



الرعاية الصحية في مناطق النزاع عدم إغفال أيّ أحد

تقرير منتدى الرعاية الصحية في مناطق النزاع التابع
لمؤتمر ویش 2018

رايشل ثومبسون
موكيش كاببلا



المحتويات

03	تمهيد
04	الملخص التنفيذي
06	القسم الأول: النزاعات وتداعياتها
13	القسم الثاني: تقديم الرعاية الصحية في مناطق النزاع
22	القسم الثالث: التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع
33	القسم الرابع: ترجمة التغطية الصحية الشاملة إلى واقع ملموس لصالح الشعوب المتضررة من النزاعات
41	القسم الخامس: خاتمة: ميثاق عالمي للرعاية الصحية في مناطق النزاع
42	الملحق
47	شكر وتقدير
49	المراجع

تمهيد

أبرزت النزاعات التي يشهدها العالم في الآونة الأخيرة أسوء ما يمكن أن تفعله الإنسانية نفسها، مسلطة الضوء على أبشع ما يمكن للإنسان أن يقترفه بحق أخيه الإنسان، وواضحة القانون والأعراف الدولية على المحك. أما بالنسبة للمواطنين العالقين في هذه الصراعات -ممن 'تخلّفوا' عن ركب الازدهار والتقدم العالمي- فإن الحديث حول سيادة القانون، أو حقوق الإنسان، أو النزعة الإنسانية بات لا يُسمن ولا يُغني لهم من جوع.

يبرز هذا التقرير في مستهلّه التداعيات والأضرار، بأشكالها المتعددة وأطرافها المترابطة، التي تُني بها العالقون في هذه النزاعات وعاد أثرها على الرعاية الصحية المقدمة لهم، موضعًا أهم أطر العمل العالمية التي 'من شأنها' الحدّ من هذه الأضرار ومساندة الجهود الرامية إلى حماية صحة الأفراد خلال فترات النزاع، ومنها جدول أعمال 2030 للتنمية المستدامة الذي أقرته جميع الدول الأعضاء في عام 2015.

ونشير في هذا الصدد إلى أن جدول أعمال 2030 يمثل رؤية عالمية ترمي إلى 'تعزيز السلام العالمي في جو يتميز بمساحه أكبر من الحرية'. وجاءت "أهداف التنمية المستدامة" التي وضعتها الأمم المتحدة لتوضح سبل تحقيق هذه الرؤية، إلّا أنّ هذا التقرير يطرح في ثناياه هذا السؤال الجريء: كيف يتسنى لنا تقديم تغطية صحية شاملة للشعوب المتضررة من النزاعات؟

إضافة لذلك، يتضمن التقرير إطارًا من المبادئ التي يمكن الاسترشاد بها لتقديم الرعاية الصحية في مناطق النزاع. ويأتي هذا الإطار في ظلّ حاجتنا إلى حلول مبتكرة لمجابهة العراقيل الرئيسة التي تحول دون تقديم الرعاية المنشودة. بالتالي، قد تأتي هذه الحلول في صورة تقنيات مستحدثة، أو وسائل جديدة لجمع المعلومات وتحليلها، أو تطبيق التقنيات والأساليب الحالية بشكل مختلف، إلّا أنّ الابتكار في الحلول لن يقضي وحده على التحديات التي نواجهها عند تقديم الرعاية الصحية خلال النزاعات، إذ إنّ التعامل مع قضايا العنف تجاه العاملين في مجال الصحة، أو العجز العالمي الحادّ في التمويل والذي يبلغ 70 في المائة من إجماليّ الميزانيات المطلوبة، يتطلب تبني منظور جديد وعقلية مختلفة، إضافة إلى اتباع أساليب عالمية مستحدثة للعمل.



Amal K. Kapadia

البروفيسور موكيش كابديلا
أستاذ الصحة العالمية والشؤون
الإنسانية بجامعة مانشستر



A. V. K.

البروفيسور اللورد دارزي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر
"ويش"، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة
العالمية، إمبريال كوليدج لندن

الملخص التنفيذي

تتفاقم حدة النزاعات التي يشهدها العالم في وقتنا الراهن من حيث التعقيد وطول الأمد. وتتراوح آثارها على الفرد ما بين الإصابات الجسدية والأمراض السارية، وبين الأمراض النفسية وتوقف الرعاية الصحية للحالات المرضية المزمنة. وتؤثر النزاعات أيضًا على محددات الصحة، مثل الأمن الغذائي و التغذية، ناهيك عن أن النقص في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية، ودمار البنية التحتية وانهايارها وتعطل سلاسل الإمداد، كلها عوامل تؤثر سلبًا في حجم الرعاية الصحية المتاحة وجودتها.

ورغم ذلك، فإن وجوب توفير الحماية لأنشطة الرعاية الطبية في حالات النزاع أمر ينص عليه القانون الدولي الإنساني الذي صدر وفقًا للعديد من المبادئ الإنسانية، ومنها الحياد. فالصحة قد تكون جسرًا لتحقيق السلام، وتسري حقوق الإنسان وأخلاقيات الممارسة الطبية في أوقات النزاع، شأنها في ذلك شأن أوقات السلم، وينطبق الأمر ذاته على الأهداف العالمية الأخرى، مثل الرعاية الصحية الشاملة والتعهد بعدم إغفال أيّ أحد! ولا مفرّ بطبيعة الحال من وقوع المعاناة الإنسانية خلال النزاعات، بيد أن هذا التقرير يتناول ما يمكن فعله لحماية الصحة والرعاية الصحية وتعزيزهما والحفاظ عليهما.

وينصبّ السؤال المحوريّ الذي يطرحه هذا التقرير حول كيفية توفير الرعاية الصحية الشاملة للجماعات السكانية المتضررة من النزاعات بحلول عام 2030، وفي سبيل ذلك نستعرض التحديات التي تحول دون تحقيق هذا المسعى، فضلًا عن الأفكار المبتكرة التي تكفل لنا المضيّ قدمًا نحو تحقيق غايتنا رغم ما يعترضنا من معوّقات. وتشمل التحديات الرئيسية التي نتناولها في هذا التقرير ما يلي:

- الهجمات التي يتعرض لها مقدمو الرعاية الصحية في مناطق النزاع
- الوصول إلى الجماعات السكانية المتضررة من النزاع
- الرعاية الصحية للاجئين والنازحين
- توفير الموارد اللازمة لخدمات الرعاية الصحية
- الأعباء الجديدة: الأمراض غير السارية والأمراض النفسية
- التحديات المتعلقة بالبيانات
- القصور في توحيد حزم الخدمات المقدمة
- البعد السياسيّ لخدمات الرعاية الصحية خلال فترات النزاع، وانعدام الثقة في النظام.

ليس ثمة طريقة وحيدة للتغلب على جميع هذه التحديات. لذلك، يضع هذا التقرير إطارًا من المبادئ والاستراتيجيات الرئيسية والإجراءات ذات الأولوية المترابطة (راجع الشكل رقم 1)، والتي من شأنها أن تسهم مجتمعةً في إحراز التقدّم المأمول وتغيير الواقع على النحو المنشود. وتشكّل توصياتنا ميثاقًا عالميًا جديدًا للرعاية الصحية في مناطق النزاع يهدف إلى الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة وتوفيرها على أرض الواقع لتصبح في متناول المجموعات السكانية المتضررة من النزاعات.



الرعاية الصحية الشاملة لجماعات السكان المتضررة من النزاعات بحلول عام 2030

إجراءات ذات أولوية

- 1 لمنع وازع الهجمات على مقدمي الرعاية الصحية:
 - هجمات المستند وثأيراتها بشكل منهجي
 - توسيع الوعي العام والتعليم
 - تطوير آلية مسانعة مستقلة
- 2 الوصول إلى الفئات الأكثر تهميشاً والسكان المتضررين من النزاع
 - تمكين والاستثمار في الجهات الفاعلة المحلية
 - استكشاف "توفير الرعاية الصحية الفرعية" للنازحين
 - دعم خدمات الصحة المجتمعية للاجئين والمضيفين
 - السماح بتصاريح العمل للعمال الصحيين اللاجئين.

5 استراتيجيات

- 1 التمويل المشترك للرعاية الصحية للسكان المتضررين من النزاع
- 2 تقييم الاحتياجات المستقلة
- 3 التوزيع العادل للموارد
- 4 حزمة معيارية دنيا من أجل التغطية الصحية الشاملة في أوضاع النزاع
- 5 نظم المعلومات المشتركة والتقييمات المستقلة للنتائج والأثر

8 مبادئ

- 1 الرعاية الصحية هي أوضاع النزاع هي حق من حقوق الإنسان
- 2 تقع على عاتق الدول مسؤولية توفير الرعاية الصحية للسكان المتضررين من النزاع
- 3 تعد الجهات الفاعلة المحلية عنصراً حاسماً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة للسكان المتضررين من النزاع
- 4 على جميع مقدمي الرعاية واجب توفير الرعاية الصحية بنزاهة وأصاف
- 5 الصحة تتجاوز النموذج الطبي الحيوي
- 6 الرعاية الصحية ليست هدفاً خلال الصراع
- 7 يتم توفير الرعاية الصحية في أوضاع النزاع لصالح الصحة وحدها
- 8 إن توفير التغطية الصحية الشاملة في ظروف النزاع هو مسعى مشترك يربط بين الأهداف الإنسانية والإنمائية والصحية العالمية.

القسم الأول: النزاعات وتداعياتها

النزاعات المعاصرة

تتسم النزاعات المعاصرة بالتعقيد، وتتضمن في العادة أطرافاً لا حصر لها من الجهات الحكومية وغير الحكومية والدولية. فالتجزئة أمر ليس بالمستغرب على مثل هذه النزاعات، فعلى سبيل المثال يُعتقد أن ما يناهز 6 آلاف مجموعة مسلحة تعمل في سوريا وحدها. كذلك تُتجه بعض البلدان إلى التعاون تحت مظلة من التحالفات المتوائمة من الناحية الاستراتيجية، مثل التحالف الذي تقوده المملكة العربية السعودية في اليمن. كما باتت النزاعات المعاصرة تميل اليوم لأن تكون ظاهرة حضرية. وبما أن النزاعات العسكرية تدمر 17 عامًا في المتوسط، فهي تخلف أزمات طويلة الأمد. وفي الوقت نفسه، أصبح تجاهل القانون الدولي في الحروب ظاهرة متفاقمة، إذ تتعرض المستشفيات للاستهداف وتُستخدم الأسلحة الكيميائية في بعض الأحيان رغم حظرها.³

يوضح الشكل رقم 2 أدناه أن معظم النزاعات المعاصرة هي نزاعات غير دولية أو ليست على مستوى الحكومات (ويشار إليها عادة بعبارة 'الحروب الأهلية') وتنطوي على عدد كبير من الجماعات المسلحة غير الحكومية.

يتناول هذا التقرير النزاعات بجميع أشكالها (راجع ملحق التعريفات)، بالإضافة إلى المجموعات السكانية المتضررة من أعمال العنف العرقي ومختلف أشكال النزاعات المسلحة، حيث تشمل الأفراد الذين يقطنون المناطق التي تشهد معارك مسلحة في وقتنا الراهن، والأفراد الذين تعرضوا مؤخرًا للنزوح القسري جراء النزاعات (كاللاجئين والنازحين وغيرهم من المهجّرين قسريًا)، فضلًا عن الأفراد الذين يعيشون في مناطق حديثة العهد بالنزاعات المسلحة.

التداعيات الإنسانية للنزاعات:

- 90 في المائة من ضحايا الحرب الحاليين هم من المدنيين⁴
- نزوح 20 شخصًا بصورة قسرية كل دقيقة نتيجة للنزاعات أو التعرض للاضطهاد،⁵ ليبلغ إجمالي العدد 65.6 مليون نسمة، من بينهم 22.5 مليون لاجئ⁶
- حرمان عشرة ملايين شخص بلا جنسية من الحصول على الجنسية أو الحصول على حقوقهم الأساسية.⁷
- يبلغ متوسط فترة نزوح اللاجئين حاليًا 26 سنة. وقد استمرت 23 حالة لجوء، من أصل 32، لمدة تربو على 20 سنة مع نهاية عام 2015.⁸
- 60 في المائة من جميع النازحين الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية المزمن في العالم، بمن في ذلك 75 في المائة من جميع الأطفال الذين يعانون من التقزم، يعيشون في بلدان متضررة من النزاعات.⁹

ما هي تداعيات النزاعات المسلحة على الصحة؟

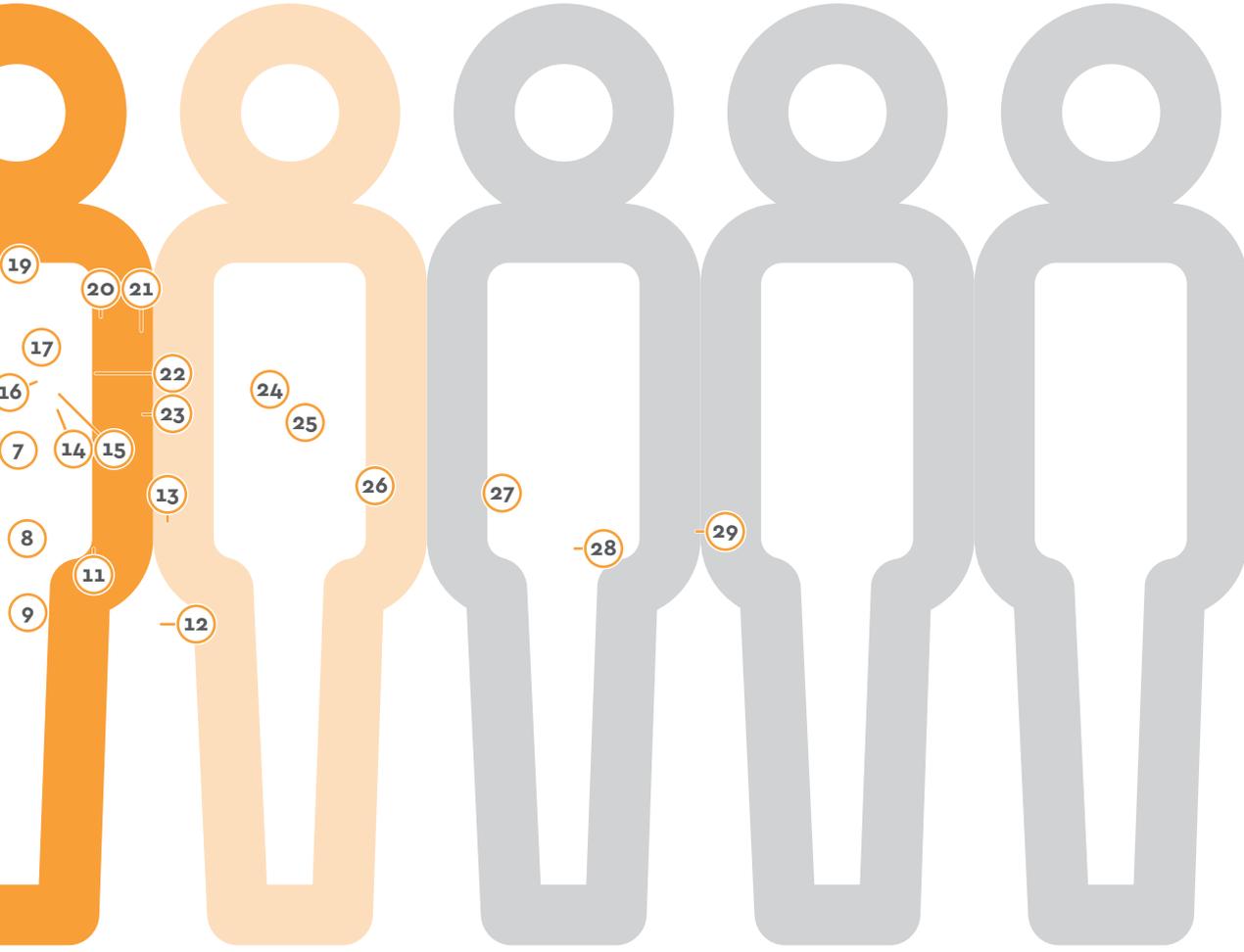
تفضي النزاعات إلى وقوع موتى وجرحى، معظمهم من المدنيين. وتتسبب الإصابات الناجمة عن الأسلحة في زيادة المشاكل الصحية، والتي بدورها تتفاقم غالبًا بسبب مشكلة ارتفاع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية. ويتطلب علاج الإصابات الجسدية الناجمة عن هذه الأسلحة نظام إحالة يتضمن مرافق للرعاية الطبية الثالثة، مما يتطلب توفير أدوية وغيرها من الإمدادات الطبية، بالإضافة إلى الماء والصابون والكهرباء والمواد الغذائية، وجميعها احتياجات ومرافق أساسية لا ضمان لتوفيرها في مناطق الحروب. كذلك يتطلب نظام الإحالة بدوره أخصائيين مدربين في مجال الصحة، علمًا بأن هؤلاء الأخصائيين قد يتعرضون للحصار في مناطق النزاع أو للتشريد الداخلي، وقد يضطرون إلى مغادرة البلاد خوفًا من الهجمات التي تستهدفهم. ونذكر هنا أن تأثير النزاع الدائر في سوريا على القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية السوري كان كارثيًا، حيث تشير التقديرات إلى أن ما يقرب من 27 ألفًا، وهو ما يعادل أكثر من نصف عدد الأطباء السوريين، فرّوا من البلاد منذ عام 2011.¹⁰

على الجانب الآخر، يؤدي نقص العاملين في مجال الرعاية الصحية، وتدمير البنية التحتية لقطاع الصحة، والآثار الناجمة عن النزوح الجماعي (الذي عادة ما ينجم عنه أوضاع معيشية مكتظة بالسكان وغير ملائمة وغير صحية على الإطلاق) إلى زيادة مخاطر تفشي الأمراض السارية، وأحد الأمثلة على ذلك عودة ظهور مرض الدفتيريا (الخُنَاق) في كلٍّ من بنغلاديش واليمن.¹¹ كما أن أكبر انتشار لمرض الكوليرا في العالم (وهو في اليمن أيضًا) وقع هو الآخر في خضمّ الحرب الدائرة هناك.¹² وليس من قبيل المصادفة أن انتشار فيروس الإيبولا الذي وقع مؤخرًا، قد حدث في بلدان ذات أوضاع هشة، تدهورت فيها الأنظمة الصحية بسبب النزاعات.

