



مداد

مركز دمشق للأبحاث والدراسات
Damascus Center For Research and Studies

القِطَاعُ الصِّحِّيُّ فِي سوريَّة

شاهداً على التنمية والحرب



دراسات اجتماعية

مؤسسةٌ بحثيةٌ مستقلةٌ تأسّست عام ٢٠١٥، مقرّها مدينة دمشق، تُعنى بالسياسات العامّة والشؤون الإقليمية والدولية، وقضايا العلوم السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والقانونية والعسكرية والأمنية، وذلك بالمعنى المعرفي الشامل (نظرياً، وتطبيقياً)، بالإضافة إلى عنايتها بالدراسات المستقبلية/الاستشرافية، وتركيزها على السياسات والقضايا الراهنة، ومتابعة فاعلي السياسة المحلية والإقليمية والدولية، على أساس النقد والتقييم، واستقصاء التداعيات المحتملة والبدائل والخيارات الممكنة حيالها.

جميع حقوق النشر محفوظة © ٢٠٢٠

سورية - دمشق - مزة فيلات غربية - خلف بناء الاتصالات - شارع تشيلي - بناء الحلاق 85

www.dcrs.sy

info@dcrs.sy



مداد

مركز دمشق للأبحاث والدراسات

القِطَاعُ الصِّحِّيُّ فِي سوريَة

شاهداً على التنمية والحرب

8 آذار/مارس 2020

مركز دمشق للأبحاث والدراسات

مداد



المحتويات

4.....	ملخص تنفيذي.....
7.....	مقدمة.....
8.....	أولاً- القطاع الصحي بين التنمية والحرب.....
8.....	1. حوكمة النظام الصحي.....
11.....	2. الموارد البشرية والبنى التحتية الصحية.....
12.....	أ. البنى التحتية الصحية.....
17.....	ب. الموارد البشرية الصحية.....
21.....	3. المؤشرات الصحية.....
22.....	أ. معدل الوفيات العام والعمر المتوقع.....
23.....	ب. صحة ووفيات الأطفال.....
27.....	ج. صحة ووفيات الأمهات.....
30.....	د. وفيات الحوادث والإصابات الناجمة عن عوامل خارجية.....
30.....	هـ. الأمراض المزمنة.....
32.....	و. مؤشرات الغذاء.....
33.....	ز. مؤشرات الدواء.....
34.....	ح. مؤشرات المياه والصرف الصحي.....
36.....	4. الإنفاق الصحي.....
39.....	ثانياً- نحو رؤية تكاملية لإعادة بناء القطاع الصحي.....
41.....	خاتمة.....
42.....	المراجع.....



- جدول رقم (1): الأضرار التي ألحقت بالمستشفيات والوحدات الصحية ومعامل الدواء..... 13
- جدول رقم (2): تطور متوسط عدد السكان لكل سرير حسب المحافظات، 2000-2017..... 14
- جدول رقم (3): تطور متوسطات السكان للكوادر الصحية..... 19
- جدول رقم (4) تطور معدلات وفيات الأطفال وبعض نسب التلقيح 2000-2017..... 25
- جدول رقم (5): مؤشرات الحالة التغذوية لدى الأطفال للعام 2016..... 27
- جدول رقم (6): تطور المؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية 2010-2015..... 30
- جدول رقم (7): نسبة السكان المصابين بأمراض مزمنة في المحافظات..... 31
- جدول رقم (8): تطور مؤشرات الدواء 2000-2017..... 34
- جدول رقم (9): تطور مؤشرات الصرف الصحي، 2000-2017..... 35
- جدول رقم (10): تطور مؤشرات الإنفاق الصحي 2000-2010..... 37

- الشكل رقم (1): خارطة توزع المرافق الصحية وفق حالتها العملية لعام 2015..... 17
- الشكل رقم (2): تطور متوسط عدد السكان للطبيب وفقاً للمحافظات السورية، 2000-2017..... 20
- الشكل رقم (3): متوسط عدد السكان للصيديلي بين المحافظات السورية في الأمد الواقع بين 2000 و2017..... 21
- الشكل رقم (4): التوزع النسبي للموازات المحلية لقطاع الصحة وسطي الأمد الواقع بين 2005-2010..... 38



ملخص تنفيذي

يُعدُّ الأمن الصحي قضية عبر قطاعية تُسهم في تكوين محدداتها جملة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية والأمنية، ورغم حسابان الصحة قطاعاً يقع ضمن خطط وسياسات التنمية الوطنية، إلا أنَّ الأهداف الصحيّة لا تتحقق بمجرد توفير مقوّمات عمل القطاع من بنى تحتية وموارد بشرية وأدوية ومستلزمات عمل، بل تعتمد هذه النتائج بشكل رئيس على توفير ظروف بيئية ومستلزمات اقتصادية واجتماعية كالغذاء والسلوك الصحي وغيرها. وبالتالي فإن هذا الفهم لطبيعة عمل الصحة يتطلب نظرة تكاملية ومسؤولية مشتركة، ونذكر هنا مثلاً أنه قبل الحرب وصلت سورية إلى ما نسّمها بالحدود الحرجة لبعض الأهداف الصحية، بمعنى: أنَّ المزيد من التحقيق لهذه الأهداف لا يتعلق بتوفير الخدمات الصحية المختلفة، بل بات يرتبط بعوامل ثقافية وسلوكية أخرى (ومن هذه الأهداف وفيات الأمهات والأطفال، ووفيات الأمراض المزمنة، وغيرها)، وعوامل بيئية بعضها خارج عن الحدود الوطنية للتدخل والسيطرة.

انتهج القطاع الصحيّ في سورية طوال سنوات ما قبل الحرب سياسة التوسُّع في البنى التحتية الصحية، أثمرت هذه السياسة عن نجاحات هامة في بعض مقومات عمل القطاع الصحي بشكل قريحها من تحقيق معايير الكفاءة من البنى التحتية الصحية التي تؤهلها لخفض معدلات المراضة والوفيات، وبالتالي زيادة العمر المتوقع للسكان، وكنتيجة طبيعية لتحسن بعض هذه المقومات، شهدت بعض المؤشرات التنموية للقطاع تحسناً ملحوظاً ومنها وفيات الأمهات والأطفال، إلا أن مؤشرات أخرى تحكمها عوامل خارجة عن نطاق الإدارة الصحية شهدت تراجعاً ومنها الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والدم والأمراض المزمنة. هذه السياسة شابهها بعض أوجه الخلل المتعلقة بعدالة توزيع البنى التحتية جغرافياً بين المحافظات السورية وحتى ضمن المحافظة الواحدة، ما سبب خللاً وتمايزاً في معدلات المراضة والوفيات بين هذه المحافظات.

افتقد القطاع الصحيّ قبل الحرب إلى الإدارة المتكاملة لمكونات الصحة العامة، فتشتتت المرافق الصحية، وتبعيتها لعدد من الوزارات وضعف التنسيق في ما بينها تسبباً إلى حد كبير في أوجه الخلل التي أصابت القطاع كخلل الخارطة الصحية، كما أنَّ التوزيع العادل للأعباء الصحية طوال تلك المدّة تم بشكل عشوائي لم تحكمه أي ضوابط، فنمت الخدمات الصحية الخاصّة بشكل كبير، وزادت من أعباء الإنفاق على الأسر السورية، بشكل يثير تساؤلات عديدة عن مدى توافق هذه السياسات مع ما



تضمنه دستور الجمهورية العربية السورية لعام 2012 الذي تضمن كفالة الدولة لخدمات الصحة العامة للمواطنين.

لم تستطع سياسات القبول الجامعي مجاراة الطلب على الموارد البشرية لتلبية احتياجات القطاع الصحي، فقد اتسمت سنوات ما قبل الحرب بتذبذب في متوسطات السكان للموارد البشرية الصحية، جامعية أو متوسطة التعليم بين وقت وآخر، وفي أيّ من هذه الأوقات لم تكن الأعداد كافية لرفع كفاءة استخدام المرافق الصحية التي يُعَدُّ المورد البشريّ الصحيّ أهمّ عواملها. ورغم إعطاء المحافظات الأقل تنميةً امتيازات في القبول في بعض الكليات، إلا أن هذا التوجه لم يكن كافياً لردم فجوة الموارد البشرية بين المحافظات السورية، وهذا أمر طبيعي لخضوعه لجملة من الضوابط التي توجهها عوامل اقتصادية واجتماعية أخرى لم يتم اتخاذ أي إجراء للتعامل معها. كما تجدر الإشارة إلى الحاجة إلى إنشاء أدوات إدارية، مثل: قواعد بيانات خاصة بالجودة ونظم لإدارة الموارد البشرية التي تُعَدُّ جزءاً لا يتجزأ من عملية تحسين جودة الخدمات.

تُعدُّ نجاحات القطاع الصحيّ أمراً مهماً في ضوء مخصصات الإنفاق العام على الصحة، إذ تُعَدُّ نسبه من إجمالي الإنفاق العام أو الناتج المحلي الإجمالي من أقل دول المنطقة والعالم التي شهدت تطوراً أكبر في تنميتها الصحية من ذلك المحقق في سورية، ما أسهم في تراجع ترتيب سورية على قائمة مؤشرات التنمية البشرية بشكل كبير التي تُعَدُّ المؤشرات الصحية أحد أهم محددات وعوامل حسابها.

عانى القطاع الصحيّ طوال سنوات الحرب من مشكلات هيكلية كالافتقاد إلى استراتيجية واضحة للتعامل مع مفرزات الحرب، وغابت إلى حد بعيد رؤية أو توجيهات أساسية للقطاع الصحيّ، كما أنّ التعاون والتنسيق بين القطاعات الحكومية المعنية بالشأن الصحي لم يكونا فعالين واتسما بالتعامل مع الأحداث التي أثرت في صحة السكان بالآنية وفق مبدأ ردود الأفعال. بالإضافة إلى التعطل الكامل أو الجزئي للمؤسسات الصحية في المناطق غير المستقرة. إضافة إلى وجود تباين كبير في إمكانات السكان في الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية لعدم أمان بعض طرق الوصول وارتفاع تكاليف التنقل وازدياد المدة الزمنية اللازمة للوصول.

وفي المناطق غير المستقرة التي انتشرت فيها الجماعات الإرهابية المسلحة، أصبح القطاع الصحي قطاعاً هجيناً مؤلفاً من بقايا قطاع خاص يقوم على تقديم الخدمات مدفوعة الأجر



وباستغلالية مفرطة، ومُسيّراً من قبل الجماعات المسلحة، ومنظمات غير حكومية محلية أو دولية تعتمد على توزيع المساعدات الطبيّة وتقديم الخدمات الأساسيّة، وبقياء من مستشفيات ومراكز قطاع حكومي يعمل بالحدّ الأدنى، ناهيك عن الأضرار النفسية التي لم ترتقِ ثقافة القطاع إلى حسابها أمراضاً يجب التعامل معها.

أصدرت الحكومة السوريّة عدداً من التشريعات والقوانين الناظمة لعمل القطاع الصحيّ بعامةً والموارد البشرية بخاصّة، هي تشريعات ناظمة جزئياً لعمل القطاع، ولم تتضمن أي تشريعات يمكن إن تشكل انعكاساً مباشراً على معدلات الوفيات والمراضة وتحسين الخدمات الصحيّة.

تراجعت مؤشرات الصحة العامة للسكان بشكل كبير طوال سنوات الحرب؛ ذلك كنتيجة لدمار جزء كبير من البنى التحتية الصحيّة وهجرة عدد كبير من الموارد البشرية الصحيّة، ونقص التجهيزات الناجم بصورة كبيرة عن الإجراءات الاقتصادية القسرية المفروضة على سورية، هذا التراجع في مقومات عمل القطاع رفع معدلات المراضة ومعدلات الوفيات.

تقف سورية على أعتاب مرحلة جديدة بدأت تشهد استقراراً أمنياً في معظم المناطق، وبدأت بالتخطيط لصورة المستقبل ومساراته المختلفة، وهذا يستدعي الاستفادة من أوجه الخلل والقصور التي أصابت مسارات التنمية، ومن هنا، فإن الأمن الصحيّ يستدعي نظرة جديدة تقوم على ضوابط تنطلق من أنّ الصحة العامة حقّ من حقوق الإنسان كفلها الدستور السوريّ، كما كفلتها مبادئ حقوق الإنسان والاتفاقات والمواثيق الدولية التي وقعت عليها الحكومة السوريّة، كما تحتاج العدالة الصحيّة لتوزيع متكافئ للأعباء والإنفاق الصحيّ بشكل يتماشى مع الإمكانيات المادية للأسر السوريّة، إضافةً إلى تصحيح أوجه الخلل في الخارطة الصحيّة، كما يحتاج القطاع إلى رفع كفاءة المرافق الصحيّة، وبخاصّة المراكز الصحيّة التي تمتاز بكفاءات منخفضة بحسبانها كأى دائرة حكومية خدمية تنتهي خدماتها بانتهاء ساعات الدوام الرسمي لموظفيها.



مقدمة

شكّل مفهوم الأمن الصحيّ أحد أبرز أبعاد ومحددات مفهوم الأمن الإنساني السبعة التي حددها تقرير التنمية البشرية في العام 1994¹. وقد أقر تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 أن الصحة تمثل عنصراً جوهرياً لأمن الإنسان، لأن البقاء والحماية من المرض هما من صلب مفاهيم الرفاه البشري المختلفة، فالصحة الجيدة هي التي تمكّن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم، أما تردي الصحة – في حالات المرض والإصابة والعجز – فإنه يقوّض هذه القدرات الإنسانية الأساسية وقد يفضي إلى انتكاسات كارثية للأفراد والجماعات والاقتصادات. من هنا تتداخل الصحة وتتكامل مع مقومات أمن الإنسان الأخرى في المجالات الاقتصادية والسياسية والبيئية والغذائية².

يشكل القطاع الصحي نواة التنمية وأحد أهم مقاصدها في أي بلد، بل باتت نظريات التنمية الحديثة تنظر إليه على أنه المعبر ومقياس النجاح المختصر لأي تنمية، إذ إنّ متغيرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية كافةً تجد لها مدخلاً في التأثير بمفردات القطاع، ويكفي أن نقول: إنّ المؤشر النهائي لنجاح القطاع وهو العمر المتوقع للسكان هو غاية أي تنمية مهما كان شكلها، ولا يتشكل هذا المؤشر إلا بفعل تضافر شروط اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية وأمنية مثلى.

ويمكن أن نحصل من الحرب التي تجاوزت ثماني سنوات على خير دليل على أن الصحة العامة للسكان هي حصيلة تنموية مشتركة لمتغيرات التنمية الداخلية والخارجية كافة، وهذا البعد المتكامل لمحورية التنمية حول الإنسان تم إغفاله في أهداف التنمية الألفية التي تم بدء العمل بمكوناتها في عام 2000 على المستوى الدولي، وكذلك الأمر بالنسبة لاتفاق التنمية المستدامة الذي بدأ عام 2015، واتخذت من عام 2030 مستقراً لأهدافها.

¹ Human Development Report 1994, *New Dimensions of Human Security*, UNDP.

² تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية.



أولاً- القطاع الصحي بين التنمية والحرب

1. حوكمة النظام الصحي

تضمنت المادة الثانية والعشرون من دستور الجمهورية العربية السورية لعام 2012 حماية الدولة لصحة المواطنين وتوفير وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي، كما تضمنت المادة الخامسة والعشرون منه أن التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع وتعمل الدولة على تحقيق التنمية المتوازنة بين جميع مناطق الجمهورية العربية السورية.

ومن هنا، فإنَّ القطاعَ الصحيَّ قد شغل حيزاً هاماً في الدستور لا يدع مجالاً للشكِّ في كفاءة الدولة للصحة العامة للسكان، ومسؤوليتها عن نتائجها، ومن شأن منظومة عمل القطاع أن تتخذ هذه المبادئ الدستورية كموجه ودليل عمل لها في إدارة القطاع، وتصميم سياساته ومكوناته، لتحقيق حماية الدولة وكفالتها لصحة المواطنين. هذا، وعلى أساس محاكمة منطقية مبنية على مؤشرات ونتائج واضحة يتبين أنَّ القطاع الصحي قد حقق نجاحات هامة قبل الحرب لم تخف خلفها أوجه قصور عديدة كانت معروفة سابقاً وطففت على السطح في ظل الحرب.

لقد اعترت نظام الرعاية الصحية في سورية قبل الحرب أوجه خلل متنوعة. وبدايةً لا بد من الإشارة إلى أنه نظام يتشارك فيه القطاع العام والخاص. ذلك أنَّ الحكومة تمول القطاع العام الصحي عبر مؤسسات متعددة على رأسها وزارة الصحة ومنشآتها ومرافقها، ويتبع العديد من المستشفيات لوزارات التعليم العالي والدفاع والداخلية. ويعد تعدد الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية دون وجود تنسيق فعال في ما بينها إحدى المشكلات البنيوية في حوكمة النظام الصحي. ولا تؤخذ من كثرة المرجعيات الصحية سهولة حصول المواطنين على الخدمة الصحية التي يحتاجونها. ذلك أن تراجع التنسيق وغياب سياسة إشراف صحي شاملة وموحدة قد أدّى إلى عكس المطلوب. لقد عانى النظام الصحي (وليس المقصود هنا وزارة الصحة ومنشآتها وحدها فحسب) ضعفاً هيكلياً ووظيفياً حال دون استثمار الموارد المحدودة المتاحة للاستثمار الأمثل، بشكل يؤدي إلى تحسين المؤشرات الصحية من تخفيف معدلات الأمراض والوفاة، وصولاً إلى رفع العمر المتوقع للسكان بشكل يوازي الارتفاعات المسجلة في دول إمكاناتها الاقتصادية والبشرية والاجتماعية أقل من إمكانات سورية كالأردن ولبنان.



كما يتجلى ضعف النظام الصحيّ في النموّ العشوائيّ للقطاع الخاص الذي تعدّ الربحية معياره الأهم. وقد أدى هذا إلى ضعف استجابة الخدمات الصحية للاحتياجات الحقيقية للسكان وسوء توزيعها وانخفاض جودتها وكفاءتها الاقتصادية.

اتسم النظام الصحيّ في سورية قبل الحرب بتراجع في إسهام القطاع العام، وتنامي إسهام القطاع الخاص المترافق مع غياب التقييم والرقابة على الجوانب المادية والنوعية للخدمات الصحية، مع ضعف الرضى عن مستوى هذه الخدمات، كلّ ذلك أدى إلى زيادة الأعباء المالية الشخصية والعامّة، حتى تجاوز في العام 2010 الإنفاق الشخصي على الصحة (المدفوع من قبل المواطنين للحصول على الخدمات الصحية) الإنفاق العام (53%) للإنفاق الشخصي مقابل 47%³ للإنفاق العام) وهو ما يمكن وصفه بخصخصة تدريجية غير معلنة، كما عمدت بعض المستشفيات العامّة التابعة للحكومة بافتتاح أقسام خاصة فيها للقادرين على الدفع، ويلاحظ فرق كبير في المعاملة وجودة الخدمات ضمن القسمين، رمزي التكلفة ومدفوع الأجر، ضمن المستشفى الواحد. فوق ذلك كله، تراجع إسهام القطاع العام وتنامي إسهام القطاع الخاص في غياب توزيع عادل للأدوار يتوازن مع الإمكانيات المادية للمواطنين التي تساعد في وصولهم للخدمات الصحية.

وتعدّ منظمة الصحة العالمية أنّ النظام الصحيّ في بلدٍ ما يكون جائراً إذا تعرّض الفرد (أو الأسرة) لتحمل نفقاتٍ كبيرة غير متوقعة، ولا بدّ أن تدفع مباشرة عند الاستفادة من الخدمات بدلاً من أن تكون مغطّاة بأي نوع من أنواع الدفع المسبق، أو حين يدفع الناس الأقل قدرة على الإسهام بمبالغ تفوق ما يدفعه ميسورو الحال.

وتطلق منظمة الصحة على هذا المؤشر اسم (عدالة الإسهام الماليّ). ووفقاً لتقريرها المعنون بـ (أداء النظم الصحية في العالم-2000)، فإنّ سورية تحتل الموقع (142) من أصل (191) دولة، متأخرة عن جميع الدول العربية، والكثير من الدول الأفريقية (تحتل بلجيكا مثلاً المرتبة الثالثة، والإمارات العشرين، والأردن المرتبة التاسعة والأربعين). وبكلام آخر، فإن رفع وتيرة تحرير القطاع الصحي، وتوفير مزيدٍ من الدعم لدور القطاع الخاص في هذا المجال يجب أن يرتبط ارتباطاً عضوياً كاملاً باحترام معايير الكرامة الإنسانية، واعتبارات الأمن الصحي لمن ليسوا قادرين على دفع نفقات غير متوقعة

³ المسح الصحي المتعدد الأغراض، المكتب المركزي للإحصاء، بالتعاون مع جامعة الدول العربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2010.



لم تنجح السياسات الصحية في خفض التفاوت الجغرافي، فقد كانت معظم المستشفيات قبل الحرب موجودة في المناطق الحضرية، وبخاصة مراكز المحافظات على حساب المناطق الطرفية والريفية. ويشكل التوزيع غير العادل للخدمات الصحية المتطورة عبئاً آخر على صحة الأفراد. فيتركز معظم الخدمات النوعية في العاصمة وبعض مراكز المحافظات التي يتركز فيها أيضاً القرار الصحي، والموارد الصحية ما يعني انتقال عدد كبير من المرضى وعائلاتهم إلى العاصمة لتلقى المعالجة وما يترافق معه من أعباء مالية واجتماعية.

ويبقى أن نشير إلى أن المحددات الاقتصادية والاجتماعية لقضية الصحة العامة في سورية يجب أن تشكل خلفية واضحة لصانع القرار الصحي، وأن تتدخل في رسم السياسات الصحية، مميّزة بين العمل اليوميّ وعمل السياسات. فالفقر، وسوء توزيع الناتج المحلي الإجمالي، وازدياد نسبة الأمية، ولا سيما بين الفتيات والنسب المتدنية لعمل النساء ومشاركتهن في قوة العمل، وتسرب الأطفال من التعليم الأساسي، وزواج الأقارب، وارتفاع معدل الخصوبة الكلية لدى النساء الفقيرات والأميات، والشروط المتدنية للسكن، وانتشار السكن العشوائي، إضافة إلى تناقص الإنفاق العام على القطاع الصحي، وسوء إدارة الموارد وتوزيعها، وبيروقراطية الإدارات، ونقص الكوادر المؤهلة، وضعف البحث العلمي المتخصص، وارتجالية القرارات التي تتم وفق منهج "إطفاء" المشكلة من دون أي تحسب مسبق لها، كلها تجعل من إدماج مسألة الأمن الصحي أولوية حقيقية تحتاج إلى مراجعة شاملة، وتصورات مبتكرة، وتغييرات بنيوية في النظام الصحي السوري، وتجعل من الصحة قضية تنموية بامتياز، غايتها رفع سوية الحياة للإنسان وضمان أمنه، وليس مجرد فكرة مختصرة لمعالجة المرض.

بالمقابل يسجل للنظام الصحي في سورية جملة من الخدمات الطبية التي تميزه عن بقية الخدمات المقدمة في البلدان المجاورة كنظام الرعاية الصحية الأولية (اللقاحات - الوقاية الصحية - العمليات الجراحية من الدرجة الأولى والثانية)، إضافة إلى الانتشار الأفقي للخدمات والمراكز الصحية على مستوى القطر (وإن كان بشكل غير عادل).

عانى القطاع الصحي طوال سنوات الحرب مشكلات هيكلية في النظام الصحي السوري تؤثر في صحة الإنسان وسلامته. فقد افتقد قطاع الصحة إلى استراتيجية واضحة للتعامل مع مفرزات الحرب وغابت إلى حدٍ بعيد رؤية أو توجهات أساسية للقطاع الصحي، كما أنّ التعاون والتنسيق بين القطاعات الحكومية المعنية بالشأن الصحي لم يكونا فعالين، واتسما بالتعامل مع الأحداث التي أثرت

في صحة السكان بالآنية وفق مبدأ ردود الأفعال. هذا عدا عن الانفصال أو التعطل الكامل أو الجزئي للمؤسسات الصحية في المناطق غير المستقرة. إضافةً إلى تباين كبير في إمكانات السكان في الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية بسبب عدم أمان بعض طرق الوصول، وارتفاع تكاليف التنقل، وازدياد المدة الزمنية اللازمة للوصول.

وفي المناطق غير المستقرة التي انتشرت فيها الجماعات الإرهابية المسلحة أصبح القطاع الصحي قطاعاً هجيناً مؤلفاً من بقايا قطاع خاص يقوم على تقديم الخدمات مدفوعة الأجر وباستغلالية مفرطة، ومُسيّراً من قبل الجماعات المسلحة التي تلقت الدعم الهائل من بعض الدول الغربية ومنظماتها غير الحكومية لإنشاء وتجهيز مستشفيات متطورة في المناطق التي سيطر عليها المسلحون، إذ أنشأت شبكة ضخمة من المراكز والمستشفيات تديرها منظمة اسمها (اوسم) تلقت مبالغ ضخمة للتجهيز والتسيير.

لقد أظهرت الأزمة غياب خطة فعالة أو عدم وجود استعداد لمواجهة الطوارئ الصحية، كما أظهرت وجود العديد من العيوب في أنظمة الطوارئ ومنظومة الاستجابة، ترافق ذلك مع غياب طواقم مؤهلة للقيام بعمليات الإنقاذ والإجلاء وانتشال الجثث والمصابين من تحت الأنقاض.

أصدرت الحكومة السورية عدداً من التشريعات والقوانين الناظمة لعمل القطاع الصحي عموماً والموارد البشرية خصوصاً، وصدرت مؤخراً قوانين ومراسيم تهتم بالمواضيع الهامة الآتية: خزانة تقاعد أطباء الأسنان - تعويض طبيعة عمل للعاملين في منظومات الإسعاف والطوارئ - إحداث الهيئة العامة للطب الشرعي - إحداث الهيئة السورية للاختصاصات الطبية - نقل الممرضين العاملين لدى الجهات العامة، خريجو برنامج التسيير ضمن نظام التعليم المفتوح من الفئة الثانية إلى الفئة الأولى، وغيرها. هذه التشريعات، على أهميتها، هي تشريعات ناظمة جزئياً لعمل القطاع ولم تتضمن أي تشريعات يمكن أن تشكل انعكاساً مباشراً على معدلات الوفيات والمراضة وتحسين الخدمات الصحية.

2. الموارد البشرية والبنى التحتية الصحية

تحسنت مقومات عمل القطاع الصحي المادية والبشرية بصورة جيدة في العقد الأول من الألفية الثالثة، إلا أن الحرب أفقدت القطاع جزءاً كبيراً من مقومات عمله سترخي بظلالها على القطاع طوال السنوات القادمة، بما تتطلبه من استثمارات كبيرة لتحقيق الأمن الصحي للمواطنين.



أ. البنى التحتية الصحية

اعتمدت الحكومة طوال سنوات ما قبل الحرب سياسة التوسع الكمي في المرافق الصحيّة، هذه السياسة أدت إلى توفير حدّ جيد من الخدمات الصحية تدلّ عليها مؤشرات القطاع الصحيّة المختلفة.

انخفضت نسبة السكان للسرير في المستشفيات من 830 نسمة للسرير إلى 648 نسمة للسرير بين عامي 2000 و2010. كما انخفض متوسط عدد السكان للمركز الصحي من 16602 نسمة للمركز الصحي إلى 13691 نسمة للمركز في الأمد نفسه. ويعزى هذا التحسن لارتفاع عدد المستشفيات من 390 مستشفى إلى 493 مستشفى، منها 113 مستشفى للقطاع العام والباقي للقطاع الخاص، وارتفاع أعداد المراكز الصحية من 983 مركزاً إلى 1506 مراكز بين عامي 2000 و2010⁴.

إن هذا التحسن على المستوى الكلي أخفى وراءه مشكلة تفاوت البنى التحتية الصحية حسب المحافظات السورية على نحو يُظهر بوضوح خلل الخارطة الصحية السوريّة وسوء توزيع الخدمات الصحيّة جغرافياً. فقد شهدت بعض المحافظات متوسطات جيدة لعدد السكان للسرير والمركز الصحيّ، إذ بلغ متوسط عدد السكان للسرير في محافظات اللاذقية وطرطوس والسويداء ودمشق 512 و609 و553 و745 نسمة للسرير على التوالي، بينما يرتفع هذا المتوسط في محافظات إدلب والحسكة والرقّة إلى 1351 و1105 و1148 نسمة للسرير على التوالي في عام 2010. كما شهد متوسط عدد السكان للمركز الصحي تبايناً آخر، إذ شهدت محافظات السويداء وطرطوس واللاذقية وحمص متوسطات منخفضة بلغت 3719 و4950 و8325 و8142 نسمة للمركز الصحي على التوالي. ويرتفع هذا المتوسط في محافظات حلب والحسكة وريف دمشق إلى 17933 و16250 و13544 نسمة للمركز على التوالي. ونجد هذا التباين انعكس سلباً على مؤشرات الرعاية الصحية، وهو ما يترتب عليه انعكاسٌ سلبيٌّ على معدلات المراضة والوفيات وأخيراً على العمر المتوقع في كل محافظة.

أدت الحرب على سورية إلى أضرار جسيمة بمقومات عمل القطاع الصحي حيث طال الدمار الكلي والجزئي جزءاً هاماً من البنى التحتية للقطاعات الاقتصادية والاجتماعية كافة، ومنها البنى التحتية الصحية، رغم صعوبة حصر عدد المستشفيات والمراكز الصحية التي تضررت، إلا أن ما يتوافر من بيانات يشير إلى:

⁴ حسابات الباحثين بناءً على بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2011.

- تضرر نحو (23%) من المراكز والعيادات الصحية، ضرراً كلياً أو جزئياً، إضافةً (11%) منها غير معروفة المصير، بسبب وقوعها ضمن مناطق خارجة عن سيطرة الدولة.

- تضرر نحو (36%) من المستشفيات العامة ضرراً جزئياً أو كلياً، إضافةً إلى نحو (17%) منها غير معروفة المصير، بسبب وقوعها ضمن مناطق خارجة عن سيطرة الدولة.

قدرت الكلفة الإجمالية لأضرار مؤسسات ومرافق القطاع الصحي بـ (759 مليار ل.س) لغاية شهر حزيران عام 2017⁵، متضمنةً أضرار مباني مديريات الصحة والمستشفيات والعيادات الشاملة والمراكز الصحيّة والمستودعات وأضرار التجهيزات الطبية وأضرار سيارات الإسعاف وغيرها من الآليات، وهي لا تتضمن أضرار المناطق الساخنة خارج التغطية في حينه.

جدول رقم (1): الأضرار التي أُلحقت بالمستشفيات والوحدات الصحية ومعامل الدواء

معامل الدواء		المستشفيات					الوحدات الصحية				
أضرار متنوع	إجمالي	غير مبيّن	غير متضرر	ضرر جزئي	ضرر كامل	إجمالي	غير مبيّن	غير متضرر	ضرر جزئي	ضرر كامل	إجمالي
20	83	17	46	25	10	98	208	1195	328	95	1826

هذا الدمار والضرر الذي أصاب المستشفيات أدى إلى زيادة كبيرة في فجوة البنى التحتية بين المحافظات السورية التي ستحتاج مستقبلاً إلى جهود مضاعفة عن تلك التي سادت قبل الحرب لإعادة التوازن التنموي بقطاعه الصحي بين المحافظات السورية.

نشر المكتب المركزي للإحصاء بوساطة مجموعات الإحصائية وآخرها المجموعة الإحصائية لعام 2018، بيانات تتضمن متوسط عدد السكان للسير في المستشفيات، إلا أن هذه البيانات تجاهلت مفرزات الحرب وهي بيانات تفترض عدم حصول أي ضرر بالبنى التحتية ومنها المستشفيات، كما يفترض عدم حدوث أي تغيير في سكان المحافظات السورية من نزوح وهجرة ووفاة (استمرار اتجاه النمو الخطي الذي كان سائداً قبل الحرب). وهذه الافتراضات وهمية وغير صحيحة، ولا تلبّي احتياجات القطاع الصحي من بيانات ومؤشرات للاستثمار، أو إعادة تأهيل البنى التحتية المتضررة لتحسين

⁵ تقديرات وزارة الصحة.

وصول السكان إلى الخدمات الصحية، ويهدف الوصول إلى صورة أقرب للواقع الصحي المقاضي تقديم خدمات للسكان وفق أماكن سكنهم عام 2017، فقد لجأنا إلى منهجية تصحيح، قوامها:

- اعتماد عدد السكان الفعلي للمحافظات السورية التي وفرها المسح الديموغرافي الاجتماعي الذي أجراه المكتب المركزي للإحصاء عام 2018 الذي شمل 11 محافظة سورية.
- استخدام التقديرات التي وفرتها المنظمات الدولية عن عدد سكان المحافظات الثلاث، وسكان ريف محافظة حلب التي لم يشملها المسح الديموغرافي الاجتماعي.
- توزيع المستشفيات المدمرة والمتضررة (خارج الخدمة) بين المحافظات التي شهدت أو ما تزال تشهد أوضاعاً أمنية غير مستقرة، والتي تم إعلان عددها من قبل وزارة الصحة.
- افتراض أن جميع المستشفيات التي لم تستطع وزارة الصحة والجهات المعنية الوصول إليها لمعرفة حالتها الإنشائية والتخدمية هي مستشفيات متضررة (وهي غالباً كذلك لأن المستشفيات في كل المناطق التي سيطرت عليها الجماعات المسلحة تم استهدافها وتدميرها أو تدمير محتوياتها أو نقلها إلى أماكن أخرى).

جدول رقم (2): تطور متوسط عدد السكان لكل سرير حسب المحافظات، 2000-2017

متوسط عدد السكان لكل سرير	2000	2010	2017 مجموعة إحصائية	2017 بعد التصحيح
دمشق	165	279	359	354
ريف دمشق	688	575	751	1018
حلب	522	791	753	978
حمص	667	614	485	553
حماة	645	793	1092	1150
اللاذقية	383	472	539	524
إدلب	1132	1350	1264	13532
الحسكة	941	1083	976	1080
دير الزور	490	858	916	1298
طرطوس	333	528	752	727
الرقية	653	1098	1166	2647
درعا	612	900	703	846
السويداء	328	506	663	645



203	296	425	-	القنيطرة
865	702	648	830	سورية

تشير بيانات المجموعة الإحصائية لعام 2018 بافتراضاتها وتجاهلها للتغيرات في أعداد السكان، والضرر الذي أصاب المستشفيات إلى ارتفاع في متوسط عدد السكان لسرير المستشفيات من 648 مواطناً للسريير عام 2010 إلى 702 من المواطنين للسريير عام 2017، وهي نتيجة طبيعية لارتفاع عدد السكان بنسبة (17%) في حين نمت أعداد المستشفيات (بتجاهل أضرار الحرب) بنسبة (17%) بين عامي 2010 و2017. إلا أن تقديرات بيانات أعداد السكان وأعداد المستشفيات بعد التصحيح المشار إلى منهجيته أعلاه تبين بأن متوسط عدد السكان للسريير يقدر في عام 2017 بـ 865 مواطناً للسريير. هذا، وعلى مستوى المحافظات فقد ارتفعت متوسطات أعداد السكان للسريير بشكل كبير في بعض المحافظات في حين حافظت على قيمته (تقريباً) في بعضها الآخر، وكانت النتائج متأثرة بعاملين، الأول: تغير سكان المحافظة الذي لعب في تشكيله عامل النزوح والهجرة، والثاني الضرر الذي أصاب المستشفيات:

- ارتفع متوسط عدد السكان للسريير في محافظة إدلب من 1264 مواطناً للسريير عام 2010 إلى 13532 مواطناً للسريير عام 2017، كنتيجة للارتفاع الكبير في عدد سكان المحافظة الناجم عن النزوح إليها، والذي قابله انخفاض كبير في أعداد المستشفيات نتيجةً لاستهدافها من قبل الجماعات الإرهابية المسلحة.
- وفي محافظة الرقة ارتفع المؤشر من 1166 إلى 2647 مواطناً للسريير، لأن حجم الدمار في المستشفيات وأسرتها كان أكبر من انخفاض عدد سكان المحافظة الناتج عن النزوح والهجرة.
- أما المحافظات التي شهدت استقراراً أكبر من غيرها طوال سنوات الحرب، كمحافظات دمشق واللاذقية وطرطوس والسويداء فقد تحسن المؤشر فيها بالرغم من حدوث حالات نزوح إليها من المحافظات الأخرى، إلا أن نمو أعداد أسرة المستشفيات كان أكبر من نسب تزايد عدد سكانها.
- وفي محافظة حلب فقد شهدت انخفاضاً كبيراً في عدد سكانها، قابله دمار أكبر في عدد المستشفيات رفع قيمه المؤشر من 573 إلى 978 مواطناً للسريير.



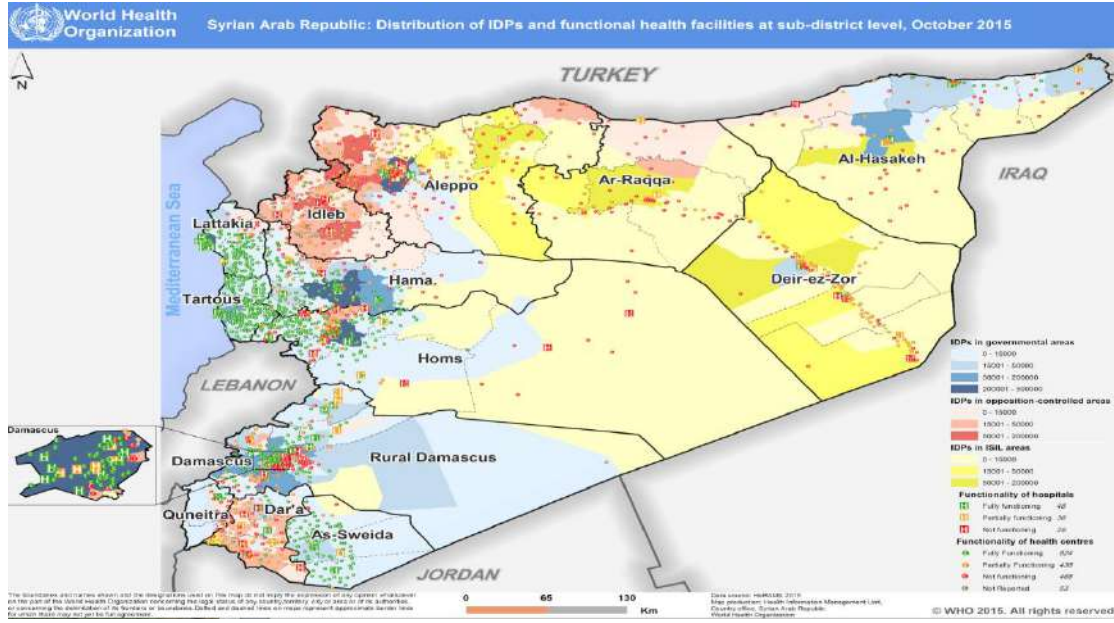
وفي دراسة أعدتها وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التعليم العالي ومنظمة الصحة العالمية⁶ حول تقييم خدمات الرعاية الطبيّة المقدمة في المستشفيات العامة في الجمهورية العربية السورية في عام 2015 التي استند التقييم فيها على البيانات والمعلومات التي جاء بها نظام الخرائط لمعرفة مدى توافر الموارد البشرية (HeRAMS)، تمت إدارة عملية تدقيق حسابات المستشفيات تحت رعاية وزارة الصحة (في المستشفيات العامة) أو وزارة التعليم العالي (مستشفيات الجامعة/المستشفيات التعليمية)، بالإضافة للمستشفيات الخاصة/غير الحكومية في سورية، إلى جانب المناقشات المركزة مع أصحاب المصلحة ضمن المنظومة الصحية السورية، حيث تبين أن 49% من المستشفيات تعمل بشكل كامل، وبخاصّة في محافظات اللاذقية وطرطوس والسويداء وبعض من أجزاء محافظات حمص وحماة وريف دمشق وحلب. بينما يعمل ما نسبته 35% من المستشفيات بشكل جزئي وأغلبها في محافظات حمص والرقّة وحلب ودير الزور.

وبلغت نسبة المستشفيات المتوقفة عن تقديم الخدمات الطبية نحو 29% عام 2015 وهي نسبة قريبة من نسبة المستشفيات التي تم تقديرها من قبل مُعدّي هذه الدراسة حيث بلغت نحو 26% في عام 2017 والفرق يمكن أن يعزى إلى عدد من المستشفيات التي تم تأهيلها وإعادةها إلى الخدمة بين عامي 2015 و2017، وبخاصّة في محافظات الرقة وريف دمشق ودير الزور وحمص بعد تحرير المناطق التي كانت خارج سيطرة الدولة.

وتبين الخارطة التالية جاهزية المرافق الصحية من مستشفيات ومراكز صحية مقترنة بتقديرات عدد النازحين في المناطق والمحافظات السورية لعام 2015، حيث تبين أنّ جاهزية المراكز الصحية توزعت وفق الآتي: 824 مركزاً فعّالاً بالكامل، و438 مركزاً فعّالاً بشكل جزئي، بينما 465 مركزاً غير فعّالٍ وخارج الخدمة.

⁶ منشورة على موقع وزارة الصحة www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=565&language=ar-Y

الشكل رقم (1): خارطة توزيع المرافق الصحية وفق حالتها العملية لعام 2015



النازحون في مناطق انتشار ما يسمى تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام "داعش"	النازحون في المناطق التي تنتشر فيها الجماعات المسلحة الخارجة عن الدولة	النازحون في مناطق الدولة
اللون أصفر فاتح: 0-15000	اللون زهري فاتح: 0-15000	اللون أبيض: 0-15000
اللون أصفر: 15001-50000	اللون زهري: 15001-50000	اللون رمادي: 15001-50000
اللون أصفر داكن: 50001-200000	اللون زهري داكن: 50001-200000	اللون أزرق: 50001-200000
		اللون أزرق داكن: 200001-500000

مصدر الخارطة: موقع وزارة الصحة www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=565&language=ar-Y

ب. الموارد البشرية الصحية

نمت أعداد الموارد البشرية في القطاع الصحي بنسب تفوق معدلات النمو السكاني طوال الأمد الواقع بين 2000 و2010، وبالتالي فقد استطاعت سياسة التعليم العالي ردم جزء من الهوة بين

احتياجات القطاع الصحي من الموارد البشرية للقطاع، رغم أنها لم تكن كافية لتطوير كفاءة استخدام المرافق الصحية وفقاً لمعايير العمل المطلوبة التي وضعتها المنظمات الدولية المهمة بالقطاع الصحي حتى يعمل القطاع بكفاءة عالية.

انخفض متوسط عدد السكان لكل طبيب عام من 728 مواطناً للطبيب عام 2000 إلى 661 عام 2010، كما انخفض متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان من 1462 مواطناً لكل طبيب أسنان إلى 1290 عام 2010، وانخفض متوسط عدد السكان لكل صيدلي من 1455 مواطناً لكل صيدلي عام 2000 إلى 1246 عام 2010.

لا تتوقف كفاءة وأداء الموارد البشرية على توفير مؤشرات معيارية لأعداد السكان لكل طبيب أو صيدلي؛ بل يجب توفير تناسبات معيارية بين هذه الكوادر وكوادر القطاع متوسطة التعليم كالممرضات والأعمال المخبرية وغيرها، وهذا يُعدُّ خللاً جوهرياً في القطاع، إذ شهد القطاع قبل الحرب نقصاً كبيراً في أعداد الممرضات وعمال التصوير والمخابر.

هذا وقد بلغت نسبة عدد الممرضين والقابلات (معاً) في سورية 1.98 فرداً لكل 1000 نسمة؛ ذلك في عام 2014⁷ وهي نسبة أقل بكثير من المتوسط الذي ذكرته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) والذي يعادل 9.1 ممرضاً (دون القابلات) لكل 1000 نسمة⁸.

وقد تبنت وزارة الصحة السورية مؤشراً يدل على وجود ممرضين لكل طبيب، بحيث يمكن مقارنة هذا العدد مع الأعداد الموجودة في بعض البلدان ضمن المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية، كروسيا الاتحادية، إلا أن هذا المؤشر يعدُّ أقل من المتوسط الذي حددته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) والذي يعادل 9.28⁹. بيد أن الأرقام الحقيقية تشير إلى نسبة عدد الممرضين والقابلات بالنسبة للأطباء في سورية التي تعادل بمجموعها 1.5 ممرضاً وقابلة؛ ذلك في عام 2014.

خسر القطاع الصحي نسبة كبيرة من كوادره التي كانت أحد أسباب نقص الخدمات الطبية طوال الأزمة، إذ تشير تقديرات النقابات المعنية إلى هجرة نحو ثلث الأطباء وخمس الصيادلة، في حين

⁷ مستودع بيانات مرصد الصحة العالمي، <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>

⁸ نظرة على الصحة في عام 2015، مؤشرات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. باريس: منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2015.

⁹ المرجع السابق.



قدرت منظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان عدد الأطباء الذين غادروا حتى نهاية عام 2015 بـ 15 ألف طبيب¹⁰، أي ما يعادل 50% من عدد الأطباء المسجلين في عام 2009، والمقدر بـ 30 ألفاً. هذا التغير أدى إلى ارتفاع متوسط عدد السكان لكل طبيب بشكل كبير طوال سنوات الحرب من (623) مواطناً للطبيب عام 2010 إلى (769) مواطناً للطبيب عام 2017¹¹ ويعود هذا التراجع إلى الهجرة الواسعة للأطباء خارج سورية التي فاقت معدلاتها معدل هجرة السكان. وكذلك الأمر بالنسبة لمتوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان التي ارتفعت عام 2017 إلى 1336 مواطناً لطبيب الأسنان، في الوقت الذي انخفض فيه مؤشر متوسط عدد السكان للصيادلة من 1246 مواطناً للصيادلة إلى 781 عام 2017، نظراً لأن هجرة الصيادلة كانت بوتيرة أقل من هجرة السكان.

جدول رقم (3): تطور متوسطات السكان للكوادر الصحية

2017	2010	2000	
769	661	728	متوسط عدد السكان للطبيب
781	1246	1455	متوسط عدد السكان لكل صيدلي
1336	1290	1462	متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان

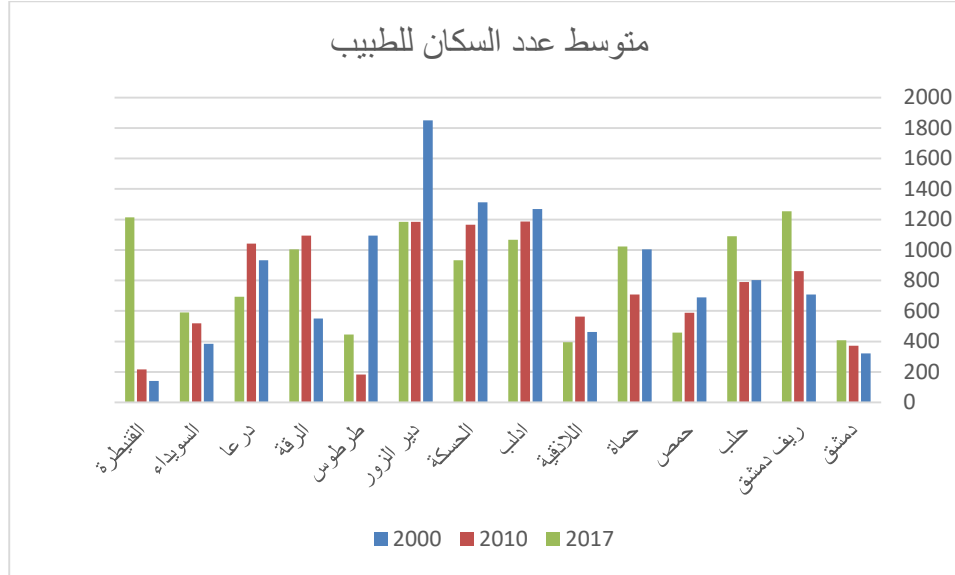
المصدر: حسابات الباحثين بناءً على بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2018، المكتب المركزي للإحصاء

تشير بيانات المجموعات الإحصائية التي استندت إلى بيانات الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء وتوزعهم وفقاً للمحافظات السورية (والتي تتجاهل أثر الحرب في نزوح وهجرة الأطباء بين المحافظات أو خارج سورية) إلى تفاوت كبير في التوزيع الجغرافي حيث شهدت محافظات دمشق واللاذقية والسويداء وطرطوس وحمص متوسطات منخفضة لأعداد السكان لكل طبيب صرحه عامة، بينما سجلت محافظات ريف دمشق ودير الزور والقنيطرة متوسطات مرتفعة، وهذا الخلل يستدعي الوقوف على دلائله المرتبطة بسياسات القبول الجامعي التي لم ترتقِ إلى مستوى يؤدي إلى ردم فجوة التوزيع الجغرافي.

¹⁰ "Physicians for Human Rights. Syria's neighbors must let doctors practice", *Physicians for Human Rights (PHR)*, 2 February 2016. <https://phr.org/news/syrias-neighbors-must-let-doctors-practice/>

¹¹ تم الحساب بناءً على أعداد السكان في المجموعة الإحصائية لعام 2017 وعدد الأطباء وفقاً لبيانات نقابة الأطباء في سورية.

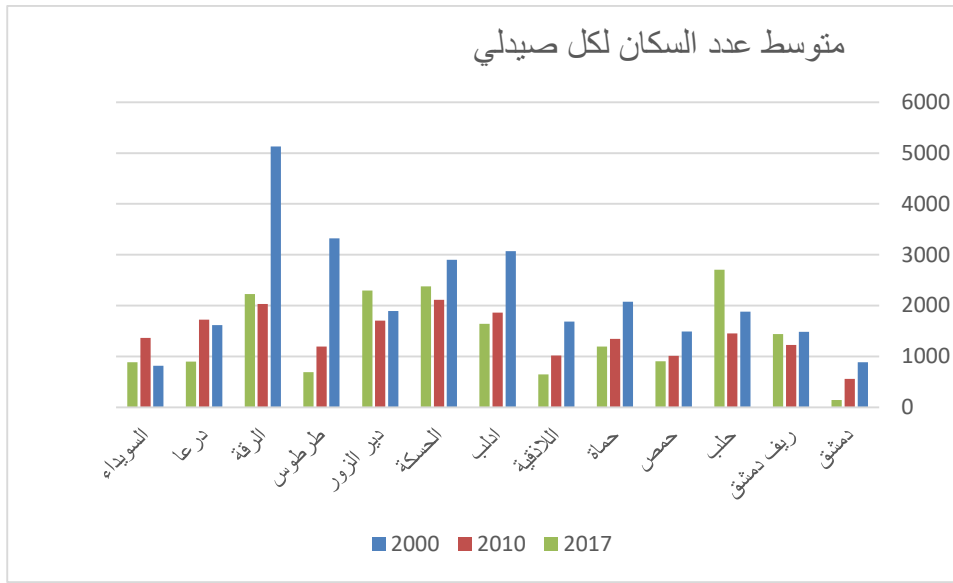
الشكل رقم (2): تطور متوسط عدد السكان للطبيب وفقاً للمحافظات السورية، 2000-2017



المصدر: بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2018، وفقاً لأعداد السكان التي تتجاهل تغيرات الأزمة، وأعداد الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء، ولا تتوافر بيانات حول توزيع الأطباء في ظل الحرب حتى نلجأ إلى تصحيح متوسط عدد السكان للطبيب.

تمايز أكبر في توزيع السكان الصيادلة بين المحافظات بما يتوافق مع أعداد السكان فيها شهده متوسط عدد السكان لكل صيدلي حيث سجل في محافظة دمشق عام 2017 نحو 144 مواطناً لكل صيدلي، ويرتفع في محافظة حلب إلى 2704 مواطنين لكل صيدلي.

الشكل رقم (3): متوسط عدد السكان للصيادلة في المحافظات السورية في الأمد الواقع بين 2000 و2017



المصدر: بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2018 مع ملاحظة أن محافظة القنيطرة مشمولة مع محافظة ريف دمشق لانتشار تجمعات النازحين منها في ريف دمشق. وتنطبق الملاحظة الخاصة بتوزيع الأطباء وواقعية توزيعهم على الصيدالة أيضاً.

3. المؤشرات الصحية

كانت سورية قبل الحرب تصنّف في إطار الدّول الانتقاليّة على مستوى المراضة، أو في فئة الدول ذات العبء المرضي المزدوج، إذ إنّ مجموعة الأمراض المزمنة تتسبّب بنحو (60%) من إجماليّ العبء المرضي، بينما تتسبّب الأمراض المعدية، وأمراض الأمومة والطفولة بنحو (25%) والحوادث والإصابات نتيجة الأسباب الخارجية بنحو (15%). ويتضح من ذلك أن سورية واجهت طوال السنوات العشر الأولى من الألفية الثالثة عبئاً ثلاثياً للأمراض يمثل تحدياً كبيراً لنظامها الصحي، ولشروط أمن الإنسان التي يوقرها. وقد كانت وضعية سورية حينها مثل وضعية الدول النامية الأخرى من حيث إن الأمراض المعدية وأمراض الأمومة والطفولة كانت تمثّل نسبة ملحوظة من العبء المرضي. لكنها على عكس هذه الدول، واجهت عبئاً متزايداً ومطّرداً من الأمراض المزمنة والحوادث.

أثرت الحرب بشدّة في مقوّمات تحسين مؤشرات الصحة، فالدمار الواسع في البنى التحتية الصحية، وتراجع حجم الموارد البشريّة نتيجة للهجرة، وانخفاض حجم استثمارات القطاع والارتفاع الكبير في أسعار الخدمات الصحيّة وتراجع دخول الأسر وتوجيه معظم إنفاقها نحو السلع والخدمات الأساسية وبخاصّة الغذائية، كلّ ذلك أدّى إلى تراجع إمكانيات الوصول إلى الخدمات

الصحية، إضافة إلى صعوبة الوصول إليها في أحيان كثيرة، وقد فاقم الوضع، صعوبات التنقل، وارتفاع التكاليف. عدا عن عمليات النزوح واللجوء الكبيرة التي حدثت جراء الحرب ما يعني أن هنالك مئات الآلاف من المرضى والمصابين يعيشون في ظروف صعبة وقاسية، وفي مخيمات اللجوء والنزوح يزداد الوضع سوءاً، إذ لا تتوافر مقومات الرعاية الصحية، وبخاصة الصحة الإنجابية، وغالباً ما تتم الولادات في ظروف استثنائية قد تشكل خطراً على صحة الأم والطفل معاً. إضافة إلى أعداد كبيرة من المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة والذين يحتاجون إلى عناية خاصة.

أ. معدل الوفيات العام والعمر المتوقع

انخفض معدل الوفيات العام من 4.4 بالألف إلى 4.1 بالألف بين عامي 2000 و2010، وقد كانت الأمراض المعدية هي المسبب الأول للوفاة تلتها الأمراض الإنتانية والتنفسية، ومن ثم وفيات الأمهات والأطفال، وأخيراً الوفيات الناجمة عن الحوادث والعوامل الخارجية.

وقد انعكس انخفاض معدلات الوفيات بشكلٍ إيجابيٍّ على معدلات البقاء على قيد الحياة، حيث ارتفع مستوى توقع الحياة عند الولادة من 71 سنة عام 2000 إلى 72.5 سنة عام 2010.

ارتفع معدل الوفيات العام بصورة كبيرة طوال سنوات الحرب ليصل إلى (10.9 بالألف) عام 2014¹²، ويعزى هذا الارتفاع الحاد إلى عاملين: الأول، هو ارتفاع الوفيات الناجمة عن الأزمة بشكل مباشر (وفيات ناجمة عن العنف) والتي شكلت نحو (85%) من إجمالي الوفيات، والثاني، هو ارتفاع الوفيات الناجمة عن مسببات الوفاة الخمسة (الاعتيادية) والتي شكلت نحو (15%) من إجمالي الوفيات التي تأثرت بشكل كبير بنقص الخدمات الصحية الناجمة عن تضرر مقومات عمل القطاع (التي سبق تحليلها)، انخفض هذا المعدل عام 2017 ليصل إلى حدود (8.1) بالألف متأثراً بتراجع معدلات الوفيات الناجمة عن الحوادث وبخاصة تلك الناجمة عن القتل بشكلٍ أساسي¹³.

يعتمد قياس العمر المتوقع بالاعتماد على جداول الحياة التي تتطلب تتبع فوج سكاني معين، وبالتالي فإنَّ عملية الحساب تحتاج إلى أعداد الوفيات أحادية السنّ للسكان التي تحدث سنوياً وفي ضوء غياب هذه البيانات والتي تعدّ إحصاءات الأحوال المدنية أو التعداد العام للسكان والمساكن

¹² مسح حالة السكان لعام 2014، المكتب المركزي للإحصاء.

¹³ أشارت بيانات المجموعة الإحصائية لعام 2018 إلى عدد الوفيات المسجلة في سجلات الأحوال المدنية في بعض المحافظات التي يمكن بواسطتها حساب معدل الوفيات العام بحدود 2.9 بالألف.



مصدرها، فقد لجأ الباحثون إلى المنهجية التالية في محاولة لمعرفة العمر المتوقع عام كوسطي أمد الحرب الواقع بين 2011 و2017:

- تعتمد المنهجية على أعداد الوفيات بسبب القتل التي تضمنتها التقارير الدولية، وهي أعداد قريبة من بعضها، إذ يشير البنك الدولي إلى أن عدد وفيات القتل منذ بداية الحرب وحتى نهاية عام 2017 وصل إلى نحو 430 ألف مواطن، وهو العدد نفسه تقريباً الذي أعلنته الأمم المتحدة. ويضاف إليه العدد الإضافي للوفيات غير المباشرة الناجمة عن نقص الخدمات، وضعف إمكانية الوصول إليها، وهي كانت على شكل وفيات أمهات أو أطفال أو وفيات أمراض مزمنة أو غيرها والمقدرة وفقاً لمعدلاتها التي سيتم الحديث عنها ضمن القسم الخاص بالمؤشرات التنموية للقطاع بحدود 274 ألف حالة وفاة.
- تفترض المنهجية أن وسطي العمر للسكان الذين قتلوا أثناء الحرب يصل إلى نحو 24 سنة، وهي نسبة محسوبة أيضاً من تقاطع عدد من المصادر الدولية.
- ويتم حساب عدد السنوات التي خسرها كل من مات بسبب عمليات القتل أو نقص الخدمات.
- تستخدم المنهجية عدد السكان المفترض لسورية، وبالتالي العدد الكامل لسكان سورية من المجموعة الإحصائية لعام 2018.
- يتم بوساطة البيانات حساب وسطي عدد سنوات الفقد لكل مواطن سوري، ويتم طرحها من العمر المتوقع عند الولادة الذي كان سائداً ومقدراً عام 2010.
- يتبين بتطبيق المنهجية، أنّ العمر المتوقع عند الولادة لعام 2017 نحو 68.6 سنة، وهو تقريباً العمر المتوقع الذي كان سائداً عام 1993.

ب. صحة ووفيات الأطفال

انعكس تحسن بعض مقومات عمل القطاع الصحي على المؤشرات التنموية للقطاع طوال الأمد الواقع بين 2000 و2011 مع ارتفاع في بعض مؤشرات تلقي الخدمات الصحية، في حين أن مؤشرات صحية أخرى تراجعت وأدت إلى ارتفاع بعض أنواع معدلات الوفيات، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 18.1 بالألف إلى 17.9 بالألف في الأمد نفسه. في حين ارتفع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 20.2 إلى 21.4 بالألف نظراً لارتفاع نسبة الأطفال قصيري القامة من 9.1%



إلى 12.7%، وانخفاض نسبة الأطفال الذين استكملوا اللقاحات المقررة من 88% إلى 76.3%. وانخفاض نسبة الأطفال دون الخامسة ناقصي الوزن من 3.7% إلى 5.7%¹⁴.

هذا، ولعله جدير بالملاحظة، أنّ الخلل الجغرافي المتمثل في سوء توزيع الخدمات الصحية جغرافياً وعدم عدالة الخارطة الصحية والتفاوت الذي شهدته المحافظات السورية في ما يتعلق بالبنى التحتية والكادر البشري الصحي قد أسهم إلى حدٍ كبير في تفاوت معدلات الوفاة بين المحافظات السورية، إذ شهدت محافظة طرطوس معدلات وفيات منخفضة وصلت إلى نحو 3.2 بالألف لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة. كما سجلت محافظة حمص معدل وفيات 17.8 بالألف لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة. بينما سجلت محافظتا دير الزور ودرعا أعلى معدل بحدود 28 بالألف في كل منها.

في حين سجلت محافظتا طرطوس والسويداء أخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع 2 بالألف و9 بالألف على التوالي، وسجلت محافظة حماه أعلى معدل بحدود 25 بالألف.

هذا، وطوال سنوات الحرب ارتفع معدل وفيات الأطفال الرضع من (17.9) بالألف إلى (27) بالألف بين عامي 2010 و2015. ويُعدّ الخداج الذي يتضمن الشدة التنفسية أهم سبب للوفيات عند الوُلدان، ويأتي في الدرجة الثانية إنتان الدم عند الوليد، أما التشوهات الولادية فتأتي في الدرجة الثالثة. في حين يُعدّ أهم أسباب الوفيات عند الأطفال فوق الأربعة أسابيع ودون الخمس سنوات هو التشوهات الولادية، تليها الإنتانات التنفسية ومنها ذات الرئة، وتأتي الإسهالات في المرتبة الثالثة هذه المسببات التي سادت في تلك المدّة، وأثرت بشدة في ارتفاع معدل وفيات الرضع. وقد تأثرت هذه المسببات تأثيراً كبيراً طوال الحرب، بسبب ضعف الاستجابة الفورية لتقديم الخدمات المناسبة وصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية في بعض المناطق. لتقديم عناية سريعة نظراً لحساسية هذه الفئة العمرية وحاجتها إلى الخدمات الطبية بسرعة. هذا الوضع تغير قليلاً عام 2017 مع انخفاض معدل وفيات الرضع إلى (25.7) بالألف وهذا التحسن كان سببه الرئيس هو استقرار الأوضاع الأمنية في بعض المناطق وتحسن في إمكانية وصول سكانها إلى المرافق الصحية الذي ترافق مع ارتفاع ملحوظ في نسبة الأطفال المحصّنين ضد الأمراض.

شهد معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر ارتفاعاً كبيراً طوال سنوات الحرب الخمس الأولى، إذ ارتفعت قيمة المؤشر من (21.4 بالألف) عام 2010 إلى حدود (32 بالألف) عام

¹⁴ المسوح الصحية الأسرية لعامي 2001 و2010.



2015 كنتيجة لمفرزات الحرب وتأثيراتها السلبية في خدمات الرعاية الصحية بمفرزاتها المختلفة وارتفاع معدلات الفقر وتأثيرها في هشاشة الأمن الغذائي للأسر السورية وإمكانات الوصول للأسر في المناطق غير المستقرة إلى الخدمات الطبية. تغير الوضع بعد عام 2015 وانخفضت قيمة المؤشر حتى وصل عام 2017 إلى حدود (28.1 بالألف) نظراً لاستقرار بعض المناطق وتحسن إمكانات الوصول إلى الخدمات الطبية وتحسن الأوضاع التغذوية للأطفال.

جدول رقم (4) تطور معدلات وفيات الأطفال وبعض نسب التلقيح 2017-2000

السنة	2000	2010	2015	2017
معدل وفيات الأطفال الرضع (بالألف)	18.1	17.9	27	25.7
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (بالألف)	20.2	21.4	32	28.1
نسبة اللقاحات الأساسية التي يتلقها الأطفال دون سن الخامسة (%)	87	99	66	82
نسبة الأطفال في عمر سنة والمحصنين ضد الحصبة جرعة أولى (%)	89	99	71	83
نسبة الأطفال من عمر سنة والمحصنين ضد الحصبة جرعة ثانية (%)	87	99	64	68.6

المصدر: نتائج المسح الصحي الأسري لعامي 2001 و2010، التقرير الوطني الأول للتنمية المستدامة لمؤشرات 2015، وتقديرات منهجية لمعدلات الوفيات لعام 2017.

شهدت معدلات حصانة الأطفال ضد الأمراض تدهوراً كبيراً قبل الحرب كانت نسبة التغطية باللقاحات بأنواعها كافة تتراوح بين 90-100% في معظم المحافظات، وانخفضت هذه النسب لمعظم الأنواع لتتراوح بين 50% و70% في محافظات حمص وحلب وإدلب ودير الزور وحماه ودرعا وريف دمشق، نتيجة لعدم المقدرة على الوصول إلى هذه المحافظات من جهة والنقص في بعض أنواع اللقاحات وبخاصة المستورد منها من جهة أخرى.

تتعدد اللقاحات المستخدمة لتحسين الأطفال من المرض والوفاة مثل: الحصبة، والحصبة الألمانية، وشلل الأطفال، واللقاح الثلاثي (الدفترية، والكزاز، والشاهوق)، والنكاف والالتهاب الرئوي الناجم عن المستدمية النزلية والإسهال والتهاب السحايا، والتهاب الكبد والسل وغير ذلك. وبلغت نسبة الأطفال المحصنين ضد هذه الأمراض بين 90-99% في عام 2010 إلا أن مفرزات الحرب والإجراءات الاقتصادية القسرية أحادية الجانب على مقومات التنمية، ومنها مقومات عمل القطاع

الصحي وتضرر معامل الأدوية المحلية وصعوبة الوصول إلى الأطفال في بعض المناطق غير المستقرة أدى إلى انخفاض نسبة الأطفال المحصنين ضد هذه الأمراض في عام 2015 إلى (66%) من إجمالي الأطفال دون الخامسة من العمر وتحسنت عام 2017 إلى حدود (82%).

إنَّ أغلب الوفيات الناجمة عن الحصبة تحدث نتيجة لمضاعفات المرض، وإصابة الأطفال دون سن الخامسة من العمر أمر أكثر شيوعاً. وتؤدي نحو (10%) من حالات الحصبة إلى الوفاة لدى الفئات السكانية التي ترتفع فيها معدلات سوء التغذية، وتنقص فيها فرص الحصول على الرعاية الصحية، وتتكوّن لدى الأشخاص الذين يتعافون من الحصبة مناعة تدوم مدى الحياة. قد تراجعت نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم ضد الحصبة حسب بطاقتهم من (99%) عام 2010 إلى (71%) عام 2015، ويعود هذا التراجع بوجه خاص إلى إمكانات الوصول إلى الأطفال في بعض المناطق من جهة، وإلى الإجراءات القسرية التي أثّرت في توافر وكفاية اللقاحات من جهة أخرى. ارتفعت النسبة عام 2017 إلى (83%) نتيجة لتحسن إمكانات الوصول إلى الأطفال في بعض المناطق وتوافر كمية أكبر من اللقاحات.

بلغت نسبة المواليد ناقصي الوزن (10.3%) عام 2010، وارتفعت هذه النسبة إلى (13.2%) عام 2015. وللعوامل النفسية للأم دور كبير في تغيير هذه النسبة، وكذلك العوامل الصحية والتغذوية، التي تأثرت مقوماتها كافة ونتيجة لتحسن بعض هذه المسببات انخفضت النسبة بشكل طفيف إلى (12.9%) عام 2017.

قدّرت دراسة تقدير حالة سوء التغذية لدى الأسر السورية التي نفذتها وزارة الصحة في عام 2016، بأن نسبة انتشار الهزال والتقرن بين الأطفال بعمر 6-59 شهراً بلغت (2.2%) و(12.7%)، على التوالي، في حين بلغت النسبة المئوية لانتشار نقص الوزن للأطفال للعمر نفسه (4.9%). هذا وقد بلغ معدل انتشار فقر الدم لدى الأطفال (6-59 شهراً) (25.9%)، أما لدى النساء في سن الإنجاب عدا الحوامل، فقد بلغ معدل فقر الدم (24.5%). وبينت نتائج الدراسة أيضاً أنّ معدل انتشار نقص فيتامين (أ) نحو (8.7%)، في حين لم يشاهد عوز شديد في اليود بين طلاب المدارس، إنما بلغت نسبة العوز المتوسط والخفيف باليود (12.99%) و(27.7%) على التوالي.



جدول رقم (5): مؤشرات الحالة التغذوية لدى الأطفال للعام 2016

المؤشر	نسبة التغير
انتشار الهزال بين الأطفال بعمر 6-59 شهراً	2.2
انتشار التقزم بين الأطفال بعمر 6-59 شهراً	12.7
انتشار نقص الوزن بين الأطفال بعمر 6-59 شهراً	4.9
انتشار فقر الدم بين الأطفال بعمر 6-59 شهراً	25.9
انتشار التقزم بين النساء في سن الإنجاب عدا الحوامل	24.5
معدل انتشار نقص فيتامين أ	8.7
معدل انتشار نقص اليود بين طلاب المدارس	
نسبة عوز شديد	0
نسبة عوز متوسط	12.9
نسبة عوز خفيف	27.7

ج. صحة ووفيات الأمهات

تتأثر حالة الصحة الإنجابية بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية كما تؤثر فيها، فهي تتأثر سلباً بانتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه. كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها. ومن العوامل المؤثرة أيضاً مكانة المرأة في المجتمع. وفي كثير من المناطق تتعرض النساء للتمييز في ما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية وبالوصول على الرعاية الصحية. وبما أن الصحة هي حقّ أساس من حقوق الإنسان كما جاء في تعريف "منظمة الصحة العالمية" فإن الصحة الإنجابية هي حق أيضاً.

ويُعدُّ مصطلح (الأمومة الآمنة) جزءاً لا يتجزأ من خدمات الصحة الإنجابية. وهو ترجمة فرعية نموذجية لمفهوم الأمن الصحي في مجال الأمومة. وتقوم الأمومة الآمنة على أربعة أعمدة أساسية هي:

- تنظيم الأسرة وتوفير الخدمات التي تمكّن من التخطيط لتوقيت حالات الحمل وعددها والمباعدة بينها؛
- الرعاية قبل الولادة للوقاية من المضاعفات حيثما أمكن ذلك، وضمان الكشف المبكر عن مضاعفات الحمل ومعالجتها؛
- الولادة النظيفة المأمونة وتأمين رعاية ما بعد الوضع للأم والطفل؛

- الرعاية الولادية الأساسية لحالات الحمل ذات الخطورة العالية.

وترتكز مبادئ الصحة الإنجابية على ضرورة تحقيق العدالة في إيصال الرعاية الصحية إلى الجميع بمن فيهم الفقراء والمناطق الأقل نمواً، وعدم تركيز أي من الموارد البشرية والمادية في موقع القمة من نظام الرعاية الصحية، وضرورة إعادة توزيعها بين المناطق المحيطة والمجتمعات التي يعيش فيها السكان (اللامركزية). ويسهم توفير نظام إحالة فعال وإجراءات عملياتية معينة مناسبة، إضافةً إلى تدريب العاملين على المهام المختلفة، في تحسن مؤشرات الصحة الإنجابية على مستوى الكمية والنوعية.

شكلت النساء في مرحلة النشاط الإنجابي (15-49 سنة) ما نسبته (51%) من مجموع النساء في سورية طوال السنوات العشر التي سبقت الحرب. وهي نسبة مرتفع تشير إلى ضرورة تلبية احتياجات هذه الفئة من خدمات الصحة الإنجابية.

وتشير بيانات الصحة الإنجابية قبل الحرب إلى حدوث تغيير إيجابي في المعارف والمواقف والممارسات لوسائل تنظيم الأسرة، إذ يساعد التباعد بين الحمل على إعطاء فرصة للطفل للنمو بشكل جيد، وكذلك إعطاء فرصة للأم لإعادة بناء جسمها واحتياجاته الأساسية لاستقبال الحمل التالي، كما أنّ ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة يعكس زيادة في الوعي الصحي لدى السيدات المتزوجات في المجتمع، وكذلك مدى توافر هذه الخدمة بالشكل المطلوب. تدل المؤشرات إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من (46.5%) في عام 2000 إلى (59.3%) في عام 2010، كما ارتفعت نسبة الولادات التي تُجرى على أيدي صحية مؤهلة من نحو 87% عام 2000 إلى 96.5% عام 2010، وارتفاع ملحوظ شهدته نسبة الحوامل اللواتي يحصلن رعاية صحية أثناء الحمل من 71% إلى 87% طوال المدّة نفسها. هذا التحسن أدى إلى انخفاض في معدل وفيات الأمهات من 65.4 لكل مئة ألف ولادة حية إلى 52 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية، إلا أن هذا الانخفاض لا يخفي حقيقة الخلل الجغرافي المتمثل في سوء توزيع الخدمات الصحية جغرافياً وعدم عدالة الخارطة الصحية والتفاوت الذي شهدته المحافظات السورية في ما يتعلق بالبنى التحتية والكادر البشري الصحي الذي انعكس انعكاساً مباشراً على المؤشرات التنموية للقطاع الصحي وأسهم في تفاوتها. وقد سبب ذلك تفاوتاً في معدلات الوفاة بين المحافظات السورية ومنها وفيات الأمهات، إذ شهدت محافظة دمشق معدلات وفيات منخفضة وصلت إلى نحو 33.1 لكل مئة ألف ولادة حية. كما سجلت محافظة طرطوس معدل وفيات أمهات وصل إلى نحو 35.1 لكل مئة ألف ولادة حية، بينما

سجل معدل وفيات الأمهات أعلى حدوده في الرقة بحوالي 78.1 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية، وسجلت محافظتا الحسكة وريف دمشق 72.1 لكل مئة ألف ولادة حية و70.2 لكل مئة ألف ولادة حية على التوالي.

شهدت نسبة الحوامل اللواتي تلقين رعاية صحية سابقة للولادة تراجعاً كبيراً من (87%) عام 2010 إلى (62%) عام 2015، ويعود سبب التراجع إلى الضرر الواسع في البنى التحتية للصحة الإنجابية من جهة، وعدم المقدرة على الوصول في المناطق غير المستقرة، من جهة أخرى. وفي عام 2017 تحسنت نسبة الحوامل المتلقيات للرعاية الطبية إلى (67%). وتراجعت معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 54% إلى 45% بين عامي 2010 و2015 بسبب نقص المتاح منها وارتفاع التكاليف التي أصبحت بمعظمها إنفاقاً شخصياً بعد أن كانت تقدم مجاناً في المرافق الصحية، وفي عام 2017 ارتفعت النسبة قليلاً لتصل إلى نحو 47%.

شهد معدل وفيات الأمهات منذ بداية الحرب السورية ارتفاعاً من (52) حالة وفاة في عام 2011 إلى (67) حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في عام 2015¹⁵، متأثراً بضعف خدمات الصحة الإنجابية التي سببها ضرر البنى التحتية والمنشآت الصحيّة، ونقص الأدوية الناجم عن توقف معظم الإنتاج المحلي بسبب منعكسات الحرب الداخلية والخارجية، الأمر الذي أثار سلباً في مستلزمات الإنتاج، كما أنّ الأوضاع الأمنيّة في بعض المناطق منعت من الوصول إلى الخدمة الصحية. في عام 2017 انخفض معدل وفيات الأمهات إلى حدود (66.1) وفاة لكل مئة ألف ولادة حية. هذا الانخفاض لم يكن مترافقاً بقدر تحسن الخدمات الطبية للصحة الإنجابية وبقي متأثراً بارتفاع معدلات الزواج المبكر وحالات الولادات الخطرة، وبخاصة في مناطق انتشار المجموعات المسلحة ومخيمات النزوح.

¹⁵ تقدير نموذجي استناداً إلى مؤشرات العوامل المسببة لوفيات الأمهات كنسبة النساء التي تلد على أيدٍ صحية مؤهلة ونسبة الحمل عالية الخطورة ونسبة الاحتياجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة وغيرها...

جدول رقم (6): تطور المؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية 2010-2015

المؤشر	2000	2010	2015	2017
معدل وفيات الأمهات (لكل مئة ألف ولادة حية)	65.4	52	67	66.1
نسبة الحوامل اللواتي يحصلن رعاية صحية أثناء الحمل (%)	71	87	62	67
نسبة الولادة التي تتم تحت إشراف عناصر صحية مدربة (%)	87	96.2	81	81.2
نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة (%)	46.5	53.9	45	47

المصدر: بيانات وزارة الصحة لعام 2010 و2015، وتقديرات منهجية من قبل الباحثين لعام 2017

د. وفيات الحوادث والإصابات الناجمة عن عوامل خارجية

احتلت الحوادث بأنواعها المختلفة المرتبة الرابعة بين العوامل المسببة للوفاة قبل الحرب فقد تسببت بنحو (3%) من إجمالي الوفيات وهي نسبة مرتفعة ناجمة بشكل أساسي عن وفيات حوادث السير (3.7%) التي تحكمها جملة من العوامل المرتبطة بأمان الطرق والمركبات وضوابط السير وأخلاقيات القيادة، في حين كانت حوادث القتل بحدودها الدنيا (1%) من إجمالي الوفيات¹⁶.

انخفضت نسبة وفيات حوادث السير من إجمالي الوفيات الواردة في المجموعات الإحصائية 2011-2018 لتشكل نحو (2.3%) من إجمالي عدد حالات الوفاة، بينما سجلت أعداد الوفيات الناجمة عن القتل ارتفاعاً كبيراً طوال سنوات الحرب، إذ ارتفعت بحدود (2145%) عام 2011 عن عام 2010، وتابعت ارتفاعها عام 2012 بمعدل 361.6%، ثم بمعدل 36.6% عام 2013. وفي عام 2013 تحديداً، بلغ معدل الوفيات بسبب العنف ذروته، ثم عاد وانخفض بمعدل 56.1% عام 2014، وبمعدل 67.4% عام 2015¹⁷.

هذه الارتفاعات هي في أعداد الوفيات المسجلة والمعلن عنها، إلا أن تقديرات المنظمات الدولية تشير إلى أعداد أكبر بكثير وصلت إلى نحو 500 ألف حالة وفاة، وبالتالي هذه المؤشرات ترفع وفيات الحوادث إلى المسبب الأول للوفاة في سورية طوال سنوات الحرب.

هـ. الأمراض المزمنة

احتلت الاحتشاءات ونقص التروية القلبية قمة الأمراض المزمنة قبل الحرب، إذ شكلت السبب الأول للوفيات في سورية إذ بلغت نسبة الوفيات نتيجة الإصابة بهذه الأمراض (49.2%) من

¹⁶ تم الحساب بناءً على بيانات الوفيات في المجموعات الإحصائية كوسطي فترة 2000-2010.

¹⁷ التقرير الوطني الأول للتنمية المستدامة، هيئة التخطيط والتعاون الدولي، 2018.

مجمل الوفيات في عام 2008، ويعزى ذلك إلى الارتفاع المطرد في عوامل الخطورة المرتبطة بهذا المرض، مثل: التدخين وارتفاع الشحوم في الدم وفرط التوتر الشرياني، بالإضافة إلى ضغوط الحياة والسمنة وقلة الحركة. وتأتي الإنتانات الحادة للجهاز التنفسي في المركز الثاني مسببة نحو (11.1%) من الوفيات، ويتركز تأثير هذا المرض في المجموعات العمرية الصغيرة جداً والكبيرة جداً، وبخاصة بين الأطفال تحت سن الخامسة. في حين تسبب الأورام في ما نسبته (6.7%) من إجمالي الوفيات. وتحتل حوادث السير المرتبة الرابعة.

لم يستطع نظام المعلومات الصحية توفير بيانات حول توزع الوفيات تبعاً لمسبباتها طوال سنوات الحرب، إلا أن المسح الديموغرافي لعام 2018 أتاح بيانات حول نسب الإصابة بالأمراض المزمنة، إذ تبين أن نسبة السكان المصابين بأمراض مزمنة بلغت 14.6%، وترتفع هذه النسبة في محافظة السويداء إلى حدود 22% وفي دمشق إلى ما يزيد عن 20% في حين أنها تتضاءل إلى نحو 11% في كل من محافظتي حماه والحسكة.

جدول رقم (7): نسبة السكان المصابين بأمراض مزمنة في المحافظات

المحافظة	العدد	%
دمشق	358435	20.2
مدينة حلب	209551	12.1
ريف دمشق	534430	14.6
حمص	188861	13.5
حماة	194470	10.9
اللاذقية	242446	17.8
الحسكة	152584	11.2
طرطوس	147379	14.2
درعا	100559	13.6
السويداء	102090	21.9
القنيطرة	6693	16.5
المجموع	2237498	14.6

و. مؤشرات الغذاء

عرفت منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو) الأمن الغذائي 18 بتوافر الإمكانية الفيزيائية والاقتصادية-الاجتماعية للبشر كافة للحصول على الغذاء الكافي والصحي الذي يؤمن العناصر الغذائية الضرورية للقيام بفعاليات الحياة الصحية.

استطاعت سورية قبل الحرب تحقيق حدود جيدة من مقومات الأمن الغذائي، بفضل برامج الريّ الواسعة، والتوسع في زراعة الأراضي القابلة للزراعة، والبرامج الضخمة في استصلاح الأراضي، وغير ذلك من سياساتٍ متعلقة بالزراعة، إذ أشار التقرير الوطني الأول للتنمية المستدامة إلى نجاحات تحققت على صعيد خفض نسبة الفقر الغذائي، إذ انخفضت من (2.2%) عام 1997 إلى (1.1%) عام 2010. ويقوم أحد الأشكال الجديدة لقياس الفقر المدقع الذي استدعته مفرزات الحرب على قياس مؤشرات ومستويات الأمن الغذائي الأسري التي أشارت إلى تأثير واسع للحرب على أحوالها الغذائية. وتأكيداً على ما سبق ذكره، يشير تقرير الأمن الغذائي الأسري إلى أن نحو ثلث السوريين (33.4%) هم فاقدون لأمنهم الغذائي، يضاف إليهم أكثر من النصف بقليل (51.6%) ممن هم معرضون لفقدان الأمن الغذائي، أي أنّ (15.6%) فقط من السوريين يتمتعون بالأمن الغذائي.

أما على مستوى جغرافيا الأمن الغذائي، فيشير التقرير إلى أنّ هناك أربع محافظات تزيد فيها نسبة الأسر الآمنة غذائياً عن المستوى الإجمالي للقطر البالغ (15.6%)، وتأتي في مقدمتها دمشق واللاذقية، تليهما السويداء ودرجة أقل حمص. وبالمقابل، هناك خمس محافظات ترتفع فيها نسبة الأسر غير الآمنة غذائياً مقارنة بالمستوى الإجمالي للقطر البالغ (33.4%)، تأتي في مقدمتها محافظة الحسكة التي تزيد فيها نسبة الأسر غير الآمنة غذائياً عن النصف، تليها محافظتا حلب وحماة حيث تقترب فيهما نسبة الأسر غير الآمنة من النصف، ثم القنيطرة ودرعا بنسبة أسر غير آمنة غذائياً ما بين (44.8-46.4%) من مجموع الأسر في كل محافظة. غير أن ما هو أكثر انتشاراً في مختلف المحافظات السورية هي نسبة الأسر المعرضة لفقدان أمنها الغذائي، فهي لا تقل عن (40.2%) كما هو الحال في درعا، وتصل إلى (64.5%) في محافظة اللاذقية، لكنها تقترب في العديد من المحافظات من نسبة نصف الأسر لتقترب من المستوى الإجمالي للقطر البالغ (51.1%)¹⁹.

¹⁸ حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم 2009، منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة-الفاو.

¹⁹ نتائج مسح الأمن الغذائي الأسري، برنامج الأغذية العالمي، 2015.

وفي عام 2017 تشير بيانات مسح الأمن الغذائيّ الأسريّ الثاني الذي أجراه المكتب إلى أن 23.3% من الأسر السورية المشمولة بالمشح آمنه غذائياً. وأن 45.5% من هذه الأسر معرضة لانعدام الأمن الغذائيّ، كما أن 32.2% من هذه الأسر معدومة الأمن الغذائيّ.

وبالتالي فإن المقارنة مع عام 2015 تبين أن نسبة الأسر التي عانت من انعدام الأمن الغذائيّ قد انخفضت بمقدار نقطة مئوية واحدة من (33%) عام 2015 إلى (32%) عام 2017، كما انخفضت نسبة المعرضة منها لانعدام الأمن الغذائيّ بمقدار ست نقاط مئوية بانخفاضها من (51%) إلى (45%) طوال المدة نفسها. انخفاض هاتين النسبتين قابلة للارتفاع في نسبة الأسر الآمنة غذائياً من (16%) إلى (23.3%) بين عامي 2015 و2017.

ز. مؤشرات الدواء

شهدت الصناعات الدوائية تطوراً كبيراً طوال السنوات العشر التي سبقت الحرب، إذ ارتفع عدد معامل التصنيع الدوائي من 54 معملاً عام 2000 إلى 70 معملاً عام 2010، وارتفع عدد الأصناف الدوائية المنتجة وطنياً بنحو الثلاثة أضعاف، هذه الارتفاعات رفعت نسبة الاكتفاء الذاتي من الاحتياجات الدوائية من 87% إلى 91% طوال المدة نفسها.

أولت الحكومة اهتماماً كبيراً بالصناعات الدوائية طوال سنوات الحرب كسبيل للخروج من مأزق الإجراءات القسرية المفروضة على الاقتصاد السوري ومن القطاع الصحي، واتخذت إجراءات لتسهيل الترخيص، ودعم إحداث معامل جديدة وإجراء انزيحات في تموضع المعامل التي كانت قبل الحرب، وبخاصة في محافظتي ريف دمشق وحلب إلى المحافظات المستقرة ومنها محافظات السويداء واللاذقية وطرطوس بصورة رئيسة، هذه الإجراءات أدت إلى ازدياد عدد منشآت التصنيع الدوائي من (70) منشأة إلى (86) منشأة بين عامي 2010 و2017، بالمقابل انخفضت نسبة التغطية بالأدوية المصنعة محلياً من (91%) إلى (86%) كنتيجة للحصار الاقتصادي الذي أثر بشكل كبير في بعض أنواع الأدوية التي لا تصنع محلياً أو تلك التي يدخل في تصنيعها مستلزمات إنتاج مستوردة (كأدوية معالجة مرض السرطان...، وغيرها). كما انخفض عدد الدول التي يصدر إليها الدواء السوري من (53) دولة إلى (18) دولة في المدة نفسها.

جدول رقم (8): تطور مؤشرات الدواء 2000-2017

2017	2014	2010	2000	
7824	6904	6895	2903	عدد أصناف الدواء المصنعة محلياً
86	76	70	54	عدد معامل الأدوية
83%	80	91%	87%	نسبة التغطية بالأدوية المحلية
13	4	53		عدد أصناف الأدوية المصدرة

المصدر: المجموعات الإحصائية 2001-2018، المكتب المركزي للإحصاء

ح. مؤشرات المياه والصرف الصحي

يرتبط الأمن الصحي للإنسان بعلاقة وطيدة مع البعد البيئي؛ ذلك أن تأثيرات التغيرات البيئية السلبية تنعكس بشكل مباشر على الصحة العامة، ومن هنا فقد قدرت منظمة الصحة العالمية أنه في كل (8) ثوانٍ يموت طفل من جراء أمراضٍ متعلقة بتلوث المياه، وفي كل عام يتوفي (5) ملايين شخصٍ حول العالم بسبب المياه غير الآمنة أو غياب الصرف الصحي المناسب، وأنه في حال تحسن نوعية مياه الشرب فإن عدد الوفيات الناجمة عن الإسهالات سينخفض سنوياً بحدود مليوني وفاة. لا تتوافر في سورية أرقام دقيقة حول الأمراض الناجمة عن تلوث المياه لا قبل الحرب ولا أثناءها، ولا سيما أن كثيراً من هذه الأمراض لا يتم الإبلاغ عنها في سياق الأمراض المشمولة بالإبلاغ، كما أن عوامل أخرى عديدة تدخل في سياق عملية الارتباط مثلاً، وتكون السلسلة السببية فيها بالغة التعقيد، إضافة إلى الغياب التام للقياسات الدقيقة للملوثات العضوية والكيميائية الناجمة عن الصناعات ومياه الصرف الصحي. وفي هذا السياق كله فإن هناك حلقة مفقودة بين وزارتي الصحة والإدارة المحلية والبيئة، وهي حلقة التنسيق، والإدارة المشتركة للمؤثرات البيئية في الصحة.

تعدّ مشكلة الصرف الصحي من المشاكل البيئية الأساسية في سورية، ورغم أنه قد تم تنفيذ شبكات الصرف الصحي في كثير من المدن والبلدات، ولكن هنالك نقصاً كبيراً في عدد محطات المعالجة. وتصل نسبة السكان المخدّمين بشبكات صرف صحي إلى 83% في المناطق الحضرية و42% في المناطق الريفية، في عام 2000 بينما يُقدر عدد السكان المخدّمين بمحطات معالجة الصرف الصحي بنحو 21%، وفي عام 2010 حدث تحسن جوهري، ولكنه ليس كافياً في نسبة السكان المستفيدين من شبكات الصرف الصحي، إذ وصلت نسبتهم إلى نحو 93% من إجمالي سكان المدن،

والى 61% من إجمالي سكان الريف، بينما نسبة السكان المستفيدين من محطات المعالجة بقيت منخفضة، رغم ارتفاعها إلى حدود 40% من إجمالي السكان.

تأثرت شبكات الصرف الصحي بشكل بسيط طوال سنوات الحرب، إذ انخفضت نسبة السكان المستفيدين من خدماتها في المدن إلى حدود 92.3% وفي الريف إلى 58.4%، مع ملاحظات أنّ أعمال التأهيل والتجديد للشبكات القديمة شهدت توقفاً شبه كامل نتيجة لانخفاض الاستثمار فيها الناجم عن إعادة توزيع أولويات الإنفاق العام والذي بقيت خارج دائرته، شهدت نسبة السكان المستفيدين من محطات المعالجة التدهور الأكبر كنتيجة لاستهداف محطات المعالجة وخروجها عن الخدمة (عدرا، حلب، داريا، حمص) حالت الحرب دون استكمال كامل المحطات (كان مخططاً لتنفيذ 72 موقعاً لمحطات معالجة مياه الصرف الصحي).

جدول رقم (9): تطور مؤشرات الصرف الصحي، 2000-2017

المؤشر	2000	2010	2015	2017
نسبة السكان المستفيدين من شبكات الصرف الصحي	المدن	83	93	92.3
	الريف	42	61	58.4
كان المستفيدين من محطات المعالجة	محطة	21	40	29

بيانات المؤسسة العامة لمياه الشرب والصرف الصحي، وحسابات الباحثين

بلغت نسبة المستفيدين من مياه الشرب 83.3% عام 2000. واستمرت بالارتفاع حتى وصلت عام 2011²⁰ إلى 93.7%، إلا أنّ هذا الارتفاع قابله انخفاض في نصيب الفرد من 88 متراً مكعباً سنوياً على مستوى القطر عام 2000 إلى 82 لتراً مكعباً للفرد عام 2011²¹. ويعود الارتفاع إلى الإجراءات الحكومية في مدّ شبكات المياه على كامل المناطق الجغرافية عبر الخطط والبرامج التنموية المتعاقبة، إلا أن حصة أو نصيب الفرد ستكون مرتبطة بطبيعة الحال في تأمين مصادر المياه العذبة، وهذا خضع إلى ظروف الطقس والهطولات المطرية وإلى مصادر المياه المتجددة كالأنهار والبحيرات التي عانت شحاً مستمراً في سنوات ما قبل الحرب جراء عوامل الجفاف وشح الأمطار التي ترفد تلك الأنهار، هذا

²⁰ تم الحساب بناءً على بيانات المؤسسة العامة لمياه الشرب والصرف الصحي.

²¹ تم الحساب بناءً على بيانات المؤسسة العامة لمياه الشرب والصرف الصحي.

إلى جانب النمو السكانيّ الكبير الذي يشكل ضغطاً متزايداً على المياه وغيرها من الموارد والخدمات الأخرى.

هذا، وطوال سنوات الحرب بقيت نسبة السكان المستفيدين من شبكات مياه الشرب مستقرة (94% في عام 2011 و93% في عام 2017)، وذلك رغم تعرض بعض أجزاء منظومات المياه للضرر وتباطؤ عمليات الاستبدال والتجديد، ولا تزال خدمة مياه الشرب تصل إلى معظم المناطق، وتناقصت حصة الفرد الحقيقية من مياه الشرب (من 119 ليتراً/ في اليوم في عام 2011 إلى 90 ليتراً/ في اليوم مع نهاية عام 2017)، مع تزايد نسبة الفاقد المائي من 32% في عام 2011 إلى 45% في عام 2015 و45.8% عام 2017.

هذا، وعلى مستوى المحافظات، يتبين أن أدنى نصيب الفرد في عام 2016 كان في محافظتي إدلب 36 متراً مكعباً، لعدم توافر الأنهار المستديمة التدفق واعتماد المحافظة على مصادر غير متجددة من المياه كالأبار الارتوازية وغيرها من الموارد المائية. وريف دمشق 39 متراً مكعباً؛ ذلك لكبر مساحة المحافظة وتباعد التجمعات البشرية فيها من جهة، ونظراً للكثافة السكانية في المناطق المحيطة بدمشق، ولجفاف وتدني منسوب كل من نهري الأعوج وبردى اللذين يشكلان الروافد الأساسية في هذا الموضوع. وأعلىها في محافظتي اللاذقية 130 متراً مكعباً وطرطوس 127 متراً مكعباً. ويبقى لنا أن نشير إلى أن نسبة السكان المستفيدين من مياه الشرب المقصود فيها هنا نسبة المساكن الموصولة بشبكات مياه شرب، سواء أتوافرت فيها مياه كافية، أم لم تتوافر، وهذا معرض خلاف في المؤشرات بين المكتب المركزي للإحصاء والمؤسسة العامة لمياه الشرب والصرف الصحي.

4. الإنفاق الصحي

هذا، وفي ما يخصّ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (58 دولاراً للفرد/سنة)، وهي تلي جميع الدول العربية (قطر أولاً بمعدل 992 دولاراً/ للفرد/سنة) وتقدم بهذا المعدل على اليمن والسودان والصومال فقط، في حين نتساوى مع العراق²². وفي ظل معدلٍ منخفضٍ للإنفاق على الصحة كهذا، فإن الاستثمار الأمثل يجب أن يتم بتوجيه الموارد، القليلة أصلاً، باتجاه إحداث تأثيرٍ أكثر استدامةً.

²² الإحصائيات الصحية في العالم- منشورة في تقرير المدير الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط- منظمة الصحة العالمية 2006.



تراجعت نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي من (2.3%) عام 2005 إلى (1.4%) عام 2010، احتلت سورية طوال مدة ما قبل الحرب المرتبة (14) على سلم مؤشرات الإنفاق الصحي بين مجموع الدول العربية، وقد كانت هذه النسبة (9.8% في الأردن و7.6% في لبنان)، ارتفع الإنفاق العام الصحي من إجمالي الإنفاق العام من (6.1%) عام 2005 إلى (6.3%) عام 2010، إلا أنّ هذا الارتفاع الطفيف الذي لم يكن مناسباً مع مؤشرات الكم المرتبطة بالنمو السكاني وضغوطه على الخدمات الصحية من جهة ومن حيث النوع المتعلق بتحسين نوعية الخدمات الصحية، من جهة أخرى. هذا القصور في الإنفاق العام قابله ارتفاع في الإنفاق الشخصي للأفراد والأسر من (51%) عام 2005 إلى (58%) عام 2010 توجه بمعظمه نحو خدمات القطاع الخاص من عيادات ومستشفيات خاصة وأدوية. رغم تبني الخطة الخمسية العاشرة للتنمية البشرية كالشعار الذي كان من المفترض أن يجسد اقتصاد السوق الاجتماعي كنموذج اقتصادي اجتماعي جديد.

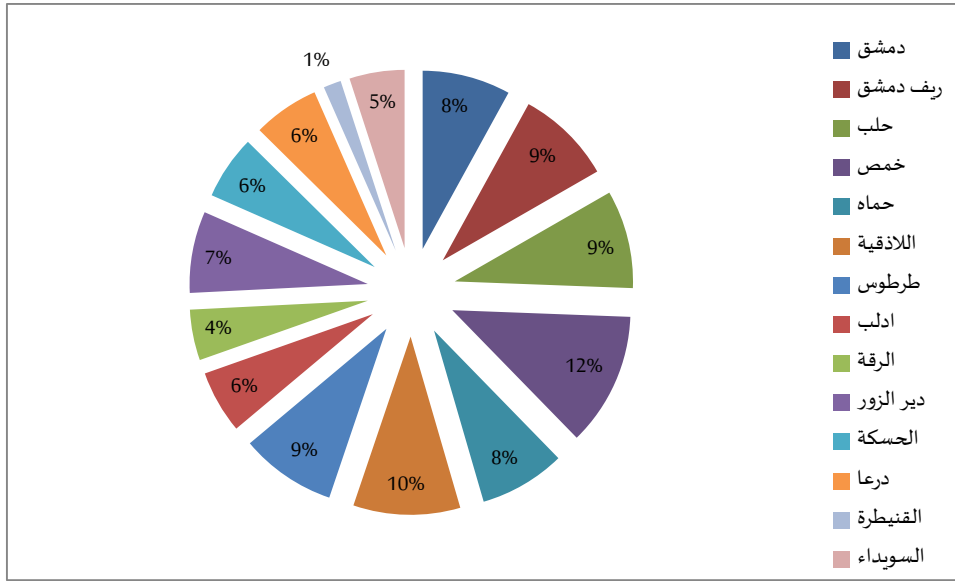
جدول رقم (10): تطور مؤشرات الإنفاق الصحي 2010-2000

2010	2005	2000	
3.4	4,9	2,5	مجموع الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي
42	49	53	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق على الصحة
1.4	2,3	1,2	الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي
6.3	6.1	4.5	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي

المصدر: تم الحساب بناءً على بيانات المجموعات الإحصائية بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي، وبيانات وزارة الصحة بالنسبة للإنفاق العام على الصحة، وبيانات المسوح الصحية المتعددة الأغراض بالنسبة للإنفاق الخاص والشخصي (2001-2006-2010).

ويشير الإنفاق على الصحة إلى وجود تباينات كبيرة بين المحافظات المختلفة لم تراعى فيها أعداد سكان المحافظة ولا حتى معدلات المراضة والوفيات فيها، وحظيت محافظات حمص واللاذقية وحلب وريف دمشق وطرطوس بأعلى نسب إنفاق.

الشكل رقم (4): التوزيع النسبي للموازنات المحلية لقطاع الصحة وسطي الأمد الواقع بين 2005-2010



تم الحساب بناءً على موازنات جهات الإدارة المحلية للأعوام من 2005-2010، وزارة الإدارة المحلية

يعدّ مؤشر عدم العدالة في توزيع الموارد الصحية مسألة جوهرية في النظام الصحيّ، وله تبعات صحية واقتصادية واجتماعية جديّة. إذ أثبتت الأبحاث نشوء مرونة اقتصادية للطلب على الخدمات الصحيّة، بمعنى أن الفقراء يتكيفون مع ضائقتهم الاقتصادية والاجتماعية بتقليل الاستهلاك من السلع والخدمات المرنة التي تحتل مرتبة متأخرة في سلم أولوياتها وتركز إنفاقها على السلع والخدمات غير المرنة كالغذاء، وقد يتسبب ذلك في تدهور المؤشرات الصحية الخاصة بهذه الشرائح من المواطنين.

هذا، وطوال سنوات الحرب، ورغم اشتداد الحاجة إلى الإنفاق الصحي لمواجهة متطلبات الأمن الصحي للمواطنين الذي ارتفعت خطورته بشدة كبيرة يلاحظ أنّه قد تراجع نسبة الإنفاق العام على الصحة من إجمالي الإنفاق العام من (6.3%) عام 2010 إلى (2%) عام 2015 وإلى (1.9%) عام 2017، ويعزى هذا التراجع إلى تراجع إيرادات الدولة بعامة، وهذا التراجع قابله ارتفاع كبير في الإنفاق الشخصي كنتيجة لتراجع عدد المنشآت الصحية للقطاع العام وضعف إمكانياته، وارتفاع الأسعار وانتشار الأمراض حتى وصل عام 2017 إلى حدود (68%) من إجمالي الإنفاق الصحيّ.



ثانياً- نحو رؤية تكاملية لإعادة بناء القطاع الصحيّ

يحتاج الأمن الصحيّ للسكان في سورية في ضوء مفرزات الحرب إلى التركيز على أولويات محددة، يجب ألا تنفي الحاجة إلى بناء جديد يصحح اختلالات ما قبل الحرب ويتعامل بعقلانية مع إضافاتها، وهذا لا يتحقق إلا بتوافر صفة الاستراتيجية والاستدامة، وهذه الصفة لا تتحقق إلا بوجود رؤية بعيدة المدى للقطاع ومسارات موجهة تحدد سياساته وتبعده عن العمل الآني المنطلق من ردود أفعال الحاجة.

لقد سببت الحرب خسائر فادحة في مقومات عمل القطاع الصحيّ، وبالتالي فإن طموحات التعافي المبكر ستكون مبالغاً، ولا يُرَجَّح أن القطاع سيشهد قفزات تنموية كبيرة في تحسين مؤشراتته، لأنّ الجهد سينصب على قضايا محددة لعل أهمها:

- توفير مقومات عودة اللاجئين والمهجرين والنازحين، وما يخص القطاع الصحي هنا ترميم وإعادة بناء منظومة البنى التحتية الصحية وكم العمل كبير والموارد المطلوبة ضخمة جداً وثقيلة على مقدرات القطاع العام، كما أنّ تعويض الفجوة عن طريق القطاع الخاص سيرهق كاهل الأسر السورية بنفقات إضافية.
 - ترميم فجوات الموارد البشرية للقطاع الصحي التي هاجر قسم كبير منها، وهذا يستدعي استجابات مناسبة من منظومة التعليم، في ظل قدرة الاستيعاب المحدودة للجامعات والمعاهد الطبية والصحية.
 - توفير الأدوية ومستلزمات عمل القطاع في ظل ظروف صعبة من الإجراءات القسرية المفروضة من الدول على مستلزمات عمل القطاع والمترافقة بضعف في الإمكانيات المالية للحكومة.
- يستدعي العمل الاستراتيجي إعادة بناء القطاع الصحي من منظور مختلف يراعي الضوابط والمبادئ الآتية:

1. الصحة حقّ مكفول لكل إنسان:

الحصول على الرعاية الصحية هو حق من حقوق الفرد وقد كفلها له دستور الجمهورية العربية السورية لعام 2012، وبالتالي هذا يحتاج إلى إعادة رسم الأدوار بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي، وأن تعمل الحكومة من هذا المنظور في بناء أهدافها وتوزيع إنفاقها.



2. العدالة:

كل فرد لديه إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والأصل والجنس والموقع الجغرافي، ومن المهم التركيز على الحالات الخاصة كالمتهربين صحياً ونفسياً من الحرب والمعاقين والفئات الضعيفة كالأطفال والنساء.

3. المساءلة:

من الضروري الاعتماد على مبدأ المساءلة والشفافية في صناعة القرارات الصحية للتمكن للفاعلين في المجال الصحيّ (الحكومة، القطاع الخاص، المنظمات غير الحكومية) من التحقق من جميع الموارد، الداخلية والخارجية، العامة والخاصة وبصورة شاملة وتقييم كفاءة استخدام الموارد. الجانب القانوني مهم للغاية بالنسبة للمريض والطبيب

4. تعزيز نهج صحة الأسرة:

تشكل خدمات رعاية صحة الأسرة الأساس لبناء نظام صحي متكامل ونموذجاً لتحسين وتكامل تقديم خدمات الرعاية الصحية. (صحة الأم والطفل – الصحة المدرسية – اللقاحات – تعزيز فرص حصول الزوجين على خدمات الصحة الإنجابية).

كما أنّ من الضروري اعتماد السلامة المهنية في توفير بيئة عمل ملائمة لمقدمي خدمات الرعاية وضمان حقوقهم المادية والمعنوية وأمنهم. ومن المهم الإشارة هنا إلى أنه لا يوجد قانون صحيّ والتشريعات الصحيّة متبعثرة ومستمدة أحياناً من قوانين غير مباشرة.

5. السلوك المهنيّ وأخلاقيات المهنة:

يتطلب الأمن الصحيّ للمواطنين تقديم الخدمات وفقاً لأخلاقيات المهنة والقيم الفاضلة للمجتمع.

6. الشراكة:

إنّ المشاركة المتكافئة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة تعد ركناً أساسياً في رفع مستوى الصحة وضمان تناسق سياسات الفاعلين في القطاع الصحيّ.



خاتمة

يواجه القطاع الصحي تحدياتٍ جساماً لتوفير متطلبات الأمن الصحي للسكان، وهذه التحديات مسؤولية تشاركية لجميع الفاعلين، فحجم الضرر الذي سببته الحرب، وتلافي تأثيرات قصور السياسات الصحيّة قبل الحرب يتطلب تكاملية في التخطيط والتنفيذ.

يعتري القطاع الصحي قلق متزايد حيال صدقيّة وصحة البيانات الصحية، وحيال انعدام المساواة بشكل شامل، وحول الشفافية، واستغلال الكفاءات بالتنسيق بين مزودي الخدمات الصحية في سورية، إذ منذ عام 2000 شهد قطاع المستشفيات الخاصة نمواً كبيراً، ولكن مع حالة غير واضحة للمشاركة بالمسؤولية بين القطاعين الخاص والعام. وأيضاً هنالك مخاوف وقلق تجاه حالة ضمان الجودة والمعايير.

ويواجه القطاع تحدياً يتعلق بتوفير البيانات المتعلقة بالجودة التي تقدمها سائر المستشفيات والمرافق الصحية، وذلك في ما يتعلق بضبط ومراقبة الأداء ضمن التكلفة المناسبة في الوقت الذي أصبحت فيه المؤسسات الصحية تعتمد على التقانة أكثر وبشكل مطّرد.



المراجع

1. الإحصائيات الصحية في العالم، منشورة في تقرير المدير الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط، منظمة الصحة العالمية، 2006.
2. بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2011.
3. بيانات المجموعات الإحصائية 2001-2018.
4. بيانات المؤسسة العامة لمياه الشرب والصرف الصحي
5. بيانات الوفيات في المجموعات الإحصائية كوسطي فترة 2000-2010.
6. بيانات وزارة الصحة لعام 2010 و2015.
7. تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية.
8. التقرير الوطني الأول للتنمية المستدامة، هيئة التخطيط والتعاون الدولي، 2018.
9. حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم 2009، منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة-الفاو.
10. دراسات صحية، موقع وزارة الصحة،
<http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=565&language=ar-Y>
11. مستودع بيانات مرصد الصحة العالمي،
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
12. المسح الصحي المتعدد الأغراض، المكتب المركزي للإحصاء، بالتعاون مع جامعة الدول العربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2010.
13. مسح حالة السكان لعام 2014، المكتب المركزي للإحصاء.
14. المسوح الصحية الأسرية لعامي 2001 و2010.
15. موازنات جهات الإدارة المحلية للأعوام من 2005-2010، وزارة الإدارة المحلية.
16. نتائج المسح الصحي الأسري لعامي 2001 و2010، التقرير الوطني الأول للتنمية المستدامة لمؤشرات 2015، وتقديرات منهجية لمعدلات الوفيات لعام 2017.
17. نتائج مسح الأمن الغذائي الأسري، برنامج الأغذية العالمي، 2015.
18. نظرة على الصحة في عام 2015، مؤشرات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. باريس: منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2015.



19. Human Development Report 1994, **New Dimensions of Human Security**,
UNDP.

20. "Physicians for Human Rights. Syria's neighbors must let doctors practice",

Physicians for Human Rights (PHR), 2 February 2016.

<https://phr.org/news/syrias-neighbors-must-let-doctors-practice/>



مداد

مركز دمشق للأبحاث والدراسات

Damascus Center For Research and Studies

سورية - دمشق - مزة فيلات غربية - خلف بناء الاتصالات - شارع تشيلي - بناء الحلاق 85

Damascus - syria

Tel: +963 116 114 776

Fax: +963 116 114 731

www.dcrs.sy

info@dcrs.sy