

الأمن الصحي في القانون الدولي: التحول من المقاربة الوقائية إلى الحوكمة الصحية

Health Security in International Law: the transition from the Preventive Approach to Health Governance

سرحاني حمزة¹، أزروال يوسف²

¹ مخبر الدراسات الإستراتيجية والتنمية في الوطن العربي، جامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي - تبسة،

hamza.serhani@univ-tebessa.dz

² جامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي - تبسة، youcef.azeroual@univ-tebessa.dz

تاريخ النشر: 2026/04/15

تاريخ القبول: 2026/03/21

تاريخ الاستلام: 2025/11/05

ملخص:

جاءت هذه الدراسة لمعالجة الإطار القانوني للأمن الصحي في ضوء أحكام القانون الدولي، من خلال تحليل الآليات والاتفاقيات التي أرسنها المنظومة الأممية، وعلى رأسها اللوائح الصحية الدولية، باعتبارها المرجع القانوني الرئيس لتنظيم الاستجابة العالمية للأزمات الصحية. وتبين من خلال البحث أن تحقيق الأمن الصحي يمر عبر ثلاث مراحل أساسية هي: المقاربة الوقائية، مروراً بالمقاربة التشاركية الشاملة، حتى مرحلة الحوكمة الصحية العالمية، التي تركز التعاون الدولي. كما كشفت الدراسة عن وجود تحديات قانونية ومؤسسية تعيق الفعالية العملية لهذه الآليات، تتعلق بضعف الالتزام الدولي وتفاوت القدرات الوطنية. وانتهت الدراسة إلى ضرورة تعزيز الإلزام القانوني للاتفاقيات الصحية الدولية، وتطوير حوكمة صحية عالمية أكثر تنسيقاً وعدالة لضمان تحقيق الأمن الصحي العالمي المستدام.

كلمات مفتاحية: الأمن الصحي، الحوكمة، التهديدات الصحية، القانون الدولي، المقاربة الوقائية.

Abstract:

This study addresses the legal framework of health security in light of international law provisions, by analyzing the mechanisms and agreements established by the United Nations system, foremost among them the International Health Regulations (IHR), as the principal legal reference for organizing the global response to health crises. The research demonstrates that achieving health security progresses through three steps: the preventive approach, the

comprehensive participatory approach, and finally, the stage of global health governance, which consolidates international cooperation.

The study also reveals the existence of legal and institutional challenges hindering the practical effectiveness of these mechanisms, particularly the weak international commitment and disparities national capacities. It concludes by emphasizing the need to strengthen the legal enforceability of international health agreements and to develop a more coordinated and equitable global health governance system to ensure sustainable global health security.

Keywords: health security; governance; health threats; participatory approach; preventive approach.

المؤلف المرسل: سرحاني حمزة ، hamza.serhani@univ-tebessa.dz

مقدمة:

يُعدّ الأمن الصحي أحد الأبعاد الجوهرية للأمن الإنساني، إذ يمثل الركيزة التي تُبنى عليها استدامة التنمية وحماية المجتمعات من المخاطر الصحية بمختلف أنواعها، سواء كانت طبيعية أو ناتجة عن فعل الإنسان. وقد برز مفهوم الأمن الصحي الدولي في العقود الأخيرة مع تصاعد التهديدات الصحية العابرة للحدود، كالأوبئة الجائحات العالمية، التي كشفت هشاشة المنظومات الصحية حتى في الدول المتقدمة، وأظهرت ضرورة تبني مقاربة قانونية دولية شاملة تُعنى بتعزيز التعاون والتضامن بين الدول.

وهو ما جعل المجتمع الدولي يُدرجه ضمن مجالات الاهتمام القانوني الدولي، خاصة بعد التجارب التي أثبتت أنّ التهديدات الصحية لا تقف عند حدود الدول، وأنّ التعامل معها يستلزم تعاونًا قانونيًا ومؤسسيًا على مستوى عالمي. ومن هنا، جاء دور القانون الدولي للصحة (Global Health Law) الذي يُعدّ فرعًا ناشئًا من فروع القانون الدولي العام، يُعنى بوضع القواعد والمعايير التي تنظم حماية الصحة العامة.

في هذا الإطار، أصبح القانون الدولي للصحة أداةً أساسية لتنظيم الاستجابة الجماعية للأزمات الصحية، خاصة من خلال البرامج واللوائح الصحية الدولية التي أُرست نظامًا قانونيًا موحدًا للتصدي للمخاطر الوبائية وتعزيز قدرات الدول في مجالات الوقاية والكشف والاستجابة. غير أن التطبيق العملي لهذه الآليات أفرز جملةً من الإشكاليات القانونية والمؤسسية، تتعلق بمدى فعالية القواعد الدولية في مواجهة الأزمات الصحية الكبرى، كما ظهر جليًا خلال جائحة كوفيد-19.

لمعالجة حيثيات هذا الموضوع، يمكن طرح إشكالية الدراسة كما يلي:

كيف أسهم القانون الدولي، عبر تطوّره المرحلي وآلياته التنظيمية، في بناء منظومة فعّالة لتحقيق الأمن الصحي العالمي، وضمان الاستجابة الجماعية للتحديات الصحية العابرة للحدود؟ وللإجابة على الإشكالية المطروحة، نفترض بأن تطور مراحل التنظيمية واعتماده مقارنة وقائية وأخرى شاملة وآليات مؤسسية وقانونية كاللوائح الصحية الدولية، قد أسهم بفعالية في إرساء الإطار القانوني لتحقيق الأمن الصحي العالمي، غير أن فعالية هذا الإطار ما زالت محدودة بفعل التحديات التطبيقية، وضعف الالتزام الدولي، وغياب آليات إنفاذ ملزمة تضمن الاستجابة الجماعية للأزمات الصحية العابرة للحدود

لذلك، قد استندت في هذه الدراسة إلى الوصف والتحليل، من خلال تحليل النصوص القانونية والمواثيق الدولية ذات الصلة بالأمن الصحي، مع الاستعانة بالمنهج المقارن لإبراز أوجه الاختلاف في تطبيق اللوائح الصحية الدولية بين الدول، إلى جانب استخلاص النتائج والتوصيات المتعلقة بتعزيز فعالية القانون الدولي في تحقيق الأمن الصحي العالمي.

أولاً: الإطار المفهومي للدراسة

1. مفهوم القانون الدولي

اختلف الفقهاء في تحديد مفهوم القانون الدولي باختلاف موضوعاته ومجالات تطبيقه، فضلاً عن تباين الأسباب التاريخية والسياسية التي أدت إلى ظهوره وتطور قواعده القانونية. فقد نشأ هذا القانون من الحاجة إلى تنظيم العلاقات بين الدول ذات السيادة، وتحديد الإطار الذي تُمارَس ضمنه الحقوق وتُؤدَّى الواجبات في المجتمع الدولي.

وقد قدم عدد من فقهاء القانون الدولي تعريفات متعددة لهذا الفرع من القانون؛ إذ يرى كارل ستروب (K. Strupp) أن القانون الدولي هو "مجموعة القواعد القانونية التي تحدد حقوق وواجبات الدول، وكذلك حقوق وواجبات غيرها من الأشخاص الذين يتمتعون بالشخصية القانونية الدولية"¹. في حين يعرفه فوشيل (Fauchille) بأنه "مجموعة القواعد التي تُبَيّن حقوق الدول وواجباتها في علاقاتها المتبادلة"².