ومن التداعيات الأخيرة والمثيرة للقلق مقاومة الأمراض لمضادات الميكروبات، مثل مسببات الأمراض المقاومة للعديد من الأدوية والتي تتسبب في انتشار العدوى داخل الجروح الناجمة عن الحروب بمنطقة الشرق الأوسط، وذلك في ظلّ قصور كبير في عدد المرافق الطبية المجهزة بالقدرات المختبرية القادرة على تشخيص مثل هذه الحالات، مما يسفر عن تأخر في التشخيص واعتماد علاجات سريرية خاطئة للجروح.¹³

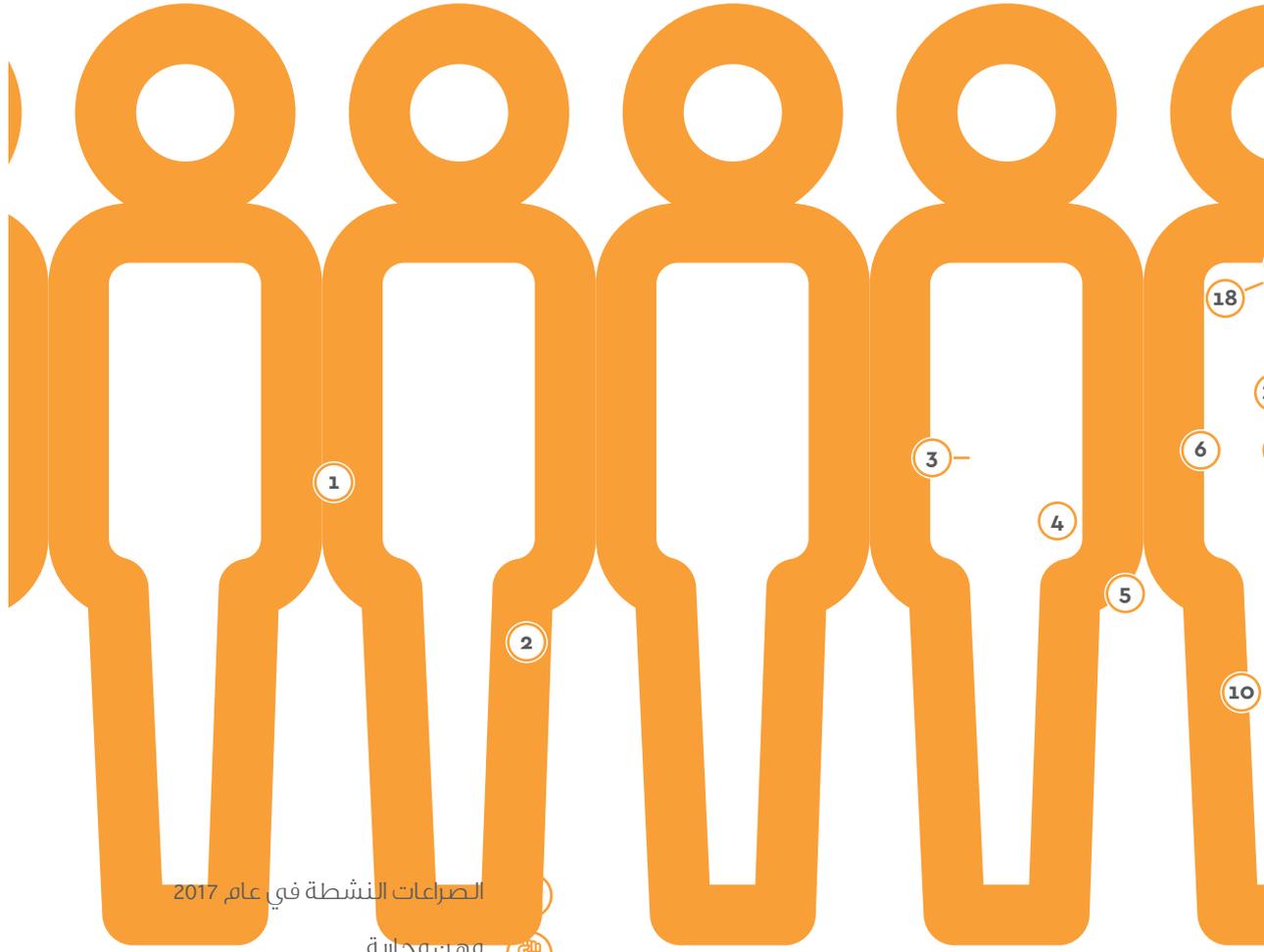
تخلق النزاعات كذلك أعباءً جديدة للأمراض في ظلّ أوضاع يحتاج فيها السكان إلى رعاية صحية متواصلة، فعلى سبيل المثال، تعاني النساء العالقات في النزاعات المسلحة من عدم قدرتهن على الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والرعاية الصحية في حالات الولادة الطارئة. كما تشير الأدلة إلى أن أكثر من ثلث حالات وفيات الأمهات ونصف حالات وفيات الأطفال في العالم تقع في المناطق التي تعطلت فيها الأنظمة الصحية نتيجة لأحداث عنف¹⁴ (راجع الشكل رقم 3)، إلى جانب إزدياد فرص انتشار الأمراض المستوطنة مثل الملاريا خلال النزاعات المسلحة.¹⁵ ففي جنوب السودان مثلاً، احتلت أمراض عدوى الجهاز التنفسي السفلي، والإسهال، وفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، المراكز الأربعة الأولى لمسببات الوفاة بين عامي 2005 و2016.¹⁶

الشكل رقم 2: أماكن النزاعات وأنواعها، والمجموعات السكانية المتضررة



<p>5. نيجيريا</p>  <p>7.7</p> 	<p>4. مالي</p>  <p>5.5</p> 	<p>3. الصحراء الغربية</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>2. كولومبيا</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>1. المكسيك</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 
<p>15. لبنان</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>14. الأراضي الفلسطينية المحتلة</p>  <p>2.5</p> 	<p>13. اليمن</p>  <p>22.2</p> 	<p>12. الصومال</p>  <p>5.4</p> 	<p>11. إريتريا</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 
<p>25. باكستان</p>  <p>الرقم غير معروف</p>  	<p>24. لافغانستان</p>  <p>5.5</p> 	<p>23. العراق</p>  <p>8.7</p>  	<p>22. سوريا</p>  <p>13.1</p>   	<p>21. أذربيجان</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 

المصدر: أكاديمية جنيف (2017)³⁷



الصراعات النشطة في عام 2017

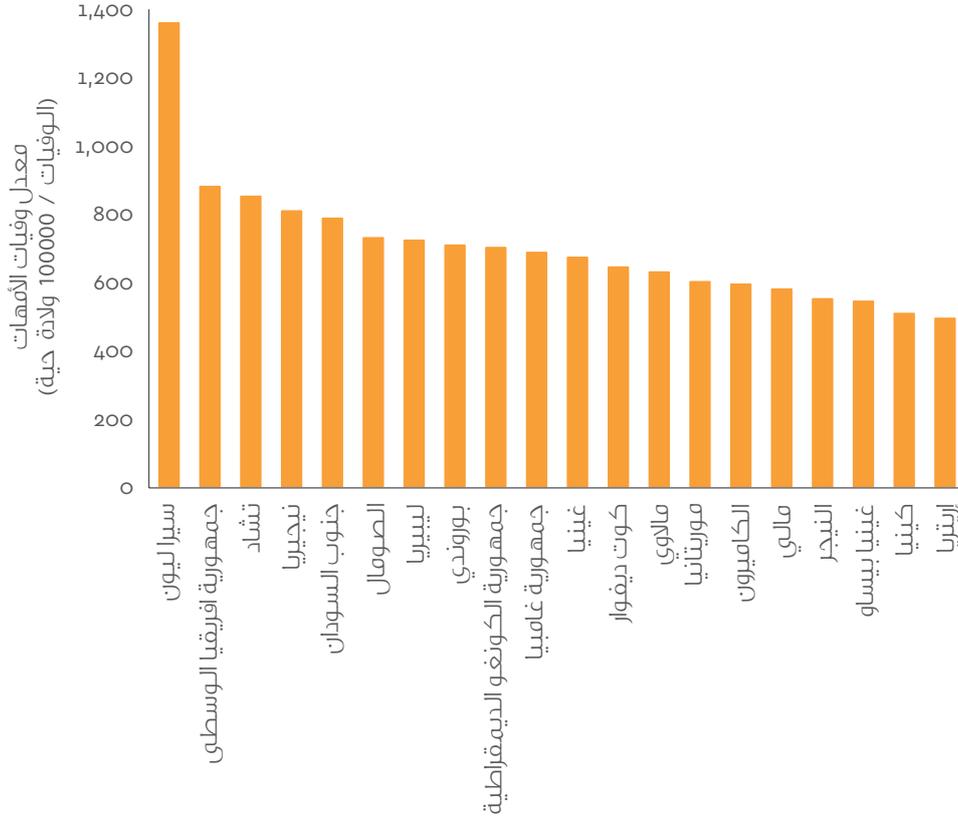
مهن محاربة

النزاعات المسلحة غير الدولية

ملايين الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدات إنسانية

<p>10. جمهورية الكونغو الديمقراطية</p>  <p>13.1</p> 	<p>9. جنوب السودان</p>  <p>7.1</p> 	<p>8. السودان</p>  <p>7.1</p> 	<p>7. مصر</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>6. ليبيا</p>  <p>1.1</p> 
<p>20. جورجيا</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>19. أوكرانيا</p>  <p>3.4</p>   	<p>18. مولدافيا</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>17. تركيا</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>16. قبرص</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 
<p>29. الفلبين</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>28. تايلاند</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	<p>27. ميانمار</p>  <p>0.9</p> 	<p>26. الهند</p>  <p>الرقم غير معروف</p> 	

الشكل رقم 3: معدلات وفيات الأمهات في البلدان المتضررة من النزاعات



المصدر: مؤشر موندي، معدل وفيات الأمهات، 2018¹⁸

يلخص الشكل رقم 4 أدناه التداعيات واسعة الانتشار للنزاعات في شمال شرق نيجيريا على النظام الصحي.

لا تقتصر أضرار النزاعات المسلحة على الأنظمة الصحية فحسب، بل تمتد تداعياتها إلى قطاعات أخرى، وهو ما ينعكس سلباً على محددات الصحة، ومن ثمّ الحصيلة الصحية ككل في نهاية المطاف. وتتجلى هذه العلاقة بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى واضحة في النزاع القائم على أرض اليمن. فمن ناحية، دقّرت الغارات الجوية البنية التحتية للبلاد ودفعت السكان للنزوح إلى أماكن مكتظة وغير صحية على الإطلاق. ومن ناحية أخرى، أدّت القيود المفروضة على توفير المساعدات الإنسانية والحصار المفروض على الواردات إلى حدوث نقص حاد في الإمدادات الغذائية والطبية والوقود والكلورين، والنتيجة أن أقل من نصف إجمالي المرافق الصحية تعمل بكامل طاقتها.¹⁹

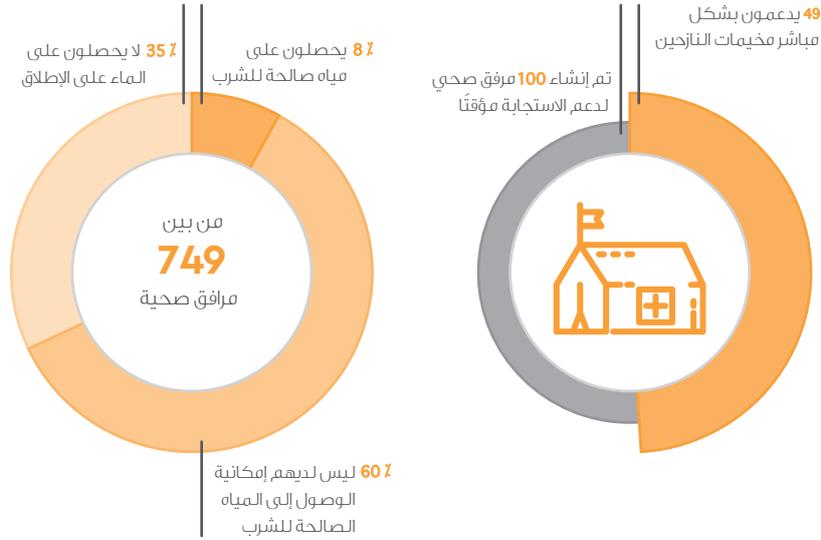
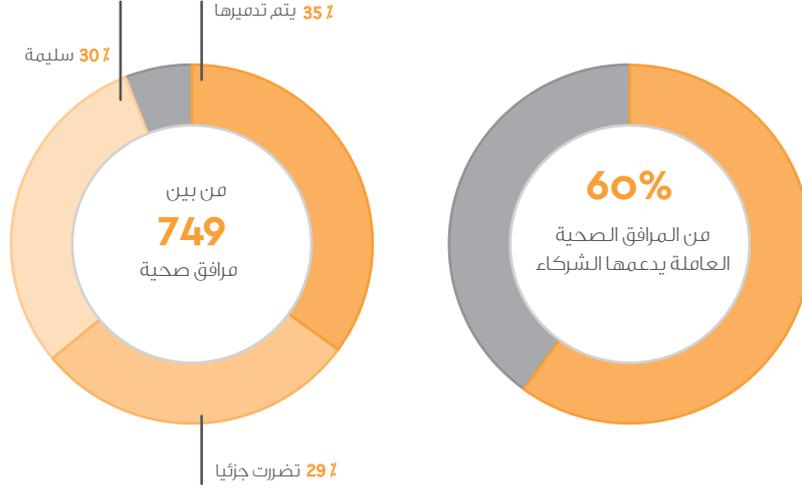
علاوة على ذلك، يؤدي انهيار الأنظمة الصحية، كما هو الحال في شمال شرق نيجيريا واليمن، إلى إعاقة مواصلة جهود الرعاية الصحية للأمراض غير السارية. فقبل اندلاع النزاع المسلح في اليمن، مثّلت الأمراض غير السارية عبئاً ثقيلاً على البلاد، حيث كانت السبب في 55 في المائة من حالات الوفاة في عام 2015²⁰ وبطبيعة الحال، فإنّ هذا الرقم قابل للزيادة في ظلّ العجز الراهن في الحصول على الأدوية اللازمة. ومن جانب آخر، تشير التقديرات إلى أنّ 25 في المائة من مرضى الفشل الكلوي يلقون حتفهم كل عام منذ بدء النزاع المسلح هناك.²¹

الشكل رقم 4: تداعيات النزاعات على الأنظمة الصحية في شمال شرق نيجيريا في عام 2017



6 ملايين شخص

في ولايات بورنو ويوبي وأداماوا في حاجة إلى مساعدة الرعاية الصحية



>50%

من جميع المرافق الصحية لا تعمل، في الغالب نتيجة لعدم قدرة الوصول إليها بسبب انعدام الأمن



18 partners

يدعمون الاستجابة في القطاع الصحي



>50%

من جميع المرافق الصحية ليس لديها رعاية أساسية للمواليد الجدد

المصدر: مقتبس من "نظام رصد مدى توافر الموارد والخدمات الصحية" التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2017²²

كما توصلت دراسة تقييم "عبء المرض العالمي" لعام 2015 إلى وجود علاقة بين النزاعات المسلحة وبين الاكتئاب واضطرابات القلق.²³ وتبين الدراسات كذلك وجود صلة وثيقة بين التعرض للصدمة النفسية والإصابات الجسدية وبين انتشار الآراء الداعمة للعنف كوسيلة لحل النزاعات.²⁴ وقد تؤدي الضغوط والتوترات الناجمة عن النزاعات المسلحة إلى حدوث زيادة في معدلات تعاطي المخدرات، الأمر الذي ينذر بالإصابة بمضاعفات صحية لاحقة. فنجد على سبيل المثال أن معظم الرجال في أرض الصومال اتجهوا إلى تناول مخدر القات بعد انتهاء النزاع المسلح هناك. ولهذا المخدر تأثير مشابه لتأثير مركب الأمفيتامين، مما ينعكس بآثار سلبية على المتعاطين وأسرتهم ومجتمعاتهم، والتي لا تنحصر فقط بفقدان الإنتاجية الاقتصادية بل تتخطى ذلك لتُحدث زيادة في معدلات العنف القائم على نوع الجنس.²⁵

وتجدر الإشارة هنا إلى تعرض ما يُقدَّر بـ 250 ألف امرأة للاغتصاب وإصابة العديد منهن بفيروس نقص المناعة المكتسب خلال حرب الإبادة الجماعية في رواندا عام 1994. وبعد عقود من انتهاء هذه الحرب،²⁶ لا زال يتعين على تلك السيدات التعايش مع التداعيات الجسدية والنفسية للجرائم التي تعرضن لها.

دراسة حالة رقم 1: بناء القدرات النفسية والاجتماعية في غزة

بعد عقود من النزاع وتدهور الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وتوقف الخدمات، أمسى قطاع غزة مكانًا يفتقر إلى الخدمات الأساسية²⁷ فيما توصلت البحوث إلى نشوء تغيرات في سلوكيات الأطفال تُعنى إلى الاضطرابات النفسية الناجمة عن النزاع. وأحد مظاهر هذه السلوكيات، حدوث ارتفاع في مستويات العنف ووتيرته، مثل التنمر، وذلك في ظل قصور حاد في الموارد المخصصة لخدمات الرعاية الصحية النفسية.

وفي استجابة لهذه الظاهرة، أسس برنامج الفاخورة²⁸ أحد برامج مؤسسة التعليم فوق الجميع، مشروعًا لبناء القدرات النفسية والاجتماعية في قطاع غزة، بالشراكة مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والهلال الأحمر القطري ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). ويرمي البرنامج إلى تقديم خدمات التأهيل النفسي والاجتماعي لدعم الناجين من الإصابات الجسدية والصدمة النفسية وأسرتهم، باستخدام أساليب علاجية، من بينها العلاج بالفن. وفي إطار هذا البرنامج، تقوم وزارة التعليم والتعليم العالي بتدريب المرشدين التربويين والمعلمين في المدارس على تطبيق هذه الأساليب. ويساعد برنامج الفاخورة أيضًا في إدراج وحدات دراسية تُعنى بحماية الأطفال وتوجيه الدعم النفسي والاجتماعي لهم ضمن المناهج الدراسية للتعليم الجامعي، إلى جانب إسهامه في بناء القدرات وإنشاء شبكات تربط بين المرشدين التربويين والأخصائيين الاجتماعيين بوزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية.

وقد استفادت من هذا البرنامج حتى الآن ما يقرب من 145 مدرسة، فضلًا عن تقديم الدعم لـ 420 مرشدًا تربويًا وأكثر من 11 ألف معلم، الأمر الذي انعكست فائدته على تمكين أكثر من 45 ألف طالب في قطاع غزة. وكان للمرشدين التربويين دور محوري في تدريب المعلمين على التعامل مع الضغوط النفسية للطلاب وذلك من خلال توجيههم نحو كيفية دمج السلوكيات الإيجابية في الأنشطة الدراسية اليومية. كما ساعد المعلمون في تحويل الأطفال المحتاجين للحماية إلى الجهات المعنية، وغرس ثقافة التكيف في نفوس طلابهم.

القسم الثاني: تقديم الرعاية الصحية في مناطق النزاع

لم تحظ الصحة بمكانة خاصة في مناطق النزاع؟

تتحمل جميع أطراف النزاعات المسلحة مسؤولية ضمان حماية السكان المدنيين، فهذا مبدأ قانوني سارٍ بموجب القانون الإنساني الدولي، الذي يُعرف أيضًا باسم قانون الحرب واسم **قانون حقوق الإنسان**²⁹ (راجع الملحق). ويوفر هذا القانون غطاء الحماية للمدنيين في حالات النزاع. ويلزم القانون الدولي الإنساني أطراف النزاع بإتاحة خدمات الرعاية الصحية للمرضى والجرحى، بحيث يتم توفيرها بشكل شامل عند الحاجة إليها، دون تمييز للمرضى من حيث الجنسية، أو الدين، أو الحالة الاجتماعية، أو الانتماء العرقي أو السياسي.

وينص القانون أيضًا على حماية الأطقم الطبية من الضرر أو المقاضاة أو العقاب نتيجة لأداء وظائفهم، ولا يُرفع غطاء الحماية هذا إلا عند استخدام المرافق الطبية لأغراض عسكرية، كإيواء الجنود غير المصابين أو استخدامها في أنشطة الاستخبارات العسكرية. كما يوفر القانون الدولي الإنساني الحماية لنقل المصابين العسكريين أو المدنيين، باستثناء حالات حمل السلاح.

ومن ثم، فإن القانون الدولي الإنساني يمثل إطارًا قويًا لتوفير التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع، إلا أن قوة هذه القوانين تُستمد من مدى صرامة آليات المساءلة التي تقف وراءها. ورغم أن المحكمة الجنائية الدولية تعتبر الهجوم على المدنيين إحدى جرائم الحرب، فلا توجد آلية فعالة لإنفاذ هذا المبدأ. ويعدّ عدم تحقيق المساءلة القانونية في سوريا مثالًا صارخًا على ذلك.

يحدد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 الحقوق الأساسية التي تنشأ دون قيد أو شرط من حمل صفة الإنسان (راجع الملحق). وينطوي هذا الحق على الحصول على الرعاية الصحية دون تمييز في أوقات الحرب والسلم، إلا أن آليات المساءلة الدولية تحت مظلة قانون حقوق الإنسان أضعف من مثيلاتها في القانون الدولي الإنساني.

كذلك تنص اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين على أن للاجئين الحق في الحصول على خدمات صحية مكافئة لخدمات سكان الدولة المضيفة، وأن لكل فرد منهم الحق في التمتع بأعلى معايير الصحة البدنية والنفسية.³⁰ ومع ذلك، فقد يمثل توفير هذا الحق للاجئين في البلدان التي لديها في الأساس قصور في الخدمات الصحية المقدمة لسكانها، أمرًا عسيرًا ويفرض عليها مزيدًا من التحديات والمصاعب السياسية.

• يعدّ نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية هو المعاهدة التي تمخض عنها إنشاء المحكمة الجنائية الدولية. ويشترك في عضوية هذا النظام 123 دولة، ويعنى بأربع جرائم دولية أساسية، وهي: الإبادة الجماعية، والجرائم ضد الإنسانية، وجرائم الحرب، وجرائم العدوان.

وبجانب الأطر القانونية الموضحة أعلاه، نجد أيضًا المبادئ الإنسانية التي تُستخدم كدليل لجميع الأفراد العاملين في تقديم المساعدات خلال النزاعات والأزمات، ومن بينها توفير الرعاية الصحية وحمايتها (راجع الجدول رقم 1). وقد استُمدت هذه المبادئ الإنسانية من المبادئ الأساسية للجنة الدولية للصليب الأحمر، والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، كما أنّ هذه المبادئ منصوص عليها رسميًا في قرارين صادرين عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، وتعدّ المحور الأساسي الذي تقوم عليه أنشطة المنظمات الإنسانية.

جدول رقم 1: المبادئ الإنسانية

إنسانية	حياد	العدالة	استقلال
يجب معالجة معاناة الإنسان أينما وجد.	يجب على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني عدم الانحياز في الأعمال العدائية أو الانخراط في الخلافات ذات الطبيعة السياسية أو العنصرية أو الإيديولوجية.	يجب أن يتم العمل الإنساني على أساس الحاجة فقط، مع إعطاء الأولوية لحالات الكرب الأكثر إلحاحًا وعدم التمييز على أساس الجنسية أو العرق، أو الجنس أو المعتقد الديني أو الطبقة أو الآراء السياسية.	يجب أن يكون العمل الإنساني مستقلاً عن الأهداف السياسية أو الاقتصادية أو العسكرية أو غيرها من الأهداف التي قد يتخذها أي طرف فيما يتعلق بالمجالات التي يتم فيها تنفيذ العمل الإنساني.

