

مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية®

يونيو 2022، المجلد 24، العدد 6: E457-462

الحالة والتعليق: تم مراجعة هذا المقال من قبل النظراء

كيف ينبغي لمنظمات الإغاثة أن تمويل رعاية المرضى- اللاجئين المصابين بالسرطان؟

Farrah J. Mateen, MD, PhD and Paul B. Spiegel, MD, MPH

الملخص

تنشأ العديد من المعضلات السريرية والأخلاقية عند رعاية اللاجئين الذين يعانون من حالات معقدة، مكلفة ومزمنة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل حيث غالبًا ما يطلبون اللجوء أولاً. يستجيب هذا التعليق لحالة تتعلق بمرضى طالب لجوء مصاب بورم خبيث في المخ ويأخذ في الاعتبار الأسئلة التالية: (1) هل ينبغي تخصيص تكاليف رعاية اللاجئين كمبلغ محدد لكل لاجئ أو تخصيصها لتمويل تدخلات محددة فقط؟ (2) هل ينبغي أن تكون التدخلات غير متاحة للاجئين من السكان المضيفين من ذوي الدخل المنخفض؟ (3) هل ينبغي أن تركز رعاية مرضى سرطان اللاجئين على العلاج وإعادة التأهيل والتسكين أم على مجال واحد أو اثنين فقط من هذه المجالات؟ يستجيب هذا التعليق لهذه الأسئلة من خلال النظر في كيفية التعامل مع المقايضات بين عدد المرضى المعالجين ونفقات كل مريض.

الحالة

م.ك. هو رجل من أصل سوري، يبلغ من العمر 63 عامًا، فر من بلدة درعا وطلب اللجوء في بيروت، لبنان، في سنة 2015. قام بالتسجيل في تلك السنة وحصل على وضع لاجئ رسمي لدى الحكومة اللبنانية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في لبنان. لم يتمكن م.ك. من العثور على عمل في بيروت، لكنه كان لا يزال بحوزته أموالاً التي جلبها معه من سوريا.

في أوائل سنة 2016، تعرض م.ك. لأول نوبة توتيرية رمعية، حيث سقط على الأرض، وتصلب جسده وبدأ بالارتجاج. لم يتم التعرف على أي عوامل مثيرة لهذه النوبة. قام م.ك. بتدخين السجائر سابقاً (عبوة يومياً لمدة 30 سنة)، لكن لم يكن لديه تاريخ مع الأورام الخبيثة السابقة. كما لم تظهر عليه أعراض فقدان الوزن أو الحمى أو التعرق الليلي. في البداية، لم يطلب المشورة الطبية بشأن نوبته. في الواقع، لم يزر أي عيادة منذ أن طلب اللجوء في لبنان. ولكن عندما تعرض م.ك. لنوبة ثانية بعد عدة أسابيع، قام أفراد أسرته بنقله إلى مستشفى في بيروت.

كانت نتائج فحص الدم لـ م.ك. طبيعية. ومع ذلك، أظهر التصوير المقطعي المحوسب (CT scan) لرأسه آفة واحدة تشغل مساحة 5 × 7 × 2 سم داخل الفص الأمامي الأيمن من دماغه، وتمتد إلى الجسم القطني. تحتوي الآفة الجسيمة على مكونات نزفية (دم) وتحيط بها ذمة (تورم). لمزيد من التحقيق وعلاج آفة م.ك. الجسيمة، أوصى الأطباء بإدخاله

إلى المستشفى من أجل العلاج العاجل بالستيرويد؛ التصوير المقطعي للصدر والبطن والحوض. والتصوير بالرنين المغناطيسي لدماعه. لقد دفعت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، من خلال شركائها، للمستشفى تكاليف التصوير المقطعي المحوسب لـ م.ك.، ولكنها لم تستطع تغطية تكاليف التصوير بالرنين المغناطيسي لدماعه. عندما أدرك م.ك. أنه في حاجة ماسة إلى التصوير بالرنين المغناطيسي، دفع بعضًا من أمواله الخاصة كما اقترض البعض الآخر من المال.

أشار التصوير بالرنين لـ م.ك. أن مرضه كان مقتصرًا على دماغه. أوصى فريق رعاية م.ك. بأخذ خزعة واستئصال الآفة الجماعية باستخدام العلاج الكيميائي المساعد. تكلف الجراحة وحدها ما يعادل حوالي 6500 دولار أمريكي. عندما أدرك فريق الرعاية أن م.ك. (ومعظم المرضى) غير قادرين على دفع أو حتى اقتراض مثل هذا المبلغ، ساعده فريق رعايته في طلب الأموال من لجنة الرعاية الاستثنائية (ECC) التابعة للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في لبنان.

لجنة الرعاية الاستثنائية هي مجموعة من الأطباء وأشخاص آخرون دعته المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين للفصل في مبالغ مدفوعات للحالات الطبية التي تتجاوز مبلغًا محددًا مسبقًا ولا يستطيع اللاجئ دفعها. وافق مراجعو لجنة الرعاية الاستثنائية على دفع 90% من تكلفة جراحة م.ك.، والتي حدثت بعد شهرين من نوبته الأولى. في لبنان، لا تدفع لجنة الرعاية الاستثنائية التابع للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تكاليف العلاج الكيميائي، حيث يعتبر هذا الأخير باهظ التكلفة. لم ير م.ك. أي خيار آخر سوى التخلي عن العلاج الكيميائي، نظرًا لأنه مدين بالفعل لأسرته وأصدقائه ولا يكاد يستطيع تمويل 10% من تكلفة الجراحة.

لقد تم استئصال ورم م.ك. جزئيًا أثناء الجراحة. ثم تعافى وخرج من المستشفى. بعد تسعة أشهر، تعرض م.ك. لنوبة عامة أخرى، وأعادته أفراد عائلته إلى المستشفى، حيث لوحظ في التصوير أن الورم قد امتد. يذهب الدكتور تي. لرؤية م.ك.، الذي بدا عليه الحزن وهو يبكي ويشرح ما مر به في السابق وكيف أنه يائس من مرضه وأعراضه وفقره. قام الدكتور تي. بتقييمه وتوقع أنه بدون العلاج الكيميائي المساعد، من المحتمل أن يموت م.ك. في غضون العام. يتساءل الدكتور تي. وأعضاء فريق رعاية م.ك. كيف عليهم أن يتصرفوا.

التعليق

يوضح وضع م.ك. كلاجئ في دولة ذات دخل متوسط (بناءً على تصنيف البنك الدولي¹) العديد من المعضلات في رعاية المرضى اللاجئين الذين يعانون من اضطرابات معقدة ومزمنة ومكلفة ومهددة للحياة. كان هناك ما يقدر بنحو 26.4 مليون لاجئ و 4.1 مليون طالب لجوء في جميع أنحاء العالم بحلول نهاية عام 2020، وفقًا للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.² يتواجد معظم اللاجئين وطالبي اللجوء والنازحين داخليًا في البلدان التي يصنفها البنك الدولي على أنها منخفضة أو متوسطة الدخل.³ لقد توسع الإطار التقليدي للرعاية الصحية للاجئين مؤخرًا من الأمراض المعدية بين اللاجئين المقيمين في المخيمات في البلدان المنخفضة الدخل ليشمل الأمراض غير المعدية في كل من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مثل سوريا والأردن، على التوالي، مع تلقي الأردن لنسبة عالية من اللاجئين الأكبر سنًا، بما في ذلك الأشخاص المصابون بالعديد من عوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة.^{4,5,6}

والسرطان، كما في الحالة المذكورة أعلاه، يمكن أن يكون مكلفًا للتشخيص والإدارة كما لديه مجموعة من الخيارات العلاجية. بعض العلاجات غير مكلفة ويسهل تقديمها، ولكن العلاجات الجديدة تميل إلى أن تكون باهظة الثمن وأقل توفرًا وأقل جدوى، على الرغم من وجود العديد من المزايا (على سبيل المثال، انخفاض سمية الأدوية، وتحسين القدرة على التحمل، وإطالة العمر).^{7,8} المقاربات الشخصية القائمة على العلاجات الدوائية المستهدفة، على سبيل المثال، غالبًا ما تكون ممكنة في أماكن الدخل المرتفع⁷ ولكن من الصعب للغاية تقديمها في أماكن رعاية اللاجئين بسبب التكاليف المرتفعة والحاجة إلى مجموعة كاملة من الاختبارات المتطورة والخبراء. كما هو الحال في أماكن الرعاية ذات الدخل المرتفع، فإن أنواع الأورام (على سبيل المثال، الطفرات الجينية) تساعد في اتخاذ قرارات العلاج التي يمكن أن تشمل مجموعة من التدخلات الجديدة أو التجريبية غير المتوفرة في الأماكن منخفضة الدخل. نظرًا لأن توقيت التدخل مهم لنتائج المرضى، يجب أن تكون العوامل التي

توجه رعاية اللاجئين المصابين بالسرطان صريحة وشفافة. نقترح استخدام منظور العدالة والإنصاف للنظر في 3 أسئلة أساسية حول مثل هذه الحالات: (1) هل ينبغي تخصيص تكاليف رعاية اللاجئين كمبلغ محدد لكل لاجئ أو تخصيصها لتمويل تدخلات محددة فقط؟ (2) هل ينبغي أن تكون التدخلات غير متاحة للاجئين من السكان المضيفين من ذوي الدخل المنخفض؟ (3) هل ينبغي أن تركز رعاية مرضى السرطان اللاجئين على العلاج وإعادة التأهيل والتسكين أم على مجال واحد أو اثنين فقط من هذه المجالات؟

ثلاثة مناهج لتغطية تكاليف الرعاية

يتم تحديد تكاليف رعاية اللاجئين وغيرهم من الأشخاص المهجرين قسراً إلى حد كبير حسب السياق. لمن يتم دفع ثمن العلاج، وبأي مبلغ، ومن الذي يختلف حسب موقع اللجوء.^{10,9} تتعامل بعض الحكومات والمنظمات التي تعمل مع اللاجئين مع رعاية طالبي اللجوء من خلال تحديد الحد الأقصى لمبلغ التغطية لكل مريض. إن تغطية تكاليف رعاية مرضى السرطان اللاجئين حتى مستوى معين (على سبيل المثال، المبلغ بالدولار أو الحالة الصحية) تترك بعض المرضى يعالجون جزئياً أو كلياً والبعض الآخر دون علاج. إذا كان الهدف هو علاج أكبر عدد ممكن من الأشخاص بأقل تكلفة ممكنة، فإن الأدوية ذات الآثار الجانبية الخطيرة (مثل السمية والمرض الثانوي) قد تكون منطقية من الناحية المالية ولكنها تشكل خطراً على المرضى الفرديين. قد تكون الطريقة الثانية هي الدفع الجزئي أو الكلي مقابل العلاجات التي تهدف إلى علاج مرضى السرطان. ومع ذلك، فإن إعطاء الأولوية للعلاج (على سبيل المثال، الوصول إلى مسار كامل للتدخل) لأعداد أقل من المرضى يترك المرضى الآخرين مع احتياجات إعادة التأهيل أو التسكين مع دعم مالي أقل، إن وجد. يجب تغطية التكاليف التي لا يغطيها السكان المضيفون أو الحكومة المضيفة من قبل المرضى أو الأسر أو المجتمعات التي تعاني من نقص الموارد.¹¹ وهناك نهج ثالث، من وجهة نظر العدالة، تُعطى الأولوية لتحسين الحالة الصحية لمن هم في أمس الحاجة إليها: فبدلاً من تحديد حد أقصى لكل لاجئ أو تمويل التدخلات العلاجية بالكامل، فإن الهدف هو تقديم الحد الأدنى من الدعم المالي لرعاية جميع المرضى من طالبي اللجوء المحتاجين، حيث يختلف تعريف الحد الأدنى المقبول وفقاً لاحتياجات المريض وقدرات السكان المضيفين أو الهيئة الإدارية. فيما يلي، سننظر في مزايا وعيوب تنفيذ النهج الثالث.

الموازنة بين رعاية اللاجئين وأفراد سكان البلد المضيف

كما تتطلب منا المخاوف بشأن الإنصاف¹² النظر في إمكانية الوصول إلى نفس التدخلات المنقذة للحياة لسكان البلد المضيف (أي المواطنين الذين يعيشون في البلد الذي يقيم فيه اللاجئون). يمكن أن يكون سكان البلدان المضيفة فقراء وناقصي الموارد مثل بعض مجموعات اللاجئين. في بعض الظروف، قد يحصل اللاجئون على فرص أكثر للتمويل من خلال الوكالات الدولية والجهات المانحة، مما يؤدي إلى حصولهم على الرعاية الطبية بشكل أفضل من الشرائح الفقيرة من سكان البلد المضيف. تخلق هذه اللامساواة معضلات أخلاقية للأطباء وواضعي السياسات لأن عدد المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية طبية متقدمة وحديثة - في كل من السكان المضيفين واللاجئين - يمكن أن يتجاوز الموارد والأموال المتاحة. علاوة على ذلك، قد يؤدي المستوى التفاضلي للرعاية الطبية لصالح اللاجئين على سكان البلد المضيف إلى الاستياء والغضب من طرف هذا الأخير. ونظراً لأن رعاية مرضى السرطان قد تكون مكلفة، فإن معاملة الناس بشكل مختلف، بناءً على حالتهم أو بلدانهم الأصليين، يمكن أن يكون لها آثار كبيرة على من يمكنه الحصول على الرعاية الصحية.

أهداف العلاج والوقاية والتأهيل والتسكين

العناية بالأمراض المزمنة. غالباً ما تكون خدمات الرعاية الصحية للاجئين تفاعلية، حيث يتم إنفاق المزيد من الأموال على العلاج بدلاً من الوقاية أو التسكين.^{13,10,9} على سبيل المثال، الوصول إلى برامج الإقلاع عن التدخين، وبرامج التغذية والتمارين الرياضية، والفحص، بالإضافة إلى الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية، والتي تعتبر حجر الزاوية للوقاية من السرطان في النظم الصحية التي تعمل بشكل جيد. في حالة م.ك، لم يتم تحسين الوصول إلى هذه الخدمات. يمكن تقديم حجج مماثلة لتوسيع وصول اللاجئين إلى إدارة ضغط الدم، وفحص مرض السكري، وتصوير الثدي بالأشعة السينية للوقاية من الاضطرابات أو لتشخيصها مبكراً. وبالنظر إلى شيخوخة اللاجئين، ولا سيما في الشرق الأوسط، والطابع المطول للصرعات في تلك المنطقة، سنتل اضطرابات كبار السن تضغط على النظم الصحية. وسواءً ما إذا كان التمويل للتركيز على الأمراض

المزمنة ورعاية المسنين متاحًا بسهولة مثل تمويل رعاية الأطفال والأمراض المعدية، والتي غالبًا ما تكون ذات أولوية، إلا أنه يبدو غير مؤكد.

تعتبر أدوار المنظمات غير الحكومية حيوية في الوقاية من الأمراض المزمنة وغير المعدية، حيث تتمتع المنظمات غير الحكومية بالمرونة والشبكات الدولية والخبرة في مجال الرعاية الإنسانية. إن إيصال الرسائل التي تركز على الصحة، والتعليم حول الفحص، ونهج العافية ضروري للاجئين وكذلك لسكان البلد المضيف.¹⁴ وعلاوة على ذلك، هناك حاجة لبرامج الوقاية من السرطان وإعادة التأهيل في العديد من المواقع. كما ستكون برامج دعم المرضى والأسرة للاجئين وأفراد البلد المضيف المصابين بالسرطان ذات قيمة.

الرعاية التَّسْكِينِيَّة. الرعاية التَّسْكِينِيَّة - والتي تشمل إدارة الألم والمعاناة - لم تكن تقليديًا جزءًا من خطط تمويل مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية للرعاية الصحية للاجئين، كما لا توجد غالبًا في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تستضيف غالبية اللاجئين. ومع ذلك، فإن أجندة الرعاية الصحية التقليدية للاجئين ديناميكية وتتطلب إعادة تقييم مستمرة بمرور الوقت. يمكن أن تكون الرعاية التَّسْكِينِيَّة فعالة وأن تُحسِّن نوعية الحياة للأشخاص المصابين بالسرطان بالقرب من نهاية العمر¹⁵، بالإضافة إلى كونها منخفضة التكلفة، يجب أن توفر أيضًا جوانب رعاية تعزز كرامة الأشخاص المصابين بالسرطان. على سبيل المثال، تعتبر إدارة الألم، وراحة المريض، ودعم اتخاذ القرار، ومعالجة الصدمات المعقدة، وتحديد أهداف الرعاية جزءًا لا يتجزأ من هذا النهج.¹⁶ مع ذلك، يكاد يكون التدريب على الرعاية التَّسْكِينِيَّة في أوضاع اللاجئين غائبًا في البيئات ذات الدخل المنخفض ولكن يمكن دمجها مع أنواع أخرى من التدريب في كل من السكان المضيفين واللاجئين.

الخاتمة

ستظل رعاية اللاجئين المرضى بالسرطان تمثل تحديًا، حيث تؤدي وتيرة العلم إلى العديد من الخيارات لرعاية أولئك الذين يملكون الموارد. وبالتالي، فإن اللاجئين والسكان المضيفين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ذات الموارد المحدودة لديهم خيارات رعاية متخصصة أقل. وعلى الرغم من أننا لا نجيب على كل الأسئلة التي طرحناها حول تغطية تكاليف الرعاية للاجئين والسكان المضيفين، فإننا نشدد على قرارات تخصيص الموارد الرئيسية. ومن خلال القيام بذلك، نحن نعرض خطورة الخيارات التي يواجهها اللاجئون وعائلاتهم والأطباء والحكومات المضيفة والمنظمات غير الحكومية والوكالات الدولية أثناء محاولتهم لتلبية احتياجات المرضى مثل م.ك..

References

1. Data: Lebanon. World Bank. Accessed January 24, 2022. <https://data.worldbank.org/country/LB>
2. Refugee statistics. UNHCR: UN Refugee Agency. Accessed January 10, 2022. <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/statistics/>
3. United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Report 2020*. UNHCR: UN Refugee Agency; 2020. Accessed January 24, 2022. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2020/pdf/GR2020_English_Full_lowres.pdf#_ga=2.90564701.632061172.1643041050-45902853.1641841085
4. Mateen FJ, Carone M, Al-Saedy H, et al. Medical conditions among Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *Bull World Health Organ*. 2012;90(6):444-451.
5. Doocy S, Sirois A, Tileva M, Storey JD, Burnham G. Chronic disease and disability among Iraqi populations displaced in Jordan and Syria. *Int J Health Plann Manage*. 2013;28(1):e1-e12.
6. Mateen FJ, Carone M, Al-Saedy H, et al. Cancer diagnoses in Iraqi refugees. *Acta Oncol*. 2012;51(7):950-951.
7. McFaline-Figueroa JR, Lee EQ. Brain tumors. *Am J Med*. 2018;131(8):874-882.

8. Delgado-López PD, Corrales-García EM. Survival in glioblastoma: a review on the impact of treatment modalities. *Clin Transl Oncol*. 2016;18(11):1062-1071.
9. Spiegel P, Khalifa A, Mateen FJ. Cancer in refugees in Jordan and Syria between 2009 and 2012: challenges and the way forward in humanitarian emergencies. *Lancet Oncol*. 2014;15(7):e290-e297.
10. Spiegel PB, Cheaib JG, Aziz SA, et al. Cancer in Syrian refugees in Jordan and Lebanon between 2015 and 2017. *Lancet Oncol*. 2020;21(5):e280-e291.
11. Al Qadire MI, Alomari K. Syrian refugees in Jordan: barriers to receiving optimal cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(6):707-710.
12. Leaning J, Spiegel P, Crisp J. Public health equity in refugee situations. *Confl Health*. 2011;5(1):6.
13. Abdul-Khalek RA, Guo P, Sharp F, et al; R4HC-MENA collaboration. The economic burden of cancer care for Syrian refugees: a population-based modelling study. *Lancet Oncol*. 2020;21(5):637-644.
14. Mehra R, Mohanty VR, Y B A, Mehra K, Kapoor S. Afghan frontier: understanding tobacco practices among migrant population in India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(7):1931-1937.
15. Guo P, Chukwusa E, Asad M, et al. Changing mortality and place of death in response to refugee influx: a population-based cross-sectional study in Jordan, 2005-2016. *J Palliat Med*. 2021;24(11):1616-1625.
16. Guo P, Alajarmeh S, Alarja G, et al. Compounded trauma: a qualitative study of the challenges for refugees living with advanced cancer. *Palliat Med*. 2021;35(5):916-926.

Farrah J. Mateen, MD, PhD is an associate professor at Harvard Medical School in Boston, where she is affiliated with Massachusetts General Hospital. A neurologist with a PhD in international health epidemiology, she focuses on vulnerable populations, including forcibly displaced persons, in her work.

Paul B. Spiegel, MD, MPH is the director of the Johns Hopkins Center for Humanitarian Health and a professor in the Department of International Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, Maryland.

ملحوظة المحرر

تم تطوير الحالة التي يكون فيها هذا التعليق استجابة من قبل هيئة التحرير.

الاستشهاد

مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية 2022؛ 24(6): E457-462.

معرف الكائن الرقمي

10.1001/أماجيثكس.2022.457.

الإفصاح عن تضارب المصالح

لم يكن لدى المؤلف (المؤلفين) أي تضارب في المصالح للإفصاح عنه.

أن الناس والأحداث في هذه الدراسة خياليون. أي تشابه مع أحداث حقيقية أو أسماء أشخاص، أحياء كانوا أو أمواتاً، هو مصادفة بحتة. وجهات النظر المعبر عنها في هذا المقال هي آراء المؤلف (المؤلفين) ولا تعكس بالضرورة آراء وسياسات الجمعية الطبية الأمريكية.