ويُلاحظ في هذين التعريفين تركيز واضح على مبدأ الشخصية القانونية الدولية، التي تُقرّ بقدرة الدولة على اكتساب الحقوق وتحمل الالتزامات القانونية في إطار تعاملها مع غيرها من الدول. ومع ذلك، فإن بعض قواعد القانون الدولي تخرج عن نطاق هذا التصور القائم على "الحقوق والواجبات"، إذ تهدف في بعض الأحيان إلى تنظيم مسائل ذات طابع إجرائي أو مؤسسي دون أن تُنشئ التزامات قانونية مباشرة. أما من الناحية الفلسفية، فقد اختلفت الرؤى حول أساس القانون الدولي. فبينما يرى أزون (Azon) أن "قانون الطبيعة يُستمد من الطبيعة نفسها، أي من الله (Natura id est Deus)"، فإنه يميز بين قانون الطبيعة الذي يُعبّر عن الإرادة الإلهية، وقانون الأمم (Jus Gentium) الذي يعد نتاجاً لإرادة بشرية هدفها تنظيم العلاقات بين الأمم في قضايا مثل الحرب والأسر³. وفي السياق نفسه، يعلّم فرنسيسكو دي فيتوريا (Francisco de Vitoria) أن قانون الأمم هو "القانون الذي أنشأه العقل الطبيعي بين جميع الشعوب"، أي أنه قانون يستند إلى العقل الإنساني وإجماع الأمم على مبادئ العدالة والإنصاف التي تحكم العلاقات بين الدول وأشخاص القانون الدولي الآخرين، كالمنظمات الدولية. وتركز دراسته على الجوانب التي لا غنى عنها، مصادر القانون الدولي العام، وأعضاء المجتمع الدولي، والعلاقات فيما بينهم⁴.

يُعَدّ القانون الدولي أحد الفروع الأساسية للقانون العام، إذ يختص بتنظيم العلاقات التي تنشأ بين الدول ذات السيادة، والمنظمات الدولية، وغيرها من الكيانات المعترف بها كأشخاص في المجتمع الدولي. وقد مرّ مفهوم هذا القانون بتطورات فكرية وتاريخية متعددة، جعلت تعريفه يختلف باختلاف موضوعاته ومجالات تطبيقه، فضلاً عن تنوّع الأسباب التي أدت إلى نشأته وتبلور قواعده.

يُعتبر الفيلسوف الإنجليزي جيريمي بنتام Bentham Jeremy أول من صاغ مصطلح القانون الدولي، مستبدلاً به المصطلح القديم قانون الأمم أو قانون الشعوب. وقد عرّف بنتام هذا القانون بأنه "مجموعة القواعد والمعايير والأعراف القانونية التي تنظم العلاقات بين الدول ذات السيادة وغيرها من الكيانات المعترف بها قانوناً كفاعلين في المجتمع الدولي"⁵.

ويرى الفقه التقليدي، كما هو الحال عند بلاكستون (Blackstone)، أن قانون الأمم يشمل جميع القواعد المستمدة من المعاهدات والممارسات الدولية، أي من مصادر ذات طابع غير وطني. ويتميّز هذا المفهوم بشموليته، إذ يستوعب نطاقاً أوسع من القواعد التي كانت تُدرج تقليدياً ضمن إطار القانون الدولي. أما الفقيه فيليب جيسوب (Philip Jessup) فقد قدّم مفهوماً أكثر حداثة حين ابتكر مصطلح

القانون عبر الوطني (Transnational Law)، الذي عرّفه بأنه "يشمل جميع القواعد القانونية التي تنظم الأفعال أو الوقائع التي تتجاوز الحدود الوطنية"⁶.

ومن خلال المقارنة بين هذه الاتجاهات، يتضح أن نطاق القانون الدولي يتغير تبعاً للمنهج التعريفي المعتمد. فبعض القواعد يمكن أن تندرج ضمن أكثر من تعريف في الوقت ذاته

- تخصّ الدول كأشخاص قانونية دولية.

- تستمدّ مشروعيتها من مصادر العرف والمعاهدات.

- تنظم مسائل تتجاوز الحدود الوطنية.

لذلك يمكن تعريف القانون الدولي العام بأنه مجموعة القواعد القانونية التي تنظم العلاقات بين الدول والمنظمات الدولية وغيرها من أشخاص القانون الدولي، وتتناول بالبحث مصادر هذه القواعد وأسسها، إضافةً إلى دراسة طبيعة المجتمع الدولي وآليات التفاعل بين أعضائه.

2. مفهوم الأمن الصحي العالمي.

يُعرّف الأمن الصحي باعتباره أحد المكونات الأساسية للأمن الإنساني، حيث أورد تقرير الأمم المتحدة لسنة 2000 أنه يتمثل في: "إمكانية حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية الأساسية بأسعار ميسّرة، وبما يتناسب مع قدرتهم على الوصول إليها، سواء تعلّق الأمر بخدمات الرعاية أو الوقاية، خصوصاً في ظل انتشار الأمراض والأوبئة"⁷.

وفي السياق ذاته، تُعرّف اللجنة العالمية للأمن الصحي (Global Health Security Initiative) الأمن الصحي بأنه: "القدرة الجماعية للمجتمع الدولي على الوقاية من التهديدات الصحية العابرة للحدود، والكشف عنها، والاستجابة لها، بما في ذلك الأوبئة، والكوارث البيولوجية والكيميائية، والأزمات البيئية"⁸.

ويُستخلص من هذين التعريفين أن الأمن الصحي لا يقتصر على البعد العلاجي أو الوقائي فحسب، بل يُجسّد رؤية شمولية تُعنى بحماية صحة الإنسان من المخاطر المحدقة به، سواء كانت طبيعية أو ناجمة عن فعل الإنسان، في إطار من التعاون الدولي والحوكمة الصحية الفعّالة.

يُعَدّ الأمن الصحي العالمي أحد الركائز الأساسية لضمان استقرار المجتمعات وحماية الأمن الإنساني في مواجهة الأخطار الصحية العابرة للحدود. ويُعرّف بأنه "حالة من الجاهزية والقدرة على الوقاية من

التحديات الصحية، والكشف عنها، والاستجابة لها بفعالية، على المستويين الوطني والدولي، مع تقليل تأثيرها على صحة الإنسان والاقتصاد والمجتمع".

وقد أكدت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الأمن الصحي العالمي يقوم على "تعزيز القدرة على الصمود وبناء القدرات على جميع المستويات، بما في ذلك المجتمعات المحلية، والجمعيات الوطنية، والحكومات، من خلال تطوير أنظمة صحية قوية، وآليات استجابة فعالة للأزمات".

كما ترى اللجنة العالمية للأمن الصحي (Global Health Security Initiative) أن تحقيق الأمن الصحي العالمي يتطلب "تعاونًا دوليًا مستدامًا يضمن التنسيق بين الدول والمنظمات الدولية لمواجهة الأوبئة والكوارث البيولوجية والتهديدات الكيميائية والنوية"⁹.

ويُفهم من ذلك أن الأمن الصحي العالمي لا يقتصر على مكافحة الأمراض فحسب، بل يشمل بناء منظومات متكاملة للصحة العامة، وتعزيز الحوكمة الصحية، والارتقاء بقدرات الدول على التنبؤ والاستجابة للأزمات، في إطار من التضامن والمسؤولية المشتركة بين الفاعلين الدوليين

ثانياً: تعزيز الصحة العالمية من منظور القانون الدولي العام

يشكل الإطار القانوني الدولي للصحة العالمية أداة رئيسية لتنظيم العلاقات بين الدول وأجهزة المجتمع الدولي في مجال الصحة العامة، بما يحقق حماية الإنسان والمجتمع من التهديدات العابرة للحدود. ويستند هذا الإطار إلى مجموعة من المبادئ القانونية الأساسية التي تتحدد في القانون الدولي العام، والتي تمكّن الدول والمنظمات الدولية من التعاون الفعال لمواجهة الأوبئة والأزمات الصحية.

1. المصادر القانونية للصحة العالمية

ينبني الإطار القانوني على مصادر متعددة للقانون الدولي العام، أهمها:

- المعاهدات والاتفاقيات الدولية: مثل اللوائح الصحية الدولية 2005 التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لتنظيم الإجراءات الوقائية أثناء تفشي الأمراض المعدية عبر الحدود.
- القواعد العرفية الدولية: حيث تشكل ممارسات الدول المتكررة وتبادلها للمعارف الصحية والبروتوكولات الوقائية قاعدة ملزمة بمرور الزمن، حتى لو لم يتم توثيقها كتابيًا.
- المبادئ العامة للقانون: مثل مبدأ التعاون الدولي، والالتزام بعدم الإضرار بالدول الأخرى، والمساواة في السيادة، والتي توجه صياغة السياسات الصحية الدولية.

2. الهيئات الدولية المكلفة بتطبيق القانون الصحي

يلعب منظور القانون الدولي العام دورًا أساسيًا في تحديد هيئات الإشراف والتنفيذ، ومن أبرزها:

- منظمة الصحة العالمية: الجهة المركزية لوضع المعايير والتوصيات الصحية الدولية، وإصدار اللوائح الصحية الدولية، وتنسيق التعاون بين الدول أثناء الأزمات الصحية.

- اللجان والمنظمات الإقليمية: مثل مراكز التعاون الصحي الإقليمي في جنوب شرق آسيا، التي تعزز تبادل المعلومات والخبرات الصحية بين الدول الأعضاء وتنسق الاستجابة للأوبئة المشتركة.¹⁰

3. المبادئ القانونية الأساسية

يستند الإطار القانوني الدولي للصحة العالمية إلى عدة مبادئ رئيسية للقانون الدولي العام:

- مبدأ سيادة الدول: حيث يظل لكل دولة الحق في تنظيم شؤونها الصحية الداخلية، لكن مع التزام متبادل بعدم الإضرار بالدول الأخرى عبر انتشار الأمراض.

- مبدأ التعاون الدولي: الذي يُلزم الدول بتبادل المعلومات الصحية بسرعة وشفافية، وتنفيذ التدابير الوقائية بما يتوافق مع المعايير الدولية.

- مبدأ عدم الإضرار بالتجارة والتنقل الدولي: يهدف إلى تحقيق التوازن بين الصحة العامة وحركة الأشخاص والبضائع، وهو ما تضمنه اللوائح الصحية الدولية من قيود علمية محددة على الحجر الصحي أو القيود على السفر.

4. أدوات وآليات التنفيذ

يشتمل الإطار القانوني الدولي على مجموعة من الأدوات الآلية والقانونية لضمان الامتثال:

- التوصيات الفنية: يصدرها المدير العام لمنظمة الصحة العالمية لإرشاد الدول خلال تفشي الأوبئة.

- التدابير الوقائية المشتركة: تشمل الرقابة على السفر والنقل الدولي، الحجر الصحي، والفحص الطبي في نقاط الدخول الدولية.

- آليات المراجعة والتقييم: تتيح تقييم جاهزية الدول للامتثال للمعايير الصحية الدولية، وتحديد الثغرات التي تتطلب تدخلاً دولياً¹¹.

يمكن القول إن الإطار القانوني الدولي للصحة العالمية يمثل نظامًا متكاملًا ينظم التعاون الدولي في مجال الصحة العامة. ويتيح هذا النظام، المستند إلى مبادئ القانون الدولي العام، وضع أسس وآليات

للتسيق بين الدول والمنظمات الدولية، لضمان حماية الإنسان والمجتمع من التهديدات الصحية العابرة للحدود، مع مراعاة سيادة الدول وحفظ التوازن بين الصحة العامة وحركة التجارة والسفر.

ثالثاً: تحليل مراحل المسار القانوني الدولي لتحقيق الأمن الصحي العالمي.

سعت الدول منذ قرون إلى مواجهة التهديدات الصحية العابرة للحدود عبر توظيف أدوات القانون الدولي، بوصفه الإطار الذي ينبع من إرادة الدول ويقوم على مصادر وإجراءات قانونية محددة. وقد شكّل هذا التوجه مرحلة تأسيسية لما أصبح يُعرف لاحقاً بـ "القانون الدولي للصحة"، والذي هدف إلى حماية الصحة العامة من خلال معاهدات واتفاقيات ثنائية ومتعددة الأطراف. ومع ذلك، فقد واجهت هذه المرحلة صعوبات عديدة تمثلت في الطابع المجزأ للتشريعات الدولية، وعدم تكافؤ موازين القوة بين الدول، فضلاً عن النظرة الضيقة التي كانت تحتل مفهوم الصحة في بعدها الطبي الحيوي فقط.

1. المرحلة الوقائية التقليدية

- أول محاولة لتنظيم التعاون الصحي الدولي

برزت الحاجة إلى تعاون دولي منظم في المجال الصحي مع تفشي موجات متتالية من وباء الكوليرا خلال القرن التاسع عشر، نتيجة لتسارع وتيرة التصنيع والعولمة وتزايد حركة التجارة الدولية. فقد أدركت الدول الأوروبية الكبرى أن مواجهة الأوبئة لم تعد ممكنة ضمن الحدود الوطنية فحسب، بل تتطلب تنسيقاً جماعياً.

وفي هذا السياق، انعقد أول مؤتمر صحي دولي سنة 1851 بمبادرة من القوى الأوروبية، إدراكاً لتأثير الأوبئة على التجارة وتدفق رؤوس الأموال. وقد تمخض المؤتمر عن اتفاقية صحية، غير أن الخلافات حول إجراءات الحجر الصحي حالت دون دخولها حيز التنفيذ، إذ لم تصادق عليها سوى ثلاث دول¹². ورغم فشل تلك المحاولة، فإنها أرسيت مبادئ توجيهية مهمة في مجالات مثل معايير الصرف الصحي للسفن، وتفتيش الموانئ، وفترات الحجر الصحي، ومراقبة الصحة العامة.

- من المؤتمرات الصحية إلى الاتفاقيات الدولية

شهدت نهاية القرن التاسع عشر بداية مرحلة جديدة تمثلت في اعتماد أول اتفاقية صحية دولية سنة 1892، والتي استهدفت حماية أوروبا من انتشار الأمراض المعدية القادمة من آسيا والشرق الأوسط، خصوصاً عبر رحلات الحج. وقد ساهمت الاكتشافات العلمية اللاحقة المتعلقة بالكوليرا والطاعون والحمى الصفراء في تطوير قواعد التعاون الدولي في هذا المجال. وفي مؤتمر باريس سنة 1903، اتفقت الدول على

توحيد الاتفاقيات السابقة في وثيقة واحدة وإنشاء هيئة دائمة تُعنى بالإشراف على تطبيقها، فأنشئ بموجب ذلك المكتب الدولي للصحة العامة (OIHP) الذي مثل أول منظمة دولية متخصصة في المجال الصحي، ومهد لاحقاً لظهور منظمة الصحة العالمية¹³.

- الطابع الكلاسيكي للنظام الصحي الدولي

اتسمت المرحلة التقليدية أو الكلاسيكية من التعاون الصحي الدولي (1851-1951) بالتركيز على الوقاية من الأمراض المعدية من خلال أدوات قانونية ملزمة، هدفها حماية الدول من انتشار الأوبئة مع تقليص أثر تلك التدابير على التجارة والسفر الدوليين. وقد نصت الاتفاقية الصحية الدولية لسنة 1893 على هذا المبدأ بوضوح، حيث أكدت في ديباجتها على "اتخاذ تدابير مشتركة لحماية الصحة العامة أثناء أوبئة الكوليرا دون عرقلة المعاملات التجارية وحركة الركاب بلا فائدة"¹⁴. وقد فرض هذا النظام على الدول التزامات رئيسية، من بينها:

. إخطار الدول الأخرى في حال ظهور أوبئة معينة.

. ضمان جاهزية الموانئ والمنافذ الحدودية من حيث المراقبة والإجراءات الصحية الوقائية.

. الالتزام بالمبادئ العلمية في التدابير الوقائية لتفادي المبالغة في القيود المفروضة على حركة التجارة الدولية.

- حدود المرحلة الوقائية التقليدية

رغم الطابع المؤسسي الذي اكتسبه التعاون الدولي في هذه المرحلة، إلا أنّ نتائجه بقيت محدودة وغير شاملة. فقد اقتصرَت المشاركة في تلك الجهود على عدد ضئيل من الدول الأوروبية، بينما تمّ تهميش أغلب الدول النامية التي كانت تمثل الغالبية السكانية للعالم. كما ركّزت المقاربات السائدة آنذاك على الجوانب التقنية والوقائية البحتة دون مراعاة المحددات الاجتماعية والاقتصادية المسببة لانتشار الأوبئة. وبذلك، ظل مفهوم "الصحة" محصوراً في الإطار الطبي البحت، دون أن يمتد إلى الجوانب الهيكلية المرتبطة بالعدالة الصحية والتنمية. غير أنّ هذا الوضع بدأ يتغير جذرياً مع نشوء نظام الأمم المتحدة بعد الحرب العالمية الثانية وإنشاء منظمة الصحة العالمية التي تبنت مقاربة أكثر شمولية ومرونة لتحقيق الأمن الصحي العالمي.

ومع إنشاء عصبة الأمم سنة 1919 بموجب معاهدة فرساي، برزت الحاجة إلى إدماج المسائل الصحية ضمن الإطار المؤسسي الجديد للعلاقات الدولية. فقد نصّ المادة 23 من عهد عصبة الأمم على

ضرورة "اتخاذ التدابير اللازمة لمنع انتشار الأمراض المعدية عبر العالم"¹⁵، وهو ما أتاح تأسيس منظمة الصحة التابعة لعصبة الأمم (Health Organization of the League of Nations) سنة 1920، لتكون أول هيئة دولية دائمة تُعنى بالصحة العامة على المستوى العالمي.

ورغم أن المكتب الدولي للصحة العامة (OIHP) ظل قائماً في باريس منذ سنة 1907، إلا أن إنشاء هذه المنظمة الصحية الجديدة تحت مظلة عصبة الأمم مثل نقلة نوعية في المقاربة القانونية والمؤسسية للصحة العالمية، إذ انتقلت الجهود من التنسيق التقني بين الدول إلى حوكمة صحية دولية منظمة تتبنى طابعاً مؤسسياً واضحاً.

عملت منظمة الصحة التابعة لعصبة الأمم على تحقيق عدة أهداف مركزية، أبرزها:

- تنسيق الجهود الدولية لمكافحة الأوبئة، من خلال تبادل المعلومات الوبائية بين الدول الأعضاء.
 - تطوير التشريعات الصحية وتوحيد المعايير الخاصة بالحجر الصحي والتطعيم ومراقبة الموانئ.
 - تقديم الدعم التقني والعلمي للدول، عبر لجان متخصصة درست الأمراض السارية وظروف انتشارها.¹⁶
- ومن أبرز إنجازاتها، تنظيم المؤتمرات الصحية الدولية في جنيف، وتطوير النشرة الوبائية الأسبوعية التي تحولت لاحقاً إلى وسيلة رئيسية لتبادل البيانات الصحية عالمياً. كما أسست المنظمة قسماً خاصاً لصحة الطفل والأم، ما شكل بداية لتوسيع مفهوم الصحة من التركيز على الأمراض المعدية إلى الاهتمام بالصحة الوقائية والاجتماعية.

غير أن التنافس المؤسسي بين منظمة الصحة التابعة للعصبة والمكتب الدولي للصحة العامة أضعف فعالية الجهود الدولية، إذ كانت الازدواجية التنظيمية بين المؤسستين تعكس تباين المصالح الوطنية للدول الكبرى. ومع ذلك، ساهمت هذه التجربة في بلورة تصور جديد للحكم الصحي العالمي يقوم على مبدأ التعاون الجماعي تحت إشراف منظمة دولية، وهو ما مهد الطريق لاحقاً لإنشاء منظمة موحدة للصحة ضمن منظومة الأمم المتحدة بعد الحرب العالمية الثانية.

رغم ما حققته المرحلة الوقائية التقليدية من تطور نسبي في مجال التعاون الدولي لمكافحة الأمراض المعدية، إلا أنها كانت محدودة في فعاليتها وضيقها في نطاقها. فقد انحصر الاهتمام آنذاك في وضع إجراءات صحية لمواجهة انتشار الأوبئة عبر الحدود، دون معالجة الأسباب البنيوية التي تؤدي إلى تفشيها، مثل ضعف الأنظمة الصحية الوطنية وسوء الأوضاع المعيشية في العديد من الدول.

كما اتسمت هذه المرحلة بتركيزها المفرط على حماية الدول الصناعية المتقدمة، إذ كانت الجهود الصحية الدولية موجهة أساسًا لمنع انتقال الأمراض من المستعمرات والدول الفقيرة نحو أوروبا وأمريكا الشمالية، ما جعل البعد الإنساني في التعاون الصحي محدودًا للغاية. وإلى جانب ذلك، عانت الاتفاقيات الصحية القديمة من غياب آليات إلزامية للتنفيذ، إذ ظلت بنودها ذات طابع استشاري أكثر منها قواعد قانونية ملزمة، مما قلل من فعاليتها في ضبط السلوك الدولي في مجال الصحة العامة.

ومن أبرز السبلات أيضًا غياب الرؤية الشمولية لمفهوم الأمن الصحي، حيث تم التعامل مع الصحة باعتبارها مسألة تقنية أو طبية بحتة، دون ربطها بأبعادها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. كما أن بطء الإجراءات الدبلوماسية وصعوبة التنسيق بين الدول جعلوا الاستجابة الدولية للآزمات الصحية بطيئة ومتأخرة، ما أدى إلى اتساع نطاق انتشار بعض الأوبئة بدل احتوائها في بداياتها. وهكذا، يمكن القول إن هذه المرحلة مثلت بداية ضرورية لكنها غير كافية في مسار بناء نظام صحي دولي متكامل، الأمر الذي فرض لاحقًا ضرورة تطوير مقاربات أكثر شمولًا تقوم على أسس قانونية ومؤسسية حديثة لتعزيز الأمن الصحي العالمي.

لقد أظهرت تجربة عصابة الأمم أن الأوبئة لا يمكن احتواؤها ضمن الحدود الوطنية، وأن أي خلل في التعاون الدولي ينعكس مباشرة على الأمن الإنساني والاقتصادي للدول. ومن ثم، أصبحت الصحة العامة تُعتبر قضية أمن جماعي تتطلب التزامات قانونية دولية ملزمة. وقد تركز هذا الوعي بشكل أكبر بعد كارثة الحرب العالمية الثانية، التي أكدت الحاجة إلى إطار قانوني ومؤسسي عالمي أكثر فعالية، فكان تأسيس منظمة الصحة العالمية سنة 1948 كامتداد وتطوير لتلك الجهود المبكرة.

2- مرحلة المقاربة الشاملة لتحقيق الأمن الصحي الدولي وفق القانون الدولي

عرفت بداية الألفية الثالثة تحولًا نوعيًا في مقاربة المجتمع الدولي لمفهوم الأمن الصحي، حيث انتقل الاهتمام من الإجراءات الوقائية التقليدية إلى رؤية شاملة ومتكاملة تقوم على تعزيز قدرات الدول في الكشف المبكر والاستجابة الفعالة للتهديدات الصحية العابرة للحدود. وقد مثل اعتماد اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 (International Health Regulations – IHR 2005) نقطة التحول المحورية في هذا المسار، إذ أسست لإطار قانوني عالمي ملزم يهدف إلى بناء نظام صحي دولي متماسك يوازن بين حماية الصحة العامة وضمان حرية حركة الأشخاص والبضائع على المستوى الدولي.¹⁷

جاءت هذه اللوائح نتيجة إدراك المجتمع الدولي قصور المقاربة التقليدية التي كانت تركز فقط على الإبلاغ عن الأوبئة وعزل الدول المتضررة، خاصة بعد سلسلة من الأزمات الصحية الكبرى مثل تفشي فيروس "السارس" سنة 2003، الذي كشف ضعف المنظومة الصحية الدولية وعجزها عن الاستجابة الفورية والشفافة للأزمات. وقد دفعت هذه الأحداث منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء إلى إعادة صياغة فلسفة العمل الصحي الدولي على أساس الشمولية، والوقاية، والتعاون، والشفافية.

تميزت المقاربة الجديدة بعدة سمات أساسية. أولاً، توسيع نطاق الالتزامات القانونية، حيث لم تعد اللوائح الصحية الدولية تقتصر على أمراض محددة، بل شملت كل الأحداث الصحية التي يمكن أن تشكل "طائرة صحية عمومية تثير قلقاً دولياً"، وهو ما أتاح مرونة كبيرة في التعامل مع الأخطار المستجدة. ثانياً، إدماج مبدأ الأمن الصحي ضمن المنظومة الأوسع للأمن الإنساني، من خلال اعتبار الصحة حقاً من حقوق الإنسان وركيزة للاستقرار الدولي. ثالثاً، تعزيز دور الدولة في بناء القدرات الوطنية الأساسية، لا سيما في مجالات الرصد، والوقاية، والاستجابة، والإعلام¹⁸، وهو ما جعل الدول مسؤولة قانونياً عن تطوير أنظمتها الصحية وفق المعايير الدولية.

كما أدخلت اللوائح الصحية لعام 2005 آليات جديدة للتعاون والتنسيق بين الدول ومنظمة الصحة العالمية، حيث تم إنشاء نظام عالمي للإشعار المبكر والإبلاغ الفوري عن الأحداث الصحية ذات الطابع الدولي، إلى جانب تعزيز صلاحيات المنظمة في التحقق من المعلومات الصحية من مصادر غير حكومية واتخاذ التدابير الوقائية حتى في غياب موافقة الدولة المعنية، وهو تطور كبير في مفهوم السيادة الصحية التقليدية.

وعلى المستوى المفاهيمي، نقلت هذه المرحلة النقاش من منطق "مكافحة الأوبئة" إلى منطق "إدارة المخاطر الصحية"، إذ لم تعد الصحة تُفهم فقط كحالة غياب المرض، بل كقدرة المجتمع الدولي على التنبؤ بالمخاطر والحد من آثارها عبر منظومة قانونية ومؤسسية متكاملة. كما ساهمت هذه المقاربة في إدماج فاعلين جدد في الحوكمة الصحية، مثل المنظمات الإقليمية، والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني، مما أضفى طابعاً متعدد الأطراف على النظام الصحي الدولي¹⁹.

غير أن هذا التحول لم يكن خالياً من الإشكالات، فقد أثارت اللوائح الصحية الجديدة نقاشاً واسعاً حول مدى التوازن بين احترام السيادة الوطنية ومتطلبات الأمن الصحي العالمي، خاصة في حالات

الطوارئ مثل جائحة "إنفلونزا H1N1" سنة 2009، أو جائحة "كوفيد-19" لاحقاً، حيث وُجِعت انتقادات حول بطء الإبلاغ، وضعف التنسيق، وتفاوت القدرات بين الدول. ومع ذلك، تبقى مرحلة المقاربة الشاملة علامة فارقة في تطور القانون الدولي الصحي، إذ أُرست لأول مرة نظاماً قانونياً دولياً يقوم على مبادئ الوقاية والتضامن والشفافية، وجعلت من الصحة شأنًا عالمياً يتجاوز حدود الطب إلى فضاء القانون والسياسة الدولية، بما يكرّس فكرة أن الأمن الصحي جزء لا يتجزأ من الأمن الدولي الجماعي.

3- مرحلة الحوكمة الصحية العالمية بعد جائحة كوفيد-19

شكّلت جائحة COVID-19 نقطة تحول تاريخية في مسار القانون الدولي للصحة العامة، إذ كشفت عن مدى هشاشة النظام الصحي العالمي رغم الإطار القانوني الذي أُرسِي بموجب International Health Regulations (2005) بينما كانت تلك اللوائح تمثّل المرجعية القانونية الأساسية للأمن الصحي العالمي، فإن التجربة الوبائية التي عصفت بالعالم منذ أواخر عام 2019 أظهرت بجلاء محدودية فعالية هذا النظام في مواجهة الأزمات الصحية ذات الطابع الكوني، ما أعاد طرح إشكالية الحوكمة الصحية العالمية (Global Health Governance) كقضية مركزية ضمن القانون الدولي المعاصر. لقد بيّنت الجائحة أنّ النظام الدولي للصحة، القائم على مبدأ التعاون بين الدول عبر World Health Organization، لم يكن مجهّزًا بما يكفي للتعامل مع أزمة بهذا الحجم والتعقيد. إذ أظهرت الوقائع الميدانية أن آليات الإنذار المبكر والإبلاغ عن المخاطر الصحية لم تُفعّل بالشكل المطلوب في بدايات انتشار الفيروس، كما أنّ غياب الشفافية الكاملة في تبادل المعلومات بين الدول، وضعف الثقة في المؤسسات الدولية، أدّى إلى تأخر الاستجابة الجماعية، وهو ما سمح للوباء بالانتشار السريع عبر الحدود وتحوّل إلى أزمة إنسانية واقتصادية عالمية²⁰.

وفي هذا السياق، أعادت الجائحة النقاش حول مفهوم الحوكمة الصحية العالمية، باعتبارها الإطار التنظيمي والمؤسسي الذي ينسق بين الدول والمنظمات الدولية، الحكومية وغير الحكومية، لضمان إدارة فعالة للمخاطر الصحية العالمية. فبينما كان القانون الدولي للصحة قبل عام 2020 يتركز على مقارنة قائمة على "التنظيم القانوني للوقاية والاستجابة"²¹، أفرزت الجائحة حاجة ملحة إلى مقارنة مؤسسية شاملة تُعزّز التنسيق، والشفافية، والمسؤولية المشتركة، وتدمج مختلف الفاعلين في منظومة واحدة متماسكة.

برز في مرحلة ما بعد كوفيد-19 اتجاه دولي نحو إعادة صياغة النظام القانوني للصحة العالمية من خلال مبادرات متعددة على رأسها مشروع WHO Pandemic Agreement الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية سنة 2021، بهدف إنشاء إطار قانوني جديد يكمل اللوائح الصحية الدولية، ويضع التزامات أوضح على الدول في مجالات الوقاية، والتأهب، والاستجابة، والوصول العادل إلى اللقاحات والموارد الطبية. ويُعد هذا المشروع انعكاسًا واضحًا لتطور الفكر القانوني الدولي من مفهوم "الأمن الصحي الوقائي" إلى مفهوم "حوكمة الصحة العالمية الشاملة"، التي لا تقتصر على إدارة الأزمات، بل تمتد لتشمل بناء القدرات وتعزيز العدالة الصحية والتضامن بين الدول²².

وقد أفرزت هذه المرحلة مقاربة جديدة تركز على أربعة محاور رئيسية:

- تعزيز الشفافية والمساءلة الدولية، عبر آليات قانونية تُلزم الدول بتبادل المعلومات حول التهديدات الصحية في الوقت المناسب، وتخضعها لرقابة مستقلة من منظمة الصحة العالمية.
- توسيع مفهوم الفاعلين في القانون الصحي الدولي، بحيث لم تعد الدولة وحدها هي الطرف القانوني المعني، بل دخلت المنظمات الإقليمية، والمؤسسات الخاصة، وشركات الأدوية، ومنصات البحث العلمي، ضمن منظومة الحوكمة الصحية، مما يعكس انتقال القانون الدولي من منطق "الدول الفاعلة" إلى منطق "الشبكات التعاونية العالمية".

- ترسيخ مبدأ العدالة الصحية (Health Justice) كمرتكز أساسي في القانون الدولي للصحة، من خلال ضمان المساواة في الحصول على اللقاحات والأدوية والتكنولوجيا الصحية، وهو ما عبّر عنه شعار منظمة الصحة العالمية في خضم الجائحة: "لا أحد في أمان حتى يصبح الجميع في أمان".
- تطوير أدوات قانونية أكثر إلزامًا ومرونة، مثل الاتفاقيات التنفيذية، وآليات التمويل المشتركة، وصناديق الطوارئ الصحية، التي تهدف إلى تجاوز الطابع الطوعي الذي ميّز اللوائح السابقة.

كما أثبتت الأزمة أن الأمن الصحي لا يمكن فصله عن الأمن الإنساني والتنمية المستدامة، فالأوبئة لا تهدد فقط صحة الأفراد، بل تمسّ الاستقرار الاقتصادي والسياسي والاجتماعي للدول. ولهذا، فإن الحوكمة الصحية بعد كوفيد-19 اتخذت طابعًا شموليًا يربط بين القانون الدولي للصحة والقانون الدولي الإنساني والقانون البيئي، في إطار رؤية متكاملة لمواجهة التحديات العابرة للحدود. أما من الناحية المؤسسية، تم تعزيز دور منظمة الصحة العالمية كمحور مركزي في إدارة الأزمات الصحية، غير أنّ التجارب بينت ضرورة إصلاح بنيتها القانونية والتنظيمية لتكون أكثر فاعلية واستقلالية. كما دعت العديد من

التقارير الأممية والهيئات الأكاديمية إلى إعادة النظر في صلاحيات المنظمة، ومنحها سلطة قانونية مباشرة في حالات الطوارئ الصحية، بدل الاكتفاء بدور تنسيقي أو استشاري، وهو ما يُعيد النقاش حول مدى استعداد الدول للتنازل عن جزء من سيادتها لصالح مصلحة صحية عالمية مشتركة.

إنّ خلاصة هذا التطور التاريخي تؤكد أنّ الأمن الصحي في القانون الدولي لم يعد يُقاس بمدى قدرة الدول على السيطرة على الأوبئة فحسب، بل بمدى قدرتها على بناء نظام قانوني عالمي متكامل يقوم على مبادئ التضامن، والمسؤولية المشتركة، والعدالة الصحية. وهكذا انتقل المفهوم من إطار "الاستجابة الوقائية" إلى "حوكمة صحية شاملة"، تمثل اليوم حجر الزاوية في حماية الأمن الإنساني وتعزيز السلم الدولي في عالم تتزايد فيه التهديدات الصحية العابرة للحدود.

رابعاً: التحديات القانونية الدولية في مسار تحقيق الأمن الصحي العالمي

1- غياب إلزامية العقوبات في تطبيق اللوائح الصحية الدولية

يُعد ضمان الامتثال للقواعد القانونية أحد أبرز التحديات التي تواجه المنظمات الدولية، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية (WHO). إذ أظهرت الممارسة العملية أن الالتزام باللوائح الصحية الدولية لعام 2005 (IHR) ظل محدوداً، بحيث أصبح عدم الامتثال شبه ظاهرة مزمنة داخل النظام الصحي الدولي. ويعود هذا الوضع أساساً إلى موقف الدول الأعضاء تجاه احترام الالتزامات الدولية، حيث غالباً ما تُظهر هذه الدول ميلاً إلى تجاهل نصوص اللوائح وتوصيات المنظمة، خاصة أثناء تفشي الأوبئة الكبرى، وهو ما يؤدي إلى إضعاف فعالية الاستجابة الدولية ويقوّض الإدارة الجماعية للأزمات الصحية العابرة للحدود.

تُجسّد هذه الإشكالية ضعف قدرة المنظمة على فرض جزاءات أو تدابير عقابية على الدول المنتهكة للالتزامات الصحية الدولية. فقد بيّنت تجربة تفشي فيروس إيبولا عام 2014 محدودية سلطة المنظمة في مواجهة تلك الانتهاكات. وأوضح تقرير لجنة التقييم المؤقتة، التي أنشأها المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية سنة 2015، ضرورة استحداث آلية عقابية فعالة تتيح للمنظمة الرد على الدول التي تخرق أحكام اللوائح أو تتجاهل توصياتها أثناء الطوارئ الصحية. ولم يكن هذا النداء الأول؛ إذ كرّر تقييم استجابة الدول لوباء إنفلونزا H1N1 عام 2009 المشكلات ذاتها، دون أن تتمكن المنظمة من إيجاد

نظام فعال للردع أو الإنفاذ، ما يجعل هذه القضية تتكرر في خطابات المدير العام للمنظمة بوصفها نقطة ضعف مؤسسية جوهرية²³.

يمكن تقسيم الانتهاكات إلى فئتين رئيسيتين:

الفئة الأولى: الامتثال الجزئي للقدرات الأساسية: تتعلق بعدم التزام العديد من الدول بتطبيق الحد الأدنى من القدرات الصحية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية، رغم مرور سنوات على دخولها حيز التنفيذ، ما يعكس ضعف الاستعداد الوطني والإقليمي لمواجهة الأوبئة.

الفئة الثانية: اعتماد تدابير وطنية صارمة: تشمل حالات اعتماد الدول تدابير احترازية أكثر صرامة من تلك التي توصي بها المنظمة، مثل فرض قيود مفرطة على السفر أو التبادل التجاري، ما يؤدي إلى اضطراب حركة الأفراد والسلع ويحدّ من فعالية التعاون الدولي. تُعد هذه الانتهاكات خطيرة لسببين أساسيين: أولاً، لأنها تقلل من فعالية الاستجابة الدولية المنسقة أثناء الأوبئة؛ وثانياً، لأنها تؤثر على مصداقية منظمة الصحة العالمية، التي من المفترض أن تكون الجهة المسؤولة عن تنسيق الجهود وضمان احترام القواعد القانونية الصحية التي اعتمدها الدول الأعضاء طوعاً.

في هذا السياق، يبرز التساؤل حول الأدوات القانونية المتاحة لمنظمة الصحة العالمية لإجبار الدول الأعضاء على احترام التزاماتها أو معاقبة الانتهاكات. رغم أن القانون الدولي العام يعترف بمبدأ "التدابير المضادة" كوسيلة لدفع الدول إلى احترام التزاماتها، إلا أن تطبيق هذا المبدأ من قبل منظمة دولية تجاه أعضائها يظل مسألة معقدة وغير محسومة قانونياً. فالمنظمات الدولية، بما فيها منظمة الصحة العالمية، لا تمتلك السلطة السيادية للدول²⁴، ومن ثم فإن استخدام التدابير المضادة ضد الدول الأعضاء يثير مشاكل تتعلق بسيادة الدول وتوازن العلاقات داخل المنظمة.

يتضح من ذلك أن غياب آلية إلزامية للعقوبات أو الردع داخل المنظومة القانونية للصحة الدولية يمثل أحد أوجه القصور البنيوية في القانون الدولي للصحة، حيث يقلل من قدرة منظمة الصحة العالمية على فرض الانضباط القانوني، ويجعل احترام القواعد الصحية الدولية مسألة طوعية أكثر منها إلزامية، مما يهدد فعالية الحوكمة الصحية العالمية وقدرة المجتمع الدولي على التصدي للأزمات الصحية العابرة للحدود بفاعلية.

2- إشكالية سيادة الدولة وتبادل المعلومات الصحية

يمثل مبدأ سيادة الدولة أحد الأسس المركزية في القانون الدولي، وهو مبدأ يعكس استقلال الدول في إدارة شؤونها الداخلية دون تدخل خارجي. وفي سياق الصحة العالمية، يُظهر هذا المبدأ تأثيره بشكل واضح على تبادل المعلومات الصحية الدقيقة وفي الوقت المناسب، وهو عنصر أساسي لضمان فعالية الاستجابة الدولية للأوبئة والأمراض المعدية العابرة للحدود.

تُشير الممارسة العملية إلى أن الدول غالبًا ما تتعامل بحذر شديد مع مشاركة المعلومات الصحية المتعلقة بتفشي الأوبئة داخل حدودها الوطنية. ويرجع ذلك إلى مخاوف متعددة، منها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، إذ قد يؤدي إعلان حالة طوارئ صحية عامة إلى تراجع السياحة، تعطيل التجارة، أو تقويض الاستقرار السياسي الداخلي. كما أن بعض الدول قد تتجنب الإفصاح الكامل عن المعلومات لتفادي التدايعات السلبية على صورتها الدولية أو على علاقاتها مع الدول الأخرى²⁵.

تظهر هذه الإشكالية جلية في تطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 (IHR)، التي تفرض على الدول الإبلاغ عن أي أحداث صحية ذات بعد دولي بشكل فوري وشفاف. على الرغم من ذلك، تبرز فجوة بين الالتزام القانوني على الورق وبين التنفيذ الفعلي على الأرض، إذ تستمر بعض الدول في تأخير أو تقييد مشاركة البيانات الصحية، ما يُعرقل قدرة منظمة الصحة العالمية على تقييم المخاطر الصحية العالمية واتخاذ التدابير الوقائية المناسبة²⁶.

تتجلى خطورة هذه الإشكالية في نقطتين رئيسيتين:

- تأخير الاستجابة الدولية: عدم مشاركة المعلومات في الوقت المناسب يؤدي إلى بطء التدخل الدولي، مما يزيد من احتمالية انتشار الأمراض عبر الحدود ويضعف التنسيق بين الدول في تنفيذ استراتيجيات الوقاية والمكافحة.

- تحدي مصداقية الحوكمة الصحية العالمية: تعرقل هذه الممارسات قدرة منظمة الصحة العالمية على فرض المعايير الصحية الدولية وضمان تعاون الدول، ما يقوض ثقة المجتمع الدولي في فعالية المنظومة الصحية العالمية ويحدّ من قدرة القانون الدولي على فرض الانضباط الصحي المشترك.

في هذا السياق، يظهر التوتر بين سيادة الدولة وضرورة الحفاظ على صحة المجتمع الدولي كأحد أبرز التحديات التي تواجه القانون الدولي الصحي الحديث. فبينما تحترم المبادئ القانونية الدولية استقلال

الدول، فإن الصحة العالمية تتطلب درجة من التعاون والتنسيق، بما في ذلك مشاركة المعلومات الصحية بشكل سريع وشفاف، لتحقيق فعالية الاستجابة للأزمات الصحية العابرة للحدود.

3- إشكالية التمويل وتفاوت القدرات بين الدول.

يُشكل التمويل الدولي للصحة أحد الركائز الأساسية لتعزيز الأمن الصحي العالمي، إذ يمثل أداة محورية لضمان قدرة الدول على تنفيذ التزاماتها الصحية، سواء في مجابهة الأوبئة أو في تحسين النظم الصحية الوطنية. ومع ذلك، يواجه هذا التمويل تحديات متعددة، أبرزها تفاوت القدرات الاقتصادية والمؤسسية بين الدول. فالدول النامية غالبًا ما تعاني من ضعف البنية التحتية الصحية، ونقص الكفاءات الفنية، ومحدودية الموارد المالية، ما يجعلها أقل قدرة على الاستجابة بفعالية للأزمات الصحية الدولية مقارنة بالدول المتقدمة. هذا التفاوت يعكس فجوة واضحة في إمكانيات الاستفادة من التمويل الدولي المتاح، حيث أن قدرات الإدارة المحلية لتلقي واستخدام هذه الموارد تختلف بشكل كبير من دولة إلى أخرى، ما يضعف من فعالية البرامج الدولية ويحد من تحقيق أهداف الصحة العالمية بشكل متساوٍ.

على صعيد آخر، يُعد التمويل جزءًا أساسيًا من التزامات المساعدة والتعاون بين الدول، ويُنظر إليه كأداة لتحقيق العدالة الصحية وحماية حقوق الإنسان. فمثلاً، أدرج الصندوق العالمي "الإنصاف في الصحة، والمساواة بين الجنسين، وحقوق الإنسان" كأحد أهدافه الثلاثة المترابطة ضمن إطار عمله الاستراتيجي للفترة 2023-2028. ويجسد هذا المبدأ ضرورة مشاركة المجتمعات المتضررة في عملية تحديد أولويات التمويل، وذلك من خلال ما يُعرف بآلية التنسيق القطرية التي تتيح مشاركة المجتمع المدني المحلي في طلبات التمويل، بما يضمن مراعاة الاحتياجات المحلية واحترام حقوق الإنسان. وبناءً على التوجيه الفني لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يقوم الصندوق العالمي بتحديد مجالات برامج رئيسية ودعمها لمعالجة العوائق المتعلقة بحقوق الإنسان أمام الإصابة بأمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية والسل، مما يعكس التكامل بين التمويل الدولي والحوكمة الصحية وتعزيز القدرات الوطنية²⁷.

بالإضافة إلى إشكالية التمويل، تُعد تفاوت القدرات بين الدول أحد أبرز التحديات التي تواجه تحقيق الأمن الصحي الدولي، إذ تختلف الدول بشكل كبير في مستوى البنية التحتية الصحية، والكفاءات البشرية، والقدرة على تعبئة الموارد المالية والطبية اللازمة للاستجابة للأوبئة والأزمات الصحية. هذا التفاوت ينعكس على قدرة الدول على الامتثال للمعايير الدولية واللوائح الصحية، مثل اللوائح الصحية الدولية لعام

2005، حيث تجد الدول المتقدمة نفسها أكثر قدرة على تنفيذ التزاماتها مقارنة بالدول النامية التي قد تواجه قيودًا مالية وتقنية تجعلها غير قادرة على الاستجابة بفعالية.

كما أن تفاوت القدرات يخلق فجوة في فعالية التعاون الدولي، إذ تصبح جهود المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية غير متكافئة، ويزداد خطر تفشي الأمراض في الدول التي تعاني من ضعف النظم الصحية. ويستلزم معالجة هذه الإشكالية اعتماد آليات تمويل دولية عادلة وتقديم دعم تقني مستدام يتيح للدول الأقل قدرة تعزيز بنيتها التحتية الصحية، بما يحقق تكافؤ الفرص في مواجهة التهديدات الصحية العابرة للحدود، ويعزز تطبيق القانون الدولي الصحي بشكل فعال.

خامسًا: اقتراحات إصلاح القانون الدولي في المجال الصحي

1- تعزيز التكامل والتعاون العالمي والإقليمي

يُعد تعزيز التكامل والتعاون الدولي والإقليمي أحد الركائز الأساسية لتطوير القانون الدولي الصحي وضمان فعاليته في مواجهة التحديات العابرة للحدود. فقد أظهرت الأزمات الصحية العالمية، لا سيما جائحة كوفيد-19، أن التباين في القدرات الوطنية، والافتقار إلى تنسيق السياسات الصحية بين الدول، يضعف الجهود الدولية للوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية. ومن هذا المنطلق، يتضح أن تطوير آليات قانونية ملزمة لتعزيز التعاون بين الدول والمنظمات الإقليمية والدولية أصبح ضرورة عاجلة لضمان استجابة فعالة للأوبئة، وتبادل المعلومات الصحية والبيانات العلمية بشكل شفاف وسريع، بما يحد من انتشار الأوبئة ويحمي التجارة الدولية وحركة الأفراد.

في هذا السياق، يمكن الاستشهاد بتجارب دول جنوب شرق آسيا التي شكلت نموذجًا رائدًا في التنسيق الإقليمي. على سبيل المثال، أطلقت دول آسيان (ASEAN)، وبالأخص سنغافورة وماليزيا وتايلاند، شبكة التعاون الصحي الإقليمي ASEAN Plus Three Health Cooperation، لتعزيز الرصد المبكر للأمراض المعدية وتوحيد التدابير الوقائية بين الدول الأعضاء. وقد ساهم إنشاء مركز التعاون الصحي الإقليمي لآسيان (ASEAN Health Cooperation Centre) في وضع استراتيجيات مشتركة لمكافحة الأوبئة، وتبادل الموارد والخبرات الطبية، وتوفير برامج تدريب موحدة للعاملين الصحيين في جميع الدول المشاركة. وتعتبر هذه المبادرات نموذجًا عمليًا لكيفية بناء إطار قانوني وإجرائي متكامل يعزز قدرة

القانون الدولي على التدخل الفعال، ويحول التوصيات الصحية إلى آليات تعاون ملزمة على المستوى الإقليمي.

كما أن تعزيز التكامل الدولي يتطلب تحديث اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، بحيث تشمل آليات ملزمة لتبادل المعلومات، ورصد تطبيق التوصيات، وإعداد برامج تدريب مشتركة، مع إعطاء دور أكبر للمنظمات الإقليمية في التنسيق بين الدول الأعضاء. ومن شأن اعتماد مثل هذه المقاربات القانونية والفنية أن يقلل من مخاطر ضعف التنسيق بين الدول، ويضمن فعالية التدخلات الصحية الدولية، ويعزز العدالة بين الدول ذات القدرات المختلفة، ويخلق نموذجًا عالميًا متينًا لإدارة الأوبئة والكوارث الصحية العابرة للحدود.

2- إدماج الأمن الصحي ضمن منظومة الأمن الاجتماعي للأمم المتحدة

يمثل إدماج الأمن الصحي ضمن منظومة الأمن الاجتماعي للأمم المتحدة خطوة محورية نحو تحقيق الحوكمة الصحية العالمية الشاملة. فالأمن الصحي، بما يتجاوز حماية الأفراد من الأمراض المعدية، يشمل الوقاية من المخاطر البيولوجية والكوارث الصحية، وضمان الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، وتعزيز القدرة الوطنية على الاستجابة للطوارئ الصحية. إدماج هذا المفهوم ضمن إطار الأمن الاجتماعي يعني ربط الأمن الصحي بحقوق الإنسان، والتنمية المستدامة، والعدالة الاجتماعية، بما يوفر حماية قانونية وسياسية لجميع الدول، بغض النظر عن تفاوت قدراتها، ويحقق رؤية شاملة للحوكمة الصحية العالمية.

يشمل هذا الإطار توسيع نطاق الأهداف الإنمائية المستدامة (SDGs) ليشمل الأمن الصحي كجزء أساسي من الهدف الثالث "الصحة الجيدة والرفاه للجميع"، مع وضع مؤشرات دقيقة لمراقبة الصحة العامة، وتعزيز القدرات الوطنية لمواجهة الأوبئة والكوارث الصحية. كما يمكن للأمم المتحدة، عبر وكالاتها المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقديم الدعم الفني والمالي للدول الأقل قدرة، مع تطوير آليات تقييم ومتابعة دولية لضمان الامتثال للمعايير الصحية العالمية.

علاوة على ذلك، يمكن إدماج الأمن الصحي في برامج التعاون الدولي للحد من انتشار الأمراض عبر الحدود، من خلال صياغة صكوك قانونية تربط الأمن الصحي مباشرة بالأمن الاجتماعي الوطني، وتضمن حماية حقوق الأفراد، وتأمين الموارد الأساسية مثل المياه والغذاء، وضمان قدرة أنظمة الرعاية الصحية على الاستجابة للطوارئ. كما يمكن ربط برامج التمويل الدولي، مثل الصندوق العالمي لمكافحة

الأزمات (The Global Fund)، بالمعايير القانونية للأمن الصحي، بما يضمن تحقيق العدالة وتوزيع الموارد بشكل متوازن بين الدول، مع إشراك المجتمع المدني في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة العامة. إن دمج الأمن الصحي ضمن منظومة الأمن الاجتماعي يعزز قدرة القانون الدولي على فرض معايير صحية مشتركة، ويجعل الصحة جزءًا لا يتجزأ من منظومة السلامة الاجتماعية والاقتصادية على المستوى الدولي، كما يدعم مبدأ المساواة والعدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية، ويعزز من استجابة المجتمع الدولي لأزمات الصحة العامة، بما يعكس نموذجًا مستدامًا للحوكمة الصحية العالمية.

خاتمة

خلصت هذه الدراسة إلى أن الأمن الصحي العالمي أصبح أحد أهم مجالات التفاعل بين القانون الدولي والسياسات الصحية، مما يجعل من المقاربة القانونية عنصرًا جوهريًا في صياغة استجابات فعالة للأزمات الصحية العابرة للحدود. وقد أبرز تحليل مضمون اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 محدودية تطبيقها العملي وضعف آليات الإلزام فيها، رغم كونها الإطار القانوني الأهم لتنظيم التعاون الدولي في المجال الصحي.

كما بيّنت النتائج أنّ التحديات التي تواجه القانون الدولي في تحقيق الأمن الصحي لا تتعلق فقط بجوانب قانونية، بل تمتد إلى الأبعاد السياسية والمؤسسية، خاصة ما يتصل بسيادة الدول وتفاوت قدراتها على التنفيذ. ومن ثمّ، فإن تعزيز الأمن الصحي العالمي يتطلب إصلاحًا عميقًا في بنية الحوكمة الصحية الدولية، من خلال تبني أدوات قانونية أكثر إلزامًا، وتكريس مبادئ التضامن والمسؤولية المشتركة. ومحصلة ذلك، يمكن القول إنّ مستقبل الأمن الصحي العالمي رهين بتطوير نظام قانوني دولي متكامل، يقوم على التوازن بين الاستقلالية الوطنية والالتزام الجماعي، ويهدف إلى بناء منظومة صحية عادلة، فعّالة، ومستدامة في مواجهة التهديدات المستقبلية.

الهوامش:

¹ Karl Strupp, Règles générales du droit de la paix, Recueil des cours de l'Académie de droit international (R.C.A.D.I.) 48 (1934), p 266.

² أحمد سرحان، قانون العلاقات الدولية، (المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1990)،

³ Ernest Nys, *Le droit international : les principes, les théories, les faits*, (Bruxelles : Alfred Castaigne, vol 1-2,1904), p. 54.

⁴ Benjamin Mulamba Mbuyi, *Introduction à l'étude des sources modernes du droit international public*, (Québec : Presses de l'Université Laval, 1999), p. 57.

⁵ Jeremy Bentham, *Critical Assessments*, edited by Bhikhu C. Parekh, vol. 3 (London : Routledge, 1993), 415.

⁶ Ibid. p 416

⁷ World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002:Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO, p. 1.

⁸ Global Health Security Initiative (GHSI). About the Global Health Security Initiative. at: <https://ghsi.ca/about-ghsi/29/10/2025>.

⁹الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. الأمن الصحي العالمي. جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، 2022. متاح على :

<https://www.ifrc.org/sites/default/files/2023-/IFRC-GHS-March2023-AR.pdf>
29 أكتوبر 2025.

¹⁰ Taylor, Allyn L. "Global Health Law: International Law and Public Health Policy." *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3,no 2,2017, 268–281.

¹¹ World Health Organization. "International Health Regulations (2005)." Geneva, Switzerland: WHO, n.d. <https://www.who.int/ihr>.

¹² Benjamin Mason Meier and Lawrence O. Gostin, *Global Health Law and Policy: Ensuring Justice for a Healthier World* (Oxford: Oxford University Press, 2023), 41.

¹³ Fidler, David P. "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations." *Maurer School of Law, Indiana University Digital Repository*, 2005, p 326-392.

¹⁴ Stern, Alexandra Minna, et al. "International Efforts to Control Infectious Diseases, 1851 to the Present." *JAMA* 292, no. 12 (2004): 1479–1488

¹⁵ YutaYamakoshi, "The Establishment of the League of Nations Health Organization :Its Organizational Objects and Structure," *The Frontier of International Relations*, Vol. 2013, Issue 172 (2013): 15-27.

¹⁶ Alexandra Minna Stern et al., "International Efforts to Control Infectious Diseases, 1851 to the Present," *JAMA*, Vol. 292, No. 12 (2004): 1479–1488.

¹⁷ Gostin, Lawrence O., and Allyn L. Taylor. "Global Health Law: A Definition and Grand Challenges." *Public Health Ethics*, vol 1, no. 1 (2008): 53–63.

¹⁸ Katz, Rebecca, and Sarah Kornblat. "International Health Regulations: A Framework for Global Health Security." *Health Security* vol 10, no 1, 2012, 264-313.

¹⁹ World Health Organization. "Implementation of the International Health Regulations (2005): Report by the Director-General." Seventy-Seventh World Health Assembly, 10/22/ 2025. At : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_8Add2-en.pdf

²⁰ World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva : World Health Organization, 2016,25/10/2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

²¹ Aavits land, P. Functioning of the International Health Regulations during COVID-19,vol,398,2021, 1283- 1287

²² . Lawrence O. Gostin, "The Governing Framework for Global Health Security," Public Health, vol 383, no. 6, (2016),14-20.

²³ Andrea Spagnolo, "(Non) Compliance with the International Health Regulations of the WHO from the Perspective of the Law of International Responsibility", Global Jurist, De Gruyter, Vol. 17, No. 2 (2017), Article 20170025

²⁴ The Lancet Commissions. "The Legal Determinants of Health: Harnessing the Power of Law for Global Health and Sustainable Development." The Lancet, vol. 393, May 4, 2019, 1857-1910.

²⁵ Fidler, David P. "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations." Chinese Journal of International Law 4, no. 2, 2005, 325–392.

²⁶ Gostin, Lawrence O., and Benjamin Mason Meier. Global Health Law and Policy: Ensuring Justice for a Healthier World. Oxford University Press, 2023, pp. 41–65.

²⁷ Patterson, David. "To Achieve a Healthier World, Global Health Law and Policy Must Be Grounded in Human Rights." Health and Human Rights Journal, FXB Center for Health and Human Rights, Dornsife School of Public Health, Book Review, 2024, 159–163.