المصدر: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (2012)³¹

يلتزم مقدمو الخدمات الطبية في مناطق النزاع من الناحية المهنية بمبادئ الأخلاق الطبية، والتي لا تتغير في أوقات النزاع المسلح. وفيما يلي قائمة بهذه المبادئ:

- احترام الاستقلالية الذاتية – للمريض الحق في اختيار أو رفض طريقة معالجته
- المعاملة الحسنة – يجب على العامل في مجال الرعاية الصحية أن يعامل المريض بكامل الاهتمام
- عدم الإيذاء – يتعين عدم إلحاق الضرر أو الأذى بالمريض
- المصلحة الفضلى – تحقيق أقصى ما يمكن من نفع بأقل ما يمكن من ضرر للمريض
- العدالة – الاهتمام بتوزيع الموارد الصحية النادرة، وتقرير من هو المستحق للعلاج وما هو هذا العلاج.

الصحة بوصفها جسراً لتحقيق السلام

إن اتخاذ الصحة جسراً لتحقيق السلام هو مفهوم له أصل يستند فيه إلى قدرة القواسم الصحية المشتركة على تخطي الانقسامات السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، والعرقية.³² وقد شهد هذا المفهوم نجاحاً على أرض الواقع، إذ رأينا أطرافاً متحاربة تتفق على إتاحة خدمات الرعاية الصحية وعدم التدخل في أنشطة الأطقم الطبية خلال 'أيام الهدنة' المتفق عليها.³³ ونجد نماذج ناجحة لهذا في كل من السلفادور، ويوغوسلافيا السابقة، ولبنان، وأوغندا، وسيراليون. وفي السودان أيضاً، نجحت حملة التطعيم ضد مرض شلل الأطفال، التي استمرت لثلاثة أيام في عام 2005، في تطعيم أكثر من 5 ملايين طفل.³⁴

وهناك أنشطة أخرى يمكن الاستعانة بها في تحقيق هذه الغاية، ومنها إقامة مشاريع مشتركة بين العاملين في مجال الصحة للحدّ من الصور النمطية السلبية وفتح قنوات للتواصل والتعاون.

ومن الأمثلة على ذلك انخراط العاملين في مجال الصحة الإسرائيليين والفلسطينيين في برامج تدريبية مشتركة، وتبادل المعلومات الصحية، وتيسير السبل أمام علاج المرضى الفلسطينيين داخل إسرائيل.³⁵ ويرى مؤيدو هذا النهج أن المفاوضات التي تجري حول توفير الرعاية الصحية تنشئ قنوات اتصال غير رسمية بإمكانها الإسهام بشكل مباشر وغير مباشر في تحقيق تسوية سلمية للنزاعات.³⁶ فمن شأن مثل هذه الأنشطة إحداث تغيير في ديناميات النزاع والإسهام في صنع السلام. وبالمقابل، يرى منتقدو هذا النهج أن استغلال الرعاية الصحية بهذا الشكل يدفع بها إلى معترك السياسة ويؤدي إلى تآكل مبدأ إنساني أساسي، ألا وهو الحياد.

بحث مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" حول الصحة في مناطق النزاع

لأغراض هذا التقرير، كلف مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" موقع "YouGov" بإجراء استطلاع إلكتروني للرأي شارك فيه 4,465 شخصاً من أربعة بلدان (أستراليا وقطر والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية) لاستقراء الوضع الحالي لخدمات الرعاية الصحية في مناطق النزاع ودراسة المواقف تجاهها.

طرح الاستبيان الأسئلة الثلاثة التالية:

1. هل تعتقد أن الهجمات التي تتعرض لها الأطقم الطبية في النزاعات المسلحة تحدث غالباً بشكل متعمد أم بالخطأ؟

2. في اعتقادك، ما أهم احتياجات الأفراد الذين يعيشون في مناطق متأثرة بالنزاعات؟

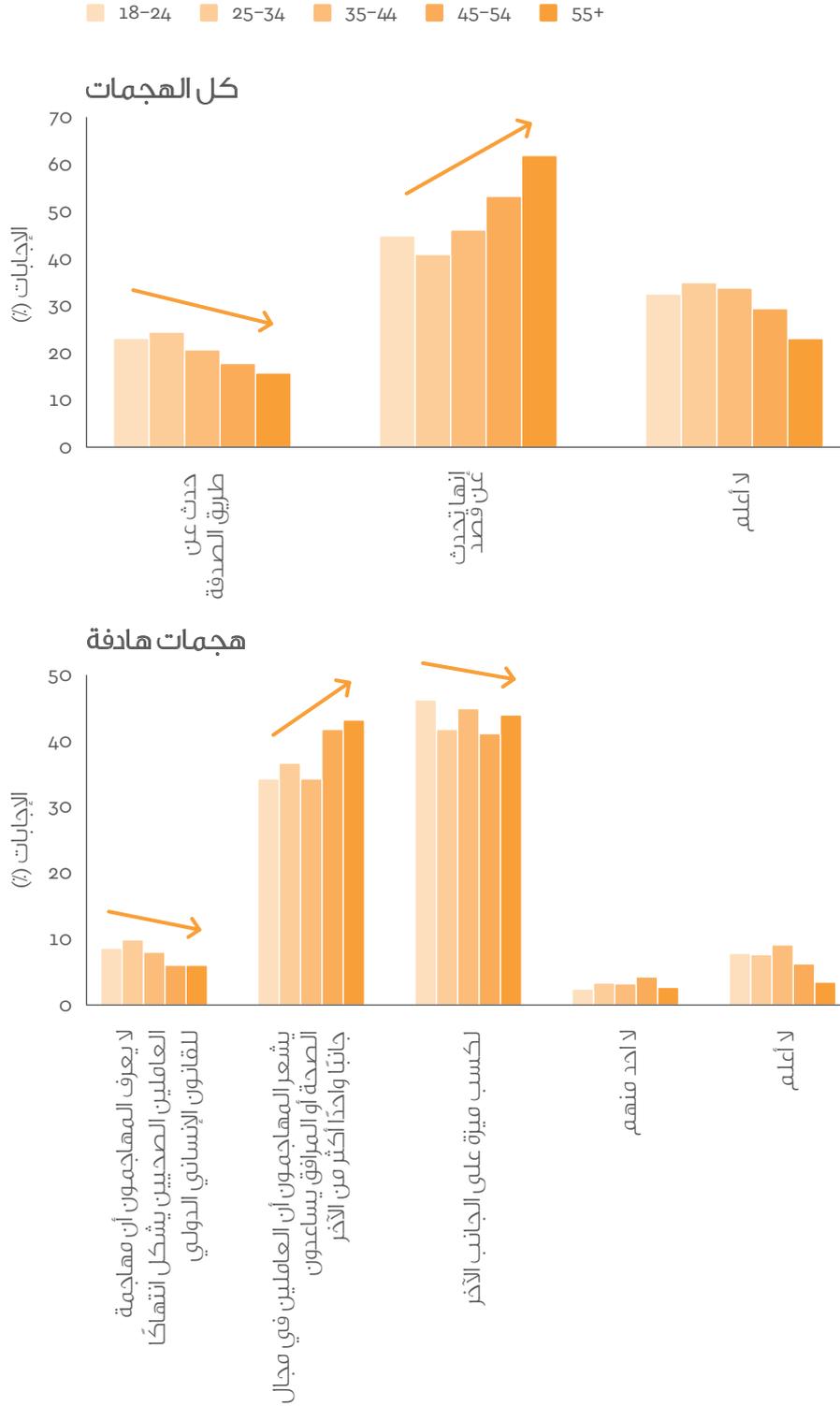
3. بوجه عام، من في اعتقادك الذي يتحمل الجانب الأكبر من مسؤولية العناية بصحة الأفراد الذين يعيشون في المناطق المتأثرة بالنزاعات، إن كنت ترى أن هناك من يتحملها؟

يوضح الشكل رقم 5-أ أبرز النتائج والتوجهات المحتملة.

في جميع أنحاء البلدان الأربعة التي تم أخذ الاستطلاع فيها، يعتقد كبار السن منهم، بأن احتمالية الهجمات تحدث "عن طريق الصدفة" قليلة. بالنسبة لأولئك الذين أجابوا على الهجمات تحدث "عن قصد"، كانت الأسباب الرئيسية هي: اكتساب ميزة على الجانب الآخر. وأن المهاجمين يشعرون أن العاملين في مجال الصحة أو المرافق يساعدون جانباً واحداً أكثر من الآخر. مرة أخرى، تظهر هذه البيانات اتجاهًا مرتبطًا بالعمر (انظر الشكل 5 أ). في جميع البلدان، اعتبر المشاركون أن السلامة والأمن من أهم احتياجات للأشخاص في الصراع. في قطر، اعتبر المشاركون أن الرعاية الصحية أكثر أهمية من الطعام أو الماء (انظر الشكل 5 ب). في جميع الفئات العمرية، يعتقد معظم الناس أن الحكومة الوطنية يجب أن تكون مسؤولة بشكل أساسي عن العناية بصحة الأشخاص الذين يعيشون في المناطق المتأثرة بالصراع. ومع ذلك، فإن الشباب (18-24) يعتبرون الجيش والأمم المتحدة أكثر مسؤولية من نظرائهم الأقدم عمراً (55+) (انظر الشكل 5 ج).

الشكل رقم 5: نتائج بحث "ويش" حول الرعاية الصحية في مناطق النزاع:

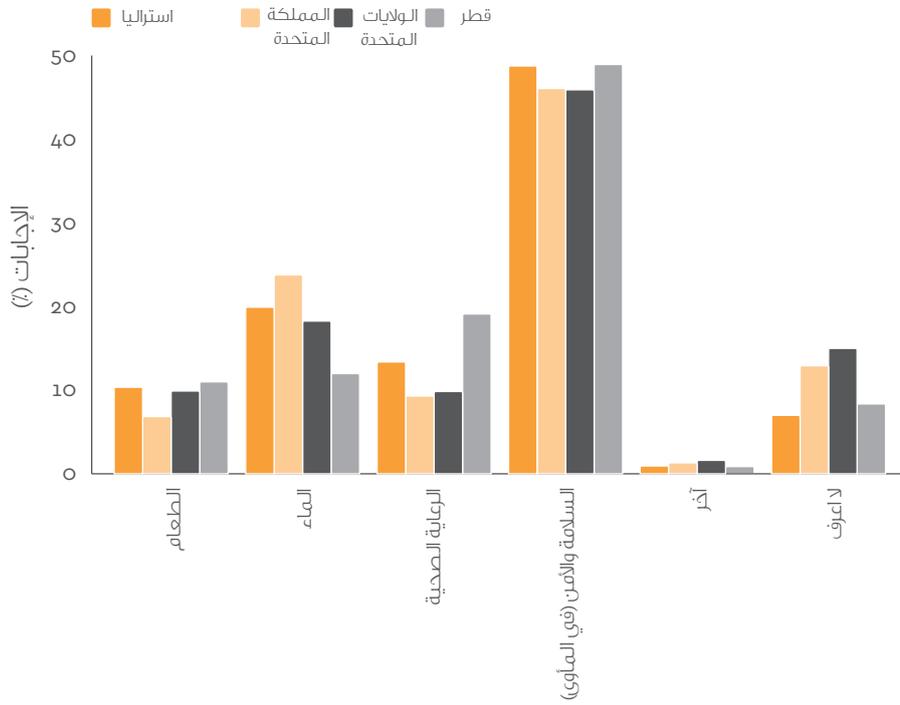
"هل تعتقد أن الهجمات التي تتعرض لها الأطقم الطبية في النزاعات المسلحة تحدث غالبًا بشكل متعمد أم بالخطأ؟"



المصدر: استطلاع رأي أجراه موقع YouGov لصالح "ويش"³⁷

الشكل رقم 5 ب: نتائج بحث "ويش" حول الرعاية الصحية في مناطق النزاع:

"في اعتقادك، ما أهم احتياجات الأفراد الذين يعيشون في مناطق متأثرة بالنزاعات؟"

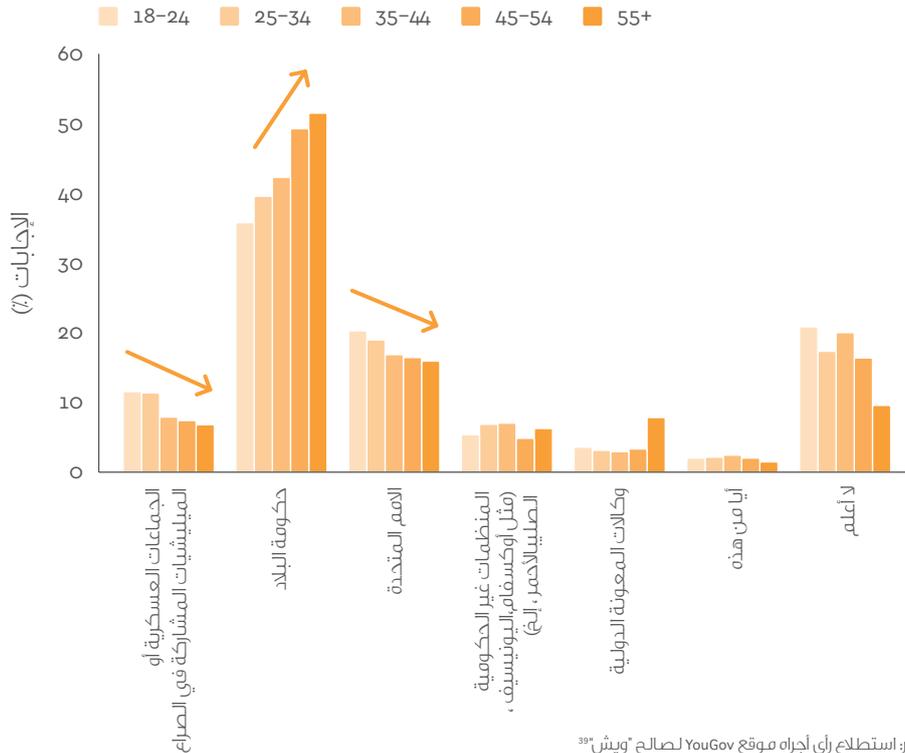


المصدر: استطلاع رأي أجره موقع YouGov لصالح "ويش"³⁸

الشكل رقم 5 ج: نتائج بحث "ويش" حول الرعاية الصحية في مناطق النزاع:

"بوجه عام، من في اعتقادك الذي يتحمل الجانب الأكبر من مسؤولية العناية بصحة الأفراد الذين

يعيشون في المناطق المتأثرة بالنزاعات، إن كنت ترى أن هناك من يتحملها؟"



المصدر: استطلاع رأي أجره موقع YouGov لصالح "ويش"³⁹

مقدمو الرعاية الصحية في مناطق النزاع

يعمل كثير من المناصرين لقضايا الصحة على تلبية الاحتياجات الصحية للمجموعات السكانية المتضررة من النزاعات. ومن هؤلاء جهات مؤسسية فاعلة مثل وكالات الأمم المتحدة، والصليب الأحمر، والهلال الأحمر، والمنظمات غير الحكومية، وعدد كبير من جمعيات المجتمع المدني والعيادات الخاصة وممارسي الطب التقليدي.

تصنيف المستجيبين الأتسانيين المحليين

تشمل أطقم العمل المحلية (باستثناء المنظمات التابعة لجهات دولية والمنظمات غير الحكومية الدولية في نصف الكرة الأرضية الجنوبي):

- الجهات الفاعلة الوطنية ودون الوطنية
- السلطات الوطنية في البلدان المستفيدة من المساعدات
- المناصرين لقضايا الصحة في منظمات المجتمع المدني الوطنية ودون الوطنية
- الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
- المنظمات غير الحكومية الوطنية أو منظمات المجتمع المدني الوطنية
- منظمات القطاع الخاص المحلية والوطنية
- المنظمات غير الحكومية أو منظمات المجتمع المدني دون الوطنية/المحلية. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الملحق.

لا يمنع عدم توفر الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع الدولي وشركاؤه الأفراد من السعي وراء مصادر أخرى للرعاية. وغالبًا ما يهيمن مقدمو الخدمات الصحية المحليون وغير النظاميين على أنشطة الرعاية الصحية في مناطق النزاع، وقد لا يكون هناك تواصل بينهم وبين قطاعي الرعاية الصحية العام والخاص. وكما هو الحال في غالبية البلدان ذات الدخل المنخفض، فإن أول وجهة للسكان المتأثرين بالنزاعات بحثًا عن الرعاية الصحية هي 'الصيدليات'؛ وهي محلات لبيع الأدوية يُستبعد وجود صيدليّ مدرب بها، كما يتم بيع الأدوية التي تستلزم وصفات طبية بدون هذه الوصفات.⁴⁰ ومن المشكلات الرئيسية الأخرى التي تعاني منها هذه الصيدليات تقديم علاجات خاطئة وبيع أدوية مقلّدة ومتدنية الجودة.⁴¹

كذلك يمثل المعالجون التقليديون أحد المصادر الموثوق بها لتقديم الرعاية الصحية لدى المجموعات السكانية المتضررة من النزاعات. فعندما تتعطل الأنظمة الصحية العامة أو تتعرض للانهاك جراء النزاعات المسلحة، يبدي المعالجون التقليديون قدرًا أكبر من المرونة. وفي هذا الصدد، تكشف بحوث أجريت على خمس مناطق متأثرة بالنزاعات كيف تعمل ممارسات العلاج التقليدي جنبًا إلى جنب مع خدمات الرعاية الصحية الطبية الحيوية وتسدّ النقص فيها. وتنتشر هذه الممارسات خاصة وبشكل واسع النطاق في مجال الصحة النفسية.⁴²

كما تلعب الجماعات المسلحة غير الحكومية دورًا رئيسًا في توفير الخدمات الصحية. لذا، فمن الضروريّ تعزيز فهمنا لآلية توفير الخدمات الصحية من قبل هذه الجماعات، وكيفية تفاعلها مع مصادر الرعاية الأخرى، وذلك للتوصل إلى الأسلوب الأمثل في توفير التغطية الصحية الشاملة في المناطق المتأثرة بالنزاعات. فقد سبق للعديد من الجماعات المسلحة بأطياها المختلفة تقديم المساعدات الصحية أو تسهيل الوصول إليها، مثل القوات المسلحة الثورية الكولومبية، ونمور تحرير التاميل - إيلام في

دولار أمريكي فقط (في جميع القطاعات) من إجمالي مبلغ 25.3 مليار دولار جرى طلبها لتمويل الأنشطة في مناطق أزمات مختارة، وذلك حتى منتصف العام، ما تسبب في ترك فجوة تقدر بـ 18.3 مليار دولار أو 72 في المائة من إجمالي التمويل المطلوب لتلبية الاحتياجات الأساسية.⁴⁴ ويوضح الشكل رقم 7 أدناه الوضع في عام 2016.

الشكل رقم 7: تمويل المناطق المتأثرة بالنزاعات في عام 2016

مجموع الأموال الواردة (بملايين الدولارات)	الأشخاص المحتاجون (مليون)	الأموال المستوفاة (%)	الأموال المطلوبة للرعاية الصحية (مليون دولار)	الدولة
120.2	1.6	13.1	42	أفغانستان
58.1	2.2	25.3	40.3	جمهورية أفريقيا الوسطى
69.3	1.9	28.2	30.8	تشاد
N/A	13.1	18.3	189	جمهورية الكونغو الديمقراطية
282.3	9.7	124.4	109.6	العراق
51.2	2.0	32.8	11.9	مالي
79.9	0.5	15.8	16.5	ميانمار
71.2	5.5	51.7	106.8	الصومال
191.4	5.4	51.7	123	جنوب السودان
54.9	4.3	34.9	64.2	السودان
675.2	12.8	34.8	464.9	سوريا
873.6	14.8	35.6	430.4	اليمن

المصدر: دائرة التتبع المالي (2018)⁴⁴

يُعدّ متبرعو ' المجتمع الدولي' مصدرًا مهمًا لتمويل أنشطة الرعاية الصحية في مناطق النزاع، إلّا أنّ الأرقام لا تأخذ في الحسبان مصدر تمويل مهم آخر، وهو الحوالات المالية؛ إذ تصنّف الحوالات المالية على أنها 'تحويلات خاصة جارية' في حال تم إرسالها من قبل عمالة مهاجرة تقيم في البلد المستضيف لمدة تزيد عن عام (بغض النظر عن وضعية هجرتهم) إلى المستفيدين في بلدهم الأم.⁴⁶

ويُعتقد بالفعل أنّ الحوالات المالية المستخدمة في تمويل الأنشطة الإنسانية قد تجاوزت في نطاقها حجم المساعدات الرسمية في العديد من حالات الطوارئ، ووجد أيضًا أنّ هذه الحوالات ذات علاقة طردية بزيادة تمكين العمالة المهاجرة وتقليل المخاطر المعرضين لها.⁴⁷ وبذلك، نجد أنّ كثيرًا من الخدمات الصحية كُتب لها أسباب البقاء من الناحية المالية بفضل شتات السكان وهجرتهم، وذلك عبر الاستثمار المباشر، والدعم المتكرر للمرافق الصحية، والأجهزة والمعدات الطبية والسلع المتبرع بها، بالإضافة إلى العمل التطوعي قصير الأمد، ويمكن توجيه هذه الحوالات المالية عبر المؤسسات والمنظمات الدينية، التي تُعتبر من أهم مقدمي خدمات الرعاية الصحية، بل والجهة المفضّلة للحصول على هذه الخدمات في كثير من الأحيان في بعض مناطق النزاع.⁴⁸

القسم الثالث: التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع

جدول أعمال 2030 للتنمية المستدامة وعلاقته بالتغطية الصحية الشاملة

أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة، في عام 2015، جدول أعمال 2030 للتنمية المستدامة (جدول أعمال 2030) متضمنًا 17 هدفًا من أهداف التنمية المستدامة و169 غاية. 49 وتحتل الصحة مكانة خاصة ضمن جدول الأعمال بوصفها جزءًا لا يتجزأ من عملية تحقيق أهداف التنمية المستدامة. 50 لذا، كُصِّص للصحة ثلاثة أهداف ترمي إلى ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار. ويركز تقريرنا هذا على الغاية رقم (3-8) الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة. 51

استرشادًا بتعريف منظمة الصحة العالمية، 52 يصف تقرير منتدى "ويش" لعام 2015 الذي يحمل عنوان "توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات" التغطية الصحية الشاملة بأنها "ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية التعزيزية، والوقائية، والعلاجية والتأهيلية بجودة مناسبة تكفل فعالية الخدمات، دون مكابدة ضوابط مالية جراء سداد أجور الحصول عليها".

الشكل رقم 8: الصحة في مناطق النزاع في ظل أهداف التنمية المستدامة



المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية 53

ومن ثم، فإن التغطية الصحية الشاملة تجسّد ثلاثة مبادئ ترتبط بعضها ببعض:

1. **المساواة** في الوصول إلى الخدمات الصحية - إذ يتعين حصول كل فرد على الخدمات التي يحتاجها، لأن تكون حكراً على من لديهم القدرة المالية.
 2. يتعين أن يكون مستوى **جودة** الخدمات الصحية بالقدر الذي يكفل لها تحسين صحة متلقيها.
 3. **الحماية** من المخاطر المالية، وضمن عدم مكابدة الفرد لضوابط مالية جراء سداد أجور الخدمات.⁵⁴
- أحد الركائز الأساسية التي يقوم عليها جدول أعمال 2030 هو التعهد بـ"عدم إغفال أي أحد" لضمان استفادة الجميع في كل مكان من التقدم الجاري. ويستلزم ذلك إعطاء الأولوية لتوفير الخدمات الصحية للمجموعات السكانية التي يتعذر الوصول إليها.⁵⁵ فالأوضاع الصحية تصبح أكثر سوءاً في المناطق المتأثرة بالنزاعات، ولا يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة إلا من خلال التركيز الشديد على البلدان ذات الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات.⁵⁶

يوضح **الجدول رقم 2** أدناه أنّ علينا إنجاز مزيد من التقدم للوصول للنتيجة المنشودة.

جدول رقم 2: نتائج التغطية الصحية الشاملة في البلدان المتأثرة بالنزاعات

البلد	مؤشر منظمة الصحة العالمية/ البنك الدولي لدرجة التغطية الصحية الشاملة * (100 /)	البلد	مؤشر منظمة الصحة العالمية/ البنك الدولي لدرجة التغطية الصحية الشاملة * (100 /)
أفغانستان	34	ميانمار	60
جمهورية افريقيا الوسطى	33	الصومال	22
تشاد	29	جنوب السودان	30
جمهورية الكونغو الديمقراطية	40	السودان	43
العراق	63	سوريا	60
مالي	32	اليمن	39

* تشير قيمة 100 إلى التغطية الكاملة
المصدر: منظمة الصحة العالمية/ مجموعة البنك الدولي⁵⁷

خطة العمل من أجل الإنسانية

تمارس 'خطة العمل من أجل الإنسانية، دوراً مكملاً لجدول أعمال⁵⁸، 2030 بتحديد الإجراءات والتغييرات الرئيسية اللازمة للحدّ من المخاطر وأوجه الاحتياج والضعف في مجال العمل الإنساني (راجع الشكل رقم 9). ووُضعت 'خطة العمل من أجل الإنسانية' خلال دورة عام 2016 من مؤتمّر القمة العالميّ للعمل الإنساني، الذي تمخض عن نتائج رئيسة تُعرف إحداهما باسم 'الصفقة الكبرى'، وهي اتفاق بين أكبر المانحين ووكالات المساعدة حول ممارسات العمل بهدف توفير مليار دولار إضافية على مدار خمس سنوات وتخصيصها للأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدات إنسانية، بما في ذلك زيادة المنح التمويلية المقدمة للجهات الوطنية والمحلية، والحدّ من العوائق البيروقراطية من خلال متطلبات تتسم بالاتساق في رفع التقارير والبلاغات. وعلى وجه التحديد، يلتزم اتفاق 'الصفقة الكبرى' بتخصيص 25 في المائة من التمويل الإنساني العالمي للجهات المحلية والوطنية بحلول عام 2020، إلى جانب زيادة الاعتمادات المالية غير المخصصة، وزيادة التمويل متعدد السنوات، لضمان تحقيق أكبر قدر من التنبؤ والاستمرارية في الاستجابة الإنسانية.⁵⁹

الشكل رقم 9: جدول أعمال الالتزامات الإنسانية



المصدر: خطة العمل من أجل الإنسانية⁶⁰

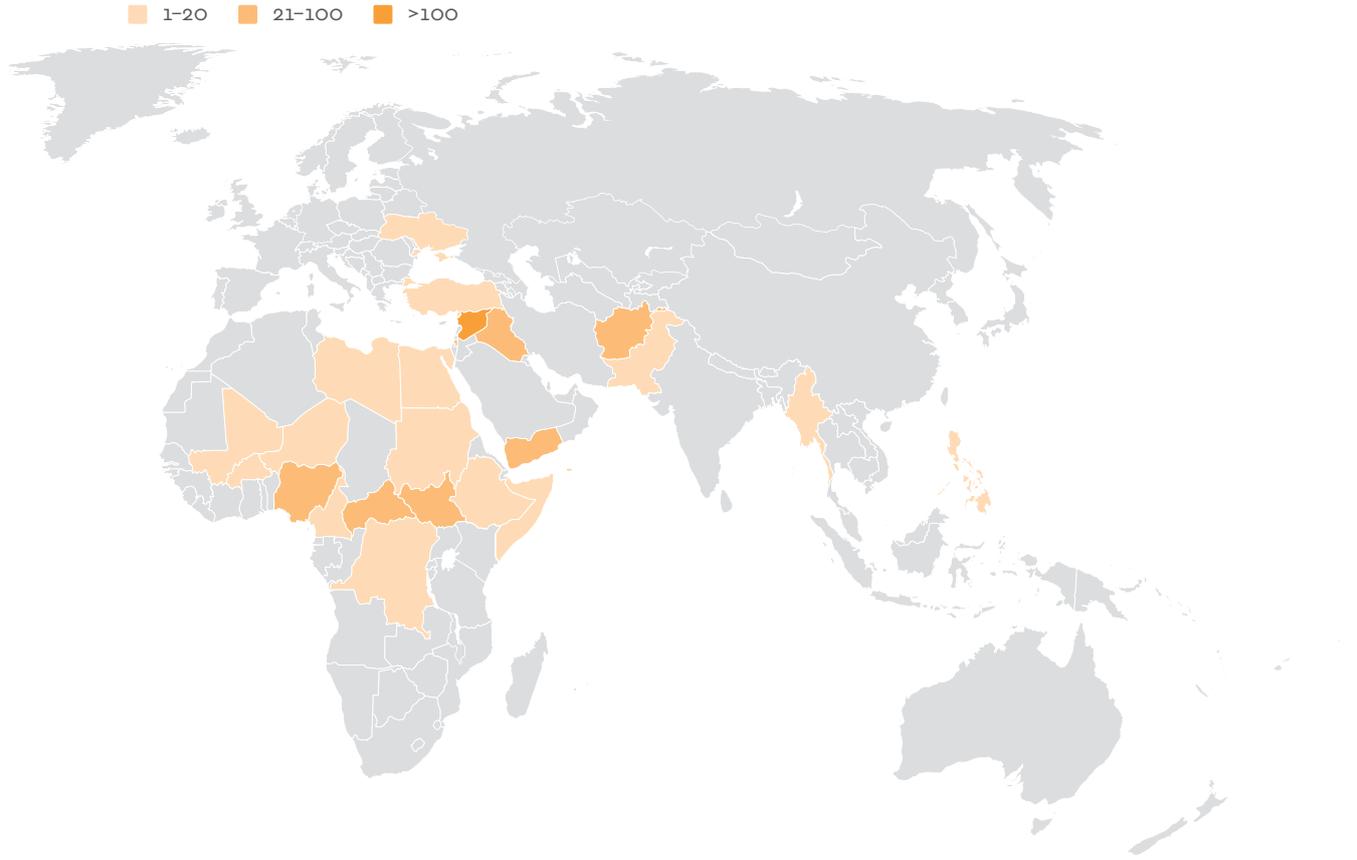
ما هي التحديات الخطيرة التي تحول دون توفير تغطية صحية شاملة للمجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات؟

هنالك الكثير من العوائق التي تقف حالياً حائلاً أمام توفير التغطية الصحية الشاملة للمجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات. ولكن قبل البحث عن سبيل لتحقيق التقدم في هذا الشأن، لا بدّ أولاً من فهم حجم هذه التحديات والوقوف على نطاقها. وفيما يلي موجز للوضع الحاليّ وفقاً للبحوث واللقاءات التي أجريت مع أعضاء المنتدى.

الهجمات التي يتعرض لها مقدمو الرعاية الصحية

من أخطر التحديات التي تعوق تقديم خدمات الرعاية الصحية (ومن ثمّ تحقيق التغطية الصحية الشاملة) في أوضاع النزاع هو الزيادة الظاهرة في عدد ونطاق الهجمات الموجهة ضد مقدمي الرعاية الصحية.⁶¹ وهذا يشمل: الهجمات المسلحة المباشرة؛ تدمير المرافق الطبية أو نهبها؛ استخدام المرافق الطبية للأغراض العسكرية؛ إعاقة الوصول لخدمات الرعاية الطبية؛ إطلاق النار على سيارات الإسعاف، بالإضافة إلى أعمال التهديد والتخويف والعنف التي تتعرض لهم الأطقم الطبية.⁶² تنتهك هذه الهجمات اتفاقيات جنيف والقانون الدولي العرفي ومختلف أحكام المعاهدات الدولية المعنية بحقوق الإنسان.⁶³ وقد تعرضت الأطقم الطبية لهذه الحوادث في كل من سوريا، وأفغانستان، واليمن، وسريلانكا، وجنوب السودان، وكوسوفو، والأراضي الفلسطينية المحتلة، وجمهورية أفريقيا الوسطى وغيرها.⁶⁴ ولا يقتصر تأثير هذه الهجمات على الأضرار الفورية المباشرة والمدمرة، إذ إنها تحوّل المنشآت الصحية -التي يُفترض بها أن تكون ملجأً للشفاء وملجأً من الحروب- إلى مستودعات للخطر ومكان للخوف. ورغم الجهود المتضافرة التي تعمل على توثيق الهجمات الموجهة ضد خدمات الرعاية الصحية وتعزيز الوعي إزاءها، فلم تسفر عن أيّ تحسّن يُذكر في هذا المجال.

الشكل رقم 10: الهجمات على خدمات الرعاية الصحية في مناطق النزاع في عام 2017



عدد الهجمات ذات الصلة بالصراعات على الصحة	البلد
23	نيجيريا
93	الأراضي الفلسطينية المحتلة
18	باكستان
5	الفلبين
3	الصومال
37	جنوب السودان
13	السودان
252	سوريا
5	تركيا
3	اوكرانيا
24	اليمن
701	المجموع

عدد الهجمات ذات الصلة بالصراعات على الصحة	البلد
66	أفغانستان
3	بوركينافاسو
2	الكاميرون
52	جمهورية أفريقيا الوسطى
20	جمهورية الكونغو الديمقراطية
8	مصر
2	اثيوبيا
35	العراق
15	ليبيا
14	مالي
4	ميانمار
4	النيجر

المصدر: تحالف حماية الصحة في أوقات النزاعات (2017)⁶⁹

الوصول للمجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات

عادةً ما يحدث قصور في الوصول لخدمات الرعاية الصحية في مناطق النزاع بسبب العنف، والافتقار إلى الأمن والحواجز التي تنشأ بقرارات سياسية، مثل الحصار. وفي هذا الصدد، قامت منظمة أطباء بلا حدود بمراجعة الاستجابات لحالات الطوارئ في كل من جنوب السودان وجمهورية الكونغو الديمقراطية والأردن، وتوصلت إلى أنه في حال وجود حاجة ماسة للمساعدات فسرعان ما يتم إجلاء العاملين في المجال الإنساني أو الزج بهم في مجتمعات، كما يتم إيقاف برامج الرعاية الصحية أو خفض عدد أفراد الأطقم الطبية إلى مستوى الموظفين الأساسيين.⁶⁶ ويخضع قرار توفير خدمات الرعاية الصحية لسيطرة القوات المسلحة، مما يفرض على العاملين الدخول في مفاوضات عسيرة واتخاذ خيارات صعبة، يدور بعضها على سبيل المثال حول دفع الرشاوى. وعليه، فنحن في أمس الحاجة لوسائل جديدة لتقديم الدعم عن بُعد للأطقم الطبية المحلية التي تتخذ من المجتمعات مقراً لها.

الرعاية الصحية للاجئين والنازحين

ازداد عدد النازحين والهاربين من رمضاء النزاعات أكثر من أي وقت مضى، ومن يحالفه الحظ من اللاجئين للانتقال إلى مخيمات رسمية يستطيعون الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، ولكن هذا ليس بالأمر المسلّم به في جميع المخيمات. أمّا بالنسبة للنازحين داخل بلادهم فإنهم ينتقلون إلى مخيمات غير رسمية، وبالتالي تتوافر أمامهم فرص ضئيلة للغاية للحصول على خدمات رعاية صحية مناسبة وبأسعار معقولة. ونجد أن معظم هؤلاء النازحين يتواجدون في قارة أفريقيا، التي تعاني أنظمتها الصحية في الأساس من الضعف ونقص الموارد، مما يفرض تحديات كبيرة أمام توفير الرعاية الصحية لهذه القائمة الجديدة من المجموعات السكانية النازحة. وخلال الفترة بين عامي 2017 و2018، نزح ما يقرب من 688 ألف شخص من الروهينجا من ميانمار إلى بنجلاديش،⁶⁷ ووصل إجمالي عدد اللاجئين بينجلاديش في الوقت الراهن إلى 900 ألف لاجئ. وأسفر حجم تدفق النازحين، مصحوباً بندرة الموارد، إلى ظهور حالة طوارئ إنسانية حرجة؛ حيث تتسبب الظروف المعيشية المكتظة والبنية التحتية الضعيفة في المخيمات والمستوطنات في تعريض اللاجئين لمزيد من المخاطر الصحية.

الموارد

تعتمد معظم الوكالات الإنسانية على تمويل الجهات الحكومية المانحة، والتي تتغير في أغلب الأحيان تبعاً لأجنداتها السياسية.⁶⁸ وتعاني هذه المساعدات المؤسسية من البيروقراطية إلى حد كبير، فعلى سبيل المثال، يستغرق الأمر عادةً ثلاثة أشهر للحصول المنح إلى وجهتها المقصودة.⁶⁹ ومن أكبر أسباب عدم كفاءة التمويل هو المنح ذات الأمد القصير، إذ تتسبب في تعطيل برامج المساعدات، وذلك رغم أن معظم الأزمات تستمر لفترات طويلة، مما يجعل من التخطيط على المدى الطويل أمراً أكثر نفعاً بالنسبة لها، إذ لا يمكن للمنح قصيرة الأمد تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الشكل رقم 11: عدم المساواة في نفقات أنشطة الصحة الإنسانية بين البلدان

	الأموال المطلوبة للعناية الصحية (مليون دولار)	الأموال المستوفاة (%)	الأشخاص المستهدفين (مليون)	التمويل للشخص الواحد (دولار)
 أفغانستان	339	 85	 3.5	 82
 جمهورية افريقيا الوسطى	531	 39	 1.9	 108
 جمهورية الكونغو الديمقراطية	690	 60	 6.0	 69
 ميانمار	189	 59	 0.6	 199
 منطقة ساحل	5	 24	 7.7	 0.16
 الصومال	885	 56	 3.5	 141
 جنوب السودان	1,291	 93	 5.0	 239
 سوريا	-	-	-	 128
 خطة سوريا الإقليمية للاجئين والقدرة على التكيف	4,539	 61	 13.9	 200
 اليمن	1,633	 62	 13.2	 78

المصدر: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (2017)⁷⁰

على الجانب الآخر، يتذبذب تمويل جهود الإغاثة بشكل كبير من سنة لآخرى. فعلى سبيل المثال، زادت احتياجات التمويل في عام 2017 بنسبة 19 في المائة، إلا أن 'دائرة التبعية المالي' التابعة للأمم المتحدة سجّلت منحا مالية تقدر بـ 21,3 مليار دولار أمريكي في هذا العام، وهو مبلغ يقل عن الرقم المسجّل في عام 2016 والبالغ 22,9 مليار دولار أمريكي.⁷¹

وتجدر الإشارة إلى أن عدد قليل جداً من وكالات الإغاثة تحصل على منح تمويلية غير مخصصة، وتستطيع الوكالات التي تحصل على هذه المنح، وهي بالدرجة الأولى منظمة أطباء بلا حدود واللجنة الدولية للصليب الأحمر، الاستجابة بشكل سريع عند وقوع الأزمات، ولكنها لا تتمكن من المكوث أو مجارة حالات التعافي طويلة الأمد، لأن هذا القرار خارج اختصاصهم، وتشير التقديرات إلى أن 40 في المائة من البلدان التي انتهت فيها النزاعات تندلع فيها النزاعات مرة أخرى. لذلك، فإن الدعم المكثف قصير الأمد لا يتسم بالاستدامة أو الكفاءة في تحقيق الأمن الصحي.⁷²

ورغم أن الأطقم الطبية المحلية هي التي تقدم معظم جهود الإغاثة الإنسانية، تم تخصيص ثلثي ميزانية المنح في عام 2017 لـ 13 مؤسسة ومنظمة دولية فقط.⁷³ وغالباً ما تبرر الجهات المانحة ذلك بالخوف من الفساد ومقتضيات المساءلة القانونية، رغم الجهود الرامية إلى إزالة هذه المخاوف، مثل مبادرة 'المنح الإنسانية السليمة' (GHD).⁷⁴

والنتيجة بطبيعة الحال عدم عدالة التمويل الدولي إلى حد كبير (انظر الشكل 11). فلا يوجد تحديد لأولويات على المستوى العالمي، بل لدينا منظمات فردية تتنافس فيما بينها للحصول على منح مرتبطة بمصالحها الخاصة، ناهيك عن عدم استجابة النظام العالمي للمتطلبات الصحية بطريقة عادلة وشفافة، الأمر الذي ينجم عنه تداعيات تتعلق بالثقة والمساءلة.

من الأهداف الأساسية المتأصلة في تعريف التغطية الصحية الشاملة، مفهوم "حماية الفرد من المخاطر المالية، وضمان عدم مكابته لضوابط مالية جراء سداد أجور الخدمات".⁷⁵ وأسهل السبل لتجنب هذه المصاعب، هو تقديم هذه الخدمات بالمجان. فهذه استراتيجية محورية يتبعها معظم مقدمي خدمات الرعاية الصحية في مناطق النزاع.⁷⁶ ومع ذلك، فإنها تثير قضايا متعلقة بالاستدامة.

ومن الأمور الأخرى المتأصلة في مفهوم التغطية الصحية الشاملة حدوث تعبئة للموارد المحلية، أي: زيادة تدفق الضرائب ومصادر الدخل الأخرى في الميزانيات الحكومية،⁷⁷ إذ تفرض الأماكن التي لا يتيم فيها الوضع جمع إيرادات ضريبية كافية تحدياً مستعصياً يحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الأعباء الجديدة: الأمراض غير السارية والأمراض النفسية

تعتبر الأمراض غير السارية من الأسباب الرئيسية والمتزايدة للإصابة بالأمراض والوفيات في مناطق الأزمات الممتدة والمتكررة.⁷⁸ فبالنسبة للاجئين، يقع عبء علاج الأمراض غير السارية على عاتق البلدان المضيفة -فعلى سبيل المثال، أنفقت وزارة الصحة الأردنية 53 مليون دولار على رعاية اللاجئين على مدى ثلاثة أشهر فقط في عام 1320.⁷⁹ ولم تقدم المساعدات الدولية سوى إسهامات متواضعة لتعزيز قدرات البلدان المضيفة في تقديم الرعاية الصحية، ويزداد الأمر سوءاً بالنسبة للإعانات المخصصة لعلاج الأمراض غير السارية.⁸⁰ كما أن هناك قصوراً في البيانات التي تحدد أفضل التدخلات من حيث النتائج أو سبل إجراء هذه التدخلات.⁸¹ ففي سوريا، توصلت البحوث إلى بعض التحديات التي تواجه تنفيذ وعدم وجود توافق في الآراء بشأن أهداف تقديم الرعاية الصحية، فضلاً عن عدم وجود منهجية واضحة لتحديد أولويات استخدام الموارد.⁸²

ومما يريثى له كذلك أن الرعاية الصحية للأمراض النفسية في مناطق النزاع يتم إغفالها بشكل كبير أو يجري تشخيصها بشكل خاطئ؛ كما تتسم التدخلات الفعالة لعلاج الأمراض النفسية بتعدد القطاعات الطبية فيها، مما يمثل تحديًا آخر. وقد تخفف عوامل الوقاية، مثل إتاحة الموارد والاستقرار السياسي في الدولة، من حدة الآثار الواقعة على الصحة النفسية في مناطق الأزمات، إلا أن هذه العوامل تقع، بطبيعة الحال، خارج اختصاص وتأثير القطاع الصحي.⁸³

التحديات المتعلقة بالبيانات

تُضعف النزاعات المسلحة أنظمة المعلومات الصحية، وقد تنظر الجماعات المقاتلة إلى المعلومات الصحية باعتبارها معلومات ذات حساسية سياسية أو تمثل تهديدًا بالنسبة لها. لذلك، نجد اختلافًا ملحوظًا في أعداد السكان وأرقام الوفيات.⁸⁴

قامت دراسة نشرتها مجلة 'ذا لانسيت' الطبية المحكمة بتحليل مدى توفر المعلومات الصحية العامة خلال الستة أشهر الأولى من 20 نزاعًا مسلحًا وأزمة من أزمات الكوارث الطبيعية التي وقعت مؤخرًا. يشير التحليل إلى أن الممارسات الأخيرة تتسم بالقصور الشديد ولا تلبي حتى أدنى المتطلبات والمعايير، واكتشف الباحثون أن أكثر المعلومات بدهاءة، مثل "مصفوفة 4W" (تحديد من يفعل ماذا وأين ومتى)، لم يتم جمعها إلا في حالتين فقط من بين 13 حالة من حالات النزاع المسلح. ولم يتوافر في أي أزمة الحد الأدنى من المعلومات الأساسية، مثل مدى تغطية خدمات التطعيم والبيانات المتعلقة بأوضاع التغذية. وحتى مع توافر هذه المعلومات، كان من العسير الوصول إليها نظرًا لتفرقها بين العديد من المصادر.⁸⁵

يمثل تقييم الاحتياجات أحد المقومات الأساسية لتخطيط أنشطة الرعاية الصحية، غير أن هذه التقييمات لا يتم تنسيقها على النحو المطلوب.⁸⁶ فنجد أن أكثر من 25 في المائة من جهات الاستجابة الإنسانية تعتبر نقص المعلومات حول الاحتياجات الحقيقية من أكبر العوائق التي تحول دون تقديم استجابات إنسانية فعالة.⁸⁷ كما أثرت تساؤلات حول استقلالية وموضوعية التقييمات التي تجريها الوكالات الإنسانية التي لديها هي الأخرى احتياجاتها الخاصة لضمان حصولها على التمويل.⁸⁸

يعتبر تصنيف البيانات عنصرًا محوريًا يضمن تحقيق الهدف الرامي إلى 'عدم إغفال أي أحد'؛ فعلى سبيل المثال، يتم غالبًا تجاهل النازحين، والمعاقين، والمرضى النفسيين، وكبار السن والأقليات في التصنيفات، وتجدد الإشارة إلى أن هذه التحديات لا تقتصر على مناطق الأزمات فحسب، إذ تم تسجيل مشكلة عدم كفاية البيانات في كل من كينيا، ونيبال، وغانا وغيرها من البلدان.⁸⁹

الافتقار إلى حزمة موحدة من الخدمات

لا توجد حزمة متفق عليها عالميًا من الخدمات الصحية في مناطق النزاع. فالخدمات التي يتلقاها الفرد لا تزيد كثيرًا عما يحالفه الحظ في الحصول عليها، ويزداد الأمر تفاقمًا عندما يضاف إلى ذلك انعدام العدالة في توزيع المنح. وعلى الجانب الآخر، هناك بالفعل معايير موحدة ومتاحة (مثل مشروع Sphere – راجع دراسة الحالة رقم 2)، ولكن لا يوجد إجماع على تطبيقها. فغالبًا ما يكون مكان وتوقيت استجابة منظمة ما مدفوعًا بأهداف التمويل أو الأهداف السياسية.

دراسة الحالة رقم 2: مشروع Sphere⁹⁰

تم إطلاق مشروع Sphere في عام 1997 لتحسين نوعية أنشطة المساعدة والحماية خلال الاستجابة للكوارث أو النزاعات. ويقوم المبدأ الأساسي للمشروع على حقّ السكان المتضررين في الحياة الكريمة، واتخاذ جميع الإجراءات اللازمة للتخفيف من معاناتهم، ويحتوي الدليل الإرشادي الذي نشره المشروع على ميثاق إنساني ومعايير أساسية، بينما تتناول الفصول الفنية الحد الأدنى من المعايير المعنية بـ: تعزيز إمدادات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية؛ والأمن الغذائي والتغذية والمأوى، والمواد المعينة بالإستقرار والمواد غير الغذائية؛ والأنشطة الصحية. وتتضمن توصيات المشروع الإجراءات والمؤشرات الرئيسية التالية:

- دعم الأطقم الطبية المحلية ودمجها بالكامل في بنية الخدمات الصحية.
- توحيد البرامج التدريبية وترتيبها حسب الأولوية وفقاً للاحتياجات الصحية الرئيسية ومواطن القصور في الكفاءات.
- ضمان توفير أجور عادلة وكافية لجميع العاملين في قطاع الصحة، على أن يتم الاتفاق عليها بين جميع الوكالات بالتعاون مع السلطات الصحية الوطنية.
- ضمان الاستعانة بالحد الأدنى من مستويات التوظيف، بما لا يقل عن: طبيب واحد لكل 50 ألف نسمة، وممرضة مؤهلة واحدة لكل 10 آلاف نسمة، وقابلة واحدة لكل 10 آلاف نسمة، وعامل صحي واحد في المجتمع المحلي لكل ألف شخص.

توجد محاولة لتوحيد خدمات الصحة الإنجابية خلال الأزمات في 'مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى' (MISP) التي وضعها صندوق الأمم المتحدة للسكان.⁹¹ وهي مجموعة من الإجراءات يتم اتخاذها مع بداية كل أزمة. وتتمثل الأهداف الخمسة لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في:

1. تحديد المنظمة التي ستقود عملية التنفيذ
2. منع العنف الجنسي وإدارة تبعاته
3. الحد من انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة
4. تلافى وفاة الأمهات والمواليد الجدد وإصابتهم بالأمراض
5. وضع خطة للرعاية الصحية الشاملة الجنسية والإنجابية، وإدراجها في الرعاية الصحية الأساسية، إذا سمح الوضع

ومع ذلك هذه الأهداف، تُواجه 'مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى' في الواقع بالتجاهل أو عدم التطبيق، فضلاً عن ضعف التمويل المخصص لها في غالب الأحوال.⁹² وفيما ينبغي تطبيق هذه المجموعة من الخدمات في المراحل الأولية من الأزمات قبل الاستعانة بنظام أكثر استقراراً في توفير الرعاية الصحية، نجد أنّ الأزمات الممتدة لفترات طويلة من الزمن، مثل النزاع السوري، تُحدث قصوراً في خدمات الرعاية⁹³ وتترك شكوكاً لدى النساء.

وثمة نموذج آخر طويل الأمد لتوحيد معايير خدمات الرعاية الصحية في المناطق المتأثرة بالنزاعات، ألا وهو 'المجموعة الأساسية من الخدمات الصحية' (BPHS). ويرمي هذا النموذج إلى تعزيز القدرات وتوفير الموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية في البلدان المتأثرة بالنزاعات عبر مسار منظم وموحد. ويبرز دور 'المجموعة الأساسية من الخدمات الصحية' في السياقات التي تعجز فيها وزارات الصحة عن الاضطلاع بدورها أو تفقد القدرة على توفير الرعاية الصحية، إذ تتيح المجموعة جمع المنح الداخلية، والمعارف المحلية، والخدمات اللوجستية، والمنح الدولية وتأمين القوى العاملة في المنظمات غير الحكومية.

ومما يدعم النهج الذي تتبناه 'المجموعة الأساسية من الخدمات الصحية'، والذي يقوم على دمج الإجراءات والجهود سالفة الذكر، سعي المجموعة إلى تعزيز جهود تقديم خدمات الرعاية الصحية على الصعيد الوطني دون تمييز وعلى نحو أكثر اتساقاً، بهدف تعزيز فعالية الأداء وكفاءته وتحقيق مبدأ المساواة.⁹⁴ ومما لا شك فيه أن هذا النهج يتفق مع طموحات التغطية الصحية الشاملة، لكن بالنظر إلى أفغانستان، على سبيل المثال، نلاحظ عدم المساواة في استخدام المرافق والمنشآت الطبية، وكذلك نجد تفاوتاً كبيراً في تكاليف الرعاية الصحية، إضافة إلى تجاهل المرضى الذين ينحدرون من أسر فقيرة، مما يعني أن 'المجموعة الأساسية من الخدمات الصحية' تُغفل الاحتياجات الصحية المحلية ولا تلبيها بالقدر المطلوب.⁹⁵ وهناك ميزة سلبية أخرى تتمثل في أن المجموعة الحالية لم تلحظ الأمراض غير السارية رغم أنها تمثل أكثر من نصف زيارات المرضى للعيادات الخارجية، وأكثر من نصف حالات الوفيات في أفغانستان. لا يتم تضمين الأمراض غير السارية في الحزمة الحالية. إن 'المجموعة الأساسية من الخدمات الصحية' في أفغانستان حالياً قيد المراجعة لمعالجة هذه القضايا ولكن من غير الواضح كيف سيتم تمويل توسيع هذه المجموعة.

البعد السياسي لخدمات الرعاية الصحية في مناطق النزاع

بإمكان الأنظمة الصحية توفير الأمن والاستقرار للمجتمعات.⁹⁶ ولكن خلال النزاعات المسلحة، "لا يُنظر للنظام الصحي أو للدولة ككل على أنهما طرفان محايدان"،⁹⁷ إذ يمكن استغلال الرعاية الصحية في مناطق النزاع استغلالاً كبيراً من قبل الجماعات الحكومية أو غير الحكومية 'للفوز بالقلوب والعقول'، لاسيما في النزاعات العرقية - فقد يتم حجب الخدمات الصحية عن مجموعات بعينها في انتهاك صارخ للمبادئ الإنسانية والأخلاقيات الطبية.

ففي أفغانستان مثلاً، جرى استغلال الرعاية الصحية والأنشطة الرامية لتوفير الخدمات الأخرى والبنى التحتية الأساسية كاستراتيجية أساسية في الحرب ضد حركة طالبان. ورغم إسهام هذه الجهود في زيادة معدلات الحصول على الرعاية الصحية لكثير من المواطنين الأفغان،⁹⁸ فإن هناك مؤشرات أخرى تدلّ على حدوث تغيير في المهمة الأساسية للمساعدات، أو إساءة استغلالها، وربما استخدامها في زعزعة استقرار وضع هش ومتهاك بالفعل.⁹⁹ وهناك شكوك أخرى تحوم حول مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مثل هذه الظروف، في ظلّ نقص الأدلة الموثقة على أن المنافع الاستراتيجية المزعومة قد تحققت على أرض الواقع.¹⁰⁰

وعلاوة على ذلك، تلقت المساعي الرامية إلى توفير التغطية الصحية الشاملة خلال الأزمات الإنسانية بعض الانتقادات العامة، لتطرح بذلك تساؤلات عدّة، منها: "إذا كانت التغطية الصحية الشاملة مشروعًا لصالح الدولة، فماذا يحدث إذا كانت الدولة نفسها غائبة أو غير راغبة أو متواطئة في انتهاكات حقوق الإنسان؟"¹⁰¹ في الواقع، "إن الدولة التي تسعى قدمًا نحو تقديم تغطية صحية شاملة لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تبرر الانتهاكات الصارخة التي لا يمكن الدفاع عنها تجاه حقوق الإنسان الأساسية".¹⁰²

دراسة الحالة رقم 3: الخدمات الصحية المتعاقد عليها ومكافحة الإرهاب في الموصل

قامت منظمة الصحة العالمية بالتعاقد مع شركات تابعة للقطاع الخاص ملحقّة بالجيش للعمل في الموصل وتقديم خدمات صحية، من بينها 'وحدات لإسعاف المصابين'، ورغم نجاح هذه الوحدات في إنقاذ العديد من الأرواح، لم تبتد الشركات المتعاقدة التزامًا دائمًا بمبدأ الحياد والنزاهة، إذ تم رفض بعض المرضى.¹⁰³ وربما يرجع السبب في ذلك إلى أنّ قرار تمويل مثل هذه الوحدات لا ينعصر فقط في الرغبة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمدنيين في الخطوط الأمامية، ولكنه يرتبط بأولويات الجهات المانحة في معركتهم ضد تنظيم الدولة الإسلامية (داعش). فإذا قام المسعفون بعلاج المرضى المشتبه في انتمائهم إلى داعش، حسب ما تقتضيه المبادئ الإنسانية، فقد تتعرض مرافقهم ومنشآتهم المتمتعة بالحماية للخطر من قبل القائمين على مكافحة الإرهاب، والذين يقاتلون بدورهم تنظيم الدولة ويطلبون من الأطباء تسليم المرضى المشتبه في انتمائهم إلى داعش بعد علاجهم.¹⁰⁴ وفي مثل هذه الحالات¹⁰⁵، يبدو أنّ سياسات مكافحة الإرهاب تغطي على الضرورات الإنسانية.

انعدام الثقة

نادرًا ما تتم استشارة 'المستفيدين' من المساعدات في عمليات صنع القرار، وقلما يؤخذ بأفكارهم وتعليقاتهم حول البرامج. وعندما يقترن ذلك بالتقييمات غير الفعّالة للاحتياجات، نجد أنفسنا أمام مساعدات إنسانية مقوّضة وغير مجدية. وقد أسفر غياب صوت المستفيدين، بجانب إضفاء الطابع السياسي على المساعدات، عن انعدام الثقة في النظام، وهو ما يتضح بالأرقام المذكورة أدناه التي أوردتها 'شبكة التعلّم الإيجابي للمساعدة والأداء في مجال العمل الإنساني' في تقريرها المعنون "حالة النظام الإنساني لعام 2015":

- لم تقم الوكالات باستشارة 44 في المائة من متلقي المساعدات بشأن احتياجاتهم قبل بدء البرامج.
- 53 في المائة فقط من الأشخاص المتضررين أبدوا الرضا تجاه سرعة وصول المساعدات.
- ذكر 33 في المائة فقط أنه تم استشارتهم بخصوص احتياجاتهم.
- ذكر 20 في المائة فقط ممن تم استشارتهم بخصوص احتياجاتهم أنّ الوكالات استرشدت برؤوسهم وقامت بإدخال تعديلات.¹⁰⁶

القسم الرابع: ترجمة التغطية الصحية الشاملة إلى واقع ملموس لصالح الشعوب المتضررة من النزاعات

على الرغم من أن العالم ككل يتمتع بالمعرفة والقدرات والموارد اللازمة لتحويل التغطية الصحية الشاملة إلى أمر واقع تستفيد منه المجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات، إلا أنه لا يوجد حل سريع أو وحيد لهذه المشكلة. وللتغلب على القيود التي تم ذكرها في هذا التقرير، لا بد لنا من إرادة سياسية قوية، وجهود تنظيمية متسقة، وإعادة توجيه مصادر التمويل وإيجاد مصادر إضافية، فضلاً عن استغلال أفضل ما لدينا من علوم وابتكارات وإبداعات لمواجهة الوضع الراهن.

دراسة الحالة رقم 4: مبادرة "التسريع بتحقيق نتائج على نحو يتسم بالفعالية والاستدامة" (DARES)¹⁰⁷

تمثل مبادرة "التسريع بتحقيق نتائج على نحو يتسم بالفعالية والاستدامة" ثمرة تعاون بين منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة اليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي. وترمي هذه المبادرة إلى الحفاظ على الأنظمة الصحية في مناطق النزاع وتحسينها. وفي إطار البناء على النتائج الإيجابية للمبادرة في كل من اليمن وجيبوتي وليبيا، يجري الآن تجربتها في جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية. وترتكز هذه المبادرة على المبادئ التالية:

- 1. دعم الأنظمة الصحية الوطنية.** بالتعاون مع السلطات الوطنية ودون الوطنية، ومراعاة السياق السياسي، ستعمل المبادرة مع الشركاء الوطنيين والدوليين على تعزيز الأنظمة الوطنية بحيث تعتمد نهجاً استباقياً للحيلولة دون تدهور الأوضاع الصحية، والاستعداد للتصدي للأوضاع الصحية المتدهورة والاستجابة لها.
- 2. تنفيذ برامج مرنة على مدار سنوات متعددة.** ستبنى المبادرة منظوراً استباقياً طويل الأمد في أنشطتها داخل الدولة، وستفادي دورات التخطيط والميزانيات قصيرة الأمد.
- 3. ضمان وضع برامج قائمة على الأدلة.** سيتم إعطاء الأولوية للبرامج والتدخلات بناءً على البيانات والأدلة والتحليلات المشتركة، مع التركيز على الفئات الأشد تأثراً.
- 4. تعظيم فعالية الشراكة.** سيعمل شركاء المبادرة بشكل تعاوني في تقييم الاحتياجات المشتركة والتخطيط التكراري ومراقبة الأداء، مع ضمان اتخاذ القرارات وإدارة المخاطر بشكل جماعي.

المبادئ

هناك عدد من الأطر والالتزامات العالمية المتفق عليها في توفير التغطية الصحية الشاملة. واستندنا إلى هذه الأطر والالتزامات في وضع **مبادئنا الأساسية الثمانية** الرامية إلى الارتقاء بمستوى التغطية الصحية الشاملة للمجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات بحلول عام 2030:

1. الرعاية الصحية خلال النزاعات حق إنساني. الرعاية الصحية حق قانوني لجميع المدنيين واللاجئين، وهو ما ينص عليه قانون حقوق الإنسان (الذي يخاطب المدنيين) والقانون الدولي الإنساني (الذي يخاطب المدنيين والمقاتلين السابقين) وقانون اللاجئين (الذي يخاطب اللاجئين وطالبي اللجوء).¹⁰⁸

2. الدول مسؤولة عن توفير الرعاية الصحية للسكان المتضررين بالنزاع. هذا أيضًا واجب قانوني. ويؤكد جدول أعمال 2030 على هذه المسؤولية في أهدافه المتعلقة بالصحة، كما تتجسد في الغاية الشاملة: عدم إغفال أي أحد.¹⁰⁹

3. الأطقم المحلية غير الحكومية ركيزة أساسية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة للمجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات. وهو ما ينعكس في أهداف الشراكة التي يدعو إليها جدول أعمال 2030. وتتمارس هذه الأطقم دورًا محوريًا في الأوضاع التي يصعب فيها تدخل الجهات الفاعلة الدولية. وعليه، لا بد من ترسيخ استراتيجيات التغطية الصحية الشاملة في السياقات المحلية، إذ لا يمكن تحقيق مثل هذه التغطية دون إسهامات الأطقم المحلية. وعلى الرغم من أهمية هذه الأطقم، يعمل كثير منهم حاليًا خارج منظومة الأمم المتحدة.

4. من واجب مقدمي خدمات الرعاية الصحية، الحكوميين وغير الحكوميين، تقديم هذه الخدمات بحياد وعدالة. وهو مبدأ نصت عليه الأخلاقيات الطبية والقانون الدولي.¹¹⁰ كما تنص المبادئ الإنسانية الواردة في التزامات جدول أعمال 2030 على مبدأ المساواة. كما يتحتم توفير التغطية الصحية الشاملة بدءًا بالفئات الأكثر إغفالًا أو تخلفًا عن الركب، إذ يتعين تقديم الخدمات أولاً للأفراد الذين يتعذر الوصول إليهم.

5. قطاع الصحة لا يقتصر على الطب الحيوي، بل يجب أن يشمل أيضًا الصحة النفسية والمجتمعية، وهما جانبان يحظىان بأهمية خاصة بالنسبة للمجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات.

6. الرعاية الصحية ليست هدفًا (عسكريًا) خلال النزاعات. وهو مبدأ ينص عليه القانون الدولي الإنساني ويتوافق مع المبادئ الإنسانية. فالصحة ذات منفعة عالمية عامة نتحمل جميعًا مسؤولية حمايتها وتعزيزها.

7. الغرض من توفير الرعاية الصحية في النزاعات ينحصر في العناية بالصحة فقط. فلا يتم استغلالها لأغراض سياسية أو غيرها.

8. توفير التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع هو مسعى مشترك يربط بين العاملين في المجالات الإنسانية والإنمائية والصحة العالمية. ويتطلب ذلك تحديد غايات جامعة وشاملة، وإجراء التحليلات وأعمال التخطيط ووضع البرامج بشكل مشترك، مع إدراك أهمية عمل المناصرين لقضايا الصحة ودورهم في حماية الأنظمة الصحية والحفاظ عليها والحيلولة دون تقويضها خلال ضغوط النزاع.

الاستراتيجية

لقد تسنى لنا من خلال مزج هذه المبادئ بالمبادئ العامة للتغطية الصحية الشاملة (المساواة والجودة والحماية المالية)، وضع **استراتيجية تتألف من خمس نقاط** وتهدف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة للمجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات.

1. التمويل المشترك لأنشطة الرعاية الصحية للمجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات. لا بد أن يكون التمويل مسؤولية جماعية ومشاركة تتحملها جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، وكذلك جميع العاملين في مجال الصحة في العالم، ممن يتسمون بالحرص على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتبلغ تكلفة توفير احتياجات التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع ما يقرب من 7,65 مليار دولار أمريكي سنويًا (بما يعادل 57 دولارًا أمريكيًا للفرد)*.

وإذا ما طبقت الدول نموذج التمويل الخاص بعمليات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، فيمكن تحديد حجم إسهاماتها وفق تقديرات وتقييمات محددة، بحيث تعكس هذه الإسهامات المالية الوضع الاقتصادي للدول، فكلما زاد تطور الوضع الاقتصادي للدولة زادت الإسهامات المطلوبة منها.¹¹¹ وعلاوة على ذلك، يلزم الجهات المانحة في مجال الصحة في العالم التعهد بتقديم نسبة يتفق عليها من ميزانياتها السنوية وتخصيصها لأنشطة الرعاية الصحية في مناطق النزاع.

ترتبط التغطية الصحية الشاملة بالأمن الصحي العالمي ارتباطًا وثيقًا، إذ إن تحقيق الأمن الصحي العالمي مشروط بتعزيز أنظمة الوقاية والرعاية المحلية. ويدعو هذا التقرير الجهات المانحة التي تستثمر مليارات الدولارات في تحقيق الأمن الصحي العالمي إلى النظر على وجه السرعة في أهمية تخصيص حصص تمويلية للرعاية الصحية في المناطق التي يتعرض فيها جميع الأفراد لمخاطر تتعلق بأمنهم الصحي جراء غياب التغطية الصحية الشاملة.

وعند وصول المنح التمويلية للأطقم الطبية في مناطق النزاع، لا بد من التعامل المرن معها وعدم توزيعها على بنود معينة، مع إتاحة السبيل لإنفاقها على مدار سنوات متعددة. ووفقًا للالتزامات التي تعهدت بها الدول في مؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني، فلا بد من توجيه 25 في المائة من المنح التمويلية (الحالية والمستقبلية) مباشرة إلى مقدمي الخدمات الصحية المحليين.

2. إجراء تقييمات مستقلة للاحتياجات. يجب تقييم الاحتياجات الصحية للسكان المتضررين بالنزاعات على يد هيئة مستقلة مؤلفة من مفوضين لا صلة لهم بالوكالات التي تتلقى المنح التمويلية أو تقوم بإنفاقها. ويتحتم في هذا السياق استخدام نماذج قياسية موحدة لتناول جميع المؤشرات الصحية وغيرها من المؤشرات ذات الصلة. وكذا يجب استخدام القوالب الموحدة لتغطية مجموعة كاملة من المؤشرات الصحية والأخرى ذات الصلة بالمتطلبات الصحية. ولا بد أن يكون الأفراد المتضررين عنصرًا أساسيًا في عملية التقييم، وذلك باستخدام مختلف أساليب الدراسات.

* في الوقت الذي تم فيه حساب هذا التقدير باستخدام البيانات الرسمية المنشورة من قبل خدمة التتبع المالي للأمم المتحدة، هناك عدد من التحذيرات: تختلف تكاليف الوحدة للأدوية والمعدات والعاملين في مجال الرعاية الصحية بشكل كبير عبر السياقات المختلفة؛ إن تقديم المعونة إلى من يسهل الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية يختلف عن الوصول إلى أولئك الذين يعانون من الصراع في الأماكن التي يصعب الوصول إليها؛ وهو لا يفسر الخدمات الصحية غير الرسمية المقدمة في بعض الأماكن.

الميدانية للاطلاع بشكل أفضل على احتياجاتهم، ومن شأن فصل عملية التقييم عن أنشطة جمع التبرعات من قبل المؤسسات المعنية والنأي بها عن السياسة ومتغيراتها، أن يضمن تحقيق العدالة في التوزيع وإعادة بناء الثقة في المنظومة.

3. التوزيع العادل للموارد. عند الاستعانة بمنهج قياسية موحدة في وضع التقييمات، يسهل علينا عقد المقارنة بين مختلف السياقات، الأمر الذي يتيح لنا توزيع الموارد توزيعاً عادلاً يراعي المساواة، شريطة أن يتحرى المفوضون المستقلون الشفافية عند قيامهم بتحديد الجهات الأولى بالمنح بما يتفق مع مبادئ الصحة العامة والمبادئ الإنسانية.

4. حزمة موحدة للحد الأدنى من خدمات الرعاية الصحية الشاملة في مناطق النزاع. رغم اختلاف أوضاع وظروف النزاعات عن بعضها البعض، إلا أنه لا بد لنا من وضع حزمة موحدة من الخدمات الصحية لتقديمها في جميع السياقات. فعلى وضع حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية وفق تقييم مستقل بالاحتياجات، مع مراعاة الاحتياجات المحلية، وذلك لتطبيقها تطبيقاً عادلاً وشاملاً يتيح للمجموعات السكانية كافة الحصول على احتياجاتهم الصحية الأساسية. (راجع الإصدار أدناه).

ويمكن الاستعانة بمعايير Sphere (راجع دراسة الحالة 2) كمنطلق ومعياري يتيح تعديل المواصفات المحددة بما يتفق مع احتياجات كل سياق، وتكييفها بما يتماشى مع المعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية المحلية. وينبغي إجراء التدخلات الصحية بالتعاون مع الأطمق الطبية المحلية والأفراد المحليين، حتى يتسنى لنا بناء الثقة.

وبالتأمل في العبء الحالي للأمراض، نجد أن 70 في المائة أو أكثر من المجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات تعاني من مرض أو أكثر من الأمراض غير السارية، مثل داء السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الرئة المزمنة، والسرطان، والإعاقات، ناهيك عن عبء الأمراض النفسية الكبير. ومن ثم، لا بد أن تشمل حزم الحد الأدنى من الخدمات الصحية للأمراض غير السارية، وذلك لكونها محوراً أساسياً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. أمّا من جهة العاملين في مجال الصحة الإنسانية، فعليهم تغيير نظرهم تجاه خدمات علاج الأمراض غير السارية باعتبارها أنشطة تنقذ حياة الأفراد، شأنها في ذلك شأن التطعيمات.

المكونات الرئيسية للحزمة الأساسية¹¹²

فيما يلي قائمة بالمكونات الأساسية لحزمة الحد الأدنى من الخدمات الصحية التي يجب توفيرها وإتاحتها لجميع المجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات. أمّا بالنسبة للتدخلات التي يتعين تنفيذها، فيتم وضعها بما يتناسب مع الأوضاع على أرض الواقع باستخدام معايير Sphere كدليل استرشادي، وذلك لضمان تقديم خدمات مناسبة ومنخفضة التكلفة.*
يمنع منعاً باتاً تعزيز إمكانية الوصول لمزيد من خدمات الرعاية الصحية على حساب الجودة، لأن الجودة تمثل إحدى المسائل المحورية التي لا يُسمح بتجاهلها أو إهمالها. يمكننا القول إنه لا جديد فيما تضمه القائمة التالية، باستثناء افتراضنا بأن جميع الخدمات الواردة في

* تعتبر وصفة التدخلات المحددة في هذه المجالات الواسعة خارج نطاق هذا التقرير.

الحزمة الأساسية (التي تحدد وفقًا للاحتياجات المحلية التي جرى تقييمها سلفًا) **ستكون متاحة لجميع المجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات**. وكما سبقت الإشارة إلى الوضع الحالي، فالخدمات التي يتلقاها الفرد لا تزيد كثيرًا عما يحالفه الحظ في الحصول عليها. لذلك، فإن استخدام حزم الحد الأدنى من الخدمات الصحية كاتفاقية لباقي أنشطة التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع من شأنه الإسهام في تحسين هذا الوضع.

الخدمة	المجال
إدارة حالات الصحة المجتمعية العناية العلاجية بالعيادات الخارجية التطعيمات الروتينية (البرنامج الموسع للتطعيمات) العناية الداخلية لأمراض الأطفال	صحة الأطفال
رعاية الأمهات قبل الولادة وبعدها حالات الولادة تحت إشراف مساعدي توليد مهرة خدمات الرعاية الأساسية والشاملة لحالات التوليد وحديثي الولادة الطارئة تنظيم الأسرة التعامل مع حالات العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس	الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات وحديثي الولادة
الترويج لقضايا تغذية الرضع والأطفال الصغار تغذية تكميلية مستهدفة لحالات سوء التغذية الحاد المعتدل خدمات صحية لحالات سوء التغذية الحاد الوخيم في العيادات الخارجية مركز إسعاف حالات سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات	التغذية
الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة المكتسب من الأم إلى الطفل تتبع مرض نقص المناعة المكتسب، وإجراء اختبارات التشخيص والعلاج تتبع مرض السل، وإجراء اختبارات التشخيص والعلاج	فيروس نقص المناعة المكتسب والسل
الصحة النفسية والدعم النفسي	الصحة النفسية
التعامل مع الأمراض غير السارية رعاية صحية عامة للمرضى الداخليين البالغين	صحة الأفراد البالغين
جراحات الإصابات	الإصابات

ولا بدّ عند تنفيذ حزمة الخدمات الصحية الالتزام بمبادئ التغطية الصحية الشاملة والمتمثلة في: العدالة في الوصول، والجودة العالية، والحماية المالية للأفراد كافة.

5. **نظم معلومات مشتركة وتقييمات مستقلة للنتائج والآثار**. يمكن جمع البيانات على أرض الواقع باستخدام التقنيات الرقمية الجديدة (راجع **دراسة الحالة رقم 5**) ثم تحليلها عاجلاً تجنباً للتأخير في اتخاذ القرارات الخاصة ببرامج الرعاية الصحية. ويمكن، في الوقت ذاته، إدراج البيانات الميدانية في قواعد

بيانات عامة ومجمّعة، واستخدام أدوات الذكاء الاصطناعيّ لمساعدة المفوضين في رصد المؤشرات الرئيسية الخاصة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة ومراقبة جودة الخدمة. ويجب التحقق بشكل مستقل من النتائج التي تتقدم بها وكالات المعونة العاملة من قبل المفوضين.

دراسة الحالة رقم 5: ثورة بيانات منصة 'دارما'، (Dharma)

يتطلب التغلب على التحديات المتعلقة بجمع البيانات استخدامًا مبتكرًا للتكنولوجيات. وتبرز هنا منصة 'دارما' الإلكترونية، التي تستطيع تصميم هياكل البيانات حسب الطلب، ويمكن تثبيتها واستخدامها على جميع أنظمة التشغيل والأجهزة النقالة.¹¹³ تتيح المنصة إجراء استطلاعات ومسوحات معقدة، مما يجعل عملية الجمع الميدانيّ للبيانات الخاصة بالأمراض والأوبئة أمرًا بسيطًا ويسيرًا على المستخدم، وتتميز المنصة بسهولة تعلّمها، مما يتيح للأطباء الطبية المحلية إجراء تحليلات صارمة في إطار مراقبة الأوضاع الصحية، وبالتالي تتسنى لهم إمكانية تحليل البرامج، وليس مجرد تنفيذها. ويمكن تشغيل المنصة كنظام إلكترونيّ للسجلات الصحية، وتجري المنصة تحليلات آنية وتعرضها بلغات متعددة، مما يتيح فرصة الاطلاع بشكل فوريّ على الرؤى المستمدة من البيانات. ويمكن للمنصة أيضًا تتبع الدراسات الطولية على نطاق واسع في البيئات محدودة الموارد.¹¹⁴ وسبق لمنظمة أطباء بلا حدود وغيرها استخدام منصة دارما في مناطق النزاع، بما في ذلك النزاع السوريّ وأزمة الروهينجا.¹¹⁵

إجراءات التمكين

يتطلب نجاح الاستراتيجية مزيدًا من الإجراءات التمكينية في نطاقين مهمين، وهما:

1. منع الهجمات على مقدمي الرعاية الصحية وردعها
2. الوصول إلى المجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات والتي تُعدّ 'الأكثر تخلّفًا عن الركب'

منع الهجمات على مقدمي الرعاية الصحية وردعها

لا توجد آليات قانونية ولا تطوعية تمنع أو تردع الهجمات غير القانونية على مقدمي الرعاية الصحية، بل إن قرار مجلس الأمن رقم (2286) لعام 2016 لم يحدث فرقًا ملموسًا على أرض الواقع. وقد يتم تقويض ما أُحرز من تقدم حيال تحقيق جميع أهداف التنمية المستدامة إذا تعرضت أنشطة الرعاية الصحية لخطر التهديدات. ويتعين على جميع الحكومات، بما في ذلك الأطراف المتحاربة والجهات الفاعلة غير الحكومية والهيئات الدولية، العمل معًا لوقف الهجمات على أنشطة الرعاية الصحية، وتشمل الإجراءات الرئيسية في هذا الصدد ما يلي:

- **توثيق الهجمات وآثارها توثيقًا منهجيًا.** اعتمد مشروع منظمة الصحة العالمية الذي يحمل عنوان 'الهجمات على الرعاية الصحية' على جهود وخبرات العديد من المنظمات، من بينها اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمة أطباء بلا حدود ولجنة الإنقاذ الدولية، ويرمي المشروع إلى إطلاق نظام مراقبة عالمي لرصد هذه الهجمات. وقد أثمرت دراسة تجريبية لهذا المشروع في سوريا عن نتائج جيدة.¹¹⁶

• **يتحتم على جميع المنظمات الاتفاق على تصنيف معين يُعمل به في جميع أنحاء العالم،** إذ يتحتم توثيق الآثار واسعة النطاق وطويلة الأمد للهجمات على المجموعات السكانية. نعم، نحن في حاجة إلى ابتكارات منهجية وتحليلات أكثر انتظامًا، إلا أنّ التوثيق وحده لن يحل المشكلة، فلا بدّ من اتخاذ إجراءات حاسمة -من جانب الدول ومن المواطنين.

• **تعزيز انتشار الوعي والمعرفة على الصعيد العام،** لا بدّ من حدوث تغيير في الثقافة العالمية بهدف وضع معيار اجتماعي عالمي لا يبدي أيّ تسامحٍ على الإطلاق تجاه الهجمات على أنشطة الرعاية الصحية. ويمكن مقارنة ذلك بحملات التوعية ضد التبغ أو التغير المناخي، والتي أحرزت تقدّمًا مثيرًا للإعجاب. وقد يتطلب الأمر أن تقوم جميع البلدان بتخصيص مواد دراسية للقيم والمعايير الإنسانية، وتعزيز الوعي بالقانون الدولي الإنساني داخل المدارس من خلال التعليم العام، وتوجد بالفعل مناهج وأساليب دراسية نموذجية لدى اللجنة الدولية للصليب الأحمر ينبغي نشرها على نطاق أوسع.

• **وضع آلية مساءلة مستقلة،** تعدّ الآليات الحالية المتبناة في المحاكم الوطنية والدولية لملاحقة الجناة غير كافية، مما يفرض علينا وضع آليات جديدة. ونقترح هنا استخدام آلية الرصد والإبلاغ الخاصة بالانتهاكات الجسيمة لحقوق الأطفال في أوضاع النزاع المسلح،¹¹⁷ حيث تتيح هذه الآلية، بقرار من الأمين العام للأمم المتحدة، إدراج أطراف النزاع المسلح التي تقوم بتجنيد الأطفال أو استغلالهم في المعارك المسلحة في ملحق التقرير السنوي للأمين العام والمعني بالأطفال والنزاعات المسلحة. وتجمع هذه الآلية بين ثلاثة من عناصر نظام الامتثال، وهي: المراقبة، والتشهير بالمخالفين وفضحهم، والمشاركة البناءة لإنهاء الانتهاكات من خلال مساعدة الأطراف في وضع خطط عمل محددة المدة لتحرير الأطفال من صفوف المخالفين.¹¹⁸⁻¹¹⁹ وعلى هذا النحو الموصى به، ينبغي الشروع في تطبيق الآلية نفسها على الهجمات الموجهة ضد أنشطة الرعاية الصحية في مناطق النزاع. وستشمل المشاركة البناءة توسيع نطاق عمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر للمساعدة في تدريب الجناة و تثقيفهم بالقانون الدولي الإنساني، فضلًا عن تبادل الدروس المستفادة من مشروع "الرعاية الصحية في خطر"، بما في ذلك الأدوات والتوجيهات بشأن كيفية تطبيق القانون تطبيقًا عمليًا.¹²⁰

الوصول إلى المجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات والتي تعدّ ' الأكثر تخلّفًا عن الركب '

• **متى كان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية يمثل تحديًا عسيرًا، فلا بدّ من تمكين الأطقم الطبية المحلية والاستثمار فيها.** ويرتكز النموذج الحالي لتوفير الرعاية الصحية للمجموعات السكانية التي يصعب أو يتعذر الوصول إليها حول جهات فاعلة خارجية، وهو أمر يستحيل على هذه الجهات تحقيقه عندما يُمنع الوصول إلى هذه المجموعات السكانية أو عندما يكون الوصول إليهم مكلفًا وغير فعّال. وفي مثل هذا السياق، لدينا الكثير من الإجراءات لإيصال الدعم عن بعد، من بينها استخدام التكنولوجيات الجديدة، و'التخلي' عن سلطة اتخاذ القرار والسيطرة.¹²¹ وبإمكان تكنولوجيات الاتصالات المساعدة في تدريب العاملين في مجال الصحة ودعمهم بشكل آني.¹²² كما أنّ استخدام تكنولوجيات جديدة أخرى -مثل زيادة استخدام الطائرات بدون طيار لإيصال الإمدادات- سيساعد أيضًا في تمكين الموظفين المحليين من العمل بشكل أكثر فعالية في المناطق التي عُزلت عن المجتمع الدولي.¹²³

- ووفقاً للالتزامات التي تعهّدت بها الدول في مؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني، لا بدّ من توجيه 25 في المائة من المنح التمويلية لمقدمي الخدمات الصحية المحليين. فعلى سبيل المثال، في دولة الصومال، يتم توجيه هذا الدعم مباشرة إلى الإدارات اللامركزية. أمّا في سوريا، فيتم التعاون مع الجهات المسؤولة عن الرعاية الصحية¹²⁴، مع النظر بعين ناقدة لتأثير القوانين المكافحة للإرهاب على المؤسسات الخيرية الإسلامية التي تمارس دوراً رئيساً في أنشطة التغطية الصحية الشاملة في المناطق التي يتعذر الوصول إليها للجهات غير المحلية.
- وبدلاً من تسليط الضوء على التأثيرات السلبية 'لهروب الأطقم الطبية' (وبالتالي فقدان الكوادر والخبرات)، لا بدّ من تمكين الذين قرروا البقاء هناك لتحمل المسؤوليات الجديدة. ولالأطقم الطبية المجتمعية دور مهمّ في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وبإمكانهم المساهمة في تخفيف أعباء الأمراض النفسية، من خلال إجراء الإسعافات الأولية النفسية.
- وفيما يخص المجموعات السكانية المرتحلة، فلا بدّ من 'توفير رعاية صحية فردية'. تتسم كل رحلة من رحلات التهجير القسري بسماتها الخاصة والفريدة من نوعها، وتتطلب إدراك الاحتياجات الصحية لكل لاجئ أو نازح على حدة، ثمّ تحديد نمط معين لتقديم الرعاية الصحية، بحيث تتعقب فيه الخدمة المهاجر وليس العكس. ويمكن إصدار 'جوازات سفر صحية' إلكترونية للأفراد لاستخدامها في الحصول على خدمات الرعاية الصحية أينما كانوا، مع تعويض مقدمي الخدمات من خلال آلية دفع مركزية، شبيهة ببطاقات المنح النقدية المستخدمة بالفعل. ومن شأن هذا الإجراء أن يتيح استمرارية خدمات الرعاية للأشخاص المرتحلين على عجل، بصرف النظر عن وجهتهم الجبريين على الذهاب إليها. ويمكن إحراز تقدم في توفير التغطية الصحية الشاملة للاجئين من خلال دمجهم في خدمات الرعاية الصحية للمجتمع المضيف، بحيث يحصل كلاهما على الخدمات نفسها دون تمييز. أما الأنظمة الموازية فهي أنظمة لا تتمتع بأسباب البقاء أو الاستدامة وتشجع أجواء التوتر. ويمكن إصدار تصاريح عمل للاجئين العاملين في مجال الصحة، كما فعلت تركيا، الأمر الذي سيعود بالنفع على كلا الجانبين. لذلك، يعدّ دمج المرضى والعاملين في مجال الصحة في الأنظمة الصحية بالحولة المضيفة أحد الحلول العملية لتلبية احتياجات الجميع ومدّ جسور التواصل لتحقيق التكامل على نطاق أوسع.

القسم الخامس: خاتمة: ميثاق عالمي للرعاية الصحية في مناطق النزاع

تتسم أنشطة توفير الرعاية الصحية في مناطق النزاع بالاضطراب والتجزئة والتعقيد. وتؤكد قائمة التحديات الهائلة الواردة في هذا التقرير ضرورة تصميم برامج التغطية الصحية الشاملة في مناطق النزاع وفق أساليب جديدة ومختلفة، الأمر الذي يتطلب رؤية جريئة واتفاق عام على أن تعزيز الصحة، مثل السلام، يمثل منفعة عالمية عامة. لدينا ما يلزم من معارف وقدرات وموارد للحد من التداعيات الوخيمة للنزاعات على الصحة. لذا، فإن حماية الصحة والحفاظ عليها وتعزيزها في مناطق النزاع أمر لا غنى عنه لإقرار السلام المجتمعي واستدامته.

وبالنسبة للتوصيات التي يوردها هذا التقرير -وهي ثمانية مبادئ أساسية، وخمس استراتيجيات رئيسية وإجراءان لهما الأولوية- فهي تمثل عناصر مترابطة لا بدّ فيها من إحراز التقدم على جميع الأصعدة بغية إحداث فارق حقيقي على أرض الواقع. وتشكل هذه التوصيات **ميثاقًا عالميًا جديدًا للرعاية الصحية في مناطق النزاع** يرمي إلى تعزيز التقدم في توفير التغطية الصحية الشاملة لمختلف المجموعات السكانية المتضررة بالنزاعات في جميع أنحاء العالم.

ويتطلب مثل هذا الميثاق العالمي قيادة جميع العاملين في مجال الصحة تحت غاية مشتركة، وبناء شراكات ترمي إلى تحقيق نتائج محددة في سياقات بعينها. وفي المقابل، يحتاج هذا الميثاق العالمي إلى هياكل وأنظمة مصممة خصيصاً أو مستحدثة لتناسب مع الغرض الذي وضعت له. وسبق لأهداف التنمية المستدامة أن حددت الأهداف والمؤشرات التي تقدم المقاييس اللازمة لرصد مستوى التقدم من الآن وحتى عام 2030.

ومع ذلك، فليكني نلتزم بتعهدنا بـ'عدم إغفال أي أحد' وتحقيق التغطية الصحية الشاملة للمجموعات السكانية المتضررة من النزاعات، فلا بدّ على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني والصحة في العالم، بالإضافة إلى الجهات المانحة، إعادة تحديد أساليب العمل ورصد الواقع. كما يتحتم أن تكون احتياجات المجتمعات العالقة في النزاعات وقدراتها وخياراتها المفضلة، بما في ذلك قطاع عريض من مقدمي الخدمات الصحية ممن لا يُعترف بهم، هي نقطة الانطلاق لأي مساعٍ لتحسين صحة هذه المجتمعات.

الملحق

تعريف الملحق *

نزاع مسلح: تناقض متنازع يتعلق بالحكومة و / أو الإقليم حيث يوجد استخدام للقوة المسلحة بين طرفين ، واحد منهما على الأقل هو حكومة دولة (مثل أوكرانيا وروسيا).

النزاع الغير حكومي: استخدام القوة المسلحة بين جماعتين مسلحتين منظميتين ، لا تمثل أي منهما حكومة دولة (على سبيل المثال في أجزاء من سوريا).

العنف من جانب واحد: استخدام القوة المسلحة من قبل حكومة دولة أو من قبل مجموعة منظمة بشكل رسمي ضد المدنيين (مثل ميانمار وروهنديا).

الجماعات المسلحة من غير الدول: مجموعات مستقلة كلياً أو جزئياً عن حكومات الولايات والتي تهدد أو تستخدم العنف لتحقيق أهدافها.

الأزمات الممتدة: بيئات تكون فيها نسبة كبيرة من السكان معرضة بشدة للوفاة والمرض وتعطل سبل العيش على مدى فترة طويلة من الزمن (مثل الصومال).

القانون الإنساني الدولي **

- القانون الإنساني الدولي هو القانون الذي ينظم سير الحرب (قانون الحرب)
- هو فرع القانون الدولي الذي يسعى للحد من آثار النزاع المسلح من خلال حماية الأشخاص الذين لا يشاركون في الأعمال العدائية، وتقييد وتنظيم وسائل وأساليب الحرب المتاحة للمقاتلين.
- يشمل اتفاقيات جنيف واتفاقيات لاهي، وكذلك المعاهدات اللاحقة وقانون السوابق والقانون الدولي العرفي
- يهدف إلى موازنة المخاوف الإنسانية والضرورة العسكرية، ويخضع للحرب لحكم القانون من خلال الحد من تأثيره المدمر وتوضيح معاناة الإنسان.
- تشمل المعاهدات الرئيسية لوائح لاهي لعام 1907، وأربعة اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية
- المبادئ الأساسية تشمل التمييز بين الأهداف المدنية والعسكرية، والتناسب في استخدام القوة
- الجماعات المسلحة من غير الدول ملزمة أيضاً بقوانين الحرب هذه.

* Uppsala University, Sweden (2018). Definitions – Department of Peace and Conflict Research. [online] Available at: www.pcr.uu.se/research/ucdp/definitions [Accessed 9 Jun. 2018].

** International Committee of the Red Cross (ICRC). International law on the conduct of hostilities: overview. ICRC; 2010. Available at: www.icrc.org/eng/war-and-law/conducthostilities/overview-conduct-of-hostilities.htm [Accessed 12 September 2018].

تصنيف المستجيبين الإنسانيين المحليين *

التصنيف	التعريف
1	الجهات الفاعلة الوطنية ودون الوطنية
	مشاركة سلطات الدولة في البلد المتلقي للمعونة المتضررة في الإغاثة ، سواء على المستوى المحلي أو الوطني.
	السلطات الوطنية في الدول المستفيدة من المساعدات
	الوكالات الحكومية الوطنية ، والسلطات ، والوزارات التنفيذية والمؤسسات المملوكة للدولة في البلدان المتلقية، على سبيل المثال الوكالات الوطنية لإدارة الكوارث، يمكن أن تشمل هذه الفئة أيضًا السلطات الحكومية الفيدرالية أو الإقليمية في البلدان التي توجد بها. تمارس الكيانات الحكومية دون الوطنية في البلدان المتلقية للمعونة درجة معينة من السلطة على دائرة جغرافية محددة تحديداً ، على سبيل المثال السلطات المحلية / البلدية.
	الجهات الفاعلة في المجتمع المدني الوطني ودون الوطني
	شاركت منظمات المجتمع المدني في عمليات الإغاثة في مفاها ، وتعمل في بلدانها المستفيد من المعونة ، ومع الحكم المستقل ، وصنع القرار المالي والتشغيلي.
2	الجمعيات الوطنية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
	الجمعيات الوطنية التي تعمل في البلدان المتلقية للمعونة الخاصة بها وتعمل بها. تعتبر الجمعيات الوطنية مساعدين مستقلين للحكومات الوطنية في المجال الإنساني.
3	المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المدني الوطنية
	المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المدني الوطنية العاملة في البلدان المتلقية للمعونة والتي يتصدر قيادتها ، وتعمل في مناطق متعددة دون وطنية ، وليست تابعة لمنظمة غير حكومية دولية. يمكن أن تشمل هذه الفئة أيضًا المنظمات الدينية الوطنية.
4	المنظمات غير الحكومية / المنظمات غير الحكومية المحلية / الفئوية
	المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المدني الوطنية التي تعمل في منطقة محددة جغرافياً دون وطنية في بلد متلقي للمعونة ، دون انتماء إلى منظمة غير حكومية دولية / منظمات المجتمع المدني. يمكن أن تشمل هذه الفئة أيضًا المنظمات المجتمعية والمنظمات الدينية.
5	منظمات القطاع الخاص المحلية والوطنية
	المنظمات التي تديرها الأفراد أو الجماعات الخاصة وسيلة لمؤسسة هادفة للربح ، تعمل في البلدان المتلقية للمعونة الخاصة بها وتعمل في نطاقها ، وليست تابعة لمنظمات دولية من القطاع الخاص.

* Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Localising the response. OECD; 2017. Available at: www.oecd.org/development/humanitarian-donors/docs/Localisingtheresponse.pdf [Accessed 12 September 2018].

قانون حقوق الإنسان*

- ولد التجسد الحديث لحقوق الإنسان في أعقاب الحرب العالمية الثانية. في عام 1945 ، وضع ميثاق الأمم المتحدة رؤية "لإنقاذ الأجيال المقبلة من ويلات الحرب ... وإعادة تأكيد الإيمان بحقوق الإنسان الأساسية".
- تبع هذا الميثاق عن كُتب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في عام 1948 ، والذي هو أساس القانون الدولي لحقوق الإنسان.
- يضع القانون الدولي لحقوق الإنسان التزامات تلتزم الدول باحترامها.
- عندما تصبح الدول أطرافاً في المعاهدات الدولية ، تتحمل الدول التزامات وواجبات بموجب القانون الدولي باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها.
- الالتزام بالاحترام يعني أنه يجب على الدول الامتناع عن التدخل أو الحد من التمتع بحقوق الإنسان.
- يتطلب الالتزام بالحماية من الدول حماية الأفراد والجماعات من انتهاكات حقوق الإنسان.
- يعني الالتزام بالوفاء أن على الدولة اتخاذ إجراءات إيجابية لتسهيل التمتع بحقوق الإنسان الأساسية. يشدد قانون حقوق الإنسان على مبدأ عدم التمييز.**

ومما له أهمية خاصة في هذه التقرير هو **الحق في الصحة** ، المحدد في المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:

لكل فرد الحق في مستوى معيشي ملائم لصحة ورفاه نفسه وأسرته ، بما في ذلك الغذاء والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية اللازمة ، والحق في الأمن في حالة البطالة والمرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غيرها من أسباب العيش في ظروف خارجة عن إرادته.***

وقد تم تطوير هذا الحق في المادة 12 من الميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، والتي ظلت سارية منذ عام 1976 (انظر الإطار أدناه).

* Footer K and Rubenstein L. A human rights approach to health care in conflict. International Review of the Red Cross, 31 March 2013. Available at: www.icrc.org/en/international-review/article/human-rights-approach-health-careconflict [Accessed 30 July 2018].

** See General Comment No. 18 of the Human Rights Committee in UN document. HRI/GEN/1/Rev.5, Compilation of General Comments and General Recommendations adopted by Human Rights Treaty Bodies, pp. 134-137.

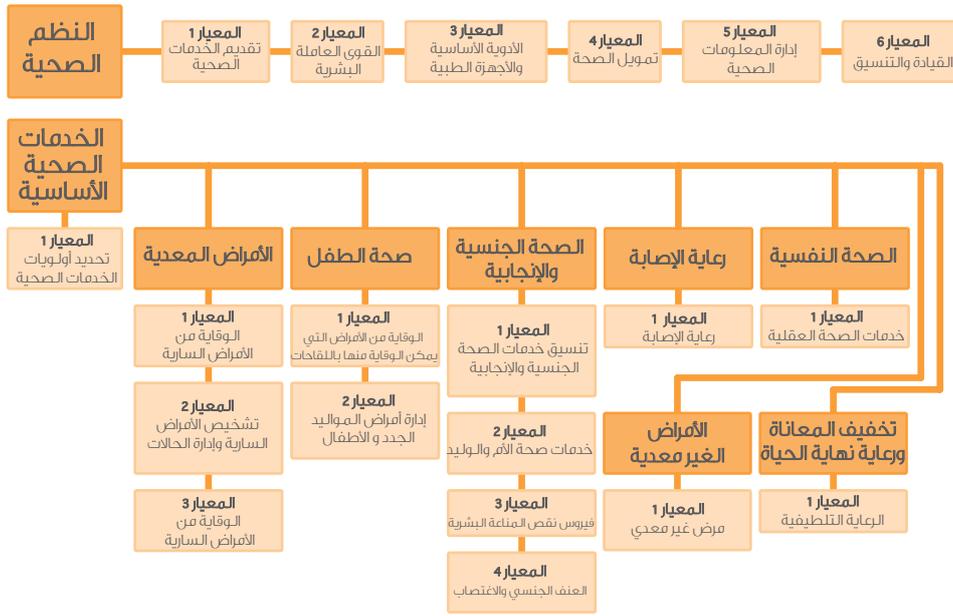
** United Nations (UN). Universal Declaration of Human Rights. UN; 2018. Available at: www.un.org/en/universal-declaration-human-rights [Accessed 12 September 2018].

المادة 12 ، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه.
 2. تشمل الخطوات التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتحقيق الأعمال الكاملة لهذا الحق ، الخطوات اللازمة من أجل:
 - i. الحكم المتعلق بتخفيض معدل المواليد الموتى ووفيات الرضع والنمو السليم للطفل ؛
 - ii. تحسين جميع جوانب النظافة البيئية والصناعية ؛
 - iii. لوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض الوبائية والمتوطنة والأمراض وغيرها.
 - iv. تهيئة الظروف التي من شأنها ضمان جميع الخدمات الطبية والعناية الطبية في حالة المرض.
- يحتوي الحق في الصحة على الحريات والمستحقات على حد سواء ، ومثل جميع حقوق الإنسان ، يفرض ثلاث طبقات من الالتزامات على الدول: مسؤولية الاحترام – الامتناع عن التدخل المباشر في الحق ؛ للحماية – لمنع تدخل طرف ثالث في التمتع بالحق ؛ والوفاء بها – لاتخاذ خطوات لضمان تحقيق أقصى قدر ممكن من الحق.*

* Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. OHCHR; 2018. Available at: www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx [Accessed 12 September 2018].

معايير Sphere للعمل الصحي*



Source: Draft chapter on health from www.sphereproject.org/sphere/en/handbook/revision-sphere-handbook/draft-ready-for-feedback/health-action

* The Sphere Project. Draft 2 of the Sphere Handbook now ready for review and feedback. The Sphere Project, 2018. Available at: www.sphereproject.org/handbook/revision-sphere-handbook/draft-ready-for-feedback [Accessed 12 September 2018].

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري لمنتدى إعداد هذا التقرير موكيش كابيلد أستاذ الصحة العالمية والشؤون الإنسانية، جامعة مانشستر.
قام بكتابة هذا التقرير موكيش كابيلد، بالتعاون مع راشيل طومسون ، باحث مشارك ، مركز الأمن الصحي العالمي ، تشاتام هاوس.
ويسرنا هنا أن نتوجه بخالص الشكر والتقدير لعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم المتميزة أثناء إعداد هذا التقرير، وهم

- محمد بن غانم العلي المعاضيد، رئيس جمعية الهلال الأحمر القطري
 - شاشي بولوسوار، المدير التنفيذي ، معهد التقنيات التحويلية
 - عبد الكريم (كريم) إكزايز، زميل أكاديمية، مركز الأمن الصحي العالمي، المعهد الملكي للشؤون الدولية
 - شيلا ليثرمان، أستاذة البحوث ، كلية الصحة العامة، جامعة نورث كارولينا في تشابل هيل
 - إسبيرانزا مارتينيز، رئيس الصحة، اللجنة الدولية للصليب الأحمر
 - بيتر ماكديرموت، مدير ، فاجرا أسوشيتس
 - ديفيد نابارو ، أستاذ الصحة العالمية ، معهد الصحة العالمية ، كلية إمبيريال
 - ديفيد نوت، جراح استشاري، تشيلسي، وستمنستر، مستشفى مؤسسة أمانة هيئة الخدمات الصحية الوطنية التابعة لمستشفى تشيلسي وستمنستر
 - جايسون بيت ، رئيس فريق الصحة في الأوضاع المعقدة ، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
 - شاهناواز (شانو) رشيد ، المدير الطبي العالمي ، الإنسانية أولاً
 - بيتر سلامة ، نائب المدير العام للتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة ، منظمة الصحة العالمية
 - مسفين تيكلو تيسيمما، المدير الأول للصحة ، لجنة الإنقاذ الدولية
- يشكر كل من الرئيس والمؤلفين جميع الذين ساهموا بما في ذلك:

- ليليان تشاماس، زميلة سياسة، مركز السياسة الصحية، امبريال كوليدج في لندن
 - مها العاكوم، قسم بحوث وتطوير السياسات، ويش
 - إيما روس، زميلة استشارية أقدم، مركز الأمن الصحي العالمي
 - ديدي طومسون، مدير المحتوى، ويش
 - بن ويكفيلد، مستشار أبحاث ، مركز الأمن الصحي العالمي ، تشاتام هاوس
- ويتحمل مؤلفو التقرير مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد فيه

01. Lewis P and Keating M. Towards a principled approach to engagement with non-state armed groups for humanitarian purposes. Chatham House, 2016. Available at: www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/publications/research/20160108EngagementNSAGsHumanitarianPurposesKeatingLewis.pdf [Accessed 30 July 2018].
02. International Committee of the Red Cross. War in cities: Towards a holistic response. 2017. Available at: www.icrc.org/en/document/war-cities-towards-holistic-response [Accessed 30 July 2018].
03. Deutsch A. Exclusive: Tests link Syrian government stockpile to largest sarin attack – sources. Reuters, 30 January 2018. Available at: www.reuters.com/article/us-syria-crisis-chemicalweapons-exclusiv/exclusive-tests-link-syrian-government-stockpile-to-largest-sarin-attack-sources-idUSKBN1FJoMG [Accessed 30 July 2018].
04. Kaldor M. New & old wars: Organized violence in a global era. Chichester [u.a.]: Polity Press, 2012.
05. Edwards A. Forced displacement worldwide at its highest in decades. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2018 Available at: www.unhcr.org/afr/news/stories/2017/6/5941561f4/forced-displacement-worldwide-its-highest-decades.html [Accessed 30 July 2018].
06. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a glance; 2018. Available at: www.unhcr.org/uk/figures-at-a-glance.html [Accessed 30 July 2018].
07. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a glance; 2018. Available at: www.unhcr.org/uk/figures-at-a-glance.html [Accessed 30 July 2018].
08. U.S. Department of State. Protracted refugee situations. 2018. Available at: www.state.gov/j/prm/policyissues/issues/protracted [Accessed 30 July 2018].
09. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), International Fund for Agriculture Development (IFAD), UNICEF, World Food Programme (WFP) and World Health Organization (WHO). The state of food security and nutrition in the world. Rome: FAO; 2017. Available at: www.fao.org/3/a-l7695e.pdf [Accessed 30 July 2018].
10. Ismail S et al. Refugees, healthcare and crises: Informal Syrian health workers in Lebanon. IIED; 2018. Available at: pubs.iied.org/10856IIED [Accessed 30 July 2018].
11. Edelstein M and Amirthalingam G. Diphtheria's resurgence is a lesson in public health failure. Chatham House; 3 January 2018. Available at: www.chathamhouse.org/expert/comment/diphtherias-resurgence-lesson-public-health-failure [Accessed 30 July 2018].
12. Thompson R. Yemen's health crisis: How the world's largest cholera outbreak unfolded. Chatham House, 2 November 2017. Available at: www.chathamhouse.org/expert/comment/yemen-s-health-crisis-how-world-s-largest-cholera-outbreak-unfolded [Accessed 30 July 2018].
13. Medicine Sans Frontier (MSF). Conflict medicine: A manifesto. MSF analysis, 2016. Available at: msf-analysis.org/conflict-medicine-manifesto [Accessed 30 July 2018].

14. Marc A. Conflict and violence in the 21st century: Current trends as observed in empirical research and statistics. World Bank Group; 2017. Available at: www.un.org/pga/70/wp-content/uploads/sites/10/2016/01/Conflict-and-violence-in-the-21st-century-Current-trends-as-observed-in-empirical-research-and-statistics-Mr.-Alexandre-Marc-Chief-Specialist-Fragility-Conflict-and-Violence-World-Bank-Group.pdf [Accessed 30 July 2018].
15. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Humanitarian Bulletin: South Sudan, 1 December 2015. Available at: www.scribd.com/document/350611200/OCHA-SouthSudan-Humanitarian-Bulletin-1Dec2015 [Accessed 30 July 2018].
16. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Healthdata.org. 2018. Available at: www.healthdata.org/south-sudan [Accessed 30 July 2018].
17. Geneva Academy. The war report: Armed conflicts in 2017. Available at: www.geneva-academy.ch/news/detail/116-the-war-report-armed-conflicts-in-2017http://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview [Accessed 9 August 2018].
18. Index Mundi. Maternal mortality rates 2018. Available at: www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223 [Accessed 9 August 2018].
19. WHO International. Health system in Yemen, 2016 Available at: www.who.int/hac/crises/yem/sitreps/yemen-herams-infographic-november2016.pdf [Accessed 30 July 2018].
20. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare | Viz Hub. 2018. Available at: vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ [Accessed 30 July 2018].
21. International Committee of the Red Cross. Hidden cost of war: In Yemen, thousands could die of kidney failure. 2018. Available at: www.icrc.org/en/document/yemen-hidden-cost-war-thousands-kidney-dialysis-patients-risk-death [Accessed 30 July 2018].
22. World Health Organization (WHO). Health Resources and Services Availability Monitoring System (HeRAMS), 2017. Available at: www.who.int/hac/herams/north-eastern-Nigeria.pdf?ua=1 [Accessed 9 August 2018].
23. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD). Available at: www.healthdata.org/gbd [Accessed 30 July 2018].
24. Betancourt T, Speelman L, Onyango G and Bolton P. Psychosocial problems of war-affected youth in Northern Uganda: A qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 2009; 46(2): 238-256.
25. Hansen P. The ambiguity of khat in Somaliland. *Journal of Ethnopharmacology*, 2010; 132(3): 590-599.
26. Cohen M et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder and depression in HIV-infected and at-risk Rwandan women. *Journal of Women's Health*, 2009; 18(11): 1783-1791.
27. United Nations Relief and Works Agency. Health in the Gaza Strip. Available at: www.unrwa.org/activity/health-gaza-strip [Accessed 30 July 2018].
28. Qatar Fund for Development. Al Fakhoora Programme. Al Fakhoora Annual Progress Report, (March), 1-37. Available at: qatarfund.org.qa/en/portfolio-item/al-fakhoora-programme [Accessed 30 July 2018].

29. Global Protection Cluster. Protection of Civilians. Available at: www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-of-civilians.html [Accessed 30 July 2018].
30. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). The 1951 Refugee Convention. Available at: www.unhcr.org/uk/1951-refugee-convention.html [Accessed 30 July 2018].
31. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). OCHA on message: Humanitarian principles. 2012. Available at: www.unocha.org/sites/dms/Documents/OOM-humanitarianprinciples_eng_June12.pdf [Accessed 9 August 2018].
32. World Health Organization (WHO). Humanitarian health action: Health as Bridge for Peace (HBP). Available at: www.who.int/hac/techguidance/hbp/en/ [Accessed 30 July 2018].
33. World Health Organization (WHO). Humanitarian health action: Health as Bridge for Peace (HBP). Available at: www.who.int/hac/techguidance/hbp/en/ [Accessed 30 July 2018].
34. UN Advance Mission in Sudan. The UN call for days of tranquility bears fruit; More than five million children have been vaccinated against Poliomyelitis in Sudan. Reliefweb, 16 January 2005. Available at: reliefweb.int/report/sudan/un-call-days-tranquility-bears-fruit-more-five-million-children-have-been-vaccinated [Accessed 30 July 2018].
35. Chelala C. Health as a bridge to peace in the Middle East. The Women's International Perspective. The WIP Talk, 21 May 2009. Available at: thewip.net/2009/05/21/health-as-a-bridge-to-peace-in-the-middle-east/ [Accessed 30 July 2018].
36. Percival V. A Bridge to Peace? A framework for health engagement during conflict. *International Studies Review*, 2017; 19(1): 70–91.
37. YouGov International views on healthcare, online survey. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), June 2018. Unpublished.
38. YouGov International views on healthcare, online survey. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), June 2018. Unpublished.
39. YouGov International views on healthcare, online survey. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), June 2018. Unpublished.
40. Blampied C et al. Leaving no one behind in the health and education sectors: An SDG stocktake in Ghana. Overseas Development Institute; 2018. Available at: www.odi.org/publications/11093-leaving-no-one-behind-health-and-education-sectors-sdg-stocktake-ghana [Accessed 30 July 2018].
41. Sukkar E. Supplying medicines to refugees: A logistical nightmare. *The Pharmaceutical Journal*, 26 February 2015. Available at: www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/features/supplying-medicines-to-refugees-a-logistical-nightmare/20067972.article?firstPass=false [Accessed 30 July 2018].
42. Pavignani E. Beyond the aid horizon: Charting poorly-understood health territories – Findings of a multi-country research programme. 6 April 2016. Available at: prezi.com/pf9sbtbn1xot/beyond-the-aid-horizon [Accessed 30 July 2018].
43. Checci F. The future of humanitarian health: Six problems and six proposals. Presentation at inaugural lecture at London School of Hygiene & Tropical Medicine, 19 September 2017. Available at: www.lshtm.ac.uk/newsevents/events/future-humanitarian-health-six-problems-and-six-proposals [Accessed 9 August 2018].

44. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Global Humanitarian Overview 2018. Available at: interactive.unocha.org/publication/global-humanitarianoverview [Accessed 30 July 2018].
45. Financial Tracking Service. Humanitarian aid contributions 2018. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Available at: fts.unocha.org [Accessed 9 August 2018].
46. United Nations Development Programme. Towards human resilience: Sustaining MDG progress in an age of economic uncertainty – Chapter 4: Remittances. 2018. Available at: www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Towards%20Human%20Resilience/Towards_SustainingMDGProgress_Ch4.pdf [Accessed 30 July 2018].
47. Wall I and Hedlund K. Localisation and locally-led crisis response: A literature review. Local To Global Protection (L2GP). 2016. Available at: www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_SDC_Lit_Review_LocallyLed_June_2016_revisedJan_2017_online.pdf [Accessed 30 July 2018].
48. Pavignani E. Beyond the aid horizon: Charting poorly-understood health territories – Findings of a multi-country research programme. 6 April 2016. Available at: prezi.com/pf9sbtbn1xot/beyond-the-aid-horizon/ [Accessed 30 July 2018].
49. United Nations Development Programme. Sustainable Development Goals. Available at: www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html [Accessed 30 July 2018].
50. Nunes A, Lee K and O’Riordan T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: The example of health and well-being. *BMJ Global Health*, 2016; 1(3): e000068.
51. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development Goal 3: Progress of Goal 3 in 2017. Sustainable Development Knowledge Platform. Available at: sustainabledevelopment.un.org/sdg3 [Accessed 30 July 2018].
52. World Health Organization (WHO). Health systems – Universal health coverage. Available at: www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/ [Accessed 30 July 2018].
53. World Health Organization (WHO). Health in the SDG era. Available at: www.who.int/topics/sustainable-development-goals/test/sdg-banner.jpg?ua=1 [Accessed 9 August 2018].
54. Nicholson D et al. Delivering Universal Health Coverage: A guide for policymakers. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH) UHC forum, 2015. Available at: www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Universal-health-coverage.pdf [Accessed 30 June 2018].
55. Blampied C et al. Leaving no one behind in the health and education sectors: An SDG stocktake in Ghana. Overseas Development Institute. 2018 Available at: www.odi.org/publications/11093-leaving-no-one-behind-health-and-education-sectors-sdg-stocktake-ghana [Accessed 30 July 2018].
56. Theobald S and Hooton N. Universal health coverage will only be achieved with a strong focus on fragile and conflict-affected states. *Health Systems Global* (hsg), 10 December 2015. Available at: www.healthsystemsglobal.org/blog/81/Universal-Health-Coverage-will-only-be-achieved-with-a-strong-focus-on-fragile-and-conflict-affected-states.html [Accessed 30 July 2018].

57. WHO/World Bank Group, *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*, 2017.
58. Agenda for Humanity. Agenda for Humanity: Platform for action, commitments and transformations. Available at: agendaforhumanity.org [Accessed 30 July 2018].
59. Initiative: Grand Bargain. Agenda for Humanity. 2016. Available at: www.agendaforhumanity.org/initiatives/3861 [Accessed 30 July 2018].
60. Agenda for Humanity. Agenda for Humanity Transformations. Poster. Available at: www.agendaforhumanity.org/agendaforhumanity [Accessed 9 August 2018].
61. Briody C et al. Review of attacks on health care facilities in six conflicts of the past three decades. *Conflict and Health*, 2018; 12(1).
62. Footer K and Rubenstein L. A human rights approach to health care in conflict. International Review of the Red Cross, 31 March 2013. Available at: www.icrc.org/en/international-review/article/human-rights-approach-health-care-conflict [Accessed 30 July 2018].
63. International Committee of the Red Cross. The Geneva Conventions of 1949 and their Additional Protocols. Available at: www.icrc.org/en/document/geneva-conventions-1949-additional-protocols [Accessed 30 July 2018].
64. Safeguarding Health in Conflict Coalition. Violence on the front line: Attacks on health care in 2017. Available at: www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2018final.pdf [Accessed 30 July 2018].
65. Safeguarding Health in Conflict Coalition. Violence on the front line: Attacks on health care in 2017. Available at: www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2018final.pdf [Accessed 30 July 2018].
66. Tiller S and Healey S. Where is everyone? Responding to emergencies in the most difficult places. Médecins Sans Frontières, 2014. Available at: www.msf.org/sites/msf.org/files/msf-whereiseveryone_-def-lr_-_july.pdf [Accessed 30 July 2018].
67. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Rohingya refugee crisis. OCHA. 2018. Available at: www.unocha.org/rohingya-refugee-crisis [Accessed 30 July 2018].
68. Philips M and Derderian K. Health in the service of state-building in fragile and conflict affected contexts: An additional challenge in the medical-humanitarian environment. *Conflict and Health*, 2015; 9(13). Available at: conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-015-0039-4 [Accessed 30 July 2018].
69. ALNAP. The state of the humanitarian system. London: ALNAP/ODI, 2015. Available at: sohs.alnap.org [Accessed 30 July 2018].
70. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). World Humanitarian Data and Trends 2017. Available at: reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WHDT2017_Final_Singles.pdf [Accessed 9 August 2018].
71. Parker B. Emergency aid funding fell in 2017, even as Syria/Yemen wars drove needs higher. IRIN: The inside story on emergencies, 15 May 2018. Available at: www.irinnews.org/analysis/2018/05/15/emergency-aid-funding-fell-2017-even-syria-yemen-wars-drove-needs-higher?utm_source=facebook&utm_medium=irinsocial&utm_campaign=irinupdates [Accessed 30 July 2018].
72. Witter S. Health financing in fragile and post-conflict states: What do we know and what are the gaps? *Social Science & Medicine*, 2012; 75(12): 2370-2377.

73. Parker B. Emergency aid funding fell in 2017, even as Syria/Yemen wars drove needs higher. IRIN: The inside story on emergencies, 15 May 2018 Available at: www.irinnews.org/analysis/2018/05/15/emergency-aid-funding-fell-2017-even-syria-yemen-wars-drove-needs-higher?utm_source=facebook&utm_medium=irinsocial&utm_campaign=irinupdates [Accessed 30 July 2018].
74. Good Humanitarian Donorship (GHD). The Good Humanitarian Donorship initiative. Available at: www.ghdinitiative.org/ghd/gns/home-page.html [Accessed 30 July 2018].
75. World Health Organization (WHO). What is universal coverage? Available at: www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en [Accessed 30 July 2018].
76. Tatay M. Health policies must focus on needs of individuals. Staff & patient story. Médecins Sans Frontières, 12 December 2017 Available at: www.msf.org.za/stories-news/staff-patient-stories/health-policies-must-focus-needs-individuals [Accessed 30 July 2018].
77. The World Bank Group. Domestic Resource Mobilization. 29 March 2016. Available at: www.worldbank.org/en/topic/governance/brief/domestic-resource-mobilization [Accessed 30 July 2018].
78. Aebischer Perone S and Beran D. Modifying the interagency emergency health kit to include treatment for non-communicable diseases in natural disasters and complex emergencies: The missing clinical, operational and humanitarian perspectives. *BMJ Global Health*. 2017; 2(1): e000287.
79. Amnesty International. Living on the margins: Syrian refugees in Jordan struggle to access health care. 2016. Available at: amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/02/Living-on-the-Margins-Syrian-refugees-struggle-to-access-health-care-in-Jordan.pdf [Accessed 30 July 2018].
80. Spiegel P, Khalifa A and Mateen F. Cancer in refugees in Jordan and Syria between 2009 and 2012: Challenges and the way forward in humanitarian emergencies. *The Lancet Oncology*. 2014, 15(7): e290–e297.
81. Ruby A et al. The effectiveness of interventions for non-communicable diseases in humanitarian crises: A systematic review. *PLoS ONE*. 2015; 10(9).
82. Personal communications with researchers from the London School of Hygiene & Tropical Medicine.
83. Personal communications with researchers from the London School of Hygiene & Tropical Medicine.
84. Brown D. Study claims Iraq's 'excess' death toll has reached 655,000. *Washington Post*, 11 October 2006. Available at: www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/10/10/AR2006101001442.html??noredirect=on [Accessed 30 July 2018].
85. Checchi F, Warsame A, Treacy-Wong V, Polonsky J, van Ommeren M, Prudhon C. Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action. *The Lancet*, 2017; 390(10109): 2297–2313.
86. Darcey J et al. The use of evidence in humanitarian decision making. Feinstein International Center, 2013. Available at: fic.tufts.edu/publication-item/the-use-of-evidence-in-humanitarian-decision-making [Accessed 30 July 2018].
87. Knox Clarke P and Obrecht A. Good humanitarian meets the priorities and respects the dignity of crisis-affected people. London: ALNAP/ODI, 2014. Available at: www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-global-forum-paper-2.pdf [Accessed 30 July 2018].

88. Knox Clarke P and Obrecht A. Good humanitarian meets the priorities and respects the dignity of crisis-affected people. London: ALNAP/ODI, 2014. Available at: www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-global-forum-paper-2.pdf [Accessed 30 July 2018].
89. Blampied C et al. Leaving no one behind in the health and education sectors: An SDG stocktake in Ghana. ODI. Available at: www.odi.org/publications/11093-leaving-no-one-behind-health-and-education-sectors-sdg-stocktake-ghana [Accessed 30 July 2018].
90. The Sphere Project. Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities become part of the Humanitarian Standards Partnership. Available at: www.sphereproject.org [Accessed 30 July 2018].
91. United Nations Population Fund (UNFPA). What is the Minimum Initial Service Package? Available at: www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package [Accessed 30 July 2018].
92. Doody A. More than the minimum. 13 March 2014. PAI, 2014. Available at: pai.org/blog/more-than-the-minimum [Accessed 30 July 2018].
93. Doedens D et al. Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An evaluation of the Minimum Initial Service Package. The Interagency Working Group on Reproductive Health in Humanitarian Crises; 2014. Available at: reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Reproductive_Health_Services_for_Syrian_Refugees_in_Zaatri_Refugee_Camp_and_Irbid_City%2C_Jordan.pdf [Accessed 30 July 2018].
94. Affun-Adegbulu C et al. Contexts and crises: Evidence on coordination and Health Systems Strengthening (HSS) in countries under stress – a literature review and some reflections on the findings. Antwerp, Belgium: Health Policy Unit, Institute of Tropical Medicine, 2017. Available at: www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Fragility_working_groups_docs/ITM_-_Final_Report__v7_.pdf [Accessed 30 July 2018].
95. Frost A et al. An assessment of the barriers to accessing the Basic Package of Health Services (BPHS) in Afghanistan: Was the BPHS a success? *Globalization and Health*, 2016; 12(1).
96. Witter S and Hunter B. Do health systems contribute to reduced fragility and state-building during and after crises? ReBUILDConsortium, June 2017. Available at: rebuildconsortium.com/media/1541/rebuild_briefing_6_june_17_statebuilding.pdf [Accessed 30 July 2018].
97. Philips M and Derderian K. Health in the service of state-building in fragile and conflict affected contexts: An additional challenge in the medical-humanitarian environment. *Conflict and Health*, 2015; 9(13). Available at: conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-015-0039-4 [Accessed 30 July 2018].
98. Loevinsohn B and Sayed G. Lessons from the health sector in Afghanistan. *JAMA*, 2008; 300(6): 724. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18698072 [Accessed 30 July 2018].
99. Fishstein P and Wilder A. Winning hearts and minds? Examining the relationship between aid and security in Afghanistan. Feinstein International Center, 2012. Available at: fic.tufts.edu/assets/WinningHearts-Final.pdf [Accessed 30 July 2018].

100. McInnes C and Rushton S. Health for health's sake, winning for God's sake: US global health diplomacy and smart power in Iraq and Afghanistan. *Review of International Studies*, 2014; 40(05): 835–857. Available at: www.cambridge.org/core/journals/review-of-international-studies/article/health-for-healths-sake-winning-for-gods-sake-us-global-health-diplomacy-and-smart-power-in-iraq-and-afghanistan1/84D459B9BoD94411F92457741D4E8B8B [Accessed 30 July 2018].
101. Thompson R. Universal health coverage in conflict and crises: The rhetoric and the reality. Chatham House, 2018. Available at: [medium.com/chatham-house/https-medium-com-chatham-house-universal-health-coverage-in-conflict-the-rhetoric-and-the-reality-8ea730ob76a5](https-medium-com-chatham-house-universal-health-coverage-in-conflict-the-rhetoric-and-the-reality-8ea730ob76a5) [Accessed 30 July 2018].
102. Horton R. Offline: The misuse of universal health coverage. *The Lancet*, 2018; 391(10117): P190. Available at: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30103-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30103-X/fulltext) [Accessed 30 July 2018].
103. Spiegel P et al. The Mosul trauma response: A case study. Johns Hopkins Center for Humanitarian Health. Available at: www.hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/Mosul_Report_FINAL_Feb_14_2018.pdf [Accessed 30 July 2018].
104. Whittall J. Medics as force multipliers around Mosul – at the expense of medical ethics? *BMJ Opinion*, 2017. Available at: blogs.bmj.com/bmj/2017/06/14/medics-as-force-multipliers-around-mosul-at-the-expense-of-medical-ethics [Accessed 12 September 2018].
105. Fisk R. Why are doctors in the Middle East cosy up to foreign armies? *The Independent*, 15 January 2018. Available at: www.independent.co.uk/voices/iraq-mosul-doctors-medicins-sans-frontieres-usa-army-humanitarian-a8160306.html?amp&__twitter_impression=true [Accessed 30 July 2018].
106. Lewis D, Modirzadeh N and Blum G. Medical care in armed conflict: International humanitarian law and state responses to terrorism. Harvard; 2015. Available at: pilac.law.harvard.edu/mcac [Accessed 30 July 2018].
107. ALNAP. The State of the Humanitarian System. London: ALNAP/ODI, 2015. Available at: sohs.alnap.org [Accessed 30 July 2018].
108. World Health Organization (WHO). DARES (Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably). 2017. Available at: www.who.int/emergencies/partners/daresoperational-framework-nov17.pdf [Accessed 10 September 2018].
109. World Health Organization (WHO). Human rights and health. 2017. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health [Accessed 30 July 2018].
110. Sustainable Development Knowledge Platform. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2018. Available at: sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld [Accessed 30 July 2018].
111. World Health Organization (WHO). Human rights and health. 2017. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health [Accessed 30 July 2018].
112. United Nations Peacekeeping. How we are funded. Available at: peacekeeping.un.org/en/how-we-are-funded [Accessed 30 July 2018].
113. Adapted from Checchi inaugural lecture: The future of humanitarian health – six problems and a few tentative proposals. Available at: vimeo.com/237573508 [Accessed 30 July 2018].

114. Maxmen A. Out of the Syrian crisis, a data revolution takes shape. *Scientific American*, 27 October 2017 Available at: www.scientificamerican.com/article/out-of-the-syrian-crisis-a-data-revolution-takes-shape [Accessed 30 July 2018].
115. Personal communications with Dharma staff.
116. Guzek J et al. Health survey in Kutupalong and Balukhali refugee settlements, Cox's Bazar, Bangladesh. Médecins Sans Frontières, 2017. Available at: www.msf.org/sites/msf.org/files/coxsabazar_healthsurveyreport_dec2017_final1.pdf [Accessed 30 July 2018].
117. World Health Organization (WHO). Attacks on health care. Available at: www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/en [Accessed 30 July 2018].
118. United Nations Children's Fund (UNICEF). Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on grave violations of children's rights in situations of armed conflict. 2011. Available at: www.unicef.org/protection/57929_57997.html [Accessed 30 July 2018].
119. Mülhausen M, Tuck E, Zimmerman H. Health Care Under Fire: The New Normal? International Committee of the Red Cross; 2017. Available at: www.icrc.org/en/document/making-better-use-data-attacks-against-health-care-conflict [Accessed 12 September 2018].
120. United Nations Security Council. Ki-moon B. Letter dated 18 August 2016 from the Secretary-General addressed to the President of the Security Council. ReliefWeb. 2016. Available at: reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/N1626255.pdf [Accessed 30 July 2018].
121. International Committee of the Red Cross. The implementation of rules protecting the provision of health care in armed conflicts and other emergencies: A guidance tool. Available at: healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2017/05/hcid-guiding-tool-icrc-eng.pdf [Accessed 30 July 2018].
122. Bennet C, Foley M and Pantuliano S. Time to let go: Remaking humanitarian action for the modern era. Overseas Development Institute (ODI), 2016. Available at: www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10422.pdf [Accessed 30 July 2018].
123. Arian Teleheal. Saving lives and improving futures in war zones and in low-resource countries. Available at: www.arianteleheal.com [Accessed 30 July 2018].
124. Stiffler L. How drones could transform healthcare delivery and save lives around the world. GeekWire, 6 May 2016. Available at: www.geekwire.com/2016/drones-transform-healthcare-delivery-save-lives-around-world/ [Accessed 30 July 2018].

شركاء "ويش"



يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والاعتراف لوزارة الصحة العامة في دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته



THE AGA KHAN UNIVERSITY



المستشفى الأهلي
AL-AHLI HOSPITAL



APOLLO HOSPITALS



Ballarat Health Services
Putting your health first®

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM



Burnet Institute
Medical Research. Practical Action.



CDDEP CENTER FOR
Disease Dynamics,
Economics & Policy
WASHINGTON DC • NEW DELHI



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke
Québec



CHATHAM
HOUSE
The Royal Institute of
International Affairs



Deloitte Centre for
Health Solutions



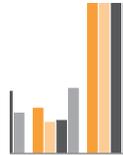
engagedIN



جامعة
حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA
UNIVERSITY
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation



مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
Hamad
صحة - تعليم - بحوث
HEALTH - EDUCATION - RESEARCH



Imperial College
London

Institute of
Global Health Innovation



Imperial College Healthcare
NHS Trust



Implemental
improving mental
health and wellbeing
around the world



KPMG



mind
for better mental health



Moorfields Eye Hospital
NHS Foundation Trust



NHS
National Institute for
Health Research



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH



