانحة والممولون المتعددو الأطراف لرقابة محدودة حول التزامها بالتمويل المعلن أو المواعيد النهائية أو التوافق مع أولويات الجهات المستفيدة. في المقابل، تتحمل الدول المستفيدة متطلبات تقارير ثقيلة تجاه الجهات المانحة. والنتيجة هي عجز في الثقة بين الدول المانحة والمستفيدة، وبين الدول المستفيدة المتنافسة على الموارد المحدودة، وبين المنظمات المتعددة الأطراف المكلفة بتنسيق الجهود الصحية العالمية.
5. **القيود على المستوى الوطني:** على المستوى الوطني، تقوض قرارات السياسات القصيرة الأمد المرتبطة بالشعبوية وتسريبات

الفساد كفاءة واستدامة الاستثمارات في الصحة من خلال تقويض مصداقية وشرعية عملية تحديد الأولويات. كما أن غياب التقييم المستقل يزيد من تعقيد هذه التحديات.

IV. مقترحات إصلاح هيكل الصحة العالمية

أظهرَت الورشة أن الإصلاح الفعّال يتطلّب الابتكار من ناحية، والتحسين من ناحية أخرى. فبينما تُقدّم بعض المقترحات آليات جديدة، يركّز معظمها على تعزيز الهياكل القائمة التي تُعدّ ذات قيمة لكنها لا تزال تعاني من نقص في الموارد أو ضعف في التفويض أو سوء في التنسيق. ويعكس هذا النهج العملي الأولويات الإقليمية: تعزيز ما يعمل بنجاح، ومعالجة مواطن الخلل، وبناء قدرات جديدة فقط عند وجود فجوات واضحة. يلخص هذا القسم الوظائف والأشكال وعوامل التمكين[1] التي تم تحديد أولويتها خلال الورشة. وتُطرَح مقترحات الإصلاح كحزم متكاملة، تُنفَّذ من خلال مسارات الإصلاح الثلاثة الموضّحة في القسم الخامس.

A. مقترحات إصلاح الحوكمة (G1–3)

تعالج عمليات الإصلاح الثلاث في مجال الحوكمة مسألة عدم الاتساق في عمليات تحديد الأولويات، وكذلك فجوات المساءلة بين الجهات المانحة والجهات المستفيدة، إضافةً إلى الحاجة إلى تعزيز التنسيق بين المستويات المختلفة من خلال زيادة الاستثمار في التعاون الإقليمي ودون الإقليمي.

G1. جعل تحديد الأولويات قائمًا على الأدلة، ومتعدّد القطاعات، ومسترشدًا بالمجتمعات

إن صنع القرارات الشعبوية القصيرة الأجل والفساد يقوّضان كلاً من المصداقية (القائمة على الأدلة) والشرعية (الدعم الواسع) للاستثمارات في الصحة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ.

- **الوظيفة:** تمكين الدول من وضع أولويات صحية تكون ذات صلة وطنية ومتناسقة إقليميًا كأولويات صحية مشتركة للإقليم. ويجب أن تكون هذه الأولويات موثوقة وشرعية، وقائمة على الأدلة العلمية، مع مشاركة هادفة من الحكومة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمجتمعات، بما في ذلك الشباب، والشعوب الأصلية، والأشخاص ذوو الإعاقة، وغيرها من الفئات التي تواجه تفاوتات صحية.
- **الشكل:** منصّات وطنية و/أو دون إقليمية تجمع القطاعات الصحية وغير الصحية (مثل المالية والبيئة)، وتُنظّم مشاركة شاملة من الحكومة، والصناعة الخاصة، والقطاع الأكاديمي، والمجتمع المدني، بهدف تحديد الأولويات الصحية الوطنية التي تُسهم في صياغة الأولويات الصحية المشتركة للإقليم (النقطة البارزة 1).
- **عامل التمكين 1: قيادة سياسية وفنية قوية على المستويين الوطني والإقليمي.** يتطلّب ذلك تحديد وإعداد قادة داعمين لقضايا الصحة العالمية، بمن فيهم القادة السياسيون والخبراء الفنيون، ولا سيّما من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والدول الجزرية الصغيرة، ليتمكّنوا بثقة من عرض أولوياتهم والدفاع عنها في المنتديات الإقليمية والدولية، وبذلك يُسهمون في إعادة توازن ديناميكيات القوة.
- **عامل التمكين 2: مراكز معرفية إقليمية ودون إقليمية** لجمع الأدلة حول أفضل الممارسات للتعلّم عبر القطاعات والدول، بدعم من المنظمات العالمية القائمة مثل منظمة الصحة العالمية، والصندوق العالمي، أو البنك الدولي، أو المنظمات الإقليمية مثل بنك التنمية الآسيوي، ورابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN)، وجماعة المحيط الهادئ (SPC)، أو المؤسسات الأكاديمية.
- **عامل التمكين 3: الآليات المشاركة الرسمية للجهات المهمَّشة.** الكثير من الجهات المهمَّشة تمثّل تمثيلاً ناقصًا في مساحات صنع القرار، ما يقوّض مصداقية عمليات تحديد الأولويات. يجب أن تتضمن هياكل الحوكمة آليات ملموسة ورسمية لمشاركة المجتمع المدني لإزالة الغموض ومنع المشاركة الرمزية، من خلال تحديد دور واضح للمجتمع المدني، وتوفير عملية استشارات وإجراءات مستمرة، وإنشاء حلقات تغذية راجعة شفافة لتقييم ما إذا كانت أصوات المجتمع المدني تُسمع وتؤخذ في الحسبان كما ينبغي.

النقطة البارزة 1: مثال على نموذج حوكمة شامل

تعقد الجمعية الوطنية للصحة في تايلاند اجتماعات سنوية تضم أكثر من 300 مشارك من الحكومة والأوساط الأكاديمية والمجتمع المدني والقطاع الخاص لتحديد الأولويات الصحية من خلال ورشة منظمة. يمكن لأي مواطن اقتراح بنود للأجندة. وتصدر الجمعية قرارات سياسية -في مواضيع تمتد من مكافحة التبغ إلى صحة المهاجرين- تحمل وزنًا قانونيًا عند تقديمها إلى اللجنة الوطنية للصحة ومجلس الوزراء. ومنذ عام 2008، أوضحت الجمعية كيف يمكن للمنصات المؤسسية المتعددة القطاعات أن تجعل تحديد الأولويات قائمًا على الأدلة وشرعيًا على نطاق واسع. يمكن تطبيق هذه الآلية على المنصات دون الإقليمية أو الإقليمية لتحديد التحديات الصحية المشتركة للمنطقة.

G2. إنشاء أنظمة رصد وتقييم وطنية وإقليمية تُحاسب جميع الجهات المعنية

[1] الوظيفة: أي ما ينبغي أن يُحقّقه الإصلاح. الشكل: أي الطريقة التي ينبغي أن يُنظَّم بها الإصلاح. عامل التمكين: أي الشرط أو الموارد أو القدرة أو العامل السياسي الذي يتيح لهذا الشكل أن يعمل بوظيفته بفعالية.

تركز أنظمة الرصد والتقييم الحالية بشكل أساسي على متابعة أداء الدول المستفيدة مقارنةً بالأهداف المحددة من قِبل الجهات المانحة. ولا توجد أنظمة مماثلة لمتابعة أداء الجهات المانحة مقارنةً بأهداف الدول. يؤدي عدم التكافؤ في المساءلة إلى ترسيخ اختلالات موازين القوى.

- **الوظيفة:** محاسبة الجهات المعنية على التزاماتها في مجال الصحة العالمية، وضمان تحويل الالتزامات إلى أفعال، واستخدام الموارد بشكل مناسب، وقياس التقدّم وإبلاغه بشفافية، وضمان أن يخدم التقدّم المجتمعات.
- **الشكل:** آليات رصد وتقييم موازية ذات مؤشرات محددة بوضوح ومرتكزة على العدالة. ويجب استخدام مزيج من التقييم الذاتي، واستعراض الأقران، والتقييم الخارجي المستقل مع إشراك المجتمع بشكل فعّال (انظر النقطة البارزة 2). ويجب أن تكون آليات المساءلة متضمَّنة ضمن منصات تحديد الأولويات (انظر G1) لتمكين الرقابة المستمرة والتعلّم المشترك منذ البداية.
- **عامل التمكين 1: فرقة عمل إقليمية للإصلاح متعددة أصحاب المصلحة والقطاعات**، مكوَّنة من القادة الداعمين المحدَّدين، ستوفّر الهيكل التشغيلي لتوجيه أجندة الإصلاح الإقليمية، ووضع إطار عمل التعاون الإقليمي، ومراقبة تنفيذه.

النقطة البارزة 2: آلية امتثال موازية تتضمن مشاركة أصحاب مصلحة وقطاعات متعددة

يوفر **إطار عمل رصد Healthy Islands** نموذجًا قويًا لمنطقة المحيط الهادئ، بفضل ما يتضمنه من مؤشرات إلزامية محددة بوضوح، ومصفوفات المساءلة، وأدوار ومسؤوليات محددة، وعملية مراجعة خارجية بقيادة جماعة المحيط الهادئ ومنظمة الصحة العالمية. ومع ذلك، في حين يوفر هذا الإطار إشرافًا تقنيًا وسياسيًا منظمًا، فإنه لم يدمج بعد المساءلة التشاركية: فالمجتمعات المحلية، والمجتمع المدني، والمجموعات المهمشة ليست مضمنة رسميًا في عملية المراجعة.

استكشفت **لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ (UNESCAP)** آليات مساءلة تشاركية لأهداف التنمية المستدامة (SDGs) -مثل استعراض الأقران والاستعراض المستقل- والتي، وإن لم تكن خاصة بالصحة، يمكن أن تكون بمثابة نموذج قيّم لحوكمة الصحة العالمية.

تُعد **عملية التقييم الخارجي المشترك** بموجب اللوائح الصحية الدولية نموذجًا للتقييم الخارجي الطوعي لقدرات الأمن الصحي، بالإضافة إلى الإبلاغ الذاتي، لكنها تفتقر إلى تقييم خارجي مستقل (مثل لجنة امتثال مستقلة أو مشاركة رسمية من المجتمع المدني). يمكن توسيع هذا النموذج المعزز ليشمل مجالات صحية أخرى، مثل تعزيز النظم الصحية، لضمان تقديم الدول والجهات المانحة التزامات تهم المجتمعات المحلية.

G3. تمييز الصلاحيات المؤسسية لتعزيز الحوكمة الإقليمية

يؤدي التوزيع غير الواضح للمسؤوليات بين المستويات إلى حدوث تضارب. يمكن أن يؤدي التوزيع الإقليمي المقترن بإصلاح واضح للتفويض إلى توضيح الوظائف على كل مستوى. تُصدر مؤسسات الصحة العالمية توجيهات ومعايير تقنية للمنافع العامة العالمية (مثل اللوائح الصحية الدولية)؛ وتنسق المؤسسات المالية العالمية التدفقات المالية من مختلف الجهات الفاعلة والقطاعات؛ بينما تحدد المؤسسات الإقليمية الاحتياجات والأولويات المشتركة، وتُعرف المنافع العامة الإقليمية، وتحشد الموارد المالية والتقنية، وتشرف على المساءلة على مستوى الدول.

- **الوظيفة:** تحديد الأولويات المشتركة بين الدول (G1)، وتنسيق وضع الأجندات على المستويين الإقليمي ودون الإقليمي، وتعزيز أوجه التعاون الإقليمي ودون الإقليمي بناءً على ذلك. يشمل ذلك توليد أولويات مشتركة على النحو الذي تحدده الدول، ومواءمة الجهود بين أصحاب المصلحة، وحشد الموارد الجماعية، بما في ذلك الإرادة السياسية، والخبرة التقنية، والموارد المالية.
- **الشكل:** منصات إقليمية ودون إقليمية مخصصة لورشة متعددة الأطراف وأصحاب المصلحة، وتعاون منسَّق. يجب أن تندمج المنصة (المنصات) بشكل وثيق مع الآليات العالمية، مع الحفاظ على استجابتها لاحتياجات الدول (النقطة البارزة 3).
- **عامل التمكين 1: إصلاح صريح للتفويض** لتوفير السلطة والشرعية اللازمين للمؤسسات الإقليمية للتنسيق بفعالية دون تكرار الجهود العالمية أو الوطنية. ينبغي لإصلاح التفويض أن يعيد تركيز المؤسسات على أدوارها الأساسية التي تتمتع فيها بميزة مقارنة، مع تقليل التضارب مع المؤسسات الأخرى على المستويات الأخرى إلى أدنى حد ممكن. يمكن للجان التنظيمية مثل المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، أو المجالس المستقلة مثل The Elders، أن تشرف على الإصلاحات. ينبغي لإصلاح التفويض أن يشمل وكالات الأمم المتحدة، والمؤسسات المالية الدولية، والتكتلات الإقليمية، والمنظمات غير الحكومية، والجهات الفاعلة الخاصة.
- **عامل التمكين 2:** إن **إستراتيجيات الصحة الإقليمية** التي تعتمدها الدول رسميًا والمضمنة في التفويضات المؤسسية، تمنح منصات التنسيق الإقليمي الأساس السياسي اللازم للعمل بفعالية. تُظهر النماذج الحالية، مثل خارطة طريق المحيط الهادئ للتنمية المستدامة وإطار عمل Healthy Islands المجدد لعام 2025، كيف يمكن للآليات دون الإقليمية أن ترسخ التعاون بين القطاعات.

النقطة البارزة 3: ائتلاف إصلاح الصحة العالمية في منطقة آسيا والمحيط الهادئ

سيعقد الائتلاف المقترح لإصلاح الصحة العالمية في منطقة آسيا والمحيط الهادئ (الموضح بالتفصيل في القسم 5) اجتماعًا يضم مختلف أصحاب المصلحة، وسيعمل على تسهيل مشاركة الأدلة، ودعم اتساق السياسة، وتوفير مساحة منظمة تسترشد فيها أجندات المستويين الإقليمي ودون الإقليمي بالواقع المجتمعي، وتشكّل في نهاية المطاف عملية صنع القرار العالمي. يمكن أن يكون هذا توسيعًا للمنتدى البرلماني القائم في منطقة آسيا والمحيط الهادئ والمعني بالصحة العالمية، والمقتصر على برلمانيي المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO WPRO) والدول الأعضاء في رابطة دول جنوب شرق آسيا، لكنه يمثل منصة لتبادل الأفكار، وبناء الإرادة السياسية، وتعزيز القدرات، وتعزيز التعاون على المستوى الإقليمي من خلال نهج يشمل الحكومة بأكملها.

B. مقترحات إصلاح التمويل (F1-3)

تعالج ثلاثة إصلاحات في مجال التمويل إخفاقات التنسيق على المستوى العالمي، واختلالات موازين القوى في حوكمة التمويل، والحاجة الملحة إلى الانتقال نحو الاستثمار المحلي المستدام. صُممت هذه المقترحات للعمل بالتنسيق مع إصلاحات الحوكمة.

F1. دعم الانتقال المسؤول من الاعتماد على الجهات المانحة إلى التمويل المحلي المستدام

في حين لا تزال بعض الدول في منطقة آسيا والمحيط الهادئ تعتمد على المساعدة الإنمائية الرسمية ومنح الجهات المانحة والنفقات المباشرة فقد انتقل الكثير منها إلى التمويل المحلي. على الرغم من هذا التحول، يظل قطاع الصحة يحظى بأولوية منخفضة في الميزانيات الوطنية، ما يعوق تنمية التمويل الصحي المحلي المستدام. يفتقر الهيكل الحالي إلى آليات صريحة لبناء القدرات المحلية والتخطيط لانتقال مسؤول من التمويل الخارجي.

- **الوظيفة:** دعم انتقال الدول نحو استثمار محلي أقوى في مجال الصحة من خلال التخطيط الصريح للانتقال، وتعزيز القدرات المحلية، وآليات التمويل المتنوعة التي تقلل الاعتماد على عدد قليل من الجهات المانحة الثرية بالموارد.
- **الشكل:** التمويل المشروط الذي يتطلب خططًا صريحة للانتقال والانسحاب والإنهاء التدريجي، بما في ذلك الدعم المخصص لزيادة الحيز المالي للصحة وبناء القدرات التقنية والمؤسسية المحلية. يستهدف التمويل الوظائف الأفقية على مستوى النظم، بما في ذلك تقييم التكنولوجيا الصحية، والهيئات التنظيمية الوطنية، ونظم المشتريات الوطنية، وآليات التقييم، وأطر عمل البيانات الرقمية.
- **عامل التمكين 1: آليات قوية لتخطيط الموارد وتتبع النفقات.** نُظم وطنية وإقليمية تتعقب بدقة وديناميكية تخصيص وصرف الموارد المالية عبر جميع المصادر (الحكومية، والخاصة، والخيرية، والمساعدة الإنمائية الرسمية (ODA)). تعمل هذه الآليات على تحسين التنسيق، وتقليل التجزئة، والوقاية من الفساد وسوء الاستخدام، وتمكين التخطيط المستند إلى الأدلة لتعبئة الموارد.
- **عامل التمكين 2: زيادة مشاركة القطاع الخاص مع ضمانات المساءلة.** تحسين دمج القطاع الخاص في هيكل الحوكمة والتمويل لفتح الباب أمام تمويل إضافي للنظم الوطنية والمنافع العامة الإقليمية. يتطلب ذلك أطر عمل تزيد من مشاركة القطاع الخاص دون زيادة نفوذه بشكل غير متناسب، ما يضمن تمويلاً مسؤولاً ومستدامًا.
- **عامل التمكين 3: آليات التمويل المختلط والتمويل المبتكر.** الإقراض القائم على السياسات، ونماذج التمويل المختلط، والآليات المبتكرة (مثل سندات الأثر الصحي أو المشتريات المُجمّعة الإقليمية) التي تعزز القدرات الوطنية، وتخفض مخاطر الاستثمار المحلي، وتجذب مصادر التمويل المتنوعة مع الحفاظ على سيادة الدول.

F2. مواءمة آليات التمويل مع الأولويات المحددة على المستوى الوطني

تؤدي الأولويات التي تحددها الجهات المانحة إلى تشويه أجندات الصحة الوطنية، وزيادة الأعباء الإدارية، وتكريس الاعتماد على حساب الشراكة. لا يمنح هيكل التمويل الحالي الدول المستفيدة سوى صوت ضئيل في تصميم الآليات التي تشكل نُظمها.

- **الوظيفة:** ضمان استجابة تدفقات التمويل للأولويات الصحية المحددة على المستوى الوطني وخضوعها للمساءلة أمامها، مع المشاركة الهادفة للدول المستفيدة في تصور وتصميم وحوكمة آليات تمويل الصحة العالمية.
- **الشكل:** ممارسات منتظمة لتحديد الأولويات بقيادة وطنية، تتوافق مع المنصات الموضحة في G1، والتي توجه بشكل صريح قرارات التمويل على مستوى الدول. ستُشكل هذه الأولويات الوطنية أساسًا لتخصيص التمويل على المستويين الإقليمي ودون الإقليمي، ما يخلق تدفقًا تصاعديًا للاحتياجات التي تحددها الدول، بدلاً من أجندات الجهات المانحة التي تتبع نموذج القيادة الهرمية.
- **عامل التمكين 1: المشاركة العادلة للدول المستفيدة في حوكمة آليات التمويل.** المشاركة الهادفة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في عمليات صنع القرار لآليات التمويل الجماعي العالمية، بما في ذلك التصميم، وتخصيص الموارد، ورصد الأداء. ينبغي أن تتمتع الدول بقوة تصويت تتناسب مع مصلحتها في النتائج، وليس فقط إسهاماتها المالية.
- **عامل التمكين 2: دعم التمويل لعمليات تحديد الأولويات الوطنية.** تمويل مخصص لإنشاء واستمرارية المنصات الوطنية المتعددة القطاعات ورعاية قادة الصحة العالمية الموضحين في G1، ما يضمن تزويد هذه الممارسات بالموارد الكافية وإجراءها بانتظام لتوجيه قرارات التمويل.

F3. تنسيق التمويل المُجزأ للمنافع العامة العالمية والإقليمية

تؤدي آليات التمويل التي تحددها الجهات المانحة إلى استثمارات مجزأة، وازدواجية في الجهود، وعدم كفاية التنسيق عبر مسارات التمويل المتعددة. هذا يقوّض الكفاءة ويعيق التمويل الكافي للمنافع العامة العالمية والإقليمية الحيوية.

- **الوظيفة:** تنسيق، وتوحيد، وتضافر إستراتيجيات التمويل والاستثمارات عبر بنوك التنمية المتعددة الأطراف، والجهات المانحة الثنائية، والجهات الخيرية، والجهات الفاعلة في القطاع الخاص التي تدعم المنافع العامة العالمية والإقليمية. على المستوى الإقليمي، يمكن للمؤسسات المعيَّنة (مثل بنوك التنمية الإقليمية أو المؤسسات الأكاديمية) إجراء تخطيط للموارد المتعدد القطاعات بشكل روتيني، يكون مرتبطًا بالإستراتيجيات الصحية الإقليمية.
- **الشكل:** آليات تنسيق واضحة تفصل وظائف التمويل عن وظائف التنفيذ وتحديد الأولويات.
- **عامل التمكين 1: إصلاح التفويض الصريح** للمؤسسات المالية العالمية والإقليمية. تفويضات واضحة وشفافة لتنسيق التمويل دون ازدواجية في أدوار التنفيذ. يتطلب هذا المشاركة مع هيئات الحوكمة، بما في ذلك صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، وبنوك التنمية الإقليمية، لإضفاء الطابع الرسمي على إستراتيجيات التنسيق.
- **عامل التمكين 2: آليات إقليمية لتخطيط الموارد وتتبع النفقات (F1).** ينبغي إلزام جميع الأطراف الفاعلة المالية بالامتثال لمتطلبات التقرير.

V. مسارات الإصلاح المحددة

في حين يوضح القسم 4 ما يجب أن يحققه هيكل الصحة العالمية المستقبلي من خلال ستة مقترحات إصلاح، يقدم هذا القسم مسارات عملية لتحقيق ذلك، استنادًا إلى تدخلات المشاركين خلال الورشة. نظرًا إلى نقاط الضعف في هيكل الصحة العالمية الحالي، والموضحة في القسم 3، تركز المسارات على المستويات الوطنية والإقليمية ودون الإقليمية. يهدف هذا الإجراء إلى دفع عملية إصلاح تبدأ من الأساس، ما يعكس خاصية مميزة لرؤية آسيا والمحيط الهادئ: يجب أن يكون الإصلاح مصمم وطنيًا، ومنسق إقليميًا، ومتوافق عالميًا. وبالتالي، فإن الجزء الأكبر من التنفيذ يحدث على المستويات الوطنية الإقليمية ودون الإقليمية، مع اضطلاع المستوى العالمي بدور داعم بدلاً من دور مقرر. إن عكس ديناميكيات القوة التقليدية المقترح هو أمر متعمد. ففي البداية، تحدد البلدان أولوياتها وتبني قدراتها المحلية. وبعد ذلك، تنسق الآليات دون الإقليمية التحديات والموارد المشتركة. تعمل المنصات الإقليمية على توحيد الجهود وتعزيز الصوت الجماعي. تعمل المسارات الثلاثة بتناغم. يعالج كل مسار مقترحات إصلاح متعددة في آنٍ واحد، إقرارًا بأن إصلاحات الحوكمة والتمويل مترابطة بعمق (الشكل 1).

A. منصات التنسيق الوطنية لتحديد الأولويات والتحول في التمويل

يبدأ الإصلاح على مستوى الدول. أشار المشاركون إلى ضرورة تأسيس منصات تنسيق وطنية شاملة تجمع بين الوكالات الحكومية عبر القطاعات المختلفة (الصحة، التمويل، البيئة) وأصحاب المصلحة (القطاع الخاص، المجتمع المدني، والفئات المهمشة). تعمل هذه المنصات على تطبيق عملية تحديد الأولويات القائمة على الأدلة والمشتركة بين القطاعات (G1) وعمليات الرصد والتقييم (M&E) الخاضعة للمساءلة على المستوى الوطني (G2)، مع ضمان توافق تدفقات التمويل مع الأولويات المحددة وطنيًا (F2) ودعم الانتقال نحو الاستثمار المحلي (F3). ستعمل منصات التنسيق الوطنية على أداء 4 وظائف: 1) وضع خطط وطنية للانتقال والاستثمار في الصحة، لتخطيط الموارد الحالية وتحديد مسارات الانتقال نحو التمويل المحلي؛ 2) تحديد الأولويات بين جميع القطاعات من منظور يراعي الترابط بين الصحة والمناخ والتنمية الاقتصادية؛ 3) تخطيط مصادر التمويل المحلية الحالية والمحتملة لتحسين الشفافية؛ 4) تغذية الأولويات تصاعديًا لضمان أن يعكس التنسيق دون الإقليمي و/أو الإقليمي الاحتياجات المحددة من قِبل الدول.

- **التنفيذ:** ستدمج الدول هذه الوظائف ضمن لجان التنسيق القطاعي الصحي القائمة بدلاً من إنشاء هياكل موازية، مع توسيع التفويضات لتشمل وزارات التمويل والقطاعات المناخية والفئات المهمشة المستبعدة حاليًا.
- **الجدول الزمني:** من سنة إلى سنتين لإضفاء الطابع المؤسسي على المنصات والبدء في وضع خطط الاستثمار.
- **المخاطر الرئيسية:** استمرار الاعتماد على المساعدة الإنمائية الرسمية أو النفقات المباشرة؛ والفساد وتسرب الموارد؛ والتغييرات في القيادة والأولويات السياسية؛ والانعزال والمنافسة بين القطاعات؛ والافتقار إلى التآزر عبر التفويضات المؤسسية؛ ونقص القوى العاملة.
- **التخفيف:** إضفاء الطابع المؤسسي على الوظائف الرئيسية ضمن هياكل الحوكمة المستقرة.

B. آليات التنسيق والمساءلة دون الإقليمية

يمكن للوظائف الرئيسية دون الإقليمية معالجة فجوات المساءلة (G2 وF2)، وتنسيق الأولويات والتمويل المجزأين (G3 وF1)، وتمكين تخطيط الانتقال من خلال تخطيط الموارد (F3). ستدعم مستودعات البيانات دون الإقليمية تحديد الأولويات القائمة على الأدلة على المستوى الوطني، من خلال توفير بيانات قابلة للمقارنة حول التمويل الصحي، وأداء البرامج، والنتائج. يمكن **لمستودع بيانات صحية تابع لرابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN)**، على سبيل المثال، أن يمكّن الدول الآسيوية الجنوبية الشرقية من قياس استثمارات النظام الصحي وتحديد أفضل الممارسات في نماذج التمويل المستدام. ستكون المستودعات مملوكة للدول، على أن يتم

تسهيل استضافتها على المستوى دون الإقليمي من خلال المنتديات الوطنية التي تشمل العديد من أصحاب المصلحة، ما يؤدي إلى توزيع العبء الإداري وتعزيز دور التنسيق دون الإقليمي في خدمة الأولويات الوطنية.

يمكن لآليات التنسيق دون الإقليمية أن تعمل من خلال ثلاثة مسارات. وسيعمل **مسار الجهات المانحة/الشركاء** (بقيادة بنك التنمية الآسيوي، والبنك الدولي، ووزارة الشؤون الخارجية والتجارة (DFAT)، ووزارة الخارجية والتجارة (MFAT)، والوكالة اليابانية للتعاون الدولي (JICA)، وصندوق المناخ الأخضرالصندوق الأخضر للمناخ (GCF)) على توحيد أولويات المساعدة الإنمائية، وإنشاء مصفوفات لتخطيط الموارد وتنسيق الشركاء، وتسهيل ورَش الاستثمار، ما يعالج تجزئة التمويل بشكل مباشر. **المسار التقني** (الذي يرتكز عليه المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO WPRO)، وجماعة المحيط الهادئ (SPC)، ووكالات الأمم المتحدة، والأوساط الأكاديمية) سيعمل على تسهيل منصات التعلّم المشتركة بين الدول والحفاظ على لوحات مؤشرات الأداء من أجل المساءلة. أما **مسار مشاركة المجتمع** (بقيادة جمعية جزر المحيط الهادئ للمنظمات غير الحكومية (PIANGO) وشبكات المنظمات غير الحكومية الإقليمية) فسيضمن أن أصوات المجتمع المدني تشكل أولويات التنسيق وخضوع الجهات الفاعلة للمساءلة. يمكن تنسيق هذه المسارات على المستوى الإقليمي، على سبيل المثال، من قبل ائتلاف إصلاح الصحة العالمية في إقليم آسيا والمحيط الهادئ المقترح في المسار الإقليمي أدناه؛ أو من خلال أطر عمل وآليات دون إقليمية، مثل ميثاق المحيط الهادئ للتمويل الصحي المقترح من قِبل المشاركين من المنطقة دون الإقليمية للمحيط الهادئ، والذي سيدمج التمويل المشترك المحلي، والمشتريات المجمَّعة الإقليمية، وخرائط طريق الانتقال بما يتماشى مع إصلاحات التمويل (F3).

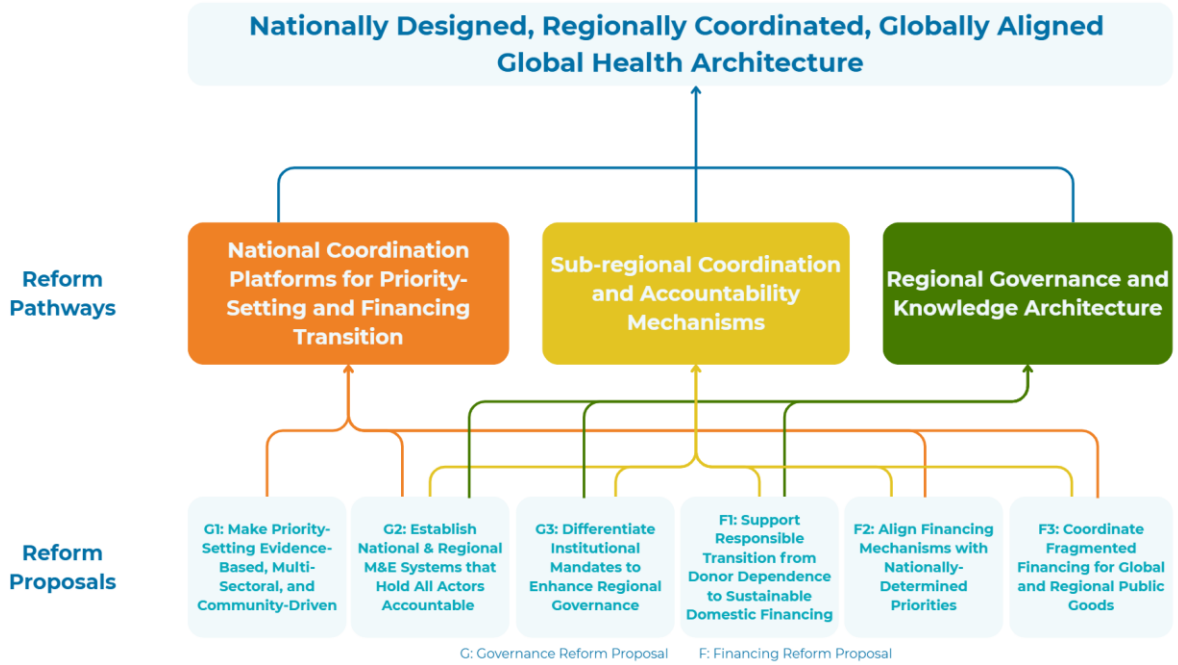
- **التنفيذ:** النهج العملي في استخدام المؤسسات القائمة؛ على سبيل المثال، تقترح المنطقة دون الإقليمية للمحيط الهادئ إضفاء الطابع الرسمي على مجموعات ميلانيزيا وبولينيزيا وميكرونيزيا الصحية تحت مظلة جماعة المحيط الهادئ (SPC)/المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ (WPRO) على مدى 2-3 سنوات وإجراء تخطيط مشترك للجهات المانحة.
- **الجدول الزمني:** مستودعات البيانات جاهزة للعمل بحلول عام 2030، ومسارات التنسيق في غضون 2-3 سنوات.
- **المخاطر الرئيسية:** يمكن للأجندات التي يقودها الممولون أن تقوض سيادة الدول؛ وقد يؤدي الافتقار إلى الدعم السياسي إلى نقص الموارد المخصصة للآليات؛ وقد تؤدي مشكلات جودة البيانات إلى تقويض المصداقية.
- **التخفيف:** دمج تخطيط الموارد في دورات الرصد الحالية، مثل إطار عمل Healthy Islands، لتعزيز المؤسسات الحالية بدلاً من تكرار عملها.

C. الحوكمة الإقليمية وهيكل المعرفة

يتطلب التنسيق الإقليمي (G3) بنية تحتية مخصصة تعمل على توحيد الجهود، وحشد الموارد الجماعية، وضمان توجيه الاحتياجات الوطنية للدول إلى المنتديات العالمية. اقترحت الورشة أربعة مكونات مترابطة تعمل أيضًا على تعزيز المساءلة الإقليمية (G2) وتنسيق التمويل (F1). سيوفر **ائتلاف إصلاح الصحة العالمية في منطقة آسيا والمحيط الهادئ** (انظر النقطة البارزة 3) منصة اجتماع لأصحاب المصلحة المتعددين للتشارك في تحديد أولويات مجالات الإصلاح، ومؤشرات المساءلة، والإجراءات التجريبية. بقيادة الأوساط الأكاديمية وبمشاركة من الدول، والمكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، وبنك التنمية الآسيوي (ADB)، ورابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN)، والجهات المتعددة الأطراف (صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، وصندوق الأمم المتحدة للأطفال (UNICEF))، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، والجهات المانحة، يُنشئ الائتلاف مساحة لمختلف الجهات الفاعلة لتشكيل الأجندات الإقليمية. ستوفر **فرقة العمل الإقليمية للإصلاح أو الأمانة** هيكلاً تشغيليًا لوضع إطار عمل للتعاون الإقليمي ومراقبته، وضمان المشاركة الشاملة لأصحاب المصلحة المهمشين، وتنسيق التمويل فيما بين مختلف الجهات المانحة. تُفعل **Asia Health Exchange**، وهي منصة رقمية، التوافق المستمر من خلال تبادل المعرفة، وبناء القدرات، وتخطيط الموارد، وتتبع النفقات (F1)، والشراكات الإستراتيجية لتعزيز الاستثمار المحلي للدول.

- **التنفيذ:** عقد اجتماع أولي لإطلاق الهيكل الإقليمي بشكل تجريبي، يليه فترة ممتدة للتعبئة السياسية قبل الدخول في مرحلة التشغيل. يقر النهج المرحلي بأن الحصول على الموافقة وتأسيس الآليات المناسبة يستغرق وقتًا.
- **المخاطر الرئيسية:** الانقسام بين المناطق دون الإقليمية؛ وتضارب المصالح لدى أصحاب المصلحة وممانعتها للتعاون؛ ونقص التمويل؛ والافتقار إلى الشرعية المتصوَّرة أو المصداقية بين أصحاب مصلحة محددين (على سبيل المثال، الأوساط الأكاديمية).
- **التخفيف:** تنويع التمويل عبر الجهات الخيرية، وبنوك التنمية، والدعم الأكاديمي العيني؛ ودمج تمويل المناخ والصحة لمعالجة القيود المالية؛ وإنشاء آليات قوية للرصد والتقييم لتتبع القيمة المضافة لجميع الشركاء.

الشكل 1 مقترحات ومسارات الإصلاح في آسيا والمحيط الهادئ



VI. الخطوات التالية المقترحة

تتمثل الأولوية الفورية في الحفاظ على الزخم الناتج عن اجتماع سنغافورة وتحويل التوافق إلى فعل. حددت الورشة الفرص التالية في عام 2026 وما بعده:

1. **جلسة مؤتمر جائزة الأمير ماهيدول (PMAC) الخاصة لعام 2026.** ستعرض جلسة مخصصة في مؤتمر جائزة الأمير ماهيدول (PMAC) لعام 2026 الموقف الإقليمي على جمهور أوسع للصحة العالمية. يمكن لمؤتمر جائزة الأمير ماهيدول (PMAC) أن يوفر الظهور والشرعية، ما يسرّع الحصول على الموافقة من أصحاب المصلحة، ويضع منظور آسيا والمحيط الهادئ ضمن محادثات الإصلاح العالمي الأوسع نطاقًا.
2. **الزخم المتأصل الناتج عن علاقات الاجتماعات.** تمثل العلاقات والالتزامات التي تشكلت خلال الاجتماع أهم ناتج للورشة. ويعود المشاركون بفهم مشترك للأولويات الإقليمية وعلاقات مع شركاء محتملين عبر القطاعات والمناطق دون الإقليمية. ومن المأمول أن تحفز هذه التفاعلات التغيير من خلال التعاونات الثنائية، والمبادرات دون الإقليمية، والابتكارات المؤسسية، دون الحاجة إلى آليات مركزية أو رسمية على المدى القريب.
3. **نقط الاتصال الإستراتيجية على مدار عام 2026.** يمكن لنقط الاتصال الإستراتيجية طوال عام 2026 أن تُبرز المبادرات الناشئة، وتشارك الدروس المستفادة من التنفيذ المبكر، وتسهل الروابط بين الجهات الفاعلة التي تسعى إلى إصلاحات تكميلية، وتحافظ على الالتزام الجماعي. تشمل الفرص منتدى التغطية الصحية الشاملة (UHC) رفيع المستوى لعام 2025، ومؤتمر الأمن الصحي العالمي لعام 2026، والاجتماع الإقليمي لمؤتمر قمة الصحة العالمية (WHS) لعام 2026، والندوة العالمية لبحوث النظم الصحية HSR2026. لا يلزم أن تكون نقط الاتصال هذه مفصلة؛ بل يكمن الغرض منها في إبقاء الورشة حية ومرئية، بدلاً من السماح للزخم المتأصل بالتلاشي.
4. **بناء القدرات الإقليمية لتحديد الأولويات والمساءلة في عام 2026.** للانتقال من التوافق إلى التنفيذ، يمكن إطلاق عدة مبادرات ملموسة في عام 2026. تتمثل الخطوة الأولى في إنشاء فريق من الخبراء التقنيين في منطقة آسيا والمحيط الهادئ (أو على المستوى دون الإقليمي) يتمتع بمهارات في تحديد الأولويات الصحية. ستدعم شبكة الخبراء هذه الحكومات الوطنية والائتلافات دون الإقليمية (رابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN)، جماعة المحيط الهادئ (SPC)، ورابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي (SAARC)) في تحديد الأولويات الصحية الوطنية والمنافع العامة الإقليمية. بالتوازي، ينبغي عقد اجتماع مائدة مستديرة إقليمية للتمويل يجمع الممولين، والجهات المانحة، وبنوك التنمية لمناقشة إستراتيجيات التمويل المتوافقة مع الأولويات المحددة، بما في ذلك النُّهج المبتكرة لتمويل المنافع العامة الإقليمية. وأخيرًا، ينبغي إنشاء شبكة موازية من خبراء الرصد والتقييم والمساءلة لتعزيز القدرات المحلية لتقييم السياسات والبرامج.

5. **التطلع إلى ما بعد عام 2026.** تمثل مقترحات ومسارات الإصلاح الموضحة في القسمين 4 و5 طموحات متوسطة وطويلة الأجل ينبغي أن تنبثق من حاجة مُثبتة بدلاً من أن تُفرض. يمكن أن تساعد المشروعات التجريبية المبكرة لمنصات التنسيق الوطنية، وتعيين الجهات المانحة دون الإقليمية، وأنشطة تبادل المعرفة على تقييم الجدوى.

VII. كلمات ختامية

تقدم ورشة آسيا والمحيط الهادئ هيكلاً بديلاً قائمًا على التفريع، والشمولية، والسيادة الوطنية والإقليمية. تبني الورشة مقترحات ومسارات الإصلاح حول الأولويات التي تحددها الدول، وعندها فقط تنظر في كيفية توافق المؤسسات العالمية. الإصلاحات طموحة في الرؤية، وتتمثل في الحوكمة الإقليمية، والتعاون الشامل، والتمويل الموجه محليًا، والمساءلة المؤسسية، لكنها عملية في التنفيذ: بناءً على المؤسسات القائمة، وتضمين الإصلاحات ضمن الهياكل المعمول بها، والإقرار بالحاجة إلى التكيف مع السياقات المتنوعة. أظهرت الورشة توافقًا كبيرًا بشأن المبادئ الأساسية، في الوقت الذي أسفرت فيه عن مسارات تنفيذ متنوعة على المستويات الوطنية والإقليمية ودون الإقليمية. يمثل هذا التقرير الحكمة الجماعية لمختلف أصحاب المصلحة من 25 دولة في آسيا والمحيط الهادئ، ما يؤدي إلى إصلاح مصمم وطنيًا، ومنسق إقليميًا، ومتوافق عالميًا.

PMAC | STRATEGIC INSTITUTE

iHPP FOUNDATION

NUS National University of Singapore | Saw Swee Hock School of Public Health

清華大學 Tsinghua University

Funded by

wellcome

This paper captures the outcomes of one of five regional dialogues supported by Wellcome, and led by regional partners. The views and opinions expressed throughout the dialogue are those of individual participants, and do not necessarily reflect the official policy or position of Wellcome.