

ميثاق جديد لتمويل الصحة: الانتقال من المبدأ إلى التطبيق

توم دريك · أناستاسيا ديميشكو · ميزان كيروس ميروتسي · سليمان تيسيما ميميري · أولي ف. نورهايم · ميلود قدار · كاليبسو خالكيدو · بيت بيكر · ناديا يخلف

نبذة

يواجه تمويل الصحة العالمية ضغوطاً كبيرة في أعقاب صدمات المساعدات التي حدثت عام 2025، بما في ذلك إغلاق الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والخفض الكبير في مساعدات الجهات المانحة الأوروبية. وقد أدى هذا التراجع في المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة إلى تعطيل الخدمات الصحية وتفاقم المخاوف القديمة بشأن التشرد والاعتماد على المساعدات وضعف التنسيق مع الأنظمة الوطنية. وقد تجددت في ظل هذه الظروف الدعوات إلى إصلاح آليات تمويل الخدمات الصحية وتنسيقها.

ويرتكز الميثاق الجديد على تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة، والتركيز على العنصر المحلي في تمويل الخدمات الأساسية (التمويل المحلي أولاً)، والمساعدات التكميلية الموحدة، ليقدم إطاراً لتوجيه إصلاح تمويل الصحة. وتتناول هذه الورقة البحثية كيفية نقل الميثاق الجديد لتمويل الصحة من المبدأ إلى التطبيق العملي، سواءً باستخدامه دليلاً استراتيجياً للإصلاح على المستوى العالمي، أو إطاراً تقنياً على المستوى القطري. وفي سبيل ذلك، نحلل هنا الآثار المترتبة على سيناريوهات ثلاثة تهدف إلى إصلاح بنية الصحة العالمية: بقاء الوضع الراهن على ما هو عليه، أو إحداث تغييرات في سياسات الجهات المانحة من دون أي إصلاح بنيوي؛ أو وضع آلية تمويل موحدة متعددة الأطراف. ونعمل انطلاقاً من الدروس المستفادة من جهود التنسيق السابقة على المستويين العالمي والقطري، كما نقيم فرص تغيير سياسات الجهات المانحة لتفعيل الإصلاحات المتوافقة مع نهج الميثاق الجديد. ونضع في الوقت نفسه إطاراً لمحركات النجاح على المستوى القطري لتوجيه خطط الانتقال. وبالجمع بين هذه الأفكار وأفكار العمل الموجهة للجهات المانحة والدول المتلقية للمساعدات، يقدم هذا البحث الميثاق الجديد بوصفه نهجاً لتعزيز ملكية الدول المتلقية، وتحسين كفاءة تخصيص الموارد، وبناء نظم تمويل صحي أكثر مرونة في ظل حالة عدم اليقين المالي.

ميثاق جديد لتمويل الصحة: الانتقال من المبدأ إلى التطبيق

توم دريك

مركز التنمية العالمية؛ مؤسسة ولكوم الاستثنائية

أناستاسيا ديميشكو

مركز التنمية العالمية

ميزان كيروس ميروتسي

مركز برغن للأخلاقيات وتحديد الأولويات في قطاع الصحة، جامعة برغن

سليمان تيسيماميميري

مركز أديس للأخلاقيات وتحديد الأولويات، جامعة أديس أبابا

أولي ف. نورهايم

مركز برغن للأخلاقيات وتحديد الأولويات في قطاع الصحة، جامعة برغن شان للصحة العامة، جامعة هارفارد

ميلود قدار

استشاري مستقل

كاليسو خالكيدو

كلية الصحة العامة، كلية إمبريال لندن

بيت بيكر

مركز التنمية العالمية

ناديا يخلف

المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها

الآراء الواردة في هذه الورقة البحثية تعكس آراء المؤلفين، ولا ينبغي تفسيرها على أنها مواقف مؤسسية لأي من الجهات التي ينتمون إليها.

قدّمت وزارة الشؤون الخارجية والكونولث والتنمية في المملكة المتحدة دعماً مالياً إلى مركز التنمية العالمية لإخراج هذا العمل.

توم دريك · أناستاسيا ديميشكو · ميزان كيروس ميروتسي · سليمان تيسيماميميري · أولي ف. نورهايم · ميلود قدار · كاليسو خالكيدو · بيت بيكر · ناديا يخلف 2026. "ميثاق جديد لتمويل الصحة: الانتقال من المبدأ إلى التطبيق". ورقة سياساتية 386 صادرة عن مركز التنمية العالمية. واشنطن العاصمة: Center for Global Development.

<https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-principle-practice>

The Center for Global Development works to reduce global poverty and improve lives through innovative economic research that drives better policy and practice by the world's top decision makers. Use and dissemination of this Policy Paper is encouraged; however, reproduced copies may not be used for commercial purposes. Further usage is permitted under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

The views expressed in CGD Policy Papers are those of the authors and should not be attributed to the board of directors, funders of the Center for Global Development, or the authors' respective organizations.

CENTER FOR GLOBAL DEVELOPMENT

2055 L Street, NW Fifth Floor
Washington, DC 20036

1 Abbey Gardens
Great College Street
London
SW1P 3SE

www.cgdev.org

Center for Global Development. 2026.

المحتويات

1.....	الاختصارات
2.....	الملخص التنفيذي
2.....	معلومات أساسية عن الميثاق الجديد لتمويل خدمات الصحة
3.....	نحو تنفيذ الميثاق الجديد
6.....	1. المقدمة
9.....	2. الميثاق الجديد بوصفه رؤية استراتيجية عالمية وإطاراً فنياً قطرياً
10.....	ميثاق عالمي جديد
10.....	مواثيق وطنية جديدة
11.....	مزايا ومخاطر الميثاق الجديد للدول والجهات المانحة
14.....	3. سيناريوهات رئيسية لتطبيق الميثاق الجديد
14.....	السيناريو الأول: الوضع الحالي
	مخاطر ناشئة أمام الميثاق الجديد: تزايد تحول التمويل الخارجي للرعاية الصحية إلى التمويل
15.....	الثنائي وتسييسه
16.....	السيناريو الثالث: توحيد التمويل في قناة واحدة متعددة الأطراف
17.....	4. مشهد مبادرات تنسيق تمويل الصحة
18.....	عوامل النجاح ونقاط الضعف الشائعة في المبادرات السابقة
20.....	ما الذي يضيفه الميثاق الجديد إلى مبادرات التنسيق الحالية؟
20.....	5. أطر سياسات الجهات المانحة واستراتيجياتها لتمويل الخدمات الصحية
20.....	التمويل متعدد الأطراف
21.....	سياسات الجهات المانحة الثنائية
22.....	تحولات محتملة في سياسات الجهات المانحة لتيسير تنفيذ الميثاق الجديد
23.....	اعتبارات سياساتية تكميلية
26.....	6. العوامل المؤثرة على نجاح الميثاق الجديد على المستوى القطري
27.....	السياق السياسي والاقتصادي
27.....	الحوكمة والتنسيق
28.....	تمويل الصحة

28	تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة.....
30	إدارة المالية العامة.....
31	التنسيق بين الجهات المانحة
32	7. خاتمة.....
33	8. أفكار للتطبيق.....
33	الجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف
33	للدول المتلقية للمساعدات.....
34	المراجع.....
44	الملحقات.....
44	الملحق 1: مراجعة مبادرات التنسيق على المستوى القطري.....
49	الملحق 2: استعراض أطر تخصيص الموارد في الجهات المانحة
53	الملحق 3: إطار معد للدول لتقيّم محركات النجاح في تطبيق الميثاق الجديد.....

الأشكال

8	1. الإنفاق الحالي على الصحة حسب مصدر التمويل في الدول المتلقية للمساعدات التي يزيد فيها التمويل الخارجي عن 10% من إنفاقها الصحي، 2022.....
11	2. شكل توضيحي لحزمة المنافع الصحية ذات الأولوية مع وضع استثمار المساعدات على الهامش
18	3. الجدول الزمني لأهم مبادرات تنسيق تمويل الصحة العالمية، من التسعينيات حتى عام 2025.....

الجدول

45	أ.1. الدروس المستفادة من مبادرات التنسيق العالمية.....
47	أ.1. الدروس المستفادة من مبادرات تنسيق تمويل الصحة على المستوى القطري.....
50	أ.3. الربط بين أطر سياسات الجهات المانحة الرئيسية ووثائق الاستراتيجيات المخصصة لتخصيص الموارد وأوجه التكامل مع الميثاق الجديد.....
53	أ.4. إطار معد للدول لتقيّم محركات النجاح في تطبيق الميثاق الجديد.....

الاختصارات

التزامات مسبقة بالشراء	AMC
المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها	Africa CDC
مركز التنمية العالمية	CGD
المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة	DAH
تعبئة الموارد المحلية	DRM
تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة	EIPS
الحزمة الأساسية للخدمات الصحية	EPHS
وزارة الشؤون الخارجية والكونولث والتنمية في المملكة المتحدة	FCDO
مرفق التمويل العالمي	GFF
المبادرات الصحية العالمية	GHIs
الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها	IHP+
المؤسسة الدولية للتنمية	IDA
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	LMICs
بنك تنمية متعدد الأطراف	MDB
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
المساعدة الإنمائية الرسمية	ODA
الإنفاق العام والمساءلة المالية	PEFA
إدارة المالية العامة	PFM
خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع	SDG3 GAP
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
نهج قطاعي	SWAp
التغطية الصحية الشاملة	UHC
منظمة الصحة العالمية	WHO

المخلص التنفيذي

وصل تمويل الصحة العالمية إلى نقطة تحوّل حرجة نتيجة الإيقاف المفاجئ لعمليات الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية في عام 2025، والتخفيضات الكبيرة في ميزانية وزارة الشؤون الخارجية والكونغرس والتنمية في المملكة المتحدة، وغيرها من الجهات المانحة الأوروبية. وكما سنعرض لاحقاً في **الفصل الأول**، فقد انخفضت المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة من مستوى مستقر نسبياً كان يبلغ 50 مليار دولار أمريكي سنوياً في الفترة التي سبقت جائحة كوفيد-19، إلى ما يُقدَّر بنحو 38.4 مليار دولار أمريكي في عام 2025. وقد أدّت هذه الصدمة في المساعدات إلى تعطيل الخدمات الصحية، والتسبب في خسائر في الأرواح، وكشفت عن مخاوف قديمة تتعلق بالاعتماد على المساعدات، ومحدودية السيادة الوطنية على النظم الصحية، وأوجه القصور في كفاءة المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة، وتشبّث المساعدات، وضعف تنسيق الجهات المانحة، وعدم مواءمة المساعدات مع الأولويات الوطنية، وضعف التخطيط لمرحلة الانتقال. واستجابةً لتخفيضات المساعدات في عام 2025، برزت موجة من المبادرات التي تسعى إلى إعادة النظر في تمويل الصحة العالمية، منها **قرار بشأن تمويل الصحة** صادر عن جمعية الصحة العالمية، ومبادرة **إعادة الضبط في أкра**، و**المواثيق الصحية الوطنية** المدعومة من البنك الدولي.

وقد عمل مركز التنمية العالمية، إلى جانب المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، ومركز برغن للأخلاقيات وتحديد الأولويات في قطاع الصحة، ومركز أديس للأخلاقيات وتحديد الأولويات، وكلية إمبريال لندن، على مدى عدة سنوات على وضع مقترح لميثاق جديد يكون طرفاه الجهات المانحة والدول المتلقية للمساعدات بهدف تمويل الخدمات الصحية. وفي هذا البحث، نبيّن كيف يمكن لهذا "الميثاق الجديد" أن يسهم إسهاماً حيوياً في برنامج العمل الحالي لإصلاح القطاع الصحي العالمي، كما نحلل التغييرات في السياسات على الصعيدين العالمي والوطني اللازمة لتنفيذه.

معلومات أساسية عن الميثاق الجديد لتمويل خدمات الصحة

يقوم الميثاق الجديد على ثلاث ركائز رئيسية:

- 1. تحديد الأولويات بقيادة محلية وبالاستناد إلى الأدلة.** حيث تحدّد المؤسسات الوطنية حزمة أساسية من الخدمات الصحية ذات الأولوية العالية باستخدام بيانات موثوقة وإجراءات عادلة.
- 2. التركيز على تخصيص الموارد المحلية،** بما يضمن أن تمول الحكومات هذه الحزمة الأساسية لتعزيز المسؤولية والاستقرار.
- 3. مساعدات تكميلية موحّدة،** حيث تتعاون الجهات المانحة لتوفير تمويل تكميلي للخدمات الإضافية أو البنية التحتية أو الدعم الشامل عبر القطاعات، لسد الفجوات التي تعجز عن سدها القدرات المحلية.

وأهم ما يميّز "الميثاق الجديد" عن مبادرات التنسيق السابقة هو التسلسل الواضح في إعداد الميزانية: تُخصّص الموارد المحلية أولاً لحزمة محددة من المنافع الأساسية، ولا يعدو التمويل الخارجي على أن يكون تمويلاً إضافياً هامشياً محدّداً بوضوح. ويغير ذلك من حوافز كل من الحكومات والجهات المانحة، كما يعالج بصورة مباشرة حالة التشبّث التي لوحظت في المواثيق السابقة وفي النهج القطاعية.

وكما هو موضح في **الفصل الثاني**، يمكن تطبيق "الميثاق الجديد" بوصفه توجيهاً استراتيجياً عالمياً لإصلاح القطاع وكذلك إطاراً فنياً لتخصيص الموارد على المستوى القطري. وعلى مستوى التوجيه الاستراتيجي، يمكن الاتفاق على "الميثاق العالمي الجديد" بين الدول والجهات المانحة، بما يحقق تحولاً نموذجياً بالابتعاد عن الأولويات التي تحركها الجهات المانحة وعن التمويل المقيد والمجزأ بدرجة كبيرة، والتوجه نحو نموذج تقوده الدولة نفسها ويضمن حماية الخدمات الأساسية من الصدمات الخارجية. وفي المقابل، سيكون "الميثاق الوطني الجديد" عبارة عن إطار فني من شأنه أن يوفر هيكلًا للمبادرات على المستوى القطري التي تهدف إلى إدارة تعقيد تدفقات التمويل الخارجي.

وأثار "الميثاق الجديد" المحتملة عميقة:

- إن جعل تحديد الأولويات بقيادة الدول واستناداً إلى الأدلة في صميم العملية لا يعيد فقط السيادة الوطنية في صنع سياسات الصحة، بل يعزز أيضاً المؤسسات والعمليات المحلية التي كانت المساعدات الخارجية تتجاوزها سابقاً، بما يمكنها من الاضطلاع بوظائفها الأساسية. وإذا نُفذ ذلك على نحو سليم، فإنه يعني تحقيق صحة أفضل مقابل المال من خلال التخصيص الفعال للتمويل المحلي والخارجي كليهما.
- إن إعطاء الأولوية للتمويل المحلي يحمي الخدمات الأساسية من تقلبات التمويل الخارجي، ويقلل من خطر أن تزيح المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة التمويل المحلي، كما يعزز الصلة بين المؤسسات العامة والسكان—ما يوائم بين الحوافز السياسية التي تدفع القادة إلى تقديم الخدمات والتقدير الذي يحوزونه لقاءه.
- وأخيراً، فإن توحيد الدعم المقدم من الجهات المانحة، وانسحاب هذه الجهات نفسها من مسؤولية تمويل الخدمات الأساسية يتيحان مجالاً أوسع لها للتركيز على المجالات التي تتمتع فيها بميزة نسبية، بما في ذلك توفير المنافع المشتركة للصحة. كما يقدم ذلك سردية جديدة للمساعدات بوصفها قوة دافعة نحو الاكتفاء الذاتي بدلاً من الاعتماد على الغير، وهو أمرٌ بالغ الأهمية لإعادة إشراك أصحاب المصلحة (بمن فيهم دافعو الضرائب في الدول المانحة) في ظل الضغوط المالية والاتجاهات الانعزالية.

لكن بنية المساعدات بشكلها الحالي، إلى جانب التحديات العملية المرتبطة بالتنفيذ، قد تقوّض الفوائد المذكورة أعلاه. فقد تواجه الدول فجوات في القدرات في مجالات تحديد الأولويات أو إدارة المالية العامة، مما قد يؤدي إلى سوء تخصيص الموارد. كما يستدعي التنفيذ في مراحله الأولى قدراً كبيراً من التنسيق والتغيير المؤسسي، وقد يؤدي ضعف التنسيق بين الجهات المانحة إلى تعطيل الخدمات المنفذة خلال فترة الانتقال. وإذا جرى تمرير الدعم عبر الميزانية، فقد ينخفض مستوى رقابة الجهات المانحة على الأموال، وربما نتج عنه أيضاً ردود فعل سياسية سلبية في بلدانها في حال إساءة استخدام تلك الأموال.

نحو تنفيذ الميثاق الجديد

يعتمد تنفيذ المواثيق الوطنية الجديدة لتمويل الصحة على قرارات تُتخذ على المستوى الكلي بشأن مستقبل بنية الصحة العالمية. ويعرض **الفصل الثالث** ثلاثة مسارات محتملة لإصلاح الصحة العالمية:

1. **الوضع الحالي:** لا تُجرى إصلاحات هيكلية كبيرة لمعالجة تشتت التمويل الخارجي للخدمات الصحية، كما لم تحدث تحولات كبيرة في سياسات الجهات المانحة.

2. **تنفيذ تحولات في سياسات الجهات المانحة دون إجراء إصلاح هيكلية:** تُجري بعض الجهات المانحة أو المؤسسات متعددة الأطراف تغييرات كبيرة في السياسات من شأنها تحسين ترتيبات التمويل الخارجي وتسهيل تنفيذ الموائيق الوطنية الجديدة.

3. **آلية تمويل موحدة متعددة الأطراف:** قد يؤدي إجراء إصلاح هيكلية كبير، يمكن تدشينه عبر ميثاق عالمي جديد، إلى ضم غالبية التمويل الخارجي، إن لم يكن كله، للخدمات الصحية ضمن آلية تمويل واحدة.

ويمثل كل سيناريو نموذجاً. وفي حين أن وضع ميثاق عالمي جديد قد يحفز حدوث تحول كبير نحو توحيد التمويل، إلا أن الأوضاع الجيوسياسية الحالية ترجح نشوء مزيج من التوحيد الجزئي، وتعديل الجهات المانحة سياساتها تعديلات انتقائية، وبعض عناصر الوضع الحالي.

وبناءً على ذلك، تتناول الفصول الرابع والخامس والسادس التنفيذ التدريجي لموائيق وطنية جديدة من حيث:

1. آليات التنسيق على المستوى القطري اللازمة لإعادة تنظيم التمويل الصحي المشتمت مع مراعاة ميثاق جديد (الفصل الرابع).
2. التحولات في سياسات الجهات المانحة التي من شأنها تسهيل هذا الانتقال (الفصل الخامس).
3. القدرات الوطنية التي من شأنها تحريك التنفيذ الناجح (الفصل السادس).

ويتناول **الفصل الرابع** خلاصة الدروس المستفادة من عقود من الجهود الرامية إلى تنسيق تمويل الصحة. فقد أسهمت مبادرات مثل النهج القطاعية، والشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها وحركة التغطية الصحية الشاملة 2030 في عام 2007، وفي تعزيز المواءمة وملكية الدول، لكنها غالباً ما كانت تتعثر بسبب عدم ثبات مشاركة الجهات المانحة، وضعف المساءلة، ومخاوف الجهات المانحة من قابلية تحويل الأموال والفساد، ومن الفساد، إضافة إلى عدم تلبية توقعات التمويل. ولا يُعد الميثاق الجديد خلعاً لهذه المبادرات، كما أنه لا يتطلب إبرام اتفاق رسمي إضافي، بل هو مجموعة من المبادئ التي يمكن أن تعتمد عليها أي هياكل تنسيق قائمة أو اتفاقات رسمية، على سبيل المثال لتعزيز الموائيق الصحية الوطنية المدعومة من البنك الدولي لعام 2025.

وفي حين تؤكد سياسات الجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف المعلنة غالباً على أهمية تعزيز النظم الصحية، تسلط خريطة السياسات الرئيسية للجهات المانحة في **الفصل الخامس** الضوء على أن مواردها تتركز في الغالب على التدخلات الخاصة بالأمراض ذات التأثير المباشر الواضح. وغالباً ما يجري تعزيز النظم الصحية بمعزل عن ذلك، مع غياب التنسيق في تنفيذ. ولتسهيل تطبيق الموائيق الوطنية الجديدة، يمكن للجهات المانحة تحويل سياساتها وممارساتها عن البرامج المبنية على الأمراض والتدخل، لتتجه نحو التركيز على المنافع المشتركة والشراكات مع الدول. كما يمكنها اعتماد أدوات تمويل تمنح المستفيدين مرونة أكبر، مثل التمويل المرن أو الدعم ضمن الميزانية الوطنية — مع الإبقاء على المساءلة الائتمانية المناسبة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للجهات المانحة إعادة النظر في سردياتها لتشمل الإبلاغ المشترك عن الأثر ونسبته إليها، مع التركيز على الاستدامة طويلة الأجل والانتقال.

وعلى جانب الدولة، يتوقف نجاح الميثاق الوطني الجديد على الاستقرار السياسي والاقتصادي والقيادة القوية والقدرة على تمويل الصحة، وتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة، وممارسة إدارة مالية عامة قوية، والتنسيق بين الجهات المانحة. ويقيم الإطار المقترح للجهازية الوارد في **الفصل السادس** هذه العوامل لتوجيه خطط الانتقال المصممة خصيصاً لكل بلد. فالدول التي تمتلك نظاماً قوية لتحديد الأولويات، وإنفاقاً صحياً مرتفعاً للفرد الواحد، وانخفاض اعتماد السكان على الدفع المباشر مقابل الخدمات الصحية، تكون في وضع أفضل، ومع ذلك، يمكن للدول محدودة الموارد أيضاً إدخال الإصلاحات تدريجياً من خلال بناء القدرات المحلية. وتجدر الإشارة إلى أن الميثاق الوطني الجديد لن يقترح كيفية تحديد الأولويات، أو المعايير والأدلة التي يجب استخدامها، إذ سيتترك وضعها للحكومات مستندةً في ذلك إلى التوجيهات العالمية والقيم الوطنية والسياق والمفاوضات السياسية.

وفي الختام، يقدم الميثاق الجديد استجابة في موعدها وقابلة للتنفيذ لأزمة تمويل الصحة الحالية، مع وعد بإرساء نظم أكثر استدامة وإنصافاً. ويمكن لهذا الميثاق توجيه إصلاح بنية الصحة العالمية استراتيجياً، بالإضافة إلى توفير إطار تقني لتحسين الشراكات بين الدول والجهات المانحة في دول محددة. وينبغي للجهات المانحة إعطاء الأولوية لإصلاح السياسات بما يتماشى مع النهج التي تقودها الدول، واستكشاف آليات التمويل الموحد، والاستثمار في تعزيز النظم الصحية. أما الدول، فعليها التواصل معاً بشأن تفضيلات الإصلاح، وتعزيز التمويل المحلي، وبناء قدرات تحديد الأولويات. ومن خلال العمل التعاوني، يمكن لأصحاب المصلحة تحويل تخفيضات المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة إلى فرصة لخلق تمويل صحي أكثر مرونة ومملوك للدول، بما يدعم في نهاية المطاف التغطية الصحية الشاملة، والسيادة الصحية، والإنصاف الصحي العالمي.

1. المقدمة

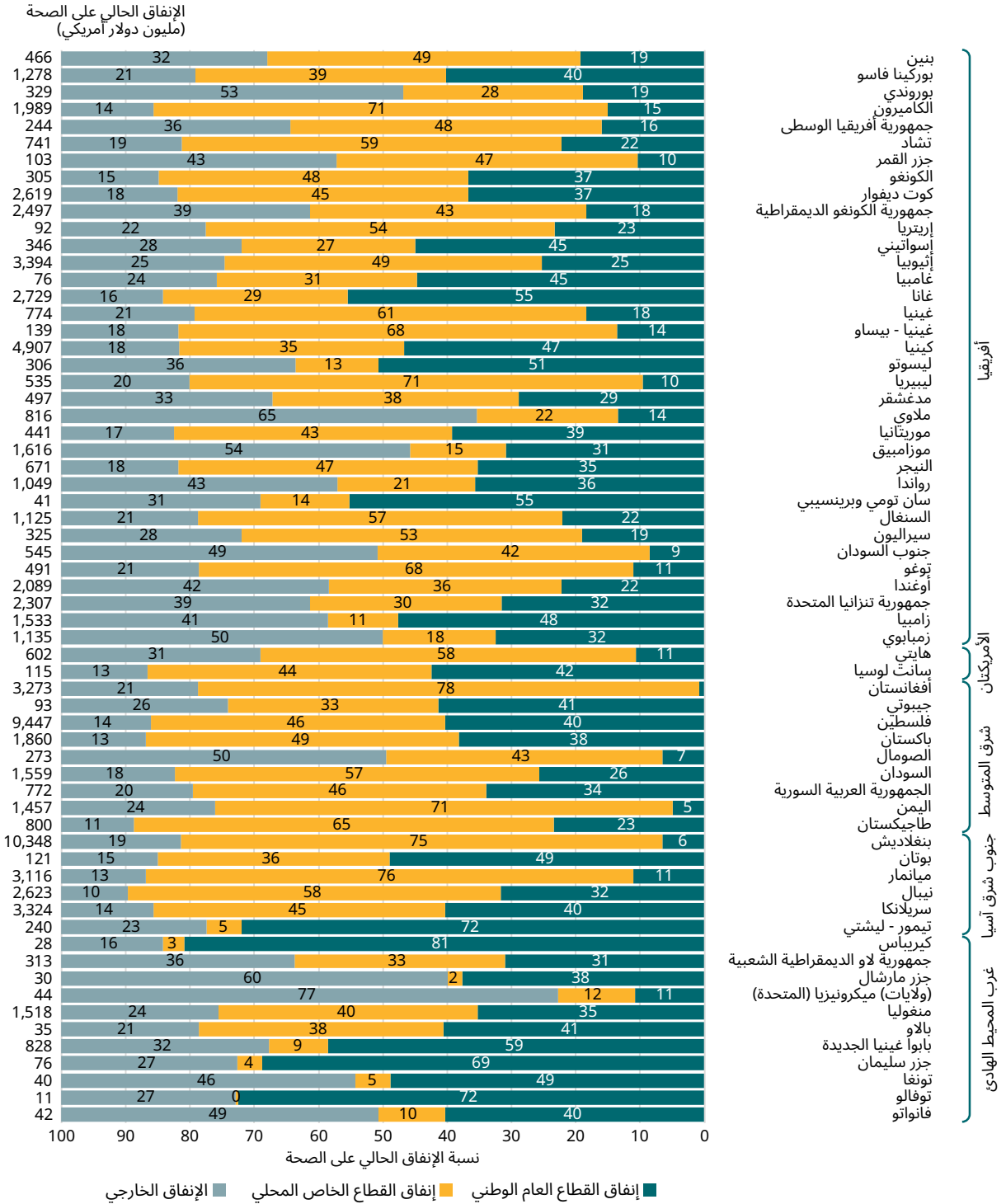
دخل تمويل الصحة العالمية مرحلة من التقلبات الحادة. إذ أدى تزامن خفض كبار الجهات المانحة المساعدات خفضاً كبيراً في عام 2025، وعدم انقطاع التحديات الاقتصادية العالمية، وحالة عدم اليقين الجيوسياسي الشديد، إلى تآكل القدرة على التنبؤ بالتمويل الخارجي للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتعكس هذه الصدمات في التمويل أيضاً ديناميات أوسع نطاقاً في الاقتصاد السياسي، تشمل تراجع الدعم السياسي لتعددية الأطراف، وتزايد الضغوط المالية المحلية في الدول المانحة، وتزايد الضغط لإثبات نتائج ملموسة وقصيرة الأجل من الإنفاق على المساعدات. وتأتي هذه الصدمات بالتزامن مع تعافي لم يكتمل بعد من جائحة كوفيد-19، وأزمة عالمية متعددة الجوانب تشمل المجالات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية والتكنولوجية لا تزال تُرهق الحيز المالي والقدرة المؤسسية (World Bank 2025a) (World Bank 2024c). وتهدد هذه الضغوط مجتمعةً استدامة تمويل الصحة ومرونة النظم الصحية في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ويظهر حجم هذا التقلب جلياً في الاتجاهات الحديثة للمساعدات الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة. فبعد أن ظلت مستقرة نسبياً عند مستوى 45-50 مليار دولار أمريكي بين عامي 2013 و2019، ارتفعت هذه المساعدات ارتفاعاً حاداً خلال الاستجابة لجائحة كوفيد-19، لتصل إلى ذروتها عند 80.3 مليار دولار أمريكي في عام 2021. أما في عام 2025، فقد أشارت التقديرات إلى انخفاض المساعدات إلى أدنى مستوى لها عند 38.4 مليار دولار أمريكي، وهو مستوى غير مشهود منذ عام 2009 (Apeagyei et al. 2025). وكانت التخفيضات الأكبر من نصيب المساعدات الثنائية الأمريكية، مع إعلان جهات مانحة رئيسية أخرى، منها المملكة المتحدة وألمانيا، عن تخفيضات كبيرة أيضاً. وسيتفاوت تأثير هذه التخفيضات على الدول التي تعتمد على التمويل الصحي الخارجي (Figure 1)، حيث تستمد 24 دولة متلقية للمساعدات أكثر من 30% من إجمالي إنفاقها الصحي من المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة، مما يعرض أنظمتها الصحية للخطر. علاوة على ذلك، وفي ظل أزمة الطلب المتزايد على التمويل (Madan Keller, Landers, et al. 2025)، لم تحقق جولات إعادة تمويل منظمات مثل التحالف العالمي للقاحات والتحصين (غافي) أهدافها خلال فترة التخفيضات الحالية المستمرة في الإنفاق على المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة (Gavi 2025b). وما لم يتم التخفيف من هذه الآثار من خلال زيادة تعبئة الموارد المحلية أو آليات تمويل بديلة، فإن هذه الاتجاهات تُهدد بتعطيل تقديم الخدمات الصحية وإبطاء التقدم نحو تحسين النتائج الصحية والتغطية الصحية الشاملة.

وحتى قبل تخفيضات الميزانيات في عام 2025، كانت المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة تعاني من التشتت، وضعف التنسيق بين الجهات المانحة، ومحدودية ملكية الدول لها، وعدم توافقها مع الأولويات الوطنية، وتهميش التمويل المحلي، وترتيب الأولويات غير الفعال، وضعف تخطيط المراحل الانتقالية، وكلها عوامل تقوض تقديم الخدمات الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (Drake et al. 2023). وفي الوقت نفسه، تواجه وزارات الصحة في الدول المتلقية للمساعدات ضغوطاً داخلية متزايدة نتيجة لتغير أنماط عبء الأمراض، وتطور متطلبات النظم الصحية، وأزمات القوى العاملة في المجال الصحي، والانكماش الاقتصادي الذي يعيق الجهود المبذولة لزيادة تعبئة الموارد المحلية في مجال الصحة (Kruk et al. 2018; Kodali 2023; WHO 2017).

ومع ذلك، تكمن في الأزمات فرص أيضاً. فقد اكتسبت الإصلاحات الرامية إلى تلبية الاحتياجات طويلة الأجل للدول المتلقية للمساعدات زخماً في السنوات الأخيرة، ولا شك أن أزمات التمويل ستُحدث تغييراً جذرياً في نظام يعاني من عيوب متأصلة. وقد حدد برنامج عمل لوساكا التحولات الحاسمة اللازمة لتسريع تطور المبادرات الصحية العالمية (Future of Global Health Initiatives 2023). كما دعا قرار صادر عن جمعية الصحة العالمية عام 2025 الدول الأعضاء إلى تعزيز أنظمة تمويل الصحة المنصفة من خلال زيادة الموارد العامة المحلية، وتعزيز التعاون بين السلطات الصحية والمالية، وتحسين بناء القدرات، لتسريع التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 (WHO 2025e). وكان القادة الأفارقة في طليعة الداعين إلى الإصلاح. وضمن مبادرة إعادة الضبط في أكر، دعا بات وآخرون إلى "تحويل المنظومة الصحية العالمية"، كما حدد تقرير "تمويل الصحة في عصر جديد" الصادر عن المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية، منها خطط لتعزيز تمويل الصحة في أفريقيا والتخفيف من آثار انخفاض المساعدة الإنمائية الرسمية (Pate et al. 2026; Africa Centres for Disease Control and Prevention 2025). وفي هذا السياق، صدرت عن مركز التنمية العالمية مجموعة من الأعمال تناقش إصلاح بنية الصحة العالمية، ومنها مقترح لإعادة تصور المساعدات الصحية من خلال ميثاق جديد لتمويل الصحة (Drake et al. 2023).

الشكل 1. الإنفاق الحالي على الصحة حسب مصدر التمويل في الدول المتلقية للمساعدات التي يزيد فيها التمويل الخارجي عن 10% من إنفاقها الصحي، 2022



ملاحظات: AFRO: منطقة أفريقيا، AMR: منطقة الأمريكتين، EMRO: منطقة شرق المتوسط، SEAR: منطقة جنوب شرق آسيا، WPR: غرب المحيط الهادئ، CHE: الإنفاق الحالي على الصحة.

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية عن إنفاق الصحة العالمية (WHO 2025a).

وفي هذا البحث، نعرض كيف يمكن للدول والجهات المانحة الانتقال بالميثاق الجديد من النظرية إلى التنفيذ. وسنستهل عرضنا بإعادة تقديم مقترح الميثاق الجديد مع إعادة تعريفه، ثم سنتناول سيناريوهات مستقبلية عامة لبنية الصحة العالمية التي يمكن تنفيذ الميثاق في إطارها. ثم سنعرض تحليلاً مفصلاً لثلاثة مواضيع، وهي: (1) آليات التنسيق على المستوى القطري، (2) والتحويلات المطلوبة في سياسات الجهات المانحة، (3) والقدرات الوطنية اللازمة لنجاح الميثاق الجديد. وقد أعدنا هذا البحث بالاستفادة من التشاور مع عدد من أصحاب المصلحة في قطاع الصحة العالمية، ومن تلك المشاورات اجتماع عُقد عن بعد مع قادة القطاع الصحي في أفريقيا في فبراير 2025 (Demeshko, Memirie, et al. 2025)، ومن اجتماع حضوري مع المشاركين في قمة الصحة العالمية في أكتوبر 2025.

2. الميثاق الجديد بوصفه رؤية استراتيجية عالمية وإطاراً فنياً قطرياً

يمثل الميثاق الجديد مقترحاً للجهات المانحة في مجال الصحة العالمية والدول المتلقية للمساعدات للاتفاق على نهج جديد لتمويل الخدمات الصحية. وتتمثل المبادئ الأساسية التي تحدد الاتفاقية المقترحة في ما يلي:

- 1. عملية تحديد الأولويات المدعومة بأدلة وبقيادة محلية،** حيث يُقدّم الدعم إلى المؤسسات الوطنية لتحديد أولويات الصحة باستخدام الأدلة المتاحة.
- 2. بدء التمويل بالموارد المحلية،** ما يعني أن تتولى الدول مسؤولية حزمة الخدمات الأساسية ذات الأولوية العالية، بما في ذلك التمويل.
- 3. تقديم مساعدات تكميلية موحدة،** تشمل تعاون الجهات المانحة مع قادة الدول لتصميم حزمة دعم تكميلية، سواء بشأن الخدمات الصحية الإضافية أو غيرها من أشكال الدعم الشامل عبر القطاعات

في أوراق سابقة، قام مركز التنمية العالمية وشركاؤه بعرض المفهوم الأولي (Drake et al. 2023)، ونمذجة تطبيقه من خلال سيناريوهات الاعتماد الكامل والجزئي في إثيوبيا (Memirie et al. 2024)، وتقييم الآثار السياسية على تحالف غافي (Morton et al. 2024)، واستكشاف التداعيات على إدارة المالية العامة (Gheorghe et al. 2024)، وتمويل السلع العامة للصحة (Drake and Demeshko 2024)، والحاجة إلى تحليل الاقتصاد السياسي للتعامل مع الإصلاح العالمي (Drake and Khan 2024)، وكذلك الآثار المترتبة على تحديد أولويات الجهات المانحة (Drake et al. 2025). كما تعاون مركز التنمية العالمية مع المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها لتحليل كيف يمكن تطبيق الميثاق الجديد في منطقة أفريقيا (Demeshko, Memirie, et al. 2025; Demeshko, Drake, et al. 2025).

ومن ثم، فنحن نكمل على ما بنته هذه الأفكار في بحث السياسات المائل، فنوضح كيف يمكن للميثاق الجديد أن ينتقل من المبدأ إلى مرحلة التطبيق عبر تطبيق الإصلاحات الدولية والمحلية اللازمة لتنفيذه. وفي تلك العملية، سنفرق بين تطبيق مبادئ الميثاق الجديد على المستوى العالمي من جهة، وعلى المستوى القطري من جهة أخرى.

ميثاق عالمي جديد

تاريخياً، دأبت الجهات المانحة على تقديم الدعم إلى قطاع الرعاية الصحية في الدول المتلقية للمساعدات حسب رؤيتها الخاصة لأولوياتها. وكان ذلك يتحقق من خلال عروض تمويل مقيد، أو تمويل منظمات غير حكومية دولية متخصصة في قضايا محددة، أو إنشاء مبادرات صحية عالمية متعددة الأطراف لدعم أمراض أو تدخلات معينة. ويفترض بعد ذلك بالحكومات المحلية أن تقوم بتمويل الخدمات الأخرى ذات الصلة. ويتطلب تبني ميثاق عالمي جديد ليكون رؤية استراتيجية للصحة العالمية إصلاح بنية الصحة العالمية وسياسات الجهات المانحة. وسيمكن ذلك من الانتقال من نهج يركز على أمراض محددة بقيادة الجهات المانحة، إلى نموذج تحركه أولويات الدول وتخصيص التمويل المحلي أولاً، مع اقتصار دور الجهات المانحة على دور داعم.

ويمكن تطبيق مبادئ الميثاق الجديد كجزء من الميثاق العالمي الجديد بعدة طرق مختلفة. فيمكن صياغة إعلان متعدد الأطراف. ويمكن على سبيل المثال إصدار قرار من جمعية الصحة العالمية، يجتمع فيه جميع الدول المانحة والمتلقية الرئيسية بطموح إلى عهد صحة عالمية جديد، ومبادئ جديدة للتعاون، على أن تشكل مبادئ الميثاق الجديد الثلاثة جزءاً من هذا الالتزام. أو يمكن أن يكون جزءاً من إعلان صادر عن "تحالف الراغبين"، بما يتماشى مع اقتراح بات وآخرون، كجزء من إعادة الضبط في أكر (Pate et al. 2026).

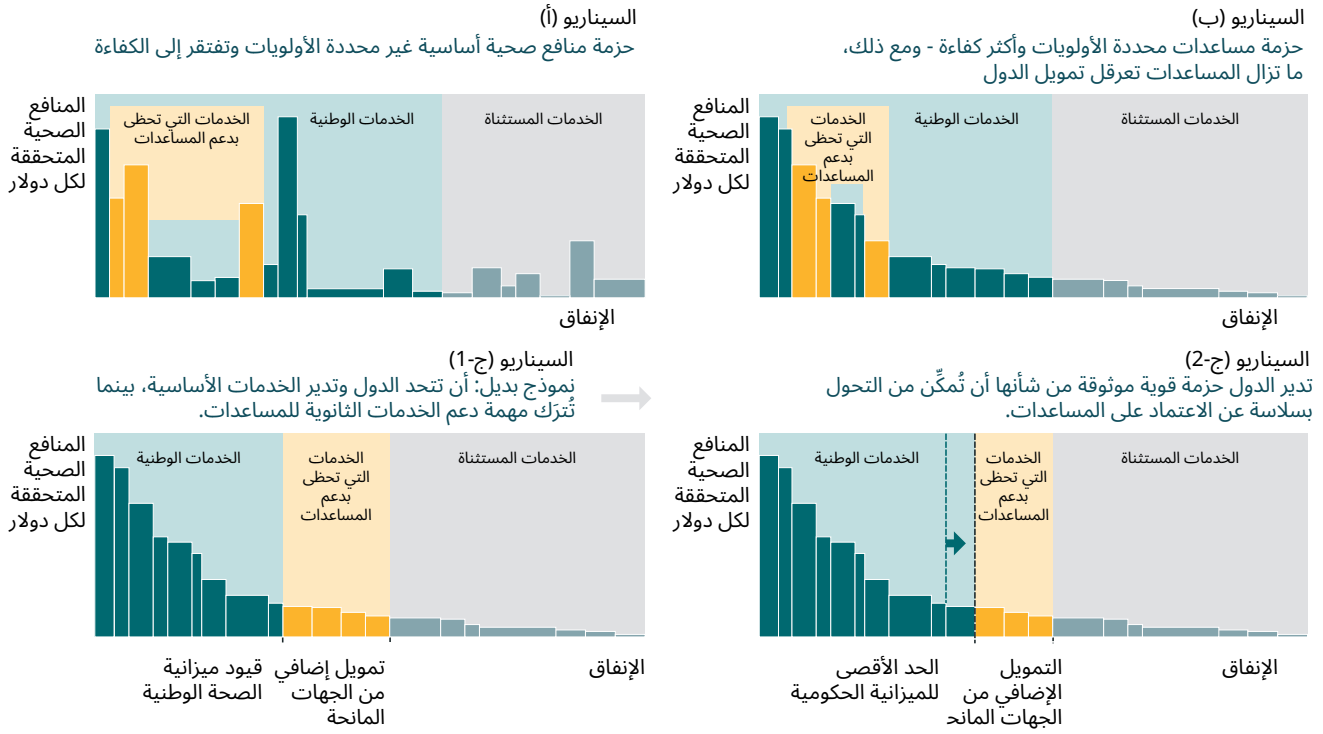
موثيق وطنية جديدة

يمكن تطبيق مبادئ الميثاق الجديد ضمن اتفاقية تُبرم بين الجهات المانحة والحكومات على المستوى القطري. ومن المُفترض أن يُبنى هذا الميثاق الوطني جديدة على حزمة واضحة من المنافع الصحية، تُصمم من خلال عملية تحديد أولويات عادلة بقيادة محلية ومستندة إلى الأدلة. وينبغي ربط هذه الحزمة بصياغة الميزانية الوطنية وأطر الإنفاق متوسطة الأجل.

ومن المرجح أن يُطوَّق الميثاق الجديد بوصفه إطاراً تقنياً على المستوى القطري عبر هيكل تنسيق بين الجهات المانحة على المستوى القطري (الفصل السادس) أو آلية تمويل موحد جديدة (الفصل الثالث). وبدلاً من أن تحدد الدول ما تبقى لها من مهام بعد أن نفذت الجهات المانحة المختلفة التزاماتها، ستُمنح الأولوية للتخطيط الوطني، وأثناء عملية التخطيط، ستتبني الدول والجهات المانحة مبدأً واضحاً يقضي بتخصيص التمويل الوطني أولاً (نظرياً على الأقل). ويمكن بعد ذلك تقديم بعض الجهات المانحة التمويل في صورة دعم ضمن الميزانية، ولكن بثقة أكبر وفي عملية أكثر وضوحاً تُعطي الأولوية للخدمات الأكثر أهمية، وتوضح أن هذا الدعم إضافي ولا يحل محل التمويل المحلي أو يقدم الدعم لما دعمته الجهات المانحة الأخرى بالفعل. ويتضح ذلك في الشكل 2. وسيصبح الدفع المباشر حلاً أخيراً لتغطية الخدمات التي لا تغطيها مصادر التمويل الحكومية، أو الجهات المانحة أو المؤسسات الخاصة.

وفي اللحظة الراهنة، تعدد مصادر التمويل الخارجية يزيد من صعوبة تصميم وتنفيذ حزمة واضحة للمنافع الصحية، مما يُضعف جهود المؤسسات المحلية الرامية إلى تعزيز النظم الصحية. وتبني نهج الميثاق الجديد، ستتفق الجهات المانحة والدول المتلقية للمساعدات على أن يتمثل المحور الأساسي في العمليات التي تقودها الدول، إلى جانب تصميم دعم الجهات المانحة بعد وضع هذه العمليات ومع مراعاتها، بما يُدمج نهج تعزيز النظم الصحية في آلية تقديم المساعدات.

الشكل 2. شكل توضيحي لحزمة المنافع الصحية ذات الأولوية مع وضع استثمار المساعدات على الهامش



ملاحظات: يُظهر الانتقال من السيناريو (أ) إلى السيناريو (ب) كيف تُحقق القرارات الفعالة من حيث التكلفة صحة أفضل مقابل الإنفاق نفسه، لكن المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة لا تزال تؤثر على تمويل الدول تأثيراً سلبياً. وفي الميثاق الجديد (السيناريو ج-1)، تُحدد الدول الخدمات الأساسية عالية القيمة وتُموّلها، بينما تقدم الجهات المانحة حزمة دعم تكميلية. ومع نمو الميزانيات المحلية، يتراجع الاعتماد على المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة (السيناريو ج-2).

مزايا ومخاطر الميثاق الجديد للدول والجهات المانحة

مزاياه ومخاطره بالنسبة للدول

تتمثل إحدى المزايا الرئيسية للدول في الحد من التقلبات المرتبطة بالمساعدات الخارجية. فمن خلال تركيز الموارد المحلية على تمويل حزمة خدمات أساسية، تتقي الدول التغييرات المفاجئة في سياسات الجهات المانحة، أو التحولات السياسية، أو التجميد المفاجئ للمساعدات، كما رأينا مع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. ويحمي ذلك بدوره استقرار برامج الصحة الأساسية. كما يعزز هذا النهج بقوة التمكين المحلي. ومن خلال تحديد الأولويات محلياً استناداً إلى الأدلة، تستطيع الحكومات ممارسة قدر أكبر من الاستقلالية في إدارة الأولويات الصحية الوطنية، مما قد يساعد في بناء مؤسسات صحية أقوى وزيادة مساءلة صناع القرار أمام المواطنين. ومن شأن هذا التحول عن المساعدات المجزأة التي تقودها الجهات المانحة أن يمكن الحكومات من التركيز على إدارة النظام بدلاً من السعي وراء مجموعة متفرقة من المنح. إضافةً إلى ذلك، يمكن للدول تحقيق المزيد من المزايا الصحية مقابل المال، حيث يشجع الميثاق الجديد على تحديد أولويات الخدمات الصحية بشكل أفضل، وتخصيص كل من الأموال المحلية وأموال الجهات المانحة على نحو أنسب. ومن خلال إبعاد الرعاية الأساسية عن حالة عدم اليقين التي تكتنف التمويل الخارجي، يمكن ضمان استمرارية خدمات الرعاية الصحية المنقذة للحياة بشكل أفضل.

ومع ذلك، يحمل تبني الميثاق الجديد في طياته مخاطر بالنسبة للدول. فقد يزداد العبء بسرعة على أنظمة تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة، وأنظمة إدارة المالية العامة، ما قد يؤدي إلى خلق أوجه قصور أو سوء تخصيص الموارد. كما أن زيادة استقلالية الدول قد تُعرض أنظمتها لمخاطر الحوكمة، مثل الفساد أو سوء الإدارة، لا سيما في السياقات التي تكون فيها آليات المساءلة ضعيفة أو حيث تتضاءل الرقابة، ما قد يُفوّض ثقة الجهات المانحة واستدامة الخدمات الصحية على المدى الطويل. وفي الوقت نفسه، وضع هذه الأنظمة هدف رئيسي للميثاق الجديد وللسيادة الصحية الأوسع، ولذا فإن حل المخاطر لا يتحقق بتجنبها، بل في دعمها خلال المرحلة الانتقالية. وأخيراً، ثمة خطر يتمثل في ضعف التنسيق بين الجهات المانحة خلال المرحلة الانتقالية، وظهور ثغرات في تمويل الخدمات الأساسية.

مزاياه ومخاطره بالنسبة للجهات المانحة

يقدم الميثاق الجديد مزايا عديدة للجهات المانحة، لا سيما في ظل بيئة المساعدات المتغيرة.

أولاً، يدعم هذا الميثاق الاستدامة ويقلل الاعتماد على المساعدات طويلة الأجل من خلال إعطاء الأولوية للاستثمارات في الأنظمة والمؤسسات الوطنية. وبالتركيز على الوظائف الأساسية، يساعد الميثاق الجديد في بناء أسس التمويل المحلي لتقليل الاعتماد على المساعدة الإنمائية الخارجية المخصصة لقطاع الصحة بالتدريج. والأهم من ذلك هو أنه يوفر مساراً أكثر وضوحاً وتنظيماً للانتقال مع زيادة الميزانيات المحلية، ويساعد ذلك الجهات المانحة على تجنب ترسيخ الاعتمادية من دون قصد، مع الاستمرار في دعم الخدمات التي لا تستطيع الدول تمويلها ذاتياً حتى الآن. كما يُتيح هذا الميثاق للجهات المانحة تحديد أولويات المساعدات للدول التي لا تزال بحاجة إلى تدخلات عالية القيمة لا تستطيع الحكومات تمويلها.

ثانياً، يمكن أن يُحسّن هذا النهج من القيمة المحققة مقابل المال، إلى جانب الأثر الصحي الشامل من خلال المواءمة بين تمويل الجهات المانحة والأولويات المحددة وطنياً وقيود الأنظمة الصحية المحلية. فبدلاً من التركيز على تحسين المخرجات المنسوبة إلى الجهات المانحة وإمكانية تتبع التمويل وحدهما، يتضمن الميثاق الجديد تحولاً نحو تقييم نتائج المنظومة الصحية ككل، وإعادة التركيز على تحسين كفاءة النظام في المجمل. وعلى سبيل المثال، تشير الأدلة المستقاة من دراسة حالة في إثيوبيا إلى أن تبني نهج الميثاق الجديد يستطيع تحقيق زيادة تقارب 15% في إجمالي سنوات العمر الصحي المكتسبة على مستوى المنظومة الصحية (Memirie et al. 2024). ويدعم هذا المنظور الشامل تخصيصاً أكثر كفاءة للموارد الشحيحة، كما يمكن أن يُعزز الحاجة إلى تقديم مساعدات تركز على الأثر إلى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ثالثاً، يُمكن هذا الميثاق الجهات المانحة من إعادة توجيه مواردها نحو المجالات التي تتمتع فيها بميزة نسبية. فازدياد مسؤولية الدول عن تمويل الخدمات الروتينية يفسح المجال للجهات المانحة للتحويل نحو المهام الاستراتيجية عالية القيمة. وقد يشمل ذلك الاستثمار في المساعدة الفنية التحفيزية، وتعزيز النظم الصحية، والشراء المجمع، أو المنافع العالمية العامة مثل توجيه الأسواق، والوقاية من الأوبئة، وأبحاث اللقاحات. وتعرض دراسة حالة أجراها تحالف غافي بالتفصيل تحولات السياسات التي قد تطرأ على الجهات المانحة في ظل الميثاق الجديد (Morton et al. 2024). ومن شأن هذا التوجه الجديد أن يُمكن الجهات المانحة من تعظيم مساهماتها الاستراتيجية بما يتماشى مع أهدافها وقيمتها، ضمن حدود مالية أكثر صرامة.

رابعاً، يُقدّم الميثاق الجديد سردية جديدة لمشاركة الجهات المانحة، تُركّز على العدالة والمسؤوليات المتبادلة بدلاً من الأعمال الخيرية. ويمكن لهذه السردية، إذا ما عرضت عرضاً فعالاً، أن تلقى قبولاً بين مختلف الأطياف السياسية، فتلقى صدى لدى الأطياف المؤيدة للتضامن، والأطياف المُتشكّكة في جدوى المساعدات والمهتمة بالكفاءة والقيمة مقابل المال وتقليل الاعتمادية طويل الأمد على السواء (Schneider et al. 2021).

أخيراً، ومع مرور الوقت، يُمكن لهذه التحوّلات أن تُعزّز الثقة المُتبادلة والشرعية بين الجهات المانحة والحكومات المُتلقّية. فمن خلال دعم الأولويات التي تحددها الدول، وتحقيق مكاسب ملموسة على مستوى المنظومة، وتوضيح مسارات الانتقال، قد يُنظر إلى برامج الجهات المانحة على أنها أكثر مصداقية وفعالية، وأكثر توافقاً مع أهداف الدول الشريكة.

وتتعرض الجهات المانحة أيضاً لمجموعة من المخاطر عند تبني الميثاق الجديد، حيث تعمل حكومات الدول المانحة ضمن دورات انتخابية قصيرة وبيئات مالية مقيدة وأنظمة مساءلة تُعطي الأولوية للنتائج الظاهرة التي يمكن نسبها إلى الجهات المانحة. ولا طالما صبت هذه الحوافز في صالح البرامج الخاصة بأمراض محددة، ومزاعم النتائج اللافئة سهلة الترويج، على حساب الاستثمارات طويلة الأجل في النظام الصحي. ومن المخاطر التي كثيراً ما يُشار إليها هي أن التحول نحو التمويل على مستوى النظام يقلل من قدرة الجهات المانحة على الإبلاغ عن مؤشرات بسيطة يُنسب الفضل فيها إليها، مثل "الأرواح التي تم إنقاذها". ويمكن التخفيف من هذا الخطر عن طريق الإبلاغ عن الجزء المنسوب إلى الجهات المانحة من التأثير على النظام الصحي في الدولة بعد تقديره، وهذا الأثر سيكون أعلى في ظل نهج الميثاق الجديد نظراً للتحسينات في كفاءة التخصيص. لكن غالباً ما يُبالغ في تقدير هذا الخطر وأهميته السياسية. سيكون الانتقال من نسب التأثير مباشرة إلى الجهة المانحة إلى مساهمتها في سرد قصة التقدم الذي تقوده الدول إجراءً أكثر ملاءمة، وربما أكثر إقناعاً. علاوة على ذلك، يُمكن القول إن فهم الجمهور للمساعدات يركز بشكل أكبر على الخطاب الأخلاقي (Schneider et al. 2021; Hudson et al. 2020). وقد يكون لتبني خطاب جديد عن المساعدات تأثير أكبر من مجرد تغيير ادعاءات الجهات المانحة بشأن الأثر الكمي الذي تحدثه.

وتنشأ مخاطر أكبر مرتبطة بالقيود المؤسسية والسياسية التي تفرضها الجهات المانحة، حيث يتطلب تطبيق الميثاق الجديد إجراء تغييرات في إجراءات إعداد الميزانيات والتقارير واتخاذ القرارات، فضلاً عن التنسيق بين مختلف الوكالات ومصادر التمويل. وقد تواجه هذه التحوّلات مقاومة من الحوافز البيروقراطية الراسخة، وأطر المساءلة التي تتجنب المخاطر، والأولويات السياسية المتضاربة. لذا، من المحتمل تكبد تكاليف في المرحلة الانتقالية، ووقوع أخطاء في التنفيذ المبكر، لا سيما في حال استمرار أنظمة الجهات المانحة في التركيز على التمويل المقيد ونسبة الأثر قصير الأجل بدلاً من النهج المجمع أو النظامية. ولمعالجة هذه المخاطر المتعلقة بالاقتصاد السياسي يجب توضيح قيود الجهات المانحة، وتصميم ترتيبات الميثاق بما يتوافق مع ضغوط المساءلة المحلية، مع إعادة تشكيلها تدريجياً.

وبشكل عام، يوفر الميثاق الجديد مسارات نحو تمويل صحي أكثر استدامة ومملوك للدول، لكن تنفيذه يتطلب إدارة المخاطر، والتنسيق الدقيق بين أصحاب المصلحة، وتغييرات في حوافز وممارسات الجهات المانحة الراضية.

3. سيناريوهات رئيسية لتطبيق الميثاق الجديد

يعتمد تنفيذ ميثاق جديدة لتمويل الصحة على قرارات تُتخذ على المستوى الكلي بشأن مستقبل بنية الصحة العالمية. وسنعرض في هذا الفصل ثلاثة سيناريوهات مستقبلية نموذجية، تعكس مستويات تغيير متزايدة يقوم به أصحاب المصلحة في قطاع الصحة العالمية، وآثاراً متباينة على الدول المتلقية للمساعدات.

وعلى الرغم من أن الميثاق العالمي الجديد قد يُتيح، من حيث المبدأ، إحداث تحول جذري نحو آلية تمويل موحدة بالكامل، إلا أن التوقعات الأكثر واقعية على المدى القريب تتمثل في مسار هجين يتسم بتوحيد محدود، وتحولات تدريجية في سياسات الجهات المانحة، واستمرار بعض سمات الوضع الراهن. وتتناول الفصول التالية من هذا البحث ثلاثة جوانب رئيسية للتنفيذ في هذه السياقات: (1) منصات التنسيق بين الجهات المانحة على المستوى القطري، (2) والتحولات في سياسات الجهات المانحة، (3) وقدرات الدول.

السيناريو الأول: الوضع الحالي

في السيناريو الأول، تدخل الجهات المانحة (بما فيها بنوك التنمية متعددة الأطراف والمبادرات الصحية العالمية) تغييرات طفيفة نسبياً على بنية الصحة العالمية أو أطر سياسات الجهات المانحة التي تدعم أساليب عمل شبيهة بالميثاق الجديد. وقد تُبدي بعض الجهات المانحة استعداداً للتوافق مع أولويات الدول، إلا أن الدول ستواجه الكثير من العقبات ما لم تُدخل إصلاحات على السياسات. فعلى المستوى القطري، يمكن إقامة منتدى لشركاء التنمية أو مجموعة من الجهات المانحة التي تعمل معاً ضمن مجموعات تعمل بالنهج القطاعي. ولكن من دون إجراء إصلاحات أعمق في سياسات الجهات المانحة، تُعالج تعقيدات تحديد الجهات القادرة على تمويل أهداف معينة، ومدة التمويل، وآلياته، قد يكون تبني إطار عمل الميثاق الجديد أمراً صعباً. وقد سبقت دراسة هذا السيناريو بمزيد من التفصيل في دراسة حالة عن إثيوبيا (Memirie et al. 2024).

ويحمل هذا السيناريو ميزة، وهي أنه لا يستدعي من الدول أن تنتظر تحرك الجهات المانحة أولاً، إذ يُمكنها بدء عملية الانتقال من خلال دعوة الجهات المانحة للعمل معها ضمن إطار الميثاق الجديد. ومع ذلك، قد تجد بعض الدول جدوى في محاولة الانتقال نحو نهج الميثاق الجديد حتى بدون (أو قبل) إدخال إصلاحات داعمة من الجهات المانحة، ومن المرجح أن يُطبَّق الميثاق الجديد تجريبياً في هذا السياق. لكن تكمن المخاطر المحتملة في هذه الحالة في أن عملية إدارة تحول تمويلي جوهري هي أمرٌ بالغ التعقيد، ويُشكل عبئاً إدارياً كبيراً على أصحاب المصلحة جميعهم، مما يُشتت الانتباه عن أهداف التنفيذ الأخرى. وفي أسوأ الأحوال، قد تؤدي الإخفاقات الإدارية إلى خلق ثغرات في تغطية الرعاية الصحية وفشل نهج الميثاق الجديد.

مخاطر ناشئة أمام الميثاق الجديد: تزايد تحول التمويل الخارجي للرعاية الصحية إلى التمويل الثنائي وتسييسه

مع تحوّل المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة نحو اتفاقيات ثنائية تُصاغ وفقاً للأولويات المحلية للدول المانحة (وخاصة الولايات المتحدة)، أصبح التمويل يُوجّه عبر اتفاقيات قصيرة الأجل، غالباً ما تكون مرتبطة بأهداف السياسة الخارجية، مثل الأمن أو الهجرة أو المصالح الصناعية، بدلاً من تلبية الاحتياجات طويلة الأجل للنظام الصحي. وهو أمر يُسرّع من التشتت، حيث تواجه الدول عدة اتفاقيات متوازية مختلفة، لكل منها شروطها ومتطلباتها الخاصة بالإبلاغ. وتتضاءل بذلك فرص التمويل المجمع والتخطيط المشترك.

وبالنسبة للحكومات، يصبح التخطيط طويل الأجل بالغ الصعوبة. وتوضع الميزانية بالاستجابة لعوامل خارجية، وتعرض الخدمات الأساسية بشكل متزايد للتقلبات السياسية في رؤوس أموال الجهات المانحة. وعادةً ما تنجذب الموارد الخارجية نحو ما يبرز دور الجهات المانحة سياسياً، بدلاً من تلبية الاحتياجات الأكثر إلحاحاً على المستوى المحلي. ويقوض ذلك عملية تحديد الأولويات المستندة إلى الأدلة والتي تعطي الأولوية للتمويل المحلي. كما يزعزع جهود الجهات المانحة التي تهدف إلى التوافق مع الأنظمة الوطنية، ما يصعب تعزيز تماسك الجهات عبر القطاع، ودمج موارد الجهات المانحة في إجراءات وضع الميزانية الوطنية، أو تعزيز أطر الأداء المشتركة، وجميعها عناصر أساسية لتبني الميثاق الجديد تدريجياً. ويصبح بذلك تنفيذ الميثاق الجديد أكثر صعوبة، ولكنه في الوقت نفسه أكثر إلحاحاً. وقد تستخدمه الدول بشكل متزايد كأداة تنسيق دفاعية لحماية الخدمات الأساسية وتعزيز القيادة الوطنية.

السيناريو الثاني: تنفيذ تحولات في سياسات الجهات المانحة دون إجراء إصلاح هيكلي

يتناول السيناريو الثاني مستقبلاً لا يشهد تغييرات جوهرية في بنية الصحة العالمية من حيث تدفقات التمويل، لكن تتخذ فيه الجهات المانحة (بما فيها بنوك التنمية متعددة الأطراف والمبادرات الصحية العالمية) خطوات هامة لتكييف أطر سياساتها بما يتماشى مع برنامج عمل لوساكا. ويعني ذلك أن عدد شركاء التنمية من الجهات المانحة لا يتغير بالنسبة للدول تغيراً ملحوظاً، لكنهم يصبحون أكثر قدرة على التكيف لتحقيق التناغم - من خلال نهج قطاعية أو منصة تنسيق مماثلة - والتوافق مع تحديد الأولويات بقيادة الدولة والتمويل المحلي أولاً. فعلى سبيل المثال، قد يعتمد تحالف غافي سياسة تمويل مشترك أكثر مرونة أو آلية "التمويل المرن بموجب الميثاق الجديد" (Morton et al. 2025b; Madan Keller, Bonnifield, et al. 2024). وقد تنشئ الجهات المانحة آليات تمويل ثنائية أقل صرامة (انظر الفصل 5). ومن بين الإصلاحات السياسية الهامة الأخرى المواءمة بين دورات التمويل والتحول نحو الدعم ضمن الميزانية، كما كان الحال بالنسبة للتمويل المجمع في إثيوبيا الذي سبق أن تناوله مركز التنمية العالمية بمزيد من التفصيل (Memirie et al. 2024). وفي هذا السيناريو، يظل التمويل متفرقاً، لكن تصبح الجهات المانحة أكثر قدرة على الاستجابة لدعوات الدول إلى التوافق، ولو جزئياً، مع نموذج الميثاق الجديد.

وتكمن الميزة في سيناريو الإصلاح الفعال لسياسات الجهات المانحة في تحسين التنسيق على المستوى القطري في إطار الميثاق الجديد، وتخفيف العبء الإداري على الدول الناتج عن التعامل مع مجموعة واسعة من القيود الثابتة التي تفرضها الجهات المانحة. علاوة على ذلك، ثمة فائدة من تعدد مصادر التمويل؛ فإذا تعطل أحدها، تبقى المصادر الأخرى قائمة (كما لا تتعرض الخدمات الأساسية للخطر مع إعطاء الأولوية للتمويل المحلي). مع ذلك، لا يزال أمام كل من الدول والجهات المانحة الكثير من العمل لإدارة هذا التعقيد على المستوى القطري.

السيناريو الثالث: توحيد التمويل في قناة واحدة متعددة الأطراف

يتصور هذا السيناريو الثالث وضعاً تحل فيه آلية واحدة متعددة الأطراف توفر تمويلاً خارجياً للخدمات الصحية محل الجزء الأكبر من الدعم التمويلي متعدد الأطراف والثنائي على المستوى القطري. ومن المرجح أن تُستخدَم هذه الآلية لاستهداف البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل المستقرة. أما الدول الهشة والمتأثرة بالنزاعات، فمن المرجح أن تستدعي دعماً أكثر تكيفاً مع ظروفها، وغالباً لا تعد البلدان متوسطة الدخل من الشريحة العليا الخيار الأكثر كفاءة من حيث العائد مقابل المال عندما يتعلق الأمر بتحقيق أثر إضافي محدود. وقد تستمر الجهات المانحة الثنائية والخيرية في تقديم الدعم المالي للاستثمارات الرأسمالية أو الشاملة، فضلاً عن وظائف الصحة الشاملة الأخرى، مثل توفير المنافع المشتركة للصحة. ومع ذلك، ومع استثناءات قليلة، ستوافق الجهات المانحة على الاعتماد على منصة موحدة متعددة الأطراف لتمويل الخدمات الصحية، وستتوقف عن تقديم التمويل الثنائي للحد من التشتت والتعقيد.

وبشكل عام، يوجد خياران لقناة التمويل الموحد.

1. آلية تمويل الخدمات الصحية ضمن بنوك التنمية متعددة الأطراف (أو المرتبطة بها ارتباطاً وثيقاً):

إن استخدام بنوك التنمية متعددة الأطراف التمويل ضمن الميزانية، ونهجها غير المرتبط بمرض محدد، وقدرتها على دمج القروض والمنح، وإجراءات العناية الواجبة الموثوقة، يجعلها في وضع جيد لتبني نهج الميثاق الجديد، وتوجيه التمويل الخارجي نحو الأولويات التي تحددها الدول. ويمتلك البنك الدولي، وهو أكبر المساهمين في قطاع الصحة من بين بنوك التنمية متعددة الأطراف، خبرة في مجموعة من آليات تمويل الصحة، بما في ذلك صندوق الوقاية من الجوائح، ومرفق التمويل العالمي، والمؤسسة الدولية للتنمية. ويتوافق نهج مرفق التمويل العالمي في دعم الدول مع مبادئ الميثاق الجديد جزئياً، وتوفر الشريحة الأخيرة المقدمة من البنك والمكونة من 15 ميثاقاً صحياً وطنياً نقطة انطلاق قيّمة، شريطة أن تُحوّل هذه المواثيق إلى اتفاقيات حقيقية بين الجهات المانحة والحكومات، وأن يتمكن مرفق التمويل العالمي من التغلب على تحديات التنفيذ (Musuva et al. 2025; Demeshko and Baker 2025).

2. مبادرة صحية عالمية مخصصة: يمكن تنفيذ مبادرة مخصصة متعددة الأطراف لتكون نموذجاً بديلاً يمكن

استخدامه عوضاً عن آلية تمويل موحدة للخدمات الصحية. وفي ظل المناخ السياسي الراهن، من غير المرجح أن تكون هناك رغبة قوية في إنشاء مبادرة صحية عالمية جديدة، لذا يُرجح أن يتم ذلك من خلال دمج المبادرات القائمة دمجاً جذرياً (انظر (Pate et al. 2026) على سبيل المثال). والخياران الأكثر ترجيحاً هما الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) و/أو التحالف العالمي للقاحات والتحصين. وقد نشر التحالف العالمي للقاحات والتحصين مؤخراً بياناً حول نهجه المتبع في إصلاح بنية الصحة العالمية، بما في ذلك التزامه بـ "استكشاف الخيارات الجذرية فيما يتعلق بالتحالف العالمي للقاحات والتحصين والصندوق العالمي" (Future of Global Health Initiatives 2023; Witter et al. 2025;). وإذا أنشئ 'صندوق عالمي للخدمات الصحية' (أو ما شابه)، فمن شأنه أن يوجه التمويل نحو عملية صياغة ميزانية قطاعية بقيادة الدول، بهدف توسيع نطاق حزمة أساسية من الخدمات الصحية من خلال الأنظمة الحكومية بدلاً من البرامج الموازية. وسينتقل بذلك نظام حوكمة الأموال وتخطيطها وإدارتها على المستوى القطري من اتباع النهج المتوازية الحالية إلى الوزارات الحكومية المسؤولة عن إدارة الميزانيات المحلية.

وبافتراض ثبات العوامل الأخرى، سيُمثل توحيد تدفقات التمويل تحسناً ملحوظاً للدول المتلقية للمساعدات، إذ سيُخفف العبء الإداري ويُتيح للمؤسسات الوطنية العمل بفعالية. علاوة على ذلك، يُقلل التمويل المُجمَع من مخاطر تقلبات مساهمات الجهات المانحة ويفرقها. أما العيب الرئيسي للأموال المُجمعة، فهو الجهد المطلوب من الجهات المانحة وأصحاب المصلحة الأخرى في مجال الصحة العالمية، ليس فقط لإنشاء هذه الآلية، بل أيضاً لإصلاح الهياكل القائمة التي ستُستبدل أو تُفككها. إضافة إلى ذلك، فمقارنةً بالسيناريوهين الأول والثاني، يكمن في هذا النموذج خطر الاعتماد على قناة واحدة فقط، أو الاعتماد عليها بشكل رئيسي، لتوفير التمويل. كما أنه إذا انهارت الشراكة لأي سبب، فإن التداعيات ستكون أكثر كارثية مما لو انسحب مُمول ثنائي واحد أو مبادرة صحية عالمية.

ويحمل خيار بنوك التنمية متعددة الأطراف على الجانب الآخر بعض المزايا. فوجودها بوصفها بنوك يعني إمكانية الاستفادة من المنح الأولية المقدمة من الجهات المانحة الرئيسية لتوفير تمويل أكبر على شكل قروض ميسرة، مع وجود بعض الجدل حول مدى ملاءمة استخدام التمويل بالدين لتغطية التزامات تقديم الخدمات المستمرة، بدلاً من الاستثمارات الرأسمالية. ومع ذلك، يحمل خيار بنوك التنمية متعددة الأطراف عيوباً، لا سيما محدودية مساهمة هياكل الحوكمة (Musuva et al. 2025).

ويُمكن لدمج المبادرات الصحية العالمية واعتماد نهج الميثاق الجديد أن يُساهم في معالجة معظم التحديات المرتبطة بهذه المبادرات (Witter et al. 2025). وسيكون هذا النهج أكثر فعاليةً إذا ما نُفذ بالتعاون مع بنوك التنمية متعددة الأطراف، مما يُتيح الاستفادة من تمويلها ضمن الميزانية. ولكن نظراً للجهود الكبيرة اللازم بذلها لتحقيق هذه الإصلاحات، لا بد من تقديم مبرر قوي لتفضيل وجود وظيفة تمويل متعددة الأطراف للخدمات الصحية بوصفها مؤسسة مستقلة، على أن تكون آلية تابعة لبنوك التنمية متعددة الأطراف. وربما يكون من الأنسب إعادة توجيه المبادرات الصحية العالمية نحو مجالات أخرى تتمتع فيها بميزة نسبية، مثل تشكيل السوق والشراء المُجمَع. وعندها يُمكن للدول استخدام مواردها الخاصة طواعيةً، مدعومةً بالصناديق متعددة الأطراف، للشراء من خلال المبادرات الصحية العالمية للحصول على أسعار أفضل وجودة أعلى (CGD 2025).

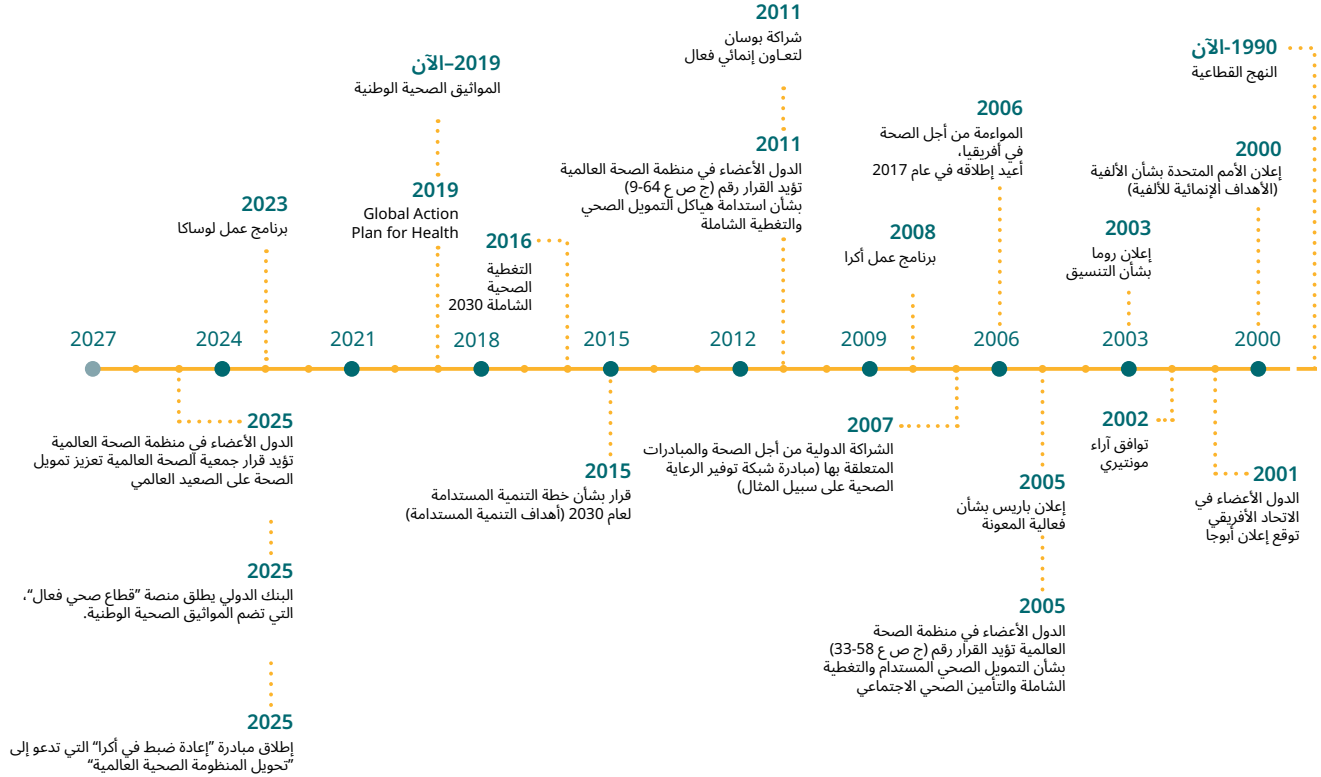
4. مشهد مبادرات تنسيق تمويل الصحة

تطورت الجهود المبذولة لتنسيق تمويل الصحة العالمي على مدى عقود عدة، متأثرةً بالتحديات المستمرة المتمثلة في تشتت المساعدات، وتقلبها، ومحدودية ملكية الدول لها. ومسيرة التحول نحو وضع نهج منسقة تقودها الدول في تمويل الصحة سعت في مراحلها الرئيسية نحو معالجة هذه المسائل متكررة الحدوث.

يوضح Figure 3 التسلسل الزمني للتاريخ الحديث. وهو يبدأ باستحداث النهج القطاعية الخاصة في أوائل التسعينيات (WHO 2006)، يليه وضع المبادئ العالمية لمواءمة المعونة وتنسيقها والمساءلة بشأنها في اتفاقيات مثل توافق آراء مونتيري (United Nations 2002)؛ وإعلان روما بشأن التنسيق (United Nations Development Group 2003a)؛ وإعلان باريس (OECD 2005)؛ وبرنامج عمل أكر (OECD 2008)؛ وشراكة بوسان من أجل التعاون الإنمائي الفعال (EU Capacity4dev 2011)؛ وإعلان أبوجا الصادر عن أعضاء الاتحاد الأفريقي (African Union 2001). وقُضت هذه المبادئ من خلال اتفاقيات وآليات للمساءلة المتبادلة، وخاصة الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها (The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) (IHP+)، بما في ذلك شبكة توفير الرعاية الصحية (P4H Network (P4H Network 2023; UHC2030 2025b). ثم تم توسيع نطاق الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها (IHP+) لاحقاً في إطار حركة التغطية الصحية الشاملة 2030 (UHC2030 2025a)، والتي تم من خلالها وضع مواثيق صحية وطنية (UHC2030 2025a) واعتمادها.

وفي الوقت نفسه، شكلت الالتزامات العالمية الكبرى مثل الأهداف الإنمائية للألفية (WHO 2018)، التي حلت محلها لاحقاً أهداف التنمية المستدامة (United Nations 2015)، مشهد الدبلوماسية الصحية الذي يهدف إلى تحسين النتائج الصحية. أما في الآونة الأخيرة، واصلت خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع (WHO 2025f) (SDG3 GAP) وبرنامج عمل لوساكا (مستقبل المبادرات الصحية العالمية 2023) جهودهما للمواءمة بين أصحاب المصلحة والتقدم نحو أهداف التنمية المستدامة أو التغطية الصحية الشاملة. وفي عام 2025، أيدت الدول الأعضاء قرار جمعية الصحة العالمية بشأن تعزيز تمويل الصحة على مستوى العالم (WHO 2025e)، كما أطلق البنك الدولي منصة "قطاع صحي فعال" (World Bank 2025b)، وقدم الدعم إلى 15 دولة لإطلاق موائيق صحية وطنية.

الشكل 3. الجدول الزمني لأهم مبادرات تنسيق تمويل الصحة العالمية، من التسعينيات حتى عام 2025.



عوامل النجاح ونقاط الضعف الشائعة في المبادرات السابقة

ظهرت عوامل نجاح مشتركة وتحديات متكررة في جميع مبادرات التنسيق بين الجهات المانحة (يتم تفصيل هذه المبادرات بشكل أكبر في Tables القسمين أ.1 و أ.2 في الملحق 1). وباختصار، ساهمت مبادرات التنسيق بين الجهات المانحة، إلى حد ما، في إحراز تقدم في المواءمة مع الاستراتيجيات الوطنية، وتحسين الحوار بين أصحاب المصلحة، وتطوير الأدوات والأطر المشتركة. ومن ضمن عوامل النجاح الشائعة اتخاذ خطوات نحو تولي الدول القيادة، وعمليات التخطيط الشاملة، وآليات لتعزيز المساواة المتبادلة. ومع ذلك، غالباً ما كانت تقف أمام هذه المكاسب قيود كبيرة، منها: عدم اتساق مشاركة الجهات المانحة أو الحكومات في جهود التنسيق؛ واستمرار هيمنة الجهات المانحة أو عدم امتثالها بالرغم من إبرام الاتفاقيات؛ وعدم وضوح الأهداف أو وضع أهداف فضفاضة للغاية؛ وإشراك غير متكافئ أو غير متناسق للشركاء الوطنيين؛ وضعف أنظمة الرصد والإبلاغ والمساءلة؛ وعدم تحقق التوقعات المتعلقة بالتمويل.

وفي الواقع، لم يرجع فشل هذه المبادرات إلى نقص الطموح، إنما إلى طريقة تصميمها، إذ اعتمد معظمها على التوافق الطوعي، من دون أي التزامات مالية ملزمة، ما أدى إلى تقويض مصداقيتها سريعاً. وما أكثر ما كانت مشاركة وزارات المالية هامشية، ما يعني أن هذه العمليات لم تُسهم في بعض الحالات في تشكيل قرارات الميزانية. وفي الوقت نفسه، كانت أطر المساءلة تعاني من الضعف، وأهدافها عامة، وتفتقر إلى الحوافز المناسبة، وتعتمد على رصد محدود. وأخيراً، لم يحدد مسارات واضحة للانتقال من التمويل الخارجي إلا قلة من المبادرات، ما ترك الدول والجهات المانحة في حالة مطولة من عدم اليقين.

تكشف تقييمات مبادرات مثل الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها (Shorten and Conway 2016; Ofosu et al. 2015)، والنهج القطاعية (Foster et al. 1999; Vaillancourt 2009)، والمواثيق القطرية (Taylor and Dolea 2012)، وخطة العمل العالمية للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (WHO 2025c) عن نتائج متباينة. فعلى سبيل المثال، لقيت خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع تأييداً أولاً من الشركاء، لكنها واجهت صعوبات في عدم تكافؤ الملكية القطرية وضعف الملاءمة للسياق المحلي، وذلك بسبب محدودية الحوافز المقدمة لتشجيع المبادرات الصحية العالمية على المشاركة، وافتقار آلية التنسيق للسلطة والموارد الكافية (WHO 2025c; Susa Sparkes et al. 2025). وبالرغم من تقييم بعض هذه المبادرات، لم تتضح كيفية إسهام كل مبادرة منها في تغيير جهود التنسيق ككل، وذلك بسبب قصور في قياس نسبة الأثر أو عدم تطبيق التقييم المنهجي. ومن غير الواضح أيضاً سبب استمرار ظهور العديد من المواثيق العالمية، مثل الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها وحركة التغطية الصحية الشاملة 2030، وميثاق المعرفة من أجل العمل الصادر عن البنك الدولي (World Bank 2024d)، وريادة البنك نفسه في مجال المواثيق الصحية الوطنية من خلال منصة "قطاع صحي فعال" (World Bank 2025b)، وميثاق التمويل العالمي الجديد في إطار منصة الاستثمار المؤثر في الصحة (World Bank 2025b)، لا سيما في ظل القلق بشأن محدودية التقدم وضعف شفافية الإبلاغ عن النتائج (Labonte and Marriott 2010; WHO 2025c; Witter et al. 2025). ويقع تقييم فعالية جميع المبادرات الشبيهة بالمواثيق خارج نطاق هذا البحث، إلا أن إجراء دراسة معمقة لجهود التنسيق والمواثيق الموقعة وتأثيرها قد يمثل مجالاً قيماً للبحوث المستقبلية.

وعلى نطاق أوسع، شكل مسار مبادرات التنسيق بين الجهات المانحة الممولة للصحة ديناميات سياسية ومؤسسية أوسع. ويشمل ذلك تحول أولويات التنمية العالمية، مثل انبثاق أهداف التنمية المستدامة من الأهداف الإنمائية للألفية؛ وتغيير أساليب المعونة؛ وتأثير اتفاقيات تاريخية مثل إعلان باريس بشأن فعالية المعونة (OECD 2005). وقد أدى التوتر الذي نجم عنه التقلب بين التركيز على البرامج الرأسمية والمنعزل بعضها عن بعض غالباً، من جهة، والنهج الأفقية التي تعزز النظم من جهة أخرى، إلى خلق تحديات أمام تطوير جهود التنسيق والحفاظ على زخمها. وبالنظر إلى نقاط القوة والضعف في المبادرات السابقة، تشير الدروس المستفادة منها إلى أهمية كل من التصميم الفني المتخصص والاهتمام بالسياق السياسي والمؤسسي دائم التغيير في تشكيل فعالية آليات التنسيق واستدامتها. وبشكل عام، توجد أدلة على جهود جزئية تبذلها الجهات المانحة للتوافق مع الأولويات الوطنية وزيادة ملكية الدول لآليات التنسيق في قطاع الصحة (WHO 2025c)، ولا مفر من التعلم من التجارب الناجحة والفاشلة. ويكتسب تحسين تخصيص التمويل المنسق والفعال أهمية أكبر في ظل تخفيضات التمويل واسعة النطاق التي يتسم بها المناخ الحالي منذ عام 2025.

ما الذي يضيفه الميثاق الجديد إلى مبادرات التنسيق الحالية؟

يُكَمِّل الميثاق الجديد المبادرات السابقة، ويقدم نهجاً يُمكن دمجه مع جهود التنسيق الحالية لتعزيز فعاليتها على المستويين القطري والعالمي. وهو ليس بديلاً عن النهج القطاعي الشامل والمواثيق الصحية الوطنية.

يُكَمِّل الميثاق العالمي الجديد بوصفه رؤية استراتيجية الدعوات الأخيرة متعددة الأطراف التي تهدف إلى التغيير، ولا سيما برنامج عمل لوساكا، وإعادة الضبط في أكر، وقرار جمعية الصحة العالمية لعام 2025 بشأن تمويل الصحة (Future of Global Health Initiatives 2023; Pate et al. 2026; WHO 2025e). ويدعو برنامج عمل لوساكا المبادرات الصحية العالمية إلى إجراء خمسة تحولات رئيسية تشمل إيلاء اهتمام أكبر للنظم الصحية، وزيادة التركيز على الإنفاق المحلي، إلا أنه لا يقدم توصيات إصلاحية محددة. أما قرار جمعية الصحة العالمية فقد شمل توصيات ذات صلة بالإصلاحات لتكميل البرنامج. فعلى سبيل المثال، يحث القرار الدول الأعضاء على "تركيز الموارد المحلية على حزمة ميسورة التكلفة من المنافع الصحية الأساسية، تستند إلى الأدلة وتخضع للتطوير من خلال عمليات شاملة وشفافة"، و"تصميم الإجراءات وتبسيطها للانتقال انتقالاً سلساً ومستداماً من الاعتماد على المساعدة الخارجية في مجال الصحة إلى التمويل المحلي القوي بما يكفي لدعم الصحة، بما في ذلك من خلال الدمج التدريجي لتدفقات التمويل الرأسي في أنظمة إدارة المالية العامة والمشتريات الحكومية المحلية، باستخدام أدوات مثل النهج القطاعية والمواثيق الصحية" (WHO 2025e).

ويمكن لمبادرات التنسيق على المستوى القطري، مثل النهج القطاعية، أن تعتمد الميثاق الوطني الجديد بوصفه إطاراً تقنياً بحيث يمثل مجموعة مبادئ توجيهية للتوافق حول حزمة منافع صحية واضحة، بقيادة المؤسسات الوطنية، واعتماد مبدأ "الأولوية للمحلي" في إعداد الميزانية. ومن المهم الإشارة إلى أن هذا الميثاق ليس الهدف منه أن يحل محل النهج القطاعية، بل هو أقرب في مبادئه إلى مبدأ 'خطة واحدة، ميزانية واحدة، تقرير واحد'. كما أن التحول نحو اعتماد ميثاق جديد ليكون إطاراً فنياً على المستوى القطري يتوقف على مجموعة من العوامل الأخرى، والتي سيتناولها الفصل السادس بمزيد من التفصيل.

5. أطر سياسات الجهات المانحة واستراتيجياتها لتمويل الخدمات الصحية

لتقييم إمكانية تطبيق الجهات المانحة للميثاق الجديد، درسنا أطر السياسات والاستراتيجيات التي توجه قرارات تمويل الصحة لدى الجهات الفاعلة الرائدة الثنائية منها والمتعددة الأطراف. (يمكن الاطلاع على مزيد من التفاصيل عن هذه الدراسة في الجدول رقم أ.3 في الملحق 2).

التمويل متعدد الأطراف

تحالف غافي والصندوق العالمي برنامجاً رأسيان نجحاً في استهداف تدخلات فعّالة من حيث التكلفة باستخدام موارد الجهات المانحة، وهو ما يتعارض مع نهج الميثاق الجديد. إلا أن المنظمين تعتمدان سياسات للتمويل المشترك وسياسات لتعزيز النظم الصحية، ما يتيح إمكانية التحوّل نحو الميثاق الجديد بطرق أربيع.

أولاً، تشجع سياساتهم صراحةً تقاسم الأعباء مع الحكومات من خلال ترتيبات التمويل المشترك (على سبيل المثال، يقدم الصندوق العالمي حافزاً للتمويل المشترك بنسبة 15%)، ومع ذلك، فإن فعالية هذه السياسات محل جدل، وتشير التوقعات إلى أن المدفوعات من محفظة الصندوق العالمي التي ستتحول إلى تمويل محلي بحلول عام 2040 لا تتجاوز نسبتها 1% (Pincombe et al. 2023; Gheorghe and Baker 2023). ثانياً، لدى المنظمين كليهما سياسات

لتعزيز النظم الصحية، وتوفران موارد للحكومات لتطوير أنظمتها الصحية بما يتجاوز نطاق اختصاصهما الأساسي (The Global Fund 2024b; Gavi 2022c). ثالثاً، تسعى كلتا المنظمتين إلى دعم تحديد الأولويات الوطنية خلال عملية تقديم طلبات المنح، على الرغم من أن ذلك غالباً ما يتم من خلال آليات مثل مننديات التنسيق الوطنية التابعة لتحالف غافي، والتي قد تكون منفصلة عن عمليات تحديد الأولويات الوطنية الأوسع نطاقاً، مثل لجان حزم المنافع الصحية. وأخيراً، تخلق التغييرات الأخيرة في السياسات فرصاً جديدة، ويلتزم كل من تحالف غافي والصندوق العالمي بتطبيق الإصلاحات تجريبياً في الدول الرائدة ضمن برنامج عمل لوساكا، وعليه يمكن أن يكون تطبيق نهج الميثاق الجديد خياراً فعالاً. والآن، التحول المُخطط له من قبل تحالف غافي في فترته الاستراتيجية السادسة نحو تقديم الدعم النقدي في صورة التمويل المرن الموحد في إطار الفترة الاستراتيجية السادسة لغافي و'وثبة غافي'، يتيح إمكانية تحقيق زيادة كبيرة في سيطرة الدول على موارد الجهات المانحة، والدمج بين ميزانيات الدول والجهات المانحة (Gavi 2024, 2026). ويمكن تكييف ذلك مع نموذج "التمويل المرن بموجب الميثاق الجديد" إذا شمل ميزانيات اللقاحات، وأعطى الأولوية لتحويل تمويل اللقاحات ذات الأولوية القصوى ليختص بها التمويل المحلي (Madan Keller, Bonnifield, et al. 2025b). وبينما تذكر المؤسسات بشكل متزايد تعزيز النظم الصحية ككل، إلا أن نماذج الحوكمة وهيكل الحوافز لديها ما زالت تتشكل إلى حد كبير بتكاليفات رأسية خاصة بأمراض مُحددة. وهو أمر يُحدث توتراً هيكلياً: فحتى مع استحداث المرونة، لا تتوقف قرارات التمويل ومؤشرات الأداء عن منح الأولوية لنتائج التأثير على الأمراض على حساب التأثير على مستوى النظام الصحي ككل. وإدراك هذا التباين أمرٌ ضروريٌ إذا أرادت هذه المؤسسات أن تؤدي دوراً ذا مغزى في نهج الميثاق الجديد.

تتسم آليات التمويل التي يطبقها البنك الدولي بتوافقها مع الميثاق الجديد من حيث الجوهر، إذ توفر دعماً واسع النطاق للأولويات الوطنية ضمن الميزانية. وبشكل أكثر تحديداً، تُبرز الوثائق المتعلقة بعمل البنك الدولي في مجال تمويل الصحة نوايا استراتيجية تتوافق مع مبادئ الميثاق الجديد. فعلى سبيل المثال، تُعطي استراتيجية تمويل الصحة الخاصة بمرافق التمويل العالمي الأولوية للرعاية الصحية الأولية، والتغطية الصحية الشاملة، وتعبئة الموارد المحلية، مع التركيز بقوة على الكفاءة والإنصاف والمرونة. كما تطبق مؤشرات قابلة للقياس تتعلق بترتيب أولويات الموارد، ونضج المواءمة، وإصلاحات التمويل. وقد رُوِّج مرفق التمويل العالمي أيضاً لبرنامج عمل "خطة واحدة، ميزانية واحدة، تقرير واحد"، مُسلطاً الضوء على نيته العمل على معالجة مشكلات عدم التوافق بين الجهات المانحة مع المبادئ المتوائمة مع الميثاق الجديد (Global Financing Facility 2024). وتعكس هذه الجهود - بما فيها أحدث الموائيق الصحية الوطنية التي تنتمي إلى منصة تحالف قادة الأعمال الصحية - تحولاً استراتيجياً نحو تمويل متكامل ومستدام للدول المتلقية للمساعدات (World Bank 2025b). ومع ذلك، وكما هو الحال مع تحالف غافي والصندوق العالمي، فعلى الرغم من وجود توافق استراتيجي نحو تعزيز النظام المتكامل، تشير الشواهد العملية إلى أن وثائق السياسة قد لا تُترجم دائماً إلى إجراءات على أرض الواقع (Salisbury et al. 2019).

سياسات الجهات المانحة الثنائية

تشير وثائق استراتيجية الجهات المانحة الثنائية إلى إمكانية التوافق مع مبادئ الميثاق الجديد. فعلى سبيل المثال، يحدد إطار الصحة العالمية للمملكة المتحدة (الحكومة البريطانية 2023) أهدافاً لإصلاح بنية الصحة العالمية وتعزيز النظم الصحية الوطنية، داعياً صراحةً إلى تقليل الاعتماد على البرامج الرأسية لصالح نهج أكثر تكاملاً وتعاوناً. وبالمثل، تعكس استراتيجية الصحة العالمية في ألمانيا (الحكومة الاتحادية لألمانيا 2020) هذا التوافق، مؤكدةً على دعم التغطية الصحية الشاملة، وإدارة مخاطر الكوارث، وتعبئة الموارد المحلية وتعزيز النظم الصحية. كما تسلط الضوء على الدعم الخاص بكل سياق لوضع الاستراتيجيات الوطنية، وإنشاء أنظمة مالية حكومية عادلة وشفافة، والعمل مع خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع. وتميل 'استراتيجية الصحة العالمية - أمريكا أولاً' إلى التوافق من خلال الالتزام باتفاقيات ثنائية متعددة السنوات تتطلب استثماراً محلياً مشتركاً وملكية وطنية. لكن هذه الاستراتيجية تُصيِّق نطاق

الدعم فيقتصر على مجموعة محدودة من أهداف مكافحة الأمراض المعدية والأمن الصحي، وتضع جداول زمنية طموحة للغاية للانتقال إلى الاكتفاء الذاتي، مما يثير تساؤلات حول نطاق الدعم، وإمكانية التنبؤ به، والتنسيق مع جهات التمويل الأخرى (US Department of State 2025). وبناءً على هذه الاستراتيجيات، يمكن الحصول على دعم ثنائي لتطبيق نهج الميثاق الجديد. ومن الجدير بالذكر أن ما يُقدّم للجهات المانحة على أنه 'تكاملاً' قد يتحول، ما لم تشمله معايير دقيقة، إلى نقل المسؤولية المالية إلى الحكومات المتلقية للمساعدات التي لا تملك حيزاً مالياً كافياً. وفي مثل هذه الحالات، قد يتحول التكامل إلى نقل للتكاليف بدلاً من تعزيز حقيقي للنظم الصحية.

تحولات محتملة في سياسات الجهات المانحة لتيسير تنفيذ الميثاق الجديد

إعطاء الأولوية لتخصيص الموارد للأولويات الوطنية التي لا يغطيها التمويل المحلي والمنافع المشتركة

ينبغي للجهات المانحة، على المستوى الاستراتيجي الأعلى، أن تحوّل تركيزها من تحديد الأولويات بناءً على الأمراض والتدخلات، إلى هدفين رئيسيين: إنتاج منافع مشتركة تعود بالنفع على الجميع، وإقامة شراكات قطرية طويلة الأجل لتعزيز النظم الصحية. فبدلاً من تخصيص الأموال لحالات بعينها أو تكنولوجيا محددة، يمكن للجهات المانحة التركيز على المنافع المشتركة التي تنقصها الإمدادات، مثل رصد الأمراض، والبيانات الصحية المتاحة للجميع، والتكنولوجيا الصحية الحديثة. ويمكنها في الوقت نفسه إقامة شراكات استراتيجية ضمن الميثاق الجديد مع مجموعة مختارة من الدول، بما يتماشى مع أولويات الخدمات الصحية التي تقودها الدول، مع وضع برنامج عمل متماسك لتعزيز النظم. ومن شأن هذا النهج أن يقلل من التشتت، ويتفادى تقويض النظم الصحية المحلية، ويضمن توجيه الموارد الشحيحة نحو الاحتياجات العالمية المشتركة وإلى الدول التي يمكن أن تحدث فيها أكبر الأثر. وقد وصف دريك وزملاؤه هذا التحول في السياسات بمزيد من التفصيل في دراسة سابقة (Drake et al. 2025).

اعتماد التمويل المشترك والتمويل المرن بوصفه جسراً استراتيجياً

آليات التمويل المشترك التي يطبقها تحالف غافي والصندوق العالمي توفر مدخلاً قيماً للميثاق الجديد. وتشير سياسة التمويل المشترك التدريجي لتحالف غافي ومتطلبات المساهمة المحلية المتزايدة للصندوق العالمي إلى وجود زخم نحو المسؤولية المالية المشتركة ودعم تعبئة الموارد المحلية. ومن المرجح أن تسهّل المواءمة بين مناهج التمويل المشترك ومبادئ الميثاق الجديد من خلال تعديل مستويات المساهمة المشتركة في التدخلات المختلفة. ويخلق هذا التقارب فرصاً لخلق تناغم بين نهج التمويل المشترك من جهة وتفادي المتطلبات المتضاربة الملزمة للدول المتلقية للمساعدات. كما يمكن أن يكون وسيلة للجهات المانحة، التي تلتزم على المدى القصير بدعم السلع الأساسية، لتطبيق نهج الميثاق الجديد جزئياً عن طريق تحويل التمويل المشترك عن السلع الأساسية المدرجة بالفعل في الحزمة المحلية نحو دعم التدخلات التي قد تكون باهظة التكاليف لولا تدخلها. ويمكن تنفيذ ذلك مباشرة من خلال هيكل دفع مشترك متدرج، أو ضمناً من خلال عملية صياغة ميزانية مشتركة ودعم التمويل المرن.

ويُعدّ التمويل المرن خطوةً متقدمةً تتجاوز التمويل المشترك، حيث يُمكن دمج مصادر تمويل متعددة في حزمة مواضيعية واحدة، مما يمنح الجهة المتلقية للمساعدات حرية اختيار كيفية الإنفاق (ضمن قيود معينة). وقد قدّم مادان كيلر وزملاؤه مقترحاً لإدخال التمويل المرن في إطار الميثاق الجديد للفترة الاستراتيجية السادسة لتحالف غافي (Madan Keller, Bonnifield, et al. 2025a).

ومع ذلك، يبقى خطر التجزئة مرتفعاً، إذ تحتفظ كل جهة مانحة بجداول ومعايير تمويل مشترك غير الأخرى. ويتضح من تركيز الصندوق العالمي على أمراض محددة، ومن النطاق الضيق لتحالف غافي المخصص للقاحات، كيف يُمكن للتمويل المشترك أن يُكْرَس، من دون قصد، العزلة بين الجهات داخل القطاع، بدلاً من تعزيز تكامل تمويل النظام الصحي.

تحويل الدعم ليكون ضمن الميزانية

يمكن أن تُسهم زيادة المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة بحيث تتخذ شكل الدعم ضمن الميزانية (حيث تُصَح أموال الجهات المانحة عبر الميزانيات الوطنية) في الحدّ من التشتت الناجم عن توازي قنوات التمويل، وتعزيز أنظمة إدارة المالية العامة أنظمة تحديد الأولويات في الدول (Fardoust et al. 2023). وسيتوافق الدعم ضمن الميزانية مع نهج الميثاق الجديد إذا ما حُصصت أموال الجهات المانحة من خلال عملية صياغة ميزانية تقودها الدولة، وتستند إلى الأدلة، وتبنى مبدأ التمويل المحلي أولاً، مع التمييز بوضوح بين ما يمكن تمويله بالموارد المالية المحلية، وما يمكن أن تمكّنه التمويلات الخارجية من تدخلات إضافية.

وقد ينطوي الانتقال المباشر والكامل إلى الدعم ضمن الميزانية على مخاطر مالية، وذلك حسب السياق. لكن يمكن التخفيف من تلك المخاطر عن طريق التنفيذ التدريجي، وأطر الرصد والمساءلة الفعّالة، والاستثمار الموجه في قدرات إدارة المالية العامة (Fletcher et al. 2008). إضافةً إلى ذلك، يجب الموازنة بين هذه المخاطر ومخاطر الدعم غير المدرج في الميزانية. فعلى سبيل المثال، قد ينتج عن ذلك ازدواج العمليات على نحو يفتقر إلى الكفاءة، وانخفاض الموارد المخصصة لبناء قدرات إدارة المالية العامة، وغياب الرقابة الحكومية، والاعتماد على أنظمة الجهات المانحة. وتشير الأدلة إلى أن دعم الميزانية المصمم جيداً من شأنه أن يضاهاه مساعدات المشاريع التقليدية في تعزيز الحوكمة، وإصلاح السياسات، وتقديم الخدمات، أو يتفوق عليها، لا سيما عند تكييفه مع السياقات المؤسسية المحلية (Fardoust et al. 2023; Fletcher et al. 2008, 5). والحوار حول السياسات والاستخدام الانتقائي لأساليب المساعدة التكميلية يمكن أن يحقق نتائج قريبة المدى، ويبنى مرونة مؤسسية طويلة الأجل، ويعزز الملكية المحلية.

اعتبارات سياساتية تكميلية

بالإضافة إلى التحولات السياسية التي ترمي إلى تيسير تنفيذ الركائز الأساسية للميثاق الجديد، توجد مجموعة من الاعتبارات السياساتية المجاورة التي يمكن أن تُكْمَل عملية الانتقال إلى الميثاق الجديد.

تعزيز النظم الصحية

لا بد من وجود نظام صحي فعال لكي ينجح الميثاق الجديد. وهي معضلة تخلق حلقة مفرغة، إذ يتزايد الإدراك بأن المساعدات المجزأة غالباً ما تعيق تعزيز وظائف النظام الصحي، إما بتجاوزه أو بتحويلها إلى عبء بسبب تشتيتها إياه. وبغض النظر عن حالة النظام الصحي في الدولة المتلقية عند الانتقال إلى نموذج يطبق الميثاق الجديد، تظل فرص التحسين قائمة، ما يجعل من الضروري أن تمتلك الدول والجهات المانحة على السواء خطة متماسكة لتعزيز النظم الصحية. ومع الأسف، فإن تمويل النظام الصحي وتقديم المساعدة الفنية لتعزيزه ليس أقل تعقيداً وتشتتاً عن تمويل الخدمات الصحية نفسها. وتقدم المبادرات الصحية العالمية ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، وغيرها، مساعدة فنية لتعزيز النظم الصحية أو تمويلها، ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لتطوير نماذج محسّنة لتقديم هذا الدعم للدول (Hallett et al. 2025). وما نود أن نوضحه هو أن تبسيط تمويل الخدمات الصحية واستخدام الأنظمة المحلية أمر لا مفر منه، سواء كان ذلك في إطار نهج الميثاق الجديد أو جهود الإصلاح الأوسع.

تشكيل السوق

يتمثل أحد مخاوف بعض أصحاب المصلحة بشأن نموذج الميثاق الجديد في أنه قد يُضعف قدرة المبادرات الصحية العالمية على تشكيل السوق. ومع ذلك، فإن الخدمات والتكنولوجيا الأكثر فعالية من حيث التكلفة (أي الحزمة الأساسية التي ستمولها الدول وفقاً للميثاق الجديد) غالباً ما تكون أدوية عامة راسخة، حيث يتمتع تشكيل السوق بأهمية أقل في العادة. وفي هذا الصدد، فإن حصر دور المساعدات الخارجية في الهامش، أو التركيز على التكنولوجيا أو الخدمات الأقل قليلاً من ناحية الفعالية من حيث التكلفة، يتوافق بشكل أفضل مع هدف تشكيل السوق. ويتمثل دور الجهات المانحة في حشد التكنولوجيا والخدمات التي لولاها - أي الجهات المانحة - لما تمكنت الدول من تحمل تكلفتها، وقد يشمل ذلك تكنولوجيا موجودة أو ابتكارات جديدة (Chalkidou, Claxton, et al. 2020; Chalkidou, Towse, et al. 2020). فعلى سبيل المثال، الفهم الأفضل لتكلفة الفرصة الحدية للإنفاق على الرعاية الصحية العامة في الدول المنخفضة الدخل يمكن أن يساعد المبادرات الصحية العالمية على تصميم التزام مسبق بالشراء. والالتزام المسبق بالشراء عبارة عن اتفاق ملزم بشراء كمية معينة من تكنولوجيا جديدة أو غير متاحة على نطاق واسع، أو دعمها، بشرط أن تفي تلك التكنولوجيا بمعايير معينة تحكم السلامة والفعالية من حيث التكلفة على سبيل المثال (CGD 2025).

ويمكن اعتبار طرح تكنولوجيا جديدة في السوق من خلال تشكيل السوق منفعة مشتركة، ومن ثم يمكن أن يعتمد على مصادر تمويل مستقلة من جهات مانحة، مع استخدام بنية مختلفة للصحة العالمية. فعلى سبيل المثال، ركز تحالف غافي على تشكيل السوق بهدف توفير لقاحات جديدة، فاستخدم آلية الالتزام المسبق بالشراء كألية جاذبة للتشجيع على تطوير تكنولوجيا لقاح جديدة (Gavi 2020). ثم يستخدم الالتزام المسبق بالشراء تمويل الجهات المانحة لشراء التكنولوجيا الجديدة أو دعمها بصفة مبدئية، على أن يتولى التمويل المحلي و/أو المساعدات الخارجية على المستوى القطني تمويلها بعد ذلك على المدى المتوسط. وإذا كانت التكنولوجيا الجديدة ذات قيمة عالية مقابل المال، فيمكن أن تمنحها الجهات المانحة الأولوية بالطريقة نفسها.

الشراء المجمع

الشراء المجمع هو إحدى المزايا الأخرى التي توفرها المبادرات الصحية العالمية. وتقوم هذه الآلية أساساً على أساس أن البلدان المنخفضة الدخل تعوزها القدرة الشرائية أو الخبرة اللازمة في مجال الشراء للحصول على صفقات جيدة من المصنّعين. ومع ذلك، لا يلزم أن تقتصر مهمة المشتريات على تمويل الجهات المانحة، بل يمكن إتاحتها أمام التمويل المحلي.

الاقتصاد السياسي للجهات المانحة

من أهمّ العقبات التي تواجه إصلاح تمويل الصحة هو أن الجهات المانحة هي جهات فاعلة ذات نفوذ قويّ، تشكلها دورات انتخابية قصيرة، وسرديات المساءلة المحلية التي عليها تقديمها لمواطني دولها، والحوافز المؤسسية التي تتعارض في كثير من الأحيان مع الأهداف طويلة الأجل المتمثلة في الملكية الوطنية، وتوحيد المساعدات، وتعبئة الموارد المحلية للدول المتلقية للمساعدات. وإذا تُركت هذه العقبات السياسية الموجودة على جانب الجهات المانحة من دون معالجة، فإنّ الإصلاحات التي تتبنى نهج الميثاق الجديد تُخاطر بأن تصبح مجرد تطلعات سطحية لسياسات مُعاد تسميتها.

وتستدعي معالجة هذا الأمر إدخال تغييرات، ليس فقط في ما تموله الجهات المانحة، بل في كيفية إدارة قرارات التمويل. وكما أوضح دريك و خان (Drake and Khan 2024)، ينبغي للجهات المانحة التوجه نحو عقد اتفاقيات واضحة متوسطة الأجل مع الدول، تُحدد أحجام التمويل المتوقعة، وأدواته، والاعتماد على عمليات تحديد الأولويات التي تقودها الدول، مع شروط شفافة تحكم إعادة التفاوض أو الانسحاب. وهو ما افتقرت إليه الموائيق الصحية الوطنية للبنك الدولي، إذ لم تُدرج توقعات الجهات المانحة ضمن بنودها (Demeshko and Baker 2025). وينبغي أن تُصاحب التحولات الكبيرة في المحافظ الاستثمارية، كالمبادرات الرأسية الجديدة أو التخفيضات المفاجئة في التمويل، تفسيرات موجّهة للدول، مع ربطها بمبادئ متفق عليها للملكية والشفافية وعدم إزاحة التمويل المحلي.

ويجب أن تُعيد الإصلاحات أيضاً توجيه الحوافز الداخلية للجهات المانحة وسردياتها، وأن تُدير التقلبات السياسية باعتبارها خطراً متوقعاً. ويمكن أن يُسهّم دمج حوافز التوافق مع العمليات التي تقودها الدول والمستندة إلى الأدلة في أنظمة أداء الجهات المانحة وتقاريرها، إلى جانب توفير آليات محمية للمساعدات التكميلية، في الحد من التشتت. وفي الوقت نفسه، يمكن لمسارات الانتقال وآليات امتصاص الصدمات الجماعية أن تُساعد في حماية الخدمات الأساسية من تقلبات الأوضاع السياسية للجهات المانحة، ما يُقلل من التكلفة السياسية والأخلاقية للتقلبات بالنسبة للدول الشريكة.

تغيير سرديات الجهات المانحة

يشغل العاملون في مجال الصحة العالمية بمقاييس محددة لقياس الأثر لبناء خطاب يبهر للجهات المانحة منح التمويل، بينما ما يقنع الجمهور عموماً في المقام الأول ليس الإحصاءات، وإنما الشعور بالعدالة وواجب الرعاية (Grépin et al. 2018; Schneider et al. 2021). وينبع الدعم الشعبي للنموذج الحالي الذي تتبعه الجهات المانحة في مجال الصحة العالمية من شعور بالظلم تجاه حجم الفقر وعدم المساواة الصحية، والعبء المرضي غير المتناسب الذي تتحمله العديد من الفئات السكانية الأشد فقراً (Grepin et al. 2012).

ويُضيف الميثاق الجديد بُعداً جديداً للعدالة الإجرائية إلى الخطاب الصحي العالمي المتعلق بالتمويل الخارجي. ويتألف هذا البعد من شقين: الأول هو تعزيز سيادة الدول المتلقية للمساعدات على نظمها الصحية، والثاني هو تقييد مسؤولية الجهات المانحة وتوفير مسار انسحاب أكثر وضوحاً. ويمكن لهذا الخطاب الجديد للعدالة أن يلقي قبولاً لدى الأطياف السياسية اليمينية واليسارية على السواء. فمن المرجح أن يدعم اليسار التوجه نحو تعزيز سيادة الدول على النظم الصحية وإعادة التركيز فعلياً على الدول الأفقر، بينما قد يُقدّر اليمين التركيز على تحمل الدول المسؤولية الأساسية عن سكانها، مع اقتصار دور الجهات المانحة على الدعم.

ومع ذلك، توجد فرص لاستحداث أساليب جديدة لقياس الأثر والإبلاغ عنه. إذ يمكن أن تشمل سرديات الجهات المانحة في إطار الميثاق الجديد تقارير مشتركة عن الأثر المتحقق، مع تحويل التركيز إلى الاستدامة وتحقيق أكبر أثر شامل ممكن، وربط المساءلة بمؤشرات أكثر وضوحاً مع وضعها تحت إشراف إقليمي (إشراف الاتحاد الأفريقي على سبيل المثال). كما يمكن للجهات المانحة إثبات القيمة المتحققة مقابل المال في ظل التمويل المرن من خلال تحديد آليات مساءلة بديلة تتجاوز نسبة أثر الموارد المقدمة أو المتحقق فيما يتعلق بأمراض محددة. ومن تلك الوسائل البديلة: (1) وضع مؤشرات أداء على مستوى المنظومة (مثل انخفاض الوفيات التي يمكن تفاديها، والإنصاف في تغطية الخدمات، والمناخ العالمية العامة، ومؤشرات المرونة) التي تعكس الغرض من التمويل المرن بشكل أفضل؛ (2) والفعالية من

حيث التكلفة على مستوى المحفظة، مع توضيح كيف تحقق الأموال المجموعة أو المرنة مكاسب صحية أكبر لكل دولار مقارنةً بالاستثمارات الرأسوية المجزأة؛ (3) وإجراء مقارنة معيارية مع سيناريوهات بديلة، بمقارنة الدول المدعومة من الميثاق مع دول ذات أوضاع مماثلة تحتفظ بتمويل مقيد إلى حد كبير. ويمكن معالجة مخاوف نسبة الأثر بوضوح من خلال الحلول العملية التالية: (1) التحول من الجمود في نسبة الأثر إلى إنتاج سرديات عن المساهمة، حيث تقدم الجهات المانحة تقارير عن دورها في النتائج الجماعية بدلاً من ادعاء الفضل وحدها؛ (2) والاتفاق على مؤشرات نجاح مشتركة، ما يمكّن الجهات المانحة من سرد قصص واضحة عن التأثير بدون المبالغة في التأثير الفردي؛ (3) وتسمية هذه المقايضة بشكل صريح، لأن ذلك من شأنه أن يساعد في جعل التخلي عن نسبة الأثر سمة عادية ولا بد منها للتمويل الجماعي، وليس عيباً.

نهج جديدة للمساءلة عن أموال الجهات المانحة

يمكن تطبيق آليات حوكمة توضيحية للتخفيف من مخاوف الجهات المانحة بشأن الإبلاغ والرقابة. ويمكن أن تشمل هذه الآليات ما يلي: (1) إطار عمل موحد للنتائج يتم الاتفاق عليه جماعياً، ومتوافق مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية، ويتضمن مجموعة محدودة من المؤشرات التي يبلغ عنها جميع شركاء الميثاق؛ (2) وإعداد تقارير سنوية أو نصف سنوية عن أداء الميثاق، يتم التحقق من صحتها بشكل مستقل، وتجمع النتائج من مصادر التمويل المختلفة، مع السماح للجهات المانحة 'بوسم' الأولويات المواضيعية (مثل صحة الأم، وتعزيز الرعاية الصحية الأولية)؛ (3) والاعتماد على المنصات القائمة (مثل الحسابات الصحية الوطنية، ونظام معلومات الإدارة الصحية الروتينية، ومراجعات الإنفاق العام) بدلاً من تعدد أنظمة الإبلاغ الموازية الخاصة بكل جهة مانحة على حدة.

القيود الاقتصادية الكلية ودور المؤسسات المالية الدولية

لم تعد القيود الرئيسية على تمويل الصحة اليوم فنية، بل أصبحت تتعلق بالاقتصاد الكلي. فأعباء الديون المرتفعة، وبرامج التكيف المالي، وشروط صندوق النقد الدولي تحدّ بشكل متزايد من قدرة الحكومات على الإنفاق إنفاقاً معقولاً على القطاعات الاجتماعية، بما فيها الصحة. وأي ميثاق جديد يتجاهل هذه القيود إنما يخاطر بتعزيز توقعات غير واقعية بشأن التمويل المحلي. وهو ما يجعل التعاون المنظم مع وزارات المالية والمؤسسات المالية الدولية أمراً لا مفر منه.

6. العوامل المؤثرة على نجاح الميثاق الجديد على المستوى القطري

يزداد احتمال نجاح تطبيق الميثاق الوطني الجديد على مستوى الدولة المتلقية للمساعدات كلما كانت الظروف والقدرات المحلية مواتية. وفي هذا الفصل، نحدد ستة مجالات من شأنها دعم تطبيق الميثاق الجديد: (1) السياق السياسي والاقتصادي، (2) والحوكمة والتنسيق، (3) وتمويل الصحة، (4) وتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة، (5) وإدارة المالية العامة، (6) والتنسيق بين الجهات المانحة. يمكن تطوير هذا الإطار (المعروض باختصار في Table 4.4 في الملحق 3، ويرد تفصيلاً في ورقة بحثية تكميلية (Mirutse et al. 2026)) بحيث يصبح تقييماً يستخدم لقياس مدى جاهزية الدول للميثاق الوطني الجديد، ما يساعد المسؤولين داخلها على فهم ما إذا كان ينبغي اتباع نهج الميثاق الجديد أم لا، وتحديد المجالات التي ينبغي تركيز جهود القيادة أو الموارد عليها بغرض معالجة الفجوات. وقد تعمدنا أن نوصي باستخدام مؤشرات موحدة ومعترف بها عالمياً لتسهيل المفاوضات بين الدول والجهات المانحة.

السياق السياسي والاقتصادي

الاستقرار والأمن السياسيان عنصران محوريان لضمان استمرارية الإصلاحات في القطاع الصحي، والحفاظ على الكفاءة التشغيلية، وجذب الاستثمارات المحلية والدولية إليه. وقد تواجه الدول التي تعاني من عدم استقرار أو نزاعات مطوّلة عقبات كبيرة أمام تطبيق سياسات متسقة أو إدارة الخدمات الصحية بفعالية. ويمكن للدول استخدام مؤشر الاستقرار والأمن السياسي الصادر عن البنك الدولي لتقييم بيئتها السياسية (World Bank 2025d)، وهو أمر يمكن التحقق منه أيضاً من خلال التداول مع الخبراء. وبشكل أكثر تحديداً، قوة مستوى الإرادة السياسية والملكية والالتزام جميعها عوامل حاسمة في نجاح محاولات إصلاح السياسات، مثل الميثاق الجديد. ويمكن للدول تقييم مدى توافقها السياسي مع مبادئ الميثاق الجديد من خلال مراجعة وثائق الأطر السياسية والقانونية الحديثة، وبرنامج التنمية الوطني الرئيسي، واتجاهات تخصيص الميزانية الحكومية للصحة، على المستويين الوطني ودون الوطني.

إن البيئة الاقتصادية الكلية السليمة، التي تتسم بنمو مستقر وسياسات مالية فعّالة ومؤسسات قوية، تُمكن الحكومات من الحفاظ على الإنفاق الصحي أو زيادته. ويُحدد وضع الاقتصاد الكلي للبلاد مدى جدوى زيادة الموارد المحلية المخصصة للخدمات الصحية الأساسية، أو إعادة تخصيصها في ذلك الاتجاه. وقد لا يكون للتحويل في إطار الميثاق الجديد تأثير على الميزانية، فقد تمثل عناصر أخرى من الاقتصاد السياسي صعوبة أكبر في حالة وجود قيود شديدة على الموارد. ويتضمن تقييم جاهزية الدول من حيث الاقتصاد الكلي دراسة اتجاهات النمو الاقتصادي الكلي، واتجاهات تخصيص الميزانية للقطاع الصحي، وكفاءة الإنفاق، وإمكانية توليد الإيرادات المحلية. كما أن النمو الاقتصادي عامل محوري في هذا الصدد، فالدول التي يقل معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي السنوي للفرد فيها عن 2 إلى 3 بالمئة، أو التي لا تشهد نمواً على الإطلاق، تكون قدرتها على إعادة تخصيص الإنفاق المحلي وتوزيعه على الخدمات الصحية، أو زيادته محدودة.

الحوكمة والتنسيق

يعتمد نجاح الميثاق الجديد أيضاً على وجود آليات تنسيق وحوكمة شاملة وفعّالة لأصحاب المصلحة على المستويين الوطني ودون الوطني، بما في ذلك المؤسسات العامة، ومنظمات المجتمع المدني، والجمعيات الأهلية، والأوساط الأكاديمية ومراكز البحوث، والقطاع الخاص، والجهات المانحة. ويستدعي التنفيذ سلسلة من المداورات بين أصحاب المصلحة الرئيسيين، وبناء التوافق، والمواءمة، والتنفيذ المشترك، وآليات الرصد. ويمكن للدول قياس جاهزيتها من خلال تقييم وجود منصات حوكمة شرعية لكل صاحب مصلحة على المستويين الوطني ودون الوطني؛ ومستوى الشمولية، وتواتر الاجتماعات، وكفائتها؛ وفعالية هذه المنصات؛ وتأثيرها في وضع السياسات وتنفيذها.

تمويل الصحة

تعبئة الموارد المحلية

على الدول تطبيق استراتيجية مُحددة التكاليف ومُعتمدة سياسياً لتعبئة الموارد المحلية، ويجب أن تستند إلى الأدلة وأفضل الممارسات العالمية والواقع المحلي، وأن تكون مُصممة خصيصاً لتمويل الخدمات الصحية ذات الأولوية القصوى. وعليها في سبيل ذلك تبني نهج فعّالة وقابلة للتطبيق لتعبئة الموارد المحلية. ومن هذه النهج تخصيص حصة من الميزانية الحكومية لقطاع الصحة بما يتناسب مع الموارد المالية المتاحة، ومساهمات الأفراد أو أصحاب العمل في برامج التأمين الصحي العام، وتنوع الموارد بالاعتماد على مصادر دخل تكميلية مثل الضرائب الصحية.

وينبغي أن يُصمّم تنفيذ الميثاق الجديد بما يتناسب مع بيئة تمويل الصحة في الدول ومع قدرات أنظمتها. وللتقييم معايير الرئيسية، هي كفاية الإنفاق الصحي الحالي لتمويل الخدمات الصحية الأساسية (بقياس إجمالي الإنفاق الصحي للفرد الواحد)؛ ومستوى الاعتماد على تمويل الجهات المانحة والمدفوعات المباشرة (نسبة مدفوعات الجهات المانحة والمدفوعات المباشرة من إجمالي الإنفاق الصحي)؛ والتزام الحكومة بزيادة تمويل الصحة العامة، ويُستدل عليه من الاتجاهات الحديثة، ووجود استراتيجية لتعبئة الموارد المحلية مقدرة التكاليف ومُعتمدة على الأدلة، وخطة لزيادة مخصصات الميزانية للصحة يظهر أثرها في إطار إنفاق متوسط الأجل.

التمويل المجمع ودرجة التجزؤ

قد يؤدي تجزؤ مصادر التمويل إلى الازدواج، وضعف الكفاءة والإنصاف، وإضعاف القدرة التفاوضية، وخلق تحديات أمام المبدأ الأساسي الذي يتلخص في توجيه الموارد المحلية أولاً إلى الخدمات ذات الأولوية القصوى، وهو ما يقوض بشكل كبير تنفيذ الميثاق الجديد. ولمعالجة هذه المشكلة، يجب تنظيم مصادر التمويل عن طريق تجميعها على مستوى أعلى، إما بشكل موحد أو بتطبيق نظام منسق يسمح بتنفيذ مواءمة استراتيجية بين تدفقات التمويل لضمان تكاملها في تمويل الخدمات ذات الأولوية القصوى، وتقاسمها المخاطر، والحد من أوجه عدم الكفاءة. ولأن التجزؤ غالباً ما يعكس قيوداً هيكلية وسياسية كامنة، فإن معالجة هذه التحديات تتطلب تدخلات فنية وسياسية، وقد تستغرق وقتاً. ولهذا السبب، ينبغي للدول إعطاء الأولوية للتنسيق والمواءمة بين مصادر التمويل، مع السعي في الوقت نفسه إلى وضع ترتيبات موحدة لتجميع التمويل.

تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة

تُحدد الحزمة الأساسية للخدمات الصحية المشمولة في ظل محدودية الموارد، كما تُوعي الجمهور بحقوقهم في الحصول على هذه الخدمات. ويُسهّل وضع هذه الحزمة عملية تجميع الموارد المتلقاة من مختلف برامج التمويل. كما يُساعد في تقييم أداء برامج التغطية الصحية، وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى توحيد الخدمات الصحية وتحديد الفجوات الموجودة بين التمويل والخدمات المقدمة. ووضع هذه الحزمة ومراجعتها أمر بالغ الأهمية للشراء الاستراتيجي

ولتحقيق القيمة المُثلى عند شراء مستلزمات الرعاية الصحية، ولضمان نجاح تطبيقها، ينبغي أن تتوافق الحزمة الأساسية للخدمات الصحية مع الاستراتيجيات والأنظمة الوطنية الأوسع، مثل الميزانية، ودفع مستحقات مقدمي الخدمات، والموارد البشرية، والبنية التحتية، وإرشادات العلاج، وقوائم الأدوية والمعدات الأساسية، وأطر الرصد والتقييم (Chalkidou et al. 2016; WHO 2016). كما تجدر الإشارة إلى أن المواثيق الوطنية الجديدة لا تقترح منهجية موحدة لتحديد الأولويات، ولا تفرض معايير أو أدوات تحليلية محددة. وتحفظ الحكومات بسيادتها الكاملة في تصميم إجراءاتها الخاصة بناءً على السياق الوطني والمفاوضات السياسية. مع ذلك، يجب تطبيق حد أدنى من المعايير المنهجية لضمان المصداقية والشرعية. وينبغي أن تشمل هذه المعايير تحليل فعالية من حيث التكلفة، وتقييم أثر الميزانية، ومراعاة مسائل الإنصاف والحماية المالية بصراحة. ويوفر كل من مشروع أولويات مكافحة الأمراض والمبادرة الدولية لدعم القرار منهجية عملية لتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة سبق لدول تجربتها، مما يُفَعّل بشكل مباشر الركن الأول من الميثاق الجديد. وتُظهر مراجعتهم الحديثة كيف حولت الدول الأدلة الاقتصادية والقيود المالية وأهداف الإنصاف إلى قرارات سياسية حقيقية في ظل قيود سياسية ومؤسسية. وتُبين هذه التجارب أن تحديد الأولويات بدقة أمر ممكن في البيئات ذات الموارد المحدودة، شريطة أن تكون الإجراءات مُدمجة مؤسسياً ومدعومة سياسياً (Alwan et al. 2025; Baker et al. 2023).

تصميم الحزمة الأساسية للخدمات الصحية تصميماً جيداً عنصر محوري لتنفيذ الميثاق الجديد، إذ يُمكن وزارة الصحة من تحديد أولوياتها وتصميم المنظومة الصحية وفي الوقت نفسه ضمان المشاركة الفعالة لجميع أصحاب المصلحة الرئيسيين. كما يُسهّل تحديد الخدمات الصحية ذات الأولوية القصوى ومصادر تمويلها، ويُساعد في تحديد الجهات المُموّلة لكل بند (نظرياً على الأقل، في حال توفير تمويل خارجي لاحقاً في صورة دعم ضمن الميزانية). وبناء قدرات وطنية قوية للاستفادة من الأدلة في تحديد التكنولوجيا والخدمات ذات الأولوية سيتمكن الجهات المانحة من وضع ثقة أكبر في قرارات الدول المتلقية للمساعدات بشأن تحديد أولويات الرعاية الصحية، وقبولها. ويُمكن أن يُمثّل تنفيذ الميثاق الجديد فرصة لتحسين إجراءات الحزمة الأساسية للخدمات الصحية في الدول من خلال حشد التمويل الخارجي لدعم هذا الإطار الحيوي لإدارة الرعاية الصحية العامة، بدلاً من تقويضه.

ويمكن للدول استخدام مقياس التقدم الخاص بالمبادرة الدولية لدعم القرار لإضفاء الطابع المؤسسي على تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة في الرعاية الصحية لفهم مدى تقدمها في هذا المجال، وتحديد جوانب التحسين المطلوبة (Gheorghe et al. 2023). وبناءً على التقييم الذاتي والنتيجة، يمكن تصنيف إضفاء الطابع المؤسسي على تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة إلى أربع مراحل: مرحلة التأسيس، ومرحلة التقدم، ومرحلة التوطيد، ومرحلة النضج. وفي

الأغلب، سيتطلب التحرك نحو تطبيق الميثاق الجديد من الدول أن تكون قد وصلت إلى مرحلة التأسيس أو مرحلة التقدم، وذلك للتركيز على تحديد قائمة بأولويات الخدمات الصحية، وتحديد مصادر التمويل وآلياته، مع بناء القدرات الأساسية لتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة في الوقت نفسه. وفي المقابل، يمكن للدول في مراحل التوطيد أو النضج التركيز على المواءمة بين تنفيذ الخدمات ذات الأولوية ومدخلات النظام الصحي ووظائف التمويل. وتعدّ الملكية السياسية والالتزام، وتحويل مؤسسة محددة بتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة مع تزويدها بالموارد الكافية، والقدرة على إنتاج الأدلة واستخدامها، ومشاركة أصحاب المصلحة مشاركة شاملة وفعّالة، والمواءمة بين الخدمات ذات الأولوية والواقع المالي، ووجود روابط قوية بين حزمة الخدمات المحددة وآليات التنفيذ، جميعها أمورٌ بالغة الأهمية لإنجاح عملية تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة.

وتُشكّل الحوافز السياسية لتحديد الأولويات بكفاءة وعدالة تحدياً كبيراً. فتحديد الأولويات عملية سياسية بقدر ما هي عملية فنية، وغالباً ما تواجه حزم المنافع الواضحة مقاومةً عندما تقلل أولوية الخدمات البارزة أو ذات الأهمية السياسية. لذا، فالنقاش المفتوح والشامل لتصميم حزم المنافع والتحليل الفني للأدلة على نفس القدر من الأهمية، والفعالية من حيث التكلفة، والأثر التوزيعي. وقد تواجه الحكومات صعوبة في التوفيق بين تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة والحوافز السياسية قصيرة الأجل، لا سيما في الحالات التي يكون فيها رأس المال السياسي مرتبطاً ببناء المستشفيات، أو المعدات المتخصصة، أو توسيع نطاق الرعاية الصحية التخصصية، بدلاً من الرعاية الصحية الأولية.

ولتحسين إدارة الطلب والتعامل مع المجموعات ذات المصالح المتضاربة، لا بد من أن تكون الإجراءات مفتوحة وشاملة. وتؤكد التوصيات الحديثة بشأن النقاشات على أهمية المشاركة الكبيرة لأصحاب المصلحة، ووضوح التمييز بين التقييم الفني للأدلة والتقييم المجتمعي الأوسع، وعرض الأسباب بشفافية، وإتاحة الفرصة لجميع الفئات المعنية للتعبير عن آرائها، مع توضيح آليات اللطعن (World Bank 2023; Baltussen et al. 2023). كما أن ضمان إجراء نقاشات شفافة حول الأهداف والمقايضات - تُسمَع فيها جميع الأصوات - يُعزّز المشروعية ويحول دون استقبال ردود فعل سياسية عكسية. وعلى المدى البعيد، فإن إبراز المقايضات صراحةً بدلاً من التعامل معها خلف أبواب موصدة سيُتيح التعلّم الاجتماعي والقبول السياسي (Daniels et al. 2008).

إدارة المالية العامة

يستلزم نجاح عملية تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة، وتقديم خدمات الصحة ذات الأولوية، والانتقال إلى الميثاق الجديد، وجوداً أنظمة ومؤسسات قوية لإدارة التمويل الحكومي وتمويل الجهات المانحة على حدّ سواء. ولضمان التطبيق الفعّال للميثاق الجديد، لا بدّ من توفر حزمة أساسية واضحة ومحددة التكاليف للخدمات الصحية؛ ويجب أن تنسجم عملية وضع الميزانية وتخصيصها مع تلك الحزمة وأن تستنير بها؛ ويجب أن تُنقذ الميزانية وصولاً إلى المستويات الدنيا في المنظومة الصحية، على أن يتسم ذلك التنفيذ بالمرونة والقدرة على التنبؤ وأن يتم في الوقت المناسب؛ فضلاً عن ضرورة توافر أنظمة لمراقبة مدى فاعلية تنفيذ الميزانية في تحقيق الخدمات ذات الأولوية، وكفاءتها، والتزامها بالقواعد والإجراءات المحلية. غير أن هذه الأنظمة المتكاملة غير متوفرة حالياً في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ما يستوجب على هذه الدول تقييم قدراتها في مجال إدارة المالية العامة وتنفيذ إصلاحات متنوعة في هذا الشأن لتهيئة البيئة الملائمة لتطبيق الميثاق الجديد بصورة شاملة.

ويمكن للدول تقييم قدراتها في مجال إدارة المالية العامة من خلال إطار الإنفاق العام والمساءلة المالية (PEFA 2025)، الذي يربط 94 مؤشراً موزعة على سبعة محاور: موثوقية الميزانية، وشفافية المالية العامة، وإدارة الأصول والخصوم، ووضع الموازنة واستراتيجية المالية استناداً إلى السياسات، والقدرة على التنبؤ ومراقبة تنفيذ الموازنة، والمحاسبة ورفع التقارير، والفحص والمراجعة الخارجية. وتطبق كثير من الدول هذا التقييم بانتظام، وهو تقييم يمكن الاستناد إليه بوصفه مصدراً للأدلة في عملية التخطيط لتعزيز القدرات في مجال إدارة المالية العامة بهدف التحوّل نحو الميثاق الجديد.

ولكي تكون الإصلاحات في مجال إدارة المالية العامة قابلةً للتطبيق ومستدامة، ينبغي أن تكون تدريجيةً لا طموحةً أو جذرية، سواء داخل الوظائف الأساسية لإدارة المالية العامة أو في ما بينها، إذ كثيراً ما تُخفق الإصلاحات الجذرية. ولذا، ينبغي للدول أن تسعى إلى تعزيز الوظائف الأساسية قبل الانتقال إلى القدرات المتقدمة. وثمة حاجة إلى تحديد أولويات الإصلاحات وفق أهميتها في تحسين تقديم الخدمات الصحية والمساءلة، ومدى جدواها السياسية والإدارية. وينبغي أن تكون الإصلاحات مُركّزةً على أهداف معينة ومتسلسلة، لتفادي إثقال المنظومة بعدة تغييرات متزامنة تتجاوز طاقتها الإدارية.

وتفاوت أولويات الإصلاح ومساراتها بحسب مستوى نضج إدارة المالية العامة في كل دولة، والمشكلات المراد معالجتها، والسياق السياسي، والقدرة الإدارية. غير أن الأدلة التجريبية تُشير بوجه عام إلى ضرورة معالجة موثوقية الميزانية (من خلال إعداد توقعات إيرادات شاملة وواقعية مستنيرة بخدمات الصحة ذات الأولوية والمحددة التكاليف، والقدرة على التنبؤ بصرف النقود وتدفعاتها) وتبع الإنفاق الأساسي والرقابة عليه، على المستوى الوطني ومستوى المرافق الصحية، في مرحلة مبكرة، باعتبارهما ركيزتين أساسيتين لسائر الوظائف الأخرى.

يتعين بعد ذلك معالجة تعزيز قدرات تنفيذ الميزانية. فيجب حل العوامل التي تُعيق التنفيذ الفعّال، ولا سيما التأخير في عمليات المشتريات. علاوةً على ذلك، ينبغي تطبيق إصلاحات إدارة المالية العامة على مستوى تقديم الخدمات، بما يُعزز الاستقلالية والمرونة في تخصيص الميزانيات وإعادة تخصيصها نحو الخدمات ذات الأولوية، إلى جانب تعزيز المساءلة. وفي المراحل اللاحقة، يمكن للدول أن تسعى إلى تطوير عمليات تدقيق الأداء، ومواءمة الموازنة مع آليات دفع مقدمي الخدمات، وربط إعداد التقارير المالية بمخرجات تقديم الخدمات، وتعزيز الشفافية والمساءلة الاجتماعية والمواظبة على مستوى المرافق والمجتمعات المحلية، واستحداث أدوات متقدمة من شأنها تحسين أداء الوظائف الأساسية. غير أنه من المهم الإشارة إلى أن إصلاحات إدارة المالية العامة ليست عملية خطية كما قد يوحي هذا الشرح الذي لا يهدف إلا إلى تبيان التسلسل العام الرئيسي لهذه الإصلاحات (WHO 2025d).

توافق الجهات المانحة مع منظومة إدارة المالية العامة وإصلاحاتها

يستلزم التطبيق الفعّال للميثاق الجديد أيضاً توجيه حصة كبيرة من تمويل الجهات المانحة عبر منظومة إدارة المالية العامة للدولة المعنية (سواء في صورة دعم ضمن الميزانية أو تمويل مشترك مُجمّع) مع الاستعانة بأنظمة المشتريات والتدقيق القائمة، وقواعدها وإجراءاتها ومؤسساتها (Gheorghie et al. 2024).

وقد ينطوي توظيف نظم إدارة المالية العامة الوطنية على مخاطر متفاوتة تتوقف على مستوى نضج كل منظومة، وهو ما يدفع الجهات المانحة في الغالب إلى البحث عن حلول بديلة. بيد أن ضعف منظومة إدارة المالية العامة لا ينبغي أن يثني عن تطبيق الميثاق الجديد، بل على العكس من ذلك، ينبغي توظيفه لتعزيز الملكية المحلية والالتزام السياسي، وتعبئة دعم الجهات المانحة لتقوية منظومة إدارة المالية العامة وتحديد المرحلة الملائمة لتطبيق الميثاق الجديد. ويستوجب ذلك من الجهات المانحة رفع قابليتها للمخاطر بُغية استخدام المنظومة الوطنية لإدارة المالية العامة وتعزيزها، مع العمل في الوقت ذاته على تقوية آليات الضمانات والحماية.

التنسيق بين الجهات المانحة

يُنصح بتوحيد دورات التخطيط والمؤشرات تقديم دعم منسق، ويُقلّص متطلبات الإبلاغ المتكررة، ويُهيئ الأرضية لاعتماد نهج التمويل المجمع والمشارك دعماً للأهداف الأساسية للمنظومة الصحية. وتشمل المكونات الرئيسية والعوامل الميسرة للتوحيد: وجود سياسة واستراتيجية قطاعية وطنية واضحة؛ وبرنامج إنفاق متوسط الأجل يعكس استراتيجية القطاع؛ وترتيبات منهجية لوضع برامج للموارد الداعمة للقطاع؛ ونظام لرصد الأداء يقيس التقدم المحرز ويعزز المساءلة المتبادلة؛ وآليات تشاور واسعة تضم جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين؛ وعملية رسمية تقودها الحكومة لتنسيق

المساعدات وإجراء الحوار على مستوى القطاع؛ وإجراء متفق عليه للتحرك نحو منظومة موحّدة للإبلاغ والموازنة والإدارة المالية والمشتريات. ويُضاف إلى ذلك أن تعزيز النظم الوطنية لإدارة المالية العامة واستخدامها، كالمشتريات وإعداد التقارير المالية والتدقيق، يُرسّخ النظم الوطنية والقدرات المؤسسية، ويعزز الشفافية والمساءلة، ويتفادى أوجه القصور الناجمة عن تعدد النظم المتوازية للجهات المانحة. كما يمكن للتمويل المُجمّع للقطاع بأكمله أو لمكوناته الفرعية أن يؤدي دوراً مفيداً في التنسيق بين الجهات المانحة وتعزيز القدرة على التنبؤ بالتمويل ومرونته، وتخفيض تكاليف المعاملات، وتعزيز الملكية الوطنية لأولويات الصحة. وفي الدول التي يسود فيها قدر كبير من تنفيذ الخدمات الموازي، قد يضم الميثاق الوطني الجديد خارطة طريق نحو دمج هذه الخدمات في المنظومة الصحية الحكومية.

ويمكن للدول تقييم مستوى توافق الجهات المانحة على الصعيد الاستراتيجي والتشغيلي والمالي. ويتناول التوافق الاستراتيجي مدى دعم الجهات المانحة لأولويات الوطنية، ومدى توفر خطة قطاعية مُعدّة ومُعتمّدة بصورة مشتركة تُشكّل أساساً لتحديد الأولويات. أما التوافق التشغيلي فيقيم مدى استخدام الجهات المانحة للنظم الحكومية الوطنية، بما فيها الإجراءات والجدول الزمني وآليات الإبلاغ، وما إذا كانت منخرطة على نطاق واسع في مجموعات تنسيق الجهات المانحة أم لا. وفي ما يخص التوافق التمويلي، فيُفحص مدى تدفق موارد الجهات المانحة عبر القنوات التي تُفضّلها الحكومات، مثل الدعم ضمن الميزانية و/أو التمويل المُجمّع، ومدى إمكانية التنبؤ بها وانسجامها مع أطر الإنفاق متوسطة الأجل، فضلاً عن مدى اعتماد النظم أمانة مالية موحّدة تشمل الإبلاغ والامتثال والتدقيق.

7. خاتمة

الميثاق الجديد في جوهره عبارة عن إطار لتوحيد تمويل الخدمات الصحية في الدول المتلقية للدعم التمويلي الخارجي. ويوصي بأن تقود الدول عملية صياغة ميزانية قائمة على الأدلة لتحديد حزمة المنافع الصحية الأساسية، بحيث يُخصّص التمويل المحلي للخدمات الأساسية ذات الأولوية القصوى (بتغطية واسعة)، في حين يُصمّم الدعم الخارجي بوصفه حزمةً تكميليةً موسّعة. وهو إطارٌ يمكن اعتماده ضمن أي هيكل قائم بهدف تنسيق التمويل الصحي الخارجي، مثل منصات النهج القطاعي. كما يمكن لمبادئ الميثاق الجديد أن تُشكّل توجيهاً استراتيجياً للجهات المانحة لمواءمة دعمها مع الأولويات الوطنية، وتكريس دورها بوصفه دوراً ثانوياً داعماً للمؤسسات الوطنية.

ومن المرجح أن يستلزم التطبيق الناجح للميثاق الجديد إجراء إصلاحات سياسية في المشهد المعقد لمؤسسات الجهات المانحة، بهدف تيسير أنماط عمل جديدة. ويتمثل الوضع الأمثل في أن يحظى هذا التطبيق بدعم من ميثاق عالمي جديد، يُطلق إصلاحات جذرية لتوحيد الجزء الأكبر من المساعدات المخصصة لتمويل الخدمات الصحية في آلية تمويل واحدة، ترتبط على الأرجح إما ببنوك التنمية متعددة الأطراف أو بالمبادرات الصحية العالمية المتطورة كالصندوق العالمي. وفي حين يهيئ بروز فرصة الإصلاحات العالمية بيئةً أكثر تمكيناً للميثاق الجديد، فإن اعتماده ينبغي في المقام الأول أن يكون بقيادة الدول ذاتها، لا أن يُفرض من خلال عمليات من القمة إلى القاعدة. وقد استعرضنا في هذا البحث إطاراً لكيف يمكن للدول أن تنظر في محركات النجاح للانتقال نحو الميثاق الجديد.

وسيوّجه الانتقال إلى نهج الميثاق الجديد مقاومةً، مما يستوجب دراسةً متأنيةً للاقتصاد السياسي ذي الصلة، وتقييم العوائق المحتملة أمام التطبيق وسبل التغلب عليها.

8. أفكار للتطبيق

الجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف

- **التواصل مع الدول لفهم أولوياتها في اعتماد الميثاق الجديد.** يمكن للجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف دعم إجراء مشاورات شاملة مع وزارات الصحة والمالية، والاستفادة من المنصات القائمة مثل النهج القطاعية لمواءمة المساعدات مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية وتعزيز الملكية الوطنية (الفصل الثاني).
- **تعزيز المساعدة التقنية للنظم الصحية لدعم تطبيق الميثاق الجديد.** يمكن للجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف تمويل المساعدة وتنسيقها لبناء قدرات الدول في تحديد الأولويات وإدارة المالية العامة، مع الحرص على التوافق مع الاحتياجات المحلية والمبادرات العالمية القائمة (الفصل الثالث).
- **تكييف السياسات لتعزيز مناهج التمويل المرنة بقيادة الدول.** يمكن للجهات المانحة والمؤسسات متعددة الأطراف التحول من التمويل المخصص لأمراض بعينها نحو دعم أولويات المنظومة الصحية المتكاملة، مستعيناً بأدوات مثل التمويل المرن (الفصل الخامس).
- **استكشاف خيارات لميثاق عالمي جديد موحد، وتوحيد تمويل الصحة بهدف تحسين فعالية المساعدات.** يمكن للجهات المانحة تقييم آليات تبسيط المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة، مستخلصاً الدروس من جهود التنسيق السابقة للحد من التشتت، مع الحفاظ على المرونة لمراعاة السياقات المتنوعة للدول (الفصل السادس).

للدول المتلقية للمساعدات

- **تحديد أولويات صحية واضحة، وتعزيز التنسيق بين الجهات المانحة، والإقناع بنموذج تمويل الميثاق الوطني الجديد.** إن الاستثمار في عمليات تحديد الأولويات المستندة إلى الأدلة، وعرض الأولويات الوطنية بوضوح، والتنسيق بين الجهات المانحة بحزم، كفيلاً بتحقيق نتائج ملموسة وتحسين استعداد الجهات المانحة لدعم نهج الميثاق الجديد (الفصل السادس).
- **النظر في إجراء تقييمات لقياس مدى الاستعداد للانتقال إلى تطبيق الميثاق الجديد.** يمكن للدول الاسترشاد بهذه التقييمات لتحديد ما إذا كانت بحاجة إلى مزيد من الاستثمار في التخطيط المستند إلى الأدلة وإدارة المالية العامة الفعالة لبناء المرونة، مع تكييف النهج وفق سياقاتها الاقتصادية والسياسية (الفصل الثالث).
- **إبلاغ الجهات المانحة بأولويات إصلاح تمويل الصحة.** يمكن للحكومات التواصل مع الجهات المانحة عبر آليات التنسيق القائمة للتعبير عن احتياجاتها واستعدادها للعمل بما يتماشى مع الميثاق الجديد، وتعزيز الحوار الشامل مع أصحاب المصلحة المحليين (الفصل الرابع والسادس).
- **إطلاق مبادرة الميثاق العالمي الجديد وقيادتها، بالتعاون مع الدول الأخرى المتلقية للمساعدات للمطالبة بإصلاح البنية الصحية العالمية (الفصل الثاني).**

- Africa Centres for Disease Control and Prevention. 2025. *Africa's Health Financing in a New Era*. Africa Centres for Disease Control and Prevention. <https://africacdc.org/download/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/>.
- African Union. 2001. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*. African Union. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>.
- Alwan, Ala, Mizan Kiros Mirutse, Pakwanja Desiree Twea, and Ole F. Norheim. 2025. *Country-Led Priority Setting for Health*. Vol 1. World Bank. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/dcp-4_volume1.pdf.
- Apeagyei, Angela E., Catherine Bisignano, Hans Elliott, et al. 2025. 'Tracking Development Assistance for Health, 1990–2030: Historical Trends, Recent Cuts, and Outlook'. *The Lancet* 406 (10501): 337–348. [https://doi.org/10.1016/S01401-01240\(25\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01401-01240(25)6736-).
- Baker, Peter, Edwine Barasa, Kalipso Chalkidou, et al. 2023. 'International Partnerships to Develop Evidence-Informed Priority Setting Institutions: Ten Years of Experience from the International Decision Support Initiative (iDSI)'. *Health Systems & Reform* 9 (3): 2330112. <https://doi.org/10.108023288604.2024.2330112/>.
- Baltussen, Rob, Omar Mwalim, Karl Blanchet, et al. 2023. 'Decision-Making Processes for Essential Packages of Health Services: Experience from Six Countries'. *BMJ Global Health* 8 (Suppl 1): e010704. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022010704->.
- Bundesministerium für Gesundheit, The Federal Ministry of Health. 2020. *Global Health Strategy of the German Federal Government*. Bundesministerium für Gesundheit. https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Global_Health_Strategy.pdf.
- CGD. 2025. 'Making Markets for Development Innovations'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/markets-for-development>.
- Chalkidou, Kalipso, Karl Claxton, Rachel Silverman, and Prashant Yadav. 2020. 'Value-Based Tiered Pricing for Universal Health Coverage: An Idea Worth Revisiting'. *Gates Open Research* 4: 16. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13110.3>.
- Chalkidou, Kalipso, Amanda Glassman, Robert Marten, et al. 2016. 'Priority-Setting for Achieving Universal Health Coverage'. *Bulletin of the World Health Organization* 94 (6): 462–67. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.155721>.
- Chalkidou, Kalipso, Adrian Towse, and Rachel Silverman. 2020. *Unpacking the Black Box of Payer Policy: A Demand-Side Approach for Equitable Uptake of Cost-Effective Health Innovation*. Center for Global Development.

Daniels, Norman, James E. Sabin, Norman Daniels, and James E. Sabin. 2008. *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford University Press.

Demeshko, Anastassia, and Pete Baker. 2025. 'One-Sided Compacts: Why the World Bank's National Health Compacts Need to Be a Two-Way Deal'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/one-sided-compacts-why-world-banks-national-health-compacts-need-be-two-way-deal>.

Demeshko, Anastassia, Tom Drake, and Nadia Yakhelef. 2025. *A New Era for Global Health: Can African Countries Agree a New Compact with External Donors?* March 27. <https://www.cgdev.org/publication/new-era-global-health-can-african-countries-agree-new-compact-external-donors>.

Demeshko, Anastassia, Solomon Tessema Memirie, and Tom Drake. 2025. *A New Compact for Health Financing: Insights from Policymakers Across Africa*. February 7. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-insights-policymakers-across-africa>.

Drake, Tom, and Anastassia Demeshko. 2024. *Putting Aid in Its Place: Financing Common Goods*. September 11. <https://www.cgdev.org/publication/putting-aid-its-place-financing-common-goods>.

Drake, Tom, and Mishel Khan. 2024. 'A New Compact for Health Financing: The Global Political Economy of Reform'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/new-compact-health-financing-global-political-economy-reform>.

Drake, Tom, Jessica Ochalek, Witold Więcek, Nadia Yakhelef, and Rachel Bonfield. 2025. *A New Compact for Health Financing: Donor Priority Setting*. June 30. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-donor-priority-setting>.

Drake, Tom, Lydia Regan, and Pete Baker. 2023. *Reimagining Global Health Financing: How Refocusing Health Aid at the Margin Could Strengthen Health Systems and Futureproof Aid Financial Flows*. February 27. <https://www.cgdev.org/publication/reimagining-global-health-financing-how-refocusing-health-aid-margin-could-strengthen>.

EU Capacity4dev. 2011. 'Busan Partnership for Effective Development Co-Operation'. https://capacity4dev.europa.eu/groups/public-fragility/info/busan-partnership-effective-development-co-operation_en.

Fardoust, Shahrokh, Stefan G. Koeberle, Moritz Piatti-Fünfkirchen, et al. 2023. *Retooling Development Aid in the 21st Century: The Importance of Budget Support*. Oxford University Press.

Federal Government of Germany. 2020. *Global Health Strategy of the German Federal Government*. The Federal Ministry of Health, Global Health Unit. https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Global_Health_Strategy.pdf.

Fletcher, Kevin, Sanjeev Gupta, Duncan P. Last, et al. 2008. 'CHAPTER 5. Strengthening Institutions to Promote Effective Utilization of Aid'. In *Fiscal Management of Scaled-Up Aid*. International Monetary Fund. <https://www.elibrary.imf.org/display/book/9781589067035/ch005.xml>.

Foster, Mick, Adrienne Brown, and Tim Conway. 1999. *Sector-Wide Approaches for Health Development: A Review of Experience*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/1066566468/WHO_GPE_00.1.pdf?sequence=1.

Future of Global Health Initiatives. 2023. *The Lusaka Agenda: Conclusions of the Future of Global Health Initiatives Process – FGHI*. Future of Global Health Initiatives. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>.

Gavi. 2020. *Advance Market Commitment for Pneumococcal Vaccines - Annual Report 2020*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/20212020-/PCV-AMC-Annual-Report.pdf>.

Gavi. 2022a. *Gavi Alliance Co-Financing Policy Version 3.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/01-Gavi-Co-financing-Policy.pdf>.

Gavi. 2022b. *Gavi Alliance Eligibility and Transition Policy Version 4.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/02-Gavi-Eligibility-and-Transition-Policy.pdf>.

Gavi. 2022c. *Gavi Alliance Health Systems and Immunisation Strengthening Policy Version 1.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/07-Gavi-Health-Systems-and-Immunisation-Strengthening-Policy.pdf>.

Gavi. 2024. *Gavi 6.0—Phase 6 (2026–2030)*. Strategy No. 6. Gavi. <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-62030-2026->.

Gavi. 2025a. 'Gavi Statement on the Global Health Architecture'. August 19. <https://www.gavi.org/news/media-room/gavi-statement-global-health-architecture>.

Gavi. 2025b. 'World Leaders Recommit to Immunisation amid Global Funding Shortfall'. August 6. <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-recommit-immunisation-amid-global-funding-shortfall>.

Gavi. 2026. 'The Gavi Leap'. Gavi, February. <https://www.gavi.org/our-work/gavi-leap>.

Gheorghe, Adrian, and Pete Baker. 2023. *Country Transition Projections up to 2040: Gavi, the Global Fund, and the World Bank's IDA*. October 11. <https://www.cgdev.org/publication/country-transition-projections-2040-gavi-global-fund-and-world-banks-ida>.

Gheorghe, Adrian, Pete Baker, Javier Guzman, and Tom Drake. 2024. *A New Compact for Health Aid: Integrating Evidence-Informed Priority-Setting and Public Financial Management*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-aid-integrating-evidence-informed-priority-setting-and-public>.

Gheorghe, Adrian, Sophie Gulliver, Abha Mehndiratta, Javier Guzman, and Peter Baker. 2023. *iProSE: A Scale for Assessing Progress on Institutional Use of Evidence to Inform Priority-Setting in Health*.

Global Financing Facility. 2023. *Delivering on the GFF Promise: Protecting and Promoting the Health and Well-Being of Women, Children and Adolescents | Global Financing Facility*. World Bank. <https://www.globalfinancingfacility.org/resource/delivering-gff-promise-protecting-and-promoting-health-and-well-being-women-children-and>.

Global Financing Facility. 2024. 'From Slogans to Action: Realizing the One Plan, One Budget and One Report Agenda | Global Financing Facility'. <https://www.globalfinancingfacility.org/events/slogans-action-realizing-one-plan-one-budget-and-one-report-agenda>.

Grepin, K. A., K. Leach-Kemon, M. Schneider, and D. Sridhar. 2012. 'How to Do (or Not to Do) ... Tracking Data on Development Assistance for Health'. *Health Policy and Planning* 27 (6): 527–34. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr076>.

Grépin, Karen A., Crossley B. Pinkstaff, Arne Risa Hole, et al. 2018. 'Allocating External Financing for Health: A Discrete Choice Experiment of Stakeholder Preferences'. *Health Policy and Planning* 33 (suppl_1): i24–30. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx017>.

Hallett, Timothy B., Tara D. Mangal, Asif U. Tamuri, et al. 2025. 'Estimates of Resource Use in the Public-Sector Health-Care System and the Effect of Strengthening Health-Care Services in Malawi during 2015–19: A Modelling Study (Thanzi La Onse)'. *The Lancet Global Health* 13 (1): e28–37. [https://doi.org/10.1016/S2214109-X\(24\)004133-](https://doi.org/10.1016/S2214109-X(24)004133-).

hera. 2024. 'Enhancing Universal Health Coverage: Piloting of Innovative Tools for the Evaluation of the P4H Network (P4H)'. Hera—Right to Health and Development. <https://www.hera.eu/news/innovative-tools-monitoring-evaluation-p4h-network>.

Hudson, Jennifer, David Hudson, Paolo Morini, Harold Clarke, and Marianne C. Stewart. 2020. 'Not One, but Many "Publics": Public Engagement with Global Development in France, Germany, Great Britain, and the United States'. *Development in Practice* 30 (6): 795–808. <https://doi.org/10.108009614524.2020.1801594/>.

Institute for Health Metrics and Evaluation. 2023. 'Financing Global Health'. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2023. 'Financing Global Health'. October 10.
- Kodali, Prakash Babu. 2023. 'Achieving Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Challenges for Policy Post-Pandemic and Beyond'. *Risk Management and Healthcare Policy* 16 (April): 607–21. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S366759>.
- Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Catherine Arsenault, et al. 2018. 'High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution'. *The Lancet Global Health* 6 (11): e1196–252. [https://doi.org/10.1016/S2214109-X\(18\)303863-](https://doi.org/10.1016/S2214109-X(18)303863-).
- Labonte, Ronald, and Anna Marriott. 2010. 'IHP+: Little Progress in Accountability or Just Little Progress?' *The Lancet* 375 (9725): 1505–7. [https://doi.org/10.1016/S01403-60625\(10\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01403-60625(10)6736-).
- Madan Keller, Janeen, Rachel Bonnifield, Tom Drake, Pete Baker, and Orin Levine. 2025a. *How Gavi 6.0 Can Take a Bigger Leap*. July 18. <https://www.cgdev.org/publication/how-gavi-60-can-take-bigger-leap>.
- Madan Keller, Janeen, Rachel Bonnifield, Tom Drake, Pete Baker, and Orin Levine. 2025b. *How Gavi 6.0 Can Take a Bigger Leap*. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/how-gavi-60-can-take-bigger-leap>.
- Madan Keller, Janeen, Clemence Landers, Nico Martinez, and Rosie Eldridge. 2025. 'The 2024–2025 Replenishment Traffic Jam'. *The 2024–2025 Replenishment Traffic Jam*. <https://www.cgdev.org/media/20242025--replenishment-traffic-jam>.
- Memirie, Solomon Tessema, Anastassia Demeshko, Mizan Habtemichael, et al. 2024. *A New Compact for Financing Health Services: Ethiopia Case Study*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-financing-health-services-ethiopia-case-study>.
- Mirutse, Mizan Kiros, Solomon Tessema Memirie, and Ole F. Norheim. 2026. *Country-Level Drivers of New Compact Success*. <https://www.cgdev.org/publication/country-level-drivers-new-compact-success>.
- Morton, Alec, Jamaica Briones, Anastassia Demeshko, Pete Baker, and Tom Drake. 2024. *A New Compact for Financing Health Services: Opportunities for Gavi and Partner Countries*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-financing-health-services-opportunities-gavi-and-partner-countries>.
- Musuva, Anne, Marie-Jeanne Offosse, and Aloysius Ssenyonjo. 2025. 'Advancing the Lusaka Agenda: The Global Financing Facility's Missed Opportunities for Catalysing Sustainable Health Investment'. *Global Health Action* 18 (1): 2555052. <https://doi.org/10.108016549716/2025.2555052>.

- OECD. 2005. *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. OECD. <https://doi.org/10.17879789264098084/-en>.
- OECD. 2006. *Harmonising Donor Practices for Effective Aid Delivery*. DAC Guidelines and Reference Series. OECD Publishing. <https://doi.org/10.17879789264035843/-en>.
- OECD. 2008. *Accra Agenda for Action*. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/accra-agenda-for-action_9789264098107-en.html.
- Ofosu, Anthony, Louisiana Lush, Ulrika Enemark, and Esben Sonderstrup. 2016. *Rapid Independent Review of the International Health Partnership*. IHP+. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts__docs/Core_Team/Rapid_Review_of_IHP_-_Final_Report_16_DEC_2016_1.pdf.
- P4H Network. 2023. 'History - The P4H Network'. P4H Network. <https://p4h.world/en/who-we-are/history/>.
- Pate, Muhammad Ali, Donald Kaberuka, and Peter Piot. 2026. *Transforming the Global Health Ecosystem: Lessons Learned and a Vision for the Future*. Accra Reset. <https://accrareset.org/publications/Transforming-the-Global-Health-Ecosystem/>.
- PEFA. 2025. 'Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)'. <https://www.pefa.org/about>.
- Pincombe, Morgan, Pete Baker, Adrian Gheorghe, and Janeen Madan Keller. 2023. *Projections of Eligibility and Transition Trajectories up to 2040: Implications for Gavi's Next Strategic Period and Beyond*. December 14. <https://www.cgdev.org/publication/projections-eligibility-and-transition-trajectories-2040-implications-gavis-next>.
- Regional Committee for Africa. 2008. *Harmonization for Health in Africa: Progress Report*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/106651774//AFR-RC58-INF-DOC-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Regional Committee for Africa. 2024. *A Decade of Transformation: Achievements and Lessons Learnt Report on the Implementation of the Transformation Agenda of the WHO Secretariat in the African Region, February 2015–February 2024*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665378876//AFR-RC7411--eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Republic of Cameroon, Ministry of Public Health. 2023. 'National Compact Between the Government of the Republic of Cameroon and its Partners of Development'. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/202503-/Compact%20National%20ENGLISH%201-.pdf>.
- Salisbury, Nicole A., Gilbert Asimwe, Peter Waiswa, and Ashley Latimer. 2019. 'Operationalising the Global Financing Facility (GFF) Model: The Devil Is in the Detail'. *BMJ Global Health* 4 (2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018001369->

- Schneider, Sebastian H., Jens Eger, and Nora Sassenhagen. 2021. 'Opinion Monitor for Development Policy 2021'. *Development Engagement Lab*. <https://developmentengagementlab.org/publication/opinion-monitor-for-development-policy-2021/>.
- Shorten, Tim, and Shaun Conway. 2015. 'The International Health Partnership: Monitoring Transparency and Accountability'. In *Improving Aid Effectiveness in Global Health*, edited by Elvira Beracochea. Springer. https://doi.org/10.100718_0-2721-4939-1-978/.
- Sparkes, Susa, Helene Barroy, Kalipso Chalkidou, Pete Baker, and Sophie Witter. 2025. 'Money Talks: The Lusaka Agenda Financing Alignment Indicators'. Center for Global Development, January 9. <https://www.cgdev.org/blog/money-talks-lusaka-agenda-financing-alignment-indicators>.
- Sparkes, Susan, MyMai Yungrattanachai, and Victoria Fan. 2024. 'Conditioned Domestic "Co-Financing" Policies in Global Health: A Landscape Analysis'. CGD. <https://www.cgdev.org/publication/conditioned-domestic-co-financing-policies-global-health-landscape-analysis>.
- Taylor, Martin, and Carmen Dolea. 2012. *Developing a Country Compact: What Does It Take and What Are the Gains? IHP+*. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/Country_Compacts/Developing%20a%20Country%20Compact.What%20Does%20it%20Take.Dec2012.pdf.
- The Global Fund. 2024a. *The Global Fund Eligibility Policy*. The Global Fund. https://resources.theglobalfund.org/media/7443/core_eligibility_policy_en.pdf.
- The Global Fund. 2024b. *The Global Fund Sustainability, Transition and Co-Financing Policy*. Geneva. https://resources.theglobalfund.org/media/14383/core_sustainability-transition-cofinancing_policy_en.pdf.
- The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+). 2009. *Global Health Europe*, July 24. <https://globalhealthurope.org/general/the-international-health-partnership-and-related-initiatives-ihp/>.
- UHC2030. 2017a. 'Health Stakeholders Sign Country Compact in Ivory Coast'. <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/article/health-stakeholders-sign-country-compact-in-ivory-coast-406584/>.
- UHC2030. 2017b. 'Liberia's Country Compact: A Common Understanding of How to Strengthen Health System'. <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/article/liberias-country-compact-a-common-understanding-of-how-to-strengthen-health-system-426875/>.
- UHC2030. 2025a. 'Country Compacts—UHC2030'. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/improving-collaboration/country-compacts/>.

- UHC2030. 2025b. 'History—UHC2030'. <https://www.uhc2030.org/who-we-are/history/>.
- UK FCDO. 2021. *Health Systems Strengthening for Global Health Security and Universal Health Coverage—FCDO Position Paper*. UK FCDO.
- UK Government. 2007. *The International Health Partnership—A Global 'Compact' for Achieving the Health Millennium Development Goals (Signatories)*. Downing Street, London, United Kingdom. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Home/IHP_global_compact_signatories_May%202013.pdf.
- UK Government. 2023. *Global Health Framework: Working Together towards a Healthier World*. <https://www.gov.uk/government/publications/global-health-framework-working-together-towards-a-healthier-world>.
- United Nations. 2002. 'Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development'. Paper presented at International Conference on Financing for Development. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.198_11.pdf.
- United Nations. 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
- United Nations Development Group. 2003a. 'Action Plan—Harmonization and Alignment to Help Achieve the MDG's'. *Rome Declaration on Harmonization* (Rome, Italy), February 25. <https://www.unicef.org/executiveboard/media/27621/file/2005-JMB-Item-4-Harmonization-Action-plan-EN.pdf>.
- United Nations Development Group. 2003b. 'Rome Declaration on Harmonization'. *Rome Declaration on Harmonization* (Rome, Italy), February 25. https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/declaracao_roma.pdf.
- US Department of State. 2025. *America First Global Health Strategy*. (Washington DC), September. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/202509//America-First-Global-Health-Strategy-Report.pdf>.
- Vaillancourt, Denise. 2009. *Do Health Sector-Wide Approaches Achieve Results? Emerging Evidence and Lessons from Six Countries*. IEG Working Paper 20094/. World Bank.
- Waddington, Catriona, Abebe Alebachew, and Jarl Chabot. 2012. *Roadmap for Enhancing the Implementation of One Plans, One Budget, and One Report in Ethiopia*. Ethiopia. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results__Evidence/HAE_results__lessons/Ethiopia%20Roadmap%20enhancing%20one%20plan%20one%20budget%20and%20one%20report%20final.pdf.
- WHO. 2006. *A Guide to WHO's Role in Sector-Wide Approaches to Health Development*. CCO/06.1. CCO/06.1. <https://iris.who.int/handle/1066569802/>.

WHO. 2016. 'Resource Guide on the Use of Health Technology Assessment in Health Benefit Package Design Processes'. <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/resource-guide-for-the-use-of-ha-and-hbp-design-processes>.

WHO. 2017. *Domestic Resource Mobilization for Sustainable Financing for Health in Africa*. WHO. https://www.afro.who.int/sites/default/files/201712-/WHO_Report_AFRO_20_small.pdf.

WHO. 2018. 'Millennium Development Goals (MDGs)'. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)).

WHO. 2024a. *Aligning for Country Impact: 2024 Progress Report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665376857//9789240094949-eng.pdf?sequence=1>.

WHO. 2024b. *Progress towards Harmonization of Partners in the WHO African Region 2023*. WHO. <https://reliefweb.int/report/algeria/progress-towards-harmonization-partners-who-african-region-2023>.

WHO. 2025a. 'Global Health Expenditure Database'. Global Health Expenditure Database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

WHO. 2025b. 'Health Impact Investment Platform'. <https://www.who.int/about/collaboration/health-impact-investment-platform>.

WHO. 2025c. *Joint Evaluation of the Global Action Plan for Health Lives and Well-Being for All*. WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/evaluation-office/report_joint-evaluation-of-sdg3-gap_final_clean_9dec.pdf?sfvrsn=4b081706_7&download=true.

WHO. 2025d. *Responding to the Health Financing Emergency: Immediate Measures and Longer-Term Shifts*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240117587>.

WHO. 2025e. *Strengthening Health Financing Globally*. Geneva. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_(16)-en.pdf).

WHO. 2025f. 'The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All'. <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>.

Witter, Sophie, Natasha Palmer, Rosemary Jouhaud, et al. 2025. 'Understanding the Political Economy of Reforming Global Health Initiatives—Insights from Global and Country Levels'. *Globalization and Health* 21 (1): 40. <https://doi.org/10.1186/s12992-01129-025->.

World Bank. 2023. *Open and Inclusive: Fair Processes for Financing Universal Health Coverage*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/39953/>.

World Bank. 2024a. *Financing Solutions for IDA-Eligible Countries*. World Bank. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/55f0632430a178e49216c36d4ed541c40340012024-/original/Financing-Solutions-for-IDA-Eligible-Countries.pdf>.

World Bank. 2024b. 'International Development Association Financing'. <https://ida.worldbank.org/en/ida-financing>.

World Bank. 2024c. *Poverty, Prosperity, and Planet Report: Pathways Out of the Polycrisis*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-prosperity-and-planet>.

World Bank. 2024d. *The Knowledge Compact for Action: Transforming Ideas into Development Impact*. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099041624093521233/pdf/BOSIB1f2e1cecb0ec184f314869b151f59d.pdf>.

World Bank. 2025a. *Global Economic Prospects*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>.

World Bank. 2025b. 'Health Works—Country Compacts'. Text/HTML. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/programs/health-works/country-reform>.

World Bank. 2025c. 'International Development Association Lending Terms'. <https://ida.worldbank.org/en/financing/ida-lending-terms>.

World Bank. 2025d. 'Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank'. <https://data.worldbank.org/indicator/PV.PER.RNK>.

الملحق 1: مراجعة مبادرات التنسيق على المستوى القطري

للاستفادة من الدروس المستخلصة من مبادرات التنسيق، نُركّز على أبرز الجهود العالمية والوطنية الرامية إلى تحسين التنسيق بين الجهات المانحة في تمويل الصحة، وذلك في الجدولين أ.1 وأ.2 على التوالي. وقد اختيرت هذه المبادرات استناداً إلى تركيزها على تمويل الصحة وسعيها إلى مواءمة التمويل مع الأولويات الوطنية. وعلى الصعيد العالمي، سعت عدة مبادرات إلى ترسيخ مبادئ التنسيق من خلال شراكات واسعة القاعدة، والتوافق المؤسسي، وأطر العمل المشتركة. وكانت الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها مبادرةً مبتكرة جمعت بين الحكومات وشركاء التنمية للنهوض بالعمل المنسّق في مجال تعزيز النظم الصحية، ولا سيما من خلال الموائيق الوطنية وأدوات المساءلة المشتركة (The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) 2009; UK Government 2007). وقد رافقتها مبادرات عدة، من بينها شبكة "توفير الرعاية الصحية" التي ركّزت على الحماية الصحية الاجتماعية وتمويل الصحة لتعزيز التغطية الصحية الشاملة، وكذلك مبادرة "المواءمة من أجل الصحة في أفريقيا" (Regional Committee for Africa 2008; WHO 2024b)، وهي آلية إقليمية لتنسيق الدعم التقني والمالي في الدول الأفريقية، وأُعيد إطلاقها عام 2017 (Regional Committee for Africa 2024). ومع تحول الخطة من الأهداف الإنمائية للألفية إلى أهداف التنمية المستدامة، تطورت الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها لتصبح حركة التغطية الصحية الشاملة 2030، التي ظلت محتفظةً بمبادئ الشراكة، غير أنها وسّعت شراكاتها ونطاقها لدعم تعزيز النظم الصحية بما يخدم تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وأطلقت "ميثاقاً عالمياً" متجدداً لتعزيز التعاون بين مختلف الجهات الفاعلة (UK Government 2007). أما خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرعاية للجميع، فقد نسّقت بين 13 وكالة متعددة الأطراف لتقديم دعم مشترك للدول وإحراز تقدم في المجالات المواضيعية، بما فيها مجال التمويل المستدام. وتعكس هذه الجهود العالمية طموحاً متواصلًا لتوحيد الجهود والحفاظ على الزخم في تعزيز التعاون عبر المنظومة الصحية العالمية.

وعلى المستوى الوطني، انصبّ تركيز المبادرات الشبيهة بالموائيق على تمكين حكومات الدول المتلقية للمساعدات من قيادة جهود تمويل الصحة الوطنية. حيث سعت النهج القطاعية إلى التحول عن المشاريع المتفرقة للجهات المانحة نحو سياسة قطاع صحي متكاملة بقيادة حكومية تشمل التخطيط ووضع الموازنة والرصد، وسعى ذلك النموذج إلى المواءمة بين جميع مصادر تمويل القطاع الصحي في إطار إنفاق موحد. وانبثاقاً من الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها وحركة التغطية الصحية الشاملة 2030، تشمل الموائيق الوطنية اتفاقيات رسمية بين الحكومات والجهات المانحة وسائر أصحاب المصلحة المعنيين لمواءمة الدعم مع الخطط الوطنية، وذلك بهدف تعزيز القدرة على التنبؤ والمساءلة والتنسيق. ومن أبرز النماذج التشغيلية في هذا الصدد مبادرة إثيوبيا 'خطة واحدة، ميزانية واحدة، تقرير واحد'، التي أرست إطاراً مشتركاً للتخطيط والرصد وتعبئة الموارد بين جميع الجهات الفاعلة في القطاع الصحي. وتقدم هذه المبادرة، التي تبتناها مرفق التمويل العالمي، نموذجاً لكيفية ترسيخ مبادئ الشبيهة بالموائيق في النظم الوطنية بقيادة حكومية وتوافق مع الجهات المانحة.

وتعكس هذه المبادرات العالمية والوطنية مجتمعةً التزاماً متنوعاً لكنه مشترك بتحسين التنسيق ومعالجة التشتت ودعم الملكية الوطنية.

الجدول أ.1. الدروس المستفادة من مبادرات التنسيق العالمية

المبادرة	وصف مختصر	الأهداف	الإنجازات والمكتسبات	التحديات	التقييم الرسمي
الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها (The IHP+) International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+y 2009; UK Government 2007)	مبادرة عالمية تعزز نهجاً أفقياً لتقوية النظم الصحية عبر بناء قدرات النظم والخدمات الصحية في الدول المتلقية للمساعدات، وتشجع على تحسين التنسيق بين الجهات المانحة والحكومات وسائر أصحاب المصلحة من خلال آليات مثل الموائيق الوطنية التي تدعم العمل المنسق والمتوافق مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية.	<ul style="list-style-type: none"> وضع موائيق وطنية تلزم الشركاء بتمويل مستدام ويمكن التنبؤ به ومتوافق مع الخطط الصحية الوطنية. تعزيز التوافق والتنسيق بين الجهات المانحة والحكومات والمجتمع المدني وسائر أصحاب المصلحة. توليد المعرفة التقنية وأدواتها وتوجيهاتها ونشرها لتعزيز المنظومة الصحية. تعزيز كفاءة وفاعلية تقديم المساعدات الصحية. ضمان المساءلة المتبادلة من خلال آليات الرصد وتقييم الأداء. تيسير الشراكات بين كبار الجهات المانحة وحكومات الدول المتلقية للمساعدات وسائر الجهات الفاعلة الرئيسية. 	<ul style="list-style-type: none"> عززت ثقافة المساءلة من خلال الموائيق الوطنية. طوّرت أدوات تخطيط موحّدة. نسّقت الشراكات بين كبار الجهات المانحة ومجموعة الصحة الثمانية (H8) وحكومات الدول المتلقية للمساعدات والمجتمع المدني والمؤسسات الصحية العالمية الرئيسية. 	<ul style="list-style-type: none"> عدم توافق أموال الجهات المانحة. قلّما كان يستمر الامتثال للالتزام. اقتصرت المساءلة على التوقيع على موائيق عالمية أو وطنية من دون استثمار حقيقي في الموارد أو تغيير جوهري في السلوك. 	تقييم أجري من قبل اتحاد نتائج الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها (Labonte and Marriott and Shorten and Conway 2010؛ 2015) في عام 2010؛ ومراجعة مستقلة سريعة أجريت في عام 2016 (Ofosu et al. 2016).
شبكة توفير الرعاية الصحية P4H Network (2023)	شبكة عالمية تضطلع بمهمة تعزيز تبادل والتعاون ودعمها وتطويرها بما يُسهم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال الحماية الصحية الاجتماعية وتمويل الصحة. وأطلقت في قمة مجموعة الثماني عام 2007 في هايليفغندام بألمانيا.	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز الالتزام الشامل متعدد القطاعات بتمويل التغطية الصحية الشاملة مع التركيز على الموارد المحلية. دعم الشبكات المحلية الفاعلة لتقييم الاحتياجات وتبادل المعرفة وتنسيق الجهود. تعزيز الدعم المتناسك المتوافق مع الأولويات الوطنية من خلال المساعدة الفنية المشتركة وأدوات المعرفة العالمية. التعاون مع شبكات التغطية الصحية الشاملة ذات الصلة لتعظيم التكامل والتآزر. التشجيع على الابتكار في الحماية الصحية الاجتماعية وتمويل الصحة. 	<ul style="list-style-type: none"> تستكمل جهود الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها. تدعم تعبئة الموارد المحلية والحماية المالية. 	<ul style="list-style-type: none"> تتداخل في أحيان كثيرة مع مبادرات أخرى. محدودية التنسيق في بعض الأحيان. 	تقييم تجريبي في 2023-2024؛ لكن لم يمكن العثور على نتائج للعام على الإنترنت (hera 2024).

(تابع)

الجدول أ.1. (تابع)

المبادرة	وصف مختصر	الأهداف	الإنجازات والمكتسبات	التحديات	التقييم الرسمي
UHC2030 (UHC2030 2025b)	وسّعت الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها نطاقها لدعم تعزيز المنظومة الصحية بما يخدم التغطية الصحية الشاملة وذلك استجابةً للتحوّل من الأهداف الإنمائية للألفية إلى أهداف التنمية المستدامة عام 2015، وأسست حركة التغطية الصحية الشاملة 2030 التي تعزّز التنسيق بين الشركاء والمبادرات في مجال تعزيز النظم الصحية، وتوفير أدوات ونهج عملية لدعم تحسين التعاون. ويوقع الشركاء على ميثاق عالمي للالتزام.	<ul style="list-style-type: none"> خلق الزخم السياسي حول رؤية عالمية موحّدة للتغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليه. بذل جهود المناصرة من أجل تمويل كافٍ وموجّه ومنسّق لدعم عملية تعزيز المنظومة الصحية. تعزيز آليات المساءلة لرصد التقدم نحو أهداف التغطية الصحية الشاملة والهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة. تحسين التنسيق في الدول المتلقية للمساعدات الخارجية عن طريق تشجيع الالتزام بمبادئ الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها وممارساتها. 	غير مبلغ عنها	غير مبلغ عنها	غير متوفر
خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع (SDG3 GAP)) (WHO 2024a)	اتفاقية بين 13 وكالة متعددة الأطراف: تحالف غافي، ومرفق التمويل العالمي، والصندوق العالمي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، والمرفق الدولي لشراء الأدوية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، والبنك الدولي، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية. وتقوم على مبدأ أن التعاون الأوثق بين هذه الوكالات يُفضي إلى نتائج صحية أفضل عبر دعم أكثر تماسكاً وتوافقاً مع الأولويات والخطط الوطنية.	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز مشاركة الدول للتعاون في تحديد الأولويات ووضع خطط التنفيذ. تسريع التقدم من خلال العمل المشترك في سبعة محاور مواضيعية، بما فيها التمويل الصحي المستدام. تعزيز التوافق عن طريق تنسيق الاستراتيجيات والسياسات والنهج التشغيلية والمالية بين الوكالات. تعزيز المساءلة المتبادلة من خلال مراجعات التقدم المشتركة والتعلم المتبادل ورصد الأداء بشفافية. 	استُخدم النهج في 69 دولة عام 2024، وتُظهر دراسات الحالة القطرية تحسناً في الالتزام وتعاوناً أوثق يتماشى مع الأولويات الوطنية.	آليات المساءلة القائمة، بما فيها الهيئات الحاكمة للوكالات الموقعة، الافتقار إلى الصلاحية والحوافز اللازمة لتعزيز التعاون الحقيقي في المنظومة الصحية الأشمل، مما يترك الخطة من دون صلاحية تنفيذية فعلية.	أجري تقييم مستقل عام 2025 (WHO) 2025c)
الموامة من أجل الصحة في أفريقيا (WHO 2024b); Regional Committee for Africa (Africa 2008)	آلية إقليمية تجمع 14 شريكاً ثنائياً ومتعدد الأطراف لتنسيق الدعم الفني والمالي لتعزيز النظم الصحية في أفريقيا. وتدعم هذه الآلية جهود التنمية بقيادة وطنية في مجالات رئيسية كالحوكمة وتمويل الصحة والموارد البشرية في قطاع الصحة والبنية التحتية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والأدوية وسلاسل الإمداد وتقديم الخدمات.	<ul style="list-style-type: none"> الموامة بين دعم الشركاء وأولويات الدولة مع تشجيع التنسيق والموامة والشمول والمساءلة. تعزيز النظم الصحية بما يتوافق مع إعلان باريس وتسريع التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المتعلقة بالصحة. 	دعمت ما لا يقل عن 18 دولة في وضع أو مراجعة أطر الإنفاق متوسطة الأجل، ورسم خرائط العلاقات بين الجهات المانحة، ومراجعات وضع التكاليف والميزانيات، وخطط القطاع الصحي، والنهج القطاعية، وأبحاث استراتيجية الحد من الفقر، وأطر النتائج المشتركة، وخطط تنمية الموارد البشرية.	غير مبلغ عنها. لم تخضع لتقييم واضح، وباستثناء الإشارة إلى إعادة إطلاقها عام 2017 (Regional Committee for Africa 2024)، لم تُوثق استدامتها بتفصيل كافٍ في حدود ما اطلعنا عليه.	غير متوفر

ملاحظات: P4H: توفير الرعاية الصحية؛ HHA: الموامة من أجل الصحة في أفريقيا؛ RBF: التمويل القائم على النتائج؛ HMN: شبكة القياسات الصحية؛ GHWA: التحالف العالمي للعاملين في القطاع الصحي؛ MDG: الأهداف الإنمائية للألفية؛ UNAIDS: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ UNDP: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي؛ LO: منظمة العمل الدولية؛ UNFPA: صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ WFP: برنامج الأغذية العالمي.

الجدول أ.1. الدروس المستفادة من مبادرات تنسيق تمويل الصحة على المستوى القطري

المبادرة	وصف مختصر	الأهداف	الإنجازات والمكتسبات	التحديات	التقييم الرسمي
النهج القطاعية (WHO 2006;) Foster et al. 1999; (OECD 2006)	مبادرة تهدف إلى التحول عن المشاريع المتفرقة التي تقودها الجهات المانحة نحو دعم منسّق يُقدّم لاستراتيجية قطاعية شاملة بقيادة حكومية. وتتمثل سماتها الأساسية في توافق جميع الجهات المانحة وشركاء التمويل وراء سياسة قطاعية واحدة وإطار إنفاق موحد في ظل قيادة حكومية، واعتماد مناهج منسّقة على مستوى القطاع، والتدرج نحو الاعتماد على الإجراءات الحكومية في صرف الأموال والمحاسبة عليها.	<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز الملكية الوطنية والقيادة الحكومية. • الحد من ازدواج المساعدات وتذبذبها. • تحسين فاعلية المساعدات والتوافق بين الجهات المانحة. 	<ul style="list-style-type: none"> • طبقت أكثر من 30 دولة النهج القطاعية، مع رؤية تحسن ملحوظ في التنسيق وبناء القدرات في بعض الدول. 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم انتظام تأييد الجهات المانحة، وضعف اندماج البرامج الرأسية، وإشكاليات نظم الجهات المانحة الموازية، والميل نحو التركيز على توسيع تقديم الخدمات الصحية دون إيلاء الاهتمام الكافي لتعزيز الكفاءة في الوقت ذاته. 	مراجعة دراسات الحالة والتجارب الوطنية (Foster et al. 1999; Vaillancourt 2009)، لكن لا توجد تقييمات مستقلة رسمية.
المواثيق القطرية (UHC2030 2025a)	هي إحدى مبادرات الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها، وهي عبارة عن اتفاقيات محددة المدة يتفاوض بشأنها ويوقعها الشركاء الرئيسيون، وهي تُحدد التزامهم بتنفيذ الأولويات الصحية الوطنية الواردة في الاستراتيجية الصحية للدولة ودعمها. وقد يشمل الموقعون الجهات الحكومية والمجتمع المدني والقطاع الخاص وشركاء التنمية الثنائيين ومتعددي الأطراف والجهات الفاعلة المحلية غير الحكومية وغيرهم من أصحاب المصلحة المعنيين. ويتفق جميع الأطراف بموجب الميثاق الجديد على أن تتوافق الاستثمارات الحالية والمستقبلية كليهما مع الاستراتيجية الصحية الوطنية. أمثلة من الكاميرون وليبيريا وساحل العاج (Republic of Cameroon, Ministry of Public Health 2023; UHC2030 of 2017a, 2017b).	<ul style="list-style-type: none"> • وضع إطار لتوجيه الاستثمارات. • زيادة حجم الاستثمارات الصحية وتعزيز فاعليتها. • تسريع التقدم نحو الأولويات والأهداف الصحية الوطنية. 	<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز الإجماع وترسيخ الملكية الوطنية للاستراتيجيات الصحية الوطنية. • تحسين التنسيق والحوار وبناء الثقة بين الحكومات وأصحاب المصلحة وشركاء التنمية. • تحسين التوافق والمساءلة والتركيز على النتائج الصحية بما فيها الأهداف الوطنية والعالمية. • دعم التمويل الأكثر قابلية للتنبؤ والأطول أجلاً في بعض السياقات. • تعزيز الشفافية وخفض تكاليف إجراءات إدارة المساعدات الإنمائية. • يمكن للمواثيق التمهيدية أن تُشكّل خطوات مفيدة نحو عقد اتفاقيات رسمية أقوى. 	<ul style="list-style-type: none"> • محدودية مشاركة الموقعين: قلّما تُوقع جهات مانحة كبرى (الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والملاريا والولايات المتحدة والصين)، ما يُقلص الفاعلية ويرفع تكاليف المعاملات. • المحتوى مفرط في شموليته: أحياناً تكون المواثيق طموحة وتطرح أهدافاً ومؤشرات غير واضحة أو يتعذر قياسها. • عدم تحقق التطلعات التمويلية: توقعت بعض الوزارات تدفق تمويل إضافي عبر المواثيق، غير أن ذلك لم يحدث في أغلب الأحيان. • ضعف الإبلاغ والمؤشرات: لا تجري متابعة الكثير من المؤشرات أو لا ترتبط بالأولويات الوطنية. • تحديات القيادة: يقود الشركاء المواثيق في بعض الحالات بدلاً من الحكومات، ما يؤثر على الملكية والاستدامة. 	مراجعة تركيبية أجريت عام 2012 (Taylor and Dolea 2012) وتوجيهات تقييمية وضعتها الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها ومنظمة الصحة العالمية 2025ج، لكن لا توجد تقييمات مستقلة.

(تابع)

الجدول أ.1. (تابع)

المبادرة	وصف مختصر	الأهداف	الإنجازات والمكتسبات	التحديات	التقييم الرسمي
خطة واحدة، ميزانية واحدة، تقرير واحد	مبادرة للتوافق والتنسيق أُطلقت في الأصل في إطار خارطة طريق للقطاع الصحي في إثيوبيا (Waddington et al. 2012). وفي إطارها، تسعى خطط جميع أصحاب المصلحة وميزانياتهم إلى أن تتجمع في خطة استراتيجية واحدة تُقسّم بدورها إلى خطط سنوية، ثم يُرصد التنفيذ باستخدام مجموعة متفق عليها من المؤشرات وصيغ التقارير.	عمل جميع أصحاب المصلحة معاً في توافق تام في تخطيط السياسات والاستراتيجيات والأولويات وتنفيذها، دعماً للخطط والاستراتيجيات الوطنية المتمحورة حول النتائج.	<ul style="list-style-type: none"> التوافق بين جميع أصحاب المصلحة العاملين في القطاع الصحي الوطني. اضطلاع الدول بدور أكثر فاعلية في تصميم سياسات التنمية وتعزيز قيادتها في تنسيق المساعدات. تعزيز المساءلة المتبادلة ومواءمة الجهود لتحقيق أثر إجمالي أفضل. 	<ul style="list-style-type: none"> صعوبة ضمان اجتماع جميع أصحاب المصلحة المعنيين وتوافقهم على خطة واحدة. يجب خلق كتلة حرجة من الأشخاص الذين يُعبّرون عن الرؤية ويؤمنون بها ويعملون وفقها. قلماً يستمر التزام الجهات المانحة. 	غير متوفر، غير أن التقييمات أو المراجعات قد تندرج ضمن إطار "الموائيق الوطنية".

ملاحظات: GFATM: الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا؛ IHP: الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتعلقة بها

الملحق 2: استعراض أطر تخصيص الموارد في الجهات المانحة

عمدنا في البحث إلى اختيار ست وكالات بعينها استناداً إلى إجمالي تخصيصات التمويل ونوع الجهة المانحة (الجدول أ.3) (Global Financing Facility 2023; Institute for Health Metrics and Evaluation 2023). وقد شهد تمويل الحكومة الأمريكية عام 2025 تخفيضات كبيرة، ولا يزال إجمالي المبلغ المخصص للمساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة غير محدد، لكن شملها الاستعراض مع ذلك. واخترنا لكل وكالة أحدث إصدار من وثائق السياسات أو الاستراتيجية ذات الصلة التي تتناول التمويل المشترك، أو تعزيز النظم الصحية، أو معايير الأهلية والانتقال، أو تمويل الصحة العالمية بمفهومه الأشمل. وقد مُنحت الأولوية لوثائق السياسات لما توفره من رؤى أعمق حول متطلبات تخصيص الموارد، وعند تعذر العثور عليها متاحة للجمهور، استعنا بوثائق الاستراتيجية أو شروط المرجعية. وجرى تحديد مدى صلة كل من هذه الوثائق بالميثاق الجديد والفرص والعوائق بناءً على توافرها مع ركائز الثلاث الأساسية، وذلك بتحليل ما إذا كانت المبادئ التالية ضمن محاور الوثيقة: تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة أو التركيز على الأدلة والبيانات لتوجيه صنع القرار؛ وتعزيز النظم الصحية أو التغطية الصحية الشاملة بما يتجاوز وضع البرامج الرأسية؛ والقيادة الوطنية والملكية الوطنية أولاً لتمويل الصحة بدلاً من القرارات التي تفوقها الجهات المانحة؛ وتعبئة الموارد المحلية أو الحوافز لتشجيع الدول على تمويل الخدمات الصحية الأساسية. ويلخص الجدول أ.3 الوثائق الخاصة بكل وكالة، والأهداف الكلية، ومدى تشابه السياسات مع مبادئ الميثاق الجديد، إضافة إلى الفرص والعوائق المتعلقة به.

الجدول أ.3. الربط بين أطر سياسات الجهات المانحة الرئيسية ووثائق الاستراتيجيات المخصصة لتخصيص الموارد وأوجه التكامل مع الميثاق الجديد

تاريخ النشر	الفرص والحوافز	الصلة بالميثاق الجديد	الوصف والأهداف	السياسة أو إطار العمل	الجهة المانحة (المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة المقدمة في عام 2023)*
المبادرات الصحية متعددة الأطراف					
2025	الفرص: تخلق حوافز أمام الاستثمار المحلي والدعم التكميلي من الجهات المانحة نظراً لتركيزها على التمويل المشترك والانتقال؛ ويمكن تخفيف المدفوعات المشتركة تدريجياً حتى تتوافق مع مبادئ الميثاق الجديد. الحوافز: تُقدّم حالياً أولويات الجهات المانحة على الأولويات المحلية من خلال تخصيصات مقيدة مرتبطة باللقاحات المدعومة من تحالف غافي، بدلاً من تحديد الأولويات بقيادة وطنية؛ فضلاً عن التعقيد الكبير في حسابات التمويل المشترك وتفعيل متطلباته.	تتوافق مع جهود تعزيز تعبئة الموارد المحلية من خلال التمويل المشترك، وتدمج التمويل المشترك في أهداف الانتقال، وتُركّز على الملكية الوطنية. لكنها تختلف عن الميثاق الجديد في أن أعلى نسبة تمويل مشترك لا تكون لللقاحات الأعلى أولوية.	تُحدد هذه السياسة إجراءات لتمويل الدول تمويلاً مشتركاً مخصصاً لللقاحات المدعومة من تحالف غافي، وتتطلب على جميع الدول المتلقية للمساعدات تمويل حصة من تكلفة تلك اللقاحات، وتهدف إلى زيادة تمويل الدول لللقاحات المدعومة من تحالف غافي بما يُتيح انتقالاً سلساً بعد انتهاء دعمه، وتعزيز إجراءات المشتريات الوطنية لللقاحات. وبالنسبة للدول التي لا تزال في المراحل الأولى من هذه العملية، فهي تُركّز على تعزيز الملكية الوطنية وبناء قدرات المشتريات.	سياسة التمويل المشترك (Gavi 2022a)	غافي (2.50 مليار دولار أمريكي)
-2017 2023	الفرص: تدمج التحصين مع تعزيز المنظومة الصحية؛ ومبادئها موجهة نحو نهج منصف بقيادة وطنية ومُكيّف وفق الاحتياجات (مع التركيز على الوصول إلى الأطفال الذين لم يتلقوا أي جرعة تحصين والتكيف مع احتياجات السياقات الهشة)؛ وتأخذ بعين الاعتبار الحاجة إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية من دون إزاحة الاستثمارات المحلية أو الازدواج، وإيجاد أوجه تكامل وتأزر مع الجهات المانحة الأخرى. الحوافز: مخاطر وضع البرامج الرأسية، والتنفيذ المتشتت، والاقتصر على نظم التحصين.	تتوافق مع الميثاق في هدف تعزيز النظم من أجل الاستدامة، وتختلف معه إن عُزلت عن الأولويات الصحية الأشمل.	تدعم هذه السياسة تعزيز النظم الصحية بهدف تحسين تغطية التحصين والإنصاف (وتشمل سلاسل الإمداد ونظم البيانات وغيرها).	سياسة تعزيز الأنظمة الصحية والتحصين (Gavi 2022c)	
2025	الفرص: توفر ضمانات للانتقال على مدى عدة سنوات، وتخصص تمويلياً لوضع خطط للانتقال بقيادة وطنية واتخاذ الإجراءات ذات الصلة، إضافة إلى برامج التحصين، ما يُتيح فرصة لإبلاء الاهتمام لوظائف تعزيز المنظومة الصحية. الحوافز: لا تتمتع بالدقة الكافية في مراعاة الفوارق بين الدول في مدى استعدادها للانتقال وقدرتها على تمويل اللقاحات الجديدة (كاللقاحات الجديدة) كالفقير المالي، مع تركيزها على الأثر الأعلى الذي يحدثه تمويل تحالف غافي بدلاً من الأثر الأعلى الذي يحدثه تمويل الخدمات الصحية ككل.	تتوافق مع الميثاق في مبادئ التمويل بقيادة وطنية والمُكيّف وفق السياق وتخطيط الانتقال. وتختلف عنه في أنها تعتمد اعتماداً كبيراً على مقاييس الدخل القومي الإجمالي.	تُحدد هذه السياسة المعايير التي تحكم أهلية الدول للحصول على دعم تحالف غافي استناداً إلى اعتبارات الدخل القومي الإجمالي. وهي تُشجّع حكومات الدول المستفيدة من دعم تحالف غافي على المساهمة في تغطية تكلفة اللقاحات الجديدة، ما يعزز الملكية الوطنية لتمويلها. كما تدعم الدول في التخطيط لبرامج تحصين مستدامة مالياً استعداداً للانتقال التدريجي بعيداً عن تمويل تحالف غافي.	سياسة الأهلية والانتقال (Gavi 2022b)	

(تابع)

الجدول أ.3. (تابع)

تاريخ النشر	الفرص والحوافز	الصلة بالميثاق الجديد	الوصف والأهداف	السياسة أو إطار العمل	الجهة المانحة (المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة المقدمة في عام 2023)*
2023-2028	الفرصة: تقود الدول وضع الاستراتيجيات الوطنية وتضع مقترحات لكيفية توظيف الدعم الإضافي للصندوق العالمي لخدمة هذه الأهداف؛ وتصوغ نوايا تمويل تعزيز المنظومة الصحية وتوسيعها بما يتوافق مع الميثاق الجديد؛ والنظر في نية الشراكة مع تحالف غافي والجهات المانحة الأخرى للتمويل المشترك التعاوني (المبدأ 18g).	تتوافق مع الميثاق في تخطيط الانتقال والتمويل المشترك وتعبئة الموارد المحلية. وتختلف معه في تركيزها على أمراض بعينها، وضعف التركيز على تعزيز المنظومة الصحية.	تسعى إلى تعزيز التمويل المحلي والاستعداد للانتقال والتمويل المشترك للحفاظ على استمرار برامج الأمراض والقطاع الصحي. وتستند الأهلية من الناحية النظرية إلى معياري المرض والدخل.	The Global Fund Sustainability, Transition and Co-Financing Policy. (The Global Fund 2024b)	الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (5.49 مليار دولار أمريكي)
	الحاجز: يُسهم التركيز على فيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز والملاريا والسل في زيادة العزلة والتشتت، وعلى الرغم من نوايا الامتثال، يظل الإبلاغ عن تخصيص الموارد يفتقر إلى المساءلة القوية.		غير أن تحليل نسب الإنفاق الحكومي مقارنةً بإنفاق الصندوق يكشف أن التطبيق الفعلي قد يختلف عن ذلك، إذ تتفاوت مستويات التمويل المشترك "بصورة غير منتظمة من دولة إلى أخرى ومن برنامج مرض إلى آخر". (Susan Sparkes et al. 2024)		
2024	الفرصة: ترجمة التركيز المُعلن على الإنصاف إلى واقع عملي من خلال تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة.	وتهدف إلى ضمان توجيه الأموال إلى الأشد حاجةً مع التركيز على الإنصاف. وتختلف مع الميثاق الجديد في تركيزها على أمراض بعينها وعدم اعتمادها على نهج تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة.	تُحدد هذه السياسة عتبات الدخل القومي الإجمالي وعبء الأمراض المعتمدة لتحديد الأهلية والانتقال.	سياسة الأهلية (The Global Fund 2024a)	
	الحاجز: تستند أهلية الدول في معظمها إلى مجالات التركيز الثلاثة المتمحورة حول الأمراض.				

بنوك التنمية متعددة الأطراف

2022	الفرص: تربط التمويل بالنتائج، وتعزز توجيه الأموال نحو الخدمات الصحية بما يتوافق مع المبادئ الرئيسية. وتستفيد من برنامج عمل التعلم المشترك بشأن تمويل الصحة والتغطية الصحية الشاملة الصادرة عن مرفق التمويل العالمي لإيجاد أوجه التكامل التي تمكن من تطبيق الميثاق الجديد.	تتوافق مع إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية والكفاءة وبرنامج عمل تعزيز المنظومة الصحية، وتعطي الأولوية للإصلاحات المتعلقة بتعبئة الموارد المحلية والكفاءة والحماية المالية. كما تشمل مؤشرات أداء رئيسية تقيس كلاً من: توظيف الأدلة في تحديد أولويات الموارد في إطار تعزيز القيادة الوطنية، وتوافق الجهات المانحة من خلال نموذج نضج التوافق، وإصلاحات تمويل الصحة، وإصلاحات تعبئة الموارد المحلية وتمويل السلع الأساسية.	تتضمن هذه الاستراتيجية أهدافاً لرفع كفاءة تعبئة الموارد المحلية والإنصاف، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة. ويشمل توجهها الاستراتيجي تعزيز القيادة الوطنية وبناء نظم تمويل صحي أكثر مرونة وإنصافاً واستدامة.	استراتيجية تمويل الصحة (Global Financing Facility 2023)	المؤسسة الدولية للتنمية، البنك الدولي (2.50 مليار دولار أمريكي)
2024	الفرصة: تحديد أوجه التوافق مع ميثاق المعرفة من أجل العمل الصادر عن البنك الدولي، والنهج المتعلق بالهدف الصحي الجديد الرامي إلى "تقديم خدمات صحية عالية الجودة لـ 1.5 مليار شخص إضافي على مدى السنوات الخمس القادمة".	تُصنّف ترتيبات التمويل المُدمج وفق مستوى تقدم الدول، مع وضع أهداف للانتقال السلس مع الوقت.	تبين هذه الوثائق الثلاث أهلية الدول المتلقية للحصول على تخصيصات تمويل المؤسسة الدولية للتنمية استناداً إلى مستوى الدخل وسجل النجاحات ومشاريع المؤسسة قيد التنفيذ. ومن خيارات التمويل المتاحة التمويل الحصري للمؤسسة الدولية للتنمية، والتمويل التكميلي، والتمويل المُدمج.	حلول التمويل للدول المؤهلة للحصول على تمويل المؤسسة الدولية للتنمية؛ شروط المؤسسة للإقراض؛ شروطها المرجعية (World Bank 2024a, 2024b, 2025c)	المؤسسة الدولية للتنمية، البنك الدولي، (2.16 مليار دولار أمريكي)

(تابع)

الجدول أ.3. (تابع)

تاريخ النشر	الفرص والحوافز	الصلة بالميثاق الجديد	الوصف والأهداف	السياسة أو إطار العمل	الجهة المانحة (المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة المقدمة في عام 2023)*
					الجهات المانحة الرئيسية
2023-2025	الفرصة: توافق مواضيعي من حيث الجوهر، حيث يمكن لتطبيق إطار الميثاق الجديد أن يُكمل أهدافه الاستراتيجية؛ ويمكن ترجمة نموذج تقديم التمويل المرن لمنظمة الصحة العالمية إلى مبادرات تمويل أخرى.	توافق قوي مع تعزيز المنظومة الصحية والتغطية الصحية الشاملة وتعبئة الموارد المحلية. دعم المناهج المتكاملة على مستوى المنظومة والشراكات طويلة الأمد.	يضع هذا الإطار نهجاً حكومياً متكاملاً للصحة الشاملة يقوم له أربعة أهداف، هي: تعزيز الأمن الصحي العالمي، وإصلاح بنية الصحة العالمية، وتقوية النظم الصحية الوطنية، والنهوض بريادة المملكة المتحدة في العلوم والتكنولوجيا. ويُشدد على التأهب والتعاون والحد من تمويل البرامج الرأسمية. يرجى الرجوع إلى ورقة الموقف عن تعزيز النظم الصحية (UK FCDO 2021) لمزيد من التفاصيل عن موقف الإطار في هذا الشأن.	Global Health Framework (UK Government) 2023	وزارة الشؤون الخارجية والكونولث والتنمية في المملكة المتحدة (3.67 مليار دولار أمريكي)
2023	الفرص: الاستفادة من تنسيقها مع خطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع، والاعتماد على المبادرات الصحية العالمية لتحقيق أهداف الاستراتيجية.	تتوافق مع مبادئ تعزيز المنظومة الصحية وتعبئة الموارد المحلية. تدعم انتقال المبادرات الصحية العالمية من العمل بهياكل رأسمية إلى العمل بهياكل أفقية، ودمجها في النظم الصحية الوطنية بما يلئم احتياجات كل دولة. تُعزز خطة العمل العالمية من أجل تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة.	تُولي هذه الاستراتيجية الأولوية لتعزيز المنظومة الصحية والتغطية الصحية الشاملة وتعبئة الموارد المحلية. تُركّز على تمويل الصحة بوصفه مجالاً سياسياً محورياً لتعزيز المنظومة الصحية.	استراتيجية الصحة العالمية (Bundesministerium für Gesundheit, The Federal Ministry of Health) 2020	ألمانيا (وزارة التعاون الاقتصادي والتنمية) 5.29 مليار دولار أمريكي
2025	الفرص: توظيف الاتفاقيات الثنائية التي تعقدتها الولايات المتحدة بوصفها أدوات عملية يمكن من خلالها توجيه التنفيذ وفق مبادئ الميثاق الجديد؛ ودمج تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة في البيانات ومقاييس الأداء؛ وترتيب التمويل المحلي المشترك مع الحكومات الوطنية لتمويل الخدمات الأساسية.	تتوافق مع مفاهيم الملكية الوطنية، وإعطاء الأولوية للتمويل المحلي، والتحول من تنفيذ مشاريع متفرقة نحو مشاريع تتم بقيادة حكومية ومرتبطة بنتائج قابلة للقياس. تختلف معه في تركيزها على تحويل المساعدات الثنائية بعيداً عن المساعدة متعددة الأطراف.	تُعيد هذه الاستراتيجية توجيه المساعدات الأمريكية للصحة العالمية من المنظمات غير الحكومية والمؤسسات متعددة الأطراف نحو اتفاقيات ثنائية محددة المدة مع الحكومات، وتشرط الاستثمار المشترك وتطبيق معايير الأداء، مع تخفيض التمويل الأمريكي بمرور الوقت.	استراتيجية الصحة العالمية - أمريكا أولاً (US Department of State) 2025	وزارة الخارجية الأمريكية
	الحوافز: التفضيل القوي للقنوات الثنائية على حساب القنوات متعددة الأطراف يُقوّض التمويل المجمع القابل للتنبؤ متعدد الشركاء وتحديد الأولويات المشتركة على المستوى القطري؛ فضلاً عن أن التغييرات الجذرية للوضع الراهن تفتقر إلى السماح بمرحلة انتقالية لتفعيل التغيير ودمجه، أو لتمكين الحكومات من استيعاب تكاليف التخلص التدريجي من الدعم الأمريكي.				

ملاحظات: * يشمل هذا الجدول كلاً من الجهات المانحة بمفهومها الدقيق (الحكومات ذات السيادة أو المؤسسات الخيرية التي تُقدّم المساعدات الإنمائية الأصلية)، والوسطاء أو الوكالات التي تُخصّص الأموال أو تُديرها نيابةً عن الجهات المانحة. وقد استُنتج إجمالي المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة المقدمّة من الحكومة الأمريكية نظراً للتخفيضات الكبيرة في المساعدات عام 2025. إجمالي المساعدات الإنمائية للصحة المقدّر إنفاقه في عام 2023 = 64.6 مليار دولار أمريكي (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)). وتجدر الإشارة إلى أن كلا الجهتين المانحتين الثنائيتين الوارديتين في الجدول تقدمان التمويل إلى الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، وتحالف غافي، ومرفق التمويل العالمي، ومن ثمّ من المتوقع أن يتقاطع التمويل. DAH: المساعدة الإنمائية المخصصة لقطاع الصحة؛ DRM: تعبئة الموارد المحلية؛ GAP: خطة عمل عالمية؛ GHI: مبادرات صحية عالمية؛ GFATM: الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا؛ GFF: مرفق التمويل العالمي؛ HSS: تعزيز النظم الصحية؛ PHC: الرعاية الصحية الأولية؛ UHC: التغطية الصحية الشاملة؛ MCH: صحة الأم والطفل.

الملحق 3: إطار معد للدول لتقييم محركات النجاح في تطبيق الميثاق الجديد الجدول أ.4. إطار معد للدول لتقييم محركات النجاح في تطبيق الميثاق الجديد

النطاق	النطاق الفرعي	المؤشرات	مصدر البيانات
السياق السياسي والاقتصادي	البيئة السياسية: أ) الاستقرار والأمن السياسي	تقرير البنك الدولي العالمي عن مؤشر الاستقرار والأمن السياسي تتراوح درجات المؤشر بين 2.5- (استقرار سياسي ضعيف) و2.5 (استقرار سياسي قوي).	المؤشرات العالمية للحكومة
	البيئة السياسية: ب) الإرادة السياسية والالتزام	مستوى التركيز على الصحة في السياسات والاستراتيجيات والأطر القانونية الوطنية.	دراسة نظرية للسياسات الإنمائية الوطنية الرئيسية والأطر القانونية؛ تقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء).
		حصة ميزانية الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي واتجاهها العام.	بيانات الحسابات الصحية الوطنية
الحكومة والتنسيق	بيئة الاقتصاد الكلي: القدرة المالية	معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي السنوي، واتجاهه.	مؤشر التنمية العالمية للبنك الدولي
	آليات مشاركة أصحاب المصلحة والتنسيق بينهم	توفر آليات التنسيق الفعالة لأصحاب المصلحة، ومستوى المشاركة والشفافية	تقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)
		<ul style="list-style-type: none"> المؤسسات الحكومية الجهات المانحة وشركاء التنفيذ منظمات المجتمع المدني النقابات والاتحادات القطاع الخاص 	بيانات الحسابات الصحية الوطنية
تمويل الصحة	تعبئة الموارد المحلية المُكيفة لتمويل الخدمات ذات الأولوية القصوى	وجود استراتيجية لتعبئة الموارد المحلية	تقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)
		إجمالي الإنفاق الصحي للفرد	بيانات الحسابات الصحية الوطنية
		حصة تمويل الجهات المانحة من إجمالي الإنفاق الصحي	
		حصة الإنفاق الحكومي من إجمالي الإنفاق الصحي.	
		المدفوعات المباشرة التي يتكبدها الأفراد من إجمالي الإنفاق الصحي.	
	التمويل المجمع ودرجة التجزؤ	مستوى التنسيق بين التمويل من مختلف مصادر الإيرادات (مثل الميزانية العامة والتأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي المجتمعي وتمويل الجهات المانحة) وتكاملها في تنفيذ الخطط القطاعية وحزمة الخدمات ذات الأولوية.	دراسة نظرية وتقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)

(تابع)

الجدول 4.أ. (تابع)

النطاق	النطاق الفرعي	المؤشرات	مصدر البيانات
تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة	<ul style="list-style-type: none"> • الحوكمة والقيادة لتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة • توليد أدلة اقتصاديات الصحة وتوظيفها • وجود تمويل كافٍ لتحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة • مشاركة أصحاب المصلحة 	<p>مقياس التقدم الخاص بالمبادرة الدولية لدعم القرار لقياس إضفاء الطابع المؤسسي على تحديد الأولويات استناداً إلى الأدلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الهياكل التنظيمية لتوليد الأدلة • الهياكل التنظيمية لتفسير الأدلة • الارتباط الرسمي بعمليات صنع القرار • التمويل العام لدعم هذه الإجراءات • وجود البنية التحتية غير المادية لدعم البندين الفرعيين الأول والثاني • مشاركة أصحاب المصلحة المعنيين في عملية تحديد الأولويات المستند إلى الأدلة 	<p>دراسة نظرية وتقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)</p>
إدارة المالية العامة	<ul style="list-style-type: none"> • وضع الميزانية وتنفيذها ورصدها. • الموازنة بين إدارة المالية العامة ووظائف تمويل الصحة وتقديم الخدمات وأهداف التغطية الصحية الشاملة. 	<ul style="list-style-type: none"> • موثوقية الميزانية وإمكانية التنبؤ بها • معدل التنفيذ • تتبع الإنفاق والرقابة عليه • الموازنة بين إدارة المالية العامة والخدمات الصحية ذات الأولوية وأهداف التغطية الصحية الشاملة الوطنية 	<p>دراسة نظرية لوثائق التخطيط والموازنة الحكومية والمصادر المتاحة للجمهور (مثل تقييمات الإنفاق العام والمساءلة المالية، ومراجعات الإنفاق العام، والتقييمات الائتمانية، ومراجعات القطاع الصحي)</p> <p>مقابلة نوعية ومداولات الخبراء</p> <p>يمكن الاستعانة بالدورة التدريبية الذي تقدمها منظمة الصحة العالمية عن إدارة المالية العامة لتكون إطاراً أساسياً، ويمكن تعزيزها بـ "تمويل الصحة: تحديات إدارة المالية العامة في تقديم الخدمات الصحية" الصادر عن اليونيسف، وذلك لإجراء تحليل معمق للأسباب الجذرية للعوامل التي تعيق تقديم الخدمات الصحية.</p>
التنسيق بين الجهات المانحة والاستعداد للانتقال	<p>التوافق بين الجهات المانحة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • وجود أطر للتنسيق بين الجهات المانحة، ومستوى التخطيط والبرمجة والإبلاغ المشترك • الدعم المُدرج في الميزانية أو التجميع المشترك للموارد لتمويل الخطة القطاعية • استخدام المنظومة الوطنية 	<p>تقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)</p>
	<p>الاستعداد للانتقال إلى البرامج المدعومة من الجهات المانحة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • وجود خطة انتقال إلى البرامج المدعومة من الجهات المانحة • قدرات الموارد البشرية • قدرات إدارة سلسلة الإمداد • قدرات منظومة المعلومات الصحية 	<p>تقييم نوعي (مقابلات مع المبلغين الرئيسيين ومداولات الخبراء)</p>

ملاحظات: CSO: منظمة المجتمع المدني؛ DRM: تعبئة الموارد المحلية؛ NHA: الحسابات الصحية الوطنية؛ OOP: المدفوعات المباشرة