الأسئلة المهمة في التهجير القسري والصحة

ملخص تنفيذي | يونيو/حزيران 2022

مجموعة البنك الدولي
UNHCR
UKaid من الشعب البريطاني
بناء الأدلة حول النزوح القسري

COLUMBIA | MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

الإهداء

نهدي هذا التقرير لزميلتنا في البنك الدولي آكا باندي. كانت آكا شغوفة بمنح صوت لمن لا صوت لهم، وأصبحت إلهاماً لعملنا. توفيت آكا بشكل مفاجئ في يوليو 2018، لكن تفانيها بمنح الكرامة والعدالة لمن لا صوت لهم سيبقى خالداً في هذه الصفحات.

ملخص تنفيذي

إن تدفق أعدادٍ كبيرةٍ من اللاجئين والنازحين داخلياً يمكن أن يشكل تحدياً كبيراً للأنظمة الصحية حتى في أكثر الأماكن تطوراً. تتأثر الأنظمة الصحية بشكل كبير في السياقات الهشة أو المتأثرة بالنزاع إذ تزداد فيها أعباء الأنظمة الصحية. يتعامل شركاء التنفيذ العالميين مع هذه التحديات التي قد تطرأ أثناء عملية الاستجابة لحالات الطوارئ الإنسانية عبر بناء أنظمة موازية لتقديم الرعاية الصحية للنازحين. ومع ذلك، وحين يستقر النازحون داخل المجتمعات المضيفة القائمة في الأزمات الممتدة، يصبح من الضروري الانتقال من الاستجابة الإنسانية في «المرحلة الحادة» إلى الدعم الإنمائي، ويتطلب هذا تنسيقاً دقيقاً مع النظام الصحي الوطني لتجنب خلق قصور وفجوات في الخدمة أو تفاقم في عدم المساواة.

استوحى مشروع *الأسئلة المهمة في النزوح القسري والصحة* موضوعه من أرض الواقع الذي يعيش فيه أكثر من 78 بالمائة من جميع اللاجئين حالياً في أوضاع لجوء مطولة، ويقصد بذلك النزوح الذي يستمر لمدة خمس سنوات متتالية على الأقل (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 2021 ب). يدعو الميثاق العالمي بشأن اللاجئين، الذي اعتمدته 181 دولة في عام 2018، إلى توسيع وتحسين جودة الأنظمة الصحية الوطنية لتسهيل وصول اللاجئين والمجتمعات المضيفة إلى الخدمات الصحية، ويشتمل ذلك على بناء وتجهيز المرافق الصحية وتعزيز الخدمات (الجمعية العامة للأمم المتحدة 2018).

انبثق مشروع *الأسئلة المهمة* من حاجة الجهات الفاعلة، الدولية منها والوطنية، التي تشارك في قيادة وتمويل الاستجابات الصحية في حالات النزوح المطول إلى التوجيه في مجال السياسات وتوفير البرامج المناسبة. سعينا خلال هذا البحث إلى تحديد الأساليب المثلى التي تستجيب للاحتياجات الصحية للسكان النازحين مع تعزيز النظم الصحية للمجتمعات المضيفة، كما دعّمنا إجاباتنا بتحليل يوضح الاتجاهات الاقتصادية والديموغرافية والوبائية.

يركز التقرير على سياقات جغرافية واجتماعية وديموغرافية مختلفة في البلدان التي تعاني من أوضاع هشة وينتشر فيها الصراع والعنف والتي تتعامل مع نزوح طويل الأمد. يطرح هذا التقرير الأسئلة الرئيسة التالية:

- ما هي المناحي العامة للاحتياجات الصحية المرتبطة بالسكان النازحين قسراً والمجتمعات المضيفة ضمن سياقات مختلفة بعيدة عن الاستجابة الأولية للطوارئ؟ وما هي أوجه التشابه والاختلاف بينهما؟

- ما الأدلة التجريبية المتوفرة والممارسات الجيدة المتاحة التي بإمكانها مساعدة البلدان المضيفة وشركاء التنمية على التأهب بشكل أفضل، وتطوير آليات لتحديد الخدمات الصحية وتحديد أولوياتها وتخطيطها وتقديمها بشكل منهجي على جميع مستويات الرعاية لكل من المجتمعات المضيفة والسكان النازحين؟

