annd
Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

المركز السوري لبحوث السياسات
Syrian Center For Policy Research

هدر الحق في الصحة خلال النزاع السوري

2023

المركز السوري لبحوث السياسات

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلّ إصدار على حقٍّ معيّنٍ وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيّين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميّين، وممثّلي الحكومة في كلٍّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكيّة التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقّ في الصحّة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقّ في الصحّة للعام 2023 جهدًا مشتركاً بين شبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكليّة العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أُعدَّ بهدف تقديم تحليلٍ شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقّ في الصحّة في المنطقة والتوقّعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى إعمال هذا الحقّ للجميع.

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

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

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

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

بدعم من

Brot für die Welt | Norwegian People's Aid | People Change the World Diakonia

هدر الحق في الصحة خلال النزاع السوري

المركز السوري لبحوث السياسات[1]

المركز السوري لبحوث السياسات (SCPR) هو مركز بحوث مستقل وغير حكومي وغير ربحي يُجري البحوث في مجال السياسات لسدّ الفجوة القائمة بين البحوث وعملية صنع السياسات. يهدف المركز إلى تطوير حوار تشاركي بشأن السياسات يكون قائمًا على الأدلة للتوصل إلى سياسات بديلة تعزّز التنمية المستدامة، والتضمينية، والمتمحورة حول الإنسان.

[1] مؤلّفو هذا التقرير هم: ربيع نصر، وحامد سفور، ومجد الغطريف.

المحتويات

مقدمة **06**

- الحق في الصحة في التشريعات 07

الصحة العامة قبل النزاع **09**

الصحة العامة في خلال النزاع **13**

- تمهيد 13
- هدر الصحة 14
- هدر النظام الصحي 17

الخلاصة **30**

المراجع **33**

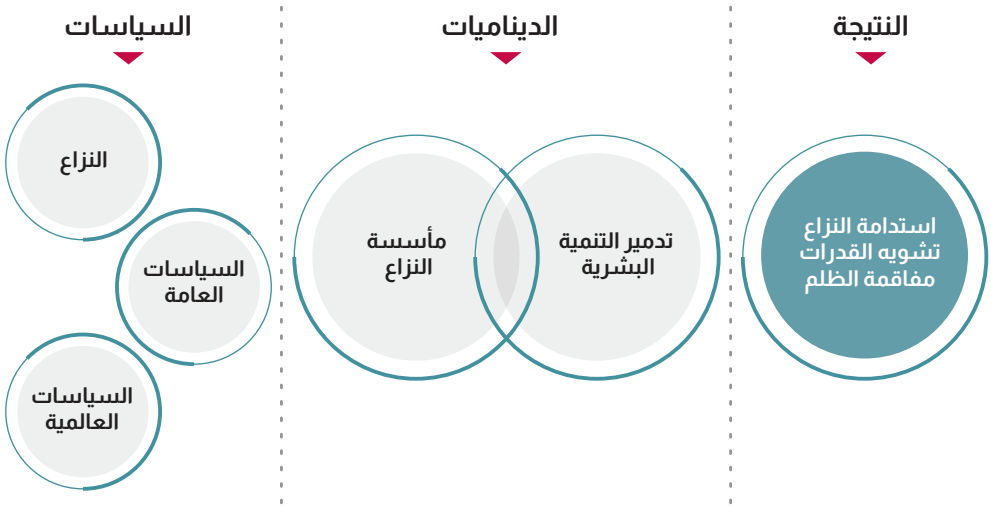
مقدمة

يقع القطاع الصحي في صميم كل نظام سياسي واجتماعي واقتصادي في أي بلد، ويتألف من مكوّنَين رئيسيين مترابطَين هما النظام الصحي والنتائج الصحية أو صحة السكان (منظمة الصحة العالمية 2008). يُشكّل تحسين صحة السكان والحفاظ على الفعالية، والكفاءة، والعدالة، والمساءلة في النظام الصحي هدفَين حيويّين لنموذج التنمية المستدامة القائم على تعزيز قدرات الأشخاص ووظائفهم. يعتمد النظام الصحي ونتائجه على محدّدات رئيسية (منظمة الصحة العالمية 2008) تُضاف إلى العوامل الخارجية كالوضع الجيوسياسي، وتشمل هذه المحددات: هيكل السلطة والنظام السياسي؛ والعلاقات والأعراف الاجتماعية؛ والأداء الاقتصادي والظروف المعيشية؛ والظروف البيئية والخصائص الديموغرافية.

صيغت هذه الورقة البحثية كجزء من تقرير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية 2023 – الحق في الصحة، وتهدف إلى تقييم الحق في الصحة خلال فترة النزاع في سوريا. تستخدم هذه الدراسة نهج الاقتصاد السياسي (كوهن وهيرا 2020) لتعميق فهم علاقات القوة خلال النزاع من خلال تحليل سياق الحرب، ورسم خارطة الجهات الفاعلة الرئيسية، وتحليل السياسات والتدخلات، وتقييم أثر العوامل المختلفة على قدرات السكان (وفقًا لنهج القدرات، الذي طوّره سين عام 1999). تدمج الدراسة المجالات السياسي والاجتماعي والاقتصادي في زمن الحرب لتشخيص ديناميات النزاع المعقّدة.

تلخّص هذه الورقة البحثية النتائج الصحية الكارثية، وتحدّد الجهات الفاعلة الرئيسية وسياساتها التي تؤثّر على صحة السكان والنظام الصحي، وتشخّص المحدِّدات الاجتماعية للصحة في سياق النزاع حيث تولّد سياسات الأطراف المتحاربة ديناميات لتوظيف المؤسسات في النزاع وتحويل الأنظمة الصحية إلى أسلحة للسيطرة على السلطة وإخضاع الأفراد والمجتمع (**شكل 1**). وأخيرًا، تقدّم التوصيات لمواجهة ديناميات النزاع وتخفيف آثارها السلبية على الصحة العامة.

شكل 1. سياسات، وديناميات، ونتائج النزاع



المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات، 2022

يعتمد هذا التقرير على عدّة مسوحات أجراها المركز السوري لبحوث السياسات وشملت كافة المناطق السورية، وهي مسح حالة السكان لعام 2014، والمسوحات الاجتماعية والاقتصادية لعامَي 2020 و2021،[2] ومسح المواطنة لعام 2022. اعتمدت هذه المسوحات نُهُجًا تشاركية مع المجتمع المحلي وشملت مقابلات معمقة مع الأشخاص المفتاحيين. تستخدم هذه الورقة أيضًا مسوحات المركز الشهرية لأسعار المستهلك للأعوام 2022-2020؛ ونتائج مشاركة المركز في ذا لانست-الجامعة الأمريكية في بيروت المعنية بسوريا؛[3] وورقة خلفية عن النزاع والقدرات في المجال الصحي في سوريا،[4] كما تم استخدام البيانات الثانوية والأدبيات ذات الصلة من مصادر مختلفة مذكورة في التقرير.

يعكس النزاع الكارثي والمستعصي في سوريا الفشل الخطير للآليات الدولية، والوطنية، والمحلية في إنفاذ الحق في الحماية، حيث تعرض ملايين السوريين للقتل، والإصابة، والخطف، والتعذيب، والحرمان من الحقوق الأساسية. واستنزف النزاع حقوق الأفراد، وقدراتهم، وخياراتهم، واقترن ذلك باختلال حادّ في عمل المؤسسات والأنظمة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. ويعود النزاع أيضًا بآثار خطيرة على المنطقة والعالم وذلك من خلال مفاقمة اقتصاديات النزاع، وسياسات الهوية والتطرف، وتفشي القمع والقوى السياسية غير الخاضعة للمساءلة، وتطبيع الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان، والصراعات في مجلس الأمن.

تسبّب النزاع المسلّح بتجزئة الجغرافية السورية وتقسيمها بين عدّة جهات محلية، وإقليمية، ودولية، ما أدّى إلى قيام مؤسسات مرتكزة إلى العنف إلى حدّ كبير؛ وذلك بعد أن أصبح النزاع مصدرًا للقوة والموارد والحوافز. وأثّرت هذه المؤسسات سلبًا على النظام الصحي العام؛ فأعاقت الوصول إلى الخدمات والأدوية؛ وتسببت باستمرار انتشار التمييز؛ وأضعفت الطاقة الاستيعابية في مجال الرعاية الصحية؛ وتسببت في تدمير البنية التحتية للصحة، بما يشمل استهداف المستشفيات والعاملين في مجال الرعاية الصحية (HCWs)؛ كما تسبّبت في تدهور صناعة الأدوية في سوريا (فؤاد وآخرون 2017؛ المجلس السوري لبحوث السياسات 2020).

وبرزت جائحة كوفيد-19 كعامل جديد ألحقَ الضرر المباشر بالصحة العامة نتيجة التزايد الكبير في الحالات المؤكدة والوفيات ذات الصلة، وتسبّبَ بمزيد من التدهور في الوضع الاجتماعي والاقتصادي للسوريين في كافة أنحاء البلاد. وأتى الزلزال الذي وقع في فبراير/شباط 2023، ليضيف إلى معاناة السوريين، حيث أنّ آثاره الكارثية لم تقتصر على الخسائر المادية والبشرية فحسب بل امتدت أيضًا إلى الهياكل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السورية.

الحق في الصحة في التشريعات

ينص الدستوران السوريان لعامَي 1974 و2012، بالإضافة إلى الخطط الخمسية والتشريعات المرتبطة بالصحة على الحق في الصحة. مثالاً على ذلك، أشار الدستور السوري الصادر عام 2012 إلى الحق في الصحة في المادة 22: "-1 تكفل الدولة كل مواطن وأسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز واليُتم والشيخوخة. -2 تحمي الدولة صحة المواطنين وتوفر لهم وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي." وتنص المادة 25 من الدستور الصادر عام 2012 على أنّ "التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع، وتعمل الدولة على تحقيق التنمية المتوازنة بين جميع مناطق الجمهورية العربية السورية."

[2] تشمل هذه المسوحات كافة المناطق السورية، وقد وُجهت إلى عدّة أشخاص مفتاحيين تمّ اختيارهم بشكل مدروس في كل منطقة لتقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي في هذه المنطقة. تمّ إجراء 134 مقابلة سنة 2020، و179 مقابلة سنة 2021، و232 مقابلة سنة 2022 في كافة أنحاء سوريا.

[3] اقرأ المزيد عن لجنة ذا لانست-الجامعة الأمريكية في بيروت هنا.

[4] انظر ورقة المعلومات الأساسية حول الصراع والقدرات في المجال الصحي في سوريا هنا.

كانت الخطة الخمسية العاشرة التي تشمل الأعوام 2006-2010 أكثر خطة حكومية واعدة لتطوير السياسات والنتائج الصحية. حيث سلّطت هذه الخطة الضوء على ستة مبادئ للتنمية الصحية (الخطة الخمسية العاشرة الصادرة سنة 2006[5]) هي:

1. التزام الدولة بتأمين الرعاية الصحية لكافة المواطنين دون تمييز والعمل على تحسين الحالة الصحية طوال فترة حياتهم،
2. الإنسان السوري هو محور عملية التنمية الشاملة وهدفها وضمان حالة صحية أفضل لهذا الإنسان هو أفضل استثمار في عملية التنمية المستدامة،
3. تحسين الحالة الصحية للشرائح الفقيرة والمعوزة يمثل المدخل الأكثر فاعلية لتحسين الحالة الصحية للمجتمع ككل،
4. الوقاية من المرض وتعزيز الأنماط المعيشية الصحية يمثل أولوية للقطاع الصحي،
5. عدالة توزيع وإتاحة الخدمات الصحية الأساسية والطارئة لكل المواطنين بغض النظر عن قدرتهم على الدفع،
6. نظام صحي عالي الأداء والجودة يثق ويشارك فيه المواطنون على كافة المستويات.

أجرت الخطة أيضًا تحليلاً نقديًا للنظام الصحي قبل عام 2006: "... إلا أن الخلل الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي حال دون استثمار الموارد المحدودة المتاحة بالشكل الأمثل. ويتجلى ضعف النظام الصحي في غياب مرجعية ناظمة وسياسة صحية واضحة تحدد أولويات وتنسق أدوار الجهات المعنية لتمنع تداخل الأدوار وتضارب المصالح والتضخم البيروقراطي والنمو العشوائي للقطاع الخاص. وقد أدى هذا إلى ضعف استجابة الخدمات الصحية للاحتياجات الحقيقية للسكان وسوء توزيعها وانخفاض جودتها وكفاءتها الاقتصادية" (الخطة الخمسية العاشرة 2006).

نصّ الدستور والخطة الخمسية العاشرة على الحق في الصحة وشدّدا على أهمية تأسيس نظام صحي فعال وسياسات صحية شاملة. غير أنّ الخطة الخمسية العاشرة اعتمدت سياسات نيوليبرالية ضمنية كالسعي إلى استرداد التكلفة واستهداف الفقراء، فنصّت مثلًا على "إدخال نظام الدفع مقابل الخدمة في جميع مؤسسات الخدمات الصحية لتغطية كلفة الخدمات الصحية غير المدرجة في حقيبة الخدمات الأساسية لذوي القدرة على الدفع. الجدير بالذكر أن تمويل هذه الخدمات للفقراء وذوي القدرة المحدودة على الدفع سيتم من خلال شبكات الحماية والأمان السابق ذكرها." وبدّلت الخطة أيضًا دور الدولة في مجال الصحة وأناطتها بالوظيفة التنظيمية ووسّعت دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات: "ستركز الدولة في الفترة القادمة على توفير البيئة التمكينية للقطاعين الخاص والأهلي لزيادة استثماراته في القطاع الصحي وتوفير الحوافز الاقتصادية والمالية والقانونية لتشجيع هذين القطاعين على الاستجابة للاحتياجات الصحية للمواطنين وفق خطة وطنية، وكذلك الاستمرار في لعب دور أساسي في توفير هذه الخدمات في المناطق المحرومة وللشرائح الفقيرة. (...) بينما ستتوقف الدولة عن الاستثمار الرأسمالي في المنشآت الصحية (إلا في حالات الضرورة القصوى)" (الخطة الخمسية العاشرة 2006).

[5] النص الأصلي في اللغة العربية.

الصحة العامة قبل النزاع

قبل اندلاع النزاع في سوريا، مرّ القطاع الصحي بعدّة مراحل تميّزت أولها – والتي امتدّت بين الستينيات وأوائل السبعينيات –بتوسع أفقي في البنية التحتية والخدمات والموارد البشرية، وبخاصة في القطاع العام. انتهت هذه المرحلة في أواخر السبعينيات حين شهدت البلاد تصعيدًا للصراعات الداخلية والخارجية واختلالاً حادًا في أداء المؤسسات استمرّ في الثمانينيات. أدّت هذه الصراعات وبخاصةٍ النزاع الداخلي، إضافةً إلى هيمنة الحكم العسكري والأمني، إلى تحوّل اجتماعي واقتصادي سلبي في سوريا. واستخدمت السلطة السياسية العنف بشكل مفرط وتوقفت تدريجيًا عن تقديم الخدمات الصحية الكافية للسكان، فيما توسّع القطاع الخاص لسدّ الثغرات من خلال توفير الخدمات الصحية والمشاركة كمنتِج في صناعة الأدوية. كما تراجعت جودة الخدمات بشكل كبير ولحق ضرر شديد بحوكمة القطاع.

في المرحلة الثالثة التي بدأت في أواخر التسعينيات، تحوّل النظام السياسي تدريجيًا نحو السياسات النيوليبرالية الموجهة نحو السوق[6] والتي ارتبطت بانعدام المساواة الحاد وأدّت إلى نشوء تحالفات جديدة بين الجيش/الأمن والنخبة الاقتصادية. تراجعت الموارد العامة المخصصة للقطاع الصحي بشكل كبير، وتراكمت التكلفة على حساب الأشخاص العاديين. وارتبط "الإصلاح" الاقتصادي باستمرار النظام السياسي الاستبدادي. كما توسّعت السياسات النيوليبرالية في العقد الأول من الألفية الجديدة وتقلّص القطاع الصحي العام فيما ارتفعت تكلفة الخدمات الصحية. في هذا الوقت دعمت عدّة جهات مانحة خارجية، وبخاصة الاتحاد الأوروبي، "إصلاح" القطاع الصحي الذي هدف إلى تغيير دور القطاع العام ليصبح قطاعًا تنظيميًا، ونفّذت تدريجيًا مبدأ استرداد التكلفة واستبدال الخدمات المجانية بنظام للتأمين.

أعاق تهميش غالبية السوريين وغياب المشاركة السياسية تصحيح سياسات الصحة العامة، كما تسبّب فساد المؤسسات وعدم كفاءتها في تدهور أداء النظام الصحي ونتائج الصحة العامة. وأثّر تراجع إنتاج النفط في الألفية الجديدة على الإيرادات العامة، وهيكلية التجارة، والرُيوع المتاحة للنخبة، ما أدى إلى تراجع الاستثمارات العامة والخدمات العامة، وحدّ من الدعم الموفّر للسلع الأساسية التي تشمل المشتقات النفطية والأغذية الأساسية. زادت سياسات "الإصلاح" الاجتماعي والاقتصادي هذه تكلفة المعيشة، ولم تولّد سوى القليل من فرص العمل، كما وسّعت نطاق سوق العمل غير النظامي وحدّت من معدل مشاركة القوى العاملة من الرجال والنساء (المركز السوري لبحوث السياسات 2016). ويُظهر ذلك أنّ محدِّدات الصحة كانت متدهورة قبل النزاع.

شهدت سوريا تغيّرًا كبيرًا في مراحل التحول الوبائي في الربع الأخير من القرن الماضي، حيث أصبحت الأمراض المزمنة تشكّل نحو 60% من إجمالي عبء المرض في سوريا، فيما تشكّل أمراض الأم والطفل 25%، والحوادث والإصابات 15%. شكّلت الأمراض التالية الأسباب الرئيسية للوفيات في سوريا عام 2008 (الهيئة العليا للبحث العلمي 2011):

- أمراض القلب والأوعية الدموية: هي السبب الرئيسي للوفيات في سوريا، حيث بلغت نسبة الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض 49.2%.
- أمراض الجهاز التنفسي والرضع: هي ثاني أكبر مسبب للوفيات حيث تُسبب 11.1% من عدد الوفيات.

[6] كجزء من التغيير الجذري التي ارتبط بتفكيك الاتحاد السوفيتي.

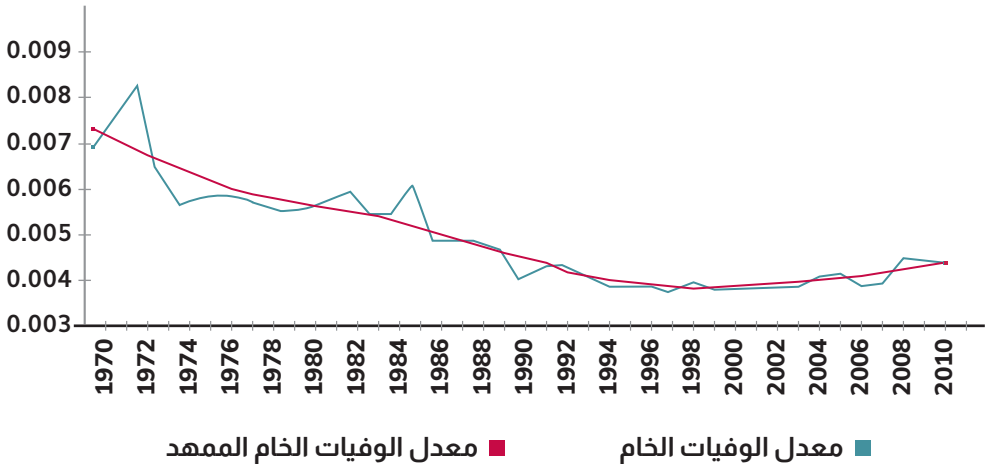
- الأورام الخبيثة: هي ثالث أكثر أسباب الوفيات شيوعاً في سوريا (6.7% من إجمالي الوفيات).
- الحوادث: تُسبِّب 5.5% من مجموع الوفيات.

أما في ما يتعلّق بطبيعة الأمراض الشائعة، فيُظهر مسح الإنفاق على الصحة عام 2010 أنّ 20.1% من خدمات الرعاية الصحية قُدّمت لمعالجة الاضطرابات التنفسية، و13.1% لمشاكل القلب، و11.2% لاضطرابات النظام العضلي، و10.9% لمشاكل الأسنان، وتلتها الأمراض النسائية، واضطرابات الأمعاء، ومرض السكري، والأورام. تشير النتائج إلى ارتفاع كبير في مشاكل الجهاز التنفسي لدى الأطفال دون الخامسة عشرة من العمر. ويُظهر المسح أنّ النظام الصحي يركّز على علاج الأمراض المزمنة والحادّة، ولا يبذل إلا قليلاً من الجهد على الإجراءات الاحترازية، ويشير إلى أن القطاع الخاص هو الجهة التي تقدّم خدمات الرعاية الطبية بشكل أساسي، حيث لا يقدّم القطاع العام سوى 18% فقط من الخدمات الطبية.

أظهر تقرير "التشتت القسري" ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 64 عامًا في عام 1978 (بحسب مسح الخصوبة الذي أُجري في الفترة الممتدة بين عامَي 1976 و1978) إلى نحو 71 عامًا في عام 1995 و72 عامًا في عام 2000. لم يسجّل متوسط العمر المتوقع أي ارتفاع بين عامَي 2000 و2007 إلا أنّه انخفض إلى 70.8 في عام 2010[7] (المركز السوري لبحوث السياسات 2016)، وذلك إن دلّ على شيء، فإنما يدلّ على تراجع في مستوى رفاه السوريين وعافيتهم خلال العقد الماضي.

تنعكس عدم كفاءة النظام الصحي من خلال مؤشرات النتائج الصحية الأخرى كالمعدلات المرتفعة للأمراض المزمنة التي زادت من 7.9% عام 2001 إلى 10.3% عام 2009، ووفيات الأطفال دون الخمسة أعوام التي زادت من 20.2 طفلاً في الألف عام 2001 إلى 21.4 طفلاً في الألف عام 2009 (مسح صحة الأسرة 2001 و2009). كذلك، فقد ارتفع معدل الوفيات الخام من 3.8 في الألف عام 2000 إلى 4.4 في الألف عام 2010 (**شكل 2**). يشير الارتفاع في معدل الوفيات إلى انعدام المساواة وعدم فعالية النظام الصحي وسياسات الصحة العامة في سوريا قبل النزاع (المركز السوري لبحوث السياسات 2016).

شكل 2. معدل الوفيات الأولي في سوريا 1970 – 2010

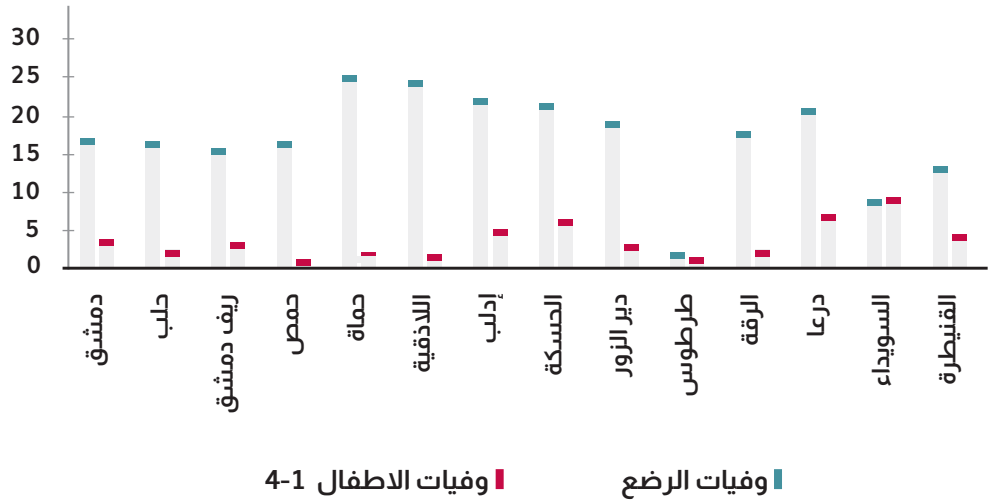


المصدر: سجلات الأحوال المدنية وحسابات المركز السوري لبحوث السياسات.

[7] بحسب تقرير التنمية البشرية، بلغ متوسط العمر المتوقع في سوريا 74.7 عام 2010 ليفوق متوسط العمر المتوقع في البلدان ذات التنمية البشرية المرتفعة (73.9).

وسّع الانفتاح ورفع القيود التنظيمية والخصخصة دَور النُخب الخاصة الخارجية والداخلية في تصميم السياسات العامة التي فاقمت أوجه عدم المساواة بين المناطق، والمجموعات السكانية، والطبقات. مثالاً على ذلك، سجّلت المؤشرات الصحية كمعدل وفيات الأطفال (4-1 سنوات) لكل ألف مولود حيّ عام 2009، نسبًا مرتفعة في حماه واللاذقية (25)، وإدلب والحسكة (22)، مقارنةً بطرطوس (2) (**شكل 3**) (المكتب المركزي للإحصاء 2009). يبلغ متوسط نسبة السكان إلى الأطباء 1185 في إدلب، و1157 في الحسكة، مقارنةً بـ 186 في طرطوس، و340 في دمشق، بينما يبلغ المتوسط الوطني 661. وتبيّن مؤشرات أنظمة الصحة والرعاية الصحية العامة أيضًا إهمال المناطق الريفية عمومًا، وبخاصة في شمال وشرق البلاد (المكتب المركزي للإحصاء 2012).

شكل 3. معدلات وفيات الرضّع والأطفال عام 2009 بين المحافظات

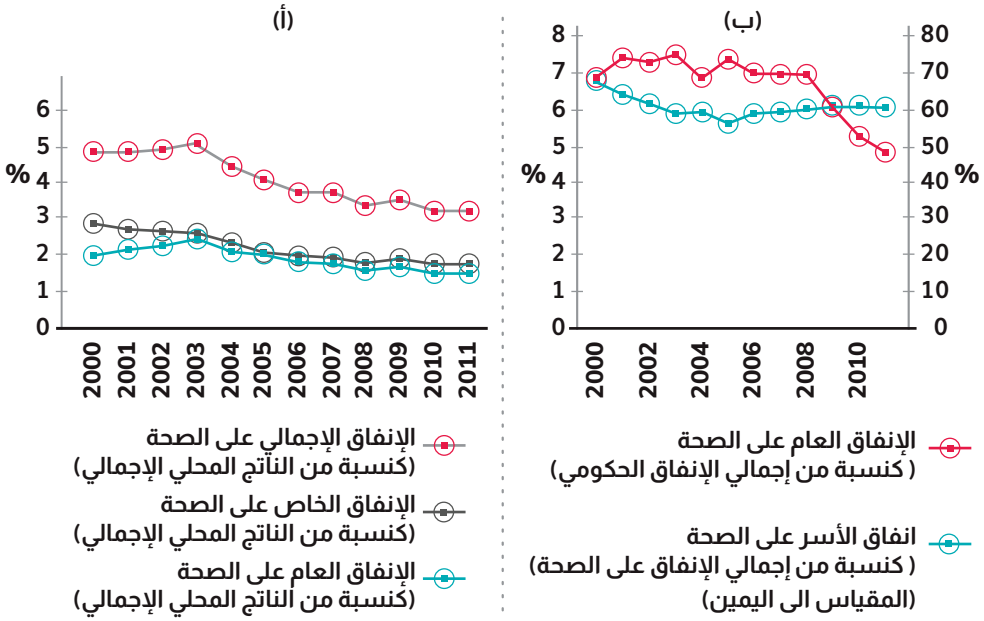


المصدر: المكتب المركزي للإحصاء في سوريا، 2009، "مسح صحة الأسرة – المشروع العربي لصحة الأسرة"

بالإضافة إلى ذلك، انخفض الإنفاق العام على الصحة من 2% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2000 إلى 1.5% عام 2010، فيما سجل الإنفاق الخاص على الصحة انخفاضًا كبيرًا من نحو 3% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2000 إلى 1.7% عام 2010 (**شكل 4**). علاوةً على ذلك، وبالرغم من البنية التحتية والمعدات والإعانات الصحية العامة الكبيرة، أصبح القطاع الخاص هو الجهة التي تقدّم خدمات الرعاية الطبية بشكل أساسي، حيث لا يقدّم القطاع العام سوى 18% فقط من الخدمات الطبية (المكتب المركزي للإحصاء 2011).

شكل 4. الإنفاق على الصحة

(أ) الإنفاق على الصحة (% من الناتج المجلي الإجمالي)
(ب) الإنفاق العام مقابل الإنفاق الشخصي على الصحة



المصدر: مؤشرات البنك الدولي 2022

الصحة العامة في خلال النزاع

تمهيد

النزاع السوري هو نتيجة أسباب اجتماعية، واقتصادية، وسياسية، وبيئية، وجيوسياسيّة متعددة الأبعاد، ولكن يمكن وصف السبب الأساسي بـ"الاختناق المؤسسي" لأنّ القمع السياسي شكّل العامل الأكثر شدّةً الذي أدى إلى استغلال السلطات العامة، ومنع مشاركة السلطة، وتهميش معظم السوريين، وتقليص الفضاء العام نتيجة هيمنة النخبة العسكرية والاقتصادية.

نادى الحراك الاجتماعي الذي انطلق عام 2011 وعُرف بـ"الربيع العربي" بالحرية والعدالة الاجتماعية، وكان وليد تراكم المظالم السياسية والإنمائية التي لم تقُم السلطات الحاكمة بمعالجتها أو تخفيفها. قرّرت السلطات استخدام العنف للقضاء على الحراك ما أطلق دائرة مفرغة من ديناميات النزاع المسلّح التي ولّدت مستويات جديدة وغير مسبوقة من انعدام العدالة، والانتهاكات، والحرمان.

انخرطت عدّة قوى عالمية وإقليمية في النزاع، ما أدى إلى تدويله وأسهمَ في توسيع نطاق الموارد والوسائل المستخدمة لتأجيج المعارك. حوّلت وحشية النزاع وشدّته سوريا إلى دولة فاشلة تشظت سلطتها السياسية بين جهات تابعة للدولة وأخرى غير دولاتية. وأُعيد تخصيص المؤسسات والموارد العامة لخدمة السياسات والأنشطة الهدّامة، وتمزّق النسيج الاجتماعي على أساس الهويات والانتماءات السياسية والمصالح الاقتصادية، ودُمّرت أو هدرت الموارد البشرية والاقتصادية. في الوقت نفسه، أُطلقت جهود وتدخلات إنسانية ضخمة لدعم سوريا التي أصبحت تعتمد على المساعدات الدولية.

دمّر النزاع المسلّح في سوريا القدرات والحريات الإنسانية كما يعرّفها نهج القدرات الذي طوّره أمارتيا سن (سن 1999)، وذلك نتيجة تحويل السياسات والتدخلات العامة لتأجيج وإدامة العنف والمعارك العسكرية و/أو تخفيف أثر الحرب على المؤسسات والمجتمعات الحليفة. أدّى النزاع إلى إعادة تكوين جذري لأدوار الجهات الفاعلة السياسية المهيمنة، والتي اعتمدت كلٌّ منها سياسات متمحورة حول النزاع لدعم أولوياتها "لكسب" الحرب. مع ذلك، وسّعت الجهات الفاعلة الإنسانية و/أو المؤيدة للسلام نطاق أدوارها للتخفيف من أثر النزاع وتسهيل التسويات أو مبادرات بناء السلام، كما كانت لها إسهامات إنمائية من خلال إرساء الأسس الجديدة للتنمية المستدامة في المستقبل. غير أنّ هذه الجهات الفاعلة المؤيدة للسلام افتقرت في كثير من الحالات إلى القوة والقدرة على وقف الحرب، حيث إن مصادر القوة العسكرية والاقتصادية والمؤسسية أثناء النزاع كانت تحت سيطرة الجهات المهيمنة. إزاء تقلص الفضاء المتاح أمامها، وجدت جهات المجتمع المدني والجهات الفاعلة الإنسانية والإنمائية نفسها مجبرة على تكييف استراتيجياتها والخضوع لقواعد القوى الاستبدادية.

أدّى النزاع إلى تدهور كبير ومباشر للقدرات البشرية، بما يشمل الحقوق الأساسية كالحق في الحياة، والكرامة، والإنصاف، والأمن، والحماية، والعمل، وظروف العيش الكريم، والصحة، والتعليم، من بين حقوق أخرى. يمنع النزاع الأشخاص من أن يكونوا

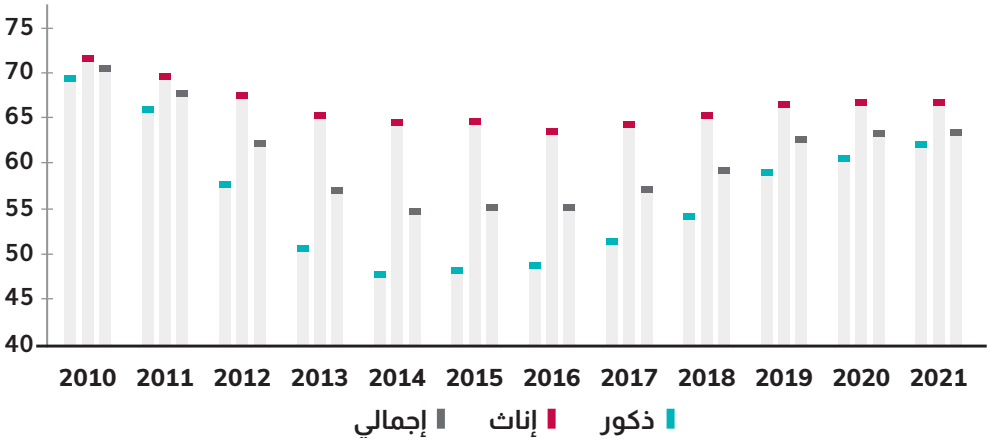
أو يفعلوا ما يقدّرونه، والأخطر من ذلك، هو أنه قد يُجبرهم على صرف النظر عن مصالحهم العامة والخاصة ما قد يقودهم إلى التماهي مع القوى الاستبدادية أو أمراء الحرب.

هدر الصحة

كان للعنف في زمن الحرب آثار عميقة ومباشرة على نسيج الحياة في سوريا. يتقصى هذا القسم العبء الصحي الهائل الذي سبّبه النزاع، ويتضمن مؤشرات رئيسية على الوضع الصحي في سوريا أثناء النزاع، تشمل الأمراض السارية وغير السارية، ومعدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع، والإعاقة، وسوء التغذية، ليظهر الانهيار الحادّ لقطاع الصحة العامة وما رافقه من مظالم وانتهاكات وانعدام للمساواة.

تُظهر تقديرات المركز السوري لبحوث السياسات أنّ النزاع في سوريا تسبب بوفاة أكثر من 700 ألف شخص،[8] في ما يمثّل انتهاكًا وحشيًا لحق الإنسان في الحياة. برز معدّل الوفيات كأكثر أثر كارثي للنزاع؛ حيث ارتفاع معدل الوفيات الأولي من 4.4 شخصًا في الألف عام 2010 إلى 10.9 شخصًا في الألف عام 2014، ليعود وينخفض تدريجيًا إلى 7.1 في الألف سنة 2021. يعكس ارتفاع عدد الأرواح التي أُزهقت مدى وحشية النزاع السوري وشدّته (المركز السوري لبحوث السياسات 2020). تأثّر الذكور الذين هم في سنّ العمل بشكل غير متناسب بذلك، ما تسبب في تعميق الهوّة في متوسط العمر المتوقع بين الرجال والنساء إلى نحو 17 عامًا عام 2014 قبل أن تعود وتنحسر إلى 5 أعوام عام 2021. ومع ذلك، فقد كشفت معدلات وفيات النساء، والمسنين، والأطفال الانتهاكات الجسيمة التي ارتكبتها الأطراف المتحاربة (**شكل 5**).

شكل 5. متوسط العمر المتوقع عند الولادة بحسب نوع الجنس (2010-2021)



المصدر: المسح السكاني 2014 وتقديرات المركز السوري لبحوث السياسات، 2022

تسبب الزلزال الذي وقع في فبراير 2023 بوفاة 10,659 سوريًا في المناطق المتضرّرة بين سوريا وتركيا،[9] وإصابة 11,829 شخصًا داخل سوريا. توزّع الضحايا على النحو التالي: 1,935 حالة وفاة و3,450 إصابة في المناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة السورية (GoS)، و1,295 حالة وفاة و1,499 إصابة في المناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة

[8] الوضع الإنساني في سوريا: تستند التقديرات إلى نتائج مسح أجراه المركز السوري لبحوث السياسات في كافة أنحاء سوريا من خلال 2,100 مقابلة متعمّقة مع أشخاص مفتاحيين.

[9] أشار بيان وزير الداخلية التركي في 4 آذار/مارس 2023 إلى أنّ عدد الضحايا السوريين في تركيا بلغ 4,267 من أصل 45,000 شخصًا.

السورية الانتقالية (SIG)، و3,162 حالة وفاة و6,880 إصابة في المناطق التي تسيطر عليها حكومة الإنقاذ السورية (SSG). أدّت هذه الخسائر البشرية إلى ارتفاع حاد في معدلات الوفيات وانخفاض كبير في متوسط العمر المتوقع في المجتمعات المتأثرة.[10]

شهدت فترة النزاع تفشي الكثير من الأمراض السارية، حيث تمّ رصد 37 حالة من شلل الأطفال البرّي من النمط 1 (WPV1) عام 2013 في محافظة دير الزور التي كانت إحدى أكثر المحافظات حرمانًا في سوريا قبل النزاع. اقترن ضعف النظام الصحي بتدني التغطية التحصينية، ما أدى إلى بروز 74 حالة من شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاح من النمط 2 (cVDPV2) المؤكدة في سوريا سنة 2017. وتم الإعلان رسميًا عن هذا التفشي في نوفمبر 2018 (ريليف ويب 2017). وفي ظل استمرار ضعف البنية التحتية الصحية، وانخفاض معدلات التحصين، وسوء الظروف المعيشية، لا يزال خطر التفشي المستقبلي وتصدير شلل الأطفال البرّي وشلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاح إلى مناطق أخرى مرتفعًا (المركز السوري لبحوث السياسات 2020). بالإضافة إلى ذلك، فقد ازدادت حالات الإصابة بالحصبة منذ عام 2011، حيث تمّ الإبلاغ عن 594 حالة سنة 2014 و738 حالة سنة 2017. ومؤخرًا، في عام 2022، ارتفعت الحالات المشتبه فيها بنسبة 29.4% مقارنةً بعام 2021، وتركزت في الرقة، وإدلب، وحلب (منظمة الصحة العالمية 2022). تمّ تعريف الحالات المبلغ عنها لمنظمة الصحة العالمية على أنها حالات مؤكدة مخبريًا ومترابطة وبائيًا وسريرياً.

بين عامَي 2012 و2022، كانت الأمراض السارية الأكثر انتشارًا هي الأمراض الشبيهة بالإنفلونزا (ILI)، يليها الإسهال الحاد (منظمة الصحة العالمية 2022). ارتفعت حالات الإسهال الجرثومي الحاد (ABD) عام 2022 بنسبة 7% عن عام 2021. علاوةً على ذلك، تم الإعلان عن تفشي مرض الكوليرا في حلب في سبتمبر 2022، حيث تمّ تأكيد وجود 15 حالة (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية 2022أ). في المنطقة الشمالية الشرقية، كان عدد حالات التيفوئيد الجديدة المبلّغ عنها في المحافظات الثلاث مرتفعًا أيضًا، حيث بلغ نحو 3,430 في أكتوبر و2,595 في نوفمبر 2018. يُعتقد أن هذا التفشي ناجم عن استهلاك المياه غير الآمنة وقد تلا تفشي الإسهال الجرثومي الحاد في محافظة دير الزور (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية 2018). تشهد المواقع التي يقيم فيها النازحون داخليًا (IDP) ظروفًا قاسية، ويزيد سوء الأحوال الجوية والأمطار الغزيرة خطر تفشي الأمراض المنقولة بالمياه والتي تشمل التيفوئيد والإسهال الجرثومي الحاد.

زادت حالات الإصابة المؤكدة بداء الليشمانيا أيضًا خلال النزاع. في عام 2021، تجاوز عدد الحالات 78 ألفًا، وتركزت في دير الزور وحلب وحماة، ومؤخرًا في الحسكة. يرتبط هذا الوباء بضعف البنية التحتية والصرف الصحي والتدهور البيئي (منظمة الصحة العالمية 2022).

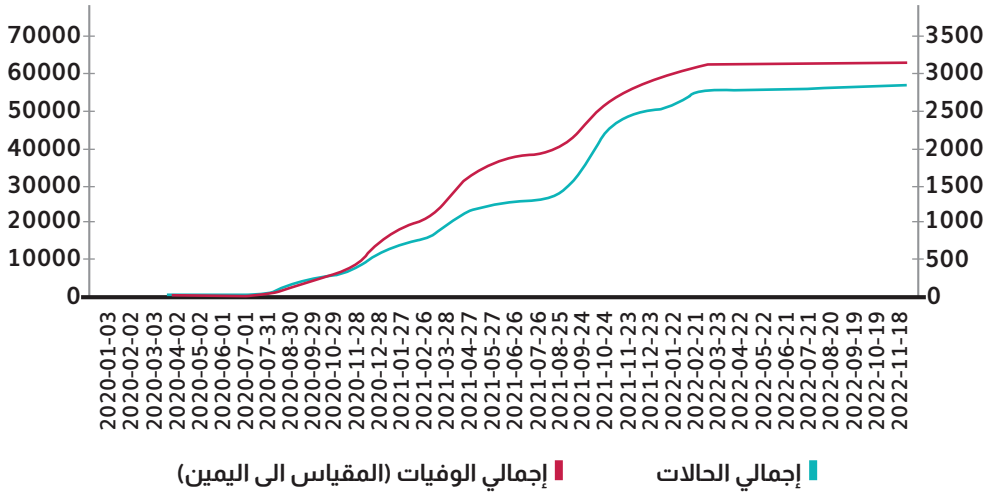
ظهرت أولى حالات كوفيد-19 في مارس 2020 (**شكل 6**) ما دفع الحكومة السورية إلى فرض تدابير احترازية شملت حظر التجول وإغلاق المدارس، والمؤسسات العامة، والشركات الخاصة باستثناء الخدمات العامة الحيوية والشركات المنتِجة كشركات التصنيع والشركات زراعية. توقفت التجارة الداخلية تقريبًا وانخفضت نسبة التجارة الخارجية مع العراق ولبنان والأردن بنحو 80% (المركز السوري لبحوث السياسات 2020). تراجعت الأنشطة الاقتصادية بشكل حاد، وفقد الكثير من الناس وظائفهم ومصادر دخلهم. وارتفعت معدلات الفقر ولم يتمكّن النظام الصحي من التعامل مع الكارثة. فرضت مناطق الإدارة الذاتية (AA) والمناطق الخاضعة

[10] المركز السوري لبحوث السياسات، 2023، مسح ميداني لآثار الزلزال. تجدر الإشارة إلى أنّ عدد الضحايا في سوريا وفقًا للإحصائيات الرسمية للحكومة السورية ووحدة تنسيق الدعم بلغ نحو 5845 حالة وفاة و10,849 إصابة. وهذه الأرقام أقل من الأرقام الصادرة عن المركز والتي تشير إلى أعداد مرتفعة من الوفيات في منطقة جبل سمعان، حيث بلغت 991 بحسب المسح الميداني للمركز، مقابل 444 بحسب بيانات وزارة الصحة السورية.

لسيطرة المعارضة حظر للتجول في آذار/مارس 2020 وتفاقمت معاناة المواطنين في هذه المناطق. ولكن مع الإبلاغ عن انحسار الفيروس في سوريا، قرّرت الحكومة والإدارة الذاتية والمعارضة إلغاء معظم الإجراءات الاحترازية في أيار/مايو 2020، وانعدم التزام السكان بالإجراءات في معظم المناطق تقريبًا. كان لموجة التفشي الثانية لفيروس كوفيد-19 خلال فصل الصيف، أي بين تموز/يوليو وأيلول/سبتمبر 2020، أثر كبير على النظام الصحي، ما دفع بالكثير من المصابين إلى البقاء في المنزل. في الشمال الشرقي، زادت الحالات بشكل كبير منذ أيلول/ سبتمبر 2020، وفرضت الإدارة الذاتية الإغلاق من تشرين أول/أكتوبر 2020 وحتى شباط/فبراير 2021، بينما شهد الشمال الغربي ارتفاعًا في عدد الحالات منذ أيار/مايو 2021 (شركة iMMAP 2021). شهدت المناطق الشمالية الشرقية ومناطق سيطرة الحكومة السورية الموجة الأخطر خلال شهري أيلول/سبتمبر وتشرين أول/أكتوبر 2021. وتشير تقديرات منظمة أطباء بلا حدود إلى أن الحالات في هذه المنطقة تضاعفت بين آب/أغسطس وأيلول/ سبتمبر 2021 (منظمة أطباء بلا حدود 2021).

يقود غياب الشفافية في المؤسسات المسؤولة عن الإبلاغ عن حالات كوفيد-19 وضعف النظام الصحي إلى الاستنتاج بأنّ تقدير عبء فيروس كورونا على السوريين كان أقلّ من الواقع.[11] بالإضافة إلى ذلك، فإن النظام الصحي المجزأ والمتضرر عاجز عن توفير الرعاية الضرورية للمصابين بسبب عدم توفر البنية التحتية وطواقم العمل الطبية وعدم كفاءة الإدارة وفسادها (عبارة وآخرون 2020). اضطلع المجتمع المدني بدور مهم في هذه المرحلة من خلال توفير العلاج في المنشآت التابعة له أو تقديم الدعم للمرضى في منازلهم.

شكل 6. حالات الإصابة والوفاة التراكمية بفيروس كوفيد-19 في سوريا، بين آذار/مارس 2020 وتشرين الثاني/نوفمبر 2022



المصدر: موقع Our World in Data، 2022، الرابط

بغض النظر عن أثر فيروس كوفيد-19 على صحة السكان في عامَي 2020 و2021، شكّلت الإصابات والأمراض غير السارية الأسباب الرئيسية للوفيات خلال النزاع. وكانت الأمراض غير السارية الرئيسية هي أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، والسكري. علاوةً على ذلك، أدى النزاع إلى تزايد عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية مثل زيادة الوزن،

[11] قدرت منظمة الصحة العالمية عدد الحالات المؤكدة في سوريا بحلول شهر نوفمبر 2022 بنحو 210324 حالة والوفيات بنحو 7246 حالة، فيما أشارت البيانات الرسمية إلى وجود 57423 حالة إصابة مؤكدة و3163 حالة وفاة في كافة أنحاء سوريا.

وضغط الدم، وسكر الدم (منظمة الصحة العالمية 2022).

عام 2021، قُدِّرت نسبة الأشخاص المصابين بالإعاقة بحوالى 25% من السكان، مقارنةً بالنسبة العالمية المتراوحة بين 10% و15%. ويُعزى هذا الارتفاع على الأرجح إلى إصابات الحرب. يُقصد بالإعاقة هنا صعوبة القيام بنشاط في واحد على الأقل من المجالات الوظيفية الستة: النظر، والسمع، والمشي، والإدراك، والاعتناء بالنفس، والتواصل (Health Cluster ومنظمة الصحة العالمية 2022). تؤثّر الإعاقة على الأفراد والأسر والمجتمعات والبلدان لسنوات، حيث إنها تحدّ من قدرة المصابين على الكسب مدى الحياة، ما يجعلهم محتاجين إلى دعم إضافي من الأسرة والخدمات العامة. ونظرًا إلى انتشار الإعاقة في سوريا بسبب النزاع، ستزيد هذه المشاكل الضغوط على الخدمات الصحية وستتوسع الهشاشة بين فئات المجتمع (المركز السوري لبحوث السياسات 2020).

تُعتبر مشاكل الصحة النفسية عبءً آخر ناجمًا عن النزاع؛ فقد رجّح مسح وطني أجرته منظمة الصحة العالمية عام 2020 إصابة "44% من المشاركين السوريين المقيمين داخل سوريا باضطراب نفسي حاد، و27% بالأعراض الكاملة للاضطراب النفسي الحاد واضطراب الإجهاد ما بعد الصدمة (PTSD)، و36.9% بالأعراض الكاملة لاضطراب الإجهاد ما بعد الصدمة" (منظمة الصحة العالمية 2022). وأفادت دراسة أخرى أُجريت في ألمانيا شملت لاجئين سوريين، وأفغانيين، وعراقيين بأن 74.7% من اللاجئين تعرضوا للعنف الشخصي قبل أو خلال هجرتهم. أُصيب أكثر من 60% من الأشخاص بالصدمة نتيجة تجاربهم خلال الحرب، وتعرّض أكثر من 40% لهجوم مباشر من القوات العسكرية. اضطر أكثر من شخص من أصل ثلاثة أشخاص إلى التعامل مع اختفاء أو مقتل أقاربه والأشخاص المقرّبين منه، وتعرّض شخص من أصل خمسة للتعذيب، واحتُجز نحو 16% من الأشخاص في المعسكرات أو الحبس الانفرادي، أو شهدوا أعمال القتل وسوء المعاملة والعنف الجنسي. كذلك، تعرّض أكثر من 6% للاغتصاب (شرودر وآخرون 2018). يعاني الأطفال الذين يشكّلون المجموعة الأضعف من شعور دائم بالخوف من العنف، وتراودهم كوابيس متكررة، ويعانون صعوبات في النوم، كما أنّ سلوكهم أصبح أكثر عدائية، وقد كشفوا أنّ مستويات الإجهاد المرتفعة لديهم تظهر على شكل أعراض جسدية كألم الرأس والصدر والصعوبات في التنفس (منظمة أنقذوا الأطفال 2017).

تعكس معدلات الوفيات والمراضة المذكورة أعلاه جزءًا من العبء الصحي الذي تركه النزاع على السوريين، والانتهاك الجسيم للحق في الصحة من منظور النتائج الصحية. يقترن هذا العبء الشديد باختلال النظام الصحي وتدهور المحددات الصحية التي ستتم مناقشتها في الأقسام التالية.

هدر النظام الصحي

ألحقَ النزاع ضررًا كبيرًا بالنظام الصحي السوري حيث إنه تسبب بتدمير البنية التحتية للرعاية الصحية، وبفرار ومقتل المتخصصين في الرعاية الصحية، وعدم صيانة الأجهزة الطبية وتوفر قطع الغيار، وانهيار قطاع صناعة الأدوية. وكانت التجزئة التي لحقت بالسلطات الصحية في البلاد أحد الآثار الأكثر وضوحًا للصراع. فقد أنشأت مختلف الأطراف المتنازعة مؤسساتها الخاصة التي غالبًا ما تتسم بضعف الحوكمة. وفي الوقت نفسه، تعاظم دور المجتمع المدني بشكل كبير في مجال الخدمات الصحية والصحة الإنجابية، حيث ساهمت مئات الجمعيات والمبادرات المعنية بالخدمات الصحية والإنسانية في توفير الخدمات الصحية الضرورية للأشخاص في

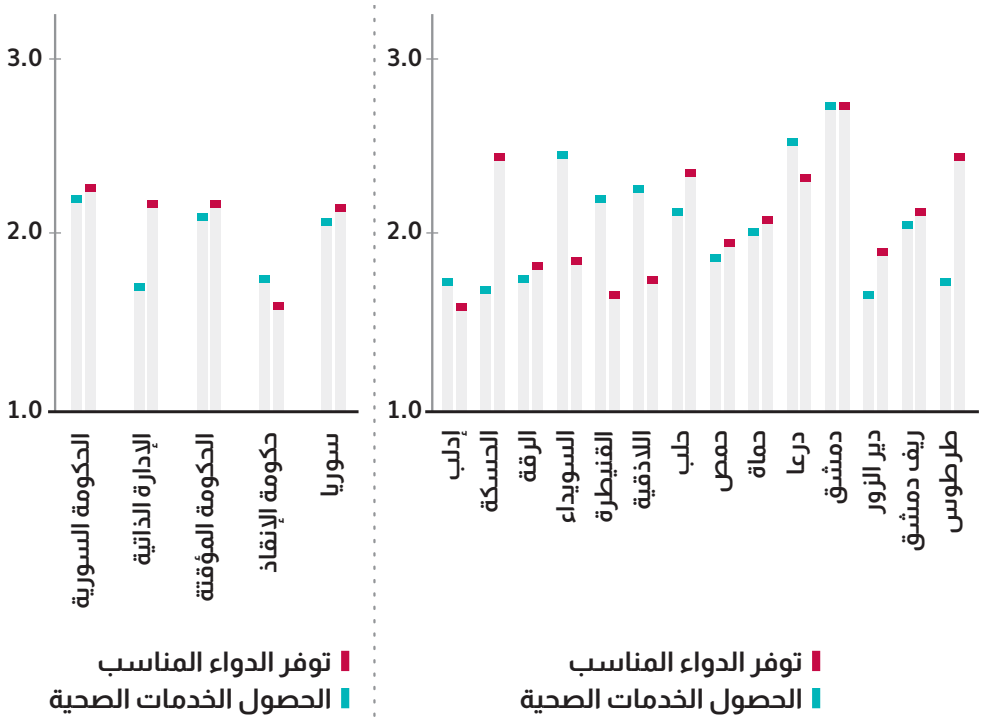
عدّة مناطق، وخصوصًا في مناطق الحصار. غير أن المنظمات المدنية تعاني نقصًا في الموارد وضعفًا في التنسيق والحوكمة وهو ما حال دون قدرة المجتمع المدني على تلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان (المركز السوري لبحوث السياسات 2019).

أداء الأنظمة الصحية

حدث تراجع حادّ في توفر الخدمات الصحية خلال النزاع؛ فلم يعُد نصف الشعب السوري قادرًا على الوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة. بالإضافة إلى ذلك، تسلّط نتائج ما قبل النزاع الضوء على الفروقات الكبيرة بين المناطق من حيث الوصول إلى الخدمات الصحية؛ والتي تبرز بشكل خاص في المناطق الشمالية والشرقية ومن بينها الرقة، والحسكة، وريف حلب، وإدلب، ودير الزور. تمّ تقييم عمل المستشفيات العامة وتصنيفها في ثلاثة مستويات: تعمل بكامل طاقتها، أو تعمل بشكل جزئي، أو لا تعمل. بحلول تشرين ثاني/نوفمبر 2022، كانت 65% من المستشفيات العامة المبلّغ عنها في سوريا والبالغ عددها 203 مستشفى، تعمل بكامل طاقتها، و17% تعمل بشكل جزئي، بسبب نقص الموظفين والمعدات والأدوية أو الأضرار اللاحقة بالمباني من بين أمور أخرى، في حين أن 18% لم تكن تعمل. أما في ما يتعلق بمراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد أُفيد بحلول تشرين ثاني/ نوفمبر 2022، بأنّ 56% من أصل 1941 مركزًا تعمل بكامل طاقتها، و19% منها تعمل جزئيًا، و25% لا تعمل (خارج الخدمة تمامًا) (منظمة الصحة العالمية 2022).

لا تقتصر إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة على جاهزية المنشآت الصحية، حيث يواجه الأشخاص عوائق مختلفة أمنية ومالية ومتعلقة بالحوكمة للتمكن من تلبية احتياجاتهم في مجال الرعاية الصحية. قيّم المسح الاجتماعي والاقتصادي 2020/2021 قدرة المجتمع السوري على الوصول إلى خدمات الصحة. ويُظهر **الشكل 7** عجز عدّة شرائح من المجتمع عن الوصول إلى الخدمات ذات الجودة في مختلف المحافظات والمناطق الخاضعة للسيطرة.

شكل 7. الوصول إلى خدمات الصحة 2021



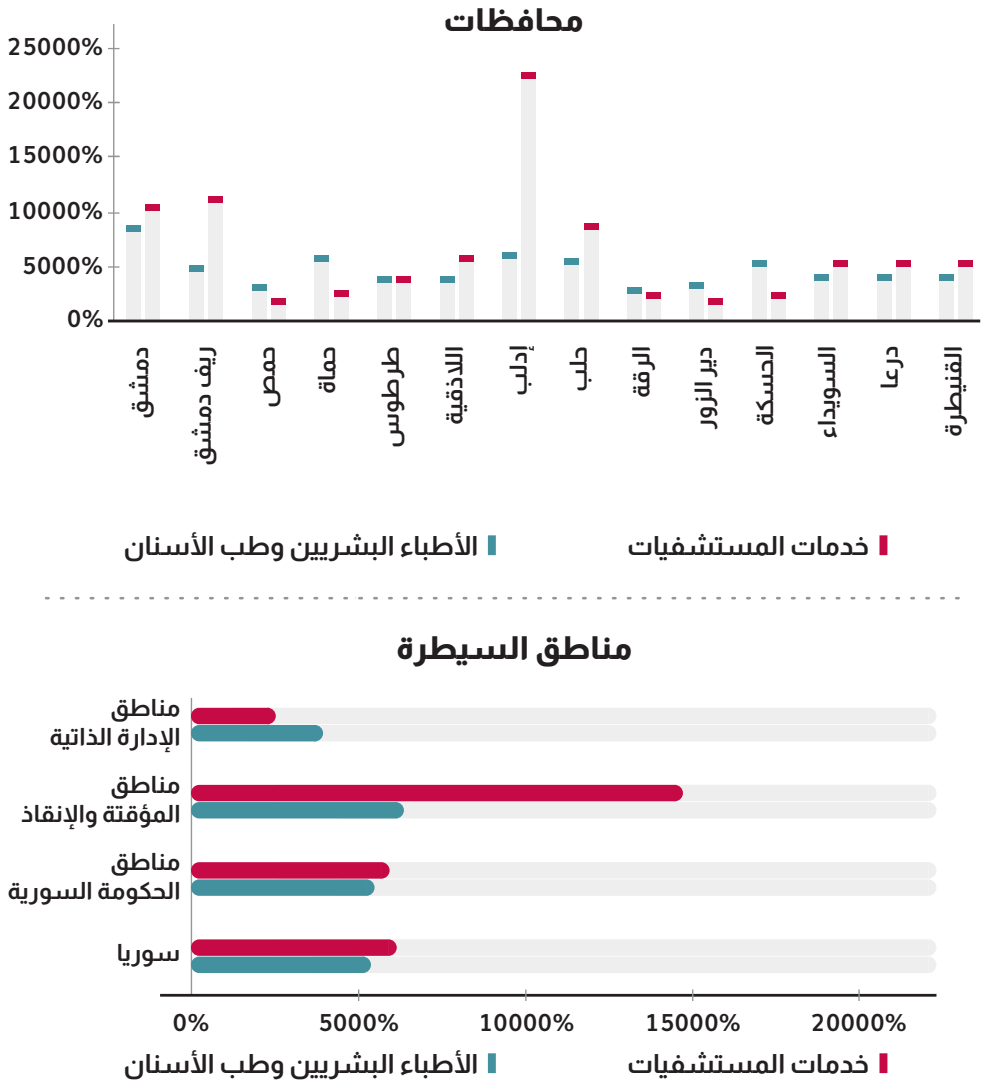
ملاحظة: طُلب من المشاركين تصنيف إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة على مقياس يتراوح بين 1: وصول ضعيف لكافة السكان و3: وصول جيّد لكافة السكان. وتم استخدام نفس المقياس لتصنيف إمكانية الوصول إلى الأدوية.

المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات، المسح الاجتماعي والاقتصادي 2021

أثّر الزلزال على القطاع الصحي المتأثر أصلاً بالنزاع، حيث تسبب بأضرار في 55 منشأة صحية في شمال غرب سوريا (وحدة تنسيق الدعم 2023). لم يستطع النظام الصحي في وضعه الراهن تلبية الاحتياجات المتزايدة للمصابين والمتأثرين في عدّة مناطق، كمنطقتَي بداما وحارم (منظمة ريتش 2023)، وفي مراكز الايواء. في المناطق الخاضعة للحكومة السورية، تضررت البنية التحتية في 116 منشأة صحية بشكل مباشر، منها 14 في حلب، و54 في اللاذقية، و48 في حماة وهي تحتاج إلى الدعم في مجال المعدات الطبية إلى جانب أعمال الإصلاح. أظهرت تقارير مراقبة الأمراض المُعدية أيضًا ارتفاعًا في حالات الإصابة بالكوليرا، والإسهال الحاد، والأمراض التنفسية في عدّة مناطق (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية 2023).

يُظهر المسح الشهري لأسعار المستهلك الزيادة الهائلة في تكلفة الخدمات الصحية الخاصة. بشكل عام، بلغت معدلات التضخم 6.249% في تكاليف الخدمات الاستشفائية و5.459% في تكاليف الخدمات الطبية بين عامَي 2022 و2009. وشهدت مناطق المعارضة أعلى معدلات التضخم في تكاليف الخدمات الخاصة، بينما شهدت مناطق الإدارة الذاتية أقل معدلات التضخم (**شكل 8**). اقترن الارتفاع في الأسعار بتراجع في دخل الأسرة، ما خلق تحدّيًا شديدًا أمام الأشخاص للوصول إلى الخدمات الصحية وأجبر العديد منهم على الاعتماد على المنشآت العامة والتابعة للمجتمع المدني والتي تقدّم في كثير من الحالات خدمات متدنية الجودة وتعاني من نقص في الخدمات الضرورية ومن سوء الإدارة.

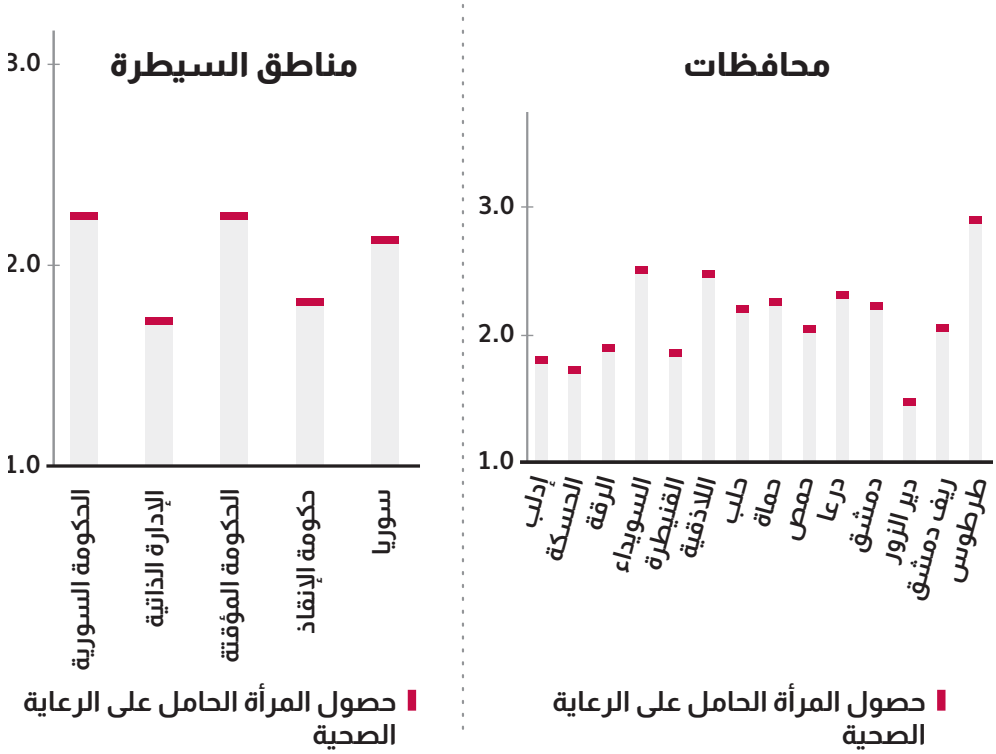
شكل 8. التضخم السنوي لأسعار الخدمات الطبية لعام 2022 مقارنة بعام 2009 (بالنسب المئوية)



المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات 2022، المسح الشهري لأسعار المستهلك في سوريا

تواجه النساء بشكل خاص صعوبات في الوصول إلى الخدمات الصحية. ويُظهر المسح الاجتماعي والاقتصادي ضعف إمكانية وصول النساء إلى خدمات الصحة الإنجابية بسبب سوء البنية التحتية والقيود المفروضة على التنقل وارتفاع أسعار الخدمات في القطاع الخاص، وهو الجهة الرئيسية التي تقدّم هذه الخدمات (**شكل 9**).

شكل 9. إمكانية وصول النساء إلى خدمات الصحة الإنجابية 2021

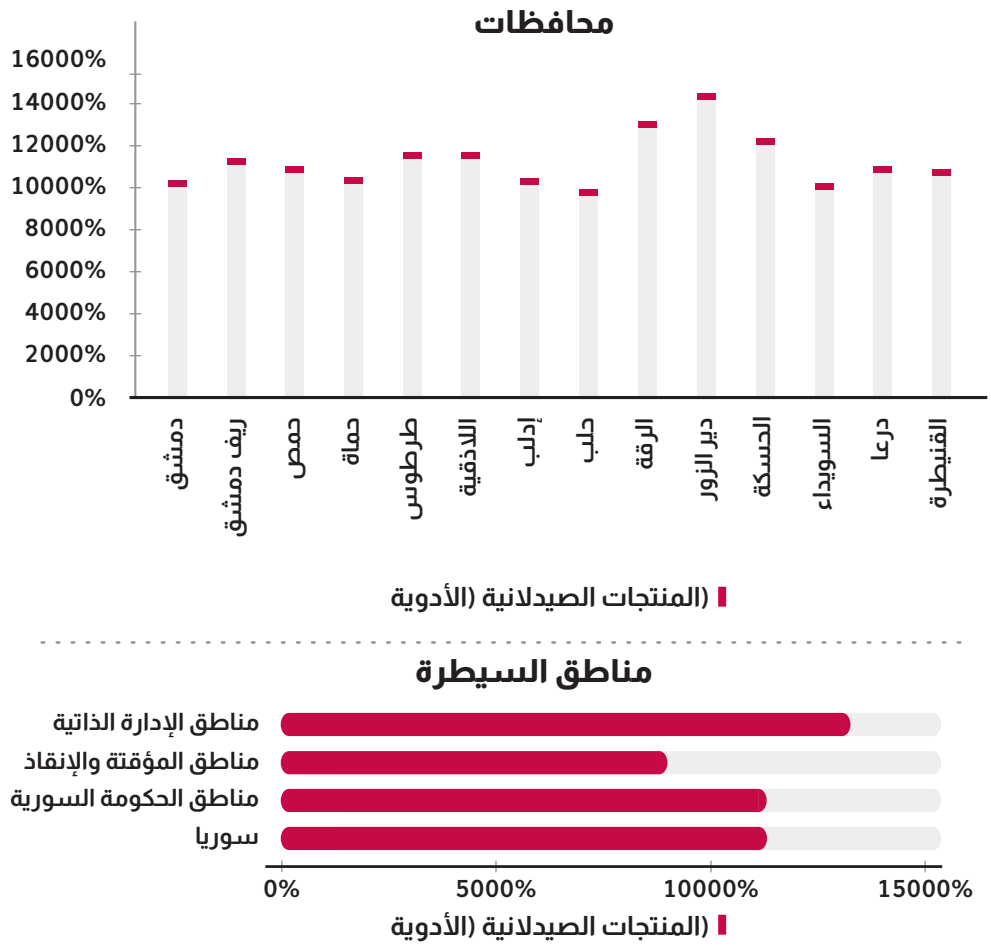


ملاحظة: طُلب من الأشخاص المفتاحيين تصنيف إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة على مقياس يتراوح بين 1: وصول ضعيف و3: وصول جيّد.

المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات. المسح الاجتماعي والاقتصادي 2021

كما شهدت نسبة توافر الأدوية أثناء النزاع انخفاضًا ملحوظًا، ما يعكس تدهورًا في جودة الخدمات الصحّية وفعّاليّتها. يُظهر المسح الاجتماعي والاقتصادي 2020/2021 أوجُه الانعدام وعدم المساواة في الوصول إلى الأدوية عبر المناطق (**شكل 7**). يعود الانعدام الجزئي لفرص الوصول إلى الأدوية أساسًا إلى تراجع معدّل إنتاج الأدوية محليًّا. ويمكن تفسير ذلك، تباعًا، بالانخفاض الحاد في مصادر الدخل لمعظم الأشخاص، وارتفاع أسعار الأدوية بنسبة11.335 ٪ في العام 2022 مقارنةً بالعام 2009 (**شكل 10**). كما ساهم تدمير صناعة الأدويّة المحليّة والبنية التحتيّة اللازمة في انعدام فرص الوصول إلى الأدوية، فضلاً عن العقوبات التي منعت استيراد المعدّات والمكوّنات اللازمة لإنتاجها. يؤثّر عدم توفّر الأدوية سلبًا على الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض الكلى (المركز السوري لبحوث السياسات 2022ب). علاوةً على ذلك، تراجعت جودة الأدوية في جميع المناطق، وفي مناطق الإدارة الذاتيّة والمناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة على وجه الخصوص؛ إذ تواجه هذه المناطق مزيدًا من القيود على استيراد الأدوية، كونها لا تتّبع آليّةً منضبطة لمراقبة جودة الأدوية المستوردة.

الشكل 10. التضخم السنوي لأسعار الأدوية لعام 2022 مقارنة بعام 2009 (بالنسب المئوية)



المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات، المسح الشهري لأسعار السلع الاستهلاكيّة في سوريا

يُعدّ توافر موظّفين طبّيين مدرّبين أمرًا بالغ الأهميّة لتقديم الخدمات الصحّية المناسبة، لا سيّما في أوقات النزاع المسلّح. أدّى النزاع إلى فقدان المتخصّصين في مجال الرعاية الصحّية والحدّ من التنقّل بين المؤسّسات. وبناءً على تقديرات منظّمة الصحّة العالميّة، تراجع عدد الموظّفين الطبّيين بمعدّل الثلثين خلال فترة النزاع (منظّمة الصحّة العالميّة 2017). وقد تفاوت توافر الموظّفين الطبّيين بشكلٍ ملحوظٍ بين المحافظات. في عام 2020، بناءً على عدد الأطبّاء العاملين في القطاع العام، أي في المستشفيات العامّة ومراكز الصحّة العامّة (منظّمة الصحّة العالميّة – نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحّية 2020أ، 2020ب)، وبناءً على تقدير السكان لكل محافظة (المركز السوري لبحوث السياسات 2021)، قُدّر عدد الأطباء العاملين في القطاع العام على المستوى القطري بثمانية أطبّاء لكلّ 10000 نسمة. كما قُدّر عدد الأطبّاء العاملين في القطاع العام في كل من دمشق، واللاذقية، وطرطوس بـ24، 22، و20 على التوالي لكلّ 10000 نسمة، مقارنةً بستة، وخمسة، واثنين من الأطبّاء في حلب، وريف دمشق، ودرعا. تفتقر المحافظات التي تقع خارج سيطرة الحكومة السوريّة بشدّة إلى الأطباء العاملين في القطاع العام (تحت إشراف الحكومة السورية)، وتعتمد على الأنظمة الصحّية التي طوّرتها

المعارضة في الشمال الغربي، ومناطق الإدارة الذاتيّة في الشمال الشرقي. دفعت عوامل عدّة إلى هجرة الموظّفين الطبّيين من المدن والمناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة مثل دمشق واللاذقية، من بينها الأمن المالي، وتعليم الأطفال، وتجنّب التجنيد العسكري. بينما لم يبق في المناطق المحاصرة سابقًا مثل الغوطة الشرقية، سوى عدد قليل من الأطبّاء. أمّا في المناطق التي خضعت لسيطرة تنظيم داعش سابقًا كالبو كمال ودير الزور، فتعرّض الأطبّاء لاعتداءاتٍ من قبل الأطراف المتنازعة، وأعطت المستشفيات جميعها الأولويّة للمقاتلين.

شهد عام 2022 معدّلات صادمة لهجرة الأطبّاء المعروفين، الذين تم الإشادة بهم في المجتمع لإنسانيّتهم، ما أدّى بهم المطاف إلى مغادرة البلاد. يبدو أنّ الديناميكيّات التي تؤثّر على الأطبّاء متشابهةً عبر المجتمعات السوريّة مع بعض التفاوتات بسبب الاختلافات الكامنة في قدرتهم على الهجرة (قدرة الحصول على جواز سفر وتأشيرة دخول)، وتوافر آليّات الاعتماد التي تسمح بإعادة الاعتماد في الخارج (خاصة الخرّيجين الجدد من كليّات الطبّ غير المعتمدة في شمال شرق سوريا وشمال غربها)، وتوافر فرص العمل في المنظّمات غير الحكوميّة الدوليّة ذات الأجور المرتفعة مقارنةً بالسوق المحلي (في شمال شرق سوريا وشمال غربها).

▪ الجهات الفاعلة والسياسات المعتمدة في الأنظمة الصحيّة

مقدّمو الرعاية الصحيّة

تتجذّر الصحّة في سوريا بعمقٍ في سياقٍ اجتماعي وسياسي معقّد. أدّت الفوارق الصحّية غير المسبوقة التي ظهرت بسبب استراتيجيّات الحرب، فضلًا عن أشكال الحكم المشوهة والعنيفة في مجتمعاتٍ معيّنةٍ، إلى تعطيل المحدّدات الاجتماعيّة للصحّة في البلاد وتحويلها بشكلٍ جذري. من المعروف أنّ المحدّدات الاجتماعيّة للصحّة تتغيّر في حالات النزاع، إذ تؤثّر العناصر الهيكليّة للمجتمع تأثيرًا شديدًا على الصحّة (مارموت وويكلينسون 2006). لقد أدّى انهيار المؤسّسات إلى خلق تهديداتٍ تشمل التمييز الممنهج والتجزئة المجتمعيّة. كما أدّى تحوّل السلطة إلى قيام مؤسّساتٍ جديدةٍ، تتّخذ التمييز قاعدةً لها، وتتقوم بإعادة توزيع الموارد والسلطة لصالح مجموعات المصالح الخاصّة مثل النخبة العسكريّة والاقتصاديّة التابعة للنظام، وجماعات المعارضة العسكريّة، والميليشيات المتطرّفة (المركز السوري لبحوث السياسات 2019).

أدّى تشظي السكان والحوكمة إلى اختلاف الأنظمة الصحّية في جميع أنحاء البلاد:

- في المنطقة الخاضعة لسيطرة الحكومة، تتولّى وزارة الصحّة زمام أمور القطاع الصحّي على الرغم من تقلُّص نطاق دورها. في حين يتوسّع نطاق دور الجهات الفاعلة الإنسانيّة الدوليّة والمحليّة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص بشكلٍ كبيرٍ. يتّسم النظام الصحّي بالتمييز، والفساد، وعدم الفعّاليّة. علاوةً على ذلك، وكما هو موضّحٌ بالتفصيل في القسم أدناه حول سياسات الحرب المتعلّقة بالصحّة، أصبح دور النظام الصحّي جزءًا من الحرب، ويعدُّ وسيلةً لتأجيج النزاع، وانتهاك الحقوق، وإخضاع الأشخاص. علاوة على ذلك، أدّى استهداف المنشآت الصحّية والعاملين فيها إلى إلحاق ضررٍ جسيمٍ بجهوزيّة النظام الصحّي وكفاءته وعدالته.

- في مناطق الإدارة الذاتية، اعتمدت السلطة السياسيّة نظامًا صحّيًا مختلفًا مقارنةً بالمناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة، إذ أنشأت لجنة معنيّة بالصحّة للإشراف على المرافق الصحيّة ودفع رواتب العاملين في المجال الصحّي. في هذه المنطقة يدعم الشركاء عبر الحدود العمليّات المرتبطة بالقطاع الصحي. في المقابل، تواصل الحكومة السوريّة سير عملها في المنطقة بشكل محدود، ويسود المنطقة حالة أمنيّة غير مستقرّة ونزوح المدنيّين المستمر، فضلاً عن محدودية عدد الشركاء المنفّذين. بشكل عام، لم تتمكّن مناطق الإدارة الذاتيّة من تلبية احتياجات الخدمات الصحّية وتأمين الأدوية بسبب تضرّر البنية التحتية، وضعف الإدارة، فضلًا عن نقص الموظّفين، والمعدّات الطبّية، والأموال.

- في المناطق الخاضعة لسيطرة حكومة الإنقاذ، يؤدّي المجتمع المدني السوري دورًا مهمًّا واسع النطاق في توفير الخدمات الصحّية والرعاية الصحّية الأوليّة والصحّة الإنجابيّة. وقد ساهمت مئات الجمعيّات والمبادرات المعنيّة بالصحّة والمساعدات الإنسانيّة في تقديم الخدمات الصحّية الأساسيّة للناس في مختلف المناطق، وفي تلك المهدّدة بالحصار على وجه التحديد. اعتبارًا من عام 2015، لا تزال الأنظمة الصحّية في هذه المناطق تعتمد على هيكلية نظام الصحّة العامّة السوري، التي توسّعت تدريجيًّا في المقام الأوّل من خلال المشاركة النشطة لمديريّات الصحّة، والمجتمع المدني، ووكالات الأمم المتّحدة، والجهات المانحة في تصميم القطاع الصحّي في المنطقة والتخطيط له. بعد سيطرة جبهة النُصرة على إدلب، جرى إنشاء وزارةٍ للصحّة، وهي سلطة تتّسم بالهشاشة والقدرة المحدودة على التأثير على القطاع، إلى جانب عدّة قيود مفروضة على أي دعم لاستدامة المبادرات الصحّية في هذه المنطقة. ومع ذلك، استمرّت المنظّمات غير الحكوميّة الصحّية ومديريّة الصحّة في تقديم الخدمات في إدلب، على الرغم من تعرّض هذه المنطقة لهجماتٍ شديدةٍ على المرافق الصحّية، ومعاناتها نقص الموارد، والعقوبات، وضعف التنسيق وسوء الحوكمة.

- تتّبع المناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة والمدعومة من تركيا هيكل النظام الصحّي التركي، وقد طوّرت مرافقها العامّة وبنيتها التحتيّة وفقًا لذلك. قبل خوض هذه العمليّات، أدّت المنظّمات غير الحكوميّة الصحّية دورًا مهمًّا في تقديم خدمات الرعاية الصحّية في هذه المناطق. ومع ذلك، وضع دورُ الحكومة التركيّة حدًّا لدور المجتمع المدني في تقديم الخدمات العامّة. يتمثّل الدور التركي في الإشراف على القطاع الصحّي، وتقديم الخدمات، وتوفير العلاجات، وإجراء العمليّات الصعبة، ومعالجة الحالات التي لا علاج لها في المستشفيات والعيادات المحليّة. في هذه المنطقة، انتقلت مسؤوليّة الحصول على الأدوية

والرعاية الصحّية من القطاع العام إلى المواطنين والمنظّمات المحليّة والدوليّة، أو القطاع الصحّي الخاصّ، ما أدّى إلى تفاقم الوضع الاقتصادي لدى الأفراد. بالإضافة إلى ذلك، أثّرت القيود المفروضة على العمليّات العابرة للحدود، وعلى الواردات والصادرات عبر تركيا، سلبًا على الظروف الصحّية في هذه المناطق. ارتبط ضعف الهيكل الإداري للحكومة المؤقّتة، لا سيّما في مجال القطاع الصحّي، بمجموعةٍ من التحدّيات، بما في ذلك نقص التمويل، وعدم الاستقرار، وتضرّر البنية التحتيّة، ونقص في عدد الموظّفين الطبّيين.

- انتشر عمل القطاع الصحّي الخاص على نطاقٍ واسعٍ في مختلف المناطق السوريّة خلال فترة النزاع. يتألّف القطاع الخاص من مقدّمي الرعاية الصحيّة الرسميّين وغير الرسميّين، بما في ذلك الصيدليّات والمستشفيات المتخصّصة، والتي تشمل الهيئات الهادفة للربح، سواء أكانت محليّة أم خارجيّة. تُظهر نتائج المسوحات الاجتماعيّة والاقتصاديّة التي أجراها المركز السوري لبحوث السياسات في عامَي 2020 و2021 انخفاضًا كبيرًا في معدّل خدمات الصحّة العامّة وزيادةً في توفير الخدمات الصحّية الخاصّة. وترتبط تحدّياتٌ عدّةٌ بدور القطاع الصحّي الخاص مثل انعدام المساءلة، ومراقبة الجودة، بالإضافة إلى زيادة تكلفة الخدمات.

- يؤدّي المجتمع المدني دورًا فاعلاً حيويًا في تقديم الخدمات الصحيّة. يتجلّى ذلك من خلال أشكالٍ مختلفةٍ من المنظّمات غير الحكوميّة والمنظّمات المحليّة، سواء أكانت منظّمات/مبادرات قائمة على أسس مدنيّة، أو دينيّة، أومناطقية أو مهنيّة. إنّ الاحتياجات التي وثقتها هذه المنظّمات مدفوعةً بالطلبات الواردة للحالات الإنسانيّة للمرضى الذين يحتاجون إلى تدخّلات علاجيّة عالية التكلفة. ومع ذلك، تعزّز الإسهامات المهنيّة برامج الرعاية الوقائيّة والأوليّة بمستويات متفاوتةٍ من الكفاءة. وتجدر الإشارة إلى أنّ التباين على مستوى العمل المنظّم بين المجتمعات، داخل المناطق الخاضعة للسيطرة وعبرها، أمر بالغ الأهميّة. يعود ذلك إلى درجاتٍ متفاوتةٍ من التنظيم الذاتي، الذي يعتمد على الهياكل الاجتماعيّة المتفاوتة على نطاقٍ واسعٍ، إلى جانب القيادة، وموارد المجتمع المحلّي، والخبرة المهنيّة، والدعم الدولي، سواء أكانت من مجتمعات الشتات، أم الجهات المانحة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، من المهمّ ملاحظة أنّ الاعتماد على مثل هذه المنظّمات المجتمعيّة للتعويض عن الانكماش في خدمات الصحّة العامّة الحكوميّة، يختلف اختلافًا كبيرًا استنادًا إلى نشاط المنظّمات غير الحكوميّة الدوليّة المعنيّة بالصحّة في ردم هذه الفجوة. تُعدّ هذه الأخيرة أكثر تقدّمًا من الناحية التشغيليّة والماليّة من جهة، ومن مقدّمي الخدمات الرئيسيّين في شمال شرق سوريا وشمال غربها من جهةٍ أخرى، بعيدًا عن المناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة السوريّة، إذ تؤدّي الجمعيّات المدنية والخيريّة المحليّة دورًا أكبر في ردم هذه الفجوة الناجمة عن نقص خدمات الصحّة العامّة.

- من الجدير بالذكر أن منظّمة الصحّة العالميّة ووكالات الأمم المتّحدة الأخرى أدّت دورًا مهمًّا خلال مرحلة النزاع من حيث الحفاظ على أنظمة المعلومات مثل نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحّية ونظام الإنذار المبكر والاستجابة اللذان قدّما معلوماتٍ حيويّة حول الأنظمة الصحّية والمراضة. كما تدعم منظّمة الصحّة العالميّة مقدّمي الخدمات الصحّية المحليّين بالأموال والمعدات وتطوير القدرات. ويختلف دور هذه المنظّمة عبر المناطق الخاضعة للسيطرة، كونها تدعم بشكلٍ مباشرٍ وزارة الصحّة في المناطق الخاضعة

لسيطرة الحكومة السوريّة، بينما تعمل من خلال آليّات عابرة للحدود في المناطق الأخرى. في المقابل، تأثّر دور منظّمة الصحّة العالميّة ووكالات الأمم المتّحدة سلبًا بسبب التسويات المخلة مع الجهات الفاعلة السياسيّة التي أثّرت بدورها سلبًا على سياساتها وبرامجها. على سبيل المثال، جرى انتقاد استجابتها للزلزال في شباط/ فبراير 2023 على نطاقٍ واسعٍ، جرّاء اختلاف استجابتها اختلافًا كبيرًا بين المناطق المتضرّرة التركيّة والمناطق المتضرّرة السوريّة (جبّور وآخرون 2023).

سياسات الحرب المتعلّقة بالصحّة

شاركت أطرافٌ محليّةٌ وإقليميّةٌ ودوليّةٌ عدّة في امتداد مساحة النزاع وتأجيجه من خلال معارك مختلفةٍ شنّت على عدة جبهاتٍ، استُخدمت خلالها الأسلحة المحظورة بموجب القانون الدولي الإنساني بشكلٍ متكرّرٍ. ويتّسم هذا النزاع باستخدامٍ واسع النطاق للتكتيكات العسكريّة العشوائيّة التي أدّت إلى تدمير المدن وحصارها من دون أيّ ضمانٍ لحق المدنيّين في الحماية.

لقد أظهرت دراسة قياسية[12] أجراها المركز السوري لبحوث السياسات استنادًا إلى مسح الحالة الإنسانيّة لعام 2014، أنّ الحوكمة السياسيّة، ورأس المال الاجتماعي، والتعليم، واقتصاديات النزاع، والظروف المعيشيّة، والنزوح، هي المحدّدات الرئيسة للصحّة.

تعرّضت المحدّدات والنتائج الصحّية لأضرارٍ بالغة ومتفاوتة أثناء النزاع من خلال سياسات الحرب. فيما يلي سياسات الحرب الرئيسة المتعلّقة بالصحّة:

- تتحمّل الأطراف المتحاربة مسؤوليّة قتل مئات الآلاف من المقاتلين والمدنيّين باستخدام مختلف أنواع الأسلحة والذخيرة، بما في ذلك تلك المحظورة دوليًّا، مثل الأسلحة الكيماويّة. كما أُصيب ملايين السوريين بجروحٍ جرّاء النزاع، ومنهم مَن أصبح من ذوي الإعاقة، أو يعاني من أمراض مزمنة.
- يُعدّ كلّ من التعذيب، والاختطاف، والاعتقال التعسّفي، والاعتداء الجنسي، أداةً من الأدوات التي استخدمتها الأطراف المتحاربة لإخضاع "أعدائهم."
- تُعدّ العقوبة الجماعيّة هي سياسة أساسيّة مستخدمة أثناء النزاع، وفرضت عقوبات أكثر صرامة على مجموعات ومجتمعات ومناطق معيّنة. نظرًا إلى أنّ المناطق الخارجة عن سيطرة الحكومة هي الأكثر تضرّرًا من تدمير الخدمات الصحّية، فإنّ أنظمتها الصحّية أضعف وتعاني من أعباء صحية أكبر (المركز السوري لبحوث السياسات 2020).
- محاصرة المجتمعات المحليّة لمدّةٍ تصل إلى سبع سنوات، وحرمان السكان من الحدّ الأدنى من الظروف المعيشيّة اللائقة بما في ذلك الوصول إلى الخدمات الصحّية، والأدوية، والغذاء، والمياه، والطاقة. حيث عانى أكثر من مليوني سوري الحصارَ لفتراتٍ مختلفةٍ من الزمن.
- تغيير وظيفة النظام الصحّي من توفير الرعاية الصحيّة إلى خدمة الحرب و"المجتمعات الموالية،" أي تشويه المدوّنة الأخلاقيّة لقطاع الرعاية الصحيّة.
- اعتماد سياسات قائمة على التمييز، تمنع أشخاصًا معيّنين من خلفيّاتٍ سياسيّةٍ، أو إقليميّةٍ، أو ثقافيّةٍ، من الوصول إلى مرافق الرعاية الصحيّة أو الأدوية.

[12] استنادًا إلى الورقة الخلفيّة المقدّمة إلى مجلّة لانسيت – اللجنة الصحيّة التابعة للجامعة الأمريكيّة في بيروت المعنيّة بالصحّة والنزاع في سوريا.

- إعادة تخصيص الموارد من قطاعي الصحّة والحماية الاجتماعيّة للأنشطة المتعلّقة بحالات النزاع.
- نقل مسؤوليّة الرعاية الصحّية من الدولة إلى المجتمع المدني والقطاع الخاص والمنظّمات الإنسانيّة.
- رفعت الحكومة الدعم عن مختلف السلع الأساسيّة، ما أدّى إلى ارتفاع معدّل التكلفة بالنسبة إلى المنتجين والمستهلكين، وفاقم الحرمان.
- استهداف العاملين في مجال الرعاية الصحّية، ويشمل ذلك القتل، والخطف، والتعذيب من بين انتهاكاتٍ أخرى. يُعدّ العاملون في مجال الرعاية الصحيّة هدفًا مباشرًا في الحرب (بلانشت وآخرون 2016). قُتل ما لا يقلّ عن 914 من الموظّفين الطبّيين خلال الحرب في سوريا لغاية نوفمبر/ تشرين الثاني 2019، ومن بينهم 265 طبيبًا. كما قُتل ما يقرب من 55٪ في غارات جويّة أو قصف، بينما تعرّض 141 منهم للخطف، أو الاعتقال والقتل في وقتٍ لاحقٍ (أطبّاء من أجل حقوق الإنسان 2023).
- تدمير المرافق الصحيّة والبنية التحتيّة: أصبح استهداف المستشفيات العامة والعاملين في مجال الرعاية الصحّية سمةً مميّزة في استراتيجيّة الحرب السورية. بين شهرَي آذار/ مارس 2011 وآذار/ مارس 2020، أكّدت رابطة الأطباء من أجل حقوق الإنسان وقوع 595 هجومًا على 350 منشأة طبيّة مختلفة على الأقل (منظّمة الصحّة العالميّة 2020). توصف هذه الهجمات الممنهجة على المرافق الصحّية بأنّها تسليح للرعاية الصحّية، مع الحرمان المتعمّد لحاجة الناس وحقهم في الصحّة (فؤاد وآخرون 2017).
- النزوح القسري للفئات السكّانية: لقد أدّى النزاع إلى فرار أكثر من 6.6 مليون شخص من البلاد بحثًا عن الأمان في لبنان وتركيا والأردن وبلدان مضيفة أخرى. بحلول آب/أغسطس 2019، وصل عدد النازحين داخليًا إلى 6.7 مليون نازح (مفوّضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 2021)، وهو أكبر عدد من النازحين داخليًا في العالم نتيجةً لصراع معيّن. كما واجه اللاجئون أشكالاً متعدّدة من الظلم التي يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أبعاد: الدخول والحركة؛ التنمية البشرية؛ إضافةً إلى المكانة والصوت والتمثيل. على الرغم من أنّ الأبعاد الثلاثة مترابطة ومتداخلة، غير أنّ بحث كلّ منها يسمح بفهم أوجه الحرمان العديدة والمتزايدة التي يعانيها اللاجئون (المركز السوري لبحوث الدراسات 2020).
- تشويه الوصول إلى التعليم وجودته: لقد فقد الشعب السوري ملايين السنين من التعليم حيث بلغ عدد الأطفال (17-5 عامًا) غير المسجّلين في المدرسة عام 2019 2.4 مليون طفل. لا تزال النتيجة الحالية كارثية حيث سيعاني ملايين الأطفال من نقص في المهارات والمعارف، بالإضافة إلى تأثير النزاع. فهذا الأخير قد أدّى إلى عدم اتّساق المناهج الدراسية في كافة أنحاء سوريا، مع إنشاء نُظم تعليمية مختلفة في مناطق مختلفة تبعًا للسلطة الحاكمة (المركز السوري لبحوث الدراسات 2020).
- إلحاق الضرر بالعلاقات الاجتماعية: تدهور رأس المال الاجتماعي بشكل ملحوظ خلال فترة النزاع، ممّا يعكس تفاقمًا كبيرًا للظلم الاجتماعي حيث أضرّ ذلك بالثروة المتمثّلة في العلاقات الاجتماعية والقيم المشتركة، وأضرّ بالتكافل الاجتماعي، وحدَّ من قدرات الناس وإرادتهم. علاوةً على ذلك، أنشأ النزاع علاقات مشوّهة تقوم على كراهية الآخر ورفضه، وعدم التعاطف والتعاون والثقة.

- توسيع نطاق العنف القائم على النوع الاجتماعي وعدم المساواة: تُعتبر النساء من بين الضحايا الرئيسيين للصراع في سوريا. بالفعل، يتعرّضنَ لانتهاكات جسيمة تشمل القتل والاعتقال والخطف والعنف الجنسي والعمل في ظلّ ظروف قاسية وتزايد المسؤولية الاقتصادية. كما تأثّرت النساء بتواتر حوادث زواج القاصرات والزواج العرفي والاتجار وأشكال أخرى من الاستغلال. كما أنهنَّ يعانين من الإقصاء السياسي والاجتماعي والاقتصادي.

- العنف ضدّ الأطفال: لقد عانى الأطفال من عدد كبير من الانتهاكات الجسيمة خلال فترة اندلاع النزاع بما في ذلك القتل والإصابة والتعذيب. فهم يتعرّضون للخطف والتجنيد والتشريد وسوء المعاملة. كما يُحرم الأطفال من الحصول على الخدمات الصحية والتعليم وظروف المعيشة اللائقة (منظّمة الصحّة العالمية 2022). تشير هذه الأعباء الصحية الحالية التي تُثقل كاهلهم أيضًا إلى توقع معدّلات مراضة عالية في المستقبل.

- توسُّع اقتصادات النزاع: لقد تفاوت انهيار الدخل والإنفاق الفعليَّين عبر سوريا. إذ تزايدت أوجه عدم المساواة عبر المناطق وكذلك بين الانتماءات السياسية والنوع الاجتماعي والعمر وحالة النزوح والهويّات الثقافية والخلفيّات الاجتماعية والاقتصادية. على سبيل المثال، عانت المدن والمناطق المحاصرة من ضائقة شديدة لسنوات وتحكّم بها أمراء الحرب الذين يسيطرون على قنوات التهريب. كما لعبت الأطراف المتحاربة دورًا مباشرًا في حرمان المجتمع وتسهيل تكوين النخبة المعنيّة بالنزاع.

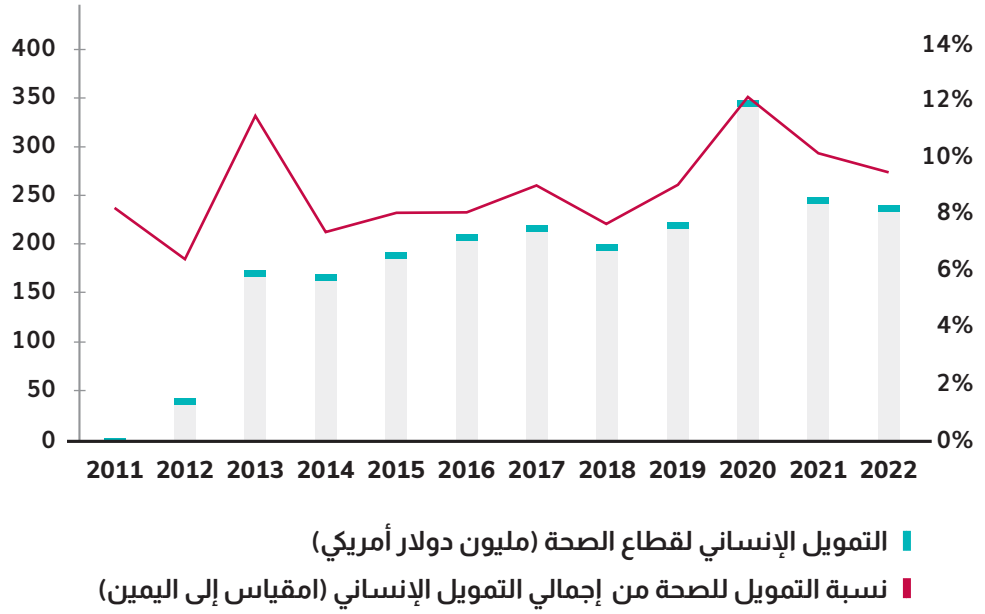
- تزايد نسبة الفقر العام: قدّر المركز السوري لبحوث السياسات أنّ معدل الفقر العام قد بلغ ذروته عند 89.4٪ بنهاية العام 2016. وانخفض معدّل الفقر بشكل طفيف إلى 86٪ في العام 2019 بفضل النمو الاقتصادي الإيجابي. ومع ذلك، في الربع الأخير من العام 2019، شهدت البلاد مزيدًا من التدهور الاقتصادي، قبل أن تعصف بها جائحة كوفيد-19، ممّا أدى إلى ارتفاع معدّلات البطالة وتكلفة المعيشة. هذا وتجاوز معدّل الفقر الإجمالي 93٪ في العام 2021 وتضاعفت فجوات الفقر بين عاميّ 2019 و2021 (المركز السوري لبحوث السياسات 2021).

- تزايد انعدام الأمن الغذائي: إنّ نسبة كبيرة من السوريين غير قادرين على الحصول على المواد الغذائية المغذّية بسبب مستويات الفقر المرتفعة والحرمان والسياسات العامة المجحفة والمؤسّسات التمييزية وانتشار اقتصاديات النزاع. وقد أظهرت نتائج دراسة أجراها المركز السوري لبحوث السياسات حول الأمن الغذائي في سوريا عام 2019 (المركز السوري لبحوث السياسات 2019) انخفاضًا حادًّا في الأمن الغذائي أثناء فترة النزاع بنحو 42٪ بين عاميّ 2010 و2018. وفي العام 2021، أكّد برنامج الأغذية العالمي أنّ 60٪ من السوريين يعانون من انعدام الأمن الغذائي.

- تدهور البيئة: يشكّل النزاع وكميّة ونوع الأسلحة المستخدمة تهديدًا بيئيًا خطيرًا للأراضي الصالحة للزراعة، حيث تسبّبت المواد السامّة في تلوّث التربة ممّا يؤثّر سلبًا على نوعية الأرض الزراعية وإمكانية زراعتها أو إنتاجيّتها. إلى ذلك، أدّى النزاع إلى إهدار الكثير من الموارد الطبيعية مثل الغابات والموارد المائية نتيجة للتدمير أو التخريب أو سوء الاستخدام، مثل قطع الأشجار للتدفئة أو حفر الآبار الارتوازية بطرق غير مستدامة. ويُؤثّر عاملا النفايات والتلوّث على الإمكانات طويلة الأمد للاستدامة البيئية وتولّد لا عدالة مع الأجيال في المستقبل (المركز السوري لبحوث السياسات 2020).

- الاعتماد على الدعم الإنساني: لقد أدّى النزاع إلى تدهور حادّ في خدمات الصحّة العامّة والتمويل الخاصّ بها. فعلى سبيل المثال، انخفض الإنفاق على الصحّة العامّة بنسبة 68٪ بالقيمة الفعليّة بين عاميّ 2010 و2020 (المركز السوري لبحوث السياسات 2021). وارتبط هذا التدهور بتزايد كبير في الاحتياجات الصحية، وزيادة الحاجة إلى الدعم الإنساني الدولي لقطاع الصحّة. في هذا الصدد، واستنادًا إلى خدمة التتبُّع المالي التابعة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (2022 ب)، تمّ توجيه حوالى 2.3 مليار دولار أميركي إلى قطاع الصحّة بين العام 2011 و2022، ما يمثّل 9.3٪ من إجمالي التمويل الإنساني المقدّم إلى سوريا من خلال برامج الاستجابة الإنسانية منذ العام 2011 وصولاً إلى العام 2022 (شكل 11). تلقّت منظّمات الأمم المتّحدة حوالى 50٪ من أموال قطاع الصحّة، حيث تلقّت منظّمة الصحّة العالمية 29٪ من التمويل للصحّة، تليها اليونيسف (11٪)، وصندوق الأمم المتّحدة للسكّان (5٪)، ومفوّضية الأمم المتّحدة السامية لشؤون اللاجئين (1٪). أمّا النصف الآخر من تمويل الرعاية الصحية فقد تمّ استلامه من قبل المنظّمات غير الحكومية الدولية والمنظّمات غير الحكومية وفي طليعتها الجمعية الطبية السورية الأمريكية (4٪) (SAMS)، وصندوق الإغاثة الإسلامي (3٪)، واتّحاد منظّمات الإغاثة والرعاية الطبية (2٪) (UOSSM) (مفوّضية الأمم المتّحدة السامية لشؤون اللاجئين 2022). بالإضافة إلى ذلك، استفاد قطاع الصحّة أيضًا من الأموال الموجّهة إلى القطاعات المشتركة. فقد بدَّل النزاع دور الجهات الفاعلة في النظام الصحّي مع تراجع دور القطاع العام وتوسُّع القطاع الدولي (وكالات الأمم المتّحدة والمنظّمات غير الحكومية الدولية)، بالإضافة إلى توسُّع دور المنظّمات غير الحكومية المحلية والقطاع الخاص.

شكل 11. التمويل الإنساني لقطاع الصحة في سوريا، 2011-2022



المصدر: مكتب الأمم المتّحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2022 ب، "خدمة التتبُّع المالي"

الخلاصة

تدرس هذه الورقة البحثية الصحّة العامّة كحقّ أساسيّ من حقوق الإنسان وأحد جوانب القدرات البشرية (كما حدّدها سن 1999) ضمن السياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي في فترة النزاع المسلّح في سوريا. لقد حلّلت الورقة تداعيات وديناميّات النزاع على الحقّ في الصحّة من خلال تقييم النتائج الصحية، والأثر على النظام الصحّي، والسياسات المرتبطة بالصحّة في فترة النزاع، والمحدّدات الصحية.

تسلّط الورقة الضوء على كيف أنّ الأطراف المتحاربة عمِدت إلى استهداف الصحّة العامّة، وتشويه النظام الصحّي، وإعادة تخصيص الموارد المادية وغير المادية لغير الرعاية الصحية من أجل إذكاء نيران الحرب. لقد دمّرت المؤسّسات المتمحورة حول النزاع العديد من المحدّدات الصحية، مثل الحوكمة، ورأس المال الاجتماعي، والرفاهية، وظروف المعيشة، والأمن الغذائي، والاستدامة البيئية. كما تنقسم السلطة السياسية بين العديد من الجهات الحكومية وغير الحكومية وأصبحت "عدوّة للصحّة العامّة." بالإضافة إلى ذلك، كان العديد من الجهات الفاعلة الإقليمية والدولية المنخرطة في النزاع المسلّح متواطئاً في مفاقمة تدهور الصحّة العامّة.

لقد شمل عبء النزاع على الصحّة العامة القتل، والإصابات، والإعاقة. إلى ذلك، تبرز حالات مَرضيَّة خطيرة مثل الأمراض العقلية وسوء التغذية والأمراض المعدية. هذا وشهد النظام الصحّي خللاً شديدًا في الحوكمة. كما أثّر كلّ من الدمار وقلّة الصيانة والاستثمارات سلبًا على البنية التحتية، بما في ذلك محطّات وشبكات الطاقة والمياه والشركات والمباني السكنيّة والطرقات. وسجّل رأس المال البشري خسائر هائلة، حيث تمّ استهداف العاملين الصحيّين من قبل الأطراف المتحاربة وغادر عدد كبير منهم من البلاد. كما شهد النظام الصحّي نقصًا في التمويل العام والإنساني. وأخيرًا، عانى النظام من نقص في الإحصاءات الكافية والحديثة.

سيؤثّر الإضرار بالقدرات الصحية للسكّان على مستقبل التنمية في سوريا لأجيال قادمة، حيث فقدَ معظم السوريّين عناصر جوهرية متفاوتة من صحّتهم ورفاهيّتهم، ممّا سيؤثّر على دورهم. لذلك، من الضروري إجراء بحوث إضافية حول الأعباء الصحيّة وإعطاء الأولوية للسكّان الأكثر تضرّرًا في جميع السياسات والتدخّلات.

يجب ربط كافة السياسات والبرامج المرتبطة بالقدرات الصحيّة باستراتيجية طويلة الأمد تعالج الأسباب الجذرية للصراع، حيث يمكن للمؤسّسات الاقصائية وغير الفعّالة والظلم الاجتماعي والاستغلال الاقتصادي وسيادة القانون والمساءلة الضعيفتَين إعادة إنتاج النزاع مرّة أخرى.

لقد خلق النزاع آليّات تُتيح العنف والظلم والانتهاكات. لذلك، يجب أن تعمل الاستراتيجية المؤسّسية المطلوبة على تفكيك أسس العنف والاستثمار في سياسات بناء السلام. سيعتمد مستقبل الصحّة في سوريا على المشاركة العادلة للمجتمعات التي تعاني من الحرمان وتحمل الدولة والمجتمع المدني والقطاع الخاص مسؤولياتهم.

تُشكّل الصحّة والرفاهية جوهر كرامة الإنسان وتمكن من ازدهار المجتمعات.

وعليه يجب أن تركز السياسات والتدخلات العامّة المرتبطة بإعادة الإعمار في سوريا على تعزيز العدالة الصحية والحدّ من الفوارق الصحية من خلال إعادة بناء المؤسّسات الاجتماعية والبنية التحتية. تساعد الأدلّة المتوفّرة في تحديد: (1) الفئات السكّانية الأكثر هشاشة (نتيجة اللامساواة الصحية) وتقترح إعطاء الأولوية لإعادة بناء الرعاية الصحية في المناطق الأكثر تضرراً ومعظمها التي كانت خارج سيطرة الحكومة، (2) المحدّدات الاجتماعية الأساسية للصحّة، والتي هي متجذّرة في السياقَين السياسي والاجتماعي وتشير إلى أن الحدّ من التمييز والنهوض برأس المال الاجتماعي والفرص الاقتصادية والتعليم قدرة استثنائية على تقليص الحرمان واللامساواة الصحية.

لن تنجح خدمات الرعاية الطبية والبنية التحتية المحسّنة وحدها في تحقيق مكاسب على صعيد صحّة السكّان أو جودة الحياة، بل سيعتمد مستقبل الصحّة في سوريا على المشهد الاجتماعي والسياسي المحيط بها. يُعتبر العمل على المحدّدات الاجتماعية للصحة عملية سياسية يجب أن تُشرِك إرادة المجتمعات المحرومة مع تحمل الدولة لمسؤولياتها.

في ما يلي بعض السياسات الرئيسية المختارة لاستهداف هذه القضايا المجتمعية المتفاعلة وتحسين صحّة السكّان:

• استعادة الأمن من خلال الاستثمار في إعادة بناء المؤسّسات الاجتماعية التي تعزّز التماسك الاجتماعي، وإشراك المرأة في الشأن العام، وبناء الثقة، والتضامن المجتمعي، ونُظم المعاملة بالمثل. تُشكّل إعادة الإعمار المدفوعة بالاعتبارات المجتمعية إحدى الآليات لإرساء التنمية البشرية والمجتمعية في فترة ما بعد النزاع (فيرون وآخرون 2009). ينبغي على صانعي السياسات توسيع فهمهم للتهديدات الأمنية وتوسيع نطاق الحماية الأمنية من منظور ضيّق يُركّز على منع استخدام الألغام الأرضية والإرهاب إلى التركيز على العلاقة بين العلاقات الاجتماعية والأمن الشخصي والرفاهية.

• تحويل المؤسّسات القمعية. يتطلّب الفهم الواسع لاحتياجات الأمن البشري مزيدًا من الجهود لتحويل المؤسّسات القمعية المتمحورة حول النزاع وإنشاء منصّة لإنهاء النزاع من خلال تسوية عادلة ومستدامة تضمن الحوكمة الديمقراطية والشاملة والتصدّي لأسس النزاع.

• إرساء وتطبيق حكم القانون الذي يحمي جميع الناس. من المهمّ مكافحة ومنع التعذيب والسجن والاختفاء الذي يرعاه النظام والجهات الفاعلة، لما لذلك من تداعيات سلبية واضحة على الصحّة الجسدية والعقلية للضحية والمجتمع. وهذا يشمل تحويل توزيع السلطة داخل المجتمعات لتستفيد الفئات المحرومة والحدّ من التمييز بين المجتمعات المحلية من أجل إعادة بناء ثقة المجتمع في الأنظمة السياسية.

• تُمهّد إعادة بناء اقتصاد منتج وشامل مع فرص متكافئة الطريق لظروف معيشية صحية ولائقة للأطفال ويُكافح الديناميات الاقتصادية للصراع. يُعدُّ الحقّ في العمل اللاّئق والأمن الغذائي وظروف المعيشة اللاّئقة من المحدّدات الحاسمة لاستدامة اقتصاد عادل ومنتج.

• دمج الصحّة مع القطاعات الأخرى وإعطاء الأولوية للأشخاص الأكثر تضرّرا أثناء فترة النزاع. وهذا يتطلّب إعادة الاستثمار في نظام صحّي فعّال وعادل ضمن السياق السياسي والاجتماعي وضمان التكامل بين الصحّة والمشهد التنموي

الشامل.

• يُوفّر تحسين وظيفة المنظّمات غير الحكومية ومنظّمات المجتمع المحلّي، خاصّةً تلك المتمحورة حول السكّان، فرصًا لتحفيز استجابات صحيّة مجتمعيّة أكثر تكيّفًا ونتائج صحيّة أفضل. ويبرز عدد كبير من المبادرات العفوية استجابةً للأزمات. من الضروري تسخير التوجّهات التنظيمية، وتمكين المنظّمات المجتمعية، وإضفاء الطابع المؤسّسي عليها في عمل مجتمعي منظّم أكثر ديمومة. يمكن استخدام مثل هذه المبادرات لتحفيز الأدوات التنظيمية للمجتمعات لتعزيز فهمها للأسباب الجذرية لاحتياجاتها من خلال إنتاج المعرفة وتطوير أدوات صنع القرار لتصميم برامج عملية تعالج الأسباب الجذرية الملائمة لتحقيق عوائد طويلة الأمد على مستوى المجتمع بأسره. وسيساعد التقدّم المحرز في هذا الاتّجاه على تعزيز الإنصاف واستعادة مفاهيم الحقوق الاجتماعية بشكل تدريجي، بما في ذلك الصحّة.

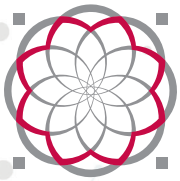
• الاستثمار في رأس المال البشري لقطاع الصحّة وتسهيل عودة العاملين الصحيّين النازحين وتطوير الروابط مع المتخصّصين في الاغتراب. هذا الأمر يتطلّب ضمان حماية العاملين الصحيّين والمرافق الصحية.

المراجع

- Abbara, A., Rayes, D., Fahham, O., et al. 2020. "Coronavirus 2019 and Health Systems Affected by Protracted Conflict: The Case of Syria." International Journal of Infectious Diseases, 96:192–5.
- Assistance Coordination Unit. 2023. "Humanitarian Situation in North-West Syria Following the Devastating Earthquake." Link.
- Blanchet, K., Fouad, M. F., Abbara, A., & Sahloul, Z. M. 2016. "The Effects of Conflict on Syria's Health System and Human Resources for Health." World Health & Population, 16(01):87-95.
- Central Bureau of Statistics. 2012. "Statistical Yearbook of Syria 2011."
- Central Bureau of Statistics. 2011. "Health Expenditure Survey 2010." Damascus.
- Central Bureau of Statistics. 2009. "Household Health Survey in Syria."
- Cohn, T.H., & Hira, A. 2020. "Global Political Economy: Theory and Practice." 8th ed. Routledge.
- Fearon, J.D., & Weinstein, J.M. 2009. "Can Development Aid Contribute to Social Cohesion after Civil War? Evidence from a Field Conflict Liberia."
- Fouad, F.M., Sparrow, A., Tarakji, A., et al. 2017. "Health Workers and the Weaponisation of Healthcare in Syria: A Preliminary Inquiry for The Lancet–American University of Beirut Commission on Syria." Lancet, 390(10111): 2516-2526.
- Health Cluster & World Health Organization. 2022. "Syrian Arab Republic: Public Health Situation Analysis (PHSA) Long-form | Last update: 18 August 2022." Link.
- HeRAMS. 2020a. "Public Hospitals in the Syrian Arab Republic." Annual report, WHO.
- HeRAMS. 2020b. "Public Health Centres in the Syrian Arab Republic." Annual report, WHO.
- Higher Commission for Scientific Research. 2011. "Health Sector Research Strategy 2011-2020," (Unpublished document, in Arabic). Damascus.
- iMMAP. 2021. "Syria: COVID-19 Situation Analysis." Link.
- Jabbour, S., Abbara, A., Ekzayez, A., Fouad, F.M., Katoub, M., & Nasser, R. 2023. "The Catastrophic Response to the Earthquake in Syria: The Need for Corrective Actions and Accountability." Lancet, 401(10379): 802-805.
- Doctors without Borders (MSF). 2021. "Responding to COVID-19; Global Accountability Report 5."
- Nasser, R., & Dukmak, A. 2022. "Syrian Conflict and Health Capabilities," part of a report titled "Syrian Trade, Health and Industry in Conflict Time (2011-2021): A Study on the Impact of War, Public Policies and Sanctions." Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS): Syria/Iraq Office. Link.

- Physicians for Human Rights. 2023. "Medical Personnel are Targeted in Syria." Link.
- Planning and International Cooperation Commission of Syria. 2006. "The 10th Five Year Plan," Chapter 20. Damascus.
- REACH. 2023. "Earthquake Response Rapid Needs Assessment – 15 February 2023 | Northwest Syria." Link.
- Reliefweb. 2017. "Syria: Polio Outbreak." Link.
- Save the Children. 2017. "Invisible Wounds." Link.
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. 2018. "Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchendenaus Syrien, Irak und Afghanistan." WIdOmonitor, 15(1):1–20.
- Sen, A. 1999. "Development as Freedom." Oxford University Press.
- Syrian Center for Policy Research. 2016. "Forced Dispersion, Syrian Human Status: The Demographic Report." Beirut.
- Syrian Center for Policy Research. 2017. "Social Degradation in Syria." Beirut.
- Syrian Center for Policy Research. 2019. "Health Determinants during the Conflict in Syria: Empirical Study". A background paper submitted to the Lancet-AUB Commission on Health and Conflict in Syria.
- Syrian Center for Policy Research. 2020. "Justice to Transcend Conflict." Beirut.
- Syrian Center for Policy Research. 2022. "Socioeconomic Surveys 2020 and 2021." Beirut.
- Syrian Center for Policy Research. 2022b. "SCPR Monthly Consumer Prices Index 2020-2022." Beirut.
- The World Bank. 2022. "World Development Indicators." The World Bank: Washington DC.
- UNHCR. 2023. "Emergency appeal: Syria emergency." Link.
- UN-OCHA. 2018. "Syria Crisis: Northeast Syria: Situation Report." No 27. August. Link.
- UN-OCHA. 2023. "North-West Syria: Situation Report." Link.
- UN-OCHA. 2022a. "United Nations Resident and Humanitarian Coordinator in Syria, Imran Riza, statement on the outbreak of cholera in Syria, 12 September 2022." Link.
- UN-OCHA. 2022b. "Financial Tracking Service." Link.
- World Health Organization (WHO). 2022. "Syrian Arab Republic: Public Health Situation Analysis (PHSA)." Long-form | Last update: 18 August.
- World Health Organization (WHO). 2017. "Healthcare a Casualty of 6 Years of war in the Syrian Arab Republic." Link.
- World Health Organization (WHO). 2008. "Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health." CSDH Final Report. Geneva.

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd
Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل **شبكة المنظّمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية** في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظّمة مجتمع مدني من خلفيّات مختلفة) و 25 عضو من منظّمات غير حكوميّة.

ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

تهدف كليّة العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركيّة في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسارٍ للصحّة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحّة السكان.

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