- ما الآليات الأكثر فعالية من حيث التكلفة لتمويل الخدمات الصحية للسكان النازحين قسراً والمجتمعات المضيفة على حد سواء؟

منهجيـة البحـث

اتبع مشروع *الأسئلة المهمة* نهجاً يتضمن مزيجاً من الأساليب البحثية ووظفها في أربعة بلدان هي: بنغلاديش وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية والأردن. تم اختيار هذه البلدان دوناً عن غيرها لأنها تعكس مجموعة متنوعة من السياقات التي تشكل آلية تقديم الخدمات الصحية وتمويلها وقد تؤثر عليها، بما في ذلك: طبيعة منطقة تقديم الخدمات (المخيمات، المناطق الريفية، المناطق والحضرية)، نوعية المزود (منظمة غير حكومية، نظام صحي محلي)، حالة الدولة المضيفة (في صراع نشط، وضع هش، حالات ما بعد الصراع)، مستوى الدخل (بلدان ذات دخل منخفض، بلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، بلدان مرتفعة الدخل المتوسط)، وطبيعة النزوح (اللاجئون والنازحون داخلياً). يعكس الاختيار الواعي للعينة تنوع المناطق الجغرافية واختلاف السياسات الوطنية المطبقة تجاه اللاجئين والنازحين كما يأخذ إمكانية توفر البيانات في الاعتبار. عملت مجموعة من الجامعات بقيادة برنامج الهجرة القسرية والصحة التابع لجامعة كولومبيا، بما في ذلك الجامعة الأمريكية في بيروت، وجامعة براندیز، وجامعة جورج تاون، وجامعة لوس أنديس على إنجاز هذا البحث.

تتألف كل دراسة من مراجعة أدبية وتحليل لمجموعات من البيانات الوبائية والديموغرافية التي جُمعت من مصادر ثانوية. أجرت فرق البحث في كل دولة مناقشات المجموعات البؤرية (FGDs) أو مقابلات معمقة عبر الهاتف مع أفراد نازحين وآخرين من المجتمع المضيف، بالإضافة إلى تقييم للمرافق الصحية التي تم اختيارها بشكل غير عشوائي، ومقابلات شبه منظمة مع المستجيبين الرئيسيين. تضمنت تقييمات المرافق الصحية استبياناً معيارياً تم تعديله ليتوافق مع السياقات المحلية، ويهدف ذلك إلى جمع البيانات حول مؤشرات الأنظمة الصحية وتكلفتها. تم اختيار المرافق الصحية بناءً على عوامل مختلفة، بما في ذلك نوع الخدمة المقدمة (الرعاية الأولية والثانوية والمتخصصة)؛ السكان الذين تقدم لهم الخدمات الصحية (مضيف، نازح، أو كلاهما)؛ والبيئة (المخيم،

المناطق الريفية، أو المناطق الحضرية)، وإمكانية التنفيذ. لا تصلح تقييمات المرافق الصحية لأن تكون ممثلة على الصعيد الوطني أو أن تكون شاملة؛ في الأحرى، يكمن الهدف منها في تقديم لمحة سريعة عن مدى سعة وجاهزية المرافق على مستوى النازحين والمجتمعات المضيفين. وبالمثل، فإن التوزيع الريفي / الحضري، والمخيمات / خارج المخيمات، والتوزيع حسب الجنس للأفراد الذين شاركوا في مناقشات المجموعات البؤرية والمقابلات المعمقة والتقييمات المرافق الصحية تختلف باختلاف البلد. ويساعد ذلك في تكوين لمحة سريعة عن السمات الرئيسية لحالة النزوح في كل سياق. لم نستطع إجراء تقييمات المرافق الصحية في بنغلاديش نظراً للقيود اللوجستية. أخيراً، تهدف المقابلات مع المستجيبين الرئيسيين إلى عرض مختلف وجهات النظر حول النظم الصحية والتمويل من المسؤولين الحكوميين والجهات المانحة والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني وموظفي المرافق الصحية وقادة المجتمع.

أجرينا مراجعات أدبية شملت الدراسات الأكاديمية والمنشورات غير الرسمية لتحديد نتائج الدراسات في كل بلد ووضع أطر لتفسير النتائج. تناولت هذه المراجعات تفاعل الأنظمة الصحية الإنسانية والوطنية والعاملين في القطاع الصحي ضمن السياقات الإنسانية. علاوة على ذلك، تضمنت أيضاً المعلومات الوبائية والديموغرافية ضمن سياق إنساني.

تأثيــر كوفيد- 19

أثرت جائحة كورونا على كل من الجدول الزمني للمشروع وقابلية تنفيذ بعض المناهج البحثية (على سبيل المثال، حدت الجائحة من قدرتنا على الوصول إلى بعض المرافق الصحية في كولومبيا واضطررنا إلى إجراء المقابلات المعمقة عبر الهاتف عوضاً عن عقد مناقشات المجموعات البؤرية). بعد استشارة البنك الدولي، قررنا أن نبقي تركيزنا على الأسئلة البحثية الرئيسية التي كُلف بها هذا المشروع (مع إضفاء بعض التعديلات على أدواتنا البحثية)، وفي الوقت ذاته أنشأنا سلسلة من ملخصات تبادل المعارف التي نظرت إلى التحديات الوبائية المحددة للنظم الصحية والتمويل الصحي في البيئات الإنسانية. تطرقت موجزات تبادل المعرفة المنشورة إلى: الوقاية من الآثار الصحية غير المباشرة لـكوفيد– 19 والتخفيف من حدتها، والوقاية من العنف الأسري في سياق جائحة كوفيد- 19، إضافة إلى التعرض إلى البعد المتعلق برأس المال البشري عند الاستجابة لوباء كوفيد- 19 في أماكن النزوح القسري، وتأثير الجائحة في كولومبيا على الاستفادة من الخدمات الطبية من قبل الفنزويليين النازحين والمواطنين الكولومبيين (برنامج الهجرة القسرية والصحة (برنامج الهجرة القسرية والصحة بدون تاريخ؛ روي وآخرون. 2020؛ لاو وآخرون. 2020؛ أودي وآخرون. 2020؛ شيبرد وآخرون.2021)، هذه الملخصات متاحة للقرّاء على موقع برنامج الهجرة القسرية والصحة في القسم المعني بالتركيز على كوفيد- 19 والنزوح، وصفحة الويب الخاصة بالبنك الدولي المعنية ببناء الأدلة بشأن النزوح القسري.

النتـائج الرئيسيـة

من المهم أن نلاحظ في البداية أن النهج المنظم أو الموحد من قبل الأطراف الفاعلة، الدولية منها والوطنية، غير قادر على استيعاب تنوع السياقات السياسية والقدرات المحدودة المجتمعات المضيفة المختلفة. ومع ذلك، توصلنا إلى العديد من النتائج الرئيسية التي برزت في المواقع الأربعة التي تطرق البحث في دراستها وستجدونها مذكورة أدناه.

أهميـة التخطيـط والإدمـاج

يُنصح الممارسون الصحيون الإنسانيون والحكومات الوطنية والمانحون الدوليون بمباشرة التخطيط مبكراً لاحتمالية امتداد أزمة النزوح، ويتطلب ذلك حلولاً مستدامة وطويلة الأجل - على الرغم من أن ذلك قد يكون غير مستساغاً سياسياً-. يجب أن يبدأ التخطيط من المراحل الأولى للأزمة، بمجرد انقضاء الضرورة الملحة لإنقاذ الأرواح. يمكن أن يوفر النهج المتكامل للرعاية الصحية فوائد محتملة في جميع المجالات من حيث التخطيط والاستدامة، وفعالية التكلفة، واستمرارية الرعاية لكل من السكان النازحين والمضيفين.

ومع ذلك، لا تصلح كل حالة لتكون مقاربة متكاملة، ويظل دور المنظمات الإنسانية غير الحكومية حاسماً في بعض السياقات السياسية - لا سيما عندما تكون الحكومة المعنية طرفاً في النزاع -. كما أن هشاشة الدولة تعقّد وقد تحد من آفاق الاندماج، ويعود ذلك إلى ضعف مؤسسات الدولة، وتفشي الفساد، ونقص الموارد، وانعدام الأمن. تؤدي هذه العوامل كلها إلى تقويض الثقة وتقليل الوصول إلى الرعاية الصحية، ولاحظنا هذا بشكل أكثر وضوحاً أثناء عملنا في جمهورية الكونغو الديمقراطية. وعلى الرغم من هذه التحديات، فقد أثبتت التدخلات المعنية بتحسين الأنظمة الصحية فعاليتها حتى في بعض البيئات الهشة (بال وآخرون، 2019.) عدا عن أنها تلعب دوراً في النهوض بالرعاية الصحية للمجتمعات المضيفة والنازحين.

تؤكد النتائج التي توصلنا إليها على أهمية إجراء تحليل سياقي دقيق في مرحلة مبكرة من أي أزمة وبشكل مستمر، والذي بدوره يفتح الآفاق أمام اتباع نهج متكامل في المستقبل. تعد الريادة في العمل الإنساني أمراً بالغ الأهمية، حيث يتطلب الوصول إلى نهج متكامل التشاور والتواصل والتنسيق الوثيق مع الجهات الفاعلة الوطنية بما في ذلك الحكومة، وذلك لتكييف وتوجيه استجابة القطاع الإنساني.

فهم الاحتياجات الصحية لكل من المجتمعات المضيفة والنازحين

يعد الوصول إلى بيانات ديموغرافية ووبائية دقيقة بشكل سريع ضرورياً لتطوير فهم أعمق للنازحين والسكان المضيفين وتوقع احتياجاتهم والتخطيط لها. من المعروف أن بعض المجموعات الديموغرافية (النساء، والأطفال، وكبار السن، والمثليات، والمثليين، ومزدوجي الميل الجنسي، والمتحولين جنسياً، والأشخاص ذوي الإعاقة) يعانون من أخطار إضافية أثناء النزوح (كلوغمان 2022؛ مجموعة البنك الدولي الثانية). وجدنا أثناء مراجعتنا شحاً في البيانات الديموغرافية والوبائية التي كانت شاملة بما فيه الكفاية من ناحية النطاق ومصنفة بشكل مناسب حسب حالة الهجرة أو بدائل منطقية أخرى (أي الجنسية، المنطقة الإدارية، إلخ. حسب السياق)، وبالكاد وجدنا بيانات كافية لإجراء تحليلات تقاطعية تشمل الفئات المستضعفة من النازحين والمجتمعات المضيفة.

بذلت كولومبيا مقارنة بغيرها جهوداً واعدة في هذا المجال، حيث سهلت أنظمة البيانات والسجلات الوطنية الخاصة بها إجراء مقارنات متنوعة بين السكان المضيفين والنازحين. يجدر الذكر أن استمرار القيود اللوجستية على التسجيل قد يؤدي إلى تكون ثغرات كبيرة لمدى فهمنا للاحتياجات الصحية. كانت مصادر البيانات على مستوى السكان غير مكتملة في جمهورية الكونغو الديمقراطية ولم تفرّق إلى حد كبير بين السكان المضيفين والنازحين، مما يتطلب استخدام مقاربة مرتبطة بالجغرافيا كبديل لحالة الهجرة. يوضح الأردن طريقة جمع الموارد الدولية والوطنية والاستفادة منها كجزء من عملية الاستجابة للنزوح، حيث قامت دائرة الإحصاءات العامة بتكييف الأدوات القياسية بشكل فعال، واستخدمت المسوح الديموغرافية والصحية لجمع البيانات من السكان المضيفين والنازحين بشكل يميز بين بيئات المخيم وغيرها. قدمت بنغلاديش نهجاً مجزأ وأكثر كلاسيكية إذ قدمت مصادر بيانات منفصلة تماماً عن السكان المضيفين والنازحين. هذا يحد من ظهور الروهينجا في مجموعات البيانات الوطنية، ويخلق تحديات لإجراء المقارنات الطولية والمقارنات مع السكان المضيفين.

ففي حالة مثلى، سيتم اتباع نهج بيانات كامل خلال المرحلة الأولية للاستجابة الإنسانية على الأقل، ويتضمن ذلك تنسيق وجمع البيانات الديموغرافية والوبائية الشاملة بمرور الوقت للمجتمعات النازحة والمضيفة، وذلك بغرض زيادة المعلومات حول احتياجات السكان الصحية واستجابات النظم الصحية الشاملة. من المهم توقع الزوايا التي تختلف بها فئات التصنيف المجدية (العمر والجنس

وما إلى ذلك) حسب السياق والنظر إلى إمكانية دمجها في الأدوات الحالية لجمع البيانات الطولية، كالتعدادات والمسوحات الوطنية (على سبيل المثال، يمكن أن يكون العمر بمثابة بديل لعبء الأمراض المزمنة المحتمل). يمكن أن توفر البيانات الطولية المتعلقة بالفروقات بين الجنسين معلومات إضافية وأساسية حول الأثر الجندري للنزوح طويل الأمد. حتى في المناطق التي تتوفر فيها البيانات على المستوى الوطني، هناك حاجة إلى مزيد من العمل لتوثيق تجارب السكان النازحين والمضيفين بمرور الوقت، لا سيما أولئك المقيمين في مناطق غير آمنة، وغالباً ما يكون جمع البيانات فيها منعدماً كلياً.

من الجدير بالذكر أن البيانات المتعلقة بالنازحين داخلياً لا تخلو من ثغرات معينة، بما في ذلك ندرة البيانات الطولية. يعتمد النازحون داخلياً إلى حد كبير على قدرة الحكومة ومدى إرادتها السياسية لإحصائهم ومساندتهم. تقدم كولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية مرة أخرى صوراً مختلفة كلياً عن الجهود التي تبذلها الحكومة في تسجيل وتمثيل السكان النازحين داخلياً.

الفجـوات الصحـيـة

لقد حدد البحث الفجوات الموجودة في كافة أنواع الاحتياجات الصحية، بما في ذلك في الرعاية الوقائية والأولية في البلدان الأربعة التي تمت دراستها، وسلط بحثنا الضوء على ثلاث فجوات رئيسية - إدارة الأمراض المزمنة، والرعاية المتخصصة، وخدمات الصحة النفسية - والتي حظيت بالقليل من التدخلات واسعة النطاق الفعالة المقدمة للسكان المضيفين والنازحين. مع أن هناك مبادرات مستمرة لتلبية هذه الاحتياجات، إلا أن هناك حاجة إلى زيادة التوسع في التدخلات الفعالة، وبطبيعة الحال سيكون النهج المتكامل ضرورياً نظراً لقدرته على تقديم فوائد كثيرة لكل من السكان المضيفين والنازحين (فاين وآخرون. 2022). من المهم الاعتراف بوجود فروق جندرية من حيث لدى الرجال والنساء احتياجات صحية متفاوتة ويستجيب كل منهما لهذه الاحتياجات بشكل مختلف عن الآخر (كلوجمان 2022).

ينجم عن هذه الفجوات الصحية تحديات مختلفة للجهات العاملة في المجال الإنساني والحكومات والجهات المانحة. هناك حاجة ملحة إلى استراتيجيات تعالج الفجوات عبر تعزيز النظم الصحية القائمة وتتجنب تحويل مسار الموارد عن التمويل وتعزيز الخدمات الصحية الوقائية والأولية. يتمثل التحدي الرئيسي للخدمات المتخصصة في تمويل واستدامة تواجدها، بما في ذلك الاستثمار في تعزيز مسارات الإحالة، حيث إن الوصول إلى مرحلة الإحالة في الوقت المناسب وبأسعار معقولة ضئيل بين السكان النازحين على وجه التحديد. تتطلب رعاية الأمراض المزمنة تمويلاً وإجراء تحسينات في شبكات الإحالة للوصول إلى مستويات مختلفة من الرعاية، فضلاً عن الابتكار المستمر في نهج مبرمج يمكنه الوصول إلى السكان في البيئات الإنسانية. فيما يتعلق بخدمات الصحة النفسية، لا تزال هناك حاجة لمزيد من البحث للتحقق مدى فعالية التدخلات واسعة المدى الممكنة لكل من السكان النازحين والمضيفين. يجب إيلاء اهتمام خاص لتحديد البرامج التي بمقدورها الوصول إلى الفئات المستضعفة كالنساء والأطفال ومجتمع الميم. يجب أيضاً أن تتناسب الأدلة والنماذج الآخذة في الظهور في تقديم خدمات الصحة النفسية في البيئات الإنسانية مع السياق الثقافي.

التكلفة كعائق أمام النازحين والسكان المضيفين

ليس من الغريب أن التكلفة -في جميع البلدان الأربعة التي خضعت للدراسة- كانت العامل الحاسم الذي يحدد مدى وصول العديد من النازحين وبعض السكان المضيفين إلى الرعاية الصحية. تبيّن أن التكاليف الطبية والتكاليف غير الطبية المباشرة كالتنقل لطلب الرعاية هي العائق الأكبر الذي يحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية. حتى في البلدان التي تمتلك مرافق رعاية صحية مجانية، أدى نقص الرعاية إلى دفع النازحين والسكان المضيفين إلى المرافق الخاصة والقطاع غير الحكومي، حيث يتعالج المرضى على نفقتهم الخاصة. توضح دراسة جمهورية الكونغو الديمقراطية على وجه الخصوص العلاقة بين قلة توفر الرعاية بأسعار معقولة وانخفاض اللجوء للخدمات الصحية، لدرجة أن المستجيبين نادراً ما ذكروا عوائقاً متعلقة بالجودة والتوافر والمقبولية ضمن هذا السياق.

ومع ذلك، فإن عوائق التكلفة دقيقة أيضاً وتتشكل حسب تفضيلات المستخدمين الذين قد يكونون مستعدين لدفع المزيد مقابل خدمات يُنظر إليها على أنها أكثر قبولاً أو ذات جودة أعلى. دفعت التصورات حول جودة الرعاية العديد من السكان النازحين إلى طلب الرعاية من مصادر خاصة وغير رسمية في البلدان التي خضعت للدراسة. ترتبط التكلفة أيضاً ارتباطاً وثيقاً بعوامل أخرى منها: توافر الخدمات، مثل المسافة إلى المرافق الصحية؛ المحددات الاجتماعية، مثل التعليم والدخل؛ والوضع القانوني، مثل التسجيل الرسمي والحق في العمل. يجب أن تراعي الجهود المبذولة لخفض التكاليف أو جعل الخدمات مجانية لطالبي الرعاية الدوافع المتداخلة، وأن تتكامل مع المناهج الشاملة التي يمكن أن تساعد في تعزيز المرونة والاعتماد على الذات من خلال الوضع القانوني والوصول إلى سبل العيش. يجب أن تشمل أيضاً الجهود الموجهة نحو تحسين جودة الرعاية - سواء الحقيقية أو المتصورة - عبر القطاعات العامة والخاصة وغير الرسمية. كما أن التخطيط الأفضل على المدى الطويل، المدعوم بتمويل طويل الأجل *وأكثر استدامة* من قبل المانحين، قد يؤدي أيضاً إلى تحقيق وفورات في فعالية التكلفة. على سبيل المثال، عند خفض تكاليف التعاقد، وإعداد خطط أفضل للتدريب والاستثمار في رأس المال البشري، وتعزيز الأساليب مجدية التكلفة مثل اللقاحات والطب الوقائي والرعاية الأولية.

آليــات التمـويـل

باستطاعة ترتيبات تمويل المانحين لعب دور حاسم في تسهيل إدماج الخدمات الصحية لكل من السكان المضيفين والنازحين، كما شهدت السنوات الأخيرة الكثير من الابتكارات في هذا المنحى تحديداً. في الأردن، كانت صحة اللاجئين جزءاً لا يتجزأ من خطة عمل متعددة القطاعات للاستجابة المشتركة لأزمة اللاجئين في البلاد. تم تجميع مساهمات المانحين لدعم استجابة البلد المضيف، وقد ركز بعض المانحين الثنائيين ومتعددي الأطراف دعمهم على الخدمات المقدمة ضمن أنظمة الرعاية الصحية الوطنية، مع تخصيص جزء من الأموال لتعزيز نظام الرعاية الصحية العام في الأردن. ومع ذلك، في جميع البلدان الأربعة التي تمت دراستها، فإن تغيير أولويات الجهات المانحة، ودورات التمويل قصيرة الأجل، وعدم التوافق المستمر بين احتياجات الحكومة المضيفة والتمويل الدولي، يخلق بيئة صعبة لتحقيق الوعد بنهج معزز وأكثر تكاملاً. دائماً ما تتحمل الحكومات المضيفة، غالباً مع الحكومات المحلية، جزءاً كبيراً من التكلفة المرتبطة بالاحتياجات الصحية للسكان النازحين. في حالة كولومبيا، يقع عبء التكلفة هذا أيضاً على عاتق مرافق صحية محددة في مناطق بها أعداد كبيرة من النازحين.

كما تم تطبيق مجموعة من الابتكارات في مجال الترتيبات المتعلقة بجانب من الطلب (أي برامج القسائم) بنتائج متفاوتة. باستطاعة المعونات المقدمة للسكان النازحين لاستخدام الخدمات الصحية الوطنية تشجيع التكامل وتقوية الاقتصاد المحلي، ولكن يجب تنفيذ برامج كهذه بعناية لتلافي زيادة الضغط على الخدمات الصحية. أظهرت الخدمات عالية الجودة المتاحة عبر استخدام الحوافز، مثل نهج التمويل المستند إلى الأداء، فاعلية أيضاً في بعض البيئات منخفضة ومتوسطة الدخل والمتأثرة بالصراع (زينغ وآخرون) على الرغم من وجود تحفظات مهمة.

كما ذكرنا سابقاً، تؤكد النتائج التي توصلنا إليها – سواء كانت بشأن العائق الهائل الذي تشكله التكاليف والذي يحيل دون وصول النازحين والسكان المضيفين إلى الخدمات الصحية، وعدم القدرة على التنبؤ بتمويل المانحين وانخفاض فعاليته – مدى أهمية الترتيبات المالية المدرجة في السياسات التي تدعم المرونة على المدى الطويل وتشجع اعتماد من اللاجئين والسكان النازحين على أنفسهم، بما في ذلك استراتيجيات التعليم وسبل كسب العيش.

المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة والوضع القانوني

ترتبط الصحة ارتباطاً وثيقاً بمجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والبيئية الأخرى التي تؤثر على قدرة الشخص على أن يحيا حياة صحية -تشمل العوامل الاجتماعية مدى الوصول إلى سبل كسب العيش وتحقيق الأمن الغذائي والتعليم والبيئة النظيفة-. تتشكل هذه المحددات الاجتماعية من خلال حواجز هيكلية حول الهويات الفردية المتعلقة بالنوع الاجتماعي (الجندر) والجنسانية والعمر. على سبيل المثال، تحظى النساء بفرص مختلفة في الوصول إلى سبل كسب العيش والأمن الغذائي والسلامة في حالات النزوح المطول مما يخلق مجموعة فريدة من مواطن الضعف المتعلقة بالصحة. تشتمل أسس الرعاية الوقائية على الاستثمارات في معالجة هذه المواطن خاصة مع إيلاء اهتمام إضافي لتقاطع المحددات الاجتماعية والجندر، ويمكن أن ينجم عنها تحسينات صحية مستدامة وطويلة الأجل التي تقلل في نهاية المطاف العبء على النظم الصحية والتمويل الصحي. من المهم في حالات النزوح المطول أن تشمل استجاباتنا هذه العناصر وذلك باعتبارها جزءاً لا يتجزأ عن تخطيط وتمويل الرعاية الصحية.

كما أظهر بحثنا مدى أهمية الدور الذي يلعبه الوضع القانوني في ضمان القدرة والاستعداد للوصول إلى الخدمات الصحية. تزداد المخاطر المرتبطة بالتوثيق مع ارتفاع مشاركة الحكومات الوطنية في عملية تقديم الرعاية الصحية. من المهم إدراك التوترات المحتملة بين احتياجات الحماية واحتياجات الرعاية الصحية، والوعي حول خلفية الشخص الذي يقوم بجمع البيانات ولأي غرض سيتم استخدامها. من الواجب ضمان توفير الحماية المناسبة للبيانات الديموغرافية والصحية الحساسة لمنع استخدامها في تطبيق قوانين الهجرة، وذلك لتحقيق المشاركة الكاملة من قبل الأفراد والمجتمعات النازحة.

باختصار، من المهم اتباع نهج «شامل للفرد» في تحسين صحته ورفاهيته، سواء كان شخصاً لاجئاً أو نازحاً أو فرداً من السكان المضيفين.

الاستفادة من رأس المال البشري

أخيراً، من الممكن أن يؤدي وصول أعداد كبيرة من اللاجئين والنازحين إلى زيادة العبء على أنظمة الرعاية الصحية في المناطق الريفية والحضرية، وعلى ذلك فإن الاستفادة الفعالة من رأس المال البشري تصبح ضرورية لسد فجوات الخدمة للسكان النازحين والمضيفين. تختلف الفرص المتاحة للسكان النازحين بشكل كبير بحسب الجندر والمهنة. ففي بنغلاديش، استُخدم برنامج الصحة النفسية والدعم النفسي لتطبيق نهج لنقل المهمات[1] بهدف بناء قوة عاملة صحية متنوعة تربط بين الرعاية المجتمعية والرعاية التي تعتمد على المرافق لنشر التوعية وتقديم الخدمات. كما حدث في هذا المثال، يتطلب النقل الفعال للمهام الوصول إلى تدريب رسمي مناسب أو منظم أثناء العمل، بالإضافة إلى الإشراف الداعم والمستمر. يمكن أن تساعد مشاركة القوى العاملة الصحية النازحة أيضاً في تعزيز النظم الصحية للدول المضيفة وإزالة العوائق التي تحول دون حصول السكان النازحين على الرعاية كالاختلافات اللغوية والتمييز ضد السكان النازحين. ومع ذلك، تختلف إمكانية الحصول على تصريح للعمل حسب الجندر، ولا يزال الاعتراف الرسمي بالترخيص مزاولة المهنة للأجانب وهذان العاملان يعدان حاجزاً أمام الاستفادة من إمكانيات هذه المجموعة (منظمة العمل الدولية، بدون تاريخ). غالباً ما تكون هناك مصالح راسخة على المستوى الوطني، بما في ذلك الجمعيات المهنية التي تعارض زيادة إدراج العاملين الأجانب في مجال الرعاية الصحية، والتي يجب أخذها في الاعتبار عند صياغة أي سياسة مستقبلية أو بث التوعية في هذا المجال.

في الختام، مع عدم وجود بوادر تُبشر بانحسار النزاعات، فباستطاعتنا القول إن النزوح المطول باقٍ، وبناءً على ذلك أصبح من المهم التفكير في صحة وعافية اللاجئين والسكان النازحين والمضيفين الذين يعيشون جنباً إلى جنب. يأمل النهج الفردي أو الموحد الذي تقدمه الجهات الفاعلة الدولية والوطنية استيعاب تنوع السياقات السياسية وقيود المفروضة على الإمكانيات الموجودة في المجتمعات المضيفة المختلفة. بغض النظر عن ذلك، يؤكد مشروع *الأسئلة المهمة* على الطرق المتنوعة والمبتكرة التي يطرحها الحوار حول نهج متكامل للصحة في سياقات مختلفة، ويقدم دروساً قيمة حول طرق الاستعداد بشكل أفضل وتوقع التحديات والفرص التي قد تنشأ في سياقات النزوح.

1 تُعرّف منظمة الصحة العالمية نقل المهام بأنها «عملية إعادة توزيع عقلانية لمهام فرق القوى العاملة الصحية. إذ يتم نقل مهام محددة عند الحاجة من العاملين الصحيين المؤهلين تأهيلاً عالياً إلى العاملين الصحيين الحاصلين على تدريب أقصر ومؤهلات أقل وذلك لتحقيق كفاءة صحية أعلى وتوظيف الموارد البشرية المتاحة على أكمل وجه.

مجموعة البنك الدولي

UNHCR

UKaid
من الشعب البريطاني

بناء الأدلة حول النزوح القسري

COLUMBIA | MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

AUB American University of Beirut
GLOBAL HEALTH INSTITUTE AUB

COLUMBIA | MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
FORCED MIGRATION & HEALTH

Brandeis UNIVERSITY

1789
GEORGETOWN UNIVERSITY

COLUMBIA | MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
HEILBRUNN DEPARTMENT OF POPULATION & FAMILY HEALTH

Universidad de los Andes Colombia
Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo