

راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية ١

الحق في الصحة

2023



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية ٦

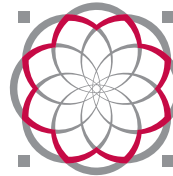
الحق في الصحة



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

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



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكومية العربية للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.

ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان



يُشَر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعَدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كل إصدار على حق معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتم تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كل من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلة لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحق في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحق في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدّ بهدف تقديم تحليل شامل ونقدي لوضع الحق في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدمة منصة للدعوة إلى أعمال هذا الحق للجميع.

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

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

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

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

فريق عمل التقرير

فريق الشبكة

زياد عبد الصمد، المدير التنفيذي لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية
ميسا بارود، باحثة ومسؤولة برامج رئيسية، ومنسقة تقرير الرصد العربي
د. مي حمود، باحثة ومسؤولة برامج رئيسية
اديب نعمه، خبير ومستشار
زهرة بزي، مستشارة البرامج
ديم ابو دياب، باحثة ومسؤولة برامج رئيسية
اولغا جبيلي، باحثة ومسؤولة برامج رئيسية
ماري جوزيه سعادة، باحثة ومسؤولة برامج
بيهتر موسكيني، باحثة ومسؤولة برامج رئيسية
عايدة يونس، مديرة قسم المالية وشؤون الموظفين

الباحثة الرئيسية

د. سوسن عبد الرحيم، أستاذة في الصحة العامة،
كلية العلوم الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت

الترجمة

غسان مكارم
The Language Platform

التدقيق اللغوي والتنقيح

ايمان شماس
The Language Platform

التواصل، الانتاج، والتصميم

ادهم الحسنية، مدير قسم التواصل
ديالا عبد الصمد، قسم التواصل
جوسلين جبرائيل، المنتجة
نتالي برجايو لحد، مصممة
غلاديس ضوميط، مصممة
نادين برجايو، مصممة

هذا التقرير هو عبارة عن تعاون بين شبكة المنظمات العربية غير وكنية العلوم الصحية في الجامعة الأمريكية (ANND) الحكومية للتنمية وهو تعاون يجمع المجتمع المدني الذي يدافع (FHS-AUB) في بيروت عن حقوق الإنسان في مجال السياسات العامة، خاصة على المستويين الاقتصادي والاجتماعي، والمجال الأكاديمي الذي يقدم المعرفة والتحليل العلمي. وهذا التعاون مفيد للطرفين: فمن ناحية، يتم دعم الجهود الأكاديمية لتجد طريقها نحو التنفيذ العملي، ومن ناحية أخرى، يعمل المجتمع المدني على تعميق تجاربه ومفاهيمه وأدواته، مما يزيد من تحسين جهود المناصرة.

هذا التقرير هو نتيجة لجهود استمرت لأكثر من عام من البحث وتبادل المعلومات والأفكار والمناقشة والصياغة والمراجعة، من قبل فريق من المتخصصين والمهنيين والخبراء من المنطقة العربية وخبراء بارزين في المجال الصحي. هذا الجهد المتفاني من الفريق أنتج 12 تقريراً وطنياً عن الحق في الصحة والتزام الدول بأعمال الحق في الصحة، وأربعة تقارير مواضيعية حول أبرز القضايا والخصائص في منطقتنا ذات الصلة بالحق في الصحة، مثلاً لعلولة النيو ليبيرالية وحقوق الإنسان (محمد سعيد السعدي)، والحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية (رنا جواد وولاء وعدم المساواة COVID-19 طلعت)، وحوكمة الصحة (هاني سراج)، وأزمة الصحة (فرح الشامي) بالإضافة إلى التقرير الإقليمي الذي يهدف إلى توحيد المفاهيم وتحليل الواقع الحالي في المنطقة ومقارنة الأوضاع في (الدول العربية بناء على تقارير الخبراء (سوسن عبد الرحيم

أشرفت الخبرة ميساء بارود على المحتوى، ونسقت عمل الخبراء والباحثين، ووزعت المهام، وأسندت الأدوار، وتابعت التقدم اليومي وإعداد التقرير. ساهم زملائنا أديب نعمة، زهرة بزي، مي حمود، ديم أبو دياب، أولغا جبيلي، وماري جوزيه سعادة من فريق البرامج في الشبكة في مراجعة المحتوى وتطويره وإبداء الملاحظات. وأخيراً، نود أن نعرب عن امتناننا لفريق التواصل الذي دعم إنتاج هذا العمل، ونخص بالشكر أدهم الحسنية، وديالا عبد الصمد، وجوسلين أبي جبرائيل وفريقها.

أصبح إعداد هذا التقرير ممكناً بفضل دعم
Brot für die Welt (Bread for the World) the Ford Foundation,
Norwegian People's Aid, and Diakonia.

ونود أن نشكر كل من ساهم في نجاح هذا التقرير.

V	شكر
IX	المقدمات
X	افتتاحية تقرير الراصد العربي 2023 الحق في الصحة زياد عبد الصمد
XVIII	المساءلة من أجل مجتمعٍ سليم روبيرتو بيسيو
01	تقرير إقليمي
02	• تعزيز الحق في الصحة في المنطقة العربية سوسن عبد الرحيم
41	تقارير مواضيعية
42	• حوكمة الصحة هاني سراج
63	• العولمة النيوليبرالية وحقوق الانسان: الحق في الصحة نموذجاً محمد سعيد السعدي
96	• الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية رنا جواد وولاء طلعت
138	• أزمة كوفيد - 19 وعدم المساواة الصحية: تأثير تضخيم متبادل في المنطقة العربية فرح الشامي
157	تقارير وطنية ومواد ذات صلة
158	• الحق في الصحة في مصر: اللامساواة وغياب الإنصاف في الصحة قبل وخلال كوفيد - 19 في مصر أحمد عزب
189	• الحق في الصحة في العراق: الهياكل الهشة والتحديات المتزايدة منتظر حسن
215	• مُيسِّرات ومُعيقات أعمال الحق في الصحة في الأردن حمزة الدريدي
242	• في البلد الأكثر حراً في العالم: من هم الأكثر تضرراً من تداعيات تغير المناخ؟ المناخ والهجرة والصحة في الكويت براك الأحمد
260	• التقرير الوطني الموريتاني حول النفاذ إلى الحق في الصحة محمد أحمد المحبوبي وسيدينا العتيق

- 294 • الحق في الصحة في المغرب: أبرز المشكلات والتحديات
سعد الزبيري
- 324 • الحق في الصحة في فلسطين
علي نشأت الشعار
- 362 • الحق في الصحة في السودان، الوضع الراهن والمحددات
مايسة مصطفى الفضل وسامية يوسف إدريس هباني ومنى فتح الرحمن
- 397 • هدر الحق في الصحة في خلال النزاع السوري
المركز السوري لبحوث السياسات
- 427 • الحق في الصحة في تونس أمام تحديات التغطية الصحية الشاملة
إيناس العيادي وعائدة قايد السبسي
- 463 • إيقاف الحرب في اليمن ضرورة لإعمال الحق في الصحة:
أثر الحرب والنزاعات السياسية على مؤشرات ومحددات الصحة
داليا حزام وعبير شائف
- 501 • الحق في الصحة في سياق الأزمات: استعراض العوائق
والتحديات أمام تحقيق الحق في الصحة في لبنان
ميسا بارود

539 مقالات ذات صلة

- 540 النساء والحق في الصحة في المنطقة العربية
فاطمة الموسوي
- 549 إدراك الصحة النفسية في المنطقة العربية: التحديات والحواجز
التي تحول دون الوصول إلى الحق في الصحة النفسية
ليا زينون
- 559 الحقوق الصحية في العالم العربي من منظور شمول الإعاقة
شذى أبو سرور

المقدمات

افتتاحية

النسخة السادسة لتقرير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية: الحق في الصحة

بيروت، في 30 حزيران/يونيو 2023
زياد عبد الصمد

تمهيد

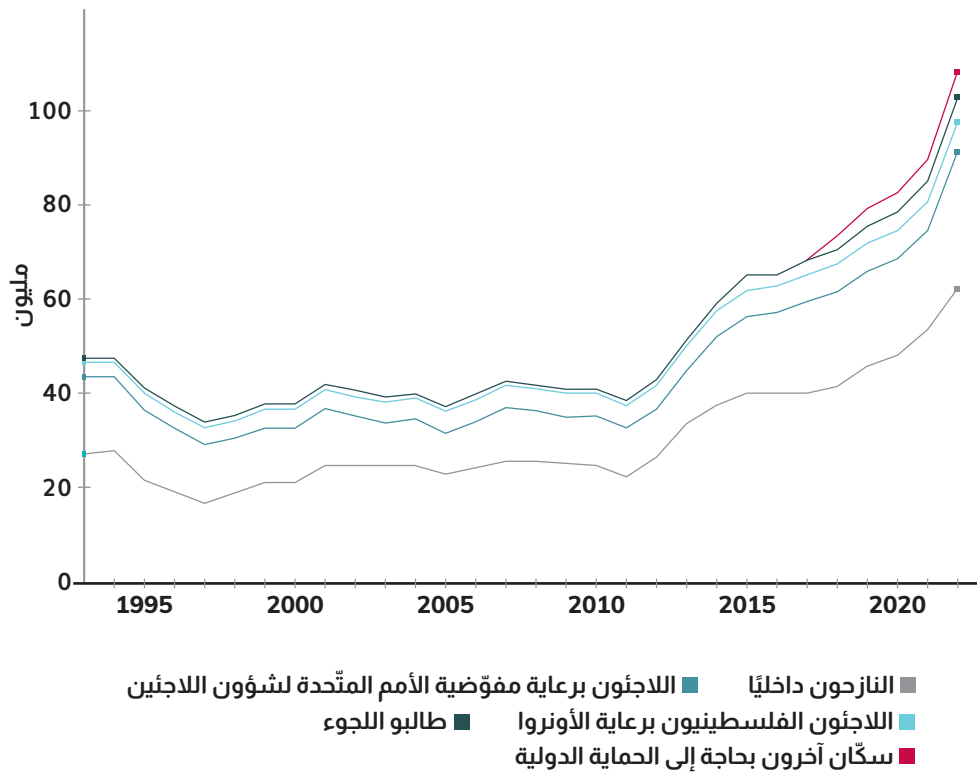
يشهد العالم تحولات خطيرة على مختلف المستويات تكاد أن تشكل مخاضاً لنظام عالمي جديد لم يُبصر النور، حتى أن ملامحه لم تتضح بعد. إلا أن الأزمة التي تعصف بالعالم حالياً تطال جميع الدول والمناطق والشعوب بلا استثناء. وهي تؤكد على استحالة استمرار النظام القائم المُولد للأزمات الدورية والمفاجئة الاقتصادية والمالية والمناخية، والتوترات الأمنية والعسكرية في معظم المناطق والقارات. بدورها، تتسبب هذه الأزمات بتفاوت هائل في توزيع المنافع والثروات وصولاً إلى معدلات غير مسبوقة من اللامساواة بين الدول العربية، حيث "يملك أغنى 10 رجال في العالم أكثر مما يملكه 3.1 مليار شخص مجتمعين" (أو كسفام/Oxfam 2022).¹ وتنتشر ظاهرة اللامساواة داخل كل دولة عربية حيث تشهد تركزاً للثروات وتفاوتاً في توزيعها. وقد ساهم ذلك في رفع حدة التوتر وانتشار النزاعات المسلحة في أكثر من منطقة في العالم، ما أدى إلى ارتفاع قياسي في معدلات الإنفاق على التسليح، إذ بلغ 2.24 تريليون دولار، أو 2.2 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي العالمي (سيبري/SIPRI 2022)؟ ناهيك عن أعداد اللاجئين والنازحين قسراً التي تتجاوز الـ 110 مليون شخص بعد أن كانت تناهز 80 مليون في عام 2021 كما يتبين من الشكل أدناه (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/ UNHCR 2022).³

¹Oxfam. 2022. "Pandemic creates new billionaire every 30 hours — now a million people could fall into extreme poverty at same rate in 2022." [Link](#).

²SIPRI. 2022. "SIPRI Update April 2022: New Military Expenditure Data, Stockholm Forum Registration, Impact of War in Ukraine on Food Security, and More." [Link](#).

³UNHCR. 2022. "Global Trends Report." [Link](#)

شكل 1. السكّان الفارّون قسراً - 1993-2022



المصدر: UNHCR 2022

الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، الحق في الصحة

تصدّر الحق في الصحة الحقوق الأساسية الأخرى في السنوات القليلة الماضية بعد أن تحولت جائحة كوفيد-19 إلى ظاهرة خطيرة لها تداعيات على الاقتصاد والاجتماع، بما فيها التداعيات على الحق في العمل والتعليم، كما أضاعت على الاختلالات الجوهرية في الأنظمة الصحية والتربوية والحماية الاجتماعية، وأيضاً في قدرة الحكومات على الاستجابة الملائمة وتحقيق العدالة بين المواطنين في الوصول إلى الخدمات الأساسية. من هنا، جاء اهتمام الشبكة في الحق في الصحة، فاعتمدته عنواناً للنسخة السادسة من تقرير الراصد العربي الذي يسعى إلى بلورة المقاربات النقدية للسياسات الصحية، لا بل الأنظمة الصحية، في بُعْدَيْهَا المؤسسي والهيكلي من جهة، والسياساتي من جهة ثانية.

المنطقة العربية في قلب الأزمات

تعاني دول المنطقة من أزمات كثيرة ومتشعبة بفعل تضافر عوامل متعددة: تطبيق السياسات النيوليبرالية والخيارات الاقتصادية والاجتماعية الخاطئة لعقود؛ والاستسلام شبه المطلق لتوصيات المؤسسات المالية والتجارية الدولية سعياً وراء بعض الديون والتمويل لسد العجز في الموازنات والمالية العامة والميزان التجاري، وبالتالي تخلي الدولة بالكامل عن مسؤولياتها الاجتماعية ودورها الاقتصادي واستبداله بالخصخصة، لا سيما الخدمات الصحية، حيث تحولت الصحة إلى مجرد سلعة بدلاً من اعتبارها حقاً من حقوق الإنسان وأحد مكونات العقد الاجتماعي الأساسية؛ أضف إلى ذلك أن الحكومات أو دوائر السلطة الصغرى المقررة اعتمدت هذه السياسات والبرامج في ظل غياب المشاركة والمساءلة والمحاسبة، على المستويات السياسية والقضائية والشعبية. وتشير الأرقام التي تتداولها المنظمات الدولية، بما فيها منظمات الأمم المتحدة، إلى معدلات غير مسبوقة للفقر والبطالة، والتفاوت الملحوظ بين المواطنين بين الدول العربية وداخل كل دولة لناحية توزيع الثروات وفي القدرة على الوصول إلى الحقوق الأساسية. في هذا الإطار، أشار تقرير الإسكوا في 2022 إلى أن 10% فقط من السكان يستحوذون على 58% من الثروات في المنطقة العربية. في المقابل، يتشارك الـ 50% الأقل قدرة في المجتمع نحو 8% فقط من الدخل (الإسكوا/ESCWA 2022).⁴

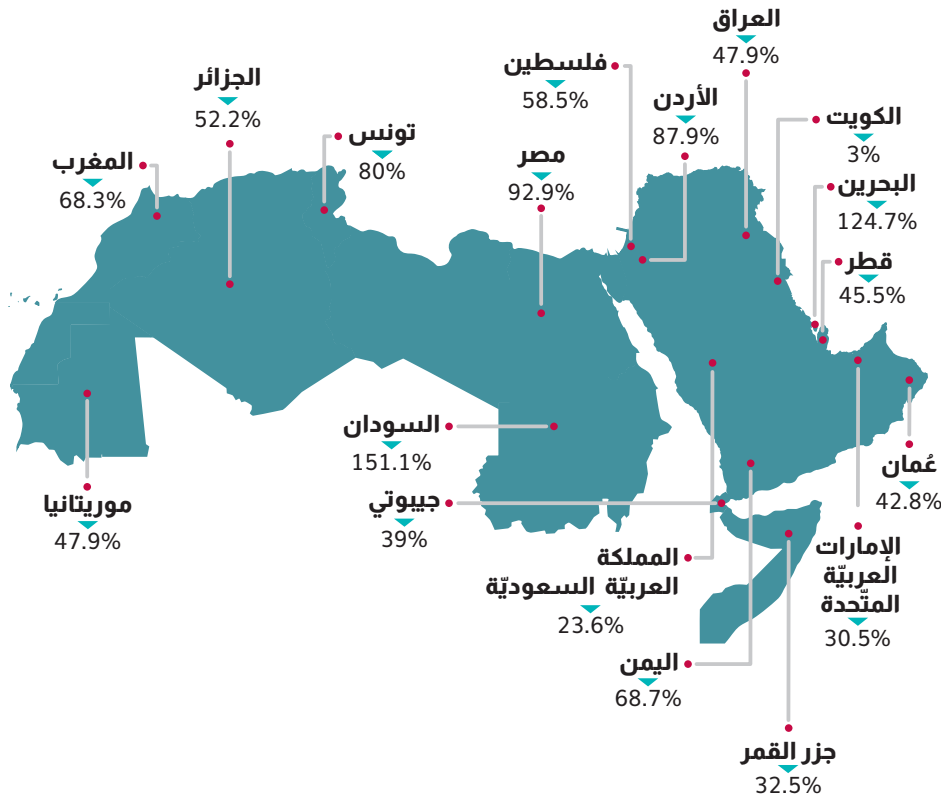
أدى هذا الواقع الصعب الذي تعيشه المنطقة وشعوبها إلى اندلاع حركات شعبية احتجاجية ما زالت مستمرة منذ نهاية عام 2010 وقد طالت معظم البلدان العربية. أدت ردود فعل السلطات وقوى الثورة المضادة والتدخلات الخارجية حيال تطورات

⁴ ESCWA. 2022. "Inequality in the Arab Region: A Ticking Time Bomb." [Link](#)

"الربيع العربي" إلى المزيد من الاضطرابات والنزاعات المسلحة نتيجة تمسك الجهات الحاكمة بمواقفها في السلطة وعدم تنازلها عن كل أو بعض امتيازاتها، لا بل تلكؤها في تطبيق برامج إصلاحية ضرورية تأخذ بالاعتبار مصالح شعوبها وتتدارك الانهيارات. وفقاً لأبحاث البنك الدولي، بلغ حجم الإنفاق العسكري في المنطقة العربية حدود الـ 2.03 ترليون دولار في الفترة الممتدة بين عامي 1999 و2018، أي خلال عقدين من الزمن. ويوازي هذا الرقم الهائل 5.6% من الناتج المحلي الإجمالي في الدول العربية خلال الفترة نفسها. وفي عام 2022، ارتفع حجم الإنفاق العسكري في دول منطقة الشرق الأوسط وحدها ليبلغ حدود الـ 184 مليار دولار، ما شكّل زيادةً بنسبة 3.2% مقارنةً بالعام السابق. كذلك، وفي ظلّ الاضطرابات الأمنية والاقتصادية والسياسية والمناخية، اضطرّ أكثر من 110 مليون شخص إلى مغادرة أماكن سكنهم ليتحولوا إلى نازحين أو لاجئين وطالبي لجوء، منهم حوالي 30 مليون في المنطقة العربية (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/2022 UNHCR).

يشير الشكل أدناه إلى حجم الديون التي تتحملها الدول العربية وتشكّل عبئاً اقتصادياً له تداعيات خطيرة وبعبءة المدى على الأوضاع الاجتماعية، بحيث أن عبء الدين العام الداخلي والخارجي بات يفوق الـ 50% من الناتج المحلي، وفي بعض الحالات يفوق الـ 100%.

شكل 2. ديون الدول العربية 2023



ملاحظة: الديون الداخلية والخارجية نسبة للناتج المحلي الإجمالي؛ لم تتوفر بيانات لبنان، وسوريا، وليبيا، والصومال.

| المصدر: صندوق النقد الدولي

وتشهد المنطقة حالياً أنواعاً من الانقلابات المضادة لمواجهة المكتسبات المتواضعة التي تحققت خلال العقد الماضي في الطريق إلى الديمقراطية وبناء دولة القانون، بهدف الإبقاء على هيمنة القوات المسلحة أو الأنظمة الشمولية والأمنية والشعبوية في مواقع السلطة.

يؤكد هذا الواقع على مسألتين أساسيتين:

أولاً: من الضروري إجراء مراجعة نقدية جريئة وعميقة تطل كافة المستويات وتتناول مسؤولية الأطراف المعنية، أي الجهات الحكومية، كالدولة ومؤسساتها وأجهزتها الأمنية والعسكرية والإدارية، والجهات غير الحكومية الدولية والوطنية والمحلية، والمنظمات الدولية، بما فيها الأمم المتحدة والمؤسسات المالية والتنمية والتجارية، إذ تُلقى على عاتق كل طرف من هذه الأطراف نسبة من المسؤولية.

وهنا، لا بد من التأكيد على ضرورة إعادة الاعتبار لمعايير "المواطنة"، أي التوازن بين الحقوق والواجبات، بما في ذلك الحق في المشاركة السياسية الفاعلة، واحترام الحريات، واعتماد مبادئ الشفافية والمساءلة والمحاسبة والعدالة الاجتماعية والمساواة بين المواطنين.

ثانياً: الشراكة أساسية لتجاوز هذه الأزمات، وبالتالي انخراط كل الأطراف المعنية بالعملية التنموية والسياسية في نسقٍ من التعاون والتكامل، ما يضيء على دور منظمات المجتمع المدني الذي يتنامى في مجال المناصرة والدفاع عن حقوق الإنسان، على أساس أن حقوق الإنسان شاملة ومتراصة وغير قابلة للتجزئة. إلا أن هذا الدور المتنامي، ورغم أهميته، لا يجب أن يُنظر إليه كبديل عن دور الدولة ومسؤوليتها السياسية والاجتماعية تجاه المجتمع ككل، وكذلك سائر الشركاء التنمويين. ونقصد بالشراكة تلك الشراكة الحقيقية، لا تلك الإجراءات الشكلية وغير المتوازنة في العلاقة بين الأطراف، ولا إيديولوجية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، أو أي شراكة ذات طابع تجاري أو نفعي خارج منطق التنمية وحقوق الإنسان.

نظرة على الأوضاع الصحية في المنطقة العربية

أدت الجائحة إلى إظهار العديد من التحديات المستمرة منذ عقود، أبرزها العنف والنزاعات المسلحة وعدم المساواة؛ والبطالة؛ والفقر؛ وضعف شبكات الأمان الاجتماعي؛ وانتهاكات حقوق الإنسان؛ والمؤسسات والحوكمة التي لا تستجيب بشكل كافٍ؛ والنموذج الاقتصادي الذي فشل في تحقيق تطلعات الجميع (الإسكوا/ ESCWA 2022).⁵

ويعود تعثر الأنظمة الصحية في معظم الدول العربية إلى عوامل متعلقة بضعف الهيكلية، من ضمنها التركيز على الجانب العلاجي، في حين تغيب برامج الحماية الاجتماعية الشاملة والرعاية الصحية الأولية والتوعية الصحية وكل البرامج الوقائية التي تركز عليها مفاهيم منظمة الصحة العالمية ومبادئها. إضافة إلى ذلك، يغيب

⁵ ESCWA. 2022. "Inequality in the Arab Region: A Ticking Time Bomb." [Link](#)

الالتزام بمنطق الحقوق، والحق في الصحة على وجه التحديد ومتطلباته، لصالح مقاربات برامجية عمودية. وقد كشفت جائحة كوفيد-19 عن النتائج السلبية لهذه الاتجاهات وعدم فعالية الأنظمة الصحية القائمة وتمويلها وتجهيزها والعاملين فيها (سوسن عبد الرحيم).

تتعلق الشبكة العربية في مفهومها للصحة من أنها حق من حقوق الإنسان الأساسية كما عبر عنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948 وإعلان ألما-آتا لعام 1978 (المؤتمر العالمي حول الرعاية الصحية الأولية). كذلك، تبنى دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1947 مبدأ أن الصحة هي حق من حقوق الإنسان، وأن الحق يتضمن مقارنة شاملة لمفهوم الصحة ومبادئ أساسية حول الطابع الشامل لهذا الحق وعدم جواز تجزئته أو تقسيمه. وهو حق يتمتع به الإنسان بصرف النظر عن جنسه وعمره ودينه وعرقه ولونه وانتمائه. وتحمل الدولة مسؤولية أساسية في توفير هذا الحق لجميع المواطنين وضمان قدرتهم على الوصول إليه. انطلاقاً من هذا المفهوم، أكد إعلان ألما-آتا على المساواة بين المواطنين وعلى العدالة الاجتماعية، كما أكد على ضرورة وقف الحروب والنزاعات المسلحة وتوجيه الإنفاق الأساسي نحو بناء أنظمة صحية قوية ومتماسكة تستجيب لموجبات توفير الحق في الصحة كشرط من شروط توفير الأمن والتماسك الاجتماعي (سوسن عبد الرحيم).

أما النظام العالمي الذي قام خلال الحرب الباردة وبعدها، فقد اعتمد النيوليبرالية نموذجاً اقتصادياً، فهُمَّش مختلف الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، بما في ذلك الحق في الصحة، لا سيما بعد بروز دور مؤسسات بريتون وودز (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي) في إدارة السياسات الاقتصادية والمالية والتنمية على الصعيد العالمي. فبات التركيز على الاستقرار المالي والاقتصادي كأولوية. كما تم تطبيق ما عُرف بـ "برامج الإصلاح الهيكلي" التي اعتمدت على التقشف في الإنفاق على حساب الإنفاق الاجتماعي، ما أدى إلى الانتقائية في تطبيق الحق في الصحة مع التركيز على بعض الجوانب البسيطة وإهمال جوانب أساسية أخرى خلافاً للمبادئ الدولية. وما زاد الوضع مأساوية هو بروز دور البنك الدولي كأحد الفاعلين الأساسيين في التمويل وفي تقديم "المشورة"، وهو يقوم عملياً بالترويج للخصخصة، بما في ذلك خصخصة الخدمات الصحية، ما عزز دور القطاع الخاص وأدى إلى تهميش دور منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الدولية (محمد سعيد السعدي).

ومن نافلة القول أن اعتماد سياسات النيوليبرالية على مدى العقود الماضية أدى إلى تهميش "العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" (1966)، وبالتالي تراجع الالتزام بالحقوق الأساسية، لا سيما الحق في العمل والحق في الغذاء والتعليم والسكن والصحة. وكما بات معروفاً، فإن هذه الحقوق مترابطة في ما بينها، وغياب أي حق من الحقوق يؤثر على الحقوق الأخرى. فكيف إذا كانت كل هذه الحقوق مغيبة؟

وبنتيجة هذه السياسات، أشارت منظمة العمل الدولية إلى أن نصف سكان المنطقة لا يتلقون أي تغطية للرعاية الصحية الأولية في حين يُقدَّر حجم الإنفاق الاجتماعي في المنطقة العربية بمعدل 4.6% مقابل معدل عالمي يبلغ 12.9% (رنا جواد وولاء طلعت)، مُضيفاً أن التغطية في الدول العربية تبال 39% من السكان في حين ترتفع هذه النسبة عالمياً إلى 66%.

الحق في الصحة في صلب الأجندة الدولية

لقد تطور مفهوم الحق في الصحة خلال العقود الأخيرة، فانتقل من المقاربة الكمية التي عكستها الأهداف الإنمائية للألفية، إلى المقاربة النوعية الأكثر شمولاً في أهداف التنمية المستدامة التي تضمنتها خطة عمل 2030. فالهدف الخاص بالصحة (الثالث) بات أكثر ارتباطاً بنوعية الحياة في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، بما فيها الحوكمة والمشاركة. ويأتي ذلك استكمالاً للجهود التي انطلقت في العام 2000 لتوسيع مفهوم الحق في الصحة والتي أدت إلى اعتماد المحددات الاجتماعية للصحة في العام 2003.

واللافت مثلاً ما تضمنه المقصد السابع عن الرعاية الصحية التي شملت الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة. أما المقصد الثامن فقد تحدث عن التغطية الصحية الشاملة، بما فيها الجوانب المالية والنوعية الجيدة والوصول إلى الدواء والعلاج واللقاح إلخ. بالتالي، لم يعد الحق في الصحة محصوراً بقياس معدلات وفيات الأطفال والعمر المتوقع عند الولادة.

ويتوسع مفهوم الحق في الصحة ليطال كيفية إدماجها في الحق بالتعليم والصحة النفسية وربطها أيضاً بأشكال من الحرمان من الحرية والمحاسبة والحق في اختيار الأنماط الصحية الملائمة، وإلى ما هنالك.

وهذا يؤكد على أهمية النظر إلى أهداف التنمية المستدامة بترابطها وتكاملها، كما جاء في الإعلان السياسي حول التنمية المستدامة، بحيث أن تحقيق الهدف الخاص بالصحة مرتبط بمدى النجاح في تحقيق أهداف التعليم والعمل اللائق والأمن الغذائي والبيئة والمساواة، لا سيما بين الجنسين.

وقد أضاعت الجائحة على الاختلالات المحيطة بالأنظمة الصحية لجهة سرعة الانتشار رغم التطور العلمي والتقني وتطور أنظمة الإنذار المبكر والوقاية، لا سيما المخاطر الناجمة عن غياب دور الدولة الرعائي والحامي للحقوق ودورها كجهة رئيسية في صنع السياسات العامة. كذلك، أضاعت على أهمية إنشاء أنظمة للحماية الاجتماعية تقوم على المقاربة الحقوقية والمساواة.

الشراكة من أجل الحق في الصحة

تُعَدُّ الشراكة إحدى الركائز الأساسية للتنمية، ويقوم مفهوم الشراكة على تكافؤ الفرص بين الشركاء التنمويين. أما الشراكة الفعلية فتقوم على المواطنة ومبادئ الحقوق والحرية، لا سيما الحق في التعبير والتجمع والحق في تكوين الجمعيات والمنظمات والحق في الوصول إلى المعلومات والحق في المشاركة. وترتكز القراءة النقدية للشركاء التنمويين وأدوارهم على المسؤولية المتبادلة إنما المتفاوتة، كما

على الشفافية والمساءلة والمحاسبة.

لذلك، ولكي تتحقق الشراكة المتكافئة، لا بد من توفير المناخ الملائم والمُساعد لمختلف الشركاء التنمويين، لا سيما المجتمع المدني الذي يعاني من تقلص الفضاء المدني نتيجة الممارسات القمعية للسلطات السياسية. ويأتي على رأس هذه الممارسات تضيق هامش الحريات العامة، وتحديدًا حرية التعبير والتجمع والتنظيم والوصول إلى الموارد المالية، وبخاصة الحق في الوصول إلى المعلومات. علاوةً على ذلك، لا بد من القيام بمراجعة نقدية لدور المجتمع المدني الذي يسعى إلى ملء الفراغ الناجم عن غياب الدولة أو ضعف مساهمتها في توفير الحقوق الأساسية للمواطنين. إلا أن الاتجاه نحو تحميل المجتمع المدني المسؤولية عن التقصير وعدم القدرة على الاستجابة للاحتياجات المجتمعية، نتيجة تشرذمه أو عدم فاعليته، هي مقارنة تكاد تكون مجتزأة لأنها لا ترى سوى الجانب الخدماتي في دور المجتمع المدني وتغيب عنها الجوانب الأخرى كالمناصرة والدفاع والمشاركة في رسم السياسات العامة وتنفيذها وتقييمها وتقييم أثرها وفعاليتها. إن غياب الدولة يعني غياب السياسات الصحية العامة بترابطها مع القطاعات الأخرى، كحماية البيئة والتعليم للجميع بنوعية جيدة والسكن والغذاء والعمل اللائق والحماية الاجتماعية وغيرها. كذلك، يؤدي غياب الدولة وغياب آليات المساءلة والمحاسبة إلى عدم الالتزام باحترام الحق، وبالتالي التهرب من تنفيذه.

زياد عبد الصمد هو المدير التنفيذي لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

مقدمة

المساءلة من أجل مجتمعٍ سليم

روبيرتو بيسيو

عرّف عالم الفيزياء والرياضيات والفيلسوف ابن سينا منذ ألف عام الصحة بأنّها حالة توازن، اعتبر أنّ المرض هو نتيجة اختلال هذا التوازن. وحدّد ابن سينا في موسوعته الطبية الضخمة "القانون في الطب" الأسس التي يستند إليها الطب الحديث اليوم وسبعة مبادئ للحفاظ على الصحة، وهي "الاعتدال في المزاج، واختيار المأكّل والمشرب، والتخلّص من البول والبراز، وحماية الجسد، ونقاء الهواء المُتنفّس، واللباس الملائم، وتوازن الحركتين الجسدية والنفسية، والنوم واليقظة."

وفي القرن الرابع عشر، استعرض ابن خلدون في مقدّمته أفكارًا سبّاقة بشأن الرابط بين الاكتظاظ السكاني، وتغيّر الأحوال الجوية والتدهور البيئي، والأمن الغذائي، والصحة العامّة، لا تزال تنطبق على عصرنا الحالي. واعتبر ابن خلدون أنّ السبب الأساسي للأمراض هو فساد جودة الهواء، نتيجة الاكتظاظ السكاني، والتعفن والرطوبة المضرة التي يمكن للهواء أن يحملها (في المدن ذات الكثافة السكانية العالية).

شكّلت هذه الآراء الأسس التي بُني عليها الطب الحديث، واستُخدِم قانون ابن سينا في كليات الطب الأوروبية لسنين طويلة وصولاً إلى القرن السابع عشر. وما زالت مبادئ الوقاية لتفادي الأمراض، وضرورة الحفاظ على التوازن بين الحياة الحضرية (الحضارة) والبيئة السليمة (نقاء الغذاء والمياه والهواء)، صائبة ومهمّة في يومنا هذا.

تتماشى هذه المسمّلات التي تقدّم بها كلّ من ابن سينا وابن خلدون مع الحق في الصحة (الذي أرسى كحقّ أساسي في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في العام 1948)، ومع العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)، وكذلك مع اعتراف الجمعية العامة للأمم المتحدة مؤخراً، في تموز/يوليو 2022، بأنّ البيئة النظيفة والسليمة والمستدامة هي حق من حقوق الإنسان. وفي

العام 2015، ألزمت خطة التنمية المستدامة لعام 2030 كافة الحكومات بتحقيق مجموعة من الأهداف، منها هدف التنمية المستدامة رقم 3، الذي ينص على "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار".

ولكن، بالرغم من هذه القوانين الدولية والالتزامات السياسية، ما زال واقع الصحة في العالم بعيداً عن تلك المعايير. ففي حين تشهد البلدان الست والأربعين الأقل نمواً بحسب الأمم المتحدة وفاة أكثر من أربعة أطفال من أصل مئة قبل عيد ميلادهم الأول، تصل هذه النسبة في الدول المتقدمة إلى خمسية من بين كل ألف طفل، أي ثماني مّرات أقل! فحتى شهر آذار/مارس 2023، لُقح أكثر من 80% من شعوب بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ضد جائحة كوفيد-19، بينما تبلغ هذه النسبة 58% في الشرق الأوسط، وبالكاد تصل إلى 37% في أفريقيا¹.

غير أنّ أداء الدول في مجال الصحة لا يرتبط حصراً بمستوى دخلها. ففي العام 2021، تخطى متوسط العمر المتوقع في شيلي وكوستاريكا وحتى في سريلانكا التي باتت المفلسة اليوم ذلك الذي سجّل في الولايات المتحدة². وقد حققت شيلي وكوستاريكا هذه النتائج عبر إنفاق كل منهما ما يقارب ألف دولار سنوياً على الفرد الواحد في مجال الصحة، في حين أنفقت سريلانكا 151 دولاراً أميركياً على الفرد الواحد في العام 2020. أمّا الولايات المتحدة فقد سجّلت نتائج متردّية في هذا الإطار بالرغم من إنفاقها 11,702 دولار أميركي على الصحة للفرد الواحد في العام 2020.

من يتذكّر مبادئ ابن سينا السبعة يدرك جيداً سبب هذا التناقض. فلا يمكن أن نتوقع تحقيق نتائج أفضل في مجال الصحة عبر إنفاق المزيد من المال على الأدوية والمستشفيات، في حين أنّنا نتنشق هواءً ملوّثاً ونشرب ماءً فاسداً ونأكل طعاماً قليل التغذية وسيء الجودة، وفي حين تفقد حياتنا اليومية التوازن بينها وبين الطبيعة. وما يزيد الطين بلة هو أنّنا استبدلنا الوقاية والرعاية الصحية الأولية في ميزانيات قطاع الصحة خلال العقود الماضية بالعلاجات المكلفة لأمراض كان في مقدورنا تجنبها عبر الغذاء الصحي وأسلوب الحياة السليم.

كشفت جائحة كوفيد-19 أوجه القصور في السياسات التي قوّضت خدمات الصحة العامة واستبدلتها بمرافق صحية خاصة تحت ذريعة زيادة الكفاءة. وبدلاً من دعم الخدمات العامة، كونها الوسيلة المُعترف بها لضمان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، زعم البنك الدولي أن النّظم الصحية الشاملة للجميع تدعم الأثرياء بشكل غير منصف. ونتيجة الشروط المفروضة من جانب البنك الدولي، باتت خدمات الصحة والتعليم تبغي تحقيق الربح، بدلاً من أن تكون سلعة عامة مشتركة تُقدّم لمن يستطيع تحمّل كلفتها ومن خلال الدعم "المركّز" للفقراء. ومن دون المستوى المناسب من المساءلة، تصبح خدمات الفقراء هذه خدمات متردّية الجودة.

خلال الجائحة، أثقلت النّظم الصحية الضعيفة أساساً بأعباء تفوق طاقتها الاستيعابية، وباتت الكلفة الحقيقية تقع بشكل أساسي على عاتق النساء، اللواتي يشكّلن الأغلبية الساحقة من مقدّمي الرعاية المدفوعة وغير المدفوعة الأجر حول العالم. وأظهرت دراسة حديثة صادرة عن لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أنّ "الاستثمار في الرعاية الصحية ليس ضرورة فحسب، بل إنه مُجدٍ اقتصادياً ومستدام". كذلك، يحقق هذا الاستثمار تأثيراً مضاعفاً على الاقتصاد، يتخطى بأشواط ذلك المتأتّي عن إنشاء البنى التحتية المادية، فيولّد

¹ منصة تتبع معدلات التلقيح التابعة لصحيفة "نيويورك تايمز" [الرباط](#).

² البنك الدولي، بنك البيانات، [الرباط](#).

بالتالي المزيد من العائدات الضريبية والوظائف، وخصوصًا للنساء.³

لكنّ الشركات لا تنظر إلى الاستثمار في الرعاية والوقاية الصحيّتين كنشاط تجاري مُربح، حتى عندما يكون مُجدّيًا من الناحية الاقتصادية، وبالتالي ينبغي تحقيق هذا النوع من الاستثمارات من خلال سياسات عامّة فعّالة. وقد كشفت الجائحة عن فشل الأسواق العالمية بشكلٍ فادح، إذ اتّسعت هوة عدم المساواة بين الدول، كما يتّضح من التوزيع غير العادل للقاحات، وضمن الدول نفسها، كما يتبيّن من سقوط غالبية السكان في براثن الفقر تزامنًا مع ارتفاع عدد أصحاب المليارات في كلّ مكان.

يساهم هذا التقرير الصادر ضمن منشورات "الراصد العربي" في النقاش العالمي المستمرّ بشأن السياسات المرتبطة بالصّحة والرعاية، ويكشف عن أوجه القصور المتعدّدة فيها على المستويين الوطني والإقليمي نتيجة التوتّرات المحلية والاتجاهات العالمية. ويشكّل هذا التقرير السادس للحقوق الاقتصادية والاجتماعية مصدرًا قيّمًا للمعلومات والتحليل من إعداد عاملين في قطاع الصّحة وأكاديميين ومنظّمات من المجتمع المدني.

غير أنّ القيمة الأساسية لهذا التقرير تتخطّى محتواه، وتكمن في عملية إعداده. فقد انبثق تقرير الراصد العربي عن سلسلة من الاستشارات وعمليات التشبيك وبناء التحالفات التي أجريت خلف الكواليس وساهمت في إعداده. وبالتالي، فإنّ النشر العلني للتقرير ليس نقطة النهاية، بل نقطة الانطلاق للاستفادة منه كأداة مناصرة. فمن خلال تعزيز دور المجتمع المدني في مساءلة من هم في مواقع السلطة والقرار، يساهم هذا التقرير في وضع سياسات أفضل في مجال الصّحة وفي تحويل الحوكمة نحو مسار أكثر ديمقراطية واستقامة.

روبرتو بيسيو هو منسق أمانة شبكة Social Watch

³ ل. سكورو، س. أليمان، ر. كويلو كريماديس (منشقون)، "تمويل نظم الرعاية الصحيّة والسياسات في أميركا اللاتينية والبحر الكاريبي: مساهمات من أجل تعافٍ مستدام مع ترسيخ المساواة بين الجنسين" (LC/TS.2022/134) (Financing care systems and policies in Latin America and the Caribbean: contributions for a sustainable recovery with gender equality), سانتياغو، لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (ECLAC) وهيئة الأمم المتحدة للمرأة (UN-Women)، 2022، [الرابط](#).

تقرير إقليمي

تعزيز الحق في الصحة في المنطقة العربية

التقرير الإقليمي

سوسن عبد الرحيم

أستاذة في الصحة العامة، كلية العلوم الصحية في الجامعة
الأمريكية في بيروت

سوسن عبد الرحيم أستاذة في الصحة العامة في كلية العلوم
الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت. حازت درجة الدكتوراه
من كلية الصحة العامة في جامعة ميشيغان - آن آربر. تتمحور
أبحاثها حول مبادئ حقوق الإنسان لتسليط الضوء على
التفاوتات الاجتماعية في مجال الصحة في جميع مراحل الحياة،
مع التركيز على الظروف التي تؤثر على رفاه اللاجئين والعقّال
المهاجرين في المنطقة العربية وخارجها.

مقدّمة

نصّت اتفاقيّات دوليّة عدّة على الحقّ في الصّحة، منها دستور منظمّة الصّحة العالميّة (WHO 1946)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعيّة والثقافيّة (ICESCR 1966)، وإعلان ألما-آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية (Declaration of Alma-Ata 1978؛ الملحق أ). وتمّ الاعتراف بهذا الحقّ أيضًا في أهداف التنمية المستدامة (SDGs). في المنطقة العربية، لا يزال يُنظر إلى الحقّ في الصّحة من منظور ضيق على أنّه الحقّ في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحيّة، وذلك مع تزايد اهتمام الحكومات ومنظمّة الصّحة العالميّة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC). غير أنّ مفهوم الحقّ في الصّحة أوسع بكثير ويتطلّب إدراج النّهج القائمة على حقوق الإنسان وربط الصّحة بجدول أعمال يرمي إلى القضاء على التفاوتات الاجتماعيّة وتحقيق العدالة. بالتالي، إنّ تحويل الخطاب في المنطقة العربية من التركيز على خدمات الرعاية الصحيّة إلى الاعتراف بالصّحة كأحد حقوق الإنسان الأساسيّة يشكّل تحدّيًا كبيرًا وهو ما سعى تقرير الراصد العربي السادس (AWR-2023) إلى معالجته. يتطرّق تقرير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعيّة للعام 2023 إلى موضوع الحقّ في الصّحة، وهو عبارة عن تعاون بين شبكة المنظمّات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND) وكلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأمريكيّة في بيروت (FHS-AUB).

إضافةً إلى هذه الورقة الإقليميّة، يشمل تقرير الراصد العربي 2023 حول الحقّ في الصّحة مجموعة من الأوراق الوطنيّة حول المغرب وتونس وموريتانيا ومصر والسودان واليمن وفلسطين ولبنان والأردن وسوريا والعراق. ويتضمّن التقرير أيضًا أوراق مواضيعيّة حول النيوليبرالية، والحماية الاجتماعيّة، وكوفيد-19، ودراسة حالة حول التغيّر المناخي في الكويت. تقدّم الوثائق مُجمّعة مراجعة شاملة لوضع الحقّ في الصّحة في المنطقة وتسليط الضوء على أبرز التّحديات والثغرات. تعكس كلّ ورقة وطنيّة بشكل فريد الوضع الصحي في البلد المعنيّ، إنّما أعدّت جميع الوثائق من خلال مقاربة منهجية وتعاونية لمعالجة موضوع الصّحة من منظور الحقوق ودراسة مُحدّداته الاقتصاديّة والسياسيّة.

استرشدت المنهجية المتّبعة في الأوراق الوطنيّة بتقييم أُجري عام 2008 للخصائص المتعلّقة بالحقّ في الصّحة ضمن الأنظمة الصحية في 194 بلدًا (Backman et al. 2008). تناول التقييم مجموعة واسعة من المعايير المتعلّقة بالصّحة من منظور الإنصاف والحقوق (الملحق ب). وبالإضافة إلى توافر خدمات الرعاية الصحية، تطرّق التقييم إلى الحقّ في الوصول إلى محدّدات الصّحة مثل خدمات الصرف الصحي والتعليم والإسكان والمعلومات المتعلّقة بالصّحة. وتمّ تقييم ما إذا كان النظام الصحي يتضمّن خطة وطنية لرصد الأعمال التدريجي للحقّ في الصّحة وما إذا كان هذا النظام يرصد المشاركة المجتمعية وعدم التمييز. ويُعتبر عدم التمييز في توزيع الموارد الصحية التزامًا أساسيًا لا يخضع للأعمال التدريجي لأنه ينطوي على التوزيع العادل حتى عندما تكون الموارد محدودة.

بدأ العمل على تقرير الراصد العربي 2023 في أعقاب جائحة كوفيد-19 وفي وقت كانت المنطقة العربية تواجه تحدّيّات اقتصاديّة هائلة وحروبًا أهليّة طويلة الأمد وحالات نزوح جماعي، وهو سياق سيؤثر سلبيًا على توفير الحقّ في الصّحة في

السنوات القادمة لغالبية سكّان المنطقة البالغ عددهم 430 مليون نسمة. ويُعتبر تأثير جائحة كوفيد-19، وكيفية كشفها للنظم الصحيّة غير الفعّالة وآليات الحماية الاجتماعية الضعيفة، موضوعًا تتناوله جميع الأوراق الواردة في التقرير ويتمّ تلخيصه كموضوع عام في هذه الورقة الإقليمية. وبالرغم من أن جائحة كوفيد-19 تشكّل أزمة عابرة إذ انخفضت معدّلات الإصابة على المستوى العالمي، غير أنّها كشفت عن ثغرات في السياسات الاقتصادية غير العادلة، وغياب آليات الحماية الاجتماعية الكافية، وعدم فعالية الأنظمة الصحيّة في الكثير من البلدان في المنطقة، بما فيها البلدان ذات الدخل المرتفع. وفي ظلّ النظام الاقتصادي العالمي النيوليبرالي الآخذ في التوسّع وهياكل الحوكمة الصحية الضعيفة في البلدان العربية، قد يبقى إعمال الحقّ في الصحة لفئات كثيرة من الشعوب العربيّة هدفًا بعيد المنال في حقبة ما بعد جائحة كوفيد-19.

تقرير الراصد العربي 2023 هو تدخّل سياسي يستخدم الحقّ في الصحة كنقطة انطلاق للمطالبة بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية والسياسيّة الأساسيّة الأخرى. إنّ أهمية الصحة في إطار المطالبة بالحرية والعدالة في المنطقة العربية تكمن في حقيقة أنّ انتهاك الحقّ في الصحة يُعيق الوصول إلى الحقوق الأخرى. وعلى حدّ تعبير أحد أعضاء المجلس الاستشاري المعني بتقرير الراصد العربي 2023 في أحد الاجتماعات، "إنّ انتهاك الحقّ في الصحة هو انتهاك الحقّ في الحياة". نأمل أن يكون الملخص التحليلي المقدم في هذه الورقة الإقليمية، والمعلومات والأدلة المعروضة في الوثائق الوطنيّة والمواضيعية في التقرير، بمثابة منبّه لمجموعات المجتمع المدني والناشطين، للدفع باتجاه إعمال الحقّ في الصحة في بلدانهم وفي المنطقة ككلّ. وفي سياق الدعوة إلى تحقيق "الصحة للجميع وبالجميع"، يجب على المناصرين حتّ الدول العربيّة على اتخاذ خطوات لإعمال الحقّ في الصحة لجميع المواطنين والمهاجرين واللاجئين من غير المواطنين داخل حدود دولهم.

تقدّم هذه الورقة الإقليمية أساسًا نظريًا وخلاصةً للأدلة المحدّدة في وثائق تقرير الراصد العربي 2023. فهي تبدأ بمراجعة معنى الحقّ في الصحة، والأحداث التاريخيّة التي ساهمت في بروزه وتحوّله، والصلاّات بين الحقّ في الصحة والحقوق والاستحقاقات الأخرى. يعرض القسم الثاني من الورقة لمحة عن الاقتصاد السياسي في المنطقة العربية والطرق التي تُسهّل بها السياسات تحقيق الحقّ في الصحة أو تُعرقله. أمّا القسم الثالث والرئيسي في الورقة فيجمع المعلومات والأدلة المقدّمة في الوثائق الوطنيّة والمواضيعيّة، ودراسة الحالة، ضمن ستّة عناوين عامّة: اعتراف الدولة بالحقّ في الصحة مقابل الحقائق على أرض الواقع؛ وحوكمة النظام الصحي والنيوليبرالية؛ والحقّ في الصحة في زمن انتشار جائحة كوفيد-19؛ وتأثير الحرب والاحتلال والنزوح؛ والتغيّر المناخي. تمّ إعداد المواضيع من خلال قراءة دقيقة للمسودات الأولى للأوراق الوطنيّة والمناقشات خلال اجتماعين ضمّا المؤلّفين وأعضاء المجلس الاستشاري لشبكة المنظّمات العربيّة غير الحكوميّة للتنمية. ويلخص الموضوع السابع في هذا القسم بعض المسائل الأساسية التي تؤثر على الحقّ في الصحة في المنطقة والتي لم يُسلط عليها الضوء بشكل كافٍ في الأوراق الوطنيّة. ويختتم التقرير بسلسلة من التوصيات المتعلّقة بالسياسة العامة.

الحق في الصحة: خلفية تاريخية

لا تعود جذور الحق في الصحة إلى خطابات حقوق الإنسان والفلسفة الأخلاقية فحسب، بل إلى المطالب السياسية أيضًا في إطار التحركات الاجتماعية. حدّد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 الحقوق الأساسية التي يستحقها كلّ شخص مثل الحق في الحياة، وعدم التعرّض للتعذيب، والمساواة في المعاملة، والحق في التعليم والعمل، والحق في الحصول على السكن والغذاء والماء والخدمات الطبية. وتمّ تصوّر مفهوم الصحة كحقّ سابقًا في دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946 الذي ينصّ على أنّ التمتع بأعلى مستوى من الصحة "هو أحد الحقوق الأساسية لكلّ إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" (WHO 1946). وتمّ التشديد على الحق في الصحة بشكل أكبر في الاجتماع الدولي للرعاية الصحية الأوليّة لعام 1978 الذي عُقد في ألما-آتا، كازاخستان. تمّ تنظيم الاجتماع برعاية منظمة الصحة العالمية واليونسيف وشكّل نقطة تحوّل في تاريخ الصحة العامة وصدر من خلاله "إعلان ألما-آتا" الذي تمّ فيه تعريف الصحة بوضوح على أنّها حقّ أساسي من حقوق الإنسان ومسؤوليّة تقع على عاتق الحكومات تجاه مواطنيها (الملحق أ). ونصّ الإعلان صراحة على أنّ الصحة لا تقتصر على الوصول إلى الرعاية الصحية، فوضع مفهومًا جديدًا للصحة يشمل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية (Toebes 1999). فشكّل الحق في الصحة جوهر دستور منظمة الصحة العالمية وإعلان ألما-آتا، وتمّ تكريسه في القانون الدولي والكثير من الاتفاقيات الدولية، وأبرزها المادة 12 من العهد الدولي الخاصّ بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR) الذي يعترف بشكل واضح بأهميّة الصحة الجسديّة والعقليّة. إلزم العهد الدولي الخاصّ بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الدول الموقعة بأن تضمن، تدريجيًا ومن خلال التشريعات، الحق في الصحة من دون تمييز على أساس "العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو غير ذلك من الأسباب".

حدّد إعلان ألما-آتا سمات الرعاية الصحية الأولية وأشار إلى أنّ الدولة هي التي يجب أن تضمن الحق في الصحة لشعبها. وحفّز إعلان ألما-آتا الكثير من البلدان لبذل الجهود من أجل تحسين الوصول إلى الصحة بشكل منصف، لا سيّما في بلدان الجنوب العالمي؛ وعزّز الاعتراف بفكرة أنّ العدالة الاجتماعية هي أحد المقوّمات الأساسية للعدالة الصحية وأنّ النظام الصحيّ القوي هو جزء لا يتجزأ من مجتمع عادل (Lawn et al. 2008). لذلك، كان إعلان ألما-آتا بمثابة لحظة ثوريّة حولت مفهوم الصحة من ارتباطها بالطبّ إلى مفهوم تحدّده الظروف الاجتماعيّة، ورسّخت المساواة والمشاركة المجتمعيّة على أنّهما هدفان رئيسيّان لتعزيز الصحة. ومن الملاحظ أيضًا في الإعلان أنّه دعا إلى نزع السلاح لتحرير الموارد التي يمكن استثمارها في مجال الصحة وحدّد الاستخدام المناسب للموارد كشرط أساسي لتحقيق الصحة للجميع (Declaration of Alma-Ata 1978).

ولكن في غضون بضع سنوات، بدأ يتبدّد جوهر إعلان ألما-آتا كنهج قائم على الحقوق لمعالجة قضايا الصحة. واستبدلت الرؤية الجريئة التي قدّمها الإعلان والتي تتداخل فيها الصحة مع أسس الإنصاف والعدالة الاجتماعية، بخطابات عالميّة حول الكفاءة والتكلفة (Lawn et al. 2008). وبدأ استبعاد مفهوم الصحة بشكل متزايد

باعتباره حقاً غير واقعي ومُكلفاً وصعب التحقيق. فظهر التزام عالمي حيال الرعاية الصحية الأولية الانتقائية، المتمثلة ببرامج رأسية وأبرزها تنظيم الأسرة وتحسين الأطفال، واعتُبر هذا الالتزام نهجاً عملياً وفَعَّالاً من حيث التكلفة لتحسين صحة الشعوب (Rifkin 2018). والأهم أن زوال إعلان ألما-آتا كان مؤشراً على ضعف دور منظمة الصحة العالمية وتزايد قوة البنك الدولي وصندوق النقد الدولي للاحقة اتخاذ القرارات. أصبحت هاتان المؤسستان الماليتان المتعددتا الأطراف تُعتبران بشكل متزايد جهتين أساسيتين في وضع السياسات الصحية العالمية التي تتماشى مع النيوليبرالية. فأرغمتا البلدان الفقيرة والمُثقلة بالديون على خفض الإنفاق على القطاعات العامة وفرض رسوم على الخدمات، بما في ذلك خدمات التعليم والصحة (Maciocco & Stefanini 2007).

ضغط البنك الدولي من أجل اعتماد الرعاية الأولية الانتقائية باعتبارها نهجاً فعّالاً، على الرغم من الأدلة المتزايدة على أن تحسين صحة السكان يتجاوز مبدأ معالجة مرض واحد في فترة معينة. في تقرير البنك الدولي للعام 1993 حول الاستثمار في الصحة، قدّم البنك مفهوم "رزمة الخدمات الصحية الأساسية" التي لها قيمة اقتصادية تقديرية. وأسفرت سياسات البنك الداعمة للخصخصة عن انتشار مشاريع في مجال الصحة بين القطاعين العام والخاص وعن تعزيز دور القطاع الخاص وتهميش منظمة الصحة العالمية (Maciocco & Stefanini 2007). ومع الوقت، تم استبدال النهج الموسّع والمتكامل للصحة كحقٍّ بخطاب حول التغطية الصحية الشاملة الذي يضمن "أن يحصل الناس كافة على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، متى وأينما كانت حاجتهم إليها، بدون التعرّض لضائقة مالية من جراء ذلك".¹ استناداً إلى المبادئ الأخلاقية لتحديد الأولويات، حدّدت منظمة الصحة العالمية ثلاثة مبادئ أساسية للتغطية الصحية الشاملة: (1) يجب أن تستند التغطية إلى الحاجة؛ (2) ويجب أن تستند الاشتراكات إلى القدرة على الدفع؛ (3) ويجب أن يكون الهدف النهائي هو تحسين صحة السكان إلى أقصى حد ممكن (Rumbold et al. 2017). تشمل التغطية الصحية الشاملة الإرشاد الصحي والوقاية والحماية والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة كعناصر أساسية لاستراتيجية شاملة للصحة العامة، إلّا أن التغطية الصحية الشاملة انتُقدت باعتبارها خارجة عن الرعاية الصحية الأولية الشاملة والحق في الصحة كما ورد في إعلان ألما-آتا (Hone et al. 2018).

تُمثّل الجهود المبذولة لربط الصحة العامة بحقوق الإنسان خطاً موازياً في العمل لإنفاذ الحق في الصحة الذي عزّزه إعلان ألما-آتا. والجدير بالذكر أن حقوق الإنسان هي قيمٌ أخلاقيةٌ تعكس كرامة الإنسان وقد كرسها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. أشار مان (1997) إلى ثلاثة أنواع من العلاقات بين الصحة وحقوق الإنسان. تركز الأولى على سياسات الصحة العامة التي لا تعود بالفائدة على جميع الفئات الاجتماعية على قدم المساواة وكيف قد تؤثر سلّماً وعن غير قصد على حقوق الإنسان. ومن الأمثلة التوضيحية على ذلك هي الحالات التي يتم فيها وضع سياسات عامة من دون النظر في كيفية استجابة الفئات الاجتماعية المتنوعة بشكل مختلف بسبب تجاربها التاريخية والاجتماعية. والعلاقة الثانية تؤكد أن انتهاكات حقوق الإنسان تؤثر سلّماً على الرفاه الجسدي والنفسي. فتقييد حرية تكوين الجمعيات مثلاً، المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، يتعارض مع قدرة الأفراد والمجتمعات على المشاركة في القرارات التي تؤثر على صحتهم. أمّا العلاقة الثالثة فتسلط الضوء على أن "تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتعزيز الصحة وحمايتها" (Mann 1997, p. 10). ويُعتبر تقاطع المخاطر الاجتماعية والاقتصادية في فترة تفشي فيروس نقص المناعة

¹ منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

البشرية/الإيدز خلال التسعينيات مثلاً توضيحياً لهذه العلاقة؛ فمع تفشي الوباء ونشر المعلومات حول كيميائية احتوائه، بدأ المرض يؤثر بشكل متفاوتٍ على الفئات الاجتماعية المهمشة. وكان الوضع مشابهاً عند تفشي جائحة كوفيد-19. فبعد فترةٍ وجيزةٍ من إعلان جائحة كوفيد-19، بدأت تظهر الفوارق العرقية/الإثنية والاجتماعية والاقتصادية في البلدان ذات الدخل المرتفع، ما يؤكد أن قابلية التضرر ليست مفهوماً بيولوجياً فحسب، بل تُحدّد من خلال غياب الحقوق الأساسية ونقص الحماية الاجتماعية (Afifi et al. 2020). باختصار، تؤكد كتابات مان على أن خطاب الحق في الصحة يجب أن ينتقل من المفاهيم التشريعية المجردة إلى فهم كيميائية ظهور انتهاكات هذا الحق في مواقف الحياة الواقعية.

الحق في الصحة في السياق الاقتصادي والسياسي للمنطقة العربية

تعاني المنطقة العربية من التعددية وغياب الديمقراطية التمثيلية في معظم الحالات، حيث يشارك السكان بشكل دوري في انتخابات تحكمها أقلية صغيرة من النخبة السياسية في بعض البلدان (Hanieh n.d.). ويتداخل الاستبداد السياسي مع عدم المساواة الاقتصادية التي تظهر بين البلدان العربية وداخلها. يعتبر الاقتصاديون أن متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة مقبول، غير أن الدخل الذي تتقاسمه نسبة الـ 20% الأكثر فقرًا من السكان منخفض للغاية (6.8%)، ما يشير إلى تفاوت ملحوظ (Ncube, et al., 2014). وأدى مزيج الاستبداد السياسي والتفاوتات الاقتصادية والاجتماعية إلى تسريع موجات الثورات والاحتجاجات الجماهيرية التي اجتاحت تونس ومصر وسوريا بدءًا من عامي 2010-2011 ولاحقًا في لبنان والعراق والجزائر والسودان في عام 2019. لم يهتف المتظاهرون من أجل الحرية فحسب، بل هتفوا أيضًا ضد التفاوتات الاجتماعية والنخبة السياسية الفاسدة وغير الكفؤة. احتل الخطاب الصحي مكانة بارزة في المطالب الشعبية الهادفة إلى تحقيق العدالة الاجتماعية، بدليل الشعبية الكبيرة التي حصدها جماعة "أطباء بلا حقوق" خلال الثورة المصرية عام 2011، وفي المطالب الصريحة بتحقيق المحددات الاجتماعية والسياسية للصحة خلال ثورة تشرين الأول 2019 في لبنان (El-Agati 2013; Nuwayhid & Zurayk 2019). ومع ذلك، فإن بصيص الأمل الذي اختبره الناس في بداية الموجة الأولى من الثورات، التي أطلقت عليها تسمية الربيع العربي، تحول إلى خيبة مع تحول الثورات إلى حروب أهلية في بعض البلدان وترسيخ الأنظمة السياسية الاستبدادية في بلدان أخرى. يكشف فشل الاحتجاجات الجماهيرية في الدفع إلى تحقيق التغيير الديمقراطي عن مشاكل هيكلية عميقة في المنطقة وتحديات لن ينفك عن مواجهتها في السنوات القادمة المدافعون عن حقوق الإنسان المعنيون بالحق في الصحة.

نادرًا ما تعتمد الدراسات حول التاريخ الحديث للصحة العامة أو الأنظمة الصحية في المنطقة العربية على منظور الاقتصاد السياسي أو تربط الصحة بتحويلات اجتماعية وسياسية أوسع نطاقًا. يتداخل تاريخ الصحة العامة في المنطقة مع تاريخ إنشاء المستشفيات وتقديم الخدمات الصحية للسكان في المؤسسات الخاصة والعامة والخيرية. في فترة الاستعمار، كانت الظروف الصحية للشعوب العربية مروعة حيث أدت الممارسات الاستعمارية لمصادرة الأراضي والموارد إلى حدوث المجاعات وانتشار الأوبئة (Longuenesse et al. 2012). وعندما بدأت البلدان العربية تنال استقلالها، لم يتغير مفهوم الصحة على أنها خدمة وليس حقًا، وكان يتم تقديم العلاج للفقراء على شكل عمل خيري (Kronfol 2012). نشأت فكرة أن الصحة حق بعد الحرب العالمية الثانية عندما بدأت الدول المستقلة تمويل خدمات القطاع العام مثل التعليم والصحة، واستخدمت البلدان المنتجة للنفط وذات الدخل المرتفع عائدات النفط لتمويل نظام الرعاية الذي شمل نظامًا متطورًا للرعاية الصحية الأولية. اعتبرت البلدان العربية المستقلة حديثًا الصحة العامة مكونًا أساسيًا للتقدم والتحديث بعد الاستعمار، ما أدى إلى تمديد المفاهيم الاستعمارية للطب كوسيلة لتحضر السكان (Longuenesse et al. 2012). حاليًا، تعتمد معظم الأنظمة الصحية في المنطقة على نموذج طبي حيوي علاجي مكلف وغير فعال في تعزيز صحة

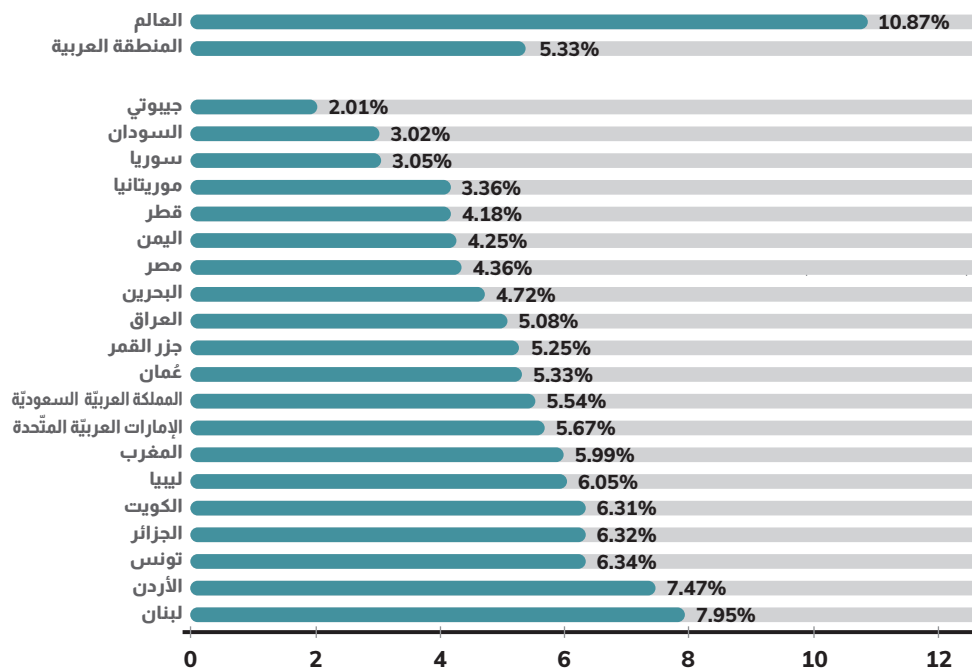
السكان (Rawaf & Hassounah 2014). وأدى توسّع القطاع الطبي الخاص، حتى في البلدان التي تبنت علناً الرعاية الاجتماعية والصحة المجتمعية وفقاً للنمط الاشتراكي مثل سوريا والعراق، إلى إضعاف دور الدولة باعتبارها الجهة المسؤولة والجهة الرئيسية التي تؤمن الصحة.

عند الحديث عن الحق في الصحة في المنطقة العربية، من المهم أن نعترف أولاً بأن معظم البلدان العربية قد أحرزت تقدماً ملحوظاً على مدى العقود القليلة الماضية في الكثير من المؤشرات الصحية الأساسية. ويعود ذلك جزئياً إلى التوسع في خدمات الرعاية الصحية في هذه البلدان، ولكنه بشكل أساسي نتيجة التحسينات التي طرأت على المحددات الاجتماعية للصحة. تاريخياً، كان للتحسينات خارج نظام الرعاية الصحية - مثل الوصول الشامل إلى خدمات الصرف الصحي والكهرباء، وأنظمة سلامة الغذاء، وإرشادات حماية العقّال، وتوفير التعليم الممول من القطاع العام - تأثير أقوى على تحسين صحة السكان مقارنة بالتقدم الطبي. وتُظهر البيانات المُستخرجة من منصة بيانات البنك الدولي أن نسبة السكان في المنطقة العربية الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات الصرف الصحي الأساسية قد ارتفعت من 74% في العام 2000 إلى 84% في العام 2020. وقطعت المنطقة أشواطاً في ما يتعلق بخفض نسبة الأمية والحد من عدم المساواة بين الجنسين في التحصيل العلمي؛ وحققت بعض بلدان المنطقة التكافؤ بين الجنسين في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي. وتمّ إقرار تقدم ملحوظ في بعض المؤشرات الصحية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر زيادة متوسط العمر المتوقع والحد من وفيات الأطفال والأمّهات. ارتفع متوسط العمر المتوقع من 63 عاماً في عام 1990 إلى 72 عاماً في عام 2019 في المنطقة، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 ولادة حية) من 82 في عام 1990 إلى 36 في عام 2019 (WB 2023).

ومع ذلك، تخفي البيانات الإجمالية تباينات شديدة بين بلدان المنطقة وداخلها. زعم تقرير حديث صادر عن لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (UNESCWA 2022) أن المنطقة العربية هي "أقل مناطق العالم مساواة". والواقع أن البيانات المُستخرجة من منصة بيانات البنك الدولي تُظهر أن حصة الدخل التي يحتفظ بها أغني 10% من السكان في الكثير من بلدان المنطقة تقترب من نسبة 30%، في حين أن حصة الدخل التي يحتفظ بها أفقر 10% من السكان تبلغ حوالي 3% (WB 2023). كذلك، يظهر تباين واضح في الثروات داخل البلدان التي تشهد حرباً حيث تعتمد نسبة كبيرة من السكان على المساعدات الإنسانية للاستمرار. وفي ما يتعلق بالتعليم، في البلدان التي لديها بيانات عن عام 2020، تراوح معدل إتمام التعليم الابتدائي من 100% في البلدان ذات الدخل المرتفع إلى أقل من 70% في بعض البلدان ذات الدخل المنخفض والتي تعاني من النزاعات (WB 2023). في سوريا، كان معدل إتمام التعليم الابتدائي في العام 2013 أقل مما كان عليه في العام 2000 حيث بلغ نسبة 72%. وعلى الرغم من الخطوات المُحققة لسد الفجوة بين الجنسين في التعليم في بعض البلدان العربية، إلا أن المنطقة تسجل نسباً عالية من عدم المساواة في التعليم العالي بين المجموعات الأكثر والأقل فقراً (UNESCWA 2022). لا تقتصر أوجه عدم المساواة على الالتحاق بالمدارس والنجاح في الصفوف، بل تتجلى أيضاً في جودة التعليم الذي يتلقاه الأطفال استناداً إلى ما إذا كانوا يرتادون المدارس الرسمية أو الخاصة. ففي ظل غياب الاستثمار في التعليم الرسمي في الكثير من البلدان العربية، يوضع الأطفال الملتحقون بالمدارس الرسمية على مسار أدنى لناحية التنمية الاجتماعية والمعرفية مقارنة بالأطفال الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة، مما يقلل من فرصهم في إكمال دراستهم ويؤثر سلباً على فرص عملهم في المستقبل وارتفاعهم الاجتماعي وصحتهم.

تتجم التفاوتات الصحيّة عن عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، وإذا لم تتمّ معالجة كليهما من خلال استثمار الموارد والسياسات الاستباقية التي تركز على الإنصاف، فسوف تستمرّ هذه التفاوتات في إعاقة الحقّ في الصحة. تتفق المنطقة العربية نسبياً أقلّ على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (5.3% في عام 2020) مقارنةً بالمعدّل العالمي (11% في عام 2020) وجميع مناطق العالم الأخرى (WB 2023; UNESCWA 2022). وفي المقابل، تتفق المنطقة نسبياً أكبر على القطاع العسكري كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مقارنةً بمناطق العالم الأخرى، على الرغم من أن معظم البلدان العربيّة وقّعت على إعلان ألما-آتا الذي يدعو صراحةً إلى خفض النفقات العسكريّة واستثمار الموارد في الصحة بدلاً من ذلك. يوضح **الشكل 1** التفاوتات في الإنفاق على الصحة (كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2020) بين البلدان العربية. بشكل عام، تتفق البلدان ذات الدخل المنخفض (جيبوتي وموريتانيا) وتلك الغارقة في النزاعات (السودان وسوريا واليمن) النسبة الأقلّ على الصحة كنسبة مئوية من ناتجها المحلي الإجمالي. وينفق الأردن ولبنان أعلى نسبة من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة، على الرغم من أن الأدلة الواردة من العام 2010 تُظهر أن نصف هذا الإنفاق هو إنفاق خاصّ؛ والجدير بالذكر أن 75% من هذا المبلغ هو من المال الخاصّ بالمواطن (Salti et al. 2010).

شكل 1. الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020 بحسب كل بلد عربي

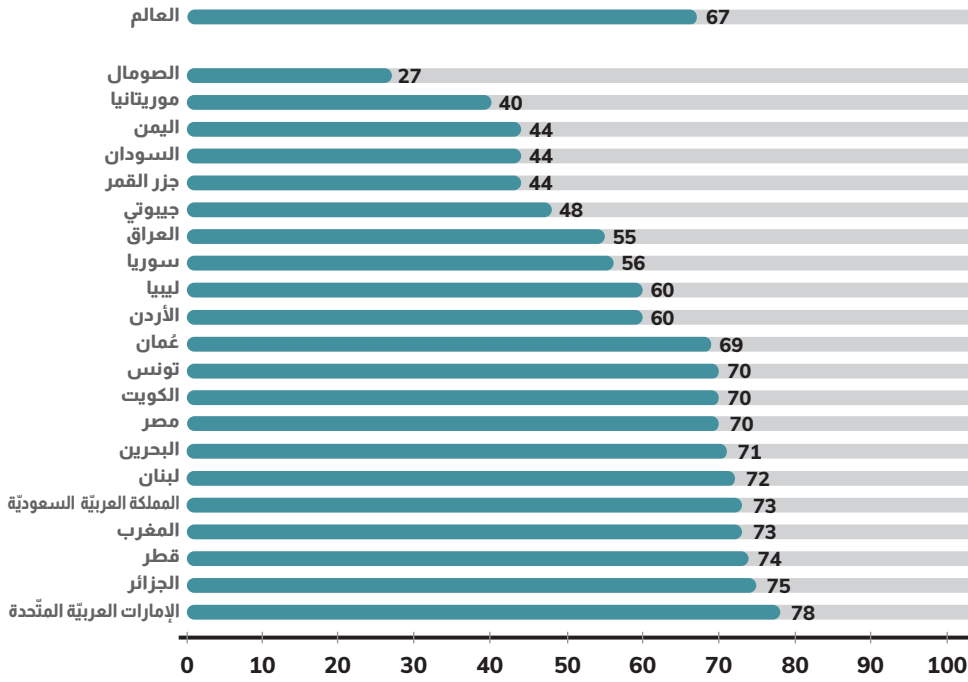


المصدر: بيانات البنك الدولي. ملاحظة: البيانات الخاصة بفلسطين والصومال غير متوفرة.

في **الشكل 2**، تمّ تصنيف البلدان العربيّة وفقاً لمؤشّر التغطية الصحيّة الشاملة لعام 2019، وهو مقياس لتغطية الخدمات الصحيّة الأساسية التي تشمل الصحة الإنجابيّة وصحة الأمّ والمواليد والأطفال والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية والقدرة على تقديم الخدمات وإمكانية الوصول إليها. يتعدّد على نصف البلدان العربية تقريباً توفير الخدمات الصحية الأساسية مقارنةً بالمعدّل العالمي. وأبرز هذه البلدان هي تلك المنخفضة الدخل أو المتأثرة بالحروب، باستثناء الأردن. في المقابل،

يُعتبر مؤشر التغطية الصحية الشاملة في البلدان العربية الخليجيّة ذات الدخل المتوسط والمرتفع مشابهاً أو أفضل قليلاً مقارنةً بالمعدل العالمي.

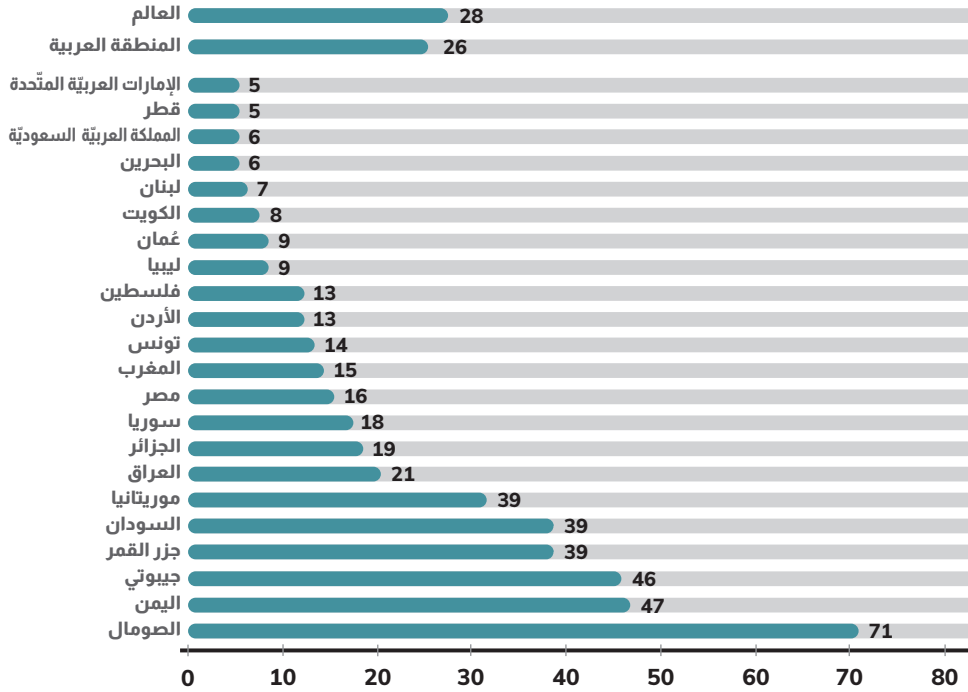
شكل 2. مؤشر التغطية الصحيّة الشاملة في العام 2019 في المنطقة العربيّة بحسب كل بلد عربي



المصدر: بيانات البنك الدولي. ملاحظة: البيانات الخاصة بفلسطين غير متوفرة.

يوضح **الشكل 3** أنّ معدّل وفيات الرضّع، وهو أحد المؤشرات الرئيسة المستخدمة لتقييم الصّحة العامّة للسكان، يختلف اختلافاً كبيراً بين البلدان العربيّة. يُحدّد معدّل وفيات الرضّع على أنّه عدد الرضّع الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأوّل من بين 1000 ولادة حيّة. في العام 2021، سجّلت بلدان الخليج الثريّة في المنطقة العربيّة أدنى معدّل لوفيات الرضّع، بينما سجّلت أعلى المعدّلات في البلدان العربيّة الأكثر فقراً وتلك التي تشهد نزاعات. فمعدّل وفيات الرضّع في الصومال البالغ 71/1000 هو واحد من أعلى المعدّلات في العالم. أمّا معدّل وفيات الرضّع في اليمن الذي بلغ 47/1000 في العام 2021 فهو أعلى ممّا كان عليه في العام 2013 (45/1000)، ما يسلّط الضوء على الظلم الذي تُسببه الحرب والسياسة العسكريّة على صّحة السكان في هذين البلدين العربيين. نظراً لأن بيانات البنك الدولي هي توقعات تستند إلى بيانات سابقة قدمتها وكالات الأمم المتّحدة، وفي بعض الحالات الحكومات، فإن المعدلات الواردة في الشكلين 2 و 3 قد لا تكون دقيقة خاصة في البلدان المتأثرة بالحروب حيث البيانات المتاحة قديمة جداً. علاوة على ذلك، ليس من الواضح ما إذا كانت التقديرات في دول الخليج تشمل العمال المهاجرين الذين يشكلون نسبة كبيرة من السكان المقيمين.

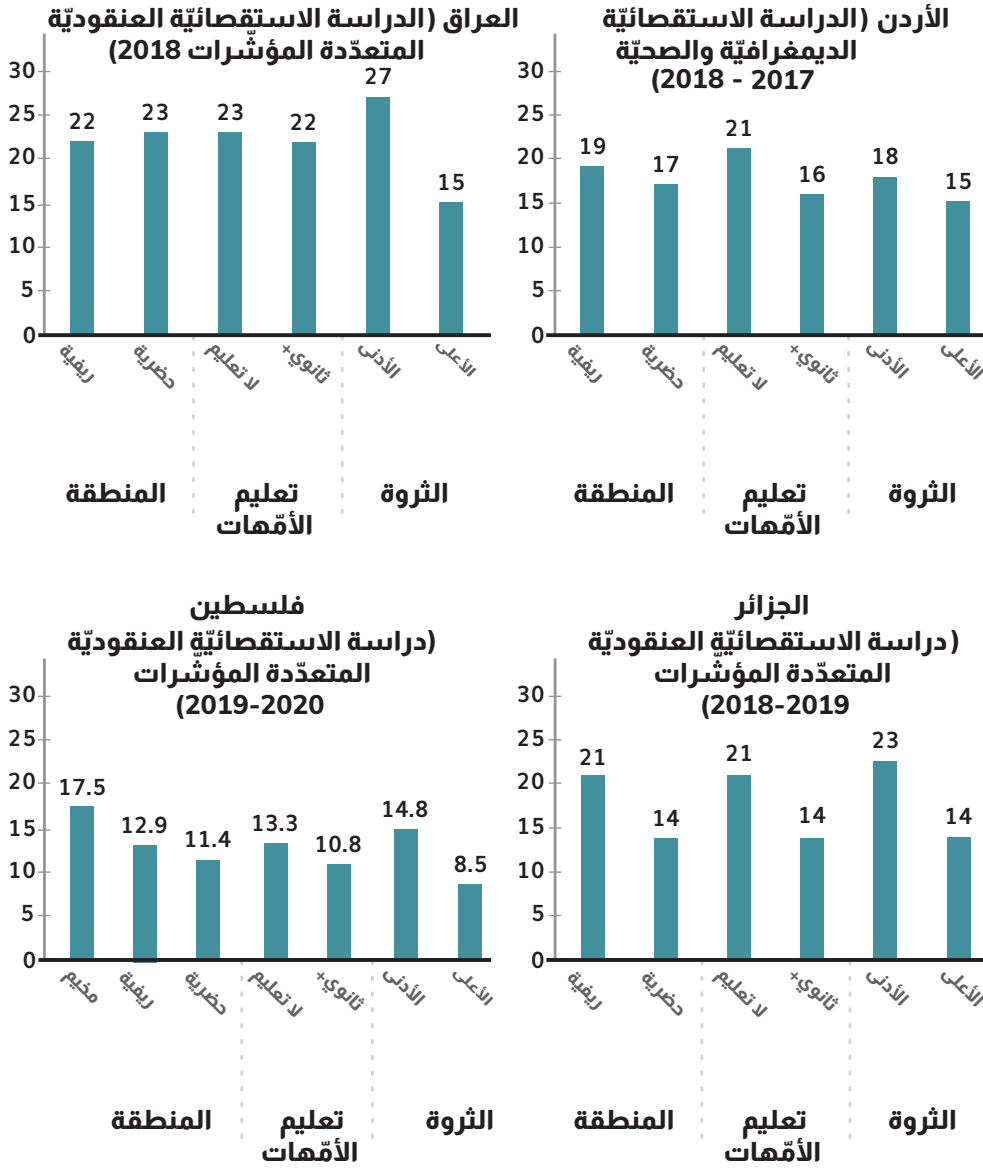
شكل 3. معدّل وفيات الرضع (عدد وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حيّة) بحسب البلد العربي للعام 2021



المصدر: بيانات البنك الدولي

لطالما كانت التفاوتات الصحية بين بلدان المنطقة معروفة جيّداً. ومن المهمّ كذلك تسليط الضوء على التفاوتات داخل البلدان لأنّها تُعيق تحقيق الحق في الصحة. يعرض **الشكل 4** معدّلات وفيات الرضع في أربعة بلدان في المنطقة تتوقّر عنها بيانات حديثة نسبياً على مستوى السكان من خلال الدراسة الاستقصائية العنقوديّة المتعدّدة المؤشّرات (العراق وفلسطين والجزائر) أو الدراسة الاستقصائية الديمغرافيّة والصحيّة (الأردن). يُقارن الشكل معدّل وفيات الرضع لكلّ بلد بحسب منطقة الإقامة (الأرياف مقابل المُدن ومخيّمات اللاجئين في فلسطين) وبحسب تعليم الأمّهات والثروة. وتجدر الإشارة إلى أنّ معدّل وفيات الرضع في المناطق الريفيّة أعلى مما هو عليه في المُدن في البلدان الثلاثة الأخرى، باستثناء العراق، وهو أعلى بكثير في مخيّمات اللاجئين في فلسطين. وترتبط التفاوتات في معدّلات وفيات الرضع بتعليم الأمّهات والثروة؛ فالرضع المولودون لأُمّهات في الفئة الأفقر من حيث الثروة في العراق وفلسطين والجزائر يموتون بمعدل أعلى بكثير مقارنةً بالرضع المولودين لأُمّهات في الفئة الأغنى من حيث الثروة. وتُسجّل في العراق تفاوتات واضحة بين المناطق من حيث معدّل وفيات الرضع (البيانات غير معروضة).

شكل 4. التفاوتات في معدّل وفيات الرضع في أربعة بلدان عربيّة بحسب منطقة الإقامة وتعليم الأمّات والوضع الاقتصادي



المصدر: الدراسة الاستقصائيّة العنقوديّة المتعدّدة المؤشّرات للعراق وفلسطين والجزائر؛ والدراسة الاستقصائيّة الديمغرافيّة والصحيّة للأردن

تُظهر البيانات المقدّمة حتى الآن أنّ الاستثمارات في الصّحة في المنطقة العربيّة منخفضة بشكل ملحوظ، بينما هناك تفاوت كبير بين البلدان وداخلها في مجال التغطية الصحيّة الشاملة والنواتج الصحيّة الخاصة بالسكان (معدّل وفيات الرضع هو أحد المؤشّرات الأساسية). بالتالي، يُنتهك مبدآن اثنان على الأقلّ من مبادئ الحق في الصّحة - وهما ضعف الاستثمار وعدم التمييز في توزيع الموارد الصحيّة. تُعدّ زيادة الاستثمارات الماليّة أمرًا ضروريًا لتعزيز التغطية الصحيّة الشاملة، وهي خطوة نحو تحقيق الحق في الصّحة وضمان حصول جميع السكان على الخدمات الصحيّة التي يحتاجون إليها، بجودة عالية، ومن دون صعوبات ماليّة. وبالإضافة إلى البيانات الواردة في **الشكل 2**، أظهر تحليل عالمي حديث أنّ بلدًا من فقط من البلدان العربيّة ذات الدخل المرتفع (وهما الكويت وقطر) اقتربا من تحقيق التغطية

الصحية الشاملة إذ يبلغ مؤشر التغطية الصحية الشاملة فيهما 82% و80% على التوالي (GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators 2020). أما البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في المنطقة فما زال أمامها طريق طويل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، ناهيك عن الحق في الصحة بمعناه الواسع. ويعود سبب ذلك جزئياً إلى الموارد المحدودة كما إلى السياسات الاجتماعية وهيكل الحوكمة الصحية القائمة على النماذج النيوليبرالية. وتجدر الإشارة إلى أن تأثير السياسات غير المدروسة والنيوليبرالية على الحق في الصحة في المنطقة لُخص في هذه الورقة الإقليمية وُدد بالتفصيل في إحدى الوثائق المواضيعية في التقرير. ويشمل الحق في الصحة الحق في الحصول على استحقاقات أخرى مثل الحق في الحماية الاجتماعية.

تُعتبر الحماية الاجتماعية عنصراً أساسياً من الحق في الصحة في منطقة تشهد تغييرات ديمغرافية غير مسبقة بسبب الحرب والتهجير القسري، و"أعداد الشباب المرتفعة" في بلدان كانت حتى وقت قريب تحظى بمعدلات خصوبة عالية، والشيخوخة المتسارعة في بعض البلدان مثل لبنان وتونس. ومع ذلك، يبقى الإنفاق على الحماية الاجتماعية في المنطقة منخفضاً بشكل عام ويعتمد بالدرجة الأولى على برامج قائمة على الاشتراكات. يدعم هذا الواقع الأشخاص العاملين في الاقتصاد النظامي في حين لا تتوفر الحماية لشريحة واسعة من السكان الذين لا يعملون أو يعملون في الاقتصاد غير النظامي. وكما أشار تقرير سابق للراصد العربي حول العمل غير النظامي في المنطقة، واجهت الحكومات العربية صعوبات كبيرة لعقود طويلة من الزمن من أجل توفير الحماية الاجتماعية لفئات اجتماعية مختلفة تقع خارج الاقتصاد النظامي (Aita 2016). في الحقيقة، تنص الدعوات ما بعد الجائحة لإصلاح أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بتحويل السياسات من استهداف فئات المجتمع الأكثر فقراً إلى شمل "الوسط المفقود" (أو الطبقة الوسطى المفقودة) مثل العاملين/ات في القطاع غير النظامي (UNESCWA 2021). كذلك، تؤثر الحماية الاجتماعية المحدودة على كبار السن، ولا سيما النساء اللواتي لا يشاركن في سوق العمل في سنّ الرشد، والأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم معدلات توظيف منخفضة للغاية، والعامل المهاجرين من غير المواطنين. وبما أن موارد الأسر العربية المخصصة لتوفير الرعاية للأفراد الأكبر سناً وذوي الاحتياجات الخاصة تتضاءل، أصبح من الضروري إعادة النظر في سياسات الحماية الاجتماعية لتشمل المهاجرين من غير المواطنين العاملين في مجال الرعاية (Abdulrahim et al. 2014).

تُظهر المراجعة المقدمة حتى الآن واقعاً مقلقاً بشأن الحق في الصحة في المنطقة العربية. فانخفاض الاستثمار في الصحة "كأحد موارد الحياة اليومية"، والتفاوتات الصحية الكبيرة بين البلدان وبين فئات المجتمع داخل البلدان، بالإضافة إلى سياسات الصحة والحماية الاجتماعية النيوليبرالية التي توفر التغطية لشريحة صغيرة من السكان؛ كلها عوامل تُسلط الضوء على التقدّم غير الكافي نحو تحقيق الحق في الصحة في المنطقة على مدى عقود من الزمن منذ إعلان المآلات عام 1978. وكان من الممكن أن تُتيح أزمة كوفيد-19 فرصة لإصلاح السياسات الصحية والاجتماعية. ولكن، ساهمت الجائحة في تفاقم التفاوتات وشكّلت تحديات كبيرة بالنسبة إلى الحكومات التي كان عليها مواجهة الوضع المستجدّ، فلم تستطع إعادة النظر في السياسات. من هنا، يتعيّن على نشطاء المجتمع المدني، الذين يرغبون في إحداث تغيير اجتماعي في مجال الصحة وحقوق الإنسان، أن يعملوا على صياغة استراتيجيات عملية لإدراج الحق في الصحة ضمن جهود المناصرة والتصدّي لتقصير الحكومات في هذه المسألة. تحتوي الأقسام التالية من التقرير على خلاصة وافية

يمكن للمناصرين والمنظمين استخدامها كقاعدة لتطوير استراتيجيات جديدة أو البناء على الاستراتيجيات الحالية. ويستند المحتوى إلى الأدلة والمعلومات المقدمة في الوثائق الوطنية والمواضيعية ودراسة الحالة في تقرير الرائد العربي للعام 2023. وتمّ تجميعها ضمن ستة مواضيع تبدأ بموضوع الفصل بين الاعتراف القانوني بالحق في الصحة والواقع الراهن.

ملخص المعلومات والأدلة الواردة في الوثائق الوطنية والمواضعية

اعتراف الدول العربية بالحق في الصحة مقابل الحقائق على أرض الواقع

وفقاً للتقييم العالمي الذي أجراه باكمان وزملاؤه (2008)، يكمن أحد المؤشرات الرئيسية لاعتراف الدولة بالحق في الصحة في ما إذا كانت الدولة قد وقعت على معاهدات دولية تصون هذا الحق وما إذا كان دستورها أو تشريعاتها القانونية الأخرى تعترف صراحةً بهذا الحق. وتجدر الإشارة إلى أن جميع البلدان العربية، باستثناء المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة، هي طرف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك المادة 12 التي تعترف صراحةً بالحق في الصحة (الملحق ج). كذلك، وقعت معظم الدول العربية على إعلان ألما-آتا في عام 1978 وتبنت مبادئ الرعاية الصحية الأساسية القائمة على الحقوق التي ينص عليها هذا الإعلان. وخُصت مراجعة أجراها رواف وحسونة (2014) بعد فترة وجيزة من الربيع العربي إلى أن معظم الدساتير العربية تعترف بالحق في الصحة في بيانات عامة، ولكن من دون ذكر صريح لمسؤولية الحكومة. واستنتجت المراجعة أن خمسة دساتير عربية لم تذكر الحق في الصحة على الإطلاق بينما تضمنت ثلاثة دساتير أخرى (دساتير الإمارات العربية المتحدة وقطر والسودان) في استراتيجياتها الوطنية إشارات إلى تحقيق الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية فقط.

تغير الوضع منذ العام 2014 في ما يتعلق بتدوين الحق في الصحة في دساتير البلدان العربية، ولا سيما في تونس ومصر. وكما هو موضح في الورقة التأسيسية التي أعدتها إيناس عيادي وعائدة قايد السبسي، تطوّر خطاب الدولة التونسية حول الصحة تدريجياً على مر السنين بدءاً من ضمان وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية وصولاً إلى الاعتراف بالصحة كحق أساسي للجميع. فالدستور التونسي لعام 2022 ينص على الحق في الصحة ويحمل الدولة مسؤولية توفير الخدمات الصحية بجودة مناسبة، ويشير بوضوح إلى أهمية معالجة المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة. وعلى الرغم من أن بعض الدساتير العربية الأخرى، مثل دستور مصر والعراق، تشير إلى أن الصحة حق، تقتصر الصياغة اللغوية على مساءلة الدولة عن توفير خدمات الرعاية الصحية، بدلاً من ضمان الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان. وينص دستور المغرب ودستور موريتانيا على الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في القطاع العام، للمواطنين وغير المواطنين على حد سواء من دون تمييز.

يُعتبر الاعتماد على لغة الدستور كدليل على التزام الدولة بالحق في الصحة محدوداً لسببين مهمين: أولاً، يمكن أن تضمن بعض الدول العربية، التي لا تذكر دساتيرها الحق في الصحة، صراحةً الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بشكل منصف ومن دون أي تمييز في التشريعات القانونية الأخرى أو الاستراتيجيات الصحية الوطنية. والأردن خير مثال على ذلك. فكما تشير الورقة التي أعدها حمزة

الدريدي، إنَّ التعديل على الدستور الأردني للعام 2011 لا ينصّ صراحةً على أنَّ الدولة تضمن الحق في الصحة، غير أنَّ الأردن لديه الكثير من النصوص التنظيمية التي "تؤثر بشكل غير مباشر على إعمال الحق في الصحة". أما السبب الثاني المهم فهو الفصل في كثير من الأحيان بين الإشارات الواضحة والصريحة للحق في الصحة في الدستور أو على الأقل الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من جهة، والحقائق على أرض الواقع من جهة أخرى. ذكّر هذا الاختلاف بوضوح في الوثائق الخاصة باليمن والسودان وموريتانيا. ففي هذه البلدان الثلاثة، على الرغم من أنَّ للمواطنين الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية وفقاً لما تنصّ عليه التشريعات القانونية الوطنية، يبقى هذا الحق غير مضمون بسبب عوامل كثيرة، بما في ذلك ندرة الموارد وضعف حوكمة النظام الصحي. في مصر، يعترف الدستور المصري بعد الثورة بالصحة كحق ويشير بوضوح إلى محدّداته الاجتماعية (Rawaf & Hassounah 2014). ولكن، يرى مؤلّف الورقة الخاصة بمصر أنَّ البيروقراطية وتجزئة النظام الصحي والحوكمة الضعيفة تُعرقل إحقاق هذا الحق.

النيوليبرالية تغطي على أنظمة الحوكمة الصحية في المنطقة

حوكمة الأنظمة الصحية هي الإجراءات المتخذة لتعزيز صحة السكان وحمايتهم. وبغض النظر عما إذا كانت هذه الإجراءات تُنفذ في قطاع الصحة أو غيره (أي الاقتصاد أو التعليم أو الهجرة)، فهي تؤثر على المحدّدات والنواتج الصحية. والسؤال المهم الذي يجب طرحه في البداية هو ما إذا كان النظام الصحي يتماشى مع نموذج الرعاية الصحية الأولية الذي دعا إليه إعلان ألما-آتا أم أنَّه يتبنى النيوليبرالية كنظام للحوكمة. تُسلط الوثائق الواردة في هذا التقرير الضوء على بعض الخصائص الرئيسية للنظام الصحي في البلدان العربية: (1) تخضع الأنظمة الصحية لقدر كبير من الخصخصة، وتركز في المناطق الحضرية، وتستند إلى نموذج طبي حيوي علاجي؛ (2) تُموّل بنسبة كبيرة من خلال مدفوعات من الأموال الخاصة إلى جانب إنفاق مبالغ طائلة من ميزانية الصحة على الاستشفاء والأدوية؛ (3) تُظهر علاقة معقّدة بين القطاعين الخاص والعام إذ تُسحب الموارد المالية والقوى العاملة من القطاع العام إلى القطاع الخاص؛ (4) تتدهور جودة خدمات الرعاية الصحية بسرعة في القطاع العام بسبب غياب الاستثمار المالي وهجرة العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ وأخيراً (5) تخضع الأنظمة الصحية لإعادة الهيكلة باستمرار (ليس بالضرورة إصلاً بالمعنى الإيجابي) لتقليص الإنفاق والمواءمة مع النماذج النيوليبرالية للحوكمة.

تُعَدّ النيوليبرالية مجموعة من السياسات السياسية والاقتصادية المصمّمة لـ "تحرير" الاقتصاد من الأنظمة الحكومية. وتشمل السياسات النيوليبرالية النموذجية خفض الضرائب والتشجيع على الخصخصة وإلغاء الرقابة على العمليات التجارية، والأهم من ذلك، خفض الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية. أما الجهات التي تقود النيوليبرالية فهي الولايات المتحدة والمؤسسات المالية الدولية. وكما هو الحال في البلدان ذات الدخل المنخفض في مناطق أخرى من العالم، فرض البنك الدولي وصندوق النقد الدولي منذ عقود على البلدان العربية إصلاحات سياساتية نيوليبرالية أدت إلى خفض الاستثمارات في الصحة كمورد عام. فالمنطقة عبارة عن بؤرة للسياسات النيوليبرالية التي حدّد آدم هنية مبادئها الأساسية على النحو التالي (التاريخ غير محدد): (1) تحقيق نمو في الناتج المحلي الإجمالي؛ (2) رفع جميع القيود المفروضة على القطاع الخاص؛ و(3) الحدّ من دور القطاع العام. ساهمت

هذه السياسات في خفض إنفاق الدولة على الخدمات العامة، بما في ذلك التعليم والصحة، وتدهور الحماية الاجتماعية، ورفع الدعم عن السلع الأساسية. كذلك، فإنها أعاقَت الإصلاحات الضريبية التي كان من الممكن أن تدرّ عائدات لزيادة الإنفاق على الصحة ودعم برامج الحماية الاجتماعية. في الواقع، لو فرض كل من الأردن ولبنان ومصر والمغرب ضريبة على الثروات تبلغ 2% فقط منذ العام 2010، لما كانت تعتمد على القروض من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، ولكانت أنظمتها الصحية أكثر جهورية لمواجهة أزمة كوفيد-19 (Oxfam 2020).

في الورقة المواضيعية التي تتناول النيوليبرالية، يؤكد المؤلف محمد سعيد السعدي أن السياسات النيوليبرالية وبرامج التكيف الهيكلي التي تفرضها المؤسسات المالية الدولية على البلدان العربية ذات الدخل المنخفض تتعارض مع الحقوق التي يضمنها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مثل الحق في العمل والغذاء والتعليم والسكن والحق في الصحة. ولعدة سنوات، تولّى البنك الدولي دورًا بارزًا في إصلاح الأنظمة الصحية في المنطقة نحو تحرير خدمات القطاع الخاص وتوسيعها (Longuenesse et al. 2012). ومن خلال مطالبة بلد مديون منخفض الدخل برفع الدعم وسحب الاستثمارات في الخدمات العامة، تزيد سياسات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي من انعدام الأمن الغذائي وتحدّ من الوصول إلى التعليم والحقوق الأخرى، وبالتالي تؤثر بشكل مباشر على الصحة. إضافة إلى ذلك، تزعزع سياسات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي قطاع الصحة من خلال تقليل الإيرادات الضريبية التي يمكن إنفاقها على هذا القطاع، وزيادة أسعار الأدوية، وتسريع عملية خصخصة الرعاية الصحية. يُقابل تقنين الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الأولية بزيادة الإنفاق على الأدوية، وبالتالي زيادة سلطة الشركات وسيطرتها على توفير الرعاية الصحية. وتصف ورقة السعدي حول النيوليبرالية كيف تعزّز المعاهدات الدولية سيطرة شركات الأدوية على حقوق الملكية الفكرية، ما يزيد من أسعار الأدوية ويعيق إنتاج الأدوية البديلة.

وفي موضوع آخر، توضح الورقة كيف أدّى تبني البلدان العربية لبرامج التكيف الهيكلي إلى فرض قيود على القوى العاملة في مجال الصحة وزيادة الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة. وفي وثيقتي العراق وفلسطين، تتكرّر أيضًا الفكرة القائلة بأن سياسات التقشف الخاصة بالبنك الدولي/صندوق النقد الدولي فشلت في تقريب البلدان من إحقاق الحق في الصحة، وأدت بدلاً من ذلك إلى تفاقم التفاوتات في الوصول إلى الرعاية الصحية. وأثرت السياسات المالية النيوليبرالية التي اعتمدها الأردن في مقابل قروض البنك الدولي/صندوق النقد الدولي سلبيًا على فئات المجتمع المستضعفة وقطاع الصحة بشكل عام. وبالمثل، أدى اعتماد السودان للسياسات النيوليبرالية منذ السبعينيات والالتزام بمتطلبات قروض البنك الدولي/صندوق النقد الدولي إلى تقليل وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية المجانية في حين غرق البلد أكثر في ديونه.

والجدير ذكره أن أصداء تأثير السياسات النيوليبرالية على الصحة تتردّد خارج نظام الرعاية الصحية. ففي مقال نُشر مؤخرًا، يرى جو ضاهر (2022) أن الإصلاحات النيوليبرالية المفروضة، ولا سيّما الخصخصة والتقشف والاستثمارات المحدودة في الصحة وأشكال الحماية الاجتماعية الأخرى، لم تحدّ من السلطة السياسية للدولة، بل أدت بدلاً من ذلك إلى أشكال جديدة من استبداد الدولة. في ورقة العراق، يقول منتظر حسن إن تبني الدولة للسياسات النيوليبرالية عزّز هيمنة المقرّبين من السلطة السياسية بدلاً من أن يعزّز المنافسة في القطاع الخاص. أما في لبنان فركّزت جهود إعادة الإعمار بعد الحرب الأهلية على نمو القطاع الخاص من خلال

تعزيز السياسات النيوليبرالية، ما أدى إلى اقتصاد ريعي وانتشار القطاعات ذات الإنتاجية المنخفضة (كالعقارات مثلاً) على حساب التنمية الاجتماعية. وساهم ذلك في تعزيز هيمنة النخبة السياسية والمحسوبية المتجذرة. إضافة إلى ذلك، ساهمت الإصلاحات النيوليبرالية في بعض البلدان العربية في إنشاء قطاع منظمات غير حكومية ممولة خارجياً للتعويض عن نقص حماية الدولة. وصحيح أن المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية يسدان فجوات مهمة، غير أن تحويل الأدوار للمنظمات غير الحكومية يُعفي الدولة من التزاماتها ويمكن أن يؤدي إلى مزيد من التفكك وإضعاف أنظمة الحماية الاجتماعية. وهذا ما حصل في لبنان حيث في غياب حماية الدولة، تقدّم المنظمات غير الحكومية مستويات مختلفة من الخدمات الصحية، سواء من خلال المستشفيات الخيرية أو مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تشكّل جزءاً من شبكة وزارة الصحة العامة.

الحماية الاجتماعية عنصر أساسي من عناصر الحق في الصحة

تتمثّل إحدى العواقب الرئيسية للسياسات النيوليبرالية في إضعاف أنظمة الحماية الاجتماعية التي يتمثّل دورها في حماية العقّال وكذلك الفئات الفقيرة والمستضعفة من الصدمات غير المتوقعة. فالحماية الاجتماعية هي حق من حقوق الإنسان وتشمل الرعاية الصحية وإجازة الأمومة والبطالة والمرض والإعاقة والضمان الاجتماعي في الشيخوخة. وبما أن أسواق العمل في الكثير من البلدان العربية تتخذ طابعاً غير نظامي، هناك نسبة كبيرة من العقّال، بمن فيهم اللاجئين والمهاجرين العاملين في البناء والزراعة والخدمة المنزلية، لا تحصل على مزايا الصحة والضمان الاجتماعي. وتشير النسبة المرتفعة للعمل غير النظامي إلى أن أكثر من نصف السكان في المغرب وموريتانيا والسودان واليمن ولبنان وحتى المملكة العربية السعودية لا يتمتعون بالحماية الاجتماعية الكافية (Aita 2016). والوضع ليس أفضل في البلدان التي اعتمدت أنظمة الرعاية والخدمات الصحية العامة المجانية منذ الستينيات. ففي مصر، تشير الدلائل إلى أن الفقراء هم الأقل استفادة من خدمات الصحة العامة بينما الأثرياء هم الأكثر استفادة (El-Agati 2013). وفي سوريا، كانت إمكانية حصول النساء الريفيات المهمشات على خدمات صحة الأم والطفل منخفضة في العام 2000 حتّى أنّها انخفضت أكثر في العام 2009 قُبيل الثورة السورية بفترة وجيزة وبروز الدولة الإسلامية (Abdulrahim & Bousmah 2019). تُبيّن هذه الأمثلة أن الدول العربية لم تتمكّن من توفير خدمات الرعاية الصحية الملأمة، ناهيك عن تحقيق الحق في الصحة بمعناه الكامل.

تصف الورقة المواضيعية، التي أعدها كل من رنا جواد وولاء طلعت، آليات الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بشكل دقيق، وتركّز على الحماية الصحية الاجتماعية التي تُعرّف على أنّها: "سلسلة من التدابير العامة، أو التدابير الخاصة المنظمة والمفوّضة في القطاع العام، لمعالجة الضائقة الاجتماعية والخسارة الاقتصادية الناجمة عن انخفاض الإنتاجية أو وقف المكاسب أو انخفاضها، أو تكلفة العلاج الضروري، التي تؤدي إلى اعتلال الصحة (ILO 2008)". وتشير الكاتبان إلى أن إنفاق المنطقة على الحماية الاجتماعية (4.6%) هو أدنى بكثير من المتوسط العالمي (12.9%)، وهو ما يوازي الفرق في النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، كما هو موضح في الشكل 1. إضافة إلى ذلك، يستفيد 39.5% فقط من السكان العرب من أي شكل من أشكال التغطية الصحية مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 66%. وإلى جانب الإيرادات الضريبية المنخفضة، تعكس الاستثمارات

المحدودة في الحماية الصحيّة الاجتماعيّة أيضًا: 1) ضعف العقود الاجتماعيّة، وفي بعض الحالات غياب مساءلة الحكومة تجاه المواطنين؛ 2) الاعتماد على البرامج القائمة على الاشتراكات في حين أنّ نسبة كبيرة من السكان العرب يعملون في الاقتصاد غير النظامي؛ و3) نهجًا سلطويًا لمنح الحماية عن طريق الهيكليات الاجتماعيّة التقليديّة (مثل المؤسسات الدينيّة أو القبليّة أو النخبة السياسيّة أو أفراد العائلة المالكة) بدلًا من الدولة.

سلّط الضوء على نهج "النوميراتيّة" و"المحسوبيّات" حيال الحماية الاجتماعيّة في الوثائق الوطنيّة المتعلقة بموريتانيا والأردن ولبنان. ففي موريتانيا، بما أنّ الدولة غير قادرة على توفير الحماية لجميع مواطنيها نظرًا للموارد المحدودة، ما زالت القرابة القبليّة تُطبّق كشكل من أشكال التأمين الاجتماعي. أما في الأردن ولبنان، وهما البلدان اللذان ينفقان أعلى نسبة من إجمالي ناتجهما المحلي على الصّحة في المنطقة، فمن الشائع أن يطلب المواطنون الخدمات الصحيّة من النخبة السياسيّة. مثلاً، للحصول على العلاج الباهظ للأمراض المزمنة مثل السرطان، يتعيّن على المواطنين الأردنيين الذين لا يستفيدون من أيّ تغطية صحيّة تقديم طلب إلى الديوان الملكي لإعفائهم من دفع التكاليف، وهو مطلب يتعارض بشكل واضح مع مبدأ الصّحة كحق من حقوق الإنسان وليس خدمة. وكُتِبَ الكثير عن استغلال الخدمات الصحيّة من خلال المراكز الصحيّة الطائفيّة والمسيّسة في لبنان لحشد الولاء لصالح الأحزاب السياسيّة (Cammett 2015). فمناشدة النخبة القبليّة أو الملكيّة أو الطائفيّة، وإن كانت ضروريّة لنجاة الفقراء والأشخاص الذين يفتقرون إلى الحماية الاجتماعيّة، تحدّ من الحقوق وتقوّي سلطة "مرتكبي العنف الهيكلي" (Cammett 2015, p. S76).

الحق في الصّحة في حقبة ما بعد الجائحة

ضربت جائحة كوفيد-19 المنطقة العربيّة بعد عقد من تدابير التقشف حيث قدّمت دول عربيّة كثيرة القليل من الحماية الاجتماعيّة، إن توفّرت، لسكانها (ILO 2021). وبعد وقت قصير على تفشي كوفيد-19 في أواخر شهر آذار/مارس وفي شهر نيسان/أبريل من العام 2020، بدأت تتجلى الأدلّة على التأثير غير المنصف للفيروس القاتل على مختلف فئات المجتمع في البلدان الغنيّة. ولم تُحدّد قابلية التضرّر والمضاعفات الشديدة بالعمر والمخاطر البيولوجيّة فحسب، بل ارتبطت أيضًا بالتفاوتات القائمة مسبقًا على المستويات الاجتماعيّة والاقتصاديّة وحالة المهاجرين والعرق/الإثنيّة، ما أدّى إلى طرح أسئلة متعلّقة بالصلة بين الحق في الصّحة وقابليّة التضرّر في مواجهة أزمة صحيّة غير متوقّعة. في الورقة المواضيعيّة حول كوفيد-19 التي أعدها فرح الشامي، تُستخدَم البيانات والأدلّة المحدودة المتوفّرة عن المنطقة لتسليط الضوء على نقاط الضعف الأساسيّة في أنظمة الحماية الاجتماعيّة والصحيّة وكيف أدّت إلى تفاقم تأثير كوفيد-19 في الكثير من البلدان العربيّة، وكيف أدّت الجائحة بدورها إلى ازدياد التفاوتات. في الواقع، ازدادت معدلات البطالة والفقر في المنطقة وازداد التفاوت في الثروات بعد الجائحة. على سبيل المثال، أصبح أصحاب الملايين في المنطقة أكثر ثراءً في العام 2020 مقارنةً بالعام 2019، بينما شهد الأفراد العاديون انخفاضًا كبيرًا في ثرواتهم خلال الفترة نفسها (UNESCWA 2020). وفي ما يتعلّق بالصّحة، كشفت الجائحة عن أوجه قصور قائمة أصلًا في تمويل الأنظمة الصحيّة والمعدات والقوى العاملة، كما سلّطت الضوء على أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحيّة وجودتها في البلدان العربيّة (Hasan 2021).

تُعتبر فترة كوفيد-19 بمثابة مثال توضيحي للتأثيرات السلبية لخصخصة النظام الصحي والسياسات النيوليبرالية على الحق في الصحة في زمن الأزمات. تُشير الورقة المواضيعية الخاصة بكوفيد-19 كما الكثير من الوثائق الوطنية (على سبيل المثال، مصر والأردن) إلى أن قطاع الرعاية الصحية الخاص، الذي كان يزدهر على حساب القطاع العام، امتنع عن استقبال مرضى كوفيد-19 في بداية الجائحة. ومع استمرار تفشي الجائحة، بدأت المستشفيات الخاصة تستقبل مرضى كوفيد-19 ولكن مقابل تكلفة عالية، ما يعني أن المستشفيات الحكومية استمرت في تحقّل العبء الأكبر الناجم عن الجائحة. وتسبب هذا الوضع في زيادة ترسيخ مفهوم المحسوبية الصحية إذ تمكّن الأشخاص الذين لديهم شبكة علاقات نافذة من الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها، بينما كان على بقية السكان الانتظار أو دفع رشوة للحصول على الخدمات الصحية التي يمولها القطاع العام. وكما هو الحال في البلدان الأخرى، أثر فيروس كوفيد-19 على العاملين في مجال الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية في المنطقة العربية، ولا سيّما العاملين في القطاع العام، ما أدّى إلى تسريع انتقالهم إلى القطاع الخاص داخل البلد نفسه. إضافة إلى ذلك، توضح أزمة كوفيد-19 نفوذ شركات تصنيع الأدوية في تحديد الوصول إلى الحق في الصحة. اعتبر تطوير لقاح كوفيد-19 أحد أسرع الإنجازات العلمية في العصر الحديث، إنما تُشير فرح الشامي إلى أن الشركات الصيدلانية في الواقع أبطأت إنتاج اللقاح ومنعت البلدان الأخرى من تطوير البدائل. ولم يقتصر نفوذ شركات الأدوية الدولية أثناء الجائحة على التحكم بكلفة فحوصات الـ PCR واللقاحات بل كانت أحد الأسباب الرئيسية وراء ارتفاع أسعار الأدوية الأساسية.

رغم اعتبار استجابة الحكومات لأزمة كوفيد-19 على أنها منسقة ودينامية وفعّالة في بعض البلدان التي يتناولها هذا التقرير مثل المغرب وتونس وموريتانيا، إلا أنها انتقدت أيضًا بسبب عدم الانساق وسوء الإدارة في بلدان أخرى (على سبيل المثال، مصر والعراق واليمن). أما فلسطين فواجهت تحديات كبيرة في مكافحة الجائحة بسبب تداخل العوامل السياسية وتلك المرتبطة بالنظام الصحي، وأهمها ممانعة إسرائيل في توزيع اللقاح في الأراضي المحتلة. بشكل عام، خضعت إجراءات احتواء تفشي الفيروس في معظم البلدان العربية للقرارات العسكرية وكانت غير مناسبة لأزمة صحية بهذا الحجم. وتُظهر البيانات المقدّمة في ورقة كوفيد-19 - أن قرارات الإغلاق الشامل أو الجزئي في تونس ومصر ولبنان والأردن تزامنت مع الأحداث الاجتماعية والسياسية بدلاً من تضاؤل تفشي فيروس كورونا.

أثر الحرب والاحتلال والنزوح على الحق في الصحة

منذ الحرب العالمية الثانية، شهدت المنطقة العربية حروبًا واسعة النطاق ونزوحًا سكانيًا، بدءًا من النكبة الفلسطينية في العام 1948 وتشريد مئات الآلاف من الفلسطينيين بعد قيام دولة إسرائيل. وفي العقود التي أعقبت إنهاء الاستعمار وإنشاء الدول العربية، ساهمت الطبيعة العرقية والطائفية المتزايدة للنزاعات في المنطقة في ارتفاع هائل في عدد السكان النازحين قسرًا داخل حدود الدول وعبرها (Yahya 2015). وجاءت هذه الزيادة ضمن سياق لم يُبدل فيه سوى القليل من الجهود الجادة، إن بُذلت، لوضع هياكل حوكمة وطنية أو إقليمية لحماية النازحين. وفي الآونة الأخيرة، أدّت الحروب في العراق وسوريا إلى عواقب وخيمة في المنطقة واستنزاف الموارد وزيادة الطائفية ونزوح الملايين والتأثير سلبيًا على صحة السكان. في لحظة إعداد هذه الورقة، أدّت المحادثات بين الأطراف المتنازعة في اليمن، البلد الذي دمّرت أكثر من ثماني سنوات من النزاع، إلى هدوء نسبي، وسمحت بتزويد السكان النازحين داخليًا بالموارد الصحية الأساسية (مثل الوقود والغذاء).

وفي الوقت نفسه تقريباً في شهر نيسان/أبريل من العام 2023، اندلعت حرب أهلية في السودان كان يمكن أن تتحول إلى واحدة من أشد الأزمات الإنسانية في العالم. فمئات الآلاف من السودانيين، الذين كانوا يستضيفون سابقاً لاجئين من جنوب السودان وإثيوبيا، باتوا نازحين داخلياً أو فرّوا إلى تشاد ومصر بحثاً عن الأمان والغذاء والماء والمأوى. أما لبنان، الذي شهد حرباً أهلية دامية بين عامي 1975 و1990، والأردن، فيستضيفان أعداداً كبيرة من اللاجئين السوريين. وأخيراً، أصبحت البلدان العربية في شمال أفريقيا، ولا سيما ليبيا، أرضاً خصبة لشبكات التهريب التي تعتمد على يأس السكان من أفريقيا جنوب الصحراء وسوريا وأفغانستان. وأدت الأعداد الكبيرة من النازحين قسراً في الدول العربية المضيفة، التي تعاني من الأزمات الاقتصادية والاضطرابات السياسية، إلى ضغوط هائلة على الموارد والبنية التحتية والأنظمة الصحية. وأدت أيضاً إلى إثارة القلق الوطني وأطلقت العنان لخطاب عنصري يفقد اللاجئين صفتهم الإنسانية ويلقي باللوم عليهم في الإخفاقات الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها الدول المضيفة لهم.

ركّز التقرير على مسألة التأثير السلبي للحرب والاستعمار على المدنيين وآفاق تحقيق الحق في الصحة، وخصوصاً وثائق السودان واليمن وفلسطين وسوريا والعراق. وصّرح عدد من الخبراء الذين استشارتهم داليا حزام وعبير شايف أثناء إعداد الورقة الوطنية عن أن الحرب في اليمن بددت كل التطلعات لتحقيق الحق في الصحة. في الواقع، أدى النزاع في اليمن إلى تدمير البنى التحتية للمياه والصرف الصحي وانعدام الأمن الغذائي وإنقطاع الخدمات الصحية وتفشي الأمراض المعدية مثل الكوليرا. والأهم من ذلك أن الحرب الأهلية قسمت النظام الصحي إلى نظام تقوده السعودية من جهة ونظام بقيادة الحوثيين من جهة أخرى، ناهيك عن النظام الإنساني الذي يعتمد عليه 80% من سكان اليمن للحصول على المساعدات والحماية الاجتماعية. تبرز أيضاً الأنظمة الصحية المنقسمة أو المزدوجة في سوريا، حيث تعمل الأنظمة الحكومية وغير الحكومية المتوازية بشكل مستقل، وكذلك في فلسطين بسبب الانقسام السياسي بين فتح في الضفة الغربية وحماس في قطاع غزة.

أدى قيام سلطتين فلسطينيتين منقسمتين، كما ورد في ورقة فلسطين من إعداد علي شعار، إلى تفكيك نظام الرعاية الصحية وتدهور جودة الخدمة. وأصبح ضعف النظام ملموساً بشكل خاص في غزة بعد أن توقفت السلطة الوطنية الفلسطينية في الضفة الغربية عن دفع رواتب العاملين في مجال الرعاية الصحية في قطاع غزة، ما أعاق تقديم الخدمات وزاد من معاناة السكان. وعلى الرغم من تداعيات الانقسام بين الضفة الغربية وغزة على معيشة الفلسطينيين وصحتهم، يشكّل الاحتلال الإسرائيلي التهديد الرئيسي أمام إحقاق الحق في الصحة في فلسطين. ففي سياق الاستعمار الإسرائيلي المستمر، يعيش الفلسطينيون إما كمواطنين من الدرجة الثانية على أرضهم في فلسطين التاريخية، تحت حصار جوي وبحري وبري في غزة، أو في كاتنونات منفصلة في القدس والضفة الغربية محاطة بجدار فصل عنصري ومفصولة بنقاط تفتيش. فبات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ناهيك عن الحق في الصحة، مستحيلًا على الفلسطينيين في ظل هذه الظروف.

وتحتوي الورقة التي أعدها منتظر حسن على وصف دقيق لتأثير تاريخ العراق الطويل من الحرب والنزاع العنيف على الحق في الصحة. قُتل أو جرح ملايين العراقيين خلال الحرب العراقية - الإيرانية التي استمرت 8 سنوات في الثمانينيات وحرب الخليج الأولى في التسعينيات والعقوبات الاقتصادية (2003-2011) وغزو واحتلال الولايات

المتحدة. وبالإضافة إلى الوفيات والإعاقة ونزوح السكان، تسببت الحروب المتعددة في العراق في فرار أعداد كبيرة من القوى العاملة الصحية في البلد، وتدمير ما كان يُعتبر أحد أقوى الأنظمة الصحية في المنطقة، وتسارع النواتج الصحية المرتبطة بالفقر مثل وفيات الرضع والأمراض المعدية. وكذلك في سوريا، أدى النزاع المسلح إلى التدمير الكامل للنظام الصحي الذي كان له تأثير هائل على النتائج الصحية. ولم تسلم استراتيجيات الصراع المباشر التي اعتمدتها الأطراف المتحاربة - النظام السوري والمليشيات على حد سواء - المدنيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية وأدت إلى انتهاكات جسيمة لحقوق الإنسان. وبما أن كل طرف متحارب مدعوماً من طرف فاعل إقليمي أو دولي، فإن ذلك يعقد احتمالية إنهاء النزاع ومحاسبة المنتهكين. فالحروب والعقوبات تؤدي إلى اقتصادات جديدة وتُسبب ضرراً لا يمكن إصلاحه في النظام الاجتماعي في البلد، وتقضي على الإنجازات السابقة نحو إحقاق الحق في الصحة. في العراق، كما في سوريا، تستمر البنية التحتية تلقائياً، حتى عندما ينحسر العنف المباشر، وتؤدي إلى تطبيع الممارسات الاجتماعية التي تؤثر بشكل مباشر على الصحة، مثل دفع الرشوة مقابل الخدمات الصحية في القطاع العام. وفي البلدان العربية التي تمرّ بها الحرب (سوريا والعراق واليمن)، يتجلى تطبيع الكثير من أشكال العنف الممارس على الفتيات والنساء في زيادة ظاهرة الزواج المبكر وتراجع نواتج صحة الأم والصحة الإنجابية وصحة الطفل.

تؤثر الحرب أيضاً على البلدان التي تستضيف الفارين من العنف. فلبنان والأردن يستضيفان النسبة الأكبر من السوريين النازحين قسراً لكل فرد، كما استضاف البلدان أعداداً كبيرة من اللاجئين الفلسطينيين منذ العام 1948. وتجدر الإشارة إلى أن الخدمات الصحية تُقدّم للاجئين السوريين من خلال آليات التنسيق بين وزارات الصحة الوطنية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR). وعلى الرغم من أن المفوضية ومنظمات الإغاثة الدولية الأخرى تعتمد دمج الخدمات التعليمية والصحية للاجئين ضمن القطاع العام في الدولة المضيفة، إلا أن هذا النهج قد شكّل ضغطاً هائلاً على البنية التحتية المنهكة أصلاً والتي تعاني من ضعف التمويل في لبنان والأردن. سمح الاندماج للسوريين بالوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية المدعومة في القطاع العام، غير أن الحواجز المالية وغيرها من الحواجز تُعيق وصولهم إلى الخدمات الثانوية والثالثية مثل علاج الأمراض المزمنة (Akik et al. 2019). لكن، في بعض الحالات، ساهمت المساعدات الدولية للاجئين في تفادي الانهيار المالي للمؤسسات التابعة للقطاع العام. على سبيل المثال، تولّت اللجنة الدولية للصليب الأحمر إدارة مستشفى رفيق الحريري الحكومي وتمويله في لبنان منذ العام 2016. ويقدم هذا المستشفى، الذي عانى تاريخياً من مشاكل مالية مزمنة، خدماته حالياً للاجئين والمواطنين اللبنانيين ذوي الدخل المحدود على حد سواء.

تغيّر المناخ

يشكّل تغيّر المناخ تهديداً وجودياً في المنطقة العربية ويؤثر على المواطنين وغير المواطنين. فنتيجة لتغيّر المناخ، تشهد المنطقة انخفاضاً في موارد المياه والغذاء (El-Zein et al. 2014)، وهو واقع سيؤثر حتماً على صحة الأجيال القادمة. وتجدر الإشارة إلى أن ستة بلدان فقط من أصل 22 بلداً عربياً لم تُصنّف على أنها تعاني من الإجهاد المائي قبل عقد من الزمن، كما أن التوقعات بشأن ندرة المياه وانعدام الأمن الغذائي في المنطقة أصبحت أكثر تشاؤماً منذ ذلك الحين. سيؤدي انعدام الأمن الغذائي في البلدان العربية ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى خفض التنوع الغذائي وتغيير أنماط استهلاك الغذاء والتأثير على الوضع الصحي للسكان

(El-Zein et al. 2014). هناك فرضيات تقول إن تغيّر المناخ والجفاف يساهمان في النزوح الداخلي والتنافس على الأراضي والموارد المائية، إذ يقدّم الصراع بين الأعراق في دارفور في السودان والحرب الأهلية في سوريا دراسات نموذجية تحليلية مهمة في هذا الصدد (Selby et al. 2017). وبسبب تغيّر المناخ والجفاف، وصل انعدام الأمن الغذائي إلى مستويات قياسية في موريتانيا وفقاً لمسح الظروف المعيشية لعامي 2019-2020. ونتيجة لذلك، يهاجر الموريتانيون من المناطق الريفية إلى العاصمة بحثاً عن سبل العيش، ما يزيد الضغط على البنية التحتية الحضرية والخدمات الصحية. وفي السودان، من المتوقع أن يؤدي تغيّر المناخ إلى تغيير أنماط الأمراض المعدية وغير المعدية ويشكل تهديداً خطيراً للحق في الصحة.

وحتى البلدان العربية التي كانت تتمتع بالأمن المائي نسبياً حتى الماضي القريب باتت تُعاني حالياً من آثار تغيّر المناخ والاحترار العالمي. أدى انخفاض منسوب المياه في نهري العراق الرئيسيين (دجلة والفرات)، بسبب درجات الحرارة المرتفعة بالإضافة إلى بناء السدود من قبل تركيا وإيران، إلى تدهور جودة المياه وانخفاض الوصول إلى مياه الشرب لنسبة كبيرة من العراقيين. في العراق، كما في تونس ولبنان، تؤدي خصخصة المياه إلى زيادة عدم المساواة إذ يمكن للأثرياء شراء مياه الشرب الآمنة بينما يستهلك الفقراء المياه الملوثة ويتعرّضون لخطر الإصابة بالأمراض المعدية التي تنقلها المياه مثل الكوليرا. وفي سياق تغيّر المناخ أيضاً، شهد كلٌّ من تونس ولبنان في السنوات الأخيرة حرائق عدة في الغابات، دُمّرت الأراضي الصالحة للزراعة وهدّدت سبل عيش المواطنين. في العراق، تسبّب ارتفاع درجات الحرارة والجفاف بالكثير من العواصف الرملية في ربيع العام 2022 بالإضافة إلى تفشي أمراض الجهاز التنفسي. وأدت الحرائق في لبنان وندرة المياه والطاقة في العراق إلى تصاعد غضب المواطنين تجاه عجز الحكومات وساهمت في اندلاع الثورات في البلدين في العام 2019.

وتجدر الإشارة إلى أن الحرارة الشديدة، وهي نتيجة لمشكلة تغيّر المناخ الأكبر، تُهدّد سبل عيش السكان في المنطقة العربية وصحتهم، وهي محور دراسة الحالة حول المناخ والهجرة والصحة في الكويت التي أعدها براك الأحمد. فتأثير الحرارة الشديدة على صحة العمال المهاجرين في منطقة الخليج بات موضوع اهتمام الباحثين وجماعات حقوق الإنسان خلال التحضير لكأس العالم 2022 الذي استضافته قطر. تستضيف بلدان الخليج ذات الدخل المرتفع أعداداً كبيرة من اليد العاملة من آسيا وأفريقيا، ويتمّ توظيفهم من خلال نظام الكفالة السيئ الذي يحرّمهم من الحماية العقالية أو اللجوء إلى القانون في حالات الاستغلال. ويتعرّض العمال المهاجرون الذكور الذين يعملون في البناء والزراعة للحرارة الشديدة لساعات طويلة. كذلك، كشفت الأبحاث في النيبال عن وباء مرض الكلى المزمن بين عمال البناء النيباليين العائدين الذين بنوا ملاعب الفيفا. تتناول دراسة الحالة الرابط بين التعرّض للحرارة وصحة العمال المهاجرين في بلدٍ حيث تُلامس درجات الحرارة 50 درجة مئوية في الصيف. ويقدم المؤلف، استناداً إلى سيناريوهات مختلفة لتأثير ارتفاع عدد أيام الحرارة الشديدة لكلّ عقد على صحة السكان، نظرةً متشائمة ولا سيما في ما يتعلق بالعمال المهاجرين الذين ستتأثر صحتهم بالضغوط الاجتماعية والاقتصادية والتعرّض للحرارة. وتطرح دراسة الحالة خلاصة نقدية للسياسات التشغيلية الحالية (أي مجرد حظر العمل لبضع ساعات في منتصف النهار خلال أشهر الصيف) التي لا تأخذ في الاعتبار الأدلة العلمية الناشئة حول معايير الحرارة. وبدلاً من ذلك، تدعو إلى المساءلة والسياسات القائمة على المساواة للتخفيف من ضرر التعرّض للحرارة على العمال المهاجرين.

مسائل أساسية أخرى تؤثر على الحق في الصحة في المنطقة العربية

على الرغم من المعلومات الغنيّة الواردة في وثائق التقرير ودراسة الحالة، لم يتم التطرّق بشكل كافٍ إلى بعض المسائل الأساسية التي تُعتبر ضروريّة في سياق الحق في الصحة في المنطقة العربيّة. وهذه المسائل هي التالية: ندرة البيانات المتاحة لتقييم حالة الحق في الصحة ورصد التقدّم المُحرَز في هذا المجال؛ وعدم المساواة بين الجنسين؛ وإهمال الصحة النفسيّة؛ وأخيرًا مناقشة مسؤوليّة الدولة تجاه صحّة الأفراد من غير المواطنين.

المسألة الأولى التي يجب مناقشتها في هذا القسم هي التحدي الذي واجهه معظم المؤلفين في إعداد الوثائق الوطنيّة بسبب محدوديّة البيانات المتاحة. انطلاقًا من اعتبار المساواة والمساءلة ركيزّة للحق في الصحة لناحية العدالة الاجتماعية، اتّبع مؤلفو الوثائق الوطنيّة منهجيّة تقوم على جمع وتوليف المؤشرات المتعلقة بالخدمات والموارد الصحيّة ودراسة ما إذا كانت هذه الأخيرة تُقدّم لفئات المجتمع كافة بشكل منصف ومن خلال نظام متكامل وخاضع للمساءلة. ولكن، كان من الواضح أثناء إعداد الوثائق الوطنيّة ومراجعتها، أن توافر البيانات يشكل تحديًا كبيرًا لتقييم مدى تحقيق الحق في الصحة في البلد المعني. في بعض الحالات، كانت البيانات المنشورة في التقارير الوطنيّة قديمة. وفي حالات أخرى، لم تكن متاحة بصيغة تسمح بتصنيف المعلومات بحسب النوع الاجتماعي والمنطقة وغير ذلك من المؤشرات الاجتماعيّة والاقتصاديّة الضروريّة لتقييم المساواة. واستُخرج جزء كبير من البيانات من التقارير الحكوميّة أو ارتكز على البيانات الوطنيّة التي جُمعت من خلال الدراسات الاستقصائيّة الديمغرافيّة والصحيّة (DHS, USAID) أو الدراسات الاستقصائيّة العنقوديّة المتعدّدة المؤشرات (MICS, UNICEF). وفي حين أنّ البيانات حول نفقات الرعاية الصحيّة والقوى العاملة التي قدّمتها الحكومات كانت حديثة، لكن البيانات الخاصة بالوصول إلى الرعاية الصحيّة أو النواتج الصحيّة من الدراسات الاستقصائيّة الوطنيّة الخاصة بالأسر المعيشيّة كانت قديمة في بعض الحالات. على سبيل المثال، تعود أحدث تقارير الدراسات الاستقصائيّة الوطنيّة الخاصة بالأسر المعيشيّة إلى عاميّ 2018-2019 وهي متاحة فقط للعراق والأردن وفلسطين وتونس والجزائر. أما بيانات مؤشرات صحّة الأم والطفل الهامة المقدّمة في وثيقتيّ مصر والسودان، على سبيل المثال، فتعود للعام 2014. وهناك بيانات أقدم في بلدان أخرى، وبالتالي لا تعكس تأثير التغييرات الاقتصاديّة والسياسيّة الأخيرة على صحّة السكان، ناهيك عن تأثير كوفيد - 19.

إنّ عدم توفّر بيانات موثوقة وحديثة يفرض قيودًا جدّيّة تحوّل دون رصد التقدّم المحرز في الحق في الصحة. وزادت التحديات التي فرضتها ندرة البيانات في المنطقة وشرذمة أنظمة البيانات بسبب خصخصة نظام الرعاية الصحيّة خلال الأسابيع القليلة الأولى من جائحة كوفيد - 19 عندما كان الوصول إلى البيانات الصحيّة في الوقت الحقيقي أمرًا بالغ الأهميّة للاستجابة للجائحة. يعود سبب عدم توفر البيانات في الكثير من البلدان العربيّة في بعض الحالات إلى الموارد المحدودة، ولكن أيضًا إلى غياب الإرادة السياسيّة. وتُعد الدعوة إلى الوصول إلى البيانات المفتوحة خطوة أولى وحاسمة نحو رصد التقدّم المُحرَز ومساءلة الحكومات.

أمّا المساواة بين الجنسين فهي مسألة أخرى تطرقت إليها وثائق وطنيّة كثيرة، لكنّها تستحق أن يُسلّط الضوء عليها بشكل أكبر كعنصر أساسي في الحق في الصحة. على الرغم من التقدّم المحرز في سد الفجوة بين الجنسين في التحصيل

العلمي في الكثير من البلدان العربية، تواجه النساء والفتيات في المنطقة تحديات كبيرة تؤثر بشكل مباشر على صحتهن ورفاههن. فلم تؤدّ التحسينات في تعليم المرأة العربية إلى تعزيز نسبة مشاركتها في سوق العمل، وهي النسبة الأدنى على مستوى العالم - 18.4% مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 48%. ونتيجةً لذلك، ما زالت النساء العربيات عرضة للفقير والتبعيّة، كما يحدّ ذلك من وصولهن إلى الرعاية الصحيّة وغيرها من أشكال الحماية الاجتماعيّة التي يمكن الحصول عليها من خلال العمل، مثل معاشات التقاعد. وتكسب النساء العاملات أجورًا أدنى مقارنةً بأجور الرجال في القطاع نفسه ولا تحصل على إجازات كافية لرعاية الأسرة (UNESCWA 2019). توفر مصر والعراق والكويت وسوريا فقط إجازة أمومة تتوافق مع التوصيات الدوليّة. من جهة أخرى، تتحمل المرأة العربية أعباء الرعاية داخل الأسرة النواة والممتدة، بما في ذلك رعاية كبار السن وأفراد الأسرة الذين يعانون من إعاقة في ظلّ قلة خدمات الدعم الرسمية.

هناك مجموعة من المعايير الذكورية والتركيبات الاجتماعيّة والقوانين التي تُعيق وصول النساء والفتيات العربيات إلى أعلى مستوى من الصحة. فلا تتمتع الغالبية العظمى من النساء في المنطقة العربية بالحق في الإجهاض أو الطلاق أو حضانة الأطفال. وفي بلدان كثيرة، تخضع قرارات المرأة وأفعالها لوليّ أمرها. استثمرت بعض بلدان المنطقة في تعميم مراعاة منظور النوع الاجتماعي في السياسات الوطنية والميزانيات والتقييم القائم على البيانات، ومن المتوقع أن يعزّز ذلك قدرتها على تقييم التقدّم المحرز في المساواة بين الجنسين وتحقيق أهداف التنمية المستدامة والحق في الصحة لجميع النساء والرجال. في المقابل، تعيش ملايين النساء العربيات في بلدان حيث يتأثرنّ بأشكال متعدّدة من العنف الهيكلي بالإضافة إلى النظام الذكوري، مثل الفقر والحرب والنزوح. فالنساء في البلدان الفقيرة والمتأثرة بالحروب كجزر القمر وموريتانيا والصومال والسودان واليمن يُعانين من أعلى معدّلات وفيات الأمهات في المنطقة وبعض أعلى معدّلات الوفيات في العالم (WB 2023). في هذا التقرير، تسلّط الورقة الوطنية الخاصة باليمن والورقة الوطنية الخاصة بالسودان الضوء على تأثير ممارستين، وهما الزواج المبكر وختان الإناث على التوالي، على وضع النساء والفتيات وصحتهن في البلدين. يزداد الزواج المبكر، الذي يؤثر في الغالب على الفتيات في الأسر الفقيرة، في أثناء الحرب وفي حالات النزوح بسبب انعدام الأمن والخوف من العنف الجنسي. ويتداخل الزواج المبكر وغيره من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي مع تأنيث الفقر في الكثير من البلدان العربية وينتج عن إهمال الدولة وعدم تعميم مراعاة النوع الاجتماعي في السياسات الوطنيّة. في تونس، تقدّم المنظمات غير الحكوميّة الخدمات للناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي، ومعظمهن من النساء الفقيرات، لأنّ القطاع العام لا يخصّص موارد مالية لهذه المسائل. وفي سياق المنطقة العربيّة، من المهمّ أن يُشدّد نشاط المجتمع المدني على أنّه لا يمكن إحقاق الحق في الصحة إلّا من خلال جهود المناصرة التي تركز على الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة الذي يدعو إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كلّ النساء والفتيات.

تناولت وثائق وطنيّة عديدة في التقرير مسألة الصحة النفسيّة باعتبارها عنصرًا أساسيًا للصحة العامة والرفاه. سلط مؤلفو وثيقتي المغرب والسودان الضوء على أوجه القصور في النظام الصحي، إذ إنّ خدمات الصحة النفسيّة تعتمد على المستشفيات وتتركز في المناطق الحضرية والمحافظات الأكثر ثراءً، كما أوصوا بإعادة هيكلة النظام الصحي لتلبية احتياجات السكان الخاصة بالصحة النفسيّة. وأشار مؤلفو وثائق موريتانيا والأردن والعراق إلى أنّ معالجة الصحة النفسيّة أصبحت

حاجة ملحة في هذه البلدان وشددوا على وجه التحديد على الارتفاع غير المسبوق في تعاطي المخدرات بين الشباب. وحددوا الكثير من التحديات أمام الاستجابة السياساتية المدروسة للصحة النفسية، بما في ذلك الوصمة وعدم كفاية الموارد المالية والمهنية والافتقار إلى التنفيذ حتى في حال تم وضع استراتيجيات خاصة بالصحة النفسية. تُحدد الصحة النفسية من خلال عوامل اجتماعية واقتصادية وسياسية مثل ارتفاع معدلات بطالة الشباب والنظرة التشاؤمية حيال المشاركة السياسية. بالتالي، فإن أي نهج للدفاع عن الحق في الصحة، إذا كان يتضمن الصحة النفسية كركيزة أساسية، يجب أن يشمل الحقوق الأساسية الأخرى، مثل الحق في العمل والمشاركة في الحياة العامة.

أخيراً، على الرغم من أن بعض الوثائق الوطنية الواردة في التقرير (مثلاً: السودان واليمن ولبنان والأردن) أوضحت تأثير استضافة أعداد كبيرة من النازحين واللاجئين على أداء النظام الصحي للبلد، كما سلّطت دراسة تغيير المناخ الضوء على محنة العمّال المهاجرين في الكويت، لا بدّ من إيلاء المزيد من الاهتمام لمناقشة الحق في الصحة للاجئين والعمّال المهاجرين وغيرهم من الأفراد الذين لهم الحق في أن يكونوا مواطنين مثل الأبناء من أمهات مواطنات وآباء غير مواطنين. بحسب إعلان ألما-آتا والمعاهدات الدولية الأخرى، تقع مسؤولية تحقيق الحق في الصحة على حكومات الدول. من هنا، تُطرح أسئلة مهمة حول تحديد الجهة المسؤولة عن ضمان الحق الشامل في الصحة لجميع الأفراد ضمن الأراضي الوطنية، بغض النظر عن جنسيتهم. وتُعتبر دراسة الحق في الصحة في المنطقة العربية محدودة للغاية إذا ركزت على إحقاق هذا الحق للمواطنين فقط، وتجاهلت حقوق اللاجئين والعمّال المهاجرين وغيرهم ممن حرّموا من حقوق المواطنة بسبب السياسات التمييزية السلطوية. وفي منطقة حيث لم توقع معظم الدول على اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين (الملحق ج)، تُعتبر المناقشات حول دمج اللاجئين في البلدان المضيفة ومنحهم كامل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية من المُحرّمات. تُصرّ الدول المضيفة للاجئين، مثل لبنان والأردن، على أن مسؤولية توفير الحماية والخدمات للاجئين تقع على عاتق المجتمع الدولي حصراً الذي تمثله المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وكيانات الأمم المتحدة الأخرى. وعلى الرغم من أن نظام الكفالة ينتهك المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان ويستبعد العمال المهاجرين من تدابير الحماية العمالية، إنما أثبت أنه يصمد في مواجهة الحملات المتعددة التي تبذلها جماعات حقوق الإنسان المحلية والدولية بهدف إلغائه.

بالتالي، وعلى الرغم من أن الحق في الصحة هو جزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان الأخرى، ربما يرى الناشطون في مجال الصحة أنه من الإستراتيجي على المدى القصير التركيز على الصحة فحسب، ولكن في إطارها كحق شامل بدلاً من اعتبارها حقاً من حقوق المواطنة. في هذا الصدد، قدّم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط الدعم للدول لدمج خدمات اللاجئين والمهاجرين في أنظمتها الصحية الوطنية. وعقد المكتب مؤخراً اجتماعاً لمراجعة المبادرات وإلقاء الضوء على الممارسات الجيدة. وهذه خطوة أولى مهمة. ولكن، بما أن أحد أهداف تقرير الرائد العربي للعام 2023 هو تحويل الخطاب في المنطقة عن الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية فحسب، يجب التأكيد على أن الصحة ليست مجرد خدمة بل هي حق أساسي من حقوق الإنسان في جميع جهود المناصرة في المستقبل.

التوصيات السياسية

إن المجموعات الثلاث التالية من التوصيات تنبثق من التحديات التي تم تحديدها في الوثائق الوطنية والمواضيعية في تقرير الرائد العربي للعام 2023، ولكنها تتماشى أيضًا مع التوصيات السياسية الواردة في تقرير منظم "الإسكوا" حول إصلاحات الحماية الاجتماعية وتغطية الرعاية الصحية الشاملة (UNESCWA 2021). (UNESCWA 2022).

تسلط المجموعة الأولى من التوصيات الضوء على دور السياسات الاجتماعية في خلق ثقافة صحية مبنية على الحقوق، والتركيز على الإنصاف كنتيجة، وتحسين أنظمة الحماية الاجتماعية لتعزيز التكافل الاجتماعي والتخفيف من المخاطر. يتطلب تأطير الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان توجهاً مختلفاً عما اعتاد عليه المواطنون (وغير المواطنين) وصانعو السياسات وحتى المتخصصون في الصحة العامة. وهذا التأطير يعني أن الصحة ليست خدمة أو سلعة يتم تقديمها للأفراد بشكل منفصل عن السياقات الاجتماعية أو الاقتصادية أو السياسية التي يعيشون فيها. بدلاً من ذلك، إنه يعني ربط الحق في الصحة بالحقوق والحريات الأساسية الأخرى وتعزيز ثقافة يتمتع فيها الأفراد والمجتمعات بفرص متكافئة لعيش حياة صحية. يجب أن يكون الإنصاف في صلب جميع السياسات الاجتماعية إذ أن النمو الاقتصادي وحده لا يُعد كافياً ولا شرطاً أساسياً للإنصاف. يجب ألا تقتصر آليات الرصد على تقييم مدى تحسن المؤشرات الاجتماعية مثل التعليم والوصول إلى خدمات البنية التحتية وأشكال الحماية الاجتماعية الأخرى، بل أيضاً الحد من التفاوتات في الوصول إليها بين الفئات الاجتماعية. وفي سياق متصل، يُعد تعزيز الحماية الاجتماعية أمراً أساسياً لتحقيق الحق في الصحة ومن شأنه معالجة العقود الاجتماعية الهشة بين الشعوب والحكومات في العديد من البلدان العربية. ينبغي على الحكومات العربية أن تضع برامج شاملة للحماية الاجتماعية لا تعتمد على الاشتراكات فحسب، وذلك من خلال زيادة الإيرادات الضريبية. وعليها أيضاً أن تتخلى عن استهداف الشريحة الأشد فقراً فحسب لأن هذا النهج يستبعد شريحة كبيرة من السكان مثل العاملين في القطاع غير النظامي. وينبغي للحماية الاجتماعية أن تُعزز المساواة بين الجنسين وتعالج بشكل استباقي حقوق كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. تتطلب السياسات الجديدة لتحويل أنظمة الحماية الاجتماعية وجعلها مستدامة إرادة سياسية واستعادة الثقة، فضلاً عن بناء التضامن وضمان مساءلة الحكومة.

ثانياً، تتمثل أهم توصية سياسية على مستوى النظام الصحي في زيادة الإنفاق الصحي في البلدان العربية وجعله أقرب إلى المتوسط العالمي البالغ 11% من الناتج المحلي الإجمالي. سيؤدي توجيه موارد إضافية نحو النظام الصحي إلى زيادة نسبة السكان المشمولين بالتغطية وزيادة عدد الخدمات المُدرّجة. وتشكل زيادة التمويل للمؤسسات العامة وتحسين جودة خدماتها أحد الجوانب الأساسية لتعزيز النظام الصحي. يُعد النموذج المناهض للقطاع العام في الكثير من البلدان في المنطقة العربية نتيجة للسياسات النيوليبرالية التي، من خلال تحرير القطاع الخاص، ولدت اختلالاً واستنزفت الموارد الممولة من القطاع العام. تبرز الحاجة إلى سياسات استباقية لعكس الضرر الذي أحدثته هذه السياسات على مر السنوات والدفع باتجاه تحسين استخدام الموارد العامة. وعلى غرار النقطة التي أثيرت حول تعميم مراعاة النوع الاجتماعي في سياسات الحماية الاجتماعية، يجب أن تركز الأنظمة

الصحة في المنطقة العربية أيضًا على المساواة بين الجنسين في توزيع موارد الرعاية الصحية بما يتجاوز توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات صحة الأمومة للنساء. وهذا يعني، على سبيل المثال، جمع البيانات المركزة التي تسلط الضوء على الفروق بين الجنسين في الوصول إلى الخدمات المتعلقة بالأمراض المزمنة. في هذا الإطار، يتسم تعزيز البنية التحتية للبيانات المرتبطة بالصحة في البلدان العربية بأهمية بالغة. فجمع البيانات وإتاحتها يُعدُّ أمرًا حاسمًا لتقييم ورصد التقدم المحرز نحو الحق في الصحة.

قد يبدو أنَّ بعض التهديدات العالمية التي ستستمر في عرقلة تحقيق الحق في الصحة في المنطقة العربية - كالحروب والنزوح وتغيّر المناخ والأزمات الصحية غير المتوقعة - تتخطى قدرة أي حكومة، ناهيك عن المتخصصين في الصحة العامة أو مجموعات المجتمع المدني. ولكن، ينبغي لمجموعات المجتمع المدني العربي أن تتنهر الفرصة لحث صانعي السياسات على إقرار التشريعات واتخاذ الإجراءات الاستباقية لحماية الفئات الأكثر هشاشة على الأقل أثناء النزاعات أو في مواجهة تغيّر المناخ، وتعزيز حقوق اللاجئين والنازحين داخليًا. يمكن للمجموعات والناشطين الأفراد الاستفادة من الأدلة المُلخصة في هذه الورقة الإقليمية وغيرها من الوثائق الواردة في التقرير للضغط من أجل إحداث تغيير اجتماعي والاعتراف بالحق في الصحة للجميع.

ختامًا، في ظلّ التحديات المتعددة والموارد المحدودة في المنطقة العربية، يجب على الإجراءات المستقبلية وجهود المناصرة في السياقات الوطنية والإقليمية أن تستند أيضًا إلى التجارب السابقة. فالدروس المستفادة من فترة تفشي جائحة كوفيد-19، على سبيل المثال، تسلط الضوء على ضرورة إزالة السياسات الصحية والاجتماعية التي تعزز الخصخصة وإلغاء الضوابط التنظيمية، وإعطاء الأولوية للحماية الاجتماعية والعائلية ضمن الاستراتيجيات الوطنية. وعلى وجه التحديد، شكّلت جائحة كوفيد-19 درسًا لصانعي السياسات في جميع البلدان العربية من دون استثناء بأنَّ إهمال التأهب لمواجهة تفشي الأمراض المعدية والاستثمار في التكنولوجيا الطبية المتطورة على حساب الخدمات الصحية الأساسية والحماية سيؤدي حتمًا إلى استجابة بطيئة وغير فعّالة لأي أزمة صحية عامة ويُقوّض حتى التقدم البسيط المحرز نحو تحقيق الحق في الصحة.

المراجع

- Abdulrahim, S., Ajrouch, K., & Antonucci, TC. 2014. "Aging in Lebanon: Challenges and Opportunities." (الشيخوخة في لبنان: التحديات والفرص) The Gerontologist, 55(4): 511-518.
- Abdulrahim, S. & Bousmah, M.Q. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." (التفاوتات الإقليمية في الخدمات الصحية المتعلقة ب صحة الأم والمولود في العراق وسوريا من 2000 إلى 2011) International Journal of Health Services, 49(3): 623-641.
- Afifi, R., Novak, N., Gilbert, P., Pauly, B., Abdulrahim, S., Rashid, SF., Ortega, F., & Ferrand, RA. 2020. "'Most at Risk' for COVID 19? The Imperative to Expand the Definition from Biological to Social Factors for Equity." (من هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بمرض كوفيد-19؟ ضرورة توسيع التعريف من العوامل البيولوجية إلى العوامل الاجتماعية المتعلقة بالإنصاف) Preventive Medicine, 39.
- Aita, S. 2016. "Informal Labor in the Arab Countries: Facts and Rights. Arab Watch Report on Economic and Social Rights." (العمل غير النظامي في البلدان العربية: حقائق) [Link](#). (وحقوق. تقرير الرائد العربي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية)
- Akik, C., Ghattas, H., Mesmar, S., Rabkin, M., El-Sadr, WM., & Fouad, FM. 2019. "Host Country Responses to Non-communicable Diseases amongst Syrian Refugees: A Review." (استجابات البلدان المضيفة للأمراض غير المعدية بين اللاجئين السوريين: مراجعة) Conflict & Health, 13: 8.
- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R., Jaramillo-Strouss, C., Fikre, B. M., Rumble, C., Pevalin, D., Paez, D. A., Pineda, M. A., Frisancho, A., Tarco, D., Motlagh, M., Farcasanu, D., & Vladescu, C. 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 countries." (الأنظمة الصحية والحق في الصحة: تقييم 194 بلدًا) The Lancet, 6736(08): 61781-X.
- Cammett, M. 2015. "Sectarianism and the Ambiguities of Welfare in Lebanon." (الطائفية) (وأوجه الغموض على مستوى الرعاية في لبنان) Current Anthropology, 56(11): S76-S87.
- Daher, J. 2022. "Understanding Capitalism in the MENA and the Process of Neoliberal Reform." (فهم الرأسمالية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وعملية الإصلاح النيوليبرالي) [Link](#).
- Declaration of Alma-Ata. 1978. [Link](#). إعلان ألما-آتا
- El-Agati, M. 2013. "Demands of the Egyptian Revolution and the Newly-Emerging Actors. European Institute of the Mediterranean." (مطالب الثورة المصرية والجهات الفاعلة الناشئة) [Link](#). (حديثًا. المعهد الأوروبي للبحر الأبيض المتوسط)
- El-Zein, A., Jabbour, S., Tekce, B., Zurayk, H., Nuwayhid, I., Khawaja, M., Tell, T., Al Mooji, Y., DeJong, J., Yassin, N., & Hogan, D. 2014. "Health and Ecological Sustainability in the Arab World: A Matter of Survival." (الصحة والاستدامة البيئية في العالم العربي: مسألة بقاء) The Lancet, 383(9915): 458-476.

- GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. 2020. "Measuring Universal Health Coverage based on an Index of Effective Coverage of Health Services in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019." قياس التغطية الصحية الشاملة بناءً على مؤشر التغطية الفعالة للخدمات الصحية في (204 بلدان ومناطق، 1990-2019: تحليل منهجي لدراسة العبء العالمي للمرض لعام 2019) The Lancet, 396:1250-1284.
- Hanieh, A. (n.d.). "'Democracy Promotion' and Neoliberalism in the Middle East." تعزيز (الديمقراطية والنيوليبرالية في الشرق الأوسط) International Journal of Socialist Renewal. Issue 29.
- Hasan, HF. 2021. "Legal and Health Response to COVID-19 in the Arab Countries." (الاستجابة القانونية والصحية لجائحة كوفيد-19 في البلدان العربية) Risk Management and Healthcare Policy, 14: 1141-1154.
- Hone, T., Macinko, J., Millett, C. 2018. "Revisiting Alma-Ata: What is the Role of Primary Health Care in Achieving the Sustainable Development Goals?" (إعادة النظر في إعلان) (ألما-آتا: ما هو دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة؟) The Lancet, 392: 1461-1472.
- ICESCR. 1966. "International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." (العهد) (الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) [Link](#).
- International Labour Organization. 2008. "Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Healthcare. Social Security Policy Briefings." (الحماية) (الصحية الاجتماعية: استراتيجية منظمة العمل الدولية نحو الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية. [Link](#) (إحاطات بشأن سياسة الضمان الاجتماعي
- International Labour Organization (ILO). 2021. "World Social Protection Report 2020-2022: Regional Companion Report for the Middle East and North Africa (MENA) Region." (تقرير الحماية الاجتماعية في العالم للفترة 2020-2022: التقرير الإقليمي المصاحب) (الخاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) [Link](#).
- Kronfol, N. M. 2012. "Historical Development of Health Systems in the Arab Countries: A Review." (التطور التاريخي للأنظمة الصحية في البلدان العربية: مراجعة) (مراجعة) Eastern Mediterranean Health Journal, 18(11): 1151-1156.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. 2008. "Alma-Ata 30 Years on: Revolutionary, Relevant, and Time to Revitalize." (إعلان ألما-آتا بعد 30 عامًا: ثوري وملائم، وأن الأوان لإعادة إحيائه) The Lancet, 373: 917-927.
- Longuenesse, E., Chiffoleau, S., Kronfol, N., & Dewachi, O. 2012. "Public Health, the Medical Profession, and State Building: A Historical Perspective." (الصحة العامة ومهنة) (الطب وبناء الدولة: منظور تاريخي) In S. Jabbour (Eds.) Public Health in the Arab World. Cambridge University Press, pp. 7-20.
- Maciocco, G. & Stefanini, A. 2007. "From Alma-Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy." (من إعلان ألما-آتا إلى الصندوق العالمي: تاريخ السياسة الصحية) (الدولية) Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 7(4): 479-486.

- Mann, J. M. 1997. "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights." (الطب والصحة) (العامة والأخلاقيات وحقوق الإنسان) The Hastings Center.
- Ncube, M., Anyanwu, J.C., & Hausken, K. 2014. "Inequality, Economic Growth and Poverty in the Middle East and North Africa." (عدم المساواة والنمو الاقتصادي والفقر في) (الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) African Development Review, 26(3): 435-453.
- Nuwayhid, I. & Zurayk, H. 2019. "The Political Determinants of Health and Wellbeing in the Lebanese Uprising." (المحددات السياسية للصحة والرفاه في الانتفاضة اللبنانية) The Lancet, 394: 1974-1975.
- Oxfam. 2020. "For a Decade of Hope not Austerity in the Middle East and North Africa: Towards a Fair and Inclusive Recovery to Fight Inequality." (من أجل عقد من الأمل وليس) (التكشف في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: نحو انتعاش عادل وشامل لمحاربة ظاهرة عدم المساواة) [Link](#).
- Rawaf, S. & Hassounah, S. 2014. "Codification and Implementation of the 'Right to Health' in the Arab World." (تدوين "الحق في الصحة" وتنفيذه في العالم العربي) In B. Toebe, R. Ferguson, M. M. Markovic, and O. Nnamuchi (Eds.) The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice. Springer, pp. 135-163.
- Rifkin, S. B. 2018. "Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from Consensus to Complexity." (40 عامًا: الرعاية الصحية الأولية والصحة للجميع -) (من الإجماع إلى التعقيد) BMJ Global Health, 3(suppl3): e001188.
- Rumbold, B., Baker, R., Ferraz, O., Hawkes, S., Krubiner, C., Littlejohns, P., Norheim, O.F., Pegram, T., Rid, A., Venkatapuram, S., & Voorhoeve, A. 2017. "Universal Health Coverage, Priority Setting, and the Human Right to Health." (التغطية الصحية الشاملة) (وتحديد الأولويات، وحقوق الإنسان في الصحة) The Lancet, 390(10095): 712-714.
- Salti, N., Chabaan, J., & Raad, F. 2010. "Health Equity in Lebanon: A Microeconomic Analysis." (الإنصاف في مجال الصحة في لبنان: تحليل الاقتصاد الجزئي) International Journal for Equity in Health, 9:11.
- Selby, J., Dahi, O.S., Fröhlic, C., & Hulme, M. 2017. "Climate Change and the Syrian Civil War Revisited." (إعادة النظر في تغير المناخ والحرب الأهلية السورية) Political Geography, 60: 232-244.
- Toebe, B. 1999. "Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health." (نحو فهم أفضل للحق الإنساني الدولي في الصحة) Human Rights Quarterly, 21(3): 661-679.
- UNESCWA. 2019. "The Arab Gender Gap Report 2020: Gender Equality and the Sustainable Development Goals." (التقرير العربي لفجوة النوع الاجتماعي 2020: المساواة بين الجنسين وأهداف التنمية المستدامة) [Link](#).
- UNESCWA. 2020. "Rising Wealth Inequality in the Arab Region amid COVID-19. Policy Brief 2 (المنطقة العربية في ظل كوفيد-19: زيادة عدم المساواة في الثروة) [Link](#).
- UNESCWA. 2021. "The COVID-19 Pandemic in the Arab Region: An Opportunity to

جائحة كوفيد-19 في المنطقة العربية: فرصة لإصلاح) Reform Social Protection Systems.” (نُظم الحماية الاجتماعية [Link](#).

- UNESCWA. 2022. “Inequality in the Arab Region: A Ticking Bomb.” (عدم المساواة في) (Link. (المنطقة العربية: قنبلة موقوتة
- World Bank. 2023. “The World Bank Data.” (بيانات البنك الدولي) [Link](#).
- World Health Organization. 1946. “World Health Organization Constitution.” (دستور) (منظمة الصحة العالمية [Link](#).
- Yahya, M. 2015. “Refugees in the Making of an Arab Regional Disorder. Carnegie Middle East Center.” (اللاجئون في ظل الاضطراب الإقليمي العربي. مركز كارنيجي للشرق الأوسط)

الملحق أ: إعلان ألما-آتا

المواضيع الرئيسية والتدخلات الأساسية (Backman et al. 2008)

■ المواضيع الرئيسية

- أهمية الإنصاف
- الحاجة إلى المشاركة المجتمعية
- الحاجة إلى نهج متعدد القطاعات حيال المشاكل الصحية
- الحاجة إلى التخطيط الفعّال
- أهمية أنظمة الإحالة المتكاملة
- التركيز على أنشطة الإرشاد الصحي
- الدور الحاسم للموارد البشرية المدربة تدريباً مناسباً
- أهمية التعاون الدولي

■ التدخلات الصحية الأساسية

- التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة
- تعزيز الإمدادات الغذائية والتغذية السليمة
- إمدادات كافية من المياه المأمونة والصرف الصحي الأساسي
- الرعاية الصحية للأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة
- التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية
- الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها
- معالجة الأمراض والإصابات الشائعة بشكل مناسب
- توفير الأدوية الأساسية

الملحق ب: مؤشرات الحق في الصحة

(Backman et al. 2008)

■ الاعتراف بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- عدد معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية التي تعترف بالحق في الصحة والتي صادقت عليها الدولة
- هل يعترف دستور الدولة، أو ورقة الحقوق، أو أي تشريع آخر بالحق في الصحة؟

■ عدم التمييز

- عدد أسباب التمييز المنصوص عليها في المعاهدات والتي تحميها الدولة من بين: الجنس؛ والأصل العرقي، أو العرق، أو اللون؛ والسن؛ والإعاقة؛ واللغة؛ والدين؛ والأصل القومي؛ والمركز الاقتصادي والاجتماعي، أو المركز الاجتماعي، أو الأصل الاجتماعي، أو النسب؛ والأحوال المدنية؛ والمركز السياسي، أو الرأي السياسي أو غير السياسي؛ والثروة.
- عدد أسباب التمييز غير المنصوص عليها في المعاهدات والتي تحميها الدولة من بين: الحالة الصحية (على سبيل المثال، فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)؛ والأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية؛ والميول الجنسية.
- أحكام عامة ضد التمييز

■ المعلومات حول الصحة

- هل يحمي قانون الدولة الحق في طلب المعلومات وتلقيها ونشرها؟
- هل يشترط قانون الدولة تسجيل الولادات والوفيات؟
- هل لدى الدولة نظام تسجيل مدني خاص بها؟
- هل تصنف الدولة البيانات في نظام التسجيل المدني على أساس: الجنس، أو الأصل العرقي، أو الإقامة في المناطق الريفية أو الحضرية، أو المركز الاقتصادي والاجتماعي، أو السن؟
- ما هي نسبة الولادات المسجلة؟
- هل تقوم الدولة بجمع البيانات عن عدد وفيات الأمهات بشكل منتظم في جميع المناطق؟
- هل تُضفي الدولة الطابع المركزي على هذه البيانات حول عدد حالات وفيات الأمهات؟
- هل تفصح الدولة عن هذه البيانات المتعلقة بعدد حالات وفيات الأمهات؟
- هل تقوم الدولة بجمع البيانات عن عدد وفيات المواليد بشكل منتظم في جميع المناطق؟

- هل تُضفي الدولة الطابع المركزي على هذه البيانات حول عدد حالات وفيات المواليد؟

- هل تفصح الدولة عن هذه البيانات المتعلقة بعدد حالات وفيات المواليد؟

■ **الخطة الصحية الوطنية**

- هل تعتمد الدولة خطة صحية وطنية شاملة تتضمن القطاعين العام والخاص؟

- هل أجرت الدولة تحليلاً وطنياً شاملاً للوضع؟

- قبل اعتماد خطتها الصحية الوطنية، هل أجرت الدولة تقييماً للتأثير الصحي؟

- قبل اعتماد خطتها الصحية الوطنية، هل أجرت الدولة أي تقييم للآثار يشمل صراحةً الحق في الصحة؟

- هل تعترف الخطة الصحية الوطنية الخاصة بالدولة بالحق في الصحة صراحةً؟

- هل تتضمن الخطة الصحية الوطنية الخاصة بالدولة التزاماً صريحاً بالوصول الشامل إلى الخدمات الصحية؟

■ **المشاركة**

- هل هناك شرط قانوني للمشاركة مع الفئات المهمشة في تطوير الخطة الصحية الوطنية؟

■ **المحددات الأساسية للصحة**

- ما هي النسبة المئوية لسكان المناطق الريفية والحضرية الذين يحصلون على المياه النظيفة؟

- ما هو نصيب الفرد من انبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون؟

- 26. معدل انتشار العنف ضد المرأة

■ **الوصول إلى الخدمات الصحية**

- نسبة النساء اللواتي أنجبن مواليد أحياء في الأعوام الخمسة الماضية، واللواتي خضعن خلال حملهن الأخير للكشف من قبل أخصائي في الرعاية الصحية ثلاث مرات على الأقل، ولفحص ضغط الدم، وتم أخذ عينة دم منهن، وتم إبلاغهن حول علامات المضاعفات

■ **الأدوية**

- هل الحصول على الأدوية أو وسائل التكنولوجيا الأساسية، كجزء من أعمال الحق في الصحة، معترف به في الدستور أو التشريع الوطني؟

- هل هناك سياسة دوائية وطنية منشورة؟

- هل هناك قائمة وطنية منشورة بالأدوية الأساسية؟

- ما هو نصيب الفرد من الإنفاق العام على الأدوية؟

- ما هو متوسط توافر الأدوية الأساسية المختارة في المرافق الصحية العامة؟

- ما هو متوسط توافر الأدوية الأساسية المختارة في المرافق الصحية الخاصة؟
- النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة
- النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي

■ الإرشاد الصحي

- هل يشترط قانون الدولة تثقيفًا شاملاً في مجال الصحة الجنسية والإنجابية خلال سنوات التعليم الإلزامي للفتيان والفتيات؟
- نسبة الفتيان والفتيات الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا ولديهم معرفة شاملة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

■ العاملون في القطاع الصحي

- هل تعتمد الدولة استراتيجية وطنية للقوى العاملة في القطاع الصحي؟
- هل يتضمن قانون الدولة حكمًا ينص على توفير أجور مناسبة للأطباء؟
- هل يتضمن قانون الدولة حكمًا ينص على توفير أجور مناسبة للممرضين والممرضات؟
- هل تتضمن سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة خطة للاكتفاء الذاتي الوطني للأطباء؟
- هل تتضمن سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة خطة للاكتفاء الذاتي الوطني للممرضين والممرضات؟
- هل توفر سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة حوافز لتشجيع تمرکز الأطباء في المناطق الريفية؟
- هل توفر سياسات أو برامج القوى العاملة الخاصة بالدولة حوافز لتشجيع تمرکز الممرضين والممرضات في المناطق الريفية؟

■ التمويل الوطني

- هل نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة أكبر من الحد الأدنى المطلوب لنظام أساسي وفعال للصحة العامة؟
- ما هي نسبة الأُسَر التي تتكبد نفقات صحية باهظة؟
- إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- إجمالي الإنفاق الحكومي على الشؤون العسكرية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- إجمالي الإنفاق الحكومي على خدمة الدين كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
- نسبة ميزانية الصحة الوطنية المخصصة للصحة النفسية

■ المساعدة والتعاون الدوليان

- هل تتضمن سياسة التنمية الدولية الخاصة بالدولة أحكامًا صريحة ومحددة تنص على تعزيز الحق في الصحة وحمايته؟
- هل تتضمن سياسة التنمية الدولية الخاصة بالدولة أحكامًا صريحة ومحددة تنص على دعم تعزيز الأنظمة الصحية؟
- نسبة صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المخصصة للقطاعات الصحية

■ الضمانات الإضافية

- هل يشترط قانون الدولة حماية سرية البيانات الصحية الشخصية؟
- هل يشترط قانون الدولة الحصول على موافقة مستنيرة على العلاج والتدخلات الصحية الأخرى؟
- هل يحمي الدستور حرية التعبير؟
- هل يحمي الدستور حرية تكوين الجمعيات؟
- هل تعتمد الدولة ميثاقًا لحقوق المرضى؟
- هل ميثاق حقوق المرضى متاح بكافة اللغات الرسمية؟

■ التوعية بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية المواطنين حول الحق في الصحة؟
- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية الأطباء حول الحق في الصحة؟
- هل يوجد في الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها برنامج يتضمن أنشطة مدرجة في الميزانية لتوعية الممرضين والممرضات حول الحق في الصحة؟
- هل حقوق الإنسان هي جزء إلزامي من المنهج الوطني لتدريب الأطباء؟
- هل حقوق الإنسان هي جزء إلزامي من المنهج الوطني لتدريب الممرضين والممرضات؟

■ الرصد والتقييم والمساءلة والانتصاف

- معدل وفيات الرضع
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
- نسبة وفيات الأمهات
- متوسط العمر المتوقع
- هل لدى الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان تُعنى بالحق في الصحة ضمن مهامها؟

- عدد القرارات القضائية، على المستوى الوطني، التي نظرت في الحق في الصحة خلال الفترة 2000-05
- هل لدى الدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان تُعنى برصد المساعدة والتعاون الدوليين ضمن مهامها؟
- هل تضمّن التقرير السابق الذي قدمته الدولة إلى الأمم المتحدة في ما يتعلق بالعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وصفاً مفصلاً للمساعدة والتعاون الدوليين اللذين تقدمهما الدولة في مجال الصحة؟

الملحق ج: اعتراف الدول العربية بالحق في الصحة

البلد	العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12*	اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979	الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم لعام 1990: المواد 28، و43 (هـ)، و45 (ج)	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2006: المادة 25	اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين وبروتوكولها لعام 1967
الجزائر	دولة طرف التوقيع 1968	دولة طرف الانضمام 1996	دولة طرف الانضمام 2005	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما
البحرين	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف 2002	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه
جيبوتي	دولة طرف التوقيع 2002	دولة طرف 1998	غير مصدق عليه	دولة طرف 2012	دولة طرف في كليهما
مصر	دولة طرف التوقيع 1967	دولة طرف التوقيع 1980	دولة طرف 1993	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما
العراق	دولة طرف التوقيع 1969	دولة طرف 1986	غير مصدق عليه	دولة طرف 2013	غير مصدق عليه
الأردن	دولة طرف التوقيع 1972	دولة طرف التوقيع 1980	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه
الكويت	دولة طرف الانضمام 1996	دولة طرف 1994	غير مصدق عليه	دولة طرف 2013	غير مصدق عليه
لبنان	دولة طرف الانضمام 1972	دولة طرف 1997	غير مصدق عليه	طرف مُوقَّع	غير مصدق عليه
ليبيا	دولة طرف الانضمام 1970	دولة طرف 1989	دولة طرف 2004	دولة طرف التوقيع 2008	غير مصدق عليه
موريتانيا	دولة طرف الانضمام 2004	دولة طرف 2001	دولة طرف 2007	دولة طرف 2012	دولة طرف في كليهما
المغرب	دولة طرف التوقيع 1977	دولة طرف 1993	دولة طرف التوقيع 1991	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما
عُمان	دولة طرف الانضمام 2020	دولة طرف 2006	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2008	غير مصدق عليه
فلسطين	دولة طرف 2014	دولة طرف 2014	غير مصدق عليه	دولة طرف 2014	غير مصدق عليه
قطر	دولة طرف الانضمام 2018	دولة طرف 2009	لم يتخذ أي إجراء	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه
المملكة العربية السعودية	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2000	غير مصدق عليه	دولة طرف 2008	غير مصدق عليه
الصومال	دولة طرف الانضمام 1990	غير مصدق عليه	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2018	دولة طرف في كليهما
السودان	دولة طرف الانضمام 1986	غير مصدق عليه	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما
الجمهورية العربية السورية	دولة طرف الانضمام 1969	دولة طرف 2003	دولة طرف 2005	دولة طرف التوقيع 2007	غير مصدق عليه
تونس	دولة طرف التوقيع 1968	دولة طرف التوقيع 1980	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما
الإمارات العربية المتحدة	غير مصدق عليه	دولة طرف 2004	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2008	غير مصدق عليه
اليمن	دولة طرف الانضمام 1987	دولة طرف 1984	غير مصدق عليه	دولة طرف التوقيع 2007	دولة طرف في كليهما

تقارير مواضيعية

حوكمة الصحة

هاني سراج

أستاذ مساعد وباحث في مجال الصحة العامة

هاني سراج طبيب وباحث في مجال الصحة العامة. يشغل منصب الأستاذ المساعد في دائرة الطب الداخلي - قسم الغدد الصماء، الفرع الطبي لجامعة تكساس (UTMB)، غالفستون، تكساس، وهو أستاذ مساعد غير متفرغ في قسم طب الأطفال وقسم الصحة العالمية والأمراض الناشئة. عمل سابقًا كمنسق عالمي لحركة صحة الناس (People's Health Movement) وهو حاليًا الرئيس المشارك للمجلس التوجيهي للحركة.

المقدمة

إقرار إطار العمل المفاهيمي بشأن المحدّدات الاجتماعية للصحة الصادر عن منظمة الصحة العالمية بـ"الحوكمة" كأحد المكونات الرئيسية التي ترسم ملامح السياق الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي يحدد بدوره الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأفراد والمجتمعات، وبالتالي إمكانية وصولهم إلى ظروف الصحة (سولار وإيروين 2010). تتبدّل المكونات الرئيسية للحوكمة، بما في ذلك الجهات الفاعلة المؤثرة (صناع القرار)، وأنشطة وإجراءات صنع القرار مع مرور الوقت نتيجة تغيّر طبيعة المجتمعات، والجهات الحاكمة، والإيديولوجيات السائدة، والسياسات الاقتصادية السائدة، وديناميات القوة (كيبوش وغليشي 2012؛ بينيت وآخرون 2012). في العقود القليلة الماضية، انتقلت حوكمة الصحة من عملية صنع قرار توجهها الدول وتسيطر عليها الحكومات بالاستناد إلى المنصات الدستورية والتشريعية، وتحكمها المنظمات المتعددة الأطراف على المستوى الدولي، إلى عملية صنع قرار يشارك فيها عدّة أصحاب مصلحة. يشمل أصحاب المصلحة هؤلاء المشاركون في وضع ضوابط السوق والشركات التي تمثل هيمنة السياسات الاقتصادية النيوليبرالية. ارتبط التغيير في حوكمة الصحة أيضًا بالدور الأكبر الذي أنيطت به المؤسسات النقدية مثل صندوق النقد الدولي (IMF) والبنك الدولي (WB) مقارنةً بمنظمة الأمم المتحدة المتخصصة بالصحة، أي منظمة الصحة العالمية. على المستوى الوطني، اكتسبت وزارات المالية تأثيرًا أكبر من وزارات الصحة على السياسات الصحية - ولا يُقصد بذلك الميزانيات الصحية فقط بل السياسات الصحية بالمعنى الأوسع.

تحاول الدراسة الراهنة إبراز الرابط بين حوكمة الصحة والتغيير في السياسات الاقتصادية السائدة في العقود الخمسة الأخيرة، وتقديم التعريفات وتحدد الجهات الفاعلة المؤثرة في القرارات العالمية والوطنية في المجال الصحي، وتناقش طريقة ممارستها لتأثيرها. ويستند التحليل في هذه الدراسة إلى بعض دراسات الحالة من المنطقة العربية.

التعريفات

تشير **الحوكمة** إلى الإجراءات والعمليات المعتمدة رسميًا أو المستخدمة بشكل غير نظامي لتوجيه عملية صنع القرار بشأن السلع المشتركة. عادةً ما يتم تضمين عمليات أو إجراءات صنع القرار المعتمدة رسميًا في دساتير المنظمات المتعددة الأطراف، أو المعاهدات الدولية، أو الدساتير والتشريعات الوطنية أو المحلية. تشمل الحوكمة غير النظامية الوسائل غير المنظمة وغير المؤسسية لصنع القرار حيث تحدد علاقات وديناميات القوة القرارات النهائية أو تؤثر على مسار المفاوضات. يركّز هذا التعريف بشكل أساسي على عملية الحوكمة وليس على أهدافها أو نتائجها.

لتبسيط الضوء على عملية الحوكمة وأهدافها وقيمتها، يمكن تعريفها أيضًا على أنها قواعد وإجراءات إدارة الموارد وصنع القرارات وهيكل المساءلة. تنطبق على البلدان أو المؤسسات أو مجموعات الأشخاص (مركز القضاء على الفوارق الصحية (CEHD) 2016)؛ أو الهيكليات والسياسات والقواعد والإجراءات المصممة لضمان المساءلة والشفافية (أتيكو 2019).

تشير **حوكمة الصحة** إلى الإجراءات والعمليات المعتمدة لتعزيز وحماية صحة البشر، والتي ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بمحددات الصحة، والوضع الصحي، والنتائج الصحية أو القدرة على التأثير عليها (غارسون وخوسرو-بور 2018). ويشمل هذا التعريف عمليات صنع القرار في القطاعات أو المجالات غير الصحية والتي قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة البشر، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر السياسة والاقتصاد والتجارة والتعليم والتنمية الحضرية والهجرة.

بحسب منظمة الصحة العالمية، ثقة مكوّنان لحوكمة الصحة (كيبوش وغليش 2012):

1. حوكمة النظام الصحي من حيث أطر السياسات القائمة وعمليات وإجراءات الإشراف وبناء الائتلافات والتنظيم وتصميم الأنظمة والمساءلة. ويشمل هذا المكوّن ثلاثة من أصحاب المصلحة بحسب المنظمة (منظمة الصحة العالمية 1978):

- الدولة، الممثلة بالسلطات المركزية ودون الوطنية والمنظمات الحكومية؛
- مقدمو الخدمات الصحية، بما يشمل مقدمي الخدمات الصحية السريرية وشبه الطبية وغير السريرية من القطاعين العام والخاص وغير الهادفين للربح؛ والجمعيات المهنية؛ وشبكات الرعاية أو الخدمات؛
- والمواطنون، بمن فيهم ممثلو السكان/المجتمع وجمعيات المرضى والمنظمات المجتمعية (CSOs) والمنظمات غير الحكومية (NGOs).

2. العمليات المشتركة بين القطاعات الصحية وغير الصحية لمعالجة محددات الصحة (كيبوش وغليش 2012).

يركّز هذا التعريف على التفاعل بين مستخدمي خدمات الرعاية الصحية ومقدميها ومنظميها وعلى الأنشطة المشتركة بين القطاعات الصحية وغير الصحية، غير أنه يتجاهل تأثير الهيئات الدولية بما في ذلك المنظمات المتعددة الأطراف، والوكالات التابعة للحكومات الأخرى، والجهات المانحة الدولية، كما أنه لا يقرّ بدور هياكل السلطة التي ترسم ملامح عملية صنع القرار على المستويين الوطني ودون الوطني.

المراحل الرئيسية للتنمية الصحية وصنع القرار

دستور منظمة الصحة العالمية (1946-1948)

دخل دستور منظمة الصحة العالمية حيّز التنفيذ في 7 أبريل 1948 وعرّف الصحة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" (الأمم المتحدة 1946). فصل هذا التعريف الثوري الصحة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية على الرغم من أنها أحد محدداتها الرئيسية، وأشار إلى ضرورة بذل الجهود متعددة التخصصات والتعاون متعدد القطاعات.

في الديباجة، اعتبر الدستور أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" وأن "الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية" (الأمم المتحدة 1946). ويعني اعتبار الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان أن هناك أصحاب حق وجهة مسؤولة. كل إنسان هو صاحب حق في صحته التي تُعتبر الدولة الجهة المسؤولة عن ضمانها من دون تمييز. يشكّل هذا الإقرار أداة لمجموعات المجتمع المدني التقدمية لحشد الدعم لحق الإنسان في الصحة، وقد يشير أيضاً إلى وجوب تضمين أجندة عمل هذه المجموعات ما يلي:

1. تمكين الأفراد والمجتمعات للمطالبة بحقها في الصحة؛
2. الدعوة إلى تضمين الدساتير والتشريعات الوطنية والمحلية أحكاماً واضحة لحماية الحق في الصحة أمام القانون، وتحديد الوسائل لبلوغ هذا الحق (بما يشمل الموارد المالية الكافية)، وتحديد الإجراءات التي يستطيع الأفراد والمجموعات استخدامها للمطالبة بحقوقهم؛
3. وبناء قدرة سلطات ومؤسسات الدولة على الوفاء بموجباتها بحماية الحق في الصحة، بما يشمل توفير ظروف الصحة والقيام بالتدخلات الصحية والاجتماعية.

في ما يتعلق بحوكمة الصحة على المستويين الوطني والمحلي، يعتبر دستور منظمة الصحة العالمية أن الدولة هي الجهة المسؤولة عن حق البشر في الصحة، ما يعني أن الدولة هي المسؤولة عن صنع القرار والقيام بالتدابير الكافية للوفاء بهذا الحق، وليس أصحاب المصلحة. وقد تشرك الدولة جهات فاعلة أخرى في عملية صنع القرار، وتوفير المعلومات لعملية التخطيط، أو توفير الخدمات الصحية والمرتبطة بالصحة، غير أن هذه الجهات الفاعلة من غير الدول ليست من صناع القرار ولا جهات مسؤولة.

في ما يتعلق بالحوكمة على المستوى العالمي، تشترط المادة 2 من الدستور على منظمة الصحة العالمية "العمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي" (الأمم المتحدة 1946). وتُلزم المادة نفسها المنظمة أيضاً "بإقامة تعاون فعال مع الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة والإدارات الصحية الحكومية والجماعات المهنية". ويعتبر الدستور بشكل واضح أن المنظمة هي سلطة التوجيه والتنسيق للعمل الصحي العالمي، وليس أحد أصحاب المصلحة المتعددين.

في الخلاصة، يعتبر دستور منظمة الصحة العالمية أن الحكومات على المستويين الوطني والمحلي، ومنظمة الصحة العالمية على المستوى الدولي، هي السلطات والهيئات التنسيقية للصحة، ولا يقر بفهوم صنع القرار من قبل أصحاب مصلحة متعددين.

إعلان ألما-آتا (1978)

تبنت 134 دولة إعلان ألما-آتا في ختام المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية المنعقد في كازاخستان (وهي إحدى جمهوريات الاتحاد السوفيتي) بين 6 و12 سبتمبر 1978، برعاية منظمة الصحة العالمية واليونسف، وهو أحد أبرز الإنجازات في مجال الصحة العامة في القرن العشرين. أكد الإعلان على تعريف دستور منظمة الصحة العالمية «للصحة» وإقراره بها كحق أساسي من حقوق الإنسان، وشدد على مبادئ الوصول الشامل للجميع والتغطية بحسب الحاجة (المساواة)، والرعاية الشاملة (التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية)، والمشاركة والاعتماد على الذات للأفراد والمجتمع، والعمل المشترك بين القطاعات من أجل الصحة، واستخدام التكنولوجيا المناسبة، والفعالية من حيث التكلفة في ما يتعلق بالموارد المتوفرة، واعتمد الرعاية الصحية الأولية (PHC) كأداة ضرورية لتحقيق الصحة للجميع (منظمة الصحة العالمية 1978).

نص الإعلان على الحاجة إلى «نظام اقتصادي دولي جديد» لتحقيق الصحة للجميع والمساواة بين الدول المتقدمة والنامية (منظمة الصحة العالمية 1978) وهو ما وقر أساساً متيناً للتعامل مع حوكمة الصحة كأحد المجالات الفرعية للحكومة السياسية والاقتصادية على المستويين الدولي والوطني. يتواءم هذا الافتراض مع فهم الصحة كنتيجة للتفاعل بين العوامل البيولوجية والمحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية. وتجدر الإشارة إلى أن تبني إعلان ألما-آتا أتى في سياق الحرب الباردة والأزمة النفطية التي أعقبت الحرب العربية-الإسرائيلية عام 1973، ولم يكن ذلك ليكون ممكناً لولا قيادة د. هالفدان ماهلر، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية في ذلك الحين (كويتو 2004).

على المستوى الوطني، أعاد إعلان ألما-آتا التأكيد على الدور المركزي للحكومات من خلال إناباتها بالمسؤولية الكاملة عن صحة شعوبها. أما على المستوى العالمي، فاعتبر الإعلان الصحة لجميع شعوب العالم مسؤولية مشتركة بين المنظمات الحكومية والدولية والمجتمع الدولي (إكسورثي 2008).

في الخلاصة، ودد إعلان ألما-آتا النموذج الاجتماعي للصحة (إكسورثي 2008)، ووفر أساساً متيناً لحوكمة الصحة كمجال فرعي للحكومة السياسية والاقتصادية، وابتكر مفهوم المسؤولية الجماعية للحكومات والمؤسسات الدولية المتعددة الأطراف والمجتمع الدولي ككل عن تحقيق الصحة لكافة شعوب العالم بحلول عام 2000 كهدف اجتماعي (منظمة الصحة العالمية 1978).

الرعاية الصحية الأولية الانتقائية (1979)

بعد مرور عام على تبني إعلان ألما-آتا على نطاق واسع، نشر الباحثان الأمريكيان جوليا والش وكينيث وارن، مقالاً في مجلة نيو إنغلاند الطبية (New England Journal of Medicine) بعنوان «الرعاية الصحية الأولية الانتقائية - استراتيجية مؤقتة لمكافحة الأمراض في البلدان النامية» ("Selective Primary Health Care — An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries") (والش

ووارن (1979) بدعم من مؤسسة روكفلر. أشار المقال إلى التكلفة الباهظة التي يرتبها تطبيق الرعاية الصحية الأولية الشاملة وفقًا لإعلان ألما-آتا وإلى الحاجة إلى استراتيجية مؤقتة قابلة للتنفيذ في غالبية البلدان النامية. وشملت الاستراتيجية المؤقتة المقترحة أربعة تدخلات تركز على الأطفال: متابعة النمو، والإمالة الفموية، والرضاعة الطبيعية، والتحصين. تم اختيار هذه التدخلات بناءً على تحليل الأسباب الرئيسية للوفاة في مرحلة الطفولة المبكرة. وفي وقت لاحق، أضيفت ثلاثة تدخلات أخرى إلى القائمة هي تنظيم الأسرة، والمكملات الغذائية، وتعليم الإناث.

في العام نفسه، رعت مؤسسة روكفلر اجتماعًا صغيرًا عُقد في مقرها في بيلاجيو الإيطالية لمناقشة ما اعتبرته أزمة إعلان ألما-آتا (حيث اعتبرت أن نطاق الإعلان واسع جدًا وأنه مثالي ومكلف وأن تحقيقه بحلول عام 2000 هو أمر غير واقعي). وكان من بين منظمي الاجتماع قادة المؤسسات الغربية والجهات المانحة، وبشكل أساسي المؤسسات القائمة في أمريكا الشمالية، والبنك الدولي (كويتو 2004).

جذبت التدخلات "الانتقائية" الأربعة اهتمام الجهات المانحة لسهولة مراقبتها وتقويمها وقابلية قياسها وأهدافها العددية. استخدمت المؤسسات النقدية الدولية، وبخاصة البنك الدولي، والجهات المانحة الغربية الكبرى هذه الحجة لاعتماد هذه الاستراتيجية في البلدان النامية وتمويلها والترويج لها. أدى نهج الرعاية الصحية الأولية الانتقائية (SPHC) إلى تطبيق برامج موجهة من الجهات المانحة ومُعتمدة عليها، وعمودية، وغير مستدامة في البلدان النامية (أوبيمبو 2003). مثالاً على ذلك، تراجعت تغطية برامج التحصين في كينيا من 60% عام 1987 إلى 32% عام 1997 حين أوقفت الجهات المانحة دعمها المالي (أوبيمبو 2003).

سعى الاجتماع الذي استضافته مؤسسة روكفلر في بيلاجيو إلى دراسة إمكانية صنع القرار في مجال الصحة العالمية من دون استخدام المنصات التي تقدمها الأمم المتحدة. وأدخلت حركة الرعاية الصحية الأولية الانتقائية تغييرًا تدريجيًا على مشهد الحوكمة العالمية للصحة، حيث تنامي دور الجهات المانحة الغربية في توجيه أجناس النظام الصحي في البلدان النامية فيما تضاعل دور منظمة الصحة العالمية.

إجماع واشنطن وبرامج التكيف الهيكلي (التسعينيات)

يشير إجماع واشنطن إلى مجموعة من عشرة مبادئ لاقتصاد السوق قُدِّمها جون وليامسون عام 1989 وتم تبنيها على نطاق واسع من قبل اقتصاديين بارزين داعمين لأفكار اقتصاد السوق، وقوى كبرى (الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي)، ومؤسسات نقدية (البنك الدولي وصندوق النقد الدولي) (بيتينجر 2017). تمثلت المبادئ العشرة في الاقتراض الحكومي المنخفض، وإعادة توجيه الإنفاق العام، والإصلاح الضريبي لتوسعة القاعدة الضريبية، ومنح الأسواق حرية تحديد أسعار الفائدة، وأسعار الصرف التنافسية، وتحرير التجارة، والانفتاح على الاستثمار الأجنبي المباشر، والخصخصة، ورفع القيود، ومراعاة حقوق التملك (رودريك 2006). منذ تسعينيات القرن الماضي، تقدم المؤسسات المالية الدولية قروضًا بفائدة منخفضة للبلدان النامية بشرط تنفيذ مبادئ إجماع واشنطن، وتُعرف هذه القروض ببرامج التكيف الهيكلي (SAPs). في قطاع الصحة، تُرجمت برامج التكيف الهيكلي إلى السياسات الإصلاحية لقطاع الصحة (HSR) التالية:

- توقف الدولة عن تقديم الخدمات الصحية؛
 - تقليل الإنفاق على الصحة واعتماد حزمة من التدخلات الأساسية المنخفضة التكلفة؛
 - اللامركزية؛
 - حشد عدّة مصادر لتمويل الرعاية الصحية.
- عززت هذه الإجراءات النهج الطبي-الحيوي والعلاجي والانتقائي للرعاية الصحية وأطلقت موجة ضخمة من عمليات الخصخصة. وأظهرت الدراسات أن سياسات برامج التكيّف الهيكلي أبطأت التحسن في الحالة الصحية للشعوب في البلدان التي تطبقها، أو أدت إلى تدهورها، حيث تسببت مثلاً (لوينسون 1993):
- بتدهور الحالة التغذوية للأطفال؛
 - وزيادة الإصابة بالأمراض المعدية؛
 - وارتفاع معدلات وفيات الرضع والأمهات.
- عززت برامج التكيّف الهيكلي هيمنة البلدان الغنية (في المقام الأول الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي) وآليات التمويل أو الجهات المانحة التابعة لها على حوكمة الصحة في العالم، فيما أناطت سلطة صنع القرار على المستوى القطري بوزارات المالية بدلاً من وزارات الصحة.

أثر برامج التكيّف الهيكلي: حالة السودان

في العام 1992، تبنت حكومة السودان (قبل انقسامه إلى السودان وجنوب السودان) إصلاحات اقتصادية هيكلية كبرى عُرفت باسم "سياسات التحرير". وأشار إلى أن هذه الإصلاحات تركت أثراً على القطاع الصحي في عدّة مجالات:

- **انخفاض تمويل الرعاية الصحية:** في غضون سبع سنوات، تراجع الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية من 1.4 جنية سوداني للفرد سنة 1986/1987 إلى 0.24 جنية سوداني سنة 1993/1994، أي ما نسبته 83%. لم يجد هذا التراجع الحاد تبريره في محدودية الموارد المالية لأن الناتج المحلي الإجمالي كان قد ارتفع بنسبة 21.6% في تلك الفترة نفسها (بابكر 1996)؛ بل إن خفض الإنفاق العام على الصحة والتوقف التدريجي عن تقديم الخدمات الصحية (والاجتماعية) تمّ تماشياً مع التدابير القياسية لصندوق النقد الدولي والبنك الدولي في تلك الفترة، وكان ملائماً للأولويات السياسية للسودان خلال الحرب في الجنوب في أوائل التسعينيات.
- **استحداث رسوم المستخدم وقت الخدمة:** في أوائل التسعينيات، نقّدت الحكومة السودانية بعض الإجراءات "لسد الفجوة" في تمويل الرعاية الصحية نتيجة خفض الإنفاق العام؛ فابتكرت "نظام المساعدة الذاتية" الذي نقل البلاد من نظام الخدمات الصحية المجانية السائد

قبل التسعينيات إلى نظام "تقاسم التكاليف" الذي بدأت بموجبه المرافق العامة بتحصيل رسوم أعلى وقت تقديم الخدمات الصحية في العيادات الخارجية والمستشفيات. أعقب "نظام المساعدة الذاتية" برنامج "العلاج الاقتصادي" في مراكز رعاية صحية مختارة في الخرطوم. اعتُبرت خدمات الرعاية الصحية المقدمة في هذه المراكز المختارة أفضل من تلك التي تقدمها المرافق العامة العادية، وكانت الرسوم فيها أعلى من رسوم "المساعدة الذاتية" في مرافق الرعاية الصحية العامة العادية ولكن أقل من التكلفة في المرافق الخاصة (منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا 1999).

قُدِّم نموذجاً تحصيل الرسوم من المستخدمين وقت تقديم الخدمات تحت مسمى "تعزيز خدمات الرعاية الصحية" حيث نُسب التدهور في خدمات الرعاية الصحية في البلاد إلى نقص الموارد المالية وفرط استخدام الخدمات. وبُذرت الحكومة فرض الرسوم المباشرة على الخدمات باعتباره أحد تدابير تنظيم استخدام خدمات الرعاية الصحية وتأمين الموارد المالية للارتقاء بجودتها.

• تراجع إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة

واستخدامها: شهد السودان في هذه الفترة ارتفاع عبء الأمراض المعدية وسوء التغذية نتيجة تدني مستوى المعيشة والفقر وعواقب الحرب في جنوب السودان (اليونيسف 1996). وعلى الرغم من عبء المرض المرتفع، تراجع استخدام خدمات الرعاية الصحية العامة. وعزت دراسة أجرتها منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا (OSSREA) هذا التراجع إلى تزايد تكلفة خدمات الرعاية الصحية العامة مقابل تدني جودة الرعاية، ما دفع المستخدمين إلى التوجه إلى قطاع الرعاية الصحية الخاص (منظمة أبحاث العلوم الاجتماعية في شرق وجنوب إفريقيا 1999).

لناحية الحوكمة، شكّل "إصلاح القطاع الصحي" في السودان في أوائل التسعينيات أحد المجالات الفرعية للتحرير الاقتصادي واستند إلى الأجندة التحريرية لصندوق النقد الدولي/البنك الدولي وإلى الأجندة العسكرية للحكومة السودانية، بدلاً من الاستناد إلى برنامج إصلاحي مدروس قائم على تقييم منهجي للاحتياجات.

المبادرات العالمية (التسعينات والعقدان الأولان من القرن الحادي والعشرين)

في التسعينيات وحتى أوّل عقدين من القرن الحادي والعشرين، تمّ إنشاء أكثر من 100 آلية مالية عالمية لتمويل جوانب مختلفة من التنمية الصحية. وقد نتجت عن ذلك الخصائص التالية:

- الأولويات التي توجّهها الجهات المانحة: تؤدّي إلى شذمة النظم الصحية بشكل أكبر على المستوى الوطني (المزيد من البرامج العمودية).

- الفوضى المالية: زيادة الطلب على وقت الحكومة وولائها للجهات المانحة.
- تركيز العاملين الصحيين في المشاريع الممولة: الأماكن والجوانب المهمة من الرعاية الصحية.
- توليد التبعية: الافتقار إلى خطة استدامة جدية.

بالإضافة إلى المؤسسات النقدية الدولية والمنظمات الحكومية التابعة للبلدان الغنية (في الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي بشكل أساسي)، عززت المبادرات العالمية دور الشركات عبر الوطنية وجهات الأعمال كجهات فاعلة رئيسية في عملية صنع القرار في مجال الصحة العالمية. ويُعتبر ذلك أمرًا بديهيًا لأنه تم تمويل غالبية آليات التمويل هذه إلى حد كبير من قبل الشركات أو المؤسسات الخاصة.

حالة مشروع بقاء الطفل في مصر

في أوائل الثمانينات، طوّرت الوكالة الأميركية للتنمية الدولية (USAID) استراتيجية الجهات المانحة لبقاء الأطفال في مصر (تومافيك وآخرون، 1990). في حين أنّ الاستراتيجية تُعتبر للجهات المانحة، غير أنّ الوكالة الأميركية للتنمية الدولية - وهي الجهة المانحة، أشارت إلى أنه تم تطوير الاستراتيجية بالتعاون مع الحكومة المصرية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO). وقد تبنّى المشروع تدخليّن: (1) الاستخدام المكثف للمعالجة بالإمهاة الفموية للحدّ من العواقب الوخيمة لإسهال الأطفال، (2) وتوسيع برنامج تحصين الأطفال ضد ستة أمراض معدية (السّل، الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، شلل الأطفال والحصبة).

يُشكّل مشروع بقاء الطفل مثالاً توضيحياً لبرنامج عموديّ يتبع مفهوم الرعاية الصحية الأولية الانتقائية الذي تبنّته الجهات المانحة الغربية على نطاق واسع. لا يزال يُعتبر استخدام المعالجة بالإمهاة الفموية أفضل ممارسة تحقق الكفاءة من حيث التكلفة في الإدارة الأولية للإسهال لدى الأطفال دون سن الخامسة (موسيفي وآخرون، 2019). غير أنّها تتعامل مع المرض (الإسهال) عند حدوثه ولا تُعالج أسباب أو عوامل الخطر للمرض؛ أي أنّ المعالجة بالإمهاة الفموية تحدّ من حدوث الإسهال ولكنها تُعالجه بعد حدوثه حصراً. خلصت الاستطلاعات الوطنية إلى حدوث تغيير إيجابي على صعيد الوعي بأهمية المعالجة بالإمهاة الفموية، فيما أظهرت الإحصاءات الوطنية انخفاضاً في معدّل وفيات الرضع. كما ذكر تقرير رسمي أصدرته الوكالة الأميركية للتنمية الدولية أنّ كلا التغيّرين هما نتيجة المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال (NCDDP) في مصر (تومافيك وآخرون، 1990). وأشار التقرير نفسه إلى عدم وجود دليل على انخفاض شدة نوبات الإسهال لدى الرضع والأطفال أو تراجع في انتشار حالات الجفاف بفضل المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال. بتعبير آخر، تعجز البيانات المتاحة حالياً عن إثبات دور المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال في الحدّ من انتشار حالات الجفاف أو شدتها. بالإضافة إلى ذلك، لم تُشر البيانات المتاحة حالياً إلى أي

تأثير ملحوظ للمشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال على حدوث الإسهال لدى الرضع والأطفال. وقد يُعزى ذلك إلى أن المشروع الوطني للسيطرة على أمراض الإسهال لا يُعالج الأسباب الجذرية للمرض، على سبيل المثال، الوصول إلى مياه الشرب المأمونة ونظام الصرف الصحي المناسب.

قارن ويرنر وساندرز (1997) الرعاية الصحية الأولية الشاملة مقابل الرعاية الصحية الأولية الانتقائية بالنسبة لإسهال الأطفال في كتابهما المعنون "التشكيك في الحل: سياسات الرعاية الصحية الأولية وبقاء الطفل (مع نقد معمق للمعالجة بالإمهاة الفموية)" (ويرنر وساندرز، 1997). لقد أظهرت المقارنة بوضوح التأثير المحدود للرعاية الصحية الأولية الانتقائية على حدوث الإسهال أو المساعدة في تحسين نتائج الأطفال من خلال اعتماد نهج علاجي انتقائي حصراً.

جدول 1. الرعاية الصحية الأولية الشاملة مقابل الانتقائية في معالجة الإسهال عند الأطفال

تعزيزية	وقائية	علاجية	تأهيلية
المياه	التثقيف حول النظافة الشخصية وصحة الأطعمة	المعالجة بالإمهاة الفموية	إعادة التأهيل الغذائي
الصرف الصحي	التلقيح ضد الحصبة	الدعم الغذائي	
الأمن الغذائي للأسر	الرضاعة الطبيعية		

المصدر: ويرنر وساندرز، 1997

من يتخذ القرارات المرتبطة بالصحة؟

الانتقال من الحوكمة التي تسيطر عليها الدولة إلى أصحاب المصلحة المتعددين (إضفاء مفهوم أصحاب المصلحة)

كما هو مُبيّن في القسم السابق، خلال العقود الأربعة الماضية، انتقلت الحوكمة العالمية للصحة من هيمنة منظمات الأمم المتحدة المتخصصة، ولا سيما منظمة الصحة العالمية وجزئياً اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وغيرها، مروراً بهيمنة مؤسسات بريتون وودز (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي ومنظمة التجارة العالمية) وصولاً إلى هيمنة الشركات عبر الوطنية والمؤسسات الخاصة (مثل مؤسسة بيل وميليندا غيتس)، كما يظهر في الشكل 1 أدناه.

■ مصادر تمويل منظمة الصحة العالمية

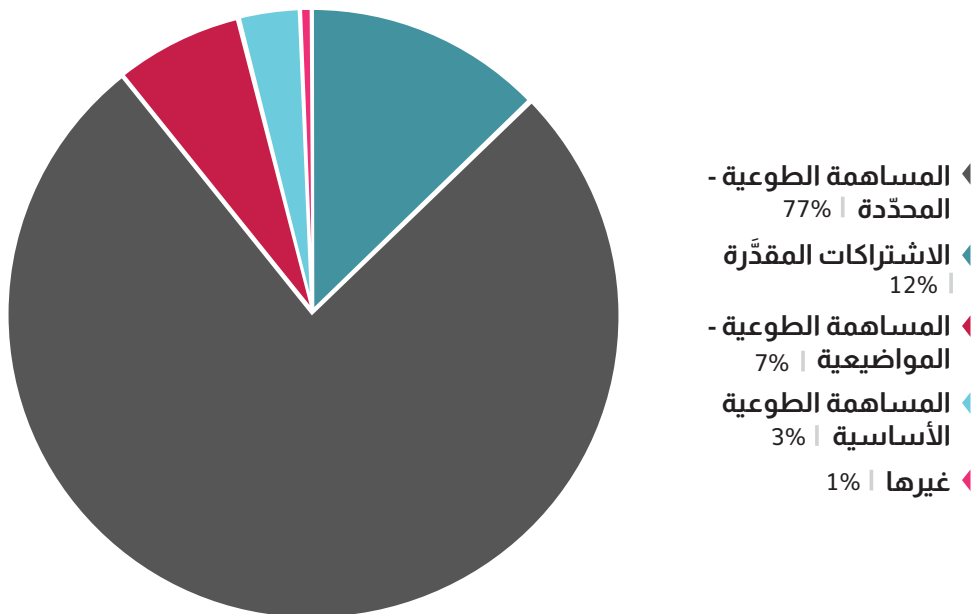
بالإضافة إلى النقص الهائل في التمويل، تواجه منظمة الصحة العالمية أربع أزمات متعلقة بتمويلها. فهذا الأخير يعاني من الاختلال ما بين ميزانيات البرامج والالتزامات المالية للدول الأعضاء، وعدم القدرة على التنبؤ المالي، وانعدام الشفافية في التمويل وتوزيع التمويل المتاح، وعدم الكفاءة في إدارة الموارد المالية المتاحة (ريدي وآخرون، 2018). بالفعل، بلغ إجمالي ميزانية البرامج لمنظمة الصحة العالمية في العامين 2020-2021 أقل من 7,6 مليار، أي أقل من خمس ميزانية الرعاية الصحية لولاية تكساس في الولايات المتحدة الأميركية، للسنة المالية ذاتها (هيئة الخدمات الصحية والإنسانية في تكساس، 2021). يمكن تصنيف مصادر تمويل منظمة الصحة العالمية على النحو التالي:

- **الاشتراكات المقدّرة** وهي نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي لبلد ما (توافق الجمعية العامة للأمم المتحدة على النسبة المئوية). وتوافق عليها الدول الأعضاء كل سنتين خلال جمعية الصحة العالمية.
- وتأتي معظم **المساهمات الطوعية** من الدول الأعضاء ومن منظمات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات الحكومية الدولية والمؤسسات الخيرية والقطاع الخاص، وغيرها من مصادر التمويل.

في ميزانية منظمة الصحة العالمية للعامين 2020-2021، شكّلت الاشتراكات المقدّرة نسبة 12% فقط من إجمالي الميزانية، بينما شكّلت المساهمات الطوعية 87% (راجع الشكل 1). إن اعتماد منظمة الصحة العالمية على المساهمات الطوعية يُمكن الجهات المانحة الخارجية من إملاء الأولويات المؤسسية وجدول الأعمال لمنظمة الصحة العالمية (ريدي وآخرون، 2018). يوضح الجدولين 2 و3 تأثير المساهمات الطوعية على إعادة توجيه أولويات منظمة الصحة العالمية. وأحد الأمثلة الواضحة على ذلك هو كيف أن التمويل السخي المُقدّم من مؤسسة

بيل وميليندا غيتس للقضاء على شلل الأطفال جعل من هذا الأخير أولوية ثانية لمنظمة الصحة العالمية حتى أثناء تفشي جائحة كوفيد - 19.

شكل 1. إيرادات منظمة الصحة العالمية حسب النوع للعامين 2020-2021



المصدر: منظمة الصحة العالمية، المساهمات في العامين 2020-2021: نوع التمويل حسب الجهة المساهمة - [رابط](#)

جدول 2. توزيع المساهمة الطوعية لمؤسسة بيل وميليندا غيتس

النسبة المئوية	البرنامج	النسبة المئوية	البرنامج
0.55%	انخفاض عدد الأشخاص الذين يعانون من ضائقة مالية	64.37%	مكافحة شلل الأطفال
0.50%	الموارد المالية والبشرية والإدارية المُدارة بكفاءة وفعالية وشفافية وملتزمة حول النتائج	13.43%	تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ذات الجودة
0.48%	تعزيز القيادة والحوكمة وأعمال المناصرة من أجل الصحة	5.92%	تعزيز قدرات الدولة في مجال البيانات والابتكار
0.19%	الكشف عن حالات الطوارئ الصحية والاستجابة لها بشكل سريع	5.21%	تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتشخيصات والأجهزة للرعاية الصحية الأولية
0.17%	تنفيذ استراتيجيات وقائية مُثبتة للأوبئة والأمراض التي يُحتمل أن تتحول إلى جائحات/أوبئة على نطاق واسع	3.14%	منع تفشي الأوبئة والجائحات
0.15%	تعزيز الأوضاع الصحية والصحة في جميع السياسات	2.47%	الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية الحادة بسرعة، بالاستفادة من القدرات الوطنية ذات الصلة
0.03%	بلدان متأهبة لحالات الطوارئ الصحية	0.86%	برنامج خاص للأبحاث والتطوير والتدريب البحثي في مجال التناسل البشري
0.03%	بلدان جاهزة من الناحية التشغيلية لتقييم المخاطر وجوانب الضعف المحددة وإدارتها	0.85%	الحد من عوامل الخطر من خلال العمل المتعدد القطاعات
0.01%	تسليم سريع التبع للمُمرضات المسببة للأوبئة	0.84%	المحددات الاجتماعية للصحة
		0.80%	برنامج خاص للبحث والتدريب في أمراض المناطق المدارية

المصدر: بوابة منظّمة الصحة العالمية الخاصة بالميزانية البرمجية

جدول 3. توزيع الميزانية الإجمالية لمنظمة الصحة العالمية

النسبة المئوية	البرنامج	النسبة المئوية	البرنامج
1.47%	المحدّدات الاجتماعية للصحة	40.52%	الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية الحادة بسرعة، بالاستفادة من القدرات الوطنية ذات الصلة
1.38%	بلدان جاهزة من الناحية التشغيلية لتقييم المخاطر وجوانب الضعف المحددة وإدارتها	15.56%	تنفيذ برامج القضاء على شلل الأطفال والانتقال بالتعاون مع المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال
1.22%	الحدّ من عوامل الخطر من خلال العمل المتعدّد القطاعات	14.82%	تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ذات الجودة
1.18%	تعزيز القيادة والحوكمة وأعمال المناصرة من أجل الصحة	5.14%	منع تفشّي الأوبئة والجائحات
0.85%	انخفاض عدد الأشخاص الذين يعانون من ضائقة مالية	3.61%	تنفيذ استراتيجيات وقائية مُثبتة للأوبئة والأمراض التي يُحتمل أن تتحوّل إلى جائحات/أوبئة على نطاق واسع
0.75%	تسليم سريع التّبع للمُمرضات المسبّبة للجائحات	3.34%	تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتشخيصات والأجهزة للرعاية الصحية الأولية
0.68%	برنامج خاص للبحث والتدريب في أمراض المناطق المدارية	2.48%	الكشف عن حالات الطوارئ الصحية والاستجابة لها بشكل سريع
0.41%	الموارد المالية والبشرية والإدارية المُدارة بكفاءة وفعالية وشفافية ومتمحورة حول النتائج	2.17%	تعزيز قدرات الدولة في مجال البيانات والابتكار
0.39%	تعزيز الأوضاع الصحية والصحة في جميع السياسات	2.14%	بلدان متأهّبة لحالات الطوارئ الصحية
0.39%	إطار التأهّب لجائحة الإنفلونزا	1.52%	برنامج خاص للأبحاث والتطوير والتدريب البحثي في مجال التناسل البشري

المصدر: بؤابة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالميزانية البرمجية

هيكليات الحوكمة الحالية للصحة العالمية والقنوات التي تؤثر من خلالها على عملية صنع القرار

حدّد ليغي (ليغي 2023) ستّ فئات من الجهات الفاعلة في الحوكمة العالمية للصحة:

1. المنظّمات المتعدّدة الأطراف والمعاهدات الدولية (منظومة الأمم المتحدة - منظّمة الصحة العالمية، واليونسيف، وبرنامج الأمم المتّحدة الإنمائي، وبرنامج الأمم المتّحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي؛ ونظام بريتون وودز - صندوق النقد الدولي والبنك الدولي؛ والاتفاقات التجارية، وغيرها)
2. الهيئات الحكومية الدولية والقوى العظمى (مجموعة الثماني، ومجموعة العشرين، منظّمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، الاتحاد الأوروبي والولايات المتّحدة الأميركية)
3. الشركات عبر الوطنية (الشركات المصنّعة للأدوية والأدوية)
4. ضوابط السوق (العرض والطلب وكيف ينطبقان على مجال الصحة)
5. الحركات الاجتماعية
6. تدفق المعلومات

■ الشركات عبر الوطنية

تكبّر المنظّمات عبر الوطنية ويزداد عددها وتُغطّي حصّة متزايدة من التجارة العالمية. فهي تُؤدّي دورًا مهيمناً في حشد الأموال والتقنيات للاستثمار. على سبيل المثال، يُعدّ دور المستحضرات الصيدلانية الكبيرة في الحوكمة العالمية للصحة خير مثال على الدور المؤثّر المتنامي للشركات في حوكمة الصحة على المستويين العالمي والوطني. إنّ قصّة التفاعل ما بين الحكومة المصرية وشركة جلعاد هي مثال توضيحي وتمّ تفصيلها أدناه.

عودة إلى العام 2015: حالة التهاب الكبد C وشركات المستحضرات الصيدلانية الكبيرة في مصر

على الرغم من الإنجازات الحديثة والمستمرّة في علاجات فيروس التهاب الكبد C، لا يزال الحصول على العلاج المضاد للفيروسات محدودًا في مصر. ففي العام 2008، نشرت اللجنة الوطنية لمكافحة التهاب الكبد الفيروسي استراتيجية ممتدّة على 5 سنوات (2008-2012). وقد قدّرت أنه في العام 2008 بلغ عدد مرضى التهاب الكبد C المؤهلين لتلقّي العلاج المضاد للفيروسات 60.000 شخص (دالغليش، 2008). غير أنه بين العامين 2008 و2011، لم يتجاوز عدد المرضى الذين تلقّوا العلاج 190 ألف. هذا وبلغ عدد المرضى الذين تلقّوا العلاج 22.000 عام 2008، وارتفع إلى 65.000 في العام 2009 ثم انخفض تدريجيًا إلى 58.000 و45.000 في عاميّ 2010 و2011 على التوالي (مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها 2012). في استطلاع

أُجري مؤخرًا، أفاد 38% من مرضى التهاب الكبد C الذين تتراوح أعمارهم بين 15-59 عامًا ضمن عيّنة تمثيلية على المستوى الوطني بأنهم تلقوا العلاج المضاد للفيروسات. وبلغت النسبة 29.7% للنساء و41.7% للرجال. غير أن غالبيتهم أفادوا عن تلقيهم نظام العلاج القديم (الإنترفيرون) بمعدّل شفاء 51% بينما أبلغ 4.8% فقط عن تلقيهم أدوية جديدة مضادة للفيروسات (سوفوسبوفير أو أوليسيو) بمعدّل شفاء نسبته 79-96% (وزارة الصحة والسكان، مصر 2015).

ربطت الاستراتيجية، التي ما زالت السلطات الصحية المصرية تتبناها، توسيع نطاق الحصول على العلاج المضاد لفيروس التهاب الكبد الفيروسي بتوزيع دورة منخفضة التكلفة نسبيًا من العلاج المضاد للفيروسات من خلال المرافق الطبية الحكومية بناءً على إرشادات صارمة. خلال العقد الماضي، تبنت الحكومة المصرية مرارًا وتكرارًا نهج التفاوض مع الشركات المصنعة للأدوية من أجل خفض سعر العلاج المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي لاستخدامه في القطاع العام. على سبيل المثال، في العام 2008، توصلت الحكومة إلى اتفاق مع شركتين دوليتين لتصنيع الأدوية (ميرك وروش) لإنتاج البيغنتيرفيرون المعبأ محليًا مقابل 2000 دولار أمريكي (على نفقة المرضى) بدلًا من 12,000 دولار أمريكي (السعر الدولي) مقابل دورة علاجية لمدة 48 أسبوعًا (كما ذكر كابلان وسوان، 2012). يمثل السعر المخفض 47% من متوسط الدخل السنوي للأسرة المصرية و56% من الدخل السنوي للأسر الريفية في العام المالي 2010-2011.

في العام 2014، كرّرت الحكومة المصرية صفقة مماثلة مع شركة "جلعاد للعلوم" (شركة أدوية مقرّها الولايات المتحدة) لشراء دواء سيميبريفير (كجزء من العلاج الثلاثي الموصى به حاليًا) مقابل 900 دولار أمريكي (على نفقة المرضى) بدلًا من 84,000 دولار أمريكي (السعر الأصلي في السوق الأميركية) (فيك وهيرشل، 2014). غير أن هذا الانخفاض الملحوظ في التكلفة لم ينعكس في التوسع الموازي في تغطية علاج التهاب الكبد C. هذا الأمر يُشير إلى أن التكلفة لا تزال تتجاوز قدرة المرضى على تحمّل التكاليف و/أو أن ثقة مجموعة واسعة من العوائل (دالغليش 2012؛ وزارة الصحة والسكان، مصر 2015). تعكس حالات عدم اليقين هذه فجوة معرفية في تحديد العوائل التي تحول دون تلقي العلاج المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي و/أو قدرة المعرفة الحالية المحدودة على توجيه عملية صنع القرار المستنيرة.

الخلاصة

تُعَدُّ الحوكمة من أجل الصحة مجالاً فرعياً للحوكمة الاقتصادية. كما أظهرت دراسات الحالة الواردة في هذا التقرير، لقد أثر كلٌّ من هيمنة السياسات النيوليبرالية وتمويل الاقتصاد وإضفاء مفهوم أصحاب المصلحة على هيكلية حوكمة الصحة. كما قدّمت هذه الورقة بعض التعاريف ولمحة عامّة عن بعض آليات تمويل الصحة.

المراجع

- Atiku S. O. 2019. "Contemporary Multicultural Orientations and Practices for Global Leadership." Hershey, Pennsylvania: IGI Global.
- Babiker, M.A.B. 2006. "The Impact of Liberalisation Policies on Health, Some Evidence from Sudan." Seminar paper No. 100, DSRC, University of Khartoum.
- Bennett, S., Corluka, A., Doherty, J., et al. 2012. "Influencing Policy Change: The Experience of Health Think Tanks in Low- and Middle-income Countries." Health Policy Plan, 27:194-203.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. "Progress toward Prevention and Control of Hepatitis C Virus Infection - Egypt, 2001–2012: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2012." Atlanta: Centers for Disease and Control and Prevention (CDC). [Link](#).
- Center to Eliminate Health Disparities (CEHD), University of Texas Medical Branch (UTMB). 2016. "A Plan to Address Documented Health Disparities While Enhancing UTMB Capacity for Coordinated Action: The Third Improvement Plan." Editors: Lee, W.C., Eschbach, K., Serag, H. & Smith, K. [Link](#).
- Cueto, M. 2004. "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care." American Journal of Public Health, 94:1864-74.
- Dalglish, S. 2008. "Egyptian National Control Strategy for Viral Hepatitis 2008-2012: The Ministry of Health and Population: The National Committee for the Control of Viral Hepatitis."
- Exworthy, M. 2008. "The Enduring Legacy of Alma Ata: 30 years on." London Journal for Primary Care (Abingdon), 1:81-4.
- Fick, M., & Hirschler, B. 2014. "Gilead offers Egypt New Hepatitis C Drug at 99 percent Discount." Reuter. [Link](#).
- Garson, G.D., & Khosrow-Pour, D. B. A. M. 2008. "Handbook of Research on Public Information Technology." Hershey, Pennsylvania: IGI Global.
- Kickbusch, I., & Gleiche, D. 2012. "Governance for Health in the 21st Century. Geneva: World Health Organization.
- Legge, D. 2023. "Political Economy for Health: Key Terms in Political Economy and their Implications for Population Health and for Health Care." [Link](#).

- Loewenson, R. "Structural Adjustment and Health Policy in Africa. International Journal of Health Services, 23:717-30.
- Ministry of Health and Population (MOHP) – Egypt. 2015. "The DHS Program ICF International. Egypt Health Issues Survey." [Link](#).
- Mosegui, G.G., Vianna, C.M., Rodrigues, M.S., et al. "Cost-effectiveness Analysis of Oral Rehydration Therapy Compared to Intravenous Rehydration for Acute Gastroenteritis without Severe Dehydration Treatment." Journal of Infection and Public Health,12:816-821.
- Obimbo, E.M. 2003. "Primary Health Care, Selective or Comprehensive, which Way o Go?" East African Medical Journal, 80:7-10.
- OSSREA. 1999. "The Impact of Structural Adjustment Programs on the Health Sector in the Sudan: A Case of Khartoum State." [Link](#).
- Pettinger, T. 2017. "Washington Consensus – Definition and Criticism." Volume 2023: Economics - Help.
- Reddy, S.K., Mazhar, S., & Lencucha, R. 2018. "The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: A Review of Funding Proposals." Global Health, 14:119.
- Rodrik, D. "Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion? A Review of the World Bank's Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade of Reform." Journal of Economic Literature, XLIV:December 2006.
- Solar, O., & Irwin, A. 2010. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization (WHO).
- Texas Health and Human Services. 2021. "Operating Budget - Fiscal Year 2022." [Link](#).
- Tumavick, N., Binnendijk, A., Calder, D, et al. 1990. "Child Survival Programs in Egypt: A.I.D.: Project Impact Evaluation Report No. 73." U.S. Agency for International Development (USAID). [Link](#).
- United Nations (UN). 1946. "Constitution of the World Health Organization (WHO)." New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 1996. "Situation Analysis of Children and Women in the Sudan." [Link](#).
- Walsh, J.A., & Warren, K.S. 1979. "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries." New England Journal of Medicine, 301:967-74.

- Werner, D., & Sanders, D. 1997. "Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival with an In-depth Critique of Oral Rehydration Therapy." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2023. "Health Systems Governance." Volume 2023: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 1978. "Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 Volume 2020." Geneva: World Health Organization.



العولمة النيوليبرالية وحقوق الانسان:

الحق في الصحة نموذجا

محمد سعيد السعدي

باحث في الاقتصاد السياسي

السعدي خبير اقتصادي ومستشار مستقل. وقد ألف العديد من الكتب والمنشورات حول مجموعات الأعمال والتنمية، والاقتصاد المغربي، والجندر، والشراكة الأورو متوسطية، وهي ناشط اجتماعي. تغطي موضوعات بحثه إعادة التفكير في نماذج التنمية والدول التنموية، وتأثير النيوليبرالية والأزمة العالمية على الدول العربية، والتصنيع والسياسات الصناعية.

مقدمة

تميزت الأربعة عقود الأخيرة من تاريخ البشرية بانتشار العولمة النيوليبرالية لتكتسح أرجاء شاسعة من المعمور. وقد تم هذا الانتشار في بعده الاقتصادي على مسلمات مفادها ان التركيز على الاستقرار الماكرو-اقتصادي (خاصة من خلال التحكم في التضخم وخفض عجز الموازنة العامة)، ولبرلة (او تحرير) الاقتصاد من خلال تفعيل آليات السوق، وخصخصة الشركات (او المؤسسات) العمومية والمرافق العامة، وازاحة الحواجز امام تنقل السلع والخدمات والرساميل، من شأنه ان يضع حدا للأنشطة الريعية، ويعزز المنافسة، ويحسن الفرص المتاحة للتصدير، ويساعد على تضيق الهوة بين الدخل الفردي في الدول الفقيرة مقارنة مع الدول الغنية. غير ان هذه الوعود لم تتحقق على ارض الواقع، بل صارت أوهاما (السعدي 2022)، خاصة بالنسبة لتحسين معدل النمو وتقليص الفوارق بين (وداخل) البلدان. ويزداد الامر سوءا عندما يتعلق الامر بإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كما هي متعارف عليها عالميا، لا سيما توفير الحق في الصحة للجميع.

تحاول هذه الورقة تسليط الضوء على العلاقة بين العولمة النيوليبرالية وحقوق الانسان، مع التركيز على الحق في الصحة. وقد اعتمدنا في صياغتها على الأبحاث والدراسات الأكاديمية المتوفرة حول الموضوع كما وظفنا معطيات والاحصائيات التي توفرها المنظمات الدولية والإقليمية والوطنية. توضح الورقة الآثار السلبية للعولمة النيوليبرالية على الحقوق الاقتصادية، خاصة الحق في الصحة، وتبرز الميكانيزمات التي تؤدي الى هذه النتائج، سنعرض في القسم الأول من الدراسة لمفهوم العولمة النيوليبرالية ودور المؤسسات المالية الدولية (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي بالتحديد) في نشرها عالميا، خاصة بدول الجنوب التي تنعت بالنامية، حيث تعتمد هذه المؤسسات المشروطة لفرض برامج التقويم الهيكلي (او ما يسمى بـ"الإصلاح الاقتصادي") المتحورة حول ثلاثية لبرلة الاقتصاد (او التحرير الاقتصادي) (الخصخصة- والتشفيش). وندلل على التأثير السلبي لهذه البرامج من خلال التركيز على الحق في الصحة. اما الفصلين الثاني والثالث، فنخصصهما لدراسة حالة المنطقة العربية.

فنتطرق في القسم الثاني لتأثير السياسات التقشفية على انفاذ الحق في الصحة لكل المواطنين/ات، فيما نعالج في القسم الثالث والأخير كيف تنعكس خصخصة القطاع الصحي والاتفاقيات التجارية سلبا على اعمال الحق في الصحة.

العولمة النيوليبرالية، المؤسسات المالية الدولية وحقوق الانسان

تطور ظاهرة العولمة ودور المؤسسات المالية الدولية

تطور ظاهرة العولمة: العولمة ليست بالظاهرة الجديدة رغم طغيان استعمال هذا المصطلح في الخطابات العلمية والصحافية وفي أوساط المال والاعمال والرأي العام، بل هي ملازمة بشكل عضوي للرأسمالية بسبب نزوع هذه الأخيرة الى الانتشار داخليا (من خلال اكتساح مختلف أوجه الحياة العامة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية) وجغرافيا من اجل استمرار عملية التراكم الرأسمالي وتعظيم الأرباح. ويمكن تمييز ثلاث مراحل تاريخية أساسية في تطور العولمة وهي: المرحلة الاستعمارية ومرحلة العولمة "المقيدة" ومرحلة العولمة النيوليبرالية.

تميزت المرحلة الاستعمارية للعولمة بتمدد الاستعمار المباشر إلى أنحاء العالم بسبب تسابق القوى العظمى الغربية إلى احتلال مناطق العالم المختلفة ليس لأسباب اقتصادية فقط، وإنما لأسباب استراتيجية أيضاً. وقد سعت هذه القوى إلى كسب أسواق لمنتجاتها الصناعية ولأستثماراتها المالية مع السيطرة على الموارد الأولية والزراعية الضرورية لاقتصاداتها. وقد نجم عن هذه المرحلة الاستعمارية من العولمة تعزيز مظاهر الهشاشة والتبعية لتذبذب أسعار المواد الأولية في بلدان الجنوب المستعمرة. وقد استمر هذا الاستعمار من الربع الأخير من التاسع عشر حتى نهاية الحرب العالمية الثانية.

مرحلة العولمة المقيدة و"المتفاوض عليها" (بمعنى "أن حكومات وشعوب آسيا وإفريقيا، والاتحاد السوفياتي والولايات المتحدة وحلفائها خلقوا هيكلًا تفاوضيًا متعدد الأقطاب يحكم النظام العالمي" (العولمة وبدائلها 2018).

وبعزى الطابق المقيد للعولمة الرأسمالية الى الظروف التي برزت غداة الحرب العالمية الثانية حيث تمكنت النقابات والأحزاب العمالية في البلدان الرأسمالية المتقدمة من فرض ميزان للقوى نتج عنه تبني نموذج دولة الرفاه وهيمنة الفكر الكينييزي على السياسات العمومية واضطرار الرأسمال الى التكيف مع مقتضيات العلاقات الاجتماعية.

لكن هذه العولمة ما فتئت تفقد بريقها مع بداية السبعينات من القرن الماضي مع بروز أزمة الركود التضخم، مما فتح الباب واسعا للانتقال الى العولمة النيوليبرالية مع صعود "مارغريت تاتشر" و"رونالد ريغن" الى سدة الحكم في كل من بريطانيا والولايات المتحدة في عامي 1979 و1980.

مرحلة العولمة النيوليبرالية: تتميز هذه المرحلة باستعادة الرأسمال الكبير للمبادرة حيث سيتمكن من فرض مشروعه السياسي واجندته الاقتصادية المبنية على "الاقتصاد الحر". وسيضغط بقوة على الحكومات من اجل خفض الضرائب ورفع القيود على القطاع المصرفي والمالي وخفض تكلفة العمل من خلال سن "مرونة" سوق الشغل. هكذا، ستتبنى الدول الرأسمالية المتقدمة ثلاثية "لبرلة" "الاقتصاد-الخصخصة-الأولوية للحفاظ على توازنات الاقتصاد الكلي"، سعياً وراء خلق مناخ

ملائم لتفعيل اليات السوق الكفيلة وحدها تحقيق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة.

المؤسسات الدولية كفاعل أساسي لتنفيذ العولمة النيلوليرالية: برامج التكيف الهيكلي

غداة الحرب العالمية الثانية، تم احداث ما يسمى بـ "مؤسسات بريتن وودز"، وهي مكونة من صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي والاتفاقية العامة للتعرفة الجمركية والتجارة ("الجات") التي ستتحول الى منظمة التجارة العالمية سنة 1995.

وقد كان الهدف وراء انشاء هذه المؤسسات هو ضمان تطور واستقرار النظام الرسمالي العالمي بقيادة الولايات المتحدة من خلال التبادل التجاري الحر وإطار نقدي ومالي دولي متحكم فيه. غير ان دخول هذا النظام في ازمة هيكلية بعد قرار الولايات المتحدة وقف قابلية تبديل الدولار إلى ذهب (وهو أهم أركان نظام "بريترن وودز") سنة 1971 سيؤدي الى تحول في الوظائف المسندة للمؤسسات المالية الدولية (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي). هكذا، ستتدخل هاتين المؤسسات في بلدان العالم الثالث الغارقة في ازمة الدين الخارجي لضمان تسديد ما بذمة هاته الأخيرة تجاه الدائنين الخواص بالأساس لإنقاذ بنوك البلدان الرأسمالية المتقدمة. سيتم فرض مشروعية قاسية من طرف المؤسسات المالية المذكورتين مقابل الحصول على قروض مالية، وتهدف الى تخلي البلدان الدائنة عن نموذج الاقتصاد الموجه من طرف الدولة لفائدة نموذج يعتمد على حرية الأسواق والمبادرة الحرة وإعادة توجيه الاقتصاد نحو التصدير. هكذا، تم اخضاع هذه البلدان الى وصفة "برامج التكيف الهيكلي" وما يسمى بـ "توافق واشنطن" (واطرافه هم الخزينة الامريكية وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي) (Stiglitz 2002)، وترتكز على ثلاثية لبرلة الاقتصاد-الخصخصة-التقشف.

ينبغي التذكير بان الهدف الرئيسي لهذه البرامج هو ادماج اقتصادات بلدان الجنوب في النظام الرأسمالي المعولم والاستجابة لحاجيات الاحتكارات الكبرى والشركات المتعددة الجنسية في التوسع وتحقيق المزيد من التراكم الرأسمالي والهيمنة العالمية (Petras & Veltmeyer 2001). وقد عبر عن هذه الحجة بوضوح Percy Barnevik، رئيس مجموعة Asea Brown Boverي حينما عرف العولمة (او "الكوكبة" حسب تعبير المفكر الاقتصادي الراحل إسماعيل صبري عبد الله) بانها " الحرية لمجموعة شركات بان تستثمر أينما ارادت ومتى ارادت، وان تنتج أي سلعة/خدمة تريد، وتشتري وتبيع في أي مكان تختاره، مع تحمل اقل القيود الممكنة في مجال قوانين العمل والاتفاقيات الاجتماعية" (Chesnais 1997).

تتمحور برامج التثبيت والتكيف الهيكلي حول استرجاع التوازنات الاقتصادية الكلية (التحكم في التضخم، توازن المالية العمومية وميزان المدفوعات)، والتحرير التدريجي للقطاعات الصناعية والتجارية والمالية، وخصخصة شركات القطاع العام، ورفع القيود الإدارية والتنظيمية على مبادرات القطاع الخاص. وتقتضي استعادة التوازنات الماكرو- اقتصادية تطبيق سياسات تقشفية صارمة مثل خفض الانفاق العام، والضغط على كتلة الأجور، والتخلي عن دعم المواد الأساسية، فيما تمر لبرلة الاقتصاد مثلاً عبر سياسات تجارية أكثر تحرراً، وتحرير سعر الصرف و الاسعار بصفة عامة.

اما في مجال الضبط والتقنين، فتهم التغييرات المنتظرة على الخصوص "تحسين مناخ الاعمال"، أي الإجراءات الحكومية المنظمة لأنشطة القطاع الخاص، بما فيها تغيير قوانين الشغل لإضفاء طابع المرونة على علاقات العمل.

وإذا كان دور صندوق النقد الدولي قد تراجع خلال العشرية الأولى من القرن الواحد والعشرين، إلا أنه سجل رجوعاً قوياً مع اندلاع الأزمة المالية العالمية سنة 2008، خاصة بعد ظهور أزمة الديون السيادية في أوروبا جراء تدخل الدولة بشكل مكثف لإنقاذ القطاع المالي والمصرفي من الانهيار. من أهم الإجراءات التي تم اللجوء إليها لتنزيل برامج التكيف الهيكلي والسياسات التقشفية لمواجهة أزمة الديون السيادية بأوروبا تقليص أو حذف الدعم المقدم لمواد أساسية كالمحروقات والكهرباء والمواد الغذائية والمدخلات الفلاحية، وتجميد أو خفض كتلة الأجور في الإدارات العمومية، وزيادة الضرائب على المبيعات والضريبة على القيمة المضافة، و"إصلاح" أنظمة التقاعد، وخصخصة المرافق العمومية وتطبيق مرونة الشغل الخ. (السعدي 2022).

العولمة النيوليبرالية وحقوق الإنسان (خاصة الحق في الصحة)

■ تأثير برامج التكيف الهيكلي على حقوق الإنسان

نظراً لاعتبارات مرتبطة بالحيز الكمي المخصص للورقة، سنعرض الصلات بين السياسات الاقتصادية النيوليبرالية وبعض الحقوق الاقتصادية والاجتماعية (7) لتحليل معمق لهذه الصلات انظر مثلاً (Balakrishnan & Elson 2011) على أن نتوسع أكثر في هذا الموضوع في الفقرة الخاصة بالحق في الصحة.

يتبين من استعراض متأن للوثائق والمنشورات من طرف خبراء منظمة الأمم المتحدة حول التجارب في إفريقيا وأمريكا اللاتينية بعد تجربة 20 سنة من التقويم الهيكلي "أن هذه السياسات لم تكن متسقة مع الاحتياجات الإنمائية الطويلة الأجل للبلدان النامية. والدلة المتاحة تدحض ادعاءات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي بأن برامج التكيف الهيكلي تخفف من الفقر وتعزز الديمقراطية بل أن برامج التكيف الهيكلي تسترشد بمبادئ حرية النشاط الاقتصادي التي تشدد على الكفاءة والإنتاجية وتنحاز للمجموعات التي تمارس نشاط التصدير والتجارة الدولية وذلك على حساب الحرية المدنية والحكم الذاتي" (آثار سياسات التكيف الهيكلي 1999). ويهم هذا التأثير على الخصوص الحق في العمل والحق في الغذاء والحق في التعليم.

الحق في العمل:

يعترف العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بحق كل إنسان في ظروف عمل «عادلة ومرضية». وهذا يعني التمتع بالأجور العادلة والأجر المتساوي للعمل المتساوي وتكون كافية لتوفير العيش الكريم للعمال ولعائلاتهم. وتعترف المادة 8 بحق العمال في تشكيل النقابات أو الانضمام إليها وتحمي حقهم في الاضراب. كما تنص هذه المادة على ظروف عمل آمنة وتكافؤ الفرص في مكان العمل وقسط كاف من الراحة وأوقات الفراغ بما في ذلك ساعات عمل محدودة والعطلات العادية المدفوعة. كما تحت لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المؤسسات المالية الدولية، كالبنك الدولي وصندوق النقد الدولي، على الأخذ بعين الاعتبار ضرورة حماية الحق في العمل في سياسات القروض التي تعتمد عليها.

غير أن ما يلاحظ هو أن "الإصلاحات" التي توصي بها هذه المؤسسات تضر بشكل مباشر بالحق في العمل في ظروف عادلة من خلال تركيزها على مرونة سوق

الشغل، بدعوى ان هذه الأخيرة تعتبر عاملا حاسما في تحسين تنافسية السلع والخدمات في البلدان المقترضة. فقد أثار النقاد الانتباه الى ان صندوق النقد الدولي والبنك الدولي غالبا ما يستهينون بالتداعيات السلبية لإعمال "مرونة الشغل" في مجال حقوق الانسان. هكذا، أكد تقرير للجنة حقوق الانسان التابعة للأمم المتحدة ان السياسات التي تحت على اعتماد "مرونة الشغل" تعتبر انتهاكا لحقوق الانسان (United Nations General Assembly 2016) من جهة اخرى، يؤثر عدد من "الإصلاحات" الاقتصادية النيوليبرالية سلبا وبشكل غير مباشر على حماية حقوق العمال. فسياسات تحرير التجارة وجذب الاستثمارات الأجنبية المباشرة تؤدي الى سباق نحو القاع في مجال احترام حقوق العمال حيث يضغط الرأسمال المحلي على صانعي القرار من اجل خفض الأجور حتى يتسنى لهم مواجهة المنافسة العالمية. كما تدفع السياسات النقدية المتشددة الحكومات الى التخلي عن حقوق العمال في مجال الأجور (الحد الأدنى للأجور كمثال) بدعوى الطابع التضخمي للزيادة في هذه الأخيرة (Stubbs & Kentikelenis 2017).

الحق في الغذاء:

لقد نجم عن تطبيق برامج التكيف الهيكلي تهديد حقيقي للامن الغذائي لفئات عريضة من المجتمع في بلدان الجنوب. ويؤكد خبراء الأمم المتحدة بان مستويات التغذية في صفوف الفقراء قد انخفضت جراء الغاء الإعانات الغذائية، ولتنامي البطالة. كما أدى تغيير السياسات الزراعية من انتاج الأغذية للاستهلاك المحلي لصالح المنتجات المجهة للتصدير كالبان أو القطن أو التبغ من اجل توليد العملة الأجنبية، أدى الى هبوط حاد في انتاج الأغذية وفي انخفاض مستويات التغذية وسوء التغذية (اثار سياسات التكيف الهيكلي 1999).

الحق في التعليم:

تعتبر المواثيق الدولية ان لكل شخص الحق في التعليم (المادة 26 من الإعلان العالمي لحقوق الانسان). والملاحظ ان اعتماد برامج التكيف الهيكلي قد ساهم في التراجع عن المكتسبات التي حققتها عدد من الدول "النامية" في مجال تمدرس الأطفال مثلا خلال الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي. وهذا راجع بالأساس الى تجميد او خفض الإنفاق على التعليم. كما يمكن للتعليم الابتدائي ان يتأثر سلبا حيث سجل انخفاض في نسبة الأطفال ما بين السادسة والحادية عشرة المسجلين في المدارس من طرف منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو). وهذا قد يؤثر على الحد من أوجه اللامساواة بين الذكور والاناث، ذلك ان ارتفاع الرسوم قد يدفع الاسر الى الامتناع عن تسجيل بناتها في المدارس عندما تواجه الاختيار بين اطفالها التي ترغب في تعليمهم. ويمكن ان ينجم عن هذا التمييز اثارا سلبية على صحة الرضيع والطفل على المدى البعيد بالنظر الى العلاقة الحيوية القائمة بين رفاه الطفل ومستوى تعليم الام (المرجع نفسه).

الحق في السكن:

يؤدي ضعف الأجور او انخفاضها وتفضي البطالة نتيجة تطبيق برامج التكيف الهيكلي الى عدم تمكن العديد من الاسر من تلبية احتياجاتهم الضرورية خاصة في مجال السكن. بالإضافة الى هذا، ينجم عن ارتفاع أسعار الفائدة تبخر فرص الحصول على سكن. من جانب اخر، ومع احجام الدولة عن توفير السكن مباشرة او من خلال تقديم اعانات للأسر الفقيرة ورفع الضوابط المقننة لسوق الكراء، يصبح المالكون الخواص في وضع يسمح لهم باستغلال الفقراء، الذين غالبا ما يخصصون قسما هاما قد يصل الى النصف من دخلهم المحدود للكواء (المرجع نفسه).

■ تأثير العولمة النيوليبرالية على الحق في الصحة

ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أن تشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان. ووفقاً للمادة 12 من العهد، تقر الدول الأطراف "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، في حين تسرد المادة 12، على سبيل المثال، عدداً من "التدابير التي يتعين على الدول الأطراف ... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق". غير أن "الإصلاحات النيوليبرالية" التي تضمنتها برامج التكيف الهيكلي من خلال الضغط على الانفاق العمومي ورفع الضوابط التنظيمية وخصخصة قطاع الصحة أثرت سلباً على أعمال هذا الحق وفقاً للتشريعات الدولية. ولتحليل الانعكاسات السلبية لهذه "الإصلاحات" نعتمد في هذه الفقرة على الاطار المفاهيمي الذي طوره Kentikelenis A.E (2017). الذي يبحث في المسارات المتعددة التي من خلالها تؤثر برامج التكيف الهيكلي التي يروج لها صندوق النقد الدولي والبنك الدولي على النظم الصحية، بما في ذلك من خلال قنوات التأثير المباشرة، وقنوات التأثيرات غير المباشرة (من خلال إصلاحات الاقتصاد الكلي والمؤسسات)، وتأثير برامج التكيف الهيكلي على المحددات الاجتماعية للصحة. يتم وصف إطار العمل والقنوات المختلفة بمزيد من التفصيل أدناه (Kentikelenis 2017).

قنوات التأثير المباشر:

أولاً: ينجم عن سياسة التثبيت والتقشف تقليص الانفاق العام على الصحة. ويمكن أن يؤثر هذا التقليص بشكل خاص على الاستثمار، وبالتالي على الخدمات الصحية (على سبيل المثال، عدد المنشآت الصحية المتوفرة). بالمقابل، يلاحظ بأن برامج التكيف الهيكلي المتفق عليها بين المؤسسات المالية الدولية وبلدان أمريكا اللاتينية أدت إلى خفض الانفاق العام على السياسة الاجتماعية والتأمين الاجتماعي، لكن مع تسجيل تحسن في الانفاق على الصحة.

ثانياً: تأثرت القوة العاملة في القطاع الصحي جراء التسريحات وتجميد التوظيف وتخفيض الأجور (مثلاً من خلال فرض حدود قصوى للأجور)، مما يدفع العاملين في القطاع إلى الهجرة إلى الخارج.

ثالثاً: نجم عن فرض رسوم للاستفادة من خدمات النظام الصحي تقليص فرص الولوج إليها من طرف الفئات المستضعفة. رابعاً، أدى رفع القيود التنظيمية إلى نمو القطاع الصحي الخاص، مع ما نجم عن هذا التحول من تمييز اجتماعي وطبقي، حيث يمكن الفئات القادرة على الدفع من الاستفادة من حزمة واسعة ومتنوعة من الخدمات. بالمقابل، قد يتزامن هذا التوجه مع تقليص في الخدمات الصحية العمومية لصالح الفئات الفقيرة أو الاستعانة بالمنظمات غير الحكومية. وتبعاً لهذه التأثيرات المباشرة على الحق في الصحة، ثم اللجوء إلى الفاعلين غير الحكوميين لسد الفراغ (خاصة المنظمات الدولية وجمعيات المجتمع المدني).

قنوات التأثير غير المباشر:

أولاً: يؤدي خفض قيمة العملة المحلية إلى ارتفاع أسعار الأدوية المستوردة والمعدات الطبية، مما يجعل اقتنائها أكثر صعوبة، خاصة بالنسبة لمدودي الدخل والفئات المستضعفة.

ثانياً: يؤدي حذف التعريفات الجمركية إلى تراجع إيرادات الموازنة العامة على المدى القصير، مما قد يؤثر سلباً على الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة. بالمقابل، هناك احتمال الزيادة في هذه الإيرادات في حال تحسن معدل النمو من جراء الانفتاح أكثر على الخارج.

ثالثاً: ينجم عن خصخصة مؤسسات القطاع العام زيادة في إيرادات الخزينة العامة، لكن هذه الأخيرة ستتضرر على المدى المتوسط والبعيد بفقدان المداخل التي كانت توفرها الشركات العمومية من قبل.

التأثير على المحددات الاجتماعية للصحة:

المحددات الاجتماعية للصحة: يقتضي اعمال الحق في الصحة عدم التركيز فقط على الحد من الامراض...ولكن ايضا في أسبابها الجذرية. فضلا عن التأثير على النظم الصحية، للسياسات النيوليبرالية بالغ الأثر على المحددات الاجتماعية للصحة قد يتجاوز مفعولها فترة تنزيل برامج التكيف الهيكلي. ويتم هذا التأثير عبر ثلاث قنوات رئيسية:

أولاً: ينجم عن تطبيق برامج التكيف الهيكلي تراجع محسوس في المداخل وانتشار البطالة والفقر مع ما يتبعهما من تفاقم الفوارق الطبقيّة والاجتماعية. وهذه التبعات بدورها تعد أسباباً جوهرية لمشاكل صحية قد تدوم مدى الحياة.

ثانياً: تعتبر التربية والتعليم من المحددات الاجتماعية الأساسية للصحة، ذلك انها تحسن من معرفة الافراد للصحة وكيفية الولوج الى الخدمات الصحية، كما تؤثر إيجاباً على حظوظ الارتقاء الاجتماعي ويغذي بدوره مجموعة من المحددات الاجتماعية للصحة (العمل والدخل على سبيل المثال. والحال ان السياسات النيوليبرالية لا تساعد على النهوض بالتربية والتعليم، بل تحد من إمكانية الولوج اليها، خاصة بالنسبة للمرأة والأطفال. هكذا، أوصى البنك الدولي وصندوق النقد الدولي بفرض رسوم لولوج التعليم الابتدائي او فرضاً تقليص عدد العاملين في قطاع التعليم، مما اثر سلباً على التحصيل التعليمي للأطفال (اثر سياسات التكيف الهيكلي 1999).

ثالثاً: ينجم عن تطبيق برامج التكيف الهيكلي اثارا سلبية على البيئة والسياسات البيئية، بما فيها الماء، والصرف الصحي والزراعة والطاقة. على سبيل المثال، قد تؤدي توصيات المؤسسات المالية الدولية الى الاضرار بالبيئة، مع ما ينجم عن هذا الوضع من تدهور للحالة الصحية للسكان. كما ان خصخصة توزيع الماء قد يجعل النفاذ اليه أكثر صعوبة لأصحاب الدخل المحدود. وهذه كلها عوامل قد تتضرر جراءها الحالة الصحية للمواطنين على المدى البعيد. أخيراً وليس آخراً، يؤدي تطبيق برامج التكيف الهيكلي الى تهديد التماسك الاجتماعي وتغيير الانماط القيمية والثقافية لصالح الفردانية والاندانية على حساب الصالح العام.

سياسات تقشفية على حساب الحق في الصحة في المنطقة العربية

عرفت البلدان العربية (تركز في هذا البحث على البلدان ذات الدخل المتوسط، مستثنين على الخصوص بلدان الخليج العربي) مثل باقي بلدان الجنوب، تطبيق سياسات نيوليبرالية تم تنزيلها في إطار برامج التكيف الهيكلي خلال الثمانينات والتسعينات من القرن الماضي. وقد أثرت هذه السياسات سلباً على الحق في الصحة بشكل مباشر من خلال تهميش القطاع الصحي العمومي، أو بشكل غير مباشر بفعل انعكاساتها على المحددات الاجتماعية للصحة (البطالة والفقر، تفارق الفوارق الطبقيّة والاجتماعية، تردي الأوضاع التعليمية، الخ). ورغم أن معظم البلدان العربية رفعت شعار "الصحة للجميع" واعتمدت على القطاع الحكومي لتلبية معظم الحاجيات الصحية الأساسية، غير أن هذه البلدان واجهت عوائق نوعية من أهمها نقص الكوادر البشرية وانخفاض مستويات الكفاءة المهنية، بالإضافة إلى ضيق الحيز المالي بفعل الضغط على الانفاق العمومي واعتماد سياسات الخصخصة وتسليع الخدمات الاجتماعية، مما أدى إلى تفاوتات في معدلات الوفيات والمرض وتفشي حالات عدم المساواة المتقاطعة مع حالات عدم الانصاف في ما بين فئات الدخل وتلك المتعلقة بالنوع الاجتماعي والتعليم والموقع الجغرافي (عبد الفضيل 2012؛ بيومي 2016).

وما يهمنا في هذا القسم هو تبيان التأثير السلبي لمواصلة تطبيق السياسات النيوليبرالية في المجال الصحي بعد الربيع العربي، خاصة في بعدها التقشفي، مع ما نجم عنه من عدم استعداد عدد من البلدان العربية لمواجهة جائحة "كوفيد 19". سنعرض للسياسات التقشفية المعتمدة بعد الربيع العربي قبل أن نحلل تداعياتها على الحق في الصحة في المنطقة العربية.

مواصلة السياسات التقشفية بعد الربيع العربي

سياسات صندوق النقد الدولي ما بعد الربيع العربي

يقرر صندوق النقد الدولي ضرورة اللجوء إلى سياسات التقشف وباقي الوصفات النيوليبرالية بتباطؤ النمو العالمي والركود الاقتصادي في منطقة اليورو، إضافة إلى ارتفاع أسعار الغذاء والوقود وانتقال تداعيات الأزمة السورية إلى بلدان الجوار. كما يشير إلى العوامل الداخلية لما بعد الربيع العربي والمتمثلة في أجواء عدم اليقين وتعثر الإصلاحات.

السياسية الجارية مع ميل الحكومات لزيادة دعم المواد الأساسية رغم استمرار الاحتياجات الكبيرة للتمويل (السعدي 2022). للخروج من هذا الوضع، يرى صندوق النقد الدولي ضرورة إعطاء الأولوية للحفاظ على الاستدامة الخارجية والمالية وتقليص المديونية العمومية. وهذا يستدعي تفعيل أدوات السياسة المالية العامة والسياسة النقدية "لتوفير شروط النمو الشامل لكل قطاعات المجتمع". فمن جهة، ينبغي التحكم في أوضاع المالية العمومية وترشيد الاستثمارات العمومية بالموازاة مع تقوية شبكات الأمان الاجتماعي لفائدة الفقراء. على مستوى آخر،

يتعين اعتماد سياسة نقدية حذرة تجاه التضخم وتعزيز مرونة أسعار الصرف بالموازاة مع هذا، يجب مواصلة الإصلاحات الهيكلية (مراجعة الإطار التنظيمي لسوق الشغل، اصلاح، تنظيم قطاع الاعمال والحوكمة، تحسين الحصول على التمويل).

يتضح من خلال هذا العرض لتصور صندوق النقد الدولي، بأنه يعتمد المقاربة نفسها التي قدمناها سابقاً، ومفادها باختصار أن التحكم في عجز الموازنات يعتبر اعتماد سياسة تقشفية عامل مهما رجاء الثقة للقطاع الخاص المعول عليه ليكون قاطرة للنمو الاقتصادي.

■ الإجراءات التقشفية المعتمدة من خلال الاتفاقات المبرمة مع صندوق النقد الدولي من أجل الحصول على قروض او من خلال التقارير الرقابية بناء على البند الرابع من اللائحة التنظيمية للصندوق

رغم الربيع العربي، اعتمدت الحكومات بمنطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا معدل ثلاث إجراءات تقشفية لكل بلد بغية التحكم في عجز الموازنة العامة¹ (Ortiz & Cummins 2013). وتتصدر هذه الإجراءات الضغط (تجميد او تخفيض) على الكتلة الاجرية ومراجعة برامج الدعم والأنظمة الضريبية. ويعتبر التخلي عن دعم المواد الأساسية (خاصة المحروقات والمواد الغذائية كالدقيق والسكر والزيت) الاجراء الذي تتقاسمه كل البلدان العربية باستثناء لبنان (كما يتبين من مراجعة Ortiz & Cummins 2013) رغم لما له من حساسية سياسية واجتماعية، خصوصاً في غياب سياسات للحماية الاجتماعية الشاملة في البلدان العربية. بالمقابل، كانت هناك "إصلاحات" أخرى قصد الدراسة من طرف حكومات في المنطقة، مثل الزيادة في الضرائب غير المباشرة (الضريبة على القيمة المضافة) وخفض الإعفاءات الضريبية، بالإضافة إلى التحكم في الكتلة الاجرية وخفض تكلفة تسيير المؤسسات العمومية. من جهة أخرى، كانت دول أخرى تنوي إعادة النظر ("اصلاح") في أنظمة التقاعد (تونس) او مراجعة سياستها الصحية (الأردن) من خلال تقنين الانفاق على الصحة واستعمال المستحضرات الصيدلانية (Ortiz & Cummins 2013).

ويتبين من خلال دراسة الإجراءات المعتمدة خلال الفترة 2012-2015 تعزيز هذا التوجه التقشفي المضر بالتنمية والتقدم الاجتماعي² (Ortiz et al. 2015) ما يلي:

تركز الحكومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا التي تغطيها الدراسة، على "اصلاح" دعم الدولة للمواد الأساسية، خاصة المحروقات، وفي بعض الأحيان المواد الغذائية وبيع أخرى. من بين الإجراءات الأخرى المشتركة بين بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقي التي تغطيها الدراسة، نجد تجميد او خفض كتلة الأجور، بالإضافة إلى "اصلاح" سوق الشغل. هكذا، اتخذت مصر قراراً يقضي بتسقيف كتلة الأجور بالقطاع العام ومراجعة شاملة لنظام الأجور بالوظيفة العمومية وبالإضافة إلى الحد من تعويض الموظفين المغادرين بسبب بلوغ سن التقاعد. وصارت على نفس النهج بلدان كالجائر والمغرب والأردن. من جهة أخرى، اتجهت كل من الجزائر ومصر والأردن والمغرب وتونس لإدخال "المرونة" على سوق الشغل من خلال تخفيف الضوابط التنظيمية وتحسين برامج التكوين (Ortiz et al. 2015).

¹ يعتمد هذا المتوسط على تحليل أجراه Ortiz & Cummins ، الذين حللوا 314 تقريراً قفترًا لصندوق النقد الدولي نُشرت بين يناير 2010 وفبراير 2013 (Ortiz & Cummins 2013).

² تقدم الدراسة تحليلًا لـ 284 تقريرًا قفترًا لصندوق النقد الدولي نُشرت في الفترة من سبتمبر 2012 إلى فبراير 2015. وشملت دراستهم لـ 187 دولة البلدان الثمانية التالية في المنطقة: الجزائر ومصر وإيران والأردن ولبنان والمغرب وتونس واليمن (Ortiz et al. 2015).

■ الآثار على الحق في الصحة

تؤثر المشروعية المفروضة من طرف المؤسسات المالية الدولية من خلال فرض اعتماد ما يسمى بـ "الضبط المالي" أو "ضبط الأوضاع المالية" سلباً على الحق في الصحة عبر عدة قنوات من أهمها خفض عجز الموازنة العامة للدولة والقيود المتبعة في مجال توظيف القوة العاملة، بالإضافة إلى الضغط على الاستثمار العمومي في الصحة. سنقوم بمناقشة تأثير هذه القنوات الثلاث تبعاً بالنسبة للبلدان العربية.

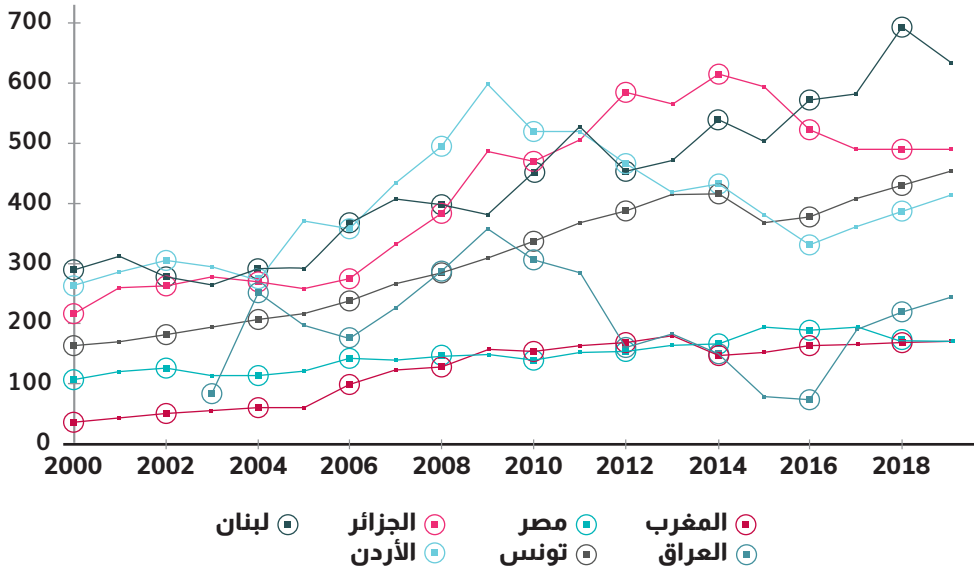
■ الضغط على الانفاق العام على الصحة وتحميل المواطن جزءاً أكبر من مصاريف التطبيب والعلاج

يوضح **الشكل 1** تطور "نصيب الفرد من الانفاق العمومي على الصحة" خلال الفترة 2000-2019 بالنسبة لمجموعة مختارة من البلدان العربية مع استثناء دول الخليج نظراً لعدة اعتبارات أهمها الوفرة المالية التي يتوفرون عليها وحجم الساكنة وقدرتهم على جلب الخبرة الطبية الأجنبية. ويلاحظ أن هذا المؤشر قد عرف على العموم نسبة نمو معتبرة بالنسبة لبلدان كالأردن وتونس والجزائر ومصر، وبنسبة أقل بالنسبة للبنان والمغرب والعراق، وذلك خلال الفترة 2000-2008. وتسري نفس الملاحظة على معدل نمو منحنى "الانفاق العمومي على الصحة مقارنة مع الناتج الداخلي الخام" (**الشكل 2**)، حيث يلاحظ المنحى التصاعدي لهذا المؤشر خلال الفترة 2000-2008 بالنسبة لتونس والجزائر ومصر ودرجة أقل بالنسبة للمغرب ولبنان والعراق. ومعلوم أن الاقتصاد العالمي سجل انتعاشاً اقتصادياً مهماً خلال الفترة المذكورة اتسمت على الخصوص بـ "أمولة العولمة" وظهور فقاع عقارية ومالية بالولايات المتحدة وأوروبا.

غير أن هذه الفقاع انفجرت في عام 2008 لتؤدي إلى بروز أزمة مالية عالمية ستلقي بظلالها على عدد من كبير من بلدان المعمور ابتداءً من سنة 2010. هكذا ستتبنى بلدان الاتحاد الأوروبي والعديد من البلدان العربية على الخصوص سياسات تقشفية ستعكس سلباً على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، بما فيها القطاع الصحي، ابتداءً من 2011-2013. هكذا سيتراجع بشكل محسوس معدل نمو منحنى "نصيب الفرد من الانفاق العمومي على الصحة" بنسب متفاوتة لكل البلدان العربية خلال الفترة 2012-2019. ويلاحظ بأن نفس التراجع بالنسبة لمعدل نمو منحنى "الانفاق العمومي على الصحة مقارنة مع الناتج الداخلي الخام"، مع تسجيل تدهور ملحوظ بالنسبة لبلدان كمصر وتونس والجزائر.

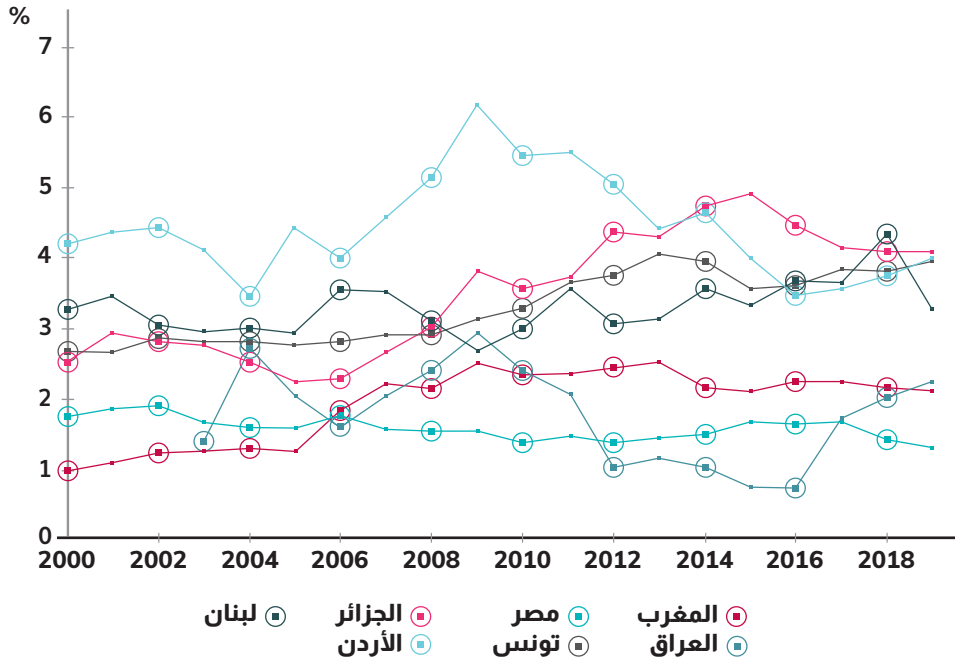
ولتوضيح الصورة أكثر، اخترنا مثال المغرب من خلال معدل منحنى "نمو الانفاق على الصحة بصفة عامة" حيث يلاحظ التراجع المحسوس لهذا المعدل خلال الفترة 2010-2016 (**الشكل 3**).

شكل 1. نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي): المغرب، مصر، تونس، الجزائر، لبنان، الأردن، العراق



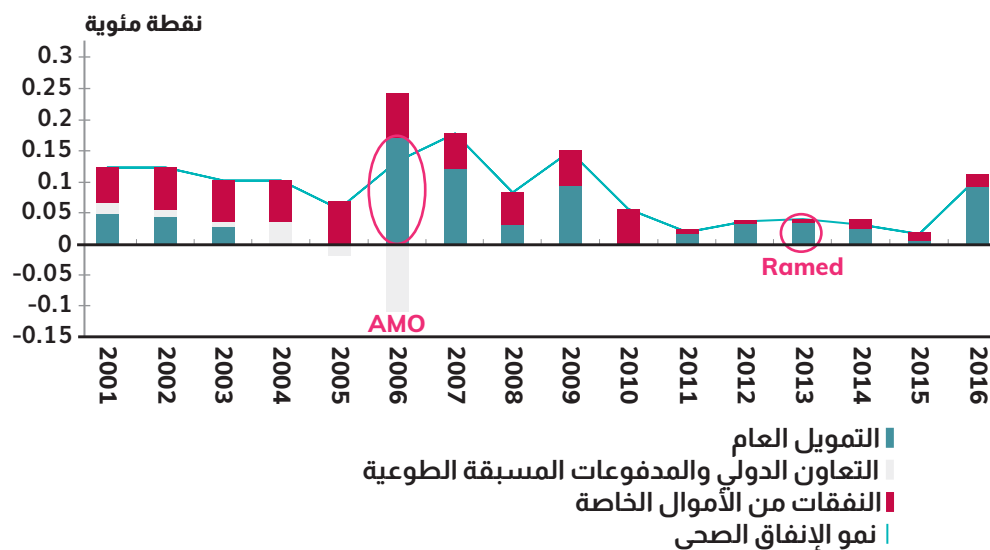
المصدر: World Bank, World Development Indicator

شكل 2. الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي): المغرب، مصر، تونس، الجزائر، لبنان، الأردن، العراق



المصدر: World Bank, World Development Indicator

شكل 3. تفصيل نمو الإنفاق الصحي بالقيمة الاسمية



المصدر: Mobilizing tax revenues to finance the health system in Morocco, OECD, Global Health. Expenditure, 2020.

ونتيجة لضعف الانفاق العمومي على الصحة، يضطر المواطنون/ات الى تحمل الجزء الأكبر من الحاجيات الطبية والعلاجية. هكذا إذا استثنينا حالة بلدان الخليج العربي حيث تبلغ مساهمة الدولة في تلبية هذه الحاجيات 60 في المائة على الأقل، يؤدي المواطن من جيبه نصيب كبير من الاحتياجات الطبية في عدد من بلدان المنطقة كمصر واليمن وسوريا والعراق والمغرب (الجدول 1).

جدول 1. المؤشرات المالية للصحة (النفقات من الأموال الخاصة)

الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي			دولة
2020	2015	2006/08	
62	58	57.4	مصر
78.5	36.5	22.2	العراق
30.4	23.5	42.9	الأردن
33.1	34.3	41.2	لبنان
26.5	29.7	28.3	ليبيا
-	58.4	57.2	المغرب
73.9	75.8	70.2	السودان
-	53.9	52	سوريا
39.9	35.3	45.6	تونس
-	74.1	47.5	اليمن

■ الأثر على القوة العاملة في الصحة العمومية

يؤدي خفض الانفاق العمومي على الصحة جراء اتباع سياسات تقشفية تعطي الأولوية للتوازنات الماكرو اقتصادية، وعلى رأسها خفض عجز الموازنة الى سبة 3% من الناتج الداخلي الخام، الى الضغط على الكتلة الاجرية من خلال تجميد او تقليص التوظيف الى الحد الأقصى و/أو عدم تعويض العاملين البالغين سن التعاقد، بالإضافة الى الانحياز الى التوظيف عبر عقد محدد الاجل (او ما يسمى في بعض البلدان العربية كالمغرب بالتعاقد) وتجميد او خفض الأجور.

خفض التوظيف:

لم نستطع العثور على معطيات تبين تطور القوة العاملة في القطاع الصحي العام بالمنطقة العربية، وهذا راجع الى ان الاحصائيات التي توفرها منظمة الصحة العلمية لا تفرق بين العاملين/ت في القطاع العام والعاملين/ت في القطاع الخاص. أخذنا بعين الاعتبار هذا التحفظ، يتبين من قراءة **الجدول 2** ان معدل عدد الأطباء لكل 10000 قد تراجع خلال الفترة 2014-2019 بخمسة بلدان (الجزائر ومصر والعراق والمغرب وسوريا) من اصل عشرة او بقي مستقرا بالنسبة لبلدين (تونس وليبيا)، في حين سجل تحسنا في ثلاثة بلدان (الأردن ولبنان والسودان). وبالمثل وخلال نفس الفترة، سجل معدل العاملين/ات في مجال التمريض (**جدول 3**) تراجعا في ستة بلدان من اصل احدى عشر وهي الجزائر، مصر، الأردن، ليبيا، السودان، وسوريا، فيما ارتفع في خمسة بلدان (العراق، لبنان، المغرب، تونس واليمن). ويبقى على العموم مشكل تمويل القطاع الصحي العام والذي زاد من حدته تطبيق سياسات تقشفية، يبقى عائقا كبيرا في وجه تحسين العرض الصحي في البلدان العربية. ذلك ان هذه الأخيرة تسجل تأخرا ملحوظا في مجال الموارد البشرية الطبية والتمريضية مقارنة مع المعدل العالمي وكذلك مع المعدل ببلدان الخليج العربي (انظر الى شكل البيانيين رقم 4 و5).

جدول 2. القوى العاملة الصحية (الأطباء)

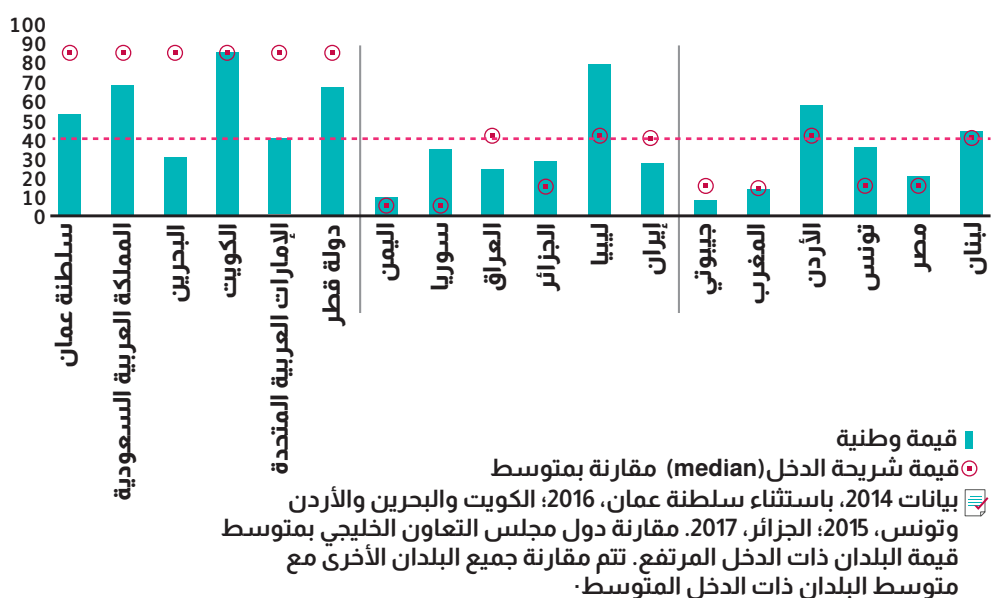
الأطباء						البلد
2019	2018	2017	2016	2015	2014	
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
-	17.32	-	18.42	-	-	الجزائر
7.09	7.3	7.57	7.77	7.77	7.45	مصر
9.13	6.7	7.94	8.08	-	9.71	العراق
25.13	-	22.2	-	27.4	22.7	الأردن
26.17	24.25	22.6	21.5	21.4	20.6	لبنان
-	-	21.5	-	19.6	21.4	ليبيا
-	-	7.3	-	-	9.1	المغرب
-	11.4	-	-	4.15	-	السودان
-	-	-	11.8	-	14.4	سوريا
-	-	12.6	12.4	12.6	12.3	تونس
-	-	-	-	-	2.9	اليمن

جدول 3. القوى العاملة الصحية (العاملين بالتمريض)

العاملين في التمريض						البلد
2019	2018	2017	2016	2015	2014	
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
-	13.45	22.3	22.5	-	-	الجزائر
-	18.27	18.2	18.2	18.3	18.49	مصر
21.1	19.3	16.2	16.2	15.54	17.24	العراق
28.14	26.8	28.6	-	-	31.8	الأردن
-	17.4	16.6	15.6	14.4	14.3	لبنان
-	-	65.7	-	-	70.8	ليبيا
-	-	12.7	-	-	8.6	المغرب
-	-	-	-	8.4	12.3	السودان
-	-	-	14.1	-	21.5	سوريا
-	-	24.9	25.7	25.3	23.8	تونس
-	7.2	7.1	6.9	6.7	6.7	اليمن

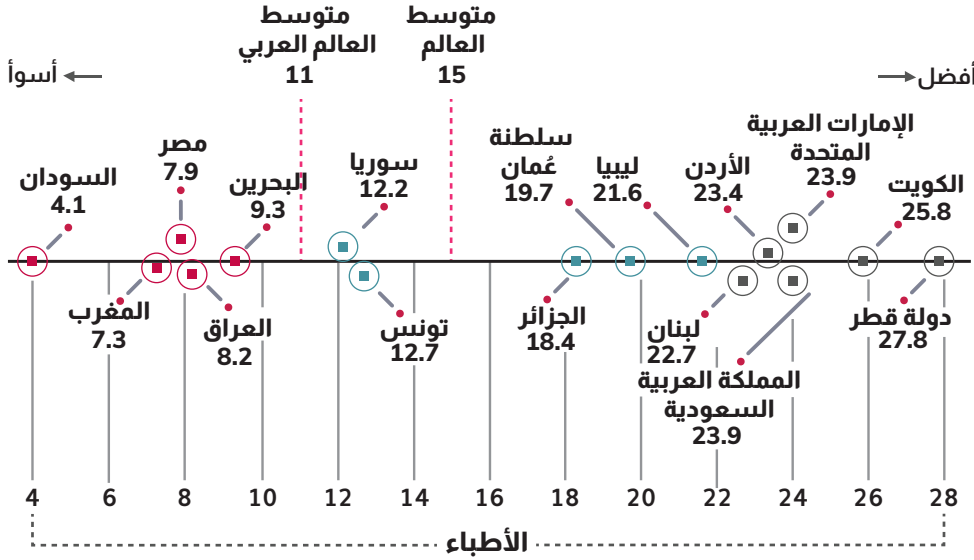
المصدر: WHO EMRO Health indicators

شكل 4. عدد المهنين الصحيين المؤهلين لكل 10000 نسمة



المصدر: Organisation Mondiale de la Santé

شكل 5. عدد الأطباء لكل 10000 نسمة



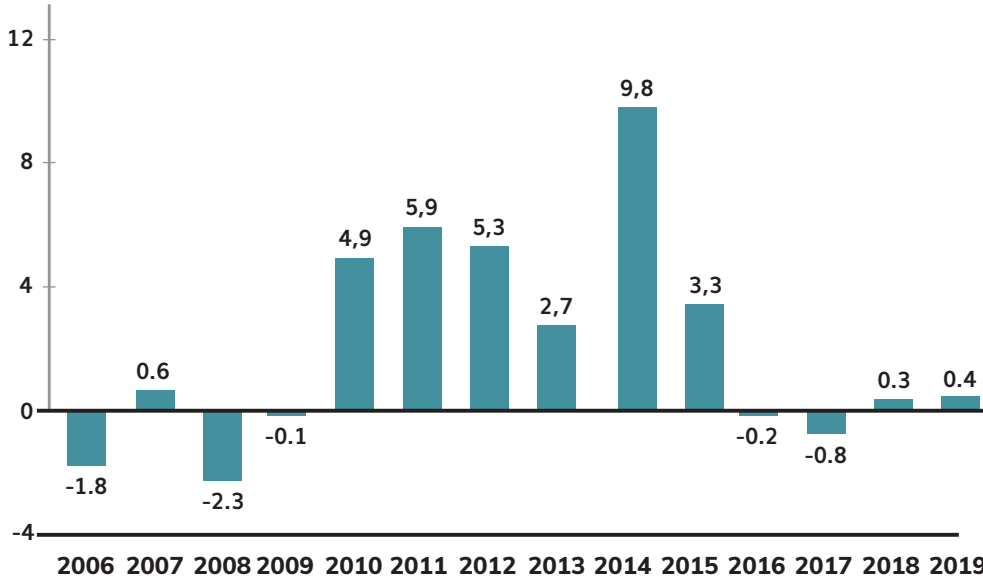
الدول العربية الأكثر ثراء تعمل بشكل أفضل من حيث كثافة الأطباء ، لكنها لا تزال أقل من المتوسط العالمي للبلدان ذات الدخل المرتفع، والذي يبلغ 30

الضغط على الأجور:

ينجم عن الأولوية التي تعطيها الحكومات في المنطقة العربية تنفيذًا لتعليمات المؤسسات الدولية للتحكم في التضخم وتقليص عجز الموازنة اعتمادها على خفض الأجور كآلية لتحقيق هذين الهدفين. ويوضح **الشكل 6** تضرر القدرة الشرائية للقوى العاملة بشكل عام في البلدان العربية. هكذا تراجع معدل النمو السنوي للأجور الحقيقية بشكل محسوس حيث سجل نسبة نمو 3.3 في المائة سنة 2015 (مقارنة مع نسبة نمو تقدر بـ 9.8 في المائة سنة 2014) قبل أن تتدهور بشكل محسوس إلى -0.5 في المائة عام 2016 و -0.8 في المائة سنة 2017. أما سنتي 2018 و 2019 فقد عرفت زيادة طفيفة بـ 0.3 في المائة و 0.4 في المائة على التوالي.

من جهة أخرى، سينجم عن تجميد أو تقليص الأجور تداعيات سلبية على مستوى التنمية البشرية. فالعديد من البلدان العربية ذات الدخل المتوسط والمنخفض تشكو من نقص كبير في الطاقات البشرية المتوفرة من أطباء وممرضين/ات ومدرسين وعاملين في القطاع الاجتماعي. فعلى سبيل المثال لا الحصر، يقدر الخصاص في المجال الصحي بـ 97 ألف من الأطر الطبية وشبه الطبية وأن البلد في حاجة لـ 25 سنة من أجل تدارك الخصاص في الموارد البشرية في القطاع الصحي (اليوم 24، 2021). ومن المتوقع أن يؤثر تضرر القدرة الشرائية للعاملين/ات بالقطاع الصحي على معنوياتهم ويقلل من إنتاجيتهم ويزيد من ظاهرة الغياب عن العمل وتنامي العمل في القطاع غير الرسمي وتفاقم هجرة العقول والكفاءات إلى الخارج. وستكون حصيلة هذا الوضع سلبية في مجال الخدمات العمومية المقدمة للمواطنين خاصة بالأحياء الشعبية بالمدن وبالقرى.

شكل 6. معدل النمو السنوي للأجور الحقيقية في البلدان العربية (2019-2006)

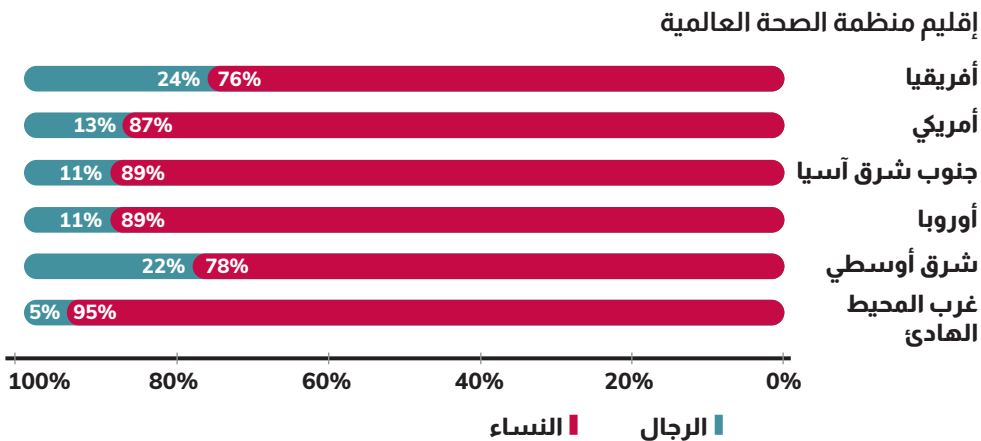


المصدر: 2021-Global Wage Report 2020

العاملات بالقطاع الصحي هن المتضررات الأكثر من تدهور ظروف العمل نتيجة تبني سياسات صحية تقشفية

يتميز القطاع الصحي عالمياً بالاعتماد على خدمات النساء العاملات أكثر من الرجال. ويظهر **الشكل 7** أن النساء يشكلن 78 في المائة من الطاقم التمريض بمنطقة شرق المتوسط (تضم هذه المنطقة جل البلدان العربية باستثناء الجزائر) مقابل 22 في المائة من الرجال. بالمقابل، قليلة هي مناصب القيادة والمسؤولية التي تقلدها النساء كممرضات أو كطبيبات. وتبين معطيات منظمة الصحة العالمية أن النساء يحصلن على أجور أقل من الرجال كما يعانين من أشكال أخرى من التمييز في العمل على أساس النوع الاجتماعي (Organisation Mondiale de la Santé 2020).

شكل 7. نسبة النساء والرجال ضمن هيئة التمريض حسب الأقاليم



المصدر: Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2020

■ التأثير السلبي على الاستثمار في القطاع الصحي العمومي

نظرا لغياب المعطيات المجمعة حول الاستثمار في الصحة بالمنطقة العربية، اعتمدنا على مؤشري عدد الاسرة المتوفرة بالمستشفيات وعدد وحدات الرعاية الصحية الأولية التي توفرها تقارير منظمة الصحة العالمية لقياس تطور الاستثمار في الصحة خلال العشرية الأخيرة. كما يجب اشارة الانتباه الى ان المؤشرين المذكورين لا يمكنان من معرفة نصيب كلا من القطاعين العام والخاص من المجهود الاستثماري في الصحة.

يوضح **الجدول 4** تطور مؤشري عدد الاسرة في المستشفيات لكل 10000 نسمة وعدد وحدات الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 نسمة خلال الفترة ما بين 2008-2020. ويلاحظ بان مؤشر عدد الاسرة في المستشفيات لكل 10000 نسمة قد تراجع بالنسبة لتسعة بلدان من أصل اثني عشر (لم نأخذ بعين الاعتبار الوضع الخاص لبلدان الخليج العربي لأسباب شرحناها من قبل). وقد سجلت كل من مصر والأردن ولبنان وليبيا تراجعاً محسوساً في هذا المجال.

اما بالنسبة لمؤشر عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية، فقد تراجع كذلك في تسع حالات من أصل احدى عشر حالة. وتجدر الإشارة الى ان عدد الاسرة في المستشفيات بالنسبة لكل 10000 نسمة بالبلدان العربية يبقى اجمالاً دون الحد الأدنى العالمي والمحدد في ثمانية عشر (WHO SDG indicator metadata 2021-12-20).

من جهة أخرى، لاحظ بعض الباحثين بان تبني سياسات صحية تقشفية ينعكس سلباً على الانفاق على الصحة الوقائية مقارنة مع الصحة العلاجية رغم أهمية الأولى خاصة للحماية من الجائحات (Jacques & Noël 2022).

جدول 4. مؤشرات الموارد المادية الصحية (النسبة لكل 10000 نسمة)

البلد	أسرة المستشفيات			مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية		
	2020	2015	2006/09	2020	2015	2006/09
البحرين	17.8	20.3	19.7	0.2	0.2	0.2
جيبوتي		20.3			0.6	
مصر	14.3	14	20.8	0.6	0.6	0.7
العراق	12	15.6	12.6	7.1	0.7	0.6
الأردن	14	13.8	18	7	2.3	2.4
الكويت	19.3	20.4	18	0.2	0.3	0.4
لبنان	27.3	28.5	34.3	0.5	2.3	
ليبيا	32	37	37	2.1	2.3	2.6
المغرب	10	11	11	0.8	0.9	0.8
سلطنة عمان	14.8	15.8	20.2	0.5	0.6	0.9
فلسطين	12.9	13.9	12.8	1.6	1.3	1.8

	3.2	2.3	2.7		11.2	12	25.2	دولة قطر
	0.7	0.7	0.8		22.5	26.5	22.1	المملكة العربية السعودية
↘	1.5	16	1.6	↘	6.6	80.1	7.3	السودان
↘	0.9	0.9	1	↘	13.9	15	15.4	سوريا
↘	1.9	1.9	2	↗	24	21.8	20	تونس
	3.8	11	0.3		17.9	0.12	18.6	الإمارات العربية المتحدة
↘	1.4	1.5	2	↘	5.7	7.1	7	اليمن

المصدر: EMRO, Health indicators WHO

■ السياسات الصحية التقشفية لم تساعد على مواجهة جائحة كوفيد-19

إذا كانت جائحة كوفيد-19 قد كشفت الدور الرئيسي للمحددات السوسيو اقتصادية في انتشار هذا الفيروس، فإنها سلطت الضوء كذلك على عدم استعداد الأنظمة الصحية لمواجهةها نظراً للخصائص الملاحظة في الموارد البشرية وعدم كفاية التجهيزات والمنشآت الطبية وقلة وحدات العناية المركزة، بالإضافة إلى تهميش الصحة الوقائية لصالح الصحة العلاجية. كما ابرزت ضعف الحماية الاجتماعية الشاملة في المنطقة العربية لوصفها وسيلة فعالة لمواجهة مختلف الاخطار التي تواجه المرء طوال حياته، خاصة الصحية منها. وقد تبين بان انعكاسات تفشي الجائحة كان اشد وطناً على الفئات المستضعفة، خاصة في القطاع غير الرسمي ووسط العمال الذين يعانون من الهشاشة. وهذا ما تؤكد به الباحثة رنده علمي حيث تكتب بان "تأثير الجائحة قد تضاعف بسبب ضعف أنظمة تمويل الصحة وعدم ملائمة الحماية الاجتماعية التي يستفيد منها العاملون في القطاع الرسمي على حساب الفئات الفقيرة والهشة في المجتمع....(بالإضافة الى هذا)، "إذا كان عدم توفر الاوكسجين الطبي ووحدات العناية المركزة يشكل في حد ذاته اشكالا في مواجهة الجائحة، فان التوفر على قطاع صحي عمومي قوي وريادي يعتبر وسيلة دفاع أكثر أهمية للوقاية منها" (Alami 2022).

الخصخصة، الاتفاقيات التجارية (حقوق الملكية الفكرية)، والحق في الصحة

تعتبر المقاربة النيوليبرالية الصحة بمثابة سلعة تخضع لـ "قانون" العرض والطلب، وليس بحق أساسي من حقوق الإنسان كما شرعتها المواثيق الدولية. لهذا، ينبغي على الدولة فتح المجال للقطاع الخاص المحلي والاجنبي للنهوض بهذا القطاع الحيوي بالنسبة للمجتمع كما بينت ذلك جائحة كوفيد19. وهناك ثلاثة عوامل رئيسية ساعدت على نمو وانتشار خصخصة الرعاية الصحية هي الحيز المالي الضيق للحكومات (وهو نتيجة لاختيارات مناهضة للعدالة الضريبية والاجتماعية) وضغوطات المؤسسات الدولية المتعددة الأطراف، خاصة منظمة التجارة العالمية وصندوق النقد الدولي، وأخيرا الاتفاقيات التجارية الثنائية. سنعرض لتوسع القطاع الخاص في البلدان العربية والمخاطر الذي يشكلها من حيث تحقيق الانصاف والعدالة الصحية الشاملة، ثم نتطرق للاتفاقيات الدولية والثنائية وما تتضمنه من إجراءات قد تؤثر على اعمال الحق في الصحة، مركزين على اتفاقية حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة في المنطقة العربية بالنظر الى تأثيرها المباشر في هذا المجال.

خصخصة القطاع الصحي وتداعياته على الحق في الصحة

تتمظهر خصخصة القطاع الصحي الخاص من خلال عدة اشكال نذكر منها تصاعد التامين الخاص على المرض (يقوم التامين الصحي الخاضع لفكرة حرية الدفع لتلقي خدمات متميزة ضمن علاقة تعاقدية ينتفع من خلالها المؤمن من سلة خدمات محدودة بسقف مالي محدد) على حساب التمويل العمومي او المبني على التكافل الاجتماعي (او التعاضدي)، واتساع مجال العرض الصحي الخاص، إضافة الى استرداد تكاليف الخدمات الصحية المقدمة واعتماد قواعد "الإدارة العامة الجديدة" (نقل منهجيات عمل القطاع الخاص لإدارة مؤسسات القطاع العام مع التركيز على الكفاءات وتحقيق المرونة والتوجه نحو اللامركزية والتركيز على النتائج) و التوريد من الخارج لبعض الخدمات (التنظيف، التحاليل المخبرية مثلا) (André et al. 2016).

سنركز في هذه الفقرة على انتشار العرض الصحي الخاص وأمولته على حساب القطاع العام مع اثاره الانتباه لتداعياته السلبية على الحق في الصحة.

تطور خصخصة القطاع الصحي بالمنطقة العربية: نحو "أمولة" القطاع الصحي الخاص

لا توجد بيانات كافية للتطرق بإسهاب الى اتساع مجال القطاع الصحي الخاص في المنطقة العربية. لهذا، استقينا المعطيات الرئيسية لمعالجة هذا الموضوع من دراسة حديثة نسبيا صادرة عن منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2018).

كما استعنا بدراسة صدرت مؤخرا عن مجلس المنافسة المغربي حول المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (وكالة المغرب العربي للأنباء، 2022).

يعرف البنك الدولي القطاع الصحي الخاص بأنه "مقدمو الخدمات الصحية الرسميون الهادفون إلى الربح دون غيرهم" (Harding & Preker 2003؛ مذكور في منظمة الصحة العالمية، 2018).

وقد تطور هذا القطاع بشكل متنامي منذ تسعينات القرن الماضي لعدة عوامل نذكر منها ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية الذي وازاه تهميش القطاع الصحي العام. وقد أدت الربحية المرتفعة وضعف انفاذ النظام الضريبي إلى ارتفاع الاستثمار الخاص في القطاع الصحي، خاصة من طرف الأطباء.

يغطي القطاع الصحي الخاص مختلف الأنشطة المرتبطة بالرعاية الصحية من الخدمات خارج المستشفيات والخدمات داخلها والاستثمار في البنى التحتية وإنتاج الأدوية وتوريد واستعمال التكنولوجيات الصحية، مع استثناء الصحة الوقائية التي لا تستهوي القطاع الخاص. وتتراوح نسبة مساهمة هذا القطاع في توفير الرعاية الصحية بالنسبة للبلدان العربية ذات الدخل المتوسط والمنخفض ما بين 33% و88% من خدمات العيادات الخارجية أو الخدمات خارج المستشفيات. ويوضح **الجدول 5** توزيع عدد المستشفيات والاسرة داخل المستشفيات بين القطاعين العام والخاص حيث نلاحظ تباينا واضحا بين مجموعتي البلدان 1 و 2. فالمجموعة الأولى تتميز بهيمنة المستشفيات التابعة للقطاع العام، وهذا راجع بالأساس للمكانيات المالية الكبيرة التي تتوفر عليها بلدان الخليج العربي. بالمقابل، يلاحظ بأن عدد المستشفيات التابعة للقطاع الخاص يفوق تلك التابعة للقطاع العام في بلدان المجموعة 2 التي تضم البلدان ذات الدخل المتوسط.

ويمتلك القطاع الخاص من 60% إلى ما يقرب 100% من الصيدليات في البلدان متوسطة الدخل، فيما تتراوح هذه النسبة بين 22% و98% في البلدان منخفضة الدخل. كما يلاحظ تركيز كبير للقطاع الصحي الخاص بالمناطق الحضرية حيث توجد الفئات الاجتماعية القادرة على الدفع.

جدول 5. توزيع عدد المستشفيات والاسرة داخل المستشفيات بين القطاعين العام والخاص

البلد	المستشفيات		أسرة		المجموع	نسبة أسرة المستشفيات الخاصة المستشفيات لكل 10,000 نسمة	أسرة
	عام	خاص	عام	خاص			
المجموعة 1							
البحرين	10	13	1 702	384	2 086	18	17
الكويت	15	15	6 703	1 247	7 950	15	22
سلطنة عمان*	55	10	5 499	360	5 859	6	16.7
دولة قطر	6	4	1 694				12
المملكة العربية السعودية	298	137	46 871	14 165	61 036	23	21.4
الإمارات العربية المتحدة	54	33	7 024	2 557	9 802	26	20
المجموعة 2							
مصر*	646	1 351	96 820	31 653	128 473	25	16
جمهورية إيران الإسلامية	682	170	114 232	17 323	131 555	13	17.5
العراق*	96	231	40 182	2 886	43 068	7	13
الأردن*	45	61	8 065	4 041	12 106	33	18
لبنان*	30	189	2 500	12 000	14 500	83	34.5
ليبيا	97	103	20 689	2 088	22 777	9	37
المغرب*	141	NA	21 734	7 973	29 707	27	9.3
فلسطين*	40		5 183	1 174	6 357	18	15.2
الجمهورية العربية السورية	124	376	22 858	8 962	31 820	28	15.5
تونس*	174	116	19 632	3 400	23 032	15	23.0

(*) تم تأكيد البيانات من قبل المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية أو وزارة الصحة

المصدر: WHO EMRO 2014.

■ نحو "أمولة" (هيمنة الهاجس المالي الربحي والياته) Financialization القطاع الصحي الخاص في المنطقة العربية

من مظاهر تسليع الصحة وتحويلها الى خدمة مربحة توجه الرأسمال الأجنبي والمحلي الى الاستثمار فيها. وتعمل عدد من البلدان العربية على جلب الصناديق

المالية الخاصة للانخراط في هذه "الدينامية" من خلال تغيير التشريعات والقوانين. هكذا، تضمن القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب بالمغرب تغييرات رئيسية همت شروط إحداث واستغلال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها والقوانين المتعلقة بسيرها وتنظيمها. وفي هذا الإطار، تم التنصيص على فتح رؤوس أموال هذه المصحات في وجه المستثمرين من غير الأطباء (خاصة صناديق الاستثمار وشركات التأمين). ومنذ ذلك الحين، عرف مشهد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها ظهور "مجموعات المصحات" في القطاع الهادف إلى الربح، والمعروفة أيضاً باسم "المجموعات الصحية" والمنظمة في الغالب وفقاً لنموذج الشركة القابضة. وتضم عدة مصحات خاصة من حيث الحجم والموقع الجغرافي المختلفين، منضوية تحت حكمة واحدة.

وهناك حالياً مجموعتين خاضعتين لرؤوس أموال أجنبية هما: Elsan المجموعة المتخصصة في الاستشفاء بفرنسا، ومجموعة مراكز الفحص والعلاج التابعة لصندوق الاستثمار الإنجليزي Alta Semper الذي يوفر علاجات متخصصة بالمغرب و مصر، أعلنت وزارة الصحة في السنة الماضية عن طرح خمسة من أكبر مستشفياتها العامة للبيع أمام القطاع الخاص (الشارع السياسي 2022). وهناك رهان على جلب رجال اعمال من دول الخليج العربي للاستفادة من هذا المشروع اخذا بعين الاعتبار تجربة المملكة العربية السعودية في هذا المجال (مجلة الأبحاث الاقتصادية 2012). ويدخل هذا البرنامج في اطار تحرير الخدمات الصحية، عبر فتح الباب للأطباء من أي جنسية لمنافسة الأطباء المصريين في فرص العمل، وهو ما يعد جزءاً من خطة تحرير الخدمات لاتفاقية تحرير تجارة الخدمات ("الجابست") الموقعة في اطار منظمة التجارة العالمية. كما تم تسجيل "زيادة وتيرة الاندماجات والاستحواذات في القطاع الصحي الخاص، الذي أصبح جاذباً بشكل كبير لمستثمرين من الخليج العربي، نتيجة الأرباح والعوائد الضخمة التي تحققها المستشفيات الخاصة، لتحل الاستحواذات المالية في هذا القطاع المرتبة الثانية من إجمالي القطاعات الاقتصادية المصرية."

وكشفت نفس الدراسة عن تزايد "القلق بشأن التكتلات الاحتكارية في القطاع الطبي الخاص، الذي يشكو أغلب المصريين من انفلات أسعار خدماته، إثر استحواذ شركة "أبراج كابيتال" الإماراتية على مجموعة من المستشفيات الكبرى مثل كليوباترا والقاهرة التخصصي والنيل بدراوي، وأكبر سلسلتين من معامل التحاليل في البلاد، وهما "البرج" (926 فرعاً و55 معملًا بيولوجياً)، و"المختبر" (826 فرعاً) بدورها قامت مجموعة علاج الطبية السعودية بالاستحواذ على 9 مستشفيات كبرى، بالإضافة إلى معامل "كايرولاب" للتحاليل الطبية واسعة الانتشار في مصر، ومراكز "تكنو سكان" للأشعة التي تمتلك بدورها 24 فرعاً في محافظات مختلفة (العربي الجديد 2022).

من جهة أخرى، لجأت الحكومة المصرية الى تنفيذ مشاريع صحية من خلال سياسة "الشراكة بين القطاع العم والقطاع الخاص، ونذكر في هذا المجال تحالف شركة البريق للاستثمار وتنمية المشروعات وشركة دار التجارة والمقاولات ديتاك وشركة سيمنز للمعدات والأجهزة الطبية وشركة جى فور اس لوتس الإنجليزية لإدارة المنشآت ستقوم بتنفيذ مشروعين، مستشفى سموحة للولادة ونقل الدم، ومستشفى المواساة التخصصي، وإدارتهما جزئياً (شراكة مع القطاع الخاص أم خصصة للخدمات العامة؟ ب.ت).

■ مخاطر الاعتماد على القطاع الخاص لضمان الحق في الصحة للجميع

على مستوى استجابة النظام الصحي لانتظارات المواطنين/ت، يلاحظ بان الخصخصة تؤدي الى زيادة التمييز ضد أولئك الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف التأمين الخاص وبالتالي لا يتم منحهم الأولوية. كما ينجم عنها زيادة التفاوت الصحي بين المناطق الريفية والحضرية، فتغطية الرعاية الصحية أقل في المناطق الريفية، وبالتالي تسجل وفيات الرضع فيها مستويات أعلى (كالوتي 2021).

من جهة أخرى، بينت إحدى الدراسات الاستعراضية أنه بالرغم من أن خصخصة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية يمكن أن تؤدي إلى تحسين الإنتاجية، إلا أن مؤشرات جودة الخدمة لا تتأثر بشكل كبير بالخصخصة، كما تبين أن إمكانية الوصول ساءت نتيجة للخصخصة (Almutairi & Al Shamsi 2018).

من ناحية القدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، لوحظ بان الخصخصة تشجع على بروز ظاهرة "الاستحلاب" "cream skimming" أو "cherry picking". حيث ينزع القطاع الصحي الخاص الى تركيز الخدمات بشكل أساسي (ومتعمد) على الزبناء منخفضي التكلفة أو المخاطر أو العملاء ذوي القيمة العالية لتحقيق مزيداً من الأرباح. وقد ثبت أن خصخصة الرعاية الصحية تزيد من هذه الممارسات، فالأشخاص الذين لا يعانون من أي أمراض، أو المرضى الذين يعانون من مشاكل خفيفة (تكلفة منخفضة) أو الأصغر سناً، غالباً ما يتم منحهم الأولوية في القطاع الخاص لتحقيق ربح أعلى (كالوتي 2021).

أما فيما يخص تحسين الكفاءة، تشير (كالوتي 2021) الانتباه ان المبالغة في التشخيص والعلاج تعد "من السمات الشائعة لأنظمة الرعاية الصحية الخاصة، والتي غالباً ما تنظر إلى المرضى على أنهم مجرد مصدر للأموال وليس مرضى. ينتج عن هذا تخصيص غير فعال للأموال والموارد. وقد لوحظ في مناطق أخرى من العالم (الهند على سبيل التحديد) بان الخصخصة المتزايدة أدت إلى زيادة مفرطة في استخدام الفحوص التشخيصية، ووصفات المضادات الحيوية، والعمليات الجراحية غير الضرورية. فيميل الأطباء إلى خدمة مصالح أصحاب العمل بدلاً من المرضى، وهذا يؤدي إلى إهدار مالي كبير" (المصدر نفسه).

■ الاتفاقيات التجارية وحقوق الملكية الفكرية تعرقل أعمال الحق في الصحة للجميع

تؤثر منظمة التجارة العالمية على الرعاية الصحية من خلال اتفاقيتين أساسيتين: اتفاقية تحرير تجارة الخدمات (ما يسمى بـ "الجاتس" General Agreement on Trade and Services) واتفاقية حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة (ما يعرف بـ "الترييس" Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights). بالإضافة الى هذا، يشكل اعتماد الاتفاقيات التجارية الثنائية او الإقليمية التي تضم احكام "الترييس" الإضافية تهديدا حقيقيا للوصول الى العلاج للجميع.

■ الخطوط العريضة لاتفاقية تحرير تجارة الخدمات ("الجاتس")

ان تحرير التجارة والاستثمار الذي عمل المنظمة العالمية للتجارة على نشره وترسيخه لا يقتصر على حركة السلع ورؤوس الأموال، بل يتعداهما ليطال التجارة في الخدمات الأساسية مثل التعليم والصحة والحصول على الماء والسكن، وكل

الخدمات الأساسية التي لها تأثير مباشر على الصحة. ويضم **الجدول 6** الاتفاقيات المبرمة في إطار المنظمة التجارية العالمية والتي لها تأثير مباشر على الحق في الصحة وهي: اتفاقية تنفيذ تدابير الصحة والصحة النباتية (لها تأثير مباشر على سلامة الغذاء)، اتفاقية العوائق التقنية. أما التجارة (لها تأثير على إنتاج الأدوية والمواد البيولوجية والأغذية)، اتفاقية حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة (لها تأثير على الأدوية) والاتفاق العام المتعلق بالتجارة في الخدمات (لها تأثير على الخدمات الصحية).

يتم إنتاج الخدمة وتوزيعها وتسويقها وبيعها عبر أربع وسائل هي: عبور الخدمة للحدود الدولية، انتقال المستخدمين من دولة إلى أخرى، دخول موردي الخدمة الأجانب إلى دولة ما بهدف إنشاء كيانات تجارية فيها لتوليد خدمة ما وانتقال الأشخاص الطبيعيين الذين ينتمون إلى دولة عضو لتوريد خدمة ما من دولة عضو.

تتمثل الوسيلة الأولى في تنقل الأشخاص من أجل الاستهلاك إلى الخارج (حالة المرضى من أجل العلاج أو الطلاب/الطالبات من أجل الدراسة)، أما الوسيلة الثانية فتعني تنقل المهنيين إلى الخارج من أجل تقديم خدمة (حالة المهنيين الصحيين المهرة)، وتهم الوسيلة الثالثة تنقل موردي الخدمة إلى الخارج (حالة الاستثمار الأجنبي المباشر في القطاع الصحي)، والوسيلة الرابعة تتمثل في الخدمات العابرة للحدود (حالة التطبيب عن بعد: تقديم الرعاية الصحية، التشخيص والعلاج، التعليم والتدريب الطبي، تقديم الخبرة الفنية في التطبيب عن بعد).

نود أن نشير إلى أن تحرير تجارة الخدمات عبر تنقل المستخدمين والمهنيين ذوي المهارات العالية سيفاقم من الخصائص في القوى العاملة في القطاع الصحي عبر "هجرة الدمغة"، مما سينعكس سلباً على الولوج إلى الرعاية الصحية في بلدان الجنوب. بالإضافة إلى هذا، سيؤدي تنقل موردي الخدمة إلى الخارج إلى تعميق اللامساواة في الولوج إلى العلاج وتكريس نظام صحي بمستويين متباينين على حساب الفئات الاجتماعية الهشة وغير القادرة على الدفع.

جدول 6. أهم اتفاقيات منظمة التجارة العالمية وارتباطاتها بقطاع الصحة

الأحكام ذات الصلة	القطاع الصحي المعني	اتفاق
يشترط استخدام معايير الدستور الغذائي والمبادئ التوجيهية والتوصيات كمرجع دولي	الأمن الغذائي	اتفاقية تطبيق تدابير الصحة والصحة النباتية
وضع وتطبيق معايير الجودة العالمية	إنتاج المستحضرات الصيدلانية والبيولوجية والمواد الغذائية	اتفاقية المعوقات الفنية للتجارة
حماية براءات الاختراع للاختراعات في جميع مجالات التكنولوجيا	الأدوية	اتفاقية جوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة
تنظيم التجارة في الخدمات	الخدمات الصحية	الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات

■ اتفاقية حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة (ترييس)

تلتزم الدول الموقعة على اتفاقية حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة باعتماد المعايير الدنيا لحقوق الملكية الفكرية مع ترك الحرية للأعضاء لاختيار تنفيذ القوانين التي تزيد من الحماية مقارنة مع نصوص الاتفاقية طالما انها لا تتعارض هذه الحماية الإضافية مع احكام الاتفاقية. وقد أدمجت اتفاقية ترييس لمنظمة التجارة العالمية، التي تم التفاوض عليها في جولة الاوروغواي، قواعد الملكية الفكرية في النظام التجاري المتعدد الأطراف. وتسمح بنود اتفاقية "ترييس" بمرونة نسبية ومقيدة في صياغة اللوائح والتشريعات الوطنية ضمانا لتوازن مناسب بين توفير الحوافز للاختراعات المستقبلية للأدوية الجديدة وتسهيل الحصول على الادوية الموجودة (على سبيل المثال لا الحصر، إمكانية استعمال "البند المرنة في الاتفاق" - مثل الاستيراد الموازي والرخص الإجبارية- التي تعطي البلدان ذات الدخول المنخفضة والمتوسطة الخيار في الاستفادة من الأدوية الجنيسة، أي أدوية تقارن بالأدوية ذات العلامات التجارية من حيث الشكل والجرعة والقوة والجودة والمفعول وهدف الاستعمال ويتم تصنيعها دون الحصول على رخصة من الشركة المخترعة، لكنها مضمونة الجودة وبتكلفة اقل).

لكن التجربة ابانت عن مساوئ اتفاقية ترييس حيث أدى تطبيقها في ماليزيا مثلا الى ارتفاع كبير في أسعار الادوية بلغ معدلا سنويا قدر ب 28% ما بين سنتي 1996 و2005، كما ان مليارين من سكان الأرض لا زالوا محرومين من الحصول على الادوية الأساسية بسبب العائق الأساسي المتمثل في غلاء اسعارها (L'accès aux médicaments 2015).

■ اتفاقية احكام حقوق الملكية الفكرية الإضافية (اتفاقية "ترييس" الإضافية)

يلاحظ بان الولايات المتحدة قامت بالالتفاف على اتفاقية "ترييس" تحت ذريعة انها لا توفر الحماية الكافية لشركات الادوية الامريكية، وذلك من خلال ابرام اتفاقيات للتبادل الحر تنص على تشديد هذه الحماية لصالحها تحت ما يسمى بالأحكام الإضافية لـ "ترييس" "TRIPS PLUS".

يتعلق الامر بتبني قوانين لحماية حقوق الملكية الفكرية على نحو أكثر صرامة مما تتطلبه شروط منظمة التجارة العالمية. بالإضافة الى هذا، تهدف هذه الاتفاقية الحد من إمكانية استعمال البنود المتعلقة بالمرونة النصوص عليها في اتفاقية "ترييس" والتقليل من فعاليتها. من الأمثلة على ذلك: تمديد فترة صلاحية وسريان براءات الاختراع*؛ منح براءات اختراع لاستخدامات أو صياغات جديدة لأدوية موجودة بالأصل، وحصرية البيانات*. وقليلًا ما تستوفي المفاوضات حول هذه الاتفاقيات شروط الشفافية والمشاركة من المعنيين من منظمات المجتمع المدني والحركات الاجتماعية التي تناضل من اجل الحق في الصحة للجميع، بعيدا عن الاعتبارات التجارية والربحية.

يرر مناصرو احكام قبضة شركات الادوية الكبرى على حقوق الملكية الفكرية بان أفاق تحقيق أرباح كبيرة ضمن احتكارات مؤقتة محمية ضد التقليد غير المشروع تحفز على الاستثمار في البحث والتطوير لابتكار ادوية وأساليب انتاج جديدة. لهذا، يجب على الدولة ان تدعم هذه الشركات للحصول على نسبة ربحية مرتفعة (أو "ريع" بالمعنى الاقتصادي لهذا المفهوم) تعوضهم عن التكاليف التي يتحملونها من جراء عمليات البحث والتطوير، وذلك من خلال تمكينهم من احتكار السوق لمدة

معينة (20 سنة على الأقل). بيد ان الدراسات تشير أن معايير "ترييس" الإضافية ترفع من أسعار الأدوية بحكم انها تؤخر أو تقيد المنافسة من الأدوية الجنيسة وبالتالي تؤثر بشكل مباشر على إمكانية الحصول على الأدوية (تعزيز وحماية حقوق الإنسان 2009). كما تبين بالتفصيل أنه لا توجد دلائل قطعية على أن تطبيق اتفاقيتي "ترييس" و "ترييس الإضافية" في البلدان النامية قد شجع العمل البحثي أو تطوير العلاجات (لأن وجود سوق كافية تعتبر هي العامل الحاسم)؛ كما تبين خطأ الزعم بأن أنظمة حماية حقوق الملكية الفكرية أساسية للاستثمار الأجنبي المباشر ونقل التكنولوجيا (تقرير ممثل وفد المنظمات غير الحكومية 2014).

■ تأثير "ترييس الإضافية" على اعمال الحق في الصحة في المنطقة العربية

حالة المغرب: قوانين مشددة تحد من الولوج الى الرعاية الصحية

وقع المغرب سنة 2004 اتفاقية للتبادل الحر مع الولايات المتحدة تضمنت احكام متشددة فيما يخص حماية الملكية الفكرية من نوع "ترييس الإضافية". وقد بينت دراسة مقارنة للأطر القانونية المتعلقة بضمان الوصول الى العلاج (تقييم واقع الملكية الفكرية... شتبر 2017 - ITPC - MENA). بما فيها قوانين براءات الاختراع واللوائح الصيدلانية والمراسيم الصادرة بشأن الأدوية واتفاقيات التبادل الحر وما إلى ذلك غياب مرونة هذه القوانين في المغرب مقارنة مع مصر وتونس. هكذا استنتجت هذه الدراسة "أن الأحكام القانونية في مصر تتيح مرونة أكبر. أما بالنسبة للمغرب، فقد أدى توقيعه على اتفاقيات التبادل الحر مع الولايات المتحدة إلى إدراج قوانين أكثر تقييداً. وعلى الرغم من أن تونس تشمل أحكاماً قانونية خاصة، إلا أنها قد تستفيد بشكل أفضل من إجراءات المرونة في اتفاقية ترييس بما في ذلك ما يتعلق بالتراخيص الإجبارية."

حالة الأردن: الاحتكار والزيادة في اسعار الادوية

تضمنت اتفاقية التبادل الحر بين الأردن والولايات المتحدة الموقعة في أكتوبر 2000 احكام "ترييس الإضافية". وقد كان ادخال هذه الاحكام في قوانين الملكية الفكرية الأردنية شرطاً أساسياً وضعت الولايات المتحدة لانضمام الأردن إلى منظمة التجارة العالمية. لكن الطابع المقيد لأحكام "ترييس الإضافية"، خاصة ما تعلق بتمديد مدة حماية براءة الاختراع لما بعد العشرين سنة المحددة في اتفاقية "ترييس" واعمال "حصرية المعلومات" اثر سلباً على الحق في الرعاية الصحية. هكذا، سجلت أسعار الادوية في الأردن ارتفاعاً بنسبة 20 في المائة منذ عام 2001، كما نتج عن تطبيق شرط حصرية البيانات احتكار السوق لمنع المنافسين من تسويق منتجاتهم وبالتالي تأخير أو منع ظهور ادوية جنيسة اقل كلفة بالنسبة للمواطن (الكلفة عالية 2007).

من جهة أخرى، لو يسجل أي استثمار أجنبي مباشر من قبل شركات الأدوية الأجنبية داخل الأردن منذ 2001 خاص بتركيب أو تصنيع الادوية بشراكة مع شركات محلية للأدوية النوعية. بالإضافة الى هذا، لم تمثل المنتجات الجديدة التي تم طرحها الا جزءاً يسيراً من مجمل المنتجات التي يتم طرحها في الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي (المصدر نفسه).

اتفاقيات التبادل الحر المعمق والشامل تهدد الولوج الى الرعاية الصحية

يسعى الاتحاد الأوروبي اتباع نفس الاستراتيجية التي انتهجتها الولايات المتحدة خدمة لمصالح كبرى شركات الادوية الأوروبية من خلال "اتفاقيات التبادل الحر المعمق والشامل" المقترحة على المغرب وتونس في مرحلة أولى قبل طرحها على

مصر والأردن في إطار ما يسمى بـ "الشراكة الأوروبية المتوسطية".

إن الرافعة الأساسية لتحرير التجارة في اتفاقيات التبادل الحر المقترحة يمكن في إنجاز نوع من الالتقاء على مستوى الأنظمة والتشريعات من خلال الاستيعاب التدريجي للمكاسب الجماعية ACQUIS COMMUNAUTAIRE مجموع التشريعات والمعايير والأنظمة المشكلة لقوانين الاتحاد الأوروبي من طرف بلدان جنوب المتوسط المستهدفة (المغرب، تونس، مصر والأردن) ولا تهم هذه الاتفاقية التنظيمية تجارة السلع فحسب على سبيل المثال عبر ملائمة المعايير الصناعية والمواصفات التقنية والتدابير المتعلقة بصحة الإنسان والنبات بل تشمل كذلك تجارة الخدمات والمشتريات الحكومية وقواعد المنافسة وحقوق الملكية الفكرية وحماية المستثمر.

يقترح الاتحاد الأوروبي في هذا الصدد ادماج احكام "ترييس الإضافية" في مجال المعايير الصحية في القوانين الداخلية لتونس والمغرب (خاصة تمديد فترة حماية براءة الاختراعات وحصرية البيانات). وسيجعل هذا الاجراء الوصول الى الرعاية الصحية اكثر صعوبة، خاصة بالنسبة للفئات الاجتماعية المتوسطة والفقيرة. ففي حالة تونس مثلاً حيث يغطي الإنتاج المحلي للأدوية الجنيصة 70 في المائة من الطلب، سينجم عن تمديد حماية براءات الاختراع لمدة تتجاوز العشرين سنة المنصوص عليها في اتفاقية "ترييس" لمنظمة التجارة العالمية حرمان صناعة الادوية التونسية من انتاج ادوية جنيصة تحل محل المنتجات الصيدلانية الأوروبية للجيل الجديد (Haddad 2019).

ويؤكد مهنيو قطاع الادوية في تونس ان الشركات الأوروبية الكبرى مستعدة لاستعمال كل الوسائل لإطالة مدة حماية براءات الاختراع التي قد تمتد الى 40 او 50 سنة مقابل معدل 20 سنة حالياً. لهذا، من المحتمل ان يؤدي قبول تونس لمشروع اتفاقية التبادل الحر والمعمق المقترحة من الاتحاد الأوروبي الى ارتفاع كلفة الرعاية الصحية بالنسبة للمواطن/ة التونسي بالإضافة الى تهديد بقاء الصناعة الصيدلانية المحلية.

الخلاصة

تطرقت هذه الورقة الى اثار العولمة النيوليبرالية على حقوق الانسان، خاصة الحق في الصحة. وقد بينت الدور المحوري الذي لعبته المؤسسات المالية الدولية في نشر السياسات النيوليبرالية المتحورة حول لبرلة الاقتصاد-الخصخصة-الأولوية للتوازنات الماكرواقتصادية من خلال برامج التكيف الهيكلي، مستغلة أزمة المديونية التي وقعت فيها بلدان الجنوب. كما حلت الميكانزمات التي اثرت من خلالها السياسات الاقتصادية النيوليبرالية على الحق في الصحة، سواء كان هذا التأثير بشكل مباشر، او من خلال انعكاساتها على المحددات الاجتماعية للحق في الصحة. وقد ابرزت الورقة الاثار السلبية للعولمة النيوليبرالية على الحق في الصحة في المنطقة العربية، وذلك من خلال التطرق الى الانعكاسات السلبية للتقشف على مستوى الانفاق العام، ثم انفاذ سياسات الخصخصة، وأخيرا اتفاقيات التجارة الحرة.

ففيما يخص الجانب الأول، نجم عن اعتماد السياسات التقشفية في البلدان العربية ذات الدخل المتوسط تراجع محسوس في معدل نمو منحنى "نصيب الفرد من الانفاق العمومي على الصحة" بنسب متفاوتة لكل البلدان العربية في فترة ما بعد الربيع العربي وتحميل المواطن جزءاً أكبر من مصاريف التطبيب والعلاج. كما تراجع التوظيف في القطاع الصحي العام وتم الضغط على أجور القوى العاملة في القطاع. أخيراً وليس آخراً، انعكس الضغط على الانفاق العمومي سلباً على المجهود الاستثماري في قطاع الصحة، خاصة في مجال المؤسسات الاستشفائية ووحدات الرعاية الصحية الأولية.

من جهة أخرى، أعطت الخصخصة دفعة قوية للقطاع الصحي الخاص وفتح الباب للرأس المال الأجنبي لتقديم خدمات صحية متنوعة. ونجم عن تعزيز هذا التوجه نمو مخاطر أمولة الصحة في البلدان العربية وتقليص إمكانيات تمتع الفئات الهشة من بالحق في الصحة.

أخيراً وليس آخراً، عكس ما تروج له المنظمات المتعددة الأطراف المالية والتجارية من تشجيع للاستثمار والابتكار، أدى توقيع اتفاقيات تجارية تتضمن حماية حقوق الملكية الفكرية خاصة تلك التي تنص على احكام "ترييس الإضافية"، الى تعزيز الاحتكار لفائدة شركات الادوية الأوروبية والأمريكية للأدوية وتعطيل إمكانية الاستفادة من انتاج الادوية الجنيسة، كما أدت الى ارتفاع عدد منها، خاصة في بلدان عربية كالأردن والمغرب.

الهوامش

* **”براءة الاختراع“:** تشير إلى حق صاحب البراءة في منع الآخرين من صناعة أو استعمال أو بيع أو من العرض للبيع أو استيراد اختراع معين لفترة محددة من الوقت. ويمكن منحها للمبتكر عن منتج معين أو عملية ما.

* **”حصريّة البيانات“:** تعطي المخترع الحق في منع أطراف ثالثة من استخدام البيانات المقدمة من قبل المخترع إلى الهيئة التنظيمية من أجل الحصول على ترخيص التسويق للمنتج الصيدلاني لفترة محددة.

* **الترخيص الاجباري:** رخصة لاستغلال اختراع مسجل الملكية تصدرها الدولة بناءً على طلب طرف ثالث ويعتبر واحداً من جوانب المرونة التي تمنحها منظمة التجارة العالمية من خلال اتفاقية تريبس.

* **الاستيراد الموازي:** شراء دواء مسجل الملكية من مصدر شرعي في بلد مصدر واستيراد هذا الدواء دون موافقة صاحب براءة الاختراع ”الموازية“ في البلد المستورد.

* **الربط بين براءة الاختراع ورخصة العرض في السوق:** الربط بين الادوية الجنيسة ورخصة العرض في السوق انطلاقاً من صلاحية براءة الاختراع للدواء الأصلي ورفض منح الرخصة حتى انتهائها.

* **الاستعمالات التجريبية (”شرط بولار“):** من الممكن السماح بالاستعمال التجريبي للاختراع المشمول بالحماية عن طريق البراءة حيث انه لا ينتهك حق البراءة ولا ينتهك السوق المحمية. وقد تسمح بعض الدول بالاستخدام التجريبي لـ الاختبارات السريرية والتجارب على الدواء المشمول ببراءة الاختراع للتصديق على فعالية المنتج الجنيس بحيث يمكن وضعه في السوق حال انتهاء مدة حماية البراءة.

** **ملحوظة:** هذه التعريفات مقتبسة من ”تقييم واقع الملكية الفكرية وتأثيرها على الوصول إلى الأدوية في كل من المغرب وتونس ومصر، شتبر (ITPC – MENA 2017).

المراجع

- اوكسفام، الكلفة عالية وليس هنالك من فوائد تذكر، 2007.
- تعزيز وحماية حقوق الإنسان المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية، تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، أناندغروفر، الأمم المتحدة، مجلس حقوق الانسان، مارس 2009.
- تقرير ممثل وفد المنظمات غير الحكومية مجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة.
- البشري/الإيدز، 9-11 كانون أول / ديسمبر 2014.
- تقييم واقع الملكية الفكرية وتأثيرها على الوصول إلى الأدوية في كل من المغرب وتونس ومصر، شتبر 2017 - ITPC.
- محمود عبد الفضيل، سياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية في المنطقة العربية رؤية للمستقبل، دار العين للنشر، 2012.
- محمد سعيد السعدي، أوهام النيوليبرالية في المنطقة العربية، منشورات شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، بيروت، 2022.
- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة، 2018.
- العربي الجديد، مصر تباع 5 من اكبر مستشفياتها العامة....وقفزة في مصاريف العلاج، العربي الجديد، 17 سبتمبر 2022.
- مجلة الأبحاث الاقتصادية، خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين، دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة، مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة سعد دحلب البلدية العدد، 07 ديسمبر 2012. [الرابط](#).
- العولمة وبدائلها: لقاء مع سمير أمين، موقع "تريكونتينونطال"، 29 أكتوبر، 2018.
- آثار سياسات التكيف الهيكلي على التمتع الكامل بحقوق الانسان، تقرير مقدم من الخبير المستقل السيد فانتوشيرو وفقا، 1999.
- لمقرري اللجنة 102/1999 و 103/1997، الأمم المتحدة، لجنة حقوق الانسان، 24 فبراير 1999.
- رشا كالوتي، خصخصة الرعاية الصحية: عقبة في طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة، إمباكت إنترناشونال، 29 إبريل 2021.
- الشارع السياسي (Political Street)، خصخصة مستشفيات المؤسسة العلاجية بمصر.. التداعيات المحتملة، موقع التخطيط السياسي سبتمبر 30، 2022. [الرابط](#).
- وكالة المغرب العربي الأنباء، رأي مجلس المنافسة حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، 2022. [الرابط](#).

- سها بيومي، الصحة والعدالة في مصر: نحو منظور الانصاف الصحي، التقرير العالمي للعلوم الاجتماعية، منشورات اليونسكو، باريس، 2016.
- منظمة الصحة العالمية، المحددات الاجتماعية للصحة، تقرير الأمين العام، يناير 2021.
- اليوم 24، وزير الصحة يقول إن المغرب تلزمه 25 سنة لسد خصاص الموظفين بالمستشفيات، موقع اليوم 24، 27 دجنبر، 2020.

-
- Alami, R. 2022. "Towards A 'New Normal' in Health Policies in The Arab Countries." Economic Research Forum (ERF). [Link](#).
 - Almutairi, A.G., & Al Shamsi, H., 2018. "Healthcare System Accessibility in the Face of Increasing Privatisation in Saudi Arabia: Lessons from Australia." Global Journal of Health Sciences, 10(7): 111-121. [Link](#).
 - André, C., Batifoulier, P., & Jansen-Ferreira, M. 2016. "Privatisation de la Santé en Europe. Un Outil de Classification des Réformes." CEPN, Document de travail, 2015-02. [Link](#).
 - Balakrishnan, R., & Elson, D. 2011. "Introduction: Economic Policies and Human Rights Obligations." Radhika Balakrishnan and Diane Elson, Economic Policy and Human Rights: Holding Governments to Account. London: Zed Books.
 - Bohoslavsky, J. P., & U.N. Secretary-General. 2015. "Effects of Foreign Debt and other related International Financial Obligations of States on the Full Enjoyment of all Human Rights, particularly Economic, Social and Cultural Rights: note/by the Secretary-General." [Link](#).
 - Chesnais, F. (1997). "La Mondialisation du Capital."
 - Haddad, M. 2019. "En Tunisie, un Accord avec l'UE Menace de Faire Flamber les Prix des Medicaments." Le Monde. [Link](#).
 - Harding, A., & Preker, A. S. (Eds.). 2003. "Private Participation in Health Services (Vol. 434)." World Bank Publications.
 - International Labour Organization (ILO). 2020. "Global Wage Report 2020-2021, Wages and Minimum Wages in Times of COVID." [Link](#).
 - ITPC MENA. 2017. "Assessment of National Intellectual Property Landscapes and their Impact on Access to Medicines."
 - Jacques, O., & Noel, A. 2022. "Austerity Reduces Public Health Investment (No. 2022s-02)." CIRANO – Working report.
 - Kentikelenis, A. E. 2017. "Structural Adjustment and Health: A Conceptual Framework and Evidence on Pathways." Social Science & Medicine, 187: 296-305.

- Kinnon, C. M. 1998. "World Trade: Bringing Health into the Picture." In World Health Forum, 19(4): 397-406.
- Nations Unies - Haut Commissariat aux Droits de l'Homme. 2015. "L'accès aux Médicaments et Droit à la Santé." [Link](#).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2020. "Mobilizing Tax Revenues to Finance the Health System in Morocco." [Link](#).
- OIT. 2022. "Garantir un Travail Décent au Personnel Infirmier et aux Travailleurs Domestique Acteurs Clés de l'économie du Soins à Autrui." Conférence Internationale du Travail 110ème session.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2020. "La Situation du Personnel Infirmier dans le Monde 2020: Investir dans la Formation, l'emploi et le Leadership." [Link](#).
- Ortiz, I., Cummins, M., Capaldo, J., & Karunanethy, K. 2015. "The Decade of Adjustment: A Review of Austerity Trends 2010-2020 in 187 Countries." Working Report No. 53, South Center Initiative for Policy dialogue, Columbia University. [Link](#).
- Ortiz, I., & Cummins, M. 2013. "The Age of Austerity: A Review of Public Expenditures and Adjustment Measures in 181 countries." Working Report, South Center Initiative for Policy dialogue, Columbia University. [Link](#).
- Petras J., & Veltmeyer, H. 2001. "Globalization Unmasked: Imperialism in the 21st Century." Fernwood Publishing.
- Stiglitz, J., & Pike, R. M. 2004. "Globalization and its Discontents." Canadian Journal of Sociology, 29(2), 321.
- Stubbs, T., & Kentikelenis, A. 2017. "International Financial Institutions and Human Rights: Implications for Public Health." Public Health Reviews, 38(1): 1-17.
- World Health Organization (WHO) EMRO. 2023. "Core Health Indicators." [Link](#).
- WHO, SDG indicator metadata 2021-12-2020
- World Health Organization (WHO) EMRO. 2014. "Analysis of the private health sector in countries of the Eastern Mediterranean: Exploring Unfamiliar Territory." [Link](#).
- World Bank. 2023. World Development Indicators. [Link](#).

من منظور الحماية الاجتماعية الحق في الصحة

ولاء طلعت

محاضر في الاقتصاد

ولاء طلعت محاضر في الاقتصاد بكلية الأعمال جامعة عين شمس. ولها حاصلة على درجة الدكتوراه في اقتصاديات التنمية والتنمية الدولية من جامعة إيسر أنجليا بالمملكة المتحدة. يتناول مجال بحثها الرئيسي السياسة الاجتماعية والحماية الاجتماعية والفقر والصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. لديها اهتمام كبير بالسياسة الاجتماعية وتغير المناخ.

رنا جواد

متخصصة في السياسات الاجتماعية ونظام الرعاية الاجتماعية

رنا جواد قارئة في السياسة الاجتماعية بجامعة باث. وهي متخصصة في السياسات الاجتماعية ونظام الرعاية الاجتماعية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ونشرت على نطاق واسع حول هذا الموضوع في مجموعة من التقارير الأكاديمية والدولية. وهي مؤسس مشارك ومنظم لشبكة السياسة الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

المقدّمة: تطوّر مفهوم الحماية الاجتماعية في المناقشات الدولية والعربية حول التنمية

إنّ العلاقة بين النتائج الصحيّة والنتائج الاجتماعية والاقتصادية، ولا سيما الفقر، معترف بها جيّداً في المناقشات بشأن السياسات والبحوث الدولية (IMF 2020)؛ (ILO 2008)، وتحتل مركز الصدارة في أطر كل من الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة (ILO 2008). في خطاب بشأن الحماية الاجتماعية، تمثل الصّحة أوّل حالة طوارئ في دورة الحياة، إذ تجعل الخدمات الصحيّة الميسورة التكلفة، والكافية، والمتاحة ليس مؤشراً للرفاهية فحسب، إنّما نتيجة للنمو الاقتصادي الناجح في البلدان المرتفعة الدخل ومسار حيوي للتنمية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (ILO 2008). وللحماية الاجتماعية على وجه الخصوص، دور رئيسي في التخفيف من اعتلال الصحة ومعالجة المحددات الاجتماعية للصّحة (ILO 2022). إزاء هذه الخلفية، يتمثّل الهدف الأساس لهذا التقرير في تقديم تحليل نقديّ للحالة الراهنة والآفاق المستقبلية للحقّ في الصحة من خلال منظور الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية. يركّز التقرير على تدابير الحماية الاجتماعية الرئيسة والإصلاحات الاستراتيجية المدفوعة بتدابير تقشفية واعتبارات الميزانية في فترة ما بعد جائحة كورونا، في سياق سياسات الحماية الاجتماعية الإقليمية الضعيفة.

نظرًا إلى افتراضات عالمية وكفاية المستحقات في إطار الحق في الصحة، يغطّي التقرير معضلة الاستهداف والتغطية الشاملة في المنطقة، بما في ذلك الاستجابات الفعلية خلال فترة انتشار جائحة كورونا وبعدها، وفلسفات الحكومة العربية بشأن الحماية الاجتماعية. ويقوم التقرير بذلك من خلال دراسة كيفية وصول السكان العرب إلى خدمات الحماية الصحيّة من خلال السبل التالية: أنظمة الصّحة العامة التي تقدّمها الحكومة (والتي تعتمد على الضرائب والإيرادات الحكومية)؛ التأمين الاجتماعي للعاملين في القطاعين الخاص والعام المستخدمين رسمياً؛ شبكات الأمان الاجتماعي التي تتضمّن مكوّناتاً صحياً (مثل التحويلات النقدية)؛ الإنفاق الشخصي (والمعروف أنّه مرتفع للغاية في المنطقة)؛ وأخيراً، التأمين الصحيّ الطّبي الخاص (من خلال البرامج المهنية أو الخدمات المشتركة من السوق، مثلاً). ولهذه الغاية، يفصل التقرير تركيزه عن التحليل القياسي للصّحة العامة بالإشارة إلى حماية الصّحة الاجتماعية المحدّدة أدناه (ILO 2008).

ومن بين البلدان المشمولة في التقرير، 22 دولة من جامعة الدول العربية، وتنقسم إلى ثلاث فئات وفقاً لدخلها القومي الإجمالي (Mokdad et al. 2014): البلدان المنخفضة الدخل (كجزر القمر، وجيبوتي، وموريتانيا، واليمن، والصومال)، والبلدان المتوسطة الدخل (كالجزائر، ومصر، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وفلسطين، والسودان، وسوريا، وتونس)، والبلدان المرتفعة الدخل (كالبحرين، والكويت، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتّحدة). فالمنطقة متنوّعة اقتصادياً واجتماعياً تماماً، ممّا يؤدّي إلى اختلاف الحالة الصحيّة ونتائج الصّحة العامة. تختلف تقديرات الفقر بشكل كبير، غير أنّها تتجاوز نسبة 50% في البلدان الأكثر فقراً وفي بعض البلدان المنخرطة في نزاعٍ نشيطٍ (Mokdad et al. 2014).

قبل المتابعة، من المهمّ ملاحظة العائقيين الرئيسيين في التحليل المقدّم في هذا التقرير. أوّلاً، يقدّم هذا التقرير بياناتٍ حول الهدف الأوّل من أهداف التنمية المستدامة ("القضاء على الفقر") والهدف الثالث ("الصحة الجيدة والرفاهية")، لا سيّما في سياق المؤشّر 1.3.1 ("القضاء على الفقر المدقع للناس أجمعين أينما كانوا")، والمؤشّر 3.8.1 (تحقيق التغطية الصحية الشاملة). أكثر مصادر البيانات شمولاً وموثوقية التي يمكن أن نجدها لهذا الغرض هي قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية التابعة لمنظمة العمل الدولية باستخدام إحصائيات منظمة العمل الدولية. يعدّ قياس فعّالية الحماية الاجتماعية من خلال التغطية الفعّالة مهمّة معقّدة تتطلّب النظر في أبعادٍ عدّة للوصول إلى تقييم شامل. من الناحية العملية، يتوفر لدى عدد قليل من الدول العربية بيانات إحصائية وطنية ضرورية لمثل هذا التقييم للتغطية، وكثيراً ما تكون البيانات متقادمة حيثما توقّرت. علاوة على ذلك، تتوفّر معلومات جزئية حصراً لبعضها. على هذا النحو، وبهدف تحقيق الاتساق، اعتمد هذا التقرير على قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية باستخدام إحصائيات منظمة العمل الدولية كمصدر رئيسي للبيانات العالمية المتعلقة بالحماية الاجتماعية، والتي يُبلّغ عنها أو محسوبة. يُحسب المعدّل الإقليمي للبلدان العربية حسب البيانات المتاحة المبلّغ عنها للبلدان الموجودة ضمن إحصائيات منظمة العمل الدولية كما هو موضّح في كلّ شكل.

ثانياً، يركّز مفهوم الحماية الاجتماعية الشاملة المطبّق في هذا التقرير على تغطية المستحقات وكفايتها. بعد تطوير هذا المفهوم خلال المناقشات السياسية والمفاهيمية في جميع أنحاء العالم، فهو لا يتناول الجوانب غير الملموسة للحرمان مثل الكرامة، والثقة، والحرية التي تعدّ بالفعل جزءاً أساسياً من حماية الناس وتمكينهم، بل يُفترض أنّها نتائج لسياسات الحماية الاجتماعية الفعّالة حصراً. تقدّم بعض الدراسات في جميع أنحاء العالم أدلّة عن الآثار المفيدة للحماية الاجتماعية بشأن الرفاه الاقتصادي والاجتماعي، ولكن في هذا التقرير، ينصبّ التركيز على رسم خرائط للأنظمة والتغطية القائمة في البلدان العربية وتقييم الطرق التي يمكن من خلالها تحسينها. ومن ثمّ، يشدّد التقرير على مسألة وصول الفئات السكّانية جميعها إلى الحماية الاجتماعية طوال دورة حياتها لتحقيق الشمولية.

تعريفات المصطلحات الرئيسية

الحماية الاجتماعية الشاملة: تتحقّق من خلال نظام محدّد وطنياً من السياسات والبرامج، يوفّر وصولاً عادلاً إلى الأفراد جميعهم ويحميهم طوال حياتهم من الفقر والمخاطر التي تهدّد سبل عيشهم ورفاهيّتهم. يمكن توفير هذه الحماية من خلال مجموعة من الآليات، بما في ذلك المستحقات النقدية أو العينية، والمخططات القائمة على المساهمات أو غير القائمة على المساهمات، والبرامج لتعزيز رأس المال البشري، والأصول المنتجة، والوصول إلى الوظائف (USP2030 2015).

حماية الصحة الاجتماعية: وهي عبارة عن سلسلة من التدابير العامة، أو المنظّمة والمفوّضة بشكل عام في مواجهة الضائقة الاجتماعية والخسارة الاقتصادية الناتجتين عن انخفاض الإنتاجية، أو انقطاع الإيرادات المكتسبة أو تكلفة العلاج الضروري الذي يمكن أن يؤدّي إلى اعتلال الصحة، أو انخفاض نسبتها. (ILO 2008, p.3).

الحماية الاجتماعية: ثمة مجموعة واسعة من التعريفات تتنوّع بين التركيز على الفئات المهمّشة والحقّ في حماية الدخل لأفراد المجتمع جميعهم. يعتمد هذا التقرير التعريف الأوسع نطاقاً الذي دعت إليه منظمة العمل الدولية، والذي بموجبه

تُعَدُّ الحماية الاجتماعية حقاً من حقوق الإنسان في ضمان الدخل والرعاية الصحيّة. وعليه، فهو يشمل المبادرات العامّة والخاصّة جميعها، التي توفر تحويلات الدخل أو الاستهلاك للفقراء، وتحمي الفئات الضعيفة من مخاطر سبل العيش، وتعزّز الوضع الاجتماعي وحقوق الفئات المهمّشة، بهدف عام يتمثّل في الحدّ من الضعف الاقتصادي والاجتماعي للفئات الفقيرة، والضعيفة، والمهمّشة (UNDP 2016, p. 15). بالنسبة إلى باقي أفراد المجتمع، ترتبط الحماية الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً بدورة الحياة وبالحالات الطارئة التي قد تسبّب ضائقة اقتصادية أو اجتماعية، مثل الأمومة، والتقاعد، والمرض.

الحدّ الأدنى للحماية الاجتماعية: يعزّز نهج الحدّ الأدنى للحماية الاجتماعية الوصول إلى التحويلات والخدمات الاجتماعية الأساس في المجالات التالية: الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والغذاء، والإسكان، والمعلومات المنقذة للحياة والأصول. وهو نهج يشدّد على الحاجة إلى تنفيذ سياسات حماية اجتماعية شاملة ومتناسكة ومنسّقة لضمان الخدمات والتحويلات الاجتماعية طوال دورة الحياة، مع إيلاء اهتمام خاصّ للفئات الضعيفة (ILO 2008).

مخططات قائمة على المساهمات: هي تلك التي يقدّم من خلالها المستفيدون مساهماتٍ منتظمةً في نظام يحميهم مثلاً في حالة الأمومة، أو البطالة، أو المرض. في بعض الأحيان، يتمّ مطابقة التكاليف أو دعمها من قبل الحكومة. يمكن توفير التأمين من خلال التأمين الاجتماعي العام أو شركات التأمين، أو من خلال الصناديق المشتركة. نظراً إلى أنّ استخدام الذكور غالباً ما يهيمن على العمالة في القطاع الرسمي في جميع أنحاء العالم، فإن العديد من المخططات القائمة على المساهمات تديم عدم المساواة بين الجنسين أو تعزّزها؛ ومع ذلك، تتضمّن نُظُم التأمين الاجتماعي أحكاماً تعمل على معالجة التفاوت بين الجنسين (UNPD 2016).

المساعدة الاجتماعية (والمخططات غير القائمة على المساهمات): تشير إلى النُظُم المستهدفة الممولة من الدولة، والتي تقدّم مجموعة من الخدمات تُسهم في الحدّ من الفقر إلى السكان الفقراء الذين في الغالب يعملون في قطاع غير رسمي و/أو لحسابهم الخاص. وتشمل هذه النُظُم التحويلات النقدية، والرواتب التقاعدية، والتغطية الصحيّة للرجال والنساء ذوي الدخل المنخفض غير مشمولين بأي مخطّط رسمي قائم على المساهمات مثل التوظيف القائم على العمل (UNDP 2016).

العقد الاجتماعي: كما لاحظ لوي وزينل (2020)، يشير هذا المفهوم إلى "مجلد الاتّفاقات الصريحة أو الضمنية بين الفئات المجتمعية ذات الصلة جميعها والسيادية منها (أي الحكومة أو أي جهة فاعلة أخرى في السلطة)، وتحديد حقوقها والالتزامات تجاه بعضها البعض".

الوضع التمويلي العالمي للحماية الاجتماعية، وانعكاس أولويات الدول العربية

i. **إعادة تخصيص الإنفاق العام:** ويشمل تقييم مخصّصات الميزانية الجارية من خلال آليات رسمية مثل مراجعات الإنفاق العام وأنواع أخرى من تحليلات الموازنة المواضيعية.

ii. **زيادة الإيرادات الضريبية:** ويتحقّق ذلك عن طريق تغيير أنواع مختلفة من معدّلات الضرائب - على سبيل المثال، على الاستهلاك، أو أرباح الشركات، أو الواردات، أو الصادرات، أو استخراج الموارد الطبيعية.

iii. توسيع تغطية الضمان الاجتماعي والإيرادات القائمة على المساهمات: زيادة التغطية، وبالتالي يحزّر تحصيل المساهمات مساحة للإنفاق الحكومي على الحماية الاجتماعية.

iv. الضغط من أجل المساعدة والتحويلات: ويتطلّب التعامل مع الحكومات المانحة المختلفة أو المنظّمات الدولية.

v. القضاء على التدفقات المالية غير المشروعة: ويتطلّب رقابة أفضل على غسيل الأموال، والرشوة، والتهرب الضريبي، وسوء التسعير في التجارة، والجرائم المالية الأخرى.

vi. احتياطات النقد الأجنبي التابعة للمالية العامة والبنك المركزي: ويشمل ذلك سحب مدخّرات دولة معيّنة وإيرادات دولة أخرى المخزّنة في صناديق خاصّة، مثل الصناديق السيادية.

vii. إدارة الديون (الاقتراض أو إعادة هيكلة الديون الحالية): وينطوي ذلك على استكشاف نشط لخيارات الاقتراض المحلية والأجنبية بتكلفة منخفضة.

viii. اعتماد إطار اقتصادي كلّي أكثر ملاءمة: ويستلزم ذلك السماح بمسارات عجز أعلى في الميزانية و/أو مستويات تضخّم أعلى من دون المساس بالاستقرار الاقتصادي.

تعدّ البيانات الشاملة حول أنماط تمويل الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية غير مكتملة. نعلم أنّ الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية (باستثناء الصحة) يبلغ في المتوسط 4.6% في المنطقة العربية مقارنةً بالمتوسط العالمي الذي يزيد عن 12.9% (ILO 2022). تتخذ الحماية المالية للرعاية الصحيّة ثلاثة أشكال في الدول العربية: (1) التأمين الصحي الحكومي، (2) التأمين الصحي الخاص، (3) الحماية الصحيّة الاجتماعية (Alami 2017). تغطّي الحماية الصحيّة الاجتماعية المخطّطات القائمة على المساهمات (عادةً ما تُسمّى بالتأمين الصحي الاجتماعي) والمخطّطات غير القائمة على المساهمات، بما في ذلك أنظمة التضامن الاجتماعي أو المجتمعية. ينبغي على الأسر التي لا تغطّيها الفئات المذكورة أعلاه الدفع من النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة أو التخلّي عن الرعاية الصحيّة.

يتمثّل التحديّ في الدول العربية في أنّ توسيع نطاق تغطية الحماية المالية يعني توسيع نطاق المخطّطات في قطاعات العمل الرسمية، مع حماية صحيّة اجتماعية تستهدف العاملون في القطاع غير الرسمي والفقراء، من خلال عمل المنظّمات الخيرية مثلاً أو الوكالات الإنسانية الدولية. كشفت جائحة كورونا عن بعض المبادرات الإيجابية، مثل إنشاء مخطّطات تأمين ضدّ البطالة في البحرين، والكويت، وعمّان، والمملكة العربية السعودية، وتعزيز التغطية لحماية الأمومة والعاملين في القطاع غير الرسمي في الأردن. قدّرت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (2020) أنّ المصارف المركزية قد خصّصت نسبة 2.7% في المتوسط من الناتج المحلي الإجمالي للتدابير المالية، وسلّمت نسبة 3.4% من الناتج المحلي الإجمالي في ضخّ السيولة، في جميع أنحاء المنطقة العربية خلال الأسابيع الأولى من الجائحة. كان من المتوقّع أن ترتفع نسبة العجز المالي في المنطقة (IMF 2022) إلى 10.8% من الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020، ممّا يثير مخاوف بشأن استدامة الاستجابة الاقتصادية للبلدان في ضوء الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية المستمرّة في فترة التعافي. أظهرت دول الخليج أكبر حصة تحفيز مالي بلغت قيمتها 6.9 مليار دولار أمريكي، في حين سجّل الحافز المالي في البلدان المنخفضة الدخل قيمة أقل أي بنحو 0.27 مليار دولار أمريكي (ESCWA 2022).

تساعد مستويات التغطية في توضيح صورة أولويات الإنفاق. وفقاً لمنظمة العمل الدولية (ILO 2022)، اعتباراً من العام 2020، جرى تغطية نسبة 40% من السكان العرب فعلياً بمستحق حماية اجتماعية واحدٍ على الأقل مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغة نسبته 46.9%. تُخفي هذه المعدلات عدم المساواة والتفاوت داخل البلدان العربية وفيما بينها، لا سيما فيما يتعلق بالحماية الصحية والوصول إليها: لدى 39.5% من السكان العرب تغطية صحية مقارنةً بالمعدل العالمي البالغ 66%. تشمل الفئات التي تعاني من أعلى معدلات الإقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة، والعاطلين عن العمل، والأمهات مع الأطفال حديثي الولادة (تسجل نسبتهم جميعاً أقل من 12%). 8.6% من النساء فقط مشمولات قانونياً بالحماية الاجتماعية مقارنةً بالرجال (36.1%). تتمتع المنطقة أيضاً بحماية الأمومة بأدنى مستوياتها (12.2%) مقارنةً بالمتوسط العالمي الذي يقارب نسبة 50%. تحتل الدول العربية المرتبة الأدنى مع القارة الأفريقية في الإنفاق الصحي (5.2%) مقارنةً بالمتوسط العالمي (9.8%). يقدم الشكل 1 بيانات عن نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي ويوضح أن متوسطات الدول العربية أقل بكثير من المتوسطات العالمية.

الشكل 1. الإنفاق الصحي الحالي (% من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: مؤشرات بيانات البنك الدولي، متوفرة على الموقع الإلكتروني: <https://data.worldbank.org/indicator>

حوكمة الحماية الاجتماعية والنهج القائم على السلطة الأبوية في الدول العربية

استناداً إلى بطنجي وآخرين (2014)، يتشابك التوزيع العادل للسلع العامة، مثل الرعاية الصحية، مع المساءلة لدرجة أن بعض العلماء السياسيين يستخدمون تدابير توزيع هذه السلع العامة كمقياس للمساءلة السياسية للحكومة. في الجمهوريات، تبلغ تغطية خطة الرواتب التقاعدية ضعف تغطية الأنظمة الملكية في المنطقة العربية (44% مقابل 22%، على التوالي)، مما يشير إلى أن الأنظمة التي تعتمد على إنجازاتها الاجتماعية لتحقيق الاستقرار من المرجح أن توفر الدعم لسكانها. ومن المحتمل أن يكون الانقسام الاجتماعي، أو التجزئة الاجتماعية، القائم على أسس اجتماعية أو إثنية أو دينية، عاملاً آخر في تحديد توفير السلع العامة. لدى البلدان ذات الانقسامات الاجتماعية الأكبر فرص أقل للحصول على الرعاية الصحية، ومعدلات أعلى لوفيات الأطفال والأمهات، واستثمار أقل في السلع العامة.

غالباً ما توصف الدول العربية بأنها ذات عقود اجتماعية ضعيفة من خلال إهمال الخدمات العامة، واستبعاد فئات سكانية معينة، واستخدام العنف ضد مواطنيها.

ومن السمات المميّزة الأخرى للمنطقة العربية: مدى التدخّل الخارجي على هيئة استعمار، وعقوبات اقتصادية، ومساعدات خارجية، ومساعدات عسكرية، ونزاع عسكري. ساهمت هذه السمات في الفشل في إرساء أنظمة سياسية خاضعة للمساءلة وشاملة في العالم العربي، ولكنها لا توضح ذلك بشكل كامل. قد تفسّر هذه العوامل السياسية الاختلافات في الوصول إلى الخدمات الصحيّة ونتائجها. إستناداً إلى جمالي وآخرين (2014)، تعاني النساء بشكل خاص من الحرمان في سوق العمل، ممّا يعني أنّهن يستفيدن أيضاً بدرجة أقل من أنظمة الحماية الاجتماعية إمّا لأنّ خبرتهنّ السابقة قليلة في العمل، أو يُنظر إليهنّ على أنّهن لا يتمتّعن بالقدرة البدنية، أو يتعيّن عليهنّ البحث عن عمل يناسب مسؤولياتهنّ في المنزل. وعليه، تتبع الدول العربية ما يسمّى بنموذج "المعيل الذكر" في السياسة الاجتماعية (Alami 2017).

ظلت جهود الإصلاح غير منتظمة وجزئية ومتناقضة حتى بعد جائحة كورونا، إذ قام عدد قليل حصراً من البلدان مثل المغرب بتوسيع تغطية التأمين الصحيّ لتشمل العاملين في القطاع غير الرسمي، والتي تُموّل من خلال مجموعة من المساهمات والضرائب، على الرغم من استمرار ارتفاع عدد الأسر التي تنفق من أموالها الخاصة (UN-ESCWA 2022). لا تزال أوجه عدم المساواة من السمات الرئيسة للنظم الصحيّة العربية، ولا تزال القطاعات الصحيّة تحتسب إلى حدّ كبير من حيث التأثير المالي بدلاً من مساهمتها في الرفاهية والعدالة الاجتماعية. تتأصّل هذه السياسات من أطر الاقتصاد الكلي غير الشاملة التي وجّهت للاقتصادات العربية، والتي ركّزت على الاستفادة من شبكات الامتياز والأنظمة السياسية المتّسمة بالمحسوبية والإقصاء والإكراه. في هذا السياق، يحظى الحفاظ على الطاقة بالأولوية على أهداف التنمية، وخلق فرص عمل منتجة، والحماية الاجتماعية. فرضت جائحة كورونا مزيداً من الضغط على الأنظمة الصحيّة، مسلّطة بذلك الضوء على سنواتٍ من سحب الاستثمارات، مع تجاهل الحقّ في الصحة الشاملة في بعض البلدان، مثل الأردن. أدّت الحرب، والاحتلال، والعقوبات، والحرب الأهلية، وانعدام الأمن، إلى الضغط على أنظمة الصحة العامة العربية. تضمّ هذه المنطقة أكبر عدد من اللاجئين والنازحين داخلياً وعديمي الجنسية في العالم، والأعداد آخذة في الارتفاع.

يتجلى النهج القائم على السلطة الأبوية في مجموعة من أنظمة حكم أبوية واستبدادية: (1) النهج المتبقي إزاء قضايا الحماية الاجتماعية والرعاية الاجتماعية، والذي يفضل توفيره من خلال الهياكل المجتمعية غير الرسمية مثل المحسوبية، والأسرة، والمنظمات الخيرية والدينية، والهياكل القبلية والمجتمعية، يحدّ من الحريّات الاقتصادية والاجتماعية للمرأة والشباب وكبار السن، فضلاً عن الأشكال الأكثر تقدّمية لاستحقاق الحماية الاجتماعية على أساس المواطنة الاجتماعية؛ (2) على مستوى الدولة القومية، ثقة مجموعة ضيّقة من الجهات السياسية الفاعلة المهيمنة مثل النظام الملكي، والعسكري، والعائلات السياسية البارزة، وقادة الأعمال الذين يسيطرون على الهياكل الأساس لصنع القرار في الحكومة والتي تؤدي إلى تركيز ضيق الأفق على الحماية الاجتماعية كحق اجتماعي.

كما لوحظ استناداً إلى جواد، والتون، ومرواني (2021)، فتتعلّق الدول العربية حديثاً بوراثته الأب. يستند هذا الشكل من الحكم السياسي إلى "هجين يجمع بين الممارسات من ميراث بناء الدولة ما قبل العصر الحديث في المنطقة، والهياكل البيروقراطية المستوردة جزئياً من الغرب" (Bacik 2008:51). "عادةً ما تُعتبر الدولة الموروثة الجديدة "ضعيفة" من حيث القدرة على تنفيذ السياسات (Bill and

(Springborg 1994)، وخاصةً من حيث تعزيز التنمية الاقتصادية، غير أنها في الوقت نفسه قوية جدًا في دمجها لمختلف أنواع السلطة (الشخصية والبيروقراطية)“ (Hinnebusch & Gani 2019, p.4). يساعد نهج وراثته الأب الحديث للمنطقة في تفسير تشوّه حوكمة الحماية الاجتماعية من خلال مفهوم ”نظام محدودية فرص الوصول“ (North et al. 2009)، الذي تأسس على المحسوبية ويمكن الحكام من السيطرة على المجتمع وتقديم الخدمات. يتمثل أكثر خصائص الحكم شهرةً في الدول العربية أيضًا بنموذج الدولة الريعية، الذي يساعد في تعزيز عمليات صنع القرار القائم على السلطة الأبوية حول الثروة الوطنية والنظام الاجتماعي. وبالتالي، يفسّر وجود دولة التخصيص، التي لا تستند إلى عقود استخراج الموارد، سبب عدم اتباع عملية تشكيل الدولة في الشرق الأوسط مسار التنمية الاقتصادية والإصلاح المستدام والتحوّل الديمقراطي (Schwarz 2008).

الطرق الرئيسية لتمويل أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية وقابليتها للتطبيق، مع الإشارة إلى نماذج بسمارك وبيفيردج

بحسب منظمة الصحة العالمية (إحاطة إعلامية في العام 2012)، تُعدّ السمة المميزة بين «نموذج بسمارك» و«نموذج بيفيردج» أساس الحق في الحصول على مستحقات. في نموذج بسمارك، يرتبط الاستحقاق بمساهمة يقدمها العامل، وعلى هذا النحو، فإن العضوية في هيئة اعتبارية مهمة مثل تعامل العاملين مع صاحب العمل والانتساب إليه. في نموذج بيفيردج، يستند الاستحقاق إلى الجنسية أو الإقامة، وعلى هذا النحو، لا تعتمد المستحقات المتلقاة على المساهمات السابقة. لدى الدول العربية استراتيجيات مختلفة لتوفير الحماية الاجتماعية لمواطنيها في حالات مثل الحمل والأمومة أو من العواقب المالية للمخاطر الصحية. وتختلف البلدان في مدى اعتمادها على أنظمة الرعاية الصحية الوطنية غير المساهمة (الممولة من الضرائب) (نموذج بيفيردج) أو أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي القائمة على المساهمات (نموذج بسمارك) (Loewe 2013).

في العالم العربي، أثقلت ترتيبات الصحة العامة الحالية أعباء السكان العرب بشكل غير متناسب مع ارتفاع التكاليف المالية والمصاعب عند استخدام الرعاية الصحية، مع آثار فقر وردع ملحوظة (Alami 2017). مخظطات الحماية الصحية هي الأكثر شمولًا لمن يستطيع تحمّل تكاليف الرعاية الصحية، وتعتمد بشكل أساسي على المساهمات والعمالة الرسمية، وبالتالي تفشل في تلبية احتياجات الفقراء والقطاعات الريفية وغير الرسمية. تفتقر أنظمة التمويل أيضًا إلى الأسس التشغيلية والمتطلبات المؤسسية لتجميع الموارد وتقاسم المخاطر بشكل فعال، إذ يؤدي الانقسام والتفكيك إلى تفاقم أوجه عدم المساواة الأفقية والرأسية. أدى إهمال أنظمة الصحة العامة إلى تعزيز أوجه عدم المساواة من خلال اتساع الفجوة بين الاحتياجات وتوفير الخدمات والتأكيد على القدرة على الدفع كأساس للحصول على رعاية جيدة.

وجّهت الأطر التنموية المتمركزة حول الدولة، والتي ميّزت الدول العربية بعد الاستقلال في البداية معظم البلدان نحو نموذج بيفيردج - نظام صحي وطني لجميع المواطنين ممّول من الضرائب العامة. «تم تمويل معظم القطاعات العامة العربية من خلال مجموعة من الضرائب على الرواتب والإيرادات الحكومية (غالبًا من النفط)، وظلت الأخيرة مهيمنة في العراق وسوريا وليبيا. في دول الخليج ذات الدخل المرتفع، تهيمن عائدات النفط على الإنفاق الاجتماعي للدولة بدلًا من الضرائب مع

قاعدة الدعم السياسي الرئيسة بين الطبقات الوسطى الحضرية والنخب الحاكمة» (Alami 2017, p. 164). في محاولة لتوسيع نطاق التغطية من نقطة البداية هذه، أُكِّدت معظم الأنظمة العربية على المساهمات و/أو سمحت بالانسحاب. بينما يبدو ذلك وكأنه انتقال نحو نموذج بسمارك (نظام صحي وطني ممول في الغالب من مساهمات الموظفين، وأصحاب العمل، والحكومة أحياناً)، إلا أن معظم هياكل التمويل مختلطة من الناحية العملية. تحتاج الأنظمة الصحية إلى التحديث، وإعادة التأهيل، والارتقاء بمستواها، والاستجابة للخدمات الجديدة، ليس أقلها تأثير الحرب أو الاحتلال فيما يتعلق بالشعب الفلسطيني. على هذا النحو، من المرجح أن يواجه التركيز المتزايد في المنطقة على تعزيز التأمين القائم على المساهمات (نموذج بسمارك) عوائق مالية مهمة، من دون تعزيز المشاركة في تحمل المخاطر أو مبادئ التضامن (نموذج بيفيردج). ستؤدي الفجوات في التغطية والعوائق المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية في المنطقة العربية إلى مزيد من التأخير في التأهب للتغطية الصحية الشاملة.

نظرة عامة على الأحكام الصحيّة في أنظمة الحماية الاجتماعية القائمة في البلدان العربية

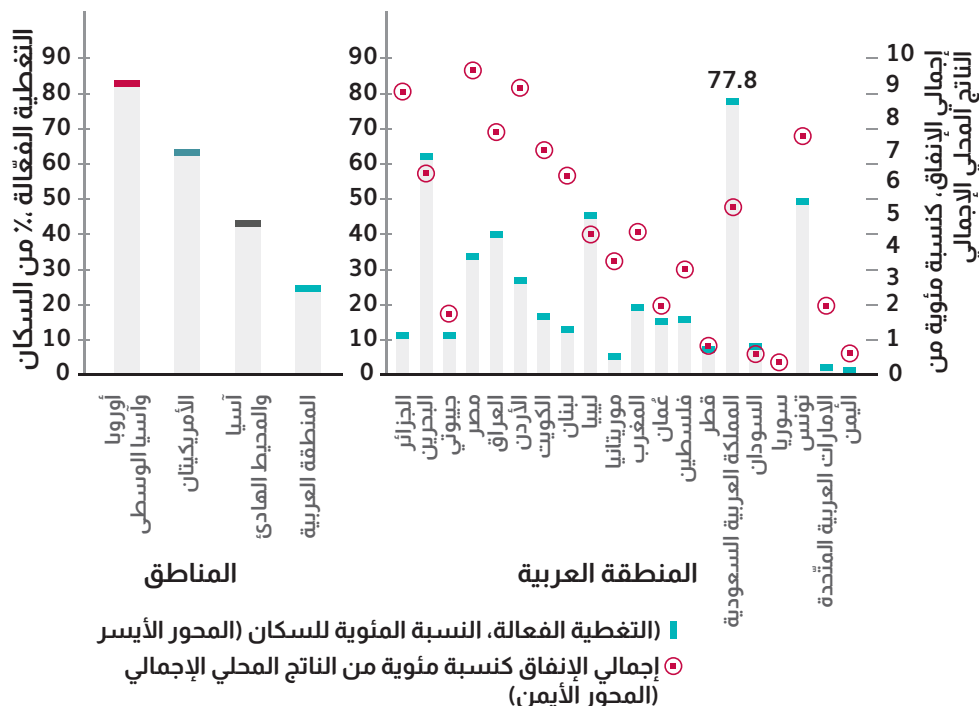
إنّ تغطية والإنفاق على الحماية الاجتماعية في البلدان العربية ليسا كافيين فحسب، إنّما هما موزّعين توزيعاً غير منصف، سواء عبر المناطق دون الإقليمية والبلدان، أو داخل البلد نفسه. تُستبعد شرائح كبيرة من السكان، بما في ذلك العاملين في القطاع غير الرسمي، والعاطلين عن العمل، أو خارج القوى العاملة، أو المستبعدين من الحماية الاجتماعية المتّصلة بالعمالة، ولا سيما النساء والشباب والعقّال غير الوطنيين. لا تتاح لملايين الفئات السكّانية الرئيسة، مثل الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، إمكانية الوصول إلى الآليات الفعّالة أو الحد الأدنى للحماية الاجتماعية لحماية دخلهم، ولا سيّما لتمويل الرعاية الصحيّة الخاصّة بهم. علاوةً على ذلك، فرضت الهشاشة المرتبطة بالنزاعات والأزمات الإنسانية التي طال أمدها في البلدان في جميع أنحاء المنطقة، عبئاً إضافياً على أنظمة الحماية الاجتماعية المتخلّفة. ولتحقيق العدالة الاجتماعية في المنطقة العربية، ينبغي أن تنشئ الحكومات نظام حماية اجتماعية شاملة، بما في ذلك الصّحة الاجتماعية، وإعمال حقّ الإنسان في الضمان الاجتماعي للجميع بشكل عاجل. من شأن تنفيذ ذلك أن يسهم في الحدّ من الفقر، واحتواء عدم المساواة، وتعزيز رأس المال البشري، وتعزيز الكرامة والإنصاف والتضامن، وتقوية العقد الاجتماعي (ILO 2021b).

نهج دورة الحياة للحماية الاجتماعية للجميع في المنطقة العربية: لمحة عامة

اعتباراً من العام 2020، جرى تغطية نسبة 46.9% فقط من سكان العالم فعلياً من خلال مستحقّ حماية اجتماعية واحد على الأقل باستثناء الصّحة (هدف التنمية البشرية المستدامة 1.3.1: بما في ذلك، على سبيل المثال، إعانات الأطفال والأمومة، ودعم العاطلين عن العمل، والأشخاص ذوي الإعاقة، والعقّال المشمولين في حالة إصابة العمل، وكبار السن).، بينما ترك باقي السكان من دون حماية ويصل عدد هؤلاء إلى حوالي 4.1 مليار شخص، ويمثلون 53.1% من سكان العالم. يوضح الشكل 2 وجود تفاوتات كبيرة عبر المناطق وداخلها، إذ بلغ أعلى معدّل تغطية في أوروبا وآسيا الوسطى والأمريكتين نسبة 83.9% و64.3% على التوالي، وهو أعلى من المتوسط العالمي، بينما بلغت معدّلات التغطية في آسيا والمحيط الهادئ والمنطقة العربية 44.1% و26% على التوالي، مع وجود فجوات ملحوظة في التغطية. وفقاً لتقرير منظّمة العمل الدولية (2021)، تمثّل نسبة 30.6% فقط السكان في سن العمل المشمولين قانونياً بمخطّطات قائمة على المساهمات، تشمل بدورها مجموعة كاملة من المستحقّات، من مستحقّات الأطفال والأسرة إلى المعاشات التقاعدية لكبار السن، مع تخلف تغطية النساء عن تغطية الرجال بنسبة تبلغ ثماني نقاط مئوية. هذا يعني أنّ نسبة 69.4% من سكان العالم يتمتّعون بحماية جزئية أو لا يتمتّعون بالحماية على الإطلاق. ترتبط الفجوات في التغطية، وكفاية أنظمة الحماية الاجتماعية، والشمول ارتباطاً وثيقاً بنقص كبير في الاستثمار في الحماية الاجتماعية، لا سيّما في آسيا والمنطقة العربية.

يبين الشكل 2 اختلافات كبيرة في التغطية الفعالة في جميع أنحاء المنطقة العربية. في الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، في المتوسط، يتمنع 31% من السكان بالحماية من خلال شكل من أشكال الحماية الاجتماعية، مقارنةً بمتوسط يبلغ 85.4% في البلدان ذات الدخل المرتفع. تُظهر المملكة العربية السعودية والبحرين معدلات تغطية فعالة أعلى لأنها توفر تغطية تأمين اجتماعي للعاملين غير الوطنيين، أصحاب مجموعة محدودة من المستحقات. على سبيل المثال، في البحرين، يتم توفير التأمين الاجتماعي للمهاجرين ضد الشيخوخة والإعاقة والوفاة. تدل الاختلافات في التغطية عبر الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية على مدى التغطية الممنوحة لغير الوطنيين، ونسبة غير الوطنيين المقيمين في كل دولة. يعد كل من الإنفاق والتغطية في البلدان الهشة والمتضررة من النزاع في المنطقة، مثل سوريا واليمن وفلسطين، محدودين للغاية إذ يتم تغطية أقل من 17% من السكان بشكل فعال من خلال برامج الحماية الاجتماعية القانونية. يستضيف الأردن ولبنان لاجئين بمعدلات تغطية فعالة منخفضة، ما يعكس مدى محدودية أو انعدام إمكانية وصولهما إلى مخططات الحماية الاجتماعية الوطنية القانونية. وفي بعض الحالات، يستفيد اللاجئون من الاستجابة لحالات الطوارئ، تتراوح التغطية عبر البلدان ذات الدخل المتوسط من الشريحة الدنيا ومن الشريحة العليا في المنطقة من 77.8% في المملكة العربية السعودية و50.2% في تونس إلى 13.9% فقط في لبنان و 2.8% في اليمن. تعود هذه الاختلافات إلى عمق تغطية الأنظمة القائمة على المساهمة وغير القائمة على المساهمة. فالاستثمار في الحماية الاجتماعية، باستثناء الصحة، في المنطقة العربية غير كافٍ، بمتوسط 4.6% من الناتج المحلي الإجمالي، أي أقل من المتوسط العالمي البالغ 12.9%.

الشكل 2. السكان المشمولون بمستحق حماية اجتماعية واحد على الأقل، والإنفاق العام على الحماية الاجتماعية، باستثناء الصحة، كحصة من الناتج المحلي الإجمالي، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



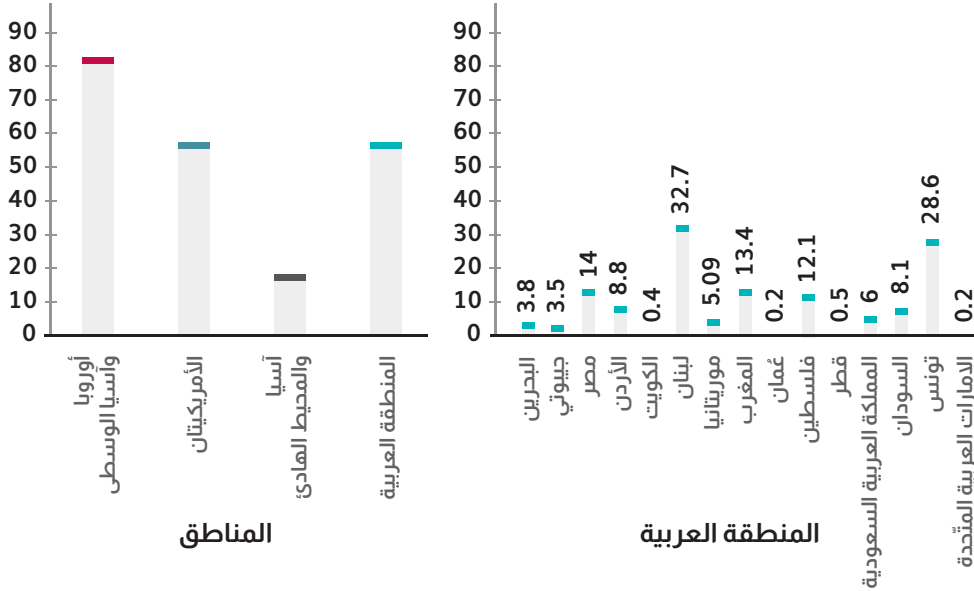
المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية.

■ مستحقات الأسر والأطفال

تسجل التغطية الأطفال من خلال أنظمة الحماية الاجتماعية نسبةً منخفضة في المنطقة العربية، وخاصة في الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية ودول أخرى، كما هو موضح في الشكل 3. على الصعيد العالمي، يتم تغطية حوالي 26.4% من الأطفال بمستحقات الحماية الاجتماعية. تتراوح نسبة تغطية الأطفال في المنطقة العربية بين 32.7% في لبنان و0.2% في عُمان. ومع ذلك، لا تزال المنطقة العربية متأخرة في تغطية الأطفال بنسبة 9.2% مقارنةً بالمناطق الأخرى مثل أوروبا، وآسيا الوسطى، والأمريكتين، وآسيا والمحيط الهادئ، والتي تمثل نسب 82.3% و57.4% و18% على التوالي. تؤدي إعانات الطفل والأسرة القائمة على المساهمات دوراً مهماً في تحسين تغطية الأطفال. تظهر هذه المخططات بشكل رئيسي في لبنان وتونس والمغرب، وتغطي نسب 32.7% و28.6% و13.4% على التوالي. كما تسهم بشكل كبير في تغطية الأطفال، على الرغم من اختلاف مستويات الكفاية اختلافاً كبيراً. مرّت تونس بإصلاحات لتعزيز الحماية الاجتماعية وزيادة الاستثمار في رفاهية الطفل، بهدف تحقيق التغطية الشاملة للأسر التي تضم أطفالاً من خلال نموذج متعدّد المستويات لتوسيع البرامج غير القائمة على المساهمات لتشمل جميع الأسر غير المشمولة بالمخططات القائمة على المساهمات (ILO 2021b).

مستحقات الأطفال غير القائمة على المساهمات ليست شائعة في المنطقة العربية. ففي حال إتاحتها، تُقدّم إلى فئات مستهدفة معيّنة، مثل الأطفال ذوي الإعاقة، والأيتام، والأطفال بالتبني. على هذا النحو، تُستبعد الغالبية العظمى من الأطفال من هذه البرامج، كما هو الحال في فلسطين والأردن. في مصر، يتم تغطية نسبة 14% فقط من الأطفال من خلال نظام الحماية الاجتماعية، إذ يستفيد مثلاً 4 ملايين طفل من برنامج التكافل النقدي الذي يستهدف الأسر الفقيرة التي تضم أطفالاً. ومع ذلك، فإن معايير الأهلية محدودة ممّا يقود إلى تغطية محدودة. في المغرب، جرى تصميم بعض البرامج، مثل خدمات التعليم والرعاية الصحية بهدف تلبية احتياجات الأطفال. لذلك، تثير التغطية المحدودة للحماية الاجتماعية للأطفال في المنطقة العربية القلق، بالنظر إلى أهمية الاستثمار في التنمية البشرية وحمايتهم من أوجه الهشاشة (Machado et al. 2018).

الشكل 3. مؤشر أهداف التنمية المستدامة رقم 1.3.1 بشأن التغطية الفعالة للأطفال والأسر: النسبة المئوية للأطفال والأسر التي تتلقى إعانات نقدية للأطفال والأسرة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



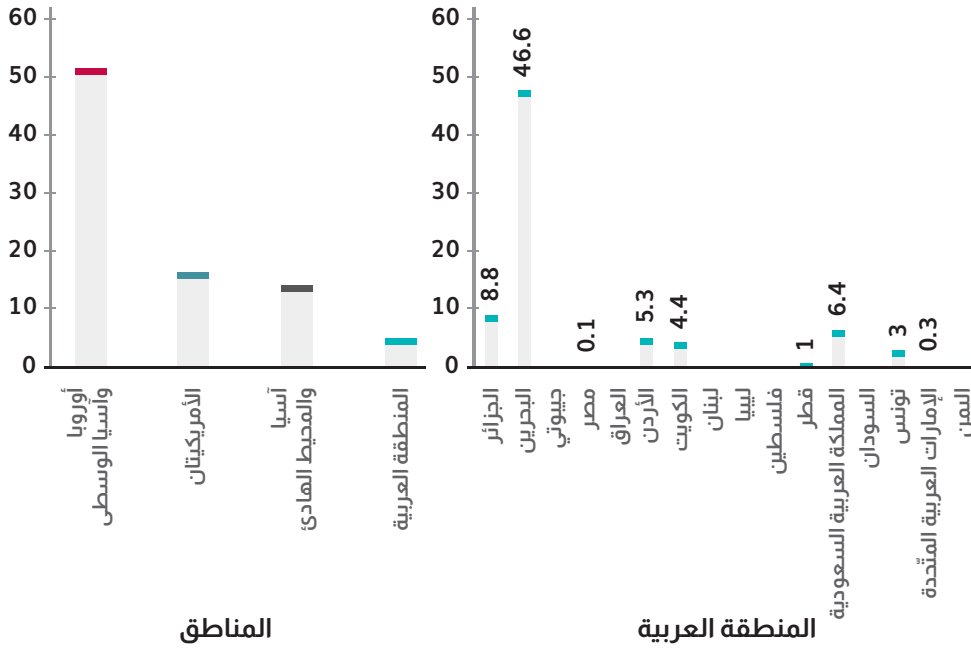
المصدر: إعداد المؤلف، استناداً إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي، إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية.

■ مستحقات البطالة

في الدول العربية، يحصل أقل من 10% من العاطلين عن العمل على مستحقات البطالة، مقارنةً بنسبة 18.6% من العاطلين عن العمل في جميع أنحاء العالم، وفي مناطق أخرى مثل أوروبا وآسيا الوسطى، والأمريكتين، وآسيا والمحيط الهادئ التي تسجّل 52.3% و16.4% و14% على التوالي كما هو ظاهر في الشكل 4. وتُمنح مستحقات البطالة للعاطلين عن العمل من خلال مخطّطات قائمة على المساهمات وأخرى غير قائمة على المساهمات في الجزائر، والبحرين، ومصر، والأردن، والكويت، والمغرب، والمملكة العربية السعودية. أمّا العمّال غير الوطنيين، فهم غير مؤهلين للحصول على هذه المستحقات في المملكة العربية السعودية، والكويت أو مع تقييد حصولهم عليها في البحرين والأردن. في البحرين، تصل نسبة العاطلين عن العمل الذين يتلقون مستحقات نقدية إلى 46.6% مع تغطية العمّال غير الوطنيين قانوناً بمخطّطات التأمين ضد البطالة.

عندما انتشرت جائحة كورونا في العام 2020، كشفت عن الضعف والتخلف في أنظمة الحماية من البطالة وتنشيط سوق العمل في المنطقة (Bird & Silva 2020). وظهر نقص التضامن في التمويل والمشاركة في تحمّل المخاطر عبر مختلف قطاعات الاقتصاد. علاوةً على ذلك، تعاني آليات مسؤولية صاحب العمل من نقاط ضعف من حيث المراقبة والإنفاذ القانوني لحقوق العمّال، والتعرّض لمخاطر الإفلاس وسوء المعاملة. وجرى تقديم بعض المبادرات في المنطقة العربية لتوفير مخطّطات التأمين ضد البطالة، كما هو الحال في لبنان وتونس وفلسطين والإمارات العربية المتحدة. أمّا في الأردن، استُخدمت مخطّطات التأمين ضد البطالة كاستجابة للأزمات.

الشكل 4. مؤشر أهداف التنمية المستدامة رقم 1.3.1 بشأن التغطية الفعالة للحماية من البطالة: النسبة المئوية للعاطلين عن العمل الذين يتلقون مستحقات نقدية، حسب المنطقة أو المنطقة دون الإقليمية، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة

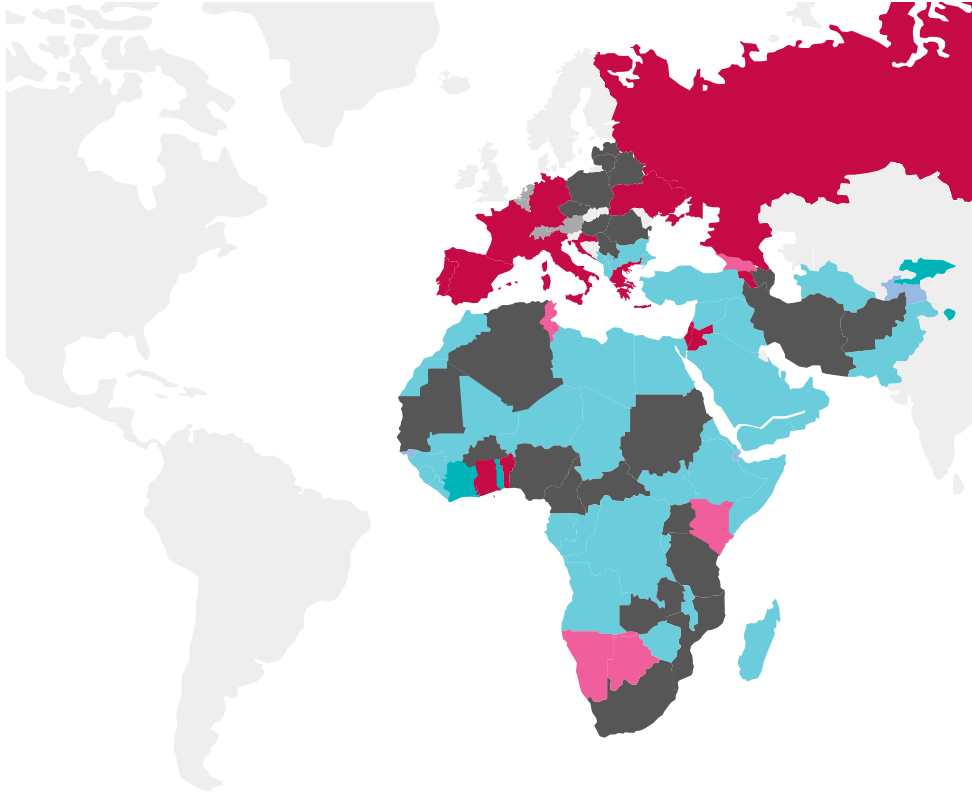


المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية.

■ مستحقات الأمومة

توفّر معظم دول العالم أحكامًا بشأن الأمومة في مخططاتها للتأمين الاجتماعي. في المقابل، توفّر البلدان في المنطقة العربية عمومًا إجازة أمومة مدفوعة الأجر باعتبارها مسؤولية صاحب العمل في قوانين العمل الخاصة بها (ILO 2021b). توفّر مثل هذه الترتيبات حماية محدودة للأمومة مع آليات إنفاذ ضعيفة وقد تنثني عن توظيف العاملات. غالبًا ما يكون مستوى كفاية مستحقات الأمومة ومدّتها أطول وذات القيمة المرتفعة في القطاع العام منها في القطاع الخاص. في تونس، كما هو ظاهر في الشكل رقم 5، حصلت نسبة 23.5% من النساء اللواتي أنجبن حديثًا على مستحقات الأمومة النقدية. اتّجهت بعض بلدان المنطقة العربية نحو إدخال مخططات التأمين الاجتماعي، ولكن مع تغطية محدودة، ومستويات غير رسمية عالية، وانخفاض نسبة مشاركة الإناث في سوق العمل، مثل السودان والأردن والعراق (ILO 2021a). بعد فترة جائحة كورونا، قدّم الأردن إعانة رعاية الأطفال كشكل من أشكال مخططات تأمين الأمومة القائمة على المساهمة. ومع ذلك، لا يقدّم أي بلد عربي مستحقات غير قائمة على المساهمات تستهدف صراحة النساء الحوامل.

الشكل 5. مؤشر أهداف التنمية المستدامة رقم 1.3.1 بشأن التغطية الفعالة لحماية الأمومة: النسبة المئوية للنساء اللواتي ينجبن ويتلقين مستحقات الأمومة النقدية، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



- أكثر من 80%
- 60 - 80%
- 40 - 60%
- 20 - 40%
- أقل من 20%
- بيانات غير متوفرة

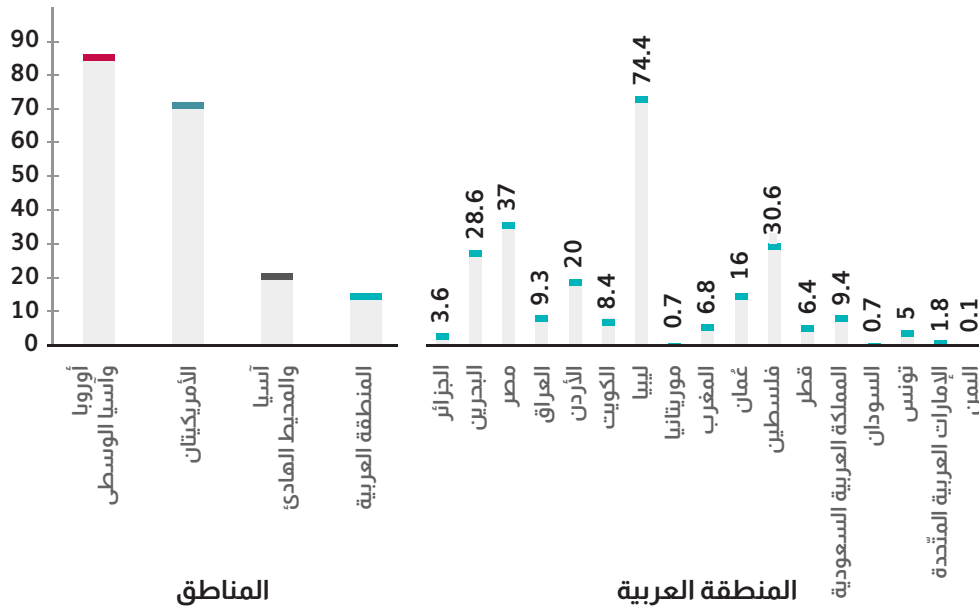
المصدر: منظمة العمل الدولية، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

■ مستحقات الإعاقة

يصل متوسط حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على مستحقات الحماية الاجتماعية على مستوى العالم إلى 33.5%، مقارنة بالتغطية المنخفضة في المنطقة العربية التي تصل نسبتها إلى 15%، وهي الأدنى بين المناطق الأخرى مثل أوروبا وآسيا الوسطى، والأمريكتين، وآسيا والمحيط الهادئ، على النحو المبين في الشكل 6. ويعود ذلك إلى التغطية المحدودة ومستويات الكفاية المنخفضة للمخططات القائمة على المساهمات وتلك غير القائمة على المساهمات في بلدان المنطقة، مثل السودان واليمن وموريتانيا. تغطي المستحقات القائمة على المساهمة شريحة صغيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة، ونادراً ما تتجاوز نسبتهم عن 10%. زادت كل من البحرين وفلسطين والأردن مؤخراً من تغطيتها للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة باستخدام المستحقات غير القائمة على المساهمات. في مصر، يتلقى 37% من الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة مستحقات نقدية للإعاقة. على سبيل المثال، يُمنح برنامج كرامة للتحويلات النقدية من دون قيد أو شرط للأشخاص

ذوي الإعاقة. تُعدّ المخططات غير القائمة على المساهمات، المقدّمة من وزارات التنمية الاجتماعية، المصدر الرئيسي لتغطية منافع الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، فإنّ هذه الفوائد غير كافية ومجزأة ولا تعالج بشكل كافٍ أخطاء الاستبعاد بسبب عدم تمكّن المستفيدين المقصودين من المشاركة في البرنامج، على سبيل المثال، التكلفة الخاصّة، وتقنيّة الاستهداف، والإدارة، والحوافز المالية. تفتقر معظم بلدان المنطقة العربية إلى المخططات الشاملة المموّلة من الضرائب المقدّمة للأشخاص ذوي الإعاقة. لذلك، حدّدت بعض البلدان في المنطقة، كفلسطين ولبنان، الحاجة إلى إدخال مستحقات الإعاقة كجزء من مخطّط الحماية الاجتماعية لذوي الإعاقة (UN-ESCWA 2017; ILO 2021b).

الشكل 6. مؤشّر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة الذين يتلقّون مستحقات نقدية للإعاقة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



المصدر: إعداد المؤلف، استناداً إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

■ مستحقات الشيخوخة: نظام التقاعد

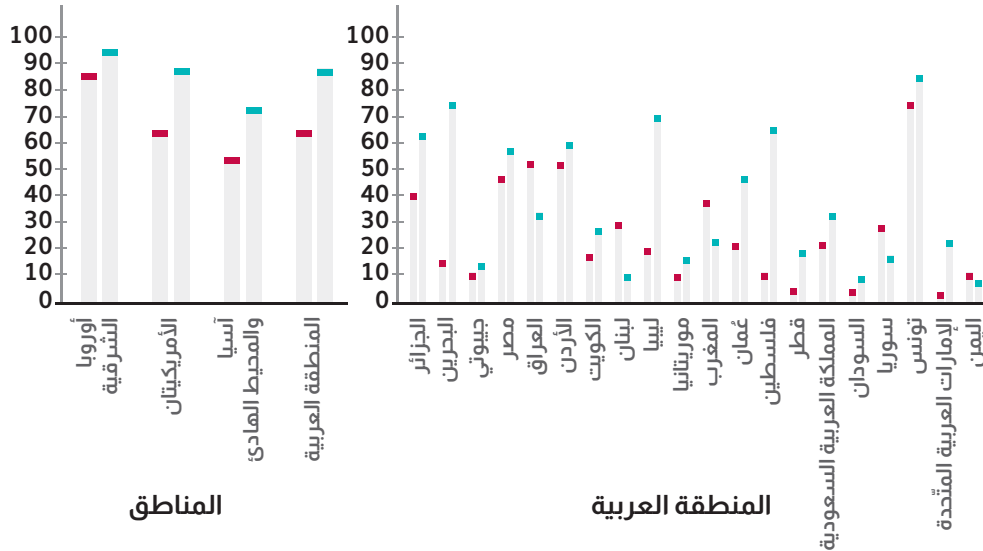
يستخدم مؤشران هامين لفهم تنفيذ المخططات القانونية: النسبة المئوية للأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانوني ويتلقّون المعاش التقاعدي لكبار السن، والمساهمين النشطين كنسبة مئوية من القوى العاملة. يوفّر هذان المؤشران مؤشراً لأولئك الذين يستفيدون من أنظمة المعاشات التقاعدية القائمة على المساهمات وتلك غير القائمة على المساهمات وتغطية المعاشات التقاعدية المستقبلية للنشطين اقتصادياً في القوى العاملة. ومن دواعي القلق المهمّة أنّ نسبة 53.7% من القوى العاملة العالمية، على المستوى العالمي، تساهم في أنظمة التقاعد مقابل نسبة 25.6% في المنطقة العربية. يشير ذلك إلى أنّه من المتوقّع أن تتلقّى التغطية المحدودة راتباً تقاعدياً قائماً على المساهمات عند التقاعد، كما هو ظاهر في الشكل رقم 7. ويعود ذلك إلى ارتفاع مستويات الطابع

غير الرسمي في المنطقة، إلى جانب الافتقار إلى القدرة المؤسسية لضمان إنفاذ القوانين والحوكمة الهشة.

يتلقى حوالي 40% فقط من كبار السن على راتب تقاعدي في المنطقة العربية، وهو أقل من المتوسط العالمي البالغ 77.5%. وتعدّ معدلات التغطية مرتفعة بشكل ملحوظ في البلدان التي تتبع أنظمة تأمين اجتماعي، الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، وتونس، والأردن. مع ذلك، لا وجود في لبنان وفلسطين لأيّ مخطط يوفر مستحقات تقاعدية دورية للعاملين في القطاع الخاص، وهو أمر غير مستدام (ILO 2021b). توفر بعض البلدان في المنطقة شروط تقاعد سخية للعاملين في القطاع العام ومستويات المستحقات لأنظمة التقاعد. على العكس، لا تقدّم بعض البلدان ضمانات الحد الأدنى المناسب من المستحقات في غياب التضخم التلقائي المرتبط بالرواتب التقاعدية. أجرت بعض البلدان، كمصر، والأردن، وعمان، والسودان، إصلاحات في دمج أنظمة التقاعد للعاملين في القطاع العام والخاص من خلال مجموعة من الإصلاحات المؤسسية والنظامية والبارامترية. ومع ذلك، ما زالت عمليّة التقارب بطيئة. فقد تأخر الإصلاح في العراق.

الشكل 7. مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة

لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للتقاعد والذين يتلقون راتب التقاعد لكبار السن، البلدان المحددة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة.



■ (القوى العاملة المشمولة بنظام التقاعد (المساهمون النشطون

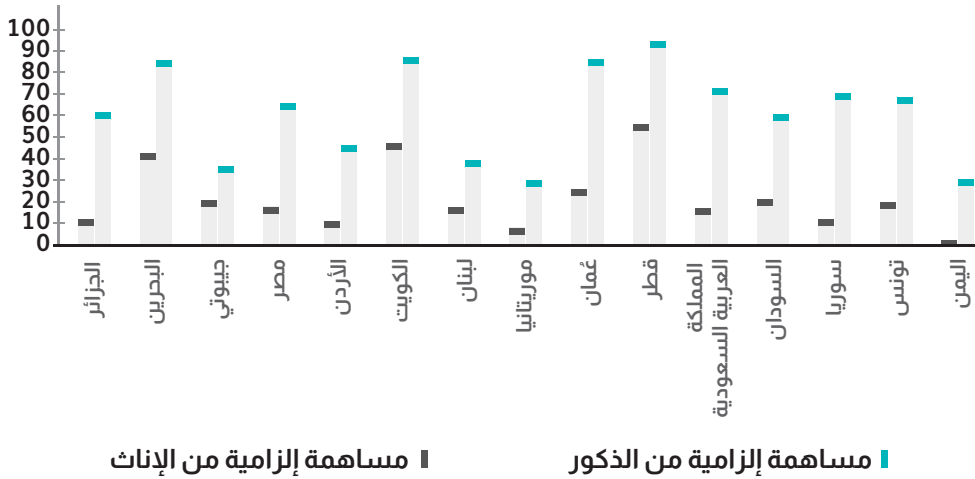
■ مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للتقاعد والذين يتلقون راتب التقاعد لكبار السن، البلدان المحددة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة.

المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

تتميّز أنظمة الرواتب التقاعدية القائمة على المساهمات أيضًا بتحيّز كبير بين الجنسين، كما هو ظاهر في **الشكل 8**. على سبيل المثال، في الكويت، تقلّ احتمالية استفادة النساء من مجموعة مختارة من أنظمة الرواتب التقاعدية

القائمة على المساهمات عن الرجال بنسبة 40 نقطة مئوية على الأقل. يدل ذلك على انخفاض مشاركة المرأة في القوى العاملة في المنطقة. لذلك، فإن أنظمة الرواتب التقاعدية مصمم مصقمة خصيصاً لمن يشغل وظائف مستقرة وطويلة الأجل ويعمل مقابل أجر (ILO 2021a). المستحقات غير القائمة على المساهمات لكبار السن نادرة في المنطقة. ومع ذلك، توفر عُمان والبحرين ضمان الدخل في سن الشيخوخة، وخاصة للنساء. وعادةً ما تكون المخططات غير القائمة على المساهمات التي تغطي الأسر التي تضم أفراداً أكبر سناً غير كافية، ولا يمكن أن تحل محل الرواتب الفردية على أساس التغطية الواسعة والاستحقاق الشامل.

الشكل 8. مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعالة لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للرواتب التقاعدية التقاعدية والذين يتلقون راتباً تقاعدياً مسدداً للشيخوخة، حسب الجنس في البلدان المحددة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



المصدر: إعداد المؤلف، استناداً إلى منظمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

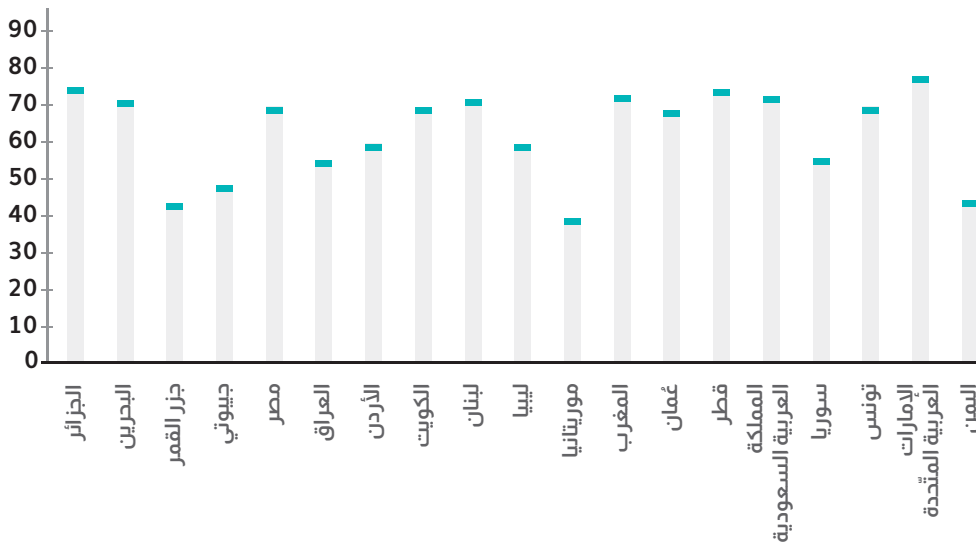
نظام حماية الصحة الاجتماعية في الدول العربية

تُقاس حماية الصحة الاجتماعية من خلال الهدف رقم 3.8 من أهداف التنمية المستدامة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الرئيسية الجيدة، والحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الرئيسية الآمنة والفعالة وذات الجودة المعقولة للجميع؛ وتوصية منظمة العمل الدولية بشأن الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية، 2012 (رقم 202) التي ينبغي أن تضمن أولاً: الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية، من ضمنها رعاية الأمومة، ثانياً: تأمين الدخل الأساسي للأطفال، وتوفير التغذية والتعليم والرعاية وأي سلع وخدمات أخرى ضرورية، ثالثاً: ضمان الدخل الأساسي للأشخاص الذين ينتمون إلى الفئة العمرية النشطة غير القادرين على كسب الدخل الكافي، ولا سيما في حالات المرض والبطالة والأمومة والإعاقة، وأخيراً: ضمان الدخل الأساسي لكبار السن. إنه عنصر أساسي من حق الإنسان في الصحة والضمان الاجتماعي. يعد النظام الصحي في المنطقة العربية معقداً وتعددياً، ويجمع بين مقدمي الخدمات والممولين من القطاعين العام والخاص. يتنافس مقدمو الخدمات، ويمكن للمواطنين اختيار الخدمات بناءً على احتياجاتهم وقدرتهم على الدفع. وبالتالي، يعتمد النظام على أربعة وكلاء تمويل رئيسيين يقدمون خدمات صحية في إطار

مخططات قائمة على المساهمات وأخرى غير قائمة على المساهمات: القطاع الحكومي، والقطاع العام، والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني، والنفقات المسددة من الجيوب الخاصة للأسر عند عدم توفر التغطية الكافية.

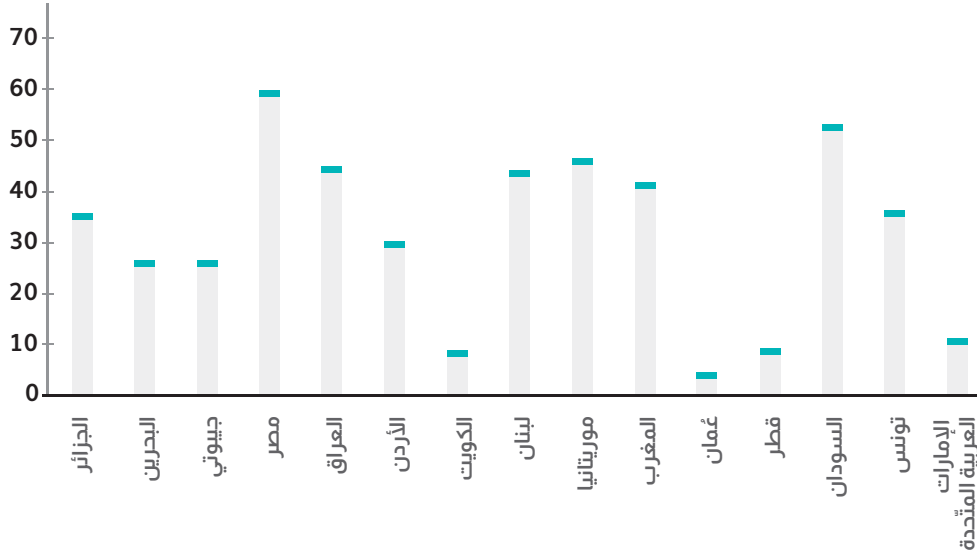
تتميز الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية بتدني جودة الخدمات المقدمة بتغطية محدودة، كما هو ظاهر في **الشكل 9**. تختلف معدلات التغطية الصحية الشاملة بشكل كبير بين دول المنطقة، من نسبة 78% في الإمارات العربية المتحدة إلى نسبة 40% في موريتانيا. لا تزال النفقات المسددة من الجيوب الخاصة المحدودة للوصول إلى الخدمات الصحية مرتفعة في المنطقة العربية، كما هو ظاهر في **الشكل 10**، ما يعني أن الأسر مسؤولة عن معظم تكاليف الرعاية الصحية، مما يعكس عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية (ILO 2021). ويختلف توزيع الإنفاق على النفقات المسددة من الجيوب الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي بشكل ملحوظ عبر بلدان المنطقة. تسجل النفقات المسددة من الجيوب الخاصة في معظم الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، نسبة منخفضة مقارنة بالدول العربية الأخرى. تمثل النفقات المسددة من الجيوب الخاصة في مصر والسودان حوالي 59.3% و53% على التوالي من الإنفاق الصحي مقارنة بـ 5% في عُمان. فالاعتماد على النفقات المسددة من الجيوب الخاصة يقلل من التكافل الاجتماعي ويزيد من عدم المساواة في الوصول إلى نظام الرعاية الصحية. بعد الربيع العربي، أعطت مجموعة من البلدان الأولوية للتغطية الصحية في الدساتير الجديدة والحوارات السياسية الوطنية. ومع ذلك، لا تزال معظم الدول العربية متخلفة عن تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة. على سبيل المثال، تواجه المنطقة حسابات صحية وطنية قديمة، فضلاً عن ضعف مشاركة البيانات عبر مستويات النظام (Alami 2022).

الشكل 9. مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة (الهدف رقم 3.8.1 من أهداف التنمية البشرية المستدامة) (%، 2019)



المصدر: البيانات المستخرجة من قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة: آخر سنة متاحة تم تعديلها في العام 2021

الشكل 10. النفقات المسددة من الجيوب الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%، 2020)



المصدر: البيانات المستخرجة من قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة: آخر سنة متاحة تم تعديلها في العام 2021

وصول المهاجرين واللاجئين إلى أنظمة الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية

استضيف أكثر من 40 مليون مهاجر ولاجئ في المنطقة العربية في العام 2019، أي ما يعادل نسبة 15% منهم في جميع أنحاء العالم. وبقي حوالي 50% منهم من الدول العربية في المنطقة (UN-ESCWA 2020). وفقاً للبنك الدولي (2016)، دفعت النزاعات والحروب في العراق وليبيا وسوريا واليمن، ملايين الأشخاص إلى مغادرة منازلهم والفرار إلى دول تعاني بالفعل من أعباء اقتصادية، مثل مصر والأردن وتونس، ولبنان، وجيبوتي. على الرغم من الموارد المخصصة من الحكومات المضيفة والهيئات الدولية، إلا أنها معرّضة بشكل كبير للمخاطر. فكلما زاد عدد المهاجرين واللاجئين، ارتفعت نسب الفقر والتعرّض للمخاطر فيما بينهم. إذا نظرنا إلى البلدان الفردية، قد تتضح الصورة: في اليمن، منذ بداية النزاع في آذار/مارس 2015، فرّ حوالي 190 ألف شخص من البلاد، ما يقرب من 25% منهم من الصومال، وتشرد أكثر من 2.1 مليون شخص داخلياً، مع تقدير أنّ حوالي 80% من السكان بحاجة إلى مساعدة إنسانية. عاد عدد كبير من اللاجئين إلى الصومال، وانتقل الباقون إلى دول أخرى في المنطقة، لا سيّما جيبوتي وإثيوبيا، حيث يتم استضافتهم كلاجئين مع محدودية الوصول إلى الخدمات الأساسية (UNHCR 2019).

فيما يتعلّق بتأثير النزاع على صحة السكان النازحين قسراً بين البلدان وداخلها، أدّى ذلك إلى ارتفاع معدلات الوفيات والاعتلال لأسباب يمكن الوقاية منها، لا سيّما بين الفئات الضعيفة سواء حسب العمر أو الجنس. بالإضافة إلى ذلك، ثقة عدد من التحدّيات في توفير الحماية الصحية الاجتماعية لهم باستثناء منطقة الخليج، والمتعلّقين بالسياسات والقدرات البرامجية والمؤسسية؛ ومن هذه التحدّيات نذكر: ضعف الأنظمة، والتمويل، والحوافز الإدارية، والتنسيق، والتدخلات المستدامة، وغيرها من التحدّيات. لذلك، يمثل توفير الحماية الصحية الاجتماعية

للاجئين والمهاجرين تحدياً على جانبي العرض والطلب. من ناحية العرض، تُعزى محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية إلى ضعف النظم الصحية التي تختلف باختلاف البلدان في المنطقة. ومن ناحية الطلب، تؤدي السلامة، جنباً إلى جنب مع القضايا الوبائية والديموغرافية، إلى عبءٍ ثقيلٍ لكلٍّ من الأمراض المعدية وغير المعدية والأمراض العقلية فيما بينها، جنباً إلى جنب مع الأمراض الشائعة الأخرى المتعلقة بضعف محددات الصحة والوضع الاجتماعي وعدم الحصول على الخدمات الصحية الأساسية. وبالتالي، لا تكفي الموارد المخصصة للصحة لتلبية احتياجاتهم. يؤكد وضع المهاجرين واللاجئين على الحاجة الملحة لتطوير استراتيجية إقليمية شاملة ومتكاملة لحماية الصحة الاجتماعية لدعم احتياجاتهم وتقوية أنظمة الرعاية الصحية في البلدان المضيفة ودعمها. ينبغي أن تهدف هذه الاستراتيجية إلى زيادة قدرة أنظمة الرعاية الصحية ومرونتها واستعدادها لتعزيز استجابة مستدامة من شأنها أن تلبي الاحتياجات الصحية لكلٍّ من المهاجرين واللاجئين وعامة الناس على حدٍّ سواء. كما ينبغي أن تستند إلى السياق القانوني المحلي لكل دولة في المنطقة مع ضمان حقوق الوصول إلى الرعاية الصحية للمهاجرين واللاجئين، إنّه الوقت المناسب لمراجعة الأطر القانونية ذات الصلة بحقوق الحماية الصحية الاجتماعية (UNHCR 2019).

تؤدي المنظمات الدولية دوراً محورياً في دعم الوصول إلى الرعاية الصحية وتوفير الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية للمهاجرين واللاجئين. تدرج بعض البلدان العربية حق اللاجئين في قوانينها وسياساتها الوطنية. في المقابل، صاغ آخرون سياسات مثل مذكرات التفاهم بين المنظمات الدولية والحكومات المضيفة لضمان وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية. حددت خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بين عامي 2019-2023 مجموعة من الأولويات لتوجيه المنظمات الدولية (بما في ذلك منظمة الصحة العالمية نفسها، والمنظمة الدولية للهجرة، ومفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين)، والدول الأعضاء، والجهات الفاعلة غير الحكومية في تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين. وتشمل هذه الأولويات ما يلي: تعزيز صحة المهاجرين واللاجئين من خلال تدخلات قصيرة وطويلة الأجل في مجال الصحة العامة؛ الدعوة إلى دمج صحة المهاجرين واللاجئين في جداول الأعمال العالمية والإقليمية والقارية؛ تعزيز السياسات الصحية المراعية للاجئين والمهاجرين والحماية القانونية والاجتماعية، التي تشمل صحة النساء والأطفال والمراهقين ورعايتهم، والمساواة بين الجنسين، وتمكين النساء والفتيات المهاجرات واللاجئات؛ تعزيز استمرارية الرعاية الصحية الأساسية وجودتها، مع تنفيذ تدابير الصحة والسلامة المهنية وتطويرها؛ تسريع التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة من خلال تعزيز القدرة على معالجة المحددات الاجتماعية للصحة؛ تعزيز أنظمة المراقبة الصحية والمعلومات؛ دعم تدابير تحسين الاتصالات الصحية القائمة على الأدلة لمواجهة المفاهيم الخاطئة حول صحة المهاجرين واللاجئين (Onarheim & Rached 2020).

يحتاج المهاجرون واللاجئون والسكان النازحون إلى حماية صحية اجتماعية تركز بشكل أساسي على حماية الصحة العقلية ودعمها بسبب نقاط الضعف التي يتعرضون لها، بدءاً من الخدمات الأساسية، مثل الوصول إلى الغذاء والماء والمأوى والرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الرئيسية. ومن الأمثلة على ذلك معايير الصحة العقلية لمشروع سفير (2018)، المكتوبة بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية والمطورة بالتعاون مع اليونيسف وشركاء آخرين لدعم المهاجرين واللاجئين. ومع ذلك، تكافح النظم الصحية في المنطقة العربية لتلبية احتياجاتها، ومن الآن فصاعداً،

تواجه النساء والأطفال بشكلٍ أساسي تحديات خطيرة. على سبيل المثال، يبلغ العدد الإجمالي لجميع الولادات في لبنان 73000 ولادة سنوياً في صفوف السكان اللبنانيين، مقارنةً بـ 39000 ولادة في صفوف اللاجئيين السوريين. تضغط هذه الأعداد الكبيرة من الولادات على النظم الصحية الوطنية، ولا سيما خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل. وللاحد من حالات الوفيات التي يمكن الوقاية منها بين النساء والأطفال والمراهقين جميعهم، ولتحسين صحتهم ورفاهيتهم بشكلٍ كبير، ينبغي على البلدان اتباع الإرشادات والمعايير الخاصة بخدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين (RMNCAH). ومع ذلك، فهي غير موجودة أو مجزأة أو سيئة التنفيذ في أماكن النزوح. علاوةً على ذلك، لا تزال البيانات والمعلومات المتوفرة لدى RMNCAH بين المهاجرين واللاجئين والسكان النازحين، والتنسيق والتكامل في البيئات الإنسانية غير كافية. وكذلك الحماية الاجتماعية والمالية. ينبغي أن تكون الحلول الممكنة كامنة في دمج RMNCAH مع خطط التأهب للأطر الوطنية لضمان تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة للنساء والأطفال والمراهقين، والتي يجب أن تكون حساسة لاحتياجاتهم ووضعهم (WHO 2019).

الاستجابات لتغير الحقائق في المنطقة العربية: جائحة كورونا

قبل جائحة كورونا، شمل برنامج الحماية الاجتماعية نسبة أقل من 30% من سكان المنطقة العربية، بما في ذلك الصحة. جرى تمويل معظم هذه البرامج من خلال الميزانيات الحكومية أو المساعدة الخارجية وليس من خلال مساهمات المستفيدين أو أصحاب العمل. سلط الوباء الضوء على مشاكل العقد الاجتماعي بين الناس والحكومات. وتفاوتت مستويات الإنفاق على جائحة كورونا في المنطقة العربية إلى حدٍ كبير من بلدٍ إلى آخر، غير أنها ظلت أقل من الإنفاق العالمي. في المنطقة، جرى إنفاق نسبة 3.9% من الناتج المحلي الإجمالي على الوباء مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 22.6%. تعدّ دول الخليج الأكثر إنفاقاً، إذ بلغت نسبة الإنفاق حوالي 69.9 مليار دولار، مقابل 24.78 مليار دولار أنفقتها باقي الدول العربية جميعها. لم يقتصر الأمر على تفاوت مستويات الإنفاق في جميع أنحاء المنطقة، إنما اختلفت مصادر الإنفاق من دولة إلى أخرى. في المغرب وتونس، قدّم القطاع الخاص مبلغاً مالياً بقيمة 104.5 مليون دولار أمريكي و410 مليون دولار أمريكي على التوالي. في حين أن معظم الدول العربية أعادت ترتيب أولويات إنفاقها العام أو أنشأت صناديق خاصة، اعتمدت البلدان المتنازعة بشكلٍ أساسي على تمويل المانحين والمساعدات الإنسانية.

فضلاً عن ذلك، جرى إنفاق المبالغ المخصصة للوباء في مجالات مختلفة، بما في ذلك التأمين الاجتماعي، والقروض والمستحقات الضريبية، والمساعدة الاجتماعية، وتدخلات سوق العمل، والدعم المتعلق بالصحة، والدعم المالي والسياسات العامة. في هذا السياق، خصّصت الدول العربية قرابة 18% من الدعم المالي للحماية الاجتماعية. على سبيل المثال، خصّصت الصومال حوالي 100%، تليها لبنان بنسبة 96.8% ثم العراق بنسبة 95%. أعطت البلدان المصدرة للنفط الأولوية للتخفيضات الضريبية المؤقتة، وتمديد المواعيد النهائية للمدفوعات، وزيادة إنفاق المبالغ الأخرى للحفاظ على الوظائف، بينما ركّزت البلدان المستوردة للنفط إنفاقها على الصحة والتحويلات الاجتماعية المستهدفة (UN-ESCWA 2021).

قبل انتشار جائحة كورونا في العام 2018، تراوح الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من

الناتج المحلي الإجمالي من 1% في السودان إلى 4.4% في الكويت، بمتوسط إقليمي تبلغ نسبته 2.9%. يعدّ هذا المستوى من الإنفاق معتدلاً نسبياً مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغة نسبته 5.87% للعام نفسه. بشكل عام، كان الإنفاق في المنطقة على الصحة بين عامي 2015-2018 ثابتاً نسبياً، إذ يمثل نسبة 3% من الناتج المحلي الإجمالي. والجدير بالذكر أنّه من المفترض أنّ صانعي السياسات على زيادة الإنفاق على الصحة لتحسين الخدمات الصحية، وهو أمر ضروري خاصّةً مع ارتفاع مستويات الفقر والبطالة في المنطقة. بعد أن انتشرت جائحة كورونا في العالم، كشفت عن مدى تشبّت الأنظمة الصحية في المنطقة العربية وعدم توفير الرعاية الأولية. وسلّط الضوء على قدرة النظم الصحية غير المتكافئة وأوجه التفاوت العميقة في عدم المساواة (UN 2020). وفقاً لمؤشر الأمن الصحي العالمي (2021)، تملك ثلث الدول العربية أقلّ من 10 مقدّمي رعاية صحية من بين 10000 شخص، بينما تملك أغنى البلدان الأغنى على الأقل نطاق من 50 إلى 70 مقدّم خدمة من بين 10000 شخص.

سجّل عدد الأطباء بالنسبة إلى السكان الإقليميين نسبة 2.9 من بين 1000 شخص، وهي أقل من النسبة العالمية البالغة 3.42 من بين 1000 شخص. وبالمثل، لوحظ هذا الاتجاه في وحدات العناية المركزة، وأُسرة المستشفيات والرعاية الأولية، مع تباين كبير بين البلدان وداخلها بالنسبة للمناطق الريفية والحضرية. في المتوسط، يمكن لنسبة 61% من سكان المنطقة الوصول إلى الخدمات الصحية، ومع ذلك، فقد تفاوت هذا المعدل بشكل كبير بين البلدان وحتى داخل البلدان الفردية، من 77% في الكويت إلى 22% في الصومال. وبالمثل، تراوحت الإنفاقات على النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة على الصحة من 37% من التكلفة إلى 88% في البلدان الفقيرة، مما يهدّد قدرة الأسر على تلبية احتياجاتها الأساسية. علاوةً على ذلك، غالباً ما تكون مخضّطات الحماية الصحية الاجتماعية مجرّاة ولا تغطّي العاطلين عن العمل والعاملين في القطاع غير الرسمي. على الرغم من الاستجابة الصحية الطارئة المستمرة والجهود المبذولة في المنطقة لتعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية، فمن المرجّح أن يكون لتكاليف الفحص والرعاية الصحية، فضلاً عن المرض، عواقب وخيمة على الأسر الفقيرة التي لديها القدرة على دفع عشرات الملايين من الناس في حالة صحية سيئة وفق (UN 2020).

الإصلاحات الرئيسية الأخيرة في مجال حماية الصحة الاجتماعية في المنطقة العربية

بهدف تنفيذ التأمين الصحي القائم على المساهمات، تواجه الحكومات تحدياً يتمثّل بتحسين استدامة صناديق التأمين الصحي وتوسيع نطاق تغطية هذه الأموال، لا سيّما للعاملين في القطاع غير الرسمي والفئات ذات الدخل المنخفض لحمايتهم بشكل أفضل من تأثير مخاطر الحياة. ومع ذلك، يصعب تحقيق هذين الهدفين، الضغط المالي وفجوة التغطية، وبالتالي تتوفّر مخضّطات غير قائمة على المساهمات للحدّ من تحدّيات التغطية والاستدامة والشمول ومستوى كفاية الفوائد الصحية. أدخلت بلدان المنطقة العربية إصلاحات عدّة للتغلب على التحدّيات المذكورة أعلاه.

■ الحماية الصحية القائمة على المساهمات

في الأردن، وسّعت الحكومة نطاق تغطية التأمين الصحي في العام 2004 من خلال اعتماد قانون التأمين الصحي المدني ليشمل كبار السن، بدءاً من أولئك الذين

تزيد أعمارهم عن 80 عاماً وعن 70 عاماً، وصولاً إلى كلٍّ من يزيد عمره عن 60 عاماً في العام 2017 (135000 شخصاً). كما توسع نطاق التغطية في العام 2018 ليشمل الوصول المجاني إلى الرعاية الصحية للمستفيدين من صندوق المعونة الوطنية والأطفال دون سن السادسة والأشخاص ذوي الإعاقة. وبالمثل، في السودان وفي العام 2015، وسَّع البرنامج الوطني للتأمين الصحي نطاق تغطيته لدعم كبار السن والأسر الفقيرة والأشخاص ذوي الإعاقة (UN-ESCWA 2019).

من العام 2000 لغاية العام 2005، وسَّعت الحكومة الفلسطينية نطاق التغطية المجانية من خلال نظام التأمين الصحي للعاطلين عن العمل وأسرهم جميعهم. ونتيجة لذلك، ارتفع معدّل تغطية التأمين الصحي من 204350 مستفيداً إلى 343318 مستفيداً. في العام 2007، صدر مرسوم يقضي بإعفاء جميع الأسر في قطاع غزة من دفع الاشتراكات. يقدّم التأمين الصحي للمستفيدين من المساعدة الاجتماعية والسجناء. ارتفع عدد المستفيدين من المساعدات الاجتماعية في الضفة الغربية من التأمين الصحي على هذا الأساس من 10942 في العام 2008 إلى 41198 أسرة مؤمنة في العام 2017. ارتفع عدد أسر السجناء المشمولين بالتأمين الصحي من صفر إلى 17882 بين عامي 2009 و2017 على التوالي. يبدو أنّ هذه الإصلاحات نجحت من حيث التغطية، إذ ارتفعت نسبة الأسر الفلسطينية التي يغطيها التأمين الصحي من 48.6% في العام 1997 إلى 66.2%.

في العام 2004، اعتمدت تونس قانوناً يؤسّس نظاماً جديداً للتأمين الصحي يجمع فيه التأمين الاجتماعي والتأمين الصحي معاً. أسفر هذا الإصلاح عن تغطية العاملين في القطاع العام والخاص على حدّ سواء. على هذا النحو، ارتفعت تغطية عمّال القطاع الخاص بشكل ملحوظ منذ ذلك الحين من 1,162,446 في العام 2002، أي نسبة 54% من هؤلاء العمّال جرت تغطيتهم، إلى 2,362,839 في العام 2017، ممّا رفع معدّل التغطية إلى 81% (UN-ESCWA 2019).

في مصر، أكّد الدستور الصادر عام 2014 على الحقّ الشامل في الرعاية الصحية. ويتحقّق ذلك من خلال إنشاء وصون نظام رعاية صحية فعّال يشمل الجميع. وضعت الحكومة خطة طموحة طويلة الأجل لإصلاح النظام الصحي الوطني وصادق عليها البرلمان في عام 2017. ولتحقيق الهدف 3.8 حول التغطية الصحية الشاملة، يتعيّن على الحكومة تخصيص ما لا يقلّ عن 3% من الناتج المحلي الإجمالي للصحة بعد أن باتت التكلفة المتزايدة للرعاية الصحية في مصر تحدّيّاً لا يُستهان به. ففي عام 2018، سُدّد 62.8% من النفقات الصحية من الجيوب الخاصة. بدوره، يشكّل تشرذم الخدمات تحدّيّاً آخر، إذ يسمح لفردٍ من الأسرة نفسها بالاستفادة من خطط متعدّدة في إطار برامج مختلفة، لكلٍّ منها لوائحه الخاصة، ما يصعّب توحيد الخدمات الصحية. إلى ذلك، لا يحظى بعض العمّال بأيّ نظام تأمين صحي في ظلّ انتشار الأعمال غير الرسمية الطابع. تتفاقم هذه المشكلة بشكل خاصّ في ريف صعيد مصر حيث نجد الشرائح الأقلّ تعليماً والأكثر حرماناً.

اعتمدت مصر أيضاً القانون رقم 2 لسنة 2018 الذي يلحظ التأمين الصحي الشامل للتعامل مع تحدّيات الرعاية الصحية. بدأت المرحلة الأولى في خمس محافظات تجريبية، هي بورسعيد والسويس والإسماعيلية وشمال سيناء وجنوب سيناء، على أن يتوسّع ليشمل كامل الدولة على مدى عشر سنوات. نصّ القانون الجديد على توفير تأمين صحي لجميع المواطنين باستثناء المقيمين في الخارج، ويتعيّن بموجبه على أصحاب العمل المساهمة بنسبة 4% من راتب الموظف أو ما لا يقلّ عن 50 جنيهاً مصرياً، في حين يساهم الموظفون بنسبة 1% من أجورهم، يُضاف إليها 1% عن كلّ طفل أو مُعالٍ و3% عن الزوج (ة) غير العامل(ة). أمّا الذين يحصلون

على معاشات تقاعدية، فيساهمون بنسبة 2% من معاشهم التقاعدي الشهري. علاوةً على المساهمات، سيُمَوَّل التأمين الصحيّ الشامل من الضرائب المفروضة على السجائر، ورسوم الطرق السريعة، وإيرادات الشركات، ورسوم تقديم وتجديد التراخيص المختلفة، والمدفوعات المسدّدة للاشتراك في نظام التأمين الصحيّ، فضلاً عن المنح والقروض الخارجية والداخلية. يوفّر القانون الجديد دعماً صديّاً للعاجزين عن دفع الاشتراكات، فتساهم الحكومة بنسبة 5% من الحد الأدنى للأجور لكل فرد من أفراد الأسرة، على أن يتمّ تحديد أهليّة الحصول على الدعم الصحيّ وفقاً لمعايير الاستهداف. وتخصّط الحكومة لتغطية ما يتراوح بين ربع وثلث السكّان، في ظلّ تحدّيات عدة متوقّعة (Talaat 2022).

■ الحماية الصحيّة غير القائمة على الاشتراكات

تتيح بعض الدول في المنطقة العربية تغطية فئات معيّنة من خلال خطط التأمين الصحيّ القائمة على الاشتراكات إمّا مجاناً أو على أساس مدعوم، في حين عزّزتها دول أخرى بخطط رعاية صحيّة محدّدة غير قائمة على الاشتراكات تستهدف الشرائح الفقيرة والضعيفة. تعتمد هذه الخطط، التي تشترك مع برامج التحويلات النقدية في العديد من الخصائص، بشكل أساسي على الدعم الموجّه. ففي لبنان، يُمكن للمستفيدين من البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً (NPTP) الوصول إلى المستشفيات الخاصة والحكومية بتكلفة مخفّضة إذ تدفع وزارة الصحة نحو 90% من رسومها.

من جهتها، تقدّم تونس نظاماً للرعاية الصحيّة غير قائم على الاشتراكات للأسر الفقيرة والضعيفة المسجّلة في برنامجي المساعدة الطبية المجّانية الأول والثاني، اللذين يتيحان الوصول المجّاني إلى الرعاية في المستشفيات الحكومية والتغطية الصحيّة المدعومة إلى حدّ كبير. وقد استفادت 622 ألف أسرة في عام 2018 من التقديرات الصحيّة. أما في المغرب، فنص القانون الصادر عام 2002 على ضرورة قيام نظام خاصّ غير قائم على الاشتراكات لتوفير الرعاية الصحيّة. حمل النظام اسم RAMED (نظام التغطية الصحيّة الطبية)، ويقدم تغطية صحيّة للفقراء مجاناً، في حين يتعيّن على الأسر الضعيفة دفع مساهمة صغيرة. عمل نظام RAMED منذ عام 2008 في أجزاء من البلاد، وفي عام 2012 شمل الدولة بأكملها، وتمكّن في عام 2018 من تغطية 11,866,735 مستفيداً (UN-ESCWA 2019).

الدور المتعدّد الأبعاد للدول العربية والمسؤولية المتزايدة للجهات الفاعلة في المجتمع المدني

شهدت الأنظمة الصحيّة العربية تحولات مماثلة لتلك التي شهدتها دولٌ أخرى نامية من حيث الاعتماد بشكل أكثر على القطاعين الخاص والخيري، في ظلّ الإصلاحات الاقتصادية النيوليبرالية التي شهدتها ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي وتدابير التقشف التي تلتها في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. إلا أنّ إضفاء الطابع التجاري على الرعاية الصحيّة في الدول العربية لم يسر على خطى الاتجاهات الدولية في الحد من الإنفاق من الجيوب الخاصة عن طريق الاستثمار في الصحة العامّة. نتيجةً لذلك، لم تخفّ الأعباء المالية عن كاهل المواطنين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حتى عندما توسّع الحزب المالي للحكومة في العقد الثاني، الذي عرّضته جائحة كوفيد-19 لاحقاً للاختبار، كما أسلفنا.

أنواع المقاربات التي تعتمد عليها الدولة والقطاع الخاص في مختلف المناطق الفرعية

تعتمد معظم الدول العربية نظاماً عاماً للرعاية الصحيّة مموّلاً بشكل أساسي من خزينة الدولة. تختلف معايير الأهليّة وأنماط الوصول باختلاف الدول، ولا تتسق بالضرورة مع الأنظمة السياسية أو مع مستويات الدخل القومي. فعلى سبيل المثال، قدّمت عُمان والسودان وسوريا واليمن تاريخياً رعاية صحيّة مجانيّة لجميع السكّان. في المقابل، لا تتوفّر الرعاية الصحيّة المجانيّة في البحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة إلّا لأبناء البلد والمواطنين (Loewe 2013). أمّا في الأردنّ والعراق، فيتلقّى الموظفون المدنيون والعسكريون دون سواهم العلاج مجانيّاً، في حين يدفع الآخرون رسوماً، علماً أنّها مدعومة بشكل كبير. تعتمد كلّ من تونس والصفّة الغربية أنظمة تأمين صحيّ اجتماعي تتولّى إدارة أنظمة الرعاية الصحيّة فيهما. تُموّل أنظمة الرعاية الصحيّة هذه بشكل أساسي من أقساط أنظمة التأمين الصحيّ وتتلقّى أيضاً إعانات من الخزينة (Loewe 2013)، وهي متاحة مجانيّاً فقط للأعضاء المشتركين في نظام التأمين الصحيّ، فيما يتعيّن على غير الأعضاء دفع رسوم متواضعة مقابل الخدمات. تعتمد كلّ من الجزائر وليبيا نظاماً عاماً للرعاية الصحيّة ونظام رعاية صحيّة تملكه مؤسسة التأمين الصحيّ الاجتماعي. يغطّي نظام الرعاية الصحيّة العامّ تكاليفه بشكل أساسي من خلال عائدات الضرائب، وتشارك في تمويله مؤسسة التأمين الصحيّ الاجتماعي من خلال الأقساط المحصّلة من الأعضاء. إلا أنه يحقّ للمؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم على حدّ سواء الحصول على علاج طبيّ مجاني. يتشابه النظامان في البلدين، ولكن في الجزائر، يجوز للمؤمن عليه أيضاً التوجّه إلى مقدّم رعاية صحيّة من القطاع الخاص، ثمّ يسترجع لاحقاً 80% من النفقات التي تكبّدها.

بدورها، تعتمد مصر نظاماً عاماً للرعاية الصحيّة ونظام تأمين صحيّ اجتماعي. تتولى وزارة الصحة تشغيل النظام العامّ وتموّلّه الخزينة من الضرائب العامّة، وهو مفتوح لجميع المقيمين مجانيّاً. في الوقت نفسه، يدير نظام التأمين الصحيّ الاجتماعي نظام الرعاية الصحيّة الخاصّ به الذي يستفيد منه أعضاؤه فقط - دون أقاربهم. يُموّل

النظام من اشتراكات التأمين الاجتماعي ومن الخزينة، ويتمتع بمعايير أعلى بكثير مقارنة بالنظام العام. بدوره، يعتمد لبنان نظام تأمين صحي اجتماعي ونظام رعاية صحية عامًا. يُمكن للمؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم الاستفادة من نظام الرعاية الصحية العام ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص. ولكن يتعين عليهم في كلتي الحالتين تسديد رسوم عالية. في المقابل، نجد في المغرب وموريتانيا أنظمة رعاية صحية عامة تموّل جزئيًا فقط من الخزينة، من الضرائب العامة على الدخل، وتفرض رسومًا مرتفعة نسبيًا على المستفيدين من الخدمات. شرع المغرب بإنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي يتولى إدارة الرسوم المدفوعة لخدمات الرعاية الصحية، ويزوّد أيضًا الأسر المحتاجة ببطاقات تعريف تمنحها الحق بالاستفادة مجانًا من نظام الرعاية الصحية العام. شهدت هذه الجهود تسارعًا حثيثًا خلال جائحة كوفيد-19 (ESCWA 2022).

ما زالت هناك تباينات كبيرة في حزم المنافع والوصول إلى المرافق، بما فيها تلك التي تتولاها الحكومة، وأدى ذلك إلى الإضرار بالمساواة الأفقية. فعلى سبيل المثال، يغطّي التأمين الصحي المدني في الأردنّ الوزراء والموظفين. ولكن يحقّ للوزراء فقط دون سواهم الوصول إلى خدمات الدرجة الأولى (التي تشمل الخدمات التي يقدّمها القطاع الخاص) ويحظون بحزمة منافع شاملة (خلال المكوث في المستشفى، وفي العيادات الخارجية، وعند الخضوع للفحوصات وإعادة التأهيل، وما إلى ذلك). كذلك الأمر في لبنان، حيث تعتمد درجة الاستشفاء على فئة التأمين الصحي، بل ويُعفى بعض كبار المسؤولين من دفع الاشتراكات، ولكن يحقّ لهم مع ذلك الحصول على حزمة شاملة (El Khoury 2012). سجّل في مصر مستوى أعلى من التشرذم، حيث تخصّص أفضل المستشفيات الحكومية للنخب الحاكمة التي يُمكنها أيضًا استخدام مرافق الرعاية الخاصة (El Laithy 2011).

الحماية الاجتماعية والسياسات الضريبية: استراتيجيات وأطر التمويل

في المناقشات الأخيرة التي دارت حول السياسات، برزت الحماية الاجتماعية والضرائب باعتبارهما اثنتين من الأدوات السياسية الرئيسية المتاحة للحكومات في إطار سعيها لتحقيق أهداف التنمية (Bastagli et al. 2021)، كما أنهما محوران حاضران بقوة في عمليات تمويل التطوير وأهداف التنمية المستدامة. تتفاعل الحماية الاجتماعية والضرائب وتؤثران بشكل مباشر على توزيع وإعادة توزيع الدخل والثروة، من خلال فرض الضرائب والتحويلات، وتؤثران أيضًا على تحديد الموارد المتاحة للإنفاق الاجتماعي، من خلال التأثير على عمليات مساءلة الحكومة وشرعيّتها، وجودة تقديم الخدمات، واستعداد الناس لدفع الضرائب. تحكم ذلك مجموعة من المبادئ الأساسية، من بينها:

1. يُمكن للضرائب والتحويلات أن تكون أداة قوية لإعادة التوزيع؛
2. تمثّل تفاصيل تصميم وتنفيذ الضرائب والتحويلات عاملًا هامًا؛ و
3. تنعكس الاختلافات في مستويات الإيرادات وتركيباتها، أو ما يُعرّف بـ "مزيج التمويل"، على النتائج التوزيعية واستدامة السياسات.

في ما يلي عرضٌ ملخّص لنقاط القوة والضعف الرئيسية في نظام الضرائب في ما يتعلق بآليات تمويل الحماية الصحية الاجتماعية الأخرى. يوضح الجدول 1 أدناه الأنواع المختلفة لآليات تمويل الرعاية الصحية، في حين يوضح الجدول 2 نقاط القوة والضعف في كلّ منها، بما في ذلك الضرائب.

الجدول 1. نطاق آليات تمويل الرعاية الصحية

عائدات الحكومة	الضرائب على الأجور والرواتب	الأقساط / نظام التأمين / الصحي القائم على الاشتراكات	الأقساط / نظام التأمين الصحي العام	النفقات المسددة من الجيوب الخاصة
تتوقف العدالة على تصميم النظام الضريبي	تغطي الاقتصاد الرسمي	تُجمع الموارد من غير الموظفين الذين يتقاضون رواتب	تزيد الحيز المالي	تسهل إدارتها
التغطية والانتشار	تزيد الحيز المالي	تتيح توجيه الأموال العامة إلى الفقراء	تتيح توجيه أموال الحكومة إلى الفقراء	
الاستدامة	تعزز الدعم الحكومي	تزيد الحيز المالي		
إمكانية لتحقيق الفعالية	تتسم بالسلامة المالية	تتيح الوصول إلى الأشخاص القادرين على الدفع أو الذين يتلقون الدعم		
	تتيح توجيه أموال الحكومة إلى الفقراء			

المصدر: منظمة العمل الدولية 2008

الجدول 2. سلبيات وإيجابيات آليات الحماية الصحية الاجتماعية المختلفة

السلبيات	الإيجابيات	الآلية
خطر التمويل غير المستقر وعدم توفر التمويل الكافي في الكثير من الأحيان بسبب تنافس النفقات العامة	تجمع المخاطر على مستوى السكان أجمعين	الحماية الصحية القائمة على الضرائب
غير فعالة نظراً لنقص الحوافز والإشراف العام الفعال	تتيح الفعالية الإدارية وضبط التكاليف	
	تعيد التوزيع بين المجموعات المختلفة، على اختلاف مستوى المخاطر والمداخل في الشرائح السكانية التي تغطيها	

الحماية الصحية الاجتماعية	تنتج عائدات ثابتة	قد تؤدي إلى إقصاء الفقراء ما لم يتم دعمهم
	تحظى غالباً بدعم السكان	يمكن للمساهمة في الرواتب أن تقلل من القدرة التنافسية وتؤدي إلى ارتفاع معدلات البطالة
	تتيح الوصول إلى حزمة واسعة من الخدمات	
	تشرك الجهات الشريكة في المجتمع	
	تعيد التوزيع بين المجموعات المختلفة، على اختلاف مستوى المخاطر والمدخيل، في الشرائح السكانية التي تغطيها	إدارتها صعبة، وقد تلبس فيها الحوكمة والمساءلة
		قد تؤدي إلى تصاعد التكاليف ما لم توضع آليات تنفيذ فعالة
خطط تأمين مصغرة وقائمة على المجتمع المحلي	يمكنها الوصول إلى العمال في الاقتصاد غير الرسمي	قد تؤدي إلى إقصاء الفقراء ما لم يتم دعمهم
	يمكنها الوصول إلى شرائح السكان الأقرب إلى الفقر	قد تكون ضعيفة مالياً ما لم تدعمها الإعانات الوطنية
	تحدّ الرقابة الاجتماعية القويّة من الاستغلال والاحتيايل وتسهم في بثّ الثقة في الخطّة	تغطي عادةً نسبة صغيرة من السكان
		حافز قوي للاختيارات غير الموفقة
		قد تُربط بغياب المهنية في الحوكمة والإدارة
التأمين الصحي الخاصّ	أفضل من النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة	تكاليف إدارية مرتفعة
	تزيد الحماية المالية وتعزّز الوصول إلى الخدمات الصحية للقادرين على دفع رسومها	غير فعّالة في التخفيف من ضغط النفقات على أنظمة تمويل الصحة العامة
	تشجّع تحسين جودة الرعاية الصحية وفعاليتها من حيث التكلفة	غير منصفة بدون أسياس مدعومة أو محتوى وأسعار للتأمين خاضعة للرقابة
		تتطلّب بنية تحتية وقدرات إدارية ومالية

يلفت ميجيرسا (Megersa 2019) إلى أنَّ الحماية الاجتماعية والضرائب تشكّلان أداتين مترابطتين للسياسات تؤدّيان دورًا رئيسيًا في تعزيز قدرة السياسة المالية على التأثير في التنمية والمساواة وأهداف التنمية المستدامة. تواجه البلدان النامية خيار زيادة الإيرادات الحكومية لأغراض الحماية الاجتماعية من خلال الضرائب واشتراكات الضمان الاجتماعي، مع صعوبة القيام بذلك في ظلّ ضعف قدرات السلطات الضريبية وافتقارها إلى الشفافية. في الوقت نفسه، تعمل نسبة كبيرة من السكّان بشكل غير رسمي، ما يجعل من العسير والمكلف على الحكومة تحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي أو فرض الضرائب على الموظفين. وبحسب منظّمة العمل الدولية، تحدّ هذه الصعوبات من وسائل إعادة توزيع الدخل وتطوير أنظمة حماية اجتماعية فعّالة (ILO 2016). يتمثّل أحد الإجراءات الرئيسية للتوسّع المالي المستخدّم بالفعل في الدول العربية في إلغاء سياسات الدعم الضريبي غير الفعّالة (على سبيل المثال، في الأردن ومصر والمغرب وعمّان ولبنان). إلى ذلك، من شأن الضرائب على الموارد الطبيعية في البلدان الغنية بها دعم الإنفاق الاجتماعي وتوليد النمو الاقتصادي العام، ولعلّ هذه المقاربة قابلة للتطبيق في دول المنطقة الغنية بالنفط والغاز.

غالبًا ما تتم مناقشة الضرائب والتحويلات الاجتماعية بشكل منفصل على الرغم من ترابطها الواضح على أرض الواقع، وتؤثران على توزيع الدخل والثروة وإعادة توزيعهما. ووفقًا لباستاغلي (Bastagli 2015)، فإنّ الدراسات التي تبحث في الحماية الاجتماعية بشكل مستقلّ عن السياسة الضريبية تُفضي إلى إعطاء صورةٍ منقوصة لتأثير السياسة المالية (Bastagli 2015a; 2015b) توهي بأن الآثار المترتبة على الإنفاق الحكومي والضرائب تجعل الفقراء أسوأ حالًا. من هنا تبرز الحاجة إلى تطبيق مقاربةٍ شاملة تشمل الضرائب والإنفاق معًا (كما هو مبين في الأردن ودول عربية أخرى أدناه).

تبدو الضرائب مهمّةً بشكل خاصّ - عند مقارنتها بدائل تمويل الحماية الاجتماعية الأخرى، مثل إعادة توزيع النفقات والاعتماد على التمويل الخارجي - إذ إنها تتميّز بقدرتها على إعادة توزيع الثروة بطريقةٍ أعمق، ودعم المواطنة الاجتماعية. كما يُمكن للضرائب أن تعزّز شرعية الحكومة والعلاقات بين الدولة والمواطنين وتوظّفها (UNRISD, 2019). شكّل التمويل الخارجي والإيرادات المتولدة من الموارد الطبيعية وضرائب الاستهلاك عوامل حاسمة في دعم إنشاء برامج الحماية الاجتماعية أو توسيعها. تعاني الدول العربية من نسبة ضرائب إلى الناتج المحلي الإجمالي متدنّية نسبيًا، ما يجعلها أكثر اعتمادًا على الدعم المالي والمساعدات الدولية. ويثير ذلك مشاكل على مستوى الإنصاف والاستدامة، يُمكن معالجة بعضها من خلال الإدارة الشفّافة للموارد وعن طريق وضع سياسات ضريبية وتحولية تراعي الإنصاف وتعالج الهواجس الإنمائية الأوسع نطاقًا (Bastagli 2015a).

قاربت دول عربية عدة موضوع الإصلاح الضريبي بطرق مختلفة، كما هو مبين أدناه:

- في الأردن: أدّى خفض الدعم على أنواع مختلفة من المنتجات النفطية، وفي بعض الحالات إلغاؤه، إلى تخفيف العبء المالي عن كاهل الحكومة، وإلى تحسين تغطية الحماية الاجتماعية إلى حدّ ما، مثل برامج التحويلات النقدية التي تستهدف الأسر الضعيفة. ولكنّ هذا الإصلاح أثار بعض المعارضة، وربّما زاد أيضًا من نسبة التهرب الضريبي.

- في مصر: أدت زيادة الضرائب الحكومية ورفع الدعم عن الطاقة (من بين سياسات أخرى) إلى ولادة برامج "التضامن" الاجتماعي الموجه - بما في ذلك خطط التقاعد، وتوفير الرعاية الصحية، والتعليم. إلا أن معدلات الفقر ما زالت تتفاقم، وقد أثرت الإصلاحات الأخيرة (زيادة الضرائب وتخفيض الدعم) على تكاليف المعيشة بالنسبة إلى العديد من الأسر.
- خفضت عُمان الإعانات الضريبية غير الفعالة على بنود مختلفة، مركزة على تنويع اقتصادها (ومصدر الضرائب) - بعيداً عن النفط. اعتمدت الدولة أيضاً نظاماً متكاملًا للحماية الاجتماعية يلحظ الرعاية الطبية الشاملة، والبرامج الخاصة بذوي الإعاقة، والأطفال، والعمال المهاجرين، والتعليم المجاني/الإلزامي.
- سعت الجزائر إلى تعزيز الحماية الاجتماعية من خلال فرض ضرائب على التبغ والكحول وواردات الأدوية.

وفقاً لصندوق النقد الدولي (2022)، يساعد تصميم السياسة الضريبية في توسيع القاعدة الضريبية وزيادة قدرة الدولة على إعادة التوزيع، وهو منظور ينطبق على الدول العربية من خلال عناصر رئيسية عدّة. أولها تخفيض الإعفاءات الضريبية على الدخل الشخصي ودخل الشركات، وهو إجراء قد يساعد في توسيع القاعدة الضريبية من خلال تقييد "الإعفاءات الضريبية المتساهلة والمشوّهة - بما فيها تلك التي استُحدثت في أثناء جائحة كوفيد-19"، وما ينتج عن ذلك من تحسينات، مثل زيادة كفاءة التوزيع وتبسيط إدارة الضرائب وتخفيض نسبة عدم الامتثال. ومن الأمثلة على ذلك مصر، حيث يجري إصلاح قانون ضريبة الدخل لتبسيط الإطار القانوني وترشيد الإعفاءات. ثانياً، يُعدّ تحسين تصميم ضريبة القيمة المضافة إجراءً آخر مهماً في عملية الإصلاح الضريبي. يرى صندوق النقد الدولي (2022) أن الإعفاءات على السلع والخدمات الأساسية، بما فيها المواد الغذائية والأدوية، التي تهدف إلى خفض العبء الضريبي عن كاهل الأسر الضعيفة، يفيد في الواقع الأسر ذات الدخل المرتفع ويؤدي إلى تشويه أسعار السوق. يُمكن استبدال هذه الإعفاءات بتحويلات نقدية موجهة ممولة من خلال عائدات ضريبة الاستهلاك (Warwick and others 2022). ومن الممكن أيضاً تحسين تدرج ضريبة القيمة المضافة في حال استخدام الإيرادات الإضافية لتمويل الإنفاق على البرامج الاجتماعية والتعليم والصحة والبنية التحتية (IMF 2020).

برزت مكامن الضعف في الأنظمة الضريبية في الدول العربية إلى الواجهة في أعقاب الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ورغم أن دولاً في المنطقة العربية، مثل المغرب ومصر، سارعت إلى تفعيل خطط التحويلات النقدية الممولة بالضرائب، فإن المستويات المرتفعة من الوظائف غير الرسمية السائدة في سوق العمل تعني أن قاعدة التأمين الاجتماعي للحماية الاجتماعية محدودة وغير كافية في حالات الطوارئ. وفي هذا السياق، يُمكن أن يساهم الإدماج المنتج للشباب في توسيع قاعدة الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات والقاعدة الضريبية للبرامج غير القائمة على الاشتراكات.

■ دور المجتمع المدني والمجموعات الدينية ومساهماتها

أطلقت منظمة الصحة العالمية والدول العربية (2015) على السنوات 2015-2025 اسم "العقد العربي لمنظمات المجتمع المدني" عُقب مشاورات جرت عام 2015 على مستوى المنطقة. يوفّر هذا العقد منصةً لتعزيز وحشد منظمات المجتمع المدني في المنطقة العربية في إطار شراكة فاعلة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

تتعاون منظّمة الصحة العالمية مع هذه المبادرة، من خلال المساعدة في تحديد الدور الذي يُمكن أن تقوم به منظّمات المجتمع المدني في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (المتعلّق بالصّحة).

تضطلع منظّمات المجتمع المدني بدور رئيسي في التقدّم المحرّز على مستوى أجندة أهداف التنمية المستدامة المعنيّة بالصّحة، بما في ذلك التوعية الصّحية، والمناصرة، والتعبئة الاجتماعية، وتقديم الخدمات، لا سيّما في البلدان التي تمرّ بأزمات وأوضاع طارئة. تقدّم حركات ومنظّمات الرعاية الدينية بالفعل خدمات صّحية للسرايح الفقيرة ولقاعدة أعضائها (Jawad, 2009; 2019)، ولكنّ دور تلك الجمعيات يبقى مثيّرًا للجدل نظرًا لانتساع نطاق خدماتها وحجم تأثيرها في مفاومة الانقسامات الاجتماعية والتمييز. ويصّحّ ذلك على وجه الخصوص في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث الانقسامات الدينية عميقة وقد تكون في بعض الأحيان سببًا في الانقسام السياسي. يختلف عدد منظّمات المجتمع المدني بين الدول في المنطقة العربية، وهو يتزايد من حيث العدد والنفوذ. تجدر الإشارة إلى أنّ منظّمات المجتمع المدني هي الأضعف في دول الخليج العربي والدول الخاضعة للحكم العسكري، مثل مصر وليبيا. تؤدّي هذه المنظّمات دورًا حاسمًا في التصدّي لمشاكل صّحة السكّان، وتتيح أدوات مؤسسية تعمل على تلبية احتياجات المجتمع وتوقعاته، وتكملة العمل الحكومي من خلال تنفيذ برامج لا تعتبرها الحكومات أولوية، أو من خلال استهداف الفئات المهمّشة. تقدّم منظّمات المجتمع المدني أيضًا خدمات في الخطوط الأمامية في الدول التي تعاني من أزمات حادة والتي تكون الحكومات فيها ضعيفة أو غائبة جزئيًا (أكثر من نصف دول المنطقة). فهي تسهّل التفاعل المجتمعي مع خدمات مثل النظافة الصّحية والمياه والصرف الصّحي، وتدعم الوصول إلى اللقاحات وتقوم بالتوعية الصّحية من خلال نشر المعلومات ذات الصلة، عند تفشي مرض فيروس الإيبولا والكوارث الطبيعية على سبيل المثال، وللوقاية من التدخين وتعزيز النظام الغذائي الصّحي والنشاط البدني. وتؤثر أيضًا في وضع السياسات، من خلال الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز مثلاً، وتسهم في حشد الموارد، من أجل القضاء على شلل الأطفال وتعليم الفتيات وقضايا عديدة أخرى.

لا تقرّ معظم الحكومات في المنطقة العربية بمدى أهمية دور منظّمات المجتمع المدني والشاركة معها، في ما خلا مؤسّسات الرعاية الدينية، حيث تعتمد العديد من الحكومات إلى جمع الزكاة رسميًا وتوزيعها على شكل مساعدات اجتماعية. ما تزال الأطر القانونية التي ترعى إنشاء منظّمات المجتمع المدني غائبة أو معقّدة في العديد من الدول، مثل مصر. وأدّى ذلك إلى تراجع الثقة بين الحكومات والمجتمع المدني، وإلى صعوبة التنسيق بينهما. بالإضافة إلى ذلك، ما تزال ثقافة العمل التطوّعي وإدراك أهميته في التنمية ضعيفًا في المنطقة، حيث تحول الأعراف الثقافية والاجتماعية أحيانًا دون مشاركة مجموعات معيّنة في المجتمع المدني، ناهيك عن التحدّيات المتّصلة بمنظّمات المجتمع المدني، ومنها ضعف التخطيط الاستراتيجي، وقصور إمكانيات الموظّفين، وضعف الحوكمة والإدارة، تضاف إليها شفافية محدودة في أغلب الأحيان في مسألة التمويل.

نقاش

نحو أنظمة حماية اجتماعية شاملة في الدول العربية

- i. قبيل تفشي جائحة كوفيد-19، عجزت المنطقة العربية عن توفير الحماية الاجتماعية الكافية والمتكاملة لنسبة كبيرة من سكانها. عانت أنظمة الحماية من التشرذم، إذ شملت التأمين الاجتماعي للعاملين في الاقتصاد الرسمي (بتغطية محدودة) إلى جانب البرامج غير القائمة على الاشتراكات ذات الاستهداف الضيق النطاق. نتجت عن ذلك فجوات عدّة في تغطية الحماية الاجتماعية، والشمولية، والكفاية على صعيد الوصول إلى الرعاية الصحية، وإعانات البطالة والمرض، بالتزامن مع نقص كبير في الاستثمار في الحماية الاجتماعية. ونتيجة لذلك، لا يزال حق الإنسان في الضمان الاجتماعي في المنطقة العربية غير متوفر لمعظم السكان.
- ii. لا تزال الحماية الاجتماعية المتوفرة لنسبة كبيرة من الأطفال غير كافية أو غير فعّالة، إذ يستفيد نحو 26.4% من الأطفال حول العالم من برامج الحماية الاجتماعية. تتراوح نسبة تغطية الأطفال في المنطقة العربية بين 32.7% في لبنان و0.2% في عُمان، علماً أن المنطقة لا تزال متخلفة على مستوى تغطية الأطفال، التي لا تتجاوز نسبتها 9.2%، مقارنةً بالمناطق الأخرى، ما يستدعي من صانعي السياسات تنفيذ نظام حماية اجتماعية متكاملًا، يشمل برامج التقديرات التي تستهدف الأطفال وخدمات رعاية الأطفال، والإجازة الوالدية، والوصول إلى الرعاية الصحية.
- iii. على الصعيد العالمي، تناهز التغطية الفعّالة للحماية من البطالة 18.6% من مجموع العقّال العاطلين عن العمل. أما في الدول العربية، فيحصل أقل من 10% من العاطلين عن العمل على إعانات البطالة، وهي مسألة مثيرة للقلق، خاصةً بعد أن سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على الدور الحيوي لبرامج الحماية من البطالة في حماية الوظائف والمداخيل.
- iv. حقّقت بعض الدول حول العالم تقدّمًا ملحوظًا في توفير تغطية شاملة أو شبه شاملة للأُمومة. وبالرغم من الآثار الإيجابية لدعم النساء المقبلات على الإنجاب على مستوى التنمية، فإنّ بعض دول المنطقة العربية توفّر تقديمات محدودة للأُمومة نظرًا لارتفاع مستويات العمل في الاقتصاد غير الرسمي وتدني مشاركة الإناث في سوق العمل.
- v. سجلت نسبة الوصول إلى تقديمات الحماية الاجتماعية بين الأشخاص ذوي الإعاقة 33.5% في المتوسط على مستوى العالم، مقارنةً بالتغطية المتدنية المسجّلة في المنطقة العربية التي لا تزيد عن 15%. إثر تفشي جائحة كوفيد-19، قدّمت العديد من دول العالم برامج تقديمات شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة. مع ذلك، غالبًا ما يُقصى هؤلاء من الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات في المنطقة العربية. ما يؤكّد على الحاجة الملحة لإدخال برامج المنافع الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة لتكون جزءًا أساسيًا من خطط الحماية الاجتماعية لذوي الإعاقة، التي لا تقل أهمية عن الوفاء بالالتزامات الأخرى، مثل إنهاء الفقر.

vi. يستفيد 77.5% من الأشخاص فوق سنّ التقاعد على مستوى العالم من مستحقات التقاعد. ومع ذلك، لا تزال هناك اختلافات كبيرة بما في ذلك في المنطقة العربية، بين المناطق الريفية والحضرية، وبين النساء والرجال. يحصل فقط نحو 40% من كبار السن في المنطقة العربية على معاشات تقاعدية، حيث توفّر بعض الدول ظروف تقاعد سخية للعاملين في القطاع العام ولأصحاب المعاشات التقاعدية. في المقابل، تتخلف بعض الدول عن تقديم الحد الأدنى من الضمانات والمنافع، في ظل غياب أيّ ربط تلقائي لمعاشات التقاعد بمعدّلات التضخم. فرضت جائحة كوفيد-19 ضغوطًا مالية إضافية على أنظمة المعاشات التقاعدية، لكنّ تأثيرها على المدى البعيد لن يكون كبيرًا. تواجه المنطقة العربية العديد من التحديات لإصلاح أنظمة المعاشات التقاعدية، وأبرزها تراجع مستويات التنمية الاقتصادية، وارتفاع مستويات الطابع غير الرسمي للأعمال، وانخفاض القدرة على دفع الاشتراكات، ناهيك عن الفقر، وعدم كفاية الحيز المالي.

نحو أنظمة حماية صحّية اجتماعية شاملة في الدول العربية

في ما يلي عرض للتحديات والفرص المتاحة لتوسيع تغطية الحماية الصحيّة الاجتماعية في الدول العربية:

i. التأكيد على الحاجة إلى تقليص المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصة

والقيود على كفاية المنافع، خاصة بعد تفشي جائحة كوفيد-19. تعاني الحماية الصحيّة الاجتماعية في المنطقة العربية من تدني جودة الخدمات ومحدوديّة التغطية التي تختلف بشكل كبير بين دولة وأخرى في المنطقة. قد يكون لمحدوديّة الوصول إلى الخدمات الصحيّة تأثير كبير على صحة الأسرة، ما يؤدي إلى مشاكل صحيّة خطيرة. بالإضافة إلى ذلك، لا تزال المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصة مرتفعة في المنطقة العربية، أي أنّ الأسر مسؤولة عن تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحيّة، ما ينعكس تفاوتاً في الوصول إلى الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية. ثقة عوائق أخرى تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحيّة، ومنها المسافة الماديّة، وجودة الخدمات الصحيّة ومقبوليّتها، وأوقات الانتظار الطويلة.

ii. يستلزم دعم الحماية الصحيّة الاجتماعية الشاملة للجميع في المنطقة

العربية توافر شروط أساسية: الاستحقاقات القائمة على الحقوق، وتجميع المخاطر على نطاق واسع، والتمويل الجماعي باستخدام بيانات أكثر وأفضل لرصد التقدّم المحرز على مستوى الإنصاف والتغطية. كشفت جائحة كوفيد-19 عن الحاجة إلى الاستثمار في جودة خدمات الرعاية الصحيّة، الأمر الذي يتطلب توظيف العاملين الصحيّين ونشرهم وتدريبهم وتحفيزهم لضمان تقديم خدمات رعاية صحيّة عالية الجودة. يوجد ارتباط وتنسيق قويّان بين ضمان الدخل والحصول على الرعاية الطبية عند النظر في المحدّدات الرئيسية للصحة الأكثر فعالية. سلّطت الجائحة الضوء على الدور الحاسم الذي تؤديه الحماية الصحيّة الاجتماعية في تشكيل السلوكيات لتعزيز الوقاية والتكامل بين خطط إعانات المرض والرعاية الصحيّة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحاجة الملحة لتلبية الاحتياجات الناشئة والخاصة تتطلب مقاربات جماعية لتحسين خدمة الرعاية الصحيّة، بما في ذلك شيخوخة السكّان، والتنقل البشري، والعبء المتزايد للأمراض المستمرّة والمزمنة.

iii. تطوير منافع ومزايا التأمين الاجتماعي: على الدول العربية أن تضمن تغطية جميع السكان (المواطنين والمقيمين على حدّ سواء- بما في ذلك المهاجرون واللاجئون، وخاصّة النساء والأطفال والأسر الفقيرة والأشخاص ذوو الإعاقة والعاملون في القطاع الزراعي وغير الرسمي) من خلال حزمة خدمات فعّالة من حيث التكلفة، مع استهلاك الخدمات المخصّصة وفقاً لاحتياجات الناس الصحيّة - وليس بحسب استعدادهم أو قدرتهم على الدفع. سيطلب ذلك تركيزاً أولياً على توفير حزمة من تقديمات الرعاية الصحيّة العامّة لجميع المقيمين غير المؤمن عليهم حالياً، وليس فقط للأكثر فقراً أو الأكثر ضعفاً. وتجدر الإشارة إلى الضغوط المالية التي تواجه أبناء الطبقة العاملة الفقيرة والمتوسطة في الدول العربية، الذين وإن كانوا يتقاضون أجوراً إلا أنهم يظلّون عرضة للصدمات المفاجئة جرّاء نقص المدّخرات أو المديونية.

iv. تبسيط الإجراءات للاستفادة من التأمين الاجتماعي (وتسهيل فهم الاستحقاقات): تشمل العوائق التي تحول دون التغطية الفعّالة، الحواجز الإدارية أو الجغرافية، وعدم الامتثال لإجراءات التسجيل، ونقص الوعي (ILO، 2022). تتأثّر التغطية ذات الفعاليّة المتدنيّة في الدول العربية بجملة من العوامل، منها مثلاً انتشار الاقتصاد غير الرسمي، وعدم اقتران آليات التفتيش على العمل والضمان الاجتماعي بقدرات إنفاذ فعّالة، وتدني قدرة أصحاب العمل على المساهمة في الاشتراكات، والقصور في فهم التأمين الاجتماعي، وعدم التواءم بين المنافع والاحتياجات، وتعقيد الإجراءات الإدارية. وبالتالي يتعيّن على الدول العربية تذليل العوائق التي تحول دون الوصول إلى الحماية الاجتماعية - مثل المسافة الماديّة، ونقص المعلومات البسيطة والملائمة، وغياب الشمول المالي، والإجراءات الإدارية المرهقة والمعقّدة. يساهم رفع وعي الموظّفين، وتصنيف البيانات بحسب الإعاقة، وتوافر الأحكام المتعلقة بإمكانية الوصول وعدم التمييز في اللوائح والأنظمة، وإجراءات التشغيل القياسية بشكل فعّال في تعزيز التوعية بتحسين متطلبات الإدماج. من الضروري أيضاً زيادة الوعي العامّ بالحقوق والاستحقاقات والجهود المبذولة لتحسين المعارف الصحيّة بين السكان المحليين، من أجل تمكين الناس من المطالبة بالخدمات الصحيّة. يجب أن تترافق هذه الخطوات مع مبادرات تتخذها البيئة السياسية والمؤسّسية لتحسين كفاية المنافع ومساءلة الخطط والبرامج والتصورات ذات الصلة بالعدالة والثقة. يُمكن للعَمال المهاجرين المساهمة بدور مهمّ في معالجة النقص في اليد العاملة، لا سيّما في الاقتصادات التي ترتفع فيها نسبة القوى العاملة المتقدّمة في السن، والمساهمة بالتالي في استدامة أنظمة الضمان الاجتماعي.

v. تعزيز مساهمة استثمارات صندوق الضمان الاجتماعي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية: يتعيّن على الدول العربية العمل على تحسين تعديل آليات وطرق التمويل بما يتلاءم مع الأوضاع المتباينة للعَمال والمؤسّسات، بشكل يضمن التقاسم العادل للمسؤوليات بين العَمال وأصحاب العمل، والمستفيدين من عملهم، والحكومة، عند الضرورة. ثمة حاجة في الوقت الحالي إلى المزيد من الاستثمار في الحماية الاجتماعية لسدّ فجوات التمويل وبالتحديد، يُعدّ إعطاء الأولوية للاستثمارات في مستويات الحدّ الأدنى من الحماية الاجتماعية المحدّدة وطنياً أمراً حيويّاً للوفاء بوعد أجندة عام 2030. يتوفّر حيز مالي حتى في أفقر البلدان العربية، ويُعدّ حشد الموارد المحلية أمراً أساسياً. مع ذلك، يبقى الدعم الدولي المنسق ضرورياً أيضاً لتسريع التقدّم في تلك الدول التي تفتقر إلى القدرات المالية والاقتصادية، لا سيّما في البلدان ذات

الدخل المنخفض المتأثرة بالنزاعات، مثل ليبيا واليمن والسودان، التي تعاني من تدن ملحوظ في الاستثمار في الحماية الاجتماعية. وفي غياب الدعم المستمر لنفقات الحماية الاجتماعية وإطالة أمد تدابير الطوارئ، تواجه العديد من الدول سيناريوهات لا تُحمد عقباها.

vi. توسيع نطاق الحماية الاجتماعية بوصفها أداة لمعالجة الأزمات (النزاعات المسلحة، والأزمات الاقتصادية والمالية، وجائحة كوفيد-19):

تتطلب جهود العمل على تأمين الحماية الاجتماعية المستجيبة للصدمات الموازنة بين المنظورات الإنسانية والإنمائية. ومن الضروري بالتالي العمل مع الشركاء الآخرين والاستفادة من نقاط قوة جميع الأطراف لدعم الحكومات في تطوير أنظمة الحماية الاجتماعية القادرة على الاستجابة للصدمات بشكل أفضل. وتبرز الحاجة إلى هذا التعاون والتنسيق على مستويات مختلفة: (1) التعاون مع مختلف الوزارات / الإدارات (التنمية الاجتماعية، وإدارة مخاطر الكوارث، والتمويل، والتخطيط)؛ (2) التعاون مع أصحاب المصلحة المعنيين بالتنمية والعمل الإنساني على أساس جدول أعمال مشترك، والعمل جنباً إلى جنب مع شركاء التنمية الآخرين (مثلاً، برنامج الأغذية العالمي، والبنك الدولي، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين) لتجنب الازدواجية أو الثغرات في تقديم الخدمات؛ (3) هناك حاجة أيضاً إلى التعاون على المستوى الوطني مع الفرق العاملة في مجال الاستجابة للطوارئ والقطاعات الأخرى. وهذا يستلزم بشكل عام تحديد أصحاب المصلحة ودوائر نفوذهم ودوافعهم وقدراتهم، وتطوير فهم مشترك للمفاهيم والعمليات المتعلقة بالحماية الاجتماعية المستجيبة للصدمات، ووضع خارطة طريق مشتركة مع توضيح الأدوار والمسؤوليات على أساس الاهتمام والقدرة، والتأثير على البرامج الإنسانية لتواكب بشكل أفضل الجهود المقررة والمستمرة المعنية بالاستجابة للصدمات.

vii. الفرص والتحديات المرتبطة بالحماية الاجتماعية الرقمية: أدت استجابات

الحماية الاجتماعية في بعض الحالات إلى تضخيم التحديات التي تواجه الأشخاص الذين يصعب في الأصل الوصول إليهم، كالأشخاص غير القادرين على استخدام التقنيات الرقمية على سبيل المثال، في الوصول إلى المنافع. أبرزت أزمة جائحة كوفيد-19 الحاجة إلى بناء أنظمة شاملة لتأمين الخدمات. وقد واجهت الدول العربية صعوبات شديدة من أجل تحديد من هم في حاجة ماسة إلى حماية إضافية لمواجهة المخاطر الصحية والاقتصادية - وخاصة العاملين في الاقتصاد غير الرسمي - وصرف الإعانات لهم بسرعة وأمان. كانت التقنيات الرقمية في العديد من الدول العربية عاملاً حاسماً لتحديد هوية المستفيدين وتقديم الإعانات لهم، وقد استخدمت بالفعل بطرق إبداعية ومبتكرة. تمكنت الدول التي امتلكت بالفعل سجلات اجتماعية رقمية، مثل الأردن ومصر ودول الخليج العربي، من الاستجابة بشكل أسرع وأكثر كفاءة خلال الجائحة. مع ذلك، تنطوي التقنيات الرقمية على مخاطر الإقصاء. فعندما لا يتمكن الأشخاص من الوصول إلى المصارف والخدمات المالية، وفي حال افتقارهم إلى المعرفة الرقمية و/أو عدم تمكّنهم من الوصول إلى الهواتف الذكية، قد تتفاقم المشكلة أكثر. بالإضافة إلى ذلك، فإن الدول التي وسعت نطاق الخدمات لتصل إلى مجموعات السكان التي لم تسبق تغطيتها، بما في ذلك من خلال التكنولوجيا الرقمية، وأدرجتهم في السجلات الوطنية، نجحت في صنع أساس قادر على توسيع نطاق الحماية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي الاعتماد على الطرق الرقمية للتواصل والتسجيل والدفع إلى إقصاء النساء -

كما هو الحال بالنسبة إلى الفئات الضعيفة الأخرى - بسبب الطبيعة الجنسانية للفجوة الرقمية، وتحديدًا التوزيع غير المتكافئ لملكية التقنيات الجديدة وإمكانية الوصول إليها ومعرفتها. تنطبق هذه الاستثناءات نفسها على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

viii. إنشاء آليات تظلم تدعم المساواة: لم تراعى سياسات الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بما فيه الكفاية ظروف الفئات المهمشة، مثل النساء والمهاجرين واللاجئين والأقليات العرقية وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ففي الكثير من الحالات، قد لا يكون لدى أفراد هذه المجموعات معلومات كافية حول حقوقهم. من هنا، تبرز الحاجة إلى الشفافية وإيجاد آليات فعّالة للتظلم والمطالبات للتأكد من أن جميع الجهات الفاعلة على دراية كاملة بحقوقها ومسؤولياتها، وأن الأطر القانونية تنصّ على استحقاقات واضحة ويمكن التنبؤ بها، وأن الإجراءات الإدارية بسيطة وشفافة قدر الإمكان، وتسخر كامل إمكانات التقنيات الرقمية، بالتوازي مع حماية البيانات الشخصية، واحترام الخصوصية، وضمان إبقاء الحلول غير الرقمية لأولئك الذين قد لا يكونون قادرين على استخدام التكنولوجيا الرقمية. يجب أن يطمئن المواطنون والمقيمون إلى أن مطالباتهم تلقى آذانًا صاغية وتعالج بإنصاف، وأن مصادر الدعم البديلة متوفرة عند عدم اعتماد الأهلية للحصول على ميزة الحماية الاجتماعية.

التوجهات المستقبلية: الخلاصات الرئيسية والتوصيات السياسية

الخلاصة وخيارات السياسات المطلوبة للحماية الاجتماعية الشاملة

- i. في الأساس، يتعيّن على الحكومات في المنطقة العربية معالجة القضايا الهيكلية الأساسية ووضع الحماية الاجتماعية في صميم النموذج الاجتماعي والاقتصادي الجديد. ويستدعي ذلك تحسين الإنفاق على الحماية الاجتماعية والمحافظة عليه وتوسيع نطاق هذه الحماية وضمان كفايتها وتغطيتها وإنشاء مجتمعات أكثر عدلاً وشمولية لإتاحة فرص النمو الشامل، والتصدي بفعالية للفقر وعدم المساواة، وتجنّب الإفقار التدريجي للطبقة الوسطى المتلاشية.
- ii. على مستويات الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية أن تؤمّن على الأقلّ ضمان الدخل الأساسي والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للجميع. ولتحقيق تغيير منهجي، تؤدّي منافع الحماية الاجتماعية القائمة على الحقوق والتي تعالج المخاطر المرتبطة بمراحل دورة الحياة دوراً حاسماً في سدّ فجوات التغطية. يجب استخدام البرامج غير القائمة على الاشتراكات للتقليل من أخطاء الإقصاء، ومع ذلك، لا يمكن النظر إلى هذه البرامج بوصفها بديلاً عن نظام حماية اجتماعية قائم على الاشتراكات. يُمكن تحقيق الحماية الاجتماعية الشاملة عبر الجمع بين التأمين الاجتماعي والبرامج الممولة من الضرائب، من خلال أنظمة مصمّمة بعناية ونماذج أكثر تكاملاً للحكومة والإدارة المؤسسية.
- iii. سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على فجوات التغطية في حالات العمّال المؤقّتين وغير الدائمين والعاملين بدوام جزئي والعاملين لحسابهم الخاص، بما فيهم العمّال الموسميون والعمّال الزراعيون والعاملون في المنازل، والعاملون في القطاع غير الرسمي. ينبغي على الحكومات في المنطقة العربية أن توفر لجميع العمّال وأسرهم إمكانية الوصول إلى ضمان الدخل الأساسي على الأقلّ لإنشاء قاعدة تمويل أكثر تنوّعاً واستدامة للحماية الاجتماعية.
- iv. يجب إيلاء اهتمام خاصّ للعمّال المهاجرين واللاجئين، الذين يتعرّضون للتمييز والمعاملة غير المتكافئة، لتمكينهم من الوصول إلى نظام الحماية الاجتماعية، بما في ذلك الرعاية الصحية. ومن الضروري بذل الجهود اللازمة لمواءمة برامج الحماية الاجتماعية مع المشاريع الإنسانية والتنمية وتعزيز استجابة الأنظمة في جميع أنحاء المنطقة للصدمات.
- v. ينبغي أن تهدف الإصلاحات التدريجية للخطط القائمة على الاشتراكات، بما في ذلك أنظمة المعاشات التقاعدية في المنطقة العربية، إلى تحسين العدالة في مختلف قطاعات سوق العمل وبين الأجيال. وعلى الرغم من العبء المالي لهذه الإصلاحات، عليها ضمان توازن عادل بين الاستدامة والتغطية والكفاية.

vi. يتطلب الاستثمار في الحماية الاجتماعية تحولات هيكليّة في نماذج التوظيف والنماذج الاقتصادية السائدة في المنطقة العربية. وعلى خطط الحماية الاجتماعية، سواء كانت قائمة أو غير قائمة على الاشتراكات، أن تتوجّه نحو تعزيز الطابع الرسمي وتسهيل مشاركة الشباب والنساء في سوق العمل. من الأهمية بمكان أيضًا تعزيز منافع الحماية الاجتماعية طوال مراحل الحياة العملية وفي خطط الرعاية الطبية.

vii. يتطلب التوسّع في الإنفاق على الحماية الاجتماعية زيادة كفاءة الإنفاق وتصميم خيارات لحشد الموارد المالية من خلال تعزيز التدرّج في النظام الضريبي، وإعادة تخصيص الإنفاق العام للاستثمار في القطاعات الاجتماعية، والتصدي للتهرب الضريبي ومكافحته.

viii. يُعَدّ الدعم الدولي وآليات التمويل المبتكرة للحماية الاجتماعية ضرورية لتجنّب الهشاشة، وضمان القدرة على سداد الديون ومعالجة محدودية القدرات.

ix. تُعَدّ المشاركة والحوار الاجتماعي مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين شرطًا ضروريًا من شأنه جعل نموذج الحماية الاجتماعية الجديد مستدامًا وعادلًا ومقبولًا، لا سيّما بالنسبة للعقّال والفئات الضعيفة.

x. تؤدّي أنظمة المعلومات الإدارية والرصد والتقييم دورًا محوريًا في بناء أنظمة حماية اجتماعية شاملة. وهذا يتطلب إنشاء مستودعات مركزية للمعلومات، والجمع الفعّال للبيانات، من أجل تعزيز التنسيق والتكامل في تقديم الخدمات.

الخلاصة وخيارات السياسات للحماية الصحية الاجتماعية

i. ستعتمد استراتيجيات تنفيذ الرعاية الصحية الشاملة على السياقات الخاصة بكل دولة، وآليات النظام الصحي القائمة، والقدرة المالية للدولة وقيمتها العامة. وسيكون على الدولة الجمع بين آليات التمويل الصحي المختلفة للإسراع في تحقيق التغطية الشاملة والموازنة بين الإنصاف والكفاءة وجودة الرعاية (ILO 2008). أحرزت الدول العربية بعض التقدّم في زيادة التغطية السكّانية، ومع ذلك، ما زالت هناك حواجز كبيرة تعترض الوصول إلى الرعاية الصحية، منها على سبيل المثال المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصة على الخدمات الصحية، والمسافة الماديّة، ومحدوديّة نطاق الخدمات الصحيّة وجودتها ومقبوليّتها، وأوقات الانتظار الطويلة، وتكاليف الفرص الضائعة، مثل وقت العمل المهدور. سلّطت أزمة جائحة كوفيد-19 الضوء على عدم كفاية المنافع والحاجة إلى تقليل المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصة. من هنا، على الدول العربية اعتماد مبدأ رئيسي مفاده أن الوصول الشامل إلى الحماية الاجتماعية يحتاج إلى تمويل جماعي، وتجميع واسع النطاق للمخاطر، واستحقاقات قائمة على الحقوق بوصفها شرطًا أساسيًا لدعم الوصول الفعّال إلى الرعاية الصحية للجميع بطريقة تستجيب للخدمات.

ii. أجمع بيانات أكثر وأفضل عن التغطية القانونية لرصد التقدّم المحرز في التغطية والإنصاف واعتبار ذلك من الأولويّات. بدوره، يُعَدّ الاستثمار في توافر خدمات رعاية صحيّة جيدة أمرًا بالغ الأهمية. كشفت جائحة كوفيد-19 أيضًا عن الحاجة إلى الاستثمار في خدمات الرعاية الصحيّة، وتحسين التنسيق داخل الأنظمة الصحيّة، وتوفير تدريب وتوظيف مناسبين للعاملين في الرعاية الصحيّة. يُمكن أن تؤدّي الإصلاحات الشفافة والمستدامة لأنظمة الحماية

الاجتماعية في الدول العربية على المدى الطويل إلى التوسع التدريجي في التأمين الاجتماعي والتغطية الصحية، كما هو موضح في إطار الحد الأدنى للحماية الاجتماعية. إن نقطة البداية لمثل هذه الإصلاحات هي التغطية القانونية الشاملة من خلال كفالة الدساتير الوطنية للحق في الصحة.

iii. نلعلّ التحدي الرئيسي الذي تواجهه وزارات الصحة في الدول العربية يكمن في تطبيق السياسات والقوانين. فقد سمح الفساد والأوضاع السياسية المتوترة للكثيرين بتجاهل القوانين أو السياسات. من جهة أخرى، ينبغي أن تكون الوقاية جزءاً من الإصلاح الصحي في العالم العربي وتطوير الطرق الآيلة إلى دمج الوقاية في خطط الحماية الصحية الاجتماعية. لسوء الحظ، تستثمر العديد من الدول العربية في العلاج بدلاً من الوقاية والتخطيط الطويل الأمد، وتفتقر معظم هذه الدول إلى أنظمة معلومات صحية فعّالة، وتتعهد فيها الإحصاءات الحيوية، ما يشكل تحدياً يعيق السياسات السليمة وبرامج الوقاية. وفي واقع الأمر، فإن بعض مسؤوليات المعلومات الصحية تقع خارج إدارة وزارات الصحة. فعلى سبيل المثال، وزارة الداخلية مسؤولة عن سجلات الوفيات في بعض دول المنطقة. ومن الضروري الدعوة لإنشاء أنظمة للمعلومات الصحية (في معظم الدول) وتحسينها (في بعض الدول).

iv. أمّا في ما يتعلّق بالمجتمع المدني، قدّمت منظمة الصحة العالمية وجامعة الدول العربية (2015) توصيات أشارتا فيها إلى ضرورة عمل الدول العربية على بناء الثقة وتعزيز بيئة تشريعية أكثر تمكيناً لمنظمات المجتمع المدني وورش العمل والدورات التدريبية في الدول العربية. سعياً لزيادة الوعي بأهداف التنمية المستدامة وتعزيز مشاركة المجتمع المدني فيها. هناك حاجة إلى المزيد من الدعم في وضع معايير لتقييم منظمات المجتمع المدني، ولا سيّما تلك المعنية بالصحة. من الضروري أيضاً دعم بناء قدرات منظمات المجتمع المدني من خلال تنظيم دورات تدريب المدربين لضمان الاستدامة وبناء القدرات في الأولويات الصحية، وكتابة مقترحات المشاريع، وتخطيطها وتنفيذها، والحملات الترويجية. قد يكون هناك خيار آخر يتمثل في إنشاء مكاتب اتصال في وزارات الصحة للعمل كحلقة وصل مع منظمات المجتمع المدني.

المراجع

- Alami, R. 2022. "Towards a "new normal" in health policies in the Arab countries." Economic Research Forum, Working Paper, (1537). [Link](#).
- Alami, R. 2017. "Health financing systems, health equity and universal health coverage in Arab countries." Development Change, 48(1): 146-179. [Link](#).
- Batniji, R. et al. 2014. "Governance and health in the Arab world." The Lancet, 383(9914): 343-355. [Link](#).
- Bird, N., & Silva, W. 2020. "The role of social protection in young people's transition to work in the Middle East and North Africa." IPC-IG Research Report, 41. [Link](#).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). 2013. "FAO Statistical Year Book 2013 World Food and Agriculture." Food and Agriculture Organization, United Nations. [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021a. "World Social Protection Report 2020-2022: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021b. "World Social Protection Report 2020–22: Regional companion report for the Middle East and North Africa (MENA) region." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2020. "World employment and social outlook." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2017. "Fiscal space for social protection and the SDGs: Options to expand social investments in 187 Countries." International Labour Organization (ILO), ESS Working Paper 48. [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2008. "Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Monetary Fund (IMF). 2022. "Revenue mobilization for a resilient and inclusive recovery in the Middle East and Central Asia." Departmental Paper, DP/2022/013. [Link](#).
- Machado, A. C., et al. 2018. "Overview of non-contributory social protection programmes in the Middle East and North Africa (MENA)

region through a child and equity lens." International Policy Centre for Inclusive Growth United Nations Development Programme and the United Nations Children's Fund, p. 348. [Link](#).

- Megersa, K. 2019. "Lessons learned from linking social protection to taxation." Institute of Development Studies, Helpdesk report. [Link](#).
- Onarheim, K. H., & Rached, D. H. 2020. "Searching for accountability: Can the WHO global action plan for refugees and migrants deliver?" *BMJ Global Health*, 5(6): 3–7. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002095. [Link](#).
- Talaat, W. 2022. "Social protection as a budget priority." In Mohieldin, M. "Financing Sustainable Development in Egypt", League of Arab States. [Link](#).
- United Nations (UN). 2020. "Policy brief: The impact of COVID-19 on the Arab Region: An opportunity to build back better." United Nations, p. 27. [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2021. "The COVID-19 pandemic in the Arab region: An opportunity to reform social protection systems." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2019. "Social protection reform in Arab countries." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2017. "Strengthening social protection for persons with disabilities in Arab countries." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), p. 91. [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2020. "Impact of COVID-19 on migrants and refugees in the Arab Region." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), p. 1–25. [Link](#).
- United Nations Development Program (UNDP). 2016. "Leaving no one behind: A social protection primer for practitioners." [Link](#).
- Universal Social Protection 2020 (USP2030). 2015. "Together to achieve universal social protection by 2030 (USP2030)." Global Partnership for Universal Social Protection, Geneva. [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2019. "Report: Regional meeting to develop a regional action plan to promote the health of migrants, refugees and displaced populations." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, license: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

أزمة كوفيد-19 وعدم المساواة الصحية

تأثير تفاقمي متبادل في المنطقة العربية

فرح الشامي

زميلة رئيسية - مبادرة الإصلاح العربي (ARI)

مسؤولة البرامج والأبحاث السابقة - شبكة
المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND)

فرح الشامي خبيرة اقتصادية في مجال السياسات والتنمية. هي حاليا زميلة رئيسية في مبادرة الإصلاح العربي وتدير برنامج الحماية الاجتماعية الخاص بالمبادرة. تتمتع بثماني سنوات من الخبرة، حيث عملت مع منظمات المجتمع المدني والمعاهد الأكاديمية وكيانات تابعة للأمم المتحدة على النهوض بإصلاحات السياسات العامة في المنطقة العربية. تشمل مجالات خبرتها إجراء البحوث متعددة التخصصات وإدارتها وتحريرها، وتنسيق جهود الدعوة والمناصرة على منصات وطنية وإقليمية ودولية، وتيسير الائتلافات/الجماعات المهنية، وقيادة برامج تمكينية. هي حاصلة على درجة الماجستير في اقتصاد السياسات والتنمية الاقتصادية من جامعة ويليامز كولج (MA-USA) وعلى درجة الماجستير في الاقتصاد من الجامعة الأميركية في بيروت ودرجة البكالوريوس في الاقتصاد من الجامعة اللبنانية الأميركية.

شكر وتقدير

تود الكاتبة أن تعرب عن خالص امتنانها لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية لمنحها فرصة التعقّق في دراسة مثل هذا الموضوع المهمّ الذي يسلّط الضوء على بُعْدٍ غير مدروس جيّدًا من التأثير الاجتماعي لجائحة كوفيد-19 ويقدّم نظرة شاملة جديدة لمعالجة هذه القضية. كما أوّجّه كلّ التقدير للسيدة ميساء بارود لمدخلاتها القيمة ودعمها الثابت طوال عمليات البحث والنشر. كما أود أن أتقدّم بجزيل الشكر إلى السيد أديب نعمة والدكتورة سوسن عبد الرحيم على تعليقاتهما الكريمة التي أثّرت هذه الورقة بشكل كبير. أخيرًا، أنا مدينة لمركز المنطقة العربية للحماية الاجتماعية التابع لمبادرة الإصلاح العربي، فالرؤى والتوليفات الناتجة عن نتائج الأبحاث الثريّة في خلال المشروع الذي استمرّ لمدة عامين ونصف حول التأثير الاجتماعي والاقتصادي لجائحة كوفيد-19، أضفت على هذه الدراسة عمقًا ودقّة.

مقدمة

في أعقاب تفشي جائحة كوفيد-19، شهدت المنطقة العربية ازديادًا هائلًا في التفاوت في الحصائل الصحية. وقد ساهمت التفاوتات القائمة في الأمراض المزمنة وعدم المساواة في المحددات الاجتماعية للصحة بتفاقم خطورة جائحة كوفيد-19. تسبب تفشي جائحة كوفيد-19 في العام 2019 في تراجع حاد في التوظيف والرعاية الصحية والتعليم والنشاط الاقتصادي وخطط الرعاية الاجتماعية في المنطقة العربية، وأثر بشكل غير متناسب على الفئات الاجتماعية الأكثر فقرًا والأكثر ضعفًا (Kamurase & Willenborg 2021). ولأنها تُعدّ أزمة صحيّة إلى حد كبير، فقد كان تأثير الجائحة واضحًا في المقام الأول على النظم الصحية، وأدى بشكل خاص إلى تعميق عدم المساواة الصحية وتسريعها. وقد ظهر ذلك في تفاوت معدلات الإصابة والوفيات، وعدم المساواة في الوصول إلى المرافق الطبيّة وأسرة المستشفيات ومراكز الاختبار والتلقيح، فضلًا عن تفاوت جودة العلاج وكفاءة الطاقم الطبي، وعبء التكلفة الذي تتحمله الفئات الاجتماعية المختلفة، مع تأثير مباشر على الحق في الصحة (Filip et al. 2022).

وقد تعزّز الرابط بين التفاوت في الدخل والتفاوت في الصحة بسبب جائحة كوفيد-19. فغالبًا ما يواجه الأفراد ذوو الدخل المنخفض عوائق أمام الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، مثل صعوبات التنقل والقيود المالية، مما يؤدي إلى تفاوت في الحصائل الصحية (Kawachi & Kennedy 1999). في خلال الجائحة، اشتدّت هذه التفاوتات؛ فكان الأفراد ذوو الدخل المنخفض، على سبيل المثال لا الحصر، أكثر عرضة لخطر التعرّض للفيروس بسبب المهن أو الظروف المعيشية المرتبطة، وكان لديهم وصول محدود إلى الرعاية الصحية والموارد اللازمة للوقاية والعلاج. وأدى الوباء بدوره إلى تفاقم عدم المساواة في الدخل، إذ تسبّب في فقدان الوظائف على نطاق واسع، وإغلاق الشركات، والانكماش الاقتصادي، مما أثر بشكل غير متناسب على الفقراء. وبالفعل، أدى الوباء إلى فقدان ما يقرب من 8.8 مليون شخص لوظائفهم في المنطقة العربية، فالتسعت الفجوة الاقتصادية أكثر. علاوة على ذلك، أدى الوباء إلى زيادة غير مسبقة بنسبة 1.3% في معدل البطالة في الدول العربية خارج مجلس التعاون الخليجي، وأصبح أكثر من 39 مليون فرد في المنطقة يعملون في القطاعات المتضرّرة بشدّة (Dewan et al. 2022; Abu-Ismael et al. 2021). ومن الجدير بالذكر أن أغنى 10% من السكان يمتلكون الآن 81% من إجمالي ثروة المنطقة، مقارنة بـ 75% من الثروة قبل تفشي الوباء (ESCWA 2022a). وفي العام 2020، انضمت البحرين والإمارات العربية المتحدة واليمن والمملكة العربية السعودية وعمان والكويت إلى قائمة البلدان العشرين الأكثر عدم مساواة في العالم التي شملت لبنان والمملكة العربية السعودية فحسب في العام السابق (ESCWA 2022b).

وقفز التضخم أيضًا إلى مستويات عالية في عدد كبير من البلدان مثل السودان (269.3%)، ولبنان (150.4%)، واليمن (45.0%)، وليبيا (22.3%)، ويعود ذلك إلى حد كبير إلى الوباء (Dabrowski & Domínguez-Jiménez 2021). ولكن الوباء تداخل مع عدد من الأزمات طويلة الأمد والمتفاقمة في السياقات العربية المختلفة، مثل الأزمة الاقتصادية والمالية وانفجار مرفأ بيروت في 4 آب/أغسطس في لبنان، و"التراجع" السياسي في أعقاب الانقلاب الذاتي الذي قام به قيس سعيد

في تمّوز/يوليو 2021، ونشوء المشكلة النقدية في تونس، والأزمة الاقتصادية وأزمة العملة في مصر، وأزمة المياه وما تلاها من تقلبات اقتصادية في العراق، فضلاً عن تجدد الصراع في النقاط الساخنة الإقليمية. وترافقت هذه التطورات مع تقلبات اقتصادية ذات تداعيات اجتماعية واقتصادية حادة، خاصةً وأنها ترافقت بارتفاع في تكاليف المعيشة وموجة رفع الدعم، ما أثر على أسعار الوقود والغذاء والأدوية بسبب استنفاد الموازنات العامة واستنزاف الاحتياطات الأجنبية. أدى ذلك الوضع إلى تفاقم التضخم وتدهور القدرة الشرائية للناس، وسط فقدان الوظائف وفرص العيش (نعمة 2021). وفي حين يصعب ذلك تقييم تأثير الوباء على العدالة الاجتماعية وعدم المساواة، يعزّز فكرة زيادة عدم المساواة في أعقاب جائحة كوفيد-19، وخاصةً زيادة عدم المساواة في الصحة نظرًا لعلاقتها غير المباشرة مع عدم المساواة في الثروة والدخل.

بين الطبيعي والمتعمد: المساواة الصحية في طبيّ النسيان

استجابة أحاديّة البعد، نهج غير متبصر

تعاملت الدول العربية مع الجائحة على أنها مجرد أزمة صحيّة، بدلاً من اعتبارها أزمة اقتصادية أيضاً، متجاهلةً من دون قصدٍ تداعياتها الاجتماعية والاقتصادية. في خضمّ الأزمة، بلغ متوسط الإنفاق الاجتماعي في المنطقة 4.6% فقط من إجمالي الناتج المحلي، في تناقضٍ صارخٍ مع المتوسط العالمي البالغ 12.9% من إجمالي الناتج المحلي (International Labour Organisation [ILO] 2021). لذلك، حين ظهرت مؤشرات اقتصادية عدّة، مثل التضخم ومعدلات الفقر وفقاً لمؤشرات متعددة الأبعاد والبطالة وتدهور بيئة الأعمال والإغلاقات الصارخة للأعمال التجارية، أُنذرت بالأزمة الاقتصادية، استمرّ عددٌ من الدول العربية بتطبيق النهج القائم بدلاً من الخروج عن سياساتهم ونماذجهم الاقتصادية بشكل عام (Ghannouchi 2021; Awad et al. 2021). وللأسف، فاقم هذا النهج الأثر الضار للوباء على الحق في الصحة، مما أدى إلى تفاقم التفاوتات الصحية. وتجاهلت التدابير أحاديّة البعد التي ركّزت في المقام الأول على الصحة طبيعة الأزمة المتعدّدة الأوجه والترابط المعقّد بين سبل العيش وأمن الدخل والرعاية الاجتماعية والحصول على الرعاية الصحيّة؛ فتعاملت مع الأزمة الصحيّة كما لو كانت منفصلة عن الأزمة الاقتصادية. وشكّل هذا النهج غير البديهي مظهراً من مظاهر ضعف استعداد مؤسسات الدولة لمواجهة الأزمات وحالات الطوارئ، ونماذج الدول الاجتماعية والاقتصادية ما قبل الأزمة. كما أنّها شكّلت العامل الرئيسي الذي يعوّق التخفيف الفعال لعواقب الأزمة.

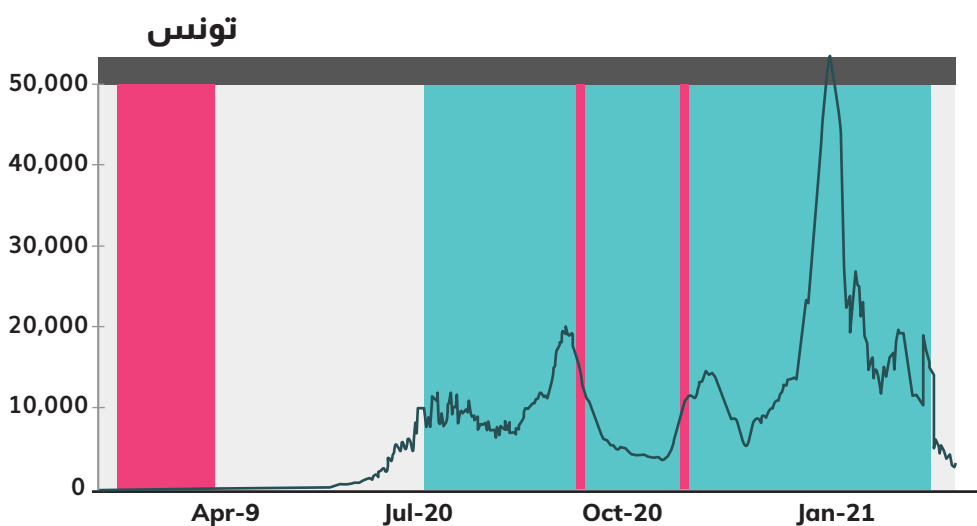
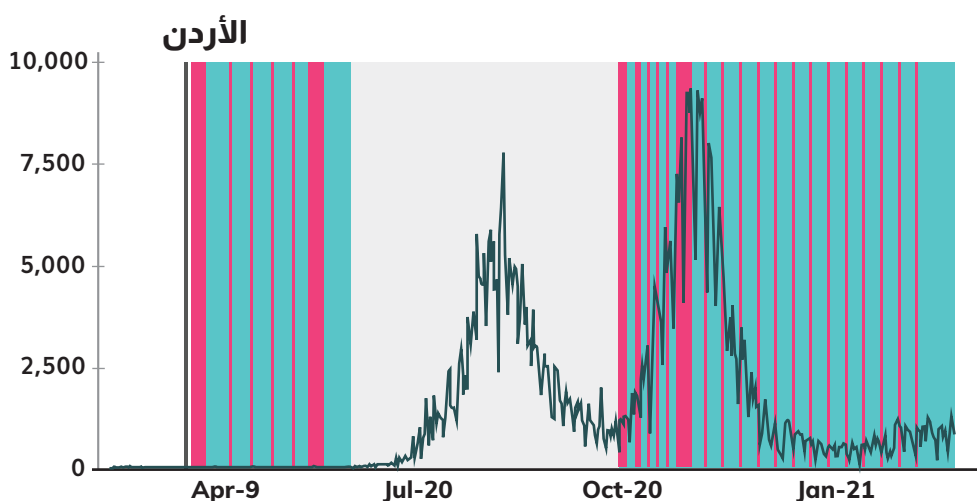
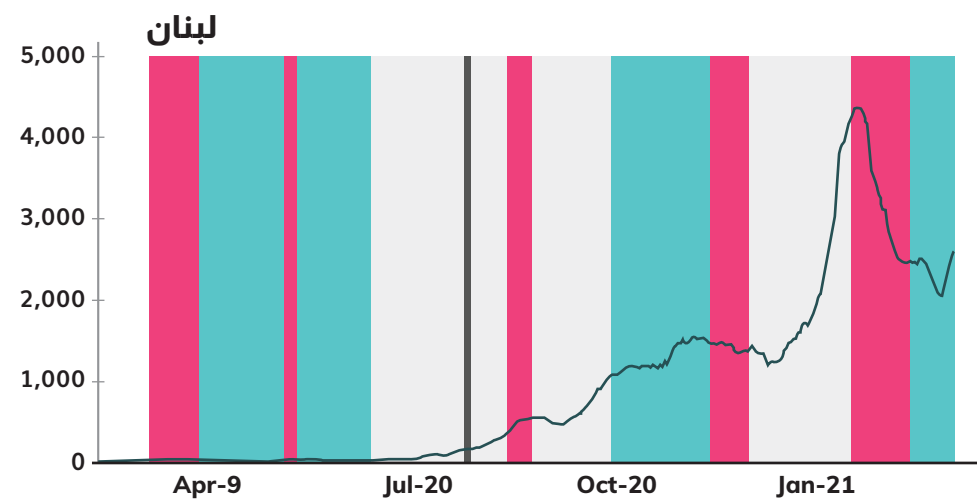
ومن اللافت أن متوسط إجمالي الإنفاق على الصحة في المنطقة العربية في خلال الجائحة لم يمثل سوى 3.2% من إجمالي الناتج المحلي، وهو أقلّ بكثير من المتوسط العالمي البالغ 5.8%، على الرغم من اعتبار جائحة كوفيد-19 أزمة صحيّة. ومن ناحية أخرى، يبرز هذا التخصيص غير المتناسب من خلال إنفاق المنطقة 5.4% من إجمالي ناتجها المحلي على القطاع العسكري (ILO 2021). والأكثر من ذلك، فإن رفع الدعم في كافّة أنحاء المنطقة والمحاولات غير الحساسة اجتماعياً، كما في الأردن، التي تمثّلت في إجراء تغييرات على قانون الضمان الاجتماعي والتحوّل إلى "حكومة حديثة" من خلال إلغاء وزارة العمل أثناء الوباء، كلّها إجراءات تشكّل دليلاً إضافياً على تقصير بعض الدول في استجابتها للأزمة. وهذا يعكس تصوراً مضللاً للوباء يتجاهل الحاجة إلى نظام دعم وحمايةٍ شامل من قبل الدول لشعوبها. وأدى الفشل في تعويض الأفراد بشكلٍ مناسب عن فقدان الوظائف وسبل العيش بسبب هذه الإجراءات التقييدية إلى تفاقم هذه التفاوتات الصحيّة بشكلٍ كبير (نعمة 2021).

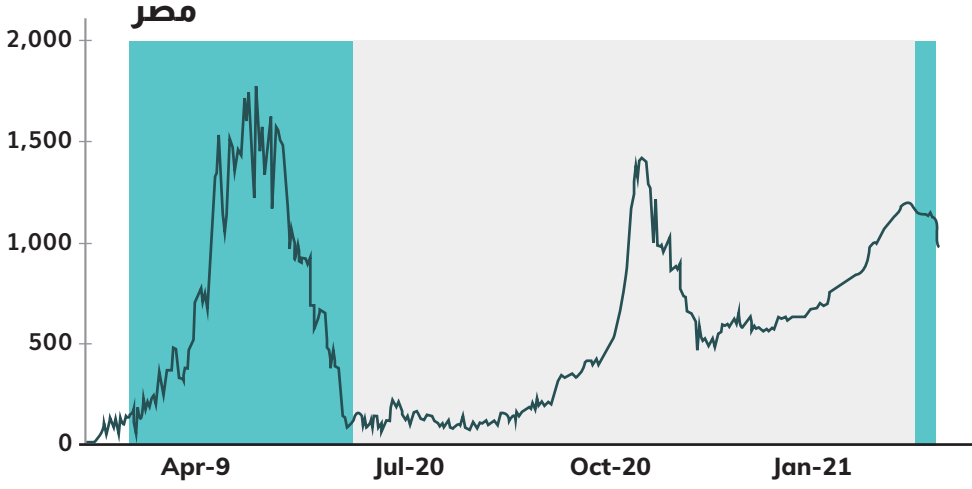
وحتى عندما يُنظر إلى التدابير المتخذة أثناء الوباء على أنها استجابة صحيّة، فإنها لم تكن مناسبة لمعالجة "الأزمة الصحيّة" بشكلٍ فعّال، مما جعل الوصول إلى الرعاية الصحيّة الجيدة محدوداً وامتيازاً للقلّة، لعدّة أسباب. فقد أدّى غياب الرعاية الصحيّة العامّة الكافية والجيدة، وانتشار أنظمة الحماية الاجتماعية غير الفعّالة وغير الشاملة في عددٍ من بلدان المنطقة إلى تفاوت القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحيّة حسب مستويات الدخل. ففي حين أن ذوي الدخل المنخفض كانوا في كثير من

الأحيان غير قادرين على تحمّل تكاليف الرعاية الطبية المناسبة وعالية الجودة أثناء الوباء، كان بإمكان الأثرياء حماية أنفسهم والحصول على الرعاية الطبيّة بالرغم من القدرة المحدودة للمراكز الطبية الحكوميّة وحتى الخاصة من خلال دفع تكاليف الرعاية الطبية المطلوبة في المنزل. وكان الأثرياء أيضًا في كثير من الأحيان قادرين على تحمل تكاليف اختبارات الـ PCR المتكرّرة بالإضافة إلى اختبارات الدم والأشعة قبل وأثناء وبعد الإصابة بكوفيد-19، مما يزيد من فرصهم في البقاء على قيد الحياة مقارنة بأولئك الذين لا يتمنّعون بالإمكانيات المالية نفسها (Jamal & Robbins 2023). وأظهرت الدراسات أن المضاعفات الشديدة لا تصيب الأشخاص حسب العمر والاستعداد الوراثي والمخاطر البيولوجية فحسب، ولكن أيضًا بسبب عدم المساواة السابقة من حيث الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية، ووضع المهاجرين، والخطوط العرقية/الإثنية؛ مما يسلط الضوء على الأسئلة المتعلقة بالصلة بين الحق في الصحة والضعف في مواجهة أزمة غير متوقّعة (Mishra et al. 2021).

علاوة على ذلك، في عددٍ من السياقات العربية، اتخذت الاستجابة الصحية طبيعة عسكرية، لا سيما في دول مثل مصر والأردن ولبنان وتونس؛ إذ تمّ تنفيذ عمليات الإغلاق التام أو الجزئي والإعلان عم الكثير من حالات الطوارئ (Hoffman 2020؛ Oxford Analytica 2020). وكما يبيّن **الشكل 1** أدناه، فُرِضت هذه التدابير الأمنية في كثير من الأحيان ولم تتزامن مع ارتفاع معدلات الإصابة. بدلًا من ذلك، تزامنت عمليات الإغلاق وحظر التجول إلى حدٍّ كبير مع الاحتجاجات والاضطرابات الاجتماعية، مما يشير إلى استخدامها من قبل الدول كأدوات لقمع الحركات الاجتماعية وأعمال الشغب للمطالبة بالغذاء (Houry 2020).

شكل 1. الجداول الزمنية للإغلاق التام مقابل انتشار العدوى في خلال جائحة كوفيد-19





الإغلاق التام (إغلاق تامّ للخدمات والأعمال غير الضرورية وتقييد كبير لتنقل المواطنين، إلّا في حال الحصول على إذن مسبق وفي الحالات الاستثنائية)

الإغلاق الجزئي (فتح جزئي للخدمات والأعمال غير الضرورية وتقييد جزئي لتنقل المواطنين، وفرض ساعات حظر التجوال)

تنقل طبيعي (ساعات عمل عادية وقيود خفيفة أو لا قيود)

حالة طوارئ

انتشار العدوى

المصدر: الأرقام مأخوذة من موقع ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية (2022)

السلطة والربح على حساب الناس: استجابة غير فعالة

تباين مستوى الاستعداد بين الأنظمة الصحية العربية، مما جعل بعض الأنظمة أكثر عرضة من غيرها للانهايار أو الصدمات في وجه أزمات كجائحة كوفيد-19. ويعود السبب إلى عناصر عدّة، منها مرونة البنية التحتية الصحية، من المستشفيات إلى المعدات الطبية والتكنولوجيا الصحية، فضلاً عن الكثير من المتغيرات الاقتصادية والمالية والاجتماعية. على سبيل المثال، قبل تفشي الوباء، كان متوسط عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 نسمة 1.5 فقط (World Bank 2023). ونتيجة لذلك، استلزم الطلب على رعاية المرضى الداخليين بدائل مبتكرة، مثل إحالة بعض المرضى الداخليين إلى الرعاية خارج المستشفيات أو حتى الرعاية في مكان سكنهم، مع لجوء الأفراد إلى مولدات الأكسجين الشخصية والعلاجات الوريدية ذاتية الإدارة، التي يحتكرها عدد قليل من الموردين من القطاع الخاص بأسعار مبالغ فيها. وانتشر هذا الوضع بشكل خاص في البلدان التي لم تتمكن من إنشاء مستشفيات ميدانية متخصصة بسرعة أو تحويل الأراضي العامة إلى مرافق ميدانية مخصصة، مثل لبنان (Haldane et al. 2021). علاوة على ذلك، لوحظت أوجه عدم المساواة بين الطاقم الطبي في عددٍ من بلدان المنطقة، بدءاً من التسلسل الهرمي للتوظيف إلى

الفوارق بين العاملين في القطاعين الصحي العام والخاص، وتشمل الاختلافات في المؤهلات والأجور والحصول على معدات الحماية الشخصية والحصول على المعدات الإغاثة الخاصة بكوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، استمرت الفجوات الكبيرة في تغطية علاج السرطان والأمراض المزمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية من قبل مؤسسات الصحة العامة وخطط الحماية الاجتماعية القائمة على الرغم من خطر العدوى المتزايد لدى المصابين بأمراض مزمنة (Isma'eel et al. 2020). ولوحظت قيود مماثلة في معالجة الاضطرابات العقلية والنفسية، على الرغم من الزيادة الكبيرة في مثل هذه الحالات أثناء الوباء، مما يزيد من تقويض قدرة المرضى على مقاومته (Mourani & Ghreichi 2021).

ومن الأسباب الأساسية لهذا الوضع الكئيب هو أنّ الرعاية الصحية خاضعة إلى حد كبير للخصخصة في المنطقة العربية وينطبق الأمر عينه على أنظمة الرعاية الصحية (Aïta 2022). مع ذلك، يعجز القطاع الخاص عن تلبية الحاجات المتزايدة بشأن الرعاية الصحية وعن علاج كلّ المواطنين والمقيمين على حدّ سواء، الأمر الذي يدعو إلى التشديد على ضرورة توفير أنظمة صحية عالمية متينة مرتبطة بإدارة الكوارث والمسائل الأساسية. فقد أدّت خصخصة الخدمات الصحية إلى اشتداد حالة من عدم المساواة في خلال الجائحة بطرق متعددة. أولاً، غالباً ما تكون خدمات الرعاية الصحية المخصصة أعلى ثمنًا من الرعاية الصحية الحكومية، مما يؤدي إلى استحالة الاستفادة منها بالنسبة إلى الكثير من الأفراد ذوي الدخل المتدني وإلى اشتداد حالة من عدم المساواة في موضوع الحصول على الرعاية الصحية. ففي بلدان مثل مصر مثلاً حيث يُسمح للمراكز الخاصة بإجراء اختبار الـ PCR، يبرز تفاوت هائل في الأسعار في مختلف أنحاء البلاد، إذ كلّ الاختبار مثلاً بين 1000 و2000 جنيه مصري (في الفترة المتراوحة بين نهاية العام 2000 والعام 2022) (EIPR 2021). ثانياً، قد تعطي الأنظمة الصحية المخصصة الأولوية لتحقيق الربح بدلاً من توفير الصحة العامة، ولا سيّما أمام غياب أطر المسؤولية الاجتماعية للشركات، كما في غالبية البلدان العربية، وفي أجواء من التدني التلقائي للمستوى التنظيمي. ويؤدي هذا الأمر إلى تمويل غير متساو للتدابير الصحية العامة مثل توزيع اللقاح وبرامج الاختبار. ثالثاً، قد تكون المرافق الصحية المخصصة أقلّ تجهيزاً للتعامل مع ارتفاع العدد السريع في الطلبات أثناء الجائحة نظراً إلى أنّها تركز على تحقيق الأرباح بدلاً من توفير خدمة صحة عامة شاملة. وقد يتسبب هذا الأمر بفترات انتظار طويلة، والإكثار من الممارسات القائمة على المحسوبية والزيائية، وتوفير رعاية غير كافية للأشخاص العاجزين عن تحمّل تكاليف باهظة من جيوبهم. أخيراً، يمكن أن تؤدي خصخصة الرعاية الصحية إلى نقص في التنسيق والتواصل الملائمين بين جهات توفير الرعاية الصحية العامة والخاصة، مما يفاقم من المشاكل المرتبطة بمركزية البيانات وإدارتها ويزيد التفاوت في الحصول على الرعاية الصحية ويوسع الفجوات في كامل أنظمة الرعاية الصحية (Asfour & Jabbour 2020). بذلك وعلى الرغم من أنّ السياسات الليبرالية الجديدة عمدت إلى نقل الموارد طوال الوقت من المستشفيات الحكومية إلى المستشفيات الخاصة، غالباً ما رفضت المستشفيات الخاصة استقبال حالات العدوى في بداية الجائحة، فتحمل القطاع الصحي العام السبب في العبء الأثقل من الأزمة.

تظهر خصخصة الرعاية الصحية في البلدان العربية عبر طرق دقيقة وغير مباشرة متنوعة، مثل الاختلالات الجغرافية. فالمستشفيات، الحكومية والخاصة ولا سيّما الحكومية، نادرة وغير موزعة بطريقة متساوية في مختلف المناطق الجغرافية في البلدان العربية، وهذا الأمر يزيد الشرخ بين المناطق المركزية والمحيطية وبين المناطق الريفية والحضرية ويعكس مركزية الحوكمة والتنمية (Bajec 2020).

ويشكّل كلّ من لبنان والعراق ومصر مثلاً واضحاً على هذا الوضع. لكن على الرغم من ذلك، حتى بعد تفشي الجائحة وفي خضمّ الأزمة، دارت المناقشات لتحويل الرعاية الصحية في مصر من نموذج صحي مجاني إلى نموذج مخصّص، بعد نموذج بور سعيد التجريبي (Gad 2022). ولا يمكن لهذه النماذج والتحويلات إلّا أن تزيد من الاعتماد على المرافق الصحية وخدمات التأمين الخاصة، التي يستطيع الأغنياء وحدهم تحمّل كلفتها. ولا تفتقر شركات التأمين لأطر المسؤولية الاجتماعية للشركات فحسب التي تُعتبر ضرورية لتضمين أمراض السرطان والقلب والأوعية الدموية والأمراض العقلية والنفسية، بل تعاني أيضاً هذه الشركات حالة ملفتة من الضعف في مستوياتها التنظيمية بالإضافة إلى أنها لا تلتزم بالمساءلة الاجتماعية على الإطلاق إلى حدّ أنها قد تُلغي أيّ تغطية مرتبطة بجائحة كوفيد-19 في خلال الأزمة الصحية العالمية. وقد دفع هذا الأمر بكلّ المرضى المصابين بكوفيد-19، الذين تعذّر عليهم الاستفادة من الرعاية الصحية عن طريق المرافق الحكومية المرهقة، إلى الحصول على العلاج عبر المرافق الصحية الخاصة، مع فرض هذه الأخيرة على المرضى كامل التكاليف من جيبهم الخاص. وقد تسبّب إنهاك المرافق الصحية الخاصة أيضاً في خلال ذروة موجات عدوى كوفيد-19 بالحدّ من الخيارات للأغلبية التي أصيبت بالفيروس واحتاجت إلى اهتمام طبي، ولا سيّما قبل مرحلة نشر اللقاح (Abi Rached et al. 2020).

لقد سلّط النقص في الخدمات الصحية الضوء على أهمية النظام الصحي الحكومي العام والشامل والفعال والعامِل والمُجدي، وضرورة توفير قدرة محسّنة للاستجابة للطلب المتزايد في خلال حالات الطوارئ الصحية. غير أنّ هذا النقص قد كشف أيضاً عن القصور في مستوى الرعاية والكفاءات الطبية في الأنظمة الصحية الحكومية القائمة في الكثير من البلدان العربية، بالإضافة إلى كشفه عن القدرات المحدودة نسبياً لهذه الأنظمة. وإلى جانب مسائل توافر الأدوية والمعدّات وأسرّة المستشفيات، برزت مسألة انتقال الموظفين من القطاع العام إلى الخاص (تماماً مثل هجرة هؤلاء إلى خارج البلاد). وقد برز تفاوت في كفاءات الموظفين الطبية بين القطاعين الخاص والعام، لمصلحة القطاع الخاص، وذلك في ما يتعلق بالاختلاف في البروتوكولات المعتمدة بين القطاعين. وفي بلدان مثل لبنان والعراق، ساهمت هذه المشاكل والفروقات القائمة في تسجيل معدّلات وفيات عالية جدّاً نتيجة جائحة كوفيد-19 بحيث بلغت الوفيات مستويات أعلى بكثير في المستشفيات الحكومية مقارنةً بالمستشفيات الخاصة (Isma'eel 2020). على الرغم من ذلك، لم تؤدّ هذه الجائحة إلى أيّ محاولات جدّية بالاستثمار في الأنظمة الصحية العامة وتحسينها، ويعود سبب ذلك إلى غياب الإرادة السياسية لتنفيذ هذا الأمر، ليس بسبب الموازنات العامة المنهكة والاحتياطات الأجنبية النافذة والأولويات الحكومية غير المنطقية والاختلاسات للموارد العامة فحسب، بل أيضاً لأنّ الصحة العامة تشكّل الأداة الأقوى في يد الحكومات الطائفية والزبائنية (Tabaqchali 2020). فتشكّل قوائم الانتظار الطويلة وضرورة دفع الرشاوى واللجوء إلى المحسوبية خصائص نظام عمدت الحكومات إلى تطبيقه في المنطقة، بحيث تميل الحكومات إلى استخدام الأنظمة الصحية الحكومية (أو توفير الخدمات من خلال هذه الأنظمة) لإجبار بشكل غير مباشر المحرومين واليائسين الذين ليس لديهم خيار آخر سوى الانضمام إلى قواعدها الانتخابية (Di Peri 2020).

ولوحظت أيضاً ديناميات القوى هذه على مستوى الحصول على لقاحات كوفيد-19، ويعكس هذا الأمر حالة من عدم المساواة أيضاً. فقد تمكّنت بلدان عالم الشمال من الحصول على براءات الاختراع واللجوء إلى اتفاقيات ثنائية مع شركات الأدوية الكبيرة للحصول على لقاحات كوفيد-19، مما قوّض الاتفاقيات المتعددة الأطراف

التي يمكنها أن توفر أو تسعى إلى توفير تغطية شاملة، فخالفت بذلك هذه البلدان إطار التخصيصات العادل لمنظمة الصحة العالمية ومبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة كوفيد-19 (كوفاكس). أما بالنسبة إلى بلدان عالم الجنوب، فقد مُنِعَ عن معظمها الحصول على براءات الاختراع لإنتاج اللقاحات أو لم تتمتع بالقدرة الكافية لتنفيذ عمليات إنتاج من هذا النوع. ويشكل بعض هذه البلدان جزءاً من منظمة التجارة العالمية أو اتفاق التبادل الحرّ الشامل والمعقّق، مثل تونس والمغرب. وتستتبع اتفاقيات التبادل الحرّ هذه مكوثاً ملزماً من اتفاقية "ترييس" بشأن حقوق الملكية الفكرية، وهو يضمن درجة من المرونة كان من المفترض أن يستفيد منها العالم بأسره للسماح بإنتاج اللقاحات وتخضّي شركات الأدوية الكبيرة المحتكرة وإفساح المجال أمام إنتاج المزيد من الأدوية الجنيسة المقبولة الكلفة، كما كانت حالة علاجات مرض نقص المناعة والتهاب الكبد C ومرض السل، بهدف تلبية الحاجات العالمية بأكثر الأسعار المقبولة. وقد سقطت البلدان العربية غير التابعة لمجلس التعاون الخليجي ضحية هذا النموذج (Egyptian Initiative for Personal Rights [EIPR] 2020). وقد أبطأ هذا الأمر إلى حد كبير من نشر اللقاح في الكثير من البلدان وحال دون توفير اللقاح مجاناً للجميع في بعض السياقات، بما في ذلك في مصر (EIPR 2021).

السكان الأكثر تضرراً: فوق كلّ التوقعات

كما كان متوقعاً، بلغت معدلات الإصابة بعدوى كوفيد-19 ذروتها لدى الأشخاص الأفقر نظراً إلى استفادتهم المحدودة وغير المتكافئة من الأقنعة والمعقمات والاختبارات المتكررة، وفي بعض الحالات من اللقاحات والأدوية والعلاجات. بالفعل، لقد كانت الفئات الاجتماعية الأشدّ ضعفاً والمهمشة أثناء الأزمات والصدمات هي الأكثر تضرراً، مثل الأطفال والنساء والشباب والمستين ومجتمعات الميم وسكان الأرياف وفقراء المدن والعقال غير الرسميين واللاجئين والأشخاص أصحاب الإعاقات وغيرهم (نعمة 2021). وقد اضطرت النساء العاملات، بالإضافة إلى ضعفهنّ الأساسي القائم على أساس نوعهنّ الاجتماعي، إلى العمل عن بُعد وتوفير في الوقت عيّن الرعاية الإضافية لعائلتهنّ في المنزل، مما دفع بهنّ إلى ممارسة مهنتين في آن واحد وتحمل طيف واسع من الصعوبات. وعجزت الكثير من النساء ومن أفراد مجتمع الميم عن تحمل تكاليف الرعاية الصحية الإنجابية أو حتى الحصول على المنتجات الصحية للدورة الشهرية ووسائل منع الحمل. وقد فاقم العنف القائم على النوع الاجتماعي أثناء الإغلاق الشامل من هذه المشكلة، إلى حدّ أنّه زاد من حالات الحمل غير المرغوبة وفي بعض الأحيان الإجهاض (McGrail et al. 2022). وواجه أيضاً العاملون المنزليون المهاجرون حالة من الضعف المتزايد بالإضافة إلى العقال غير المستقرين الذين ليسوا بالضرورة غير رسميين، بل شبه رسميين أو حتى رسميين. فعلى سبيل المثال، واجه العاملون خارج نطاق شبكة الإنترنت ولا سيّما العاملون المستقلون على شبكة الإنترنت/المنصات الذين ينشطون على أساس عقد غير مستند إلى الساعات وعلى أساس الطلب، الذين ازداد عددهم بشكل كبير مع الرقمنة في خلال الجائحة، ظروف عمل قاسية ونقصاً في الحماية الاجتماعية في الوقت الذي كانوا بأشدّ الحاجة إليها (Alashi 2020; Maktabi et al. 2022).

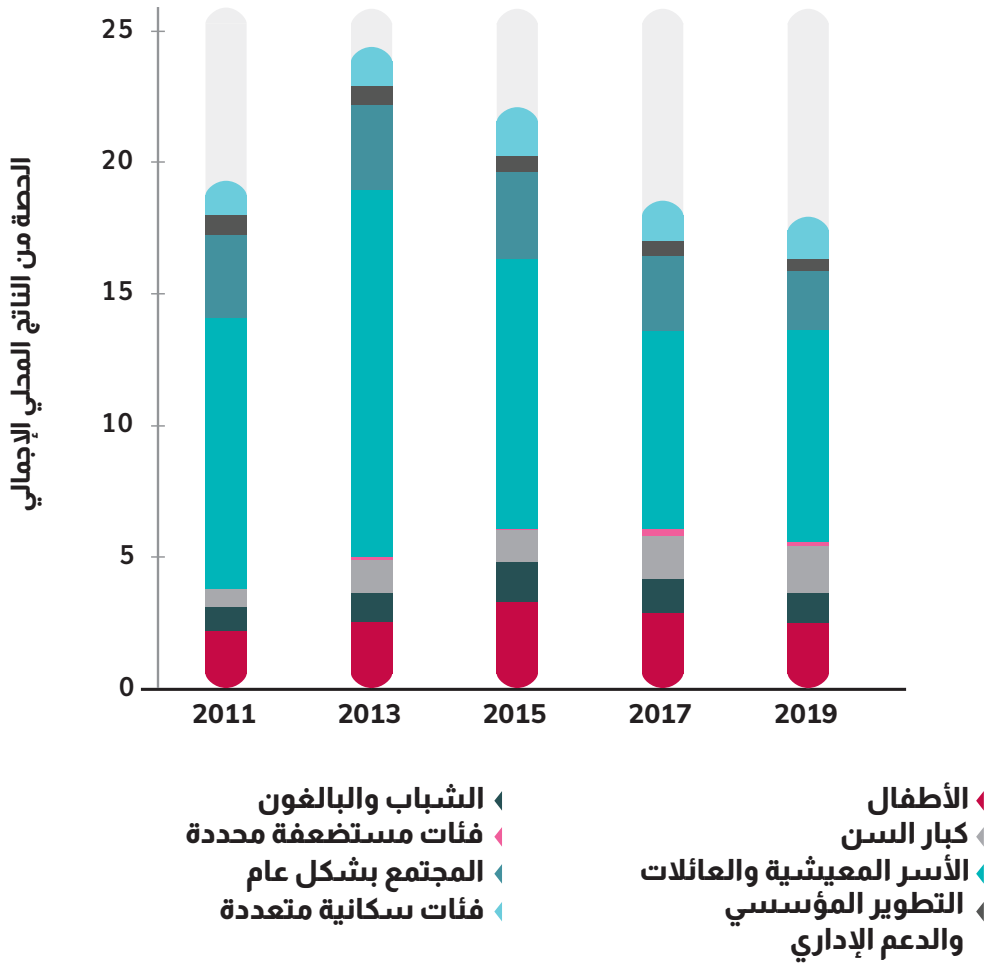
والأهم من ذلك، فاقمت الجائحة أيضاً من حالة ضعف الأشخاص المقيمين في الأحياء الفقيرة والمستوطنات غير الرسمية في ظلّ بيئات غير صحية على الإطلاق، وسكان المدن الأكثر عرضة لتلوث الهواء وبالتالي الأكثر عرضة لأمراض التنفس مثل كوفيد-19، والأشخاص المصابين في المقام الأول بأمراض تنفسية،

والمستئين الأكثر عُرضة نسبياً للإصابة بالفيروس، وغيرهم. والملفت أن وضع العقّال في القطاع غير الرسمي كان أفضل نظراً إلى قدرة هؤلاء على التهرب من الإغلاق الشامل وحالات حظر التجول وإيقاف الأعمال التجارية نتيجة عملهم بصيغة مستقلة عن أي صاحب عمل مسجّل. علاوة على ذلك، اقتصرت القرارات الحكومية الأساسية في مصر مثلاً التي هدفت إلى دعم النساء في خلال الجائحة على موظفي القطاع العام واستثنت القطاع الخاص. بالتالي، تأثرت النساء العاملات في القطاع الخاص نتيجة الأزمة مقارنةً بالعاملات في القطاع العام، على الرغم من اعتبار حالتهن أفضل في غالبية الأحيان مقارنةً بحالة العاملات في القطاع العام (Al-Shami 2022).

ينبثق أثر الجائحة المتباين في المجتمعات العربية عن خصائص الأزمة بعينها بالإضافة إلى الفئات الاجتماعية المستضعفة المتنوعة من جهة، وواقع أن الضعف مصطلح متغير وظاهرة متواصلة التغير من جهة أخرى، وبالتالي لا يمكن دائماً تحديد مفهوم الضعف بتعاريف ومؤشرات نموذجية، مثلما تحدده المنظمات الدولية التي تعتمد منهجيات استعمارية الطابع (Al-Shami 2022). لكن الجدير بالذكر أنه، على الرغم من استفادة بعض الفئات الاجتماعية من الجائحة وتضرر فئات أخرى من تداعياتها، كان الأثر الاجتماعي النهائي لهذه المرحلة التاريخية سلبياً، فقد عكس نمطاً عاماً بحيث اغتنى الأغنياء أكثر أو كانوا الأقل تضرراً وازداد الفقراء فقراً أو كانوا الأكثر تضرراً (نعمة 2021).

لم تشمل استجابات جائحة كوفيد-19 جميع فئات السكان بشكل متساو، وقد يُعزى ذلك إلى الواقع الذي سبق الجائحة والآليات غير الفعالة لإعادة توزيع الموارد العامة، إن وجدت أساساً. فيؤكد مرصد الإنفاق الاجتماعي التابع للإسكوا أن الضرائب على الدخل الشخصي ودخل الشركات منخفضة بشكل عام في معظم الدول العربية متوسطة الدخل، وذلك مقارنةً بالأنواع الأخرى من الضرائب التي تساهم أقل في إعادة توزيع الثروات (مثل ضريبة القيمة المضافة). ويوضح المرصد أيضاً، على النحو المبين في **الشكل 2**، أن الحصة الأكبر من الإنفاق الاجتماعي تستهدف الأسر المعيشية والعائلات، مع أنها تسجّل انخفاضاً على مر السنين. أما الشباب والأطفال وكبار السن وغيرهم من الأشخاص ضمن الفئات المستضعفة يتلقون حصة أصغر نسبياً من الإنفاق الاجتماعي على الرغم من كونهم الأكثر حاجة إليها (Sarangi et al. 2022). وتثبت بيانات منظمة العمل الدولية (2021) صحة نتائج المرصد، إذ إنّها تشير إلى أن 40% فقط من سكان الدول العربية مشمولون بمجموعة واحدة على الأقل من إعانات الحماية الاجتماعية. فنشمل هذه الإعانات بشكل عام 15.4% من الأطفال، و12.2% من الأمهات اللاتي لديهن أطفال حديثو الولادة، و7.2% من الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة، و8.7% من الأشخاص العاطلين عن العمل، و24% من كبار السن، و63.5% من العمال الذين تعرضوا لإصابات أثناء العمل (ILO 2021). وتدل هذه النسب على أن أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية تتمحور حول العمالة بشكل عام، ما يذكر بافتقار المنطقة إلى الحد الأدنى من أسس الحماية الاجتماعية اللازمة لضمان أمن الدخل والتغطية الصحية الشاملة للجميع، لا سيما من خلال خطط المساعدة الاجتماعية القائمة على الاشتراكات وغير القائمة عليها. وتتردد الحكومات العربية في وضع هذه الأسس لأنها تتحدى جوهر الاقتصاد السياسي المعقّد الذي يدعم بقاء النظام السياسي الحاكم، والذي يتّسم بالزبائنية (كما سبق أن شرحنا) وبالخطوط الحمر السياسية التي تستبعد فئات مستضعفة محدّدة مثل مجتمع اللاجئين ومجتمع الميم. وبسبب التأثير غير المتناسب لهذه الممارسات على الفئات، إن 32.2% فقط من الأشخاص الذين ينتمون إلى فئات مستضعفة مشمولون بالإعانات الاجتماعية في المنطقة (ILO 2021).

شكل 2. توزيع النفقات الاجتماعية على الفئات الاجتماعية المختلفة



المصدر: مرصد الإنفاق الاجتماعي التابع للإسكوا (2022)

خلال فترة الجائحة، اضطرت المنظمات الدولية والجهات الفاعلة الإنسانية التدخل للتعويض عن غياب الدولة (El-Jardali 2020). وبما أن هذه الفترة شهدت إحدى أشد الأزمات الإنسانية في التاريخ الحديث، أخذت الحماية الاجتماعية شكل الإغاثة الإنسانية فقط، بدون أن تكفل خط الأساس للحماية الاجتماعية الشاملة. وفي أفضل حالاتها، اتخذت شكل شبكات الأمان الاجتماعي، مثل برنامج شبكة الأمان الاجتماعي الطارئة (ESSN) في لبنان، وبرنامج توسيع صندوق المعونة الوطنية في مصر (برنامج تكافل وكرامة) وفي الأردن (برنامج الدعم التكميلي). فتستهدف هذه التدخلات الفقر وتستخدم الاختبارات غير المباشرة كوسيلة لتحديد الفئات المستهدفة، ما ينطوي، أساساً، على هامش كبير من الخطأ ويستبعد فئات كثيرة تكون بحاجة إلى المساعدة. وتتفاقم هذه المشكلة مع غياب السجلات الاجتماعية الشاملة التي توفر البيانات الضرورية للاستجابة لمعايير الاستهداف. وفي ظل ارتفاع مستويات الأمية الرقمية والمالية، خاصة في المناطق النائية، والوصول غير المتناسب إلى التمويل والبنية التحتية للاتصالات، تؤدي الآليات المعتمدة لتسليم الإغاثة (مثل المحفظة الإلكترونية في الأردن) تلقائياً إلى استبعاد فئات تُعتبر ضمن الفئات المستفيدة. بالإضافة إلى ذلك، من المعروف أن شبكات الأمان الاجتماعي لا توفر الحماية الكافية لأنها عابرة وغير قابلة للاستمرار على المدى الطويل. لذا، فالتدخلات الإنسانية غير فعالة ومفككة إلى حد كبير. وقد أدى تسييس هذه

التدخلات، خاصة في البلدان المتأثرة بالنزاعات، وإضفاء الطابع الأمني عليها، خاصة في فترة انتشار الجائحة، إلى تقويض قدرتها على تحقيق هدفها وغرضها. وأخيراً، نظراً إلى أن الجهات الفاعلة غير الحكومية والعابرة للدول حاولت استبدال الدولة في دعم السكان وتخفيف الفقرة في عدة سياقات، ساهمت في تحسين صورة الدولة بينما اتجهت الدولة بدورها إلى التهرب من مسؤولياتها على هذا الصعيد، ما أدى إلى استقرار الأنظمة الفاشلة وتثبيت الانتفاضات الاجتماعية.¹

¹ تستند هذه الفقرة في معظمها إلى الأبحاث التي أجراها المؤلف على مدى سنتين أو ثلاث سنوات، فضلاً عن اللقاءات والنتائج التي صدرت عن ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية التابع لمبادرة الإصلاح العربي.

الاستنتاجات وتوصيات السياسة

أدت جائحة الكوفيد-19 إلى تفاقم عدم المساواة في الدخل والخدمات الصحية بين السكان في البلدان العربية، ما رسّخ دوامة عدم المساواة، لا سيما بسبب الترابط الوثيق بين الصحة والوضع الاقتصادي-الاجتماعي. وقد كشفت الجائحة عن التناقضات الهيكلية في جوانب مختلفة من التنمية الاقتصادية والإنسانية، إلى جانب العيوب والقصور الهيكلية التي كانت سائدة في الأنظمة الصحية وأنظمة الحماية الاجتماعية قبل تفشي الجائحة. وقد أدّى ذلك كله إلى تراجع في التكافؤ الصحي وإلى توسيع التهميش والاستقطاب في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة. وبالإضافة إلى الإدارة السيئة للكوارث، وعدم الكفاءة، والاختلاس في توزيع الموارد المحدودة أصلاً في البلدان العربية، تأثرت المساواة في المجال الصحي بالعوامل السياسية-الاقتصادية الشائنة والربائية والخطوط الحمر السياسية وعدم توفر أي رغبة سياسية لتوفير تغطية صحية وحماية اجتماعية شاملتين. فباختصار، بالإضافة إلى العوامل الطبيعية، أدت عوامل سياسية متعمدة إلى تفاقم عدم المساوات في المجال الصحي وفي مجالات أخرى في فترة الجائحة.

في الكثير من البلدان العربية، كانت الاستجابة للجائحة أحادية البعد وقصيرة النظر وناتجة عن ردة فعل. فعالجت الدول الأزمة على أنها أزمة صحية فقط، وليس على أنها أزمة اقتصادية أيضاً. وبالتالي، تجاهلت الدول، وإن عن غير قصد، تداعياتها الاجتماعية والاقتصادية، ولم تُحدث أي تغيير في السياسة الاقتصادية والاجتماعية. ومن خلال النظر في الاستجابة الصحية فقط، يمكن الملاحظة أيضاً أن التدابير المتخذة لم تكن مناسبة لمعالجة "الأزمة الصحية" بشكل فعال، وقد تم تسييس هذه الاستجابة وإضفاء الطابع الأمني عليها. فبدلاً من الحد من انتشار الفيروس، أفرطت الحكومات العربية في تطبيق سياسات مكافحة كوفيد-19 (مثل حظر التجول وإغلاق المؤسسات) كذريعة للحد من الاضطرابات والانتفاضات الاجتماعية التي قد تنشأ من الصعوبات الاقتصادية. وفي بعض البلدان، مثل تونس، تم استغلال الجائحة لتطبيق أجندات سياسية أو حتى إجراء تغييرات سياسية (Daoudi 2023)، في حين كان من المفترض استبدال سياسات ما قبل الجائحة بأخرى تحويلية وتدخلية تهدف إلى احتواء الخسائر الناتجة من الأزمة والحد من أثارها لتجنب الاضطرابات التي قد تحدث في الاقتصادات والسياسات.

بالإضافة إلى ذلك، أعطت تدابير الاستجابة للجائحة الأولوية للنفوذ والربح على حساب رفاه الناس. ونظرًا إلى القدرات المحدودة للمرافق الصحية، أصبحت الرعاية الصحية الخاصة الخيار الوحيد في الكثير من الأحيان، على الرغم من كلفتها الباهظة وعدم توفرها للجميع. وبسبب غياب أنظمة الحماية الاجتماعية الشاملة وعدم تغطية بوليصة التأمين الخاص لحالات الإصابة بكوفيد-19، تعيّن على المرضى الذين لم يتمكنوا من دخول مؤسسات الرعاية الصحية الحكومية دفع مبالغ كبيرة من أموالهم الخاصة، تزامناً مع ارتفاع تكاليف المعيشة وفقدان فرص كسب العيش. وإذ تداخلت أزمة الجائحة مع الصدمات والأزمات الأخرى السياسية والاقتصادية على الصعيدين الدولي والوطني، اتخذت الدول تدابير غير متوقعة فاقمت الوضع، مثل رفع الدعم عن المواد الغذائية والوقود والأدوية، فضلاً عن مناقشات متعلقة بتغييرات وتحولات في الأنظمة الصحية وأنظمة الحكم.

نتيجة لذلك كله، تأثرت القدرة الشرائية للأفراد وإمكانية وصولهم إلى الخدمات الصحية، وشهدت مؤشرات الأداء الصحي تدهورًا ملحوظًا. والأهم أن هذا الوضع أثر بشكل غير متناسب على الفئات الفقيرة والمستضعفة من خلال قنوات مباشرة وغير مباشرة، مثل التفاوت في توفر البنية التحتية والموارد البشرية وجودة الخدمة بين الأنظمة الصحية العامة والخاصة. وتأثرت بالشكل الأكبر الفئات التي تُخصّص لها أصغر حصص الإنفاق الاجتماعي العام من إجمالي الناتج المحلي. وعلاوةً على ذلك، نشأت أشكالاً جديدة وخفية من الضعف دعّتنا إلى إعادة التفكير في تعريفنا للضعف وفهمنا له والطريقة التي نعتمدها لقياسه، وبخاصة في أوقات الأزمات. وظهرت التناقضات والتفاوتات ليس فقط ضمن البلد الواحد، بل بين الدول العربية وبين عالم الشمال وعالم الجنوب، وتوضحت بشكل خاص مع توزيع اللقاحات.

في الختام، ومع مراعاة الاختلافات في الأنظمة الصحية، يجب على البلدان العربية التحول إلى نهج متعدد القطاعات وقائم على الحقوق إزاء الصحة والرفاه، بما في ذلك من خلال دمج أنظمة الرعاية الصحية العامة وخدماتها في هياكل مستدامة، وتعزيز طبقات البنية التحتية المتينة والمرنة للصحة العامة، وبناء قدرات طاقم الصحة العامة، ومعالجة البُعد الاقتصادي للتغطية الصحية. ولتحقيق هذه الإصلاحات، يتعيّن على الدول العربية إجراء ما يلي:

- نشر الوعي، والاستثمار بشكل متساوٍ في تعزيز الصحة والوقاية الصحية، واعتماد هذا النهج بشكل دائم في المستقبل.
- وضع رؤية استراتيجية وطنية مبنية على تشخيص واضح للاعتبارات السياسية والمؤسسية والتشريعية الأوسع نطاقاً التي يجب مراعاتها لضمان جدوى الإصلاحات.
- تطوير خطة لإدارة الكوارث تستند إلى النجاحات والدروس المستفادة من تجربة الجائحة، مع الإخذ في الاعتبار الطبيعة متعددة الأبعاد للأزمات والطوارئ.
- استحداث عملية تشاركية وتشاورية مستمرة تتيح للمجتمع المدني التأثير في تصميم سياسات الصحة والعامة واستجابات الطوارئ. ويجب أن تطلب العملية مشاركة المجتمع المدني الشعبي وأصحاب الفكر من المجتمع المدني لكي تعكس وجهة نظر المجتمع بشكل فعال.
- الاستثمار في الإصلاحات الحكومية اللازمة لضمان حيادية الاستجابات الإنسانية من تأثيرات الأجندات السياسية وتمويل الحماية الاجتماعية الشاملة والتغطية الصحية، لا سيما من خلال ترشيد الإنفاق العام وتعزيز الإصلاحات الضريبية وإيلاء الأولويات الصحيحة في الإنفاق الاجتماعي.
- وضع الأسس لأنظمة الحماية الاجتماعية والصحة الشاملة والقائمة على منظور حقوق الإنسان.
- الاستثمار في أنظمة المعلومات الصحية، وتحسين المؤشرات، وجمع البيانات، وتصنيف البيانات، مع الأخذ في الاعتبار الأشكال المختلفة للضعف وتداخلها.
- الاستثمار في أنظمة الحكومة الإلكترونية وأنظمة الحكومة المفتوحة، التي تُعتبر أساسية لإدارة البيانات واستخدامها، والكشف عن البيانات المجمعة خلال فترة كوفيد-19 واستخدامها كحجر الأساس لإنشاء سجلات على مستوى الدولة.

المراجع

- نعمة، أ. 2021. "جائحة كورونا: تجاوز التعافي إلى التحول المجتمعي: مسائل للنقاش. شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية." [الرابط](#).
- Abi-Rached, J.M., Issa, N., Khalife, J., Salameh, P., Karra-Aly, A., & Asmar, M.K. 2020. "Towards a Zero-COVID Lebanon: A Call for Action." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Abu-Ismaïl, K., Araji, S., Haq, T., Nehme, M., & Jaafar, A. 2021. "Towards a Productive and Inclusive Path: Job Creation in the Arab Region." ESCWA. [Link](#).
- Aïta, S. 2022. "Well-Being Societies in the Arab Region: Fighting All Kinds of Inequalities." IEMed: Mediterranean yearbook. p. 145-150. [Link](#).
- Alsahi, H. 2020. "COVID-19 and the Intensification of the GCC Workforce Nationalization Policies." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Al-Shami, F. 2022. "Rethinking our Understanding of Vulnerability Under the Pandemic." IDS-CORE. [Link](#).
- Asfour, O. & Jabbour, S. 2020. "Public Health System in the Arab World: The COVID-19 Conundrum and The Way Forward." AL-SHARQ. [Link](#).
- Awad, A., El-Ajarmeh, D., & El-Qoudah, H. 2021. "Jordan's Response to the Coronavirus Pandemic and the Implications for Social Protection for the Most Vulnerable Groups." Phenix Center for Economic and Informatics Studies. [Link](#).
- Bajec, A. 2020. "Tunisia: COVID-19 Increases Vulnerability of Rural Women." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Dabrowski, M., & Domínguez-Jiménez, M. 2021. "The Socio-economic Consequences of COVID-19 in the Middle East and North Africa." Bruegel Blog. [Link](#).
- Daoudi, S. 2023. "Navigating the Aftermath: The Struggle for Equality in the Face of Health Crises in the Arab Region." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Dewan, S., Ernst, E., & Hilal, S.A. 2022. "World Employment and Social Outlook – Trends 2022." International Labour Organization. [Link](#).
- Di Peri, R. 2020. "A Sectarianised Pandemic: COVID-19 in Lebanon." IAI Commentaries, 20(71): p. 1-6. [Link](#).

- Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR). 2020. "To Ensure Access to COVID-19 Vaccines and Treatment: EIPR Calls for Waivers from Certain Provisions of the TRIPs Agreement." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR). 2021. "Egyptian Social Protection Policies in Response to the Covid-19 Pandemic...Considerable Efforts with Limited Impact." [Link](#).
- El-Jardali, F. 2020. "After the Pandemic: Reimagining the Role of State and Non-State Actors in (Re)building National Health Systems in the Arab World." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- ESCWA. 2022a. "Inequality in the Arab Region: A Ticking Time Bomb." [Link](#).
- ESCWA. 2022b. "Rising Wealth Inequality in the Arab region amid COVID-19." [Link](#).
- Filip, R., Puscaselu G.R., Anchidin-Norocel, L., Dimian, M., & Savage W.K. 2022. "Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems." Journal of Personalized Medicine, 12(8): p. 1295. [Link](#).
- Gad, M. 2022. "Financial Analysis of Health System Shifts in Egypt: Searching for 'Gratuitousness.'" Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Ghannouchi, Cyrine. 2021. "The COVID-19 Outbreak." Tunisian Forum for Economic and Social Rights (FTDES). [Link](#).
- Haldane, V., et al. 2021. "Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries." Nature Medicine, 27(6): p. 964-980. [Link](#).
- Hoffman, A. 2020. "The Securitization of the Coronavirus Crisis in the Middle East." Project on Middle East Political Science. [Link](#).
- Houry, N. 2020. "The Politics of Coronavirus: Inequality, Repression, and Conflict." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- International Labour Organisation. 2021. "World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads-in Pursuit of a Better Future." [Link](#).
- Isma'eel, H., El Jamal, N., Dumit, N. Y., & Al-Chaer, E. 2020. "Saving the Suffering Lebanese Healthcare Sector: Immediate Relief while Planning Reforms." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Jamal, A., & Robbins, M. "Trends in Arab Public Opinion Amid Regional and Global Disruptions." Carnegie Endowment for International Peace. [Link](#).
- Kamurase, A., & Willenborg, E. 2021. "Early Lessons from Social Protection and Jobs Response to COVID-19 in Middle East and North Africa Countries." [Link](#).

- Kawachi, I., & Kennedy, B.P. 1999. "Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms." *Health Services Research*, 34(1): p. 215. [Link](#).
- Maktabi, W., Zoughaib, S., & Abi Ghanem, C. 2022. "Lebanon's "Missing Middle": Online Delivery Workers Under Precarious Conditions." *The Policy Initiative*. [Link](#).
- McGrail, K., Morgan, J., & Siddiqi, A. 2022. "Looking Back and Moving Forward: Addressing Health Inequities after COVID-19." *The Lancet Regional Health-Americas*, 9. [Link](#).
- Mishra, V., Seyedzenouzi, G., Almohtadi, A., Chowdhury, T., Khashkhusha, A., Axiaq, A., Wong, W.Y.E. and Harky, A. 2021. "Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality." *Journal of healthcare leadership*. (2021): p. 19-26. [Link](#).
- Mourani, S. C., & Ghreichi, M. C. 2021. "Mental Health Reforms in Lebanon During the Multifaceted Crisis." *Arab Reform Initiative*. [Link](#).
- Oxford Analytica. 2020. "Securitized Middle East COVID-19 Responses Raise Risks." *Emerald Expert Briefings*. [Link](#).
- Sarangi, N., Intini, V., Uwaydah, R., & Thapa, S.J. 2022. "Social Expenditure Monitor for Arab States Toward Making Budgets More Equitable, Efficient and Effective to Achieve the SDGs." *ESCWA*. [Link](#).
- Tabaqchali, A. 2020. "Will COVID-19 Mark the Endgame for Iraq's Muhasasa Ta'ifia?." *Arab Reform Initiative*. [Link](#).
- World Bank. 2023. "World Bank Dashboard." [Link](#).

تقارير وطنية ومواد ذات صلة

الحق في الصحة في مصر

اللامساواة وغياب الإنصاف
في الصحة قبل وخلال
كوفيد- 19 في مصر

أحمد عزب

صيدلي وباحث صحي

شمل اهتمامات أحمد عزب البحثية الوصول إلى قضايا الحق في الوصول للأدوية، والنظم الصحية. يدرس أحمد حاليًا درجة الماجستير في الصحة العامة في جامعة فريي، أمستردام

مقدّمة عن غياب الإنصاف في الوصول الى الخدمات الصحية في مصر قبل الكوفيد

في 11 آذار/مارس 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن فيروس كورونا جائحة عالمية. وفي 14 شباط/فبراير 2020 تمّ تشخيص الحالة الأولى المصابة بفيروس كورونا في مصر. تزامنت بداية الجائحة مع الخطوات الأولى في تنفيذ قانون التأمين الصحيّ الشامل الجديد، حيث كان بدء تنفيذ المرحلة الأولى من القانون رقم 2 لسنة 2018 في محافظة بورسعيد في أواخر 2019. جاءت الجائحة في ظلّ ظروفٍ اقتصادية واجتماعية صعبة على عموم المواطنين/ات، بعد تطبيق ما يُسمّى بالإصلاحات الاقتصادية التي أجرتها الحكومة بعد الاتفاق مع صندوق النقد في تشرين الثاني/نوفمبر من عام 2016، حيث سحبت الحكومة يدّها من دعم الوقود والكهرباء وزادت أسعار المواصلات، ممّا أدّى إلى موجاتٍ متلاحقة من التضخّم، وعانى العديد من المواطنين/ات بالفعل من صعوبات في المعيشة، إضافةً إلى الجائحة التي تأثّر بها الكثيرون اقتصادياً حيث كان توفير المعيشة قد ازداد صعوبة أساساً بسبب التضخّم. فقد كانت بداية انتشار الوباء في مصر بعد أشهر بسيطة من انتهاء برنامج الإصلاح الاقتصادي لصندوق النقد، وأظهرت هذه المُزامنة بين نهاية البرنامج وبداية الأزمة الصحيّة والاقتصادية العيوب الهيكلية في نظام الحماية الاجتماعية والصحيّة الحالية في مصر، والتي سيأتي توضيحها لاحقاً في هذه الورقة (المبادرة المصرية للحقوق الشخصية 2021).

من ناحية النظام الصحيّ، جاءت الجائحة في ظلّ أوضاع تتّسم بضعف الإنفاق الحكومي على الصحة لمستويات مُتدنية للغاية، في ظروف عملٍ سيّئة للطواقم الطبيّة، حيث يعاني العاملون في هذا القطاع من خفضٍ شديد في الأجور، ونظام صحيّ عام يحتاج لإعادة الهيكلة، مع نقصٍ شديد في عدد الأطباء والممرضين/ات نتيجة تزايد هجرة الطواقم الطبية على مدى العقود الماضية بحثاً عن ظروف عمل وفرص مهنية أفضل.

يعرض التقرير بدايةً لتاريخ النظام الصحيّ المصري والمحاولات المتعدّدة غير المُكتملة لإنشاء نظام تأمين صحيّ، ويقدم تحليلاً للحالة الصحيّة في مصر قبل كوفيد 19، وللسياسات الحكومية التي اتّخذت لمواجهة انتشار هذا الوباء. كما يُبرز التقرير فكرة أن المشكلات بالعموم، واللامساواة بالتحديد، دائماً ما كانت موجودة في الوصول الى الرعاية الصحيّة، وأن الجائحة قامت فقط بتعميقها وإبرازها بوضوح. كما يهدف التقرير إلى استخلاص دروسٍ عملية في التعامل مع الجائحة وتلك التي يُمكن الاستفادة منها أثناء تطبيق قانون التأمين الصحيّ الجديد وإصلاح النظام الصحيّ بشكلٍ عام.

المنهجية

اعتمدت الورقة على الأدبيات والدراسات التي تعرّضت لتاريخ النظام الصحي المصري، والمشاكل والتحديات التي واجهت المنظومة الصحية بشكل عام، ونُشرت باللغتين العربية والإنجليزية. كما اعتمدت على الأخبار والمقالات الصحفية خصوصاً خلال كوفيد-19، وأيضاً على المسوح الصحية السكانية خصوصاً المسح الأخير 2014، وعلى تقارير الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. ومحرّكات البحث المستخدمة لمراجعة الأدبيات هي Google Scholar PubMed، بالإضافة إلى المواقع الصحفية المصرية. وتشكّل التقارير والبيانات من المؤسسات الدولية مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية وتقارير الأمم المتحدة أحد مصادر الورقة.

كذلك نظرت الورقة إلى النتائج الأولية للمسح الأخير 2021 الصادر في 2022 مع الإشارة إلى أنه لم يصدر بشكل كامل وإنما في بيان صحفي خبري يورد النتائج الأولية فقط، ممّا يجعل من الصعب استخلاص استنتاجات دون نشر المسح كاملاً.

وكان قدّم البيانات الصحية أهم التحديات التي واجهت الورقة. على سبيل المثال، أحدث حسابات قومية للصحة تمّ إجراؤها قبل ما يزيد على عشر سنوات. تُدرّج البيانات الخاصة بالنوع الاجتماعي في قطاع الصحة مثلت أيضاً تحدياً.

تاريخ النظام الصحي المصري والمحاولات المتعددة غير المكتملة لإعمال نظام تأميني

تمثل مصر حالةً لنظام صحي قديم وراسخ يعود لعشرات السنين. بشكل عام، كان تأسيس النظام الصحي الحديث في مصر مرتبطاً بتأسيس الدولة الحديثة في عهد محمد علي في القرن التاسع عشر، والذي اهتم بتطوير الصحة العامة لخدمة الجيش من ناحية، ولتحسين صحة العنصر البشري الذي سيعمل في الجهاز البيروقراطي الناشئ في ذلك الوقت، من ناحية ثانية.

ثم تم تأسيس وزارة الصحة في عام 1936 كوزارةٍ مستقلة بعد انفصالها عن وزارة الداخلية، ومنذ ذلك الوقت يُدار النظام الصحي بوساطة وزارة الصحة والسكان التي يُلحق بها مديريات صحية عدّة موزعة على المحافظات المختلفة (Gad 2022).

عام 1964 كان نقطة تحوّل في مسار التأمين الصحي في مصر، وذلك بصدر قانونين هامين هما:

- قانون 75 لسنة 1964 الذي تقضي أحكامه بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية مقابل اشتراك قدره 3% من أجور العاملين شهرياً يسددها صاحب العمل (الحكومة)، بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل أو الموظف. وبناءً على هذا القانون صدر قرار رئيس الجمهورية 1209 لسنة 1964 بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي لتنفيذ ما جاء به.
- بعدها بعام صدر قانون آخر لضبط التنظيم، وهو قانون 63 لسنة 1964 بتطبيق التأمين الصحي على العاملين في القطاعين العام والخاص، الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي مقابل اشتراك 4% من الأجور الشهرية يسددها صاحب العمل بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل. وقد أنط القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت تنفيذ هذا القانون. ونظراً للازدواج في تنفيذ التأمين الصحي بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية، صدر القرار الجمهوري 3298 لسنة 1964 بنقل مسؤولية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فيما يخص تطبيق التأمين الصحي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي (منشورات قانونية n.d).

خلال الفترة الناصرية، مع قانون 1964، كان هناك محاولة لإنشاء نظام تأمين صحي شامل على النمط البريطاني من ناحية سيطرة الدولة على منافذ تقديم الخدمة وتمويلها وتقديمها للمواطنين، إلا أن هذه المحاولة ظلّت عاجزة عن تحقيق أهدافها لعوائق مالية، بل حدث تحوّل تدريجي من الاتجاه لتقديم الخدمة مجاناً بالكامل إلى تقديم ما يُسمّى بالخدمة الاقتصادية أي دفع المواطن/ة جزءاً من ثمن الخدمة عند تلقّيها، حيث ظهرت بعض الخدمات الخاصة داخل النظام من جهة تقديم الخدمة العامة الصحية للقادر على الدفع. والسبب لظهور هذا النوع من الخدمات هو تحديات مالية واجهت التأمين الصحي الناشئ وقتها جعلت القائمين عليه يفكرون في مصادر أخرى للتمويل، مع ما يأتي من الخزنة العامة للدولة، وكان الحلّ توفير بعض الخدمات الصحية "المميّزة" برسوم للمواطنين (Gad 2022).

عام 1975 نقطة تحوّل أخرى حيث صدر قانونان هامان لا يزال العمل بهما سارياً حتى الآن هما:

- قانون 32 لسنة 1975 في شأن العلاج التأميني للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحليّة والهيئات العامة والمؤسّسات العامة الذين يصدر بتحديدهم على مراحل قراراً من وزير الصحة والسكان. خفّض هذا القانون الأعباء المالية الملقاة على صاحب العمل من 3% من الأجور الشهرية إلى 1.5% كما خفّض الأعباء على العاملين من 1% إلى ½ % من الأجر الأساسي، وفي مقابل هذا التخفيض أضاف بعض المساهمات المالية التي يدفعها المؤمن عليه عند الحصول على الخدمة.
- قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون 79 لسنة 75 وهو قانون للتأمين الاجتماعي شمل خمسة أنواع من التأمين هي: تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وإصابات العمل، تأمين المرض، تأمين البطالة، تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات وتأمين يضمن الرعاية الخاصة بالحمل والولادة. ويطبّق القانون على العاملين المدينيين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسّسات العامة، كما تسري أحكام إصابات العمل على العاملين الذين تقلّ أعمارهم عن 18 سنة وذلك مقابل اشتراك تأمين المرض كما يلي: حصّة صاحب العمل 3% من إجمالي الأجور الشهرية، حصّة المؤمن عليه 1% من إجمالي الأجر الشهري. كما يشمل تأمين المرض أصحاب المعاشات مقابل 1% من المعاش الشهري لصاحب المعاش و2% من معاش الأرملة فقط دون حصّة لصاحب العمل.

عام 1992 صدر قانون 99 في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب: - تطبيق التأمين الصحي على طلاب جميع المراحل التعليمية من رياض الأطفال حتى المرحلة الثانوية دون التعليم الجامعي وذلك مقابل: 4 جنيهات سنوياً اشتراك الطالب، 12 جنيهاً دعم من الخزنة العامة للدولة لكلّ طالب، مساهمة الطالب بواقع الثلث في ثمن الدواء خارج المستشفيات عدا الأمراض المُزمنة، وحصيلة رسم قدره 10 قروش على كل علبه سجائر من 20 سيجارة. بمقتضى هذا القانون يحصل الطالب بالإضافة إلى الخدمات العلاجية والتأهيلية على الخدمات الوقائية الآتية: الفحص الطبّي الشامل عند أوّل التحاق للطلاب عند بدء كلّ مرحلة من مراحل التعليم، برامج التطعيم، الفحص الطبّي النوعي للطلاب بصفة دورية، أو لظروف صحيّة طارئة، إعطاء التوصيات الطبيّة للجهة التعليمية لتوفير الاشتراطات الصحيّة اللازمة للمحافظة على مستوى صحة البيئة، الكشف على الطلاب المُمارسين للأنشطة المختلفة لتقرير مدى لياقتهم للقيام بهذه الأنشطة، نشر الوعي الصحي بين الطلاب والإشراف على تغذيتهم إن وجدت (Nandakumar et al. 2000).

عام 1997 صدر قرار وزير الصحة والسكان رقم 380: بشأن تطبيق التأمين الصحي على الأطفال من الميلاد وحتى السنّ المدرسي. ويكون الاشتراك كما يلي: 5 جنيهات بدل اشتراك سنوي، ثلث ثمن الدواء خارج المستشفيات عدا الأمراض المُزمنة. و"يقدم التأمين الصحيّ خدماته الوقائية والعلاجية على مراحل تبدأ بالمُمارس العام ثمّ الأخصائيّ والاستشاري ثمّ المستشفيات والمراكز التخصصية من خلال نظام مُعتمد للإحالة من مرحلة لأخرى مع استقبال الحالات الطارئة والحوادث في المستشفيات مباشرة".

وفي تسعينيات القرن الماضي، قامت وزارة الصحة والسكان المصرية ومجتمع المانحين بمبادرة إصلاح للقطاع الصحيّ لتحسين المؤشرات الصحيّة والتصدي

للتحديات الصحية الجديدة في ذلك الوقت. استجابةً لذلك، أنشأت وزارة الصحة والسكان برنامج الإصلاح الصحي، وهو برنامج ضخم ليكون تطبيقه في 10 إلى 15 عاماً لتحويل تركيز الرعاية الصحية من الاعتماد الشديد على البرامج الرأسية ("البرنامج الرأسي" الصحي هو أحد الاتجاهات في السياسة الصحية من أهم خواصه:

- له أهداف محدّدة، يعمل على مرض واحد أو مجموعة صغيرة من المشاكل الصحية، تركّز الأهداف على المدى القصير أو المتوسط.
- لديه إدارة مركزية وآليات عمل منفصلة عن وزارة الصحة. المنهج الرأسي خاص بمرض محدّد، يسهل معه غالباً الحصول على التمويل) إلى نموذج رعاية أولية أكثر تكاملاً وأقلّ تكلفةً ومستدام، يقوم على مفهوم طبيب الأسرة والوحدة الصحية (Al Bahnasy 2016).

اعتمد نموذج الإصلاح التجريبي هذا على الرعاية الأولية/طب الأسرة كأداة للإصلاح وأيضاً كطريقة لاحتواء النفقات الصحية المتصاعدة وخفض الإنفاق من الجيب حيث إن طبيب الرعاية الأولية قادرٌ على التعامل مع نسبة كبيرة من الحالات ويقوم بالإحالة للمستوى الثاني والثالث فقط في الحالات التي تستدعي ذلك.

وقد أشار التقييم الذي تمّ إنجازه في عام 2005 من قبل الوكالة الأميركية للتنمية الدولية، إلى عددٍ من نقاط الضعف في برنامج الإصلاح الصحي، كالتالي:

- **طب الأسرة أساس الإصلاح والتغيير:** مثال نموذج طبيب الأسرة، القائم على طبيب الأسرة كمدخل للنظام وأول نقطة يتعامل معها المريض أو من يطلب الخدمة، والذي يمكنه التعامل مع العديد من الحالات والإحالة فقط للمستويات الثانية والثالثة في الحالات التي تحتاج تدخلات طبية متقدمة، وبالتالي توفير المال على المنظومة الصحية، وإمكانية جيدة لإصلاح الرعاية الأولية في مصر، لكنّه بطيء في التنفيذ.
- **اختلاف احتياجات وتوقعات المجموعات السكانية المختلفة (من متلقّي الخدمات الصحية)** فيما يتعلّق بالإصلاح. وبالتالي، يختلف رضى المنتفعين بشدّة ويتباين قياس رضاهم عن الخدمة حيث يميل المواطن إلى اعتبار أن المتخصّصين يتمنّعون بمكانة أعلى من الممارسين العامين أو أطباء طب الأسرة. وبذلك واجه نموذج طب الأسرة تحدياً لإقناع متلقّي الخدمة بجانب نقص أطباء طب الأسرة. وهذه النقطة يمكن ربطها بحداثة تطبيق طب الأسرة حيث إن الأساس لعقود طويلة هو أن يتّجه من يطلب الخدمة إلى الطبيب/ة المتخصّص/ة الذي/التي يريد المريض أن يراه/ها مباشرة.
- **معارضة القطاع الخاص:** لا يجذب البرنامج مشاركة مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص لأنها تتطلب الاستثمار في تحويل عياداتهم إلى نموذج ممارسة طب الأسرة من أجل الحصول على الاعتماد. كما لا يبدو أن نموذج رعاية طب الأسرة مناسب تماماً لمصالح مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص، خصوصاً بعد التوسّع في دور القطاع الخاص المُفرط لعقود، وبالتالي فإن مصالحه ستتضرّر من قطاع عام قائم على طب الأسرة، لأن من وجهة نظرهم سيؤثّر على المتردّدين على عياداتهم الذين يدفعون من جيوبهم مباشرة. كما أن مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص يشعرون بالتهديد من نموذج طب الأسرة، الذي يتكوّن من طبيب يتعامل مع نسبة كبيرة من الاحتياجات الصحية للمواطنين ويحتوي النفقات المتصاعدة للخدمات الصحية عن طريق الإحالة فقط في التدخلات الطبية التي تحتاج لرعاية متقدمة، كما لا يسمح هذا النموذج

بدفع من الجيب مباشرةً عند نقطة تلقي الخدمة. (التعارض بين الرؤية التي ترى الصحة كسلعة يجب أن يدفع متلقيها ثمنها وبين من يرى الصحة كحق وخدمة عامة يجب أن توفر للجميع بغض النظر عن القدرة على الدفع).

• **التحديات المالية أمام برنامج الإصلاح للاستمرار والاستدامة**

(Rafeh n.d): ركزت المرحلة التجريبية من برنامج الإصلاح الصحي على تنفيذ مشروع تجريبي لإصلاح القطاع الصحي في ثلاث محافظات (الإسكندرية والمنوفية وسوهاج). عنصر التمويل كان المشكلة أمام نجاح المشروع التجريبي، حيث فشل القيمين في إنشاء مصادر تمويل مستدامة جديدة بعيدة عن المنح من الجهات الدولية. كان يتم تمويل خدمات صحة الأسرة من خلال المصادر التقليدية للتمويل العام، الموازنة العامة للدولة، الضعيفة والقليلة. ويتم تمويل التكاليف الإضافية لتشغيل وحدات صحة الأسرة وصرف حوافز مقدمي الخدمات بالكامل من خلال أموال المانحين. وبالتالي، حتى ضمن نطاق عمليات الإصلاح الصحي المحدود، فإن عنصر الاستدامة المالية كان تحدياً.

وعلى الرغم من هذه المحاولات المتكررة للإصلاح الصحي إلا أن مساعي تحقيق التأمين الصحي كانت غير منسقة مع بعضها ولا تكمل بعضها البعض، وهناك في كل عقد تقريباً محاولة جديدة، ولم يُخصص لهذه المحاولات الموارد الكافية والقرارات والتوجيهات الضرورية لعمل الإصلاح الصحي المطلوب. هذا فضلاً عن غياب الإرادة السياسية الحقيقية في تناول قضايا الصحة ومحدداتها الاجتماعية، وهناك أطراف فاعلة وأصحاب مصلحة من خارج القطاع الصحي يتعارض تطبيق التأمين الصحي مع مصالحهم حيث يمثل الوضع القائم على الإنفاق من الجيب فرصة لتعظيم أرباحهم، أي أن الأمور ليست تقنية فقط وإنما سياسية لها علاقة بأولية التغطية الصحية بالنسبة للنظم السياسية المختلفة.

التأمين الصحي الشامل الجديد: محاولة جديدة نحو تغطية صحية شاملة

يهدف نظام التأمين الصحي الشامل الجديد إلى تغطية جميع المواطنين في جميع مراحل حياتهم مع تكفل الدولة بتوفير الحماية المالية لغير القادرين. يعتمد القانون مبدأ الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة، من خلال إنشاء ثلاث هيئات رئيسية تتولى إدارة المنظومة الجديدة مع تبني آليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الطبية، ورضى المواطن عنها وضمان جودتها. والهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي:

- **الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل:** هيئة تمويل وشراء للخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.
- **الهيئة العامة للرعاية الصحية:** هيئة لإدارة تقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة.
- **الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:** للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة.

هذا الاتجاه (الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة) هو اتجاه جديد في تاريخ النظام الصحي المصري من ناحية، وهو من ناحية أخرى يتماشى مع الاتجاه العالمي نحو التغطية الصحية الشاملة. المبدأ الآخر في القانون الجديد هو إلزامية تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد والاشتراك فيه لتحقيق التكافل المجتمعي، لأن القانون يمنع التخرج opt out منه أي أنه لا سبيل للخروج من النظام (هو إجباري). ويقوم النظام الجديد على:

- اعتماد الأسرة كوحدة للتغطية في النظام.
- اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة كمدخل أساسي للنظام.
- تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة (المستوى الأول للرعاية الصحية، والمستوى الثاني للرعاية الصحية: يختص بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات في المستشفيات، والمستوى الثالث للرعاية الصحية: متخصص للتعامل مع الحالات الخاصة والمتقدمة من المرض).

تم الانتهاء من القانون في أواخر عام 2017، ثم وافق عليه مجلس النواب، وصوّق عليه رئيس الجمهورية في كانون الثاني/يناير 2018. ويحلّ قانون التأمين الصحي الشامل تدريجياً محل القوانين المعمول بها حالياً عبر مراحل تدريجية (ست مراحل) وخلال مدة زمنية تتراوح بين عشر سنوات إلى خمس عشرة سنة.

يعتمد النظام الجديد في تمويله وضمان استدامته على ثلاثة محاور تمويلية أساسية:

المحور الأول: يشمل اشتراكات الأسر المُنخرطة تحت مظلتها بنسب اشتراكات تعتمد على الدخل الكلي لرب الأسرة له ولأولاده ولزوجته إذا كانت لا تعمل وإذا كانت تعمل تدفع عن نفسها نسبة 1%، ويقدر الاشتراك إجمالاً للأسرة بمتوسط يصل إلى 6% من دخل رب الأسرة الكلي و4% من صاحب العمل سواء كانت الدولة أو القطاع الخاص الذي يعمل فيه، أي بإجمالي قرابة نسبة 10% إذا كان لديه طفلان وزوجة لا تعمل. وهذا الاشتراك إجمالاً للفئات القادرة في المجتمع التي تعمل في أطر عمل رسمية محدّدة أي الدولة، والقطاع الخاص المُنظم قد يمثل قرابة ثلث التكلفة الإجمالية للنظام أي نحو 200 مليار جنيه في حالة التطبيق الكلي للنظام لقرابة 90% من السكّان المقيمين تقريباً.

والمحور الثاني: هو ما تغطيه الخزنة العامة للدولة للفئات غير القادرة في المجتمع، أي نسبة الأسر والأفراد غير القادرين على الاشتراك وتقوم الدولة بتحقل حصّتهم ودفعها للتأمين الصحي.

أمّا المحور الثالث: والأخير ما يسمّى بالمصادر الأخرى أو التمويل المجتمعي أو الرسوم المخصّصة للصحة على حزمة من السلع والخدمات على بعض الصناعات وعلى رسوم استخراج السيارات ورسوم العبور من خلال الطرق، والضرائب على السجائر.

توجد ستُّ مراحل لتطبيق منظومة التأمين الصحيّ الشامل في كافّة محافظات جمهورية مصر العربية، بحيث تكون المحطة الأخيرة لتطبيق النظام في محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية، وكانت البداية في المرحلة الأولى في محافظة بورسعيد كتشغيل تجريبي في تموز/يوليو 2019، كما تشمل محافظات المرحلة الأولى "الأقصر والإسماعيلية وجنوب سيناء والسويس وأسوان". وطبقاً للائحة التنفيذية للقانون، يُطبّق على 6 مراحل، خلال 15 عاماً: المرحلة الأولى تضمّ محافظات: "بورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء، وشمال سيناء، والإسماعيلية"، المرحلة الثانية: "أسوان، الأقصر، قنا، مطروح، والبحر الأحمر". المرحلة الثالثة: "الإسكندرية، البحيرة، دمياط، سوهاج، وكفر الشيخ". المرحلة الرابعة: تضمّ محافظات: "أسيوط، الوادي الجديد، الفيوم، والمنيا، وبني سويف". المرحلة الخامسة: "الدقهلية، الشرقية، الغربية، والمنوفية"، المرحلة السادسة: "القاهرة، الجيزة، والقليوبية". وجدير بالذكر أنه سيتم تطبيق التأمين الصحي الشامل خلال مراحل، حيث سيتم تقسيم البلاد جرافياً، لمحافظات كما تم الإشارة سابقاً، ليكون التطبيق تدريجياً، ليتم التوسع الانتقال من مرحلة لمرحلة تالية لها.

لم تمرّ أشهرٌ قليلة على التنفيذ التجريبي للتأمين الصحيّ الشامل في بورسعيد، حتى جاءت جائحة كوفيد-19، بكل تبعاتها الصحيّة والاقتصادية والاجتماعية على جميع البلدان، وانعكس ذلك بطبيعة الحال على تطبيق التأمين الصحيّ الشامل، فأبطأت الجائحة قليلاً من استكمال هذا التطبيق. لم يكن تحدّي الجائحة في الحساب، وبالفعل فإن استكمال تطبيق التأمين الصحيّ الشامل في ظرف وباء عالمي غير مسبوق منذ 100 عام يشكّل تحدياً كبيراً. ولكن، في البداية، وقبل ظرف الجائحة،

كانت هناك تحدّيات هيكلية لاستكمال منظومة التأمين الصحيّ الشامل خلال العشر سنوات المقبلة:

أولاً: ما زالت تحتاج المنظومة إلى العمل محوّر الرعاية الأوليّة (الأساسية)، وتوفير أطباء أسرة لإدارة هذه الوحدات، والقيام بشرح وافٍ للمواطنين للدور الحيويّ الذي ستقوم به وحدات طبّ الأسرة في المنظومة الجديدة، وأيضاً شرح المنظومة للعاملين في القطاع الصحيّ خصوصاً الأطباء الذين يشكّلون المدخل الأساسي للنظام. بالإضافة إلى التحوّل الرقمي القومي الذي يشمل إدارة بيانات المرضى وتسجيلهم بالكامل (بعض ذلك يتمّ الآن) وإدارة المطالبات المالية لمُقدّمي الخدمة وفقاً لعقودٍ مؤقتة ولعقودٍ نهائية.

ثانياً: في محوّر الموارد البشرية، ويشمل استكمال العمالة اللازمة وخاصةً في مستوى أطباء الأسرة (مليون نسمة قد يحتاجون إلى قرابة 100 طبيب أسرة إذا افترضنا تخصيص طبيب لكل 10 آلاف مواطن).

النظام الصحي المصري في اللحظة الحالية

يظهر في العرض التالي العيوب الهيكلية في النظام الصحي المصري بوضعه الحالي، حيث يتسم بالتفتت وعدم التكامل في الأداء وفي البنية التنظيمية وتعدد جهات تقديم الخدمة، وهيمنة مفهوم الخدمة العلاجية على حساب الوقائي والرعاية الأولية. وما زالت حتى الآن وزارة الصحة والسكان هي المسؤولة دستورياً عن الصحة العامة في مصر.

يشير البعض إلى عدّة عيوب تُميّز أداء وزارة الصحة من ضمنها ضعف الكوادر الإدارية الوسيطة وتعقّد وتكدّس بيروقراطي وإغراق في المركزية، ومحدودية مشاركة مديريات الصحة في المحافظات في صناعة القرار الصحي والسياسات الصحية، فيقتصر دور المديريات على تنفيذ التعليمات المركزية من ديوان عام الوزارة من القاهرة.

يتّسم نظام الرعاية الصحية في مصر بالتفتت وتعدّد الجهات الفاعلة فيه حيث إن هناك ثلاثة قطاعات رئيسية لها دور في تقديم الخدمة الصحية: قطاع الدولة، والقطاع الخاص، والقطاع الخيري.

قطاع الدولة:

قطاع الدولة الحكومي يتكوّن من الوزارات التي تتلقّى تمويلًا من وزارة المالية كوزارة الصحة والسكان بمستشفياتها وهيئاتها، ووزارة التعليم العالي بمستشفياتها الجماعية وغيرها من الوزارات الأخرى المتنوعة مثل وزارة الدفاع والداخلية والنقل والكهرباء وغيرها التي تقدّم الخدمة الصحية لموظّفيها. في جهات ومستشفيات وزارة الصحة، يُسمح بأن تُقدّم الخدمة مقابل أجر يدفعه المريض عند تلقّي الخدمة حيث إن هناك أقساماً تموّل نفسها ذاتياً إما بدفع المريض من جيبه أو في أحيان كثيرة يُطلب من المريض مثلاً شراء المستلزمات الطبية وعلى نفقته قبل إجراء التدخّل الطبي في المستشفى. وكل ذلك تحت مظلة القطاع العام وسلطة وزارة الصحة التنظيمية والإدارية.

- وزارة الصحة والسكان: في كل محافظة يوجد مديرية صحية يرأسها طبيب يرفع تقريراً للوزير/ة.
- الهيئة العامة للتأمين الصحي: تمّ إنشاؤها بعد قانون 1964، وهي مملوكة للدولة وتحت إشراف وزارة الصحة والسكان وهي هيئة تقوم كعمول للخدمة الصحية وتقدّمها في نفس الوقت، وتأتي موارد تمويل الهيئة ممّا يُخصم من مرتبات موظّفي الدولة وما يُخصم من أصحاب المعاشات ومن مبلغ معيّن يدفعه طلبة المدارس وما توجّهه الدولة من الخزنة العامة للدولة.
- المؤسسة العلاجية: هيئة اقتصادية تعمل تحت إشراف وزير الصحة منذ 1964 عند تأمين بعض المستشفيات الخاصة والأهلية في ذلك الوقت. وهي تضمّ عدداً محدوداً من المستشفيات في القاهرة وبعض المحافظات.
- المستشفيات الجامعية: هي مستشفيات وزارة التعليم العالي، تُموّل عبر وزارة المالية وهناك مصدر تمويل إضافي ممّا يتمّ تحصيله عند تقديم خدمات باجرٍ

للمرضى، وفي الغالب بسعر أقل من القطاع الخاص. وتُدار تلك المستشفيات عبر وزارة التعليم العالي وتتميّز بتقديم مستويات الرعاية الطبية المتقدمة وبأطباء من مستويات مهارة وتدريب مرتفعة إذا ما قورنوا بأطباء وزارة الصحة.

القطاع الخاص:

ويشمل القطاع الخاص المستشفيات الخاصة والمراكز الطبية المتخصصة والمعامل وسلاسل الصيدليات. وقد انتشر القطاع الخاص الطبي بقوة في آخر عشرين عاماً على الأقل بسبب التراجع الحكومي عن الإنفاق على الصحة كما سيأتي تفصيله. وتجدر الإشارة إلى أن في أغلب الأحيان يقوم أطباء وممرضون وعاملون في القطاع العام بالعمل في القطاع الخاص. ويُقصد بذلك ممارسة المهنة في مستشفيات وعيادات القطاع الخاص أو في العيادات الخاصة. وسبب ذلك الأساسي هو ضعف الأجور الحاد لموظفي الرعاية الصحية في القطاع العام.

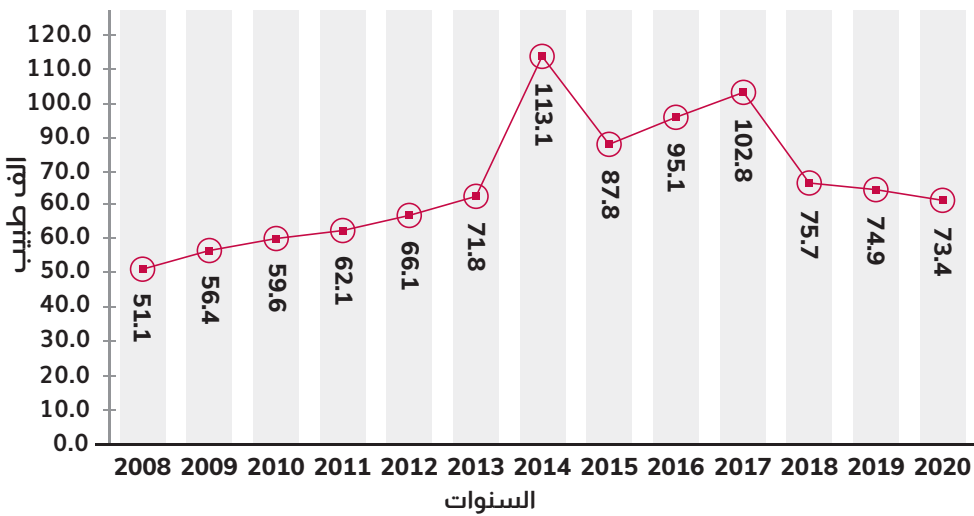
الجمعيات الأهلية والخيرية:

والتي تنقسم إلى جمعيات خيرية ذات طابع ديني أو جمعيات غير دينية.

الموارد البشرية:

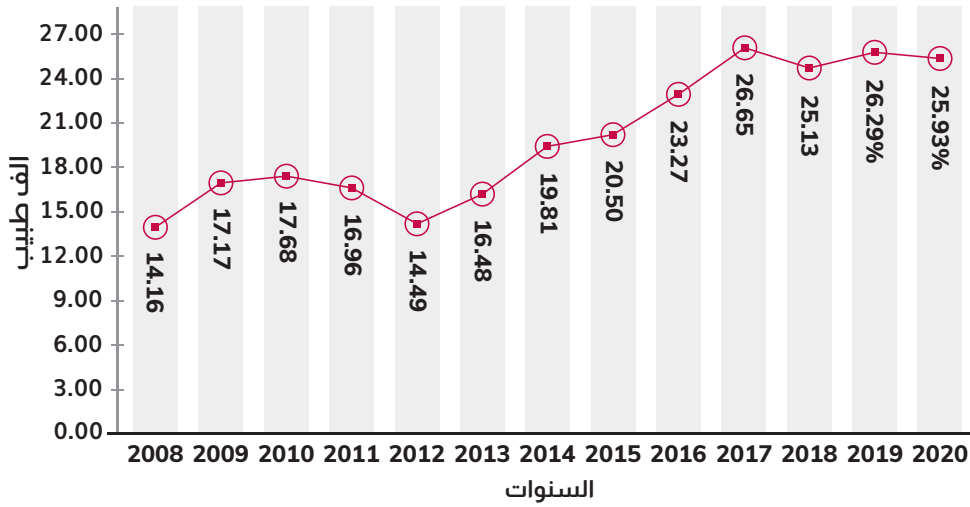
شهدت الفترة الممتدة بين الأعوام 2008 و2014 ارتفاعاً في أعداد الأطباء في منظومة الصحة الحكومية، ثم شهدت انخفاضاً حاداً كما هو موضح بالشكل التالي (شكل 1) في الفترة ما بين 2014 و2020. على العكس من ذلك، نجد أن عدد الأطباء في القطاع الخاص يزداد من 2012 بشكل واضح.

شكل 1. عدد الأطباء في القطاع الحكومي



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

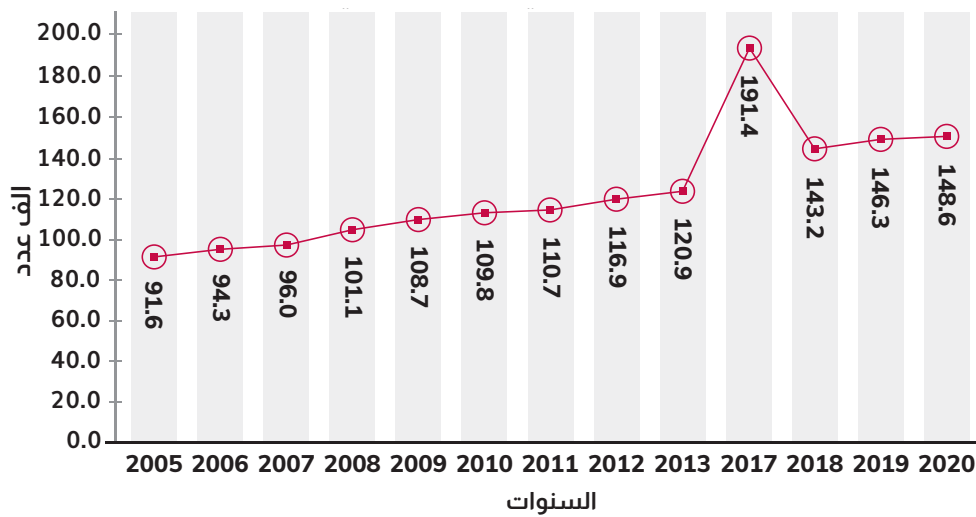
شكل 2. عدد الأطباء في القطاع الخاص



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

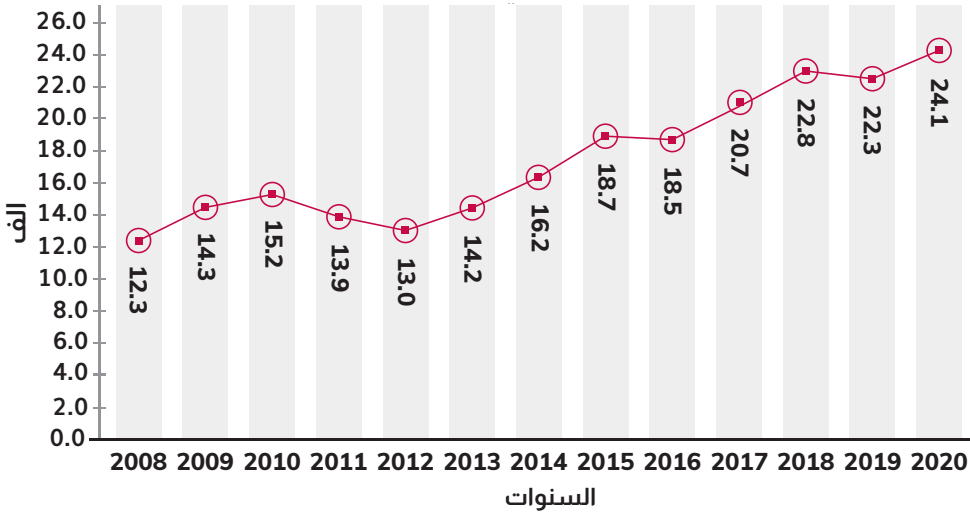
أما أعضاء هيئة التمريض في القطاع العام فإن عددهم أخذ في التناقص منذ 2017 حتى 2020، لكنه يزداد في القطاع الخاص، كما يتضح من الرسم التالي:

شكل 3. عدد هيئة التمريض في القطاع الحكومي



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

شكل 4. عدد هيئة التمريض في القطاع الخاص



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

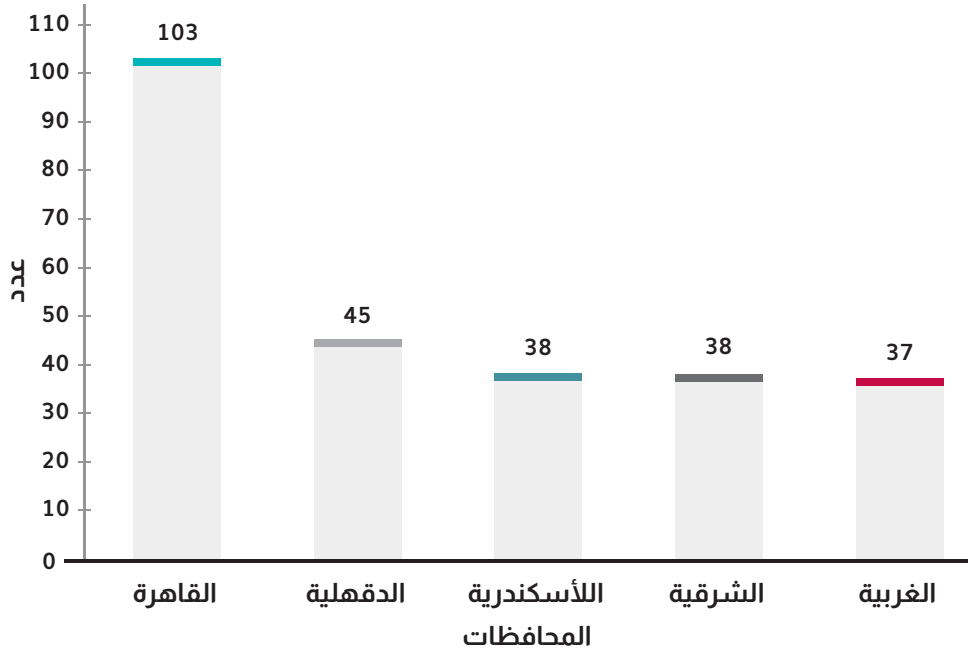
ويجب ملاحظة أن العاملين في القطاع الصحي عادةً ما يجمعوا بين عملهم في القطاع العام والخاص.

وفي سياق النقابات الخاصة بالمهن الطبية:

تُعتبر نقابة الأطباء الممثل لأطباء مصر، ويعتبرها كثير التجمّع النقابي الأهم في القطاع الطبي لأنها الأعلى صوتاً في النقاشات التي لها علاقة بالقطاع الصحي، ودائماً ما يكون لها موقف في مستجدات الصحة وبين الحين والآخر تدخل في اشتباك مع وزارة الصحة حول أوضاع الأطباء أو تختلف مع طريقة صنع القرار الصحي، وهو ما يفتقده مهنيو الصحة الآخرون كالصيادلة وأطعم التمريض وفنيي المعامل إلخ.

وفي سياق توزيع البنية التحتية بين المحافظات المختلفة، نجد أن القاهرة تستحوذ على الحصة الأكبر من البنية التحتية للصحة في مصر، وعلى الحصة الأكبر من العاملين بالقطاع الصحي. وتظهر فجوة العدالة بين العواصم الحضرية وباقي المحافظات من ناحية وبين شمال البلاد وجنوبها والمحافظات الحدودية من ناحية أخرى، لصالح القاهرة ومحافظات شمال البلاد.

شكل 5. عدد المستشفيات في القطاع الحكومي، طبقاً أكبر خمس محافظات عام 2020



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

جدول 1. توزيع العاملين الصحيين حسب المحافظات

معاونين صحيين		هيئة التمريض		اطباء اسنان		صيادلة		اطباء بشريين		المحافظات
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	البيان
52	10824	133610	12737	10711	10123	32496	14850	35813	39110	الاجمالي
-	549	8401	251	1936	1472	2510	499	5684	2849	القاهرة
-	432	3958	102	1314	571	3378	345	2113	936	الأسكندرية
2	80	250	15	26	22	163	36	37	35	بور سعيد
-	21	1346	137	74	76	280	58	239	216	السويس
-	135	2029	138	111	136	646	144	254	345	الاسماعيلية
19	179	5004	277	327	260	1099	197	815	891	دمياط
15	1295	11565	461	1197	1100	4190	1112	5754	6305	الدقهلية
-	890	12911	1101	851	430	4385	2305	4964	3152	الشرقية
-	459	6755	19	476	446	1792	729	851	1074	القليوبية
5	457	6201	544	336	568	2037	734	1341	1844	كفر الشيخ
-	487	12012	899	665	830	1273	1046	2694	3771	الغربية
-	744	8414	442	441	758	1659	1862	2557	3586	المنوفية
-	771	13306	286	294	364	1176	306	1320	2301	البحيرة
6	335	4872	279	871	620	1697	351	1440	1799	الجيزة
-	292	3283	108	134	175	853	290	446	553	بني سويف
2	270	3101	139	264	337	466	553	355	899	الفيوم
-	709	5247	1038	407	459	1189	616	1042	1735	المنيا
-	845	6967	2969	286	496	793	1393	1326	2191	اسيوط
-	576	2931	494	289	303	754	705	1165	1523	سهاج
-	205	2953	389	71	153	797	489	308	864	قنا
-	224	5315	600	71	128	306	178	230	500	اسوان
3	155	1294	128	52	78	120	125	292	639	مطروح
-	58	1198	587	45	50	66	41	92	176	الوادي الجديد
-	90	481	114	44	33	244	141	134	173	البحر الأحمر
-	206	2312	655	57	103	145	174	94	259	شمال سيناء
-	123	451	364	23	39	104	202	98	205	جنوب سيناء
-	237	1053	201	49	116	374	219	168	289	الأقصر

مظاهر اللامساواة وعدم الإنصاف (عرض للمؤشرات الصحية)

يُعتبر غياب المساواة أحد أهم ملامح النظام الصحي المصري، وتحديدًا غياب المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، وأيضًا غياب المساواة في تحمّل عبء الإنفاق على الصحة.

إن غياب الحماية الصحية، كعنصر أساسي في الحماية الاجتماعية، يمكن أن يؤدي إلى الوقوع في الفقر بسبب التكاليف المالية التي يدفعها الأفراد من جيوبهم بسبب المرض خصوصًا في حالات الإنفاق الكارثي على الصحة، ويؤدي أيضًا إلى الإفقار.

وقد أدّى انخفاض الإنفاق الحكومي على صحة المواطنين إلى أن يصل الإنفاق على الصحة من جيوب المواطنين إلى ما لا يقل عن 60%، حيث تُضخم الإنفاق من الجيب على الصحة على مدار السنوات الأخيرة نتيجة للاعتماد المفرط على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي عزز الهيمنة على قوى السوق عبر زيادة مشاركة القطاع الخاص، وإضفاء طابع تجاري عام على الخدمات الصحية.

وفيات الأطفال ووفيات الرضع:

وجد أن معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر للفترة ما بين صفر- 4 سنوات السابقة على المسح الصحي السكاني الصادر في 2014، وهو آخر مسح تم إجراؤه، هو 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود؛ وعند هذا المستوى، فإن هناك طفلًا من بين كل 37 طفلًا مصريًا سوف يتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر. حوالي 8 من بين كل 10 من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر، وأكثر بقليل من نصف الوفيات 52% تحدث خلال الأشهر الأولى من العمر. إن معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الحضر 23 لكل 1000 مولود، وهو أقلّ بـ 32% من معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف (34 لكل 1000 مولود). بالنسبة لمحل الإقامة، كان معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة الأعلى في الوجه القبليّ 38 وفاة لكل 1000 مولود وكان الأقلّ في المحافظات الحضرية (20 وفاة لكل 1000 مولود).

يعرض الجدول التالي معدّل وفيات حديثي الولادة وما بعد حديثي الولادة ووفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة من العمر خلال الـ 15 سنة السابقة على المسح السكاني الصحي- مصر 2014. وتوضح هذه النتائج المستوى الحالي للوفيات في مصر وتتيح الفرصة لتقييم التطور في وفيات الأطفال.

جدول 2. معدلات وفيات الطفولة المبكرة

السنوآت السابقة للمسح	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة*	وفيات الرضع	وفيات الأطفال	وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر
0-4	14	8	22	5	27
5-9	19	11	30	3	33
10-14	19	13	33	7	39

* يتم حسابها عن طريق حساب الفرق بين معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات حديثي الولادة.

كان معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لفترة الخمس سنوات السابقة على المسح هو 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود. وعند هذا المستوى، فإن هناك طفلاً من بين كل 37 طفلاً مصرياً سوف يتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر. كما أن معدّل وفيات الرضع هو 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود، أمّا معدّل وفيات حديثي الولادة فهو 14 حالة وفاة لكل 1000 مولود. ويوضح ذلك أنّ حوالي 80% من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر، وأكثر بقليل من نصف الوفيات 52% تحدث خلال الشهر الأوّل من العمر.

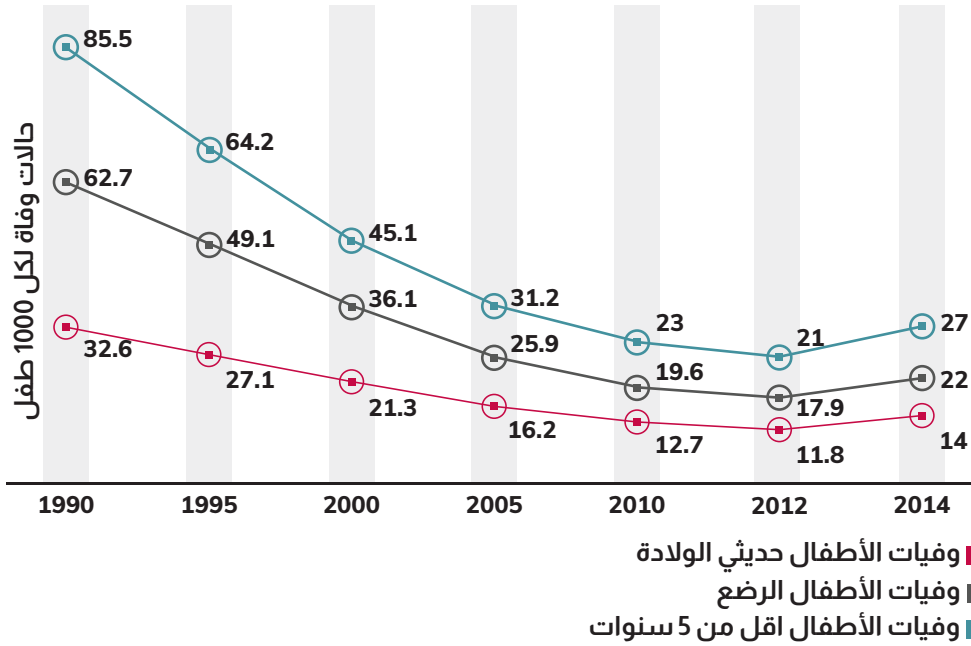
جدول 3. توزيع وفيات الأطفال تحت سن خمسة سنوات وفقاً لسبب الوفاة بين عامي 2000 و2012

اسباب الوفاة	2000	2012
كنسبة مئوية من اجمالي وفيات الأطفال تحت 5 سنوات		
ابتسار	28	29
تشوهات خلقية	12	21
عدوى الجهاز التنفسي السفلي الحادة	15	10
مضاعفات اثناء الولادة	13	13
اسهال	9	5
اسباب اخرى	36	35

المصادر:

UNICEF (2014) Children in Egypt: a statistical digest, June 2014, UNICEF Egypt, Cairo, Egypt;
World Health Organization (2014), World Health Statistics 2014

شكل 6. معدلات وفيات الأطفال ما بين عام 1990 إلى عام 2014



المصادر:

UNICEF (2014) Children in Egypt: a statistical digest, June 2014, UNICEF Egypt, Cairo, Egypt; Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), September 2013 update. Accessed May 2014

التباينات في مستوى وفيات الطفولة المبكرة حسب الحضر والريف كانت لصالح أطفال الحضر، حيث إن الأطفال في الحضر أقل احتمالية للوفاة في أي مرحلة من مراحل الطفولة المبكرة عن الأطفال في الريف. وعلى سبيل المثال، إن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الحضر 23 لكل 1000 مولود، وهو أقل بـ 32% من معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف 34 لكل 1000 مولود. وحسب نمط العمر لوفيات الأطفال، فإن الفرق في وفيات حديثي الولادة بين الريف والحضر جوهري، ولكن ليس كبيراً من الناحية النسبية مثل الفجوة في معدلات وفيات ما بعد حديثي الولادة ووفيات الأطفال.

البيانات من 2014 حتى 2021 (حسب المسح الصحي الجديد):

تشير نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 الأولية (المسح الصحي الأخير) أن معدل وفيات الأطفال الرضع خلال الخمس سنوات التي تسبق المسح مباشرة بلغت 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود، ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة 18 حالة لكل 1000 مولود، بينما وصل معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (بعد الشهر الأول) إلى 7 حالات لكل 1000 مولود جي. ووصل معدل وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 28 حالة لكل 1000 مولود جي. وتمثل وفيات الرضع حوالي 89% من وفيات الأطفال في مصر، وحوالي 72% من وفيات الرضع تحدث خلال الشهر الأول بعد الولادة.

وتوضح هذه البيانات مقارنةً بالأرقام التي تم رصدها في المسح السكاني الصحي 2014 إلى حدوث زيادة في معدل وفيات الرضع من 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود في 2014 إلى 25 حالة وفاة في 2021، وأيضاً معدلات وفيات الأطفال خلال الشهر الأول من 14 حالة لكل 1000 مولود في 2014 إلى 18 حالة في 2021، بينما انخفض معدل وفيات الأطفال من 4-1 سنوات من 5 حالات لكل 1000 مولود إلى 3 حالات فقط.

وأظهرت البيانات الأولية تباينات في معدّلات الوفيات وفقاً لمحلّ الإقامة حيث إن هناك ارتفاعاً في معدّلات وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف مقارنةً بالحضر، وبالنسبة لمحلّ الإقامة، فإن معدّلات وفيات الأطفال أعلى في الوجه القبلي مقارنةً بالمحافظات الحضرية والوجه البحري (CAPMAS 2021).

السيدات في المحافظات الحضرية يحصلن على رعايةٍ صحيّةٍ خلال الحمل أعلى منها عن محافظات الوجه القبلي والمحافظات الحدودية.

الإنجاب غير المرغوب فيه: تشير بيانات المسح الصحي الأخير إلى أن حوالي 20% من المواليد خلال الخمس سنوات السابقة على المسح لم يكن مرغوباً فيهم وقت الحمل. ومن بين المواليد غير المرغوب فيهم وقت الحمل حوالي 12% لم يكن مرغوباً فيهم على الإطلاق (CAPMAS 2021).

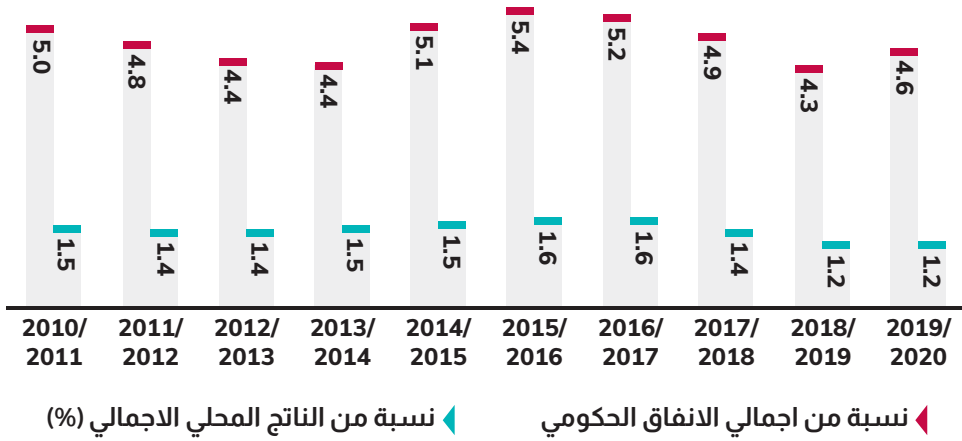
■ عوائق حصول السيدات على الرعاية الصحيّة:

- نقص الأدوية
- عدم توافر مقدّم للخدمة الصحية
- بُعد المسافة عن أقرب وحدة صحيّة والاضطرار لأخذ وسيلة مواصلات

■ الإنفاق الحكومي على الصحة:

وفقاً للدستور المصري الصادر في عام 2014، على الدولة أن تقوم بتوجيه ما لا يقلّ عن 3% من الناتج القومي الإجمالي للإنفاق على الصحة. رغم وجود تحدّي صحيّ بحجم الجائحة في 2021، كانت الصحة في المرتبة الخامسة في أولويات الإنفاق الحكومي، ولم تتخطّ نسبة الـ 1.5% من الناتج المحلي الإجمالي. يوضح الجدول التالي أن الإنفاق الحكومي على الصحة يأخذ اتّجهاً تنازلياً. تقوم الحكومة باعتماد تعريفٍ موسّع أحياناً لمعنى الإنفاق الحكومي العام على الصحة، فبدلاً من أن يكون الحساب قائم على المخصّصات التي تذهب لوزارة الصحة فقط، التي هي أقلّ من النسبة الدستورية، تقوم الحكومة بحساب جميع نفقات الجهات الحكومية العامة من الوزارات (كوزارة الداخلية أو البترول) والهيئات العامة (سواء كانت خدمية أو اقتصادية) على الصحة، بالإضافة إلى خدمات توفير مياه الشرب والصرف الصحيّ، ليشمل كل ذلك الإنفاق العام على الخدمات الصحيّة (UNDP 2021). فهي بذلك تخرج من مأزق الاستحقاق الدستوري الذي يشترط نسبة الـ 3% للخدمات الصحيّة بشكلٍ مباشر. ومن المفهوم ارتباط الصرف الصحيّ مثلاً بالحقّ في الصحة، ولكن حساب نفقات الجهات الحكومية الأخرى التي تذهب لموظّفيها كجزءٍ من الإنفاق على الصحة هي محاولةٌ للتهرّب من عدم الوصول إلى نسبة الـ 3%.

شكل 7. نظرة عامة على التمويل الصحي في مصر



القطاع الخاص يحصل على الحصة الأكبر من الأموال:

يحصل القطاع الخاص على النصيب الأكبر من تمويل الصحة، حيث توضح بيانات منظمة الصحة العالمية أن الإنفاق الخاص يمثل نحو 71% من إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة في مصر، وفقاً لتقديرات عام 2018 مقارنةً بنسبة 29% من الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي. ترتفع نسبة حصة القطاع الخاص من تمويل الإنفاق الجاري على الصحة في مصر عن المتوسط السائد على مستوى العالم، والبالغ نحو 41% وأيضاً مقارنةً بعددٍ من الدول ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مثل مصر. في نفس السياق، تُعتبر مصر من أعلى الدول من ناحية نسبة مساهمة المدفوعات المباشرة للأفراد (الإنفاق من الجيب مباشرة) في إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة، والتي بلغت قرابة 62% في عام 2018، وهي نسبة تقترب من ضعف المتوسط العالمي.

جدول 4. الإنفاق الحكومي على الصحة

2019	2012	2006	2000	
▼	▼	▼	▼	
27.8%	28.7%	36.0%	35.2%	حصة الإنفاق الحكومي من الجاري على الصحة
62.5%	60.4%	60.9%	62.7%	نسبة الدفع من الجيب على الإنفاق الجاري على الصحة

المصدر: موقع البنك الدولي

سوء التغذية:

سوء التغذية هو سبب ثلثي وفيات الأطفال عالمياً، وتُعتبر مصر ضمن ٣٦ بلداً يتركز فيها ٩٠٪ من عبء سوء التغذية العالمي. وعلى الرغم من حدوث انخفاض في وفيات الأطفال في مصر لا تزال نسب سوء التغذية مرتفعة خاصة بين الأطفال دون الخامسة. ووصلت معدلات التقزم بين الأطفال دون الخامسة إلى ٢١٪ في ٢٠١٤، بينما وصلت معدلات نحافة الأطفال ونقص الوزن إلى ٨ و ٦٪ على التوالي. هذا بالإضافة إلى "العبء المزدوج لسوء التغذية" في ظل وجود حالات نقص التغذية إلى جانب زيادة الوزن / السمنة.

يشكل العبء المزدوج لسوء التغذية تحدياً كبيراً في مصر خاصةً زيادة الوزن / السمنة والتقزم، ولتخفيف هذا العبء يجب اتخاذ تدابير شاملة ملائمة إذ أن ١٤,٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من زيادة الوزن. بالإضافة إلى العبء المزدوج لسوء التغذية، فإن الأنيميا (فقر الدم أو نقص في الخلايا الحمراء / الهيموجلوبين في الدم الذي يؤدي إلى شحوب وإرهاق) تمثل تحدياً كبيراً في مصر؛ حيث تؤثر على ٢٧,٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة و ٢٥٪ من النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) (Ministry of Health and Population/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, & ICF International 2015).

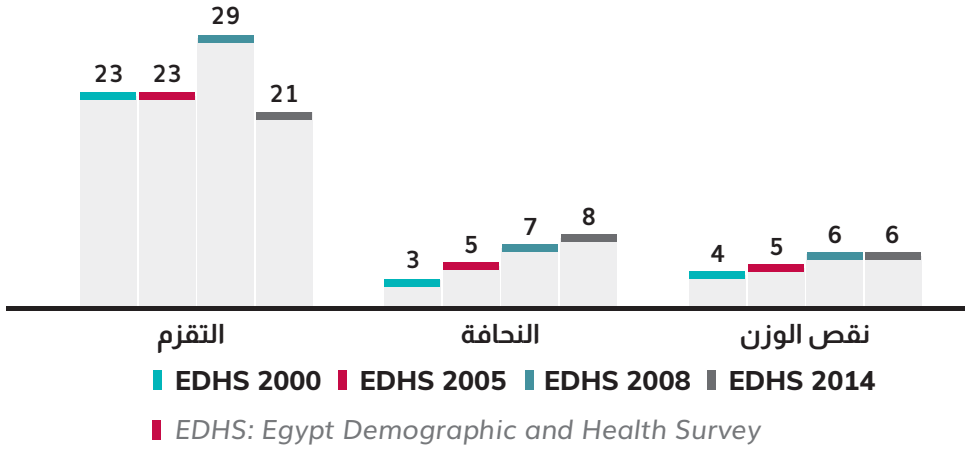
يُعاني طفلٌ من كل 4 أطفال مصريين من التقزم (قصر القامة بالنسبة لعمرهم) و 8٪ يعانون من الهزال أو النحافة و 6٪ من نقص الوزن وربع الأطفال في الفئة العمرية من 5-6 شهراً مصابون بالأنيميا. ويعاني أكثر من ثلث الشباب والفتيات في الفئة العمرية من 19-5 سنة من زيادة في الوزن أو السمنة، وكانت الفتيات في الفئة العمرية من 19-5 سنة أكثر عرضة للإصابة بالأنيميا من الشباب من نفس الفئة العمرية.

سوء التغذية في مرحلة الطفولة مشكلة دائمة في مصر. على الصعيد القومي، يعاني واحد من كل خمسة أطفال دون سن الخامسة (21٪) من التقزم أو يكون قصيراً جداً بالنسبة لعمره. يُعتبر التقزم علامة من علامات سوء التغذية المُزمن، ويختلف على نطاق واسع في جميع أنحاء مصر.

فيما بين المحافظات، نجد أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم تراوح بين 15 ٪ في المحافظات الحدودية الثلاث التي شملها المسح لتصل إلى 30 ٪ في المناطق الحضرية في صعيد مصر. ويصيب التقزم أطفالاً من جميع مستويات الدخل، وليس فقط الفقراء. وبين الأسر الأشد فقراً، نجد أن 24 ٪ من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من التقزم، وهذا يُشبه إلى حد كبير نسبة التقزم بين الأطفال في الأسر الغنية 23٪. ظل معدل التقزم أعلى من 20 ٪ في الفترة بين 2000 إلى 2014، بينما ارتفعت المقاييس الأخرى الخاصة بسوء التغذية كنقص الوزن والنحافة، وهي علامة من علامات سوء التغذية الحاد.

شكل 8. تطوّر الحالة التغذوية للأطفال

نسبة الأطفال دون سن الخامسة



الاتّجاه نحو البرامج الصحيّة الرأسيّة:

خلال السنوات القليلة السابقة للجائحة، كان هناك اتّجاهٌ لأن تميل وزارة الصحة إلى البرامج الرأسيّة الصحيّة (مثل حملة القضاء على فيروس سي، وحملة صحة المرأة، حملة الكشف المُبكر عن أمراض السُّمنة وسوء التغذية). وبدلاً من الاهتمام بالبنية التحتية لتطبيق قانون التأمين الصحيّ الشامل عن طريق إنشاء وحدات رعاية أساسية مجهزة تجهيزاً جيداً في محافظات المرحلة الأولى في التأمين الصحيّ الشامل الجديد، تقوم وزارة الصحة مؤخراً بإطلاق العديد من المبادرات الصحيّة الرأسيّة.

”البرنامج الرأسيّ“ الصحيّ هو أحد الاتّجاهات في السياسة الصحيّة، ومن أهمّ خواصّه: • له أهدافٌ محدّدة، إذ يعمل على مرضٍ واحد أو مجموعةٍ صغيرة من المشاكل الصحيّة، وتركّز الأهداف على المدى القصير أو المتوسط. • لديه إدارةٌ مركزيّة وآليات عمل منفصلة عن وزارة الصحة. المنهج الرأسيّ خاصٌّ بمرضٍ محدّد، يسهل معه غالباً الحصول على التمويل، وتحقيق نجاح سريع في التعامل مع مرضٍ بعينه، أمّا المنهج الأفقي فهو منهجٌ أكثر شمولاً يسعى إلى التغلّب على المشاكل الصحيّة الأساسيّة (Cairncross, Periès, & Cutts 1997).

السياسات والإجراءات الصحيّة التي تمّ تطبيقها خلال فترة الجائحة

مثّلت الجائحة ضغطاً على النظام الصحيّ وتحدياً كبيراً أمام النظام الصحيّ الضعيف أصلاً. كانت أوّل حالة إصابة كوفيد- 19 في 14 شباط/فبراير 2020، وخلال آذار/مارس 2020، أخذت الحالات تتزايد بقوة. فأصدرت الحكومة المصرية قراراً حظر تجوّل خلال الليل، استمر من آذار/مارس إلى حزيران/يونيو 2020 (مجلس الوزراء المصري آذار/مارس 2020).

اعتمدت وزارة الصحة بشكل أساسي على المستشفيات العامة، تحديداً مستشفيات الحميات والصدر، كخطّ أمامي للتعامل مع الحالات حيث كانت هذه المستشفيات بمثابة خطّ الدفاع الأوّل في التعامل مع الحالات المُشتبه بها، ثمّ يتمّ فرز الحالات إلى إصابات كوفيد مؤكّدة تحتاج إلى العزل الطبي. ومع تزايد الحالات قامت وزارة الصحة بتوسيع نطاق استقبال حالات كورونا إلى جميع مستشفيات الوزارة وعددها 320 مستشفى.

في شهرَي نيسان/أبريل وأيار/مايو، أخذت الحالات تتزايد بشدّة وبشكل متّالٍ، ممّا جعل الضغط على المستشفيات العامة كبيراً للغاية. ومع هذه الزيادة في الحالات وعدم وجود أماكن كافية في المستشفيات، بدأ القطاع الخاص في الدخول على الخطّ في مجال توفير الخدمة والرعاية لمرضى كوفيد- 19، بعد أن كانت المستشفيات العامة هي التي تتحمّل العبء وحدها تقريباً. ولكن، كانت قوائم الأسعار في القطاع الخاص مبالغاً فيها بشدّة ولا يقدر عليها الأغلبية من المواطنين/ات، عندها حاولت الدولة فرض تسعيرة ثابتة على خدمات القطاع الخاص، أي لائحة أسعار يلتزم بها القطاع الخاص، بلغت حدود 10 آلاف جنيه في الليلة الواحدة، لكن القطاع الخاص رفض تمام الامتثال لهذه القواعد التي وضعتها وزارة الصحة. ولم تقم الدولة بتحريك جادٍ وقويّ لمراقبة سلوكيات القطاع الخاص خلال الجائحة، ولم تحاول تنفيذ التسعيرة التي وضعتها، ممّا يبرّج عدم الجدّة من الأساس في تنفيذ هذه التسعيرة أو تنفيذ أيّ شكلٍ من أشكال التنظيم على القطاع الخاص خلال الجائحة (Gad 2022).

وفي سياق مواجهة الجائحة، تمّ إنشاء لجنة قومية عُليا للاستجابة الطارئة لفيروس كوفيد 19 برئاسة رئيس الوزراء، تُقدّم تقاريرها لرئيس الجمهورية وتُعَدّ مسؤولةً بشكل عام عن القرارات الكبرى التي لها علاقة بالإغلاق الكلي أو الجزئي. وتمّ تشكيل لجنة طبيّة تُشرف عليها وزارة الصحة للإدارة الطبيّة اللازمة. هذا فضلاً عن لجنة علمية من وزارة التعليم العالي لوضع القواعد والإرشادات العلميّة. هذا هو الهيكل الإداري البيروقراطي الذي يتعامل مع الجائحة إدارياً وفتياً وسياسياً.

لكن وعلى الرغم من الجهود التي بذلتها وزارة الصحة والسكّان، كانت هناك ثغرات وتحديات كبيرة أمام الاستجابة لأزمة كورونا، يُمكن تلخيصها في التالي:

■ نقص العاملين بالقطاع الصحيّ:

سوء توزيع العمالة الصحيّة الماهرة والمدربة وانخفاض جودة الرعاية التي يُقدّمها القطاع العام هما من التحديات الكبيرة فيما يخصّ الموارد البشرية الصحية في

مصر، ومن المشاكل الموجودة قبل الجائحة لكن ظهرت آثارها خلال انتشار كوفيد-19. كما تمّ التوضيح سابقاً حول ظروف العمل للطواقم الطبيّة، يتقاضى معظم العاملين في قطاع الرعاية الصحيّة في مصر أجوراً منخفضة للغاية، وهناك ظاهرة هجرة جماعيّة للأطباء والممرّضين/ات سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص. ووفقاً للتقديرات، في مصر يعمل حوالي نصف عدد الأطباء الماهرين خارج وزارة الصحة، ويترتب على ذلك انخفاض جودة الرعاية الصحيّة في القطاع العام وتدهورها. وبالرغم من ضعفه، حقّلت الحكومة في إطار الاستجابة الطارئة لأزمة كورونا القطاع العام المسؤولية الأولى والأساسية عن علاج معظم الحالات المصابة بالفيروس. وتجدر الإشارة إلى أن أطباء القطاع العام والممرّضين والممرّضات وغيرهم من العاملين في قطاع الرعاية الصحيّة العام يعملون لساعات طويلة، ويواجهون أخطار العدوى والضغط النفسي. أي أن اللامساواة موجودة بالأساس وعمّقتها الجائحة فقط.

- بشكل عام تُعتبر قلّة اختبارات PCR التي أجرتها وزارة الصحة إحدى مشاكل الاستجابة الحكومية لكوفيد 19، منذ الموجة الأولى إلى الآن، حيث كانت هناك سياسة واضحة من وزارة الصحة للاقتصاد في تحليل هذه الاختبارات قدر الإمكان.

أثّرت سياسة الحدّ من الاختبارات التي طبّقتها وزارة الصحة بشكل سلبي على العاملين في القطاع الصحي ممّا عزّض حياة الكثير منهم للخطر باعتبارهم أوّل خطّ في مواجهة الجائحة والأكثر عرضة للعدوى. كما أثّرت تلك السياسات بشكل سلبي أيضاً على جودة البيانات الخاصة بالأعداد الإجمالية للمصابين، حيث إن الحالات التي تمكّنت من إجراء تحليل الـ PCR وفقاً لقواعد وزارة الصحة كانت محدودة مقارنةً بالإصابات، بينما لم تُعلن الوزارة عن حصر لأيّ نتائج اختبارات تُجرى خارج المعامل المركزية الحكومية والمعامل الفرعية في المحافظات، سواء تمّ إجراء هذه الاختبارات في مستشفى جامعي أو معامل قطاع خاص، وهو ما جعل أرقام التعداد اليومي للمصابين الذي تقدّمه الوزارة، غير معبّرة عن الواقع.

وساهمت بعض العوامل الأخرى في عدم دقّة البيانات الرسمية حول عدد المصابين والوفيات جرّاء كورونا، منها اتّجاه الكثير من المصابين إلى إجراء تحاليل الدّم والأشعة للصّدر بدلاً من اختبار PCR، خاصّة مع صعوبة الحصول عليه في القطاع الحكومي وارتفاع تكلفته في القطاع الخاص، وقيام العديد من الحالات بالعزل المنزلي وتلقّي العلاج داخل المنازل عن طريق المتابعة مع طبيب خاص، دون إخطار وزارة الصحة.

وفي سياق إتاحة تحليل PCR، بدأت الدولة في أوّل أشهر الوباء بمنع المعامل الخاصّة من إجراء هذا التحليل، وجعلت هذه الخدمة حصراً على المعامل المركزيّة التابعة لوزارة الصحة، فكانت المعامل الحكومية (المركزيّة والفرعيّة) توفّر خدمة التحليل بالمجان للحالات المُشتبه بها، ولكن بعدد اختبارات قليل للغاية، بينما كان بدل التحليل 1050 جنيه (63 دولاراً حسب سعر الصرف ذلك الوقت) لمن يطلبه لأسباب أخرى، مثل السفر للخارج، وتمّ تخفيضه لاحقاً.

لكن، بشكل عام منذ الموجة الأولى للوباء وحتى الآن كانت ندرة إجراء اختبار الـ PCR هي السمة الغالبة. وتدريبياً، سمحت وزارة الصحة للقطاع الخاص والمعامل الخاصّة بالدخول في مجال إجراء هذا الاختبار، لكن دون أيّ لائحة أو قواعد تنظّم عمل هذا القطاع الخاص في هذا المجال، خاصّة فيما يتعلق بالتسعيرة، لذلك كان هناك اختلاف وتفاوت في الأسعار من مكان إلى آخر، فلا تسعيرة محدّدة للتحاليل

التي تقدّمها المعامل الخاصة، والتي تراوحت أسعارها بين 1000 إلى 2000 جنيه، وهي أسعار فوق قدرة الأغلبية الساحقة من المصريين.

- لم تقدّم الدولة أيّ تعويض ماليّ أو معنويّ للأطعم الطبيّة لتضحياتهم خلال كوفيد-19، بالعكس لم يتمّ الاستجابة لمطلب رفع المرتبات التي تكفل لهم حياة كريمة من ناحية، ومن ناحية أخرى كان هناك تضيق أممي وإداري للعاملين بالقطاع الصحي إن عبّروا عن آرائهم أو انتقدوا إجراءات الحكومة.

عندما جاءت الجائحة، ورغم معاناة النظام الصحي من نقص في الأطباء، تعرّض العاملون في القطاع الصحي للمضايقات الأمنية والتعسف الإداري في حالات عديدة عندما عبّروا عن قلقهم أو أعلنوا عن احتجاجاتهم أو انتقدوا تعامل الحكومة مع الجائحة، وذلك رغم كلّ الظروف الصعبة وغير العادلة التي يتحقّقونها منذ أكثر من عام دون استراحة أو انقطاع (منظمة العفو الدولية 2020).

وخلال الأشهر الأولى من الجائحة حدثت حالات وفاة عديدة بين العاملين بالقطاع الصحي، ورغم عدم الإفصاح الحكومي عن نسب هذه الوفيات، صرّح في شهر نيسان/ أبريل 2020 ممثل لمنظمة الصحة العالمية بأن 13% من إصابات كورونا في مصر كانت بين العاملين في القطاع الطبي (غنام 2020).

وتجدر الإشارة إلى أن طوال الجائحة كان هناك معرفة بحالات الوفاة بين الأطباء لأن نقابة الأطباء توثّق الحالات، بينما لا توجد معلومات عن عدد الوفيات والإصابات بين باقي أفراد الفريق الصحي من مريض وفتيين ومُسعفين، وصيادلة، وإداريين، وغيرهم. ولم تعلن وزارة الصحة طوال الجائحة عن أرقام موثقة حول الإصابات والوفيات بين الطواقم الطبية. بل أنها لم تعترف بهذه المشكلة وقلّلت من عدد الأطباء المتوفين بشكل يتناقض ويخالف ما تقوله نقابة الأطباء عن أعداد وفيات أعضائها.

ومع تزايد حالات الوفيات بين العاملين في القطاع الصحي بسبب الوباء، ومع التعاطف المجتمعي مع تضحيات الأطقم الطبيّة، كانت هناك مطالبات بمعاملة عادلة لضحايا كورونا من هذه الطواقم. لكنّ الدولة قامت فقط بزيادة بسيطة لمرتبات الأطباء، لاحتواء المطالب الكثيرة بالتعويض الماليّ العادل لضحايا بسبب الجائحة.

وتمّ إنشاء "صندوق التعويض عن مخاطر المهن الطبية" بموجب قانون 184 لسنة 2020، بحيث يُصرف تعويض للمصاب بعجز كليّ أو جزئيّ أو لأسرة المُتوفّي نتيجة مزاولة المهنة (تعويض لمرة واحدة وليس معاشاً شهرياً)، وذلك بخلاف أيّ مُستحقات أخرى من التأمينات والمعاشات. لكنّ أغلب موارد هذا الصندوق تأتي من مساهمات أعضاء المهن الطبيّة أنفسهم؛ وحتى الآن لم يتمّ وضع آليات واضحة لتفعيل هذا القانون، ولا كيف سيتقدّم أهالي الضحايا له للحصول على مستحقّاتهم، رغم مرور ما يقرب من عامين على صدوره. ممّا يَرَجّح أن إنشاء هذا القانون كان لاحتواء المطالب المتصاعدة بتعويض ضحايا الأطقم الطبية.

كان للجائحة أيضاً تأثير على نمط الاستهلاك اليوميّ للمصريين/ات من السلع الغذائية وغير الغذائية حيث تبين انخفاض استهلاك البروتين بنسبة تصل إلى ربع ما كان عليه الوضع قبل انتشار الفيروس، ويعود ذلك بشكل أساسي إلى انخفاض دخول الأسر والأفراد وإلى زيادة أسعار السلع الغذائية (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2020).

■ اللقاءات:

بدأت مصر حملة التطعيم بلقاح كوفيد-19 في شهر كانون الثاني / يناير 2021، اتسمت الحملة منذ بدايتها بالعشوائية حيث بدأت دون خطة واضحة محدّدة بتوقيت زمني لإتاحة اللقاءات. بالإضافة الى غياب آليات التواصل والتوعية الصحيّة الفعّالة للإعلان عن المعلومات الخاصة بتوفير اللقاح وأهميّته. وعلى الأغلب ولمدة طويلة كانت وزارة الصحة تخاطب المواطنين/ات عبر منصّات التواصل الاجتماعي فقط، كما كان مصدر المعلومات الوحيد حول الإجراءات التي تتخذها الدولة لتوفير اللقاح هو التصريحات التلفزيونية لمسؤولي وزارة الصحة، أو المسؤولين عن إدارة الأزمة، والتي غالباً ما كانت متضاربة (EIPR 2021).

ولم يكن هناك وضوح بالنسبة لأولوية تطعيم الفئات الأكثر عرضة لخطر الإصابة، مع ضعف الشفافية وصعوبة الوصول للمعلومات المتعلقة بنسب التطعيم في المجتمع.

من ناحية أخرى أعلنت وزارة الصحة في أوّل أيام حملة التطعيم الوطنية بلقاح كوفيد-19 أنه سيكون بمقابل مالي للأغلب المواطنين، بينما سيكون مجاناً فقط للأطعم الطبية ولغير القادرين المسجّلين في بيانات برنامجي تكافل وكرامة، وهما من برامج الدعم الاجتماعي تُشرف عليها وزارة التضامن الاجتماعي لدعم غير القادرين. وتجدر الإشارة إلى أنّ برامج الدعم الحكومية مثال تكافل وكرامة تغطي أقلّ من 10% من الفقراء غير القادرين في مصر، مما كان سيحرم المواطنين غير القادرين أو غير المسجّلين في هذه البرامج من الوصول للقاءات. ولكن، بعد الهجوم الكبير على هذا التوجه، تراجعت الدولة عن تلك الخطوة ووفرت اللقاءات بالمجان.

لم تعلن وزارة الصحة عن بيانات التطعيم حسب المعدّلات العمرية المختلفة، ولا توجد بيانات عن معدّلات التطعيم بين كبار السنّ وأصحاب الأمراض المزمنة، وهم الفئة الأكثر عرضة للعدوى ومضاعفاتها، والفئة التي لها الأولوية في الحصول على اللقاح. وإعلان هذه الأرقام ضروريّ لأنها تؤسّر على كفاءة وعدالة توزيع التطعيم بين المواطنين (EIPR 2021).

وكان التسجيل للحصول على اللقاح يتمّ من خلال الموقع الإلكتروني بشكل حصريّ ولمواعيد طويلة الأمد، ومثل ذلك عقبة أمام كبار السنّ من أصحاب الأمراض المزمنة للحصول على اللقاح، وعقبة أمام المواطنين/ات ممّن غير مألوف لهم/ن التعامل مع التسجيل عبر الموقع الإلكتروني. وكان هناك أيضاً عدم تناسب في توزيع مراكز اللقاءات داخل المحافظات وخصوصاً محافظات جنوب البلاد والدلتا، حيث كان على المواطنين/ات التنقّل لمسافة طويلة للحصول على اللقاح.

وبالتالي، فإن الحصول على التطعيم يعتمد على درجة التعليم والقدرة على الوصول لشبكة الإنترنت وللمعلومات وذلك لاعتماد وزارة الصحة على موقع إلكتروني للتسجيل، وهو ما يستبعد قطاعاً عريضاً من المواطنين ليس مألوفاً لديهم هذا النوع من طرق التسجيل، ما يشكّل عائقاً أمام المجموعات الأضعف والأكثر هشاشة في المجتمع.

أمّا فيما يخصّ حصول الحوامل على اللقاءات، فقد تركت وزارة الصحة السيدات الحوامل دون توصية صحيّة محدّدة سواء بالحصول على اللقاح أو عدم أخذه لمُدّة طويلة، ولم تعط الضوء الأخضر أو أيّ توصية صحيّة واضحة بفائدة اللقاح للحوامل

إلا مُتأخراً، وهو ما يعيد مرّةً أخرى الإشارة إلى ضعف التواصل لدى وزارة الصحة في نقل التوصيات الصحيّة للمواطنين/ات.

وجرى توزيع اللقاحات في بعض الحالات بحسب الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأفراد، دون التقيد بترتيب الأولويات الصحيّة. على سبيل المثال، واقعة توزيع اللقاحات على أعضاء مجلسيّ النواب والشيوخ بعد تخيرهم بين لقاحيّ سينوفارم الصيني وأسترازينيكا الإنجليزي، وذلك على عكس ما أعلنته وزارة الصحة بعدم أحقية المواطن في اختيار نوع اللقاح الذي يحصل عليه وأن التلقيح يتمّ حسب المتوفر.

ومنذ بداية حملة التطعيم القومية لم تعلن معلومات رسمية عن توزيع لقاحات كورونا حسب المحافظات ولا حسب النوع الاجتماعي (EIPR 2021).

الخلاصة والتوصيات

بعد العرض السابق، يمكن تلخيص أهم التوصيات لإصلاح القطاع الصحي في مصر:

- يجب إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة. هذا هو أهم محور لنجاح نظام التأمين الصحي الشامل الجديد.
- تحسين ظروف العمل لفرق الرعاية الصحية، ومراجعة نظام الأجور، فالمرتببات التي يحصلون عليها شديدة الضعف، وفي حال استمرارها ستعاني مصر من أزمة حادة موجودة أصلاً، في توفر الأطقم الطبية خاصة الأطباء وفرق التمريض.
- تعزيز الصناعة الدوائية الوطنية وتعميق تصنيع الخامات الدوائية محلياً، خصوصاً الأدوية الأساسية والأدوية غير المحمية ببراءة اختراع، سيساهم في تخفيف الضغط والطلب على العملة الصعبة من ناحية، ومن ناحية أخرى سيجعل أسعار الأدوية أقل تأثراً بالاضطرابات في سلاسل الإمداد. وهذا يحتاج إلى سياسات وخطط عمل من قبل الدولة أو بالشراكة مع القطاع الخاص تضع أمامها هدف تخفيض استيراد الخامات الدوائية حيث تعتمد صناعة الدواء المصرية على استيراد المواد الخام الدوائية بالكامل وتقوم فقط بخطوة التغليف والتعبئة. ويُعتبر حدوث أي خلل في استيراد المواد الخام الدوائية من الخارج - سواء بسبب مشاكل في توافر العملة الصعبة أو مشاكل في سلاسل التوريد، كالتى حدثت بسبب كوفيد-19 - أحد أهم الأسباب لحدوث الأزمات المتكررة لنقص الدواء وارتفاع سعره. ويميل القطاع الخاص إلى تفضيل استيراد المواد الخام المُصنَّعة (مُدخلات الإنتاج) من الخارج. وبالتالي، يخضع سعر الدواء دائماً لتقلبات العملة الصعبة. وبحسب بعض التقديرات يعتمد قطاع الدواء على استيراد المواد الأساسية والمواد الفعالة المصنَّعة والخامات اللازمة من الخارج بنسبة أكثر من 90%. وبالتالي، فأي تغيير إداري أو حتى وفر مادي ناتج عن الشراء المؤدّد لم يمسّ أساس المشكلة وهو الاعتماد بالكامل تقريباً، بنسبة 90%، على استيراد مُدخلات الإنتاج الدوائي (المركز المصري للدراسات الاقتصادية 2020).
- تشجيع المشاركة المجتمعية في إدارة الأزمات، كمثال لفعالية المشاركة المجتمعية تجربة مؤسسة مرسال الأهلية كقصة نجاح، وتفعيل أدوات المساءلة والرقابة. دعم الشفافية والإفصاح عن المعلومات للمجتمع حيث كانت هناك مشاكل في الوصول للمعلومات، كمثال فقط عدم إعلان التوزيع الجغرافي لتوزيع اللقاحات وعدم إعلان التوزيع على أساس النوع الاجتماعي.
- أخيراً، فإنّ أحد أهم الدروس المُستفادة من الوباء هو الالتزام بتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد، والعمل باجتهد لاستكمال تنفيذه في مراحله الثلاث بحيث يتم تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين دون تمييز.

المراجع

- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. 2020. "أثر فيروس كورونا على الأسر المصرية." البوابة العربية للتنمية. [رابط](#).
- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية. 2021. "السياسات المصرية للحماية الاجتماعية في مواجهة كورونا. جهودٌ كبيرة وتأثيرٌ محدود." [رابط](#).
- المركز المصري للدراسات الاقتصادية. 2020. "ماذا يعني توطين الصناعة في الحالة المصرية."
- اليوم السابع. 2018. "بدء المرحلة الثانية من مبادرة "100 مليون صحة" بـ11 محافظة غدًا.. وزيرة الصحة و"مميش" يشهدان الانطلاق من 'قناة السويس'.. المبادرة تستهدف فحص 20 مليون مواطن للكشف عن فيروس سي من خلال 1877 نقطة."
- ———. 2019. "تعزّف على آليات تنفيذ المرحلة الثالثة لمبادرة 100 مليون صحة فى 7 محافظات." اليوم السابع.
- سعيد, ماريان. 2018. "جولة في موقع "100 مليون صحة". كل ما تريد معرفته عن مبادرة السيسي." الوطن.
- غنام. 2020. "حماية العاملين بالقطاع الصحي." بوابة الشروق.
- غنام. 2020 2022-. "مقالات الرأي." بوابة الشروق.
- منشورات قانونية. n.d. "قيام الهيئة العامة للتأمين الصحى بتنفيذ التأمين الصحي المنصوص عليه فى القانون رقم 63 لسنة 1964."
- منظمة العفو الدولية. 2020. "مصر: العاملون في المجال الصحي يواجهون خيارات مستحيلة الموت أو السجن." منظمة العفو الدولية.

- Al Bahnasy, R., et al. 2016. "The Successes and the Challenges of Egyptian Health Sector Reform Program." [Link](#).
- Cairncross, S., Periès, H., & Cutts, F. 1997. "Vertical Health Programmes." The Lancet, 349 (June): S20–21. [Link](#).
- EgyptMAP-NCD. 2017. "Egypt National Multisectoral Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2017-2021 | ICCP Portal." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "To Ensure Access to COVID-19 Vaccines and Treatment: EIPR Calls for Waivers from Certain Provisions of the TRIPs Agreement." [Link](#).

- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "After Corona Victims Exceeded 500 Deaths among Physicians: The State must Declare a State of Mourning for the Defenders of our Lives, and Double Efforts to Protect Medical Teams and Compensate for their Sacrifices." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2020. "Egypt's Participation in Trials of Covid 19 Vaccine is Important, Minding Patient Rights." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "Citizens' Right to Free Vaccination without Discrimination." [Link](#).
- Elmoneer, R. A. February 2020. "Socio-Economic Inequalities in Accessing Treatment of Non-Communicable Diseases in Egypt Using Health Issues Survey 2015." Theses and Dissertations. [Link](#).
- Gad, M. 2022 May 25. "Financial Analysis of Health System Shifts in Egypt: Searching for 'Gratuitousness' and the Right to Health." Arab Reform Initiative. [Link](#).
- Ghannam, A., & Sebae, A. 2021 Jan 31. "Healthcare Protection Policies during the COVID-19 Pandemic: Lessons towards the Implementation of the New Egyptian Universal Health Insurance Law. Social Protection in Egypt: Mitigating the Socio-Economic Effects of the COVID-19 Pandemic on Vulnerable Employment." [Link](#).
- Ministry of Health and Population/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, & ICF International. 2015. "Egypt Health Issues Survey 2015." Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population/Egypt and ICF International. [Link](#).
- Zaid, H., Salaheldeen, A., Othman, M.M., Hassany, M., & Sorour, A. 2019. "Life Is Too Short with HCV and NCDs." The Global Innovation Index 2019: Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation (p.157-60). [Link](#).
- Nandakumar, A. K., Reich, M. R., Chawla, M., Berman, P., & Yip, W. 2000. "Health Reform for Children: The Egyptian Experience with School Health Insurance." Health Policy, 50(3): 155–70. [Link](#).
- Gaumer, G., & Rafeh, N. 2005. "Strengthening Egypt's Health Sector Reform Program: Pilot Activities in Suez." USAID & PHR Plus. [Link](#).
- Waked, I., et al. 2020. "Screening and Treatment Program to Eliminate Hepatitis C in Egypt." New England Journal of Medicine, 382 (12): 1166–74. [Link](#).

الحق في الصحة في العراق

الهيكل الهشة والتحديات المتزايدة

منتظر حسن

جمعية الأمل العراقية

منتظر هو طبيب أسنان منذ 2017 ودرس البكالوريوس في جامعة الكوفة. ويعمل في جمعية الأمل العراقية في مواضيع السلام حيث بدأ متطوعاً مع مجموعات شبابية للتماسك المجتمعي بين 2011 و2017. وهو الآن طالب ماجستير في دراسات السلام وتحويل الصراع في جامعة إنسبروك النمساوية، ومهتم بالبحث في مواضيع المساواة، الهويات، التواصل، والتنمية.

مقدمة

للعراق تاريخ طويل من الحروب والصراعات العنيفة والأزمات الاقتصادية والانقسامات الاجتماعية التي أثّرت بأشكال مباشرة وغير مباشرة على صحة سكّانه كفقدان الحياة والإعاقات وخسارة سُبل العيش، فبعد ثماني سنوات من الحرب ضدّ إيران في ثمانينيات القرن الماضي وحرب الخليج الثانية في 1991، واجه العراق عقوبات دولية قاسية دمّرت البنية التحتية للصحة والرعاية الصحيّة. وبعد سقوط نظام صدام حسين والاحتلال الأميركي للعراق في عام 2003، فشلت السياسات الحكومية النيوليبرالية في تحسين وضع الحق في الصحة في العراق بشكل واضح، إذ بالكاد تغيّرت البنية التحتية للرعاية الصحيّة العامة بسبب عدم الاستقرار السياسي المستمر الذي قيّد قدرة نظام الرعاية الصحية على تقديم خدماته للسكّان. بالإضافة إلى ذلك، ترك التاريخ الطويل من الصراعات العنيفة معظم العراقيين يعانون من مستويات مختلفة من مشاكل الصحة النفسية والصدمات التي لم تلتئم، لكن نادراً ما يتطرّق نظام الرعاية الصحيّة والسياسات الصحيّة وتوجّهات القطاعين الحكومي والخاص إلى هذا الجانب.

بالإضافة إلى ذلك، يواجه العراق تحديات بيئية خطيرة مثل التلوّث وتغيّر المناخ والحرارة والجفاف. ففي ربيع عام 2022 تمّ إدخال الآلاف إلى المستشفيات بسبب العواصف الرملية التي كانت قويّة بشكل غير مسبوق، بالإضافة إلى إيقاف الحياة اليومية مؤقتاً. وعلاوة على ذلك، جفّت ثمانية أنهار صغيرة وثلاث بحيرات تماماً بسبب انخفاض مستويات المياه عموماً وارتفاع الحرارة ممّا يهدّد الأمن الغذائي وسبل العيش الزراعية. أيضاً تعاني الفئات الهشة من آثار مضاعفة بسبب عدم قدرتها الوصول إلى خدمات صحيّة مناسبة ومكوّنات حياة صحيّة.

يتكوّن هذا التقرير من ثلاثة أقسام رئيسة هي: مراجعة تاريخية موجزة لسياق الحق في الصحة في العراق من تأسيس الدولة الحديثة في العراق إلى يومنا هذا؛ فحص وتحليل مؤشرات الحق في الصحة ومناقشة أهمّ تحدياته في العراق؛ انتهاءً بتوصيات للفاعلين المختلفين وضمنهم المجتمع المدني والحكومة والفاعلين الدوليين.

منهجية التقرير

اعتمد كاتب هذا التقرير على مراجعة مكتبية للوثائق المتوفرة بشكل أساسي، من ضمنها الحكومية كالقوانين وتقارير الأداء، وتقارير مؤسسات الأمم المتحدة كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وغيرها، بالإضافة الى البحوث الاكاديمية والتقارير الصحفية وتقارير منظمات المجتمع المدني المحلية والدولية. أيضاً عمل كاتب التقرير على دعم الاستنتاجات بأمثلة من تجربته العملية كونه طبيب أسنان في القطاع العام العراقي لمدة باتت تُقارب ست سنوات. وهو اختار هذه المنهجية بعد الفشل بالحصول على معلومات مهمة تُثري البحث من مصادر أولية عبر مقابلات شخصية مع أصحاب مواقع قيادية في قطاع الصحة العراقي، حيث قابل خمسة من مدراء أقسام تُعنى بالصحة العامة من ثلاث دوائر في وزارة الصحة العراقية، وكذلك ركّز البحث على محافظات العراق كافة ما عدا إقليم كردستان وذلك لوجود نظام صحي مختلف هناك، بالإضافة الى اختلافات السياقين الاجتماعي والسياسي.

ينطلق هذا التقرير من منهجية حقوقية ترى أن الصحة حق وتعتمد هذا المبدأ لفهم واقع وتحديات الصحة في العراق، ولا ينحصر هذا الحق في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة فقط، بل يشمل كافة مقومات الحياة الجيدة للأفراد والمجموعات، وهذا يحتم استخدام منهجية قائمة على نظرية النظم (Systems Theory) لتحليل القضايا الرئيسية للحق في الصحة في العراق ضمن سياقها الاجتماعي والسياسي والاقتصادي، بالإضافة الى الجوانب المختلفة للحياة كالغذاء والدواء والتعليم والعمل والنقل والبنية التحتية والنظام العام وغيرها ضمن ارتباط نظامي معقد ببعضها يتعدى مرحلة التفكير الخطي القائم على السبب والنتيجة. وساعد أيضاً في تحسين هذا التقرير جلسة استشارية في بغداد لمراجعته مع مجموعة من الأكاديميين والعاملين في المجتمع المدني وعاملين في قطاع الصحة العراقي، بالإضافة الى المراجعات المستمرة مع فريق الشبكة العربية.

مراجعة تاريخية للسياق العراقي

يراجع هذا القسم السياق التاريخي السياسي والاجتماعي والاقتصادي مع تحليل علاقته بالحق في الصحة ومنها الخدمات الصحية وتأثيره عليهما على ثلاث مراحل تاريخية هي: إنشاء الدولة العراقية الحديثة أثناء الاحتلال البريطاني ومدة الحكم الملكي وبعدها بدايات الجمهورية، ثم مرحلة حكم حزب البعث وما شهدته من حروب كبيرة، والأخيرة هي مرحلة ما بعد حرب 2003 الى 2022.

الانتقال الى العالم الحديث (1920-1968)

مرّ العراق بتحوّلات كبيرة منذ تأسيس أول حكومة عراقية في 1920 تحت الاحتلال البريطاني الى اليوم، وتبدّل شكل ونظام الدولة والحكم كثيراً في هذه المدة، من الملكي البرلماني الى الجمهوري الديكتاتوري، ثمّ الى الجمهوري الديمقراطي، رغم ذلك فإن هياكل مؤسسات الدولة الحديثة تمّ وضع أساساتها تحت الاحتلال البريطاني وأثناء الحكم الملكي وبعد أربعة قرون من سيطرة الإمبراطورية العثمانية، فمثلاً تمّ تأسيس الجيش العراقي أولاً في 1921، وأدخلت المدارس الحديثة التي واجهت مقاومة شعبية ومن المؤسسات الدينية بدايةً، وكذلك الحال بالنسبة للنظام الصحي، حيث أنشئت أول وزارة للصحة في تاريخ العراق مع تأسيس أول حكومة له، ثم سرعان ما ألغيت بسبب الإزمة المالية التي تزامنت مع إنشاء الدولة لتلحق بوزارة الداخلية الى عام 1939 حيث ألحقت بوزارة الشؤون الاجتماعية كمديرية عامة للصحة تتألف من قسمين هما مديرية الصحة العامة وإدارة صحة الأولوية، ثم أعيد إنشاء وزارة الصحة في 1952 حسب القانون رقم 28 (حسين 2014، وحמיד 2021).

ترك العثمانيون العراق بشكل لا يمكن تسميته دولة بل عشائر ومدن متفرقة مزقتها موجات كبيرة من الطاعون والكوليرا في القرن السابع عشر، بالإضافة الى الفقر وثقافة نظافة وصحة معدومة (الوردي 1992). وجاءت مفاهيم الصحة الأولى ومؤسساتها كمُنتجات استعمارية مع البريطانيين (Al-Dewachi 2017)، فقد تأسست الكلية الملكية الطبية عام 1927 في بغداد لتعليم وتهئية اطباء عراقيين باللغة الإنكليزية من أساتذة أنكليز بشكل أساسي، وتسقى اليوم كلية الطب في جامعة بغداد وتُدعى أيضاً الكلية الأمّ ومنها صارت جامعة بغداد الجامعة الأمّ التي استمر بعض الأساتذة الأجانب في التدريس فيها الى حرب الخليج الأولى في 1980. مغادرة الأساتذة الأجانب كانت تشير أن النظامين الصحي والتعليمي العراقيين صارا طاردين، ولذلك سرعان ما تبعتهما موجات هجرة للأطباء والأساتذة العراقيين أيضاً لتنتج تدهوراً في جودة الخدمات الصحية والتعليمية البريطانية (Al-Dewachi 2017)، ولذلك ارتبطت مهنة الطب بالوجاهة الاجتماعية وحملت أبعاداً أكبر من أهمية الطب وحده منها الوضع الاقتصادي الأفضل وميزة اللغة الأجنبية والسفر والقرب من مواقع السلطة، ولذلك بقي الطب المهنة والاختصاص الأهم اجتماعياً في العراق الى اليوم رغم تغيّر الديناميكيات الاجتماعية والاقتصادية، وهذا قلل اجتماعياً من أهمية الأدوار الأخرى الأساسية في الصحة والقطاعات الأخرى وساهم في اختزال الحق في الصحة الى خدمات صحية فقط لتستمر هذه المشكلة الى اليوم.

كانت مدة الملكية من 1920 الى 1958 بداية تحوّل العراق نحو المدنية الحديثة كنشوء مؤسسات الدولة ووضع نظم النقل والرّي والصرف الصحي وغيرها خصوصاً في

المدن المهمة، لكن بقيت الأرياف التي شكّلت أغلب العراق حينها تحت سيطرة نظام الاقطاع المُجحف لعامة الفلاحين والذي أثر سلباً على أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية ونوعية حياتهم. ساهمت التنمية غير العادلة بالإضافة الى صعود تطلّعات سياسية وأيديولوجية مختلفة -ليست محل البحث هنا- في انقلاب 15 تموز 1958 الذي قدّم نموذج الدولة الراعية التي ألغت نظام الاقطاعيات الكبرى حسب قانون الإصلاح الزراعي رقم 30 لسنة 1958، ففيه حدّدت حداً أعلى لتملك الأرض الزراعية وسيطرت الدولة على ما يزيد عن ذلك وأعادت توزيعه الى الفلاحين مع تعويض الملاك. ولكنّ الفلاحين وخصوصاً العاملين منهم بالسُخرة لم يتمكّنوا من إدارة أراضيهم لافتقادهم لمهارات الإدارة اللازمة التي تتجاوز الزراعة، كما أن تحسّن الوضع الاقتصادي لفلاحي الطبقة المتوسطة جعل طموحهم العيش في المدينة، لذلك كانت بداية الهجرة الواضحة من الريف الى المدينة (Marr 2012)، والتي رافقها زحفٌ للثقافة القروية والعشائرية للفلاحين الى داخل المدن بشكل أكبر. وكانت هذه الثقافة تحمل معها وعياً صحياً متدنّياً وممارسات غير صحيّة في النظافة والعلاج وأسلوب الحياة بالإضافة الى الضغط على البنية التحتية الصحيّة الضعيفة أصلاً، كما أن هذه الهجرة لم تكن منظّمة حيث سكن أغلب المهاجرين بشكل عشوائي، بالإضافة الى أن المرأة كانت عاملة في الزراعة داخل الأسرة (وهذا لا يعطيها استقلالاً اقتصادياً) وصارت عاطلة بعد هجرتها الى المدينة، لا تتجاوز مهامها حدود بيتها.

الحروب الكبيرة (1963-2003)

بعد انقلاب شباط 1963 وصعود الحركة القوميّة الى الحكم، استمرّ مفهوم أنّ الدولة راعيةٌ لكلّ المواطنين ولذلك زاد الاهتمام بالتعليم والصحة كخدمات تقدّمها الدولة وأضيف لهما تأمين البنوك وبعض الشركات في 1964، وصار استيراد وتوزيع الاحتياجات الأساسية مسؤولية الدولة أيضاً (Marr 2012). تبع ذلك تأمين الشركات النفطية في 1972 والذي زاد من قدرة الدولة على الإنفاق المباشر على الخدمات وكذلك العسكرية، ولذلك شهدت مدّة السبعينيات طفرةً في مؤشرات التنمية والصحة والتعليم، فكانت مثلاً نسبة الوفيات عند الولادة Maternal mortality rate 87 لكل مئة ألف ولادة حيّة في 1979 مقارنةً بـ 294 في عام 1999 و 73 لعام 2022. "خلال سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي كان نظام الرعاية الصحية العراقي واحداً من الأفضل في المنطقة العربية يقدّم العناية الصحية المجّانية في المستشفيات وعيادات الصحة الأولية (Abdulrahim & Bousmah 2019)".

ورغم تأثيرات قدرة الدولة الآنية الجيدة في الإنفاق على التنمية، فإن آثارها البعيدة كانت سيئة (Al-Jebory 2017)، إذ إن وفرة الموارد من النفط بالإضافة الى الحكم الديكتاتوري والعسكرة بعد انقلاب 17 تموز/يوليو 1968، وهيمنة ثقافة محلية تعتمد القيم الذكورية، كل ذلك أدّى الى انفجار حرب الخليج الأولى في 1980 التي استمرت لثمان سنوات خسر فيها العراق حياة حوالي 125 ألف عراقي، وجرح حوالي 255 ألف شخص، وتمّ أسر أكثر من خمسين الى ثمانين ألف جندي، بالإضافة الى ضحايا عمليات الأنفال في مناطق إقليم كردستان العراق المقدّرين من خمسين الى مئة ألف شخص. بالمجمل، بلغ عدد الضحايا المباشرين من الحرب حوالي 2.7% من مجموع سكان العراق حينها، بالإضافة الى إن نزوح سكان مدن كاملة على خطوط الحرب الى وسط العراق أنتج تغييراً ديموغرافياً مستمراً الى اليوم، وضغطاً على البنية التحتية الصحيّة التي كانت تعاني من نتائج الحرب أصلاً. هذا أدّى بدوره الى هزّة كبيرة في النظام الاجتماعي والاقتصادي لم يتعاف منها العراق الى اليوم، فقد بلغت ديونه بعد خروجه من هذه الحرب حوالي 50 مليار دولار أميركي، وتحوّلت الصناعة

بغالبها الى صناعة حربية، وفقدت حوالي 45% من مجموع القوى العاملة حينها، بينما بلغ التضخم حوالي 28% (Marr 2012). اجتماعياً، تغيّرت الأدوار الجندرية لتكون المرأة هي العاملة في أغلب الوظائف الحكومية بسبب انخراط الرجال في الحرب، أو لعدم كفاية الرواتب نتيجة التضخم المذكور بعد الحرب، وظهرت الأسر التي تقودها النساء حتى صارت حالة عامة، واستمرت الهجرة من الريف الى المدينة، وازدادت غلبة القيم العشائرية ذات المعايير الأبوية ممّا عزّض النساء خصوصاً الى تمييز اجتماعي شجّع العنف ضدّهن بشكل مباشر وغير مباشر، فارتفعت نسبة حرمان الفتيات من إكمال تعليمهن وزاد انتشار الزواج المبكر.

كلّ هذا هيأاً لحرب الخليج الثانية في 1990 لتغطية عجز الدولة ومشاكلها الاقتصادية التي ازدادت بسبب حرب الخليج الأولى نتيجة للديون والإنفاق المستمر على برنامج أسلحة الدمار الشامل وبقية نواحي العسكرية. لتؤدّي حرب الخليج الثانية الى نكسة اقتصادية واجتماعية بخسارة 10 الى 30 ألف عراقي وأسر 86 الى 90 ألف جندي. أمّا بعد فشل الانتفاضة الشعبية ضد نظام الحكم في 1991، صارت عمليات القمع الحكومية أكثر تنظيماً وقسوة خصوصاً في وسط وجنوب العراق، وخلفت ثقافة خوف شاملة من السلطة وسكوت أمام تجاوزاتها مهما بلغت حدّها، كما أنتجت ثقافة عدم شفافية وفساد إداري ما زالت حاضرة بقوة الى اليوم وتقلّ من كفاءة وجديّة تحسين النظام الصحي والخدمات. فبعد قرار مجلس الأمن رقم 687 بوقف إطلاق النار، جاءت حزمة من العقوبات الدولية على العراق خفّضت تصدير النفط بنسبة 85% لمدة ست سنوات (1991-1997)، وكان الدينار العراقي قبل الحرب يُعادل 3.20 دولاراً أميركياً فصار كل 2600 دينار يُعادل دولاراً واحداً فقط في 1996 (Marr 2012). خلال هذه المدّة، زادت نسبة وفيات الأطفال والامهات، وانخفضت مؤشرات الصحة بشكل كبير، وصارت "المستشفيات أماكن للموت والمرض لا العلاج" (Al-Dewachi 2017)، واستغلّت الحكومة مُعاناة الناس الصحيّة لاستعطاف دول العالم، والكلّ يتذكر جيداً صور الأطفال ممن يعانون من تشوهات تُعرض على التلفاز في نهاية التسعينيات الى 2003.

كانت مدّة الحصار الاقتصادي كارثية على النظام الاجتماعي في العراق حيث صارت الرشوة ممارسة مقبولة اجتماعياً من أغلب موظفي الدولة لتعويض رواتبهم المتدنية جداً، ففي المدارس مثلاً كان شائعاً تسليم المواد الغذائية كرشوة للمعلمين كأحد شروط نجاح الطلبة ذوي الأداء المتوسط والضعيف، وكذلك الحال في المستشفيات وبقية الخدمات، ولم يتحسن الوضع الاقتصادي إلّا نسبياً قبل 2003. كما أطلق النظام الحملة الإيمانية في 1995 لأسلمة مفاصل الدولة والحياة اليومية وتشجيع التوجّهات الإسلامية الراديكالية تزامناً مع تقرب الحكومة من العشائر لينتهي الطابع الليبرالي للدولة الذي كان سائداً الى نهاية الثمانينيات. ومع هذا التغيير ازداد التطرّف الديني ومعه التطرّف الذكوري ممّا أدّى الى ارتفاع نسب التزويج المبكر للفتيات بشكل أكبر للتخلّص من عبئهن الاقتصادي، والى ازدياد نسب العنف الأسري والعنف ضدّ النساء وما ارتبط به من زيادة نسبة الوفيات أثناء الولادة نتيجة لسوء الخدمات الصحيّة وتهالك البنى التحتية.

عصر الديمقراطية والاضطرابات الاجتماعية (2003-2022)

بعد الاحتلال الأميركي للعراق في 2003، أصبح الاقتصاد مفتوحاً فجأة بعد حصار اقتصادي طويل، ودخلت البضائع والأغذية دون تنظيم أو سيطرة نوعية، وازداد راتب الموظف مباشرة من حوالي 80 سنتاً في الشهر الواحد الى حوالي 250 دولاراً في البداية، ما زاد معدّل الاستهلاك وقضى في الوقت نفسه على الصناعة

المحلية المُتعبة والردئية أصلاً، وأضرَّ بالزراعة وحوّل المجتمع العراقي الى مُستورد مُستهلك وذلك نتيجة الانقلاب من الانغلاق التام الى النيوليبرالية بسوق مفتوح تماماً بلا أيّ معايير. أما اجتماعياً فارتفعت مكانة الموظف سريعاً ومعها أهمية الوظيفة الحكومية، فصار التوجُّه نحو التنافس للحصول عليها، واستوعب القطاع الأمني العديد من الراغبين بالوظيفة خصوصاً ممن لا يملكون شهادات جامعية. وأشارت الورقة البيضاء لخطة الطوارئ للإصلاح الاقتصادي (2020) الى أن نفقات رواتب الموظفين والمتقاعدين ازدادت 400% من 2004 الى 2020. وزاد عدد الموظفين ثلاثة أضعاف، بينما زادت الإنتاجية 12% فقط بين 2006 و2018، وعلى الجانب الآخر كانت الإيرادات بمُعظمها (حوالي 95% كمعدل) هي من تصدير النفط.

أدى تحسُّن دخل الدولة الى تخصيص مبالغ كبيرة للوزارات لإصلاح البنى التحتية وفسخ المجال للمشاريع الاستثمارية، ولكنه أيضاً فتح الباب واسعاً للفساد الإداري على المستويات العليا، ففي حين انخفضت الرشوة بشكل عام في المعاملات اليومية، ازدادت المشاريع الوهمية وسرقة المال العام بشكل كبير حتى حلَّ العراق في الأماكن المتأخرة جداً في مؤشرات الفساد والشفافية. هذا الأمر ساهم بعدم تحسين القطاع الصحي في العراق بشكل متناسب مع زيادة السكان، فانخفض معدل أيسرة المستشفيات من 1.7 في 1980 الى 1.2 لكل ألف شخص في 2019، أما عدد المستشفيات فكان حوالي 305 في 1989 وصار 295 مستشفى في 2020 (The World Bank 2022a) فأغلب هذه المستشفيات قديمة الإنشاء من سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي، وتجاوز بعضها عمره الافتراضي، كما أن عدداً من المستشفيات الجديدة وخصوصاً تلك التي أنشئت استجابةً لأزمة كوفيد، هي كرفانية مؤقتة¹، وبالتالي ترافق انخفاض عدد المستشفيات ونسبة الأسرّة مع انخفاض جودتها بشكل عام، عدا عدد قليل من المستشفيات التي أنشئت حديثاً وبعض المستشفيات الخاصة.

واحدة من المؤشرات على عدم ثقة العراقيين بنظامهم الصحي وبعدم قدرته على تلبية احتياجاتهم للخدمات الصحية انتشار السياحة العلاجية وخصوصاً الى إيران ولبنان وتركيا والهند وسوريا والأردن، حيث وقَّع العراق مثلاً اتفاقيتين مع لبنان في 2019 و2021 لتوفير الخدمات العلاجية للعراقيين والخبرات الطبية للمؤسسات الصحية العراقية مقابل تزويد لبنان بالنفط. وتتوّج الخدمات الصحية التي يسافر العراقيون من أجلها بين الأمراض المُستعصية كالسرطان، الى الخدمات غير المتوفرة في العراق كبعض التدخلات الجراحية المعقدة، وصولاً الى خدمات التجميل. "وقد اختار العديد من هؤلاء المرضى بيع ممتلكاتهم أو اقتراض المال أو الاعتماد على مساعدة المنظمات الخيرية للبحث عن الإجراءات الطبية والجراحية الحرجة في الخارج". (Al-Dewachi 2013).

بعد تحسُّن نسبي في الوضع الاقتصادي ومؤشرات الصحة بين 2003 و2013، وخصوصاً بعد انتهاء الحرب الطائفية في 2008 وهزيمة تنظيم القاعدة وما رافقها من نزوح وانسحاب القوات الأميركية في 2010، سُمِّيت موازنة 2012 بـ "الانفجارية" لعبورها حاجز الـ 120 مليار دولار كانت نسبة كبيرة منها لمشاريع استثمارية في الخدمات والتسليح، ومنها بناء مستشفيات جديدة كثير منها لم يرَ النور الى يومنا هذا بسبب الفساد الإداري. وشكّل ظهور تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (داعش) في 2013 واحتلاله لنيوى والأنبار وصلاح الدين وأجزاء من كركوك وديالى وبغداد وبابل في 2014 تهديداً وجودياً للدولة العراقية بشكلها الحالي، ممّا استدعى تحرّكاً شعبياً ودولياً لمواجهة في حرب استمرت الى نهاية 2017 خلّفت ديوناً كبيرة للعراق وعجزاً في موازناته وأزمة اقتصادية بلغت حدّها في 2016

¹ المستشفى الكرفاني لا يتكوّن من بناءات ثابتة بل من انشاءات مؤقتة من "السندويش بِنل" sandwich panel لا توفّر معايير السلامة وغير مناسبة للمستشفيات الثابتة، ولذلك سُجِّلَت حالات احتراق لهذه المستشفيات ووفاة رافدين فيها.

عند انخفاض أسعار النفط، فأخرجت الخدمات من أولويات الحكومة من ضمنها الخدمات الصحية والبيئية. كما شردت هذه الحرب أكثر من خمسة ملايين نازح داخلياً، وتُشير التقديرات إلى أن 186 إلى 209 آلاف شخص عراقي فقدوا حياتهم نتيجة للعنف المباشر من 2003 إلى اليوم، منهم حوالي 38 ألفاً أثناء الحرب ضد داعش (Iraq Body Count 2022)، ولا توجد إحصائية لمن تعرّضوا لإصابات أو إعاقات خلال هذه المدة.

للنزوح الداخلي تأثيراتٌ مهمة على النظام الصحي حيث يتأثر النازحون أنفسهم صحياً بسبب فقدانهم لسبل المعيشة والوصول إلى احتياجاتهم الأساسية وسوء الظروف المعيشية في المخيمات وأماكن النزوح الأخرى وخصوصاً غير المنظمة منها ممّا يهدّد صحة النازحين الجسدية والنفسية، بالإضافة إلى الآثار بعيدة المدى لتجربة النزوح كاضطراب ما بعد الصدمة وتغيّر الوضع الاجتماعي والاقتصادي وفقدان التعليم وغيرها. بالإضافة إلى ذلك، يضع النازحون ضغطاً كبيراً على الخدمات العامة في الأماكن المضيفة التي يعاني أغلبها من مشاكل هيكلية في بنيتها التحتية، فهي غير كافية لتلبية احتياجات سكان هذه المناطق أصلاً، وهذا ولد رفضاً من المجتمعات المضيفة للنازحين بسبب الإحساس بالمنافسة على هذه الخدمات وفرص العمل، بالإضافة إلى لعب الأعراف الجندرية الأبوية دوراً مهماً في هذا الرفض حيث خضع أغلب الرجال من النازحين للتقييد الأمني ومُنعوا من دخول المدن خصوصاً في المدة التي تلت سيطرة داعش على نينوى والأنبار وصلاح الدين ومناطق أخرى في 2014. ومنع النازحين من دخول المدن حرّمهم من العمل وحتى الوصول إلى الخدمات الصحية وربط حصولهم على احتياجاتهم الأساسية بالمساعدات الإنسانية، ورافق هذا رفضاً اجتماعياً للنازحين الرجال منهم خصوصاً لعدم مقاتلتهم داعش، وهو اعتراض ظهر كثيراً في الحياة اليومية حينها. وهو اعتراض غير منطقي كونه لا يعترف بمدينة هؤلاء النازحين وبفشل الدولة في حمايتهم.

شهدت هذه المدة توجهات مُتذبذبة للدولة العراقية، ففي حين يقدم السياسيون أنفسهم لناخبهم من خلال برامج الرعاية كتعويض ذوي الشهداء والمتضررين من العمليات العسكرية وغيرها من التعويضات الآتية، وتوفير الخدمات المجّانية وتوفير الوظائف الحكومية بطريقة أقرب إلى الضمان الاجتماعي من كونها وظائف حقيقية، فإنهم أيضاً يحاولون التماسي مع الأولويات الدولية في تنمية القطاع الخاص وإفساح المجال له كالشروط التي فرضها صندوق النقد الدولي في قروضه في 2015، والتي تُشجّع عليها وكالات التنمية الدولية والدول المانحة للعراق. فالقطاع الخاص بقي بعيداً عن الصحة واهتمّ غالباً في السكن والقطاعات غير المُنتجة (كاظم 2021، ص 165)، ومن الملاحظ أيضاً أن استثمار القطاع الخاص في الصحة زاد خلال أزمة كوفيد-19 وبعدها خصوصاً من خلال توفير الفحوصات والوثائق اللازمة، مع افتتاح مستشفيات ومختبرات خاصة أكثر وكرليات التعليم الصحي والطبي، أمّا العيادات الطبية فبقيت بأغلبها فردية وغير منظمة، كما أن الكثير من نشاطات القطاع الخاص في الصحة تابعة لأحزاب سياسية تملك مجموعات مسلحة، فحتّى السياسات النيوليبرالية التي تدفع العراق تجاهها الأطراف الدولية هي مشوّهة وتقوّي الأحزاب السياسية وأذرعها المسلحة أكثر مما تُحفّز نشاط قطاع خاص حقيقي.

ومن العوامل المهمة بعد 2003 هو دخول المجتمع المدني الذي كان ممنوعاً قبلها، فساهمت المنظمات غير الحكومية الأجنبية والمحلية بالإضافة إلى المجاميع التطوعية والمؤسسات الدينية والخيرية بالاستجابة السريعة لأزمة النزوح أثناء

الحرب ضد داعش وما بعدها. وكان صندوق العراق الإنساني التابع للأمم المتحدة بالإضافة إلى وكالات الأمم المتحدة الأخرى، الاتحاد الأوروبي وقسم السكان واللاجئين والهجرة في وزارة الخارجية الأميركية ووكالة التنمية الأميركية من أهم الفاعلين الدوليين في تمويل الاستجابة الإنسانية وتقديم خدمات الدعم القانوني والصحي. أما محلياً فكانت المجتمعات المضيفة هي المستجيب الأول والأهم ثم بعدها الفرق التطوعية والمنظمات المحلية، أما استجابة الحكومة فكانت الأبطأ والأقل فاعلية، وشاب استجابة المؤسسات الدينية التحيز والتمييز الطائفي والديني. حالياً، يمكن القول أن مساهمة المجتمع المدني في الصحة محدودة جداً لغيابها من أولويات المانحين.

العراق الآن

يبلغ عدد سكان العراق حالياً أكثر من 42 مليون نسمة، 28,8% منهم في الريف و61,2% حضراً، حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء في وزارة التخطيط (2022) لغياب تعداد سكاني رسمي منذ 1997، وبمعدل نمو 2% ومعدل حياة صحية يبلغ 62 عاماً. أما اجتماعياً، فيبلغ معدل الأمية 6% (WHO 2022)، بينما بلغ معدل الفقر 31.7% من مجموع السكان بعد جائحة كورونا حسب تصريح وزير التخطيط (زيد 2022). كما يواجه العراق تحديات أغلبها هيكلية للحق في الصحة من أهمها التغير المناخي وما يتبعه من ارتفاع في معدلات الحرارة والتلوث وشحة المياه والتصحر، وتأثيراتها على الأمن الغذائي بالإضافة إلى الفساد المالي والإداري في عمليات الاستيراد والسيطرة النوعية، وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها كلها كما سنناقشها لاحقاً.

تقييم محدّدات الصحة في العراق

يُقدّم هذا القسم مراجعةً سريعةً لأهمّ مؤشّرات الحقّ في الصحة في العراق بالاعتماد على تقييم خصائص الصحة في 194 دولة (Backman et al 2008). ولأنّ عدد هذه المؤشّرات أكبر من أن يغطيه هذا التقرير، تمّ إعطاء الأولوية لـ 33 مؤشراً تتعلق بالاعتراف بالصحة كحقّ، والتخطيط والمشاركة المجتمعية، والوصول إلى المعلومات، وعدم التمييز ومحدّدات الصحة، والإنفاق والموازنات والذين، والخدمات الصحيّة والدوائية والعاملين في الصحة.

الإطار القانوني والسياسات الصحيّة

بالنظر إلى الإطار القانوني للحقّ في الصحة، يضع الدستور العراقي الضمان الصحي والاجتماعي والخدمات الصحيّة ضمن بابهِ الأوّل المخصّص للحقوق

في المادّة 30:

أوّلاً

تَكْفُل الدولة للفرد وللأسرة - وبخاصّة الطفل والمرأة - الضمان الاجتماعي والصّحي، والمقوّمات الأساسية للعيش في حياةٍ حرّة كريمة، تؤمّن لهم الدخل المناسب، والسكن اللائم .

ثانياً

تَكْفُل الدولة الضمان الاجتماعي والصّحي للعراقيين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل أو التشرّد أو اليتم أو البطالة.

والمادّة 31:

أوّلاً

لكلّ عراقيّ الحقّ في الرعاية الصحيّة، وتُعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفّل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسّسات الصحيّة، فيما تؤكد المادّة 33 على حقّ الفرد بالعيش في ظروفٍ بيئية سليمة. وعلى الرغم من أن وضع هذه المواد ضمن الحقوق يوحي بأن الدستور يرى الصحة حقّاً، إلّا أنّها تحضّر الصحة بالضمان والخدمات فقط، بالإضافة إلى وجود اختلاف كبير بين الواقع وما تتحدّث عنه مواد الدستور.

بالإضافة إلى المواد الدستورية هناك قوانين سارية تُعنى بالشأن الصحيّ في العراق، منها قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981 المعدّل وقانون وزارة الصحة رقم 10 لسنة 1983، وقانون تدرّج ذوي المهن الطّبيّة والصّحيّة رقم 6 لسنة 2000، وقانون الضمان الصحيّ رقم 22 لسنة 2020. وفي حين أن القوانين الثلاثة الأولى نافذة فإن قانون الضمان الصحي ما زال مُعطلّاً بسبب عدم إقرار الموازنة الاتّحادية

منذ 2021 حسب تأكيد وزير الصحة في نيسان/أبريل 2022 (الملا 2022)، ومؤخراً أطلقت وزارة الصحة العراقية استمارة التسجيل للضمان الصحي كمرحلة تجريبية في مناطق محدودة.

أما على مستوى الهيئات المتخصصة بالصحة فإن لجنة الصحة والبيئة النيابية هي لجنة دائمة في مجلس النواب العراقي حسب نظامه الداخلي، وتُعنى بمراجعة السياسة الصحية والاهتمام بالكادر الطبي والصحي وحماية البيئة، ولا تُعتبر عادةً ضمن اللجان المهمة في نظام المحاصصة البرلماني كاللجنة المالية ولجنة النزاهة واللجنة القانونية وغيرها. أما اللجنة العليا للصحة والسلامة الوطنية في الأمانة العامة لمجلس الوزراء فقد تمّ انشاؤها استجابةً لجائحة كوفيد-19 وتعلقت قراراتها بتنظيم الحياة العامة أثناء الجائحة وتوفير اللقاحات فقط، ولم تخرج عنها ولم يتضمّن عملها على خطة واضحة ولم تحسّن من البنية التحتية اللازمة لمواجهة الجائحة (الالوسي 2021).

بالإضافة الى ما سبق، يملك العراق سياسةً صحيةً وطنية تمّ إقرارها في بداية 2014 للسنوات من 2014 الى 2023 طوّرتها بشكل أساسي وزارة الصحة العراقية ولجنة الصحة والبيئة النيابية ومنظمة الصحة العالمية بالإضافة الى جهات حكومية ونقابية أخرى، وهناك إشارة لمشاركة الوكالة الأميركية للتنمية الدولية أيضاً لكن لم يتم إشراك المجتمع المدني العراقي أو المجتمعات المحلية في صياغتها. أشارت مقدّمة هذه السياسة الصحية الى الربط بأهداف التنمية المستدامة، لكن وفي حين يشير المبدأ الأول الموجّه للسياسة أن "الصحة حق مكفول لكل إنسان"، تحدّد العبارة التي تليها مباشرةً هذا الحقّ بالحصول على الرعاية الصحية فقط، وتحدّد الإنسان بالفرد العراقي حصراً، "الحصول على الرعاية الصحية هو حق من حقوق الفرد العراقي" (وزارة الصحة، 2014)، ولم تشمل غير العراقي، ولم تذكر النازحين إطلاقاً، ربما لأنها أُعدّت وأطلقت في مدّة لم تكن فيها أزمة النزوح واضحة في الأفق إذ بدأت في منتصف 2014. أيضاً لا توجد بوادر للعمل على سياسة المرحلة القادمة بعد انتهاء السياسة الحالية.

وأكدت السياسة أيضاً على العدالة في تقديم الخدمات الصحية رغم أنها ذكرت أنواعاً قليلة من عدم التمييز تضمّنت الوضع الاجتماعي والاقتصادي والأصل والجنس والموقع الجغرافي، ولم تذكر التمييز على أساس الجندر أو الدين أو الإعاقة أو العمر أو اللون. وبُنيت السياسة على افتراض أن القطاع الصحي العام سيبقى هو الأساس وسينمو، ولذلك فإن الخدمات الصحية في القطاع العام هي مدعومة من الدولة وبأعشار سعر القطاع الخاص، وأن الدولة هي الداعم للقطاع الصحي الخاص أيضاً. وهذا يأتي بالعكس من السياسات النيوليبرالية الحالية التي رخلت الكثير من الخدمات الصحية من القطاع العام الى الخاص، بل وافتتحت أقساماً خاصة في أغلب المستشفيات والمراكز التخصصية العامة تعمل بأسعارٍ مُقاربة للقطاع الخاص، لكنها ووارداتها تعود للدولة والعاملين فيها.

تُغطّي هذه السياسة أيضاً الصحة الإنجابية وتربطها بالطفل والأم فقط لكنها تُغفل عن ذكر الصحة الجنسية، وربما تكون تسمية تشمل الصحة الجنسية لكنها تراعي الحساسية الاجتماعية تجاه هذا المصطلح، وهذا قد يشير الى مشكلة هيكليّة مفادها أن عدم ذكر أشكال محدّدة من الصحة سيجعلها خارج اهتمام المؤسسات الصحية. كذلك قرّن واضعو السياسة الصحة النفسية بمكافحة الإدمان، وهذا خلط كبير خارج الأساس العلمي الذي يُصنّف الصحة العقلية (النفسية) بتصنيفٍ مختلفٍ عن الإدمان، وهذا يعطي صورةً عن سبب الوصمة الاجتماعية على أصحاب

المشاكل النفسية وكذلك صعوبة وجود إعادة تأهيل حقيقي لهم أو لمن يعانون من مشاكل الإدمان.

تشمل السياسة الصحية الوطنية أيضاً وبشكل واضح الرعاية الشاملة ومراحل الرعاية الصحية الثلاث الأولية والثانوية والثالثية، أي مراحل الوقاية والتشخيص والعلاج والتأهيل. وتبين التجربة العملية لكاتب التقرير في المؤسسات الصحية العراقية أن هناك برامج متخصصة بالوقاية كحملات التلقيح والتوعية والفحص الدوري للأطفال والحوامل مثلاً مع وجود سجلات متابعة وتوثيق، لكن عملية تطبيق هذه البرامج يتصفها الكثير من عدم الدقة في أخذ المعلومات وتوثيقها، كما تملأ الفرق الصحية البيانات التي تتطلب وقتاً وعملاً روتينياً بشكل وهمي، مثلاً عند فحص أسنان طلبة المدارس الابتدائية كثيراً ما يحدث أن يأخذ الفريق الفاحص قائمة أسماء الطلبة ويملاؤها وهمياً دون فحصهم، أو بعد فحص عدد قليل منهم فقط وهذا يحرم قسماً كبيراً منهم من الخدمات الصحية العلاجية والوقائية مما يؤثر سلباً على صحتهم مستقبلاً.

الإنفاق والتمويل والميزانيات

يعاني العراق من تأخر إقرار موازناته السنوية بسبب سياسة المحاصصة الطائفية والحزبية في مجلس النواب، حتى صار عُرفاً سياسياً أن لا تتم الموافقة على الموازنة عند وجود اختلاف بين الأحزاب السياسية المسيطرة على البرلمان. لذلك فإن آخر موازنة تم إقرارها هي لسنة 2021، ولم يتم إقرار موازنات عامي 2020 و2022 إلى غاية كتابة هذا التقرير بسبب استقالة الحكومة في نهاية 2019 بعد مظاهرات تشرين الأول في السنة ذاتها، ثم اختيار حكومة بديلة وتحديد انتخابات مبكرة، فجائحة كورونا في 2020، ثم عدم تشكيل حكومة جديدة بعد انتخابات تشرين الأول 2021 وما تبعها من تصعيد سياسي. لذلك حاولت القوى السياسية تعويض غياب الموازنة بإقرار قانون رقم 2 لسنة 2022 للدعم الطارئ للأمن الغذائي والتنمية بعد بدء الحرب الروسية-الأوكرانية خصوصاً مع ارتفاع أسعار النفط عالمياً وارتفاع احتياطي البنك المركزي العراقي من الدولار (البنك المركزي العراقي 2022). ومن الجدير بالذكر أن وزارة الصحة والبيئة لا تُعتبر من الوزارات "السيادية"، أي أنها ليست من الوزارات التي تحظى بالأولوية عند الاتفاق على تشكيل الحكومة باستخدام طريقة المحاصصة الحزبية كوزارات الداخلية والدفاع والمالية والنفط والكهرباء التي تملك موازنات عالية.

كانت حصة وزارة الصحة والبيئة 2.47% من مجموع موازنة 2019، فيما كان الإنفاق الحكومي على الصحة في السنة ذاتها يمثل 4.7% من مجمل الإنفاق الحكومي و4.5% من الناتج المحلي الإجمالي البالغ 222.4 بليون دولار حسب البنك الدولي (The World Bank 2022b). أما في موازنة 2021 فتمثلت حصة وزارة الصحة والبيئة 2.11% من مجموع الموازنة، ومن غير الواضح إن كان هذا الإنفاق يستجيب للاحتياجات الصحية للسكان ولكنه في الغالب يذهب إلى النفقات التشغيلية كرواتب حوالي 116 ألف موظف. بشكل عام، انخفضت تخصيصات وزارة الصحة والبيئة في العراق بين عامي 2019 و2021 رغم أن أزمة كوفيد-19 ضغطت على الخدمات الصحية والبنى التحتية، فإذا تم أخذ ارتفاع سعر صرف الدينار العراقي مقابل الدولار الأميركي، فإن قيمة الانخفاض هي حوالي 880 مليون دولار أميركي رغم تشغيل أكثر من 16 ألف موظف جديد، وبهذا يمكن اعتبار موازنة 2021 لقطاع الصحة موازنة تشغيلية لا أكثر. لكن حسب تقرير 2020 فإن 98.2% من إنفاق وزارة الصحة كان تشغيلياً أي رواتب للموظفين غالباً مع مصاريف الاستدامة كالمستلزمات و1.8% نفقات استثمارية بما

السياسة الصحية الوطنية



يعني عدم وجود توجه استراتيجي للدولة لتحسين الخدمات الصحية حسب تقرير لوزير الصحة (العلوان 2019) حيث إن تحسين البنية التحتية الصحية يعتمد على النفقات الاستثمارية.

جدول 1. موازنتي وزارة الصحة في 2019 و2021 مع مجموع الموازنة العامة حسب بيانات الموازنتين

سنة الموازنة	عدد الموظفين	ميزانية وزارة الصحة (ألف دينار عراقي)	مجموع الموازنة العامة (ألف دينار عراقي)	نسبة ميزانية وزارة الصحة من مجمل الموازنة	ألف دينار عراقي لكل دولار أمريكي	ميزانية وزارة الصحة (دولار أمريكي)
2019	99,630	3,291,900,658	133,107,616,412	2.74%	1.200	2,743,250,548.33
2021	116,460	2,748,783,082	129,993,009,291	2.11%	1.475	1,863,581,750.51
الفرق	16,830	- 543,117,576	- 3,114,607,121	- 0.36%	0.275	- 879,668,797.82

على جانب آخر تمثل موازنة القطاع الأمني والعسكري نسبة 18.14% من موازنة 2019، وهذا يؤكد التوجه النيوليبرالي للحكومة العراقية في إنفاقها وموازنتها، بالإضافة إلى الالتزام بهذا الاتجاه كجزء من القروض الحالية من صندوق النقد الدولي والبنك الدولي من 2015 نتيجة لانخفاض أسعار النفط حينها. وفي 2020 طلب العراق قرضاً إضافياً من صندوق النقد الدولي نتيجة للأزمة الاقتصادية وانهيار أسعار النفط في جائحة كوفيد-19، ولكن لم تتم الموافقة على طلبه بسبب عدم تنفيذ لوعوده بإصلاح النظام الاقتصادي، ما عدا قرض صغير (98 مليون دولار) لتوفير لقاحات كوفيد-19 (The World Bank 2022c)، فيما كانت موازنة 2021 هي موازنة تقشف حاولت سد العجز المالي بالاقتراض من جهات متعددة، فالانخفاض في موازنة وزارة الصحة بين 2019 و2021 بحوالي 543 مليار دينار عراقي (حوالي 368 مليون دولار أمريكي) هو انخفاض أكبر بكثير إذا تم اعتبار انخفاض قيمة الدينار العراقي أمام الدولار الأمريكي، وهو يقترب من 880 مليون دولار أمريكي رغم مواجهة أزمة كوفيد.

تزامن الإنفاق العسكري العالي أثناء الحرب على داعش من 2014 إلى 2018 مع انخفاض أسعار النفط عالمياً، وكون العراق يعتمد في مدخلاته على النفط بالشكل الأكبر، حوالي 94% من الناتج المحلي الإجمالي، ويعاني من أعداً مرتفعة من النازحين بلغوا حينها أكثر من خمسة ملايين شخص (Warda & Shihab 2021)، فقد أدى ذلك إلى اتباع حكومة العبادي سياسة تقشف تضقت تقليل الإنفاق على قطاع الصحة والاعتماد على المنظمات غير الحكومية الأجنبية ووكالات الأمم المتحدة والوكالات الأخرى، فمثلاً كان صندوق العراق الإنساني Iraq Humanitarian Fund يتضمن جزءاً خاصاً بالخدمات الصحية بالإضافة إلى توفير الاحتياجات الأساسية والمساعدة

القانونية والمالية.

وبلغ الإنفاق على الصحة 151 دولاراً أميركياً للشخص الواحد في 2019، منها 78.5% لا يتم تعويضها بأي شكل من الأشكال أو من خلال أي نوع من أنواع الضمان الصحي الحكومي أو الخاص (WHO 2020,14 Out of pocket) ويعود ذلك لعدم وجود أنظمة للضمان الصحي في العراق ولأن البرامج التي تقدمها بعض المستشفيات والشركات الخاصة لا تتعدى كونها عملية دفع مسبق للخدمات الصحية قبل الحاجة لها، وهذا يعني أن العبء الأكبر في الحصول على الخدمات الصحية يقع على الفرد نفسه، كما يعني أن القدرة على الحصول على الخدمات الصحية تعتمد بشكل أساسي على الوضع الاقتصادي للشخص، مما يترك ذوي الدخل المتدني بلا رعاية صحية مناسبة ويعتمدون على الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الحكومية فقط.

الخدمات الصحية والوصول الى المعلومات

تسعى سياسة العراق الصحية وتوجهات وزارة الصحة والبيئة الى توفير تغطية صحية شاملة، ويمتلك العراق 295 مستشفى حكومياً و155 أهلياً، بمعدل 1.2 سرير لكل ألف نسمة لتقديم الخدمات الصحية الثانوية والثالثية، أما بالنسبة للرعاية الصحية الأولية فهناك 2805 مراكز (وزارة الصحة والبيئة 2021) تقدم العناية الدورية للنساء الحوامل والأطفال ضمنها اللقاحات التي تقدم بشكل مجاني (وزارة الصحة والبيئة 2022). خصص العراق أيضاً ميزانية لشراء الأدوية مستقلة عن ميزانية وزارة الصحة في موازنة 2019. كذلك هنالك عيادات للتأمين الصحي تلزم بتوفير الأدوية اللازمة لذوي الأمراض المزمنة. هذه العيادات بشكل عام غير نشطة وهي من بقايا نظام العيادات الشعبية الذي تم إنشاؤه نتيجة للحصار الاقتصادي على العراق بعد حرب الخليج الأولى، وأصبحت جزءاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية وعبارة عن قسم من صيدلية تقدم أدوية لارتفاع ضغط الدم والسكري فقط.

أما بالنسبة للوصول الى المعلومات الصحية فهناك نظام تسجيل إلكتروني موحد للولادات والوفيات والأحوال المدنية وضعه قانون البطاقة الوطنية رقم 3 لسنة 2016، وللحصول على الخدمات الصحية يوجد نظام تسجيل ورقي في المراكز الصحية الأولية للأسر. أما تقييد البيانات من الحاصلين على الخدمات الصحية فأغلبه ما زال ورقياً ويتبع نظاماً وضعته وكالة التنمية الأميركية USAID وكذلك تناقلها بين المراكز الصحية الأولية والقطاعات (وحدات إدارية بدرجة قسم ضمن دوائر الصحة)، أما بين القطاعات ودوائر الصحة والوزارة فيأخذ هذا التناقل شكلاً إلكترونياً بالإضافة الى التوثيق الورقي، وتصدر الوزارة عادة إحصاءات مفصلة سنوياً بالخدمات الصحية المقدمة والبنية التحتية المتوفرة. وبشكل عام يتخلل عملية جمع البيانات وتدوينها الكثير من الأخطاء إما بسبب تقديم معلومات غير دقيقة من المستفيد نفسه أو بسبب ملء الحقول افتراضياً من قبل الموظف، ولم تفلح الأنظمة الإلكترونية للمراكز الصحية والمستشفيات في عدد من دوائر صحة المحافظات في التخلص من الاعتماد على الطرق الورقية نتيجة لعدم تناغم الكادر الصحي مع النظام الإلكتروني واستمرار الاعتماد على النظامين بشكل متواز، كما أن البيانات المعروضة في التقارير الدورية تتضمن توزيعاً على المناطق والجنس ولا تتضمن توزيعاً على أساس الحالة الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية وغيرها.

مقدّمو الخدمات الصحيّة

إن جميع العاملين في القطاع الصحي العراقي من ذوي المِهَن الصحيّة والطبّيّة هم موظّفون في القطاع العام على الأقل لمدة ثلاث سنوات للتدرّج الطبي، حسب التعديل الرابع لتعليمات قانون تدرّج ذوي المِهَن الصحيّة والطبّيّة رقم 1 لسنة 2020، ولا يمكن العمل في القطاع الخاص إلا خارج أوقات الدوام الرسمي حصراً وبعد إكمال مدّة التدرّج. وعلى هذا الأساس تُنظّم تصريحات ممارسة المهنة من النقابات، لكنّ العمل في القطاع الخاص بالإضافة الى الوظيفة الحكومية منتشرٌ بكثرة وغير منظم (WHO 2020) ولا يلتزم مقدّمو الخدمات الصحيّة بهذه التعليمات أو القوانين عادةً، بالإضافة الى ذلك تتضمن التعليمات التوزيع الى المناطق النائية كالقرى والأرياف التي تفتقر لوجود خدمات صحيّة متخصصة، ولذلك كثيراً ما يلجأ العاملون الموزّعون الى أماكن نائية الى الوساطة لنقل محلّ عملهم الى مراكز المدن، مما يترك هذه الأماكن من دون خدمات صحيّة مناسبة.

هناك تضاربٌ في عدد موظّفي وزارة الصحة والبيئة بين التقرير الإحصائي للوزارة (2021) الذي يشير أن أعداد الملاكات البشرية العاملة في وزارة الصحة ما عدا إقليم كردستان هو 295,269، بينما في موازنة 2021 هو 116,451 موظّفاً. وغير واضح سبب هذا التضارب في الأرقام، ومن التفسيرات أن هذا الفرق هو بين الموظفين الأصليين في وزارة الصحة وبين الملاك الذي يتضمّن موظّفي العقود، ولكنّ التقرير الإحصائي لا يوضح هذا، وأغلب هؤلاء الموظفين هم من الملاكات التمريضية والصحيّة، فيما يمثل مجموع الأطباء وأطبّاء الأسنان والصيدلة حوالي 13%، هذا وقد تمّ دمج وزارة البيئة مع وزارة الصحة في 2015، وكذلك دمج جزء كبير من موظّفي هيئة التصنيع العسكري المُنحلة بعد 2003 الى وزارة الصحة أيضاً، حسب قرار سلطة الائتلاف الموحّدة رقم 75 في 2004، حيث كان هناك نقصٌ في عدد الأطباء والمساعدين بالنسبة للكثافة البشرية، بينما هناك فائضٌ في عدد الصيدلة وأطبّاء الأسنان، حسب بيانات نقاباتهم، ويعود هذا الفارق نتيجة لسهولة استحداث كليات أهليّة لطب الأسنان والصيدلة، أمّا الطب العام فيحتاج الى إنشاء مستشفى تعليمي، ولذلك بقي الاعتماد على الجامعات الحكومية بشكلٍ رئيسي.

أهمّ تحدّيات الحق في الصحة في العراق

يقدم هذا القسم تحليلاً لثلاثة تحدّيات مُختارة وتأثيرها على الحق في الصحة في العراق حالياً: الأوّل هو التحدّيات البيئية كالتغيّر المناخي وشحّة المياه وموجات الحرارة والعواصف الترابية، والثاني هو المخاطر التي تواجه الأمن الغذائي في العراق، أمّا الثالث فيركّز على صعوبات الوصول إلى الخدمات الصحيّة المناسبة وما يتضمّنه من عدم مساواة.

البيئة والتغيّر المناخي

شهد ربيع 2022 أكثر من 11 عاصفة ترابية في شهرين أغلبها كانت قوية وعطلت المطارات لأيام ومعها الحياة اليومية، حيث أعلنت الحكومات المحلية تعطيل الدوام الرسمي بمعدّل ثلاثة أيام بسبب هذه العواصف. بالإضافة إلى ذلك اضطر آلاف الأشخاص لدخول المستشفيات لمعالجة مشاكلهم التنفسية خصوصاً ممن يملكون عوامل تزيد تأثيرهم كالربو والحساسية وغيرها. وخلال أيام هذه العواصف لا يخلو الجو عادةً من الغبار خصوصاً في محافظات الوسط والجنوب، وحسب تقديرات وزارة الصحة والبيئة فإن 243 إلى 272 يوماً في كل سنة من السنوات العشرين الأخيرة هي أيام مُغبرة، ويتوقّع أن يصل الرقم إلى 300 يوم في السنوات القادمة (Miri 2022)، لذلك فإن مصطلح "الحساسية" يُشير شعبياً إلى طيف واسع من الأمراض التنفسية التي تسببها هذه الملوثات.

وبما أن مشاكل البيئة والتغيّر المناخي مرتبطة ببعضها نظامياً، تأتي العواصف الترابية نتيجة لارتفاع درجات الحرارة والجفاف، وقد شهدت السنتان الأخيرتان معدّلات تساقط مطر منخفضة، هذا بالإضافة إلى زيادة نسبة التصحّر كنتيجة أخرى وكسبب في الوقت نفسه. ويصنّف ThinkHazard أخطار الحرارة العالية وشحّة المياه بالتصنيف الأعلى في العراق، وبدأت هذه العوامل البيئية بالتأثير على المجتمعات العراقية حيث سجّلت منظمة الهجرة الدولية (IOM Iraq 2022) نزوح أكثر من 20 ألف شخص من 10 محافظات عراقية فقط (من 18 محافظة) لأسباب تتعلق بالبيئة والتغيّر المناخي أغلبهم من سكان الريف إلى المدينة، كما سجّلت انخفاضات في مستويات نهري دجلة والفرات نتيجة للسدود التي أنشأتها تركيا والروافد التي غيّرت مسارها إيران (خلف 2019، وPrice 2018). كما كانت أزمة شحّة المياه الصالحة للشرب وملوحتها وموجة التسقّم الذي تسببت به هذه الملوحة أحد أهم عوامل انطلاق تظاهرات 2018 و2019 في البصرة نتيجة للسخط من سوء الخدمات الأساسية كمياه الشرب وضعف الخدمات الصحيّة لمن عانوا من التسقّم بسبب تلوث المياه (International Republican Institute 2020). تلوث المياه يضع ضغطاً اقتصادياً كبيراً على العوائل لتوفير مياه صالحة للشرب، حيث إن بائعي المياه المعالجة بتقنية التناضح العكسي صاروا جزءاً طبيعياً من الحياة اليومية في أغلب محافظات العراق وأصبح بيع المياه مهنةً شائعة في القطاع الخاص غير المنظم، فرغم أن 85.7% من العراقيين يمكنهم الوصول إلى خدمات مياه الشرب، إلّا أن نوعيّة هذه المياه ليست مناسبة للشرب عادةً (UNICEF 2019).

يؤثر التغيّر المناخي ومشاكل البيئة بشكل مباشر على صحة العراقيين كالأمراض التنفسية وضربات الشمس والتسقّم الغذائي وأكوليرا التي هي من الأمراض

المتوظنة في العراق وكان انتشارها في صيف 2022 أعلى من الأعوام السابقة بحيث اتخذت وزارة الصحة عدداً من الإجراءات منها منع أصناف معينة من الأكل في المطاعم وغيرها. بشكل غير مباشر، تقلل هذه المشاكل من كفاءة الخدمات المقدمة التي تعاني من مشاكل هيكلية أصلاً، فالضغط على الخدمات الصحية أثناء العواصف الترابية وموجات الحر يقلل من قدرتها على استيعاب الحالات الروتينية، كذلك تضغط موجات الحرارة على شبكة الكهرباء نتيجةً لزيادة خسارة الطاقة أثناء نقلها بالإضافة الى زيادة الحاجة لها للتبريد، وتقلل شحّة المياه من جودة مياه الشرب وتزيد من الحاجة لمعالجتها. وبالتالي فإن الضغط على الخدمات يجبر العوائل للتأجّر نحو بدائل مُكلفة اقتصادياً، فلتعويض قلة ساعات تجهيز الكهرباء يُنفق العراقيون حوالي أربعة مليارات دولار سنوياً للحصول على الكهرباء من المولدات الأهلية (خلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي 2020)، وتنصيب منظومات التناضح العكسي المنزلية وفلاترها أو شراء الماء المُفلتر أو المُعبأ، والحاجة الى أجهزة تبريد أكثر كفاءة في ظروف الحرارة العالية. كلُّ هذا، بالإضافة الى زيادة الكثافة السكانية، يضع العوائل الأقل دخلًا في تحدٍّ اقتصادي لا يمكنهم مواجهته ممّا يعرّضهم لأخطار صحيّة، خصوصاً أن أعمالهم هي عادةً في الأماكن المكشوفة وتتطلب جهداً جسدياً كأعمال البناء مثلاً التي تضعهم أيضاً في خطر أكبر للتأثيرات المباشرة للبيئة على صحتهم.

بدأ الوعي المجتمعي بتأثيرات وأخطار التغيّر المناخي يزداد نسبياً مؤخراً، وبدأت منظمات المجتمع المدني، يشجّعها التغيّر في سياسات المانحين، بالتركيز على هذا التحدي. وعلى الجانب الآخر صارت الحكومة تذكر موضوع التغيّر المناخي بشكل أكبر ولكن دون أن يأخذ حيزاً ضمن أولوياتها أو خطتها (Younis 2022) رغم المصادقة على اتفاقية باريس في 2021 وبدء وزارة التخطيط العمل على صياغة الورقة الخضراء لمواجهة التغيّر المناخي (International Organization for Migration 2022). وبقيت الجهود الحكومية الحقيقية في هذا المجال قليلة وغير ذات تأثير واضح، ولم تربط التغيّر المناخي والتلوث بالصحة إلا قليلاً.

من العوامل البيئية المهمة المؤثرة سلبياً على الصحة هو التلوث وخصوصاً في المياه والهواء، فقد حلّ العراق في المركز التاسع عالمياً من 117 دولة شملها مؤشر (IQAir 2022) لأكثر الدول تلوثاً للهواء في عام 2021، فبالإضافة للآتربة في الهواء تشكّل غازات مولّدات الكهرباء الخاصة التي قدّر معهد الطاقة العراقي عددها بـ 4.5 ملايين مولّد، والسيارات التي قدّر عددها بـ 7 ملايين و 27 ألفاً حسب وزارة التخطيط في 2020، وآبار النفط ومحطات التصفية، والمصانع التي تعمل أغلبها بأنظمة قديمة، مصادر إضافية لتلوث الهواء. أمّا بالنسبة للمياه، فملوثاتها تشمل مُخلفات الصرف الصحي التي يتمّ التخلص منها في الأنهار، فمثلاً يقع مكان التخلص من مياه الصرف الصحي في النجف في نهر الفرات وعلى حوالي كيلومتر ونصف قبل محطة تصفية المياه ممّا يزيد خطورة تلوث مياه الشرب، بالإضافة الى مُخلفات المصانع، فمثلاً سجّل شط العرب مستويات عالية من التلوث بالمعادن الثقيلة بين كانون الأول/ديسمبر 2012 وكانون الثاني/يناير 2013 وهي مدّة يكون التلوث فيها عادةً أقلّ من الصيف حين ينخفض مستوى المياه (Al-Hejuje, Hussain, & Al-Saad 2017).

الأمّن الغذائي

بينما ازداد عدد السكّان في العراق بنسبة 66% من سنة 2000 الى 2019، ازداد تأمين الغذاء بنسبة 40% فقط، وتضاعفت نسبة السكّان الحضر في المدّة ذاتها نتيجة

الهجرة من الريف الى المدينة (Fathallah 2020) بحثاً عن الوظائف الحكومية غالباً ومغادرة الزراعة التي باتت غير نافعة اقتصادياً، فنُظِم الرّي الموجودة قديمة ونسبة الزراعة في تناقص بسبب شحّة المياه والتغيّرات المناخية وبحول مُلّاك الأراضي الزراعية القريبة من المدن الى أراضٍ سكنية بحثاً عن النفع السريع ببيعها رغم عدم قانونية هذا التحويل في جنس الأراضي، بالإضافة الى الإهمال الحكومي لوزارة الزراعة التي كانت ميزانيتها تمثل 0.32% من الموازنة العامة في 2021 أغلبها موجهة للرواتب وشراء المحاصيل داخلياً دون خططٍ تطويرية واضحة، ولذلك فالعراق مُستوردٌ للغذاء بشكله الأساسي وكذلك المنتجات الغذائية. وكان للحرب الروسية-الأوكرانية الأثر الكبير على زيادة الأسعار المحلية خصوصاً الرّي والحبوب (WFP 2022)، ممّا دفع البرلمان العراقي الى إقرار قانون الدعم الطارئ للأمن الغذائي الذي كان تعويضاً للموازنة الغائبة أكثر من كونه يدعم الأمن الغذائي حيث بقيت وزارتا الزراعة والتجارة بحصصٍ قليلة في تخصيصات هذا القانون.

إن انخفاض الإنتاج الزراعي وزيادة أسعار المواد الغذائية يضع ضغطاً اقتصادياً إضافياً على ذوي الدخل المحدود والفئات الهشة خصوصاً من هم تحت خط الفقر، ممّا يعرّضهم لمخاطر سوء التغذية أو الصرف بشكل أكبر على المواد الغذائية ويمنعهم من الحصول على خدمات أخرى وتلبية احتياجات أساسية أخرى. بالإضافة الى ذلك، فإن المنتجات الغذائية المستوردة تأتي بغالبها من الدول المجاورة، والاستيراد يمرّ من خلال عملية جمركية كانت من أولويات حكومة الكاظمي محاربة الفساد فيها، فمن الشائع وجود موادّ منتهية الصلاحية في الأسواق. أمّا على المستويات المحلية فتقع مسؤولية متابعة الأمن الغذائي على أقسام الصحة العامة في دوائر الصحة التي تتابع المطاعم والمقاهي والأسواق بإصدار الإجازات الصحية والتفتيش، ولذلك فإن من الأخبار المعتادة محلياً إتلاف كميات كبيرة من المواد الغذائية مُنتهية الصلاحية.

الوصول الى الخدمات الصحية

ينقسم قطاع الخدمات الصحية الى عام حكومي وخاص أهليّ، تكون أسعار الخدمات في القطاع العام مدعومة من الدولة وخصوصاً فيما يتعلق بالرعاية الأولية والثانوية التي تقدّم بتذكّرة لا تتجاوز ثلاثة آلاف دينار عادةً، أي حوالي 1.6 دولار أميركي، وتتضمّن خدمات الطوارئ أيضاً (وزارة الصحة والبيئة 2022). والعاملون في الصحة هم موظفون لدى الدولة جميعاً كالأطباء والممرضين وغيرهم، أمّا في القطاع الخاص فأغلب العاملين يعملون لجزء من وقتهم Part time بالإضافة الى عملهم في القطاع العام. وأسعار الخدمات الصحية الخاصة هي عالية بالمقاييس العراقية، وينقسم هذا القطاع الى ثلاثة أقسام: وحدات خاصة داخل المستشفيات والمراكز الحكومية، مستشفيات ومراكز أهليّة، وعيادات وصيديات خاصة غير منضّمة، أيضاً توزيع المستشفيات والمراكز الصحية لا يتناسب مع تركيز السكّان فمثلاً منطقة بغداد الجديدة التي يسكنها حوالي مليون شخص تخلو من أي مستشفى.

لذلك فإن مشكلة الوصول الى الخدمات الصحية في العراق هي اعتماد نوعية هذه الخدمات بشكلٍ أساسي على دخل الفرد وقدرته المالية، بسبب النسبة العالية لما يصرفه الفرد العراقي ولا يستردّه على الخدمات الصحية Out of Pocket، الذي يعود بالأساس لعدم وجود نظام تأمين صحي حقيقي، فالخدمات الصحية العامة لا تتعدّى الخدمات الأساسية وغالباً بجودة أقلّ ممّا يمكن الحصول عليه في القطاع الخاص. ومن المفارقات أن قسماً خاصاً داخل مستشفى حكومي عادةً ما يكون أنظف ويقدم خدمات أفضل ممّا يقدمه القسم العام في المستشفى ذاته، وهذا

يعود بشكل أساسي الى وجود التحفيز المالي الإضافي للعاملين في القسم الخاص بالإضافة الى رواتبهم الحكومية الثابتة. ولذلك فإن الطبقات الهشة ومن هم تحت خط الفقر وذوي الدخل المحدود وحتى فئات الدخل المتوسط الدنيا هم من يعتمدون على الخدمات الصحية العامة، أما ذوو الدخل الأعلى فيمكنهم الحصول على خدمات بجودة أعلى من القطاع الخاص، أو حتى السفر الى بلدان أخرى كلبنان وإيران والهند وتركيا والأردن للعلاج وغالباً ما لا تعوّض الدولة هذه المصاريف العلاجية.

كل هذه العوامل خلقت ثقةً ضعيفة بين المستفيدين من الخدمات الصحية ومقدميها، فصار الباحث عن الخدمة يرى أنه محرومٌ من حقّه في القطاع العام ومُستغلٌّ في القطاع الخاص، أما على الجانب الآخر فيرى العاملون في الصحة أنفسهم محدّدين بما يمكنهم تقديمه داخل القطاع العام بسبب الروتين وعدم وجود التمويل الكافي وحتى الفساد المالي، بالإضافة الى تقييد مساحتهم وتحديد دخولهم بغضّ النظر عن نوع وكميّة الخدمات المقدّمة، لذلك فالإحباط من خدمات القطاع العام موجودٌ لدى المستفيدين منها والعاملين فيها بأوجهٍ مختلفة تنتهي عادةً بنزاع وعدوانية بينهم، حتى تكاد تكون حوادث الاعتداء على الكادر الطبي يومية، فقد غادر 22% من العاملين في الصحة العراق بين 2004 و2007 بسبب العنف والتهديدات (Burnham, Riyadh & Shannon 2009)، وتعزّض 80% من الأطباء العاملين في وحدات الطوارئ للاعتداء والتهديد أثناء عملهم (Donaldson et al. 2012).

بالإضافة الى هذه الأسباب، يُمثّل غياب سجلّ طبيّ قابل للنقل بين القطاعين العام والخاص عائقاً في تكامل هذه الخدمات والوصول إليها، ولذلك يحتاج مقدّمو الخدمات الصحية الى البدء من الصفر مع كلّ مريض بدءاً من التاريخ الطبي وغيره من المعلومات التي يُعتمد فيها كلياً على ذاكرة المريض أو ذويه ممّا يزيد من فرصة أن لا يكون التدخّل الطبيّ مناسباً أو مُكرراً وبالتالي فشله، بالإضافة الى أن القطاع الخاص في غالبه هو غير منظم ولا يوجد تواصلٌ مُهيكل بين مقدّمي الخدمات الصحية فيه.

أيضاً تلعب الأعراف الجندرية والاجتماعية دوراً هاماً في حرمان النساء والفتيات من الوصول الى الخدمات الصحية المناسبة، فمثلاً تُراجع النساء المتزوّجات في الأرياف والعوائل الدينية الطبية النسائية gynecologist لأيّ سبب لديها سواءً كان مُتعلّقاً بصحّتها الإنجابية والجنسية أو بالجوانب الأخرى لتجنّب إجراجه الكشف الطبيّ من طبيب ذكر. فرغم تحسّن الوصول الى الخدمات الصحية للنساء بشكل عام فإن عدم المساواة في هذا الوصول بين المناطق الحضرية والريفية شهدّ ازدياداً كبيراً (Abdulrahim & Bousmah 2019) سببه الأعراف الجندرية التقليدية في الريف خصوصاً، كما أن من الأعراف في المستشفيات أن لا يجري أيّ تدخّل جراحي لمريضة إلاّ بموافقة أحد أفراد عائلتها من الذكور وتُحرم من توقيع ورقة الموافقة على التدخّل الجراحي بنفسها بسبب الخوف من التهديد العشائري.

في الوقت نفسه تُرى بعض الاختصاصات الطبيّة على أنها ذكورية كالجراحة والكسور مثلاً فتجد أغلب المختصّين فيها من الأطباء الذكور ممّا يمنع بعض النساء من الحصول على هذه الخدمات، وللغف الأسري دوره في هذا أيضاً حيث يمنع بعض الأزواج زوجاتهم من مغادرة المنزل والحصول على الرعاية الصحية التي يحتجن لها، أو يُحرمن من وثائقهنّ الأساسية وبالتالي لا يمكنهنّ الحصول على تذكرةٍ تؤهّلهنّ الحصول على العلاج المناسب، وقد صادف كاتب هذا التقرير مثل هذه الحالات بشكلٍ متكرّر في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق الشعبية،

مع غياب قانون للعنف الأسري يحدّد كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات. ويمتلك الكادر الصحي حساسيةً متدنيةً لحالات العنف الأسري بسبب غياب القوانين الداعمة وطرق الإحالة ويتمّ التعامل عادةً مع هكذا حالات بالتغاضي عنها أو حتى الاستهزاء بها، وكذلك ينتشر مصطلح "الهستيريا" في ردهات الطوارئ خصوصاً ويتمّ التعامل معه كتشخيص أولي للنساء في الطوارئ ممّا أدى إلى أخطاءٍ طبية كثيرة بالإضافة إلى التمييز الجندي الذي يتضمّن المصطلح الذي ألغِيَ من الممارسات الطبيّة منذ زمنٍ طويل.

التحدّيات الاجتماعية للوصول إلى خدمات الصحة النفسية هي الأقسى بسبب عدم وجود بنية تحتية مناسبة ولا كادر صحي كافٍ حيث يوجد أقلّ من عاملين إثنين على الصحة النفسية لكل مئة ألف عراقي (WHO 2019)، بالإضافة إلى الوصفة الاجتماعية التي تمنع محتاجي هذه الخدمات من البحث عنها، وأغلب الخدمات التي تقدّم هي على مرحلتين: الدعم النفسي والاجتماعي الأساسي كالاستماع وفيه تقدّم منظمات المجتمع المدني خدمات جيّدة، أو العلاج بالأدوية من أطباء نفسيين.

استنتاجات وتوصيات

إن الصراعات العنيفة والحروب الكثيرة التي مرّ بها العراق أثّرت كثيراً على توفّر وجودة الخدمات الصحيّة وقلّلت من إمكانية حصول الأفراد على حقّهم بالصحة، كما أن مدّة ما بعد حرب الخليج الثانية بضمنها العقوبات الدولية على العراق كانت الأقسى على صحة العراقيين، وما زال العراق يعاني من آثارها الى اليوم كتدمير البنى التحتية وتهالكها، وخلق ثقافة تعامل عدواني بين الباحثين عن الخدمات الصحيّة ومقدّميها، بالإضافة الى ترسيخ الفساد الإداري والمالي في مؤسسات الدولة والقطاع الخاص، ولذلك يُلاحظ أن مؤشرات الحقّ في الصحة سجّلت قيماً متدنّية، فالطبيعة الريعية لاقتصاد الدولة أنشأت اعتماداً صاراً على ما تقدّمه الدولة فقط، التي تغطّي المصاريف التشغيلية لقطاع الصحة العام المترهّل في موازنتها.

يعاني قطاع الصحة في العراق من مشاكل هيكلية أيضاً كغياب نظام موحّد للسجّلات الطبيّة والصحيّة للأفراد فضلاً عن أتمتتها، وعدم التكامل بين خدمات القطاعين العام والخاص بالإضافة الى عشوائية جزء كبير من القطاع الخاص، كما أن عدم وجود نظام حقيقي للضمان الصحي يضع ضغطاً إضافياً على الفئات الهشة، وبالتوازي فإنّ التحدّيات البيئية متصاعدة بالحدّة، والتوقّعات تشير الى أن العراق سيكون من أكثر المتأثرين بالتغيّر المناخي دون أن يأخذ هذا الموضوع أولويّة في الأجندة الحكومية.

بناءً على كلّ هذه الاستنتاجات وما تقدّم من تحليل للمشكلات، يمكن تقديم التوصيات التالية:

الى مؤسسات الدولة:

- وضع تطبيق قانون الضمان الصحي رقم 22 لسنة 2020 ضمن أولويات مؤسسات الدولة المعنيّة وخصوصاً وزارة الصحة والبيئة لما يمكن أن يقدّمه من وصول عادل الى الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص.
- وضع نظام موحّد وإلكتروني للتاريخ الطبي للأفراد قابل للنقل والتحديث والمشاركة يمكن أن يزيد من تكامل الخدمات الصحية والطبية بين القطاعين العام والخاص.
- إعطاء أهمية أكبر لمواضيع الصحة ذات الوصمة الاجتماعية وخصوصاً الصحة العقلية والنفسية والعنف الأسري في الخطط الصحية والتعليمية والإنفاق الحكومي.
- وضع خطط عاجلة للتعامل مع أخطار التغيّر المناخي والتلوّث، وبدء العمل بشكلٍ طارئٍ عليها لأنها صارت واقعاً وتأثيراتها على الصحة والأمن البشري جسيمة.
- توفير مرونة أكبر للعاملين على الصحة للانتقال والعمل بين القطاعين الخاص والعام يمكن أن يساهم في تقديم خدماتٍ صحيّة أفضل، وكذلك تفعيل وتحديث أنظمة التعليم الطبي المستمر.
- فهم ومعالجة العوائق التي تمنع النساء والفتيات وخصوصاً في المناطق

الريفية والعشوائيات من الحصول على الخدمات الصحية، وكذلك العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافة التي تهدد حقهن في الصحة.

الى المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والنقابات:

- تكثيف جهود المدافعة مع مؤسسات الدولة ومساءلتها لتوفير الحق بالصحة بشكل عادل لجميع الأفراد، وبضمنها المدافعة للتطبيق العاجل لنظام الضمان الصحي والتركيز على الصحة العقلية والنفسية، ومواجهة أخطار التغير المناخي، ووضع قوانين وإجراءات تضمن الحق في الصحة للفرد والمجموعات أبعد من الخدمات الصحية فقط وبدون تمييز.
- المدافعة لإقرار قانون العنف الاسري لما يمكن أن يقدمه من نظم إحالة قد تساهم في إنقاذ ضحايا العنف الأسري، النساء والأطفال خصوصاً، وتحافظ على سلامة مقدمي الخدمات الصحية ممن يخبرون عن هكذا حالات.
- المدافعة مع الجهات الدولية للضغط على الحكومة العراقية في معالجة الأولويات المذكورة، وتوفير التمويل اللازم للعمل على قضايا الحق في الصحة وربطها بأهداف التنمية المستدامة.
- المساهمة في نشر ثقافة الحق في الصحة والحفاظ على البيئة والتعامل مع أخطار التغير المناخي على المستوى المجتمعي.
- تيسير آليات العمل المشترك بين الحكومة والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية على تحديات الحق في الصحة، ووضع مؤشرات لقياس التقدم في هذه الناحية وإنتاج تقارير دورية عنها .
- تقديم طرق للوساطة غير التقليدية بين العاملين في قطاع الصحة والباحثين عن الخدمات الصحية لمعالجة التعامل العدواني بينهم بتوفير بدائل سلمية لفهم احتياجات بعضهم البعض كمهارات التواصل مثلاً.

المراجع

- الألوسي، مصعب. 2021. "النظام الصحي في العراق: علامة أخرى على دولة متداعية." [رابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء في وزارة التخطيط العراقية. 2022. "المؤشرات السكانية." [رابط](#).
- حسين، غصون. 2014. "التطور الصحي في العراق في ستينيات القرن الماضي." [رابط](#).
- حميد، حيدر. 2021. "عندما أصبحت وزارة الصحة مديرية عامة 1922 _ 1952." [رابط](#).
- خلف، صفاء. 2019. "أزمة العطش، الكارثة المائية في العراق. في العراق ما بعد داعش، أزمات الإفراط بالتفأول." بغداد: دار الكتب العلمية.
- خلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي. 2020. "الورقة البيضاء، التقرير النهائي لخلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي." [رابط](#).
- سالم، زيد. 2022. ارتفاع نسبة الفقر في العراق إلى 25% خلال 2022، العربي الجديد. [رابط](#).
- العلوان، علاء الدين. 2019. "الوضع الصحي في العراق. التحديات وأولويات العمل. تقرير يوثق الوضع الحالي وأولويات العمل للفترة من تشرين الثاني 2018 الى نيسان 2019 والتوجهات الاستراتيجية لعام 2019 وما بعده. بغداد: وزارة الصحة والبيئة."
- كاظم، حسن. 2021. "القطاع الخاص في العراق، مسالة القطاع الخاص لتحقيق التنمية المستدامة." في: راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية، دور القطاع الخاص في التنمية ومحدودية أطر التنمية. بيروت: شبكة المنظمات غير الحكومية العربية للتنمية.
- الملا، وسام. 2022. "وزير الصحة: تطبيق الضمان الصحي سيبدأ في 3 محافظات كمرحلة أولى. وكالة الأنباء العراقية." [رابط](#).
- الورد، علي. 1996. "لمحات اجتماعية من تاريخ العراق، الجزء الأول، من بداية العهد العثماني حتى منتصف القرن التاسع عشر. 1992. قم: انتشارات الشريف الرضي."
- وزارة الصحة. 2014. "السياسة الصحية الوطنية 2014-2023."
- وزارة الصحة والبيئة. 2022. "مشروع التمويل الصحي المحدث لسنة 2022." [رابط](#).
- وزارة الصحة والبيئة. 2021. "التقرير الإحصائي السنوي 2021."

- Abdulrahim, S., & Bousmah, M. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." *International Journal of Health Services*, 49(3): 623-41. [Link](#).
- Al-Dewachi, O. 2017. "Ungovernable Life: Mandatory Medicine and Statecraft in Iraq." Stanford, California: Stanford University Press. [Link](#).
- Al-Dewachi, O. 2013. "War and the Costs of Medical Travel for Iraqis in Lebanon." [Link](#).
- Al-Hejuje, M.M., Hussain, N.A., & Al-Saad, H.T. 2017. "Applied Heavy Metals Pollution Index (HPI) as a Water Pollution Indicator of Shatt Al-Arab River, Basrah-Iraq." *International Journal of Marine Science*, 7(35): 353-60. [Link](#).
- Al-Jebory, A.M. 2017. "The Impact of Financial Development on Iraqi Economic Growth 1970-2015." *Magazine of College Administration & Economics for Economic Administration & Financial Studies*, University of Babylon, 9(4): 65-100. [Link](#).
- Backman, G., et al. 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet*, 6736(08): 61781-X. [Link](#).
- Burnham, G., Lafta, R., & Doocy, S. 2009. "Doctors Leaving 12 Tertiary Hospitals in Iraq, 2004–2007." *Social Science & Medicine*, 69: 172–77. [Link](#).
- Donaldson, R., et al. 2012. "A Survey of National Physicians Working in an Active Conflict Zone: The Challenges of Emergency Medical Care in Iraq." *Prehospital and Disaster Medicine*, 27: 153–61. [Link](#).
- Fathallah, H. 2020. "Economic Shocks Arising from the Pandemic and Collapsing Oil Markets Expose Iraq's Fragile Governance and Food Insecurity." [Link](#).
- International Republican Institute. 2020. "'Nurid Watan!' 'We Want a Homeland!' Basrawi Perspectives on the 2019 Protests in Iraq's Basra Province." Washington, DC: International Republican Institute. [Link](#).
- International Organization for Migration (IOM) Iraq. 2022. "Migration, Environment, and Climate Change in Iraq." [Link](#).
- IQAir. 2022. "World's Most Polluted Countries and Regions, Historical Data 2018-2021." [Link](#).
- Iraq Body Count. 2022. "Documented Civilian Deaths from Violence." [Link](#).
- Marr, P. 2012. "The Modern History of Iraq. 3rd Edition." Boulder, CO: Westview Press.

- Miri, A. 2022. "Storms without Borders, Iraq Faces Increased Weather-related Challenges." Chaldean News. [Link](#).
- Price, R. 2018. "Environmental Risks in Iraq, Helpdesk Report." Institute of Development Studies. [Link](#).
- The World Bank. 2022a. "Hospital Beds (per 1,000 people) – Iraq." [Link](#).
- The World Bank. 2022b. "Current Health Expenditure (% of GDP) – Iraq." [Link](#).
- The World Bank. 2022c. "IBRD: Summary of Current Loans for Iraq." [Link](#).
- ThinkHazard. 2022. "Iraq Report." [Link](#).
- Transparency International. 2022. "Corruption Perceptions Index 2021." [Link](#).
- UNICEF. 2019. "Iraq, Multiple Indicator Cluster Survey, 2018, Survey Findings Report." [Link](#).
- Warda, W., & Shihab, H. 2021. "Internally Displaced Persons (IDPs) in Iraq: Conditions and Challenges." RESPOND Policy Brief [2021/11]. [Link](#).
- World Food Programme (WFP). 2022. "Iraq Market Monitor Report. Issue No. 31 March 2022." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2022. "Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region: Core Indicators and Indicators on the Health-Related Sustainable Development Goals, 2021." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2021. "Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region: Core Indicators and Indicators on the Health-Related Sustainable Development Goals, 2020." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2020. "Health Workforce Snapshot, Iraq." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2019. "Mental Health, Human Resources, Data by Country." [Link](#).
- Younis, N. 2022. "Early Warning: How Iraq Can Adapt to Climate Change." London: European Council on Foreign Relations. [Link](#).

القوانين

- الدستور العراقي (2005).
- قانون البطاقة الوطنية رقم 3 لسنة 2016.
- قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981 المعدل.
- قانون الضمان الصحي رقم 22 لسنة 2020.
- قانون الموازنة العامة الاتحادية لجمهورية العراق للسنة المالية 2019، رقم 1 لسنة 2019.
- قانون الموازنة العامة الاتحادية لجمهورية العراق للسنة المالية 2021، رقم 23 لسنة 2021.
- قانون تدرُّج ذوي المهن الطبية والصحية رقم 6 لسنة 2000.
- قانون وزارة الصحة رقم 10 لسنة 1983.
- قرار سلطة الائتلاف المؤقتة رقم 75 لسنة 2004.

إعمال الحق في الصحة في الأردن مُيسرات ومُعيقات

حمزه الدريدي

أستاذ مشارك في قسم تمريض صحة المجتمع بكلية
التمريض في الجامعة الأردنية

عميد شؤون الطلبة في جامعة العقبة للعلوم الطبية،
وعضو هيئة تدريس في قسم العلوم الطبية الأساسية
فيها، وأستاذ مشارك في قسم تمريض صحة المجتمع
بكلية التمريض في الجامعة الأردنية، وعضو في لجنة
الاعتماد في المجلس التمريضي الأردني (JNC).

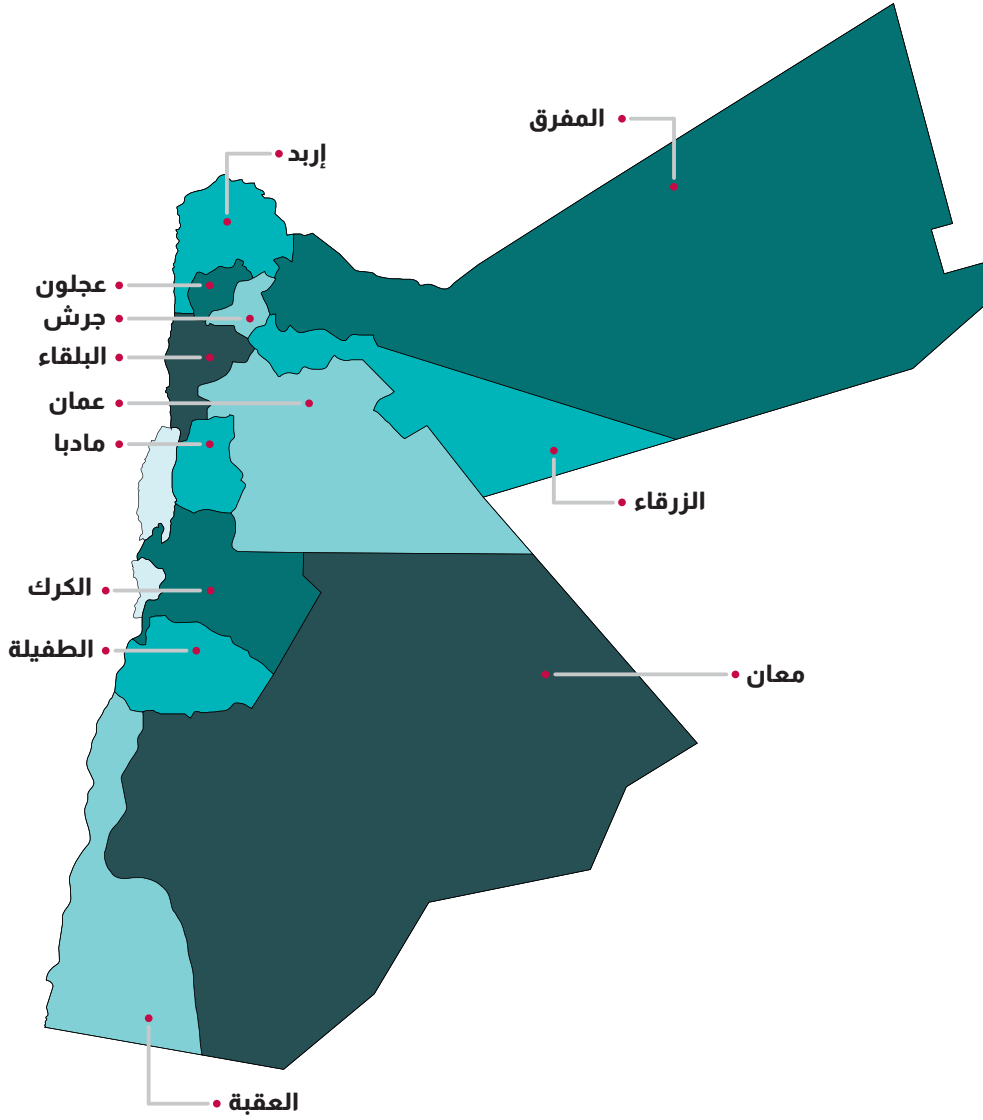
تقديم

تقوم الشبكة العربية للمنظمات غير الحكومية للتنمية (الراصد العربي) بإعداد تقارير دورية للوقوف على الواقع والتحديات في الأقطار العربية في ما يتعلق بموضوعات الحقوق المدنية والعدالة الاجتماعية للمجتمعات العربية، كالـتعليم والعمل والحماية الاجتماعية والغذاء وغيرها. وفي عام 2022، بدأ الراصد العربي بالعمل على موضوع التقرير الحالي (الحق في الصحة) في الأقطار العربية المختلفة، ومنها المملكة الأردنية الهاشمية. ونظراً لارتباط الموضوع بخبراتي السابقة في مجالات الصحة العامة، وصحة الفئات الهشة كـاللاجئين والنازحين، والمحددات الاجتماعية للصحة، فقد تشرفت بتكليف الراصد العربي لي بكتابة هذا التقرير بعنوان (الحق في الصحة في الأردن) والذي بدأ العمل عليه في صيف عام 2022 والانتهاء من كتابته في شهر آذار من عام 2023. وقد روعي في كتابة هذا التقرير إشراك الخبراء والجهات ذات العلاقة وشركاء الراصد العربي في الأردن، وعدم الاقتصار على الجانب العملي الخدماتي للصحة في الأردن، بل تقديم توصيف وتحليل شامل للجوانب السياسية والقانونية والاجتماعية المتعلقة بالصحة كـحق في الأردن. كما روعي في كتابة التقرير التنوع في مصادر البيانات، والتي ضمت مراجعة مكتبية شاملة لمنشورات وتقارير وسجلات الجهات ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن، إضافة إلى عقد مجموعة نقاش معقدة ضمت الشركاء والجهات ذات العلاقة، إضافة إلى إجراء المقابلات الفردية مع الخبراء. وبهذا تكون النتائج والتوصيات التي توصل إليها التقرير أكثر موضوعية وتنوعاً، وأكثر شمولية للواقع الصحي في الأردن بجوانبه المختلفة. وختاماً، يُسعدني أن أضع هذا التقرير بين أيديكم، راجياً أن أكون قد وفقت في توصيف وتحليل الواقع الأردني في ما يتعلق بالحق في الصحة، وتحديد الفجوات والتحديات الأكثر إلحاحاً، واقتراح التوصيات الملائمة والقابلة للتنفيذ، والتي من شأنها تعزيز حق الأردنيين في الحصول على الصحة التي تلبي احتياجاتهم وتراعي خصوصيتهم وأولوياتهم، ضمن منظومة صحية عادلة ورسنية.

السياق الوطني

المملكة الأردنية الهاشمية (شكل 1)، وعاصمتها عمّان، هي إحدى الدول العربية الواقعة في منطقة شرقي البحر المتوسط، غرب القارة الآسيوية. تبلغ مساحة الأردن حوالي 89 ألف كيلومتر مربع، وتحدها من الشمال الجمهورية العربية السورية، ومن الشمال الشرقي جمهورية العراق، ومن الشرق والجنوب المملكة العربية السعودية، ومن الغرب الأراضي الفلسطينية المحتلة. يزيد عدد السكّان في الأردن على 11 مليون نسمة، يعيش منهم قرابة 38% في العاصمة عمّان. تُقسّم الأردن إدارياً إلى 12 محافظة، تُشكّل 4 منها (إربد، المفرق، جرش، وعجلون) إقليم الشمال، وتُشكّل 4 أخرى (العاصمة، البلقاء، الزرقاء، ومادبا) إقليم الوسط، بينما تُشكّل 4 أخيرة (الكرك، الطفيلة، معان، والعقبة) إقليم الجنوب وهو الأكبر مساحةً والأقلّ في عدد السكّان. ما لا يقلّ عن 750 ألفاً من مجموع السكان في الأردن لاجئون، أغلبهم سوريون يتركّزون في إقليمي الوسط والشمال. كما تُشير الأرقام أن ما لا يقلّ عن مليون وربع هم سكّان غير أردنيين من غير اللاجئين، من الجنسيات العربية كالمصريين والفلسطينيين والعراقيين (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

شكل 1. محافظات الأردن



تأسست الدولة الأردنية عام 1921 إبان انتهاء الحرب العالمية الأولى تحت اسم "إمارة شرقي الأردن" وظلت تحت الانتداب البريطاني حتى نالت استقلالها عام 1946 بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، وحينها تغيّر اسم الدولة ليصبح "المملكة الأردنية الهاشمية" تحت حكم الملك المؤسس عبدالله الأول ابن الحسين، وظل الحكم في نسله حتى آل إلى الملك عبدالله الثاني ابن الحسين عام 1999 وحتى الآن. يُعدّ نظام الحكم في الأردن نيابياً ملكياً وراثياً كما نصّ عليه الدستور الأردني عام 1952، حيث يُعدّ الملك رأس الدولة، ويرأس السلطة التنفيذية. وقد انضمت الأردن إلى عضوية هيئة الأمم المتحدة عام 1955، وهي إحدى الدول المؤسّسة لجامعة الدول العربية منذ عام 1945 (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

تصل خطوط المياه والكهرباء إلى أكثر من 95% من بيوت الأردنيين، أمّا شبكة الصرف الصحي فتصل ثلثي البيوت فقط. ويُعدّ التعليم في الأردن إلزامياً ومجانياً حتى الصف العاشر الأساسي، وقد سجّل الأردن أعلى نسبة تعليم في منطقة الشرق الأوسط حيث تصل نسبة القدرة على القراءة والكتابة فيه إلى 95%. ويذكر

أنَّ الشعب الأردني من أكثر الشعوب العربية إنفاقاً على التعليم الجامعي، حيث يلتحق قرابة 200 ألف طالب بالتعليم الجامعي في 23 جامعة أردنية حكومية وخاصة، بالإضافة إلى 20 ألفاً آخرين يتلقون تعليمهم الجامعي في الخارج. ويُصنّف الأردن من الدول منخفضة الدخل حيث يبلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي قرابة 1,640 ديناراً (≈ 2,300 دولار أميركي)، ويعاني الأردن من نسب مرتفعة من البطالة (22.6%) والفقر (24.1%) حسب الأرقام الحكومية عام 2022. غير أنَّ الأردن يعاني من شحٍّ في موارد الطاقة الأحفورية كالنفط والغاز الطبيعي، كما يُعدُّ أحد أكثر دول العالم فقراً في مصادر المياه العذبة، إذ تبلغ حصّة الفرد 156 متراً مكعباً سنوياً، علماً بأنَّ خط الفقر المائي عالمياً هو 1,000 وخط الشحّ المائي المُطلق عالمياً هو 500 متر مكعب سنوياً للفرد (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

أهداف التقرير

رغم أنَّ الأردن قد خطا خطواتٍ مهمّةً في تحسين الوضع الصحيّ لسكّانه، وحقّق تقدّماً ملحوظاً في العديد من المؤشّرات الصحيّة، مثال وفيات حديثي الولادة، ووفيات الأطفال دون الخامسة، ونسب تلقّي المطاعيم، ونسب شمول التأمين الصحيّ، ووصول خدمات المياه والكهرباء لمختلف المناطق، وغيرها، إلّا أنّه قد تأثّر سلباً بمجموعةٍ من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تسبّبت في العقود الأخيرة بتأخير أو تعطيل الحكومات المتعاقبة عن الاستمرار في تنفيذ الإجراءات الرامية إلى تأمين الصحة كحقٍّ للمواطنين. ونظراً لهذه الظروف، كان لا بدّ من القيام بمراجعة شاملة لموضوع الحقّ في الصحة. ومن أجل ذلك، تمّ إعداد هذا التقرير ليضع حالة الحقّ في الصحة في الأردن بصورة متكاملة وشمولية بين يدي القارئ، ويقدم مجموعة من التوصيات التي من شأنها تعزيز الحقّ في الصحة في الأردن.

تكمن أهميّة هذا التقرير في كونه يُقدّم لصانعي القرار المتعلّق بالحقّ في الصحة في الأردن مُلخصاً للواقع الصحيّ المُعاش في البلاد، وتحليلاً موضوعياً لجوانبه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والقانونية. كما يُقدّم التقرير خلاصة آراء الخبراء وأصحاب العلاقة بين أيدي صانعي القرار الصحيّ على شكل توصيات قابلة للتنفيذ في المدى المنظور. وممّا لا شكّ فيه أنَّ هذا التقرير يأتي في وقتٍ حسّاس، بدأت الأردن فيه للتوّ بالتعافي من تبعات جائحة كوفيد-19 وما كشفته من أوجه الخلل والضعف في المنظومة الصحيّة الأردنية، وفي وقتٍ تبدأ فيه المملكة الأردنية الهاشمية المئوية الثانية من تاريخها كدولة ضمن رؤية شاملة للتطوير والتحديث وتعزيز المُنجزات وتجاوز العثرات وتصويب الأخطاء في كافّة القطاعات، ومن ضمنها القطاع الصحيّ الذي يخدم أكثر من 11 مليوناً من سكّان الأردن.

إنّ هذا التقرير يمكن الاستفادة منه في رسم السياسات الملائمة للارتقاء بالإجراءات اللازمة لإعمال الحقّ في الصحة للأردنيين وغيرهم من سكّان الأردن. وعليه، فإنّ علي رأس الجهات التي قد تجد هذا التقرير مُفيداً: السلطة التشريعية في الأردن، ممثلةً بمجلس الأمة بشقيّيه؛ مجلس الأعيان ومجلس النواب. كذلك، فإنّ السلطة التنفيذية ممثلةً بالجهات الحكومية كوزارة التخطيط والتعاون الدولي، ووزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية قد تجد في هذا التقرير العون لوضع اليد على ما يلزم الانتباه إليه والعمل على تطويره من خدمات وسلع ومرافق الصحة في الأردن. علاوةً على ذلك، فإنّ المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية المهتمة بالشأنين الحقوقي والصحيّ في الأردن قد تستعين بنتائج وتوصيات هذا التقرير لتحديد أولويات برامجها ذات الصلة في الأردن. وأخيراً، فإنّ المؤسسات الأكاديمية والبحثية والإعلامية المهتمة بالحقّ في الصحة في الأردن قد تجد في هذا التقرير

مصدراً شاملاً للمعلومات والنتائج والتوصيات، التي قد تشكّل مادّة هامة للدراسة والتحليل والمتابعة للسنوات القادمة.

يهدف هذا التقرير إلى تقديم توصيف وتحليل موضوعيين لحالة الحق في الصحة في الأردن من خلال تناول الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والقانونية المؤثرة على المنظومة الصحية في البلاد، والتطرق إلى الخدمات والمرافق الصحية المقدّمة، ومراجعة الأدبيات والتقارير والبيانات ذات الصلة، واستطلاع آراء الخبراء وأصحاب المصلحة. ويُسلّط التقرير الضوء على كلّ من:

- الواقع الصحي في الأردن، من ناحية التشريعات والحوكمة وأهداف التنمية المُستدامة، والموارد الصحية البشرية والمادية والتقنية.
- التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية في الأردن، وعلى وجه الخصوص الفجوات في التشريع والتمويل والحوكمة، الفجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية، والفجوات في جودة الرعاية الصحية.
- توصيات الخبراء وأصحاب المصلحة لإعمال الحق في الصحة في الأردن.

نبذة تاريخية عن المنظومة الصحية في الأردن

منذ تأسيسها عام 1921، سعت الدولة الأردنية لتوفير الرفاه لأفرادها، بما في ذلك القطاع الصحي. وعلى مدى مئة عام من تاريخ الدولة، شهد القطاع الصحي تطوراً مستمراً. ففي العقد الأول من تاريخ الدولة، تم تأسيس أول مديرية للصحة وبميزانية 11,000 دينار أردني، تبعها إصدار أول قانون يُنظّم الشؤون الصحية عام 1923، كما تم إنشاء وافتتاح أول مستشفى حكومي بسعة 20 سريراً، ووصل عدد الأطباء في الأردن عام 1926 إلى 28 طبيباً. وفي العقد الثاني والثالث من عمر الدولة، استمر تطوير القطاع الصحي، حيث افتتح المزيد من المستشفيات ليصبح عددها سبعة مستشفيات عام 1946، وتخطّى عدد الأطباء 124 طبيباً، وتم إنشاء وزارة الصحة عام 1950. وفي العقود التي تلت، شهد القطاع الصحي الأردني نقلة نوعية من النواحي التشريعية والإدارية والمالية، ففي عام 1972 تم سنّ قوانين النقابات الصحية، وارتفعت أعداد مديريات الصحة والمستشفيات لتُغطّي كافة محافظات المملكة، واستمرت الميزانية الخاصة بالصحة في الارتفاع إلى أن بلغت في أواخر التسعينيات نحو 6 ملايين دينار، وبلغ عدد المستشفيات عام 1999 نحو 84 مستشفى بسعة 8,659 سريراً (وزارة الصحة الأردنية 2022).

وفي الألفية الجديدة، استمر تطوير القطاع الصحي، وقد انعكس ذلك على مؤشرات الأردن الصحية، ففي عام 2017 كان معدّل العمر المتوقّع عند الولادة للأردنيين حوالي 73 سنة (لدى النساء 74.4 ولدى الرجال 71.6 سنة)، وانخفض معدّل وفيات حديثي الولادة ليلبغ 11 فقط لكل 1,000 ولادة حيّة، وانخفض معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة ليلبغ 19 فقط لكل 1,000 ولادة حيّة. كما ارتفع عدد المستشفيات في الأردن ليلبغ 118 مستشفى بسعة إجمالية فاقت 15,000 سرير عام 2020، موزعة على القطاعات الصحية كما هو موضح في **الجدول (1)** أدناه. لكن من الجدير بالذكر أنّ مستشفيات القطاع الخاص تتركز غالباً في المدن الكبرى كعمّان وإربد والزرقاء (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

جدول 1. عدد المستشفيات في الأردن حسب القطاع عام 2020

القطاع الطبي / السنة	عدد المستشفيات	2020	
		عدد الأسرّة	%
وزارة الصحة	32	5251	35.0
الخدمات الطبية	15	3154	21.0
الجامعة الأردنية	1	625	4.2
مستشفى الملك عبدالله المؤسس	1	558	3.7
القطاع الخاص	69	5415	36.1
المجموع	118	15003	100.0

المصدر: www.moh.gov.jo

وفي ما يتعلّق بخدمات الرعاية الصحيّة الأولى، فقد انتشرت مراكز الرعاية الصحيّة الأولى في مختلف محافظات ومناطق المملكة كافّة، والتي تقدّم خدماتها للمواطنين بشكل مجّاني، وقد انعكس التطوّر الحاصل في خدمات الرعاية الصحيّة الأولى على نسبة التطعيم ضدّ الأمراض المعدية، والتي فاقت 98% عام 2022، مقارنةً بـ 90% عام 2000. أمّا بالنسبة إلى أعداد مراكز الرعاية الصحيّة الأولى، فقد بلغت أعداد المراكز الشاملة عام 2021 نحو 121، والمراكز الأولى نحو 366، والمراكز الفرعية نحو 187، وعيادات الأمومة والطفولة نحو 502، وعيادات الأسنان نحو 440. ومن الجدير بالذكر أنّ توزيع هذه المراكز يراعي الكثافة السكانية في مناطق المملكة المختلفة، من الحضر والأرياف والبادية. كما تمّ تنشيط نظام رصد الأمراض، وتحسين البرنامج الوطني للتطعيم، وتعديل قانون الصحة العامة لعام 2008 ليلبي الحاجات المستجدة لصحة المجتمع الأردني، وإقرار قانون المساءلة الطبية لعام 2018 (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

هذا، وقد شهد القطاع الصحيّ الأردني تطوراً لافتاً في الخدمات الصحيّة المتخصّصة والمتقدّمة، فقد تمّ تأسيس مجموعة من المراكز المتخصّصة منها مركز الحسين للسرطان، والذي يُعدّ الأوّل على الدول النامية والسادس عالمياً وفق تصنيفات الاعتماد الدولي. وكذلك تمّ افتتاح المركز الوطني للسكّري والغدد الصمّ والوراثة، ومركز العلاج بالخلايا الجذعية، واستحداث خدمات وتقنيات صحيّة رائدة ومُتقدّمة مثل زراعة الفوقعة لعلاج الصمم، وزراعة الكبد والكلّى والقلب. كما تمّت حوسبة سجلّات ومعاملات المستشفيات والمرافق الصحيّة من خلال نظام "حكيم" وتطبيق برنامج التحوّل الإلكتروني لوزارة الصحة، وإطلاق الخطّ الساخن ونظام التبليغ الإلكتروني التفاعلي لرصد الأمراض السارية وغير السارية والأمراض النفسية. إضافة إلى العديد من التطبيقات الذكية التي ساعدت كثيراً في تتبّع المخالطين وتنظيم الحجر المنزلي وغرف المرضى والعناية الحثيثة في ظلّ جائحة كوفيد-19 (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

وفي ما يتعلق بالموارد البشرية الصحيّة في الأردن، فقد بلغ معدّل توزيع الأطباء في الأردن 32 طبيباً لكل 10,000 نسمة، وهذه النسبة من أعلى النسب في العالم، وتبلغ نسبة توزيع الممرّضين في الأردن 17.8 ممرّضاً لكل 10,000 نسمة، ونسبة الصيدالة في الأردن 10.4 صيدلياً لكل 10,000 نسمة. غير أنّ توزيع هذه الموارد البشرية، لا سيّما المختصّة منها، على مناطق الأردن المختلفة ليس عادلاً؛ إذ تُظهر الأرقام الرسمية تركّزاً ملحوظاً للمهنيين الصحيين المختصين في المدن الكبرى في إقليمي الوسط والشمال، بينما تعاني المناطق الطرفية، لا سيما في إقليم الجنوب، من نقص في الكثير من الاختصاصات. هذا، ويتميّز الأردن بوجود نقابات منذ عام 1972 تنظّم شؤون العاملين في المهن الصحيّة كالأطباء والممرّضين والصيدالة وأطباء الأسنان، إضافةً إلى المجلس الصّحيّ العالي، والمجلس الطّبيّ الأردني، والمجلس التمريضي الأردني، والتي تعمل بالشراكة مع وزارة الصحة من أجل التخطيط الاستراتيجي الأمثل للمهن الصحيّة، وتنظيم شؤون التراخيص والتدريب والتطوير المهني. كما يتميّز الأردن بوجود الجامعات والكليات الجامعية التي تقدّم برامج الدبلوم المهني والبيكالوريوس في المهن الصحيّة، إضافةً إلى برامج الاختصاص العالي والدراسات العليا في التخصصات الصحيّة، ويساعدها في ذلك وجود مستشفيات أكاديميين هما مستشفى الجامعة الأردنية في العاصمة عمان، ومستشفى الملك عبدالله الأول المؤسّس التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في محافظة إربد في الشمال (الموقع الرسمي لمؤوية الدولة الأردنية 2022).

أمّا في ما يخصّ التأمين الصّحيّ، فبحسب أرقام مديرية التأمين الصّحيّ في وزارة الصحة عام 2022، بلغت نسبة الأردنيين المؤمنين صحياً حوالي 72%، غير أنّ المصدر لا يحتوي على بيانات تتعلّق بأعداد الأشخاص ذوي التأمين المتعدّد، أو نسب التأمين لدى الأشخاص المقيمين على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية من غير الأردنيين، كما لا تتحدّث الأرقام الرسمية بالتفصيل عن الصفات الديموغرافية للأردنيين غير المؤمنين والذين تُناهم نسبتهم 28%. كذلك، لا تتحدّث الأرقام الرسمية بشكل مفصّل عمّا يتمّ تقديمه للأشخاص المغضّين بالتأمين من خدمات، من حيث الأدوية والاستشارات والإجراءات الجراحية وغير الجراحية وما شابه. ومن الجدير بالذكر أنّ كافّة الأردنيين الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فما فوق، والأطفال الأردنيين دون السادسة مشمولون مجّاناً بالتأمين الصّحيّ المدني. كما تمّت تغطية العائلات المشمولة في شبكة الأمان الاجتماعي، ممّن يقلّ دخلهم الشهري عن 300 دينار، والبالغ عددهم قرابة 300,000 مواطن وبشكل مجّاني في التأمين الصّحيّ المدني. وتعمل الحكومة، حسب مسؤولين، على التوسّع في التأمين الصّحيّ للوصول إلى تأمين صّحيّ يشمل جميع المواطنين، غير أنّها تصطدم بعوائق عدّة، منها نقص التمويل، وتعدّد المرجعيات، ومشكلات في الحصول على البيانات التأمينية الحديثة والدقيقة (دائرة الإحصاءات العامة 2018).

العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المرتبطة بالحق في الصحة

من الواضح أنّ الحق في الصحة في أيّ بلد يتأثر بمجموعة كبيرة ومتنوّعة من العوامل، منها الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والقانوني، إذ لا يمكن النظر إلى الحق في الصحة في أيّ مجتمع بمعزل عن المحدّدات الاجتماعية-الاقتصادية (كمستوى الدخل والتعليم)، والسياسية (ككفاءة وجودة النظام الصّحيّ وحُسن حوكمته)، والقانونية (كالقوانين والأنظمة المرتبطة بالصحة) في ذلك المجتمع. وقد

شدّد المركز الوطني الأردني لحقوق الإنسان (المركز الوطني لحقوق الإنسان 2021) في تقريره السنوي الثامن عشر عام 2021 على أنّ الحقّ في الصحة هو أحد حقوق الإنسان الذي تكفله المواثيق الدولية، وتُنظّمه في الأردن مجموعة من القوانين، ويرتكز على مجموعة من العناصر كإمكانية الوصول للصحة، توافر مرافق ووسائل وخدمات الصحة، مقبولة المرافق والسلع والخدمات الصحيّة وملاءمتها أخلاقياً وثقافياً، النوعية الجيدة للمرافق والسلع والخدمات الصحيّة، مشاركة المستفيدين في صياغة السياسات الصحيّة، والمساءلة. ويعرض تقرير المركز الوطني لحقوق الإنسان مجموعة من العوامل التي ترتبط بشكل وثيق بتحقيق هذه العناصر، حيث يربط التقرير بين الحقّ في الصحة وبين الحالة الاجتماعية الاقتصادية للأفراد في الأردن، بما فيها مشكلتا الفقر والبطالة. كما يربط بين الحقّ في الصحة وبين سياسات الدولة - لا سيّما في ما يتعلّق بالإنفاق على الرعاية الصحيّة، وكذلك تأثير استقبال الأردن لأعداد كبيرة من اللاجئين وتحقّله تكلفة عالية في سبيل تأمين احتياجاتهم، وكذلك الربط بين الحقّ في الصحة وبين التشريعات والقوانين المتصلة بالشأن الصحيّ (المركز الوطني لحقوق الإنسان 2021).

ويمكن تلخيص أكثر العوامل ارتباطاً بالحقّ في الصحة في الأردن في ما يلي:

■ مشكلتا الفقر والبطالة

لطالما عانى الأردن من مشكلتي الفقر والبطالة، خصوصاً في العقدین الأخيرين، اللذين شهدا هزّات عالمية وإقليمية كثيرة عصفت نتائجها بالوضع الاقتصادي للأردن. منها الربيع العربي الذي بدأ على أبواب العقد الثاني من الألفية الجديدة، ونجمت عنه تحولات كبرى في خارطة السياسة والاجتماعية للبلدان العربية. حيث أدّى إلى تغييرات في موارد البلدان العربية الاقتصادية، فعلى سبيل المثال انخفضت عائدات السياحة، وتغيّرت توجّهات المانحين والمقرضين الدوليين. كما نتجت عنه موجات كبرى من اللجوء والنزوح، كان للأردن نصيب كبير في استقبالها، خصوصاً من الجمهورية العربية السورية، التي تحوّل الربيع العربي فيها إلى حرب أهلية أجبرت الملايين على الفرار بأرواحهم إلى بلدان الجوار، ومنها الأردن، الذي اتّبع سياسة فتح الباب لللاجئين. ومن الهزات التي أصابت الأردن رفقة بقية دول العالم، الأزمة الاقتصادية التي سُمّيت "أزمة التمويل العقاري" بين عامي 2008 - 2009، والتي عصفت بالأسواق المالية وأربكت اقتصادات الدول، وغيّرت خارطة المال والأعمال بشكل سلبي. وكذلك جائحة كوفيد-19 التي انتشرت في بلدان العالم ووصلت إلى الأردن في آذار عام 2020 وأدّت على مدار عامين وتّيف إلى إنهاك الاقتصاد الأردني بشكل مباشر (بسبب تعطلّ عجلة الإنتاج وتكلفة التعامل مع الجائحة)، وغير مباشر (بسبب توقّف عددٍ من الأنشطة الاقتصادية الرافدة للموازنة الأردنية، على رأسها السياحة). وأخيراً، اندلعت الحرب الروسية الأوكرانية عام 2022 وأدّت إلى ارتفاع كبير في أسعار الواردات الرئيسية للأردن، كالقمح وغيره من المواد الغذائية، لتُضيف مزيداً من المتاعب إلى الاقتصاد الأردني، والذي لم يكد يتعافى من تبعات جائحة كوفيد-19 حينئذٍ.

هذه المشكلات الاقتصادية المتلاحقة لم تساعد الحكومات الأردنية المتعاقبة في إيجاد الحلول الكفيلة بكبح جماح مشكلتي الفقر والبطالة. بل أنّ المشكلتين قد تفاقمتا في ظلّ الظروف الصعبة، لتسجّل نسب الفقر والبطالة أرقاماً قياسية غير مسبوقة، حيث بلغت نسبة الأردنيين تحت خطّ الفقر 24.1%، ونسبة البطالة 22.6% في عام 2022 حسب ما نشرته الحكومة الأردنية. ومن المعلوم أنّ الحصول على تأمين صحيّ للبالغين مرتبط بشكل وثيق بحصولهم على فرص عملٍ تؤمّن

لهم تغطية ملائمة في التأمين الصحي، علاوة على النسبة المرتفعة من السكان -مواطنين وغير مواطنين- الذين يعملون في القطاع غير الرسمي (المعروف بقطاع المياومة) والذين لا يتمكنون غالباً من الحصول على امتياز التأمين الصحي نظراً لطبيعة عملهم. وعليه، فإن ارتفاع نسب البطالة ونسب العاملين بالمياومة في أي مجتمع يرتبط في العادة بانخفاض تغطية التأمين الصحي للأشخاص العاطلين عن العمل أو عمال المياومة ومن يعولونهم. وكذلك فإن الأبحاث تشير إلى الارتباط الكبير بين تدني مستويات الدخل وبين تراجع المخرجات الصحية للأفراد والأسر. وعليه، فإن الفقر الذي تعاني منه شرائح متزايدة من السكان في الأردن له الأثر السلبي على صحتهم الجسدية والنفسية بالعموم (المجلس الوطني لشؤون الأسرة 2018).

■ ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية وزيادة الإنفاق

لقد ترافق التقدم الهائل في التكنولوجيا الطبية الذي شهده العالم في العصر الحديث مع ارتفاع مُطَّرد في تكلفة الرعاية الصحية وزيادة ملموسة في الإنفاق عليها، ممّا يعني أنّ الكثير من العلاجات والإجراءات الطبية المتقدمة لا يمكن تقديمها لمن لا يملك ثمنها (ميدكس-جوردان 2022). وقد كان لهذا الارتفاع الكبير في تكلفة الرعاية الصحية الأثر السلبي البالغ اقتصادياً واجتماعياً وأخلاقياً؛ فالكلفة المرتفعة لبعض الإجراءات الطبية والعلاجات قد تُحرم الفقراء من الحصول عليها، وقد تُفسّر إلى حدٍّ ما نسبة التغطية المنخفضة بالتأمين الصحي في الأردن، والبالغة 72%. ومن جهة أخرى، قد تؤدي الكلفة العالية للخدمات الصحية إلى إلحاق الفقر بالكثير من متوسطي الدخل ممّن يضطرون لإنفاق نسبة كبيرة من مدّخراتهم أو دخلهم للحصول على الرعاية الصحية الضرورية لهم أو لأفراد أسرهم ممّن يعانون من المشكلات الصحية المزمنة أو المعقدة، أو ممّن يحتاجون إلى علاجات أو جراحات باهظة التكلفة. وتقدّر أعداد الذين لحق بهم الفقر عالمياً بسبب تكلفة الرعاية الصحية بحوالي 150 مليون نسمة عام 2021 (ميدكس-جوردان 2022). وقد ظهرت أنواع مختلفة من التأمين الصحي لمجابهة هذه الارتفاعات الهائلة في تكلفة الخدمات الصحية؛ منها ما يتحمّله أصحاب العمل، ومنها ما تتحمّله الحكومات، وهذا شكّل عبئاً إضافياً على اقتصادات الدول منخفضة الدخل، كالأردن، وقصّص من قدرتها على توفير الصحة كحقٍّ لمواطنيها وسكانها ضمن الظروف الاقتصادية الحرجة التي تمرّ بها.

■ اللاجئين

منذ تأسيسه في مطلع القرن العشرين، استقبل الأردن موجات عديدة من اللاجئين بسبب حالة الأمن والاستقرار النسبي التي ينعم بها، وطبيعة الشعب الأردني المضياف، وسياسة الأبواب المفتوحة التي انتهجتها القيادة السياسية في الأردن. وتقدّر أعداد اللاجئين في الأردن اليوم بأكثر من 2 مليون لاجئ فلسطيني مسجّل، وحوالي 700,000 لاجئ سوري مسجّل، إضافة إلى عشرات آلاف الليبيين واليمنيين والسودانيين وغيرهم (UNHCR 2022). فضلاً عن مئات الآلاف من اللاجئين غير المسجلين، الذين قد يصل عددهم لضعف الأعداد المسجلة رسمياً حسب التقديرات، حيث يصل مجموع كافة اللاجئين إلى 3.8 ملايين لاجئ حسب بعض التقديرات. ومن الجدير بالذكر أنّ 18-20% فقط من هؤلاء اللاجئين يعيشون داخل مخيمات رسمية، فيما تنتشر أغلبية اللاجئين في المجتمعات المدنية في الأردن، وغالباً في المناطق الأشدّ فقراً واحتياجاً للخدمات (Alduraiddi et al. 2018).

وعليه، فإنّ المرافق والخدمات الصحيّة المُقدّمة للمواطنين الأردنيين عليها أن تخدم أيضاً احتياجات الأعداد الكبيرة من اللاجئين المنتشرين في المجتمع الأردني، وذلك رغم وجود وحدات ومراكز صحيّة تابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR وغيرهما من المنظّمات الدولية غير الحكومية، إلّا أنّها لا تلبي كافّة الاحتياجات الصحيّة (وخصوصاً احتياجات الرعاية الصحيّة الثانوية والثالثية) لهؤلاء اللاجئين. (Saleh et al. 2022) وقد انخفضت المساعدات الدولية والإقليمية المقدّمة للأردن لإعانتته على كلفة استقبال اللاجئين حيث وصلت الى دون 25% من احتياجاته المرصودة في عام 2020. (UNHCR 2022) ولهذا، فقد بات اللاجئين يُشكّلون عبئاً إضافياً على مرافق وزارة الصحة المكتظة أصلاً بالأردنيين.

■ جائحة كوفيد - 19

عانى الأردن كبقية دول العالم من تبعات جائحة كوفيد-19 التي سُجّلت أولى حالات الإصابة بها في البلاد في ربيع عام 2020، واستمرت الحالات في الازدياد وعلى شكل موجات وبائية متتالية. وقد عانت المنظومة الصحيّة الأردنيّة -لا سيما القطاع الصحيّ الحكومي- إلى حدّ بالغ من تبعات هذه الجائحة بشكل مباشر، إذ كشفت الجائحة بشكل جليّ عن احتياجاتٍ كبيرةٍ من الاختصاصات الطّبيّة والتمريضية المؤهّلة للتعامّل مع الأوبئة، واحتياجاتٍ كبيرةٍ في أعداد غرف العزل وأسرة العناية الحثيثة وأجهزة التنفّس الاصطناعي. وقد اضطرّت الحكومة الأردنيّة في مرحلةٍ ما إلى استئجار مياّنٍ من بعض المستشفيات الخاصة لتغطية العجز الكبير في مرافقها. حيث إنّ مهمة الاستجابة للجائحة وقعت على كاهل القطاع العام بشكلٍ شبه كامل، وكانت مساهمة القطاع الخاص فيها جولةً ومحدودةً للغاية. وفي مرحلةٍ لاحقة، تداركت الحكومة الأمر، وقامت بالتعاون مع جهات أخرى كالقوّات المسلّحة، بإنشاء مجموعة من المستشفيات الميدانية المنتشرة في أقاليم البلاد الثلاثة، ممّا خفّف العبء عن المستشفيات الحكومية والخاصة التي خُصّصت لاستقبال مصابي كوفيد-19، وردمت الفجوة الجغرافية في توزّع المراكز المؤهّلة لاستقبال الحالات وتأمين المطاعيم للسكّان في كافّة مناطق تواجدهم. وقد وصلت المطاعيم إلى الأردن بأعدادٍ قليلةٍ في البداية، ثمّ بدأت تصل بأعداد كبيرة لتُغطّي احتياجات التلقيح للسكّان في الأردن، بما فيهم اللاجئين، والذي وصل في منتصف عام 2021 إلى نسبةٍ جيدةٍ من الحاصلين على جرعتي المطعوم، ممّا أدّى أخيراً إلى انحسار أعداد التفشّي الوبائي وعودة الحياة تدريجياً إلى طبيعتها. استنزفت الجائحة قدراً كبيراً من موارد المنظومة الصحيّة الأردنيّة، وعطلت خطط التنمية والتوسّع في المرافق والخدمات الصحيّة لقرابة عامين، وهذا كان له الأثر السلبيّ البالغ على الحقّ في الصحة في الأردن.

منهجية التقرير

لقد تمّ الاعتماد في إعداد هذا التقرير على منهجية وصفية تحليلية متنوعة، دمجت بين الشقّين الكمي والنوعي في جمع البيانات من أجل تعزيز الموضوعية في التحليل والموثوقية في النتائج. حيث اشتملت منهجية الإعداد على ثلاث مراحل هي: ورشة عمل أصحاب المصلحة التي ضمت ممثلين عن جهات رسمية وأهلية مُشغلة بالشأن الصحي والحقوق في الأردن، المُراجعة المكتبية لكافة الأدبيات والتقارير والمنشورات والإحصاءات ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن، والمقابلات الفردية مع عددٍ من الأفراد من ذوي الخبرة الطويلة والمعرفة الواسعة بالشأن الصحي في الأردن.

وفيما يلي وصف لهذه المراحل الثلاث:

ورشة عمل أصحاب المصلحة

في شهر تموز 2022، تمّ عقد ورشة عمل لأصحاب المصلحة Stakeholders Workshop استضافها اتحاد المرأة الأردني في عمّان، ضمت مجموعة من ممثلي الجهات والفعاليات الرسمية وغير الرسمية المهتمة بالحق في الصحة في الأردن، ومنها اتحاد المرأة الأردني، مركز الفينيق للدراسات الاقتصادية، جمعية معهد تضامن النساء، الجامعة الأردنية، وعددٌ من الأفراد المستقلين من المهتمين بالشأنين الحقوقي والصحي في الأردن. حيث تمّ إعطاء المجال لكافة المشاركين للإدلاء برائهم وإجاباتهم وتوصياتهم ومقترحاتهم في ما يتعلّق بواقع ومستقبل الحق في الصحة في الأردن، والمساهمة في وضع أولويات التقرير. وقد تنوّعت إجابات المشاركين من حيث القضايا ذات الأولوية المتعلقة بالحق في الصحة في الأردن من وجهة نظر الجهات التي يمثلونها. وقد تمّ رصد وتدوين كافة المداخلات والإجابات التي طُرحت في المجموعة النقاشية ليصار إلى تحليلها وتلخيصها في ما بعد. وقد خدمت مُخرجات هذه المجموعة النقاشية المعقّدة كنقطة بدء في تحديد المحاور الرئيسية للتقرير، حيث تمّ تبادل الأفكار بطريقة تفاعلية وسلسلة ومنظمة، وبطريقة العصف الذهني المستمر. وقد دار النقاش حول أربعة محاور رئيسية هي: تقييم واقع الحق في الصحة في الأردن، مطالب الجهات ذات العلاقة، وتحديات الحق في الصحة في الأردن، والأولويات التي يجب التركيز عليها في التقرير.

المُراجعة المكتبية

في مرحلة المُراجعة المكتبية Desk Review لهذا التقرير، تمّ مسح المواقع الإلكترونية والأدبيات والمنشورات والتقارير والمقالات العلمية والصحفية في السنوات بين 2018-2023 والمتعلقة بالحق في الصحة في الأردن. حيث اشتمل المسح على مجموعة من المصادر تتمثل في الجهات الحكومية والأهلية الأردنية، المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية، وكالات الأنباء والصحف، والمقالات العلمية والأكاديمية. ويبيّن **الجدول (2)** أدناه المصادر التي تمّ مسحها.

جدول 2. المصادر التي تم مسحها في المراجعة المكتبية

جهات حكومية	جهات أهلية	جهات دولية	جهات مستقلة
الدستور الأردني	المركز الوطني لحقوق الإنسان	DHS Program: Jordan Population & Family Health Survey	Med x Jordan
القوانين المتعلقة بالصحة	اتحاد المرأة الأردني	الأمم المتحدة SDGs	مكتبة حقوق الإنسان - جامعة مينيوتا
وزارة الصحة	مركز الفينيق للدراسات	منظمة الصحة العالمية WHO	(مؤسسة خبر الإعلامية)
دائرة الإحصاءات العامة	معهد تضامن النساء	البنك الدولي	الزعي 2020
المجلس الاقتصادي الاجتماعي	نقابات المهن الصحية	المفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR	صالح وآخرون 2022
المجلس الأعلى للسكان	مؤسسة أرض	وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA	الدريدي و ووترز 2018
المجلس الوطني لشؤون الأسرة	Civil Society Knowledge Center		
دائرة التأمين الصحي			
وكالة الأنباء (الأردنية) (بتر)			

مقابلات الخبراء

المرحلة الثالثة من منهجية إعداد هذا التقرير تمثلت في مقابلات الخبراء Expert Interviews ، حيث تم إجراء مجموعة من المقابلات الفردية مع خبراء أردنيين ممن شغلوا في الماضي أو يشغلون حالياً مواقع مسؤولة في المنظومة الصحية في الأردن. وقد امتدت كل واحدة من هذه المقابلات بين 40 - 60 دقيقة، وتناولت عدداً من المحاور ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن والاستراتيجيات المتعلقة به من وجهة نظر هؤلاء الخبراء. وقد تم تسجيل المقابلات وتحليلها باستخدام الوسائل التقنية المناسبة. ويظهر **الجدول (3)** أدناه صفات الخبراء الذين تمت مقابلتهم والمواقع التي شغلوها في السابق أو يشغلونها حالياً وقت إجراء المقابلة، كما يظهر طبيعة كل مقابلة ومدتها.

جدول 3. الخبراء الذين تمّت مقابلتهم

الرقم	موقع الخبير
1	عضو حالي في مجلس النواب، طبيب، عضو اللجنة الصحية النيابية
2	عضو مجلس أعيان سابق، عضو المجلس الصحي العالي، أكاديمي في مجال التمريض
3	مسؤول حالي في وزارة الصحة
4	رئيس منظمة أهلية حقوقية

نتائج التقرير

تمّ تحليل البيانات التي تمّ جمعها في المراحل الثلاث المُشار إليها في فصل المنهجية، وقد خرج التقرير بنتائج من هذه المراحل يُمكن تقسيمها إلى محورين رئيسيين هما: الواقع الصحيّ في الأردن (التشريعات المُرتبطة بالحقّ في الصحة، حوكمة المنظومة الصحيّة في الأردن، أهداف التنمية المُستدامة في الأردن، والموارد المالية والبشرية والتقنية للمنظومة الصحيّة في الأردن)؛ والتحديات (فجوات في التشريع والتمويل والحوكمة، فجوات في الوصول إلى الرعاية الصحيّة، فجوات في جودة الرعاية الصحيّة).

وفي ما يلي عرضٌ لهذه النتائج:

الواقع الصحيّ في الأردن

■ التشريعات المرتبطة بالحقّ في الصحة

أظهرت النتائج تعدّد التشريعات المتعلّقة بالصحة في الأردن. ويُعتبر الدستور الأردني الصادر عام 1952 وتعديلاته دستوراً عصرياً ومتطوراً، إلّا أنّه للأسف يُعدّ واحداً من الدساتير العربية القليلة التي لم تأت على ذكر "الحقّ في الصحة" صراحةً بالنص، باستثناء تعديل الدستور الأردني عام 2011 الذي جاء تحت ضغطٍ شعبيّ في بدايات فترة الربيع العربي، والذي جاء بإضافة الفقرة 5 للمادة 6 من الدستور، ونصّها: "يحمي القانون الأمومة والطفولة والشيخوخة ويرعى النشء وذوي الإعاقات ويحميهم من الإساءة والاستغلال". يرى الخبراء أنّ امتناع الجهات التشريعية عن النصّ الدستوري الصريح بأن تكفل الدولة "الحقّ في الصحة" لمواطنيها قد يكون مرتبطاً بخشية الدولة من تحمّل تكلفة قد تعجز عن الوفاء بها. ورغم توقيع الأردن على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في عام 1972 والذي صادق عليه عام 1975، إلّا أنّه لم يعرضه على مجلس الأمة لجعله واجب التنفيذ. هذا، وتعمل المنظومة الصحيّة في الأردن وفق مجموعة من النصوص القانونية والتنظيمية الأخرى، ومنها:

- قانون الصحة العامة (2008) وتعديلاته.
- قانون المسؤولية الطبيّة (2018).
- قانون المجلس الصحيّ العالي (1999).
- قوانين نقابات المهن الصحيّة (1972) وتعديلاتها.
- قانونا المجلس الطيّ الأردني (2005) والمجلس التمريضي الأردني (2006).
- قانون مؤسّسة الغذاء والدواء الأردنية (2008).

وبغیرها من النصوص التشريعية التي تحكم العمل في المنظومة الصحيّة في الأردن وتحدّد المسؤوليات التنفيذية على الجهات الحكومية وغير الحكومية، وتنظّم المهن الصحيّة كالطبّ وطبّ الأسنان والصيدلة والتمريض والقبالة والمهن

الطبية المُساندة من حيث التسجيل والترخيص والتعليم المستمر والتطوير المهني، إضافةً إلى ضبط مزاوله المهن الصحية، والاختصاصات الطبية، والدراسات المتعلقة بالغذاء والدواء، والصحة العامة، والعقاقير المُخدّرة، والتدخين، وغيرها من الموضوعات الصحية، ممّا يسهم في تنظيم القطاع الصحي بمكوّناته المختلفة بشكلٍ عادل، وبالتالي يسهم بشكلٍ غير مباشر في إعمال الحق في الصحة في الأردن. وتقوم الجهات التشريعية في الأردن بشكلٍ مستمر بإجراء التعديلات اللازمة على القوانين الناضمة للقطاعات الصحية وفق المستجدات العلمية والاجتماعية والقانونية والسياسية، بما يُحقّق مصلحة مُتلقي الخدمة الصحية ويضمن حقوقهم.

■ حوكمة المنظومة الصحية في الأردن

تضطلع وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية بالدور الأكبر في حوكمة القطاع الصحي في البلاد. إلّا أنّ القطاع الصحي في الأردن لا يقتصر على وزارة الصحة، بل يتعدّها إلى عددٍ من الشركاء الذين يساهمون بأدوار مختلفة في حوكمة المنظومة الصحية وتقديم خدمات الرعاية الصحية في الأردن. إذ يتكوّن القطاع الصحي في الأردن من قطاعات عدّة مُقدّمة للخدمة، وهي:

- القطاع العام (ويضم وزارة الصحة؛ والخدمات الطبية الملكية؛ والمستشفيات الجامعية؛ مستشفى الجامعة الأردنية؛ ومستشفى الملك المؤسس) ومركز السكري والغدد الصماء والوراثة.
- القطاع الخاص (ويضم المستشفيات الخاصة؛ والمراكز التشخيصية والعلاجية؛ بالإضافة إلى مئات العيادات والصيدليات الخاصة).
- قطاع المنظّمات الدولية (ويقدّم خدماته من خلال عيادات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA)؛ والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR))
- قطاع المنظّمات غير الحكومية (ويقدّم خدماته من خلال بعض المستشفيات الخيرية، مثل: مركز الحسين للسرطان؛ والمستشفى الإسلامي؛ ومؤسسة نور الحسين والكاريتاس؛ والجمعية الأردنية لتنظيم الأسرة؛ وعيادات الجمعيات الخيرية).

وغيرها من مؤسسات ومجالس تعمل على تطوير السياسات الصحية، مثل:

- المجلس الصحي العالي
- المجلس الأعلى للسكان
- والمجلس الطبي الأردني
- المجلس التمريضي الأردني
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة
- المؤسسة العامة للغذاء والدواء

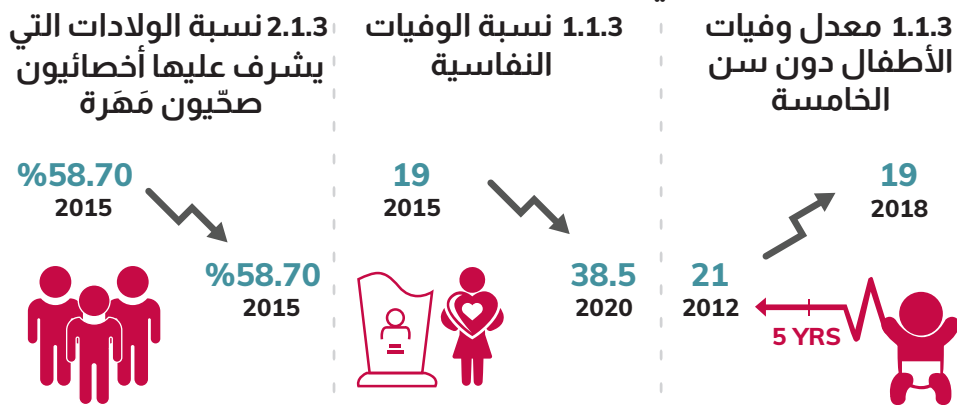
ويلاحظ أنّ العدد الأكبر من مُقدّمي خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المستشفيات) هو القطاع الخاص، تليه مستشفيات وزارة الصحة، والمستشفيات

العسكرية (التابعة للخدمات الطبية الملكية - القوات المسلحة)، وأخيراً المستشفيات الجامعية (مستشفى الجامعة الأردنية في عمان، ومستشفى الملك عبدالله الأول المؤسس التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد). ولكن وزارة الصحة تقدّم القدر الأكبر من خدمات الرعاية الصحية الأولية، وغيرها من الأدوار الصحية (وزارة الصحة الأردنية 2022).

■ أهداف التنمية المُستدامة المتعلقة بالصحة

لقد سعى الأردن بالشراكة مع الأمم المتحدة نحو تحقيق أكبر قدر مُمكن من أهداف التنمية المُستدامة SDG's من خلال نهج قائم على حقوق الإنسان ومتّقدّم حول الناس (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022). وفي استعراضها الوطني الطّوعي الثاني عام 2022 وضّحت الحكومة الأردنية من خلال وزارة التخطيط والتعاون الدولي ما تمّ إنجازه من مؤشرات أهداف التنمية المُستدامة. وفي ما يتعلّق بالهدف الثالث، أشار الاستعراض الطّوعي إلى تمكّن الأردن من تحقيق إنجازات هامّة في عددٍ من المؤشرات، وكما يشير الشكل أدناه (شكل 2)، فقد انخفض معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة ليلبّغ 19 لكلّ 1,000 ولادة حيّة، في حين يستهدف المؤشر العالمي تحقيق رقم دون 25 وفاة لكلّ 1,000 ولادة حيّة؛ ورغم ارتفاعها مقارنةً بعام 2015، إلّا أنّ نسبة الوفيات النفاسية للأُمّهات لا زالت ضمن المُستهدف، حيث تبلغ 38.5 وفاة نفاسية لكلّ 100,000 ولادة حيّة، بينما المُستهدف العالمي دون 70 وفاة نفاسية لكلّ 100,000 ولادة حيّة؛ وكذلك فإنّ نسبة الولادات التي تتمّ تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة في الأردن، والبالغة 83% عام 2020 تُعتبر ضمن المُستهدف العالمي (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022). ومن الجدير بالذكر أنّ التقرير لا يشمل بيانات حول مؤشرات غير المواطنين - بما فيهم اللاجئين - الصحية المتعلقة بأهداف التنمية المُستدامة.

شكل 2. نسب الإنجاز في عددٍ من مؤشرات الهدف الثالث



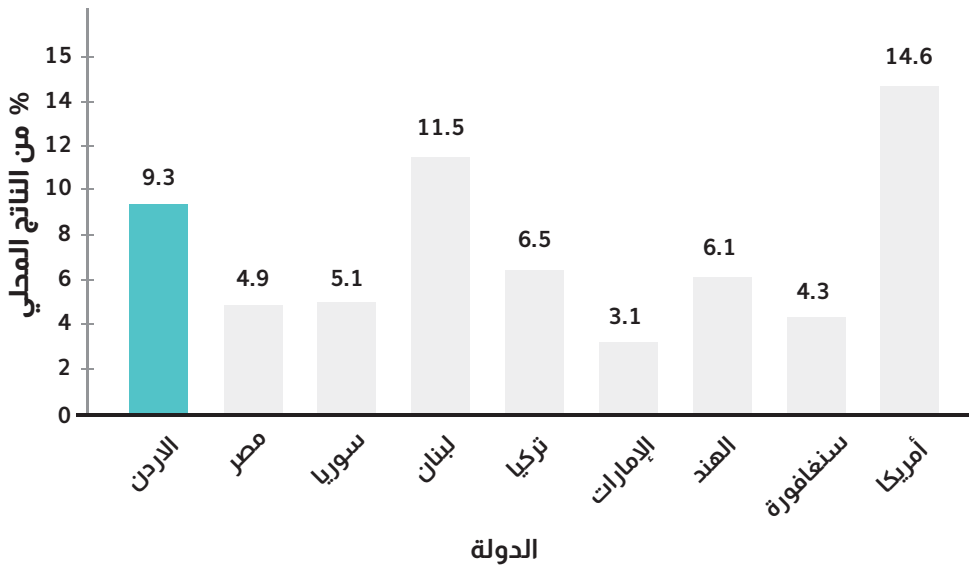
ورغم ذلك، لا زال على الأردن عمل الكثير لتعزيز وضّون هذه المُنجزات الصحية وزيادة عدد المؤشرات المُستهدفة التي يتمّ تحقيقها بنجاح في هذا الهدف. وقد قدّمت الحكومة الأردنية في استعراضها الطّوعي ملخصاً للتحديات والمعوقات التي تجابهها في سعيها لتحقيق هذا الهدف بالذات، على رأسها عودة ظهور بعض الأمراض المُعدية، والتحوّل النمطي للأوبئة والأمراض، وزيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية ومرافقها، وصعوبة استقطاب الكفاءات المُتخصصة وتسرب نسبة من الكفاءات المهنية المؤهلة، فضلاً عن عوامل محدّدة للصحة كارتفاع

نسبة تناول التبغ وارتفاع معدّلات السمنة وغيرها من العادات والسلوكيات التي تزيد من خطر انتشار الأمراض غير المُعدية بين الأردنيين. كما اعترفت الحكومة في تقريرها أنّ البيانات الصّحية ليست متوفّرة بشكلٍ كامل وفَعّال وتفصيلي بسبب غياب نظام إلكتروني فاعل لرصد ومراجعة بعض الأمراض والوفيات، مثال وفيات الأطفال وحديثي الولادة (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022).

■ الموارد المالية والبشرية والتقنية

في الموازنة العامة للدولة الأردنية عام 2022 تمّ رصد ما نسبته بـ 9.3% من الناتج المحلي الإجمالي للأردن للقطاع الصحي، بخلاف ما يُنفقه الأفراد من جيوبهم Out of Pocket Expenditure على الصحة. ويُعدّ هذا المعدّل أعلى بكثير من متوسط ما تنفقه كثير من دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وكذلك الدول ذات الدخل المتوسط والمرتفع كما يُظهر الشكل أدناه (شكل 3) (ميدكس-جوردان 2022).

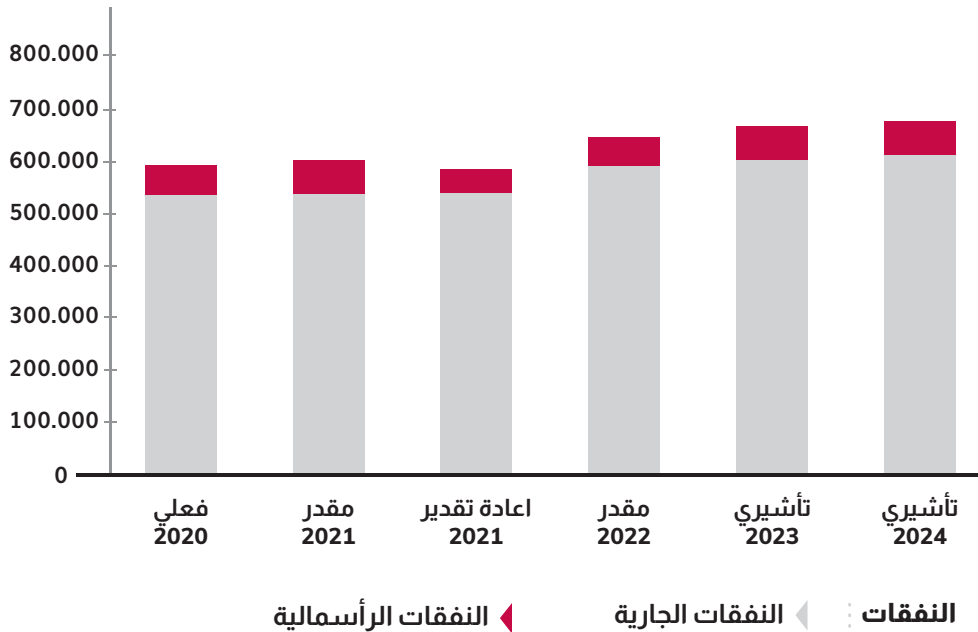
شكل 3. معدل الإنفاق على الصحة بالنسبة للناتج القومي الإجمالي حسب الدولة



المصدر: www.medxjordan.com

إلا أنّ النصيب الأكبر من هذه الميزانية يتمّ إنفاقه على النفقات الجارية، وعلى رأسها الرواتب والأجور، السلع (كالأدوية والمُستهلكات)، والخدمات (كالطاقة والصيانة)، والإعانات الاجتماعية، والمساهمة في نفقات الضمان الاجتماعي للعاملين في وزارة الصحة. بينما تحظى النفقات الرأسمالية بما يقلّ عن 10% من الميزانية، يتمّ إنفاقها في المباني والإنشاءات، الأجهزة والآليات والمعدّات وغيرها. وهذا ما يُظهره الشكل البياني أدناه (شكل 4).

شكل 4. النفقات الجارية والرأسمالية في ميزانية وزارة الصحة الأردنية

المصدر: www.moh.gov.jo

ورغم ذلك، فإن القطاع الصحي في الأردن، حسب خبراء، لا زال بحاجة إلى ضخ المزيد من التمويل لكي تتمكن المنظومة الصحية في الأردن من تلبية الاحتياجات المتزايدة والطلب الهائل على سلع وخدمات ومرافق الصحة في الأردن. فعلى سبيل المثال، أشارت النتائج أن الأردن ورغم تميزه في تحقيق مجموعة من مؤشرات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، إلا أنه لا زال متأخراً في تحقيق مجموعة أخرى من هذه المؤشرات، على رأسها القضايا المتعلقة بالأمراض غير السارية وعدد الأسرّة لكل مواطن. وكما تشير النتائج، فإن التوسع في إنشاء المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى الذي كانت تسعى لإنجازه الحكومة الأردنية قد تعطل في السنوات الأخيرة بسبب عدم قدرة الحكومات المتعاقبة على المضي في إنجاز خططها الاستراتيجية تلك بسبب نقص التمويل وتغيّر الأولويات. ومما لا شك فيه، أن تأخر التوسع في إنشاء المرافق الصحية له أثر سلبي على الجهود الرامية إلى إعمال الحق في الصحة في الأردن.

وكما تذكر الأرقام الحكومية، فإن نسبة الأردنيين المشمولين بالتأمين الصحي وصلت إلى 72% مما انعكس على الانخفاض النسبي لحجم إنفاق الأسر الأردنية على الرعاية الصحية. وكما أشار المسح الذي أجرته دائرة الإحصاءات العامة الأردنية عن الإنفاق في الأردن عام 2018 (دائرة الإحصاءات العامة و DHS Program 2017-2018) وتقرير أحوال الأسرة الأردنية لعام 2018 الذي نشره المجلس الوطني لشؤون الأسرة منها نقص التمويل، وتعدد المرجعيات، ومشكلات في الحصول على البيانات التأمينية الحديثة والدقيقة (دائرة الإحصاءات العامة 2018)، فإن متوسط إنفاق الأسرة الأردنية على خدمات وبيع الرعاية الصحية بلغ 497 ديناراً سنوياً من أصل متوسط إنفاق الأسرة السنوي البالغ 12,236 ديناراً. وقد جاءت الأرقام لتؤكد أن غالبية ما يتم تقديمه للأردنيين من رعاية صحية تتم تغطيته من إحدى مصادر التأمين الصحي بشكل كامل أو جزئي. ولكن هذه الأرقام لم تتحدث عن غير الأردنيين من سكان المملكة الأردنية الهاشمية، ولم تأت على ذكر تفاصيل النفقات الصحية لهذه الفئات،

أو أنماط تَوَزُّع هذا الإنفاق تبعاً لمكان السكن، المستوى الاجتماعي-الاقتصادي للأسرة، أو كون رأس الأسرة ذكراً أو أنثى.

في ما يخصّ الموارد البشرية، فإنّ وزارة الصحة لوحدها توظّف ما مجموعه 8030 طبيباً، و 12500 ممرض وقابلية قانونية، و 1290 صيدلياً، إضافةً إلى 6815 من فنيّ المهن الصحيّة الأخرى. وعلى صعيد المنظومة الصحيّة بالكامل، فقد بلغ معدّل توزيع الأطباء في الأردن قرابة 32 طبيباً لكلّ 10,000 نسمة وهذه النسبة من أعلى النسب في العالم، كما تبلغ نسبة توزيع الممرضين في الأردن 17.8 ممرضاً لكلّ 10,000 نسمة، وتبلغ نسبة الصيادلة في الأردن 10.4 صيادلة لكل 10,000 نسمة (ميدكس-جوردان 2022).

ومع ذلك، فقد أشارت النتائج أنّ المنظومة الصحيّة في الأردن تعاني من عدم القدرة على استقطاب ما يكفي من الموارد البشرية الصحيّة المؤهّلة والمدربة، كما تعاني من مشكلة تَسَرُّب هذه الموارد المؤهّلة والمدربة، وهو ما يدلّ عليه كثرة الاستقالات Turnover بسبب سعي المهنيّين الصّحيّين الأردنيّين إلى إيجاد فرص عمل بدخلى أعلى وظروف أفضل خارج القطاع الصّحيّ الأردني في دول مجلس التعاون الخليجي أو في الولايات المتحدة ودول الاتحاد الأوروبي، حيث يتميّز المهنيون الصّحيّون الأردنيون بسمعة جيّدة عالمياً، ممّا يجعلهم مطلوبين في تلك الدول. وحسب ورقة أعدّها منتدى الاستراتيجيات الأردني (منتدى الاستراتيجيات الأردني 2020) عام 2020، فقد بلغ عدد الأطباء الأردنيين الذين هاجروا إلى المملكة المتحدة وحدها بين 2017-2022 حوالي 427 طبيباً. وعليه، فإنّ القطاع الصّحيّ الأردني يضطر باستمرار لتعيين أعداد كبيرة من المهنيّين حديثي التخرّج وتأهيلهم وتدريبهم، وهذا يضيف كلفاً إضافية على موازنة الصحة في الأردن. ومن الجدير بالذكر، أنّ الاختصاصات الطّبيّة المتقدّمة كجراحة القلب والشرابين وجراحة الدماغ والأعصاب نادرة في القطاع الصّحيّ العام في الأردن، وتنعكس هذه الندرة سلباً على المناطق الظرّفية والقرى والأرياف بوجوه خاص. فعلى سبيل المثال، أشارت البيانات أنّ عدد أخصائيّ أمراض القلب والشرابين في كامل مستشفيات وزارة الصحة عام 2019 بلغ اثنين فقط، وبلغ عدد أخصائيّ جراحة الدماغ والأعصاب ثلاثة فقط، فيما كان عدد أخصائيّ جراحة الأوعية الدموية واحداً لا غير، ممّا يعرقل وصول سكان المناطق الطرفية إلى مقدّمي رعاية صحيّة مختصّين لتلبية احتياجاتهم، وهذا بدوره له الأثر السلبي الواضح على جهود إعمال الحق في الصحة في الأردن.

وفي ما يخصّ الموارد التقنية، فقد شهد العقد الأخير تطوّراً ملحوظاً في حوسبة العديد من السجّلات والمعاملات والخدمات الصحيّة في الأردن. ويأتي على رأس هذه الجهود تبني وزارة الصحة لنظام حوسبة السجّلات الطّبيّة "حكيم" الذي يتمّ استخدامه لإدخال وحفظ وإدارة البيانات الطّبيّة للمرضى في كافّة مستشفيات ومراكز وزارة الصحة الأردنية. إلّا أنّ هذا النظام حسب الخبراء لم يرقّ بعد ليصبح نظام سجّلات صحيّة إلكترونيّاً EHR وطنياً، بل لا زال حسب الخبراء يُصنّف سجلاً إلكترونيّاً طبيّاً EMR وهناك حاجة ماسّة لتطويره وتوسيع نطاق استخدامه، وتدريب كافّة الكوادر الصحيّة على حسن استخدامه ليتمكّن من تحقيق الأهداف الوطنية الكبرى التي أنشئ من أجلها (مركز الدراسات الاستراتيجية الأردني 2019).

التحديات

لقد تمّ تحليل البيانات المُستقاة من المراحل الثلاث لمنهجية هذا المشروع، وتتلخّص التحديات التي تواجه المنظومة الصحيّة في الأردن ضمن المحاور الثلاثة التالية:

■ فجوات في التشريع والتمويل والحوكمة

إنَّ الفجوة الأهمَّ التي تواجه أعمال الحقِّ في الصحة في الأردن تتمثَّل في عدم ذكر الحقِّ في الرعاية الصحيَّة في الدستور الأردني أو أي من تعديلاته. إن تطبيق الإجراءات الرامية لإعمال الحقِّ في الصحة في أي بلد يظلَّ منقوصاً ما لم يذكر دستورها الصحة كحقِّ لكلِّ مواطن بشكل صريح. ورغم إدراكهم للوضع الاقتصادي الحرج الذي تمرُّ به الدولة الأردنية، أكَّد الخبراء أنَّ النصَّ على الحقِّ في الصحة في الدستور الأردني ضرورة لا تنازل عنها، فهو الضامن لإيجاد منظومة عادلة ورفيعة للرعاية الصحيَّة تُعطي الحقِّ في الصحة لكلِّ فرد من أفراد المجتمع دون تمييز مبنيٍّ على الجنس أو المستوى الاجتماعي أو مكان السكن. وقد أشار الخبراء أنَّ عدم النصِّ على الحقِّ في الصحة في الدستور ولَّد حالة من التمييز، إذ ينعم موظفو الدولة بالتأمين الصحي، بينما لا يحظى غيرهم من المواطنين ممَّن لا يعملون في مؤسسات الدولة المدنية والعسكرية بهذه الميزة بالضرورة. ومن شأن النصِّ على الحقِّ في الصحة في الدستور إنهاء هذه الحالة من التمييز، وتكريس المُقاربة الحقوقية للصحة، التي أوصى بانتهاجها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام 1966 (الأمم المتحدة 1966). ومن جهة أخرى، فإنَّ قانون المسؤولية الطبيَّة الأردني لعام 2018 لا زال بحاجة إلى تفعيل أكبر ليمتثل لأحكامه كافة العاملين في المنظومة الصحيَّة في البلاد.

وكما أشارت النتائج، تُعدُّ الفجوة في التمويل إحدى أكبر التحديات التي تواجه الحقِّ في الصحة في الأردن. فرغم إنفاق الأردن ما يزيد على 9% من ناتجها القومي الإجمالي على الصحة، لا زال القطاع بحاجة ماسَّة وواضحة لضخَّ المزيد من التمويل لمساعدته في استيعاب الأعباء المتزايدة التي يتعرَّض لها، ومواكبة الارتفاعات الهائلة في تكلفة الرعاية الصحيَّة عالمياً، لا سيما أسعار الأدوية وتكلفة الإجراءات الطبيَّة المتقدِّمة، وتكلفة الأجهزة الطبيَّة المتطورة (محمد الزعبي 2020). لقد انتهج الأردن في العقدين الأخيرين سياسةً مالية نيوليبرالية جعلت من القروض التي تُقدِّمها المؤسسات المالية الدولية (كصندوق النقد الدولي) مصدراً رئيسياً للدخل. وهذه الجهات تحاول أن تفرض تغييرات جذريَّة في سياسات الدول التي تلجأ إليها تحت مُسمَّى الإصلاحات، تتمثَّل في التخلي عن برامج الدعم الحكومي للسلع والخدمات الأساسية كالغذاء والصحة والطاقة. وتؤدي هذه التغييرات غالباً إلى التأثير سلباً على شرائح المجتمع الأكثر ضعفاً وهشاشة من محدودي ومتوسطي الدخل. وعليه، فلا بدَّ من تحصين القطاع الصحي في الأردن في وجه مثل هذه التغييرات، وضمان إيجاد السبل الكافية لتمويل القطاع الصحي بشكلٍ لا يؤثر سلباً على أعمال الحقِّ في الصحة للأردنيين.

ومن الفجوات الكبرى التي تشكِّل تحدياً لإعمال الحقِّ في الصحة في الأردن، حسب الخبراء، شَرذمة القطاع الصحي. فالجهات والهيئات والمجالس والمؤسسات التي تتدخَّل في عملية حوكمة الصحة في الأردن متعدِّدة، وذات أولويات مختلفة. وقد توضَّح جلياً في النتائج أنَّ هناك فجوات كبرى في الحصول على البيانات ومشاركتها، وفي التوفيق بين أولويات واستراتيجيات الجهات المُختلفة المُنخرطة في حوكمة القطاع الصحي، وفي تحديد نهج استراتيجي واضح يسير بالقطاع الصحي في الأردن قُدماً نحو مستقبل أفضل (محمد الزعبي 2020). وقد عبَّر الخبراء عن الحاجة الماسَّة إلى تحديث أنظمة سير المعاملات وتبادل المعلومات في القطاع العام، وتحديث وحوسبة نظام الديوان، وتعزيز التوجُّه نحو تبني سجلِّ صحي إلكتروني EHR وطنيٍّ شامل يضمُّ كافة المرافق الصحيَّة في البلاد. كما أكَّدوا على ضرورة إيجاد سبلٍ

حديثه وفاعلة لرصد ومراجعة المؤشرات الصحية كالوفيات والمرضاة وغيرها من البيانات الصحية في بنك وطني شامل للمعلومات الصحية.

وأخيراً، لفت الخبراء إلى ضرورة اتباع نهج شفاف ومبني على الكفاءة في اختيار قيادات الصف الأول والثاني في المنظومة الصحية في الأردن. فقد أشار الخبراء أن الآلية التي كان يتم بها اختيار القيادات في المناصب العليا في المنظومة الصحية كان يفتقر أحياناً إلى الشفافية، لا سيما في القطاع العام. كما أشار الخبراء أن عدم قدرة القطاع الصحي العام على استقطاب الكفاءات الصحية المؤهلة والمدربة، وظاهرة تسرب هذه الكفاءات قد تفسرهما الظروف الصعبة التي يتعرض لها المهنيون الصحيون في القطاع العام، من ازدياد أعداد المراجعين، وارتفاع ساعات العمل، وضعف العائد المادي والحوافز وفرص التطور المهني.

■ فجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية

أشارت النتائج أنه في حين تتمتع غالبية سكان الأردن بإمكانية الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات الصحية، لا تزال التغطية وإمكانية الوصول محدودة وغير متساوية، خصوصاً لدى الفئات الأكثر تهميشاً والأقل دخلًا. وقد أشار الخبراء أن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن تحسينها وجعلها أكثر تغطيةً ومساواة. إذ بينت النتائج أن هناك تفاوتاً في إمكانية الوصول إلى الخدمات والسلع والمرافق الصحية بين المناطق المدنية والمناطق الريفية في الأردن. كما أشارت النتائج أن أوضاع المرافق الصحية في المناطق الريفية، وتحديدًا في إقليم الجنوب، بحاجة إلى تحسين وتطوير، وأن توزيع الموارد المالية والبشرية يشهد تفاوتاً بين المدن والأرياف، وبين الأقاليم والوسط، بحيث تعاني المناطق الأكثر بُعداً عن مراكز المدن (مثل مناطق البادية والأغوار والقرى النائية) من نقص في الإنفاق وشح في الموارد الصحية، فيضطر القاطنون في هذه المناطق إلى السفر لمسافات طويلة بغية الحصول على احتياجاتهم الصحية في المدن الأقرب إليهم. أما في ما يخص التخصصات الطبية المتقدمة، فقد أشارت النتائج أنها تتمركز في المدن الكبرى فيما تخلو من بعضها المناطق الطرفية والمحافظات الصغيرة، فضلاً عن النقص المتكرر في الأدوية والمستلزمات الطبية في المناطق الطرفية.

يتم توفير تغطية التأمين الصحي في الأردن من خلال برامج عامة تشمل: التأمين الصحي العسكري (للأفراد والضباط العسكريين العاملين والمتقاعدين وعائلاتهم)، نظام التأمين للموظفين المدنيين (العاملين في القطاع الحكومي وعائلاتهم)، صندوق المعونة الوطنية (الذي يُصدر بطاقات للأشخاص الأكثر فقراً والمستفيدين من معونات الصندوق)؛ وبرامج خاصة تشمل شركات التأمين الخاصة (التي يشترك بها بعض أصحاب الأعمال في القطاع الخاص لتغطية موظفيهم وعائلاتهم، لكنها تخضع لموافقة الشركة عند الحصول على الإجراءات الطبية المُكلفة)، صناديق المنظمات المهنية (كتأمين الأطباء والمهندسين والمحامين المشتركين في النقابات)، والوكالات الدولية (مثل وكالة الأونروا التي تغطي احتياجات اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لخدمات الرعاية الصحية الأولية)، إضافة إلى الجمعيات الخيرية (التي تغطي احتياجات صحية محدودة لبعض المحتاجين، كمنظمة الهلال الأحمر الأردني). ويمكن للأفراد ممن لا يحصلون على أي من أنواع التغطية المذكورة شراء خدمات التأمين الصحي من القطاع الخاص إن توفرت لديهم الإمكانيات، ما عدا الأشخاص دون السادسة وفوق الستين من العمر، والذين تتكفل الحكومة بتغطيتهم بغض النظر عن امتلاك ذويهم لأي نوع من أنواع التغطية.

وقد أشارت النتائج أنّ الأردنيين الذين يحتاجون الحصول على خدمات صحّية لعلاج أنواع محدّدة من الأمراض المُزمنة أو الأورام، أو من يحتاجون إلى إجراءات مُكلّفة كغسيل الكلى وليس لديهم أي نوع من أنواع التغطية المذكورة أعلاه يلجأون من أجل تلبية هذه الاحتياجات إلى طلب "الإعفاءات الطّبية" من الديوان الملكي أو من رئاسة الوزراء. وللحصول على هذا الإعفاء يلزمهم إبراز تقرير طبيّ حديث من مستشفى مُعتمد، ولا يمكن لهم أن يضمنوا الحصول على هذا النوع من الإعفاءات في بعض الظروف، حيث إنّ الديوان الملكي ورئاسة الوزراء جهتان غير مختصّتين بالصّحة، وهذا يثير مجموعة من التساؤلات حول قدرتهما على توزيع الإعفاءات بصورة عادلة تُراعي الاحتياج الحقيقي لطالبي الإعفاء، وتساهم بشكلٍ منظم وميسور في أعمال الحقّ في الصّحة في الأردن بطريقة علميّة مدروسة. هذا، وتُعدّ الفئات التالية الأقلّ تمكّناً من الوصول إلى خدمات الرعاية الصّحية في الأردن:

- اللاجئون غير المسجّلين في الجهات الرسمية، خصوصاً ممّن يقطنون خارج المخيّمات الرسمية للاجئين.
- اللاجئون والعقّال الوافدون الذين انتهت صلاحية تصاريح إقامتهم على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية.
- العاطلون عن العمل وعائلاتهم.
- عقّال القطاع غير الرسمي أو عقّال المياومة (بما فيهم غير المواطنين، وهم غالباً غير مشمولين بالضمان الاجتماعي أو صندوق التأمين الصّحي الحكومي).
- الأشخاص فوق السادسة ودون السّتين من العمر ممّن يعانون أمراضاً مُزمنة.

■ فجوات في جودة الرعاية الصّحية

لقد أظهرت النتائج أنّه رغم تمتّع غالبية سكّان الأردن بإمكانية الوصول إلى مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصّحية، إلّا أنّ جودة هذه الخدمات توصف بالانخفاض عموماً، لا سيما في القطاع الصّحي العام. ويُرجع الخبراء التدني الملحوظ في جودة خدمات الرعاية الصّحية في الأردن في الآونة الأخيرة لعددٍ من الأسباب، منها ما يلي:

- ازدياد الضغط على المرافق الصّحية نتيجة ارتفاع عدد السكّان وموجات اللاجئين وعدم قدرة القطاع الصّحي العام على موازنة هذا الارتفاع بإنشاء أو توسيع المرافق الصّحية، خصوصاً في المناطق الطرفية. وهذا يؤدّي إلى ازدحام هذه المرافق بالمراجعين، وطول فترات الانتظار، وبُعد المواعيد (دائرة الإحصاءات العامة و DHS Program 2017-2018).
- اضطرار الكوادر الطّبية والتمريضية في القطاعين الصّحيين الحكومي والعسكري إلى خدمة أعداد كبيرة من المراجعين والقرضى يومياً، وعدم قدرة القطاع الصّحي العام على تعيين أعدادٍ إضافية من الكوادر المؤهّلة لتلبية هذه الاحتياجات المتزايدة.
- غياب آليات المتابعة للتحويلات الطّبية Follow Up ممّا لا يسمح لمقدّمي الرعاية الصّحية بالتعرّف على التاريخ الكامل للحالات التي يتعاملون معها.
- النقص المتكرّر في بعض أنواع الأدوية والمُستلزمات الطّبية في مرافق القطاعين الصّحيين الحكومي والعسكري، خصوصاً في الأطراف.

- تسرّب الكوادر الصحيّة المدربة والمؤهّلة خارج القطاعين الصحيين الحكومي والعسكري ، وضعف القدرة على استقطاب المهنيين المؤهلين المَهْرَة.
- ازدياد العبء على المرافق بسبب ظهور أوبئة جديدة أو عودة ظهور أوبئة قديمة بعد أن تمّ القضاء عليها لمدّة طويلة من الزمن.
- ضعف الإنفاق على خدمات الصحة الوقائية ممّا يزيد من احتياج السكّان إلى القدوم إلى المستشفيات والمراكز الصحيّة بسبب معاناتهم من مشاكل صحيّة كان بالإمكان الوقاية منها.
- عدم الاستفادة من تقنيات تقديم الرعاية الصحيّة عن بعد Telehealth بالقدر الكافي في مرافق القطاعين الصحيين الحكومي والعسكري والتي من شأنها تقليل حاجة المراجعين للقدوم إلى المرافق من أجل الحصول على بعض الخدمات الصحيّة.
- النقص الشديد في التخصّصات الطّبيّة المتقدّمة في مستشفيات المحافظات والأطراف، ممّا يزيد ضغط التحويلات على المستشفيات الكبرى في المدن، حيث يتواجد الأخصّائيون، وما يترتّب على ذلك من تباين في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحيّة المختصّة، وعرقلة أعمال الحقّ في الصحة وفقاً لمكان السكن.
- الحاجة الماسّة إلى صيانة أو استبدال الكثير من الأجهزة الطّبيّة التشخيصية (كأجهزة التصوير الإشعاعي) والعلاجية القديمة في مرافق القطاع الصحي العام، وتوفير أعداد إضافية من هذه الأجهزة لتلبية الطلب المتزايد عليها.

التوصيات

بعد تحليل النتائج، خُصّ التقرير إلى مجموعة من المُقترحات والتوصيات التي من شأنها الاستجابة للتحديات وتحسين منظومة الصحة في الأردن لتسهيل أعمال الحق في الصحة في البلاد. وهي كما يلي:

- الدعوة إلى تعديل الدستور الأردني بإضافة مادّة تنصّ صراحةً على أن تكفل الدولة الحق في الحصول على الخدمات الصحيّة لجميع مواطنيها بشكلٍ عادلٍ ودون تمييز. وتطبيق هذا التعديل على أرض الواقع بشكلٍ يضمن حصول الأردنيين على الصحة كحق مكفول دستورياً.
- العمل على إعادة توجيه مصادر التمويل المُتاحة للمنظومة الصحيّة، وتوفير مصادر تمويل إضافية إن أمكن بُغية توسيع تغطية التأمين الصحيّ، وتعزيز المساواة في الإنفاق بين المدن والأرياف وبين المركز والأقاليم، وتحسين جودة الخدمات التي يقدّمها القطاع الصحيّ العام.
- توحيد كافة برامج التأمين الصحيّ في الأردن ضمن سجلّ وطني شامل يعالج الاختلالات والازدواجية في التغطية، ويعزّز فرصة غير المشمولين بالحصول على تغطية ملائمة ومدرّوسة ضمن خطّ اكتوارية مبنية على البيانات الدقيقة والواقعية.
- العمل على تفعيل البند الخامس من قانون الضمان الاجتماعي، والذي يتعلّق بتوفير التأمين الصحيّ لمنتسبي الضمان الاجتماعي ممّن ليس لديهم تأمين آخر، على أن يتمّ ذلك بعد دراسةٍ اكتوارية دقيقة تحدّد النهج المناسب لتطبيق هذا البند، والتي لا تؤثر سلباً على بقية خدمات المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي على المدى البعيد.
- تعزيز دور الجهات الرقابية في الأردن لضمان حسن تنفيذ القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحيّة، وفي مقدمتها قانون الصحة العامة وقانون المُساءلة الطّبيّة.
- بدء حوار وطنيّ جامع يضمّ كافّة الجهات والمجالس والهيئات والمنظمات المعنية بالقطاع الصحيّ للعمل على صياغة نهج حوكمةٍ رشيدٍ للقطاع، يخلو من الشراكة والتعددية في المرجعيات الصحيّة، ويضمنُ حسن سير العمل في القطاع الصحيّ بشكلٍ فاعلٍ وناجح، بعيداً عن الهدر في الموارد.
- إيجاد برامج متكاملة لإعداد القيادات الصحيّة، واتّباع نهج مبني على الكفاءة والخبرة في اختيار صانعي القرار الصحيّ في مختلف المستويات الاستراتيجية والعملياتية، وديمومة الرقابة على أدائهم.
- تعزيز مقدرة المنظومة الصحيّة على التعامل مع الأزمات وإدارتها Crisis Preparedness، من خلال إيجاد الخطط الاستراتيجية والتدريب وبناء القدرات الكفيلة بتحسين استجابة المنظومة الصحيّة لأية كوارث أو أزمات أو أوبئة في المستقبل.

- تأسيس بنك وطني للمعلومات الصحيّة يضمن الوصول السلس للمعلومة لمن يحتاجها، تُشارك فيه كافة القطاعات الفرعية، والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة لتسهيل تبادل المعرفة Knowledge Flow بينها.
- تعزيز تمويل خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة وتحسين بنيتها التحتية بوصفها المدخل الحقيقي لإدارة أعمال الحق في الصحة.
- إنشاء البرامج الصحيّة الوقائية وحملات التوعية الصحيّة، وإشراك الأهالي في التخطيط لها وتنفيذها بما يتلاءم مع احتياجاتهم وأولوياتهم.
- إيلاء الاهتمام الكافي للصحة النفسية كمكوّن مهمّ وأساسيّ من مكوّنات الحق في الصحة، وتخصيص الموارد المادّية والبشرية والتقنية الكافية لأعمال الحق في الحصول على الصحة النفسية لكافة محتاجيها.
- العمل على التنسيق بين مؤسسات التعليم العالي التي تُخرّج المهنيين الصحيّين، وبين أرباب العمل، من أجل ردم الفجوة بين مُخرجات التعليم العالي والكفاءات والمهارات التي يحتاجها سوق العمل.
- تحسين برمجية وتطبيقات نظام "حكيم" وتوسيع رقعة استخدامه ودعوة القطاعات الصحيّة جميعاً لتبنيّه للوصول إلى سجلّ صحيّ وطني شامل.
- إعادة النظر في آلية الإعفاءات التي يمنحها الديوان الملكي ورئاسة الوزراء، واستبدالها بنهج يتّبع قانوناً شاملاً ومدرّساً يُعطي التغطية لأوسع شريحة ممكنة من السكّان وفق الاحتياج والضرورة، وضمن قاعدة بيانات شاملة ومُحدّثة، ويساهم في توفير الصحة للجميع كحق، لا كامتياز أو منحة.
- الاهتمام بالكوادر الصحيّة المؤهّلة وتحسين ظروف عملهم، وإعادة النظر في نظام الرواتب والحوافز الخاص بهم، وضمان فرص التطوير المهني لهم، وذلك للحيلولة دون تسرّبهم، ولتسهيل استقطابهم للعمل في القطاع الصحيّ العام على امتداد خارطة الأردن.
- التوسّع في استخدام تقنيات الصحة الإلكترونيّة E-Health والصحة عن بُعد Telehealth لتقليل الاستهلاك على المرافق الصحيّة، شريطة توفير التشريعات الناظمة والتدريب الكافي والبنية التحتية الإلكترونيّة والدعم الفنيّ.
- سنّ القوانين التي من شأنها أعمال الحق في الصحة للفئات الأكثر ضعفاً وتهميشاً، كاللاجئين غير المسجّلين، والعاطلين عن العمل، وذوي الإعاقات، والمسنّين الذين يعانون من الأمراض المزمنة.
- كسب الدعم السياسي واللوجستي، وتعزيز الشراكة الحقيقية بين القطاع الصحيّ وغيره من القطاعات (كالمؤسسات الخدمية والبيئية، والبلديات، والمجالس المحليّة، وغرف الصناعة والتجارة، ومنظمات المجتمع المدني، وقيادات المجتمع) الوطنية لتذليل الصعاب وإعمال مفهوم المناصرة (Advocacy) لصالح أعمال الحق في الصحة في الأردن كواحد من الأهداف الوطنية الاستراتيجية.
- إجراء دراسات علمية مُحكّمة تقيس مدى رضا المستفيدين من المنظومة الصحيّة من الجوانب الرعائيّة، والخدمية، والحقوقية، وبناء خطط التطوير والتحسين في مختلف القطاعات المعنية بأعمال الحق في الصحة على نتائج وتوصيات هذه الدراسات.

المراجع

- الأمم المتحدة (1966). UN. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة. 2018. تقرير أحوال الأسرة الأردنية. عمان.
- المركز الوطني لحقوق الإنسان. 2021. التقرير السنوي الثامن عشر لحالة حقوق الإنسان في المملكة الأردنية الهاشمية. عمّان.
- الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية. 2022. [رابط](#).
- دائرة الإحصاءات العامة. 2018. مسح الدخل والإنفاق في الأردن. عمان.
- دائرة الإحصاءات العامة و DHS Program. 2017-2018. مسح السكان وصحة الأسرة في الأردن. عمان.
- محمد الزعبي. 2020. الحق الدستوري في الرعاية الصحية: لم يجب أن نتمتع به، ولم نحن محرومون منه؟ مؤسسة حبر الإعلامية. عمّان.
- مركز الدراسات الاستراتيجية الأردني. 2019. الصحة والصحة العامة، والسياسات الصحية. رؤية استراتيجية. الجامعة الأردنية. عمان.
- منتدى الاستراتيجيات الأردني. 2020. تعزيز القدرة التنافسية للقطاع الصحي في الأردن.
- ميدكس-جوردان. 2022. [رابط](#).
- وكالة الأنباء الأردنية (بترا). 2022. المجتمع الأردني. [رابط](#).
- وزارة التخطيط والتعاون الدولي. 2022. الاستعراض الطوعي الوطني الثاني – أهداف التنمية المستدامة في الأردن. عمان.
- وزارة الصحة الأردنية. 2022. [رابط](#).

- Alduraidi, H., & Waters, C. M. Depression, Perceived Health, and Right-of-Return Hopefulness of Palestinian Refugees. 2018. Journal of Nursing Scholarship 50(2), 163–171. [Link](#).
- Saleh, S., Ibrahim, S., Diab, J.L., & Osman, M. 2022. Integrating refugees into national health systems amid political and economic constraints in the EMR: Approaches from Lebanon and Jordan. Journal of Global Health 12:03008. [Link](#).
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2022. [Link](#).

في البلد الأكثر حرًا في العالم: من هم الأكثر تضررًا من تداعيات تغيُّر المناخ؟

المناخ والهجرة والصحة في الكويت

براك الأحمد

كلية هارفارد تشان للصحة العامة، جامعة هارفارد،
بوسطن، الولايات المتحدة الأمريكية
كلية الصحة العامة، جامعة الكويت، مدينة الكويت،
الكويت

براك الاحمد طبيب من الكويت يعمل في مجال تأثير
جودة الهواء وتغير المناخ على صحة الإنسان في الشرق
الأوسط، وتحديدًا الآثار الضارة العواصف الترابية ودرجات
الحرارة العالية على العمال المهاجرين. قامت عدة
منظمات بتسليط الضوء على دراسات براك الاحمد وأبرزها
منظمة الصحة العالمية وجمعية القلب الأمريكية بالإضافة
إلى العديد من وسائل الإعلام.

شكر وتقدير

يودُّ مؤلّف هذا التقرير أن يتقدّم بخالص الامتنان لجميع الخبراء والأفراد الذين شاركوا في ورشة عمل أصحاب المصلحة. لقد أثرت رؤاكم ووجهات نظركم وخبراتكم القيّمة بشكل كبير محتوى هذا التقرير ومكّنتنا من مواجهة التحديات المعقّدة التي تواجه مجتمعنا في الكويت.

على وجه التحديد، نودُّ أن نتقدّم بشكرٍ خاص للأشخاص الذين خصّصوا وقتاً رغم انشغالهم الكثيرة لحضور ورشة العمل وتقديم مساهماتهم القيّمة وهم: فاطمة خدادة، وهالة حمادة، وعبد الله الشمري، ومريم السعد، وبتول داوي.



مقدمة

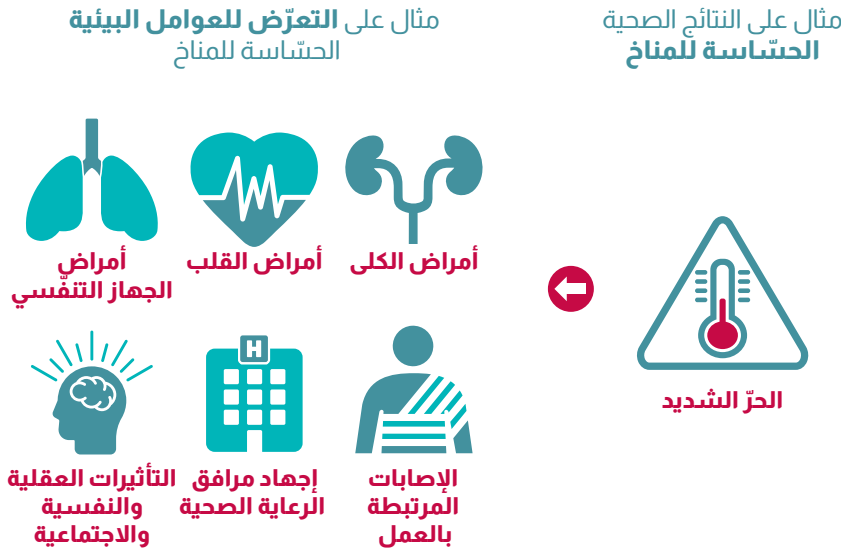
في حين أنَّ تغيُّر المناخ، باعتباره أزمة عالمية، يُؤثِّر على كافة جوانب الحياة، بما في ذلك صحتنا، فإنَّ لهذه التداعيات عواقب وخيمة على الفئات السكَّانية الضعيفة مثل العمَّال المهاجرين. يَشكِّل العمَّال المهاجرون جزءًا أساسيًا من القوى العاملة في الكويت. ويواجه العمَّال تحديات جمة في البلدان المضيفة، بما في ذلك التمييز وظروف العمل والمعيشة الرديئة والوصول المحدود إلى الخدمات الصحية. ستتعرَّض صِحة العمَّال المهاجرين للمزيد من التهديدات جرَّاء تداعيات تغيُّر المناخ، ممَّا يؤدِّي إلى تفاقم التحديات التي تواجههم وحالات الإجهاد والتفاوتات الصحية. غالبًا ما تُهمل صِحة المهاجرين في البلدان المضيفة، ويتمُّ انتهاك حقِّهم في الصِحة باستمرار.

تهدف دراسة الحالة هذه إلى بحث تداعيات تغيُّر المناخ على صِحة العمَّال المهاجرين في الكويت واستكشاف الوسائل التي يتمُّ من خلالها انتهاك حقِّ هؤلاء العمَّال في الصِحة. ستسلِّط دراسة الحالة الضوء على التقاطعات المركَّبة بين المناخ والهجرة والصِحة في الكويت، كما ستقدِّم توصيات شاملة مُعدَّة خصيصًا للعمَّال المهاجرين الذين هم في الخطوط الأمامية للظروف المناخية القاسية.

تغير المناخ العالمي هو أزمة صحية

في سلسلة من التقييمات التي أجرتها الهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغير المناخ (IPCC)، تمّ تحديد الروابط بين تغير المناخ وصحة السكان بشكل واضح (Intergovernmental Panel Climate Change 2021). لم يعد تغير المناخ مجرد قضية تعني المتخوفين والمحافظين البيئيين فحسب؛ بل أصبح يُشكّل حالة طوارئ صحية. تُظهر الأدلة الحالية أنّ المناخ المتغير قد ألحق أضرارًا غير مسبوقة بتوازن النظم البيئية والحياة المستدامة.

شكل 1. كيف يؤثّر الحرّ على الصحة؟ أمثلة على النتائج الصحية الحساسة للمناخ والتي ستتفاقم بسبب تزايد فترة الحرّ وشدة ومدى تواتر التعرّض للحرّ.



تُعَدّ المسارات التي يتفاعل فيها المناخ والصحة معقّدة وثنائية الاتجاه ومتداخلة (Rocque et al. 2021؛ Khraishah et al. 2022). ويُعتبر التأثير المباشر للحرارة الشديدة على الصحة أحد أبسط المسارات. فعلى مدى العقد الماضي، ازداد تواتر موجات الحرّ والحرّ الشديد ومدّتها وشدّتها. في تحليل لجميع الوفيات العالمية حول العالم، تمّ تقدير أنّ درجات الحرارة غير المثلى قد تتسبّب بحوالى 5 ملايين حالة وفاة كلّ عام (Zhao et al. 2021). بالإضافة إلى ذلك، أظهر تحليل عالمي آخر أنّه لكلّ 100 حالة وفاة مرتبطة بأمراض القلب، تُعزى حالة وفاة واحدة على الأقلّ إلى درجات الحرارة الشديدة وحدها (Alahmad et al. 2023). يمكن أن يكون للتعرّض المطوّل للحرارة مجموعة من التأثيرات الخطيرة وحتّى المهدّدة للحياة على جسم الإنسان (شكل 1). عندما يتعرّض الجسم للحرّ، يتعرّق ليبرد ويتحوّل الدم بعيدًا عن الكثير من الأعضاء باتجاه البشرة. يزيد التعرّق من خطر الإصابة بالجفاف إذا لم يتمّ تعويض السوائل. يمكن أن تؤدّي الضغوط على القلب والرئتين والكلّى إلى تفاقم الحالات الصحية القائمة لدى الأفراد المعرّضين للخطر (Ebi et al. 2021). إلى ذلك، تُظهر المزيد من الأبحاث حاليًا تأثيرات سلبية على الصحة العقلية (Berry et al. 2010)، وتزايد الطلب على الرعاية الصحية (Bone et al. 2018)، والإصابات المرتبطة بالعمل (Fatima et al. 2021) وغيرها.

ديموغرافيا فريدة

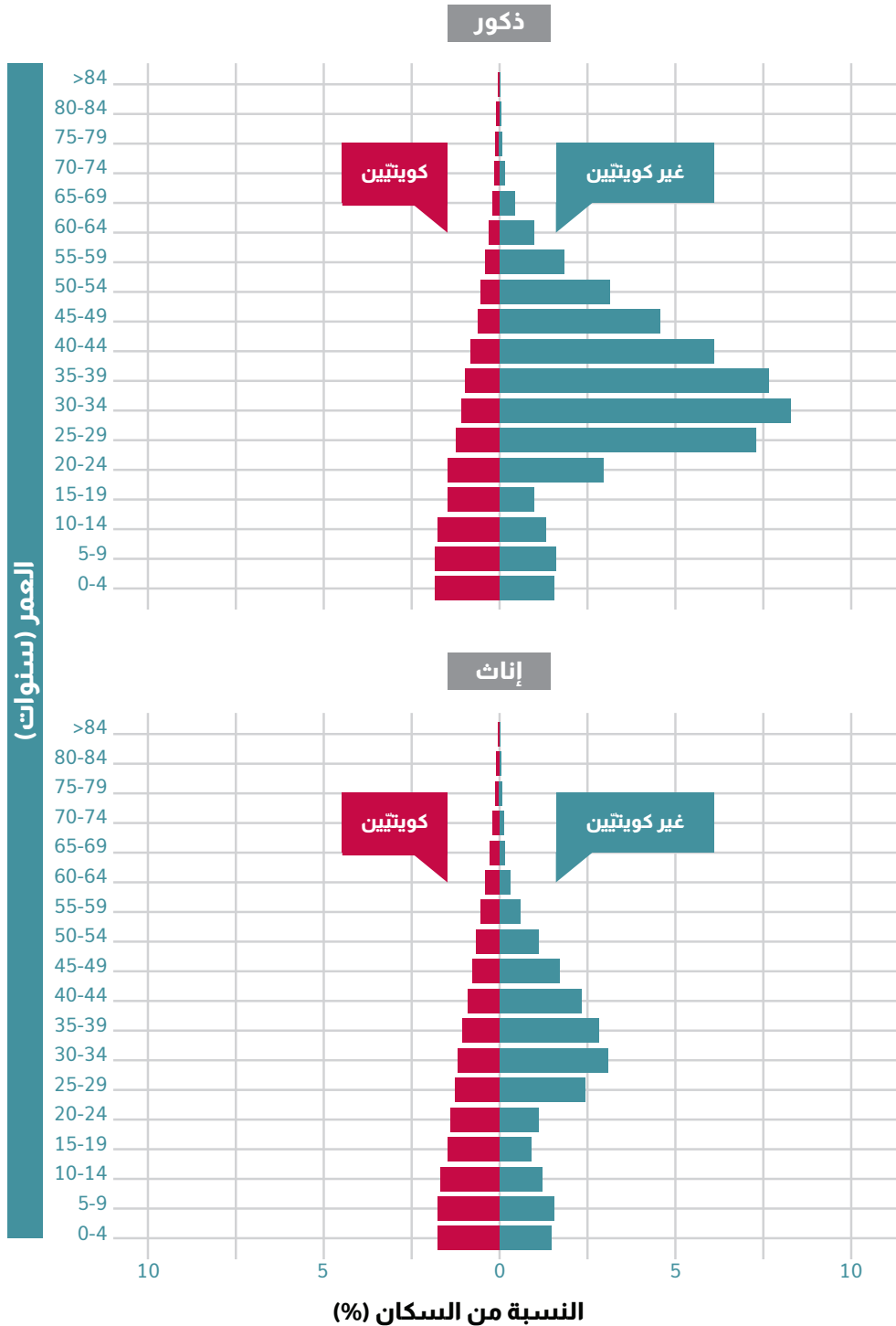
على عكس البلدان الأخرى في العالم، تتمتع دول الخليج بطابع ديموغرافي مميز: فغالبية السكان هم من العمّال المهاجرين غير المواطنين. يبلغ عدد سكان الكويت 4.2 مليون نسمة؛ حوالي 70% هم من غير الكويتيين، منهم حوالي 65% ذكور (PACI 2020). وتأتي غالبية العمّال المهاجرين في البلاد من جنوب وجنوب شرق آسيا (الهند وبنغلاديش والفلبين بشكل أساسي)، في حين أن الفئة السكانية العاملة من العرب غير الكويتيين تتألف من المصريين إلى حد كبير. يعمل العمّال المهاجرون في الغالب في مجال الضيافة والخدمات وكذلك الأعمال اليدوية وأعمال البناء (Alahmad et al. 2020).

عادةً ما يكون العمّال عالقين بين براثن البطالة والفقر واليأس في بلدانهم الأم. يبحثون عن وظائف في الخارج كل عام ويدفعون أموالاً طائلة للوكلاء الذين يعدونهم بالأمن الوظيفي في دول الخليج. لذا يقترضون المال ويقعون في ديون كبيرة لسداد المبالغ المستحقة لهؤلاء الوكلاء.

عند وصول العمّال إلى البلدان المضيفة، تكون التأشيرات العائلية في الخليج صارمة للغاية مما يجبرهم على القدوم من دون عائلاتهم. يرضى نظام الكفالة قواعد هجرة العمالة في الكويت. تربط الكفالة الوضع القانوني للعامل المهاجر بكفيله أو صاحب العمل. بحكم التصميم، يمنع النظام العمّال من ترك وظائفهم أو تغيير صاحب العمل من دون إذن من كفيلهم. بالفعل، يخلق نظام الكفالة على الفور اختلافات في القوة بين المهاجرين وأصحاب العمل. غالبًا ما ينتج عن ذلك تعرّض العمّال للاستغلال وسوء المعاملة، بما في ذلك ظروف العمل السيئة، وساعات العمل الطويلة، والأجور المنخفضة، والمسكن غير اللائق. علاوةً على ذلك، عادةً ما تُخصّص الحكومات الخليجية أحياء سكنية معينة "للغزّاب فقط". تتحوّل هذه الأحياء إلى مناطق محرومة تتألف من تجمّعات مكتظة يهيمن عليها الذكور من العمّال المهاجرين مقارنةً بالأحياء الكويتية التقليدية المخصّصة "للعائلات فقط".

في تباين صارخ مع السكان الكويتيين، فإن غالبية غير الكويتيين هم من الذكور الشباب في سنّ العمل (بين 30 و49 عامًا)، حيث 20% فقط من غير الكويتيين لديهم تحصيل علمي بعد المدرسة الثانوية (الهيئة العامة للمعلومات المدنية 2020). يُعتقد أن انحراف الهرم السكاني يُشكّل ضغوطًا مختلفة على نظام الصحة العامة (شكل 4).

شكل 2. ما الذي يمكن استنتاجه من الهرم السكاني المنحرف في الكويت؟



بالنسبة إلى السكان غير الكويتيين

- **نمط مشوّه:** تدفّق المهاجرين في سنّ العمل
- **التوزيع حسب الجنس:** نسبة عالية جدًا من الذكور مقارنة بالإناث
- **قاعدة ضيّقة:** معدّل مواليد منخفض أو عدد قليل من الأطفال

بالنسبة إلى السكان الكويتيين

- **التماثل:** نسب متقاربة بين الذكور والإناث
- **قمة ضيّقة:** نسبة منخفضة من الأشخاص الذين يعيشون لفترة أطول، وهي نتيجة نموذجية للبلدان النامية
- **قاعدة عريضة:** معدّل خصوبة مرتفع وسكّان شباب

المناخ المستقبلي في الكويت

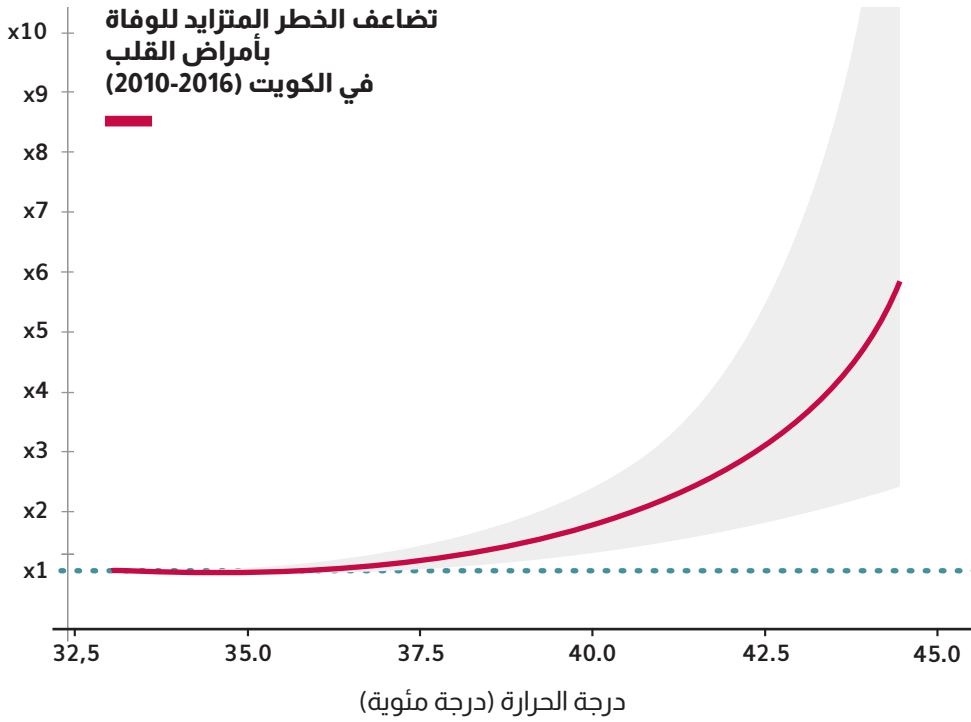
إن احترار كوكبنا غير موزّع بشكل متساو. ففي البلدان التي تتميز بطبيعتها الحارّة وتتمتع بظروف مناخية قاسية، درجات الحرارة آخذة بالارتفاع بوتيرة متسارعة وتُسجّل مستويات قياسية غير مسبوقة. تشير حاليًا الأدلة الحديثة إلى أنّ شبه الجزيرة العربية قد تواجه مخاطر هائلة للحفاظ على بقاء الإنسان على قيد الحياة بسبب تغيّر المناخ (Safieddine et al. 2022). لقد توقّعت إحدى الإسقاطات للمنطقة تزايدًا في معدّلات الوفيات من 8 إلى 20 ضعفًا في المستقبل (Ahmadalipour, Moradkhani, & Kumar 2019). مع ارتفاع درجات الحرارة أكثر فأكثر، فإنّنا نجازف بتخطّي حدود القدرة البشرية على التكيف مع التغيّرات المناخية (Pal & Eltahir 2016).

سجّلت الكويت، التي تُصنّف عادةً كأكثر دول العالم حرًا، واحدة من أعلى درجات الحرارة المُسجّلة على الإطلاق مع 54.0 درجة مئوية في صيف 2016 (Merlone et al. 2019). في السنوات الأخيرة، تتجاوز الحرارة 40 و50 درجة مئوية في أيام كثيرة من فصل الصيف في الكويت. وفي العامين الماضيين، تم نشر ما لا يقلّ عن عشرات المقالات الإخبارية التي تغطّي جوانب مختلفة من الحرّ الشديد الذي تشهده حاليًا الكويت ومنطقة الشرق الأوسط، معتبرةً إياه بشكل أساسي كجرس إنذار لباقي دول العالم (على سبيل المثال، صحيفة نيويورك تايمز 2022). وهذا يعني أنّ صيف الكويت اليوم هو خير دليل على ما يمكن أن يبدو عليه الصيف في المستقبل في جنوب أوروبا والولايات الدافئة في الولايات المتحدة الأميركية ومناطق أخرى.

في تحليل لدرجات الحرارة التاريخية في الكويت من العام 2010 إلى 2016، يتضاعف خطر الوفاة بسبب أمراض القلب ويتضاعف ثلاث مرات عند 41 و42 درجة مئوية، على التوالي، مقارنةً بدرجة الحرارة المثلى البالغة 34 درجة مئوية (شكل 2) (Alahmad et al. 2020). تُبيّن هذه الأدلة المقلقة من الكويت بوضوح الدمار المحتمل الذي يمكن أن تُلحقه درجات الحرارة الشديدة السخونة بالسكان. بعبارة أخرى، ليس من الضروري أن ننظر إلى المستقبل لرؤية التداعيات الصحية لتغيّر المناخ في الكويت؛ فالحرّ الشديد يؤدي أساسًا إلى تزايد الوفيات بشكل ملحوظ في البلاد (Alahmad et al. 2019).

صرّحت الهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغيّر المناخ، في تقرير التقييم السادس الخاص بها لعام 2021، بأنّ العلماء "شبه متأكّدين" من أنّ شدّة أحداث الحرارة وتواتر حدوثها على مستوى العالم قد تزايدت منذ القرن الماضي (Intergovernmental Panel Climate Change 2021). علمًا أنّ النادر أن يستخدم العلماء لغة خالية من عدم اليقين. على الصعيد العالمي، وبحلول نهاية القرن، من المتوقّع أن يرتفع متوسط درجات الحرارة بمقدار 2.4 درجة مئوية (سيناريو الاحترار "المعتدل"؛ المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 2.4-4.5) و4.4 درجة مئوية (سيناريو الاحترار "المتطوّف"؛ المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 5-8.5)، مقارنةً بعصور ما قبل الثورة الصناعية (من العام 1850 إلى 1900) (Intergovernmental Panel Climate Change 2021). سيؤدي هذا الارتفاع في متوسط درجة الحرارة إلى موجات حرّ غير مسبوقة على مستوى العالم في الكويت الحارّة أساسًا.

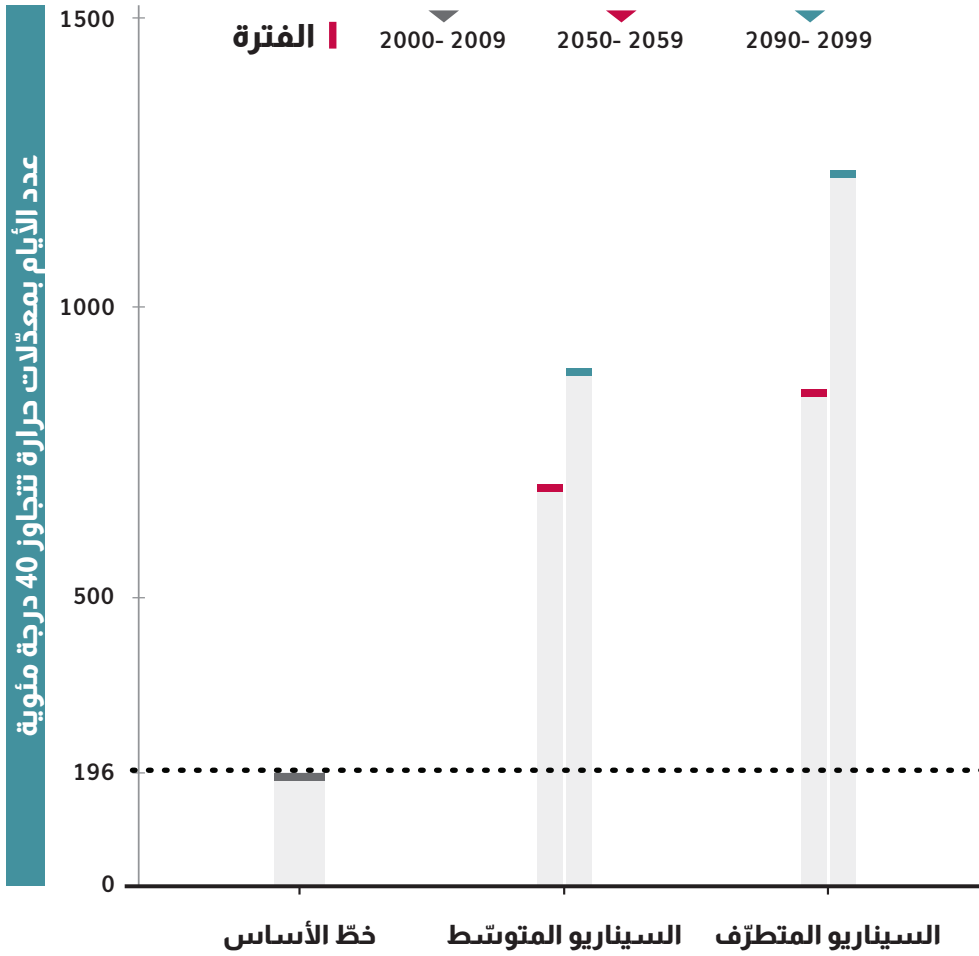
شكل 3. كيف يُؤثر الحرّ على خطر الوفاة بأمراض القلب في الكويت؟ علاقة
نسبة التعرّض بالاستجابة بين متوسط درجات الحرارة اليومية في الكويت (المحور x) والخطر النسبي للوفاة بسبب أمراض قلبية مقارنةً بدرجة الحرارة المثلى البالغة 34 درجة مئوية (المحور y).



في تحليل لدرجات الحرارة المستقبلية من العام 2060 حتّى 2099 مقابل خطّ الأساس لدرجة الحرارة من العام 2000 حتّى 2009، يمكن أن تشهد الكويت زيادة بمقدار 1.8 درجة مئوية إلى 2.7 درجة مئوية في سيناريو معتدل، و 2.6 درجة مئوية و 5.5 درجة مئوية في سيناريو متطّرف، على التوالي (جدول 1) (Alahmad et al. 2022). من المتوقع أن تظلّ البلاد تسخن بمعدّل سريع؛ يبدو أنّه لا مفرّ من ارتفاع في متوسط درجات الحرارة حتّى في ظلّ السيناريوهات المعتدلة. بحلول منتصف القرن، حتّى السيناريو المعتدل سيؤدّي إلى 692 يومًا لكلّ عقد (69.2 يومًا في السنة) حيث يتجاوز متوسط درجة الحرارة اليومية 40 درجة مئوية. في سيناريو متطّرف وبحلول نهاية القرن في الكويت، سيكون هناك 1232 يومًا في العقد (123.2 يومًا في السنة) تتجاوز درجة الحرارة فيها 40 درجة مئوية. لوضع هذه النقطة ضمن في سياق، لم يكن هناك سوى 196 يومًا مع درجات حرارة تتخطّى 40 درجة مئوية في العقد الممتدّ من 2000 إلى 2009 (19.6 يومًا في السنة) (شكل 3).

لا تدعو التوقّعات المستقبلية للوفيات الناجمة عن تغيّر المناخ في الكويت إلى التفاؤل. سيؤدّي تغيّر المناخ إلى تزايد الوفيات من جرّاء الحرّ بنسبة 5.1% إضافية (في سيناريو معتدل) و 11.7% (في سيناريو متطّرف). توقّع الباحثون أن تُترجم هذه النسب المئوية إلى موجات حرّ ناشئة عن تغيّر المناخ فتكون مسؤولة عن 14 حالة وفاة من بين كل 100 حالة وفاة في الكويت بحلول عام 2099 (Alahmad et al. 2022). بشكل ملحوظ، تمّ الاعتبار أن العمّال المهاجرين معرّضون للتضرّر بشدّة من الحرّ ومن المفترض أن يعانون من تأثير أكبر بسبب تغيّر المناخ.

شكل 4. ما هو عدد أيام الحر الشديد في الكويت؟ عدد الأيام التي يتجاوز فيها معدل درجة الحرارة اليومية 40 درجة مئوية في خط الأساس من العام 2000 إلى 2009 مقارنةً بالسيناريوهات المستقبلية بحلول عامي 2059 و2099. سيناريو الاحتراز المعتدل = المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 2-4.5؛ سيناريو الاحتراز المتطرف = المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 5-8.5.



جدول 1. ما هي مستويات الاحترار المتوقعة في الكويت؟ زيادة عقدية في متوسط درجة الحرارة مقارنةً بالعقد الأساسي من عام 2000 إلى 2009. سيناريو الاحترار المعتدل = المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 2-4.5؛ سيناريو الاحترار المتطرف = المسار الاجتماعي الاقتصادي المشترك 5-8.5.

زيادة في متوسط درجة الحرارة (درجة مئوية)		العقد
0.00 (الخط الأساسي للمقارنة)		2000-2009
0.30		2010-2019
السيناريو المعتدل	السيناريو المتطرف	
0.71	0.79	2020-2029
1.06	1.32	2030-2039
1.45	1.92	2040-2049
1.79	2.57	2050-2059
2.07	3.21	2060-2069
2.29	3.96	2070-2079
2.69	4.66	2080-2089
2.69	5.54	2090-2099

الضرر الصحي للمهاجرين

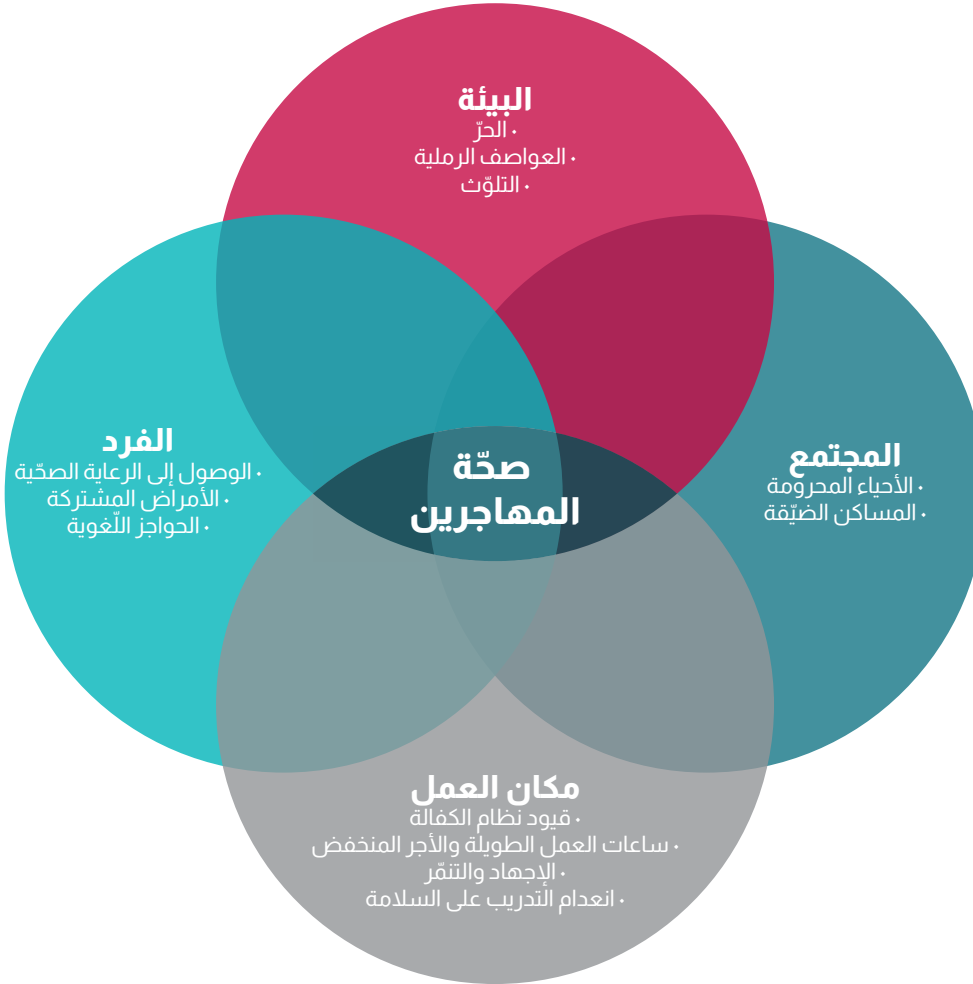
عادةً ما يتم التغاضي عن صحة العقّال المهاجرين إذ يتمّ شملهم ضمن مجموعات الأشخاص "الشباب والأصحاء". غير أنّ المهاجرين يواجهون في البلدان المضيفة عددًا هائلًا من الضغوطات التي تؤثر على صحتهم البدنية والعقلية وحقوقهم العام في الصحة.

وغالبًا ما يتحدّر العقّال من مجتمعات مدّمرة ومنكوبة بالفقر المدقع والنزاعات والعنف والكوارث البيئية. في بعض الأحيان، قد تُشكّل رحلتهم الطويلة والشاقة وحدها خطرًا على صحتهم. لكن فور وصولهم إلى البلدان المضيفة، يتعرّضون للإقصاء الاجتماعي والسياسي والاقتصادي.

ثمة أربعة مجالات تؤدي فيها الضغوطات مجتمعةً إلى تدهور صحة العقّال المهاجرين (شكل 5).

على المستوى الفردي، يصعب على العقّال المهاجرين الوصول إلى الرعاية الصحية والاستفادة منها في الكويت (Hamadah et al. 2020). تتولّى الحكومة تمويل نظام الرعاية الصحية العامة في الكويت الذي يوفرّ خدمات طبية مجانية أو منخفضة التكلفة للمواطنين وفئات معيّنة من المهاجرين، مثل الموظّفين الحكوميين. أما بالنسبة إلى بقية العقّال المهاجرين، فإنّهم يدفعون من أموالهم الخاصة مقابل الحصول على مجموعة من الخدمات الطبية، بما في ذلك الرعاية الأولية والرعاية المتخصّصة والاستشفاء. أظهر مسح تمّ إجراؤه مؤخرًا أنّ شخصًا على الأقلّ من بين كلّ ثلاثة أشخاص غير كويتيّين بالكاد يستطيع تحقّل تكاليف الرعاية الصحية أو لا يستطيع تحقّلها أبدًا (Vital Signs 2022). حتى لو كان بقدرة العقّال تحقّل هذه التكاليف، إلّا أنّ نظام الرعاية الصحية في الكويت قائم إلى حدّ كبير على الفصل على أساس الجنسية. على سبيل المثال، ثمة عيادات خارجية صباحية تستقبل الكويتيّين دون سواهم. كما أنّ مستشفى جابر، التحفة المعمارية الأكبر التي تمّ افتتاحها مؤخرًا، مخصّص حصريًا للمرضى الكويتيّين. لغاية تاريخ إعداد دراسة الحالة هذه، لا تتوفّر خدمات الترجمة الإلزامية في المستشفيات العامة للمرضى غير الناطقين باللغة العربية.

شكل 5. ما الذي يسبب الضرر الصحي للمهاجرين؟ ثمة أربعة مجالات رئيسية يمكن أن تؤدي فيها الضغوطات مجتمعة إلى نتائج صحية سيئة للعامل المهاجرين هي: البيئة، والمجتمع، ومكان العمل، والأفراد.



المصدر: Alahmad, Kurdi, et al. 2020.

غالبًا ما يواجه العمال المهاجرون في الكويت في أماكن عملهم ظروف عمل استغلالية ومسيئة بسبب تساهل لوائح الصحة والسلامة المهنية، ما يؤدي إلى إصابات يمكن الوقاية منها وتفاديتها. فساعات العمل الطويلة وغير المنظمة وأعباء العمل البدنية المفرطة والأجور المنخفضة تُعدّ من العوامل المسببة للإجهاد النفسي الاجتماعي الذي يمكن بدوره التأثير سلبًا على صحة العمال المهاجرين البدنية والعقلية. كما يزيد نظام الكفيل من تفاقم المشكلة، إذ يتردّد العمال في المطالبة بحقوقهم أو بالرعاية الطبية خوفًا من فقدان وظائفهم أو حتى ترحيلهم. ولا يعترف النظام في أيّ حق في تأسيس نقابات في البلاد.

وتجدر الإشارة إلى أنّ صحة المهاجرين تتأثر كذلك على مستوى المجتمع. فالاختلافات بين أحياء الكويتيين وغير الكويتيين جليّة للغاية. إذ غالبًا ما يعيش العمال المهاجرون في منازل سيئة الصيانة ومكتظة يمكنها أن تؤثر على قدرتهم على التكيف وعوامل الإجهاد الصحي. على سبيل المثال، في أثناء جائحة كوفيد-19،

سهّلت ظروف السكن والظروف المجتمعية انتشار الأمراض المعدية (Khadadah et al. 2021). بالإضافة إلى ذلك، هم يفتقرون إلى الطعام الصحي والمرافق الترفيهية، مثل صالات الرياضة والمتنزهات.

وأخيرًا، سنتطرق إلى الضغوطات البيئية. إذ تُظهر مجموعة من المؤلفات الوبائية في الكويت أن البيئة القاسية تؤثر بشكل مختلف على العمّال المهاجرين غير الكويتيين مقارنة بالسكان الكويتيين (جدول 2). ومن منظور الصحة العامة، يُعتبر التأثير المتزايد على المهاجرين "الشباب والأصحاء" مقارنة بعامة الناس مثيرًا للقلق. فجميع الأشخاص لا يختبرون المناخ المتغيّر على قدم المساواة. إذ إن الفقراء والأكثر ضعفًا مثل العمّال المهاجرين هم الأكثر تضررًا، كون ظروف المناخ الحار والخطرة التي يؤدي فيها العمّال الوافدون غير الكويتيين وظائفهم تتطلب جهدًا بدنيًا لفترات طويلة في الهواء الطلق وهي تزيد بشكل غير متناسب من قابليتهم للتأثر بهذه الظروف. ومن المتوقع أن يتفاقم هذا التفاوت الصحي باشتداد تغيّر المناخ والحرارة الخطرة، ما يحوّل مسألة الحق في الصحة للعمّال المهاجرين في الكويت والمنطقة إلى مسألة أكثر إلحاحًا.

جدول 2. ما التفاوتات في الصحة البيئية في الكويت؟ تمتد الأضرار الصحية للعمال المهاجرين في الكويت لتشمل التعرّض البيئي وتغيّر المناخ (تحدّد الأهمية الإحصائية بناءً على قيمة $p > 0.05$)

المخاطر بين غير الكويتيين	المخاطر بين الكويتيين	
الآثار الحالية		
زيادة في الوفيات 4% (النطاق: <1% إلى 6%)	غياب أي زيادة بارزة	أيام العواصف الغبارية مقابل أيام العواصف غير الغبارية
زيادة في الوفيات 96% (النطاق: 10% إلى 352%)	غياب أي زيادة بارزة	أيام الحرّ الشديد مقابل أيام درجة الحرارة المثلّي
المحاكاة المستقبلية		
زيادة في الوفيات 4.6% (النطاق: 0.9% إلى 7.5%)	غياب أي زيادة بارزة	تغيّر مناخ معتدل توقّعات الوفيات الناجمة عن الحرارة في العام 2059 مقابل اليوم
زيادة في الوفيات 6.8% (النطاق: 1.5% إلى 11.7%)	غياب أي زيادة بارزة	تغيّر مناخ معتدل توقّعات الوفيات الناجمة عن الحرارة في العام 2099 مقابل اليوم
زيادة في الوفيات 6.8% (النطاق: 1.5% إلى 10.5%)	غياب أي زيادة بارزة	تغيّر مناخ متطرّف توقّعات الوفيات الناجمة عن الحرارة في العام 2059 مقابل اليوم
زيادة في الوفيات 15.1% (النطاق: 4.6% إلى 22.8%)	غياب أي زيادة بارزة	تغيّر مناخ متطرّف توقّعات الوفيات الناجمة عن الحرارة في العام 2099 مقابل اليوم

المضي قدماً

يستحيل أن تحلَّ أيُّ عصا سحرية مشاكل العقّال الوافدين في الكويت. فحلّها يتطلب اتّخاذ مجموعة من التدخّلات لمعالجة المجالات الأساسيّة على مستوى (مستويات) الفرد والمجتمع ومكان العمل. في غضون ذلك، يمكن القول إن التعرّض البيئي والحق في الصحة هما جزء لا يتجزأ بالنسبة إلى العقّال المهاجرين.

لسوء الحظ، كثرت الأيام الشديدة الحرارة لدرجة أن العمل فيها بات مستحيلاً. وتغيّر المناخ لن يؤدي إلّا إلى تفاقم الأمور. فالعقّال المهاجرون يمارسون أعمالاً قذرة وخطيرة ومهينة في ظروف حارة وخطيرة. على الرغم من ارتفاع درجة حرارة المناخ، لا تتوافر سياسات خاصة باشتداد الحرارة لحماية العقّال على المستويين الدولي والوطني. كما أنّ منظّمة العمل الدوليّة ومنظّمة الصحة العالميّة وحتى إدارة الصحة والسلامة المهنيّة التابعة لوزارة العمل في الولايات المتّحدة لم تحدّد أيّ معايير للحرارة لحماية العقّال (خصوصاً العمال المهاجرين) من التعرّض للخطر للحرارة.

والجدير ذكره أن دول الخليج فرضت حظراً على العمل في ساعات الظهيرة في خلال أشهر الصيف، غير أن هذا الحل البسيط تشوبه عيوب كثيرة. أولاً، يفترض أن خطر الحرارة يقتصر على أشهر الصيف فحسب. ولكن، قد تقع أحداث الحرارة الشديدة خارج هذه الأشهر وتصبح أكثر تواتراً بسبب تغيّر المناخ. بالإضافة إلى ذلك، لا تأخذ السياسة في الاعتبار الكثير من العوامل البيئيّة (مثل درجة الحرارة والرطوبة وسرعة الرياح ونور الشمس)، أو مكان العمل (على سبيل المثال، الاستراحة والظل والإمالة وما إلى ذلك)، أو العوامل الشخصيّة (على سبيل المثال، التأقلم والاعتلال المصاحب وإلخ) التي تؤثر على الإجهاد الحراري المهني. نتيجة لذلك، لا يمكن الوقاية من الإصابات المرتبطة بالحرارة على الرغم من الحظر المفروض على العمل في منتصف النهار.

للمضي قدماً، يجب أن تراعي مهمة صنع السياسات وتنفيذ تدابير الحماية من الحرارة العناصر الرئيسة التالية:

- **إنقاذ الأرواح:** يمكن أن تتسبّب درجات الحرارة القصوى بالوفاة. وحتى في حالة عدم وقوع وفيات، يمكن أن تؤدي درجات الحرارة المرتفعة هذه إلى إصابات وإعاقات لمدى الحياة. لذلك، تُعتبر معايير الحرارة التي يُحركها العلم ضروريّة لتعزيز التدخّلات المنقذة للحياة لملايين العقّال المهاجرين في الكويت وحول العالم.
- **الإبلاغ عن المخاطر:** يجب إنشاء قنوات اتصال أفضل بين صانعي السياسات وأولئك الذين يهتمون بمخاطر المناخ. ويمكن ذلك من خلال المشاركة الهادفة للسفارات ومنظّمات المجتمع المدني ووسائل الإعلام والمنظّمات الدوليّة والهيئات الحكوميّة في الكويت. ومن الضروري تحديد التّوَعُّع بين المهاجرين وتحديد المجموعات الفرعيّة الأكثر ضعفاً (على سبيل المثال، فئات الوظائف الأكثر عرضة للخطر).
- **سد الفجوات في عدم المساواة المناخية:** في الخليج، توفي عدد كبير من العقّال المهاجرين في بداية حياتهم لبناء مبانٍ منشآت فخمة. ووفاتهم أثارت

دعوة مقلقة ومزعجة للوعي ولمعالجة أفضل للمخاطر التي يمكن أن يتجنبها ولا يتعرض لها حالياً العمّال المهاجرون. وفي غياب سياسات وتدخّلات أكثر فعالية، ستزداد التفاوتات الصحيّة، وتؤدي إلى تعرّض العمال المهاجرين الأقل حظاً لأضرار أكبر بسبب التعرّض الزائد للحرارة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون التعليم العام أكثر إنصافاً من خلال دمج الوعي لدى المجتمعات الضعيفة ودراسات المشاركة المجتمعية والتفاوتات في المناهج الدراسية خصوصاً لكلّيات الطب وبرامج الإقامة.

• **التنسيق والتعاون دولياً:** عند نشر النتائج، يجب إطلاع منظّمة العمل الدولية ومنظّمة الصحة العالمية وأصحاب المصلحة الرئيسيين الآخرين على المقاييس الفعّالة القائمة على المخاطر بهدف وضع سياسات أكثر فعالية في داخل البلدان والولايات القضائية الإقليمية. ويمكن أن يحدّد تحليل التكلفة والعائد الدولي أو المحلي العبء الاقتصادي المترتب من الحرارة على القوى العاملة في البلاد، وخصوصاً القوى العاملة المهاجرة. كما يمكن أن توفر بعض التدابير مثل خسارة الإنتاجية بالساعات أو الدولار إذا أخذت في الاعتبار المزيد من الحوافز لفرض مقاييس خاصة بالحرارة آمنة ومنتجة.

• **المساءلة:** يُعدّ الافتقار إلى المساءلة عن وفيات العمّال المهاجرين المرتبطة بالحرارة قضية معقدة تتبع من عوامل عدة. وهي تشمل الحماية القانونية غير الملائمة والاستبعاد الاجتماعي والاقتصادي والافتقار إلى التمثيل والنقابات، فضلاً عن الافتقار إلى الإرادة السياسيّة والتقايس من جانب الحكومات المضيفة والمحليّة. ويؤدي ذلك إلى عدم التعامل مع صحّة العمال المهاجرين ورفاههم بشكل صحيح. ومن المهم أن ندرك أن ضمان صحّة العمال المهاجرين هي مسؤولية جماعية يجب أن يتقاسمها مختلف أصحاب المصلحة، بما في ذلك حكومات البلدان المضيفة والبلدان الأصلية وأرباب العمل الذين يوظفونهم بالإضافة إلى المنظّمات الدوليّة. ففي غياب تضافر الجهود من جميع هذه الأطراف، يصعب على العمّال المهاجرين الوصول إلى العدالة والحماية.

المراجع

- Achilleos, S., Al-Ozairi, E., Alahmad, B., Garshick, E., Neophytou, A.M., Bouhamra, W., Yassin, M.F., & Koutrakis, P. 2019. "Acute Effects of Air Pollution on Mortality: A 17-year Analysis in Kuwait." *Environment International* 126 (May): 476–483. [Link](#)
- Ahmadalipour, A., Moradkhani, H., and Mukesh Kumar. 2019. "Mortality risk from heat stress expected to hit poorest nations the hardest." *Climatic Change* 152(3-4): 569–579. [Link](#)
- Alahmad, B., Khraishah, H., Royé, D., Vicedo-Cabrera, A.M., Guo, Y., Papatheodorou, S.I., Achilleos, S., et al. 2023. "Associations Between Extreme Temperatures and Cardiovascular Cause-Specific Mortality: Results From 27 Countries." *Circulation* 147(1): 35–46. [Link](#)
- Alahmad, B., Khraishah, H., Shakarchi, A.F., Albaghdadi, M., Rajagopalan, S., Koutrakis, P., & Jaffer, F.A. 2020. "Cardiovascular mortality and exposure to heat in an inherently hot region: implications for climate change." *Circulation* 141(15): 1271–1273. [Link](#)
- Alahmad, B., Kurdi, B., Colonna, K., Gasana, J., Agnew, J., & Fox, M.A. 2020. "COVID-19 stressors on migrant workers in Kuwait: cumulative risk considerations." *BMJ Global Health* 5 (7). [Link](#)
- Alahmad, B., Shakarchi, A., Alseaidan, M., & Fox, M. 2019. "The effects of temperature on short-term mortality risk in Kuwait: A time-series analysis." *Environmental Research* 171 (April): 278–284. [Link](#)
- Alahmad, B., Shakarchi, A.F., Khraishah, H., Alseaidan, M., Gasana, J., Al-Hemoud, A., Koutrakis, P., & Fox, M.A. 2020. "Extreme temperatures and mortality in Kuwait: Who is vulnerable?" *The Science of the Total Environment* 732 (August): 139289. [Link](#)
- Alahmad, B., Vicedo-Cabrera, A.M., Chen, K., Garshick, E., Bernstein, A.S., Schwartz, J., & Koutrakis, P. 2022. "Climate change and health in Kuwait: temperature and mortality projections under different climatic scenarios." *Environmental Research Letters* 17 (7): 074001. [Link](#)
- Berry, H.L., Bowen, K., & Kjellstrom, T. 2010. "Climate change and mental health: a causal pathways framework." *International journal of public health* 55 (2): 123–132. [Link](#)
- Bone, A. E., Gomes, B., Etkind, S.N., Verne, J., Murtagh, F.E.M., Evans, C.J., & Higginson, I.J. 2018. "What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death." *Palliative Medicine* 32 (2): 329–336. [Link](#)

- Ebi, K.L., Capon, A., Berry, P., Broderick, C., de Dear, R., Havenith, G., Honda, Y. et al. 2021. "Hot weather and heat extremes: health risks." *The Lancet* 398 (10301): 698–708. [Link](#)
- Fatima, S.H., Rothmore, P., Giles, L.C., Varghese, B.M., & Bi, P. 2021. "Extreme heat and occupational injuries in different climate zones: A systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence." *Environment International* 148 (March): 106384. [Link](#)
- Hamadah, H., Alahmad, B., Behbehani, M., Al-Youha, S., Almazeedi, S., Al-Haddad, M., Jamal, M.H., & Al-Sabah, S. 2020. "COVID-19 clinical outcomes and nationality: results from a Nationwide registry in Kuwait." *BMC Public Health* 20 (1): 1384. [Link](#)
- Intergovernmental Panel Climate Change (IPCC). 2021. "Climate Change 2021: The Physical Science Basis - The Working Group I contribution to the Sixth Assessment Report". IPCC WG I.
- Khadadah, F., Al-Shammari, A.A., Alhashemi, A., Alhuwail, D., Al-Saif, B., Alzaid, S.N., Alahmad, B., & Bogoch, S.I. 2021. "The effects of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission in different socioeconomic populations in Kuwait: a modeling study." *BMC Public Health* 21 (1): 990. [Link](#)
- Khraishah, H., Alahmad, B., Ostergard, R.L., AlAshqar, A., Albaghdadi, M., Vellanki, N., Chowdhury, M.M. et al. 2022. "Climate change and cardiovascular disease: implications for global health." *Nature Reviews. Cardiology* 19 (12): 798–812. [Link](#)
- Merlone, A., Al-Dashti, H., Faisal, N., Cervený, R.S., AlSarmi, S., Bessemoulin, P., Brunet, M. et al. 2019. "Temperature extreme records: World Meteorological Organization meteorological and meteorological evaluation of the 54.0°C observations in Mitribah, Kuwait and Turbat, Pakistan in 2016/2017." *International journal of climatology: A journal of the Royal Meteorological Society*, June.
- New York Times (NYT). 2022. "Extreme Heat Will Change Us." *New York Times*, November 18, 2022. [Link](#)
- Public Authority of Civil Information (PACI). 2020. "The Public Authority for Civil Information". Government of Kuwait.
- Pal, J.S., & Eltahir, E.A.B. 2016. "Future temperature in southwest Asia projected to exceed a threshold for human adaptability." *Nature climate change* 6 (2): 197–200. [Link](#)
- Rocque, R.J., Beaudoin, C., Ndjaboue, R., Cameron, L., Poirier-Bergeron, L., Poulin-Rheault, R., Fallon, C., Tricco, A.C., & Witteman, H.O. 2021. "Health effects of climate change: an overview of systematic reviews." *BMJ Open* 11 (6): e046333. [Link](#)

- Safieddine, S., Clerbaux, C., Clarisse, L., Whitburn, S., & Eltahir, E.A.B. 2022. "Present and future land surface and wet bulb temperatures in the Arabian Peninsula." Environmental Research Letters 17 (4): 044029. [Link](#)
- Vital Signs. 2022. "The cost of living: Migrant workers' access to health in the Gulf". FairSquare.
- Zhao, Q., Guo, Y., Ye, T., Gasparrini, A., Tong, S., Overcenco, A., Urban, A. et al. 2021. "Global, regional, and national burden of mortality associated with non-optimal ambient temperatures from 2000 to 2019: A three-stage modelling study." The Lancet. Planetary Health 5 (7): e415–e425. [Link](#)

التقرير الوطني الموريتاني

حول النفاذ إلى الحق في الصحة

سيدينا العتيق

استشاري في الاقتصاد

المركز الوظيفي: مكون في المعهد الحر للتكوين والتدريب على المهن نواكشوط موريتانيا. ناشط في المجتمع المدني رئيس الشبكة الموريتانية للعمل الاجتماعي، لديه بحوث في المجال الاجتماعي وفي دور منظمات المجتمع المدني في مجال التنمية، شارك في عدة منتديات اقتصادية واجتماعية وطنية وإقليمية.

محمد أحمد المحبوبي

خبير استشاري في التنمية، استشاري وخبير اجتماعي مستقل

استشاري مستقل متخصص في الدراسات حاصل على درجة اكاديمية في التنمية -علم الاجتماع، له تجربة طويلة في الدراسات والبحوث التنموية والاستشارات وتقييم السياسات وأنشط في المجتمع المدني وشارك في ندوات وبحوث مع عدد من الشركاء الوطنيين والدوليين.

تقديم

يقدم هذا التقرير لائحة حول نفاذ المواطنين الموريتانيين، خاصة الفئات الهشة منهم إلى الحق في الصحة والتأمين الصحي والرعاية الصحية في بلد ترزح ساكنته تحت وطأة الفقر والتهمة، وتتميز البنية التحتية الصحية فيه بالمحدودية وتتفاوت الفرص الاستشفائية المتاحة لمواطنيه بين المركز والأطراف وبين الريف والمدينة. هذه اللائحة غير الوردية هي التي جعلتنا نقوم بهذا الجهد علنا نلفت انتباه المهتمين من سلطات عمومية ومجتمع مدني وإعلام وشركاء إلى هذا الموضوع، ونحفز لمناصرة ترفع من المستوى الخدمات خاصة في ما يتعلق بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية (الصحة والتعليم والرعاية والحماية الاجتماعية).

يعتمد التقرير بصفة أساسية على المحاور المنهجية المشمولة في الورقة الخلفية لتقرير الرائد العربي في نسخته السادسة، مع التركيز على خصوصية واقع الجمهورية الإسلامية الموريتانية من حيث عوامل توفر المعلومات وحضور مفهوم الحق في الصحة والتمتع به.

الهدف: تقديم تصوّر وتحليل شامل ونقدي لوضع الحق في الصحة في موريتانيا مع تقديم بعض التوقعات

للمراحل اللاحقة أو ما بعد جائحة كوفيد-19.

المنهجية: تتمخوّر منهجية كتابة التقرير حول مسارين متكاملين: مسار أول يركّز على البحث المكتبي واللقاءات والمقابلات مع المتخصصين المعنيين والحقوقيين والفاعلين في قطاع الصحة ونشطاء المجتمع المدني المتخصص في المجال الصحي التنموي وهي مقارنة تشاكرية نشطة. ومسار ثان يركّز على البحث الموضوعي واستنطاق التاريخ وتحليل الواقع وذلك انطلاقاً من الإجابة على الأسئلة المحورية التي يدور التقرير حولها والمتعلقة بواقع النفاذ إلى الحق في الصحة في موريتانيا، ومستوى الوعي الحقوقي بهذا الحق ومستوى عدم المساواة في توفر الخدمات الصحية. مع الإشارة إلى تأثيرات جائحة كوفيد-19 والاقتصاد النيوليبرالي على الحق في الصحة.

المميزات العامة للسياق الموريتاني

يتناول التقرير أهم مميزات السياق الموريتاني مع التركيز على بعض الجوانب التي نرى أنها أكثر ارتباطاً من غيرها بالحق في الصحة. والسياق الذي نقصد هنا يشمل السياق التاريخي والاقتصادي والاجتماعي والسياسي والقانوني المؤسسي وما يميزه إيجاباً أو سلباً.

المُعطيات والمميزات السياسية والجغرافية والتاريخية

منذ استقلالها عام 1960 أدرجت موريتانيا وبصفة دائمة الحق في الصحة في مختلف السياسات الحكومية، ولكنها كانت مرغمة على انتظار الثمانينيات لتشهد توجّهاً جديداً للسياسات الصحية نحو الاستجابة لحاجيات أكبر عددٍ ممكن من المواطنين في إطار برنامج الصحة والعلاجات القاعدية الأساسية. ومنذ الخطة الصحية الرابعة 1981-1985 إلى الخطة الأساسية 1998-2002، كانت الأولوية للعلاجات الصحية الأولية وتحسين التغطية الصحية، ومع سنة 1998 تمّ إدخال مفاهيم ومصطلحات جديدة تتعلّق بنوعية وجودة أداء وفاعلية النظام الصحي.

مُعطيات اقتصادية واجتماعية

الوضعية السكانية العامة في موريتانيا متغيّرة حيث نجد أن نسبة 52,8% من الساكنة تقطن في الحضر مقابل نسبة 48,3% سنة 2013 تقطن في الريف. أمّا من هم تحت خط الفقر فيشكلون نسبة 28,2% من السكان¹، وتبلغ نسبة النساء 50,7% من مجموع السكان إضافةً إلى أن السكان هم في معظمهم من الشباب حيث تبلغ نسبة من هم دون 15 من العمر 44,2%، أمّا المستوون فلا تتجاوز نسبتهم 5,3%. ولا تزال الخدمات الاجتماعية سيّئة التوزيع بين المناطق ويتفاوت الحصول عليها والنفوذ إليها بين الولايات والمقاطعات بل حتّى على مستوى الوسط الاقتصادي والاجتماعي.² ونظراً لضعف البنية التحتية التي تواجه ضغطاً بشرياً قوياً، زاد نزوح السكان من الريف إلى المدن من التقلّبات الديمغرافية ومن زيادة الضغط على البنية التحتية الخدمية ممّا حدّ بشكل كبير من مستوى النفوذ إلى خدمات الصحة والتعليم والمياه والكهرباء والغذاء والشغل، حيث إن العاصمة وحدها تستقطب ثلث سكان البلد.

¹ المسح الدائم حول الظروف المعيشية للسكان 2021.
² المرسوم رقم 361 إل مح دد لصلاحيات وزير الصحة المأداة.

النفاز إلى الحق في الصحة وارتباطه بطبيعة النظام السياسي الموريتاني

مرَّ مسار النفاز إلى الحق في الصحة في بلد كموريتانيا بمراحل صعبة، ويمكننا القول وبكل ثقة إن الدولة الموريتانية، ورغم حسن النية والإرادة المعلنة والضمنية للإصلاح، واجهت وتواجه العديد من التحديات أقل ما يقال عنها إنها تحديات متعدّدة المناحي حيث تتسع المساحة وتنعدم الموارد وتقف المسلكيات البائدة عائقاً أمام التنمية بمفهومها الشامل. يُضاف إلى ذلك أن عاملاً رئيسياً يحدّ النفاز إلى الحق في الصحة يتعلّق بالمنحى السياسي المرتبط بطبيعة الأنظمة واختلاف التوجّهات والأجندات الوطنية والدولية. فالحق في الصحة كان توجّهاً رسمياً في مختلف السياسات والخطط الحكومية وكانت الإنجازات على قلتها ناجعة ومطبوعة بنوع من المسؤولية عند ميلاد الدولة، لكن ومع الارتباط العضوي بالمسار الصّحي العالمي وتدويل الصحة أصبحنا أمام صحة مستوردة من أدويتها إلى أجهزتها إلى القوانين المنظمة لها، وباتت الصحة المحلية صحة تتجاوز الحدود، نهتم بها حسب المعطيات المناخية والجيوسراتيجية، وصار الاقتصاد الصّحي من أهم اقتصاديات العالم وتم فتحه أمام القطاع الخاص ممّا أفرغه من محتواه الإنساني والحقوقى.

يظلّ المنحى السياسي المحدّد الأول للنفاز إلى الحق في الصحة، فالإدارة السياسية وحدها تُمكن المواطن من النفاز إلى حقه أو منعه من هذا الحق، وهي التي تُحدّد الموارد المالية وتُعطي الأولوية وتمنعها وهي التي تجعل من المواطن مواطناً من الدرجة الأولى أو الثانية وتمنحه التأمين والصحة مجاناً أو بمقابل مادي. هذا البُعد السياسي في موريتانيا أبان عن الكثير من القدرة على التكيف ومحاولة التكفل بالمرضى كما كشف عن الكثير من العجز والمظهرية الثاوية وراء مختلف الإنجازات الحكومية والمعدّة أساساً للاستهلاك الإعلامي.

نريد هنا أن نُبين مسألة في غاية الأهمية هي أن النفاز إلى الحق بالصحة دون منّة يتوقّر تارةً وينعدم تارات عدّة. فعندما تتكفل الدولة ببعض الرموز الوطنية كرؤساء أحزاب أو رؤساء سابقين أو معارضين أو شعراء، فهذه مسألة جيدة ولكنها ليست حقّاً بل هي من باب الإكراميات أو ما اصطلح على تسميته إكراميات رئاسية أو ملكية وأميرية ولكنها محدودة زمانياً ومكانياً والمستفيدون منها يُعدّون على رؤوس الأصابع. أمّا من لهم الحق الطبيعي في النفاز إلى الحق في العلاج على الأقل وليس الحق في الصحة، فغالباً ما لا يتحصّلون عليه ولا حتّى على البنية التحتية والمالية والبشرية الحاضرة له والتي من خلالها فقط يمكن توفيره وهي مسألة ترجع بالأساس إلى الخيار السياسي.

مُحدّدات الحقّ في الصحة في موريتانيا³

الأطر المؤسسية والقانونية للحقّ في الصحة في موريتانيا

يُعتبر الحقّ في الصحة أولويّة وطنية وهدفاً استراتيجياً من تخصّص الدولة ومحلّ اهتمام من طرف المُشرّعين ومُعَدّي السياسات العمومية والاستراتيجيات، حقّ تناوّلته مختلف الوثائق والاستراتيجيات الوطنية الصحيّة منها وغير الصحيّة، كما تناوله دستور العام 1961 ودستور العام 1991 في أكثر من موضع، وهو التزام سياسي وإنساني بالدرجة الأولى. يضمن الدستور الموريتاني المساواة بين الرجال والنساء وكافة المواطنين أو القاطنين بدون تمييز مبني على اللون أو العرق أو الدين أو الجنس أو الوضع الاجتماعي وهي مساواة في الحقوق وأمام القانون، وتشكّل الصحة إحدى دعائم ومكوّنات هذه الحقوق.⁴

لا يختلف الدستور الموريتاني الحالي عن الدساتير السابقة له حيث تناول الحقوق الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين مشيراً في عددٍ من موادّه إلى أنه يحقّ لكافة المواطنين التمتع بكافة الحقوق دون شروطٍ أخرى سوى تلك التي يحددها القانون. ففي المادة (16) أشار الدستور إلى "أنّ الدولة والمجتمع يحميان الأسرة". وفي المادة (31) إلى "أنّ الدولة تحمي الأسرة والأمومة والطفولة"، وفي المادة (33) إلى "أنّ الدولة تحمي الصحة العامة، وتعمل على تشجيع المساعدات الطبية المجّانية للمعوزين"، وفي المادة (35) إلى "أنّ الدولة تكفل حرّية التعليم، وأنّه بالمجان في مدارس الحكومة في مراحله الأولى". وأشار في المادة (37) إلى "رعاية الدولة للضمان الاجتماعي والمساعدات، كما أنّها تكفل الحقّ في المعاش لموظّفيها، وكذلك الحقّ في المساعدة في حالات الحوادث والمرض أو العجز عن العمل طبقاً للقانون".⁵

ونورد هنا بعض الترتيبات القانونية الخاصة بالنفاذ إلى الحقّ في الصحة حيث وقفنا على أكثر من (36) نصّاً ما بين مرسوم وقانون ومُقرّر تتناول كلّها مسألة الصحة والتأمين والضمان والنفاذ والحقّ في الصحة والعلاج تناوّل قانونياً بحثاً، وهي كلّها ترتيبات تشريعية موريتانية شملت مختلف مناحي ومشاكل الحقل الصحي وهيكله نُظّم التأمين والضمان الاجتماعي خلال الخمسين سنة الماضية ممّا يُعطي فكرة واضحة مفادها أن المساواة تمّ تحليلها من الناحية المؤسسية والتشريعية ولم تكن موجّهة بل شملت كافة الطيف السكاني من مواطنين ووافدين ولجّئين وفئات هشّة ومعوقين ومسنّين، وحاولت أن لا تُبقي أحداً على الهامش بل ركّزت في بعض نصوصها على فئاتٍ بعينها ومنحتها الأولوية التامة في الخدمة والتأمين الصحي.

كما أنّ بلادنا انتسبت إلى معظم أو كافة المواثيق والعهود والاتفاقيات الدولية المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وخاصة منها الحقوق المرتبطة بالحقّ في الصحة والرعاية الاجتماعية الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة منذ نشأتها إلى اليوم بل وعن غيرها من التجمّعات الإقليمية والقارية والبيئية.

³ السياسة الوطنية للصحة في آفاق 2030 المصدر 2017 ص 8

⁴ المخطط الوطني لترقية قطاع الصحة 2020

⁵ التقرير الوطني للجمهورية الإسلامية الموريتانية في موضوع (منظومة الحماية الاجتماعية للمرأة في مجال الصحة في المنطقة العربية) (إعداد الخيرة الزينة محمد الأمين. يمكن الوصول إلى التقرير على هذا الرابط

المُحدّد المتعلّق بحقّ النفاذ والنوع الاجتماعي

تحسّن الحالة الصحية الوطنية يُخفي بعض التفاوتات والفوارق الاجتماعية والاقتصادية بين المجموعات، وفي الواقع فإن المؤشرات الصحية ظلّت وما زالت مُقلقة خاصةً في الوسط الريفي وبين المجموعات الأكثر فقراً وتلك التي لا تتوفّر على مستوى تعليمي. كما أن تحليل المؤشرات الصحيّة حسب المجموعات الاجتماعية والاقتصادية يُظهر عدّة فوارق على مختلف المستويات خاصّةً على مستوى النفاذ إلى الحقّ بالصحة. كما أن وجود مؤشرات صحية تتعلّق بسوء التغذية والخصوبة ونسبة الوفيات توضح هذه التفاوتات بل وربما تقدّم لها تفسيرات اقتصادية أحياناً تتعلّق بضعف الدخل والفقر والامية والنقص الحاد في النفاذ إلى الخدمات خاصةً خدمات التكفل بالأطفال ومتابعة نموهم وانعدام الولادة تحت الرعاية الصحيّة وغيرها.

وعملياً نلاحظ استمرار نوع من عدم المساواة ومن التمييز بل وربما التفاوت المؤسّس على النوع الاجتماعي في المجال الصحي، وهذه بالأساس عوائق وعقبات اجتماعية واقتصادية وثقافية تحدّد من نفاذ المرأة إلى حقّها في الصحة والعلاج منها "التخطيط العائلي، العنف المبني على النوع بمختلف أشكاله، الممارسات المجتمعية التقليدية الضارّة بالمرأة مثل الخفاض⁶ والزواج المبكر أو التسمين القسري وغير ذلك. بالإضافة إلى كلّ ذلك، نجد ما يُسمّى بالعنف الصحي المنتشر، كما أن نوعية العرض الخدماتي الصحيّ المُقدّم يتأثر بالنوع ويتّضح ذلك بشكلٍ جليّ خلال تناول قضايا وفيات الأمّهات والتميز المبنيّ على النوع أو الوصم والاحتقار أو رفض تقديم الخدمة على سبيل المثال للمصابين بالأمراض الجنسية أو لعقّال الجنس أو لمن لا يتواجدون في علاقةٍ شرعية. وعندما نعتمد إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2018 نجد أن نسبة 58% من عمّال الوزارة نساء إلّا أنّ حضورهنّ يبقى هامشياً على مستوى اتخاذ القرار.

المُحدّد الاقتصادي للنفاذ إلى الحقّ في الصحة

موريتانيا من بين الدول الأكثر فقراً حول العالم والاستثمار الصحيّ يتطلّب موارد مالية مهمّة لا يمكن من دونها توفير بنية تحتية صحيّة أو حتّى اقتناء معدّات صالحة ولا أدوية ولا بناء مصحّات تضمن تأمين المواطنين والتكفل بالمرضى. وعلى الرغم من الجهد المبذول للرفع من مخصّصات ميزانية القطاع والتي لا تزال في مستوى متواضع مقارنةً بالجوار الجنوبي والشمالي: أي بنسبة حوالي 5.3% من ميزانية الدولة مقابل 10% في السنغال وأكثر من 18% في المملكة المغربية، فإن توزيع الموارد ليس الأمثل من ناحية العدالة الجغرافية والنفاذ العادل والتساوي واحترام أولويات السياسة الوطنية للصحة.

المُحدّد المتعلّق بالمياه والصرف الصحيّ والطاقة

النفاذ إلى المياه الصالحة للشرب لا يتجاوز نسبة 68,1% والنفاذ إلى التغذية المناسبة لا يتعدّى نسبة 34,2%، أمّا الصرف الصحيّ المناسب فبلغ نسبة 40,4%. وهذه كلّها عوامل تؤثر تأثيراً قوياً في الحالة الصحيّة⁷ وتؤديّ إلى انتشار الأمراض المُعدية والطفيلية والتغذوية. كما أنّ توفّر خدمات الطاقة بمختلف أصنافها بأسعار في المتناول وزيادة الاستثمارات في البنى التحتية الطاقية وتسهيل الحصول عليها يشكّل نوعاً من التمكين للنفاذ إلى الحقّ وكسب الوقت بالنسبة للفاعلين في الحقل الصحيّ والنشطاء الحقوقيين المدافعين عن المواطن والمُتحقّسين لتمكينه من التمتع بكافة حقوقه وتخصيص المزيد لتحقيق التنمية. فالطاقة متوفّرة

⁶ حَتَانُ الْإِنَات/ excision or female circumcision

⁷ ملخص الاستراتيجية النم و المتسارع والرفاه المشترك.

بنسبة محدودة في البلد حيث إنها تصل لنسبة لا تتجاوز 48% من مجموع السكان. **أما في ما يتعلق بالبنية التحتية الطاقية الإنتاجية**، فلدى موريتانيا شبكة وطنية ليست من أفضل الشبكات في المنطقة العربية لا من حيث الإنتاج ولا التوزيع أو النقل. فالنفاذ إلى الحق الصحي يفترض وجود شبكة كهربائية قوية شاملة متعدّدة الخيارات تضمن النفاذ العادل على المستوى الوطني إلى الكهرباء. فالصحة والكهرباء مترابطتان وبدون الكهرباء والطاقة تتعطل الأجهزة التشخيصية ويفسد الغذاء ويصعب الحصول على المياه وتتوقف الخدمات الاجتماعية الأخرى⁸.

البنى التحتية الصحية الوطنية

إنّ النفاذ إلى الحق في الصحة مرهون بتوفير الخدمة من أقرب مسافة من المواطن ودون إهمال أي مكان من الوطن. ولقد ركزت معظم السياسات في ما يتعلق بهذه النقطة على توفير تغطية صحية شاملة حتى على مستوى المناطق المحاذية ولمسافة لا تتجاوز 5 إلى 10 كيلومترات. لكن ورغم كلّ الإنجازات ما زال النقص ملحوظاً ومعتبراً وما زلنا نحتاج إلى بناء المزيد من النقاط الصحية، حيث إنّ الـ 808 نقاط صحية الموجودة حالياً لا تلبي في معظمها الحاجيات ولا تستجيب أصلاً للمعايير الدولية الموصى بها. وقد تمّ نتيجة تدخّلات وزارة الصحة ومندوبيات التآزر بناء العديد من النقاط الصحية والمراكز كما أن نشاط المجتمع المدني ورجال الأعمال المتدخلين في المجال الصحي حاولوا المساهمة في توفير مثل هذه النقاط وفقاً لقدراتهم.

النقل

حاولت موريتانيا خلال السنوات الأخيرة الاهتمام بالبنية التحتية الطرقية ووسائل النقل نظراً لأهمّيتها ودورها في النمو الاقتصادي والصحي والتمتع بالحق في بلد مترامي الأطراف كموريتانيا حيث إنّ الشبكة الطرقية الوطنية تضمن نفاذ نسبة 70% من السكان من مسافة تقلّ عن كيلومترين عام 2020 مقابل نسبة 40% فقط عام 2016. والنفاذ إلى الحق في الصحة يستوجب توفير بنية طرقية ومطارات وموانئ حديثة تضمن نقل البضائع والأدوية وتوفير المعدّات وتزويد السوق بالغذاء، غير أن هذه البنية في موريتانيا تعاني من عدّة عوائق تتعلق بعدم قرب الخدمات الطبية والصحية من المواطنين خاصة من يقطن منهم في مناطق نائية.

التحوّل الوبائي

بالإضافة إلى وجود الأمراض الالتهابية، يمثّل انتشار الأمراض غير المعدية وذات التكاليف الباهظة عبئاً متزايداً على النظام الصحي غير المهيّئ أصلاً بما فيه الكفاية للتكفل بالحماية والوقاية والتشخيص والعلاج من هذه الأمراض. سارعت موريتانيا إلى اتباع مقاربة صحة واحدة مندمجة (ONE HEALTH) تأخذ في الحسبان صحة البشر والحيوان والبيئة وعلى كافّة المستويات. إذ تشهد البلاد موجات لأوبئة لم تكن معروفة لدى النظام الصحي الوطني تمثلت في صعوبة تسيير الوضع الإستعجالي لحالات الملاريا وحمى الضنك والكوفيد-19 والحمى القلاعية الفيروسيّة إضافة إلى المسائل المتعلقة بالتغيّرات المناخية والتساقطات المطرية والجفاف وسوء التغذية. أما ما يتعلق بالصيدلة وبتوفير الأدوية واللوازم الطبيّة، فالحالة العامة في موريتانيا تتميّز بضعف القدرات على جميع المستويات وبصفة تجعلنا نتساءل أولاً عن مسألة التوفّر والجودة والنفاذ.

تحليل الوضعية الراهنة للحق في الصحة في موريتانيا

لقد قامت السلطات العمومية ببذل العديد من الجهود واتخاذ الكثير من التدابير من أجل تمكين المواطن من اللجوء إلى الصحة كحق إنساني وديني وقانوني. تمثلت هذه التدابير والجهود في اعتماد العديد من الخطط والاستراتيجيات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، لكن يبقى النفاذ إلى الخدمات الصحية النوعية تحدياً مطروحاً. ونقدم هنا فكرة عامة عن مستوى هذا النفاذ ومعوقاته من خلال:

الخطة الوطنية لترقية قطاع الصحة 2020-2030

تتوفر موريتانيا على مخطط لترقية العمل الصحي منذ بعض الوقت. انسجم هذا المخطط سابقاً مع الإطار الاستراتيجي لمحاربة الفقر وينسجم الآن مع استراتيجية النمو المتسارع والرفاه المشترك الحالية التي تمثل الإطار المرجعي للسياسات الحكومية التي تتماهى في بعض بنودها مع أهداف التنمية المستدامة ومختلف الالتزامات الوطنية والدولية.

حوكمة القطاع وتسييره

قام العاملون في القطاع بانتهاج مقاربة متعددة القطاعات تهدف إلى تنسيق تنفيذ استراتيجيات الصحة ممّا سهّل عمل المتدخلين في القطاع الصحي والاجتماعي وتم إيجاد آلية رسمية للتعاون بين الوزارة ومختلف الفاعلين المعنيين بالقطاع. هذا التعاون مكّن من رفع أداء وزارة الصحة ووزارة العمل الاجتماعي، على الرغم من ذلك ما زال الوضع يفتقد إلى أمور أساسية لا يمكن من دونها أن تتحسن الوضعية خاصة عندما يتعلق الأمر بحكامة الموارد البشرية وفوضوية تسيير البنى التحتية الصحية المتفرقة التي غالباً ما يتم تشييدها نزولاً عند رغبة سياسية وليس تبعاً لتشخيص أو حاجة واقعية.

التغطية الصحية

لا تزال التغطية الصحية الشاملة هدفاً بعيد المنال، فالنفاذ إلى الحد الأدنى من الخدمات الصحية على المستوى الوطني يتطلب استثمارات ضخمة وموارد بشرية كبيرة⁹ حيث يعيش أكثر من نصف السكان 55,3% على بعد أكثر من 30 دقيقة من أقرب مركز صحي، ويوجد ثلثهم 32,7% على مسافة 5 كيلومترات من أقرب مؤسسة صحية. وتختلف هذه التغطية باختلاف المناطق إذ تنتقل من نسبة 52% في الريف شبه الحصري إلى 98% في العاصمة. أمّا في الريف فالخدمات الصحية غير متوفرة بالأساس، وإن توفرت فالناس في جُلهم لا يثقون فيها. ويتجسّد عدم المساواة من خلال هشاشة جزء كبير من السكان متضرر أكثر من غيره، ويتعلّق الأمر بالنساء والشيوخ والمهاجرين والسجناء والفقراء حيث إن نسبة 13% من النساء لا يستفدن من التغطية الصحية ما قبل الولادة و33% منهن يلدن دون أي مساعدة طبية. أمّا بالنسبة لتلقيح الأطفال وهو مؤشر أساسي من مؤشرات الحماية الصحية فقد شهد تراجعاً مقلّماً حيث انخفض من نسبة 80% سنة 2014

⁹ اليونيسف 2009، مذكرة تشخيصية حول السياسات الاجتماعية وصحة الأم والطفل - فوائد الحماية الاجتماعية في غرب ووسط إفريقيا.

إلى أقل من نسبة 70% سنة 2018. ويتكوّن هرم النظام الصحي الموريتاني من عدّة مستويات يقدّم من خلالها الخدمة الصحيّة وهي: (أ)- مستوى المقاطعات والبلديات والقرى حيث توجد النقاط والمراكز الصحيّة (ب)- مستوى الولاية حيث يوجد عددٌ من الهيئات الطبيّة مثل المستشفيات الجهوية ويتجاوز عددها العشرين مستشفى في كافة عواصم الولايات من بينها ما تمّ تحويله إلى مؤسسات عمومية ذات طابع إداري و(ت)- المستوى الوطني ويشمل المؤسسات الوطنية المرجعية في المجال الاستشفائي والمدارس الصحيّة الجهوية وعددها أربعة وكلية الطب والمعهد الوطني للتخصّصات الطبيّة. أمّا المراكز الصحيّة الخصوصية فتنتشر أساساً في المدن الكبيرة مثل نواكشوط ونواذيبو وتلعب دوراً محورياً في الرفع من أداء القطاع العام وتكمله وتسهّل وصول المواطن إلى الخدمة وتساعد في توسيع التغطية الصحيّة وتبسيطها وتسهيل النفاذ إليها، إلّا أن الاستفادة من خدمات القطاع الخاص الصحيّ تتطلّب في الغالب تكاليف معتبرة بل وباهظة ليست متاحة للجميع وبالتالي فإن أهمّ المستفيدين من هذه الخدمات هم الأغنياء ومن لهم كفيل ومن يتوفّرون على تأمين صحيّ.

■ النفاذ المالي للحق في الصحة

مختلف التقارير الوطنية المهتمة بتحليل وضعية القطاع تُظهر الحاجة الماسّة إلى إعادة الاعتبار المالي للقطاع الصحيّ خاصةً على المستوى الجهوي، فالتمويل العمومي لا يغطّي النفقات الضرورية لنفاذ المواطن إلى حقّه الصحيّ، والمخصّصات السنوية من الميزانية العامة للدولة لا تلبّي احتياجات القطاع ولا تتماشى مع توصيات ابوجا التي توصي بتقديم نسبة 15% من الميزانية العامة للدولة للقطاع الصحيّ. فالنفقات الصحيّة تبين أن المستشفيات استفادت من نسبة 46% من ميزانية الوزارة وذلك على حساب نفقات الهياكل التي تقدّم خدماتها المباشرة إلى السكّان الأكثر تهميشاً والعلاجات الأولية التي لم تستفد إلّا من نسبة 20%. في هذا الإطار يُظهر توزيع نفقات الوزارة أن الوسط الحضري استفاد من زيادة بنسبة 43% مقارنةً مع الوسط الريفي 12%¹⁰ بينما تمّ توزيع الثروات بين الولايات بشكل غير متساو، غير أن الوزارة لم تقف مكتوفة الأيدي بل بادرت إلى اتباع عددٍ من المقاربات لسدّ الثغرات ولمواجهة إشكالية النفاذ المالي إلى العلاجات والخدمات وتأمين وصولها وحفظها مُتبعةً نظاماً ومقاربات متعدّدة وفعّالة في بعض الحالات مثل مقارنة نظام تحصيل التكاليف الذي يدعم توفير الأدوية الأساسية. ومن أهمّ تلك العقبات عدم الفاعلية وضعف التمثيل في لجان التسيير ونقص الإشراف ومشاكل الانقطاع المُتكرّر للتمويل بالأدوية وانقطاع تزويد المخازن. إضافة إلى أن دفع التكاليف يظلّ في غاية الصعوبة بالنسبة للفقراء المهمّشين وغيرهم من الفئات المحرومة من نساء ومهاجرات ومهاجرين وأصحاب أمراض مُزمنة وغيرها.

■ التغطية الصحيّة الشاملة

التزمت موريتانيا نظرياً كغيرها من البلدان وعلى أعلى المستويات بالسعي إلى بلوغ التغطية الصحيّة الشاملة التي تؤدّي إلى الولوج شبه الكلي للمواطنين والمقيمين إلى الخدمة الصحيّة النوعية مصحوبة بالحماية الاجتماعية والرعاية إن وجدت. وفي العادة يتمّ تمويل التغطية الصحيّة من خلال الموازنة العامة للحكومة يضاف إليها التمويل الدولي ومساهمات الخصوصيين والخيرين من أصحاب النوايا الحسنة والمجتمع المدني. وقد انتهجت الحكومة خلال الفترة الأخيرة سياسات مهمّة

¹⁰ خطة ترقية قطاع الصحة.

تمخّضت حتى الآن عن القيام بإعداد خارطة صحّية، وخطة للاستثمار الصّحي وفتح عدّد من صناديق التّأمين مثل صندوق التّأمين الصّحي وصندوق التّأمين التضامني ومبادرة وكالة تآزر للنفاذ إلى العلاجات الصحّية وتوسيع النفاذ إلى الخدمة العلاجية والبرنامج الموسّع «تعهداتي» قسم الصحة، وبرنامج «ميسّر» والصندوق الجهوي للتضامن الصّحي، إلى جانب انتهاج مُقاربة معتمدة من لدن وزارة المالية ووزارة الصحة والشركاء في مجال تسيير الميزانية -المعتمدة على البرامج والنتائج.

رغم ذلك، لاحظنا ونلاحظ كباحثين أنّ نسبة السكّان المستفيدين من التغطية الصحّية في شكل دعم أو مساعدة أو تأمين صحي تبقى متواضعة، وأن أكبر المصاريف والنفقات الأسرية هي مصاريف الصحة. ومما يؤكد ما ذهبنا إليه كون الفرد لا يستفيد سنوياً إلا من مبلغ 57 دولاراً مقارنة بالضروري المُحدّد من طرف الأمم المتّحدة بمبلغ 112 دولاراً اللازم لبلوغ الهدف 3 من أهداف التنمية المُستدامة.¹¹ وعلى مستوى موازنة الحكومة نجد أنها تخصّص ما يقارب نسبة 7% من ميزانيتها للصحة سنة 2020 وهو أقل من نصف ما تنص عليه توصيات إعلان ابوجا الذي يوصي بصرف وتخصيص ما لا يقلّ عن نسبة 15% من ميزانية الدول في الصحة.

لكنّ مختلف جهود الحكومة تبقى محدودة وتتصدّع أمام الهشاشة واتساع البلد وأمام العقليات والسلوكيات المواطنة غير المُساعدة وانحسار التمويلات وتهالك بل وانعدام البنى التحتية الخدمية المُعيّنة على النفاذ إلى الحقّ في الصحة مثل الكهرباء والمياه والطرق والنقل وغير ذلك. «إن قيم المساواة والعدالة ومبادئ الإنصاف والتعاون والتلاحم الاجتماعي تشكّل دليلاً يوجّه الخيارات الاستراتيجية للسياسة الصحّية والاجتماعية كما أنّها تمثل الضمانة للتحسين المُستدام لصحة السكّان.»¹² في وثيقة أفق 2015 سعت السياسة الوطنية للصحة إلى وضع وإقامة وتوفير نظام صحيّ معاصر تفاعلي جيّد الأداء ومناسب ومُتاح لكافة سكّان البلد بغضّ النظر عن مكان سكّانهم ومستواهم التعليمي وسنّهم وجنسهم وأصلهم ووضعهم الاقتصادي وغير ذلك. «وتؤكد الوثيقة أن «هذا النظام الصحيّ سيساهم بصفة كبيرة وببينة في الرفع من نوعية وأمل الحياة وغير ذلك من الحقوق الصحّية بالتنسيق والتكامل مع القطاعات الأخرى المتدخّلة في محاربة الفقر والفاقة والقضاء على المرض المرتبط بالفقر والجهل.»¹³

أهمّ الفاعلين في القطاع الصحيّ والرعاية الاجتماعية

- وزارة الصحة: (الصندوق الوطني للتأمين ضدّ المرض، الصندوق الوطني للتأمين الصحيّ، الصندوق الوطني للتأمين التضامني «إنصاف»، السكرتارية التنفيذية لمحاربة السيدا، وزارة الشؤون الاجتماعية والطفل والأسرة
- وزارة الوظيفة العمومية. (المكتب الوطني لطبّ الشغل)
- وزارة الشؤون الإسلامية والتعليم الأصلي: صندوق الزكاة حديث النشأة
- ويشمل التنظيم الشامل قطاعات وزارية أخرى: وزارة المياه والصرف الصحيّ، وزارة البيئة والتنمية المُستدامة، وزارة التجارة، وزارة التجهيز، وزارة التعليم، وزارة الإتصال، إلخ
- الشركاء التّمويّون، القطاع الخاص، منظمات المجتمع المدني

¹¹ تمويل النظم الصحية التحولية نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة للصحة، نموذج للاحتياجات المتوقعة من الموارد في 67 من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. الرابط.

¹² السياسة الوطنية للصحة 2015-2025. الصفحة 22.

¹³ السياسة الوطنية للصحة 2015-2025 ص 9.

الخدمة الصحية العلاجية حسب الأولوية الموضوعاتية

■ صحة الأم والطفل أو الصحة الإنجابية

تستند القوانين الموريتانية المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيمها إلى المبادئ التي وضعها المجتمع الدولي في هذا المجال. وقامت السلطات العمومية بسنّ قانون خاص بالصحة الإنجابية يجري تطبيقه حالياً هو القانون رقم 025 - 2017، يسهّل الولوج للخدمات الصحية والتوعية في مجال الجنس والصحة والخدمات الولادية والإنجابية.

وتشير معطيات 2019 إلى أن نسبة وفيات الأمّهات بلغت 454 / 100000. وهو رقم مرتفع نسبياً رغم محاولات السلطات المختصة توفير الخدمات الضرورية في مجال الصحة الإنجابية. وتُفيد معطيات النظام الصحي الوطني للمعلومات الصحية لسنة 2019 بأن نسبة النساء المتزوجات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل بلغت 13,3% وأن نسبة 25% فقط من الهيئات الصحية كانت بحسب معطيات سنة 2018 توفر خدمات التخطيط العائلي. أمّا نسبة توفر وكلاء الصحة المكوّنين في مجال التخطيط الأسري فبلغت 33% فقط سنة 2018 مقابل 54% سنة 2016 وذلك بسبب العقبات الاجتماعية الثقافية والعراقيل والنفاذ إلى المصالح الصحية المقدّمة للخدمات الصحية الخاصة بالتخطيط الأسري والصحة الإنجابية وغياب آليات التمويل والتزوّد بالخدمة الصحية القريبة. كل ذلك يُعيق بشكل جوهري النفاذ التام إلى الخدمة الصحية ويحول دون بلوغ المؤشرات المعتمدة المرسومة.

كما أن العلاجات لم تكن متوفرة سنة 2018 في ما يقرب من نسبة 32% من الهيئات الصحية مقارنةً بنسبة 49% سنة 2016. وهذا انخفاض كبير في مجال التكفل. يُضاف إلى ذلك أن هذه البنيات والهيكل الصحية تفتقر إلى العقّال المُدرّبين على التكفل والعلاجات الأولية ما قبل الولادية بنسبة 58% سنة 2016. أمّا تغطية الاستشارات ما قبل الولادة فقد وصلت نسبتها إلى 69% وذلك نتيجة ضعف القدرات وعدم توفرها خارج العاصمة والمدن الكبرى حيث يتمّ من خلال الرفع من القدرات تغطية مختلف الهياكل الصحية. وتضمّ المرافق الصحية ما نسبته 28% فقط من الموظّفين الذين تمّ تدريبهم على إدارة رعاية ما قبل الولادة مقابل نسبة 58% في عام 2016. وتبلغ نسبة تغطية الاستشارات السابقة للولادة على المستوى الوطني 69,1% من بين 100 ولادة وفقاً لبيانات من العام 2019. في المتوسط، يبلغ المعدّل 70,37%، ولا يزال بعيداً عن الهدف المحدّد بـ 80% (PNDS). ¹⁴ وفي ما يتعلق بالولادة القيصرية، لم يتمّ بعد الوصول إلى الهدف، فقد بلغت النسبة 8,1% في عام 2019. ووفقاً لـ SNIS ¹⁵ يعتبر نقص وغياب توفر الدم في المرافق الصحية عاملاً مساهماً في وفيات الأمّهات والمواليد.

¹⁴ مجموعة بيانات التمريض حول الجراحة. (PNDS: Perioperative Nursing Data Set)

¹⁵ نظام المعلومات الصحية الوطن. (SNIS: Système National d'Information Sanitaire)

الصحة والنوع الاجتماعي

بالنسبة للمرأة ونفاذها إلى الحق في الصحة بصفة نوعية ومتساوية مع الرجل، اعتمدت وزارة الصحة العديد من برامج التمييز الإيجابية لصالح المرأة (الصحة الإنجابية، محاربة النواشير الولادية وعنق الرحم وبرامج الصحة المتخصصة والتأمين الصحي النسوي والتكفل بالمطلقات وبرامج الدعم الاجتماعي الخاص بالفئات الهشة والحركة النسوية وغير ذلك) إلا أن مختلف تلك البرامج لم توفّق لحدّ الساعة في ردم الهوة والتفاوتات النوعية المؤسّسة بناءً على النوع، إذ ما زالت الخدمة الصحية ذكورية رغم كلّ الاستثمارات والتحفيزات التي قيم بها، وما زال عدم المساواة مستمرّاً خاصّةً على مستوى النفاذ إلى الخدمة الصحية على المستوى الجهوي والريفي حيث تعاني المرأة من العديد من المشاكل المتعلقة بالعادات والتقاليد والنفاذ إلى الصحة وهي في جُلّها نمطية مثل الزواج المُبكر والعنف ضدّ المرأة والعنف الصحيّ.

■ التغذية

تعتبر موريتانيا من بين الدول الأكثر هشاشةً غذائياً وتقع في منطقة معرّضة لجفافٍ متتاليٍّ ممّا يجعلها تحتاج إلى المساعدات الغذائية وتستورد ما يقرب من ثلثي حاجياتها الغذائية، كما تواجه تحديات تتعلق بالأمن الغذائي بسبب ضعف نسبة الاكتفاء الغذائي لكون إنتاجها من الحبوب لا يغطّي سوى نسبة ما بين 20 إلى 50% من حاجياتها وبسبب انتشار الفقر خاصّةً في الوسط الريفي وارتهاان الإنتاج الزراعي بالتساقطات القطرية وبالتغيّرات المناخية وتأثيراتها على الظروف المعيشية، ممّا يجعل نسبة انعدام الأمن الغذائي لدى الأسر تصل إلى 30% خلال فترات الجفاف وإلى 20% خلال فترة الحصاد، بينما تبلغ نسبة سوء التغذية لدى الأطفال 10%، ويبلغ عدد السكّان المهدّدين غذائياً أرقاماً قياسية تصل إلى 800.000 شخص.

وتشير نتائج المسح الدائم للظروف المعيشية للفترة 2019 - 2020 إلى ارتفاع نسب انعدام الأمن الغذائي المقدّرة اعتماداً على مؤشر FIES (Food Insecurity Experience Scale) المتعلق بانعدام الأمن الغذائي والذي يعود إلى منظّمة الغذاء العالمي، حيث إنّ نسبة 9,43% من الأسر تعاني من سوء تغذية شديد. كما أنّ الوضع الغذائي للرضع والأطفال يبعث على القلق بسبب استمرار بعض الممارسات الضارّة في مجال التغذية (حسب مسح ديمغرافي وصّفي). فأقل من نصف الرضع قبل سنّة أشهر يتمّ إرضاعهم بحليب الأمّ (41%) بينما يستفيد خمس الأطفال ما بين 6 شهور إلى 23 شهراً من غذاء تكميلي مناسب. ويمثّل المواليد الجدد الذين يعانون من نقص في الوزن نسبة مُعتبرة، وهناك نسبة 3% من السكّان تستهلك الملح المشبّع باليود. أمّا فقر الدم فإنه يطال نسبة 77% من الأطفال دون 5 سنوات و56% من النساء في سن الإنجاب (وفقاً للتقرير التلخيصي لخطة العمل الثانية لاستراتيجية النمو المتسارع والرفاه المشترك 2022 ص 55-56).

■ التكفل بعلاج المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة

تُعتبر إشكالية التكفل بالمسنين وذوي الإعاقة إشكالية أساسية حيث لا نجد اتفاقاً على مصطلح الشيخوخة وتعريفه، فالتكفل بالمسنين وذوي الإعاقة هو من اختصاص وزارة العمل الاجتماعي والطفولة والأسرة عبر إدارة العمل الاجتماعي والتضامن الوطني، هذا إضافة إلى مندوبية تآزر والعديد من المشاريع واللجنة الوطنية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية المتدخلة ومن بينها الشبكة الموريتانية للعمل الاجتماعي¹⁶ وبعض المقاربات التي طوّرتها وزارة الصحة ووزارة الشؤون الإسلامية عن طريق إدارة الأوقاف والزكاة وغيرهما، إلا أن تنفيذ مختلف تلك المقاربات يفتقر إلى بعض الجدية والسرعة. وقد لوحظ أن نظام الوداديات¹⁷ الصحية المجتمعية هو شبه غائب في موريتانيا حيث نجد تجارب متجزئة ومتفرقة مع خبرات متناثرة غير مشجعة. والمثال الذي يمكن تقديمه هنا يتعلق بمبادرة المكتب الدولي للشغل الذي قام بتمويل آلية للتأمين الصحي التجريبي للقطاع غير المصنّف من خلال إنشاء علاقات متبادلة في إطار مبادرة STEP¹⁸.

حالة النفاذ إلى الصحة النفسية

تُمثّل الصحة النفسية أو العقلية ومعلقاتها (مخدرات وإدمان وكحول) أحد أهم مشاغل الصحة العامة من حيث تأثيراتها المختلفة على مستوى تقدّس الأطفال أو (النشء)، وعلى مستوى ارتفاع نسب الجريمة كمّاً وكيفاً، وعلى مستوى التكفل بالمُدمنين والسجناء. فتناول المخدرات له ارتباطه الوطيد بالنظام الصحي العام حيث إنه لا يدع مجالاً للشك نتيجة لهشاشة النظام الصحي ومحدودية الوسائل حتّى على مستوى الموارد البشرية سواء تعلّق الأمر بالتكفل أم بالتأهيل أم بالعلاج، رغم أن المسألة ما تزال مسجلة على مستوى المحظورات والتابوهات، وأنّ جُلّ المصابين بمشاكل نفسية يخفونها ويعتاضون عنها بتسميات أخرى تتعلّق بأمراض القولون والعين والحسد، لكنّ الحقيقة المُرة هي أننا نعيش انتشاراً غير مسبوق للأمراض النفسية ويتفشى الإدمان وتناول المخدرات على مختلف المستويات التعليمية وعلى مستوى الطبقات الغنية، وينتشر بين أبناء الطبقات الفقيرة. وتنعدم المعطيات المتعلقة بهذا الموضوع فهي مصنفة كسرّ مهني على مستوى قطاع الصحة والأمن. أمّا على مستويات العلاج فنادر ما يمكن اتخاذ موعد مع متخصص في الأمراض النفسية والعصبية لامتلاء جدول مواعيده، فالمختصون قليلو العدد بينما يكثر عدد المتعالجين. وقد اعتمدت وزارة الصحة استراتيجية للصحة النفسية غير أن تنفيذها لم يرَ النور، بل إنّ المصلحة التي كانت تتكفل في العادة بالجانب الاستراتيجي والتخطيطي تمّ حذفها في آخر عملية هيكلة للوزارة. وبالنسبة للمخدرات والمواد المنشّطة، اعتمدت موريتانيا سنة 2018 استراتيجية متعدّدة القطاعات لمحاربة المخدرات مشفوعة بخطة عمل عملية إلا أنّها لم تجد التمويل الكافي لتنفيذها.

¹⁶ الشبكة الموريتانية للعمل الاجتماعي، مقابلة بتاريخ أيلول/سبتمبر 2022

¹⁷ Associations or Amicales / وهي جمعيات

¹⁸ البرنامج العالمي لاستراتيجيات وأدوات مكافحة الاستبعاد الاجتماعي والفقر (STEP) التابع لمنظمة العمل الدولية (ILO) يدعم تصميم ونشر أنظمة مبتكرة تهدف إلى توسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل السكّان المستبعدين، ويساهم في تعزيز الروابط بين هذه الأنظمة وآليات الحماية الاجتماعية الأخرى، ويدعم إنشاء أنظمة حماية اجتماعية وطنية متماسكة تستند إلى قيم الكفاءة والإنصاف والتضامن.

مُحاربة الأمراض غير المنتقلة

تميّزت موريتانيا بانتشار مُخيف للأمراض المسالك البولية والسرطانات والجلطات وأمراض الشرايين والسمنة والسكري وأمراض القلب والصدر والاضطرابات النفسية وأمراض الفم والأسنان. كما زاد تغيّر الثقافة الغذائية وتبدّل العادات من حجم التحدّيات، فالكشف عن الأمراض غير المُعدية مقارنة غائبة أو مغيّبة لحدّ الساعة في موريتانيا فلا توجد استراتيجية اتصالية وطنية ولا حتى رؤية خاصة لمحاربة الأمراض غير المُعدية. هذا النوع من الأمراض يعاني من نقص حاد في الأطقم المُكوّنة تكويناً جيداً ومن نقص التجهيزات والمُعَدّات والبنى التحتية، كما يعاني من الكلفة المرتفعة للتكفل والغياب التام لإشراك القطاعات الصحيّة الأخرى. ويتوقّر القطاع على خطّة عمل استراتيجية وطنية للوقاية من الأمراض غير المُعدية منذ سنة 2016 وعلى خطّة وطنية لمحاربة الإدمان لكن لم يتم تنفيذ أيّ من الخطتين بسبب النقص الحاد في الموارد المالية، فالموارد المتوفرة موجهة بالأساس إلى التكفل بالمراكز الوطنية لمحاربة هذه الأمراض مثال المركز الوطني للقلب والشرايين والمركز الوطني لعلاج السرطان وغيرها.

بيد أننا نسجّل هنا وبكلّ فخر التكفل شبه التام لمركز أمراض القلب بمختلف الحالات، فالأمراض المرتبطة بالقلب والشرايين لم تعد مُهملة بل صار هناك تكفل شبه تام بها سواء تعلّق الأمر بالموارد البشرية أو المالية أو بالطواقم الطبيّة والتجهيزات وهي مسألة مكّنت العديد من المواطنين، خاصة الفئات الهشّة، من النفاذ إلى الخدمة العلاجية على هذا المستوى. ونذكر أخيراً أنّ هناك نقصاً ملحوظاً ومُعْتَبِراً تقيت معالجته لتمكين نفاذ مختلف الفئات الهشّة إلى الخدمة الصحيّة المتعلقة بالقسطرة والعمليات الجراحية المرتبطة بالقلب والشرايين، حيث تمّ تخفيض كلفتها إلى النصف خلال الأسبوع الأوّل من شهر آذار/مارس 2023.

إنّ تحوّل النظام الغذائي التقليدي إلى نظام غذائي عصري متعدّد السعرات غنيّ بالنشويات والسكريات خالٍ من الفواكه والخضروات، هو أحد أهمّ مسبّات هذا النوع من الأمراض غير المنتقلة، إلى جانب غياب الثقافة الصحيّة والحماية والوقاية وانتشار التدخين والسمنة والعزوف عن الرياضة وانعدام الثقيف الصحيّ خاصة بين النساء والشيوخ. وتعتبر الأمراض السرطانية وأمراض القلب والسكري والسيدا أهمّ التحدّيات الصحيّة في بلادنا، وقد بذل المجتمع الصحيّ عموماً قدر طاقته، أمّا المجتمع المدني فقد بذل جهوداً معتبرة في مجال التعبئة والتحسيس لمحاربة المرض عموماً مع التركيز بصفةٍ أخص على الأمراض المنتشرة.

فيروس نقص المناعة المكتسبة أو السيدا

يُعتبر انتشار وباء السيدا في موريتانيا من النوع المحصور حيث ينتشر بنسبة تقلّ عن 1% من السكّان ويزيد عن 5% لدى بعض المجموعات ذات الخطر العالي كالسجناء. وقد سجّلت التقديرات الوطنية أنّ (3944) ¹⁹ شخصاً (1904 نساء و1614 رجلاً و120 طفلاً) يعيشون مع الفيروس ويتطلّبون علاجاً ضدّه مع أنّ العدد الإجمالي يتجاوز 9968 مصاباً. لكنّ تغطية البلاد في مجال علاج هذا الفيروس لا تتعدّى نسبة 39%. وحصيلة هذه الوضعية هي تغطية ناقصة للسكّان - وخاصة الأكثر تعرّضاً وهشاشة عن طريق تدخّلات مؤثّرة على انتشار الوباء. ²⁰ ولا يزال المصابون يفتقدون إلى الرعاية الصحية والنفاذ إلى التأمين الصحيّ وتوفير علاج الأمراض الانتهازية، فكلّ ما يقدّمه البرنامج الوطني هو الدواء أمّا مسألة الفحص والتشخيص والتغذية وغيرها فلم تعد متوفرة منذ سنة 2018، كما أنّ هناك ضرورة

¹⁹ تقرير فريق الأمم المتحدة في موريتانيا حول فيروس نقص المناعة، تشرين الأول / أكتوبر 2009

²⁰ السيخ ولد سيدي رئيس الشبكة الموريتانية لمنظمات الأشخاص المصابين بالسيدا، مقابلة بتاريخ 11 تشرين الأول / أكتوبر 2022

ملحة للتكفل الجماعي والدعم الاقتصادي الاجتماعي بالأطفال واليتامى والأرامل والأسر المصابة بالفيروس. فالمسألة أصبحت نوعاً من التحدي لأن النشاطات محدودة ولا تتعدى العاصمة بنواكشوط في حين أن الفاعلين في المجال يحتاجون إلى جهود أكبر خاصة في ما يتعلق بمسألتي التكوين والتأطير. وقد بادرت السلطات إلى اعتماد القانون رقم 2007 - 42 المتعلق بالوقاية والتكفل بالمصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة السيدا، ممّا ساهم في تحسين الصحة العمومية. ومن بين الشركاء المهتمين نذكر صندوق الأمم المتحدة لمحاربة السيدا في موريتانيا حيث واكب المصابين وقدم لهم دعماً خلال فترة جائحة كوفيد-19 ولا يزال يواكبهم إلى اليوم.²¹

حقوق الأشخاص المعوقين

يتضمن الأمر القانوني رقم 2006-043 المتعلق بحماية وترقية حقوق الأشخاص المعوقين أحكاماً حول نفاذهم إلى التكوين المهني والعمل. وقد تمّ من أجل تدعيم حمايتهم اعتماد المرسوم رقم 2015-062 المتضمن تطبيق المادة 46 من الأمر القانوني رقم 2006-043 المتعلق بحماية وترقية حقوق المعوقين. هذا وتضمن الدولة للأشخاص المعوقين مختلف العلاجات الطبية الضرورية لسلامتهم وصحتهم عقلياً وجسدياً حسب المادة 204. كما أنّ تلك الخدمات تبقى مجانية بالنسبة لهم بشرط توفرهم على بطاقات إعاقه من إحدى المؤسسات الطبية الحكومية أو البلديات. كما تتوفر هذه الخدمات أيضاً للأطفال المعوقين إعاقه بدنية تمنعهم من مزاولة نشاط مُدرّ للدخل، ويوفر هذا التأمين للمستفيدين منه التغطية من مخاطر المرض وتكاليف العلاجات الصحية المرتبطة من حوادث أمومة ومرض وإعادة تأهيل بدني أو وظيفي والتأمين الإجباري ضدّ المرض ويعطي الحق في التعويض والتكفل المباشر بتكاليف العلاج الوقائي والدوائي وإعادة التأهيل الطبي المناسب وبالتحديد: العلاجات الأولية، العلاجات الاستشفائية، الأدوية، التكفل في حالات الرفع لعلاج في الخارج حسب اللوائح المعتمدة. أمّا بالنسبة إلى إجراءات التكفل بالأطفال وحمايتهم: فقد شكّل الحفاظ على الطفل وتربيته وتنمية قدراته وحماية أسرته هاجساً للسلطات الموريتانية والشركاء وقامت منظمات المجتمع المدني بدورٍ فعّال في مجال التعبئة والتحسيس من أجل التعريف بالمسألة.

الموارد البشرية

تسجل موريتانيا عجزاً مهماً في أعمال الصحة إذا ما اعتبرنا الكثافة السكانية واعتمدنا عليها. فلكلّ 1000 مواطن هناك 0,39 طبيباً متخصصاً، ولكل ألف مواطن هناك 0,41 طبيباً عاماً، وبذلك فنحن أبعد ما نكون عن المعايير الدولية في المجال الصحي والتي تخصّص طبيباً عاماً لكلّ ألف مواطن، وهناك من يخلطون بين العام والخاص من 60% من الأطباء العامّين والاختصاصيين كما أنّ الموارد المالية المخصصة للموارد البشرية تُهمل كما مسألة التكوين والتدريب.

تتطلب وفرة الموارد البشرية استثمارات ضخمة وقد انتبهت السلطات إلى هذا الأمر متأخرة. فبعد انتهاء عملية الإصلاح الهيكلي التي حرمت الدولة من الاستثمار في قطاعات مثل الصحة والتعليم، تمّ تحرير قطاع الصحة وانتهاج سياسة تعزيز القدرات والرفع منها، كما تمّ فتح العديد من المعاهد والمدارس وكلية الطب وعدّة مدارس للتدريب ومدرسة عليا لعلوم الصحة بنواكشوط.

²¹ الدكتور المصطفى خطري، مكل ف بيه مة لدى صندوق الأمم المتحدة لمحاربة السيدا بنواكشوط. مقابلة بتاريخ 10 تشرين الأول/أكتوبر 2022.

ونخلص هنا إلى أن القطاع يعاني نقصاً حاداً في الموارد البشرية والطواقم الطبية والعقال وأعوان الصحة الأكفاء والمدربين والمتفكرين على الحوافز. وزاد من وطأة هذا النقص افتتاح عدد كبير من المصحات والمستشفيات والنقاط الصحية في مختلف أنحاء الوطن دون وجود موارد بشرية يمكنها ملء الفراغ. أضف إلى ذلك انتشار الزبونية وعدم احترام المساطر القانونية والإدارية ورفض العديد من الموظفين العمل في مناطق نائية أو حتى خارج العاصمة نواكشوط.

الطب التقليدي والحق في الصحة

يمثل الطب التقليدي موروثاً ثقافياً موريتانياً أصيلاً متجذراً في العقلية واللاشعور الموريتاني. فحتى الذين يتبعون مسارهم الاستشفائي المعاصر يخلطونه بالعلاج الطبي القديم والتقليدي إضافة إلى الرقية، وهي ممارسة منتشرة ويتم التغاضي عنها ويُسمح بها ما لم تتسبب في إشكال صحي كبير (الوفاة أو العجز الكلي أو الجزئي للمتعالج). وإلى حد الساعة لا تتوفر موريتانيا على أي تشريع ينظم هذه الممارسة أو مسار منح الترخيص للقيام بها أو حتى طرق اعتماد الوصفات العلاجية التقليدية بل إن من يقومون بتقديم هذه العلاجات ليسوا مدمجين في برامج العلاجات الأولية الصحية.

الحق في الصحة والرعاية الصحية للمهاجرين ولغير المواطنين

نظراً إلى أنه يستحيل ضمان الحرية والمساواة وكرامة الإنسان إلا في ظل مجتمع يُكرس سيادة القانون، وحرصاً منه على خلق الظروف المواتية والمعينة على نمو اجتماعي منسجم يحترم أحكام الدين الإسلامي، المصدر الوحيد للقانون، ويتلاءم ومتطلبات العالم الحديث، يُعلن الشعب الموريتاني على وجه الخصوص الضمان الأكيد للحقوق والمبادئ التالية: "حق المساواة" - الحريات والحقوق الأساسية للإنسان؛... إلخ²² وفي هذا الإطار تقدم موريتانيا كافة الخدمات الصحية الأولية والتعليمية والعلاجية حسب الممكن للمهاجرين وطالبي اللجوء السياسي والاقتصادي والنازحين وغيرهم، ويدعمها في ذلك عدد من وكالات ومنظمات وهيئات الأمم المتحدة والمتدخلين في الحقل الإنساني خاصة بالنسبة لمخيم أمبرة في أقصى الحوض الشرقي على الحدود الموريتانية المالية حيث يقطن أكثر من 119 ألف مهاجر²³ من النازحين الماليين إضافة إلى المهاجرين من دول جنوب الصحراء وسوريا وليبيا والسودان وليبيريا والسرياليون والغينيين والذين يقدرون بـ 142975 حسب إحصاء المهاجرين الأخير خلال سنة 2023.²⁴

²² ديباجة الدستور الموريتاني.

²³ حسب مصادر وزارة الداخلية الموريتانية.

²⁴ تقرير الوزير الأول أمام البرلمان 2023، إلخ.

الحق في الصحة والضمان الاجتماعي من منظور الحماية الاجتماعية

تعترف المادة 9 من العهد الموريتاني " بحق كل شخص في الضمان الاجتماعي بما في ذلك التأمين الاجتماعي". ممّا يتطلّب تقديم شكل من أشكال نظام التأمين الاجتماعي لحماية الناس من مخاطر المرض والعجز والأمومة وإصابات العمل والبطالة والشيخوخة لتوفيرها للناجين والأيتام وأولئك الذين لا يستطيعون تحمّل تكاليف الرعاية الصحيّة، وضمان أن الأسر معتمدة على نحو كاف وأن تكون الفوائد من هذا المخطّط كافية ومتاحة للجميع ومتوفرة دون تمييز. تعتبر الحماية الاجتماعية ركيزة محورية من محاور كل الاستراتيجيات الوطنية المختلفة ورغم عدم توفرها على إطار مؤسسي موحد فقد تمّ توزيعها بصفة غير متساوية بين العديد من القطاعات الحكومية نذكر من بينها: وزارة العمل الاجتماعي والطفل والأسرة، وزارة الصحة، ومندوبية محاربة.

غير أنّ الحماية الاجتماعية تبقى جزءاً من كلّ وتختلف حسب النفاذ الجغرافي والخدمي للمواطنين إلى المرافق الصحيّة والعلاجية والوقائية والتحسيس. وللمساهمة في تخفيف تلك العقبات وتسهيل النفاذ المتساوي إلى الخدمات المختلفة ولضمان الحماية الاجتماعية تعكف الدولة اليوم على تعيين استراتيجية وطنية متعدّدة الشركاء تهدف إلى حماية المسنين والتكفل بالحماية الاجتماعية وتوفيرها للفئات الهشة والمحرومة. ولذلك تمّ رسم الأهداف التالية:

- العمل على إعداد خطة وطنية مندمجة لضمان تغطية اجتماعية صحيّة على مستوى السكّان الأكثر هشاشة؛
- توسيع نطاق مختلف البرامج ودمجها وآليات الحماية الاجتماعية لتشمل وتغطي كافّة المستفيدين المحتملين (تأزّر وتأمين مائة ألف شخص وتوفير رواتب رمزية للعديد من الأسر - حوالي 215000 مستفيد، ومراجعة سياسة التمويلات الصغيرة وتسهيل النفاذ إلى الخدمات التمويلية؛
- تشجيع النفاذ إلى الخدمات الأساسية من خلال تقييدها من المواطن والتركيز على المناطق الهشة المعزولة.
- أمّا مسألة تحديد المستهدفين بالحماية الاجتماعية فتتمّ بطرق متعدّدة وعلى عدّة مستويات:
- وزارة الصحة من خلال رسم ووضع خطط لتسهيل وضمان النفاذ الشامل جغرافياً ومالياً وتقنياً من خلال: توسيع التغطية الصحيّة وإصلاح وإعادة تنشيط نظام تغطية التكاليف وتعميم المبلغ الجزافي للولادة وتوسيع التجربة لتشمل الشيوخ والعجزة والمعوقين والأطفال في أوضاع صعبة.
- الولوج المالي والنقدي الذي يستهدف المجموعات المحرومة والعاطلين عن العمل والشيوخ ممّن لا مُعيل لهم والأكثر تضرراً من الفوراق الاجتماعية والمالية.
- وزارة العمل الاجتماعي والطفولة والأسرة، وزارة الشؤون الإسلامية ومندوبية

تآزر ومؤسسات القروض والقطاع الخاص وذلك من خلال تحسين التكفل بالعجزة وتطوير آليات تقاسم خطر المرض (القروض والإدخار لتمويل الأنشطة المدرة للدخل، التعاونيات الصحية، الصناديق الجموعية، صناديق التضامن إلخ...).

- توسيع تغطية الحماية الاجتماعية وإدخال آليات جديدة مناسبة وملائمة مع الوسط والثقافة الموريتانية.

تمويل الحماية الاجتماعية

مثل الاستثمار في الحماية الاجتماعية سنة 2012 نسبة 5.8% من إجمالي الإنفاق العام و0.3% من الناتج المحلي الإجمالي. أما خلال سنة 2021 فقد بلغت النسبة 8% و0.43% من الناتج المحلي الإجمالي.²⁵ وبلغ إنفاق الحكومة أكثر من 1,1 مليار أوقية موريتانية على الحماية الاجتماعية وحدها و1,52 على الصحة (الصحة 1362301510 أوقية جديدة (حوالي 3884170,7611 دولار) والحماية الاجتماعية: 908501023 أوقية جديدة (أي 2582243 دولار) مراجعة الإنفاق العام قبل الوباء.

أما بالنسبة لمشروع ميزانية 2023 فقد بُوّب على نفقات معتبرة بالنسبة للحماية الاجتماعية.

أما نفقات أنشطة محاربة الفقر فتبلغ 668304453 أوقية جديدة، وتبلغ مخصصات القروض والتمويل الصغير 17000000 في حين خُصص للخدمات الاجتماعية مبلغ 15000000000 أوقية جديدة ولخدمات الشيخوخة مبلغ 1500000000 أوقية جديدة.²⁶

النقاط الإيجابية في مجال الرفع من الحماية الاجتماعية متعددة نذكر منها

وجود إرادة سياسية ملتزمة بالحماية الاجتماعية (+) إنشاء مندوبية تآزر سنة 2019 المكلفة بالتضامن الاجتماعي ومكافحة الإقصاء (+) برنامج تحسين القوة الشرائية وخلق فرص العمل والوصول إلى الخدمات الأساسية (+) تمديد وزيادة القيمة من التحويلات النقدية إلى الفئات الضعيفة؛ (+) تقديم خدمات صحية مجانية للفقراء؛ (+) إنشاء نظام تأمين صحي جديد يتكوّن من عددٍ من المؤسسات؛ (+) إنشاء برنامج التغذية المدرسية (+) المصادقة على صندوق الزكاة (+) الدمج الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة.

²⁵ ارتفع الناتج الداخلي الخام إلى 355.032 مليار أوقية جديدة خلال النصف الأول من سنة 2021 MRU.

²⁶ قانون المالية 2023 مشروع.

التأمين الصحي

في موريتانيا تتعدّد آليات الحماية الاجتماعية والتأمين والرعاية الصحية وتتوّع بين المُعاصر الحديث والتقليدي. وتشكّل اتفاقية المنظّمة الدولية للشغل رقم 102 المؤرّخة عام 1952 مرجعها المتعلّق بقضايا الحماية الاجتماعية. التأمين الصحي في البلاد حديث النشأة نسبياً وقد أكّدت مختلف البحوث والدراسات أنّ الرعاية الاجتماعية في موريتانيا ما زالت هشة خاصة بالنسبة للفقراء ومن لا يتوفّرون على مهنة رغم أنّها مطلب نقابي وحقّ دستوريّ تملّيه الحاجة لكن تمنعه الموارد والوسائل. ويبيّن غياب الخدمات الصحية المجّانية وانعدام التكفل وربطه بالوظيفة وضعف المنظومة الصحية بمختلف هياكلها وتشكيلاتها قصور مختلف السياسات بالرغم من محاولات الحكومات المتعاقبة صياغة العديد من المراسيم والقوانين والاستراتيجيات الصحية والمتعلّقة بالرعاية والحماية الاجتماعية والتأمين وفتح العديد من المؤسسات الخاصة بالتكفل والرعاية الاجتماعية.

ومن بين أهمّ الفاعلين بالنسبة لنظم الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي يمكننا ذكر بعض المؤسسات والهيئات الحكومية المكلفة قانونياً بالمسألة ومنها على سبيل المثال:

■ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي:

وينصّ القانون المؤسّس له ولنظام ضمان اجتماعي في عام 1967 والمعدّل بتاريخ 18 تموز/يوليو 1972 و1987 على أن ينشأ على كامل تراب الجمهورية الإسلامية الموريتانية نظام ضمان اجتماعي يُكَلّف بخدمات: (أ) - الإعانات العائلية (فرع الإعانات العائلية)، (ب) - خدمات التعويض في حالات حوادث الشغل والأمراض المهنية (فرع الأخطار المهنية)، (ج) معاشات الشيخوخة والعجز والوفاة (فرع المعاشات)، (د) كافّة خدمات الضمان الاجتماعي الأخرى التي قد يتمّ إنشاؤها في مرحلة لاحقة لصالح العمّال ذوي الأجر.²⁷

وينصّ قانون الصندوق على أنّ على رب العمل أن يؤمّر الضمان الاجتماعي والتأمين للعمّال وأسرهم خاصة بالنسبة للعلاجات الصحية، وأن يلتزم بصرف علاوات يومية في حالة المرض. غير أنّ من نواقص هذا التأمين عدم تغطيته لمخاطر البطالة، كما أنّ تعويضات الأمومة لا تعوّض إلّا بصفة متأخّرة وفي إطار الخدمات العائلية، ثمّ أنّ النسب التعويضية ضئيلة للغاية حيث تتراوح ما بين 2% للشيخوخة والعجز والوفاة و2.5% لحوادث العمل و8% للأمومة، ويصل الأجر النموذجي (الحد الأدنى للأجور 39000 أوقية أي ما يعادل 92 دولاراً في الشهر، ولقد أصدر رئيس الجمهورية مرسوماً بزيادته خلال عيد الاستقلال الوطني سنة 2022 ليكون 59000 ألف أوقية أي ما يعادل 140 دولاراً).

■ الصندوق الوطني للتأمين الصحي:

توجّهت الدولة بصفة متأخّرة إلى مسألة التأمين الصحي فكانت أوّل محاولة جادّة سنة 2005 عندما أقرّت إنشاء الصندوق الوطني للتأمين الصحي الذي تأسّس

²⁷ "الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 87-099 مكرر الصادر بتاريخ فاتح يوليو 1987، وهي مكلفة بتسيير نظام الضمان الاجتماعي المنشأ بالقانون رقم 67-039 الصادر بتاريخ 3 فبراير 1967 والنصوص الملحقه. المقرر رقم 464 بتاريخ 4 سبتمبر 1967 المنظم لخدمات الضمان الاجتماعي." للقوانين والقرارات المتعلقة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يرجى مراجعة الرابط التالي.

بصفته صندوقاً مخصصاً للموظفين ووكلاء الدولة وظلّ يتوسّع ويذكر في نظامه الأساسي الإلزامي تطبيقه على ثلاث مجموعات من المؤمّنين هم البرلمان والموظفون ووكلاء الدولة وأفراد القوات المسلّحة في الخدمة وأصحاب معاشات التقاعد مدنيين أو عسكريين من المجموعتين السابقتين وعمّال المؤسسات العمومية وشركات الدولة. وتمدّدت مهامه ليشمل أكبر عددٍ من المواطنين. ففي عام 2020 بلغ عدد المؤمّنين فيه 603000 فرد ليصل إلى 1200.000 ألف شخص في نهاية عام 2022 حسب وزير الصحة الموريتاني. كما تمّ رفع وتوسيع التغطية التأمينية بموجب اتفاق بين الصندوق ووزارة العمل الاجتماعي والطفولة والأسرة لتشمل 2000 شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم، و2000 من عمّال ميناء نواكشوط المستقل وأفراد عائلاتهم للاستفادة من مختلف خدمات الصندوق. وعموماً، يؤمّن الصندوق حالياً نسبة 30% من إجمالي سكّان البلد، وهو قرّب مختلف الخدمات من المواطنين موشعاً نُظّم الدفع المشترك ليغطي مختلف الهيئات الصحيّة العامة والخاصة مع تقليص فترة المراجعة خاصة بالنسبة لملفات التعويض المتعلقة بالأمراض المُزمنة وغسيل الكلى وإجراءات الرفع إلى الخارج.

وقد بلغت حصيلة عائدات صندوق التأمين الصحي الوطني لسنة 2018 ما يناهز 1.05 مليار اوقية جديدة أي خمسة مليون دولار أمريكي وهذا المبلغ تعلق ب 462279 مأمّن مرقم ومسجل خلال شهر مارس 2019 أي ما يقارب 11,6 % من مجموع السكان دون الأخذ في الحسبان ل 100 ألف شخص المكونة من الأسر الفقيرة والهشة والتي اتمت إضافتها خلال هذه سنة 2021 إلا ان العدد الكلي للمأمّنين وصل في نهاية سنة 2022 مليون و مائتي ألف شخص (1.200.000) حسب وزير الصحة الموريتاني. اما التعاضديات الصحيّة والتأمينات الخاصة فهي آليات خاصة اعدت من اجل المساعدة في الحماية الاجتماعية الصحيّة وهذه المبادرات لاتزال بدائية ومبتدئة.

■ وفي سنة 2022 تمّ انشاء الصندوق الوطني للتأمين التضامني المفتوح

أمام أصحاب المهن الحرّة والقطاع غير المصنّف. وسيقوم بمهام الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر هشاشة إضافةً إلى عددٍ من الفاعلين التقليديين كلّ في مجاله مثل وزارة العمل الاجتماعي والطفل والأسرة، وزارة الصحة، مندوبية محاربة الإقصاء تآزر (نظام شبكات الحماية الاجتماعية)، وزارة الشؤون الإسلامية والتعليم الأصلي، وكالة الزكاة المستحدثة خلال سنة 2022، برنامج دعم الشركات الصغيرة والمتوسطة؛ الخطة الوطنية متعدّدة القطاعات للتصدّي لجائحة كوفيد-19. مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي، القطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني العاملة في المجال الصحيّ أو الناشطة في المجال الحقوقي عموماً والصحيّ خصوصاً وهي من أهمّ مكوّنات المجتمع المدني الموريتاني وتقوم من بين العديد من المهام بالتكفل وتوفير الأدوية وبناء النقاط الصحيّة وتقديم المعونات والتجهيزات الخيرية في المجال الصحيّ وإعداد القوافل الصحيّة والطبّيّة وتنظيمها والمناصرة الصحيّة والتعبئة والتوعية والتحسيس وتمويل بعض النقاط الصحيّة وتشغيلها. ومن الأمثلة على دور المجتمع المدني والتكفل الفعلي في بعض الأحياء: مستشفى النور بتوجنين، ومستشفى الرضوان للعيون بالرياض، ودار النعيم ومستشفى العيون بوعمانو، ومستشفى أرض الرجال والنقطة الصحيّة للجمعية الموريتانية للتربية الصحيّة بدار النعيم، ومستشفى الدار البيضاء.. إلخ بالإضافة إلى النقاط الصحيّة الموزّعة في عددٍ من القرى والبلديات الريفية المقولة والمبنية من

المجتمع المدني، ومنظمات أخرى ناشطة في مجال حقوق الأسرة والأمم والطفل. ونذكر هنا بأن موريتانيا تتوفّر على ترسانة قانونية كبيرة تتعلّق جميعها بالحماية الاجتماعية.

■ التأمين الاجتماعي التقليدي

ويتعلّق الأمر هنا بالّلحمة المجتمعية في موريتانيا، إذ ما زالت الروابط التقليدية والقرابات العشائرية والقبلية تتكفّل بجزء كبير من التأمين الاجتماعي بكلّ تجلياته سواءً تعلّق الأمر بالمرض أم بالأمن والتعليم أم بتمويل حفر بئر أو اقتناء سيارة أو غير ذلك من المسائل العمومية. فالقبيلة تؤمّن أفرادها وتُعِينهم على تجاوز الصعاب. والتأمين المجتمعي ضدّ المرض هو نوعٌ من التكفّل المادّي والمالي بمصاريف وتكاليف العمليات الجراحية والأدوية يتمّ تقاسمه تعاضدياً بين أفراد المجموعة في شكل "لوحة" أو قسمةٍ بين مختلف مكّونات وأفراد العشيرة، ونشاهد نوعاً من التماسك الاجتماعي والاقتصادي المبني والمؤسّس أصلاً على البعد الديني والاجتماعي. ولأنّ الدولة عاجزة عن توفير التأمين والحماية الصحيّة لجميع المواطنين، ما تزال القبيلة تلعب دوراً هاماً حتّى مع انحساره وانحسار الموارد، وما يزال المجتمع التقليدي والريفي يتكفّل بأفراده اجتماعياً عن طريق عددٍ من الآليات.

الخطوات العملية التي اتخذتها السلطات في مجال النفاذ إلى الحق في الصحة

- من أهم الخطوات التي قامت بها السلطات الموريتانية مساهمةً منها في توفير الحق في الصحة نورد:
- صياغة إطار قانوني وتشريعي مناسب ومتكّيف مع الأسس العالمية للنفاذ إلى الصحة
- تشييد بنية تحتية تساهم قدر الإمكان في تقريب الخدمة العلاجية والصحية من المواطنين (جدول 1)

جدول 1. توزيع الخدمات الصحية

المجموع	القطاع الخاص	القطاع العام	
58	37 مصحة خصوصية	21 مستشفى	مُنشأة صحية درجة أ
164	49	115	مُنشأة صحية درجة ب
856	62	794	مُنشأة صحية درجة ج
1078	148	930	

- إنشاء نظام تأمين تضامني للتكفل بتأمين 100 ألف أسرة متعقّفة
- التكفل شبه العامل والشامل بالحالات الحرجة
- إنشاء برامج موجهة للفئات الهشة
- بناء مستشفيات مُتخصصة مثل مركز أمراض القلب والمركز الوطني للأنكولوجيا ومراكز تصفية الكلى أو الدياليز، والمركز الوطني للأمراض المُعدية والمعهد الوطني للكبد
- محاولة توسيع التغطية الصحية وتعميم الحماية الاجتماعية
- التركيز على صحة الأمّهات والأطفال من خلال تمويل الصحة الإنجابية
- خلق إطار قانوني ناظم لمسألة التكفل بالمرضى خاصةً الفقراء منهم والتكفل بهم

أما بالنسبة للموارد البشرية فقد تمّ:

- اكتتاب 402 من الأطباء المتخصّصين و532 من الأطباء العامين، 117 طبيب أسنان، 76 صيدلانياً، 526 تقنياً من المستوى العالي، و1027 قابلة، 1556 ممرض دولة و2208 ممرضاً اجتماعياً
- توحيد تسعيرة الدواء على كافّة التراب الوطني ومضاعفة رواتب جميع منتسبي الأسلاك الصحيّة
- وبالنسبة للموارد البشرية أيضاً بلغ عدد الأطباء العامين بين 473 و702، وبلغ عدد أطباء أسنان 142، أما الطواقم الطبيّة فقد بلغ عدد عناصرها 4500 عنصر، مع 204 سيارات إسعاف إلى جانب 955 مؤسسة صحيّة تتوفّر على أجهزة تصفية الكلى و905 تتوفّر على أجهزة التصوير الطبي
- وبالنسبة لمجانبة الخدمات الصحيّة فقد صار بعضها مجاناً بنسبة 100% وهي تتعلّق بمسائل الأدوية والعناية المركّزة والنقل الطبي بين المستشفيات ونقل ضحايا حوادث السير، كما تتكفّل بنسبة 60% من علاج النساء الحوامل عن طريق المقاربة الجرافية
- استحداث صندوق وطني للتأمين التضامني "إنصاف" وهو موجّه بالأساس إلى القطاع غير المصنّف وسيؤمّن حوالي 500000 ألف شخص بحلول عام 2024. وتشمل الخدمات المقدّمة خدمات المستشفيات والعلاجات الأوليّة وتغطّي كافّة التراب الوطني مع العلم أنّ هذا الصندوق سيشمل وللمرّة الأولى تأمين الأبوين حسب وزير الصحة الموريتاني
- نظام مُبَيّن الذي يضمن توفير الأدوية النوعية والجيدة في كافّة النقاط الصحيّة على التراب الوطني بأسعار مخفّضة بنسبة 50% من التسعيرة الصيدلانية العامة، كما أنّه سيساهم في مجانية العلاجات بالنسبة للفقراء وتتوفّر المركزية لشراء الأدوية على مخزون للأمان الدوائي والصيدلاني يُمكن من توفير الأدوية لفترة 6 أشهر بمبلغ يتجاوز 8 مليار أوقية قديمة إلى جانب وجود 15 سيارة مجهزة لضمان النقل الطبيّ الدواء

مساهمة ودور المجتمع المدني

يشكّل المجتمع المدني الصحيّ أو النشاط في المجال الحقوقي عموماً والصّحيّ خصوصاً أهمّ مكوّن من مكوّنات المجتمع المدني الموريتاني وهو عددياً أهمّ مكوّن في النسيج الجمعي الوطني حيث يكوّن نسبة 37% من المنظمات غير الحكومية التي تعمل في الحقل الحقوقي الصحيّ وتقوم بالعديد من المهام كالتكفل وتوفير الأدوية وبناء النقاط الصحيّة وتقديم المعونات الخيرية الصحيّة وتنظيم القوافل الصحيّة والطبّيّة والمناصرة الصحيّة والتعبئة والتوعية والتحسيس إلى جانب تمويل بعض النقاط الصحيّة وتشغيلها.

وهناك منظمات غير حكومية نموذجية متعدّدة تعمل في المجال الصحيّ والحقّ في العيش في بيئة صحيّة متوازنة وتقاوم من أجل التكفل بالمرضى حسب نقاط الاهتمام. إلّا أنّ الاختيار صعب ممّا يربك ترتيب الأولويات بسبب التشابك والمصالح والاستعجال والضرورة. وبشكل عام، فإنّ منظمات المجتمع المدني الموريتاني العاملة في حقلّي الصحة والحماية الاجتماعية والحقوق لعبت وتلعب أدواراً محورية آتت وستؤتي فوائدها ويرجع لها الفضل في التحوّلات الصحيّة وتغيير الممارسات الصحيّة واعتماد العديد من النصوص التشريعية والقوانين والمراسيم المتعلّقة بتعزيز النظام الصحيّ وصحة الأمّ والفتاة والتكفل بالمعوقين وبأصحاب الأمراض المزمنة والتنبيه المستمر والمتعدّد الأوجه بالقضايا الحقوقية عموماً سواء كانت صحيّة أو بيئية أو من قبيل حقوق المرأة والفتاة والمهاجرين والمهاجرات أو بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية بصفةٍ أخص في الأوساط الهشّة والمهمشة في الأرياف وأحياء الانتظار في المدن الكبيرة مثل نواكشوط ونواذيبو. وأخيراً تجدر الإشارة إلى أنّ منظمات المجتمع المدني العاملة في مجال الأمراض غير المعدية قد كوّنت خلال شهر شباط / فبراير المنصرم شبكة من بين منظماتها تهتم بالشراكات خاصة مع منظمة الصحة العالمية.

النظام الصحي الموريتاني وجائحة الكوفيد - 19

حين ظهرت الحالة الأولى من فيروس كوفيد-19 يوم 13 آذار/مارس 2020، اتخذت الحكومة العديد من الإجراءات الاحترازية وأعدت خطة عمل للمواجهة الصحية للجائحة مصحوبةً بالعديد من الإجراءات الاجتماعية إضافة إلى الإجراءات التقييدية المفروضة أصلاً. وأظهرت جائحة كوفيد-19- أن الحق في الحماية الاجتماعية حق أساسي من حقوق الإنسان يُمكنه من العيش بكرامة ومن مواجهة الصدمات والأوبئة بكل قوة وتصميم وجاهزية. فتداعيات وعواقب الجائحة تجاوزت طاقات الدولة الضعيفة أصلاً فهي بكل ما أوتيت من موارد بشرية ومالية ومادية وإعلامية ومجتمعية تبقى ضئيلة وضعيفة. وانطلاقاً من المسح الشامل للمسار الوبائي²⁸ والخسائر المُتكبدة إن على المستوى البشري أو الاقتصادي أو الصحي والمعاناة الشديدة للمرضى والأصحاء مروراً بالتأثيرات الاقتصادية الصعبة التحمل على اقتصاد ضعيف كإقتصادنا وارتفاع كلفة النظم الصحية والإنكماش الاقتصادي وفقدان الوظائف، نلاحظ أن التأثيرات المتعلقة بالجائحة خاصة على النساء شملت: تأثيرات أشد على النساء والشيوخ كفئات هشة متضررة أكثر من غيرها بسبب الوباء، تعرّض النساء للعنف المنزلي والأسري والزوجي خلال فترات العزل المنزلي وتعرّضهن للجوع وفقدان النفاذ إلى الحق في الصحة خاصة الإنجابية، تعرّض الحوامل للكثير من التعسّف بسبب إغلاق المشافي والمصحات وبسبب الحجز الصحي والحجز المنزلي، وفقدان كثير منهنّ لوظائفهن وتغيّبهن عن مدارسهن، التعرّض للتحرش الجنسي²⁹ وللإغتصاب وضياع حقوق تتعلق بالحالة المدنية والنفاذ إليها بسبب الهشاشة الصحية وانعدام التأمين والرعاية الاجتماعية.

ولمواجهة الجائحة انتهجت الحكومة خطة شاملة ركّزت على الجانب الصحي والوقائي، ولم تُهمل الصمود والتكيف مع ظروف الجائحة معتمدةً على الجانب الصحي مشفوعاً بمقاربة تنسيقية تخطيطية تتابع سيرورة الجائحة وتطور الاقتصاد الوطني، كما أردفتها بعدد من الإجراءات للتخفيف من أثارها الاقتصادية الاجتماعية الجانبية؛ كل ذلك صاحبه إطلاق برنامج رئاسي ساهم في مواجهة الجائحة. ومن الأمثلة على تدخلات الحكومة خلال 2020: (أ) إعداد نظام مراقبة وبائية مكّن من إعادة معالجة المعلومات بصفة دائمة؛ (ب) توفير اللوازم الضرورية للمختبرات الوطنية واللوازم والمعدات والموارد البشرية التي تُمكن من التوقّر والحصول على منصة فنية عالية القدرة على مستوى المعهد الوطني لبحوث الصحة العامة ممّا مكّننا من الانتقال من 100 فحص إلى ألف فحص في اليوم؛ (ج) تعزيز قدرات التكفل على مستوى نواكشوط لتصل إلى 219 سريراً منها 59 سريراً للإنعاش؛ (د) توفير مستلزمات وأدوات ووسائل الفحص على مستوى مختلف الهيئات الصحية حسب المُمكن مع استقبال المرضى؛ (هـ) القيام بحملات تعبئة وتحسيس على مستوى مختلف الأماكن العامة المخصصة للحجز من التنظيف والتعقيم وغير ذلك؛ (و) تجهيز كافة الإدارات الجهوية والمركزية والمستشفيات بتقنيات ومعدات التواصل عن بُعد.

ومن أجل نجاح أسرع وفاعلية أفضل، كان على الأذرع العملياتية للقطاع المكلف بالصحة وغيره من القطاعات المعنية تنسيق أنشطتها. وقد أظهرت جائحة كوفيد - 19 ضرورة التنسيق وتفعيل دور الكلّ بهدف التوجّه نحو مفهوم وتفعيل مقاربة "صحة واحدة وصحة للجميع" وتنسيق مختلف التدخلات والسياسات، كما

²⁸ المسح الشامل للمسار الوبائي.

²⁹ تحليل شخصي للوضعية خلال وبعد الجائحة.

أبانت الجائحة البعد المتعدّد والتضامني للمتدخّلين من أجل فاعلية أدائهم، وأنّ العمل الصّحي والنظام الصّحي يجب أن يكونا بالقوة والتنسيق والجهوزية لكلّ الاحتمالات ولمواجهة الصدمات بمختلف أنواعها، وأن يتم اتخاذ تدابير استعجالية وقائية مصاحبة لمواجهة الأزمة والإعداد لخطوات عملية فورية تتعلق بتأسيس منظومة حماية اجتماعية أفضل من الموجود بهدف توفير مساعدة تضمن استمرارية الحياة وتُعين على التعافي السريع على المدى القريب والمتوسط. في هذا الإطار قامت السلطات بـ: الإعفاء من رسوم المياه والكهرباء لفترة شهرين وإعفاء الصيادين وعمال القطاع غير المصنّف من بعض الضرائب واستفادة بعض الطبقات العمالية من إجازات معوّضة، توفير مجّانية التّكفّل بالفحص والكشف والدواء، توفير إعانات نقدية للأسر الفقيرة والمحتاجة، التّكفّل الجزئي بتكاليف ومصاريف الفئات الهشّة من نساء ومعوّقين وغيرهم لفترة تتجاوز السنة.

تشير المعطيات المتوفّرة قبل الجائحة إلى أنّ نسبة تقارب 6.6% من السكّان الموريتانيين تتمتع بتغطية اجتماعية مهما كان نوعها، وأنّ نسبة 41% تحظى بالنفاز إلى خدمات الصحة الشاملة أي ما يعادل 3.6% من الناتج الداخلي الخام سنة 2015. أمّا معطيات الجائحة خلال تشرين الأوّل/أكتوبر 2022 فتقدّم 61870 حالة مؤكّدة و987 حالة وفاة مرتبطة بالجائحة. وتمثّلت طرق المواجهة في عدّة مقاربات منها: التباعد الاجتماعي، التلقيح، التشخيص، الحجز وإغلاق المدارس والمساجد، إغلاق الطرق والحجر والحجز وإغلاق الحدود البريّة والجويّة والبحرية وحظر التنقّل بين المدن، تعليق مختلف الأنشطة حسب صيرورة الفيروس ومنحنياته الصاعدة والنازلة والتحصين. ومن بين تلك التّجليات تدخّلات الجيش والمجتمع المدني والقطاع الخاص.

وظلّ الفيروس ينتشر وينحسر خلال 2021، ممّا جعل السلطات العمومية ترفع الحظر وتفرضه حسب المتغيّرات الصحيّة، كما عملت الحكومة بصفة متواصلة على المواكبة ووضع الاستراتيجيات والخطط للتّحصين والتلقيح والحماية الخاصة بمواجهة الفيروس. وإضافة إلى التدابير الاستباقية الأخرى لمواجهة مختلف الآثار الاجتماعية والاقتصادية للأزمة، تمّ القيام بـ: (أ) حملة الوقاية والاستجابة الوطنية لأزمات الغذاء والتغذية، (ب) القيام باستثمارات مُستدامة في الحماية الاجتماعية، (ج) إنشاء صندوق خاص للتضامن الاجتماعي ومكافحة كوفيد-19 بمساهمة حكومية قدرها 2.5 مليار أوقية - وصلت إلى 4.3 مليار أوقية في نهاية حزيران/يونيو 2020، (د) وضع خطة استجابة متعدّدة القطاعات في أيار/مايو 2020 (هـ) إنشاء صندوق خاص للتضامن ومكافحة فيروس كورونا (FSS) وصلت إيراداته في كانون الثاني/يناير 2021 إلى 6.2 مليار أوقية (164 مليون دولار أميركي).

إلا أنّ معاناة الفئات الهشّة من البطالة تضاغت خلال فترة الوباء رغم تشجيع السلطات على مراقبة الوضعية والسهر عليها بانتظام رافعة معاشات التقاعد بهدف حماية الجميع، فكان من الضروري تحقيق توازن بين أنظمة معاشات التقاعد القائمة على الاشتراكات وتلك غير القائمة على الاشتراكات. فالنساء والعمّال البسطاء وعمال القطاع غير المصنّف وغيرهم من العاطلين عن العمل والمعوّقين يعانون أنواعاً متعدّدة من التمييز بل هم في وضع لا يمكّنهم من المساهمة بأيّ شكل في نظام الحماية الاجتماعية رغم أن النصوص تكفل لهم التمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

اقتصاديات الصحة: تأثير السياسات النيوليبرالية على الاستثمار في المجال الصحي وفي النفاذ إلى الحق في الصحة

بعد حصولها على الاستقلال في 28 تشرين الأول/نوفمبر 1960 تكفلت الدولة الموريتانية بكافة الأنشطة الاقتصادية من أجل تلبية الحاجات الملحة لدولة حديثة النشأة. فبالإضافة إلى وظائف الدولة التقليدية (الأمن، الدفاع)، عملت موريتانيا على القيام بجلّ الوظائف الأخرى من إنشاء البنى التحتية الاقتصادية والاجتماعية وإدارة النشاط الاقتصادي بصفة عامة... لكنها ومع مرور الوقت تعرّضت لظروف غير مؤاتية داخليا وخارجيا وشهدت فترة من انعدام الاستقرار السياسي من 1979 وحتى 1991 حيث تفاقمت نسبة المديونية (البنك الدولي والبنك الإفريقي للتنمية والبنك الإسلامي للتنمية وصندوق النقد الدولي والصناديق العربية والأوروبية وغيرها) نسبة إلى الناتج الداخلي الخام وفاقت خدمة الدين كل التوقعات.³⁰

أدت الظروف السياسية والاقتصادية للدولة إلى زيادة الأعباء وتزايد عجز الميزانية العامة ممّا تتطلب البحث عن حلول جاهزة لتخفيض هذا العجز أو تحقيق الادخار، فلم تجد الدولة بُدّاً من تطبيق وصفة مؤسسات النقد الدولية المعروف عنها عدم اكترائها عادةً بالجانب الاجتماعي، فدخلت البلاد بالتعاون مع البنك الدولي وصندوق النقد الدولي في سلسلة من برامج الإصلاح الهيكلي³¹ التي بموجبها تتخلّى الدولة عن جزء كبير من التزاماتها الاجتماعية، وفتحت الباب وأوسعاً للقطاع الخاص للمشاركة في النشاط الاقتصادي والإنتاجي والخدمي مستهلهً بذلك لما أصبح يُعرف بالخصخصة أو إعادة الهيكلة.

لم يسلم قطاع الصحة من التأثير المباشر بإعادة الهيكلة حيث سمحت الدولة للقطاع الخاص بتقديم خدماتٍ صحيةٍ أساسية عديدة بأسعار مُضاعفة، وأصبحت الخدمات الصحية والمقاولات غير مجانية كما كانت من قبل رغم كونها بأسعار رمزية في بعض المراكز الصحية وبأسعار مخفضة في المستشفيات الحكومية، إلّا أن ذلك لا يناسب إمكانيات معظم المواطنين حيث لا يوجد تأمين صحي يغطي سلة خدمات الصحة، كما ظهر أنّ خدمات الصحة في المستشفيات الحكومية تفتقر إلى الكثير من الوسائل مثل عدم توفر الكادر المتخصص ومستوى الضغط والوقت المخصص للكشف وتوفير التجهيزات والأدوية.

في هذا الخضم انتهت السلطات الموريتانية ولو بصفة متأخرة إلى دور القطاع الخاص التنموي خاصة في المجال الصحي، وإلى دور الشراكة المفيدة بين القطاع العام والخاص (public-private partnership) إلّا أنها ورغم تأخرها بادرت إلى شرعنة وأقننة دور القطاع الخاص. ووفقاً للتوجّهات الوطنية في مجال الصحة وضرورة التمتع بها، كان يجب تعزيز مكانة القطاع الصحي الخاص في النظام الصحي الوطني لتمكينه من الاندماج بصفة فعلية ومفيدة في النسق الصحي الوطني كرافعة وكعنصر أساسي بل ومحوري في تنفيذ ووضع السياسة الصحية والاجتماعية، ولذلك كان يجب تحسين إطاره المؤسسي والقانوني لضمان احترام المساطر القانونية وانتهاج مقاربة الوزارة الوصية.

³⁰ عيدوتي ولد عالي استاذ بجامعة نواكشوط، مدخل إلى الاقتصاد الموريتاني: المسيرة، الملامح، المؤشرات، ص 23، إصدارات المركز الموريتاني للدراسات والبحوث الاستراتيجية.

³¹ برنامج للتقويم الاقتصادي غطى الفترة من 1985 - 1988، تلاه برنامج للدعم والدفع المالي (PREF)، ووثقنا الإطار للسياسة الاقتصادية اللتان ت م تبن يهما في 1992 و 1995، وكذلك الاستراتيجية التنموية التي تع طي الفترة من 1998 - 2001

إنّ النفاذ إلى الخدمة الصحيّة في القطاع الخاص أيسر بكثير من النفاذ إليها في القطاع الحكومي العام رغم شبه مجّانيته، فالقطاع الخاص مزدهرٌ بشكل كبير في موريتانيا ويغطّي مختلف التخصّصات إلّا أنّه يبقى حكرًا على المتنفذين الميسورين ماليًا أو من لديهم تأمين صحيّ من الدولة أو من القطاع الخاص. يشار إلى أنّ نسبة 83% من هيئات القطاع الخاص لا توفر خدمات التلقيح. أمّا نسبة التوفر حسب المتوسط فتصل إلى 60% في المستشفيات و39% في مراكز الصحة و12% في نقاط الصحة، ومن اللازم تنظيم القطاع الخاص من أجل الرفع من أدائه في مجال الخدمات العلاجية الأساسية والبحث عن التكامل بين القطاعين العام والخاص حيثما كانت الحاجة وهذه مسألة مهمّة بعد الكشف عن وجود نحو 37 مصحّة خصوصية مقابل 21 مصحّة عمومية.

يتواجد القطاع الصحي الخاص أساساً في المراكز الحضرية الكبرى مثل العاصمة نواكشوط ونواذيبو، وقد شهد نمواً كبيراً خلال العشرين سنة الأخيرة وكانت مساهمته في ترقية القطاع الصحيّ مسألة لا يختلف عليها اثنان، ففي المسح المُقام به سنة 2018 يظهر وجود 1078 مؤسسة صحيّة منها 148 تتبع للقطاع الخاص و930 للقطاع العام.³²

رغم ذلك ورغم حسنات القطاع الخاص لا بُدّ لنا أن نعرّج على بعض الملاحظات المتعلقة بالصحة التجارية وعلاقتها برأس المال النيوليبرالي وما ينجر عن ذلك من انتهازية رأسمالية مألوفة أصلاً في مختلف القطاعات، فالفلسفة الصحيّة تبقى مبنية أصلاً على مبدأ مجّانية أو شبه مجّانية الحصول على الحقّ في الصحة والدواء والتشخيص والرعاية والتأمين خاصة بالنسبة للفقراء والفئات الهشة، وهي مسألة مفقودة في المقاربة الخصوصية المبنية على الربح وهدر الحقّ في النفاذ إلى الصحة، وموريتانيا بحكم فقرها ووضعها الجغرافي والتنموي الذي فرض عليها في مرحلة من تاريخها تتبّع وصفات مؤسّستي بريتون وودز (Bretton Woods، أي صندوق النقد الدولي والبنك الدولي الذي عقدا عام 1944 مؤتمراً في غابات بريتون في الولايات المتحدة الأميركية)، والخضوع مكرهةً لشروطهما وإملاءاتهما القاسية المبنية على الربحية.

تلك هي فلسفة الاقتصاد الريعي النيوليبرالي الذي لا يرحم. غير أنّ للقطاع الخصوصي إيجابيات مثلما له سلبيات، فخدماته مبنية على الربحية والكيفية والنوعية أكثر منها على البعد الاجتماعي والإنساني لكن وفي بعض الحالات تكون هذه الخدمات أكثر جاهزية ويُسرّاً من الخدمات المقدّمة من طرف الدولة خاصة في المجال الخدمي. الخدمة الصحية الخصوصية التي تقدّم للمواطن تُبنى على أساس الربح لا على أساس الحقّ وعليّنا أن نختار، فطريق نيل الحقوق طويل وملغوم والطريق الآخر محفوف بالتحديات المالية أوّلًا. ويمكن تلخيص أهمّ تأثيرات الاقتصاد النيوليبرالي السلبيّة على النفاذ إلى الحقّ في الصحة في ما يلي: (أ) تراجع خدمات الدولة المركزية وتخليها عن بعض مسؤولياتها (ب) أن يكون الحقّ في النفاذ إلى الخدمة الصحية سلعةً وليس حقاً (ج) عدم تمكّن الفئات الهشة من النفاذ (د) التمييز المبني على المورد والقدرة المالية (هـ) توفر الخدمة وجودتها (و) ارتفاع كلفة النفاذ إلى الصحة (ز) الاتجار بالحقّ (ح) الاعتماد على القدرة المالية وتهميش البعد الاجتماعي والإنساني مقابل التركيز على الربح (ط) التوفر الزمني والمكاني لمكوّنات الحقّ في الصحة (ي) التوفر النسبي للحقّ لمن يتحمّل دفع الثمن (ك) حرمان الفقراء من الخدمات بسبب عدم توفر الإمكانيات (ل) اتساع دائرة المواطنين غير المؤمنّين مع غياب أو انحسار الرعاية الاجتماعية.

الخلاصات العملية

نخرج من هذا العمل ببعض الخلاصات التي تتعلّق بتقييمنا للنفاذ إلى الحق في الصحة على مستوى موريتانيا ومنها:

- أنّ على الشبكة الموريتانية للعمل الاجتماعي وشركائها وبالتعاون مع القطاعات المعنية خاصة وزارتي الصحة ووزارة العمل الاجتماعي واللجنة الوطنية لحقوق الإنسان وغيرها من منظمات المجتمع المدني، البدء في مناصرة القضايا الحقوقية المتعلقة بالصحة والتعليم والحماية الاجتماعية؛
- على الشبكة أن تتابع العمل الذي بدأ وأن تكون مثلاً حياً للمجتمع المدني المستنير الذي يدافع بصفة واقعية وموضوعية عن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين كافة دفاعاً يُظهر النواقص؛
- انتهاج مقاربة ومناصرة حقوقية تخدم النمو الشامل؛
- إنّ نجاح أي مبادرة لإنفاذ الحق في الصحة مشروط بتمكّنا من ضمان إقامة ووضع سياسة مندمجة؛
- اعتماد مقاربة حقوقية شاملة؛
- توفير الاستقرار السياسي وضمان الأمن؛
- توفير البيئة الحاضنة سياسياً واقتصادياً واجتماعياً؛
- الالتزام المُعلن والواضح من طرف مختلف الفاعلين من حكومة ومجتمع مدني وبرلمانيين؛
- تعبئة شاملة لكافة المعنيين بإعمال وإنفاذ الحق في الصحة وتعبئتهم حول مسألة مناصرة قضاياها؛
- إشراك مهنيي الصحة وعلى كافة المستويات لتوفير صحة مجتمعية واحدة كحق لا كخدمة؛
- تعبئة التمويلات الضرورية بصفة دائمة خاصة بالنسبة للمناطق النائية؛
- تغيير عقليات المستفيدين وصنّاع القرار المتعلقة بضرورة فهم الحق في الصحة؛

- إدراج الحق في الصحة في مختلف السياسات وخطط العمل الحكومية بوصفه رافعة تنموية تشمل مختلف الفاعلين ولا تتعلق بالصحة كقطاع أو وزارة وصية على جزء منه؛
- التنسيق التام مع القطاعات الحكومية المعنية بإنفاذ الحقوق إضافة إلى المجتمع المدني والقطاع الخاص والبرلمان والصحافة لإفهام الكل ضرورة تغيير المفاهيم وانتهاج مقاربة حقوقية تجعل من الحق في الصحة والحماية الاجتماعية أساساً حقاً مواطناً.

تحديات النفاذ إلى الحق في الصحة

- نفاذ المرأة الريفية إلى التأمين الصحي؛
- المرأة الريفية تتواجد في مناطق غير مشمولة بالخدمة الصحية الأولية؛
- المرأة في المدينة تعاني من غياب النفقة وانتشار الأمراض؛
- ضعف البنية التحتية الصحية والبنية المصاحبة من طرق وكهرباء ومياه وغيرها؛
- ضعف موارد وشراكات المجتمع المدني؛
- محدودية الموارد المالية والبشرية للبلد؛
- التقرير الفوضوي ممّا يفتت موارد الدولة؛
- تركُّز خدمات الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي على مستوى المراكز الحضرية.

التوصيات العامة حول النفاذ إلى الحق في الصحة

- إتباع المقاربة الحقوقية لتمكين المواطنين من النفاذ إلى الحق في الصحة؛
- إتباع مقاربة مندمجة تُركّز على تغيير العقلية في المجال الصحي؛
- إعطاء الأولوية في المجال الصحي لصحة الأم والفتاة والتكفل بالمعوقين وبالفئات الهشة؛
- اعتماد موازنة مالية مضاعفة لقطاع الصحة لتمكينه من اقتناء واكتتاب الموارد المالية والبشرية؛
- توسيع التغطية الصحية والاجتماعية؛
- الاعتناء بالقضايا الحقوقية سواء صحية أو بيئية أو من قبيل حقوق المرأة والفتاة والمهاجرين أو الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بصفةٍ أخصّ في الأوساط الهشة من أرقاء سابقين ومن مجموعات هشة في الأرياف وأحياء الانتظار في المدن الكبيرة مثل نواكشوط ونواذيبو؛
- تفعيل دور الإعلام والتثقيف الصحي؛
- الأخذ في الاعتبار لمقاربة صحة واحدة تُعنى بالبعد البيطري والبيئي والبشري one Health؛
- محاربة التلوث وإدراج البعد البيئي كأولوية؛
- الرقابة على المنتجات الغذائية والتأكد من صلاحيتها ومن مصادرها.

الخاتمة

إنّ الوضعية الصحية في موريتانيا لا تختلف كثيراً عن نظيراتها في معظم الدول العربية ودول منطقة الساحل الفقيرة رغم أنّها شهدت تحسّناً ملحوظاً وواضحاً خلال الفترات الأخيرة. غير أنّ النفاذ إلى الحق في الصحة والتمتّع به كهدف حقوقي لا يزال بعيد المنال إذ يبقى فهم المجتمع والمواطن للنفاذ إلى الحق ومستوى تمسّك الفاعلين ومُتخذي القرار على المستوى الاستراتيجي بالمسألة وتعلّقهم بها دون المتوقّع ودون المستوى المطلوب، فالوصول إلى الوفاء بالالتزامات في هذا المجال يتطلب اتباع سياسة صارمة وتوقّر التمويل الكاف والمناسب واتباع مقارنة ناجعة تُشرك المجتمع المدني والقطاع الخاص كفاعلين أساسيين لا غنى عنهما، كما أنّه يتطلب وضع وتنفيذ برامج وسياسات تعتمد على المنحى الحقوقي وليس العلاجي من خلال تعبئة موارد بشرية ومالية وبنى تحتية غير متوفرة لحدّ الساعة. هذه السياسة الصحيّة تتغيّر وتتقلب بتقلبات الموائيق الدوليّة والاتفاقيات وبسياسات وبرامج الأمم المتّحدة ومتطلبات الحالة الميدانية وبالتشخيص والتحليل المعمّق (للوضعية الصحيّة الموريتانية الحالية في فترة ما بعينها) بمختلف تجلياتها الاقتصادية والثقافية والبيئية والتعليمية والمناخية والتجارية وبالأخذ في الحسبان لإطار الثقافي والمجتمعي والبيئي للبلد وللتوجّهات الصحيّة العالمية، وبكلمة واحدة بمستوى محاربة الفقر، لذا يجب أن يوجّه التركيز إلى الشراكة وإلى تشعب المسألة الصحيّة وتعدّد المعنيين بها نظراً لخصوصيتها وبالتالي خصوصية مشاكلها والحلول المُقترحة لها.

تلتزم موريتانيا من خلال مجمل الاستراتيجيات والسياسات والخطط بتنفيذ ووضع السياسة الصحيّة في إطار النفاذ الشامل لمواطنيها إلى الخدمات الصحيّة بصفة متساوية مُيسّرة ومُتاحة للجميع، كما أنّها حاولت وتحاول توفير الظروف اللازمة لنجاح مثل هذه الاستراتيجية من خلال ضمان القيادة الناجحة وتعبئة الموارد الضرورية لذلك.

فالمصالح الإدارية والفنية الصحيّة وعلى مختلف المستويات مكلفّة كلّ منها حسب طاقتها وقدرتها وصلاحياتها بتطبيق وتنفيذ هذه السياسات ثمّ أنّ هناك آليات للمتابعة والتقويم تمّ وضعها لبلوغ الأهداف المرسومة. كما ستعمل الحكومة على إشراك كافّة الفاعلين خاصة المجموعات المحليّة والمستفيدين والشركاء التنمويين والمجتمع المدني اللذين عليهم أن يقوموا بدور هام وأساسي حاسم في العمل الصحي والاجتماعي والنفاذ إلى الحق في الصحة وفي الخدمة والرعاية الاجتماعية.

هذه الورقة تمثّل التقرير الموريتاني حول الحق في الصحة وقد حاولنا قدر المستطاع أن تكون شاملة للقطاع العام وللقطاع الخاص ولوجهة المجتمع المدني، ونأمل أن يتم تفعيلها والعمل بمخرجاتها من خلال التكفّل بالتوصيات التي تُقدّم لمختلف الفاعلين من خلال مقارنة حقوقية تعتمد الصحة كحق اقتصادي واجتماعي دستوري وطني ودولي لا كخدمة سياسية قد توجد أو تنعدم حسب الرغبات السياسية.

المراجع

- الورقة المرجعية للدراسة
- استراتيجية النمو المتسارع والرفاه المشترك 2022-2025
- الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية؛
- استراتيجية التنمية المستدامة،
- المسح الدائم للظروف المعيشية للسكان 2019،
- المسح الديمغرافي والصحي
- قراءة نقدية لمخطط الوطني لترقية قطاع الصحة 2022
- المخطط الوطني لترقية قطاع الصحة
- تقرير السكان والتنمية - بناء مستقبل أفضل لكبار السن في المنطقة العربية اسكوا 2022، -
- توقعات الوكالة الوطنية للإحصاء والتحليل الديمغرافي والاقتصادي
- جائحة كوفيد-19- في المنطقة العربية فرصة لصالح نُظم الحماية الاجتماعية تقرير التنمية الاجتماعية الرابع 2021 اسكوا الخ.
- المخطط الوطني لترقية قطاع الصحة 2020-2030 ص 11
- المرسوم رقم 361 المحدد لصلاحيات وزير الصحة المادة 2
- قانون المجتمع المدني الجديد 2021 004-21-
- السياسة الوطنية للصحة في افق 2030 المصدر 2017 ص 8
- ملخص الاستراتيجية النمو المتسارع والرفاه المشترك
- مصدر البيانات
- اعتمادا على بعض اللقاءات والمقابلات مع أصحاب المصلحة وبعض نشطاء المجتمع المدني وبعض رواد الخدمات الصحية والمراكز الطبية
- مقابلة مع السيد باب الشيخ رئيس منظمة غير حكومية أكتوبر 2022
- اليونيسف 2009 مذكرة تلخيصية حول السياسات الاجتماعية وصحة الأم والطفل - فوائد الحماية الاجتماعية في غرب ووسط إفريقيا.
- نظام المعلومات الصحية الموريتاني 2018 SNIS
- الشبكة الموريتانية للعمل الاجتماعي مقابلة بتاريخ سبتمبر 2022
- تقرير فريق الأمم المتحدة في موريتانيا حول فيروس نقص المناعة أكتوبر 2009.

- الشيخ ولد سيدي الشبكة الموريتانية لمنظمات الأشخاص المصابين بالسيدا مقابلة بتاريخ 11 أكتوبر 2022
- الدكتور المصطفى خطري، مكلف بمهمة لدى الصندوق الأمم المتحدة لمحاربة السيدا مقابلة يوم 22 /10/
- قراءة نقدية لمخطط ترقية قطاع الصحة محمد احمد المحبوبي 2022
- الدستور الموريتاني
- المسح الشامل للمسار الوبائي
- تحليل شخصي للوضعية خلال وبعد الجائحة
- عبدوتي ولد عالي: مدخل إلى الاقتصاد الموريتاني: المسيرة، الملامح، المؤشرات، ص23،
- الخطة الوطنية لترقية قطاع الصحة 2021 الى 2030 الصفحة 15
- قانون المالية 2023 مشروع

الحق في الصحة في المغرب

أبرز المشكلات والتحديات

سعد الزبيري

جامعة محمد السادس لعلوم الصحة

دكتور في الاقتصاد والصحة العامة

محلل للأنظمة الصحية والسياسات

أستاذ باحث

سعد الزبيري حاصل على درجة الدكتوراه في الاقتصاد والصحة العامة من جامعة باريس. خبير اقتصادي ومحلل للأنظمة الصحية. وهو أستاذ في المدرسة الدولية للصحة العامة بجامعة محمد السادس للعلوم والصحة في الدار البيضاء، المغرب.

ملاحظة



يرتكز هذا التقرير على مراجعة للوثائق الوطنية المرتبطة بالحق في الصحة في المغرب ويتضمن مناقشات وتعليقات من جهات فاعلة في المجتمع المدني. ومن خلال تحليل الوضع الصحي في المغرب من منظوري الاقتصاد والصحة العامة، يسلط الضوء على أبرز مشكلات وتحديات الحق في الصحة في البلاد، ويرتكز على تحليل العناصر الصحية المتنوعة ليختتم بتوصيات لتحسين الحق في الصحة لكافة سكان المغرب.

الخلفية التاريخية للمغرب وأبرز العوامل الاجتماعية والسياسة المرتبطة بالحق في الصحة

في الأعوام الأخيرة، شهد المغرب الذي ينتمي إلى الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، تغييرات كبيرة ديمقراطية واقتصادية واجتماعية.

نظرة عامة عن البلد

تقع المملكة المغربية في منطقة المغرب العربي بشمال إفريقيا، وتطل على المحيط الأطلسي والبحر الأبيض المتوسط، وتحدها كل من الجزائر وموريتانيا.

يسود في المغرب نظام ملكي دستوري ديمقراطي برلماني اجتماعي يقوده الملك محمد السادس منذ يوليو 1999، وهو يُعتبر إحدى أقدم الملكيات في العالم التي يتربع فيها الملك، المتمتع بصلاحيات تنفيذية، على رأس الدولة. كما أنه القائد الأعلى ورئيس أركان الحرب العامة للقوات المسلحة الملكية وأمير المؤمنين. يعيّن الملك رئيس الحكومة المسؤول عن (1) القيام بالمشاورات لتشكيل الحكومة و(2) ترؤس المجلس الوزاري و(3) تنفيذ التشريعات.

أرسى إصلاح عام 1997 اللامركزية الإدارية في المغرب (Official Bulletin of Morocco, 1997). وتنقسم البلاد إداريًا في الوقت الرهان إلى 12 جهة (تتضمن 75 عمالة وإقليمًا)، يرأس كلًا منها والي (أو حاكم) ومجلس جهوي يضم القوى الأساسية في الجهة. تنتخب هذه المجالس هيئات مسؤولة عن الإدارة الديمقراطية لشؤونها وفقًا للشروط التي يحددها القانون.

هدفت هذه اللامركزية إلى تلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للبلاد من جهة، وإلى ضمان تحسين تكييف الإطار الترابي للجهات وتناسقه مع وضعها الجديد كسلطات محلية من جهة أخرى. وتجد الحاجة إلى مراجعة التقسيم أيضًا تفسيرها في استمرار انعدام التوازن بين المناطق المختلفة والمرتبطة، إلى حد كبير، بالتمايز المكاني الموروث من الحقبة الاستعمارية، والذي يُضاف إلى العوامل الطبيعية. وتعكس هذه المراجعة التقدم نحو التقسيم الجهوي عملاً بالنصوص الدستورية، لما يعود به ذلك من تحسين لوضع الجهات في ضوء اعتماد القانون المرتبط بتنظيمها. وبالتالي، تشكل الجهات التي تم إنشاؤها تحسنًا كبيرًا مقارنةً بالمناطق الاقتصادية السابقة التي استنسخت التجربة الفرنسية في الثلاثينيات.

الدستور الجديد

يتبع المغرب منذ يوليو 2011، دستورًا جديدًا كرس للمرة الأولى الوصول إلى الرعاية الصحية والتغطية الطبية كحقٍّ جوهري تمامًا كالوصول إلى التعليم والتوظيف (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). يتميز هذا الدستور الجديد أيضًا بخصوصية تمتين الحوكمة من خلال إنشاء عدة أجهزة للحكومة أو الربط بين المسؤولية والمساءلة.

ينص **الفصل 31** من الدستور الجديد على ما يلي:

”تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في:

العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛ والحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة؛ والتنشئة على التشبث بالهوية المغربية، والثوابت الوطنية الراسخة؛ والتكوين المهني والاستفادة من التريبة البدنية والفنية؛ والسكن اللائق؛ والشغل والدعم من طرف السلطات العمومية في البحث عن منصب شغل، أو في التشغيل الذاتي؛ وولوج الوظائف العمومية حسب الاستحقاق؛ والحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة؛ والتنمية المستدامة...”

في الواقع، يتيح دستور عام 2011 تعزيز الحقوق، وهو وحد من إسهاماته الرئيسية، كما أنه الدستور الأول التي يشتمل صراحةً على الحق بالصحة (الفصل 31)، وقد أتى على ذكر كلمة حق (حقوق) 88 مرة، [دستور (دساتير): 158 مرة وقانون (قوانين): 152 مرة].

التشريعات والأنظمة الوطنية

يتكوّن البرلمان المغربي من مجلسين هما:

1. مجلس النواب الذي يضم 395 عضوًا يُنتخبون مباشرةً لولاية مدتها خمس سنوات، و
2. مجلس المستشارين، ويضم 120 عضوًا، يُنتخبون بطريقة غير مباشرة من ممثلي الجماعات المحلية والمنتخبين في الغرف المهنية وممثلي المأجورين؛ يُنتخب ثلثا أعضاؤه لمدة ست سنوات، فيما يُنتخب الآخرون لمدة ثلاث سنوات. يتمتع البرلمان بصلاحيّة النظر في مسائل الميزانية واعتماد مسودات القوانين ومحاسبة الوزراء وتشكيل لجان تقصي الحقائق المخصصة لمراقبة العمل الحكومي.

الخصائص الديموغرافية

يُناهز العدد الإجمالي لسكان المغرب حاليًا 37 مليون نسمة (The World Bank 2021). يُقدَّر معدل النمو السنوي للسكان بنسبة 1.1% ويبلغ العمر الوسيط حوالي 29 سنة. تبلغ نسبة السكان الذين هم دون الخامسة عشرة من العمر 26% (The World Bank 2021). يُناهز متوسط العمر المتوقع عند الولادة 74 سنة (وهو أعلى لدى النساء منه لدى الرجال)، ويتوازن توزيع السكان بحسب نوع الجنس، حيث تشكّل النساء حوالي 50% من إجمالي السكان. يعيش ما يزيد قليلًا عن نصف السكان (60% تقريبًا) في المناطق الحضرية (The World Bank 2021).

الوضع الاقتصادي

تشير أحدث الإحصائيات إلى أن الناتج المحلي الإجمالي للمغرب ناهز 143 مليار دولار أمريكي عام 2021. مرّت البلاد بفترة ركود اقتصادي، إلا أنها عادت فشهدت فترة

أكثر ازدهارًا منذ التسعينيات، واستعادت تدريجيًا معدل نمو متوسط بلغ 5% في السنوات الأخيرة. لا يزال الاقتصاد المغربي يعتمد على القطاع الزراعي، ولا يزال معدل الفقر (4% من السكان، المؤشر العددي للفقر عند خط الفقر الوطني) والبطالة (11% من السكان) تحت السيطرة (The World Bank 2021).

الخصائص الاجتماعية والثقافية

احتل المغرب المرتبة 121 في تقرير التنمية البشرية 2019، حيث بلغ مؤشر التنمية البشرية 0.686 (UNDP 2019). كان معدل معرفة القراءة والكتابة منخفضًا (50% من إجمالي السكان و30% فقط للنساء)، إلا أن الحكومة استثمرت بشكل كبير في التعليم منذ التسعينيات. ومنذ ذلك الحين، ارتفع معدل معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين بشكل كبير، وهو يتخطى اليوم 90% (ولكنه لا يزال أعلى لدى الرجال منه لدى النساء) (The World Bank 2021).

يُشكّل العرب والبربر، الذين يُعرفون بالأمازيغ، 99% من السكان. وتُعتبر العربية والأمازيغية اللغتين الرسميتين في البلاد، على الرغم من استخدام الفرنسية أيضًا على نطاق واسع في المؤسسات الحكومية.

أبرز المشكلات والتحديات ذات الصلة التي ينبغي مناقشتها من خلال تحليل نقدي لإطار الحق في الصحة

تشير بعض التقارير الوطنية إلى أن أثر التطورات النوعية والكمية المسجلة في النظام التشريعي والهيكلية المؤسسية، قد يبقى محدودًا من حيث الضمانات بتوفير الحماية الفعالة للحقوق والحريات (Economic, Social and Environmental Council 2018; National Council for Human Rights of Morocco 2022).

يُعتبر تعزيز فعالية الحق في الصحة محورًا رئيسيًا في تنفيذ الاستراتيجية الوطنية. ويُفهم الحق في الصحة عمومًا في ضوء تعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرّف الصحة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". يفترض تحقيق هذا الهدف وضع سياسات عامة متعددة الأبعاد تعمل بانسجام مع بعضها لبلوغ المستوى "الأقصى" من الصحة البدنية والنفسية.

تعتبر عدّة عوائق هيكلية تطبق الحق في الصحة في المغرب وإتاحة الوصول الفعال إلى الحق في الصحة. سيركز هذا التقرير على التوسع في خمس مشكلات رئيسية تواجه الحق في الصحة في المغرب اليوم، وهي التفاوت بين الجهات، والصعوبات المالية من حيث التغطية الصحية الشاملة، ونقص الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، وعدم إدماج القطاع الخاص، وغياب مسارات الرعاية المنسقة، وضعف نهج الوقاية. ونناقش هذه المشكلات بمزيد من التعمق في ما يلي.

التفاوتات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية

تتفاوت الجهات الاثنتا عشرة التي يتألف منها المغرب في ما بينها بشكل كبير، وذلك من حيث النمو الديموغرافي، والقطاعات الاجتماعية، والديناميكيات الاقتصادية. ففي الواقع، يزداد التركيز السكاني والاقتصادي على طول ساحل المحيط الأطلسي وترافقه انقسامات بين الجهات المركزية والجهات الطرفية من جهة، والجهات شديدة التحضر والجهات الزراعية من جهة أخرى. يسبب هذا الوضع تفاوتات في الإمداد بالرعاية الصحية، حيث تتركز البنى الاستشفائية والأخصائيون العاملون في القطاع الصحي في المدن الكبيرة وعلى الساحل، وبخاصة في محور الرباط-الدار البيضاء.

التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة

على الرغم من أن التمويل الصحي يُعتبر عاملاً رئيسيًا للوصول الفعال إلى الحق في الصحة، إلا أن ميزانية وزارة الصحة المغربية لا تتخطى 6% إلى 7% من الميزانية العامة للدولة، وبالتالي، فهي لا تزال دون المعايير الدولية (15% من الميزانية العامة للدولة بحسب إعلان أبوجا و12% بحسب منظمة الصحة العالمية) أو دون ميزانيات دول أخرى ذات اقتصاد مشابه.

بالإضافة إلى ذلك، تمثل النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة 50% تقريباً من الإنفاق الصحي، ويشكل أكثر من 60% منها مساهمات في التغطية الطبية، ما يشكل عائقاً حقيقياً أمام الوصول إلى الرعاية ويُسهم في الواقع القائل إن نسبة كبيرة من السكان تجد نفسها في حالة من الضعف والخطر بسبب المشكلات الصحية.

تحول هذه العوائق المالية دون تعميم الرعاية الصحية الشاملة في المغرب، حيث إن توفير هذه الرعاية لكافة السكان يتطلب آليات تمويل مناسبة تضمن تغطية جزئية للنفقات الصحية للأفراد. سيأتي ذلك للأشخاص الذين يعيشون في ظروف خطيرة وغير مستقرة، ومن بينهم المصابون بالأمراض المزمنة، الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. تعاني أنظمة التغطية الصحية المغربية اليوم من ثلاثة اختلالات كبيرة هي: تحدي التوازن المالي، وتحدي الكفاءة، وعدم توفر نظام للدفع من قبل جهات خارجية.

التوزع الديموغرافي للأخصائيين العاملين في القطاع الصحي

يعاني المغرب من عدم كفاية الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، حيث يُقدّر عدد الأطباء العاملين في البلاد بـ 2,300 طبيب يتركز نصفهم تقريباً في الرباط والدار البيضاء (Ministry of Health of Morocco, 2022)، فيما يحتاج المغرب إلى 32,000 طبيب و65,000 ممرض لتلبية احتياجات المواطنين وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية. ونلاحظ أيضاً ضعفاً واستخداماً غير كافٍ للموارد البشرية نتيجة الصعوبات الإدارية.

تعاني البلاد أيضاً من "فرار" الأطباء والمدراء التنفيذيين الصحيين؛ حيث يتراوح عدد الأطباء الذين يتلقون التدريب في المغرب ويعملون في الخارج بين 10,000 و14,000 طبيب (Ministry of Health of Morocco 2022).

القطاع الخاص والشراكة بين القطاعين العام والخاص

شهد القطاع الخاص تطوراً مضطرباً في السنوات الأخيرة، وأصبح جزءاً مهماً من المنظومة الصحية الوطنية المتمتعة بقدرة كبيرة على توفير الرعاية والتي توفر الرعاية لقسم كبير من السكان. غير أن القطاع الخاص يفتقر إلى التنظيم والمراقبة الكافية، كما أنه ليس مندمجاً بشكل جيد في المنظومة الصحية الوطنية، وبالتالي فإن الشراكات بين القطاعين العام والخاص محدودة جداً. يقيد هذا الوضع بشكل كبير إمكانية الوصول إلى الحق في الصحة ويبقى من المشكلات الأساسية التي تستوجب إصلاح المنظومة الصحية الوطنية.

مسارات الرعاية المنسقة والوقاية

لا تتوفر في المغرب مسارات منسقة للرعاية وتتم إدارة الموارد البشرية بشكل غير مناسب. ويُعتبر غياب مسارات الرعاية هذه أحد الأسباب الرئيسية للإدارة غير المناسبة للموارد البشرية (الأطباء وغيرهم من الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي). كذلك، فإن انعدام شفافية عملية الرعاية قد يتسبب في مشكلات في التشخيص ومعالجة المرضى، وهو ما يعرّضهم للخطر.

لا يتم تنفيذ النهج الوقائي بشكل فعال وهو لا يعالج كافة المحاور التي تستهدف المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للحق في الصحة. كذلك، لا نَعتمد استراتيجية الرعاية الصحية الأولية على الدوام، وغالبًا ما لا تُوضع مسارات منسقة للرعاية ولا يتم تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية بشكل كبير.

الاعتراف بالحق في الصحة في المغرب

يعود تنظيم الصحة كخدمة عامة في المغرب إلى الإصلاحات التي أدخلها الحُكم الاستعماري الفرنسي. بعد الاستقلال، صدر النص التنظيمي الأول لخدمات وزارة الصحة في أغسطس 1956. وكان المغرب قد انضم إلى منظمة الصحة العالمية في ذلك العام نفسه، وتحديداً في 14 مايو 1956. تلت ذلك عدة مراحل رئيسية في تطوير المنظومة الصحية الوطنية.

المؤتمر الصحي الوطني الأول في أبريل 1959

تم وضع المبدأين التوجيهيين للسياسة الصحية للمغرب في المؤتمر الوطني الأول حول الصحة الذي تلا استقلال البلاد عام 1956، وهما: «المنظومة الصحية للأمة هي من مسؤولية الدولة» و«وزارة الصحة العامة مسؤولة عن تصميمها وتنفيذها» (Ministry of Health of Morocco, 2013). تم تفعيل هذين المبدأين الرئيسيين اللذين يشكلان أساس المنظومة الصحية الوطنية في مختلف خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي اعتمدت منذ الاستقلال وحتى عام 1980.

تطوير الرعاية الصحية الأولية بين عامي 1981 و1994

شكّل انضمام المغرب عام 1978 إلى إعلان ألما-آتا حول الرعاية الصحية الأولية نقطة الانطلاق لهذه المرحلة الثانية؛ فأصبحت سياسة الرعاية الصحية الأولية أولوية وطنية. طُبق الإعلان مع اعتماد خطة التنمية 1981-1985 التي شجعت على إنشاء وتطوير هيكليات الرعاية الصحية الأولية في كافة أنحاء البلاد.

بداية المرحلة الثالثة عام 1994

تتميز هذه المرحلة الثالثة بإعادة هيكلة وزارة الصحة وبدء إصلاح المستشفيات. تم إنشاء مديريات مركزية جديدة للمستشفيات والأدوية والتنظيم. كذلك، فقد أدت العملية الإصلاحية التي أطلقت في هذه الفترة إلى بدء مشروع التغطية الطبية الأساسية. استُهلّت هذه المرحلة بالندوة الوطنية للصحة في المغرب: «التنمية الصحية في المغرب، حقائق وآفاق»، ورزازات، 16-13 يوليو 1992. حضر هذه الندوة حوالي 1,200 شخص، وتناولت خلالها 16 لجنة مواضيع متنوعة (High Commission for Planning of Morocco 1992).

التغطية الصحية الأساسية عام 2002 كوسيلة لتطبيق الحق في الصحة

من حيث المبدأ، تهدف التغطية الصحية الأساسية إلى ضمان الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية، وتشكّل بالتالي وسيلة لتطبيق الحق في الصحة؛ أما تقنياً، فهي استجابة لمشكلة تمويل خدمات الرعاية الصحية والتي شكلت موضوع تفكير خاص في سياق الندوة الوطنية للصحة في المغرب التي عُقدت عام 1992 (High Commission for Planning of Morocco 1992). أدى إصلاح التغطية الصحية

الأساسية إلى إصدار القانون 65.00 في 3 أكتوبر 2002. أُطلق تعميم خطة المساعدة الطبية الأساسية (RAMED) رسميًا في مارس 2012 وهي تهدف إلى ضمان الحق في الرعاية الصحية للفقراء الذين لا يستفيدون من التأمين الصحي الإلزامي.

القانون-الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات

القانون-الإطار رقم 34.09 هو الأول من نوعه في تاريخ التشريعات الصحية في المغرب (Official Bulletin of Morocco 2011). يحدد هذا القانون المبادئ والأهداف الأساسية لعمل الدولة في المجال الصحي وفي تنظيم المنظومة الصحية، وتنص مادته الأولى على أن الحق في الحفاظ على الصحة هو من مسؤوليات الدولة والمجتمع. ويعرّف القانون أيضًا المنظومة الصحية كمجموعة من العناصر المترابطة والمتكاملة، بما ينسجم إلى حد بعيد مع مفهوم منظمة الصحة العالمية.

الحق في الصحة في الدستور الجديد لعام 2011

يكرّس دستور يوليو 2011 صراحةً وللمرة الأولى الحق في «الرعاية الصحية» و«التغطية الطبية». ففي الواقع، يعتبر الفصل 31 الحق في الرعاية الصحية حقًا شاملاً ويربطه بمحددات الصحة (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). وبالتالي، يضع هذا الفصل نفسه أيضًا على عاتق السلطات العامة مسؤولية تسهيل التمتع بالحقوق الأخرى، كالحق في التعليم، والسكن اللائق، والعمل، والحصول على الماء، والبيئة الصحية.

استراتيجية القطاع الصحي للفترة الممتدة بين عامي 2012 و2016

تنبثق استراتيجية القطاع الصحي للفترة الممتدة بين عامي 2012 و2016 عن البرنامج الحكومي الذي أعدته الجهة الحكومية المعنية في إطار دستور 2011 (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). تعلن وثيقة «الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016» في مقدمتها، أنها جزء من التحولات السياسية والاجتماعية التي شهدتها المغرب، والتي تستوجب اعتماد نهج جديد قائم على حقوق الإنسان والديمقراطية الصحية، وتعطي صدى قطاعيًا لأحكام الدستور الجديد، وبخاصة تلك المرتبطة بحق الوصول إلى الرعاية والتغطية الصحية (Ministry of Health of Morocco 2012).

نحو ميثاق صحي وطني جديد عام 2013

نظمت وزارة الصحة مؤتمرًا ثانيًا حول الصحة في يوليو 2013، أي بعد أربع وخمسين عامًا على المؤتمر الصحي الوطني الأول المنعقد عام 1959. وتمثل الهدف العام المُعلن للمؤتمر في الإصلاح لمعالجة أوجه القصور الحالية وتلبية الاحتياجات الناشئة في مجال الصحة.

هدف هذا المؤتمر إلى تحديد أبرز الأولويات الرئيسية للعمل في مجال الصحة للأعوام الثلاثين التالية، وبلوغ الإجماع الوطني حول أبرز التحديات والأولويات الأساسية للعمل في المجال الصحي، وإطلاق نهج جماعي لدمج الاهتمام بالصحة

في كافة السياسات العامة، وتعزيز الوضوح في مجال التمويل الصحي بهدف تعميم التغطية الطبية.

جمع هذا المؤتمر الصحي الثاني في المغرب أكثر من 500 شخص، منهم جهات فاعلة في القطاع الصحي، وشركاء للقطاع الصحي، لمناقشة المحاور ذات الأولوية لإصلاح المنظومة الصحية، والمنبثقة عن توقعات المواطنين، وطموحات الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، ومرئيات تطوير المنظومة الصحية الوطنية. حضر هذه الفعالية ممثلون عن القطاعات الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني، وشركاء اجتماعيون، وهيئات مُنخبّة، ومنظمات دولية، وخبراء محليون ودوليون.

مخطط الصحة للفترة الممتدة بين عامي 2018 و2025

يتمثل الهدف من مخطط الصحة 2025 في التكيف مع التحديات الجديدة للقرن الحادي والعشرين، والتي تشمل التحديات الديموغرافية، والشيخوخة، والتقنيات الجديدة، وتلبية احتياجات السكان بشكل أفضل (Ministry of Health of Morocco 2018). يولي المخطط الأولوية للرعاية الصحية الأولية ولتعزيز الصحة، ويدعو إلى تطوير مراكز استشفائية ممتازة وإلى تعزيز المهارات والابتكار، ويقترح طريقة مبتكرة للحوكمة، والتمويل، وتعبئة وتثمين الموارد البشرية، وذلك بمشاركة المواطنين وبالالتزام من السلطات المحلية.

تعميم الحماية الاجتماعية عام 2021

شهد عام 2021 إطلاق الإصلاح المتمثل في تعميم التأمين الصحي الإلزامي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي أحد الركائز الأساسية لمشروع تعميم الحماية الاجتماعية. يهدف هذا الإصلاح إلى تمكين 22 مليون مستفيد إضافي من الوصول إلى التأمين الصحي الإلزامي، والذي يغطي تكاليف الرعاية والأدوية والاستشفاء.

سيحشد هذا المشروع البارز ميزانية سنوية بقيمة 51 مليار درهم (يساوي كل دولار أمريكي 10 دراهم تقريبًا) اعتبارًا من عام 2025، ويتم توزيعها بين تعميم التأمين الصحي الإلزامي، وتعميم الإعانات الأسرية، وتوسيع قاعدة المستفيدين من نظام التقاعد، وتعميم الوصول إلى التعويض عن فقدان الوظائف (Ministry of Economy and Finance of Morocco 2022).

القانون-الإطار الجديد رقم 06-22 لعام 2022 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية

يلغي القانون-الإطار رقم 06-22 الذي تم اعتماده مؤخرًا والمتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، القانون-الإطار رقم 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، ويحل محله (Official Bulletin of Morocco 2022).

يهدف هذا القانون إلى إصلاح القطاع باستخدام نهج متعدد الأبعاد، وهو قائم على أربع ركائز هي الحوكمة الجيدة، وتطوير الموارد البشرية، وتحسين عرض العلاجات، والرقمنة. يضع هذا القانون مخططًا شاملاً لإصلاح معقّد ينبغي أن يتيح بشكل خاص، إنجاز مشروع تعميم الحماية الاجتماعية.

ويتمثل الهدف في «تيسير وصول المواطنين إلى الخدمات الصحية وتحسين

جودتها، وضمان التوزيع المتوازن والعاال للرعاية الصحية على مجموع التراب الوطني». يهدف هذا الإصلاأ أيضًا إلى «توفير أأماا الصحية العامة على مجموع التراب الوطني وتحسين كوأمها من خلال إنشاء مجموعات صحية ترابية، وإلى ضمان السيادة الطبية وتوفر الأدوية ومنتجات الرعاية الصحية بالإضافة إلى سلامتها وجودتها».

■ إنشاء الهيئة العليا للصحة عام 2023

تستعد الحكومة للمصادقة على قانون إنشاء الهيئة العليا للصحة والذي يحدد أدوار وصلاأيات هذه المؤسسة التي تعتمد عليها الحكومة بشكل كبير في مشروع إصلاح المنظومة الصحية. ستأمل هذه الهيئة العليا المستقلة محل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي التي سيتم حلها فور نفاذ هذا القانون.

ستأمل المؤسسة الجديدة الإشراف الفني على التأمين الإلزامي الأساسي للمرضى، وتقويم أأماا المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص، وظروف الرعاية الطبية للمرضى، واعتماد المؤسسات الصحية، والتقويم الدوري للأدوية، ومنتجات الرعاية الصحية، والأعمال المهنية على أساس فعاليتها وجدواها.

سيُعهد إلى المؤسسة أيضًا متابعة وتحليل وتقويم البيانات الوابئة، وتقويم البرامج المرتبطة بمكافحة الأمراض، وإجراء الدراسات والأبحاث، والتعبير عن آرائها بشأن السياسات العامة في مجال الصحة، وتقديم المقترحات للهيئات العامة حول التدابير الضرورية الواجب اتخاذها لمنع أي تهديد لصحة السكان.

نقذ المغرب منذ الاستقلال، عدة إصلاحات متتالية لضمان الحق في الصحة لجميع السكان. وكما هو موضح أعلاه، تنعكس هذه الإرادة الوطنية في عدة نصوص تشريعية، وبشكل خاص، في الدستور الجديد لعام 2011 الذي يشير إلى الحق في الوصول إلى الرعاية كحق جوهرى تقع مسؤولية ضمانه على عاتق الدولة. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم مؤخرًا إطلاق الإصلاح لتعميم التغطية الصحية الشاملة لصالح كافة المواطنين بهدف ضمان الوصول المنصف إلى الرعاية للجميع. كذلك، يتم حاليًا إصلاح المنظومة الصحية لضمان تحسين جودة وفعالية الأأماا الصحية. ولكن، ما هو واقع الحق في الصحة؟ نأاول من خلال البيانات والأدلة إجراء جرد وتحليل للواقع الحالي، وللصعوبات والتأديات المرتبطة بالحق في الصحة في المغرب.

ملخص وصفي للمنظومة الصحية في المغرب؛ الإنجازات وأوجه القصور

كما هو موضح في ما يلي، يشهد المغرب نقلة ديموغرافية ووبائية يرافقها تحسن شامل في مؤشرات الصحة، ما يؤدي إلى نشوء احتياجات جديدة في المجال الصحي. تنتمي المنظومة الصحية إلى النوع البسماري وهي لا تزال مركزية نسبياً وتفتقر إلى حُسن التكامل بين القطاعين العام والخاص.

الوضع الصحي العام للسكان

يشهد المغرب تغييرًا كبيرًا في الملف الوبائي، يتميز بزيادة عبء الأمراض غير المعدية التي تمثل حاليًا 75% من الأمراض التي تصيب مجموع السكان (حيث إن الأسباب الرئيسية الثلاثة للوفيات هي: الأمراض القلبية الوعائية (34%)، والسكري (12%)، والسرطانات (11%). تُعزى نسبة 7% من الوفيات للإصابات، أما النسبة المتبقية والبالغة 18% فسببها الأمراض المعدية، وحالات الأمومة، والفترة المحيطة بالولادة، وظروف التغذية (Ministry of Health of Morocco 2016).

في العقود الأخيرة، أظهر المغرب مستوى متقدمًا من الانتقال الوبائي. وتتميز النقلة في قطاع الرعاية الصحية في المغرب بنمو اقتصادي شامل، وزيادة متوسط العمر المتوقع (74 سنة عام 2021)، وتراجع معدل الخصوبة، وانحسار الأمراض المعدية (مع استمرار بعض الأمراض المعدية المعينة كالسل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، إلا أنها ترافقت بنشوء أمراض غير معدية كالأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطانات، بالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من التراجع الكبير لمعدلات وفيات الأم والطفل في العقد الماضي، فلا يزال هناك مجال للتحسين.

تنظيم المنظومة الصحية الوطنية

تضم منظومة الصحة الوطنية للمغرب القطاعين العام والخاص (بما في ذلك القطاعات الربحية وغير الربحية). تتولى وزارة الصحة بشكل أساسي إدارة منظومة الصحة الوطنية. تخضع الإدارة المركزية لوزارة الصحة لإشراف الوزير، وهي مقسمة إلى ثماني مديريات مركزية (السكان، وعلم الأوبئة ومكافحة الأمراض، والمستشفيات والعيادات الخارجية، والموارد البشرية، والتجهيزات والصيانة، والتنظيم والمنازعات، والتخطيط والموارد المالية، والأدوية والصيدلة) تخضع للإشراف المباشر للكاتب العام. تتولى مديرية علم الأوبئة ومكافحة الأمراض مسؤولية ترصد الأمراض ومعالجة مشكلات الصحة العامة بالتنسيق مع المديريات الفنية الأخرى، أما مديرية السكان، فهي مسؤولة عن تعزيز الصحة ومراقبة صحة السكان، بمن فيهم ذوو الاحتياجات الخاصة.

وتمثل مديريات الصحة الجهوية التي يُشرف عليها أيضًا الكاتب العام وزارة الصحة في كل من الجهات الست عشرة. ويتوفر في كل إقليم أو عمالة وفد إقليمي. تتبع إدارة الخدمات الصحية سياسة اللامركزية التي تنقل إدارة هذه الخدمات من المستوى المركزي إلى مديريات الصحة الجهوية. ولكن، يبدو أن وزارة الصحة لا تزال تضطلع بعدة مهام كتوظيف العاملين الصحيين، ومعالجة مشكلات الميزانية،

وتطوير الخطط الصحية الجهوية. يبلغ عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع العام 2,157، يُضاف إليها 155 مستشفى (من مختلف المستويات: المحلي، والإقليمي، والجهوي، والثالثي) تضم 25,199 سريرًا، وعشر مستشفيات للأمراض النفسية تضم 1,512 سريرًا. أما القطاع الخاص، فيتألف من حوالي 11,928 عيادة خاصة و384 عيادة تضم 12,534 سريرًا، وتقع بشكل أساسي في المناطق الحضرية وعلى الساحل الأطلسي الشمالي (Ministry of Health of Morocco 2022).

تختلف هذه الأعداد قليلًا عن تلك الواردة في تقارير عام 2018 عندما كان القطاع العام يضم 2,860 مرفقًا للرعاية الصحية الأولية، و148 مستشفى، من بينها خمسة مستشفيات جامعية، و21,692 سريرًا، وعشرة مستشفيات للأمراض النفسية تضم 1,146 سريرًا، و106 مراكز لغسيل الكلى، وعشر مراكز جِهوية لعلم الأورام. وكان القطاع الخاص يضم حينها 356 عيادة مع 9,719 سريرًا، و9,475 عيادة طبية، و8,914 صيدلية، و3,121 عيادة لطب الأسنان (Ministry of Health of Morocco 2021).

لا يزال قطاع المستشفيات العمومية يشكّل أساس منظومة الصحة الوطنية للمغرب. يتمتع القطاع الخاص أيضًا بمكانة مهمة على الرغم من افتقاره إلى التنظيم الكامل ومن عدم شمله في الاستراتيجية الصحية الوطنية، ما أدى إلى ضعف الشراكة بينه وبين القطاع العام. ولا يزال التوزيع الجغرافي للمستشفيات العمومية والخاصة غير متكافئ بين الجهات والمناطق الحضرية والريفية.

القطاع الصحي في المغرب والتحديات الرئيسية أمام الحق في الصحة

نقدم في هذا القسم تحليلًا معمقًا لأسس الحق في الصحة في مختلف عناصر منظومة الرعاية الصحية المغربية.

الوضع الصحي التفصيلي للسكان

شهد الوضع الصحي لسكان المغرب تغييرًا كبيرًا في السنوات الأخيرة. ساهم تحسن الظروف المعيشية والوصول إلى الرعاية في تحسين العديد من المؤشرات الديموغرافية والوبائية كالسيطرة على النمو السكاني، وزيادة متوسط العمر المتوقع، وتقليل عبء الأمراض المعدية، إلا أن ذلك ترافق مع زيادة عبء الأمراض المزمنة واضطرابات الصدمة. في الواقع، تحسنت الحالة الصحية العامة لجميع السكان في السنوات الأخيرة، إلا أن التفاوتات الصحية لا تزال موجودة بين المجموعات الاجتماعية والجغرافية، كما أن النهج الوقائي لا يزال محدودًا.

■ صحة الأم والطفل

وُضعت صحة الأم والطفل منذ التسعينيات على رأس أولويات قطاع الصحة. فمعدّل وفيات الأمهات حُفّض إلى 73 حالة وفاة مقابل كلّ 100.000 ولادة حيّة، لكنّ الأسباب التي يمكن تفاديها بقيت سائدة. نذكر منها، النزيف ما بعد الولادة واضطرابات ارتفاع ضغط الدم بما في ذلك مقدّمات الارتعاج/الارتعاج والعدوى ومضاعفات الإجهاض. علاوة على ذلك، لوحظ هذا التغيّر الإيجابي في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية: إذ بلغ الانخفاض السنوي في وفيات الأمهات 8% في المناطق الحضرية مقابل 5% في المناطق الريفية ومعدل الولادة الخاضعة للإشراف 97% في المناطق الحضرية مقابل 74% في المناطق الريفية. أما الرعاية ما بعد الولادة، فهي متاحة لأقل من 30% من النساء (Ministry of Health of Morocco 2018).

وتجدر الإشارة إلى أن معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة انخفض بنسبة 38% بين عامي 2011 و2018، أيّ من 21 إلى 14 حالة وفاة لكلّ 1000 ولادة حيّة. وتكمن الأسباب الرئيسية التي حُدّدت في الضائقة التنفسية والالتهابات والجُداج (Ministry of Health of Morocco 2018). كما انخفض معدّل وفيات الرضع والأطفال بسبب كزاز المواليد (دحر الكزاز حسب منظّمة الصحة العالميّة في العام 2002) والحصبة والسعال الديكي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر إلى 12 شهرًا انخفاضًا حادًا. بالإضافة إلى ذلك، لم يُبلغ عن أيّ حالات شلل الأطفال والذئب منذ عامي 1987 و1998 على التوالي. منذ طرح اللقاح في العام 2007، لوحظ انخفاض بنسبة 85% في حالات التهاب السحايا جراء المستديمة النزليّة من النمط ب. وفي ما يتعلّق بداء الحصبة، تصنف منظّمة الصحة العالميّة المغرب على أنه في مرحلة ما قبل دحر الحصبة (Ministry of Health of Morocco 2018).

وفي ما يتعلّق بتنظيم الأسرة بين النساء المتزوّجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا أظهر تقدّمًا ملحوظًا، بلغ 71% في العام 2018. كما بلغ استخدام الأسلوب

الحديث 58% والاحتياجات التي لم يتم تلبيتها 11% في العام 2018 مقارنة بـ 20% في العام 1992 (Ministry of Health of Morocco 2018). وتشمل الأولويات المحددة للمستقبل تغيير هيكل وسائل منع الحمل (أي 48% في العام 2018 مقارنة بـ 4% في العام 2011 للولب)، بالإضافة إلى العمل على تلبية الاحتياجات التي لم تلب بعد، وتحسين جودة الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، يُعتبر كل من العقم والصحة ما قبل الزواج والصحة ما قبل الحمل مصدر اهتمام جديدًا (Ministry of Health of Morocco 2018).

يُعد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم من أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء في المغرب، إذ يبلغ معدّل الإصابة المعياري 45 و14 حالة جديدة لكل 100,000 امرأة، على التوالي. ومنذ العام 2012، عُقِم الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي على المستوى الوطني، بينما أصبح الاكتشاف المبكر لسرطان عنق الرحم فعالاً في بعض المناطق. والجدير ذكره أن الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي كان ناجحاً جداً. ولكن، الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم أخذ في التوسع (Ministry of Health of Morocco 2018).

وبهدف مكافحة العنف ضد النساء والأطفال، وضعت وزارة الصحة برنامجاً وطنياً لرعاية النساء والأطفال ضحايا العنف. ولكن، يجب التصدي لتحديات عدّة، ولا سيما تعزيز التنسيق بين مختلف القطاعات وتطوير الموارد اللازمة، خصوصاً الموارد البشرية، بما في ذلك الأطباء الشرعيين والأطباء النفسيين وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين (Ministry of Health of Morocco 2018).

■ الأمراض غير السارية

في المغرب، ينعكس التحول الوبائي والديموغرافي في زيادة عبء الاعتلال والوفيات من الأمراض غير السارية مثل السرطان وداء السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية والفشل الكلوي المزمن. إذ يُظهر البالغون الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا معدل انتشار لداء السكري يبلغ 11٪، وارتفاع ضغط الدم يبلغ 30 ٪ والسمنة 20 ٪ وفرط كوليسترول الدم 11 ٪ (Ministry of Health of Morocco 2016). أما معدّل انتشار تعاطي التبغ فيبلغ ما يقارب 13% (الرجال 30% والنساء 1%) مقابل 18% (الرجال 31% والنساء 3%) سجّل في العام 2006.

وتجدر الإشارة إلى أن معدّل الإصابة بالسرطان يقدر بما يقارب 40 ألف حالة جديدة سنوياً (Ministry of Health of Morocco 2012). أما الفشل الكلوي، فيظهر انتشار مرض الكلى المزمن بما يقارب 3% أو مليون شخص مصاب تقريباً (Ministry of Health of Morocco 2011). كما تُعدّ أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ولا سيما الربو (4% تقريباً) ومرض الانسداد الرئوي المزمن (كذلك 4% تقريباً)، من مشكلات الصحة العامة الفعليّة في المغرب (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ الأمراض السارية

ينخفض عبء الأمراض السارية في المغرب منذ الثمانينيات، وباتت هذه الأمراض مسؤولة حالياً عن 18% فقط من الوفيات. كما أنّ بعض الأمراض قد دحر. وتُصنّف الأمراض السارية في ثلاث مجموعات، وهي تشمل الأمراض التي تمّ دحورها فعلاً أو تلك التي هي في طور الدحر، كالملاريا والتراخوما المسببة لفقدان البصر وداء البلهارسيا والجذام وشلل الأطفال. كما أنها تتضمن الأمراض التي لا تزال تسبب مشكلات صحيّة عامة، كالسل وعدوى فيروس نقص المناعة البشريّة والتهاب الكبد الفيروسي والتهاب السحايا وبعض الأمراض المختلفة، بما في ذلك داء الكلب

وداء الليشمانيات والجمرة الخبيثة. وأخيرًا، تشمل الأمراض الناشئة و/أو تلك التي تهدد حالات طوارئ الصحة العامة، كالحمى النزفية والتهابات الجهاز التنفسي بعوامل معدية جديدة والأمراض المحمولة بالنواقل، وغيرها. وتجدر الإشارة إلى أن داء الليشمانيات والتسمم الغذائي الجماعي وآفة التسمم بلسعة النعبان ولسعة العقرب من مشكلات الصحة العامة الرئيسة (Ministry of Health of Morocco 2016).

والجدير ذكره أن المغرب عزز بعض قدراته (كخطط المراقبة والاستجابة) لتعزيز الأمن الصحي الوطني، بما في ذلك للتصدي لبعض الأزمات الصحية العالمية مثل جائحة إنفلونزا AH1N1 ووباء مرض فيروس الإيبولا. غير أنه يجب تعزيز هذا النظام وتحديثه عن طريق إنشاء مراكز عمليات الطوارئ الخاصة بالصحة العامة واستخدام تقنيات تواصل جديدة (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ الصحة النفسية

تُعتبر الاضطرابات النفسية عبئًا كبيرًا في ما يتعلق بالاعتلال في المغرب. فمُشخص واحد من بين كل شخصين تقريبًا يعاني اضطرابًا نفسيًا واحدًا على الأقل، يمكن أن يتراوح من الأرق البسيط أو التشنج العصبي إلى الاضطرابات الأكثر خطورة مثل الاكتئاب والقلق / الاضطرابات الذهانية أو الاضطرابات المرتبطة باستهلاك و / أو تعاطي الكحول أو المخدرات (Ministry of Health of Morocco 2016).

وفي ما يتعلق بالبنية التحتية الصحية، ينتشر 34 مرفقًا للرعاية النفسية والإدمان عبر شبكات مختلفة من المرافق الصحية (كالرعاية في المستشفيات والرعاية الصحية الأولية والرعاية الاجتماعية والطبية). وتبلغ السعة الإجمالية للأسرة 2,209 سريرًا، أي 0.65 سريرًا لكل 10000 نسمة (أي أقل من متوسط المنطقة بـ 10000 نسمة حسب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط). كما يُلاحظ عدم مساواة في التوزيع الإقليمي لهذه المرافق. بالفعل، لا تتوافر في منطقتين أي مرافق للطب النفسي أو علاج الإدمان (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ عدم التمييز

في السنوات الأخيرة، حظيت الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة باهتمام كبير من السلطات العامة والسياسات الصحية (Ministry of Health of Morocco 2020). وتنقسم الفئات السكانية هذه إلى أربع مجموعات:

- يُمثّل أصحاب الهمم ما يقرب من 7% من سكان المغرب، وتبلغ أعمار 34% منهم 60 عامًا أو أكثر. كما يُعتبر انتشار الإعاقة، الذي يتزايد عالميًا، تحدّيًا حقيقيًا للمغرب اليوم، مع الأخذ في الاعتبار شيخوخة السكان والأمراض المرتبطة بهذه الفئة (Ministry of Health of Morocco 2018).
- كبار السن ومعظمهم يعانون مرضًا مزمنًا واحدًا على الأقل. وبلغ معدّل انتشار داء السكري وارتفاع ضغط الدم 20% في العام 2018 (23% في المناطق الحضرية و15% في المناطق الريفية) مقابل 15% في العام 2011 و34% في العام 2018 (36% في المناطق الحضرية و30% في المناطق الريفية) مقابل 28% في العام 2011 على التوالي (Ministry of Health of Morocco 2018).
- قُدّر عدد السكان المصابين بالسرطان بما يقرب 83203 في العام 2018، غالبيتهم من الذكور ما دون 40 عامًا (Ministry of Health of Morocco 2018).

وهؤلاء السكان هم أكثر عرضة للخطر بسبب عوامل خطر عدّة متراكمة، بما في ذلك الهشاشة الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة وسوء الوصول إلى الرعاية وما إلى ذلك وأحياناً ظروف الاحتجاز غير الملائمة (كالاحتفاظ والاختلاط).

- يستفيد السكان المهاجرون من استراتيجية المغرب الجديدة (2014)، التي تستجيب لإحدى المشكلات الرئيسة التي تواجه إفريقيا والمنطقة الأوروبيّة المتوسطة. وتستند الإجراءات المتخذة لصالحها إلى قيم التضامن والاندماج. إذ إنه، من الناحية القانونيّة، يتمنّع المهاجرون بحقوق الوصول إلى الرعاية في قطاع الصحة العامة كالمواطنين.

فحق السكان المستضعفين في الصحة مضمون من الناحية النظرية، كما هو حال جميع السكان في المغرب. ولكن، من الناحية العمليّة، يمكن أن يواجه هؤلاء السكان صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحيّة.

تمويل الصحة

تشير التقديرات الأخيرة إلى أنّ إجمالي الإنفاق الصحي في المغرب بلغ ما يناهز 61 مليار درهم في العام 2018 مقابل 52 مليار درهم في العام 2013، أيّ بزيادة إجماليّة تقارب 17% ومتوسّط زيادة سنويّة تقارب 3% (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018). علاوة على ذلك، يمثل الإنفاق الصحي الجاري 97% من إجمالي الإنفاق الصحي. ويخصّص الباقي للنفقات المتعلّقة بالاستثمار. وتجدر الإشارة إلى أنه بين عامي 2013 و2018، تقدّم إجمالي الإنفاق الصحي بوتيرة أبطأ من وتيرة تقدّم إجمالي الناتج المحلي. في الواقع، في العام 2018، كان إجمالي الإنفاق الصحي 5.5% من الناتج المحلي الإجمالي مقابل 5.8% في العام 2013، أيّ بانخفاض قدره 0.3 نقطة في خلال الفترة ما بين العامين 2013-2018 (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018).

والجدير ذكره أنّ نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحيّة يبلغ 1730 درهماً (أيّ 180 دولاراً أميركياً تقريباً)، أيّ بزيادة نسبيّة تناهز 10% في 5 سنوات. ولا تزال الأسر المعيشيّة المموّل الأوّل للصحة في المغرب، وحصتها تبلغ 46%، وهي تفوق المعايير الموصى بها دولياً (أيّ أقلّ من 25%). أما المموّل الثاني، فهو التأمين الصحي. إذ في العام 2018، استفاد منه 41% من سكان المغرب ووفّر التمويل لـ 30% من إجمالي الإنفاق الصحي، بزيادة قدرها 7 نقاط مقارنة بالعام 2013 (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018). كما ظلّت حصة الدولة من التمويل الصحي من خلال الموارد الضريبيّة الوطنيّة والمحليّة ثابتة تقريباً بين عامي 2013 و2018. مسجّلة معدل 24% تقريباً في عام 2018. ومثلت مساهمة التعاون الدولي في التمويل الصحي 0.2% فقط في العام 2018 (Ministry of Health of Morocco 2018). في الواقع، يُعتبر دعم الشركاء دعماً نوعياً وليس كمياً وهو يصب اهتمامه على تعبئة الخبرات اللازمة وبناء القدرات (Ministry of Health of Morocco 2020).

وتجدر الإشارة إلى أنّ الصيدليّات وموردي السلع الطبيّة هم المستفيدون الرئيسيون، بحصة 23%. وتليهم مؤسسات الصحة العامة، التي تشمل بشكل أساس المستشفيات التابعة لوزارة الصحة ومؤسسات الرعاية الصحيّة الأوليّة، بحصة 22%. أما العيادات الخاصة والعيادات المشتركة، فتمثّل ما يناهز 19% من الإنفاق الصحي الحالي في حين أن مقدّمي رعاية المرضى في العيادات الخارجيّة الخاصة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الممارسات الطبيّة وممارسات طب الأسنان ومراكز غسيل الكلى والمراكز الأخرى التي تقدّم الخدمات لمرضى

العيادات الخارجية، تمثل 15% فقط. وتخصّص الحصة المتبقية من الإنفاق الصحي الحالي للمختبرات ومراكز الأشعة، بما في ذلك المعاهد والمختبرات العامة الوطنية، بحصة تبلغ 12%، ولمقدمي الرعاية الآخرين (على سبيل المثال، المنظمات غير الحكومية ومقدمو الرعاية التقليدية، وما إلى ذلك)، بحصة 8% (Ministry of Health of Morocco 2018).

وخصّصت الموارد التي جمعها النظام الصحي الوطني في خلال العام 2018 في المقام الأول للإنفاق على الرعاية في المستشفيات، وهي تشكّل ما يقرب من 30% من الإنفاق الصحي الحالي. ويشمل ذلك النفقات المتعلقة بالاستشفاء الكامل والنهاري (بما في ذلك الأدوية والسلع الطبية والتحليلات والتصوير الإشعاعي وما إلى ذلك المطلوبة في أثناء الاستشفاء). كما أن الإنفاق على الرعاية الإسعافية (العلاجية والوقائية) وشراء الأدوية والسلع الطبية يمثل 29% (منها 5% للرعاية الوقائية) و23% من الإنفاق الصحي الحالي على التوالي، في حين أن حصة التحاليل البيولوجية وتصوير الإشعاعي لم تتعدّ الـ 12% من هذا الإنفاق (Ministry of Health of Morocco, 2018).

ويعتمد تحديد أسعار الإجراءات الطبية في المغرب إلى حدّ كبير على المفاوضات بين ممثلي وزارة الصحة وجمعيات الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين. كما أنّ طرق تمويل المستشفيات والمهنيين الصحيين الذين يعملون لحسابهم الخاص لا تشمل مفهوم التمويل على أساس الأداء أو التمويل التحفيزي المتعلّق بجودة الرعاية. فالدفع غير الرسمي، أي مباشرة على نفقة المريض، لا يزال يُمارس في القطاع العام ويُستخدم بكثافة في القطاع الخاص.

وعلى الرغم من الزيادة التي حقّقت في السنوات الأخيرة، لا تزال الميزانية المخصّصة للصحة في المغرب محدودة. كذلك، تشكّل النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة المصدر الرئيس للتمويل على حساب آليات التأمين الاجتماعي. فنظام تحديد الأسعار الخاص بالمتخصّصين في الرعاية الصحية لا يشمل بشكل كامل منطوق تحليل التكلفة والتمويل على أساس الأداء وجودة الرعاية. أخيرًا، لا يزال الدفع غير الرسمي قائمًا.

الخدمات الصحية والأدوية

سُجِّل تقدّمًا ملحوظًا في ما يتعلّق بإمدادات الرعاية الصحية في المغرب منذ الاستقلال. ويتعلّق هذا التقدّم تحديدًا بتوسيع شبكة مرافق الرعاية الصحية الأولية والممارسات الطبية والصيدلانية وعيادات طب الأسنان والمستشفيات والعيادات الخاصة وتطوير المستشفيات الجامعية.

في ما يتعلّق بالتغطية السكانية، بلغ إجمالي توفير الخدمات العامة، بعد أن كان مرفق رعاية صحية أولية واحدًا لكلّ 14600 نسمة في العام 1990، مرفق رعاية صحية أولية واحدًا لكلّ 12.238 نسمة في العام 2018 (Ministry of Health of Morocco 2021). وعلى الرغم من التطوّر الإيجابي، لا بدّ من الإشارة إلى الكثير من القيود والاختلالات، ولا سيّما التوزيع غير العادل لمختلف المرافق الصحية بين المناطق الحضرية والريفية وبين المناطق؛ كما الخدمة التي لا تزال غير كافية لتلبية احتياجات السكان؛ والتأخير في تنفيذ الخارطة الصحية؛ بالإضافة إلى تقادم العقارات والمعدّات الطبية والفنية وعدم صيانتها والتكامل غير المتين بين الخدمة العامة والقطاع الخاص.

أمّا في ما يتعلّق بقطاع الأدوية، فيعمل المغرب منذ الستينيات على تنفيذ سياسة

صيدلانية وطنية لتحسين الوصول إلى الأدوية والمنتجات الصحية وتنظيم قطاع الأدوية. ومكنت هذه الاستراتيجية تدريجياً التأسيس لصناعة الأدوية الوطنية ودائرة منظمة ومصنفة ومتطلبة لتوزيع الأدوية وتركيبها، ما يسمح بإمكانية الوصول إلى الأدوية وتوافرها على مستوى الهياكل الصحية والصيدليات. كما شجعت على الاستخدام الرشيد للأدوية من خلال تنظيم الطرق المهنية للوصفات الطبية وتسليم الأدوية.

بالإضافة إلى ذلك، طوّر القطاع تماشياً مع التطور الاجتماعي والاقتصادي في المغرب فضلاً عن التقدم التكنولوجي والعلاجي. وبناءً عليه، نُشر قانون الصيدلة الجديد في العام 2005، تلتها ترسنة قانونية تضم مختلف النصوص التشريعية والتنظيمية الخاصة بالأدوية والصيدلة (Ministry of Health of Morocco 2018). رغم كل هذه الجهود، تميز قيود عدّة قطاع الدواء ولها تأثير على الحق في الصحة، بما في ذلك أسعار الأدوية التي لا تزال مرتفعة مقارنة بالقدرة الشرائية للمغاربة ومقارنة بالدول المماثلة، والبروتوكولات العلاجية غير المعقّمة، ونظام توريد الأدوية وإدارتها في القطاع العام الذي تشوبه القصور والانتشار المنخفض للأدوية الجينية.

■ الوصول إلى البيانات والمعلومات الصحية

سُرع الحق في الوصول إلى المعلومات مع نشر دستور 2011 (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). فالمادة 27 من الدستور تنص على هذا المبدأ وتشير إلى القانون في ما يتعلّق بشروط وأحكام التنفيذ. ويُضفى على تنظيم الوصول إلى المعلومات ضمن النظام الصحي الوطني ثلاثة أشكال متاحة لصانعي القرار والمديرين على مستويات النظام الصحي كافة. وهذا مفيد للتخطيط ووضع الموازنات وتحسين الجودة والاستجابة بفعالية لاحتياجات المستهلك.

■ معلومات خاصة بالجهات الفاعلة في مجال الصحة

لم تحدّد وزارة الصحة بوضوح مهمة المعلومات والتعليم والتواصل في ما يتعلّق بالبرامج الصحية المختلفة حتى العام 1994. وفي وقت لاحق، كلف مدير المستشفى بموجب النظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (Ministry of Health of Morocco 2011) بوضع استراتيجية تواصل داخلية وخارجية خاصة بالمستشفى ودعم الأقسام المختلفة في وضع خطط التواصل الخاصة بها. وينسب القانون الإطارى للعام 2011 (Official Bulletin of Morocco 2011) مهمة "تطوير المعلومات والتعليم وإجراءات التواصل" إلى الدولة وهي إحدى أدوات الوقاية في المسائل الصحية (article 4).

وتستخدم وزارة الصحة موقع الوزارة والمواقع الفرعية التي ترتبط بها لنشر المعلومات. كما يرتبط موقع الوزارة على الإنترنت بمواقع إلكترونية حكومية عامة تجمع المعلومات عبر القطاعات المختلفة. وتُستخدم أدوات أخرى مثل حملات الإعلام والتواصل والتوعية للهدف عينه.

■ معلومات للمرضى والمستخدمين

لا يحدّد القانون المغربي بشكل مفصّل حق المريض أو المريضة في أن يكون أو تكون على اطلاع، قبل أي إجراء أو تدخّل، بوضعه أو وضعها الصحي أو العلاج أو الإجراءات الوقائية أو فائدته أو إلحاحه المحتمل أو عواقبه أو تواتره أو حتّى المخاطر الجسيمة التي تكون عادة متوقّعة والعلاجات البديلة الممكنة والعواقب المحتملة

في حال رفض المريض الخضوع للعلاج.

في الوضع الحالي للقانون، تُدرس هذه المسألة ضمنيًا عن طريق الأحكام المتعلقة بالموافقة المسبقة للمريض على الرعاية، وهو موضوع نصين رئيسيين: أي مدونة أخلاقيات الأطباء لعام 1953 والنظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (Ministry of Health of Morocco 2011). وتُنظّم الموافقة المسبقة على الرعاية بشكل أفضل بواسطة النظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (وزارة الصحة المغربية 2011)، الذي يتعلّق بالقطاع العام. غير أنّ يخصص النظام الداخلي مادة واحدة فقط لمعلومات المريض.

وتجدر الإشارة إلى أن الحقّ في الوصول إلى المعلومات الصحيّة مضمون قانونًا في المغرب ولكنه قد يكون صعبًا. إذ إنه رغم أن نظام وطني للمعلومات الصحيّة قائم، يتمتّع الباحثون وصانعو السياسات بوصول محدود إلى بعض البيانات الصحيّة.

■ العاملون في مجال الصحة

يُعتبر رأس المال البشري أهم الأصول والموارد الأساس الذي يجب أن يطرّره النظام الصحي لتهيئة الظروف اللازمة بهدف تحسين صحّة السكان بشكل مستمر. على الرغم من الجهود المبذولة، يشوب وضع الموارد البشريّة في المغرب عجزًا كمّيًا ونوعيًا، يتزايد بشكل كبير، بل بشكلٍ مقلق.

وتصنّف منظّمة الصحة العالميّة المغرب من بين البلدان التي تعاني نقصًا حادًا في العاملين في مجال الرعاية الصحيّة. إذ لا يزال العدد الحالي للموظّفين الطبيين والممرّضين أدنى من الحد الأدنى من المتطلّبات لضمان وصول الرعاية الصحيّة الجيدة للسكان كافة. كما تشير بيانات القطاع العام إلى أن القوى العاملة الصحيّة الوطنيّة تمثّل نسبة ما يناهز سبعة أطباء لكلّ 10000 نسمة وما يناهز 9 ممرضات لكلّ 10000 نسمة (Ministry of Health of Morocco 2018).

بيّن التوزيع الإقليمي للمهنيين الصحيّين إلى حدّ كبير أنّ الأفضليّة تُعطى للمناطق الحضرية ومناطق العاصمة. إذ يتركز ما يقارب 60% من المهنيين الصحيّين في كلّ من القطاعين العام والخاص في منطقتي الدار البيضاء والرباط، حيث يعيش 34% فقط من السكان. وعُكس التوزيع بين الممارسين العامين والمتخصصين في القطاع العام بشكل غير طبيعي. كما يُظهر الهرم العمري للموارد البشريّة في القطاع العام عددًا أكبر من الموظفين في الفئة العمرية 40-60، أي توافر خطر أكبر للتقاعد في السنوات القادمة (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ قدرة التوظيف أقل من الحد الأدنى من المتطلّبات

لم يتمكّن معدّل التوظيف ولا سيّما في القطاع العام في السنوات الأخيرة من تحسين التغطية أو التوظيف بدلاً عن حالات التقاعد المتراكمة. والأمر سيّان بالنسبة إلى القطاع الخاص، الذي يتطلّب بشكل متزايد مهنيين صحيّين مؤهلين لتنميته.

في الواقع، مقارنة بالاحتياجات التي أظهرتها وزارة الصحة، أي أكثر من 51 ألف وظيفة الميزانية بين عامي 2008 و2018، ابتكرت 23600 وظيفة الميزانية، وفي الفترة نفسها، لم يُوظف بدلاً عن 10450 حالة تقاعد (Ministry of Health of Morocco 2018).

وسيزداد عدد المتقاعدين في خلال الخمسة عشر عامًا القادمة ليلبلغ متوسط سنوي يفوق 1400. علاوة على ذلك، يؤدي عدم استقرار الموظفين والتغيب المستشري عن العمل في بعض الأحيان إلى تفاقم النقص في الموارد البشرية (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ نظام متطور لتدريب المهنيين الصحيين

على مدى العقود الماضية وحتى وقتنا الراهن، تستثمر السلطات العامة بكثافة في التدريب الطبي وشبه الطبي لتوفير عدد كافٍ من العاملين الصحيين المؤهلين للسكان.

وفي ما يتعلق بالتدريب الطبي، وعلى الرغم من كل الجهود المبذولة من خلال المبادرة الوطنية لتدريب 3300 طبيب سنويًا بحلول العام 2020، لا يزال المغرب يعاني نقصًا حادًا في الكوادر الطبية، كما ونوعًا (Ministry of Health of Morocco, 2018).

وحاليًا، تتوافر في المغرب سبع كليات طب عامة يهدف موقعها الجغرافي إلى تحسين الوصول إلى الدراسات الطبية والبنى التحتية للمستشفيات الجامعية في جميع المناطق. كما أسست ثلاث جامعات خاصة في مجال العلوم الصحية وزادت من القدرة الوطنية على تدريب الأطباء، وتجدر الإشارة إلى أن اثنتين منها غير هادفة للربح.

وفي ما يتعلق بالتعليم المستمر، لم تُخصّص أي خطة استراتيجية واضحة لتنمية المهارات. ففي سياق يتميز بالتطورات السريعة في العلوم الصحية والتقنيات الطبية الحيوية والعلاجية الجديدة، بات من الضروري تطوير سياسة منسقة للتعليم المستمر الإلزامي ووضع نظام مستمر لتقييم المعرفة والمهارات. ويمكن تسهيل هذه السياسة من خلال أدوات التعلم عن بعد الجديدة.

والجدير ذكره أن القوى العاملة الصحية تعاني عجزًا كبيرًا في المغرب. فهذا النقص الكمي والنوعي في الموارد البشرية هيكلي ويتفاقم بسبب التوزيع الإقليمي غير المتوازن.

■ العوامل العالمية وفيرس كوفيد-19

عُرف العام 2020 بجائحة كوفيد-19، وهي أزمة صحية كبيرة، أجبرت الحكومات كافة على إعطاء الأولوية للتدابير التي من المحتمل أن تحدّ من تفشي الفيروس وتخفيف عواقبه.

وأدت هذه الأزمة الصحية إلى تغييرات كبيرة نتجت عنها أزمات اجتماعية واقتصادية وسياسية، تتطلب استجابات جماعية وواسعة النطاق وموحّدة. لذلك، أعطى المغرب الأولوية للأمن الصحي للسكان من خلال العمل على منع تفشي جائحة كوفيد-19 (أي احتوائها) واتخاذ مبادرات وتدابير استباقية للحد من العواقب (الوقاية والترشيد والتلقيح وما إلى ذلك).

في الواقع، منذ بداية هذه الأزمة الصحية، تمكّن المغرب من تأمين المعدات الطبية الحيوية والمخبرية والاختبارات والكواشف اللازمة للكشف عن فيروس كوفيد-19 والتحصين والعلاج وضمان إيصالها إلى السكان. كذلك، ركزت هذه الجهود على المستوى الوطني على حشد الشركاء لدعم إدارة الأزمات وتبادل الخبرات لتطوير

حلول مبتكرة وتقنيات جديدة لتأمين مرونة النظام الصحي الوطني.

بالإضافة إلى ذلك، كُشِدَتْ طرق عدّة لدعم الميزانيّة (كالمِنح والقروض وما إلى ذلك) من مختلف الشركاء متعدّدي الأطراف بهدف دعم تمويل الأنشطة الصحيّة في سياق أزمة فيروس كوفيد-19، ما يساعد على زيادة مرونة قطاع الصّحة لمواجهة حالات الطوارئ الصحيّة العامّة.

في الواقع، تَمَّتْ إدارة الأزمة الصحيّة المرتبطة بفيروس كوفيد-19 بشكل جيد نسبياً في المغرب. ومن اللازم تحويل التهديدات التي يفرضها الوباء إلى فرص لتعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود في مواجهة الأزمات المحتملة في المستقبل. كما يجب في مرحلة لاحقة وضع استراتيجيّات لضمان الاكتفاء الذاتي في مجال الصّحة.

خارطة طريق وتوصيات لإعمال الحق في الصحة في المغرب

يمكن اقتراح توصيات عدّة لتعزيز الوصول الفعّال إلى الحق في الصحة في المغرب. في الواقع، من المهم مواصلة الإصلاح الهيكلي لقطاع الصحة في المغرب وتعزيزه، لحلّ مسائل الرعاية الصحية الهيكلية واغتنام الفرص البارزة التي توفرها الأزمة الصحية جراء فيروس كوفيد-19 بهدف إحداث تغييرات نوعيّة في ما يتعلق باعتبار الصحة على أنها خدمة عامة تقع في صميم حماية الأمن القومي والسيادة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ مهمة الدولة في ضمان التمتع بالحقوق لا تعتمد على وظائفها السيادية المتمثلة في حكم المجتمع وحمايته فحسب، بل كذلك على مسؤوليتها القانونية، بناءً على التزاماتها الدولية والوطنية، لتعزيز حقوق مواطنيها وحمايتهم ومنع انتهاكات هذه الحقوق. لذلك، يجب النظر إلى الحق في الصحة باعتباره إحدى الاستجابات الرئيسة لتحديات التنمية بشكل عام والحق في التنمية بشكل خاص. ويعود سبب ذلك إلى العلاقة الوثيقة بين محدّدات الصحة من جهة وشروط التنمية المستدامة والأمن البشري من جهة أخرى.

واستنادًا إلى العوائق والاختلالات المحدّدة أعلاه وبالنظر إلى موقف الإدارات المرجعية الوطنية (Economic, Social and Environmental Council, 2018)، (National Council for Human Rights of Morocco, 2022)، يمكن أن تشمل الجهود المبذولة لتحسين وصول جميع السكان إلى الحق في الصحة الإجراءات الأساسية التالية.

تعزيز مسارات الرعاية المنسقة ونهج الوقاية

- تعزيز برامج الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الأولية.
- إنشاء الآليات الخاصة بالترصد والمعاينات الوبائية ومراكز الإنذار المبكر وتفعيلها وتطويرها.
- تكييف المرافق الصحية لتكون آمنة وملائمة في الحالات العادية وفي الأزمات.
- مراعاة النهج القائم على حقوق الإنسان والحاجة إلى التحسين التدريجي للتمتع بالحق في الصحة للجميع و/أو لمجموعات الأشخاص في سياق تطوير السياسات والاستراتيجيات الصحية، وليس في ما يتعلق الفعاليّة فحسب.
- الأخذ في الاعتبار جميع المحدّدات الاجتماعية للصحة، مثل توفير مياه الشرب المأمونة والتغذية والسكن اللائق والبيئة وغيرها من المحدّدات التي تؤثر على التمتع بالحق في الصحة.
- إصلاح النظام الصحي الوطني من خلال وضع الرعاية الصحية الأولية في صميم النظام، وبوصفها أفضل الوسائل المؤهلة والأكثر فعالية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بشكل عام، وخطة عمل الحماية الاجتماعية بشكل خاص.
- الاعتماد على مسار رعاية مكثّف يتيح لكل مواطن الحق في اختيار طبيبه أو

طبيها، الذي سيتابعه/سيتابعها ويستقبله/يستقبلها ويوجهه/ويوجهها ويرافقه/ويرافقها وينسق مساره/مسارها عبر النظام الصحي من أجل توفير الوقت في التشخيص والعلاج، وترشيد استغلال جهود المهنيين الصحيين، والنفقات الصحيّة، واستخدام البنى التحتيّة الأساسيّة وتحسين جودة الرعاية.

- تكيف تدريب الأطباء لتلبية احتياجات السكان الأساسيّة، وتلبية خصوصيّات الطب المجتمعي.
- اعتبار الصحة النفسيّة بمعناها الواسع "كقدرة كلّ شخص على الشعور والتفكير والتصرّف بطريقة تمكّنه من الاستمتاع بالحياة ومواجهة تحدياتها". وسيحقّق ذلك في إطار مبادئ الإنصاف وكرامة الأشخاص في كل أبعادها.
- تعزيز الصّحة العقليّة والنفسيّة من خلال إعادة هيكلة المستشفيات على المستويين الوطني والإقليمي بغية متابعة التغيّرات والديناميكيات التي تحدثها التحوّلات المجتمعيّة والديموغرافيّة والوبائيّة.
- تطوير النهج المجتمعي وإبلاء الجمعيّات والمجتمع المدني مكانة مهمّة في تعزيز التشخيص الصحي والصّحة الحضريّة وصّحة الشباب.

تعزيز الحكم الرشيد وتقليص الفوارق الجغرافيّة والاجتماعيّة

- تطوير اللامركزيّة الإقليميّة المتقدّمة في قطاع الصّحة لتلبية توقّعات المواطنين وإشراكهم في دراسة السياسات الصحيّة المكثّفة وإدارتها وتنفيذها لتلائم خصوصيّاتهم الإقليميّة والثقافيّة والصّحية والاقتصاديّة.
- تكيف النظام القانوني المتعلّق بقطاع الصّحة بما يتلاءم ومتطلّبات النهج القائم على حقوق الإنسان. ويبدأ ذلك بالاعتراف بأهميّة الحصول على الرعاية الصحيّة بصفاتها حقاً من حقوق الإنسان، عن طريق إزالة العقبات القانونيّة التي قد تمنع المواطنين أو مجموعات معيّنة من المواطنين من الاستفادة من هذا الحق.
- مراعاة النهج المتعدّد القطاعات في وضع مشاريع القوانين والمقترحات المتعلّقة بقطاع الصّحة بغية التغلّب على بعض الصعوبات التي لا تتعلّق مباشرة بقطاع الصّحة ولكنها تعيق الحصول على الحق في الصّحة. وسيساعد ذلك في تخليص بعض الصعوبات الإداريّة المعقّدة التي لا تقع بالضرورة ضمن نطاق السلطات الحكوميّة المسؤولة عن قطاع الصّحة.
- إعادة تنظيم الهياكل الصحيّة المؤسّسيّة بمنطق قائم على الحقوق وليس بمنطق قائم على الاحتياجات، بالإضافة إلى تكييفها ومسارات الرعاية المنسّقة في النظام الصحي الوطني.
- تحديد الوسائل القانونيّة والآليات المؤسّسيّة اللازمة لإدماج المحدّدات الضمنيّة وغير المباشرة للحق في الصّحة (أي الأبعاد الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة والبيئيّة والثقافيّة) في وضع سياسات الصّحة العامة وتنفيذها وتقييمها.
- استباق الأزمات الصحيّة لضمان إدارة إقليميّة أفضل للمخاطر الصحيّة من خلال تطوير استراتيجيّات وبرامج صحيّة استباقيّة ومناسبة لمواجهة المخاطر

الصحة.

زيادة الموارد المالية المخصصة للصحة نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

- زيادة الميزانية المخصصة لوزارة الصحة في إطار الموازنة العامة للدولة لتلبية معايير منظمة الصحة العالمية التي توصي بنسبة 12%.
- زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة إلى 419 دولارًا أمريكيًا في العام 2030 مع خفض إنفاق الأسرة بأكثر من النصف: من 50% حاليًا إلى أقل من 30% كهدف أساس، لينخفض إلى ما دون عتبة 25% في نهاية المطاف.
- تحرير التمويل الصحي من قيود التوازنات الاقتصادية الكلية والتعامل مع قطاع الصحة بصفته قطاعًا استثماريًا من شأنه توطيد السيادة الوطنية.

تنظيم القطاع الخاص وتعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص

- وضع سياسة خاصة بالصحة العامة بصفتها قطاعًا استراتيجيًا يتخطى الانقسامات السياسية والسلطات التشريعية.
- تحسين جاذبية المستشفيات العمومية للتشجيع على منافسة تعود بالفائدة على المريض.
- تنظيم القطاع الخاص بشكل أفضل من خلال مراقبة أنشطته وتحديد الأسعار في داخل المرافق الخاصة عن طريق الحد من المدفوعات غير الرسمية وتحسين جودة الرعاية التي تقدمها للمرضى.
- تحديد واضح لمفاهيم الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية، بغض النظر عن وضعها القانوني. في هذا الصدد، من المهم معاملة القطاعين العام والخاص على قدم المساواة، من ناحية مسؤولياتهما كجهات مُقدّمة للخدمات، سواء للوقاية أو التشخيص أو العلاج أو إعادة التأهيل.
- تطوير القطاع الخاص غير الهادف للربح، وهو قطاع صحي يمكنه التعاون بشكل وثيق مع القطاع العام بغية تعزيز إمكانيّة حصول الجميع على الرعاية، بالإضافة إلى الحد من تكاليف الرعاية للمرضى باتّباع تحديد الأسعار المرجعي المحلي.
- تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتعبئة الموارد المالية والتقنية والبشرية المتاحة للقطاع الخاص ووضع خبرات هذا القطاع في خدمة سياسة الدولة المتعلقة بالصحة العامة.
- الإسراع في تفعيل دور لجنة التنسيق الوطنية بين القطاعين العام والخاص، لتحويلها إلى هيئة لصنع القرارات وليس هيئة استشارية. ويتمثل الهدف النهائي لمثل هذه المبادرة في تمكين القطاعين من المشاركة في تحديد التوجّهات الاستراتيجية للنظام الصحي الوطني.

الخاتمة

يتمتع المغرب بترسانة قانونية واسعة تسمح بالتمتع بالحقوق، وقد أطلق مؤخرًا مشاريع عدّة لإصلاح النظام الصحي الوطني، وهذه المشاريع ستؤتي ثمارها في السنوات القادمة.

ولكن، ونظرًا إلى الوضع الراهن، واستنادًا إلى البيانات المتاحة، ما زال يواجه الحق في الصحة على أرض الواقع عوائق مختلفة، ولا سيما الفوارق الجغرافية والاجتماعية الاقتصادية، وانخفاض التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة غير المكتملة، والنقص في عدد المهنيين الصحيين وانعدام المساواة الجغرافية بينهم، والقطاع الخاص غير المتكامل وضعف الشراكة بين القطاعين العام والخاص، بالإضافة إلى هشاشة مسارات الرعاية المنسقة ونهج الوقاية.

بناءً عليه، ينبغي اعتبار إصلاح قطاع الصحة كجزء لا يتجزأ من آلية الحد من الفوارق الاجتماعية والإقليمية. وتزامنًا مع توطيد اللامركزية كوسيلة لإدارة الشؤون العامة، أصبحت السياسة الصحية أحد مكونات استراتيجية تعزيز العدالة المكانية. وبالتالي، يمكن أن تكون اللامركزية الإقليمية المتقدمة، بمثابة رافعة لتعزيز العدالة المكانية في مجال الوصول إلى الحق في الصحة وخفض الفوارق الإقليمية. ومن نافلة القول إن التغطية الصحية واسعة النطاق يجب أن تضمن آلية تمويل مناسبة، مما يسمح للأفراد بالاستفادة من التغطية الكافية لتكاليف الرعاية الصحية الخاصة بهم. ويجب أن يتولى النظام الصحي الوطني تنظيم القطاع الخاص بشكل كامل، وتسهيل التعاون مع القطاع العام لإنشاء مسار رعاية منسق. كما ينبغي أن يكون النظام الصحي الوطني قادرًا على جذب المزيد من المهنيين الصحيين وتوزيعهم بشكل أفضل في جميع أنحاء البلاد. ولا بد أن يكون النهج الوقائي قادرًا على استهداف المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للحق في الصحة، واعتماد استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية.

وأخيرًا، سيكون من المجدي تقييم الآلية التي ستعمل بها إصلاحات قطاع الصحة الحالية على تحسين الحقوق الصحية في المغرب عند تنفيذها. لهذا الغرض، يُوصى بحزم بإجراء دراسات عالية الجودة لتحليل آثار هذه الإصلاحات واستخلاص أفضل الفوائد لجميع السكان.

المراجع

- Economic, Social, and Environmental Council. 2018. "Social protection in Morocco - Review, assessment and strengthening of social security and assistance systems." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Espace Associatif. 2015. "The right to information, a lever for access to health. 2015. Morocco." [Link](#).
- General Secretariat of the Government - Directorate of the Official Printing Office. 2011. The Constitution Edition 2011. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- High Commission for Planning. 1992. "Archives." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Economy and Finance. 2021. "The generalization of social protection. Kingdom of Morocco." [Link](#).
- Ministry of Health. 2022. "Health in Figures 2020." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2021. "Health in Figures 2019." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2021. "National health financing strategy." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Analysis of health inequities in Morocco. Kingdom of Morocco." [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "International cooperation in health." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "National strategic plan for health and immigration 2021-2025." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Report of the national survey on common risk factors for non-communicable diseases, STEPS, 2017-2018." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Target populations for health programmes for the period 2020-2026." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "Health plan 2025. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National health accounts." Kingdom of Morocco. [Link](#).

- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Child health component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Elderly component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Reproductive health component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "Sectoral strategy 2012-2016." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2016. "Evaluation of the Essential Public Health Functions technical report." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2016. "Target populations for health programmes for the period 2014-2019. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2015. "International symposium on 'Health coverage of vulnerable populations.'" Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2015. "National health accounts." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2013. "2nd National Conference on Health - General Report." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2011. "Internal hospital regulations." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- National Council for Human Rights. 2022. "Right to health." Morocco. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- National Council for Human Rights. 2022. "The effectiveness of the right to health - Challenges, issues and ways of strengthening." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 1997. "N°: 4470 of 03/04/1997 - Page: 292. Dahir n° 1-97-84 of 23 kaada 1417 (2 April 1997) promulgating law n° 47-96 relating to the organization of the region." [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 2022. "Framework law n°06-22 on the national health system." [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 2011. "Framework law n°34-09 relating to the health system and healthcare supply." [Link](#).
- The World Bank. 2021. "Morocco indicators." 2021. [Link](#).

- The World Bank. 2015. "Programme for primary health improvement results in rural areas - Evaluation of environmental and social management systems." [Link](#).
- United Nations Development Programme (UNDP). 2019. "Human development report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century." [Link](#).

الحق في الصحة في فلسطين

علي نشأت الشعار

الدكتور علي نشأت الشعار من فلسطين، طبيب يحمل خبرة محلية ودولية في مجال الصحة المجتمعية والنظم الصحية. له خبرة واسعة في مجالات التعزيز الصحي، الصحة الانجابية، الطفولة المبكرة والتدخلات الإغاثية..

مقدّمة

فلسطين التاريخية هي أحد البلدان العربية، تقع على الجهة الشرقية من البحر الأبيض المتوسط ولها حدود مع الأردن، مصر، لبنان وسوريا بمساحة تبلغ 27000 كيلومتر مربع. تزرع فلسطين ومنذ العام 1948 تحت احتلال عسكري إحتلالي تسبّب في تهجير الغالبية العظمى من المواطنين الفلسطينيين إلى البلدان العربية المجاورة وإلى مخيمات اللجوء في الضفة الغربية وقطاع غزة في ما يُسمّى النكبة الفلسطينية.

شكّلت النكسة في العام 1967 محطة أخرى في مسيرة الهجرة والتهجير والاحتلال بحيث قامت إسرائيل في هذا العام باحتلال الضفة الغربية، قطاع غزة، صحراء سيناء المصرية ومرتفعات الجولان السورية وتشريد مئات الآلاف من الفلسطينيين إلى البلدان العربية المُجاورة.

على الرغم من أنّ اتفاقية السلام المُبرمة مع إسرائيل عام 1993 تضمّنت انسحاب الدولة المُحتلة من الضفة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية، إلّا أنّ الانسحاب المذكور لم يحصل، بل وأدّت طريقة إسرائيل في إنفاذ هذه الاتفاقية من خلال ممارسات أحادية الجانب اعتمدت على مُصادرة الأراضي وتوسيع المستوطنات وإنشاء شبكة من الطرق الخاصة بها إضافة إلى ما يزيد عن 600 حاجز بين المناطق، إلى شردّمة وتقطيع المساحة الجغرافية للمناطق الفلسطينية وإنهاء أو إعاقة إمكانية قيام دولة فلسطينية على مناطق مُتواصلة جغرافياً.

وفقاً لإحصاءات العام 2022 بلغ عدد الفلسطينيين 14.3 مليون نسمة

جدول 1. محل إقامة الفلسطينيين

العدد (مليون نسمة)	منطقة السكن
3.19	الضفة الغربية والقدس الشرقية
2.17	قطاع غزة
1.7	المناطق المحتلة عام 1948
6.4	البلدان العربية*
0.8	البلدان الأجنبية
14.3	المجموع

* اللاجئون الفلسطينيون والمقيمون في هذه الدول من أصل فلسطيني

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2022

بناءً على اتفاقيات السلام مع دولة الاحتلال، تمّ تعريف المناطق الفلسطينية على أنّها المناطق التي تمّ احتلالها عام 1967 والتي حسب قرار الأمم المتحدة (242 و338) ستكون الأراضي التي ستقوم عليها الدولة الفلسطينية وهي الضفة الغربية، القدس الشرقية وقطاع غزة. هذه المناطق هي المقصودة في التعريفات ضمن التقرير الحالي.

يسكن ما مجموعه 5.4 ملايين فلسطيني في مناطق الضفة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية. تتميز التركيبة الديمغرافية للمجتمع الفلسطيني في المناطق المذكورة بمستوى مرتفع من الخصوبة وبالتالي من ارتفاع نسبة صغار السن بحيث إنّ 38% من السكان هم تحت سنّ 14 عاماً بينما يشكّل المسنونون فوق سنّ الخامسة والستين 3% من السكان. ويسكن في قطاع غزة والتي تبلغ مساحته 360 كلم مربعاً 2.17 مليون نسمة ممّا يجعله واحدة من أكثر المناطق في العالم من ناحية الكثافة السكانية حيث تبلغ 6027 نسمة لكل كلم مربع.

نتيجة للواقع السياسي والأمني المتردّي والناجم عن سياسة الاحتلال العسكري وممارسات الفصل العنصري والإغلاق، فإن البطالة والفقر هما أبرز ملامح الحياة في المناطق الفلسطينية بحيث تعيش نسبة 26.4% من السكان تحت مستوى الفقر موزعة على 15% في الضفة الغربية و47% في قطاع غزة.

من المُهمّ في بداية التقرير الحديث عن الواقع الحقوقي للشعب الفلسطيني في مناطق الضفة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية، والخروقات القانونية التي يمثلها استمرار الاحتلال العسكري وممارساته الإقصائية والعنصرية (الاطلاع على المربع 1 لما ورد في الرأي الاستشاري لمحكمة العدل الدولية).

الرأي الاستشاري المقدم لمحكمة العدل الدولية

تُسلّم اللجنة بأن استمرار الاحتلال الإسرائيلي، وتوسيع المستوطنات، واستمرار الحصار على قطاع غزة، وهي أمور غير قانونية بمقتضى القانون الدولي (١)، تشكّل تحديات خطيرة وتعوق التنفيذ الكامل لالتزاماتها بموجب الاتفاقية وتؤدي إلى انتهاكات جسيمة لحقوق الفلسطينيين، مثل الاحتجاز التعسفي والتعذيب وسوء المعاملة، والإفراط في استخدام القوة وسوء المعاملة من قوّات الأمن الإسرائيلية، وأعمال العنف التي يرتكبها المستوطنون الإسرائيليون، والقيود المفروضة على حريّة التنقل، والتشريد القسريّ وعمليّات الإخلاء، والاستيلاء على الأراضي الخاصة، وهدم المنازل، وبناء المستوطنات غير القانونية، والقيود المفروضة على الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة، ومنع الحصول على المساعدات الإنسانية. وتذكّر اللجنة بالتزامات إسرائيل، بوصفها قوّة الاحتلال، بموجب القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان. وتسلّم أيضاً بأن التحديات المذكورة إنّما تحدّ من تحكم الدولة الطرف الفعليّ في ولايتها على إقليمها وقدرتها على منع التعذيب وسوء المعاملة ومكافحتها بفاعليّة، غير أنّها تذكر الدولة الطرف بأن الاتفاقية تسري في كامل إقليمها وبأن الدولة الطرف ينبغي أن تتخذ جميع التدابير المُمكنة من أجل تنفيذها في جميع أرجاء إقليمها. وتُعرب اللجنة عن أسفها في هذا الصدد لأن الدولة الطرف، رغم اتفاق حركتي فتح وحماس على إنهاء

الانقسام الفلسطيني الموقع في 12 تشرين الأول/أكتوبر 2017، لم تُحرز سوى تقدّم محدود في حلّ القضايا السياسية الداخلية التي تؤثر سلباً على تمتّع الفلسطينيين في الضفة الغربية، بما فيها القدس الشرقية، وقطاع غزة، تمتّعاً كاملاً بحقوقهم بموجب الاتفاقية وتسهم في التفتّت السياسي والجغرافي لإقليم الدولة الطرف. وتُلاحظ أنّ الفلسطينيين ما زالوا يخضعون، بسبب هذا التفتّت، لنُظم قانونية متعدّدة تعوق أعمال حقوقهم بمقتضى الاتفاقية إعمالاً كاملاً

تمهيد

في الوقت الذي يُعتبر فيه الحق في الصحة أحد أهم الحقوق الإنسانية الأساسية، فإن إعمال هذا الحق في بلدٍ تحت الاحتلال يشكّل تحدياً كبيراً لدى المجتمع والمؤسسة الصحية الفلسطينية. تُعاني فلسطين من تداخل المؤثرات في الحق في الصحة والمحددات لهذا الحق من ناحية الشمولية، التأثير المباشر على الصحة وارتباط هذه المحددات بعوامل سياسية، اجتماعية، اقتصادية وبيئية. يهدف هذا التقرير إلى دراسة وبيان مدى حصول أصحاب الحق على حقوقهم وأيضاً مدى التزام حاملي الواجب بتطوير تشريعات وإنفاذ قوانين وتطوير نظام خدماتي يحترم الحق في الصحة ويوصله إلى أصحابه بعدالة.

لا يشكّل التقرير عن الحق في الصحة في فلسطين دراسة تقييم لأداء النظام الصحي بكافة مرافقه وقطاعاته ولا يطمح إلى توجيه اللوم أو تحميل المسؤولية إلى أي جهة بقدر ما يحاول تسليط الضوء على النجاحات والإخفاقات التي صاحبت عملية بناء نظام صحي في واقع الظروف الموضوعية والذاتية، وقياس مدى الوصول إلى إعمال الحق في الصحة. يبتغي التقرير وضع ملاحظات شفافة حول الواقع بهدف تفعيل جهود وطنية متعددة القطاعات للوصول إلى مستوى أفضل من الرعاية.

يتأثر إعمال الحق في الصحة في فلسطين بمجموعة متشابكة من المحددات العامة والخاصة. لعلّ جائحة كوفيد-19 ونمط التعامل عالمياً ومحلياً قَلَّ تحديات تتعلق بعدم عدالة توزيع موارد الوقاية والعلاج عالمياً. ارتباك النظم الصحية وحدوث عجز في المواجهة حتى في الدول المتقدمة وانحسار مجموعة مهمة من الخدمات الصحية لصالح مواجهة الجائحة عوامل تنطبق على الكثير من البلدان بما فيها فلسطين. لكن وعلى الرغم من المذكور أعلاه، فإن مكافحة جائحة كوفيد-19 في فلسطين واجهت مجموعة من التحديات التي وصلت إلى مستوى الإخفاق، وهي الآتي:

1. تركز عمل النظام الصحي على الوقاية من الجائحة والتعامل مع المصابين بها وأغفل قطاعات صحية وطبية على مستوى من الأهلية والخطورة مثل رعاية الأمومة، مرضى الكلى، المرضى النفسيين ومرضى السرطان. عانى جميع المذكورين عجزاً واضحاً في الوصول إلى والحصول على الخدمات والأدوية. من المهم الإشارة هنا إلى أن معدّل وفيات الأمهات سجّل تصاعداً خطيراً أثناء وبعد الجائحة في إشارة إلى انحسار الخدمات الأساسية المتعلقة بالسلامة الإنفاسية.

2. تعددت مصادر ونوعية الرسائل الموجهة إلى المواطنين خلال وبعد الإغلاق الأول (آذار/مارس- حزيران/يون 2020). تحديداً فيما يتعلق بإجراءات الأمان والدخول إلى حالة إغلاق ثانية والتعارض فيما يتعلق بأولوية الاقتصاد أم الصحة. للأسف، فإن هذه التعددية وعدم توحيد الرسالة الصحية أدّى إلى تراجع ثقة المواطنين بالمعلومة وبالتالي إلى التراجع الكبير في الامتثال إلى تعليمات الوقاية ممّا أدّى إلى موجات متتالية من الإصابات والوفيات.

3. في محاولة للتغلب على توفر اللقاح في المناطق الفلسطينية، وافقت هيئات وزارة الصحة على تلقي كمية من اللقاحات من الجانب الإسرائيلي قريبة موعد

انتهاء الصلاحية ممّا أدى إلى إرباكٍ شديد ومشكلةٍ رأيّ عام في حينه. وممّا لا شكّ فيه، أنّ مشكلة استقبال مطاعيم فايزر (Pfizer) من إسرائيل التي وصلت إلى حدّ لزوم تشكيل لجنةٍ تحقيقٍ شكّلت تحدياً جدياً لترويج تلقّي التطعيم ضدّ فيروس كوفيد على الرغم من عدم وجود توصيات بمتابعاتٍ جزائيةٍ أو مهنية للمشاركين بها.

تتأثر النظم الصحيّة والاجتماعية في البلدان النامية بسياسات وممارسات النيوليبرالية التي تفرض أنماطاً من السياسات والممارسات المحليّة التي تعمّق الشرخ الطبقي، تُعيد توزيع الموارد لصالح الفئات الأكثر ثراءً وتُقيّد برامج استهداف وتحسين حياة الأفقر والأشدّ عوزاً من المجتمعات أو الفئات المُجمّعة. على الرغم من أنّ تقرير فلسطين لن يتطرق بعمقٍ إلى تأثير النيوليبرالية على الحق في الصحة لوجود الأولويات الملّحة ضمن محاور خاصّة بواقع فلسطين، إلّا أنّه من المهمّ الإشارة إلى هذا التأثير ضمن الواقع المحلي. ويمكن تلخيص أثر النيوليبرالية على واقع فلسطين ضمن المحاور التالية:

1. تأثر برامج التنمية بسياسات المؤسسات الدوليّة والمانحين: على مدى سنوات بناء الدولة ومؤسساتها في فلسطين، تنامي عددٌ وجمٌ مؤسسات القعونة والإغاثة والتنمية. لكن وبعد سنوات طويلة، لا يترقي الحصاد التّموي إلى حجم الإنفاق بسبب تشرّدُم آليات وسياسات المُقوّلين وحقيقة أنّ قسماً كبيراً من التمويل يحمل طابعاً وشروطاً سياسية. بالطبع يشمل ذلك البرامج التي استهدفت القطاع الصحيّ إغائياً وتقوياً. ضمن التقرير الحالي، لم يتسنّ النظر بعمقٍ إلى دور المؤسسات الدوليّة بما فيها مؤسسات الأمم المتحدة، ولكنّ تراكم مجموعةٍ من المشاهدات والبيانات الخاصة ببعضها يُشير إلى ضرورة إجراء مراجعةٍ حول هذا الدور.
2. تَعوّل الاحتلال في واقع وأفق النّمو الاقتصادي من خلال اتفاقيّات مُججفة ربطت عجلة النّمو الاقتصادي بنظام الاحتلال: تُشكّل اتفاقية باريس الاقتصادية أحد أهمّ مناجي الإجحاف بحق فلسطين في أعمال تنمية اقتصادية متوازنة. يُحقّق الاحتلال 41 مليار دولار سنوياً كأرباح نتيجة استغلال الموارد الطبيعية التي من المُفترض أنها تخضع لهلكية وسيطرة السّلطة الفلسطينية. إضافةً إلى ذلك تخسّر السّلطة الوطنية الفلسطينية 3-4 مليارات دولار سنوياً بسبب مصادرة أموال وفرض ضرائب مججفة وتضييقات اقتصادية.
3. تأثير الشركات العالمية للصناعات الدوائية والتجهيزات الطبيّة على السوق المحلي

الأدوية والمستحضرات:

تُشكّل التغييرات السريعة على العلوم الطبيّة والدوائية، بالإضافة إلى غياب بروتوكولاتٍ علاجيةٍ صارمةٍ للكثير من الحالات المُستجدة، ووجود ضغطٍ على شركات تصنيع واستيراد الأدوية أهمّ أسباب وجود قائمةٍ واسعةٍ ومتكرّرة التغيّر للأدوية في فلسطين. تلعب التطويرات المُتلاحقة على المُستحضرات الطبيّة، واستراتيجيات الترويج للمُستحضرات تحت التجربة المُكتشفة حديثاً وعالية الكلفة، وأيضاً الضغط على القرّضى ومقدّمي الرعاية، دوراً مهماً في رفع كلفة فاتورة الدواء على النظام الصحيّ والقرّضى على حدٍ سواء.

تُساهم النقطة المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى عدم وجود بروتوكولاتٍ طبيّة واضحة ومُلزمة للكثير من الأمراض، إلى ضغطٍ مُشابهٍ على القرّضى والنظام

الصحي لاستخدام بدائل علاجية مُكلفة من خارج السلة الأساسية للأدوية ممّا يؤدي إلى تفعيل آلية الشراء الخاص، وبالتالي تأخير حصول المرضى على الأدوية واضطرارهم للجوء إلى تحويلات عالية الكلفة أو فقدان وقت ثمين في انتظار هذه البدائل.

التشريعات بالإغفاء من المُساءلة:

جاء في المادة (4) للقرار بقانون رقم (11) لسنة 2021م بشأن تنظيم المُنتجات الطبية لمكافحة فيروس كوفيد-19- أنّه "باستثناء حالة الوفاة أو الإصابة البالغة التي يُسببها سوء السلوك القُصدي أو مخالفة شروط الاتفاقية الموقعة مع الوزارة، لا تقوم المسؤولية على الشركة المُنتجة أو الموزعة جزاء الضرر الناتج عن الأفعال أو الأنشطة المتعلقة بتنظيم المُنتج الطبي أو عن نتائج هذه الأفعال أو الأنشطة".

جاءت هذه المادة انسجاماً مع التعليمات والسياسات الدولية التي منحت غطاءً قانونياً يُعفي شركات إنتاج اللقاح من المُساءلة القانونية في حال حدوث ضرر من اللقاح المُنتج حديثاً والمُستخدم دون المرور في عمليات البحوث التقليدية. في نفس الوقت، فإنّ هذا الإغفاء منح الشركات هامشاً كبيراً لتعميم معناه وأثره بقصد تحقيق الأرباح.

تقرير الحق في الصحة/ مناهي تركيز التقرير الوطني

مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل والمُحدّات المذكورة أعلاه، يحاول التقرير الحالي تسليط الضوء على الحق في الصحة في فلسطين انسجاماً مع الجُهد الإقليمي لبحث هذا الحق في الواقع العربي، ومع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة المعقّدة والمتعدّدة للمُحدّات المرتبطة بالحق في الصحة، فإنّ تقرير فلسطين سوف يُركّز على الأسباب الأكثر ارتباطاً بوجود اجحافٍ وحرمانٍ يصيبان المجتمع الفلسطيني وفئاته المختلفة.

1. الاحتلال العسكري الإحلالي في فلسطين يُشكّل المُحدّد والتحدّي الأكبر لإعمال الحق في الصحة، ولعلّ التأثير المباشر للاحتلال واجراءاته على الحق الأساسي ألا وهو الحق في الحياة وصحة الفلسطينيين ويظهر جلياً في أعداد الشهداء، الجرحى والمعاقين كنتيجة مباشرة للعمليات العسكرية لجيش الاحتلال وقواته الخاصة وقطعان مستوطنيه. يُشير تقرير مركز القدس لحقوق الإنسان إلى أنّ عام 2022 على سبيل المثال لا الحصر، شهد استشهاد 154 فلسطينياً وجرح 10000 في الضفة الغربية على يد قوَّات الاحتلال والمستوطنين (مركز القدس لحقوق الإنسان 2023). وبلغ عدد الأسرى في سجون الاحتلال حتّى كتابة هذا التقرير 4700 أسيراً منهم 150 طفلاً و460 سيدة. يُضاف إلى الأرقام أعلاه التأثير غير المباشر على الحق في الصحة والذي يتجلّى في تعرّض المجتمع الفلسطيني للمضايقات المعيشية المتعلقة بحرية الحركة، العمل، الحصول على الموارد والخدمات يُصاحبها ارتفاع ملحوظ في نسبة الفلسطينيين الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

2. استكمالاً للعامل أعلاه، يأتي انقسام السلطة في مناطق فلسطين وما يُرافقها من حصار لقطاع غزة كمُحدّد مهمّ ينتج عنه تدهور قدرات الرعاية الصحية وتراجع الوصول إلى الخدمات المتخصصة وتدفّق الموارد الأساسية اللازمة لتشغيل الخدمات الصحية وبالتالي المستوى العالي من الحرمان.

3. على مدى 30 عاماً من عملية بناء النظام الصحي الفلسطيني كجزء من مكونات الدولة الفلسطينية العتيدة، تواجه عملية البناء بالإضافة إلى الإعاقات الناتجة عن ممارسات الاحتلال تحديات مرتبطة بحوكمة النظام الصحي الفلسطيني ونجاعة وجودة الخدمات. لا يزال هنالك صعوبات في بناء النظام الصحي الفلسطيني تعيق الوصول إلى ما يطمح له المواطن الفلسطيني من وصول شامل وعادل إلى خدمات عالية الجودة. من المهمّ التشديد على أنه وعلى الرغم من تعدّد قطاعات العمل الصحي، فإنّ المسؤولية في إعمال الحقّ للمواطن الفلسطيني تقع على عاتق الهيئة الحكومية حاملة الواجب من خلال رسم استراتيجيات وطنية، تفعيل التشاركية والتكاملية في تغطية الاحتياجات الخدماتية الصحية وضبط جودة هذه الخدمات.

ستُشكّل المُحدّات الثلاثة المذكورة أعلاه محاور التركيز في وصف الحقّ في الصحة وإعماله في الواقع الفلسطيني مع عدم إغفال المحاور الأخرى المرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر.

المنهجية

اعتمد التقرير على منهجية بحثية استقصائية شملت ثلاثة عناصر:

1. مراجعة الأدبيات والتقارير المحلية والدولية حول الحق في الصحة: شمل ذلك الاطلاع على تقارير وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء ومنشورات الهيئة التشريعية والتنفيذية. شملت المراجعات أيضاً تقارير المؤسسات الدولية وتحديدًا منظمة الصحة العالمية، مكتب الأمم المتحدة لمتابعة الشؤون الإنسانية ومؤسسة الأمم المتحدة الإنمائية. كما شملت المراجع أيضاً تقارير المؤسسات الحقوقية الفلسطينية مثل الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، مركز القدس للمساعدة القانونية والإرشاد والمعهد الفلسطيني للدراسات الاقتصادية (ماس).
 2. لقاءات فردية وجماعية مع ممثلي الهيئات الحكومية والأهلية العاملة في قطاع الصحة.
 3. اجتماعات مع شبكة منظمات المجتمع المدني الفلسطينية.
- لقاء المجموعة الدولية للصحة (لم يتم بسبب عدم استجابة منسق المجموعة).
تم بناءً على الاجتماع التمهيدي مع شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية تطوير مفهوم مشترك حول التقرير والمآور التي ينبغي تغطيتها في تقرير فلسطين. بناءً على ذلك تمت مراجعة الأدبيات وعقد مشاورات مع ممثلي مجموعة من المؤسسات، وتطوير مسودة أولية قامت منسقة العمل الإقليمية بمراجعتها وإعطاء ملاحظات أدت إلى تطوير مسودة ثانية قُدمت إلى الشبكة وتم نقاشها وإعطاء ملاحظات شاملة قادت إلى تطوير المسودة الثالثة وقبل النهائية.

■ التحديات:

1. عدم التمكن من إشراك المؤسسات الدولية في عملية البحث حيث لم يكن هنالك استجابة مع دعوة ممثلي المجموعة الصحية مع طلب اللقاء.
2. يعمل في فلسطين عدد كبير من المؤسسات الإغاثية والتنموية ومنظمات الأمم المتحدة، لم يتمكن التقرير من تغطية إسهامات المؤسسات المذكورة في أعمال الحق في الصحة ولعل هذا الجانب يكون محتوى دراسة مُتخصّصة وعميقة.

الوضع الديمغرافي والصّتي في فلسطين

يمثّل المجتمع الفلسطيني نموذجاً للمجتمعات الفَنيّة ولارتفاع نسبة الخصوبة التي حسب آخر تعدادٍ سكاني وصلت إلى 4.1 وحيث إنّ الفئة تحت سنّ 15 تمثّل 56% من السكّان. يمثّل الشباب 15-29 عاماً ما نسبته 30% من السكّان في إشارة إلى الفرصة الإنتاجية والاقتصادية، وتبلغ نسبة كبار السنّ (فوق 65 عاماً) 3% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2022a) من السكان. ويبلغ معدّل السنّ المتوقّع للحياة عند الولادة 74 عاماً (76 للإناث و72 للذكور) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2022b).

من الناحية الوبائية، وبسبب تطوّراتٍ كثيرةٍ صاحبت نمط الحياة وتوفّر خدمات صّية ذات تغطيةٍ عالية ووضعية اقتصادية جيّدة، حقّق نمط المراضة في فلسطين انتقالاً مُهمّاً بحيث:

1. تلاشت مجموعة من الأمراض المُعدية التي كانت سبباً في ارتفاع معدّلات وفيات الأطفال نتيجة لوصول فلسطين إلى نسبة 100% من التغطية باللقاحات الأساسية للقضاء على مرض شلل الأطفال، النكاف والحصبة الألمانية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021) ممّا أدّى إلى انخفاض وفيات الأطفال وبالتالي ارتفاع مؤشّر توقّعات الحياة عند الولادة.
2. أدّت التغيّرات البيئية بالإضافة إلى نمط الحياة المعتمد على التكنولوجيا وتراجع النشاط البدني لدى الفلسطينيين، إلى دخول المجتمع في موجة الأمراض المُزمنة بحيث تمثّل أمراض القلب والشرابين، السكّري والسرطان أهمّ ثلاثة أسباب لوفاة البالغين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021).
3. تركز فلسطين تحت احتلال عسكري امتدّ وجوده على أرضها لفترة تزيد عن 75 عاماً صاحبه موجاتٌ من العنف، والإغلاقات ومنع التنقّل بين مناطق فلسطين، وارتفاع مؤشّرات البطالة والفقر ممّا ساهم بانتشار مظاهر الضغط والإجهاد النفسي والأمراض الناتجة عنه.

المؤشّرات الصّحية الأساسية

جدول 2 يقدم المؤشّرات الصحية الرائدة بناءً على أحدث الدراسات الاستقصائية.

جدول 2. مؤشّرات صّية أساسية

المؤشّر	2019/2020
معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكلّ ألف ولادة حيّة ¹	9.4/1000
معدّل وفيات الأطفال الرضّع لكلّ ألف ولادة حيّة ¹	12.1/1000

14.2/1000	معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة لكلّ 1000 ^١
99.8%	نسبة التغطية بالمطاعيم ^٢
47/100000	معدّل وفيات الأمّهات النفاسية لكلّ 100000 ^٣
99.6%	نسبة الولادات التي تتم داخل المستشفيات
94.8%	الرعاية الصحيّة أثناء الحمل (4 زيارات على الأقل) ^٤
4.1	معدّل الخصوبة الإجمالي ^٥
74	متوسط مأمول الحياة عند الولادة (سنوات) ^٦
1.3	عدد أبنيرة المستشفيات لكلّ 1000 نسمة ^٧
5000	متوسط عدد المواطنين لكلّ مركز صحيّ
2.3	عدد الأطباء لكلّ ألف مواطن
2.7	عدد كوادر التمريض لكلّ ألف مواطن

١٧ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021 b
٧ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2020

١ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021 a
٢ وزارة الصحة الفلسطينية 2019 a
٣ وزارة الصحة الفلسطينية 2022

يُبين الجدول أعلاه أنّ الوضع الصحيّ في فلسطين قد وصل إلى مؤشرات جيّدة من حيث المخرجات، ومن العدل الإشارة إلى أنّ ذلك جاء كنتيجة لعمل مُمنهج وعالي المهنية من قبل الكوادر الصحيّة الحكومية، الأهليّة والخاصة. شكّل بناء نظام صحيّ وطني أحد أهمّ الأعمدة في بناء الدولة الفلسطينية من خلال مؤسسات قطاعية وطنية في فترة ما بعد اتفاق اوسلو واستلام المؤسسة الوطنية مهام إدارة القطاع الصحيّ.

من المهمّ الإشارة إلى أنّه وقبل إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية واستلام وزارة الصحة مسؤولية النظام الصحيّ، عملت مؤسسات المجتمع المدني الفلسطيني على بناء منظومة خدمات صحيّة مقاومة هدّفت إلى دعم الفلسطينيين وتوفير خدمات رعاية صحيّة للمهمّشين منهم. بدأت مرافق الرعاية الصحيّة الأولى بالتكوّن والنموّ في الفترة 1978 وامتدّت تدريجياً لتُغطّي الجغرافيا الفلسطينية وليصل مستوى مساهمتها في تقديم الخدمات إلى 28% من الاحتياج في مجال الرعاية الصحيّة الأولى بشكل عام (البرغوثي 1991).

ساهمت التطوّرات الاجتماعية والاقتصادية خلال فترة ما بعد إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية في تحسّن الواقع التغذويّ، الخدمات والمعلوماتي لدى المواطنين وتحديد الجهد المهمّ في التثقيف الصحيّ الذي قامت به وزارة الصحة بالتعاون الوثيق مع مؤسسات المجتمع المدني الصحيّة في تعزيز السلوكيات الصحيّة المتعلقة برعاية الأمّ والطفل، الالتزام بالتطعيمات والوصول إلى الرعاية الصحيّة الوقائية والعلاجية. تراكم التحسّن في الأمور أعلاه أدّى إلى انخفاض مهمّ لوفيات الأطفال وارتفاع متوسط مأمول الحياة عند الولادة والمؤشرات الصحيّة مثل التغطية والوصول إلى الخدمات.

ساهم الاستثمار في تدريب وتعليم الكوادر الصحيّة خلال السنوات السابقة بما في ذلك افتتاح وتوسيع كليات الطبّ والتمريض والعلوم الصحيّة إلى تأهيل وبالتالي توفير حجم مهمّ من الكوادر الصحيّة التي ساهمت بشكل كبير في تحسين كمّ ونوع الخدمات الصحيّة في فلسطين.

يتمّ تقديم الرعاية الصحيّة في فلسطين من خلال شبكة معقّدة من المرافق على المستويات الأولي والثانوي والثالثي تُغطّي مناطق الضفّة الغربية، قطاع غزّة والقدس الشرقية. من ناحية القطاعات يُشكّل القطاع الحكومي المُقدّم الأكبر للرعاية الصحيّة الأوليّة والثانوية فيما تساهم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) في تقديم خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة للاجئين الذين يشكّلون 40% من السكان، ويساهم قطاع المؤسسات الصحيّة غير الحكومية (الأهلية) بنسبة 8% من خدمات الرعاية الأوليّة. يقدّم القطاع الخاص خدمات على المستوى الأول من خلال العيادات الخاصة ويتركّز عمل هذا القطاع على المستويين الثاني والثالث ويرتبط عضويّاً بالنظام الحكومي من خلال برنامج التحويلات أو شراء الخدمة.

جدول 3. وفيات الأطفال (مقارنة مؤشّر وفيات الأطفال للعامين 2014 و2020)

وفيات الأطفال الخُدج (أول 28 يوم) وفاة لكل 1000 ولادة حيّة		وفيات الأطفال المُبكرة (بعد الولادة) وفاة لكل 1000 ولادة حيّة		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014		
9.4	11.2	2.7	7.1	كلّ فلسطين	المنطقة
9.8	10.9	1.9	6.2	الضفّة الغربية	
8.8	11.5	3.9	8.1	قطاع غزّة	
9.3	12.0	2.2	7.0	سكّان المدينة	مكان السكن
9.5	8.0	3.4	9.7	سكّان الريف	
10.5	9.4	7.0	2.7	سكّان المخيمات	
9.6	11.8	3.6	19.9	تعليم ابتدائي	التعليم
10.8	14.7	2.3	7.3	تعليم ثانوي	
8.1	10.4	2.7	2.7	تعليم عالي	
9.2	7.2	5.6	10.3	الأفقر	الوضع الاقتصادي
14.3	15.9	1.8	6.2	المتوسط	
7.8	6.0	0.8	5.6	الأغنى	

حققت فلسطين تقدماً مهماً على صعيد خفض وفيات الأطفال وجاء ذلك نتيجةً لعوامل متعددة تتعلق بـ: نسبة الولادات تحت إشراف طبي في المستشفيات، التقدم الطبي ومهارات إنعاش الأطفال الخدج وأيضاً نسبة التطعيمات التي تقترب من 100%. كما ورد في قسم آخر في التقرير، فإن معدل وفيات الأطفال تحت سن سنة واحدة وصلت إلى مستوى 12 وفاة لكل ألف ولادة حية (وزارة الصحة الفلسطينية 2021). يُلاحظ في الجدول أعلاه أن نسبة عالية من وفيات الأطفال تحدث في الأيام الأولى بعد الولادة، وحسب مبادئ الصحة العامة تُعزى هذه الوفيات إلى اختلال أثناء الحمل إضافةً إلى أسباب تتعلق بجودة الرعاية الطبية في هذه الفترة الحرجة.

التفاوت الواضح في معدلات وفيات الأطفال في فلسطين بالاعتماد على التعليم، مكان السكن والوضع الاقتصادي يُشير بوضوح إلى معايير الهشاشة في المجتمع والتي ترتبط بالحصول على الموارد، الوصول إلى الخدمات والوعي الكافي لتقديم الرعاية المثلى للطفل. المستوى المُتدني لوفيات الأطفال لدى قاطني المخيمات إشارة واضحة إلى جودة برامج الرعاية الصحية الأولية المُتبعة لدى مُقدمي الخدمات في المخيمات، ألا وهي وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين.

جدول 4. صحة المرأة (الحصول على خدمات الصحة الإنجابية الأساسية)

الولادة القيصريّة (%)		الولادة تحت إشراف مؤهل (%)		الحصول على أربعة زيارات متابعة الحمل (%)		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014	2020	2014		
25.8	20.3	100	100	94.8	95.5	كل فلسطين	المنطقة
28.2	22.7	100	100	94.3	95.7	الضفة الغربية	
22.4	17.4	100	100	95.4	95.3	قطاع غزة	
24.8	19.4	100	100	94.7	95.6	سكان المدينة	مكان السكن
30.5	24.1	100	100	95.2	94.7	سكان الريف	
24.9	22.4	100	100	94.6	94.3	سكان المخيمات	
25.8	22.3	100	100	91.3	93.8	تعليم ابتدائي	التعليم
22.5	18.9	100	100	94.6	95.9	تعليم ثانوي	
25.2	20.2	100	100	96.1	96.3	تعليم عالي	
20.0	17.7	100	100	94.3	95.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
29.0	20.3	100	100	92.2	96.1	المتوسط	
34.0	26.5	100	100	97.0	96.3	الأغنى	

جدول 5. صحة المرأة: (تنظيم الأسرة)

استخدام أي وسيلة لتنظيم الأسرة (%)		استخدام وسيلة تنظيم أسرة حديثة		الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة (%)		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014	2020	2014		
57.3	57.2	42.8	44.1	12.9	10.9	كلّ فلسطين	المنطقة
55.9	59.8	42.8	46.3	13.6	11.0	الضفة الغربية	
59.4	53.4	42.8	40.8	11.9	10.7	قطاع غزة	
57	56.6	42.3	43.4	12.6	10.5	سكان المدينة	مكان السكن
56.9	59.9	43.5	45.2	14.8	10.8	سكان الريف	
61.1	57.6	47.1	48.1	11.9	11.7	سكان المخيمات	
62.0	61.1	48.6	48.7	10.9	14.3	تعليم ابتدائي	التعليم
56.5	56.7	42.5	43.7	12.6	10.9	تعليم ثانوي	
54.8	53.4	39.4	39.4	14.4	10.5	تعليم عالي	
56.3	49.0	100	100	94.3	95.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
54.5	55.9	100	100	92.2	96.1	المتوسط	
58.5	66.3	100	100	97.0	96.3	الأغنى	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء، 2021

على الرغم من مستوى التغطية المرتفع في خدمات صحة المرأة والصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين، إلا أنّ معدّل وفيات الأمّهات المسجّل في العام 2021 والذي بلغ 47 وفاة لكل 100000 ولادة حيّة يُعتبر مُقلقاً، خاصّةً أنه يشكّل ارتفاعاً بمقدار 3 أضعاف عن المعدّل الذي وصل اليه في العام 2017. يُبيّن تقرير وفيات الأمّهات في العام المذكور أنّ 80% من الوفيات كان من الممكن تفاديها ممّا يشير بوضوح إلى معضلة تتعلّق بجودة الرعاية الصحيّة. من الملاحظ أنّ وفيات الأمّهات شهدت ارتفاعاً كبيراً في الفترة بين 20017-2022 بلغ أربعة أضعاف في قطاع غزة. وبما أنّ مؤسّر وفيات الأمّهات تحديداً يُشكّل مؤشراً مهماً لقياس أداء النظام الصحيّ، فإنّه من المهمّ دراسة الأسباب التي أدّت إلى هذه الزيادة حيث من غير الممكن في هذا التقرير تغطية الأسباب المتعدّدة التي ترتبط بوفيات الأمّهات.

يُشير الجدول أعلاه إلى تراجع في مؤشّر آخر يتعلّق بالصحة الإنجابية للسيدات حيث إنّ الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة تراجع بين العام 2014 والعام 2021 من 10.9% إلى 12.9% وهذا يستوجب البحث كون هذا المؤشّر يرتبط بقضية حقوقية لدى النساء إضافةً إلى قضايا اجتماعية مثل جهة اتخاذ القرار في تنظيم الأسرة، الوصول

إلى الخدمات ووسائل تنظيم الأسرة ومنع الحمل إضافةً إلى جودة الخدمات في حال توفرها. يُشار إلى أنّ الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة ارتفعت بنسبة كبيرة لدى سكّان الريف والمدن مقارنةً بسكّان المخيمات في إشارةٍ إلى استقرار هذه الخدمات في وكالة الغوث وتراجع هذه الخدمات خلال فترة المقارنة لدى وزارة الصحة، المُزوّد الأساسي للخدمات في المدن والقرى على التوالي.

الحق في الصحة في فلسطين / المُحدّدات الأساسية

■ الآثار المباشرة للاحتلال

بناءً على إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء، فإنّ عدد شهداء انتفاضة الأقصى حسب السنة 2000 - 2018 بلغ 10577 شهيداً وبلغ عدد الجرحى للفترة 2000-2008، 35099 جريحاً بينما يبلغ عدد المعتقلين في سجون الاحتلال في أي وقتٍ حوالي 6000 معتقلاً. على الرغم من أنّ الإحصائيات المذكورة أعلاه هي غير محدّثة، إلّا أنّ الحياة اليومية في فلسطين تُعطي فكرة واضحة عن استمرار الانتهاك للحق في الحياة والصحة كنتيجة مباشرة للاحتلال وممارساته. من المهم الإشارة في هذا السياق إلى الحقائق التالية:

- أنّ سقوط الشهداء والجرحى، والمعتقلين لا يحصل في إطار اشتباكٍ عسكريٍّ بين قوّتين متساويتين، وإنّما نتيجة تغوّل قوى احتلال ومستوطنين مسلّحين على مناطق ومجتمعات مدنية غير مسلّحة في مناطقٍ معروفة حسب القانون الدولي على أنّها تحت الاحتلال العسكري.
 - أنّ الآثار الناتجة عن القتل، الإعاقة والاعتقال تتجاوز الأثر المباشر على الصحة الفيزيائية للمُصاب لتؤثّر على مستقبل الشخص والمحيطين به.
 - أنّ العدد الكبير للإصابات وخاصة الناتجة عن الاجتياحات الكبيرة تعمل على إضعاف النظام الصحيّ الخدماتي الذي يعاني أصلاً من تحدّيات لها علاقة بالموارد البشرية والمالية.
 - تعرّضت الأراضي الفلسطينية إلى عددٍ كبير من الاجتياحات العسكرية التي عملت أيضاً على ضرب البنية التحتية للنظام الصحيّ. تُشير الإحصائيات الواردة من قطاع غزّة على سبيل المثال إلى أنّه، ونتيجة للعمليات العسكرية على قطاع غزّة في العام 2014، أصاب التلف 50% من المُعدّات الطبيّة وخرجت عن الخدمة، تمّ ضرب وتدمير ستّة مشافي، 50 مركزاً للرعاية الصحيّة الأولى وتمّ إغلاق 30 مركزاً نتيجة الإصابة البالغة في البنية التحتية (WHO, MOH, 2014, UNFPA).
- سيتمّ في القسم أدناه مناقشة موضوع كلّ من الشهداء والأسرى بالتفصيل:

■ الشهداء

لعلّ الحديث عن موضوع الشهداء بالمعنى الكميّ يصف ضخامة الأثر السلبيّ للاحتلال على أبسط حقوق الإنسان ألا وهو الحق في الحياة. يتصاعد بشكلٍ كبير الأثر الاجتماعي والنفسي للاستشهاد داخل المجتمع الفلسطيني ليكون موضوع الشهادة والفقدان محور حركاتٍ مجتمعية تهدف إلى التخفيف من أثر الفقدان على أسرة الشهيد، إيجاد مصادر دعم نفسي وماديّ وأيضاً وضع سياق الشهادة بعيداً عن التبسيط العددي للظاهرة. لعلّ ظاهرة احتجاز جثامين الشهداء والتي تُمارس من قبل سلطات الاحتلال تتساوى بل وتتجاوز بوحشيتها عمليات القتل والإعدام.

وتُشكّل ممارسة احتجاز جثامين الشهداء بعدد 375 جثماً مخالفةً مرّكبّةً للقانون الدولي الإنساني، تبدأ في الاعتداء على الحق في الحياة، حيث أفادت تقارير الأمم

المتحدة أن 62% من الفلسطينيين الذين تمّ اغتيالهم منذ مطلع العام 2022 لم يكونوا مسلّحين ولم يتمّ قتلهم في اشتباكاتٍ مسلّحة. ومن بينهم نسبة كبيرة من الأطفال (مركز القدس للمساعدة القانونية والإرشاد 2022).

توقف جيش الاحتلال عن إجراء حتّى التحقيقات الشكلية التي كان يُجريها سابقاً، وذلك منذ غيّر هذا الجيش تعليمات إطلاق النار وسمح بإطلاق النار رداً على القاء الحجارة وذلك منذ كانون الأوّل/ديسمبر 2021، وهذا ما أدّى إلى ارتفاع كبير في جرائم القتل التي تستهدف الشباب وليصبح عام 2022 الأكثر دموية في العقدين الأخيرين. ترفض سلطات الاحتلال إصدار شهادات وفاة بحق الشهداء المُحتجزة جثامينهم، وتبقى حالاتهم معلّقة، وينطبق على أغليبتهم تعريف الإخفاء القسري في ظلّ عدم التيقن من استشهادهم.

وفي حالاتٍ عديدة وعند تحرير بعض الجثامين، كانت سلطات الاحتلال تسلّم جثامين الشهداء بقوالب من جليد وتشترط دفنهم خلال ساعتين لعدم السماح بذوبان الجليد عنهم، وفي حالاتٍ أخرى تضع شروطاً على الدفن من بينها منع إجراء تشريح عدلي وتستوفي كفالات من أهاليهم لتغريمهم في حال خرق تلك التعليمات.

■ الأسرى

لا تلتزم سلطات الاحتلال بالمعايير والقوانين الدولية الخاصة بمعاملة الأسرى وخاصة فيما يتعلّق بالصحة:

”من خلال مراقبة الوضع الصحي للأسرى، اتّضح أنّ مستوى العناية الصحية بالأسرى شديد السوء؛ فهو شكليّ وشبه معدوم بدليل الشهادات التي يُدلي بها الأسرى، وارتفاع الشهداء من بينهم، وازدياد عدد المرضى منهم، وبشكل متصاعد؛ وتقارير المؤسسات المحلية والدولية التي تُعنى بحقوق الإنسان وتهتم بشؤون الأسرى، والتي تؤكد أنّ علاج الأسرى بات موضوعاً تخضعه إدارات السجون الإسرائيلية للمساومة والابتزاز والضغط على المعتقلين؛ الأمر الذي يشكّل خرقاً فاضحاً لمواد اتفاقيّتي جنيف الثالثة والرابعة (المواد 29 و30 و31) من اتفاقية جنيف الثالثة، والمادتين (91 و92) من اتفاقية جنيف الرابعة، والتي أوجبت حقّ العلاج والرعاية الطبيّة، وتوفير الأدوية المناسبة للأسرى المرضى، وإجراء الفحوصات الطبيّة الدورية لهم“ (تقرير مركز المعلومات الوطني الفلسطيني 2022).

يقبّع في سجون الاحتلال 4700 أسير فلسطيني بينهم 150 طفلاً وقاصراً و850 معتقلاً إدارياً (معتقلون لأسباب احترازية دون توجيه تهم أو إبداء أسباب الاعتقال). يتمّ الاعتقال الإداري كممارسة لقانون بريطاني تمّ فرضه على فلسطين أيام الانتداب واستمرت سلطات الاحتلال الإسرائيلي في مُمارسته ضد الفلسطينيين ليومنا هذا. بلغ عدد الشهداء من الأسرى 233 استشهدوا خلال الفترة منذ العام 1967 بسبب أمراض أصابتهم أثناء الأُسْر ويقيم خلف القضبان 500 أسير في وضع صحي سيء حيث أنّهم مصابون بأمراض مستعصية مثل الأورام، أمراض الجهاز العصبي والكلّي والدورة الدموية.

أمثلة على حالة الأسرى في سجون الاحتلال

أحمد مناصرة

ولد أحمد مناصرة في 22 كانون الثاني / يناير عام 2002 في بيت حنينا بالقدس المحتلة، اعتقل في ١٢ تشرين الأول / أكتوبر ٢٠١٥ وكان عمره ١٣ عاماً بتهمة القيام بعملية طعن.

وفي 7 تشرين الثاني / نوفمبر 2016 أصدرت المحكمة المركزية حكماً بالسجن الفعلي على مناصرة لمدة 12 عاماً بزعم طعن مستوطنين، كما فرضت عليه دفع غرامتين ماليتين قدرهما مئة وثمانين ألف شيكل (50000 دولار أميركي).

ذكر القاضي أن «صغر سنّ الطفل لا يمنحه الحصانة من فرض العقوبة»، واحتُجز أحمد في الحبس الانفرادي منذ مطلع تشرين الثاني / نوفمبر 2021، وفي 17 نيسان / أبريل 2022، طلبت مصلحة السجون الإسرائيلية تجديد الحبس الانفرادي لمدة ستة أشهر أخرى. في تشرين الأول / أكتوبر 2022 شخّصت طبيبة نفسية إسرائيلية مستقلة تعمل مع منظمة «أطباء من أجل حقوق الإنسان في إسرائيل» حالة أحمد مناصرة بأنه يعاني من مُشكلات نفسية حادة، وذكرت أن هذه المشكلات نشأت منذ حبسه.

وفي شباط / فبراير 2022، تمّ تشخيص أحمد بالفصام، ويعاني من تيّلات ذهانية، كما أنّه يعاني من اكتئابٍ حادٍ مصحوب بأفكار انتحارية (الجزيرة 2016).

ناصر أبو حميد

استشهد الأسير ناصر أبو حميد في مستشفى بعد إهمال علاجه من قبل سلطات الاحتلال لمدة 12 عاماً متتالياً بعد اكتشاف إصابته بسرطان الرئة. على الرغم من تردّي حالة الأسير ناصر على مدى السنوات الماضية لدرجة القرب من الموت، إلّا أنّ السلطات العسكرية رفضت إطلاق سراحه أو منحه تسهيلات لزيارة ذويه لغاية ساعاتٍ قبل وفاته. كما أنّ السلطات الاحتلالية رفضت الإفراج عن جثمان الأسير وأصرّت على سجن الجثمان في الثلاجة لحين قضاء فترة المحكومة.

أيضاً، يُشير تقرير مركز المعلومات الوطني الفلسطيني إلى أنّ تحويل المَرَضَى إلى مرافق متخصصة أو مشافي تتم فقط عند وجود تهديد مباشر للحياة ويتمّ ذلك ضمن ظروف مُهينة وخالية من الالتزام بالمواثيق الحقوقية الدولية. على سبيل المثال، يتمّ نقل الأسرى المَرَضَى باستخدام سيارات نقلٍ عادية، مُحكّمة الإغلاق ويتمّ وضعهم في المشافي وهم مقيدون بالأصفاد.

تُعاني الأسيرات الفلسطينيات في السجون الإسرائيلية من واقعٍ صحيٍّ وإنسانيٍّ مُهين حيث لا يتوفّر للأسيرات الفلسطينيات خدماتٌ طبيّةٌ خاصّةٌ حتّى في ظروف الحمل أو الولادة ويقوم بالتعامل معهنّ أطباءٌ عامّون. إضافةً إلى ذلك، لا يتمّ احترام الأبعاد الطبيّة والإنسانية لدى الأسيرات في وضع الحمل أو الولادة حيث تُجبر الأسيرات على الولادة وهنّ مقيدات اليدين.

■ إعاقة الحصول على الخدمات

تُشكّل سياسة الإغلاقات ومنع الحركة وحصار قطاع غزة الذي تفرضه سلطات الاحتلال عائقاً جدياً في إعمال الحق في الصحة والوصول إلى الخدمات الصحية في فلسطين. تُقسم المناطق الفلسطينية إلى ثلاثة أقسام جغرافية معزولة عن بعضها البعض بشكل كامل ويخضع التنقل بينها إلى نظام عزل مدعوم بسياسة تصاريح حركة مرتبطة بشكل وثيق بالمنظومة الأمنية لدولة الاحتلال.

يخضع قطاع غزة إلى حصار كامل منذ 2007 جعل من القطاع السجن المفتوح الأكبر في العالم، وعمل الحصار على تقييد أي إمكانيات نمو اقتصادية، خدماتية أو إنسانية. خلص تقرير هيئة الأمم المتحدة للإنتاج (UNDP) للعام 2017، إلى أنه إذا استمر الحصار والواقع المعيشي في غزة على نفس الوتيرة، فإن القطاع لن يكن ملائماً للعيش بحلول العام 2020.

في نطاق الرعاية الصحية، عانت مرافق وزارة الصحة من ظاهرة نقص العديد من أصناف الأدوية بنسبة 41% وعجز في المستلزمات الطبية المختلفة بنسبة 17%. شكّل الانقطاع في الامدادات وقطع الغيار إلى تعطل العديد من الأجهزة الطبية.

يعاني سكان قطاع غزة وخاصة المحتاجون منهم لرعاية صحية خارج القطاع من حصار مُضاعف حيث يحتاج المريض إلى تصريح خاص يخضع للبحث الأمني حول المريض/ة والمرافق/ة وقد يتعدّى ذلك إلى أشخاص من العائلة. يتم منع التصاريح في حال وجود سبب أمني ونتيجة لذلك فقد العديد من الأشخاص بما فيهم الأطفال حياتهم في انتظار التصريح أو نتيجة لرفضه من قبل سلطات الاحتلال. على أثر اندلاع الإنتفاضة الثانية في أيلول/سبتمبر 2000م عانى قطاع غزة من الاعتداءات الإسرائيلية المتكررة ومن الحصار وعزل القطاع عن العالم الخارجي. أثر ذلك سلباً على القطاع الصحي عامة ووزارة الصحة خاصة والتي لم تعد قادرة على توفير نفقاتها التشغيلية وتوقفت فيها جميع المشاريع التطويرية. الهجوم على المرافق الصحية شكّل أحد أشكال الحرب على غزة حيث على سبيل المثال، نتج عن الحرب على غزة في العام 2014 تدمير ستة مشافي، خمسين مركزاً للرعاية الأولية وإصابة 30 مركزاً بأضرار جسيمة أدت إلى إغلاقها. (UNFPA, 2014)

تُشكّل سياسة التصاريح التي تتبعها سلطات الاحتلال تحدياً في حصول الفلسطينيين على الرعاية الصحية حيث يخضع إصدار التصريح للحالات المرضية إلى نظام التدقيق الأمني الذي ينتج عنه إعاقة أو حرمان كامل. تُشير بيانات العام 2021 إلى أن نسبة التأخير في إصدار تصاريح العلاج وصلت إلى 40% بالمجمل.

غزة 21 أيلول/سبتمبر (بترا)- أمجد الشّوا- قالت منظمة حقوقية إن مريضاً من قطاع غزة توفي بسبب حرمانه من السفر لتلقي العلاج في مستشفى المطلع بمدينة القدس المحتلة. ويرتفع بذلك عدد حالات المرضى المتوقّفين نتيجة منعهم من السفر للعلاج في الخارج منذ بداية العام الحالي إلى 6 وفيات، من بينهم 3 أطفال (وكالة الأنباء الأردنية 2023).

جدول 6. يُبين الجدول أدناه نسبة الموافقة على تصاريح تحويل المَرَضِي من قطاع غزّة لشهر آب/اغسطس 2022

نسبة الموافقة		عدد الطلبات المقدّمة		آب/اغسطس 2022
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	الفئة العمرية
60%	59%	92	59	0-3
51%	52%	276	218	4-17
44%	56%	271	273	18-40
56%	66%	218	270	41-60
68%	77%	209	181	فوق 60
54%	62%	1066	1001	المجموع
58%		2067		الكلّي

المصدر: منظّمة الصحة العالمية 2022

تعيش مناطق الضفّة الغربية ضمن نظام كئنتونات مُحكّم تديره سلطات الاحتلال ويشمل 362 حاجزاً ونقطة تفتيش بين المناطق. تعمل هذه النقاط على عزل المناطق عن بعضها البعض ويؤدّي إغلاقها إلى تقييد حركة المواطنين بما في ذلك المَرَضِي. تُشير احصائيات الجهاز المركزي للإحصاء إلى أنّه وفي الوقت الذي وصلت فيه نسبة الولادة في المستشفى في فلسطين إلى 99.6%، فإن السنوات بين 2000 و2007 أظهرت أنّ نسبة الولادات على الحواجز أو على الطريق إلى المستشفى بلغت 1.4% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007) أي ما يعادل 1400 حالة ولادة سنوياً. أدّت هذه الإغلاقات إلى العديد من الوفيات والإعاقات للوصول إلى الخدمات الصحيّة الأساسية في خرق واضح لإعمال الحق في الصحة وفشل سلطات الاحتلال تنفيذ واجبها تجاه المدنيّين. تُنفذ دولة الاحتلال نظام تصاريح يضبط حركة المواطنين عبر المعابر من وإلى مناطق السلطة الوطنيّة الفلسطينيّة. بالإضافة إلى سكّان مدينة القدس، يتحرّك على المعابر المذكورة 140000 عامل فلسطيني يدخلون بشكل يوميّ إلى سوق العمل كما هو مُبين في الصورة أدناه. الحركة خلال المعابر هي الطريق التي يتّبعها المَرَضِي المحوّلون إلى مستشفيات القدس أو مستشفيات الداخل الفلسطيني من الضفّة الغربية وقطاع غزّة. وعدا عن بعض الاستثناءات، يضطر المَرَضِي إلى الدخول من خلال معابر شديدة الاكتظاظ ممّا يدفع بعضهم إلى الإحجام عن الذهاب إلى العلاج حتّى في حال تمّت الموافقة على تصريح الدخول.

يشير تقرير البنك الدولي إلى أنّ أكثر من نصف سكان غزّة يعانون من أعراض مرتبطة بالأكتئاب وأنّ ثلث المواطنين في قطاع غزّة يعانون من أعراض متلازمة ما بعد الصدمة كإشارة إلى آثار الوضع السياسي والاجتماعي على وضع الصحة النفسية في القطاع (البنك الدولي والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2023).

■ الحرمان من الموارد الطبيعية - المياه

تُشكل المياه في فلسطين تحدياً كبيراً بحيث تتأثر بالتغيرات المناخية ولكن إلى حد أبعد بحقيقة سيطرة الاحتلال الإسرائيلي على مصادر المياه بشكل شبه مطلق. يستهلك المستوطن الإسرائيلي بالمعدل 13 ضعفاً من كمية المياه مقارنةً بالمواطن الفلسطيني، ويمكن تلخيص مُعضلة الحق في الوصول إلى الاحتياجات من المياه في المجتمع الفلسطيني إلى:

- التمييز في التوزيع: أعربت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عن قلقها إزاء "عدم الإنصاف" في وصول الفلسطينيين إلى مصادر المياه. ولاحظت اللجنة أن الجدار "من شأنه أن يحدّ أو يحول دون الوصول إلى الأرض وموارد المياه". دعت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز العنصري إسرائيل إلى "ضمان المساواة للجميع في الوصول إلى موارد المياه دون أي تمييز".
- منع الحصول على المياه: كميات المياه المُتاحة للتجمّعات المدنيّة الفلسطينية في بعض المناطق أقلّ بكثير من المستويات المقبولة دولياً.
- مياه غير آمنة: هناك معدّلات غير مقبولة من الكلور والنترات في موارد مياه الشرب في قطاع غزة ممّا يُعرّض الصحة العامة للخطر، وبالأخص صحة الأطفال، يقوم بائعو المياه غير المرخص لهم في المناطق الخاضعة للسلطات الفلسطينية ببيع مياه ذات نوعية مشكوك فيها في كثير من الأحيان وبأسعارٍ مبالغٍ فيها.
- تدمير البنية التحتية: وثّقت بعثة الأمم لتقصّي الحقائق بخصوص النزاع في غزة التدمير الواسع النطاق للبنى التحتية للمياه والصرف الصحي من قبل الجيش الإسرائيلي خلال عملية "الرصاص المصبوب". ووثّقت منظمة العفو الدولية تدمير خزانات وصهاريج المياه وغيرها من البنى التحتية في التجمّعات المدنيّة في مختلف أنحاء الضفة الغربية من قبل الجيش الإسرائيلي والمستوطنين على حدّ سواء.
- الحصار على غزة: دعا منسّق الأمم المتحدة للشؤون الإنسانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة إلى الإنهاء الفوريّ للحصار حيث إن "تدهور وانهيار مرافق المياه والصرف الصحي في غزة يضاعفان النكران المتواصل للكرامة الإنسانية في قطاع غزة".
- الكلفة: يدفع المواطن الفلسطيني 11% من الدخل على المياه أكثر من أيّ مواطن في الإقليم العربي حيث في الوقت الذي يدفع المواطن في الإقليم ما معدّله 2% من دخله على المياه.

■ الانقسام

أدت الخلافات بين حركتي فتح وحماس إثر نتائج انتخابات المجلس التشريعي في بداية عام 2006 إلى وقوع اشتباكات مسلحة بينهما، انتهت بسيطرة حركة حماس على قطاع غزة بقوة السلاح في منتصف حزيران/يونيو 2007، لينشأ واقع جديد عزز من حالة الانقسام الجغرافي بين الضفة الغربية وقطاع غزة، ونتج عن ذلك حكومة في الضفة الغربية لا سلطة لها في قطاع غزة ولا تُشرف على مرافق وزارة الصحة، وحكومة أخرى في غزة (وأحياناً لجنة حكومية) تدير القطاع، بالإضافة إلى تعطل

أعمال المجلس التشريعي الفلسطيني ومن ثم حلّه.

نتج عن انقسام السلطات الفلسطينية بعد العام 2007 واقعٌ شاذ يتملّ في تعدّد المرجعيات السياسية والخدمية في كلّ من الضفة الغربية وقطاع غزة. ساعد وجود هذا الوضع سلطات الاحتلال على تشديد الخناق على قطاع غزة المحاصر أصلاً بالإضافة إلى الوحشية التي مارسها الاحتلال من خلال سلسلة حروب على قطاع غزة وما نتج عنها من عددٍ هائل من الشهداء والجرحى والمعاقين وتدمير البنية التحتية الأساسية للحياة. من ناحية الحق في الصحة نتج عن تشديد الحصار تدهورٌ في قدرة النظام الصحي في غزة على الاستجابة إلى الإحتياجات الخدمية في الصحة. ضرب ذلك بشكلٍ مباشر حقّ المواطن الفلسطيني في الصحة وأيضاً حقّه في الحصول على الخدمات الصحية على قدم المساواة مع المواطن في الضفة الغربية.

عكست حالة الانقسام نفسها على قطاع الصحة في قطاع غزة، فشهد أحداثاً سلبية عديدة أثّرت على أداء القطاع الصحي وهُدّدت وجوده، ممّا انعكس سلباً على صحة المواطن الفلسطيني، وهذا يعود للعديد من الممارسات نتيجة للتضارب الإداري بين جناحي الوطن في الضفة والقطاع، وظهر ذلك واضحاً عبر:

- توقّف غالبية موظّفي وزارة الصحة في قطاع غزة عن العمل بعد الانقسام، وترتّب عن ذلك فقدان الخبرات والكفاءات في مجال الصحة.
- وقف الرواتب: حيث امتنعت السلطة الفلسطينية في رام الله عن دفع رواتب عددٍ كبير من موظّفي وزارة الصحة في غزة. وخلال سنوات الانقسام الممتدّة من العام 2007، لم يتمّ توظيف أيّ موظّف في وزارة الصحة في غزة على بند رواتب حكومة رام الله، بالرغم من أنّ المئات من موظّفي الوزارة قد شغرت وظائفهم بسبب التقاعد أو الوفاة.
- الصراع على إدارة قطاع الصحة ما بين حكومتي غزة ورام الله، وغياب خطة موحّدة لقطاع الصحة، وإقدام الصحة في إطار المُنكافات السياسية.
- تقليص عدد التحويلات للعلاج الخارجي، وتدني جودة الخدمات المقدّمة لمرضى القطاع المُحوّلين خارجياً، فتحت شعار توطين "العلاج في الخارج" تمّ تركيز تحويل مرضى قطاع غزة إلى مرافق القطاع الصحي الخاص في الضفة الغربية الذي ينمو بشكل متسارع على حساب إهمال خدمات القطاع الصحي العام، خصوصاً في قطاع غزة.
- التمييز في حقوق الموظّفين في قطاع الصحة ما بين موظّفي غزة ورام الله، وعلى الرغم من أنّ حكومة رام الله تقوم بدفع رواتب جزء كبير من موظّفي وزارة الصحة المُسجّلين على قيود الوزارة في كلّ من غزة ورام الله؛ فإنّها تُعامل موظّفيها في الضفة الغربية بشكلٍ تفضيلي عن أمثالهم في قطاع غزة، حيث إنّ موظّفي القطاع محرومون من البدلات مثل بدل طبيعة المهنة، وينتج عن ذلك الضالة النسبية لرواتبهم مقارنةً بأقرانهم في الضفة الغربية، ويترتب عن ذلك التأثير على تحفيز الموظفين في وزارة الصحة في غزة.
- تُنفق وزارة الصحة في رام الله على العلاج التخصصي في الخارج لمرضى قطاع غزة وعلى احتياجات مرافقها من الأدوية والمستلزمات الطبية؛ إلّا أنّها وعلى الرغم من تحسّن هذا الوضع مؤخراً، فإن إرساليات الوزارة في رام الله من الأدوية والمستهلكات الطبية إلى مرافقها في قطاع غزة اتّسمت ولفترة طويلة بالشحّ والموسمية.

- عدم توفير الموازنات المالية اللازمة لتغطية المصاريف الجارية لمرافق وزارة الصحة في قطاع غزة.
- يمكن تلخيص أثر الانقسام على الحق في الصحة بالآتي:
- ازدواجية المرجعية السياسية والإجرائية داخل وزارة الصحة ممّا أربك الأداء الخدماتي وبروتوكولات إدارة الموارد.
- تعقيد إجراءات العمل فيما يتعلّق بأولويات التطوير، صيانة المرافق، توريد الأدوية والمستلزمات، التدريبات والتحويلات.
- عدم استقرار وديمومة توفّر المُدخلات المادّية والبشرية.
- تراجع القدرات العملية نتيجة شحّ التدريب والتطوير.
- تنامي قطاع خدماتي جديد يعمل على رأب الصدع وتوفير ما يمكن من خدمات غير متوفّرة ضمن النظام الحكومي (الخدمة العامة، القطاع الخاص). على الرغم من أهمّيته، إلّا أنّ هذا القطاع حمّل عبئاً مالياً كبيراً على المواطنين ووضع قضية الحصول على الرعاية مُقتصرًا على من يستطيع الدفع.

حوكمة النظام الصحي

التشريعات

على الرغم من حقيقة أنّ الاحتلال هو السبب الجذري لعدم إعمال الحق في الصحة للفلسطينيين، فإنّ هذا القسم من التقرير يتعمّق بمراجعة مدى التزام التشريعات الفلسطينية في توضيح الحق وتشريع القوانين والسياسات التي تؤدّي إلى إعماله.

لم يتطرّق القانون الأساسي الفلسطيني للحق في الصحة بشكل مباشر، وإنّما نصّ في المادة 10 منه على الالتزام بحقوق الإنسان وحرياته الأساسية وأنها مُلزمة وواجبة الاحترام، وأوجب على السلطة الوطنية أن تعمل، دون إبطاء، على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان عامة، وبما فيها المواثيق التي تؤكد على الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة. كما تطرّق القانون الأساسي إلى عددٍ من الموضوعات ذات العلاقة بالحق في الصحة كالتجارب العلمية الطّبية والقضايا المتعلقة برعاية الأمومة والطفولة والصحة المهنية. وعلى الرغم من عدم تطرّق قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 للعام 2004 لتعريف مفهوم الحق في الصحة بشكل مباشر، إلّا أنّه يمكن استخلاص مفهوم الحق في الصحة في القانون الفلسطيني من خلال جملة الموضوعات الصحيّة التي عالجها القانون، وجملة المهام المنوطة بوزارة الصحة، ولا سيّما موضوعات رعاية الأمومة والطفولة، ومكافحة الأمراض المُعدية والأوبئة، والحجر الصحي، والمكافحة الصحيّة، وصحة البيئة، والصحة المهنية، والثقافة الصحيّة، والعقاقير الطّبية، والمهّن الطّبية المساعدة، وسلامة الأغذية والمستشفيات والعيادات، والمراكز الصحيّة. هذا مع الأخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية المختلفة التي يفرضها الاحتلال الإسرائيلي وتؤثر بشكل كبير في واقع وقدرات السلطة الوطنية الفلسطينية لتحديد مفهوم الحق في الصحة، سيّما مع وجود آلاف الشهداء والجرحى والحوادث الاحتلالية التي تؤثر بشكلٍ أو بآخر على ما يُمكن تقديمه من رعاية صحيّة.

فيما عدا توصيف حق المريض في المؤسسة الصحيّة على الرعاية وتلقّي الشروح حول العلاج، احترام الخصوصية وتقديم الشكاوى كما ظهرت في المادة 60 من قانون الصحة العامة للعام 2004، فإنّ المُسوِّغ الحقوقي غاب عن التشريعات والقوانين الصادرة عن السلطة الوطنية الفلسطينية. ظهر في القانون المذكور أعلاه واجب الهيئات الصحيّة العامة تقديم الخدمات الأساسية ضمن مرافقها وتحديدًا تلك الموجهة للطفل والمرأة.

تمّ التعامل مع الحق في الحصول على الخدمات عن طريق قرارات بقانون تهدف إلى تيسير الوصول إلى الرعاية الصحيّة وحيازة التغطية بالتأمين الصحي الحكومي بشرائحه المختلفة. لعلّ أهمّ قرار قانوني في هذا المجال هو قرار الرئيس الفلسطيني بإعفاء أهالي قطاع غزّة من رسوم التأمين الصحي ومنحهم تغطية شاملة ضمن هذا التأمين.

وكذلك هناك جملة من التشريعات والأحكام القانونية الصحيّة الفلسطينية (أو النافذة في فلسطين) الأخرى التي تساهم في بيان مفهوم الحق في الصحة في النظام القانوني الفلسطيني. لكن في المقابل، لا تزال كثير من الموضوعات التي

ذكرها قانون الصحة مُغيّبة، بسبب عدم وضع لوائح تنفيذية لها حتى الآن، ولم يتضمن القانون قضايا هامة كالأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي والقضايا المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية بعض الفئات مثل المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، إضافة إلى الاهتمام فقط بالدور الإنجابي للمرأة دون الاهتمام بمراحل حياتها الأخرى.

بمراجعة المنظومة القانونية الصحية الفلسطينية سألقة الذكر ودراسة مدى إعمالها للحق في الصحة الذي كفلته المواثيق الدولية التي أشرنا لها في السابق، يُلاحظ أنّها خطت خلال السنوات الأخيرة التالية لوضع القانون الأساسي في العام 2002 وقانون الصحة العامة في العام 2004 خطوات متقدمة في مجال التنظيم التشريعي لعدد من الموضوعات الصحية المُعملة للحق في الصحة كما جاءت بها الاتفاقيات والمواثيق الدولية للحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، دون أن تعمل كل ما جاءت به هذه الاتفاقيات والمواثيق، ودون أن يتم بناء قانون الصحة وفق المنهج المبني على الحقوق (Human-Rights Based Approach - HRBA)، وإنما بُني على أساس أن الصحة خدمة يحتاجها المواطن وأن هذه الخدمة تحتاج إلى تنظيم قانوني ينظمها.

إنّ تحديد مدى اتساق قانون الصحة والمنظومة القانونية الصحية الفلسطينية مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان بشكل دقيق وفعال يحتاج إلى مراجعة للأنظمة والقرارات والسياسات التنفيذية لدى الجهات المكلفة بإعمال الحق في الصحة أيضاً، وليس فقط مراجعة القوانين، والمطالبة بمواءمتها مع المعايير الدولية. فقد تكون هناك قوانين وأحكام قانونية صحية جيدة، لكنّها لا تلقى التنفيذ الجيد، فيصبح الوضع الصحي سيئاً، رغم حسن تلك القوانين. وكذلك الأمر بالنسبة لتنفيذ/ صرف الموازنة المخصصة لتطبيق القانون الصحي، فكلّما كانت الإدارة المالية ذات كفاءة عالية في إدارة الموازنة المخصصة لقطاع الصحة، كلّما اقتربت هذه الموازنة من الإعمال الفعلي للحق في الصحة.

من ناحية أصحاب الحق، فإنّه وحسب تعريف من تمّ لقاؤهم من أصحاب الرأي، يغيب التعريف الحقوقي حول الصحة لدى الغالبية الساحقة من الفلسطينيين. يتركز الفهم الحقوقي حول الحق في تلقي الخدمات، توقّر المرافق والأدوية وضمان تغطية جميع المعضلات الصحية على مستوى الفرد، العائلة والمجتمع. يرافق هذا النوع والمستوى من المعرفة حول الحقوق الصحية ممارسة موسمية وانخراط عشوائي في التأمين الصحي الحكومي إضافة إلى تعدّد وازدواجية استخدام المرافق الصحية.

لا يزال هنالك غياب في توصيف واضح للحق ومنهجية التنمية المبنية على حقوق الإنسان (HRBA) ولا تزال الأجسام الوطنية الحقوقية تتعامل مع ظواهر التقصير في إعمال الحق وطرحها للمساءلة وبالتالي لا يوجد لجنة أو لجان متخصصة في مراقبة وتعقب الحق في الصحة بالمفهوم الشمولي خارج نطاق الخدمات الطبية أو الصحية، ولكن تتمتع فلسطين بوجود شبكة عالية التميز والتخصّص في المجال الحقوقي بشكل عام، بما يشمل السعي لإعمال الحق في الصحة والمدافعة عن حق الفلسطينيين في التمتع بالمستوى الأعلى من الرفاه الجسدي، النفسي والاجتماعي.

وَضَعَ المجلس الصحي الأعلى والذي تمّ تشكيله بناءً على قرار منظمة التحرير الفلسطينية في بداية تسلم مهام إدارة الحياة في مناطق السلطة الفلسطينية دليلاً حول حقوق المريض على اعتبار أنّ تقديم الرعاية الصحية يجب أن يتسم بالأمان

والكرامة. على الرغم من أهمية الدليل المذكور، إلا أنه ولغاية الآن لا توجد وثيقة مشابهة تتطرق إلى الحقوق الصحية للمواطن ويأتي ذلك استمراراً لغياب التعامل مع الصحة كحق أساسي من حقوق المواطن خارج عن نطاق الخدمات الصحية.

التخطيط والمشاركة المجتمعية

على مدى وجود السلطة الوطنية الفلسطينية واستلامها ملف الصحة، تم تطوير مجموعة من الخطط الصحية الاستراتيجية¹. تركّزت الخطط المذكورة على بناء النظام الصحي وضمان تقديم خدمات ذات جودة عادلة لجميع الفلسطينيين بشكل عادل وشامل. في العام 2019، وبناءً على تكليف من مجلس الوزراء، تم تطوير خطة صحية من خلال لجنة صحية وطنية لتغطي الفترة 2019-2030. تطرقت الخطة المذكورة بشكل واضح لموضوع الحق في الصحة وأهمية التعاظم مع المبادرات الاجتماعية للصحة وإعمال الحق في الصحة والخدمات التي تضمن الوصول إلى ذلك.²

تشمل الخطة الاستراتيجية والتقارير الصحية محاور واسعة مثل صحة الأم والطفل، الصحة الجنسية والإنجابية، الصحة النفسية، الأمراض المزمنة والمعدية. في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والتي تشكّل خدماتياً ما يعادل 40% من عمل منظومة الخدمات، توجد استراتيجية وطنية تتطرق بشكل تفصيلي إلى هذه الجوانب وتحكم الفترة 2018-2022 (وزارة الصحة الفلسطينية 2018). يتم العمل الآن على خطة استراتيجية وطنية للصحة النفسية لدى الأطفال وتم مؤخراً إصدار خطة وطنية استراتيجية للحد من ظاهرة الانتحار أو محاولات إيذاء الذات. يتم تطوير الخطة الصحية الاستراتيجية في فلسطين من خلال عملية تشاركية تجمع القطاعات العاملة في الخدمات الصحية. يتشكّل النظام الصحي الفلسطيني من منظومة مرافق على المستوى الأول، الثاني والثالث وتتبع هذه المرافق لواء من القطاعات التالية:

- القطاع الحكومي ويشمل وزارة الصحة الفلسطينية ومرافق الخدمات التابعة لها وأيضاً الخدمات الطبية العسكرية التي تُعنى بتقديم خدمات صحية لقطاع العاملين في الأجهزة العسكرية والمؤسسات الأمنية.
- القطاع الأهلي (غير الحكومي).
- وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA).
- القطاع الخاص.

تشارك جميع القطاعات المذكورة في إعداد الخطة الاستراتيجية وعلى الرغم من وجود ازدواجية ومستوى مرتفع من عدم تنسيق تقديم الخدمات، إلا أن هناك نوعان من التكامل في تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام، الأهلي والخاص:

- تقوم المؤسسات الأهلية (المجتمع المدني) التي تُقدّم خدمات رعاية صحية بتنسيق عملها مع وزارة الصحة الفلسطينية من خلال مرافق مشتركة يتم فيها تناغم وتكامل برامجي. نجحت هذه الآلية في مجموعة من المناطق الفلسطينية ونتج عنها توفير خدمات على مستوى جيد تحديداً في المناطق المهمشة.

¹ الخطة الصحية الاستراتيجية (1999-1994، 2004-1999، 2004-2007، 2007-2010، 2018-2022)

² الخطة الصحية الوطنية

- تقوم المؤسسات الأهلية أيضاً بعمل مشترك فيما بينها وبين وزارة الصحة الفلسطينية بتقديم خدمات الرعاية الصحية ضمن شبكة من العيادات المتنقلة تستفيد منها المجتمعات النائية. تُفيد هذه الشبكة في تيسير وصول أهالي المناطق المهذدة بالإبعاد والتهجير القسري إلى الخدمات الصحية الأساسية وتعزيز صمودهم في مناطقهم المهذدة.
- تعمل وزارة الصحة مع القطاع الأهلي والخاص في إطار الرعاية الصحية الثانوية والثالثية ضمن سياق شراء الخدمات من خلال نظام التحويلات وشراء خدمات بين القطاع العام والخاص. يعمل هذا النظام على تأمين الخدمات الصحية غير المتوفرة في مرافق وزارة الصحة ويشكّل رافداً خدمتياً يحقق مصلحة مشتركة بين القطاعين والمُستخدِمين.

لا يزال صوتُ المنتفعين والفئات الهشة غائباً عن عملية التخطيط وأيضاً التأثير على السياسات والممارسات المتعلقة بأعمال الحق في الصحة. وعلى الرغم من وجود أجسام تمثّل وتدافع عن حقوق الفئات المختلفة، إلا أن دور هذه الأجسام يأتي في مرحلة تلقي الخدمات إن وجدت. يعاني المصابون بأمراض مُستعصية ومُزمنة من حرمان واضح فيما يتعلق بتوفر الخدمات، الأدوية والتجهيزات الخاصة. وعلى الرغم من تواجد هيئات ومؤسسات مجتمع مدنيّ فاعلة في المناصرة والدفاع عن حقوقهم، إلا أن الوصول إلى مستوى الكفاية يُعدّ تحدياً كبيراً للقرضى والمؤسسات والنظام الصحي على حدّ سواء. يمثل الوصول إلى وتغطية الأشخاص ذوي الإعاقة نموذجاً واضحاً على الحرمان حيث لا يزال ممثلو هذه الفئة يراودون في إقرار وتنفيذ حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على تأمين صحيّ عادلٍ وشامل.

■ واقع الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين

في عام ١٩٩٩ تمّ سنّ قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم ٩٩/٤ لينظّم حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بعد الفراغ الطويل الذي عاشه ذوو الإعاقة بسبب عدم وجود تشريعات وقوانين محلية تتحدث عن حقوقهم. وفي الوقت الذي تحدّث فيه القانون عن حقوق ذوي الإعاقة مثل الحق في التعليم والحق في العمل والحق في المواءمة وغيرها من الحقوق، إلا أنه تحدّث بالعموميات ولم يتعمّق بالتفاصيل، إضافةً إلى أنه افتقر إلى إدراج آليات واضحة ومعايير موحّدة بين مقدّمي الخدمات واللجان ذات العلاقة في تحديد نوع ومستوى التغطية. وهنا يجدر الحديث عن اشتراط التغطية بوجود نسبة إعاقة 40% يتمّ تحديثها بشكلٍ لا يخلو من الارتجال وعدم التوحيد بين المناطق ممّا يؤدّي إلى حرمان واضح وعشوائية في تقديرات نسبة الإعاقة وبالتالي الأهلية في الحصول على الخدمات والامتيازات. أدّى أيضاً غياب الشروط الجزائية التي تُجبر الهيئات على تنفيذ القانون إلى مطاطية في تنفيذ هذا القانون ممّا جعل حقوق ذوي الإعاقة تخضع لاجتهادات الوزارات أو هيئات ولجان المناطق والأفراد.

يمكن تلخيص الحرمان الذي يتعرّض له الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلّق بالحقوق الصحية بالتالي:

- **أولاً:** الحق في الحصول على الأدوية اللازمة. في الحديث عن الأدوية المتوفرة في الصحة هناك عددٌ كبيرٌ من الأدوية التي يحتاجها الأشخاص ذوي الإعاقة غير متوفرة في مديريات الصحة فيضطّرون إلى شرائها من خارج صيدليات الصحة ممّا يزيد العبء عليهم وعلى أسرهم.
- **ثانياً:** الحق في الحصول على الأدوات المساعدة. تقدّم الحكومة بعض

هذه الأدوات كهبّاتٍ ضمن مناسباتٍ أو استجابةً لنداءاتٍ فردية، بينما تتحمّل مؤسسات المجتمع التي تعمل أو تساند الأشخاص ذوي الإعاقة العبء الأكبر في تأمين هذه الأدوات من أطراف صناعية وكراسي كهربائية وكراسي متحركة وأجهزته للمساعدة على المشي لشلل الأطفال وغيرها.

• **ثالثاً:** تشخيص وتحديد نسبة الإعاقة من قبل اللجان الطبية. تعتمد اللجان في تحديد نسبة العجز على كتاب يرجع تاريخه لعام 1965 أيام الإدارة المدنية الإسرائيلية ولإزال لم يتم التعديل عليه أو اعتماد تصنيف منظّمة الصحة العالمية المعدّل لعام 1997 كأساس لتحديد نوع الإعاقة ونسبتها رغم وجود تغيير كبير في مفاهيم الإعاقة ودخول عدّة إعاقات لم يكن يُعرف عنها شيءٌ سابقاً مثل مرض اضطراب التوّحد، بالإضافة إلى المشوار الطويل الذي يحتاجه الشخص للحصول على هذا التصنيف من تكاليف وإرهاقٍ جسدي.

• **رابعاً:** الحصول على المُستهلكات الطبية حيث لا تشمل سلّة التغطية ضمن التأمين الصحيّ المُستهلكات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة والتي تُعتبر عنصراً مهماً في عملية العلاج التأهيلي والانخراط في الحياة العادية.

تبني التغطية الصحية الشاملة

التزمت فلسطين ومنذ 2012 بمبدأ التغطية الصحية الشاملة وتم تعريف المنهجية والآلية التي تمحورت حول نموذج طب الأسرة. يشكّل مبدأ التغطية الصحية الشاملة بوصلة تخطيط البرامج الصحية لدى وزارة الصحة الفلسطينية والشركاء وفيما يتعلق بنموذج طب الأسرة، تراكمت خبرة مهمة في نظام وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) على مستوى الإقليم وبالتأكيد في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية.

يواجه تنفيذ المفهوم على الأرض مجموعة من العوائق يمكن تفصيلها بالآتي:

- على الرغم من الالتزام السياسي والسياساتي بهذا المبدأ، يغيب التحليل البرامجي الواضح فيما يتعلق بمواءمة المفهوم مع الواقع الديمغرافي والوبائي للمجتمع الفلسطيني.
- يتبع النقطة الأولى غياب رصد وتعريف واضح لسلّة الخدمات وتوزيع المرافق الصحية المناسبة والآلية استحقاق الخدمات للفئة تحت التغطية.
- تَعَثُّر جهود تطوير نظام تأمين صحي شامل ومؤدّد.
- عدم كفاية التناغم والتكامل في تقديم الخدمات الصحية بين القطاعات المختلفة.
- العقوبات المالية الناجمة عن شح التمويل ونجاعة إدارة الموارد ضمن القطاع الصحي.

جدول 7. الانخراط في التأمين الصحي *

الانخراط في التأمين الحكومي (%)	الانخراط بأي تأمين (%)		
75.6	79.3	كلّ فلسطين	المنطقة
68.4	68.9	الضفة الغربية	
83.4	94.8	قطاع غزة	
75.2	79.6	سكّان المدينة	مكان السكن
84.0	68.3	سكّان الريف	
68.9	95.1	سكّان المخيمات	

76.3	78.5	تعليم ابتدائي	التعليم
76.0	78.7	تعليم ثانوي	
75.0	80.1	تعليم عالي	
82.3	93.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
72.0	74.5	المتوسط	
65.6	72.0	الأغنى	

* جميع النظم التأمينية: حكومي، وكالة الغوث، الخاص

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح متعدد المؤشرات 2021

يشمل نظام التأمين الصحي في فلسطين مجموعة من منظومات وشرائح تأمين تختلف من حيث مُقدّم التأمين، مُقوّل الخدمة، سلّة الخدمات ومساهمة المؤمن. حسب تقرير الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، تتوفر المنظومات التأمينية التالية في فلسطين:

- التأمين الصحي الحكومي وتديره وزارة الصحة الفلسطينية.
- تأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين وتديره المؤسسة المذكورة لصالح اللاجئين المسجلين لديها.
- التأمين الصحي التابع للخدمات الطبية العسكرية ويُغطّي العاملين في المؤسسة الأمنية والعسكرية الفلسطينية وعائلاتهم ويتقاطع مع التأمين الصحي الحكومي.
- التأمين الصحي الخاص والذي تديره شركات تأمين خاصة ويشكّل ما نسبته 2% من التغطية ويعتمد سقف تغطية وسلّة خدمات محدودة.

تتخرط نسبة 79% من المجتمع الفلسطيني بوحدة أو أكثر من المنظومات المذكورة أعلاه ويمكن الحديث عن مستوى عالٍ من عدم استجابة النظام المعمول به في فلسطين للاحتياجات الخدماتية وعدم النجاعة المالية وحرمان فئات معيّنة من الخدمات. يغطّي التأمين الصحي الحكومي 64% من المواطنين بنسبة 68% في الضفة الغربية و83% في قطاع غزة، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة الإنفاق الذاتي على الصحة (out of pocket) تبلغ 39% أي أن المواطن الفلسطيني يدفع من جيبه 39% من احتياجاته الخدماتية الصحية. تشكّل هذه النسبة إنفاقاً كارثياً على الخدمات تؤدي إلى الإفكار حسب تعريفات منظمة الصحة العالمية. تشير هذه النسبة أيضاً إلى ضرورة العمل على تعريف واضح لسلّة الخدمات الملائمة للإدراج ضمن التأمين الصحي الحكومي وضمان عدالة الوصول لها.

يعاني النظام الصحي الفلسطيني وتحديداً نظام التأمين الصحي الحكومي من مستوى ضئيل من التحصيل مقابل مستوى عالٍ من الإنفاق على الصحة يصل إلى 11% من الناتج المحلي. وحسب تقارير وزارة الصحة، فإن الإيرادات المالية للوزارة تصل فقط إلى 10% من الإنفاق (وزارة الصحة الفلسطينية 2019a). بالإشارة إلى أن سلّة التغطية في الخدمات الصحية ضمن التأمين الصحي الحكومي هي سلّة مفتوحة تشمل العديد من التدخلات عالية الكلفة، إضافة إلى أن القائمة الأساسية للأدوية تشتمل على بنود مفتوحة تُتيح استخدام وشراء أدوية خارج السلّة بناءً على

توصيات مُقدّمي الخدمة مما يؤدي إلى تضخّم الإنفاق وتفاقم مسألة عدم العدالة والمساواة في الحصول على الخدمات الصحيّة. إن المستوى المتدني من الإيراد للتأمين الصحي وعلى الرغم من أنّه يشكّل عائقاً لرفع مستوى الخدمات والتغطية، إلّا أنّه يجب أن يتمّ الأخذ بعين الاعتبار أنّ المواطن الفلسطيني ومن خلال دفع الضرائب والرسوم المختلفة، يساهم في رفد الميزانية الوطنية وبالتالي، فإنّ المواطن يجب أن يتمتّع بانعكاس ذلك على الخدمات الصحيّة.

الإنفاق على الصحة

تشكّل ميزانية وزارة الصحة 13% من موازنة السلطة الفلسطينية ويبلغ الإنفاق على الفرد من هذه الموازنة 320 دولاراً للفرد في العام. يُعتبر هذا الإنفاق من الأعلى بين الدول ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المُشابه لفلسطين. على الرغم من المذكور أعلاه، يعاني الإنفاق على الصحة من مجموعة من التحديات المرتبطة بالمُخرجات، النجاعة وجودة الرعاية سيتمّ التطرّق إلى أهمّها في هذا الجزء من التقرير.

■ النجاعة المالية (الإنفاق الذاتي على الخدمات)

في هذا السياق يجري الحديث عن مجموعة من المؤشّرات المترابطة والتي تُقدّم وصفاً للحقّ في الحصول على الخدمات (انخراط 79% من المواطنين في التأمين الصحي)، الفجوة بين إيرادات وزارة الصحة (68 مليون دولار) (وزارة الصحة الفلسطينية 2019a) والإنفاق (714 مليون دولار)، الإنفاق الذاتي على الرعاية الصحية (39.5%). عند مراجعة الأرقام أعلاه يتبيّن أنّ هنالك تحدياً كبيراً في تغطية النفقات من خلال الإيرادات وبالتالي الاعتماد على المُقوّلين في تغطية الإنفاق ووجود عجزٍ مُزمنٍ على ميزانية الصحة على الرغم من أنّ تمويل الرعاية الصحية يجب أن يتمّ أيضاً من خلال ما يدفعه المواطن من ضرائب ورسومٍ مختلفة. تستلزم دراسة الجدوى المالية لعمل النظام الصحي الفلسطيني دراسة تفصيلية موجهة في إطار تنفيذ رؤيا القطاع الصحي والتزامه بمبدأ التغطية الصحية الشاملة. يستوجب ذلك العمل بمنهجية باتجاه تحديد الإحتياج ضمن الواقع الديمغرافي والخصائص الوبائية، تعريف أدوار ومساهمات القطاعات المختلفة في تقديم الخدمات ضمن مفهوم الاختصاصية والقدرة وأيضاً ترشيد استخدام الموارد المالية بشكلٍ ناجعٍ ومُستدام.

بلغت كلفة شراء الخدمات الصحية من خارج مرافق وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2019 ما يقدر بـ 264 مليون دولار (وزارة الصحة الفلسطينية 2019b) ما يعادل 35% من ميزانية وزارة الصحة الكلية. وعلى الرغم من أنّ الوزارة نجحت في توطيد الخدمات الصحية إلى حدّ كبير وبات الإنفاق على هذا البند يذهب بشكلٍ أساسي إلى المؤسّسات الصحية الفلسطينية خارج مرافق وزارة الصحة، إلّا أنّ هذا الجانب يُعدّ إنفاقاً عالياً ويستوجب النظر في إمكانية ديمومته وعدالته والتزامه ببروتوكولات الرعاية الفضلى. كما في الفقرة أعلاه، يستوجب الإنفاق على شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة بما ينسجم مع الحقوق، الأهلية والنجاعة المالية.

جدول 8. عدد تحويلات شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة خلال السنوات 2011-2021

عدد التحويلات	العام
56468	2011
56076	2012
61635	2013
74683	2014
87620	2015
91927	2016
94939	2017
109818	2018
104881	2019
80020	2020
99064	2021

جودة الخدمات الصحية

على الرغم من القفزة النوعية التي حققتها النظام الصحي الفلسطيني خلال فترة السلطة الوطنية الفلسطينية نتيجة للعمل المخلص للكوادر الصحية الوطنية في أقسى الظروف، وبالرغم من أن مجموعة مهمة من المؤشرات الوطنية ترتقي إلى مستويات الدول المتطورة، إلا أنه أيضاً ممّا لا شك فيه أن جودة الرعاية الصحية في فلسطين تشكّل تحدياً يعيق وصولنا إلي ما نطمح إليه من حق في صحة ورفاهية بما ينسجم مع الطاقات والخبرات وأيضاً توقّعات المواطنين.

ضمن الواقع الفلسطيني، يُمكن تلخيص مظاهر انخفاض الجودة في الرعاية الصحية بالآتي:

- المستوى العالي (غير المُبرّر) للوفيات والمضاعفات المُصاحبة للرعاية الصحية. تشير تقارير لجنة وفيات الأمّهات أن معدّل وفيات الأمّهات في فلسطين للعام 2021 وصلت إلى 47 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة ممّا يشير إلى تصاعّد كبير في المعدّل الذي وصل في العام 2017 إلى 15 وفاة. يشير التقرير الأخير إلى أن 80% من وفيات الأمّهات في فلسطين تندرج تحت فئة القابلة للمنع (avoidable) (وزارة الصحة الفلسطينية 2022). على الرغم من الميل إلى إرجاع سبب تضاعف معدّل وفيات الأمّهات إلى جائحة كوفيد-19، إلا أن معدّلات الإصابة، أسباب الوفيات وحقيقة أن نمط الارتفاع المضطرد في وفيات الأمّهات بدأ في العام 2017 أي قبل الجائحة بثلاث سنوات، يشير إلى أن الأسباب الفعلية في الارتفاع هي تلك المُرتبطة بتراجع أنظمة الرصد والوقاية من وفيات

الأمّهات على المستوى الوطني.

- انتشار وتفشي ظاهرة ما يُسمّى بالأخطاء الطبيّة بدون وجود نظام أو منهجية للحدّ منها أو الاستفادة منها للتقدّم بجودة الرعاية الصحيّة. يستمرّ ظهور حالات الأخطاء الطبيّة بدون وجود نظام واضح لمراجعة هذه الحالات وأخذ العِبَر ويتمّ التعامل معها ضمن إطار قانونيّ جزائيّ لا يأخذ أبعاد الجودة بعين الاعتبار. من المهمّ الإشارة في هذا السياق إلى قيام وزارة الصحة، نقابة الاطباء، شبكة المشافي الخاصة، وتحت مظلة مجلس الوزراء في حينه، بإنفاذ قرار بقانون رقم (31) لسنة 2018 بشأن الحماية والسلامة الطبيّة والصحيّة والذي وبسبب عدم توفّر نظام لتأمين العاملين الصحيّين لم يتم تطبيقه على أرض الواقع.
 - تفشي ظاهرة التسوّق في طلب واستخدام مرافق الرعاية الصحيّة كنتيجة لانعدام التناغم والتنسيق بين مقدّمي الخدمات الصحيّة وأنظمة التأمين الصحيّ المعمول بها في البلد، وذلك بدون أيّ قيمة إضافية على جودة المُخرجات. بلغ معدّل زيارات متابعة الحمل في فلسطين 7,7 لكلّ امرأة للحمل الواحد، في حين أنّ الموصى به علمياً هو 4 زيارات. كما أنّ نسبة 60% من مُستخدمي طوارئ المستشفيات تكون لأغراض يمكن التعامل معها ضمن مرافق الرعاية الصحيّة مما يعكس فجوة واضحة لدى كلّ من المرافق والمستخدِمين.
 - عدم اكتمال آليات التقصي للأمراض الأكثر خطورة وإثقالاً على الرعاية الصحيّة مثل السرطان. تشير التقارير أنّ 70% من حالات سرطان الثدي يتمّ اكتشافها في المرحلة الثالثة أو الرابعة من نموّ وتفشي المرض.
- تُعتبر النقاط أعلاه مؤشراً على ضرورة التوجّه لجودة الرعاية الصحيّة كأحد محاور أعمال الحقّ في الصحة حيث ينتج عنها أثراً سلبياً على ثقة الناس في نظام الرعاية الصحيّة وتسبّب نزيفاً مالياً يُثقل النظام ويُعيق عمليات تطويره.

الاستنتاجات الأساسية

الاحتلال العسكري الإسرائيلي يشكّل المُحدّد الأساس في إعاقة وصول الفلسطينيين إلى حقهم في الصحة. يمثل الاحتلال وممارساته المختلفة تهديداً للحق في الحياة أولاً وثم تتدرج الانتهاكات لتمسّ المُحدّدات الأخرى المرتبطة بالحصول على الخدمات وجودتها وكفائتها. إنهاء الاحتلال هو الشرط الأولوية عند الحديث عن إعمال الحق في الصحة للفلسطينيين.

على الرغم من محاولة تغطية المُحدّدات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالحق في الصحة في فلسطين، إلّا أنّ مركزية الخدمات الصحية شكّلت المفهوم الأساسي للحق في الصحة ضمن المفهوم التشريعي والمؤسّساتي والمجتمعي. تفتقر الوثائق التشريعية الفلسطينية والقانون الأساسي الفلسطيني إلى موادٍ وبنود واضحة فيما يتعلّق بالحق في الصحة على الرغم من وجود قانون صحة عامّة مُتقدّم من ناحية المحتوى. من الواضح أنّ الحق في الصحة تَقوّر حول توفير خدمات رعاية صحيّة.

الحق في الصحة في فلسطين مفهوم عالي التعقيد حيث تلعب عناصر النيوليبرالية، الواقع السياسي وواقع الطوارئ متعدّدة الأشكال دوراً مهماً في إعاقة الوصول إلى الحق. لم يكن هنالك إمكانية للنظر بعمق إلى دور المؤسّسات الأممية ولكنّ تراجع مجموعة من المؤسّسات الصحية المرتبطة برسالة وبرنامج عمل بعض المؤسّسات المذكورة يشير إلى ضرورة مراجعة هذا الدور ووضعه في إطاره الصحيح.

على الرغم من أهمية النظر إلى الإنقسام كتحديٍّ مهمٍّ للواقع السياسي والمؤسّساتي في فلسطين، وعلى الرغم من التأثير السلبي للإنقسام على أداء النظام الصحي الوطني، إلّا أنّ ذلك لا يمكن النظر إليه بمعزلٍ عن سياسة العزل والحصار التي تُمارس ضدّ قطاع غزّة.

النظام الصحي الفلسطيني يشكّل مثلاً لنظام مُتعدّد القطاعات وعلى الرغم من صغر الفئة السكانية التي يخدمها هذا النظام، يحدّ تشرّد الخدمات وتعدّد السياسات والمصالح داخل هذا النظام من نجاعة إعمال الحق في الصحة، وبالتالي إلى ضياع فرصٍ مهمّة للعدالة والتطوير.

يوجد فروقاتٍ مهمّة في توزيع الخدمات بين المناطق الجغرافية والفئات المُجتمعية. الأشخاص من ذوي الإعاقة يعانون من حرمانٍ واضحٍ في الحصول على الحق في الصحة والامتيازات التي تُراعي صحتهم وكرامتهم.

الإنفاق من الجيب على الصحة والذي يصل إلى 40% يشكّل مؤشراً واضحاً على حالة عدم الكفاية والحرمان فيما يتعلّق بالتغطية، العدالة وشمولية الحصول على الخدمات الصحية. على الرغم من أنّ هذا المؤشر يصل إلى مستوياتٍ أعلى في بعض الدول العربية الشقيقة، إلّا أنّ طبيعة المجتمع الفلسطيني، وتعدّد قطاعات الرعاية الصحية وتوزيع المرافق تستوجب حدّاً أدنى من الإنفاق من الجيب. يجدر هنا النظر إلى نجاعة الإدارة الاقتصادية (الإكثارية) للقطاع الصحيّ.

يُعتبر معدّل وفَيات الأمّهات مؤشراً شمولياً يعكس أداء النظام الصحي في البلدان

المختلفة. إنَّ تضاعف معدّل وفّيات الأمّهات في فلسطين خلال السنوات الخمس الأخيرة يُعدّ دليلًا على التراجع المنهجي في أداء النظام الصحيّ وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار جميع اللاعبين المحليين والدوليين ذوي العلاقة. حيث إنّ التقرير الحالي لم ينظر بشكلٍ معقّق إلى أداء المؤسسات الدولية، وإن دراسةً معمّقةً على هذا الصعيد تُعتبر ضرورية.

يجب الحديث بالشمولية والتفصيل عن حوكمة النظام الصحيّ وضرورة العمل ضمن محاور توطين الخدمات الصحيّة، تعظيم التكامل بين قطاعات الرعاية، زيادة نجاعة الإنفاق على الصحيّ والتغطية ضمن نظام تأمين صحيّ وطني شاملٍ وعادلٍ وتحسين جودة الخدمات الصحيّة كلّ على حدة. ضمن التقرير الحالي، فإن حوكمة النظام هي شرطٌ أساسيٌّ لأعمال الحقّ في الصحة. ومن الجدير الإشارة إلى جهود قائمة على هذا الصعيد ولكنها لا تزال في طور التخطيط.

التوصيات

تتحمل سلطات الاحتلال الإسرائيلي مسؤولية تردّي الواقع والخدمات الصحيّة في فلسطين. على الدولة القائمة بالاحتلال احترام المواثيق الدولية والقانون الدولي الإنساني في هذا السياق.

الحكومة الفلسطينية بشكل عام ووزارة الصحة بشكل خاص هي الهيئة حاملة الواجب فيما يتعلّق بالحق في الصحة. يجب على الحكومة والوزارة تحمّل المسؤولية القانونية والأخلاقية تجاه حياة المواطنين الفلسطينيين وضمان الحصول على رعاية صحيّة ذات جودة عالية تضمن لهم العيش وتلقّي الخدمات بكرامة.

توصيات خاصّة

1. العمل على التطبيق الوافي والأمين للمنظومة الصحيّة الوطنية، مع ما يتطلّبه ذلك من وضع الجهات التنفيذية للقرارات واللوائح والأنظمة والتعليمات وكافة الإجراءات التنفيذية الأخرى لهذه النصوص.
2. العمل على تطوير المنظومة القانونية الصحيّة العامة بما يتلاءم مع التطوّرات العالمية والوطنية في هذا الشأن، ولا سيما مع وضع العالم لأهدافه التنموية المُستدامة السبعة عشر (أهداف التنمية المُستدامة 2030)، انسجاماً مع انضمام دولة فلسطين للعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في العام 2014، وما ربّته على نفسها من التزام بتوفيق أوضاع تشريعاتها الصحيّة بما يتلاءم مع أحكام هذا العهد.
3. إنهاء الاحتلال والضغط على حكومة الاحتلال لوقف ممارساتها ضد المواطنين الفلسطينيين والنظام الصحي الفلسطيني ورفع الحصار عن غزّة من أجل ضمان الوصول إلى الخدمات الصحيّة.
4. تعديل قانون الصحة العامة بحيث ينصّ على ضمان الحق في الوصول إلى الخدمات الصحيّة من خلال خطّة وطنية تركز على توطيد الخدمات الصحيّة وتعزيز الشراكة بين مُقدّمي هذه الخدمات.
5. تنفيذ نظام تأمين صحي شامل يركّز على حقّ المواطن بسلّة خدمات تُغطّي احتياجاته وتمنع حدوث العبء المالي الناتج عن الإنفاق من الجيب.

المراجع

- United Nations Population Fund, World Health Organization, Ministry of Health, Palestine. 2014. Victims in the Shadow. [Link](#).

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "أوضاع السكان في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "نشرة خاصة بمناسبة اليوم العالمي للمستئين." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2021. "واقع حقوق الطفل الفلسطيني." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2022. "تقرير وفيات الأمهات." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2019a. "التقرير السنوي." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2019b. "الحسابات الصحية الفلسطينية - 2019." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2018. "الاستراتيجية الوطنية الإنجابية والجنسية في فلسطين 2018-2022." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2021. "المسح متعدد المؤشرات."
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2020. "كتاب فلسطين الإحصائي السنوي." [الرابط](#).
- البرغوثي، مصطفى. 1991. "الخدمات الصحية في فلسطين، معهد الاعلام والسياسات الصحية والتنمية. hdip."
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "أوضاع الفلسطينيين في نهاية عام 2022." [الرابط](#).
- وكالة الانباء الأردنية. 2023. "وفاة مريض من غزة جراء منعه من العلاج بالقدس المحتلة." [الرابط](#).
- البنك الدولي والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2023. "الصحة النفسية في الضفة الغربية وقطاع غزة." [الرابط](#).

الحق في الصحة في السودان

الوضع الراهن والمحدّدات

منى فتح الرحمن

أخصائي الصحة العامة

الدكتورة منى فتح الرحمن عمر (بكالوريوس الطب والجراحة، ماجستير الصحة العامة، ودبلوم منهجية وأخلاقيات البحث العلمي)، أخصائي الصحة العامة، لديها أكثر من 20 عاما من الخبرة في أبحاث النظام الصحي. رئيس قسم البحوث بوزارة الصحة، الخرطوم، السودان. محاضر في منهجية وأخلاقيات البحوث الصحية في العديد من الجامعات الوطنية. عضو نشط في عدد من اللجان البحثية والمؤسسات المهنية الصحية.

سامية يوسف إدريس هباني

استشاري الصحة العامة وطب المجتمع

استشاري الصحة العامة وطب المجتمع. معظم الخبرة في الإدارة الصحية وبحوث النظم الصحية. خبرة في العمل المهني والأكاديمي. عملت في وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، وزيرة للشؤون الإجتماعية، عضو بالبرلمان ورئيس لجنة الصحة والبيئة والسكان بالبرلمان. عملت كجزء من الوقت في المجلس الثقافي البريطاني، المجلس السوداني للتخصصات الطبية. عضو مجلس إدارة العديد من المنظمات الوطنية والدولية. نشرت وقدمت عدة أوراق علمية.

مايسة مصطفى الفضل

أستاذ مساعد في برنامج الصحة العامة والمدارية في جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا

الدكتورة مايسة الفضل إختصاصي صحة عامة وأستاذ مساعد في برامج الصحة العامة بجامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا، السودان. تمتد خبرة الفضل إلى أحد عشر عاما تركزت في تقييم النظام الصحي والمسوحات الوبائية لموضوعات تخص الحاكمية، الرعاية الصحية، الاوليه، والعنف القائم على النوع، صحة المهاجرين، وحديثا الكوفيد في السودان والمنطقة العربية.

شكر وعرفان

نتقدّم بالشكر الجزيل لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND) وكلّية العلوم الصحيّة بالجامعة الأميركية في بيروت (FHS-AUB) لتكليفهما لنا بإعداد تقرير الحقّ في الصحة في السودان والذي هو جزءٌ من تقرير الرائد العربي 2023، ونخصّ بالشكر د. مي، د. سوسن والأستاذة ميساء لما قدّمنه من دعمٍ فني وتوجيهٍ في كلّ مراحل إعداد التقرير.

نتقدّم أيضاً بالشكر والعرفان للإخوة والأخوات الذين أجرينا معهم المقابلات لما وقّروه لنا من وقتٍ ونحن نشهد مدى انشغالهم وضيق الزمن لديهم، وكذلك لما قدّموه من وثائقٍ مهمّة كانت خيرَ معينٍ في إعداد التقرير.

يتواصل شكرنا لمنظمة "نداء" لتنسيقها ورشة التشاور الوطني وللمشاركين في الورشة.

الشكرُ من قبل ومن بعد لله العليّ العظيم الذي وفّقنا لإنجاز هذا العمل رغم الظروف الصعبة بالبلاد في هذه الفترة الزمنية من عمر السودان، وندعو الله أن ينعّم على البلاد بالأمن والسلام والاستقرار والنماء والرفاه.

مقدمة

جمهورية السودان دولة عربية إفريقية، الغالبية العظمى من سكانها هم من المسلمين. تقع في الجزء الشمالي الشرقي من القارة الإفريقية، تحدها سبع دول هي مصر من الشمال، ثم ليبيا، تشاد، أفريقيا الوسطى، دولة جنوب السودان، أثيوبيا وإريتريا. مساحة السودان 1.866 مليون كلم مربع وهي ثالث أكبر دولة في الوطن العربي وأفريقيا، بعد أن كانت أكبر دولة فيهما قبل انفصال الجنوب عام 2011. عدد سكان السودان 46.87 مليون نسمة في 2022م. (World Bank Data 2023) يبلغ معدل النمو السكاني 2.6%. وفقاً للمسح الأسري السوداني الذي تم إجراؤه في عام 2014 يعيش قرابة 70% من سكان السودان في الريف، نصف عدد السكان تقريباً من الأطفال ويتساوى عدد الرجال مع عدد النساء. نسبة السكان الذين لديهم مياه شرب صالحة 68% ونسبة الذين لديهم مرافق صحية مُحسنة 41% وتختلف نسبة استخدام المرافق المُحسنة بين الريف والحضر، إذ تبلغ في الريف 28.2% وفي الحضر 69.3%. يبلغ معدل الخصوبة الكلي للسنوات الثلاث السابقة للمسح الأسري 6.2 مواليد لكل امرأة، ونسبة الخصوبة مرتفعة في المناطق الريفية مقارنةً بالمناطق الحضرية إذ تبلغ في المناطق الحضرية للفئة العمرية 20 - 24 سنة 167 مولوداً لكل 1000 امرأة في مقابل 225 مولوداً لكل 1000 امرأة في المناطق الريفية (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014).

يُشير المسح إلى أن 6 من كل 10 من النساء صغيرات السن في السودان يعرفن القراءة والكتابة، وأن معرفة القراءة والكتابة تختلف حسب الموقع الجغرافي فتبلغ 79.8% في المناطق الحضرية ونحو 50% في المناطق الريفية. كذلك تراوحت نسبة النساء اللواتي يعرفن القراءة والكتابة حسب الحالة الاقتصادية للأسر، إذ بلغت النسبة في الفئة العمرية 15-24 للنساء المنتميات الى الأسر الأكثر ثراءً 92.2% بينما بلغت 31.1% للمنتميات الى الأسر الأكثر فقراً من السكان (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014).

يستقبل السودان أعداداً كبيرة من اللاجئين من دول الجوار: أثيوبيا، إريتريا، تشاد، جمهورية إفريقيا الوسطى وجنوب السودان، وفي السنوات الأخيرة استقبل أيضاً أعداداً كبيرة من اللاجئين السوريين وعدة آلاف من اللاجئين اليمانيين. في بداية عام 2022 استضاف السودان حوالي 2 مليون لاجئ. السودان دولة متعددة الأعراق والثقافات. هي دولة اتحادية بها ثلاثة مستويات من الحكم، موزعة على 18 ولاية وأكثر من 189 محلية. ووفقاً لاتفاقية جوبا للسلام لعام 2020 تم الاتفاق على إنشاء مستوى إقليمي تحت المستوى الاتحادي مع تقسيم السودان إلى 8 مناطق عقب مؤتمر الحوكمة والإدارة في عام 2021 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024).

يواجه السودان تحديات متعددة في قضايا التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث إنه يُعد من أقل البلدان النامية (LDC). وفقاً للسياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح النظام الصحي السوداني 2021-2024، انخفض الناتج المحلي الإجمالي للدولة إلى أقل من 40.85 مليار دولار بينما بلغ معدل النمو الاقتصادي السنوي 2.3 في المائة. يعيش حوالي 36.1% من سكان السودان تحت خط الفقر (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024). يعاني ملايين الأطفال والأسر من الضائقة المالية وأثارها

الصّحّة والاجتماعیة والاقتصادیة، وقد زاد انتشار فيروس الكورونا (COVID-19) من ذلك. كذلك هنالك مخاطرٌ مستمرّة مثل الفيضانات والجفاف والصراع والنزوح (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014). يتعرّض السودان للكوارث الطبیعیة التي من صنع الإنسان ويُقدَّر أنّ حوالي 8.7 ملايين شخص يحتاجون إلى مساعدات طارئة بسبب انخفاض مستويات المعیشة. وقد شهد عام 2020 أيضاً أسوأ موجة فيضانات منذ عقود، أثّرت على ما يقرب من 900 ألف شخص، وألحقت أضراراً بالمنازل، وتسبّبت في فقدان سُبل العیش والإنتاج الزراعي (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادیة 2021-2024).

يلجأ كثير من المواطنين السودانيين الى الهجرة خارج البلاد بسبب ارتفاع معدّلات الفقر والبطالة والصراع وانعدام الأمن. نسبةً للتحديات الاقتصادية والاجتماعیة المتعدّدة وظروف الحروب التي تعاني منها البلاد منذ أمدٍ بعيد ما زال الكثير من المؤشرات الصّحّیة في حالةٍ متردّية، كما أنّ كثير من المناطق الجغرافیة لم تغطّها الخدمات الصّحّیة أو أنّها لیست بالجودة المطلوبة، كما أنّ توزيع الموارد البشريّة والمادیة غیر عادل بین المناطق الجغرافیة المختلفة بالبلاد (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادیة 2021-2022).

الأهداف

تتمثّل الأهداف المحدّدة للتقرير في الآتي:

1. تحديد هل الصحة حقٌّ لكافة فئات المجتمع داخل السودان من حیث:
 - النصُّ علیها في القوانين،
 - اعتماد السياسات الصّحّیة العلمیة التي تدعم تحقيق الحقّ في الصحة،
 - التخطيط لتوفير الحقّ للجميع،
 - توفير الموارد البشريّة والمالیة وتوزيعها بعدالة.
2. تحدید الأثر السياسي على الحقّ في الصحة.
3. تحدید التأثير الاجتماعي من حیث معرفة المواطن بحقه ومن حیث اشتراكه في التخطيط للصحة.

منهجية العمل

اتُّبعت الدراسة المنهج النوعي التحليلي الذي استند على مراجعة المعلومات المنشورة والموجودة في المواقع الرسمية ومنصات تواصل الجهات ذات الصلة والتقارير. تمّ تعزيز المعلومات المُستخلصة من هذه الوثائق بمقابلات مع شخصيات مفتاحية في مجال الصحة والحقوق الاجتماعية. شملت الوثائق التي تمّت مراجعتها من خلال الدراسة مجموعة من القوانين واللوائح والخطط والتقارير الصحية.

تمّ إجراء مقابلات مع مُتخذي القرار بوزارة الصحة الاتحادية كذلك مع بعض منسوبي وزارتي العدل والتنمية الاجتماعية (الرعاية والضمان الاجتماعي سابقاً). تمّ تشكيل مجموعات نقاش بُرّية لمُمثلين من لجان مقاومة الخرطوم وممثل للجنة الأطباء المركزية وممثلين لمراكز بحثية ومنظمات عن الجندر وحقوق المرأة والأشخاص ذوي الإعاقة والإحتياجات الخاصة.

شملت المُتغيّرات التي تمّ جمع البيانات حولها المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، الحق في الصحة ويشمل الاعتراف به ومعرفته، المساواة، توفير الخدمات الصحية لكافة الفئات بما في ذلك مناطق النزاعات، اللاجئين والنازحين، الفئات الضعيفة، التغطية بالتأمين الصحي، توزيع الموارد البشرية، توفر الأدوية الأساسية، عدم الاستقرار السياسي الذي شمل الإحتجاجات السلمية ومصابي التظاهرات والتدهور الاقتصادي.

تناول التقرير الصحة من خلال المحدّدات العامة للصحة وتشمل المياه النظيفة، الغذاء، السكن، التعليم، والوضع السياسي والاجتماعي. على صعيد آخر، تمّ تحليل بُنيات النظام الصحي الست التي تشمل الحاكمية والقيادة، الموارد البشرية، الخدمات الصحية، الإنفاق الحكومي على الصحة، نظام المعلومات والبحوث والإمداد الدوائي. تناول التقرير أيضاً الدعم الدولي للصحة في الفترة الانتقالية. تمّ التركيز على الإشكالات الصحية والأمراض الأكثر شيوعاً والأوبئة بما في ذلك جائحة الكورونا وأثرها المباشر وغير المباشر على تأمين الحق في الصحة في السودان.

تمّ أخذ موافقة وكيل وزارة الصحة الاتحادية لجمع البيانات من منسوبي وزارة الصحة الاتحادية والمؤسسات ذات الصلة المذكورة سابقاً.

واجهت الدراسة العديد من التحدّيات من أهمّها: صعوبة التنسيق مع الجهات ذات الصلة خصوصاً العاملين بوزارة الصحة لإجراء المقابلات، عدم استقرار الأوضاع السياسية الذي أثر سلباً على الهياكل والذاكرة المؤسسية وأسهم في إضعاف قاعدة البيانات بالوزارات المختلفة، المظاهرات والإحتجاجات التي أدّت إلى صعوبة التنقّل في العاصمة لجمع البيانات من الوزارات والمؤسسات ذات الصلة.

المُحدّات الإجتماعية والإقتصادية والبيئية للصحة

ترتبط الآثار الصحيّة الرئيسيّة للمُحدّات البيئية في البلاد بالقلق المتزايد بشأن تأثير تغيّر المناخ وفقدان التنوّع البيولوجي على الأنماط المتغيّرة للأمراض المُعدية وغير المُعدية، الإعاقات، والإصابات. تتطلّب مواجهة التحدّيات الحاليّة والناشئة إجراءات مشتركة قويّة. تُسلّط خطّة التنمية المُستدامة لعام 2030 الضوء على الروابط الحاسمة التي لا تنفصم بين التنمية والبيئة وصحة الإنسان والرفاه والاقتصاد باعتبارها أساسية لتحقيق مجموعة واسعة من حقوق الإنسان. بما في ذلك الحقّ في الحياة، والتمتّع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، ومستوى معيشيّ لائق، وطعام مأمون، ومياه الشرب والصرف الصحيّ، والأمان والتربة النظيفة، والمياه والهواء، وهي عناصر أساسية لتعزيز العدالة والسلم. ستساهم السياسات البيئية والصحيّة السليمة في الزيادة الإجمالية في متوسط العمر المتوقّع والرفاهية، وأن المكاسب الصحيّة هي من بين أكثر الفوائد المرغوبة اجتماعياً واقتصادياً للحماية البيئية الكافية.

يؤدّي التدهور البيئي والتلوّث، وتغيّر المناخ، والتعرّض للمواد الكيميائية الضارّة، وزعزعة استقرار النّظم البيئية، إلى تهديد الحقّ في الصحة ويؤثر بشكل كبير على الفئات السكّانية المحرومة والضعيفة اجتماعياً، ممّا يؤدّي إلى تفاقم عدم المساواة. وتسعى الوزارة من خلال الخطّة الإستراتيجية الى التعاون مع جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة لتحسين الصحة والعدالة الصحيّة من خلال اعتماد الصحة في جميع السياسات وضمان مراعاة الصحة بشكل منهجي في سياسات وقرارات جميع القطاعات الأخرى وفقاً لإفادات المسؤولين بوزارة الصحة الاتّحادية.

تعترف وزارة الصحة الاتّحادية في السودان بخطّة التنمية المُستدامة لعام 2030 وتلتزم بإستراتيجيات مُتماسكة متعدّدة القطاعات تؤكّد على السياسات الوقائية على نطاق المنظومة كما على العدالة لتحسين ظروف الصحة البيئية، وتضع في الاعتبار العواقب على المُحدّات الاجتماعية للصحة (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتّحادية (2021-2024). يُعدّ التعليم مؤشراً مهماً للحصول على الحقّ في الصحة وفي ظل نسبة منخفضة في مستوى التعليم خصوصاً لدى النساء، ويبقى التحديّ في نشر ثقافة الإلمام بالحقوق الإنسانية الأساسية للمواطنين من أهمّ العقبات التي تواجه أجندة حفظ الحقوق الإنسانية.

الوضع السياسي الراهن والحق في الصحة

يبقى الوضع السياسي من أهمّ المحدّدات لتحقيق الحق في الصحة في السودان. فبعد حكومة دامت ثلاثين عاماً جاءت الثورة السودانية والتي بدأت في أواخر العام 2018 وتكللت بتغيير الوضع السياسي في نيسان/أبريل 2019، حيث تمّ تكوين حكومة انتقالية بمشاركة مدنيين وعسكريين لتولي زمام الأمور وضمان استقرار الدولة والتمهيد لإجراء انتخابات وطنية بعد ثلاث سنوات كما نصّت الوثيقة الدستورية. استمرت الحكومة المُعَيّنة وفق الوثيقة الدستورية حتى 25 تشرين الأول/أكتوبر 2021 حيث أعلن رئيس المجلس السيادي الإنتقالي قرارات عُرفت بقرارات 25 أكتوبر وسقّاها بعض السياسيين وبعض المبعوثين بانقلاب 25 أكتوبر. ويُعتبر هذا التاريخ نقطة مفصلية، تبعها العديد من الإجراءات الدولية والإقليمية والمحلية الراضية للقرارات.

عليه يُمكن تقسيم الحقبة التاريخية الحديثة في السودان إلى أربع مراحل: قبل سقوط نظام الإنقاذ، ما بين سقوط النظام وقرارات/انقلاب 25 أكتوبر 2021، ما بعد قرارات أكتوبر، وحالياً حقبة جديدة بدأت في كانون الأول/ديسمبر 2022 باعتماد وثيقة اتفاق إطاري بين السلطة العسكرية وبعض القوى السياسية. تميّزت المرحلة ما بين سقوط النظام وقرارات/انقلاب 25 أكتوبر بالإنفتاح في جميع المجالات بما فيها الصحة وتمّ وضع خطة إستراتيجية تتناسق مع متطلبات المرحلة الإنتقالية. شهدت الصحة تدفق العديد من المنظمات الدولية واستئناف مشاريع حيوية لتقوية النظام الصحي من خلال تطوير بيئة العمل وتدريب الكوادر ودعم نظام المعلومات. تبنّت الحكومة الانتقالية في هذه الفترة قضايا مهمة مثل توفير الدواء وزيادة التغطية التأمينية بإدخال مليون أسرة إضافية لتوسيع رقعة مظلة التأمين الصحي. صاحبت هذه الفترة إجراءات أساسية تقضي بإزالة التمكين من المؤسسات الحكومية وكلّ أجهزة الدولة ممّا أدّى إلى حدوث فراغ بالمناصب الإدارية العليا على مستوى المركز والولايات. على الرغم من سدّ جميع المناصب وتجديد الوجوه بدماء وطنية جديدة إلّا أنّ ذلك أحدث خللاً بالنظام الإداري، نسبة لضعف المتابعة لعمليات التسليم والتسلم وغياب التوثيق الذي أضعف الذاكرة المؤسسية وأدّى إلى إحداث إشكاليات في متابعة وتنفيذ التدخّلات والمشاريع الصحيّة.

يُمكن تلخيص تأثير الوضع السياسي ما بعد قرارات/انقلاب 25 أكتوبر على الحق في الصحة في ثلاثة محاور تتعلق بالمانحين، الدعم واستبقاء الكوادر، وإصابات التظاهرات وتفاقم أعداد النازحين نسبةً لازدياد وتيرة العنف في مناطق النزاعات والمناطق الحدودية. في هذا التقرير سيتمّ تسليط الضوء على تأثير الوضع السياسي على الحق في الصحة بشكل عام بالتركيز على أهمّ بُنَيَات النظام الصحي الأساسية المتأثرة بالوضع السياسي، كما تمّ إجراء تحليل عميق ومقاربات لوضع الحق في الصحة في المناطق الحضرية لفئة المُتظاهرين السلميين والنازحين واللاجئين في المناطق الريفية البعيدة.

الإشكالات العامة المرتبطة بالوضع السياسي الراهن تتعلّق بتبعات قرارات/انقلاب أكتوبر 2021 التي أعقبتها العديد من التصريحات الراضية للقرارات، تلتها سلسلة من الإجراءات الخاصة بوقف التعاون مع الحكومة القائمة، كما تمّ إيقاف الدعم لمشاريع القطاع الصحي الممولة من قبل الإتحاد الأوروبي ومنظمات الأمم المتحدة وصندوق الدعم العالمي، ممّا أدّى إلى إيقاف تنفيذ العديد من المشاريع

والخدمات الصحیة خاصةً فی المناطق التي تعتمد علی المانحین. تمّ توثیق إجمالي الدعم الذي تمّ تجمیده فی تقرير عن فَعَالیة شراكات التنمية الصادر عن الإدارة العامة للصحة الدولية بوزارة الصحة الاتحادية والذي تناول تحدّيات التمويل فی ظل الراهن السياسي خصوصاً بعد قرارات/انقلاب أكتوبر. وتقدّر المبالغ المُقدّدة لمشاريع الصحة بحوالي 316,700,749 دولار، منها 159 مليون دولار من البنك الدولي و40 مليون دولار من الاتحاد الأوروبي.¹ وأظهر التقرير أنّ الخدمات الصحیة والإمداد الدوائی هي من أكثر محاور النظام الصحي المتأثرة بإيقاف الدعومات. تمّ توثیق تأثير قرارات/انقلاب أكتوبر علی النظام الصحي فی السودان فی مقال تحليلي للهادي وزملائه بعنوان "توفير الأساسيات: تأثير الانقلاب العسكري علی النظام الصحي فی السودان" (Osman et al. 2021). تناولت الورقة تبعات قرارات/انقلاب 25 أكتوبر علی قطاع الصحة التي يمكن تلخيصها فی الفراغ الإداري للمناصب العليا وتوقّف الخدمات الصحیة واستعداد الكوادر الصحیة من قبل القوات الأمنية والنظامية وتأثر المعینات الطبّية والإمداد الدوائی بوقف الدعم من المانحین.

حالياً تمّ تغيير سياسة التمويل والدعم من قبل المانحین بعد قرارات/انقلاب أكتوبر وذلك باعتماد سياسة التنفيذ المباشر من قبل المانحین، الذي أدّى إلى تأخير تنفيذ بعض المشاريع خصوصاً حملات التحصين، نسبةً للإجراءات البيروقراطية المعقّدة للمنظمات التي تقتضي بالتمويل المباشر للأنشطة. الإجراءات السابقة أدّت أيضاً إلى إضعاف الحاکمية لوزارة الصحة كجهة منقّدة للتدخلات الصحیة، حسب إفادات مدير التقييم والمتابعة بالإدارة العامة للصحة الدولية بالوزارة الاتحادية. أحدثت القرارات فراغاً إدارياً للمناصب العليا فی وزارة الصحة، الأمر الذي أدّى إلى تعطيل الإجراءات الإدارية وأثر سلباً علی سير العمل بالمركز والولايات وانعكس سلباً علی تقديم الخدمات والتدخلات الصحیة. ونسبةً للدور البارز الذي لعبته الكوادر الصحیة فی الثورة السودانية والذي تمّ الاعتراف به فی المحافل الدولية والمحلية، تمّ إعطاء لقب "الجيش الابيض" للكوادر الطبّية. كذلك لعبت الكوادر الطبّية دوراً مهماً فی مناهضة قرارات/انقلاب 25 أكتوبر، حيث نظّمت اضراًباً مفتوحاً رفضاً للقرارات بلغت نسبة تنفيذه 80% ممّا أدّى إلى إحداث شلل بمنظومة الخدمات الصحیة وإلى توقّف تام للخدمات فی المؤسسات الصحیة خصوصاً الرعاية الصحیة فی المناطق الطرف. من جهة أخرى، تمّ رصد العديد من الإنتهاكات والإعتداءات المتكرّرة علی المستشفيات والكوادر الطبّية أثناء تأدية عملها ممّا فاقم من معدّلات فقدان الكوادر الطبّية وأثر سلباً علی سياسات إستبقاء الكادر الصحي بالمرافق الحكومية (Osman et al. 2021).

أصدرت منظّمة الصحة العالمية فی كانون الثاني/يناير 2020 بياناً يدين الاعتداءات المتكرّرة من القوات النظامية علی المرافق الصحیة، التي رصدت 15 هجوماً، تمّ تأكيد 12 منها فی الخرطوم ومدن أخرى، وترواحت الأعتداءات بین الترهيب والتعنيف اللفظي والبدني. وأفادت التقارير عن إعتداءات علی المرضى والطاقم الطبّي وإعتقالات للمصابين أدّت إلى تعليق خدمات الطوارئ فی بعض المستشفيات وفرار المرضى دون إستكمال العلاج. تمّ تسجيل حوادث مُتكرّرة لإعتراض عربات الإسعاف وتفتيش الطاقم الطبّي قسراً (WHO-EMRO 2022).

أجمع بعض ممثلي وزارة الصحة والمنظمات الطوعية وممثل لجنة الأطباء المركزية علی التأثير السالب لهجمات أجهزة الأمن والشرطة علی الوصول للخدمات الصحیة فی أوقات الإحتجاجات للمواطنين عامةً والمُحتجّين علی وجه الخصوص. وقد كانت الإعتداءات من أهمّ الأسباب لتوقّف الخدمة فی بعض المستشفيات التي كانت تقدّم خدمات الطوارئ لمصابي التظاهرات مثال مستشفى الأربعين بامدرمان ومستشفى رويال كير ومستشفى فضيل بالخرطوم.

حق المتظاهرين في الصحة

برز جلياً أثر الوضع السياسي على المصابين خلال التظاهرات حيث تفاقمت أعداد المصابين وزاد عدد الإصابات الخطرة بعد قرارات/انقلاب أكتوبر 2021. بلغ العدد الكلي للمصابين في التظاهرات السلمية أكثر من 8000 إصابة وفقاً لإفادة ممثل لجنة الأطباء المركزية. تم رصد 78 حالة استدعت التنويم بالعناية المكثفة. بلغت حالات الوفاة 116 حالة وحالات الإغتناب 50 حالة تم توثيق ثلاث منها في الأجهزة القضائية (Hadhreen 2022).

بلغ عدد الإصابات الخطرة 1074 إصابة (معظمها إصابات مباشرة في الصدر والرأس والعنق) وأدت إلى إعاقة دائمة أو وفاة. تم تشكيل لجنة بمجلس الوزراء لمتابعة ملف المصابين وتغطية تكاليف العلاج، كما تم تشكيل لجان فنية من الوزارات ذات الصلة كوزارة الصحة والخارجية وتم رصد حالات المصابين والجهات الداعمة، لتقنين العمل وتحسين التنسيق بين الجهات المختلفة. رفضت معظم المنظمات التعامل مع أجهزة الدولة وحصرت عملها في الرصد وتغطية تكاليف العلاج. بينما تبنت منظمات المجتمع المدني ملف مصابي التظاهرات حيث تصدرت منظمة "حاضرين" قائمة الجهات المسؤولة عن ملف مصابي الثورة والإحتجاجات السلمية بالتنسيق مع لجنة الأطباء المركزية.

قامت منظمة "حاضرين" برصد ومتابعة علاج 5600 حالة وجمعت التبرعات للتكفل بعلاج المصابين وساهمت في علاج 855 إصابة منها 19 إصابة خطيرة تم علاجها خارج السودان. بلغت التكلفة الكلية للعلاج من قبل تحالف "لستم وحدكم" ما يُقدَّر بـ 517,846,269 (خمسمائة وسبعة عشر مليوناً وثمانمائة وستة وأربعون ألفاً ومئتان وتسعة وستون) جنيهاً سودانياً (ما يعادل 97,308,500 (سبعة وتسعون مليوناً وثلاثمائة وثمانية ألفاً وخمسمائة) دولار أميركي) (Hadhreen 2022).

الجدير بالذكر أن صندوق الإمدادات القومي للتأمين الصحي ساهم في علاج المصابين وذلك في إطار تحقيق بند المسؤولية المجتمعية. تم وضع بروتوكول وإجراءات قياسية لتسهيل الوصول لخدمات الطوارئ من قبل لجنة الأطباء المركزية. ساهمت الكوادر الطبية في المرافق الصحية في كل السودان وفي الظروف على وجه الخصوص في الحفاظ على استمرارية تقديم خدمات الطوارئ للمصابين في التظاهرات، رغم المصاعب والضغوطات السياسية والإعتداءات على بعض المرافق الصحية. ساندت المؤسسات والمرافق الصحية بشقيها العام والخاص في تقديم الخدمات العلاجية حيث تم علاج 80% من المصابين داخل السودان، وذلك يؤكد التزام الأطباء بحق المتظاهرين في الصحة وأيضاً يوثق التزام الدولة بمسؤوليتها تجاه المتظاهرين وذلك وفقاً لإفادات ممثل منظمة "حاضرين".

أعلنت منظمة "حاضرين" في آب/أغسطس 2022 عن توقفها عن تغطية نفقات العلاج نسبةً لتنامي التكاليف وتراكم المديونيات وعجز الميزانية. القرار ستعقبه تبعات سلبية متمثلة في صعوبة الحصول على الخدمات الصحية وكذلك تفاقم الحالة الصحية للمرضى تحت العلاج والبالغ عددهم 400 مريض.

الحق في الصحة في التشريعات والقوانين

صادق السودان على كثير من الإتفاقيات والمواثيق الدولية وتمت مواءمتها مع القوانين الوطنية، وعليه تعتبر دولة السودان ملزمة قانونياً أمام المجتمع الدولي بكفالة وضمان الحق في الصحة لمواطنيها. فيما يختص بالتشريعات والقوانين الوطنية، نصت قوانين السودان على حق جميع المواطنين في التمتع بصحة جيدة وفي الحصول على خدمات صحية بشكل متساو، حيث نصت الوثيقة الدستورية لعام 2019 في المادة (4) 1 من الفصل الأول على الآتي (جمهورية السودان، وزارة العدل 2019):

إن جمهورية السودان دولة مستقلة ذات سيادة، ديمقراطية، برلمانية، تعددية، لامركزية، تقوم فيها الحقوق والواجبات على أساس المواطنة دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو الثقافة أو الجنس أو اللون أو النوع أو الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي أو الرأي السياسي أو الإعاقة أو الانتماء إلى ج هوي أو غيرها من الأسباب. كما نصت الوثيقة أيضاً على أن الحقوق والواجبات المضمنة في الاتفاقيات والعهود والمواثيق الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان والمصادق عليها جزء من الوثيقة وأن الدولة تتعهد بحماية وتعزيز الحقوق المضمنة في الوثيقة وكفالتها للجميع دون تمييز بسبب العرق أو اللون أو النوع أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو الوضع الاجتماعي أو غير ذلك من الأسباب.

الوثيقة الدستورية لعام 2019، المادة (4) 1 من الفصل الأول

أيضاً نصت الوثيقة على "التزام الدولة باحترام الكرامة الإنسانية والتنوع وتؤسس على العدالة والمساواة وكفالة حقوق الإنسان وحرياته الأساسية" وأن لكل إنسان حق أصيل في الحياة الكريمة والسلامة الشخصية وأن المواطنة أساس الحقوق المتساوية، وأن للرجال والنساء الحق المتساوي في التمتع بالحقوق المدنية.

وفي مجال الصحة بالتحديد نصت الوثيقة الدستورية على أن الدولة توفر الرعاية الصحية للأمومة والطفولة والنساء الحوامل وأنها تكفل للمستين الحق في احترام كرامتهم وتوفير لهم الرعاية والخدمات الطبية. وفي المادة 65 نصت الوثيقة على أن الدولة تتعهد بتوفير الحد الأدنى للرعاية الصحية وهو الرعاية الصحية الأولية وخدمات الطوارئ مجاناً لكل المواطنين وتطوير الصحة العامة وإنشاء وتطوير وتأهيل المؤسسات العلاجية والتشخيصية الأساسية. ونفس هذه الحقوق نص عليها من قبل دستور السودان الانتقالي لعام 2005 م (جمهورية السودان، وزارة العدل 2005).

قانون الصحة العامة القومي لسنة 2008 نص على حق كل مواطن في الحصول على رعاية صحية مجاناً في مرافق الدولة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية وفي الحالات الطارئة في الحوادث، وكذلك الرعاية الصحية للأطفال حتى سن 5 سنوات وللحوامل بما في ذلك حالات الولادة الطبيعية والقيصرية ((جمهورية السودان، وزارة العدل 2008)). قانون الصندوق القومي للتأمين الصحي لعام 2008م ينص على

إلزامية التأمين الصحي لكلّ السودانيين المقيمين بالسودان ولكلّ الأجانب واللاجئين (جمهورية السودان، وزارة العدل 2016).

من حيث الآليات تمّ تشكيل الآلية الوطنية لحقوق الإنسان والقانون الدولي في عام 1994 وهي جسم مختصّ لمتابعة تطبيق العهود والمواثيق الدولية، إضافة إلى مراقبة الحقوق الإنسانية وكذلك مواصلة التشريعات الوطنية مع المواثيق الدولية. تتّبع الآلية الوطنية للإدارة العامة لحقوق الإنسان والقانون الدولي والإنساني بوزارة العدل. تتكوّن الآلية من 21 عضواً يمثلون الوزارات ذات الصلة بما فيها وزارة الصحة، المفوضيات (العون الإنساني وشؤون اللاجئين) وكذلك الجامعات ومنظمات المجتمع المدني، إضافة إلى عضو مراقب من الأمم المتحدة. تقوم الآلية برفع تقارير دورية عن مؤشرات الأداء للتوصيات الدولية وكذلك مراقبة تنفيذ الوزارات للتوصيات. تمّ تقديم واعتماد تقرير السودان الثالث أمام آلية الاستعراض الدوري الشامل التابعة لمجلس حقوق الإنسان بالأمم المتحدة في دورتها الثالثة (2022 Sudan News Agency/ وكالة السودان للأنباء (سونا). الجدير بالذكر أن السودان حقق إضافة تشريعية مهمة في مجال الصحة وهي تجريم ختان الإناث والتي كانت متعذرة لأكثر من 40 عاماً حيث أضاف فقرة في المادة 141 للقانون الجنائي.

بالرغم من كفالة الحق في الصحة في القوانين والتشريعات السودانية إلّا أنّ ذلك لا ينطبق على الواقع وذلك وفقاً للمقابلات مع متّخذي القرار الذين أجمع غالبيتهم على وجود مفارقة بين وجود التشريعات والتنفيذ. وأكّد أحد متّخذي القرار بالصندوق القومي للتأمين الصحي على الآتي:

إنّ الدولة تؤمن بأنّ الصحة حق للمواطن وينعكس ذلك من خلال القوانين والخطط والبرامج التي شكّلت طموحات عالية مثل التوسّع الشامل في التأمين الصحي ورصد الميزانيات لذلك. ولكن في الواقع، الصحة لا تمثّل كامل الأولوية للدولة، إذ أنّ صرف الميزانيات المرصودة يعتمد على توفر المال، وفي حالة قصر الميزانيات تسقط ميزانيات الصحة وتُصرف الأموال الموجودة في أولويات أخرى تقدّمها الدولة كالأمن، مرتبات العاملين واستحقاق إتفاقيات السلام.



الحق في الصحة في السياسات والخطط

تضطلع الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط بوزارة الصحة الاتحادية بوضع السياسات الصحية، الخطط الإستراتيجية والخطط السنوية وتقوم بمتابعة إنفاذها. ولضمان تحقيق سياسات وخطط فاعلة يتم وضعها بشراكة فاعلة مع القطاعات ذات الصلة بالصحة وبمشاركة مجتمعية، وتؤكد الوزارة على أهمية التعاون مع مختلف الشركاء الحكوميين وخاصة الصندوق القومي للتأمين الصحي والشركاء الإنمائيين بما في ذلك وكالات الأمم المتحدة والجهات المانحة وبنوك التنمية والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية ومنظمات المجتمع المدني وكذلك الجهات الأخرى المقدمة للخدمات الصحية كالقطاع الصحي الخاص، الجيش والشرطة والمنظمات التطوعية التي تقدم خدمات صحية (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية؛ 2007 جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024). يتم أيضاً إشراك الجهات ذات الصلة بالصحة مثال المسؤولين في قطاعات المياه، صحة البيئة والتعليم. من المؤكد أن إشراك المسؤولين بوزارة المالية يُعتبر من الأساسيات. تضطلع منظمة الصحة العالمية عادةً بالدعم الفني والمالي لوضع السياسات والخطط كما يشارك أيضاً صندوق الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان في وضع هذه السياسات والخطط.

وقد أفاد وزير الصحة المكلف في كلمته عند تقديم الخطة الإستراتيجية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحي 2022-2024، إلى أنه يتطلع إلى العمل مع مختلف أصحاب المصلحة في مجال الصحة لتحقيق النتائج المرجوة من هذه الخطة الإستراتيجية، لا سيما على مستوى التنفيذ، حيث إن تعزيز النظام الصحي على المستويين الولائي والمحلي شرط أساسي لتنفيذ هذه الخطة الاستراتيجية وتحقيق هدفها للوصول إلى تغطية سكانية شاملة بالخدمات الصحية. كما أشار إلى أهمية مشاركة المجتمع وكافة الجهات الحكومية ذات الصلة بالصحة خاصة الصندوق القومي للتأمين الصحي والشركاء في المجال الإنساني ومجالات التنمية بما في ذلك منظمات الأمم المتحدة، الممولين، بنوك التنمية والمنظمات التطوعية المحلية والعالمية ومنظمات المجتمع المدني وغيرها من الجهات (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية؛ 2007 جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024).

تم وضع الإستراتيجية القومية ربع القرنية 2002-2027 ومن قبلها الخطة الإستراتيجية لعشر سنوات وأجيزت وثيقة الصحة في كل السياسات عام 2018. أيضاً تم إعداد عدد من السياسات مثل سياسة صحة الطفل السوداني، السياسة تجاه المنظمات التطوعية، سياسة البحوث الصحية، سياسة التغذية وغيرها من السياسات التي تشير في مجملها لحق كافة السكان في الحصول على خدمات صحية جيدة. بعد ثورة نيسان/أبريل-كانون الأول/ديسمبر 2019 تم إعداد السياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحي السوداني 2021-2024 وكذلك الخطة الإستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحي السوداني 2022-2024 (National Health Sector Recovery and Reform Policy 2022-2024, National Health Sector Recovery and Reform. Strategic Plan 2022-2024).

وفقاً للخطة الإستراتيجية ربع القرنية فإن الرؤية هي وجود نظام صحي يساعد على تحسين الصحة، يحقق رغبات وتطلعات المواطنين، ويتسم بالعدالة، الكفاءة؛

الحداثة؛ والمواءمة للتقنيات والبيئة، ويركّز على الجودة والابتكار وتعزيز الصحة ويشترك فيه المجتمع بصورة فاعلة. أمّا الرسالة في الخطة الإستراتيجية ربع القرنية فتتحدث عن وجود نظام صحي يساعد على تحسين الصحة وتحسين نوعية الحياة بحيث يتمتع المواطن بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، بما يمكنه من الحياة الاجتماعية والاقتصادية المُنتجة. ومن أهم اتجاهات السياسة الصحية في الإستراتيجية ربع القرنية الالتزام بهدف توفير الصحة للجميع واعتباره أحد الحقوق الأساسية للمواطنين، إعتقاد الرعاية الصحية الأولية بمفهومها الواسع لتحقيق هدف الصحة للجميع والذي يشمل تغطية جميع السكّان بالرعاية وفقاً للحاجة، وبعادلة مع مراعاة الفئات الفقيرة والمُستضعفة، كذلك العدالة في تقديم الخدمات الصحية والعدالة في المساهمة المالية بتطبيق أسلوب التكافل الاجتماعي بحيث تُسهم الفئات الفقيرة بنسبة أقل بكثير عن الفئات الغنية، سواءً كان ذلك عن طريق الأسلوب المباشر أو غير المباشر. ومن البرامج ذات الأولوية في الإستراتيجية رفع التغطية بالخدمات الصحية والعدالة في توزيعها وإزالة الحواجز الجغرافية والمادية التي تعيق الوصول للخدمة وكذلك تقوية وبناء القدرات للنظام الصحي (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2007).

وعلى نفس النهج كانت رؤية السياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحي السوداني 2021-2024 والخطة الاستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح النظام الصحي السوداني 2022-2024 "أن يتمتع جميع الناس في السودان بجودة عالية ومنصفة في الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية وهم محميون من حالات الطوارئ نحو مستقبل أكثر صحةً وإنصافاً وأماناً". وأمّا الرسالة فهي "تنظيم وتعزيز النظام الصحي ليكون قادراً على تقديم خدمات صحية جيّدة ومُنصفة وبأسعار معقولة، بهدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف وغايات التنمية المُستدامة ذات الصلة، مواجهة التحدّيات الصحية والعمل بالتعاون مع جميع الجهات الفاعلة من خلال تنفيذ الصحة في جميع السياسات لضمان الصحة المُثلى للجميع والمساهمة في التنمية الاجتماعية والبيئية والاقتصادية الشاملة وحفظ السلام" (2021-2024) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2007؛ جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية (وتضمنت المبادئ الموجهة للسياسة أعلاه الحق في الصحة، المساواة، الجودة، المحاسبة، الشفافية والمشاركة المجتمعية. أمّا بالنسبة لتوفير الدواء فقد كان من أهم أهداف الإستراتيجية الصيدلانية ربع القرنية 2005-2029 توفير الأدوية الأساسية للسكّان على نحوٍ عادل وبتكاليف ميسورة (وزارة الصحة، الإدارة العامة للصيدلة 2005).

من الواضح أنّ السياسات الصحية والخطط جيّدة وتُغطّي بشكل كامل الحق في الصحة للجميع ولكنّ دائماً ما تكمن المشكلة في إنزال هذه الخطط والسياسات على أرض الواقع وتطبيقها بشكل يوفّر تحقيق الحق في الصحة للجميع، وهو ما أكّده أغلب المبحوثين الذين تمّ إجراء المقابلات معهم وقد تمّ ذكر عددٍ من الأسباب لذلك، من أهمّها ما يلي:

- عدم معرفة المسؤولين والعاملين الصحيين بالتشريعات والسياسات والخطط، خاصةً بمستويات تنفيذ الخطط في الولايات والمحليات. وأفادت مديرة الإدارة العامة للتخطيط والسياسات أنّ الوزارة تقوم بتنوير المسؤولين الصحيين على المستوى الولائي بالخطط والسياسات ولكن عادةً لا يتم تنوير منفذي هذه الخطط بها، كما أنّ سرعة تغيير المسؤولين الصحيين الذين يتم تدريبهم تجعل الخطط غير معروفة.

- شحّ الموارد المالية يُعتبر من المعوقات المهمّة التي تحوّل دون تنفيذ الخطط.
- ضعف البنية التحتية.
- ضعف الحوكمة وسوء إدارة الموارد المالية المتوفّرة وعدم العدالة في توزيع الموارد بين المستشفيات ومرافق الرعاية الصحيّة الأوليّة، حيث تُقدّم مرافق الرعاية الصحيّة الأوليّة الخدمة لأكثر من 75% من المواطنين في حين أنّ إدارتها وتمويلها يتبعان للمحلّيات التي تعاني من شحّ كبير في الموارد المالية.
- عدم ثبات السياسات وتأثيرها بالتغيير السياسي.
- ضعف نظام المعلومات وقلة المسوحات القوميّة.

النظرة للحق في الصحة

أجمع أغلب المبحوثين تقريباً على أنّ معرفة المواطنين بالحق في الصحة تختلف وفقاً لعدّة محدّدات اقتصادية واجتماعية وجغرافية من أهمّها المستوى التعليمي، الموقع الجغرافي من حيث الريف والحضر وكذلك العمر. وأفاد المدير العام للصندوق القومي للتأمين الصحي بأنّ الأشخاص المتعلمين يعتبرون الصحة والتأمين الصحي حقاً لهم لأنّه يكفل لهم العلاج بدون حواجز مالية، بينما يُقدّر البسطاء والفقراء خاصة في المناطق الريفية توفير بطاقات التأمين الصحي لهم تقديراً عالياً جداً ويعتبرونها خدمة تقدّمها الدولة، أمّا شركاء الصحة والخبراء في مجال الصحة فهم يعتبرون الصحة حقاً للمواطنين ومن واجب الدولة تقديمها بالطريقة السليمة عبر المكوّنات الستة الأساسية التي حدّتها منظّمة الصحة العالمية والتي تشمل تقديم الخدمات، القوى العاملة، أنظمة المعلومات الصحيّة، الحصول على الأدوية الأساسية، التمويل والقيادة والحكم، وهم يتحدّثون عن أهميّة إصلاح النظام الصحي. وزيرة التنمية الاجتماعيّة سابقاً ترى أنّ الصحة حق ولا يوجد تمييز في تقديمها، إذ إنّها تُقدّم من خلال المرافق الحكوميّة حتّى للأجانب وهذا ما يمتاز به السودان حتّى على الدول الغنيّة التي لا تُقدّم الخدمة للأجانب بدون دفع المقابل المادي، كما أنّه لا يحرم أيّ شخص سواءً كان فقيراً أو مُقتدراً من الخدمة. أمّا مديرة السياسات الصحيّة والتخطيط فقد أفادت أنّ هناك محاولات لتعريف المواطنين بحقوقهم في الصحة وأنّه يجري العمل لتطوير خطط استراتيجية للمشاركة المجتمعية والتواصل بشأن المخاطر (Community engagement and risk communication).

واقع الحق في الصحة في السودان

الخدمات الصحية في السودان

تمت صياغة برنامج للرعاية الصحية الأولية في السودان عام 1976، سابقاً بذلك إعلان ألما آتا (OCHA – Sudan 2020). وتقدم الخدمات الصحية في السودان عبر ثلاثة مستويات هي الرعاية الصحية الأساسية، الثانوية والرعاية على المستوى الثالث. الرعاية الصحية الأساسية تقدم الدولة أغلبها ممثلة في المحليات (المستوى الثالث في مستويات الحكم بالبلاد) يُشاركها في ذلك بعض الجهات الخاصة والمنظمات التطوعية. تُصنف المرافق التي تقدم خدمات الصحة الأساسية الى ثلاثة مستويات هي وحدة صحة الأسرة والتي تقدم الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية الأساسية، مركز رعاية صحة الأسرة والذي يقدم حزمة أكبر وبمستوى أعلى من خدمات الرعاية الصحية الأساسية ويكون به طبيب، والمستشفيات الريفية. لقد زادت نسبة المرافق الصحية التي تقدم الحد الأدنى من حزمة الرعاية الصحية الأولية الكاملة من 24% في عام 2011 إلى 95% في عام 2018. ويُعزى هذا التحسن الى تنفيذ مشروع التوسع في خدمات الرعاية الصحية الأولية والذي بدأ في عام 2012. مع ذلك فإن المعدل الوطني هو 6816 /1 أي أن ما يتوفر هو مرفق رعاية صحية أولية واحد لكل 6816 نسمة، بينما المخطط هو 5000 /1 (مركز لكل خمسة آلاف نسمة). ولكن نسبة المرافق العاملة بلغت 83% فقط في عام 2019 وترجع الأسباب لنقص الكوادر الصحية، سوء البنية التحتية للمرافق وقضايا الأمن في بعض المناطق.

يوجد تفاوت كبير جداً بين الولايات وداخلها في عدد ومستوى مرافق الرعاية الصحية الأساسية (2021-2024 جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية). حوالي ربع السكان لا يستطيعون الوصول إلى المرافق الصحية بسبب بعد المسافات أو الفقر أو النزاعات، وتختلف إمكانية الوصول إلى المرافق من منطقة لأخرى وتساهم الحواجز المالية والاجتماعية والاقتصادية في الحد من الوصول إلى الخدمات الصحية. يستخدم المرضى من الشرائح ذات الدخل المرتفع الرعاية الصحية بمعدل عشر مرّات تقريباً أكثر من أولئك الذين ينتمون إلى الشرائح ذات الدخل المنخفض (2021-2022) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية). كذلك زادت نسبة القرى المستهدفة التي تُغطيها القابلات من 36% في عام 2011 إلى 85% في عام 2019 وتمّ التوسع في تدريب القابلات والمساعدات الطبيين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية.

المستوى الثاني هو مستوى المستشفيات العامة والمستوى الثالث هو المستشفيات التخصصية والمراكز التخصصية. يوجد تفاوت كبير في التوزيع الجغرافي للمستشفيات حيث يبلغ معدل المستشفيات لكل 100 ألف من السكان بالولاية الشمالية 3.2 بينما يبلغ في ولاية وسط دارفور 1.1، أما معدل الأسرة لكل 100 ألف فيبلغ في الشمالية 178.1 بينما يبلغ في وسط دارفور 58.9 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2022). بالرغم من وجود دلائل إرشادية وطنية معتمدة لنظام الإحالة بين المستويات المختلفة إلا أنه غير عامل في الغالب الأعم.

يشارك التأمين الصحي بصورة كبيرة في توفير الحق في الصحة. وهو يوفر خدمات صحية لكافة الفئات بنسبة 81.7% من السكان (Elfadul & Elfadul 2022) وبتميز

إيجابي نحو الفقراء. أيضاً يوفّر التأمين الصحي الخدمة للمواطنين حتّى المستطيعين منهم لأنّه يشارك مشاركة فاعلة في توفير الخدمة الصحيّة في مناطق لا تتوفر فيها هذه الخدمة.

القطاع الخاص له دور كبير في تقديم الخدمات الصحيّة والخطة الإستراتيجية الصحيّة تشمل القطاع الخاص حيث أفادت مديرية السياسات الصحيّة والتخطيط بوزارة الصحة أنّ القطاع الخاص له دور كبير خاصة في معالجة مرض الكورونا ولكنّ التنسيق معه غير كامل.

تشارك المنظّمات التطوّعية في تقديم الخدمات الصحيّة، وأفاد مدير المنظّمات التطوّعية أنّه يوجد تنسيق مع وزارة الصحة الاتّحادية ممثّلة في إدارة الطوارئ ومكافحة الأوبئة، حيث تعمل المنظّمات وفقاً للإستراتيجية الصحيّة ووفقاً لسياسات وبروتوكولات وزارة الصحة الاتّحادية.

أفاد مدير الإدارة العامة للطبّ العلاجي بوزارة الصحة أنّ هناك خارطة صحيّة تُوزّع بموجبها الخدمات الصحيّة العلاجية والوقائية والتعزيزية بشكلٍ عادل، إلّا أنّ عدم توفّر الكادر البشري في بعض المناطق أثر سلباً على العدالة في وجود الخدمات.

وزارة التنمية الاجتماعية من الوزارات ذات الصلة الوثيقة بتوفير الحقّ في الصحة، ولها عدّة أذرع تضطلع بذلك مثل: ديوان الزكاة الذي يُشارك مشاركة فاعلة في مساعدة الفقراء في الحصول على الحقّ في الصحة كما أنّه يساعد في حماية الطبقة المتوسطة من الوقوع في الفقر بسبب المرض، كما أفادت الوزيرة والتي ذكرت أنّ الديوان يقوم بدفع إشتراكات أعدادٍ مقدّرة من الفقراء والمُعاشيين للتأمين الصحيّ ويساهم في علاج الأطفال دون سنّ الخامسة وفي أمراض سوء التغذية والدّرّن وفي علاج الأمراض المُفكّرة مثل الفشل الكلوي وأمراض القلب، وأنّ العلاج يُعدّ من أكبر بنود الصرف في الديوان وأنّ قسم العلاج المؤدّد بالديوان يدعم حتّى العلاج بالخارج للمُحتاجين. أمّا مَفوْضية العون الإنساني فهي تُشارك في حالات الطوارئ الصحيّة والأوبئة وفي مناطق الحروب والكوارث الطبيعيّة وللمفوّضية سياسة عامة للنازحين. وكذلك تتبّع للوزارة الهيئة العامة للأطراف الصناعية، التي تقوم بتوفير الأطراف الصناعية للمُعاقين.

يعاني النظام الصحيّ في السودان من مشاكل متعدّدة تُسبّبها ندرة الموارد، إرتفاع معدّل دوران القوى العاملة، ضعف البنية التحتيّة وسوء تقديم الخدمات، كلّ ذلك يؤدّي إلى نتائج صحيّة غير مُرضية (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتّحادية 2022).

أثّرت جائحة الكورونا على النظام الصحيّ بطريقة مباشرة وغير مباشرة. يتجلّى التأثير المباشر في إحداث ربكة على تقديم الخدمات الصحيّة، خصوصاً في بداية الجائحة وذلك بسبب الإجراءات الإحترازية (الإغلاق الكامل والجزئيّ) التي ساهمت في الحدّ من الوصول الى الخدمات الصحيّة. أظهرت دراسة قامت بها منظّمة السلامة البيئيّة والصحة (أوشا)، (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) في مطلع 2020 أنّ نسبة مؤسسات الرعاية الصحيّة الأوليّة العاملة تقدر بـ 38% من جملة المؤسسات (Elfadul & Elfadul 2021). وسجّلت دراسة أخرى عن تأثير الإغلاق على الخدمات الصحيّة أنّ نسبة 80% من المرضى واجهوا صعوبات في الوصول للخدمات الصحيّة في الخرطوم تمثّلت في عدم وجود كادر صحيّ وعدم وجود الخدمة الصحيّة المُستهدفة، بما في ذلك خدمات الطوارئ والخدمات الدوائية. أكّدت دراسة أخرى عن تأثير الجائحة على خدمات رعاية الأمّ والطفل، حيث رصدت نسبة وصول 40% فقط لخدمات ما قبل الولادة وسجّلت أدنى نسبة

وصول 15% لخدمات ما بعد الولادة. وثقت الدراسة التأثير غير المباشر لكورونا (WHO 2022) المتمثل في الخوف من العدوى وصعوبة المواصلات (Mohamed et al. 2021).

هذا وقد واجه السودان العديد من التحديات للتصدّي لمرض الكورونا ويرجع ذلك إلى هشاشة النظام الصحي الذي لا زال يُعاني من قصور في مكوّناته الأساسية من كواادر طبيّة، نظام معلومات صحيّة، تمويل أدوية أساسية، إضافةً إلى الشرخ الواضح في محور الحاکمية، الأمر الذي أضعف أجهزة الرقابة والمساءلة وأدّى إلى القصور في الحفاظ على الحق في الصحة والخدمات الصحيّة.

مما سبق ذكره وإضافةً لإفادة مديرة السياسات الصحيّة والتخطيط، هنالك أيضاً مشكلةً في توزيع الخدمات، حيث لا توجد مساواة، فمثلاً يتواجد الإخصائيون بالمدن الكبرى فقط، بينما في بعض الولايات لا يوجد أخصائيون للأمراض النفسيّة والعصبية في الولاية بكاملها. والمؤشّرات توضح ذلك، فمثلاً وفيات الأطفال تختلف بين الريف والحضر وبين الولايات المختلفة.

المؤشّرات الصحيّة

يوضّح **الجدول 1** الاختلاف الكبير في معدّلات وفيات الأطفال بين الريف والحضر، فترتفع النسبة في الريف بصورة كبيرة خاصةً بالنسبة للأطفال من عمر أقل من خمس سنوات. أمّا بين الولايات فتفوق النسبة في أربع ولايات الـ 90 لكل 1000 من الولادات الحيّة. بينما تبلغ في الولاية الشمالية 29.9 لكل 1000 من الولادات الحيّة. تعتبر الولايات الأربع التي تتصدّر القائمة من حيث عدد الوفيات ولايات غير مستقرة تشهد نزاعات داخلية وصراعات قبلية متكرّرة.

جدول 1. يوضح معدّل وفيات الفئات المختلفة من الأطفال بين الريف والحضر وحسب الولاية

المؤشر	معدّل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات	معدل وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة
المنطقة الجغرافية			
حضر	56.5	45.1	30.3
ريف	72.8	54.5	33.4
الولاية			
الشمالية	29.9	30.0	23.0
نهر النيل	35.1	28.1	25.8
البحر الأحمر	61.3	44.2	18.6
كسلا	80.5	62.1	47.2
القضارف	76.7	53.4	32.6
الخرطوم	49.8	45.1	30.5
الجزيرة	53.5	41.4	26.2
النيل الأبيض	65.8	46.8	30.3
سنار	51.6	34.1	18.0
النيل الأزرق	83.9	46.8	26.0
شمال كردفان	41.9	35.6	23.0
جنوب كردفان	95.4	70.2	32.5
غرب كردفان	82.1	68.2	43.4
شمال دارفور	90.3	68.5	43.9
غرب دارفور	91.4	71.2	39.2
جنوب دارفور	71.9	52.6	35.2
وسط دارفور	77.4	44.5	24.7
شرق دارفور	111.7	88.5	51.8
السودان	68.4	52.0	32.6

المصدر: Republic of Sudan - Council of Ministers & UNICEF, 2014.

المشاكل الصحية

تعاني البلاد من العبء المزدوج للأمراض المعدية وغير المعدية، حيث تُعدّ الملاريا مشكلة البلاد الأولى في كلّ الولايات. في عام 2021 بلغت نسبة ترداد المصابين بالملاريا 17% من جملة المترددين على المؤسسات الصحية وهي السبب الأول للوفيات بالمستشفيات، إذ بلغت نسبتها 8.4% من وفيات المستشفيات عام 2021. وتتفاوت النسب حسب الولايات، إذ كانت ولايات النيل الأزرق، سنار والجزيرة أكثر الولايات تأثراً بها (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية (2021-2022). الأمراض المستوطنة الأخرى تشمل البلهارسيا، السل، والليشمانيا. بالنسبة

للسلّ حدث إنخفاض في الإصابة وفي إنتشار المرض. يُقدّر معدّل الوفيات المرتبطة بالسلّ بـ 25 لكلّ 100.000 من السكّان (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024). أكبر المشاكل الصحيّة التي يعاني منها الأطفال هي الملاريا، الإسهالات والإلتهاب الرئوي. بالنسبة للأمراض غير المُعدية تبلغ نسبة المصابين بداء السكري 21.1% من السكّان ويزداد عبء السرطانات بصورة كبيرة (2021-2022) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية).

بالنسبة لجائحة الكورونا، تمّ تقدير عدد الحالات الكلّية المؤكّدة بحوالي 631,275 حالة منها 419,61 ألف حالة وفاة وفقاً لتقرير منظّمة الصحة العالميّة في يوم 12 آذار/ مارس لعام 2022 (WHO 2022). تصدّرت ولاية الخرطوم المرتبة الأولى من حيث عدد الحالات تليها ولاية الجزيرة. تمّ إعلان أوّل حالة في آذار/مارس 2020، وتبعاً لذلك تمّ إصدار العديد من الإجراءات الاحترازية الصحيّة للحدّ من إنتشار المرض في المجتمعات وكذلك الدول المجاورة وفقاً للإشتراطات الصحيّة الدوليّة الصادرة من منظّمة الصحة العالميّة. بالنسبة للتحصين ضدّ المرض، يُعتبر السودان من أوائل الدول الإفريقيّة التي أكملت الترتيبات لإدخال اللقاح عن طريق الآليّة كوفاكس المشتركة. تمّ وضع 20% من السكّان كمُسْتَهْدَف للتغطية بالتطعيم وبلغت نسبة التغطية الكلّية للسودان 82% من المُستهدف. تصدّرت ولايات دارفور (وسط دارفور وغرب دارفور)، جنوب كردفان وولاية النيل الأزرق القائمة في تحقيق مُستهدف التغطية، فيما سجّلت ولاية البحر الأحمر أدنى تغطية بنسبة 40% (Federal Ministry of Health 2022).

الجدير بالذكر أنّه تمّ استخدام العديد من النماذج والوسائل الحديثة لتقديم الخدمات للمناطق البعيدة. على النقيض، تمّ رصد العديد من الصعوبات للحصول على خدمات اللقاح في بعض ولايات دارفور حيث أظهرت دراسة قامت بها العنود وزملاؤها في 2022، الكثير من العوائق في النظام الصحيّ الهشّ في بعض ولايات دارفور التي تحدّ من الوصول إلى التغطية المطلوبة بلقاح الكورونا. تمثّلت المشاكل في إشكاليات الجودة والتخزين فيما يختص بسلسلة التبريد ومشاكل التيار الكهربائي التي تؤثر سلباً على حفظ اللقاحات، إضافةً إلى صعوبة النقل والترحيل إلى المناطق البعيدة وعدم الإستقرار الأمني الذي يُشكّل عائقاً أساسياً في مناطق النزاعات القبليّة (Mohamed et al. 2021). أيضاً أفاد المبحوثون في وزارة الصحة الاتحادية أنّ الأوضاع الأمنية المتفاقمة بغرب دارفور في منطقة جبل مون تُشكّل مهدداً لتدقّلات التحصين وخدمات الرعاية الصحيّة الأولى، وأنّها أثّرت سلباً على الوصول إلى الخدمات الصحيّة خصوصاً لدى الفئات الضعيفة كالأطفال دون الخامسة والنساء الحوامل.

الجدير بالذكر أنّ في بعض الولايات بلغت نسبة التغطية بالتطعيم أكثر من 100% وذلك لأنّ العدد الذي تمّ تطعيمه كان أكثر من المُستهدف. كما كان لدى بعض الباحثين وممثلي المنظّمات العالميّة في السودان تحفّظ كبير حول نسبة مُستهدف لقاح الكوفيد واعتبروا أنّها كانت بعيدة جداً من الحدّ الأدنى للوصول لمناعة القطيع (80%) كما تنصّ موجّهات منظّمة الصحة العالميّة.

| صحة الأمّ والطفل والمراهقين

تُعتبر صحة الأمّ والطفل في السودان من أولويات التنمية الرئيسيّة والمنح الحكوميّة نظراً لدورها المهمّ في تحسين الظروف الصحيّة والاقتصاديّة والمعيشيّة للمجتمع بأكمله. تنعكس هذه الالتزامات في العديد من المشاريع والإستراتيجيات الداعمة، مثل سياسة الأدوية المجّانية للأطفال دون سنّ الخامسة، وسياسة

الولادة القيصرية المجانية، وإدخال لقاحات جديدة بالإضافة إلى الالتزام الوطني والدعم الدولي لتنفيذ استراتيجية المعالجة المتكاملة للأمراض الطفولة Integrated Management of Childhood Illnesses وطوارئ التوليد والأطفال وحديثي الولادة Emergency Obstetric and Newborn Care وغيرها.

على الرغم من التحسّن في صحة الأمّ والأطفال، إلّا أنّ تقديرات وفيات الأمّهات والأطفال ما زالت مرتفعة مقارنةً بالدول الأخرى ذات الحالة الاجتماعية المماثلة وفقاً لإفادات المسؤولين بالصحة. أيضاً يتّضح الاختلاف الكبير في معدل وفيات الأطفال بين الريف والحضر وبين الولايات المختلفة كما هو موضح بالجدول (1) أعلاه.

أشار تقرير اليونيسيف لعام 2021 إلى معاناة الأطفال للوصول إلى الخدمات الصحيّة، حيث بلغت نسبة الوصول للمراكز الصحيّة للأطفال المَرْضَى بالإسهالات إلى 25% (Mohamed et al. 2021). كما أشار التقرير إلى تدنٍ واضح في مؤشرات الصحة لدى الأطفال من الشرائح الضعيفة الذين يعيشون في مناطق الأزمات والنزاعات، ويُقدّر عدد الأطفال الذين لا يوجد لديهم حصّة كافية من الطعام لمنع أمراض سوء التغذية والتقرّم (بمعدّل طفل واحد من بين كلّ سبعة أطفال) وتتناقص معدّلات البقاء على قيد الحياة للأطفال دون الخامسة (طفل واحد من كلّ ثماني عشرة طفلاً سيموت قبل عيد ميلاده الخامس) (UNICEF 2021).

تبلغ نسبة المراهقين في السودان حوالي 23.5% من السكّان. معظم وفيات المراهقين يُمكن تفاديها من خلال تقديم خدمات جيّدة لهم ومن خلال التعليم والدعم الاجتماعي وهي أمور لا تتوفّر لهم بالقدر المطلوب. حالياً الإستراتيجية الوطنية لصحة المراهقين ما زالت في مرحلة الإعداد وهي تحتوي على حزمة خدمات من المتوقع أن تلبي احتياجات الشباب السودانيّ الصحيّة. برزت في الآونة الأخيرة مُشكلة تعاطي الشباب والمراهقين للمخدّرات. وافتتح رئيس مجلس السيادة في كانون الثاني/يناير 2023 حملة تهدف إلى محاربة الظاهرة (UNICEF 2021).

التحصين

أفاد مدير برنامج التحصين بوزارة الصحة أنّ البرنامج يقدّم خدمات التحصين من خلال مراكز ثابتة تخدم السكّان في حدود 5 كيلومترات مربّعة وتُسمّى بالمنطقة القابضة، والمناطق ما بين 5 - 10 كلم مربّعة تخدم في مراكز فرعية، بينما تخدم المناطق من أكثر من 10 كلم مربّعة حول المنطقة القابضة أو القرى البعيدة عن طريق الفرق الجوّالة، وذلك لأنّ الصحة حقّ للمواطن ويجب توفيرها له حيثما كان بغضّ النظر عن موقعه الجغرافي أو التعداد. كما أفاد أنّ هناك عدالة في تقديم خدمات التحصين وذلك لأنّ البرنامج يعتمد على أماكن تواجد المُستهدفين ومعرفة طرق التغطية من خلال فرق ثابتة وجوّالة، كما أنّ المجتمعات تُشارك في التخطيط والتنفيذ. بلغت نسبة التغطية للأطفال أقلّ من سنة بحوالي (82%) ما يقارب 1313458 أخذوا الجرعة الثالثة للتطعيم باللقاح الثلاثي وحوالي 11281745 (أي نسبة 82%) تلقّوا الجرعة الأولى من لقاح الحصبة مقارنةً بـ 64% للجرعة الثانية من اللقاح (UNICEF 2021).

الصحة النفسية والعصبية

تمّ إعداد السياسة السودانية للصحة العقلية في عام 2008 وأشارت إلى أهميّة إدماج الصحة العقلية ضمن خدمات الرعاية الصحيّة الأولى، زيادة الموارد البشرية،

إشراك المَرَضَى وأسَرهم، تعزيز المناصرة، حماية حقوق الإنسان للمرضى، الإنصاف، تسهيل الوصول إلى خدمات الصحة العقلية لكل الفئات، تحسين الجودة، توفير التمويل والمتابعة والتقويم. أجاز قانون الصحة العقلية عام 2009 (2021 - 2024) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية). حالياً لا تُقدّم خدمات الصحة النفسية والعصبية من خلال مرافق الرعاية الصحية الأساسية ويبلغ عدد الولايات التي بها مستشفيات حكومية مجهزة لتقديم الخدمات بشكل كامل وبها أخصائيّ مدّرب 12 ولاية من أصل 18 ويبلغ معدّل الكوادر لكلّ 100000 من السكّان بحوالي 1.6 كادر مقارنةً بمعدّل الصحة العالمية البالغ 6 كوادر لكلّ 100000 من السكان للوصول للتغطية الشاملة (Osman et al. 2020). تتركّز الخدمات في المدن الكبيرة حدّ من إمكانية الوصول في الأطراف والمدن البعيدة وفقاً لإفادة مديرة السياسات الصحية والتخطيط ومديرة تنمية الموارد البشرية بوزارة الصحة وكذلك وفقاً للتقرير الإحصائيّ الصحيّ الذي يوضح أنّ في ولاية الخرطوم 23 أخصائياً بينما هناك 11 ولاية تفتقر الى أخصائيين. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021) وهذا يؤكّد عدم المساواة في توزيع خدمات الصحة النفسية العصبية وعدم حصول الغالبية العظمى من المواطنين عليها، إلّا إذا تفاقم المرض وإضطّر أهل المريض للبحث عن الخدمات في هذه المستشفيات أو الذهاب للمعالجين البلديين والشيوخ أو في قليل من الحالات الذهاب الى الأطباء العموميين. وتُشكّل الإضطرابات العصبية والنفسية نسبة حوالي 6.5% من عبء المرض بالبلاد. سجّلت ولاية الخرطوم أعلى نسبة (12%) وفقاً للدراسات الموثقة بالسودان التي رصدت أعلى معدّلات الإضطرابات النفسية عند شرائح النازحين (35%) مقارنةً بالسكان الأصليين (Osman et al. 2020).

الموارد البشرية الصحيّة

يواجه السودان تحديات في الموارد البشرية الصحيّة من ناحية العدد، الجودة، التوزيع، وضعف الرواتب ومحفّزات العمل. وتفاقم هذا الوضع بسبب التردّي العام في الوضع السياسي والاقتصادي بالبلاد بجانب تحديات جائحة كورونا-19. تعاني البلاد من نزيف مستمر لهجرة الكوادر الصحيّة خارج البلاد (حاتم 2021).

وفقاً للتقرير الصحيّ السنوي لعام 2017، تبلغ نسبة إجمالي القوى العاملة الصحيّة 1.9 لكلّ 1000 من السكّان مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 2.3 (2021 - 2024) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية).

توزيع العاملين الصحيّين لا يتناسب مع احتياجات السكّان، سواء جغرافياً (38%) يعملون في الخرطوم، 70% من السكّان يقيمون في المناطق الريفية ولكن 70% من العاملين الصحيّين يعملون في المناطق الحضرية). في ولاية الخرطوم أكثر من نصف الأطباء خلاف أخصائيّ الامتياز والنواب الذين يعمل أغلبهم بولاية الخرطوم بينما هناك ست ولايات لا تصل نسبة الأطباء فيها 1%. وهذا يجعل معدّل الأطباء لكلّ 100.000 من السكان 34.2 بينما في أربع ولايات يقلّ المعدّل عن طبيب واحد لكلّ 100.000 من السكّان مع العلم أنّ المعدّل للسودان هو 21.3. في الخرطوم ما يقارب الألف أخصائيّ بينما في أربع ولايات لا يصل عدد الأخصائيين بكل واحدة منها الى عشرة. (2021) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية) يتواجد 67% من العاملين الصحيّين بالمستوى الثاني والثالث مقارنةً بالكوادر الصحيّة في مرافق الرعاية الصحيّة الأولى (2021-2024) جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية).

أدّى التناقض في قدرات وموارد النظام الصحيّ بين الولايات والمحليّات وداخلها إلى تباين كبير في استيعاب وتوفير وتوزيع القوى العاملة البشرية الصحيّة، ما أثر بالتالي

على القدرة على تقديم الخدمات الصحية الأساسية، وأضعف من إمكانية تأمين الحق في الصحة. تم رصد عدد من المسببات لمشاكل التوزيع للموارد البشرية منها محدودية فرص التوظيف وضعف الميزانيات المرصودة لها والنقص وظروف العمل غير المؤاتية والمعيشة غير الجذابة (بشكل رئيسي في المناطق الريفية والنائية)، إضافة إلى المخاوف الأمنية في المناطق المتضررة من النزاع ونقص فرص التطوير الوظيفي. كل تلك الأسباب ساهمت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التوزيع غير العادل وهجرة العاملين الصحيين إلى بلدان أخرى من أجل توظيف أفضل ومستقبل واعد.

الإمداد الدوائي

يهدف قطاع الأدوية في السودان إلى ضمان توفير كميات كافية من الأدوية الأساسية الآمنة وذات الأسعار المعقولة والجودة العالية. تواجه البلاد أزمة توفر الأدوية حيث وصلت نسبة توفر الدواء إلى أقل من 50% من المستهدف في كانون الثاني/يناير 2020. انخفض إيراد الأدوية البشرية بشكل ملحوظ من 256 مليون دولار أميركي في عام 2015 إلى 159 مليون دولار أميركي و161 مليون دولار أميركي في عامي 2018 و2019 على التوالي. شكلت صناعة الأدوية المحلية 36% من القيمة الإجمالية للأدوية في السودان في عام 2015 والتي قُدرت بنحو 227 مليون دولار أميركي وانخفضت إلى 80 مليون دولار أميركي في عام 2017 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021). تتزايد أسعار الأدوية بشكل كبير بسبب التضخم الاقتصادي. يُوفر برنامج العلاج المجاني الذي تم اعتماده في عام 2008، أدوية السرطان وأمراض الكلى وجراحة القلب والعيون والأطفال دون سن الخامسة بالإضافة إلى خدمات نقل الدم والهيموفيليا. وبلغت الميزانية الإجمالية للبرنامج 29100 مليون دولار عام 2020. يواجه هذا المشروع تحديات كبيرة بسبب عدم توفر الأدوية، والقضايا المتعلقة بالتوزيع وخاصة النقل، ضعف الإشراف، ضعف التقارير وارتفاع معدل تساقط الموظفين. لقد تم تعيين صيدلي مختص لكل ولاية ولجنة للبرنامج لتحسين الأداء على مستوى الولاية. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021) توفر البرامج الرأسية الأدوية للأمراض السل والإيدز والملاريا مجاناً. على الرغم من كل هذه التدخلات إلا أن الإنفاق من الجيب على الأدوية لا يزال مرتفعاً. هذا وقد هدفت الخطة الاستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحي السوداني إلى تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية والمُنتجات الصحية والتكنولوجيات الصحية الآمنة والفعالة وحسنة الجودة وبأسعار معقولة (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2022). وفقاً لآخر بيانات عن الإنفاق الشخصي على الأدوية في عام 2008، بلغت نسبة الإنفاق من الجيب على الدواء 26% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024) الوضع الدوائي بالبلاد مثير للقلق مع زيادة إجمالي الإنفاق من الجيب، وزيادة أسعار الأدوية والتدهور العام في أداء النظام الصحي.

تمويل الصحة

تتولى الحكومة الاتحادية وحكومات الولايات والمحليات تمويل القطاع الصحي. تُساهم الحكومة في دعم المرافق الصحية الحكومية بنسبة 69.3% (الصندوق القومي للإمدادات الطبية 2015). أكدت مديرة الميزانية بوزارة المالية أن الصرف على الصحة يتم وفقاً للخطة المُجازة ومن مستويات الحكم الثلاثة (اتحادي، ولائي، ومحلي).

في عام 2018 بلغ إجمالي الإنفاق الصحي 2.554 مليار دولار أميركي ويمثل 4.9% من الناتج المحلي الإجمالي. يمثل الصرف القومي الحكومي العام على الصحة 3.45% من الصرف الحكومي العام. بلغ الصرف الحكومي القومي على الصحة 23.3% من الصرف على الصحة والتمويل الخارجي 6.7% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021).

يُصرف أغلب الإنفاق الصحي القومي على الصحة على المرتبات، التسيير والصيانة، والمشروعات كما أفادت مديرة الميزانية. أمّا مشاركة الصندوق القومي للتأمين الصحي فقد بلغت 27.6% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021). هذا وأوضحت مديرة الميزانية بوزارة المالية أنه في عام 2021 بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 6% من الإنفاق الحكومي العام ولا يشمل ذلك الصرف من الولايات أو المحليات أو المنح الأجنبية، بينما هدف تمويل الصحة وفقاً لما تم إقراره في إتفاقية أبوجا 2015 هو 15% كما أوضح المدير العام للتأمين الصحي.

يعتمد تمويل النظام الصحي بشكل أساسي على الصرف من الجيب (69.2%) (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021) وهي نسبة عالية جداً، وهذا يوضح العوائق المالية التي يواجهها المواطنون من أجل الوصول إلى الخدمات الصحية، وخطر زيادة الإفقار والإنفاق الصحي الكارثي. الحاجز المالي يمنع الفئات غير المُستطيعه من الحصول على الخدمات الصحية (وهذه الفئة تشكّل ما لا يقلّ عن 60% من المواطنين) بل إنّ حتّى المستطيعين يؤدي المرض في كثير من الأحيان إلى إفقارهم بسبب بيعهم ممتلكاتهم للحصول على العلاج خاصّة عند الأمراض المُستعصية والمُزمنة بالرغم من أنّ التأمين الصحي يكفل لهم الحصول على هذه الخدمات بدون عوائق مالية، كما أفاد بذلك المدير العام للصندوق القومي للتأمين الصحي.

تُشارك المنظّمات التطوّعية الوطنية أيضاً في الصرف على الصحة من خلال التّدخلات التي تُقدّمها، كما أفاد بذلك مدير المنظّمات التطوّعية، خاصّة في المناطق الطرفية ومناطق النزاعات وغيرها والتي تشمل المساعدة في توفير الخدمة الصحية وتوفير الأدوية والخيّام والناموسيات المُشبّعة ولكن يصعب تحديد مقدار الصرف وذلك لصعوبة توفير المعلومات.

على الرغم من الخطوات المهمّة التي تمّ اتخاذها لتعزيز نظام التمويل الصحي في السنوات الأخيرة، إلّا أنّ هنالك تحديات كبيرة ما زالت قائمة. يُعدّ نقص التمويل وضعف الحوكمة وعدم الكفاءة من التحديات الرئيسية التي تواجه التمويل الصحي في السودان، تعاني البلاد من أزمة اقتصادية حادّة تميّزت بارتفاع معدّلات التضخم وانخفاض قيمة العملة المحليّة وندرة السيولة النقدية، ومن أسباب ذلك انفصال جنوب السودان عام 2011 والذي أدّى إلى انخفاض كبير في عائدات النفط، وكذلك النزاعات والحروب المستمرة في جنوب السودان ثم في دارفور وجنوب كردفان وغيرها من المناطق وكذلك العقوبات الأميركية التي بدأ فرضها عام 1997 بتجميد الأصول المالية السودانية وحظر الأنشطة الاقتصادية بكافّة أشكالها ثم توسيع دائرة العقوبات في عامي 2006 و2007. كما تمّ تعطيل استثمارات يبلغ قدرها 745.300.000 مليون دولار وقيمة الأصول المحجوز عليها بلغ 48.200.000 مليون دولار، ولم يقف الأمر عند الاقتصاد السوداني فحسب بل تعدّى إلى غرامات في حالة مخالفة هذا القرار المُتخذ بموجب القانون الأميركي للطوارئ الاقتصادية، حيث وقّعت عقوبات على الجهات والدول التي خالفت الحظر بغرامات وصلت إلى 1.530.000 مليون دولار. وبهذا فقد السودان الغطاء الدولي للاستثمار بفقدان أيّ فرص للتمويل الدولي من المؤسسات المالية الدوليّة أو الإقليميّة بعد التّزام أغلب

الدول بالقرار الأميري، خاصةً دول الاتحاد الأوروبي (2014 نون بوست / Noon Post).

ومن أهم عناصر الخطة الإستراتيجية الصحية لمعافاة وإصلاح النظام الصحي السوداني تمويل الصحة العامة لتحسين كفاءة النظام الصحي، مع حماية عالية من المخاطر المالية (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2022). وقد أفادت مديرة الموازنة أن حفظ الحق في الصحة يستلزم تطوير موارد البلد وتحسين الدخل القومي وإلتزام وزارة الصحة الاتحادية بوضع موازنة قومية دقيقة وواضحة وتفعيل آليات المتابعة والتقييم والمؤسسية وأن تكون أهداف وخطط وسياسات وزارة الصحة الاتحادية واضحة ودقيقة، كما وأنه لا بد من تحديد قنوات الصرف على الصحة.

السياسة النيوليبرالية

بدأ تطبيق السياسات النيوليبرالية في السودان منذ سبعينيات القرن الماضي، حينما كانت البلاد تعاني من أزمات إقتصادية حادة أدت الى خضوع البلاد لسياسات صندوق النقد الدولي وذلك للإستفادة من القروض المالية التي يُقدّمها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي. فخضعت الحكومة والتزمت بتوصيات ما يُعرف بـ”برنامج الإصلاح الهيكلي للاقتصاد السوداني“ والذي بموجبه تمكّن النظام من الحصول على بعض القروض والمساعدات الفّنية مقابل الإلتزام بروشتة الصندوق والتي تشمل تخفيض العملة، سحب الدعم عن السلع الأساسية، زيادة الضرائب، تحرير التجارة الخارجية، وغيرها من الشروط (عبد الحميد 2019). وبناءً على ذلك توقّفت السياسات الصحيّة التي تكفل للمواطنين التمتع بخدمات صحيّة مجانيّة. وللأسف لم تستفد البلاد كثيراً من تلك القروض، بل وقعت في المزيد من الديون، فضلاً عن استمرار التأثيرات الإجماعية السالبة لسياسات الصندوق على الطبقات الفقيرة، وفي تدهور الخدمات الإجماعية في مجالات الصحة والتعليم وغيرها من معايير العدالة الإجماعية. كذلك بادر الصندوق بورقة توصية للسودان، عقب قرار رفع العقوبات الأميركية عن السودان في كانون الأوّل/ديسمبر 2017م، أوصى فيها النظام باتباع مجموعة من الإصلاحات الهيكلية من أجل ”استثمار فرصة رفع العقوبات الأميركية بأفضل شكل ممكن“. شملت توصيات الصندوق تعويم الجنيه السوداني حيث أنّه يُعتبر ذلك ”عاملاً حيوياً لاستقرار الاقتصاد السوداني“ جنباً إلى جنب مع توحيد أسعار تبادل العملات في السوق السوداني. ووصى الصندوق أيضاً بإلغاء الدعم الحكومي للقمح وموارد الطاقة، بالإضافة إلى توسيع القاعدة الضريبية من أجل تحصيل المزيد من الأموال لخزانة الدولة (عبد الحميد 2019). كل ذلك فاقم من المشاكل خاصّة على فئة الفقراء وذلك برغم محاولات الدولة القيام ببعض المعالجات التي شملت الدعم النقدي المُباشر للفئات الأقلّ فقراً ودعم إدخال الفقراء تحت مظلة التأمين الصحي وغيرها.

وأشارت وزيرة التنمية الإجماعية السابقة الى أنّ الدولة تتطلّع عادةً على السياسات الدولية وتُعدّ سياسة وطنية لها علاقة بالموروث القلّي، فمثلاً سياسة البنك الدولي أوصت بالدعم النقدي للفقراء بينما سياسة الدولة كانت الدمج في التنمية ومشاريع سُبل العيش (العون الإنساني القلّي على التنمية) مع حصر الدعم النقدي على الذين لا يستطيعون العمل، كذلك أشارت الى مصطلح التكافل الذي تمتاز به البلاد وهو نظام اجتماعي قويّ تُقدّم فيه المساعدة للفقراء من المواطنين سواءً الأهل أو المعارف والجيران أو غيرهم وقد كان لذلك الأثر الكبير على قدرة الناس على الصمود، كما أشارت الى سياسات وزارتها التي تعزّز قيم التكافل الإجماعي وتعتبره مسألة قيمية وأخلاقية. أمّا مدير الشؤون المالية والإدارية بوزارة الصحة

فیرى أنّ سیاسة البنك الدولی فی رفع الدعم کان من المفترض أن یصاحبها تنفیذ سیاسات تُخفّف من أثر رفع الدعم فمئلاً سیاسة العلاج المجّانی سیاسة ممتازة لكنّ قلة الموارد المُتاحة مع تطبیق سیاسة البنك قلّت من أثر هذه السیاسة.

التأمين الصحي

یقدّم التأمين الصحي فی السودان عبر عددٍ من المؤسسات أهّمّها الصندوق القومي للتأمين الصحي وهناك تأمينات خاصة بالقوات النظامية (الجيش، الشرطة والأمن الوطني) (جمهورية السودان، الصندوق القومي للتأمين الصحي 2023)، كما یتلقى بعض الجهات وبعض الأفراد الخدمات الصحية عبر شركات التأمين الخاصة المحلية والعالمية. الصندوق القومي للتأمين الصحي وهو الأهم یتبع لوزارة التنمية الإجتماعية وتتبع له إدارات التأمين الصحي بالولايات المختلفة. وهو مؤسسة تكافلية تُعنى بتوفير خدمات رعاية طبية متميزة بعدالة وإستدامة وتكلفة ميسورة تنال رضا المؤمن لهم. یهدف الصندوق القومي لتغطية جميع المواطنين بالتأمين الصحي. وترى وزيرة التنمية الإجتماعية السابقة أنّ الصحة حق للمواطن وأن وزارتها ماضية فی الإيفاء بهذا الحق من خلال توفير التأمين الصحي للمواطنين.

بلغ عدد المشتركين فی التأمين الصحي عبر الصندوق فی عام 2020 أكثر من 33.6 ملايين شخص بنسبة بلغت 81.7% من السكّان (Elfadul & Elfadul 2022). یقدّم الصندوق القومي للتأمين الصحي حزمة خدمات طبية لجميع المشتركين دون تمييز بین القطاعات المختلفة. ویهتم بصفة خاصة بالأسر الفقيرة حيث یسعى لتغطيتها عبر مُمولّين متعدّدين، وقد بدأت تغطية الأسر الفقيرة عام 2007 وبحلول عام 2020 تمّت تغطية 5.787.122 أسرة تمثل 71% من إجمالي الأسر المؤمن عليها. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024) وتتکفل وزارة المالية الاتحادية بتكلفة أغلب هذه الأسر كما یشارك دیوان الزكاة أيضاً مشاركة فاعلة وبجانب ذلك تشارك وزارات المالية بالولايات وبعض المنظمات والشركات والأفراد من خلال مبادرة الأیادي البيضاء. بالنسبة للاجئين والذين یشکّلون ضغطاً على الخدمات الصحية كما أفادت الوزيرة، فقد تمّ الاتفاق مع الأمم المتحدة ومفوضية اللاجئين لإدخالهم تحت مظلة التأمين الصحي.

یقدّم الصندوق القومي حزمة واسعة من الخدمات الطبية مقارنةً بكثير من الدول فی إقليم شرق المتوسط وذلك وفقاً لإفادة الوزيرة التي ذكرت أنّ ذلك بشهادة منظمة الصحة العالمية. وتشمل خدمات الصندوق حتى علاج الأسنان الذي لا یدخل فی التأمين فی أغلب الدول. یساهم المؤمن علیه بنسبة 25% من أسعار الدواء المتوفّر بالبلاد والتي یتحمّلها دیوان الزكاة عن الفقراء الذين لا یتستطيعون دفعها وذلك وفقاً لما أفادت به الوزيرة والتي یتبع دیوان الزكاة لوزارتها. أفادت أيضاً أنّ هنالك عدّة شكاوى من المواطنين من عدم توفّر الدواء عبر بطاقة التأمين ولكنها ترى أنّ لا مشكلة حقيقية فی توفّر الدواء وأن المشكلة فی اختلاف الشركات المقدّمة للدواء. الجدير بالذكر أنّ ميزانيات الصرف للمستشفيات تتجاوز 80% من الميزانية الكلية المُخصّصة للخدمات الطبية ولهذا السبب تقلّ نسبة الصرف على مرافق الرعاية الصحية الأولية والتي تُقدّم الخدمة لأكثر من 75% من السكّان (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية 2021-2024).

بالرغم من النسبة العالية للمؤمن عليهم إلّا أنّ توفّر الخدمة بالمناطق الريفية يُعدّ تحدّياً وذلك بسبب التوزيع غير العادل للخدمات وتوفرها فی المناطق الحضرية بشكلٍ أساسي ممّا یجعل كثير من المؤمن عليهم یضطرون الى السفر مسافات بعيدة لتلقّي الخدمة، كما أنّ عدم فهم المواطنين لكيفية الإستفادة من بطاقة

التأمين يُعدّ مشكلة أيضاً وفقاً لإفادة الوزارة التي ترى أنّ أفضل مشروع للصحة هو التأمين الصحي، إذ إنّهُ يتيح توفير الخدمة للفقراء كما أنّه يساهم في تشغيل كثير من المرافق الصحيّة التي لا تستطيع وزارة الصحة تشغيلها ويقوم بإنشاء مرافق صحيّة بالإتفاق مع وزارة الصحة ويوفّر الكثير من الأجهزة الطبيّة باهظة الثمن.

رغم الجهود الكبيرة لزيادة التغطية التأمينية تظهر العقبات والتحديات المتمثلة في تغطية القطاع غير المنظم، الذي يكاد يكون القطاع الأكثر رواداً للطبقات الفقيرة وذوي الدخل المحدود مع تنامي معدلات الفقر والأزمة الاقتصادية والنزوح. وقد أثر نقص المعلومات والمسوحات الحديثة في إجراء حصر وإسقاطات واقعية للمستهدفين بالتغطية الصحيّة في القطاع غير المنظم.

أيضاً تجدر الإشارة إلى أنّ مؤشرات التغطية يتمّ حسابها باعتبار عدد المؤمن عليهم الذين تمّ استخراج بطاقة تأمين علاجية لهم، ويعتبر خبراء التخطيط أنّ هذا المؤشر قاصرٌ عن التعبير عن نسبة التغطية الفعلية التي تُحسب من إجمالي المؤمن عليهم الذين استخدموا البطاقة في تلقي الخدمات الصحيّة في القطاع المعين. لذا يجب التأكيد على أنّ نسب التغطية العالية لا يعني بالتأكيد الاستخدام الفعلي للبطاقة وهذا ما يعكسه الواقع إذ إن المفارقة في التمويل الصحيّ تظهر جلياً بين تغطية تأمينية عالية وإنفاقٍ من الجيب يتجاوز الـ 67% وذلك يُظهر أنّ معظم السكّان يتحملون نفقات العلاج رغم وجود التأمين الصحيّ.

نظام المعلومات الصحيّة

تُوجد بوزارة الصحة أنظمة متعدّدة للمعلومات الصحيّة. يتمّ جمع البيانات من المرافق الصحيّة المختلفة ابتداءً من وحدة الرعاية الصحيّة الأساسية، مركز الرعاية الصحيّة الأساسية، والمستشفيات بأنواعها، وترسل تقارير الوحدات والمراكز والمستشفيات الريفية لرئاسة المحليّات بينما تُرسل تقارير المستشفيات التخصصية والمراكز التخصصية لوزارات الصحة بالولايات. نظام المعلومات نظام مشترك ورقّي وإلكتروني، يتمّ التجميع الورقي شهرياً في إستمارة معدّة لذلك ويتمّ إدخال البيانات في الموقع الإلكتروني في المحليّة والوزارة وتوجد صفحة خاصة جاهزة بالإنترنت يمكن الدخول والعمل فيها من أيّ مكان ويتمّ التجميع والتحليل ومن ثم تقوم إدارة المعلومات الصحيّة والمتابعة والتقييم بوزارة الصحة الإتحادية بتجميع وتحليل التقارير الكليّة وإصدار التقرير الإحصائيّ الصحيّ القومي السنوي. يظل نظام المعلومات عاملاً مؤثراً في الحق في الصحة في السودان إذ يتّضح القصور الواضح في نظام المعلومات من حيث اكتمال ودورية وجودة البيانات المنشورة عن المؤشرات الخاصة بالحق في الصحة. وكما تمّ ذكره سابقاً لا توجد بيانات حديثة عن الوضع الصحي في السودان خلال العامين السابقين ومعظم المعلومات عن التدخّلات الصحيّة المُستهدفة للشرائح الضعيفة كالنازحين والمهاجرين والنساء غير متوفّرة في المواقع الرسمية للإدارات المعنية إنّما يتمّ الحصول عليها بصعوبة من المنظمات الطوعية والعالمية المختصة بالتدخّلات الصحيّة. لا يوجد نظام معلومات صحيّة يربط بين القطاع الخاص والعام لذلك لا يوجد أيّ نظام متكامل لرصد المؤشرات الصحيّة بين القطاعين ولا يوجد أيّ إلزام لمشاركة البيانات إلّا في حالات الطوارئ والأمراض الوبائية.

ومما يؤكّد مشاكل نظام المعلومات الصحية ما أبداه الباحثون والخبراء على صحة البيانات الواردة عن التغطية بلقاعات الكورونا-19. ويرجع ذلك لتضارب المعلومات الصادرة من الجهات الحكومية وواقع التغطية وأيضاً يوجد تضارب بين معدّلات التغطية للقاءات الأخرى والكورونا حيث تصدرت الولايات التي تعاني من مشاكل

أزلیة فی تغطية خدمات التحصین الصادرة مثل وسط دارفور وجنوب كردفان. رغم أنه لا توجد دراسات كافية للتحقق من البیانات الصادرة من وزارة الصحة إلا أن هنالك دراسات حديثة تناولت التغطية فی ولايات دارفور.

كل ما ذكر آنفاً أدى الى عدم توافر مؤشرات تعكس واقع الصحة للمواطنين والشرائح الضعيفة وبالتالي أدى الى اضعاف التخطيط الاستراتيجي لحفظ الحق في الصحة وكذلك أثر فی اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة ككل والحق في الصحة على وجه الخصوص.

آليات المساءلة والإصلاح

آليات المساءلة والإصلاح فی النظام الصحي متعدّدة: تبدأ من مساءلة الجهاز التشريعي الذي يعرض التقارير السنوية على وزير الصحة ويطلب منه الردّ على أيّ أسئلة ترد من أعضاء الجهاز والذين يمثلون الشعب. يعرض الوزير التقارير الدورية للجنة الخدمات فی مجلس الوزراء والتقارير السنوي لمجلس الوزراء. يراجع المجلس الأعلى للتنسيق الصحي والذي يرأسه رأس الدولة أداء النظام الصحي وكذلك أداء الوزارات ذات الصلة بالصحة ومدى تنسيقها مع وزارة الصحة، يقوم المجلس الطبي ومجلس المهن الصحية بالتقاضي فی الأخطاء الطبية من الكوادر الطبية ويصدر العقوبات المناسبة والتي تصل حدّ سحب رخصة العمل. أيضاً يقوم ديوان المراجعة العام بمراجعة الأداء المالي والإداري ويصدر تقريراً سنوياً يعرضه على الجهاز التشريعي.

وفقاً لتقرير البنك الدولي لمؤشرات الحوكمة لعام 2021 وتحديدًا مؤشّر الصوت والمساءلة الذي تمّ رصد تقدّم السودان من عام 1996 وبلغ مجموع النقاط (-147) التي توضح وجود ضعف فی نظام المساءلة وقدرة المواطنين على المطالبة بالحقوق. وقد سُجّلت أعلى نقطة للسودان فی عام 2020 وذلك يرجع الى قيام ثورة ديسمبر 2019 التي صاحبها إهتمام كبير لإصلاح أنظمة الدولة والتشريعات المناطة بحفظ الحقوق الإنسانية وإعمال أدوات للمراقبة ورصد التنفيذ وذلك تحقيقاً لشعار ثورة ديسمبر "حرية، سلام وعدالة." رغم ذلك توجد عقبات تهدّد محور المساءلة تمّ استنباطها من خلال المقابلات للمسؤولين ومجموعات النقاش فی الورشة التشاورية الوطنية وتمّ حصرها فی النقاط التالية:

- هنالك قصور فی نشر ثقافة المساءلة والمطالبة بالحقوق من قبل الجهات المختصة والمؤسسات ذات الصلة.
- عدم إلمام المواطنين بالحقوق الأساسية التي تكفلها الدولة والجهات ذات الصلة المناطة بحفظ ورصد الحقوق الإنسانية الأساسية.
- ليس هنالك نشر وتبادل للمعلومات عن توصيات الاجتماع الأخير لآلية الاستعراض الدولي على مستوى الإدارة العليا ومدراء الإدارات العامة بوزارة الصحة على الرغم من وجود ممثل لوزارة الصحة في الآلية الوطنية، ناهيك عن وجود خطة لمتابعة تنفيذ التوصيات المُجازة من الآلية الوطنية لمحوّر الصحة. الجدير بالذكر أن سكرتارية الآلية الوطنية بوزارة العدل قامت بتعليك ممثل الصحة كلّ المعلومات الخاصة بتوصيات محور الصحة التي تمّ نقاشها في آلية الاستعراض الدولي لمشاركتها مع الإدارات ذات الصلة، لمتابعة تنفيذها خلال الأربع سنوات القادمة.

- دور منظمات المجتمع المدني محدود في مجال المُساءلة وخصوصاً فيما يتعلّق برفع الوعي بالحقوق ورفع قدرات المجتمع والشرائح الضعيفة. ذكرت ممثلة الأشخاص ذوي الإعاقة أن "دور منظمات المجتمع المدني يكاد يكون محدوداً جداً ولا توجد مبادرات لتبني قضايا الحق في الصحة بصورة مُمنهجة إنما توجد اجتهادات فردية لمنظمات أو أشخاص لمناصرة قضايا معينة كالعنف الجنسي أو التمييز العرقي."

من ناحيةٍ أخرى أدّى عدم الإستقرار السياسي وتبعات قرارات 25 أكتوبر الى تراجع في تنفيذ التدخّلات والخطط للإصلاح المؤسسي على مستوى الوزارت ذات الصلة وبالتالي ألقي بظلاله على رصد ومتابعة وتعزيز جميع الحقوق بما فيها الحق في الصحة وفقاً لإفادة ممثل سكرتارية الآلية الوطنية بوزارة العدل الاتحادية.

الإستنتاجات والتوصيات

الإستنتاجات

وفقاً للمعلومات التي تمّ سردها سابقاً سيتمّ تحليل الإستنتاجات استناداً إلى إطار يتكوّن من ثلاثة محاور وهي الإحترام والكفالة والأداء وهي محاور يتمّ قياس حقوق الإنسان بها. من حيث الإحترام تمّ التعرّف على مدى اجتهاد الدولة في إبرام الموائيق ومواءمة التشريعات الوطنية وإجازة قوانين لحفظ الحقوق وقتما دعت الضرورة. وهنا يُمكننا القول أنّ السودان بذل جهداً مُقدّراً في إبرام الموائيق الدولية وعمل على مواءمة التشريعات الوطنية وكوّن آليات متابعة الحقوق الإنسانية بما فيها الحقّ في الصحة. كما اعتمدت البلاد العديد من القوانين والتشريعات التي تضمن الحصول على الحقّ في الصحة في جميع الأوقات (السلم والحرب والوباء) ولجميع الفئات دون تمييز أو استثناء. أدرج السودان الصحة والتعليم في أولويات الفترة الإنتقالية. تمّ وضع استراتيجيات وخطط وطنية تستصحب أهداف التنمية المُستدامة وتتخذ منظور الصحة في جميع السياسات كإطار لضمان تكامل الأدوار بين الجهات والوزارات ذات الصلة في الحفاظ على الحقّ في الصحة.

فيما يتعلق بالكفالة، تمّ اتخاذ تدخّلات لضمان وكفالة الحصول على الخدمات الصحيّة وذلك بإتاحة التأمين الصحيّ وإستمرار دعم الزكاة للصحة. أيضاً عمل النظام الصحيّ على مجّانية علاج الطوارئ وعلاج الأطفال دون سنّ الخامسة وكذلك مرضى الفشل الكلوي وقسطرة القلب وغيرها. على مستوى التخطيط عمل السودان على تقوية النظام الصحيّ وإفراد تدخّلات خاصة للمناطق الهشّة والأقلّ نموّاً ومناطق النزاعات، تشمل سياسات استبقاء الكوادر وتوسيع مساهمة المنظّمات الوطنية والعالمية لتقديم الخدمات الصحيّة في مناطق النزاعات.

من حيث الأداء تشير المؤشّرات الصحيّة إلى سوء الحالة الصحيّة للمواطن السوداني مع تركّز عبء الأمراض في الشرائح الضعيفة وفي المناطق الريفية والمناطق الأقلّ نموّاً. يتّضح ذلك من خلال الفوارق في الحصول على الخدمات الصحيّة الأساسية بين الخرطوم العاصمة والمدن الكبرى وبين المدن الأخرى والقرى. الضعف في النظام الصحيّ بمقوماته السنّة وخصوصاً الموارد المالية والبشرية والإمداد الدوائي أدّى إلى عدم توفر الخدمات الصحيّة للأمراض الأكثر شيوعاً وأمراض الطفولة.

جائحة الكورونا أثّرت سلباً على تقديم الخدمات الصحيّة ولكن تجدر الإشارة إلى أنّ الدعومات لقطاع الصحة ساهمت في رفع مستوى جاهزية المستشفيات لخدمات الطوارئ وكذلك رفع مستوى مكافحة العدوى وذلك بتوفير المعينات وتدريب الكوادر الصحيّة.

الوضع السياسي يبقى من أهمّ المحدّدات للأداء الصحيّ في السودان حيث أثّر عدم الإستقرار السياسي على تعطيل تنفيذ أولويات الفترة الإنتقالية في القطاع الصحيّ، حيث أسهمت التغييرات السياسية في إحداث ربكة في الهياكل الإدارية التي تعاقب عليها ثلاثة وزراء صحة في أقلّ من ثلاث سنوات وأسفر ذلك عن تغييرات في الإدارات العامة على مستوى المركز والولايات أدّت بدورها إلى إرباك تنفيذ الخطط التشغيلية. من ناحية أخرى صاحبت الفترة الإنتقالية العديد من الإضرابات

للكوادر الصحية أثرت بشكل كبير في تردّي الخدمات الصحية بالقطاع العام وعزوف المواطنين عن التوجّه إلى المرافق الصحية الحكومية لعدم استقرار تلقي الخدمة، ممّا أدّى إلى توجّه المواطنين للقطاع الخاص وبالتالي تحقّل نفقات باهظة لتلقي العلاج.

من ناحية أخرى تبرز أهمية الإستقرار السياسي في مناطق الحروب والنزاعات في تأمين السلام وضمان استمرار التنمية المُستدامة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحقوق الأساسية الأخرى المرتبطة بالصحة وهي الحق في الحياة والغذاء والسلام والبيئة والتنمية.

الوضع السياسي المعقّد لحكومة السودان الحالية وعدم إقرار المجتمع الدولي بشرعيتها والضغوطات الدولية أسهمت بدورها في التأثير الكبير والعميق على أداء السودان في الحق في الصحة، حيث أثّر تجميد الدعومات على الصحة مباشرة في إضعاف تقديم الخدمات والدواء والمعينات وتدريب الكوادر وكذلك أثّر بطريقة غير مباشرة في تجميد الخطط والأنشطة في الحقوق الإنسانية الأخرى المرتبطة بالصحة كالغذاء والسلام والتنمية والبيئة.

التوصيات

بناءً على ما تمّ ذكره في المقابلات وعلى ما ورد في الوثائق التي تمّت دراستها، يمكن تلخيص التوصيات في الآتي:

- تحقيق الاستقرار السياسي بالتوافق الوطني وتوفير الأمن والاستقرار لمناطق النزاعات.
- السعي لوقف التردّي الاقتصادي وتطوير موارد البلد وتحسين الدخل القومي.
- نشر ثقافة المعرفة بالقوانين والتشريعات والخطط والسياسات الصحية والإشراف على الجهات التي تقوم بالتنفيذ.
- ضبط الحوكمة وبناء مقدرات الولايات والمحليات في القيادة والإدارة وفي كيفية تحريك الموارد.
- وضع موازنة صحية قومية دقيقة وواضحة وتحديد قنوات الصرف وتفعيل آليات المتابعة والتقييم وتوفير الدعم المالي اللازم لتنفيذ الخطط والالتزام بتنفيذ التمويل الصحي الحكومي بما لا يقلّ عن 15% من الدخل القومي.
- زيادة وعي المواطن لمعرفة حقوقه وواجباته وتعزيز مشاركة المجتمع الفاعلة في التخطيط وفي الإشراف على التنفيذ.
- توسيع آليات وشبكات الضمان الاجتماعي مثل الزكاة والتأمين الصحي وغيرها.

- فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحيّة لا بدّ من التنسيق مع الجهات ذات الصلة بالصحة مثل وزارات التعليم العالي، المالية ووزارة العمل لضمان إنتاج وتوظيف وتحفيز واستبقاء الكوادر الصحيّة وإيجاد حزم تحفيزية للإستبقاء بالأماكن ذات الحاجة الأعلى والمناطق الأقل نموًا، وكذلك وضع المعالجات اللازمة للحدّ من هجرة الكوادر الصحيّة، تحسين مقدّرات النظام الصحيّ على المستويات الأخرى لاستيعاب الكوادر وخلق وظائف للقابلات، المعاون الصحي، المساعدين الطيّبين وغيرهم.

المراجع

- جمهورية السودان، وزارة الصحة، الإدارة العامة للصيدلة. 2005. "الإستراتيجية الصيدلانية ربع القرنية 2005-2029".
- جمهورية السودان، وزارة العدل. الوثيقة الدستورية لسنة 2019.
- جمهورية السودان، الصندوق القومي للتأمين الصحي. 2023. "الصفحة الرئيسية." [الرابط](#).
- جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. 2000. "الدورة الثانية والعشرون. التعليق العام رقم 14 الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12)." [الرابط](#).
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية. 2022-2021. "التقرير الإحصائي القومي السنوي لعام 2021-2022 [Annual National Statistical Report for the Year 2021-2022]."
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية. 2021-2024. "السياسة الوطنية لتعافي وإصلاح قطاع الصحة في السودان 2021-2024 [Sudan National Health Sector Recovery and Reform Policy 2021-2024]."
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية. 2022. "الخطة الوطنية لإنعاش وإصلاح قطاع الصحة 2022 [National Health Sector Recovery and Reform Plan 2022]."
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية. 2007. "ملخص الإستراتيجية القومية ربع القرنية 2007-2031".
- جمهورية السودان، وزارة العدل. 2005. "دساتير السودان - دستور جمهورية السودان الانتقالي لسنة 2005." [الرابط](#).
- جمهورية السودان، وزارة العدل. 2016. "قانون الصندوق القومي للتأمين الصحي لسنة 2016." [الرابط](#).
- جمهورية السودان، وزارة العدل. 2008. "قانون الصحة العامة القومي لسنة 2008".
- الصندوق القومي للإمدادات الطبية، وزارة الصحة الاتحادية. 2015. "قانون الصندوق القومي للإمدادات الطبية 2015." [الرابط](#).
- جمهورية السودان، مجلس الوزراء و UNICEF. 2014. "تارشؤملا ددعتم يدوقنعلا حسملا - 2014." [الرابط](#).
- جمهورية السودان، وكالة السودان للأنباء (سونا) [Sudan News Agency]. 2022. "حقوق الإنسان يعتمد تقرير السودان الثالث لآلية الإستعراض، الدوري الشامل." [الرابط](#).
- حاتم. ع.ا. 2021. واقع النظام الصحي في السودان. لمركز الأفريقي للإستشارات. [الرابط](#).

- نون بوسست. 2014. "كيف تأثر السودان بسبعة عشر عاماً من العقوبات؟" [الرابط](#)
- عبد الحمید، أ.ع. 2019. "سيناريو تطبيق روستة صندوق النقد الدولي السودان." المجلة الاقتصادية.

-
- Directorate General of Global Health, Federal Ministry of Health. "Effective Development Partnership Paper."
 - Elfadul, M. F. & Elfadul, M. 2022. "Impact of COVID-19 on Maternal Health Service in Khartoum –Sudan."
 - Elfadul, I. M., & Elfadul, M. 2021. "Effect of COVID-19 lock down on Accessibility to Health Services in Sudan- 2021."
 - Federal Ministry of Health. 2022. "Covid-19 Vaccination Coverage Report, August, 2022."
 - Habbani, S.Y.I. 1995. "Supervision of Health Area (District): The case of ElGetaina Area, Central State, Sudan."
 - Hadhreen. 2022. "The Real Culprit Documentary Report on Violation against Peaceful Protestors between 25th October 2021-4th August 2022." Khartoum.
 - Mohamed, A.E., Elhadi, Y.A.M., Mohammed, N.A., Ekpenyong, A., & Lucero-Priso, D.E. 2021. "Exploring Challenges to COVID-19 Vaccination in the Darfur Region of Sudan." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 106(1):17-20. [Link](#).
 - Osman, A.H.M., Bakhiet, A., Elmusharaf, S., Omer, A., & Abdelrahman, A. 2020. "Sudan's Mental Health Service: Challenges and Future Horizons." British Journal of Psychiatry International, 17(1):17-19. [Link](#).
 - Osman, A. K., Ibrahim, M., Elsheikh, M., Karrar, K., & Salih, H. 2021. "Saving the Fundaments: Impact of a Military Coup on the Sudan Health System." Sudan Journal of Medical Sciences, 16(4): 567-573. [Link](#).
 - OCHA - Sudan. 2020. "Impact of COVID-19 on Continuity of Health Services." [Link](#).
 - Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF. 2014. "Sudan multiple indicator cluster survey report 2014." [Link](#).
 - The Global Economy. 2021. "Sudan Voice and accountability - Data, chart." [Link](#).
 - UNHCR. 2023. "Operational Update, August 2022 - Sudan." [Link](#).

- UNCHR. 2022. "Briefing note - UNHCR warns of surging needs in Sudan amid skyrocketing prices and gaps in humanitarian funding." [Link](#).
- UNICEF. 2021. "Sudan Health Report." [Link](#).
- World Bank. 2023. "World Bank Open Data." [Link](#).
- World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO-EMRO). 2022. "Attacks on Health Care in Sudan must Stop Now." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2022b. "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard with Vaccination Data." Khartoum. [Link](#).
- World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. الهجمات على الرعاية الصحية في السودان يجب أن تتوقف فوراً . [Link](#).

هدر الحق في الصحة خلال النزاع السوري

المركز السوري لبحوث السياسات¹

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

¹ مؤثّمو هذا التقرير هم: ربيع نص، وحامد سفور، ومجد الغطريف.

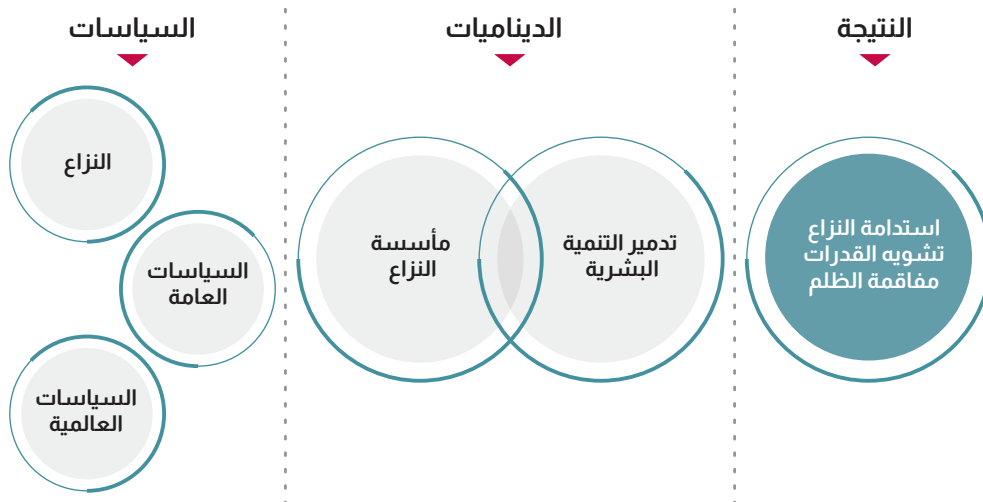
مقدمة

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

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

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

شكل 1. سياسات، وديناميات، ونتائج النزاع



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

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

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

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

الحق في الصحة في التشريعات

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

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

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

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

كانت الخطة الخمسية العاشرة التي تشمل الأعوام 2006-2010 أكثر خطة حكومية واعدة لتطوير السياسات والنتائج الصحية. حيث سلّطت هذه الخطة الضوء على ستة مبادئ للتنمية الصحية (الخطة الخمسية العاشرة الصادرة سنة 2006⁵) هي:

1. التزام الدولة بتأمين الرعاية الصحية لكافة المواطنين دون تمييز والعمل على تحسين الحالة الصحية طوال فترة حياتهم،

2. الإنسان السوري هو محور عملية التنمية الشاملة وهدفها ضمان حالة صحية أفضل لهذا الإنسان هو أفضل استثمار في عملية التنمية المستدامة،

3. تحسين الحالة الصحية للشرائح الفقيرة والمعوزة يمثل المدخل الأكثر فاعلية لتحسين الحالة الصحية للمجتمع ككل،

4. الوقاية من المرض وتعزيز الأنماط المعيشية الصحية يمثل أولوية للقطاع الصحي،

5. عدالة توزيع وإتاحة الخدمات الصحية الأساسية والطوارئ لكل المواطنين بغض النظر عن قدرتهم على الدفع،

6. نظام صحي عالي الأداء والجودة يثق ويشارك فيه المواطنون على كافة المستويات.

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

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

⁵ النص الأصلي في اللغة العربية.

الصحة العامة قبل النزاع

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

في المرحلة الثالثة التي بدأت في أواخر التسعينيات، تحوّل النظام السياسي تدريجياً نحو السياسات النيوليبرالية الموجهة نحو السوق⁶ والتي ارتبطت بانعدام المساواة الحاد وأدّت إلى نشوء تحالفات جديدة بين الجيش/الأمن والنخبة الاقتصادية. تراجعت الموارد العامة المخصصة للقطاع الصحي بشكل كبير، وتراكمت التكلفة على حساب الأشخاص العاديين. وارتبط "الإصلاح" الاقتصادي باستمرار النظام السياسي الاستبدادي. كما توسّعت السياسات النيوليبرالية في العقد الأول من الألفية الجديدة وتقلّص القطاع الصحي العام فيما ارتفعت تكلفة الخدمات الصحية. في هذا الوقت دعمت عدّة جهات مانحة خارجية، وبخاصة الاتحاد الأوروبي، "إصلاح" القطاع الصحي الذي هدف إلى تغيير دور القطاع العام ليصبح قطاعاً تنظيمياً، ونفّذت تدريجياً مبدأ استرداد التكلفة واستبدال الخدمات المجانية بنظام للتأمين.

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

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

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

⁶ كجزء من التغيير الجذري التي ارتبطت بتفكيك الاتحاد السوفيتي.

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

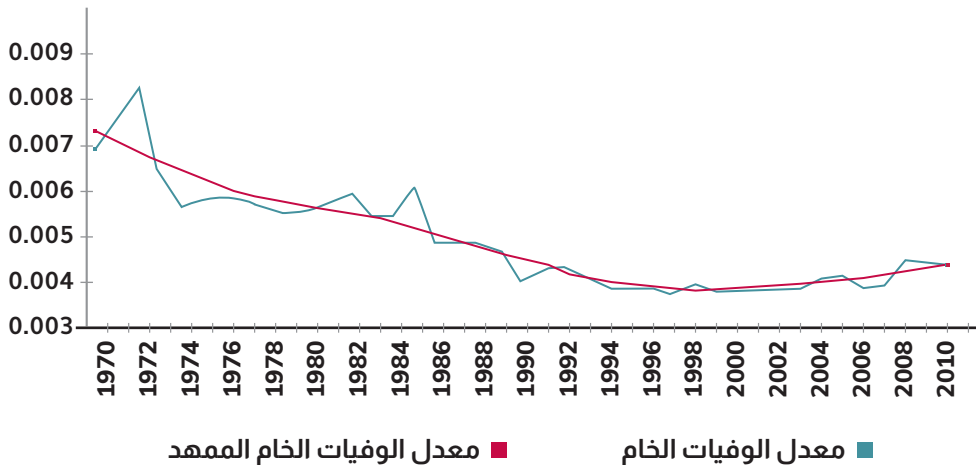
- الحوادث: تُسبب 5.5% من مجموع الوفيات.

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

أظهر تقرير "التشتت القسري" ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 64 عامًا في عام 1978 (بحسب مسح الخصوبة الذي أجري في الفترة الممتدة بين عامي 1976 و1978) إلى نحو 71 عامًا في عام 1995 و72 عامًا في عام 2000. لم يسجّل متوسط العمر المتوقع أي ارتفاع بين عامي 2000 و2007 إلا أنّه انخفض إلى 70.8 في عام 2010⁷ (المركز السوري لبحوث السياسات 2016)، وذلك إن دلّ على شيء، فإنّما يدلّ على تراجع في مستوى رفاه السوريين وعافيتهم خلال العقد الماضي.

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

شكل 2. معدل الوفيات الأولي في سوريا 1970 - 2010

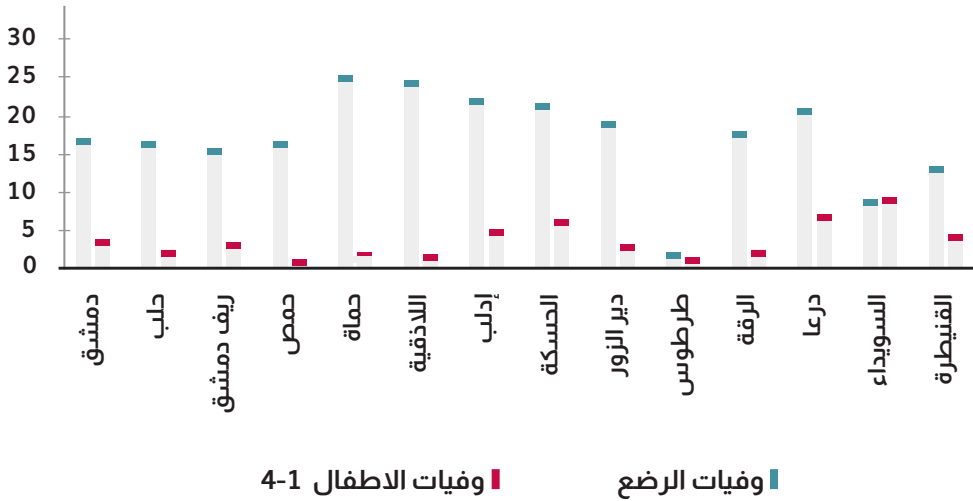


المصدر: سجلات الأحوال المدنية وحسابات المركز السوري لبحوث السياسات.

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

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

شكل 3. معدلات وفيات الرضع والأطفال عام 2009 بين المحافظات



■ وفيات الاطفال 4-1

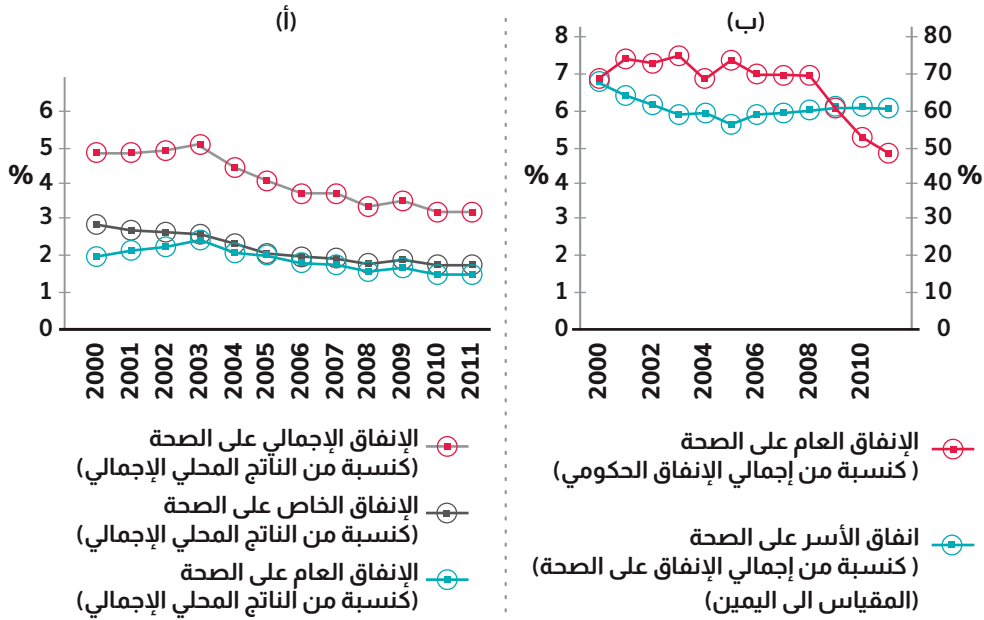
■ وفيات الرضع

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

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

شكل 4. الإنفاق على الصحة

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



المصدر: مؤشرات البنك الدولي 2022

الصحة العامة في خلال النزاع

تمهيد

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

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

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

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

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

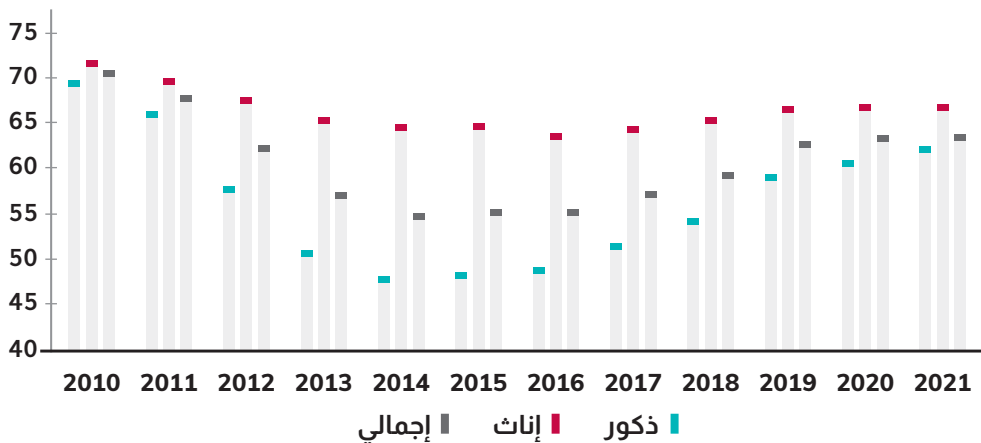
أو يفعلوا ما يقدرونه، والأخطر من ذلك، هو أنه قد يُجبرهم على صرف النظر عن مصالحهم العامة والخاصة ما قد يقودهم إلى التماهي مع القوى الاستبدادية أو أمراء الحرب.

هدر الصحة

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

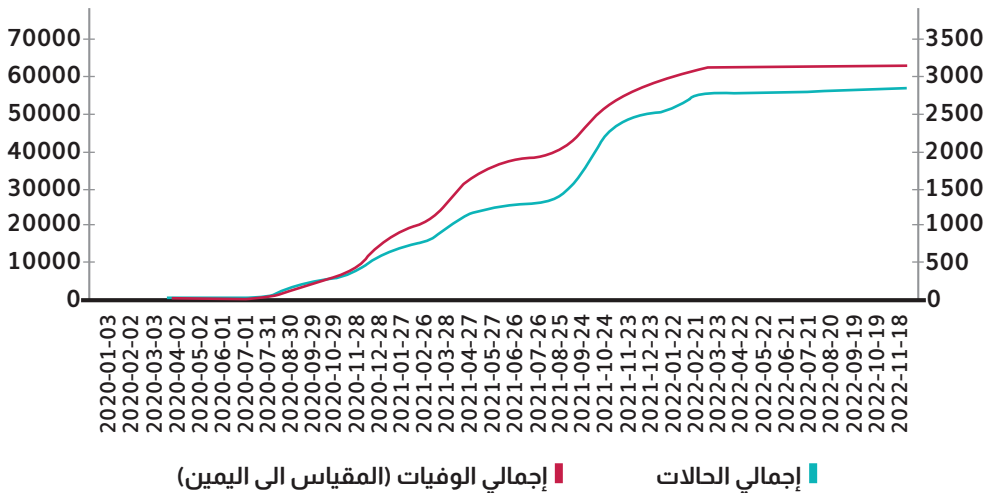
ظهرت أولى حالات كوفيد-19 في مارس 2020 (شكل 6) ما دفع الحكومة السورية إلى فرض تدابير احترازية شملت حظر التجول وإغلاق المدارس، والمؤسسات العامة، والشركات الخاصة باستثناء الخدمات العامة الحيوية والشركات المنتجة كشركات التصنيع والشركات الزراعية. توقفت التجارة الداخلية تقريباً وانخفضت نسبة التجارة الخارجية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

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

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

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

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



المصدر: موقع Our World in Data، الرابط

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

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

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

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

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

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

■ هدر النظام الصحي

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

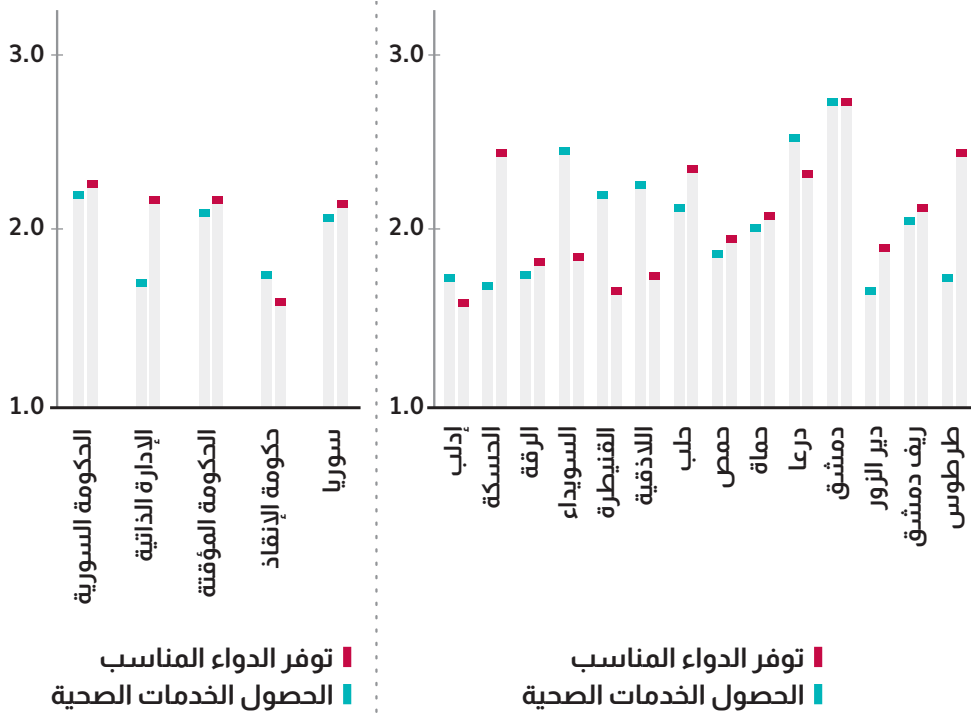
عدّة مناطق، وخصوصًا في مناطق الحصار. غير أن المنظمات المدنية تعاني نقصًا في الموارد وضعفًا في التنسيق والحوكمة وهو ما حال دون قدرة المجتمع المدني على تلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان (المركز السوري لبحوث السياسات 2019).

■ أداء الأنظمة الصحية

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

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

شكل 7. الوصول إلى خدمات الصحة 2021



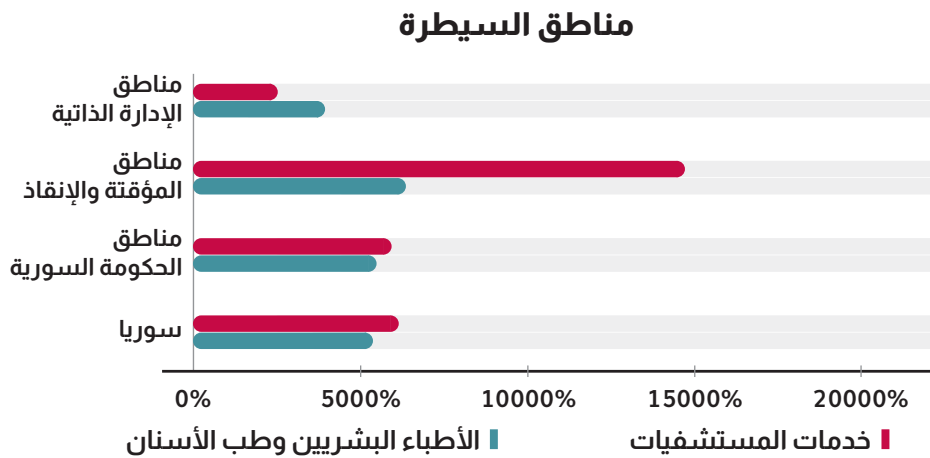
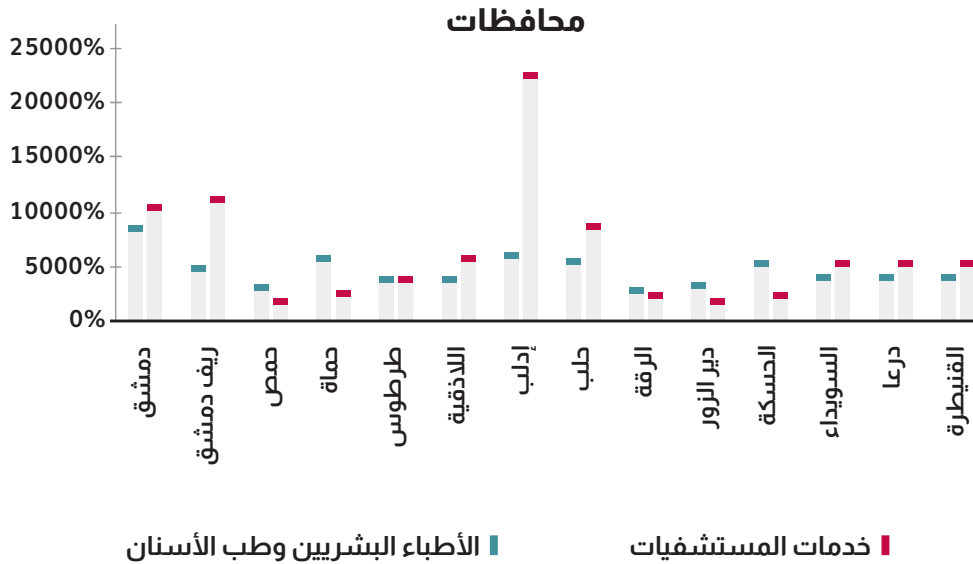
ملاحظة: طُلب من المشاركين تصنيف إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة على مقياس يتراوح بين 1: وصول ضعيف لكافة السكان و3: وصول جيد لكافة السكان. وتم استخدام نفس المقياس لتصنيف إمكانية الوصول إلى الأدوية.

المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات، المسح الاجتماعي والاقتصادي 2021

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

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

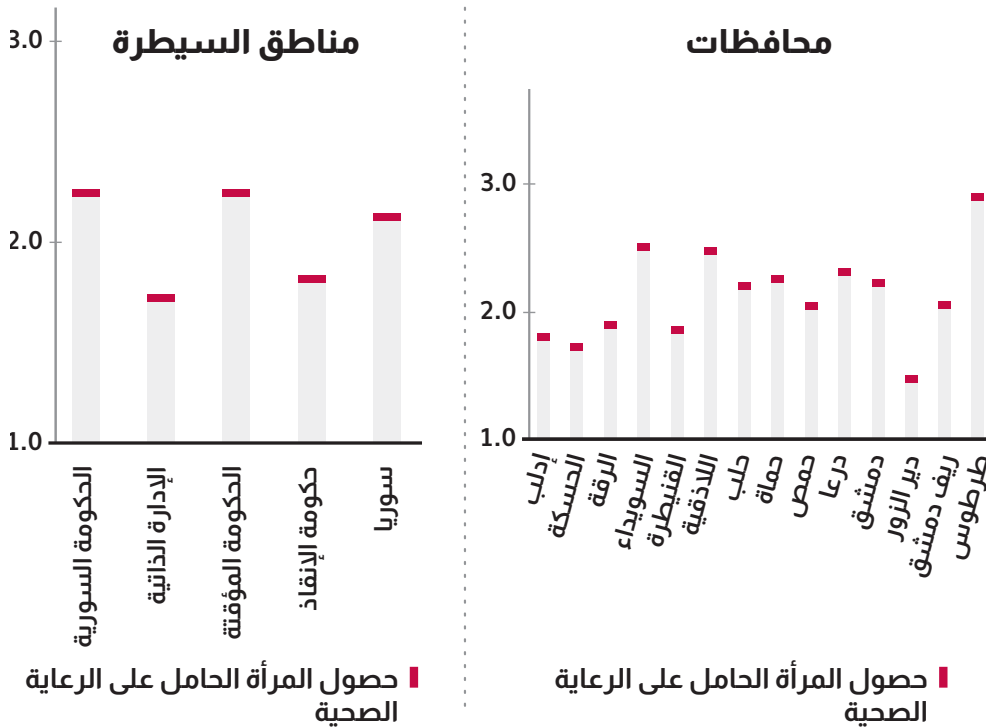
شكل 8. التضخم السنوي لأسعار الخدمات الطبية لعام 2022 مقارنة بعام 2009 (بالنسب المئوية)



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

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

شكل 9. إمكانية وصول النساء إلى خدمات الصحة الإنجابية 2021

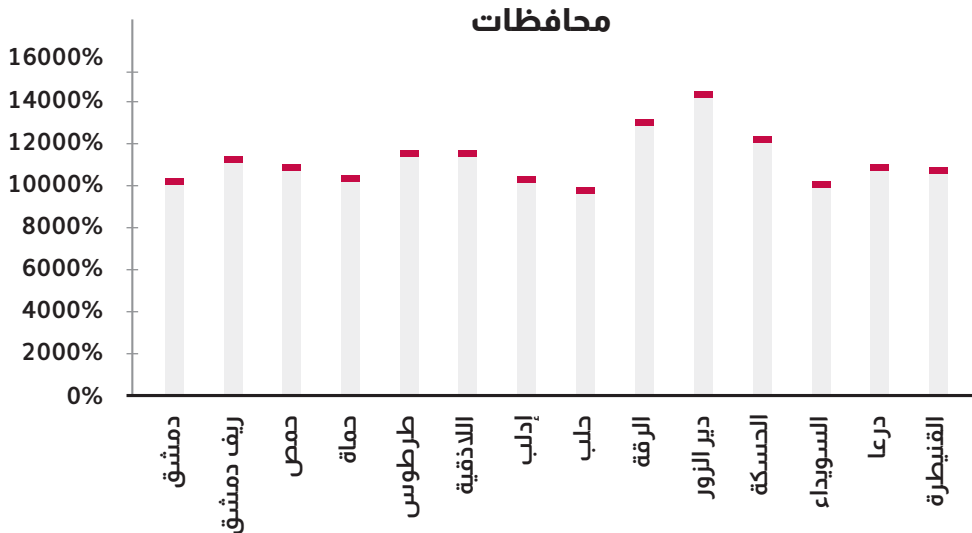


ملاحظة: طُلب من الأشخاص المفتاحيين تصنيف إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة على مقياس يتراوح بين 1: وصول ضعيف و3: وصول جيد.

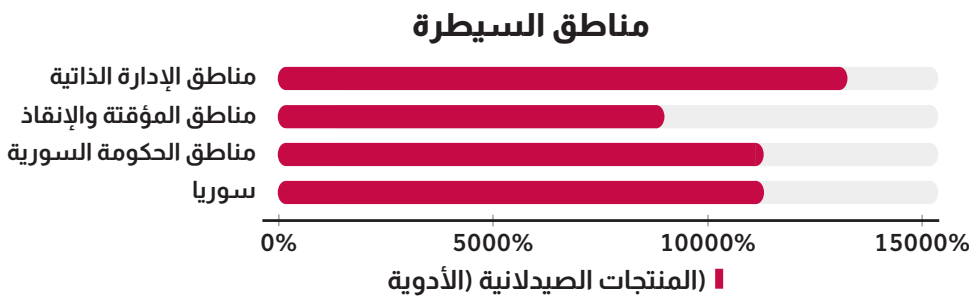
المصدر: المركز السوري لبحوث السياسات، المسح الاجتماعي والاقتصادي 2021

كما شهدت نسبة توافر الأدوية أثناء النزاع انخفاضاً ملحوظاً، ما يعكس تدهوراً في جودة الخدمات الصحية وفعّاليّتها. يُظهر المسح الاجتماعي والاقتصادي 2020/2021 أوجه الانعدام وعدم المساواة في الوصول إلى الأدوية عبر المناطق (شكل 7). يعود الانعدام الجزئيّ لفرص الوصول إلى الأدوية أساساً إلى تراجع معدّل إنتاج الأدوية محليّاً. ويمكن تفسير ذلك، تبعاً، بالانخفاض الحاد في مصادر الدخل لمعظم الأشخاص، وارتفاع أسعار الأدوية بنسبة 11.335٪ في العام 2022 مقارنةً بالعام 2009 (شكل 10). كما ساهم تدمير صناعة الأدوية المحليّة والبنية التحتيّة اللازمة في انعدام فرص الوصول إلى الأدوية، فضلاً عن العقوبات التي منعت استيراد المعدّات والمكوّنات اللازمة لإنتاجها. يؤثّر عدم توفّر الأدوية سلّياً على الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض الكلى (المركز السوري لبحوث السياسات 2022ب). علاوةً على ذلك، تراجعت جودة الأدوية في جميع المناطق، وفي مناطق الإدارة الذاتية والمناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة على وجه الخصوص؛ إذ تواجه هذه المناطق مزيداً من القيود على استيراد الأدوية، كونها لا تتّبع آليّة منضبطة لمراقبة جودة الأدوية المستوردة.

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



(المنتجات الصيدلانية) الأدوية



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

يُعدّ توافر موظفين طبيين مدربين أمراً بالغ الأهمية لتقديم الخدمات الصحية المناسبة، لا سيما في أوقات النزاع المسلح. أدى النزاع إلى فقدان المتخصصين في مجال الرعاية الصحية والحدّ من التنقّل بين المؤسسات. وبناءً على تقديرات منظمة الصحة العالمية، تراجع عدد الموظفين الطبيين بمعدّل الثلثين خلال فترة النزاع (منظمة الصحة العالمية 2017). وقد تفاوت توافر الموظفين الطبيين بشكل ملحوظ بين المحافظات. في عام 2020، بناءً على عدد الأطباء العاملين في القطاع العام، أي في المستشفيات العامة ومراكز الصحة العامة (منظمة الصحة العالمية - نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحية 2020أ، 2020ب)، وبناءً على تقدير السكان لكل محافظة (المركز السوري لبحوث السياسات 2021)، قُدّر عدد الأطباء العاملين في القطاع العام على المستوى القطري بثمانية أطباء لكل 10000 نسمة. كما قُدّر عدد الأطباء العاملين في القطاع العام في كل من دمشق، واللاذقية، وطرطوس بـ 24، 22، و 20 على التوالي لكل 10000 نسمة، مقارنة بستة، وخمسة، واثنين من الأطباء في حلب، وريف دمشق، ودرعا. تفتقر المحافظات التي تقع خارج سيطرة الحكومة السورية بشدّة إلى الأطباء العاملين في القطاع العام (تحت إشراف الحكومة السورية)، وتعتمد على الأنظمة الصحية التي طوّرتها

المعارضة في الشمال الغربي، ومناطق الإدارة الذاتية في الشمال الشرقي. دفعت عوامل عدّة إلى هجرة الموظفين الطبيين من المدن والمناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة مثل دمشق واللاذقية، من بينها الأمن المالي، وتعليم الأطفال، وتجنّب التجنيد العسكري. بينما لم يبق في المناطق المحاصرة سابقاً مثل الغوطة الشرقية، سوى عدد قليل من الأطباء. أمّا في المناطق التي خضعت لسيطرة تنظيم داعش سابقاً كالبوكمال ودير الزور، فتعرّض الأطباء لاعتداءات من قبل الأطراف المتنازعة، وأعطت المستشفيات جميعها الأولوية للمقاتلين.

شهد عام 2022 معدّلات صادمة لهجرة الأطباء المعروفين، الذين تم الإشادة بهم في المجتمع لإنسانيّتهم، ما أدّى بهم المطاف إلى مغادرة البلاد. يبدو أنّ الديناميكيات التي تؤثر على الأطباء متشابهة عبر المجتمعات السورية مع بعض التفاوتات بسبب الاختلافات الكامنة في قدرتهم على الهجرة (قدرة الحصول على جواز سفر وتأشيرة دخول)، وتوافر آليات الاعتماد التي تسمح بإعادة الاعتماد في الخارج (خاصة الخريجين الجدد من كليات الطب غير المعتمدة في شمال شرق سوريا وشمال غربها)، وتوافر فرص العمل في المنظّمات غير الحكوميّة الدوليّة ذات الأجور المرتفعة مقارنةً بالسوق المحلي (في شمال شرق سوريا وشمال غربها).

■ الجهات الفاعلة والسياسات المعتمدة في الأنظمة الصحيّة

مقدّمو الرعاية الصحيّة

تتجذّر الصحة في سوريا بعمق في سياق اجتماعي وسياسي معقّد. أدّت الفوارق الصحيّة غير المسبوقة التي ظهرت بسبب استراتيجيات الحرب، فضلاً عن أشكال الحكم المشوهة والعنيفة في مجتمعات معيّنة، إلى تعطيل المحدّدات الاجتماعيّة للصحة في البلاد وتحويلها بشكل جذري. من المعروف أنّ المحدّدات الاجتماعيّة للصحة تتغيّر في حالات النزاع، إذ تؤثر العناصر الهيكلية للمجتمع تأثيراً شديداً على الصحة (مارموت وويكلينسون 2006). لقد أدّى انهيار المؤسسات إلى خلق تهديدات تشمل التمييز الممنهج والتجزئة المجتمعيّة. كما أدّى تحوّل السلطة إلى قيام مؤسسات جديدة، تتخذ التمييز قاعدة لها، وتتقوم بإعادة توزيع الموارد والسلطة لصالح مجموعات المصالح الخاصّة مثل النخبة العسكريّة والاقتصاديّة التابعة للنظام، وجماعات المعارضة العسكريّة، والميليشيات المتطرّفة (المركز السوري لبحوث السياسات 2019).

- أدى تشظي السكان والحوكمة إلى اختلاف الأنظمة الصحية في جميع أنحاء البلاد:
- في المنطقة الخاضعة لسيطرة الحكومة، تتولّى وزارة الصحة زمام أمور القطاع الصحي على الرغم من تقلص نطاق دورها. في حين يتوسّع نطاق دور الجهات الفاعلة الإنسانية الدولية والمحلية، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص بشكل كبير. يتسم النظام الصحي بالتمييز، والفساد، وعدم الفعالية. علاوةً على ذلك، وكما هو موضح بالتفصيل في القسم أدناه حول سياسات الحرب المتعلقة بالصحة، أصبح دور النظام الصحي جزءاً من الحرب، ويعدّ وسيلةً لتأجيج النزاع، وانتهاك الحقوق، وإخضاع الأشخاص. علاوةً على ذلك، أدى استهداف المنشآت الصحية والعاملين فيها إلى إلحاق ضررٍ جسيمٍ بجهوزيّة النظام الصحي وكفاءته وعدالته.
 - في مناطق الإدارة الذاتية، اعتمدت السلطة السياسية نظاماً صحياً مختلفاً مقارنةً بالمناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة، إذ أنشأت لجنة معنيّة بالصحة للإشراف على المرافق الصحية ودفع رواتب العاملين في المجال الصحي. في هذه المنطقة يدعم الشركاء عبر الحدود العمليات المرتبطة بالقطاع الصحي. في المقابل، تواصل الحكومة السورية سير عملها في المنطقة بشكل محدود، ويسود المنطقة حالة أمنية غير مستقرّة ونزوح المدنيين المستمر، فضلاً عن محدودية عدد الشركاء المنقّذين. بشكل عام، لم تتمكّن مناطق الإدارة الذاتية من تلبية احتياجات الخدمات الصحية وتأمين الأدوية بسبب تضرر البنية التحتية، وضعف الإدارة، فضلاً عن نقص الموظفين، والمعدات الطبية، والأموال.
 - في المناطق الخاضعة لسيطرة حكومة الإنقاذ، يؤدّي المجتمع المدني السوري دوراً مهماً واسع النطاق في توفير الخدمات الصحية والرعاية الصحية الأولية والصحة الإنجابية. وقد ساهمت مئات الجمعيات والمبادرات المعنية بالصحة والمساعدات الإنسانية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية للناس في مختلف المناطق، وفي تلك المهذّدة بالحصار على وجه التحديد. اعتباراً من عام 2015، لا تزال الأنظمة الصحية في هذه المناطق تعتمد على هيكلية نظام الصحة العامّة السوري، التي توسّعت تدريجياً في المقام الأول من خلال المشاركة النشطة لمديريّات الصحة، والمجتمع المدني، ووكالات الأمم المتحدة، والجهات المانحة في تصميم القطاع الصحي في المنطقة والتخطيط له. بعد سيطرة جبهة النصرة على إدلب، جرى إنشاء وزارة للصحة، وهي سلطة تتسم بالهشاشة والقدرة المحدودة على التأثير على القطاع، إلى جانب عدّة قيود مفروضة على أي دعم لاستدامة المبادرات الصحية في هذه المنطقة. ومع ذلك، استمرّت المنظّمات غير الحكومية الصحية ومديريّة الصحة في تقديم الخدمات في إدلب، على الرغم من تعرّض هذه المنطقة لهجماتٍ شديدةٍ على المرافق الصحية، ومعاناتها نقص الموارد، والعقوبات، وضعف التنسيق وسوء الحوكمة.
 - تتّبع المناطق الخاضعة لسيطرة المعارضة والمدعومة من تركيا هيكل النظام الصحي التركي، وقد طوّرت مرافقها العامّة وبنيتها التحتية وفقاً لذلك. قبل خوض هذه العمليات، أدّت المنظّمات غير الحكومية الصحية دوراً مهماً في تقديم خدمات الرعاية الصحية في هذه المناطق. ومع ذلك، وضع دور الحكومة التركيّة حدّاً لدور المجتمع المدني في تقديم الخدمات العامّة. يتمثل الدور التركي في الإشراف على القطاع الصحي، وتقديم الخدمات، وتوفير العلاجات، وإجراء العمليات الصعبة، ومعالجة الحالات التي لا علاج لها في المستشفيات والعيادات المحلية. في هذه المنطقة، انتقلت مسؤولية الحصول على الأدوية

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

- انتشر عمل القطاع الصحيّ الخاص على نطاق واسع في مختلف المناطق السوريّة خلال فترة النزاع. يتألّف القطاع الخاص من مقدّمي الرعاية الصحيّة الرسميين وغير الرسميين، بما في ذلك الصيدليّات والمستشفيات المتخصّصة، والتي تشمل الهيئات الهادفة للربح، سواء أكانت محليّة أم خارجيّة. تُظهر نتائج المسوحات الاجتماعيّة والاقتصاديّة التي أجراها المركز السوري لبحوث السياسات في عامي 2020 و2021 انخفاضًا كبيرًا في معدّل خدمات الصّحة العامّة وزيادة في توفير الخدمات الصحيّة الخاصّة. وترتبط تحديّات عدّة بدور القطاع الصحيّ الخاص مثل انعدام المساءلة، ومراقبة الجودة، بالإضافة إلى زيادة تكلفة الخدمات.

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

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

لسيطرة الحكومة السوريّة، بينما تعمل من خلال آليات عابرة للحدود في المناطق الأخرى. في المقابل، تأثّر دور منظمة الصحة العالميّة ووكالات الأمم المتّحدة سلبيًا بسبب التسويات المخلة مع الجهات الفاعلة السياسيّة التي أثّرت بدورها سلبيًا على سياساتها وبرامجها. على سبيل المثال، جرى انتقاد استجابتها للزلزال في شباط / فبراير 2023 على نطاق واسع، جرّاء اختلاف استجابتها اختلافًا كبيرًا بين المناطق المتضرّرة التركيّة والمناطق المتضرّرة السوريّة (جّور وآخرون 2023).

سياسات الحرب المتعلّقة بالصّحة

شاركت أطرافٌ محليّة وإقليميّة ودوليّة عدّة في امتداد مساحة النزاع وتأجيجه من خلال معاركٍ مختلفةٍ شنت على عدة جبهات، استُخدمت خلالها الأسلحة المحظورة بموجب القانون الدولي الإنساني بشكلٍ متكرّر. ويتّسم هذا النزاع باستخدام واسع النطاق للتكتيكات العسكريّة العشوائيّة التي أدّت إلى تدمير المدن وحصارها من دون أيّ ضمانٍ لحق المدنيين في الحماية.

لقد أظهرت دراسة قياسية¹² أجراها المركز السوري لبحوث السياسات استنادًا إلى مسح الحالة الإنسانيّة لعام 2014، أنّ الحوكمة السياسيّة، ورأس المال الاجتماعي، والتعليم، واقتصاديات النزاع، والظروف المعيشيّة، والنزوح، هي المحدّدات الرئيسيّة للصّحة.

تعرّضت المحدّدات والنتائج الصحيّة لأضرارٍ بالغة ومتفاوتة أثناء النزاع من خلال سياسات الحرب. فيما يلي سياسات الحرب الرئيسيّة المتعلّقة بالصّحة:

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

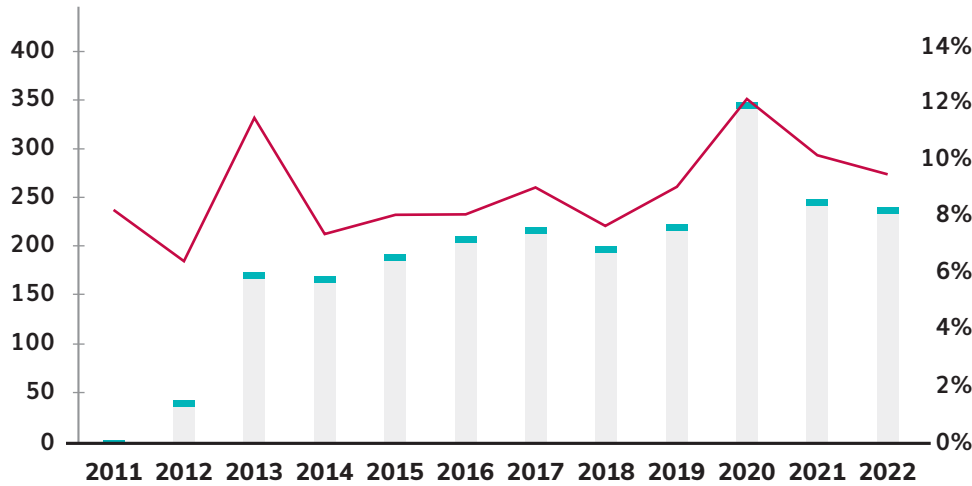
¹² استنادًا إلى الورقة الخلفيّة المقدّمة إلى مجلّة لانسييت - اللجنة الصحيّة التابعة للجامعة الأمريكيّة في بيروت المعنيّة بالصّحة والنزاع في سوريا.

- إعادة تخصيص الموارد من قطاعي الصحة والحماية الاجتماعية للأنشطة المتعلقة بحالات النزاع.
- نقل مسؤولية الرعاية الصحية من الدولة إلى المجتمع المدني والقطاع الخاص والمنظمات الإنسانية.
- رفعت الحكومة الدعم عن مختلف السلع الأساسية، ما أدى إلى ارتفاع معدل التكلفة بالنسبة إلى المنتجين والمستهلكين، وفاقم الحرمان.
- استهداف العاملين في مجال الرعاية الصحية، ويشمل ذلك القتل، والخطف، والتعذيب من بين انتهاكات أخرى. يُعدّ العاملون في مجال الرعاية الصحية هدفًا مباشرًا في الحرب (بلانشيت وآخرون 2016). قُتل ما لا يقلّ عن 914 من الموظفين الطبيين خلال الحرب في سوريا لغاية نوفمبر/ تشرين الثاني 2019، ومن بينهم 265 طبيبًا. كما قُتل ما يقرب من 55% في غارات جوية أو قصف، بينما تعرّض 141 منهم للخطف، أو الاعتقال والقتل في وقتٍ لاحقٍ (أطباء من أجل حقوق الإنسان 2023).
- تدمير المرافق الصحية والبنية التحتية: أصبح استهداف المستشفيات العامة والعاملين في مجال الرعاية الصحية سمةً مميزةً في استراتيجية الحرب السورية. بين شهري آذار/ مارس 2011 وآذار/ مارس 2020، أكدت رابطة الأطباء من أجل حقوق الإنسان وقوع 595 هجومًا على 350 منشأة طبية مختلفة على الأقل (منظمة الصحة العالمية 2020). توصف هذه الهجمات الممنهجة على المرافق الصحية بأنها تسليح للرعاية الصحية، مع الحرمان المتعمّد لحاجة الناس وحقوقهم في الصحة (فؤاد وآخرون 2017).
- النزوح القسري للفئات السكانية: لقد أدّى النزاع إلى فرار أكثر من 6.6 مليون شخص من البلاد بحثًا عن الأمان في لبنان وتركيا والأردن وبلدان مضيقة أخرى. بحلول آب/ أغسطس 2019، وصل عدد النازحين داخليًا إلى 6.7 مليون نازح (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 2021)، وهو أكبر عدد من النازحين داخليًا في العالم نتيجةً لصراع معيّن. كما واجه اللاجئون أشكالًا متعدّدة من الظلم التي يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أبعاد: الدخول والحركة؛ التنمية البشرية؛ إضافةً إلى المكانة والصوت والتمثيل. على الرغم من أن الأبعاد الثلاثة مترابطة ومتداخلة، غير أن بحث كلٍّ منها يسمح بفهم أوجه الحرمان العديدة والمتزايدة التي يعانيها اللاجئون (المركز السوري لبحوث الدراسات 2020).
- تشويه الوصول إلى التعليم وجودته: لقد فقد الشعب السوري ملايين السنين من التعليم حيث بلغ عدد الأطفال (5-17 عامًا) غير المسجلين في المدرسة عام 2019 2.4 مليون طفل. لا تزال النتيجة الحالية كارثية حيث سيعاني ملايين الأطفال من نقص في المهارات والمعارف، بالإضافة إلى تأثير النزاع. فهذا الأخير قد أدّى إلى عدم اتّساق المناهج الدراسية في كافة أنحاء سوريا، مع إنشاء نُظم تعليمية مختلفة في مناطق مختلفة تبعًا للسلطة الحاكمة (المركز السوري لبحوث الدراسات 2020).
- إلحاق الضرر بالعلاقات الاجتماعية: تدهور رأس المال الاجتماعي بشكل ملحوظ خلال فترة النزاع، ممّا يعكس تفاقمًا كبيرًا للظلم الاجتماعي حيث أضّر ذلك بالثروة المتمثلة في العلاقات الاجتماعية والقيم المشتركة، وأضّر بالتكافل الاجتماعي، وحدّد من قدرات الناس وإرادتهم. علاوةً على ذلك، أنشأ النزاع علاقات مشوّهة تقوم على كراهية الآخر ورفضه، وعدم التعاطف والتعاون والثقة.

- توسيع نطاق العنف القائم على النوع الاجتماعي وعدم المساواة: تُعتبر النساء من بين الضحايا الرئيسيين للصراع في سوريا. بالفعل، يتعرّضنَ لانتهاكات جسيمة تشمل القتل والاعتقال والخطف والعنف الجنسي والعمل في ظلّ ظروف قاسية وتزايد المسؤولية الاقتصادية. كما تأثرت النساء بتواتر حوادث زواج القاصرات والزواج العرفي والاتجار وأشكال أخرى من الاستغلال. كما أنهنّ يعانين من الإقصاء السياسي والاجتماعي والاقتصادي.
- العنف ضدّ الأطفال: لقد عانى الأطفال من عدد كبير من الانتهاكات الجسيمة خلال فترة اندلاع النزاع بما في ذلك القتل والإصابة والتعذيب. فهم يتعرّضون للخطف والتجنيد والتشريد وسوء المعاملة. كما يُحرم الأطفال من الحصول على الخدمات الصحية والتعليم وظروف المعيشة اللائقة (منظمة الصحة العالمية 2022). تشير هذه الأعباء الصحية الحالية التي تُثقل كاهلهم أيضًا إلى توقع معدلات مرضة عالية في المستقبل.
- توسّع اقتصادات النزاع: لقد تفاوت انهيار الدخل والإنفاق الفعليين عبر سوريا. إذ تزايدت أوجه عدم المساواة عبر المناطق وكذلك بين الانتماءات السياسية والنوع الاجتماعي والعمر وحالة النزوح والهويّات الثقافية والخلفيات الاجتماعية والاقتصادية. على سبيل المثال، عانت المدن والمناطق المحاصرة من ضائقة شديدة لسنوات وتحكّم بها أمراء الحرب الذين يسيطرون على قنوات التهريب. كما لعبت الأطراف المتحاربة دورًا مباشرًا في حرمان المجتمع وتسهيل تكوين النخبة المعنّية بالنزاع.
- تزايد نسبة الفقر العام: قدّر المركز السوري لبحوث السياسات أنّ معدل الفقر العام قد بلغ ذروته عند 89.4% بنهاية العام 2016. وانخفض معدّل الفقر بشكل طفيف إلى 86% في العام 2019 بفضل النمو الاقتصادي الإيجابي. ومع ذلك، في الربع الأخير من العام 2019، شهدت البلاد مزيدًا من التدهور الاقتصادي، قبل أن تعصف بها جائحة كوفيد-19، ممّا أدى إلى ارتفاع معدلات البطالة وتكلفة المعيشة. هذا وتجاوز معدّل الفقر الإجمالي 93% في العام 2021 وتضاعفت فجوات الفقر بين عاميّ 2019 و2021 (المركز السوري لبحوث السياسات 2021).
- تزايد انعدام الأمن الغذائي: إنّ نسبة كبيرة من السوريين غير قادرين على الحصول على المواد الغذائية المغذّية بسبب مستويات الفقر المرتفعة والحرمان والسياسات العامة المجحفة والمؤسّسات التمييزية وانتشار اقتصاديات النزاع. وقد أظهرت نتائج دراسة أجراها المركز السوري لبحوث السياسات حول الأمن الغذائي في سوريا عام 2019 (المركز السوري لبحوث السياسات 2019) انخفاضًا حادًا في الأمن الغذائي أثناء فترة النزاع بنحو 42% بين عاميّ 2010 و2018. وفي العام 2021، أكّد برنامج الأغذية العالمي أنّ 60% من السوريين يعانون من انعدام الأمن الغذائي.
- تدهور البيئة: يشكّل النزاع وكميّة ونوع الأسلحة المستخدمة تهديدًا بيئيًا خطيرًا للأراضي الصالحة للزراعة، حيث تسبّبت المواد السامّة في تلوث التربة ممّا يؤثّر سلبًا على نوعية الأرض الزراعية وإمكانية زراعتها أو إنتاجيتها. إلى ذلك، أدّى النزاع إلى إهدار الكثير من الموارد الطبيعية مثل الغابات والموارد المائية نتيجة للتدمير أو التخريب أو سوء الاستخدام، مثل قطع الأشجار للتدفئة أو حفر الآبار الارتوازية بطرق غير مستدامة. ويؤثّر عاملان النفايات والتلوّث على الإمكانيات طويلة الأمد للاستدامة البيئية وتولد لا عدالة مع الأجيال في المستقبل (المركز السوري لبحوث السياسات 2020).

• الاعتماد على الدعم الإنساني: لقد أدّى النزاع إلى تدهور حادّ في خدمات الصحة العامة والتمويل الخاصّ بها. فعلى سبيل المثال، انخفض الإنفاق على الصحة العامة بنسبة 68% بالقيمة الفعلية بين عاميّ 2010 و2020 (المركز السوري لبحوث السياسات 2021). وارتبط هذا التدهور بتزايد كبير في الاحتياجات الصحية، وزيادة الحاجة إلى الدعم الإنساني الدولي لقطاع الصحة. في هذا الصدد، واستنادًا إلى خدمة التتبع المالي التابعة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (2022 ب)، تمّ توجيه حوالي 2.3 مليار دولار أميركي إلى قطاع الصحة بين العام 2011 و2022، ما يمثل 9.3% من إجمالي التمويل الإنساني المقدّم إلى سوريا من خلال برامج الاستجابة الإنسانية منذ العام 2011 وصولاً إلى العام 2022 (شكل 11). تلقت منظمات الأمم المتحدة حوالي 50% من أموال قطاع الصحة، حيث تلقت منظمة الصحة العالمية 29% من التمويل للصحة، تليها اليونيسف (11%)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (5%)، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (1%). أمّا النصف الآخر من تمويل الرعاية الصحية فقد تمّ استلامه من قبل المنظمات غير الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية وفي طليعتها الجمعية الطبية السورية الأمريكية (4%) (SAMS)، وصندوق الإغاثة الإسلامي (3%)، واتحاد منظمات الإغاثة والرعاية الطبية (2%) (UOSSM)، (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 2022). بالإضافة إلى ذلك، استفاد قطاع الصحة أيضًا من الأموال الموجهة إلى القطاعات المشتركة. فقد بدّل النزاع دور الجهات الفاعلة في النظام الصحيّ مع تراجع دور القطاع العام وتوسّع القطاع الدولي (وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية)، بالإضافة إلى توسّع دور المنظمات غير الحكومية المحلية والقطاع الخاص.

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



■ التمويل الإنساني لقطاع الصحة (مليون دولار أمريكي)
■ نسبة التمويل للصحة من إجمالي التمويل الإنساني (مقياس إلى اليمين)

المصدر: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2022 ب، "خدمة التتبع المالي"

الخلاصة

تدرس هذه الورقة البحثية الصحة العامة كحقّ أساسي من حقوق الإنسان وأحد جوانب القدرات البشرية (كما حدّدها سن 1999) ضمن السياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي في فترة النزاع المسلح في سوريا. لقد حلّلت الورقة تداعيات وديناميّات النزاع على الحقّ في الصحة من خلال تقييم النتائج الصحية، والأثر على النظام الصحي، والسياسات المرتبطة بالصحة في فترة النزاع، والمحدّدات الصحية.

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

لقد شمل عبء النزاع على الصحة العامة القتل، والإصابات، والإعاقة. إلى ذلك، تبرز حالات مَرَضِيَّة خطيرة مثل الأمراض العقلية وسوء التغذية والأمراض المعدية. هذا وشهد النظام الصحي خللاً شديداً في الحوكمة. كما أثر كلٌّ من الدمار وقلة الصيانة والاستثمارات سلبيّاً على البنية التحتية، بما في ذلك محطات وشبكات الطاقة والمياه والشركات والمباني السكنية والطرق. وسجّل رأس المال البشري خسائر هائلة، حيث تمّ استهداف العاملين الصحيين من قبل الأطراف المتحاربة وغادر عدد كبير منهم من البلاد. كما شهد النظام الصحي نقصاً في التمويل العام والإنساني. وأخيراً، عانى النظام من نقص في الإحصاءات الكافية والحديثة.

سيؤثّر الإضرار بالقدرات الصحية للسكان على مستقبل التنمية في سوريا لأجيال قادمة، حيث فقدَ معظم السوريين عناصر جوهرية متفاوتة من صحتهم ورفاهيتهم، ممّا سيؤثّر على دورهم. لذلك، من الضروري إجراء بحوث إضافية حول الأعباء الصحية وإعطاء الأولوية للسكان الأكثر تضرراً في جميع السياسات والتدخلات.

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

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

تُشكّل الصحة والرفاهية جوهر كرامة الإنسان وتمكّن من ازدهار المجتمعات.

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

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

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

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

- تحويل المؤسسات القمعية. يتطلّب الفهم الواسع لاحتياجات الأمن البشري مزيداً من الجهود لتحويل المؤسسات القمعية المتمحورة حول النزاع وإنشاء منسّمة لإنهاء النزاع من خلال تسوية عادلة ومستدامة تضمن الحوكمة الديمقراطية والشاملة والتصدي لأسس النزاع.

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

- تمهّد إعادة بناء اقتصاد منتج وشامل مع فرص متكافئة الطريق لظروف معيشية صحية ولأمن للأطفال ويكافح الديناميات الاقتصادية للصراع. يُعدّ الحق في العمل اللائق والأمن الغذائي وظروف المعيشة اللائقة من المحدّدات الحاسمة لاستدامة اقتصاد عادل ومنتج.

- دمج الصحة مع القطاعات الأخرى وإعطاء الأولوية للأشخاص الأكثر تضرراً أثناء فترة النزاع. وهذا يتطلّب إعادة الاستثمار في نظام صحي فعّال وعادل ضمن السياق السياسي والاجتماعي وضمان التكامل بين الصحة والمشهد التنموي

الشامل.

- يُوفّر تحسين وظيفة المنظّمات غير الحكومية ومنظّمات المجتمع المحلي، خاصّة تلك المتمحورة حول السكّان، فرصًا لتحفيز استجابات صحيّة مجتمعيّة أكثر تكيفًا ونتائج صحيّة أفضل. ويبرز عدد كبير من المبادرات العفوية استجابةً للأزمات. من الضروري تسخير التوجّهات التنظيمية، وتمكين المنظّمات المجتمعية، وإضفاء الطابع المؤسسي عليها في عمل مجتمعي منظم أكثر ديمومة. يمكن استخدام مثل هذه المبادرات لتحفيز الأدوات التنظيمية للمجتمعات لتعزيز فهمها للأسباب الجذرية لاحتياجاتها من خلال إنتاج المعرفة وتطوير أدوات صنع القرار لتصميم برامج عملية تعالج الأسباب الجذرية الملائمة لتحقيق عوائد طويلة الأمد على مستوى المجتمع بأسره. وسيساعد التقدّم المحرز في هذا الاتجاه على تعزيز الإنصاف واستعادة مفاهيم الحقوق الاجتماعية بشكل تدريجي، بما في ذلك الصّحة.
- الاستثمار في رأس المال البشري لقطاع الصّحة وتسهيل عودة العاملين الصحيّين النازحين وتطوير الروابط مع المتخصّصين في الاغتراب. هذا الأمر يتطلّب ضمان حماية العاملين الصحيّين والمرافق الصحية.

المراجع

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

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

الحق في الصحة في تونس

أمام تحدّيات التغطية الصحية الشاملة

عائدة قايد السبسي

أستاذة محاضرة بكلية العلوم القانونية و السياسية و الاجتماعية بتونس

عائدة قائد السبسي مبرزة في القانون. أستاذة محاضرة بكلية العلوم القانونية و السياسية و الاجتماعية بتونس. مديرة ماجستير قانون الصحة بالكلية المذكورة. مختصة في قانون الصحة. مستشارة قانونية لمشروع " صحة ". لها كتابات و مقالات متعلقة بالمسؤولية الطبية و بالحق في الصحة و بحوكمة قطاع الصحة باللغتين العربية و الفرنسية منشورة بمجلات تونسية و اجنبية.

إيناس العيادي

مختصة في الاقتصاد الصحي بجامعة صفاقس في تونس

الدكتورة إيناس عيادي أستاذة جامعية في الاقتصاد، مختصة في الاقتصاد الصحي بجامعة صفاقس في تونس. تم تعيينها سابقا مستشارة وزير الشؤون الاجتماعية سنة 2020 و وزير الصحة سنة 2014. عملت سابقا مستشارة مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وبنك التنمية الأفريقي شاركت في صياغة وتقديم السياسة الصحية الوطنية.

المنهجية المُعتمدة

يهدف هذا التقرير إلى تقييم التقدّم نحو إعمال الحق في الصحة في تونس حسب معايير: التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة، المشاركة، الحرّيات، الاستحقاقات، مع اعتماد مقارنة النوع الاجتماعي. بعد تقديم استعراض الحالة الراهنة، سيتمّ تحديد أساس الحق في الصحة وتكريسه في القانون التونسي قبل النظر في تجليات وتطبيقات الحق في الصحة من خلال التّثبت من مدى توفر معايير ومؤشرات هذا الحق.

استعراض الحالة الراهنة

تغييرات سياسية

شهدت تونس تحولاً سياسياً سنة 2011، عقب التحركات الشعبية، بإسقاط النظام القائم وتغييره وانتخاب مجلس تأسيسي في تشرين الأول / أكتوبر 2011. واجه المشهد السياسي التونسي عدّة اضطرابات طوال المرحلة الانتقالية، وتعرّض للعديد من الضغوطات والصعوبات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية التي أرّمت المشهد وكان لها تأثيرٌ على الحق في الصحة. وتمّ عقب ذلك إطلاق حوار وطني لتذليل هذه الصعوبات السياسية ثم وقع إصدار دستور في 2014 أفرز نظاماً سياسياً جديداً وتنظيم انتخابات تشريعية ورئاسية في 2014 و2019. لكنّ تصاعد الأزمة السياسية استمر، وتمّ في 25 تموز/جويلية 2021 تجريد البرلمان وأعلن رئيس الجمهورية عن مسار سياسي جديد أدّى إلى إصدار دستور تقيّد المصادقة عليه باستفتاء في 25 تموز/جويلية 2022.

وضعية اقتصادية واجتماعية متردّية

يواجه اقتصاد البلاد صعوبات منذ سنوات وخاصّةً المديونية والاندكماش حيث أنه استناداً إلى المؤشرات الأخيرة للبنك المركزي ارتفع الدين العمومي التونسي من 40% من الناتج الإجمالي عام 2010 الى حوالي 90% عام 2020 ولم يتجاوز معدّل النمو الاقتصادي نسبة 0.6 بالمائة خلال السنوات العشر الماضية، فتفاقمّت الفجوة المالية وتقهقر الاستثمار. وأثر الوضع السياسي في تأزيم الأحوال الاقتصادية والاجتماعية حيث تُعدّ نسبة العاطلين عن العمل مرتفع وخاصة لدى النساء (20.5%) ولدى الحاملين لشهادات علمية غلياً (30.1%) (المعهد الوطني للإحصاء في تونس 2022) ممّا أدّى إلى ازدياد ظاهرة الهجرة غير الشرعية (Forum Tunisien 2021 pour les Droits Economiques et Sociaux). كما زاد انتشار الشغل الهشّ وخاصةً بالنسبة الى النساء في المجال الفلاحي مع عدم التمتع بالتغطية الصحيّة والاجتماعية اللازمة (السفير العربي 2019)، بالإضافة إلى ظروف التنقل والعمل غير الآمنة، في ظلّ عدم التطبيق الفعلي للقانون عدد 51 لسنة 2019. كما تراجعت القدرة الشرائية للمواطنين مع ارتفاع نسبة التضخم (البنك الدولي 2022) والنقص في بعض المواد الأساسية (الزيت النباتي والسميد والسكر والأرز والأدوية...).

وقد زادت جائحة كوفيد 19 من تعميق الأزمة الاجتماعية حيث تشير تقديرات البنك الدولي لشهر حزيران/جوان 2021، إلى أن الجائحة تسبّبت في ارتفاع نسبة الفقر إلى 21% من مجموع سكّان تونس مقابل نسبة 15.5% ما قبل الجائحة. وقد أكّدت خريطة الفقر في تونس (Banque mondiale et Statistiques Tunisie 2020) التفاوت المتنامي بين الجهات حيث تتركّز معدّلات الفقر الأعلى في الأرياف، لا سيما تلك الواقعة في الشمال الغربي والجنوب الغربي للبلاد. وقد سلّطت جائحة كوفيد 19، المُستمرة، الضوء على ضرورة تعزيز الجهود الرامية الى معالجة المُحدّدات الاجتماعية للصحة بوصفها جزءاً لا يتجزأ من الاستجابة الوطنية والإقليمية والدولية للأزمات الصحيّة الاجتماعية. ورغم تراجع حدّة الجائحة إلّا أن تأثيراتها ما زالت ملموسة وما زال الاقتصاد التونسي، كغيره في عديد البلدان، يعاني من مخلفاتها. كما فاقمت الحرب الروسية الأوكرانية من الأزمة الاقتصادية في تونس وذلك

تبعاً للنقص الذي شهدته الاسواق العالمية في المواد الأساسية المستوردة من منطقة التوتّر الروسية - الأوكرانية (خصوصاً القمح).¹

من جهة أخرى، يعرف العالم اليوم احتباساً حرارياً وتغيّرات مُناخية تؤثر على الاقتصاد عموماً وعلى الوضعية الاجتماعية للمواطنين خصوصاً، وتؤثر أساساً في وضع الأشخاص المُنتَمين للطبقة الفقيرة. وليست تونس بمنأى عن هذا التأثير إذ تتسبّب التغيرات المُناخية في شدة الجفاف وتراجع منسوب المياه ممّا يؤدي إلى نقص في الماء الصالح للشرب. هذا فضلاً عن الحرائق التي اندلعت في العديد من الجبال وأتت على جزء من الغابات في شمال البلاد. وهو ما يهدّد مصالح ووضعية الكثير من المواطنين.

ويظلّ الحق في الصحة من أوكد الحقوق وأهمّها لذا وجب البحث في أسس إرسائه في القانون التونسي.

انخراط تونس في المعاهدات والاتفاقيات الدولية والإقليمية

صادقت تونس على جلّ المعاهدات الدولية² فأصبحت هذه النصوص جزءاً من منظومتها القانونية، لها إلزامية تعلو إلزامية القوانين الداخلية، وإن كانت في مرتبة أدنى من الدستور.

تكريس الحق في الصحة في القانون التونسي

تمّ تكريس الحق في الصحة في تونس بصفة تدريجية فأخذ هذا الحق يتدعّم ويتشكّل شيئاً فشيئاً من مجرد رعاية للمواطن ثم خدمة صحية ينتفع بها إلى حق أساسي لكلّ شخص تلزم الدولة بضمانه والعمل على احترامه. وهو ما يكتشف عن توجّه خيارات الدولة التونسية نحو المراهنة على الصحة حيث اعتبرته قطاعاً أساسياً وحقاً يتعيّن دعمه بصفة واضحة. وقد نشأت البذرة الأولى للحق في الصحة في توطئة دستور 1959، وهو دستور تمّ إصداره في فجر الاستقلال يُعبّر عن خيارات الدولة الناشئة آنذاك. وقد كانت الصحة مجالاً تسعى الدولة إلى الإحاطة به. فجاءت التوطئة لتؤكد على ضرورة حماية حق المواطنين في الصحة. ولئن بدت الصحة في التوطئة حقاً لكلّ المواطنين إلّا أن الصبغة الإلزامية لهذا النص بقيت محلّ شكّ وجدال وبالتالي فهي لم تُنشئ التزاماً صارماً في ذمة الدولة بحماية الحق في الصحة، بل اكتفت بإقرار حق المواطنين في الصحة مثله مثل بعض الحقوق الأخرى.

سرعان ما تدعّم هاجس حماية الصحة فقامت الدولة التونسية سنة 1974 بإنشاء وزارة للصحة، مستقلة عن وزارة الشؤون الاجتماعية وهو ما يشكّل توضيحاً لدور المتدخلين والمسؤولين في هذا المجال. وقد جاء الأمر عدد 1064 لسنة 1974 ليحدّد هذا الدور. حيث تتمثل مهمة وزارة الصحة العمومية حسب الفصل الأول من هذا الأمر في "السهر على صحة السكان قصد المساعدة على حصول تطوّر منسجم لطاقتهم البدنية والذهنية وإيجاد الملاءمة بينها وبين المحيط الطبيعي والبيئة الاجتماعية للبلاد وذلك بمقاومة كل أسباب تدهور سلامتهم الجسدية أو الفكرية ممّا قد يصيبهم فرادى أو جماعياً". ولهذا الغرض تُعَدّ الوزارة للحكومة سياسة الصحة العمومية وتخطيطها وتسهر على وضعها موضع التطبيق وتراقب تنفيذها

¹ تستورد تونس 30% من حاجياتها من القمح الصلب، وأكثر من 90% من القمح اللين. وتأتي 80% من حاجياتها من الحبوب المستوردة عبر السوق الروسية والأوكرانية، حيث توزّد سنوياً ما قيمته 984 ألف طن من القمح من أوكرانيا و111 ألف طن من روسيا.

² على سبيل المثال صادقت الدولة التونسية في سنة 1985 على اتفاقية السيداو التي تُلزم الدول المصادقة برفع كافة أشكال التمييز المسبّط على النساء وتوفير سبل تمكينهنّ في مختلف المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والمدنية وقد تمّ رفع كل التحقّظات في سنة 2014. كما كانت تونس من الدول الأوائل التي صادقت على اتفاقية حقوق الطفل الصادرة في 1989 إذ تفت المصادقة عليها منذ سنة 1991. أمّا الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لسنة 1965 فقد أمضتها تونس في 12 نيسان/أفريل 1966 وصادقت عليها في 13 كانون الثاني/ جانفي 1967.

في ثلاثة مجالات وهي: الوقاية والعلاج والتأهيل الوظيفي. وتبرز الصحة من خلال هذا الدور المنوط بعهدة الوزارة كمجموعة من الخدمات التي يتمتع بها المواطنون.

أقرّ الفصل الأوّل من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 1991 - المؤرّخ في 29 تموز / جويلية 1991 المتعلّق بالتنظيم الصحيّ، الحقّ في الصحة إذ ينصّ على أنه

لكلّ شخص الحقّ في حماية صحّته في أحسن الظروف الممكنة³. كما يسعى هذا القانون لحماية الحقوق الأساسية وحقوق الإنسان ومن أبرزها حماية الكرامة البشرية³ عند الخضوع للعلاج. إضافة إلى ذلك، يتبنّى المنشور الوزاري عدد 36 لسنة 2009⁴ محتوى ميثاق المريض الذي ينصّ في النقطة الأولى منه على أن " لكلّ شخص الحقّ في حماية صحّته في أفضل الظروف الممكنة دون تمييز بسبب دينه أو جنسه أو لونه أو سنّه أو وضعه الاجتماعي والاقتصادي مع مُراعاة خصوصية بعض الفئات من المرضى الذين تستوجب حالتهم الصحيّة أولويّة في التعهّد بها طبقاً للتشريع الجاري به العمل على غرار الحالات الاستعجالية والأشخاص ذوي الإعاقة والمستنّين والأطفال والحوامل ...

وهو ما يبدو إرساء لحقّ المواطن في الحماية والرعاية الصحيّة لا غير. في حين تنصّ معلّقة ميثاق المريض في أوّل بند لها على أن " الحقّ في حماية الصحة حقّ أساسيّ لكلّ مواطن مهما كان وضعه الاجتماعي في حدود ما يضمنه التشريع الجاري به العمل ". ويشير المنشور إلى ضرورة وجود هذه المعلّقة في الهياكل العمومية والخاصة⁵. ولكنّ إلزامية ميثاق المريض تظلّ محدودة إذ تمّ تبنيّه في شكل منشور وزاري، وينطبق كقواعد سلوكٍ تحدّد سير العمل في إطار الهياكل الصحيّة دون أن تكون له صبغة إلزامية صارمة.

إن التكريس الصريح للحقّ في الصحة كحقّ أساسيّ كان من مميّزات دستور 2014. إذ أقرّ هذا الدستور في الفصل 38، الصحة كـ " حقّ لكلّ إنسان " أي كحقّ مباشر، يُنشئ التزاماً⁶ على عاتق الدولة بحماية الحقّ وضمانه. ويكون المُشرّع التونسي بذلك قد تبنّى الحقّ في الصحة بصفة واضحة وأرسى دعائمه وأدرجه في أعلى هرم النصوص القانونية. ويترتب عن هذه الطبيعة الدستورية المُسنّدة للحقّ في الصحة ضرورة ملاءمة القوانين وانسجامها مع هذا الحقّ. وهذا يعني أنّه لا يمكن إصدار قوانين تُقلّص من الحقّ في الصحة أو ترفضه وإلاّ اعتُبرت قوانين غير دستورية يمكن الطعن فيها أمام المحكمة الدستورية عند إنشائها. كما أن إقرار الحقّ في الصحة كحقّ أساسيّ في الدستور من شأنه أن يدعم طلبات المواطنين في حماية حقّهم فيولوج إلى الخدمة الصحيّة وحقّهم في التمتعّ بالعلاج في ظروف ملائمة، ويدفع نحو إصدار نصوص تُفصّل هذا الحقّ وترتّب النتائج المناسبة عن إقراره (فيما يتعلّق بتوفّر العلاج ومجانّيته أو جودته).

أخيراً، حافظ دستور 2022، على هذا الترسّخ للحقّ في الصحة في الفصل 43 منه معتمداً نفس مضمون الفصل 38 من دستور 2014.

تضمن الدولة حسب الفصل 43 من دستور 2022، الوقاية والرعاية والعلاج، وتكون المعالجة مجّانية لدّوي الدّخل المحدود وفاقدي السّند. وتسعى الدولة إلى تقديم هذه الخدمة بجودة محترمة تُراعي ظروف المواطنين واحتياجاتهم. حافظ دستور 2022 على الحقوق المنصوص عليها في دستور 2014 كالحقّ في الماء والحقّ في

³ ينصّ الفصل 5 من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 91 المؤرّخ في 29 تموز /جويلية 1991 على ما يلي: " يجب أن تعمل الهياكل والمؤسسات الصحيّة العمومية والخاصة في ظروف تضمن: الحماية الأساسية للذات البشرية وسلامة المرضى الذين يلجأون إلى خدماتها...".

⁴ المتعلّق بإصدار ميثاق المريض.

⁵ يجب على كل مؤسسة صحيّة وضع نسخ من ملخّص الميثاق على ذمّة المرضى ومرافقيهم بمكتب الاستقبال إضافة إلى تعليق الملخّص في الأماكن الأكثر ارتياداً (بهو الاستقبال -قاعات الإنتظار...).

⁶ على عكس دستور 1959 الذي أشار إلى الحقّ في الصّحة في التوطئة فقط دون تحديد مسؤوليات الدولة في هذا الشأن.

بيئة سليمة وحماية الحرمة الجسدية والكرامة البشرية، وهي حقوق تدعم بدورها الحق في الصحة. وينص الفصل 24 من الدستور في هذا الصدد على أن: "الحق في الحياة مقدس. ولا يجوز المساس به إلا في حالات قصوى يضبطها القانون." كما يضيف الفصل 25: "تحمي الدولة كرامة الذات البشرية وحرمة الجسد، وتمنع التعذيب المعنوي والمادي. ولا تسقط جريمة التعذيب بالتقادم." هذان الفصلان يُشيران ضمناً إلى الحق في الصحة بما أن حماية الحق في الحياة وحماية الكرامة البشرية تكونان عبر ضمان الحق في الصحة. كما يؤكد الفصل 47 من دستور 2022 على "الحق في بيئة سليمة ومتوازنة، وعلى الدولة توفير الوسائل الكفيلة بالقضاء على التلوث البيئي." وهو نفس منطوق الفصل 45 من دستور 2014، وهي مادة اعتبرت مكسباً هاماً لتونس، بما أن دستورها يُعتبر من الدساتير القلائل في العالم الذي يتبنى الحق في بيئة سليمة. أما الفصل 48 من دستور 2022 فيؤكد من ناحيته على واجب الدولة في "توفير الماء الصالح للشرب للجميع على قدم المساواة، وعليها المحافظة على الثروة المائية للأجيال القادمة. وهذا من مقومات البيئة السليمة والصحة الجيدة.

كما تُعدّ الصحة العمومية إحدى الضوابط التي يمكن أن تبرّر وضع قيود على الحقوق والحريات (الفصل 55 من دستور 2022). فإذا ما كانت الصحة العمومية مهدّدة جاز للمشرّع اتخاذ التدابير اللازمة، وإن أدّى الأمر إلى الحدّ من حرية التنقّل أو من حرية التجارة أو من حماية المعطيات الشخصية، كما كان الحال بالنسبة إلى المراسيم التي تمّ اتخاذها إبان أزمة الكوفيد 19؛ أو حتّى الحدّ من حماية الحرمة الجسدية بفرض جواز التلقيح ضد الكوفيد 19، حسب المرسوم عدد 1 لسنة 2021.

متابعة تكريس الحق في الصحة

سيتمّ التّثبت من مدى توفّر واحترام الحقّ في الصحة في تونس استناداً إلى عدّة معايير. ذلك أن تكريس الحقّ في الصحة يتطلّب تنفيذ سياسات واستراتيجيات وبرامج صحّية طبقاً لعدّة مؤشرات، مع وجوب المساءلة والمتابعة. وتتمثل هذه المعايير في:

- **التوافر:** يجب أن توفّر الدولة المرافق المَعْنِية بالصحة العامة والرعاية الصحيّة وتلك المتعلّقة بالسلع والخدمات والبرامج، حسب الحاجيات المحدّدة.
- **إمكانية الوصول:** ينبغي أن يتمتّع الجميع دون تمييز بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وتشمل إمكانية الوصول أربعة أبعادٍ مُترابطة وهي: عدم التمييز وإمكانية الوصول المادي، والقدرة على تحمّل نفقات الصحة، وإمكانية الوصول إلى المعلومة.
- **المقبولية:** ينبغي أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة الأخلاقيات الطبيّة والاختلافات الثقافية⁸ وأن تُراعي متطلّبات الأشخاص طوال الحياة، مع احترام السريّة.
- **الجودة:** ينبغي أن تكون جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مناسبة علمياً وطبّياً وذات نوعيّة جيّدة. ويتمّ ذلك عن طريق توفير كافة العقاقير والمستلزمات الضرورية والخاضعة لأعلى مقاييس الجودة، كما يتعيّن أن يكون موظفو القطاع الصحيّ والطبّي على مستوى عالٍ من المهارة والمسؤولية.
- **المشاركة:** يجب أن يكون للمستفيدين من الرعاية الصحيّة رأيهم وأن يتمكّنوا من إبلاغ صوّتهم فيما يتعلّق بصياغة وإعمال السياسات الصحيّة التي تؤثر عليهم.
- **الحريّات:** يجب أن يتمتّع الشخص بحريّة عدم الخضوع للعلاجات الطبيّة دون موافقة، مثل التجارب الطبيّة أو التعقيم القسريّ، والتعذيب وغيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللانسانية، أو المُهينة.
- **الاستحقاقات:** يحقّ للناس، من بين جُملة استحقاقات أخرى، أن يتمتّعوا بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وبالوقاية من الأمراض ومعالجتها، ومكافحتها، وبالحصول على الأدوية الأساسيّة، وأن تتوفّر لهم الصحة الإنجابيّة، وصحة الأمّ، والرضيع، والطفل.

تجليات وتطبيقات الحقّ في الصحة في تونس

تحقّقت عديّد من المكاسب الصحيّة في تونس، ولكن أوجه القصور ما تزال قائمة وفي تفاقم. ففي قطاع الصحة، تَطَوَّر مؤمّلُ الحياة عند الولادة (المعهد الوطني للإحصاء التونسي 2021) الذي بلغ 76.3 عاماً في 2020 (72.7 سنة للذكور و77.5 سنة للإناث) بعد أن كان 71.5 عاماً سنة 1995 (69.5 سنة للذكور و73.3 سنة للإناث).

⁸ المستشفى الكرماني لا يتكوّن من بنايات ثابتة بل من انشاءات مؤقتة من "السندويش بزل" sandwich panel لا توفّر معايير السلامة وغير مناسبة للمستشفيات الثابتة، ولذلك سُجّلت حالات احتراق لهذه المستشفيات ووفاة رافدين فيها.

ويرجع هذا التطوّر إلى الرعاية الصحيّة من جهة وتحسين ظروف العيش من جهة أخرى. وتجدر الإشارة إلى أن مؤمّل الحياة سنة 2020 تراجع مقارنةً بسنة 2019 حيث كان المعدّل يقدر بـ 76.3 سنة ويمكن تفسير هذا الانخفاض بتداعيات جائحة الكوفيد.

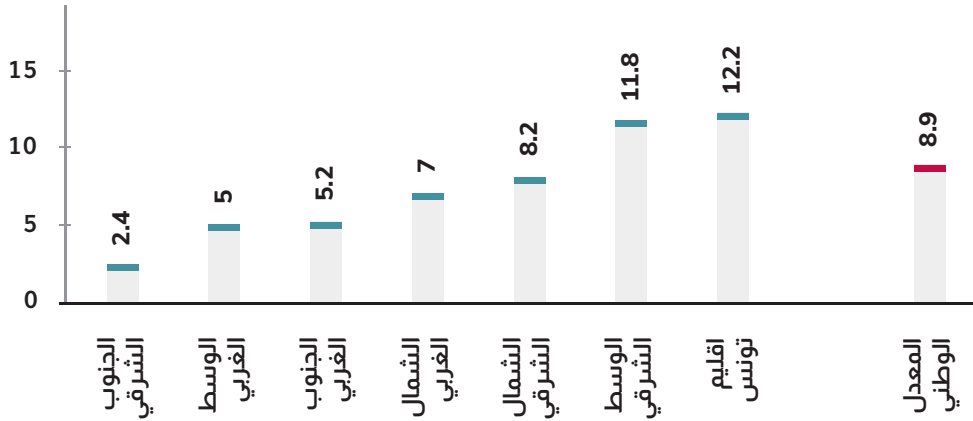
وقد مكّنت البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض المُعدية من القضاء على الآفات (الملاريا، البلهارسيا، الزّمد، السلّ، الإسهال المعدّي، شلل الأطفال، الكزاز الوليدي، الدّفتيريا، وغيرها...). كما تمّ وضع برامج وطنية مندمجة للخدمات الوقائية والعلاجية مكّنت من تحقيق نسب تغطية جيّدة فأدّت إلى تراجع وفيات الأطفال دون سن الخامسة (المعهد الوطني للإحصاء التونسي 2021) حيث تقدّر بـ 13.3 لكل 1000 مولودٍ حيّ في سنة 2020 مقارنةً بـ 15.7 سنة 2013. ولكن مع تفاوتٍ بين الوسط الريفي والحضري (19 وفاة لكل 1000 مولودٍ حيّ في الريف مقارنةً بـ 11 في الوسط الحضري) حسب ما أشارت إليه بيانات المسح العنقودي (Le Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale 2019 (MDICI), l'Institut National de la statistique (INS) et l'UNICEF).

كما أن الأمراض غير السارية أصبحت في تزايدٍ مستمرٍّ⁹ مثل مرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، الأمراض المُزمنة التي تصيب الرئتين، والأمراض التي تطال الصحة النفسية عاكسةً عوامل الاختطار¹⁰ ذات الصلة والتمثلة أساساً في الركود البدني والتلوث والنظم الغذائية غير السليمة (الغنيّة بالسكّريات والأملاح). كما تزايد عدد الحالات المصابة بالسرطان حيث تمّ تسجيل أكثر من 19 ألف حالة جديدة سنة 2020 (The Global Cancer Observatory 2021). ورغم وجود برنامج وطني لمقاومة السرطان يبقى اكتشاف المرض متأخراً ممّا يقلّل من فرص النجاة. ويبيّن المسح الوطني للصحة لسنة 2016 (Ministère de la Santé 2016) أن 8.9% فقط من النساء اللواتي تتجاوز أعمارهنّ 30 سنة قد أجرين تقصّياً بواسطة التصوير الشعاعيّ للثدي في السنتين الأخيرتين مع تفاوتٍ جوهري مُلفت، حيث إن النسبة لا تتجاوز 4% في المناطق الريفية مقابل 11% في المناطق الحضرية، وتُعدّ النسبة الأعلى للحصول على التقصّي في تونس الكبرى (12.2%) والأقل في الجنوب الشرقي (2.4%) كما يظهر في الشكل التالي. ويتزايد الإقبال على التقصّي لدى النساء الأكثر قدرةً على تكبّد المصاريف (الأكثر ثراءً) حيث تتجاوز 16.3% مقارنةً بـ 3% فقط عند النساء الأشدّ فقراً. ويرجع هذا التفاوت إلى الاختلال في توزيع (Ministère de la Santé en Tunisie 2021) آلات التصوير الشعاعي للثدي بالرغم من برنامج تعزيز القدرات في القطاع العمومي، حيث لم تكن توجد إلّا 20 آلة فقط في سنة 2017 وفي سنة 2019 زاد العدد ليصبح 28 آلة وقد شملت الزيادة الجهات الداخلية.

⁹ أكثر من واحد من كل ستّة كهول مصابّ بمرض السكري (15.5 بالمائة) وأكثر من واحد من كل ثلاثة كهول مصابّ بارتفاع ضغط الدم (28.7 بالمائة) وفقاً للمعهد الوطني للصحة العمومية (2016). رابط.

¹⁰ من بين الذين تتراوح أعمارهم بين 15-17 سنة، 60 بالمائة يعانون من زيادة الوزن و30 بالمائة يعانون من السمنة. أمّا التدخين فهو منتشر لدى أكثر من 30 بالمائة من الشباب.

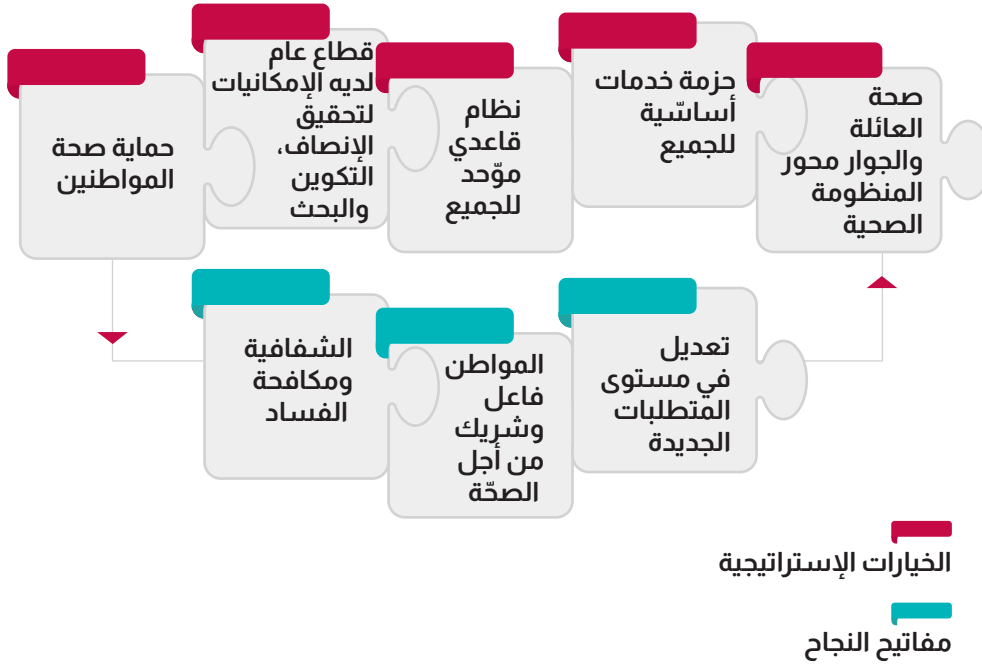
شكل 1. نسبة تقضي بواسطة التصوير الشعاعي للثدي في السنتين الأخيرتين حسب المنطقة - 2016



اعتماد السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030

تم يوم 7 نيسان/أفريل 2021 الإمضاء على الميثاق الوطني لإصلاح المنظومة الصحية في إطار المصادقة على السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030، والتي أعدت على ضوء الحوار المجتمعي بمشاركة مختلف المتدخلين في القطاع من منظمات وطنية وممثلين عن المهنيين والمجتمع المدني. وتستند السياسة الوطنية للصحة إلى الرؤية في أفق 2030 لتغطية صحية شاملة، مستوحاة من القيم العالمية لحقوق الإنسان التي ستسمح للجميع بالحصول على فرص عادلة لتعزيز صحتهم ورفاههم في خدمة التنمية المستدامة. وتتضمن هذه السياسة الوطنية للصحة خيارات استراتيجية ومفاتيح نجاح من أجل الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وترتبط الخيارات الاستراتيجية الخمسة بإعادة تنظيم المنظومة الصحية وتمخورها حول المواطن، مع مراعاة حماية صحته بشكل فعال وكذلك مراعاة الإنصاف والتضامن والجودة في الوصول إلى الخدمات. وتتمثل مفاتيح النجاح الثلاثة في: التعديل في سياق توجيه نظام مُتزايد التعقيد، والشفافية ومكافحة الفساد، ومشاركة المواطنين.

شكل 2. الخيارات الإستراتيجية ومفاتيح النجاح

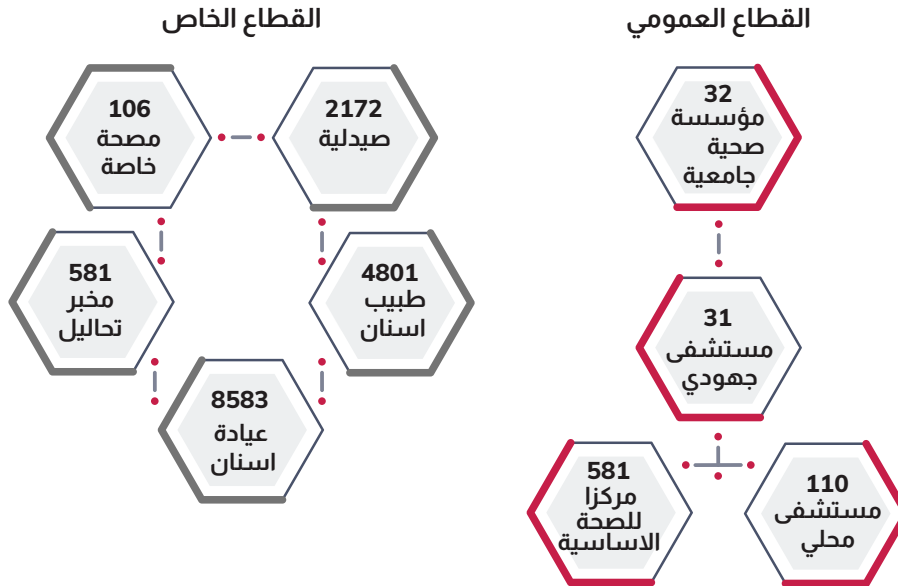


منظومة صحّية مزدوجة

تتميّز المنظومة الصّحية بتغطيتها لكامل تراب الجمهورية من خلال قطاع عام يتوزّع على ثلاثة خطوط وقطاع خاص نشيط، مع تواجد خدمات محدّدة مقدّمة من طرف الصحة العسكرية والأمن الداخلي ومصحات الضمان الاجتماعي.

حسب الفصل 3 من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 91 المؤرّخ في 29 تموز/جويلية 1991 المتعلّق بالتنظيم الصّحي: "تقدّم الهياكل والمؤسّسات الصّحية العمومية والخاصة الخدمات الوقائية والعلاجية والمُهدّنة وكذلك المتعلقة منها بالتشخيص وإعادة التأهيل الوظيفي سواءً مع الإقامة أو بدونها بالمقابل أو مجاناً."

شكل 3. التنظيم الصحي - سنة 2019



يؤمّر قطاع الصحة العمومية -الذي شهد تطوّراً مستمراً منذ الاستقلال، مجموعة من الهياكل تضمن تغطية مُرضية للسكان. ومع ذلك، فإنه يعاني من عدّة أوجه قصور. وفي هذا الإطار ينصّ الفصل 4 من القانون عدد 91-63 على أن تركيز الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية يعتمد على الخارطة الصحية التي تقع مراجعتها دورياً وبصفة وجوبية في بداية كلّ مخطّط وطني للتنمية. ولكن تُعتبر الخارطة الصحية مجرد دليل إحصائي وليست أداة تخطيط. كما يلاحظ أن تركيز¹¹ الهياكل الصحية خضع في السنوات الأخيرة للطلبات السياسية دون ضمان الملاءمة للحاجّيات والإمكانيات الفعلية للتشغيل حيث تمّ بناء أقسام أو هياكل صحية دون توفير الموارد البشرية الضرورية ممّا أدّى إلى عدم دخولها حيز الاستغلال وعدم تقديم الرعاية اللازمة.

وتُصنّف الهياكل الصحية العمومية، طبقاً للفصل 10 من القانون عدد 91-63، حسب مهامّها وتجهيزاتها ومستواها التقني واختصاصها الترابي، التي وقع تحديدها في الأمر عدد 846 لسنة 2002 وتوزّع على ثلاثة خطوط متشابكة المهام.

يتكوّن الخط الأول من مراكز الصحة الأساسية والمستشفيات المحليّة. وتُعتبر مراكز الصحة الأساسية نقطة الدخول إلى المنظومة الصحية بتقديم الخدمات الصحية ذات الطابع الوقائي¹² والعلاجي، وبالتثقيف الصحي. ويُعدّ توزيعها الجغرافي الأقلّ تفاوتاً بين الجهات حيث إن توزيع عدد السكّان على كلّ مركز صحة أساسية متساوٍ بين الجهات بمعدّل مركز واحد لكل 5000 شخص ويُقدّر معامل الاختلاف بـ 0.94 في سنة 2019. ولكن تشكّو المراكز الصحية الأساسية من عدم توافر الخدمات الصحية حيث تقتصر على حصة صباحية، كما أن أغلب هذه المراكز لا تُقدّم عيادات طبيّة يومية¹³ مع تفاوت بين الجهات، فكل مراكز الصحة الأساسية مثلاً¹⁴ تعمل في تونس العاصمة كامل أيام الأسبوع (6 أيام عمل) على عكس ولاية مدينين حيث إن 8 مراكز فقط من إجمالي 119 مركزاً في الجهة تُقدّم عيادات يومية، أيّ بنسبة لا

¹¹ قرابة 5000 سرير في طور الإحداث.

¹² "حماية الأمومة والطفولة بما في ذلك التنظيم العائلي، الوقاية من الأمراض المنقولة والمعدية ومراقبتها وخاصة عن طريق التلقيح، خدمات الطب ما قبل سن الدراسة، والطب المدرسي والجامعي" (الفصل 11 من القانون عدد 91-63).

¹³ حسب مُعطيات الخارطة الصحية 2019: 20 بالمائة فقط من المراكز تُقدّم العيادات 6 أيام / (منها أكثر من 60 بالمائة في المناطق الساحلية) في حين أن 49 بالمائة من المراكز تُقدّم العيادات يوماً واحداً فقط / 6 (90 بالمائة منها فيما يُسمّى بالولايات المحرومة).

¹⁴ الخارطة الصحية للخط الأول سنة 2015 على هذا الرابط.

تتجاوز 7%. ويتمّ التلقيح في مراكز الصحة الأساسية وفي الوسط المدرسيّ وهو ما يضمن المساواة بين كلّ الأطفال مهما كانت امكانيّاتهم الماديّة أو المناطق التي يقطنون بها (في الريف أو في المدينة، في المناطق الداخلية والساحلية) وهو ما يحدّد من التفاوت بين الجهات.

وبالإضافة إلى الخدمات المُسدّاة في مراكز الصحة الأساسية، تُقدّم المستشفيات المحليّة خدمة الطبّ العام، ووحدة الأمومة للولادات الطبيعية، وخدمة العيادات الخارجية وحالات الطوارئ، ومنصّة تقنية أساسية (الأشعة والمختبر وكرسيّ الأسنان ومستودع الصيدلة). وتمثّل الأسرة في المستشفيات المحليّة ووحدة التوليد 10% من إجماليّ الأسرة في القطاع العمومي حيث يتمّ إنجاز 3% فقط من الولادات العادية. ويُعدّ حجم الأنشطة صغيراً جداً بحيث يُمكن أن يؤثر على الحفاظ على المهارات المهنية فتكون له تداعيات سلبية على سلامة المريض. وقد تمّ استقبال 62742 شخصاً في سنة 2019، بانخفاض قدره 13% مقارنة بسنة 2017. ومن وجهة نظر النجاعة في الاستغلال الجيّد للموارد البشرية والمالية، تُعتبر هذه الخدمات المقدّمة في المستشفيات المحليّة ذات تكلفة عالية.

وقد تمّ الارتقاء بعدد من هذه المستشفيات الى صنف المستشفيات الجهويّة لأسباب متنوّعة، ولكنّها لم تستوفِ شروط هذا التحوّل ممّا أدّى إلى تلاشي الموارد المهنية النادرة المُتاحة وإلى نقص في استخدام هذه الهياكل.

للمستشفيات الجهويّة (الخطّ الثاني) دور مزدوج: تقديم الخدمة القريبة للمواطن ودور المرجعية للخطّ الأوّل من جهة والإحالة عند الضرورة إلى المستشفيات الجامعية لتقليل الاكتظاظ من جهة أخرى. غير أن المستشفيات الجهويّة تُعاني من عدم التوافق بين الموارد البشرية المخصّصة والمعدّات المُتاحة من ناحية ومن التوزيع غير المُتكافئ للأخصائيّين الطيّبين بين مدن الساحل الرئيسية وبقية البلاد من ناحية أخرى. ولمعالجة هذه النقائص، تمّ اتخاذ بعض الإجراءات مثل: وضع برنامج دعم للمناطق يعتمد على المساهمة التطوّعية لأطباء المستشفيات الجامعية وذلك لضمان ديمومة واستمرارية الخدمات من خلال الخدمة المدفوعة عند الطلب. وفي نفس الإطار يتعيّن على المساعدين الاستشفائيين الجامعيين في الطبّ العمل مدّة سنة واحدة¹⁵ بإحدى الهياكل الصحيّة العمومية بالمناطق الصحيّة ذات الأولويّة. كما يُمكن للأطباء¹⁶ المُمارسين في المناطق ذات الأولوية استقبال المرضى في عيادات بعنوان خاص داخل المؤسسة الاستشفائية، ولكنّ هذا الإجراء التحفيزي، الذي يهدف إلى الإبقاء على الأطباء الأكفاء بالقطاع العام لضمان حدّ أدنى من الجودة وتكافؤ الفرص، أصبح سبباً في إهدار الطاقات البشرية والماديّة للمستشفيات العمومية وحتى في تحويل وجهة المرضى المُقبلين على القطاع العمومي في اتجاه القطاع الخاص، حيث إن جزءاً كبيراً من الأطباء في القطاع العمومي المُقرّص لهم في ممارسة نشاط ربحي خاصّ يرتكبون تجاوزات للتراتب المؤصّرة لهذه الأنشطة (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021).

تتمثّل المهمّة الأساسية للمؤسّسات الصحيّة الجامعية (الخطّ الثالث) في توفير رعاية عالية التخصّص. كما تساهم في التعليم الجامعيّ وما بعد الجامعيّ (الطبيّ والصيدلاني وطبّ الأسنان)، وكذلك في تدريب مهنيّ الصحة. بالإضافة إلى ذلك تقوم هذه المؤسّسات بالبحث العلمي. ومع ذلك، ونظراً للفشل التراكمي للخطّ الأوّل والثاني، فإن هذا الخطّ العام الثالث مثقلٌ بالمشكلات التي كان من

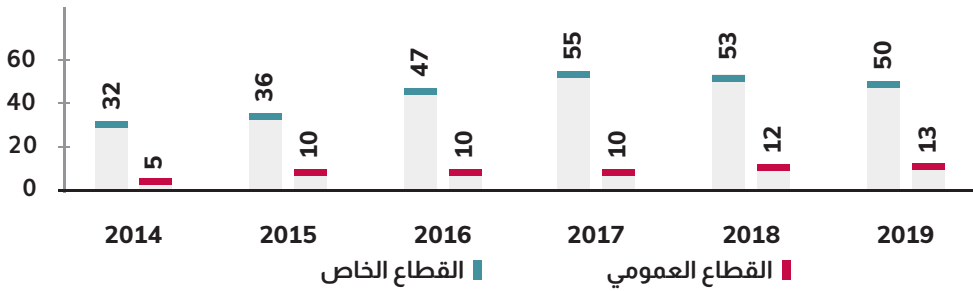
¹⁵ الفصل 19 من الأمر عدد 3353 لسنة 2009 مؤرّخ في 9 تشرين الثاني/نوفمبر 2009 يتعلق بإتمام الأمر عدد 772 لسنة 2009 المؤرّخ في 28 آذار/مارس 2009 يتعلّق بضبط النظام الأساسي الخاص بالسلك الطيّبيّ الاستشفائي الجامعي.

¹⁶ الأمران عدد 2156 وعدد 2158 لسنة 1994 المؤرّخان في 17 تشرين الأوّل/أكتوبر 1994.

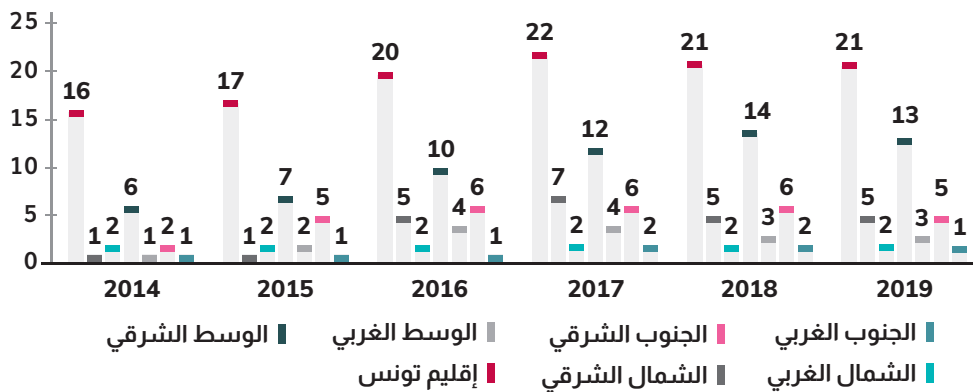
الممكن التعامل معها في المراحل الأولى، والتي من المُحتمل أن تؤثر على جودة واستمرارية الرعاية وتحّد من الدور التعليمي والتدريبي الذي يفترض أن تضطلع به هذه المستشفيات. هذا وتتركّز هياكل الخطّ الثالث في 13 ولاية، مع غياب تامّ في الشمال الغربي والجنوب ومع وجود مركز واحد في كلّ من الوسط الغربي (القيروان) والجنوب الشرقي (مدنين)، ممّا يزيد من عدم المساواة بين الجهات.

شهد القطاع الخاص تطوُّراً كبيراً في العقود الأخيرة¹⁷ بفضل الطلب الخارجي وخاصةً من الدول المجاورة، ولا سيّما ليبيا والجزائر، وبفضل الحوافز المالية والضريبية لهذا القطاع. ويضمّ القطاع الخاص حسب الخارطة الصّحية لسنة 2019: 54% من إجماليّ الأطباء و79% من إجماليّ الصيادلة و86% من إجماليّ أطباء الأسنان. كما يحتوي هذا القطاع على غالبية المُعدّات الثّقيلة¹⁸ والتقنيات المتقدّمة، كما يُبيّن الرسمان التوضيحيان 4 و5 حدّة التفاوت بين القطاع العام والخاص وبين الجهات.

شكل 4. العدد الإجمالي لآلات التصوير بالرنين المغناطيسي - الخارطة الصّحية لسنة 2017 وسنة 2019



شكل 5. توزيع آلات التصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع الخاص - الخارطة الصّحية لسنة 2017 وسنة 2019



ورغم دوره في تحسين توافر الخدمات الصّحية، فإنّ جلّ القطاع الخاص متركّز في الولايات الساحلية ممّا يزيد في التفاوت بين الجهات. فعلى سبيل المثال، يوجد أكثر من 61% من المصحات الخاصة في تونس الكبرى (43) وولايتي سوسة (7) وصفاقس (15).

¹⁷ على سبيل المثال: سنة 1987 كانت هناك 28 مصحّة خاصة بطاقة 796 سريراً. أما في سنة 2019 كان العدد 106 مصحات خاصة بطاقة 6704 أسرة.

¹⁸ على سبيل المثال: توجد 50 آلة تصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع الخاص من إجمالي 63 آلة موجودة في تونس.

ينصّ الفصل 17 من دستور 2022 على ما يلي: "تضمن الدولة التعايش بين القطاعين العام والخاص وتعمل على تحقيق التكامل بينهما على قاعدة العدل الاجتماعي". ويحدّد القانون عدد 49 لسنة 2015 الإطار العام للشراكة بين القطاعين العام والخاص. وفي هذا المجال، يمكن للمهنيين الصحيين في القطاع الخاص (الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان والفنيين) الممارسة في هياكل الصحة العمومية وبالتحديد في المناطق ذات الأولوية وفقاً لمقياس الرواتب (وهو حافز مالي ضعيف).¹⁹ كما يُقرّ الأمر الرئاسي عدد 318 لسنة 2022 امكانية التعاون الطبي بين القطاعين العام والخاص عند ممارسة الطب عن بُعد.²⁰ ولكن تظلّ هذه الشراكة محدودة اليوم في الواقع إذ لم يقع بعدّ الالتجاء إلى إبرام اتفاقيات شراكة فعليّة بين القطاعين العام والخاص. ولكنّ هذا لا ينفي وجود بعض بواصر التعامل بين القطاعين كالأجراءات التي تمّ اتخاذها لمواجهة جائحة كوفيد فقد تمّ إجراء التلقيح المجاني في الصيدليات وعند بعض الأطباء وأطباء الأسنان بصفة طوعية.

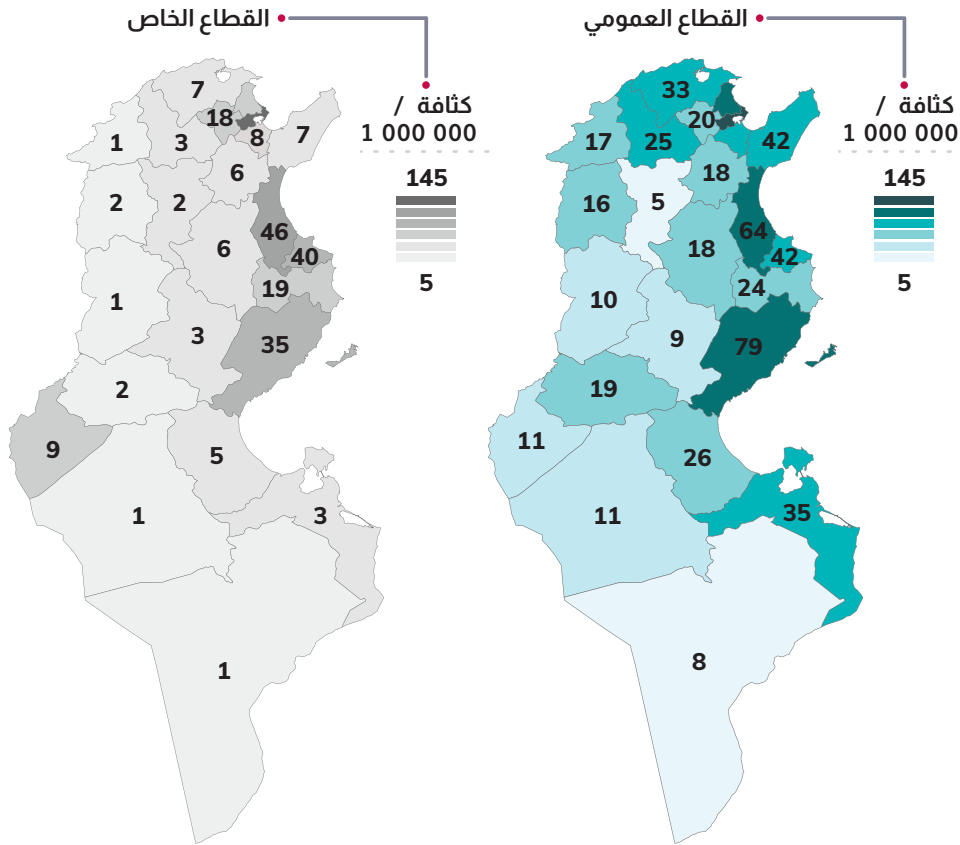
بقيت العدالة في توزيع الخدمات هدفاً نظرياً لم يتحقّق بعد إذ ما زال المشهد الصحي في تونس يعكس **شكل 6** تمرکز الخدمات الصحيّة (المتخصّصة والتابعة للقطاع الخاص) في المدن الساحلية، على حساب المناطق الداخلية. يُذكر مثلاً أن المستشفى الوحيد المتخصّص في الأورام والأمراض السرطانية موجود بالعاصمة مع إمكانية الجراحة في بعض الأقسام الاستشفائية الأخرى. وهو ما يجعل الوصول إلى الخدمة الصحيّة شاقاً على من يقطنون خارج العاصمة. كما أن تمرکز هذه الخدمات بمؤسسة استشفائية واحدة يؤدي إلى الاكتظاظ وتدنّي جودة الخدمات (طول انتظار المواعيد - طول انتظار خلال العيادات). وقد تمّ توثيق التفاوت الجهوي في العديد من الدراسات (Banque Africaine de Développement 2014)، على سبيل المثال التشخيص الذي تمّ إنجازه في إطار الحوار المجتمعي سنة 2014 (Le Comité Technique du Dialogue Sociétal 2014a). حيث يلاحظ اختلال وتفاوت في توزيع مهنيّي الصحة وخاصة أطباء الاختصاص الذين يتجاوز عددهم 5407 في القطاع الخاص مقارنة بـ 2318 في القطاع العمومي في سنة 2019 مع تسجيل انخفاض في العدد مقارنةً بسنة 2018 (5212 في القطاع الخاص و3005 في القطاع العمومي). ويعود هذا الانخفاض إلى تنامي ظاهرة هجرة الأطباء التي تفاقمت في السنوات الأخيرة ممّا زاد في حدّة التفاوت بين القطاعين وبين الجهات كما يبيّن الشكل التالي (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021).

علاوةً على ذلك، فإن الاختلافات في الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأشخاص وبين الجهات يزيد في عمق التفاوت في الوصول للخدمات الصحيّة كما بيّنت الدراسة المُنْجَزة في 2022 من طرف المُنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، حيث إن اختيار مكان الاستشارة الطبيّة مرتبطٌ بمستوى الثروة (شرائح الإنفاق) (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021). وهو ما تمّ تقديمه في الدراسة التي وقع إنجازها في سنة 2015 حول تمويل الرعاية للفئات الفقيرة وضعيفة الدخل حيث بيّنت أن هذه الفئات تنجّه أكثر إلى مراكز الصحة الأساسية والمستشفيات المحليّة، ويعود هذا إلى القرب الجغرافي مقارنةً بالهياكل الأخرى، مما يستوجب التنقّل مع تكبّد مصاريف إضافية. ومع تحسّن المداخل والقدرة على الإنفاق، يتمّ التوجّه أكثر إلى الأطباء في القطاع الخاص (Banque Mondiale 2016).

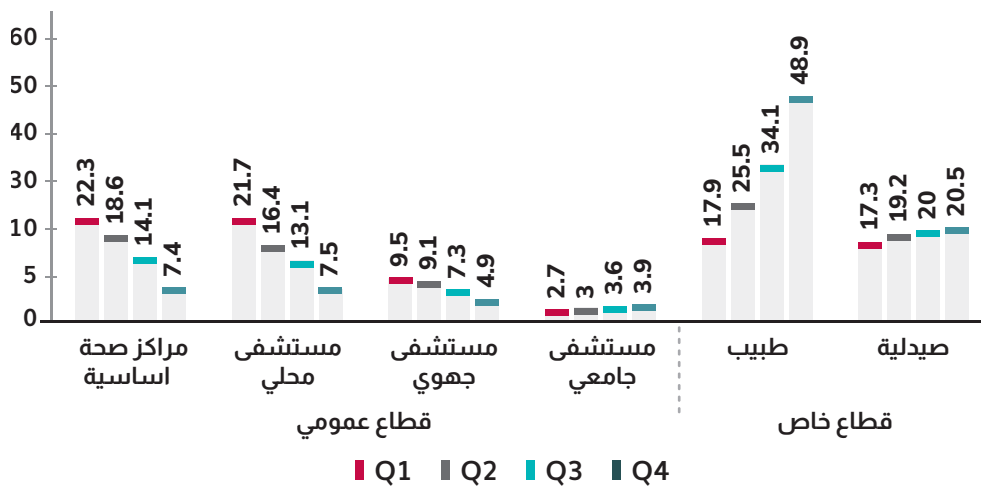
¹⁹ قرار من وزيري المالية والصحة العمومية مؤرخ في 14 آذار/مارس 1992 يحدّد شروط ممارسة مهنة ومكافأة النشاط، الذي يُمكن أن يتعاطاه الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان والفنيون السامون المباشرون بالقطاع الحر بهياكل الصحة العمومية كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقرار المؤرخ في 9 آذار/مارس 1995 والقرار المؤرخ في 24 كانون الأول/ديسمبر 2009 والقرار المؤرخ في 31 كانون الأول/ديسمبر 2015.

²⁰ ينصّ الفصل 7 من هذا الأمر على: "يتمّ إجراء أعمال الطب عن بُعد في القطاعين العمومي والخاص في إطار منصة أو في إطار مشروع تعاون طبي بين الهياكل الصحيّة العمومية فيما بينها أو بين هيكل صحي عمومي وهيكل عمومي ومؤسسة صحيّة خاصة".

شكل 6. نسبة أطباء الاختصاص ب 100 ألف ساكن



شكل 7. اختيار مكان الاستشارة الطبية حسب شرائح الإنفاق - المعطيات من المسح الوطني حول الإنفاق والاستهلاك ومستوى عيش الأسر لسنة 2015



الصحة الإنجابية والجنسية بين المكاسب والتحديات

مُنَّ التنظيم العائلي في تونس خياراً سياسياً وصحياً هاماً فكانت البلاد مثلاً يُقتدى به في مجال الصحة الإنجابية والجنسية لمدة عقود حيث تمّ إلغاء تعدّد الزوجات

سنة 1956 والسماح بالحق في الإجهاض. ففي سنة 1965 سُمح للنساء المتزوجات اللواتي لديهنّ بالفعل خمسة أطفال على الأقلّ بإجراء الإجهاض بموافقة أزواجهنّ. أمّا في سنة 1973، فقد تمّ تعديل القانون لإقرار إمكانية إنهاء الحمل لجميع النساء بغضّ النظر عن حالتهنّ المدنية وعدد أطفالهنّ، خلال الأشهر الثلاثة الأولى. كما مكّنها القانون أيضاً من اللجوء إلى إيقاف الحمل خارج أجل الثلاثة أشهر ودون أيّ حدّ زمني في صورتَي الخطر الذي يهدّد صحة الأم الجسدية والعصبية أو في صورة خطر متوقّع علي صحة المولود. ويُعتبر موقف القانون التونسي في ذلك موقفاً متطوّراً مقارنةً ببعض الدول العربية والإسلامية وحتى دول العالم المتقدّم. ويتمّ في المراكز الصحيّة العمومية وفي مراكز التنظيم العائلي بصفةٍ مجانيّة أو في القطاع الخاص بمقابل ماليّ. ويسهر الأطباء في التطبيق على الحصول على الموافقة المسبقة والرضا المُستتير للأمّ في حين لا يشترط النصّ ولا يطلب الأطباء في الواقع الحصول على موافقة الأب لإجراء الإجهاض. ولكن يُشترط الحصول على موافقة الوليّ إذا كانت المرأة الحامل قاصراً.

ولكن يشهد التطبيق الفعليّ لهذا الحقّ العديد من الصعوبات في السنوات الأخيرة، لعلّ أهمّها رفض عملية الإجهاض من قبل مهنيّي الصحة ونقص الأدوية المخصّصة للغرض، مع تفاوتٍ بين الجهات والوضع الاجتماعي والاقتصادي، كما بيّنت الدراسة الأخيرة في سنة 2022 (انكفاضة 2022). وقد بيّنت الدراسة المُنجزة من طرف الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري سنة 2020 (UNFPA et al. 2020)، أن 60% من الممرّضين و50% من القابلات و30% من الأطباء في مراكز الصحة الأساسية في المناطق الريفية ضدّ الإجهاض لأسبابٍ دينيّة²¹، ويزداد الرفض التام في مراكز الصحة الأساسية في جنوب البلاد. وفي نفس السياق، تُعتبر النساء العازبات الأكثر تعرّضاً للتمييز فيما يتعلّق بالحقّ في الإجهاض، حيث أشار البحث المُتأتي في شكل شهادة إلى الإهانات و"الدروس الأخلاقية" التي تتعرّض لها النساء العازبات القادمات للإجهاض في بعض المؤسسات الصحيّة (Maffi 2022). وأمام هذا الرفض تلتجئ بعض النساء إلى القطاع الخاص، حيث سُجّلت بعض الإخلالات مثل عدم احترام التكلفة الحقيقية للعملية، والتشجيع على الإجهاض الجراحي الأكثر ربحاً وفي بعض الحالات إجراء الإجهاض بعد 3 أشهر دون أن يكون الموجب صحياً.

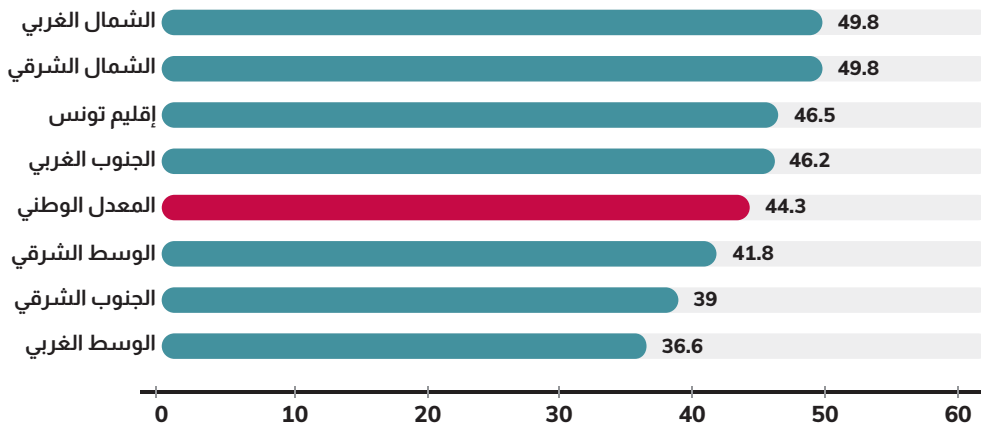
ورغم مرور سنوات على إقرار الحقّ في الإجهاض، يُلاحظ نقصٌ في معرفة الخدمات الموفّرة للإجهاض ومجانيتها عند الشباب، حسب ما أبرزته الدراسة التي قامت بها مجموعة توحيد بن الشيخ، حيث إن حوالي 50% من الشباب لا يعرفون أن الإجهاض مُتاحٌ وقانونيّ في الثلاثي الأوّل من الحمل (53% من الشابات و43% من الشبان يؤكّدون أن الإجهاض غير قانوني) (Groupe TAWHIDA Ben Cheikh Recherche & Action pour la Santé des Femmes 2019).

كما توجّهت تونس منذ الاستقلال سياسة التنظيم العائلي وتحديد النسل. ففي بداية الستينيات، ألغى القانون الذي يعود لعهد الاستعمار والذي يمنع الإعلان عن موانع الحمل وبيعها. وفي عام 1966 تمّ إطلاق أوّل حملة لتنظيم الأسرة. فتمّ إرساء مراكز رعاية الأم والطفل ومراكز التنظيم العائلي القارّة والمتنقّلة التابعة للديوان الوطني للأسرة والعمران البشري حتى تتمكّن من الوصول إلى الأرياف والمناطق النائية حيث يتمّ إجراء حملات توعية وتوفير وسائل منع الحمل المختلفة وتقديمها للنساء بصفةٍ مجانيّة. كما أشارت بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 أن نسبة الطلب على تنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة التي تقع متابعيتها في إطار مؤشر التنمية المُستدامة 3.7.1، تقدر بـ 62.8% (61.4 في الوسط الحَضري و65.7 في الريف).

²¹ تمّ التأكيد على العنصر الديني والعقائدي كسبب لرفض الإجهاض في الدراسة التالية

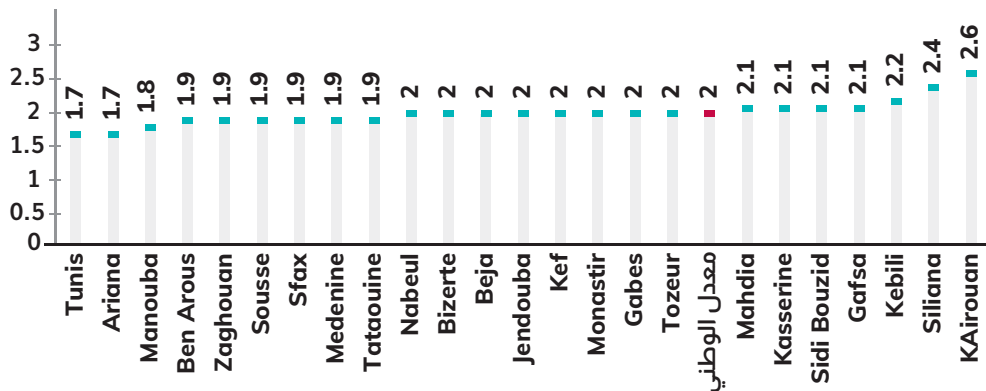
ويُظهر استخدام وسائل منع الحمل الحديثة تفاوتاً بين الجهات كما يبيّن الشكل التالي. ويُعتبر اللولب الرّحمي الوسيلة الأكثر استعمالاً في الوسط الحضري (21.9%). أمّا في المناطق الريفية، فتُعَدُّ حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر استعمالاً (21.2%) (UNICEF 2019). وعلى غرار الصعوبات في الإجهاض التي وقع تسجيلها في السنوات الأخيرة، يشهد الوصول إلى وسائل منع الحمل نفس الصعوبات.

شكل 8. نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة - 2019



وقد مكّنت هذه الإجراءات من بلوغ مؤشر الخصوبة مستوى الإحلال حيث يُقدّر بطفلين للمرأة الواحدة أثناء حياتها الخصبة²² في سنة 2020 مع تفاوتٍ قليل بين الجهات (L'Institut National de la Statistique 2020).

شكل 9. معدل الخصوبة لسنة 2020



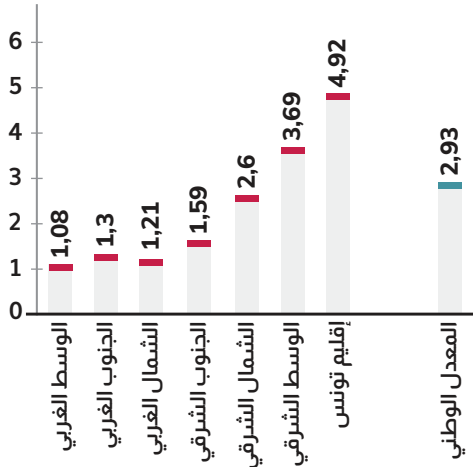
ومن الركائز الأخرى في الصحة الإنجابية، نذكر مراقبة الحمل والمتابعة بعد الولادة، في إطار الخطة الوطنية للتقليل من عدد وفيات الأمّهات، من خلال تقديم خدمات في مراكز رعاية الأمّ والطفل ومراكز التنظيم العائلي ومراكز الصحة الأساسية بصفةٍ مجّانية وبمقابلٍ أجرٍ في القطاع الخاص²³ (UNFPA et al. 2018). وقد حصلت 84.1% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 سنة على 4 عيادات أو أكثر خلال فترة حملهنّ الأخيرة من قبل أعوان صحة مؤهلين. ويتفاوت الوصول لهذه الخدمات بين المناطق الحضرية (88.5%) والمناطق الريفية (76.6%) حسب بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 الذي يُبيّن بصفةٍ واضحة التفاوت

²² كل امرأة يتراوح عمرها بين 15 و49 سنة

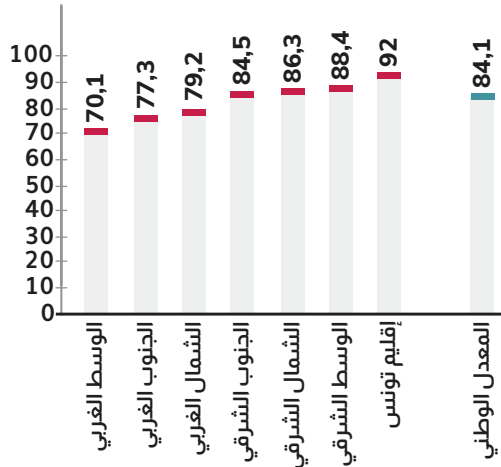
²³ بالنسبة للمضمونين الاجتماعيين، يقع إضافة 150 ديناراً في السقف السنوي، الذي لا يغطي في الحقيقة الخمس عيادات المنصوح بها للمتابعة الحمل

الجّهوي، حيث إن النساء في المناطق الغربية هنّ الأقلّ حصولاً على العيادات لمراقبة الحمل (UNICEF 2019). ويعود هذا من جهة إلى التوقيت الصباحي للهيكل الصحيّة العمومية الذي يتزامن مع أوقات العمل، فإذا اختارت المرأة الذهاب إلى العيادة الطبيّة فإنها تخسر يوم عمل وتُخزَم من الأجر اليومي، ومن جهة أخرى إلى عدم توقّر الأطباء في إختصاص طبّ التوليد بالعدد الكافي في هذه الجهات في القطاعين العمومي والخاص، حيث يقدر المعدّل الوطني بـ 2.93 لكل 10 نساء في سن الخصوبة مع تفاوتٍ جّهوي كبير حيث إن المعدّل في إقليم تونس يساوي 4.92 لكل 10 نساء في سن الخصوبة بينما لا يتجاوز 1.08 في جهة الوسط الغربي، حسب الخارطة الديمغرافية الطبيّة لسنة 2019 (Ministère de la Santé en Tunisie 2019).

شكل 11. عدد الأطباء لكل 10 نساء في سن الخصوبة



شكل 10. رعاية الحامل - 4 زيارات لأي مقدم لخدمة صحية



كما تمّت مساعدة أكثر من 99% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 سنة أثناء الولادة من قبل أعوان الصحة المؤهلين واللواتي أنجبن ولادة حيّة. وأكثر من 99% من هذه الولادات وقعت في مرفق صحي مع عدم وجود تفاوت واضح حسب الوسط ريفياً كان أو حضرياً (99.2% في المناطق الريفية و99.7% في المناطق الحضرية). ولكنّ التباين يظهر في الولادات القيصرية حيث تكون أكثر انتشاراً في المناطق الحضرية (46.4%) مقابل 37.7% في المناطق الريفية. ويرجع هذا الاختلاف من جهة إلى تواجد أطباء الاختصاص في المناطق الحضرية ومن جهة أخرى إلى القدرة على تكبّد المصاريف، حيث تشير بيانات المسح العنقودي لسنة 2019، إلى أن 58% من النساء المُنتميات إلى الأسر الأغنى يلدن بطريقة قيصرية، في المقابل لا تتجاوز هذه النسبة 32.5% عند النساء المُنتميات إلى الأسر الأشدّ فقراً.

أمّا عن صحة الرضيع وعن مدى انتشار الرضاعة الطبيعية فإن الإحصائيات تكشف تراجعاً كبيراً في نسبة النساء اللواتي يقيمن بإرضاع أبنائهنّ حيث تبلغ نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية 13.5% حسب بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 مع تفاوت كبير بين الجهات حيث إن النسبة لا تتجاوز 5% في الشمال الغربي. فرغم أن القانون²⁴ يمنح النساء الموظفات أو العاملات في القطاع العمومي عطلة الولادة وراحة الرضاعة مدفوعة لمدة أقصاها ستة أشهر ابتداءً من تاريخ نهاية عطلة الولادة. وتتمثّل "ساعة الرضاعة" في إمكانية مغادرة موقع العمل قبل ساعة من

انتهائه أو القدوم بعد ساعة من بدايته. ولكنّ هذا الحقّ لا يمتدّ إلى النساء العاملات في قطاعات هشة وبأجرة يومية كالعمل الفلاحي.

يلعب القطاع الصحيّ دوراً في حماية النساء من العنف حيث لا يقتصر دورّه على تقديم العلاج، بل يمتدّ أيضاً إلى المساهمة في الوقاية والاكتشاف المبكر لحالات العنف. إذ يشير قانون مُناهضة العنف ضدّ المرأة²⁵ إلى دور وزارة الصحة في رعاية النساء ضحايا العنف وإرسائها لسياسة متكاملة لمقاومة هذه الظاهرة وللعناية بالمتضرّرات منها.²⁶ ويُعتبر هذا القانون -نظرياً- مكسباً هاماً للمرأة التونسية. فقد تدخل المُشرّع من خلال هذا النص لمناهضة العنف ضد المرأة ولحماية النساء من العنف بمختلف أنواعه (العنف المادّي، والمعنويّ، والجنسيّ، والسياسيّ..) والحرص على إرساء منظومة متكاملة²⁷ لرعاية النساء ضحايا العنف، من بينها الإحاطة الصّحية. ونظراً لهشاشة الضّحية المُعنّفة، جاء المنشور عدد 39 لسنة 2014 ليقرّر ضرورة تمتيعها بمجانبة الشهادة الطّبية الأولى واعفائها من دفع تسبقة عند إيوائها بالمستشفى وتمتيعها بالتسهيلات في الدفع عند الخروج²⁸ وذلك تحديداً في صورة تعرّضها للعنف الزوجي. ثم جاء المنشور عدد 5 لسنة 2022²⁹ ليوسّع من قائمة النساء المُستفيدات من مجانبة الشهادة الطّبية الأولى ومن تسهيل إجراءات استخلاص معاليم الفحوصات الطّبية، فبعد أن كان هذا الحقّ حكراً على ضحايا العنف الزوجي أصبح اليوم يشمل كلّ النساء ضحايا العنف. ولكن يبقى الحصول على هذه الشهادة الطّبية الأولى، والتي تسمح بإثبات الضرر الحاصل للمرأة المُعنّفة، مشروطاً بالحصول على تسخير من مركز الشرطة. ويبقى الحصول على هذا التسخير رهين تعاون السلطة الأمنية³⁰ أو امتناعها عن ذلك خاصّةً وأنه، على عكس ما يشترطه القانون، لم يتمّ بعد إنشاء وحداتٍ متخصصة بالعنف ضد المرأة في كلّ المراكز الأمنية ولم تقع الاستجابة في كلّ هذه المراكز إلى شرط وجود امرأة تقوم بالاستماع إلى ضّحية العنف وتدوين أقوالها على عكس ما كان مُنتظراً عند إصدار القانون المذكور.

هذا وتلعب الجمعيات والمنظمات غير الحكومية دوراً هاماً وفعّالاً في الإحاطة بالنساء ضحايا العنف. فإمام عجز المؤسسات العمومية عن رعاية وإيواء النساء المُعنّفات، نظراً لقلّة الإمكانيات المادّية، تتدخل الجمعيات والمنظمات غير الحكومية لتلعب هذا الدور فتقوم بإيواء النساء المُتضرّرات من العنف وأطفالهنّ في مركز إيواء آمن وتسعى للإحاطة النفسية والارشاد القانوني لهذه الفئة الهشة وتحصر على توجيههنّ ونصهنّ بتوضيح الخطوات الواجب اتباعها لتقديم شكاية جزائية و/أو دعوى مدنية في التعويض أو الطلاق.. وعادةً ما يضطلع محامون متطوّعون بهذا الدور لفائدة الضحايا اللواتي يجدن أنفسهنّ في وضعية مادّية حرجية. ويبيّن تقرير وزارة المرأة الدور الهامّ الذي قامت به الجمعيات والمنظمات غير الحكومية سنة 2020 مع جائحة الكوفيد وفترة الحجر الصحيّ التي شهدت توقّف أغلب الخدمات المُتخذة لصالح النساء المُعنّفات (وزارة المرأة والأسرة وكبار السن التونسية 2021).

²⁵ القانون الأساسي عدد 58 لسنة 2017 المؤرخ في 11 آب/أوت 2017 بتعلّق بالقضاء على العنف ضدّ المرأة والذي ينصّ في الفصل الأوّل منه على "يهدف هذا القانون إلى وضع التدابير الكفيلة بالقضاء على كلّ أشكال العنف ضدّ المرأة القائم على أساس التمييز بين الجنسين من أجل تحقيق المساواة واحترام الكرامة الإنسانية، وذلك بإتباع مقاربت شاملة تقوم على التصدي لمختلف أشكاله بالوقاية وتنبّيع مرتكبيه ومعاقبتهم وحماية الضحايا والتعهد بهم."

²⁶ الفصل 8 - "على الوزارة المكلفة بالصحة وضع برامج مكاملة قصد مقاومة العنف ضدّ المرأة في التدرّس الطّبي وشبه الطّبي والتكفّل بتدريب العاملين في المجال الصحيّ في جميع المستويات لكشف وتقييم كلّ أشكال العنف ضدّ المرأة والوقاية منه والفحص والعلاج والمتابعة بغرض التعهّد بالمرأة والأطفال المقيمين معها ضحايا العنف، كما تتولّى توفير فضاءات خاصة باستقبال ضحايا العنف وتقديم الخدمات الصّحية والنفسية لهم."

²⁷ تم إمضاء إتفاقية إطارية بين الوزارات المعنية من بينها وزارة الصحة. انظر الرابط.

²⁸ منشور عدد 39/ 2014 المتعلّق بمجانبة الشهادة الطّبية الأولى وتيسير إجراءات استخلاص معاليم الفحوصات الطّبية والإقامة لفائدة النساء ضحايا العنف الزوجي.

²⁹ منشور منشور من وزير الصحة ووزيرة الأسرة والمرأة والطفولة وكبار السن عدد 5 لسنة 2022 المؤرخ في 14 آذار/مارس 2022

³⁰ ينصّ الفصل 10 من هذا القانون - "تضع وزارتا العدل والداخلية برامج متكاملة حول مكافحة العنف ضدّ المرأة في التدرّس والتكوين في المؤسسات الراجعة إليهما بالنظر، وذلك لتطوير طرق التعاطي مع شكاوى وقضايا العنف ضدّ المرأة."

خدمات صحّية دون تمييز

يُعتبر التمييز على "أساس أيّ انتماء جريمة يُعاقب عليها القانون"، حسب الفصل 19 من دستور 2022.³¹ وفي هذا الصدد يُقرّ القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 المتعلّق بالأمراض السارية في فصله الأوّل أنه "لا يمكن لأيّ إنسان أن يكون عرضةً للتمييز في المعاملة في مجال الوقاية من الأمراض السارية أو معالجتها". كما ينصّ الأمر عدد 1155 المؤرّخ في 17 أيار/ماي 1993 المتعلّق بواجبات الطبيب على ضرورة معالجة المرضى دون تمييز. ويشير ميثاق المريض³² الى ضرورة عدم التمييز في النقطة الأولى منه، فيقرّ أن "لكلّ شخص الحق في حماية صحّته في أفضل الظروف الممكنة دون تمييز بسبب دينه، أو جنسه، أو لونه، أو سنّه أو وضعه الاجتماعي والاقتصادي".

يُخصّص الدستور إلزامية الحماية لبعض الفئات: الأطفال،³³ والمرأة،³⁴ والمسنّين،³⁵ والأشخاص ذوي الإعاقة.³⁶ كما يسعى ميثاق المريض لحماية الفئات الهشة حين ينصّ على ضرورة "مراعاة خصوصية بعض الفئات من المرضى الذين تستوجب حالتهم الصحّية أولوية في التعهّد بها طبقاً للتشريع الجاري به العمل على غرار الحالات الاستعجالية والأشخاص المعوّقين والمسنّين والأطفال والحوامل". كما يؤكّد القانون التوجيهي عدد 83 لسنة 2005 المتعلّق بالnehوض بالأشخاص ذوي الإعاقة على حماية هذه الفئة من جميع أشكال التمييز³⁷ وضرورة توفير الآليات اللازمة لرصد الإعاقات وتطوير البحث العلمي في مجال الإعاقة والوقاية منها وهو ما يشكّل طريقة لحماية صحة المواطنين. هذا وتضمن الدولة لهؤلاء الرعاية الاجتماعية ومجانبة العلاج أو المداواة بتعريفٍ منخفضة.³⁸ وقد جاء قرار وزيري الصحة العمومية والمالية الصادر في 25 نيسان/أفريل 2006 لتحديد كيفية تحمّل مصاريف العلاج والإقامة بالهيكل الصحّية العمومية والأجهزة التعويضية والتأهيل بالنسبة الى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستجيبون لشروط الانتفاع بالعلاج المجاني أو بالتعريف المنخفضة.

أمّا بالنسبة الى المسنّين، فيؤكّد القانون عدد 114 لسنة 1994 على حماية هذه الفئة الهشة من المجتمع من خلال "حماية صحّتهم وضمان كرامتهم"³⁹ و"مقاومة جميع أشكال التمييز والإقصاء في الوسط العائلي والاجتماعي". هذا فضلاً عن انتفاعهم "بالخدمات الاجتماعية والصحّية في مقرّ إقامتهم" أو "في دور المسنّين التي يجب أن توفر ظروفًا صحّية ملائمة. كما يُعفى المُسنّ المُعوّز المنتفع بالخدمة الاجتماعية والصحّية في مقرّ إقامته من المساهمة في تكاليف هذه الخدمات".⁴⁰

يُركّز البرنامج الوطني لمكافحة السيدا والأمراض المنقولة جنسياً على توفير خدمات الوقاية والرعاية للفئات الأكثر عرضةً لفيروس نقص المناعة البشرية المُكتسبة وتشمل هذه الفئات مستعملي المخدّرات بالحقن وعاملي وعاملات الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال إضافةً الى المساجين والمهاجرين. وتشمل الخدمات التشخيص وتوزيع أدوات الوقاية وتوفير الحقن النظيفة عن طريق

³¹ الفصل 19 من دستور 2022. "الإدارة العمومية وسائر مرافق الدولة في خدمة المواطن على أساس الحياد والمساواة وكلّ تمييز بين المواطنين على أساس أيّ انتماء جريمة يُعاقب عليها القانون". ويضيف الفصل 23. "المواطنون والمواطنات متساوون في الحقوق والواجبات وهم سواء أمام القانون دون أيّ تمييز".

³² المنشور الوزاري عدد 36 لسنة 2009 المتعلّق بميثاق المريض.

³³ الفصل 52 من دستور 2022. "تحمي الدولة حقوق الطفل، وتتكفل بالأطفال المُتخلّي عنهم أو مجهولي النسب. حقوق الطفل على أبويه وعلى الدولة ضمان الكرامة والصحة، والرعاية، والتربية، والتعليم. وعلى الدولة أيضاً توفير جميع أنواع الحماية لكلّ الأطفال دون تمييز وفق المصالح الفضلى للطفل".

³⁴ الفصل 55 من دستور 2022. "تلتزم الدولة بحماية الحقوق المُكتسبة للمرأة وتعمل على دعمها وتطويرها. تضمن الدولة تكافؤ الفرص بين الرجل والمرأة في تحقّل مختلف المسؤوليات وفي جميع المجالات. تسعى الدولة إلى تحقيق التناصف بين المرأة والرجل في المجالس المُنتخبة. تتخذ الدولة التدابير الكفيلة بالقضاء على العنف ضدّ المرأة".

³⁵ الفصل 53 من دستور 2022. "تضمن الدولة المساعدة للمسنّين الذين لا سند لهم".

³⁶ الفصل 54 من دستور 2022. "تحمي الدولة الأشخاص ذوي الإعاقة من كلّ تمييز وتُتخذ كلّ التدابير التي تضمن لهم الاندماج الكامل في المجتمع".

³⁷ طبقاً للفصل الأوّل من هذا القانون.

³⁸ الفصل 14 و15 من هذا القانون.

³⁹ الفصل 2 من القانون عدد 114 لسنة 1994.

⁴⁰ الفصل 16.

الجمعيات بتمويل من الصندوق العالمي فيما توفّر الدولة العلاج مجاناً في أربعة مراكز طبية. هذا وقد أقرّ تنقيح سنة 2007⁴¹ لقانون⁴² 1992 المتعلّق بالأمراض السارية امكانية إجراء فحص طوعي لا إسمي لتقضي فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض السارية وهو إجراء من شأنه أن يشجّع المصابين أو من يشتبهون في إصابتهم على الانتقال إلى المراكز الصحية والانتفاع بالعيادة بصفة لا اسمية. ولا يكون الطبيب مُلزماً في هذه الحالة بالكشف عن هويّة مريضه. فرغم مجّانية العلاج وتوفّر وسائل الوقاية والانتقال التدريجي نحو خدمات جديدة مثل توفير الدولغرافير DLG وخدمات الوقاية قبل التعرّض PreP، فإن هذه الفئات ما زالت ضحية وصم وتمييز من قبل مُقدّمي الخدمة وهو ما يجعل الحصول على الخدمات صعباً ممّا يؤدي إلى نسب كبيرة من عدم الحصول على خدمات الوقاية ونسب ضعيفة لنجاعة العلاج (أقل من 30 في المائة من المُتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية تمكّنوا من الوصول إلى كمية فيروس سلبية في الدّم).

تعدّد أنظمة التغطية والصعوبات المالية لفئات خاصّة

عرف قطاع الصحة دعماً هاماً منذ الاستقلال وقد كان التوجّه في البداية نحو مجّانية العلاج. ولكن في التسعينيات من القرن الماضي عرفت المنظومة الصحيّة تحويراً جوهرياً من خلال قانون التنظيم الصحي الذي تراجع عن خيار المجّانية المطلقة وجاء ليرسي نظاماً يميّز بين المتمتّعين بالمجّانية والمتمتّعين بالتعريفه المُخفضة والعلاج بمقابل. وقد كانت الغاية من ذلك توفير مداخل تضمن الاستقلالية الماليّة للمستشفيات.⁴³ أمّا اليوم فيضمن القانون الحقّ في العلاج ويكفل مجّانية العلاج لفائدة الفئات المُعوزة. كما يقدّم لبعض الفئات خدمات صحيّة بتعريفه منخفضة. إذ يتمّ إسناد بطاقة علاج مجّاني قصد المعالجة والإقامة في الهياكل الصحيّة العمومية لكلّ تونسي مُعوز وزوجته وأطفاله الذين هم في كفالته بصفة قانونية.⁴⁴ كما يتمتّع بمجّانية العلاج كلّ من المقاومين⁴⁵ والعسكريين⁴⁶ وقوات الأمن الداخلي⁴⁷ وأعوان الديوانة⁴⁸. هذا وقد تمّ إقرار الحقّ في العلاج المجّاني لفائدة جرحى الثورة منذ 2011.⁴⁹ من جانبه سعى مرسوم 2022 لدعم الحقّ في العلاج المجّاني وضمان الإحاطة بضحايا العمليات الإرهابية من عسكريين وأعوان قوات الأمن الداخلي والديوانة وأوّلي الحقّ من شهداء الثورة وجرحاها.⁵⁰ ويتمنح المرسوم المذكور لهذه الفئة من المتضرّرين الحقّ في العلاج في الهياكل العمومية كما يسمح أيضاً بإمكانية معالجتهم في القطاع الخاص أو في الخارج بناءً على رأي لجنة طبيّة.⁵¹ من ناحيته يمنح الأمر عدد 409 لسنة 1998 الحقّ في تعريفه علاج منخفضة للعائلات ذات الدخل المحدود ويشترط أن يكون المُتتفع غير مُنخرط في أحد أنظمة الضمان الاجتماعي. حسب الأرقام، أكثر من أربعة من كل خمسة أشخاص مشمولون بمخطّط. ورغم ذلك يبقى حوالي مليوني⁵² شخص دون أيّ تغطية.

⁴¹ تمّ تنقيح هذا القانون في 12 شباط/فيفري 2007.

⁴² القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 المتعلّق بالأمراض السارية المذكور أعلاه.

⁴³ وبالأساس تلك التي تتمتّع بالشخصية القانونية أي المؤسسات العمومية للصحة.

⁴⁴ الفصل الأوّل من الأمر عدد 1812 لسنة 1998 المتعلّق بتحديد شروط وكيفية إسناد بطاقة العلاج المجّاني وسحبها.

⁴⁵ القانون عدد 9 لسنة 1974 المؤرّخ في 9 آذار/مارس 1974 يتعلّق بضبط نظام الجرايات المخوّلة للمقاومين.

⁴⁶ القانون عدد 20 لسنة 1967 المؤرّخ في 31 أيار/ماي 1967 يتعلّق بضبط القانون الأساسي العام للعسكريين.

⁴⁷ القانون عدد 70 لسنة 1982 المؤرّخ في 6 آب/أوت 1982 يتعلّق بضبط القانون الأساسي العام لقوات الأمن الداخلي كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 58 لسنة 2000 المؤرّخ في 13 حزيران/جوان 2000.

⁴⁸ القانون عدد 46 لسنة 1995 المؤرّخ في 15 أيار/ماي 1995 يتعلّق بالقانون الأساسي العام لأعوان الديوانة، كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 102 لسنة 1996 المؤرّخ في 18 تشرين الثاني/نوفمبر 1996.

⁴⁹ المرسوم عدد 97 لسنة 2011 المؤرّخ في 24 تشرين الأوّل/أكتوبر 2011 يتعلّق بالتعويض لشهداء ثورة 14 كانون الثاني/جانفي 2011 ومصابيها وخاصة (الفصل الثامن منه - الفقرة 2).

⁵⁰ المرسوم عدد 20 لسنة 2022 المؤرّخ في 9 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بمؤسسة فداء للإحاطة بضحايا الاعتداءات الإرهابية من العسكريين وأعوان قوات الأمن الداخلي والديوانة وبأوّلي الحقّ من شهداء الثورة وجرحاها.

⁵¹ الفصل 11 من المرسوم عدد 20 لسنة 2022 المؤرّخ في 9 نيسان/أفريل 2022: "يتمنح الضحايا بمجّانية التداوي بالهياكل الصحيّة العمومية والعسكرية وتلك التابعة لقوات الأمن الداخلي والديوانة وفقاً لاتفاقية تُبرم في الغرض مع مؤسسة فداء، لمؤسسة فداء التّكفل، عند الاقتضاء، بمصاريف التداوي بالمؤسسات الصحيّة الخاصة أو خارج أرض الوطن، بناءً على رأي لجنة طبيّة مختصة، يشمل حقّ التداوي كلّ أنواع العلاجات، إلى جانب الإحاطة النفسية والحصول على الأدوية بالإضافة إلى الآلات الطبيّة والأعضاء الاصطناعية المُبشرة للإدماج".

⁵² وفقاً للجزء 3 من مسح ميزانية الأسرة الوطنية والاستهلاك ومستوى المعيشة لعام 2015، فإن 16.7% من السكّان ليست لديهم تغطية، بينما 0.5% من السكان لم يجيبوا عن الاستقصاء (إحصائيات تونس).

إرساء منظومة تأمين على المرض

تأسس التأمين الصحي الاجتماعي في الخمسينيات من القرن الماضي. إذ تم إنشاء أول نظام تأمين صحي إلزامي للعاملين في القطاع العام سنة 1951. ثم تم إنشاء التأمين الصحي الإجباري للعاملين في القطاع الخاص سنة 1960. وفي سنة 2004، تم إحداث نظام التأمين على المرض الإجباري لفائدة المضمونين الاجتماعيين وأولي الحق⁵³ يقوم "على مبادئ التضامن وتكافؤ الحقوق في إطار منظومة صحية متكاملة تشمل الخدمات المُسداة بالقطاعين العمومي والخاص للصحة"⁵⁴. وفي هذا المجال حُدّدت قوائم⁵⁵ الاختصاصات والأعمال الطبية وشبه الطبية والأدوية والآلات ومصاريف النقل الصحي التي يتكفل بها النظام القاعدي وتعريفاتها المرجعية وقائمة الخدمات التي تستوجب الموافقة المُسبقة.

في إطار النظام القاعدي للتأمين على المرض، يتم التكفل بمصاريف الخدمات الصحية حسب اختيار⁵⁶ المضمون الاجتماعي لصيغة⁵⁷ التكفل في حدود سقف⁵⁸ سنوي.

• **المنظومة العلاجية العمومية:** تُمكن هذه المنظومة المضمون الاجتماعي من الانتفاع بكل الخدمات العلاجية الخارجية المُسداة من قبل هياكل الصحة العمومية والمستشفى العسكري ومصحات الضمان الاجتماعي حسب صيغة الطرف الدافع مقابل تسديد معلوم تعديلي.

• **المنظومة العلاجية الخاصة:** يتولى المضمون الاجتماعي اختيار طبيب عائلة من ضمن الأطباء المتعاقدين مع الصندوق، وبمقتضى هذا الاختيار يلتزم المضمون الاجتماعي وأفراد عائلته المسجلون معه بعيادة طبيب العائلة بصفة وجوبية قبل عيادة أي طبيب آخر ما عدا الاختصاصات التي يمكن إجراء عيادات فيها دون توجيه⁵³ من طبيب العائلة. كما أنه وفي صورة قبول أحد المنتفعين بمرضى ثقل أو مُزمن (ضمن القائمة⁶⁰) فيمكنه عيادة الطبيب المختص في هذا المرض مباشرة دون توجيه من طبيب العائلة ويتكفل الصندوق بمصاريف الخدمات الصحية المُسداة في إطار هذه المنظومة حسب صيغة الطرف الدافع. وتبعاً لذلك يتولى المضمون الاجتماعي دفع مبلغ المعلوم التعديلي الذي يمثل مساهمته في مصاريف العلاج. ويُحتسب هذا المبلغ بالاعتماد على التعريفات التعاقدية⁶¹ للخدمة الصحية ونسبة التكفل بها. ويتولى الصندوق دفع المبلغ المتبقي مباشرة لمختلف مقدّمي الخدمات الصحية.

• **نظام استرجاع المصاريف:** يُمكن نظام استرجاع المصاريف المضمون الاجتماعي من العلاج لدى كل مقدّمي الخدمات الصحية المتعاقدين من

⁵³ القرين غير المطلق وغير المنتفع بعنوان نشاطه بتغطية قانونية إجبارية ضد المرض، أبناء المضمون الاجتماعي في الكفالة الآتي ذكرهم: الأبناء القصر بشرط ألا يكونوا منتفعين بتغطية قانونية إجبارية ضد المرض، البنت مهما كان سنّها ما لم تخب نفقتها على زوجها أو طالما ليس لها مورد رزق، الأبناء الحاملون لإعاقه تجعلهم غير قادرين على ممارسة عمل مؤجر وغير المنتفعين بعنوان نشاطهم بتغطية قانونية إجبارية ضد المرض. المنتفعون بجارية باقين على قيد الحياة بموجب نظام قانوني للضمان الاجتماعي وغير المنتفعين بعنوان نشاطهم بتغطية قانونية إجبارية ضد المرض، الأصول في الكفالة بشرط ألا يكونوا خاضعين بصفق أصليّة لتغطية قانونية إجبارية ضد المرض.

⁵⁴ الفصل 1 من قانون عدد 71 لسنة 2004.

⁵⁵ القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرخ في 13 نيسان/أفريل 2007.

⁵⁶ يظل اختيار الصيغة سارياً لمدة عام واحد على الأقل طالما لم يتم تقديم طلب لتغييره قبل 30 أيلول/سبتمبر من كل عام. وفي حالة عدم قيام المضمون بالاختيار، يتم تسجيله في المنظومة العمومية.

⁵⁷ حسب الفصل 4 من أمر عدد 1367 لسنة 2007.

⁵⁸ يحدّد الفصل 2 من قرار وزير الشؤون الاجتماعية المؤرخ في 8 شباط/فيفري 2021 السقف السنوي: 300 دينار بالنسبة لمضمون اجتماعي ليس له اشخاص في الكفالة، 375 ديناراً لمضمون اجتماعي وشخص في الكفالة، 450 ديناراً لمضمون اجتماعي وشخصين في الكفالة، 525 ديناراً لمضمون اجتماعي وثلاثة أشخاص في الكفالة، 600 دينار لمضمون اجتماعي وأربعة أشخاص في الكفالة أو أكثر. ويتم الترفيع بـ 75 ديناراً عن كل أصل في الكفالة. تنفع المرأة الحامل بالتكفل بمصاريف الخدمات الصحية الخارجية المتعلقة بمتابعة الحمل في حدود مبلغ قدره 150 ديناراً وذلك طيلة فترة الحمل.

⁵⁹ طبّ العيون، وطبّ الأطفال، وطبّ النساء وطبّ الأسنان.

⁶⁰ القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرخ في 25 حزيران/جوان 2007 يتعلّق بتحديد قائمة الأمراض النقيلة أو المُزمنة المتكفل بها كلياً من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض. تم تحديد قائمة بـ 24 مرض مزمن.

⁶¹ الأمر الحكومي عدد 318 لسنة 2021 المؤرخ في 4 أيار/ماي 2021 يتعلّق بتنقيح الأمر عدد 1367 لسنة 2007 المؤرخ في 11 حزيران/جوان 2007 المتعلّق بضبط صيغ وإجراءات ونسب التكفل بالخدمات الصحية في إطار النظام القاعدي للتأمين على المرض. انظر الرابط.

القطاعين العمومي والخاص. ويتولّى المضمون الاجتماعي بمقتضى ذلك دفع المبلغ الكامل للتعريفية التعاقدية ثم التقدم بمطلب في استرجاعها.

أمّا التّكفّل بالإقامة الاستشفائية داخل المستشفيات العمومية أو المصحات الخاصة فيتمّ حسب نفس الشروط والإجراءات لفائدة جميع المضمونين الاجتماعيين، دون الأخذ بعين الاعتبار المنظومة العلاجية التي ينتمون إليها. ويتولّى الصندوق الوطني للتأمين على المرض التّكفّل المباشر بجميع الإقامات الاستشفائية بالمستشفيات العمومية مهما كانت طبيعتها، ولا يتحمّل المضمون الاجتماعي إلاّ قيمة المعلوم التعديلي الذي يبقى على كاهله. أمّا بالنسبة للمصحات الخاصة، فإنّ الصندوق الوطني للتأمين على المرض يتكفّل بالعمليات الجراحية وذلك حسب القائمة الرسمية المحدّدة⁶²، هذا فضلاً عن التّكفّل بالولادة. وفي هذه الحالة، يُمكن للمضمون الاجتماعي أن يتحمّل بصورةٍ مُسبقة على قرار تكفّل صادر عن مصالح الصندوق. كما يتمّ التّكفّل بصفةٍ مُؤدّدة بمجموعة من الخدمات العلاجية الخارجية على غرار الكشف بالمفراس والكشف بالرنين المغناطيسي والآلات الطبية والأدوية الخصوصية، وتصفية الدّم بالكلّي الاصطناعية.

حسب معطيات المنظّمة العالمية للصحة (WHO 2023)، يُقدّر الإنفاق العمومي لسنة 2019 بـ 4570 مليون دينار،⁶³ وهو ما يُمثّل 3.9% من الناتج المحلي الخام و57.1% من إجمالي الإنفاق الصّحي و12.6% من إجمالي النفقات الحكومية.⁶⁴ وتأتي هذه الأموال العامة بشكلٍ رئيسي من الصندوق الوطني للتأمين على المرض (51.3%)، تليها ميزانية الدولة (48.7%). وتُعَدّ نسبة الإنفاق العمومي على الصحة أقلّ من التوصيات المعتمدة⁶⁵ حيث إنّ الإنفاق العمومي على الصحة يندرج في إطار التزام الدولة بتكريس الحقّ في الصحة وتمكين المنظومة الصّحية من الموارد اللازمة لتقديم خدمات صحيّة ذات جودة وتحقيق الإنصاف.

وفي هذا المجال، تشكو الهياكل الصحيّة العمومية من اختلال بين الاحتياجات المتزايدة المرتبطة بالمهام الموكّلة لها⁶⁶ والضغطات والمطلّبة السياسية من جهة وعدم توفير موارد مالية إضافية حسب الحاجيات ومشاكل السيولة⁶⁷ التي يعرفها الصندوق الوطني للتأمين على المرض في السنوات الأخيرة والسقف المحدّد لكلّ هيكل صّحيّ عمومي⁶⁸، من جهة أخرى. كما تمّ إنشاء صندوق دعم الصحة العمومية⁶⁹ فأصبح يوفر تمويلًا إضافيًا للخدمات المُسدّدة لفائدة المرضى المنتفعين ببطاقات العلاج المجّاني وبطاقات العلاج بالتعريفية المُخفضة.

مخاطر عالية جراء المدفوعات المباشرة للصحة

تُمثّل المدفوعات المباشرة للأسر 37.9%⁷⁰ من إجمالي الإنفاق الصّحي في 2019 مقابل 42.5% في 2005 (WHO 2023). ويمكن أن يكون سبب هذا التخفيض هو نظام التأمين الصّحي في تونس. ومع ذلك ما يزال المعدّل مرتفعاً جداً وبالتالي فهو يشكّل تهديداً حقيقياً من خلال خطر الإنفاق الكارثي⁷¹ وإمكانية الوقوع في

⁶² القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرّخ في 29 حزيران/يون 2007.

⁶³ Domestic General Government Health Expenditure GGHE-D

⁶⁴ Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % General Government Expenditure GGE

⁶⁵ حسب توصيات [أيوإ](#) يجب أن تكون نسبة الإنفاق العمومي على الصحة 15% على الأقلّ من الإنفاق الحكومي.

⁶⁶ الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الجيدة للجميع وفي كلّ المناطق مع تدريب مهنيّ الصحة وتطوير البحوث.

⁶⁷ يعود نقص السيولة إلى عدم التحويل الكفّي للمساهمات بعنوان التأمين على المرض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية حيث تراكمت الديون بسبب العجز الهيكلي صلب أنظمة التقاعد. رغم استخلاص مساهمات الناشطين الاجتماعيين في القطاع العمومي مباشرة منذ سنة 2017 حسب القانون عدد 47 لسنة 2017.

⁶⁸ يتمّ استخلاص الخدمات المقدّمة من طرف الهياكل الصحيّة العمومية في إطار سقف سنوي لكلّ هيكل (مستشفيات جهوية وجامعية) ما عدا بعض الخدمات مثل زراعة الأعضاء وجراحة القلب والأوعية الدموية وطبّ القلب التداخلي والتصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي وتفتيت الحصوات وزرع نخاع العظام التي لا يقع احتسابها. وبالنسبة للهياكل العمومية في الخط الأول، يساهم الصندوق الوطني للتأمين على المرض بمبلغ جزافي هو 85 مليون دينار يُدفع للخزينة العامة للدولة.

⁶⁹ أمر حكومي عدد 383 لسنة 2019 وأمر حكومي عدد 381 لسنة 2019.

⁷⁰ (Out-of-pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHES)

⁷¹ قرابة 200 ألف شخص في 2014.

هاوية الفقر⁷² للفئات الأكثر هشاشة. وقد يلتجئ البعض إلى عدم استخدام أو طلب الخدمة الصحية لعدم قدرتهم على دفع النفقات فيعجزون عن الخروج من دائرة المرض والمضاعفات التي يمكن أن تكون أكثر خطورة وأكثر إنفاقاً. ومن أسباب ارتفاع المدفوعات المباشرة للأُسَر: عدم توفر كل الخدمات في القطاع العمومي وضرورة اللجوء إلى الخدمات في القطاع الخاص وهي باهظة التكاليف حتى بالنسبة للمضمونين الاجتماعيين⁷³ بما أنهم يتحملون الفارق بين التعريفة التعاقدية والتعريفة المدفوعة،⁷⁴ مما يؤثر سلباً على وصولهم للخدمات الصحية.

الحق في المعلومة الصحية مع احترام السرية

أقرّ دستور 2014 حقّ النفاذ إلى المعلومة وقد تمّ تأسيس هيئة تسهر على حماية هذا الحق.⁷⁵ وإن تمّ الجمع بين المبدأ الدستوري المؤسّس للحق في الصحة والمبدأ الدستوري المقرّر للحق في النفاذ إلى المعلومة فإن التطبيق المزدوج لهذين الفصلين يؤدي إلى الحق في النفاذ إلى المعلومة الصحية. ولا يجد هذا الحق حذاً له إلا في مبدأ دستوري آخر وهو ضرورة حماية الحياة الخاصة والمعطيات الشخصية. وبالتالي يمكن أن نستنتج من دستور 2014⁷⁶ ومن القوانين السابقة⁷⁷ والقوانين اللاحقة له أن لكل مواطن الحق في النفاذ إلى المعلومة الصحية طالما لا يخلّ ذلك بمبدأ حماية المعطيات الشخصية. ومن واجب الطبيب إعلام المريض بكل ما يتعلّق بمرضه وأساليبه تشخيصه وطرق علاجه. هذا الحق في الإعلام - وإن كان غير مُكرّس كمبدأ عام في مجلة واجبات الطبيب - يمكن استنتاجه بصفة ضمنية من جملة من الفصول في هذه المجلة⁷⁸ وخاصة من خلال تحديدها للحالات التي يمكن فيها للطبيب أن يمتنع عن الإعلام وهي حالة الإنذار الخطير والمُهلك للمريض والحالات الاستعجالية. نفس هذه القواعد تمّ أيضاً اعتمادها فيما يتعلّق بمجلة أخلاقيات طب الأسنان وفي القانون المُنظّم لمهنة الصيدلة.⁷⁹

كما تمّ التطرق للحق في الإعلام في بعض النصوص الخاصة بالقانون المتعلّق بالأمراض السارية⁸⁰ الذي يُجبر الطبيب على إعلام المريض بإصابته بأحد الأمراض السارية ونتائج هذه الإصابة ويبيّن له أخطار العدوى⁸¹ كما يُجبر مهنيي الصحة على إعلام السلطات الصحية المعنية بالإصابات بأمراض سارية. ويكتسي هذا الإعلام طابعاً إجبارياً تترتب عن خرقه عقوبات جزائية⁸². هذا ويقع الأخذ بعين الاعتبار "خصوصية الفحص المُجرى في إطار فحص طوعي لا إسمي".⁸³

كما تذكّر مجلة واجبات الطبيب بضرورة احترام الطبيب لواجب الإعلام الوجوبي. وقد أقرّ ميثاق المريض أيضاً الحق في الإعلام. ومن جهته أكّد المرسوم الرئاسي المتعلّق

⁷² أكثر من 100 ألف شخص في 2014.

⁷³ تحت المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف.

⁷⁴ على سبيل المثال: في حالة عيادة عند طبيب عام، كلفة العيادة 45 ديناراً حسب التعريفات المحددة من طرف عمادة الأطباء (رابط) لكنّ الصندوق الوطني للتأمين على المرض يدفع 24 ديناراً. ويدفع المضمون الاجتماعي الباقي من نفقته الخاصة أي 26 ديناراً (رابط).

⁷⁵ هيئة النفاذ إلى المعلومة.

⁷⁶ وقد حافظ دستور 2022 على نفس هذه المبادئ.

⁷⁷ قانون 2004 المتعلّق بحماية المعطيات الشخصية.

⁷⁸ وذلك بقراءة عكسية للفصلين 35 و36. إذ يحدّد الفصل 36 الحالات التي يجوز فيها عدم الإعلام. أو بتأويل عدّة أحكام مُضمّنة بهذه المجلة والتي تُنظّم الموافقة الصريحة على إجراء تجارب ذات صبغة علاجية أو غير علاجية (الفصول 106 إلى 111 من الأمر عدد 1155 المؤرخ في 17 أيار/ماي 1993 المتعلّق بمجلة واجبات الطبيب).

⁷⁹ القانون عدد 55 لسنة 1973 المؤرخ في 3 آب/أوت 1973 يتعلّق بتنظيم المهن الصيدلانية كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 31 لسنة 1976 المؤرخ في 4 شباط/فيفري 1976 والقانون عدد 62 لسنة 1976 المؤرخ في 12 تموز/جويلية 1976 والقانون عدد 24 لسنة 1989 المؤرخ في 27 شباط/فيفري 1989 والقانون عدد 101 لسنة 1989 المؤرخ في 11 كانون الأول/ديسمبر 1989 والقانون عدد 75 لسنة 1992 المؤرخ في 3 آب/أوت 1992 والقانون عدد 32 لسنة 2008 مؤرخ في 13 أيار/ماي 2008 والقانون عدد 30 لسنة 2010 المؤرخ في 7 حزيران/يون 2010

⁸⁰ القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 كما تمّ تنقيحه في 12 شباط/فيفري 2007.

⁸¹ الفصل 6.

⁸² الفصول 7 و8 و17.

⁸³ حينئذ لا يكشف الطبيب عن هوية الشخص المصاب (الفصل 10 مكرّر من قانون 1992 كما تمّ تنقيحه في 2007).

بممارسة الطبّ عن بُعد على ضرورة احترام حقّ المريض في الإعلام وضرورة الحصول على موافقته الحرّة والمُستنيرة.⁸⁴

ضمان الجودة ومراقبتها

ينصّ ميثاق المريض في بنده الثالث على التزام "الهيكل والمؤسسات الصحيّة بحُسن استقبال المرضى ومرافقيهم وتقديم أفضل الخدمات المُمكنة لهم في كنف احترام حقوقهم وحريّاتهم." كما تُشير مجلة واجبات الطبيب إلى أن الطبيب يجب أن يمتنع عن مباشرة مهنته في ظروف قد تخلّ بجودة العلاج وبالأعمال الطبيّة ما عدا في حالات الضرورة التي تبرّرها مصلحة المرضى.⁸⁵ تتمّ مراقبة الجودة من قبل هيكل داخليّة تابعة لوزارة الصحة وتتمثّل في هيكل المراقبة الطبيّة وهيكل المراقبة الصيدليّة وهيكل المراقبة المالية والإدارية. من جهته يتولّى الصندوق الوطني للتأمين على المرض مراقبة جودة الخدمات المُسداة من قبل مهنيّي الصحة المُتعاقدين معه.

هذا وقد تمّ إحداث الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحيّ بمقتضى الأمر عدد 1709 لسنة 2012 الصادر في 6 أيلول/سبتمبر 2012 والذي أوكل لها مهمة تطوير جودة الخدمات الصحيّة من خلال "التقييم الخارجي لسير المؤسسات الصحيّة العمومية والخاصة ولخدماتها وتطبيق إجراءات الاعتماد عليها بواسطة خبراء مستقلّين عن تلك المؤسسات". ويشير الفصل 3 من هذا الأمر إلى ضرورة "ضبط قواعد ومعايير وإجراءات لحُسن الممارسات المهنيّة في كامل أطوار الوقاية والكشف والعلاج والمُصادقة عليها بما في ذلك وضع معايير الجودة الواجب توفّرها في القطاع الصحيّ." وهو ما يُبرز أهميّة تحديد معايير الجودة وضرورة توفير الآليات اللازمة لمراقبة مدى توفّرها واحترامها.

وأضاف الأمر الحكومي عدد 792 لسنة 2020 للمهام المُسندة للهيئة مهمّة "تقييم تكنولوجيات الصحة والتدخّلات الصحيّة". ويعتبر المشرّع الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحيّ "الهيكل الوطني الوحيد للتقييم والاعتماد في المجال الصحيّ." هذا فضلاً عن كونه يمكّنها من التقييم على الصعيد الدولي "وفقاً للمعايير الدولية المعمول بها في مجال التقييم والاعتماد ولمبادئ الحياد والشفافية والنزاهة". وقد قامت الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحيّ بإحداث مسارات للعلاج حيث أنجزت 24 مساراً علاجياً وتوصيات مهنية لكن دون إجباريّة تنفيذها ومراقبة تطبيقها. كما تمّ منذ 2016 تكريس مبدأ السلامة والجودة في المجال الصحي عبر إرساء منظومة للتصرّف في جودة الخدمات الصحيّة بـ 31 مؤسسة صحيّة (16 مؤسسة عمومية و15 مؤسسة خاصة).

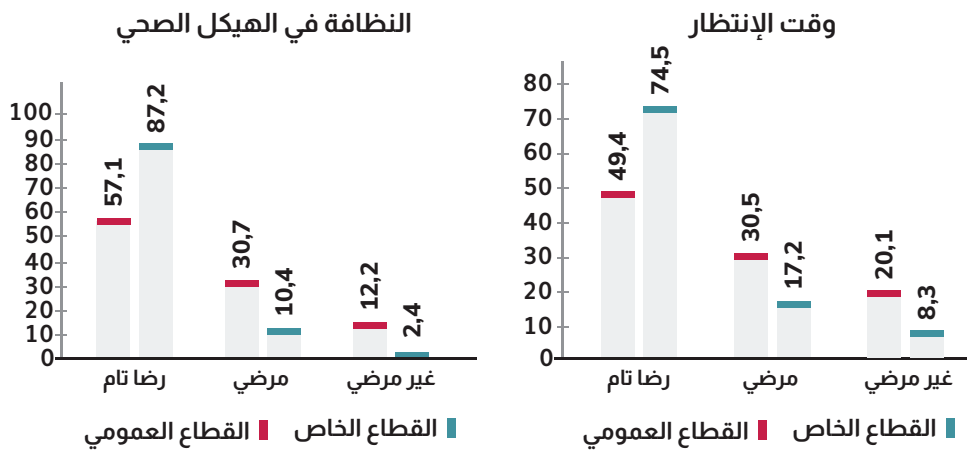
كما تقوم دائرة المحاسبات بإعداد تقرير سنوي يتمّ فيه رصد الإخلالات المالية والمتعلّقة بجودة الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحيّة، سواء تعلّق الأمر بالهيكل العمومية للصحة أو بالمؤسسات الخاصة. وقد أشار التقرير عدد 32 في هذا الصدد إلى أن مراقبة المؤسسات الخاصة (من قبل الهيكل المُخوّل لذلك) تشهد نقصاً "عند إحداث هذه المؤسسات وعند تركيز التجهيزات الثقيلة والمُشعّة" فضلاً عن "نقص في الرقابة على حفظ الصحة ومقاومة التعقّفات الاستشفائية والأدوية والمُستلزمات الطبيّة بهذه المصحات". كما رصدت محكمة المحاسبات إخلالات المؤسسات الخاصة فيما يتعلّق بالتعقيم والصيانة وفي طريقة التخلّص من النفايات الطبيّة والاستشفائية.

⁸⁴ الفصل 21 من المرسوم الرئاسي الصادر في 8 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بضبط الشروط العامة لممارسة الطبّ عن بعد ومجالات تطبيقه. "يجب، قبل إجراء أيّ عملٍ طبيّ عن بُعد الحصول على الموافقة الحرّة والمستنيرة للمريض أو وليه الشرعي، وذلك بعد إعلامه بضرورة وأهميّة ونتائج ونطاق ذلك العمل إضافة إلى الوسائل المُخصّصة لإجرائه."

⁸⁵ الفصل 4.

إن استجابة المنظومة الصحية لحاجيات وأولويات الأفراد والمجتمع ما تزال محدودة من جراء عدّة عوامل أهمّها المركزية المفرطة في اتخاذ القرار وتراجع الدور التعديلي لوزارة الصحة في عرض الخدمات. كما أن نظام الرعاية الحالي مُجرّأ وغير مُنسّق وغير مُرقّقن بصفة كلّية، يركّز على الخدمات العلاجية دون الأخذ بعين الاعتبار أهميّة الخدمات الوقائية. كما يؤدّي القطاع العمومي خدمات محدودة في الزمن حيث تقتصر العيادات الخارجية على الفترة الصباحية، بالإضافة إلى مشاكل تنظيم هذه الخدمات وجوهرتها ممّا يجعل الخدمة في الهياكل العمومية أقلّ جاذبية. فعلى سبيل المثال يُبيّن البحث في المناطق المُستهدفة من قبل برنامج الدعم الأوروبي لسنة 2017 عدم توفّر الخدمات وخاصةً نقص الأدوية وصعوبة الحصول على فحوصات إضافية. كما تفتّ الإشارة إلى وجود عدد كبير من القرصى في الجلسة الواحدة، وحصولهم على مواعيد بعيدة المدى بالنسبة للاستشارات المتخصّصة... وقد تمّ رصد عدم الرضا عن الخدمات المقدّمة (حالات الطوارئ، الاستقبال، جودة العلاقات مع الموظّفين، وقت الانتظار، مواعيد بعيدة جداً للاستشارات المتخصّصة، مشاكل البنية التحتية..). وتمّ تأكيد هذه النتائج من خلال استطلاع للرأي في 2016⁸⁶ حيث عبّر المستخدمون، الذين تبلغ أعمارهم 15 عاماً فأكثر، عن مستوى رضاهم. فتبيّن أن 13.1% من المُستخدمين غير راضين عن الوقت الذي يقضونه في قاعة الانتظار. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الاستياء يكون أشدّ في القطاع العمومي (20.1%) منه في القطاع الخاص (8.3%). كما بلغ 6.4% من القرصى عن مشاكل تتعلّق بالنظافة في الهيكل الصحي، حيث كانت نسبة عدم الرضا مرتفعة في الهياكل الصحية العمومية (12.2%) مقارنةً بمقدّمي الخدمات من القطاع الخاص (2.4% فقط).

شكل 12. نسبة رضا المُتفاعلين بالخدمات الصحية في الهياكل الصحية (%)



كما رصدت العديد من التقارير⁸⁷ سوء استقبال المرضى وعدم احترام سرّيّة معطياتهم الشخصية وصعوبة في الحصول على الملفّ الطّبي وأحياناً ضياع الملفّات الطّبية الورقية وعدم التواصل في المعلومة بين مختلف الأقسام في مستشفى واحد أو بين المستشفيات المختلفة، وظهور التعقّلات الجبرئومية التي يُمكن أن تسبّب العديد من الضحايا.

⁸⁶ سير آراء بشأن 7 عناصر: (1) وقت الانتظار بين الوصول إلى المنشأة الصحية والعلاج (2) الاحترام العام للمريض من قبل العاملين الصحيين (3) التفسيرات الواضحة التي يقدمها الطبيب (4) المشاركة في القرارات المتعلقة بالرعاية أو العلاج (5) احترام السريّة الطبيّة وخصوصية المريض (6) اختيار العاملين الصحيين و (7) نظافة الهيكل الصحي. رابط.

⁸⁷ على سبيل المثال: رابط.

مظاهر الفساد وعدم النجاعة

يُعدّ قطاع الصحة من أكثر (UNDP 2011) القطاعات التي يتفشى فيها الفساد وتكون الفئات الهشة هي الفئات الأكثر تضرراً من الفساد والرشوة. هذا وتُقرّ الدراسات الميدانية انتشار ظاهرة الرشوة والفساد والمحسوبية في قطاع الصحة عند الحصول على المواعيد والعلاج والدواء وكذلك في مجال الصفقات العمومية

والانتدابات في الوظيفة العمومية التي لا تراعي دائماً حاجيات الهياكل الصحية. وفي هذا الإطار انطلق تنفيذ "مشروع تعزيز الحوكمة الديمقراطية والمساءلة العمومية في تونس" في قطاع الصحة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2020) خلال شهر تشرين الثاني/نوفمبر 2016 حيث تمّ تشخيص وضع الحوكمة في القطاع العمومي للصحة، وذلك من خلال تقييم مخاطر اتسام مختلف الخدمات الصحية التي تؤدّيها الهياكل العمومية للصحة وسلسلة الإمداد بالأدوية بالفساد في مرحلة أولى، وإرساء تجربة نموذجية لتطوير الحوكمة ومكافحة الفساد عبر مقاربة "جُرّ النزاهة"⁸⁸ في مرحلة ثانية. كما يهتمّ مشروع "صحة" الذي تمّ إمضاؤه بين وزارة الصحة وسفارة الولايات المتحدة الأميركية والمركز الدولي للمؤسسات الخاصة (CIPE) بنفس الظاهرة إذ تمّ رصد مظاهر الفساد وضرورة حوكمة قطاع الصحة في تقرير صدر في تشرين الأول/أكتوبر 2021 (WEBMANAGERCENTER 2021).

كما يلاحظ الاتجاه نحو الإفراط في العلاج الطبي في القطاعين العمومي والخاص، وذلك في بعض الخدمات مثل الولادات القيصرية التي تمثل 43.2% من إجمالي الولادات (46.4% في المناطق الحضرية و37.7% في المناطق الريفية) نظراً للبعد الربحي.⁸⁹

تونس في مواجهة جائحة كوفيد-19

على غرار بقية بلدان العالم، تمّ إدراج الكوفيد-19 بقائمة الأمراض السارية⁹⁰ حتى تتسنى السيطرة عليه والحدّ من انتشاره. وقد اعتمدت تونس في مكافحة الجائحة إستراتيجية متحرّكة وفقاً للوضع الوبائي واعتماداً على رؤية وطنية أخذت بعين الاعتبار انتشار الوباء والأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لذلك. وقد تمّ وضع آليات للتنسيق تتمثل في إحداث عددٍ من اللجان.⁹¹ وفي هذا السياق تمّ اتخاذ العديد من الإجراءات نذكر منها بالخصوص تأمين المراقبة الصحية على الحدود، من خلال مراقبة المسافرين الوافدين وحظر التجوّل الكلي⁹² والجُزئي ومنع التنقّلات بين المدن، مع تعزيز نشاط التقصي وإجراء التحاليل في القطاعين العمومي والخاص وتعزيز قدرات الإحاطة بالمرضى⁹³ والتلقيح رغم غياب خطة إستراتيجية استباقية ورغم المشاكل الهيكلية التي تُعاني منها المنظومة الصحية ككُلّ والمؤسسات العمومية بالخصوص. هذا وقد تمت رقمنة بعض الأنشطة المتعلقة بالتقصي والإحاطة بمرضى الكوفيد، مثل اعتماد تطبيق "إحامي" لمراقبة تنقّل المصابين بالفيروس حتى يتسنى الحدّ من انتشار العدوى، واعتماد المنصة الرقمية "EVAX" لتنظيم التلقيح. وقد سمحت هذه المنصة بتنظيم الأولوية وضمان الشفافية في إسناد الحقّ في التلقيح والحدّ من إمكانية المحاباة في هذه العملية.

⁸⁸ شملت هذه التجربة ثلاث مستشفيات هي المستشفى الجامعي بالرابطة، والمستشفى الجهوي بجندوبة والمستشفى الجهوي بجربة ويؤمل في مراحل لاحقة -بعد تقييم التجربة- تعميمها على بقية الهياكل الصحية.

⁸⁹ نسبة الولادات القيصرية يجب أن لا تتجاوز 15% من إجمالي الولادات حسب توصيات المنظمة العالمية للصحة ومنظمة اليونيسف.

⁹⁰ بمقتضى الأمر الحكومي عدد 152 لسنة 2020.

⁹¹ في البداية تمّ إحداث هيئة وطنية متعدّدة القطاعات تضمّ الوزارات المعنية ويرأسها رئيس الحكومة ولجنة علمية تحت إشراف وزارة الصحة تقدّم الرأي العلمي للهيئة الوطنية ولجان فرعية في وزارة الصحة. ثم تمّ إحداث قاعة عمليات لإدارة جائحة كوفيد 19 بأمر رئاسي عدد 77 لسنة 2021 تحت قيادة المدير العام للصحة العسكرية وبمشاركة بعض الوزارات.

⁹² تمّ إقرار الحجر الصحي الشامل من 22 آذار/مارس إلى 4 أيار/ماي 2020.

⁹³ على سبيل المثال تمّ ترفيع عدد أسرة الإنعاش في القطاع العمومي من 96 سريراً في أيلول/سبتمبر 2020 إلى 504 أسرة في حزيران/يون 2021.

ففي فترات الذروة من كل موجة واجهت الدولة ضعف الإمكانيات المادية والبشرية مما حال دون قدرة الهياكل الصحية العمومية للإحاطة بقرضى الكوفيد في ظروف ملائمة. وهو ما برز دعم المنظومة من طرف المنظمات الدولية⁹⁴ والدول والمجتمع المدني الذي لعب دوراً فعالاً في دعم الهياكل الصحية العمومية مباشرة (من خلال توفير الآلات الطبية ومكثفات الأوكسجين ووسائل الحماية الفردية بالأساس) أو عن طريق التبرع في صندوق خاص⁹⁵ وقع إحداثه للغرض.

كما أظهرت جائحة كوفيد 19 عدم مرونة النصوص التنظيمية المتعلقة بالصفقات العمومية والتي لا تمكن القطاع الصحي من الاستجابة الآنية والفعالة لمجابهة الأزمات. ذلك أن النصوص الحالية تشترط الخضوع لقانون الصفقات العمومية الذي يضع إجراءات معقدة ويتسبب في بطء الحصول على المستلزمات الطبية. والحال أن هذه القواعد العامة للصفقات العمومية لا تتماشى مع متطلبات المجال الطبي والسرعة المطلوبة للاستجابة لحاجيات المؤسسات الصحية.

المشاركة المجتمعية ودور المواطن

يعدّ هذا المبدأ من بين دعائم الحوكمة الرشيدة ويضمّ القانون التونسي العديد من النصوص التي تؤسس للحوكمة الرشيدة في عدّة مجالات منها المجال الصحي. ومن بين هذه النصوص يمكن الإشارة إلى المرسوم الإطاري عدد 120 لسنة 2011 الذي يهدف إلى "مكافحة الفساد في القطاعين العام والخاص وذلك خاصة بتطوير جهود الوقاية منه وتيسير كشفه وضمان تتبّع مرتكبيه وردعهم ودعم الجهود الدولي للحدّ منه وتقليص آثاره والعمل على استرجاع عائداته". (الفصل الأوّل) والذي يؤكّد على البعد التشاركي في مكافحة الفساد،⁹⁶ أو الأمر الحكومي المتعلّق بإحداث فريق "المواطن الرقيب"⁹⁷ والذي يُسند للمواطن دوراً في مراقبة جودة الخدمات (من بينها الخدمات الصحية).

ويعدّ الحوار المجتمعي أبرز تكريس لثقافة المشاركة المجتمعية وللتشاركية في مجال الصحة إذ يتمثّل هذا الحوار في جمع مختلف المتدخّلين في القطاع من وزارات ومنظمات وطنية وهيكل ممثّلة للمهنيين إلى جانب أبرز مكونات المجتمع المدني. وفي المرحلتين من الحوار المجتمعي، تمّ انتخاب لجان تحكيم من بين المواطنين المشاركين، قامت بتقديم توصياتها (Le Comité Technique du Dialogue Sociétal 2014b) للندوات الوطنية في أيلول/سبتمبر 2014 وحزيران/جوان 2019. وتعتبر هذه المبادرة تجربة رائدة (WHO 2019) ومثالاً يُحتذى به حسب المنظمة العالمية للصحة. وكان من المفروض إضفاء الطابع المؤسّساتي لهذا الحوار من خلال ترسيخه في قانون إطاري للصحة وتعميم تجربة مشاركة المواطنين في متابعة تنفيذ السياسة الوطنية للصحة.

⁹⁴ المنظمة العالمية للصحة، اليونسيف، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، بنك التنمية الإفريقي، البنك الدولي، الإتحاد الأوروبي، وكالة اليابان للتعاون الدولي....

⁹⁵ في إطار التوقّي ومجابهة جائحة الكورونا تمّ إحداث حساب أموال المشاركة عدد 06 المُسقى "حساب التوقّي ومجابهة الجوائح الصحية" (صندوق -18 18) وذلك بمقتضى قرار السيد وزير المالية المؤرخ في 25 آذار/مارس 2020 والذي تمّ تنقيحه بتاريخ 22 تموز/جويلية 2020 و9 تشرين الثاني/نوفمبر 2020. [رابط](#).

⁹⁶ الفصل 3: تضمن الدولة إدراج مكافحة الفساد كمحور رئيسي في برامج التنمية البشرية والاقتصادية والاجتماعية بناءً على منهج: شمولي يُغطي كافة مجالات تدخّلها بصورة مباشرة أو غير مباشرة، تشاركي يسمح بتحديد كلّ طاقات المجتمع من أفراد ومنظمات وقطاعات عامة، وخاصة تفاعلي يُمكن من تبادل المعلومات بين مختلف المتدخّلين وتنسيق جهودهم.

⁹⁷ الأمر الحكومي عدد 1072 لسنة 2016 مؤرخ في 12 آب/أوت 2016 بتعلّق بتنفيذ الأمر عدد 147 لسنة 1993 المؤرخ في 18 كانون الثاني/جانفي 1993 المتعلّق بإحداث فريق "المواطن الرقيب".

الحلول والتوصيات من أجل تغطية صحية شاملة

الإسراع في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة

إن الإجراءات الظرفية والمحددة التي وقع اتخاذها في العقود الأخيرة بطريقة استعجالية لم تُغيّر الوضع، بل خلقت في بعض الأحيان المزيد من الإشكاليات كما تم إبرازه سابقاً.

ومن أجل تحقيق فعليٍّ للحق الدستوري في الصحة، وجب الإسراع في تنفيذ "سياسة تعتمد مراجع احترام كرامة الإنسان والإنصاف والجودة والتضامن وتمثل القيم الأساسية التي بُنى عليها" (مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030 (2019). والجدير بالذكر أن مجموعة الخيارات الإستراتيجية ومفاتيح النجاح التي تتضمّنها السياسة الوطنية للصحة تستوجب قرارات سياسية كبرى مما يتطلب مشاورات مع الأطراف المعنية وعمليات تحكيم دون المساس بالتكامل بين الخيارات لهذا يتوجب إصدار القانون التوجيهي للصحة من أجل إضفاء المشروعية على الخيارات وتجنب التجاذبات.

ومن هذا المنطلق، تم إعداد المخطط التنموي للفترة بين 2023 - 2025 الذي اختار أربعة مجالات تدخّل أساسية وهي: الوقاية والنهوض بالصحة، تطوير الخدمات الصحية ونظام التغطية الصحية، تطوير قطاع الأدوية والصيدلة، وقيادة وحكومة المنظومة الصحية. ويعتبر هذا المخطط أداة تنفيذ مرحلية للسياسة الوطنية للصحة.

العديد من الحلول والتوصيات المقدّمة في هذه الورقة وقع استلهاها من المخطط التنموي لقطاع الصحة 2023-2025 ومن السياسة الوطنية للصحة، إلّا أنه تمّ الاقتصار على أهمّ التوصيات التي تُعدّ اليوم من أولويات قطاع الصحة في تونس. وقد تمّ التعرّض بالأساس الى الحلول والتدابير التي من شأنها أن تساهم في تدعيم الحق في الصحة بصفة واضحة، وبأكثر نجاعة، وفعالية.

اعتماد نهج الصحة الواحدة

يجب اعتبار الصحة والتنمية المُستدامة أولوية في السياسة العامة للدولة وذلك من خلال تفعيل مقاربة إدراج الصحة في جميع السياسات القطاعية وإدماج برامج صحة الأشخاص والحيوانات والبيئة عند إعداد الإستراتيجيات في مجال الصحة. كما وجب تكثيف البرامج التوعوية والوقائية⁹⁸ لغاية حماية الصحة والتقليل من الأمراض والحدّ من انعكاساتها على اقتصاد الدولة، من ذلك مثلاً توفير "مساحات عامة سانحة لممارسات وسلوكيات صحيّة إيجابية مثل المشي والرياضة والأنشطة الترفيهية للأطفال" وتربية النشء على سلوكٍ صديق للصحة (مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030 (2019). كما يجب تخصيص برامج توعوية وتنشيطية لدفع المواطنين نحو التقصي المبكر للأمراض الخطيرة خاصة منها السرطان.

⁹⁸ تنفيذ الإستراتيجيات الموجودة، على سبيل المثال: الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالصحة النفسية ومكافحة الإدمان، الاستراتيجية الوطنية متعددة القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومخططها العملي لسنة 2020-2025.

تعزيز الأمن الصحي

أظهرت جائحة كوفيد-19 أهمية المنظومة الصحية وإلزامية إعداد استراتيجية وطنية شاملة ومندمجة في مجال التوقّي ومجابهة الكوارث والطوارئ الصحية ومراقبتها من خلال تدعيم اللوائح الصحية الدولية. كما يجب ضمان التوافر المستمر للأدوية الأساسية عبر تعزيز دور الصيدلية المركزية للبلاد التونسية وتأمين الأمن الدوائي عبر النهوض بالصناعة الصيدلانية المحلية بما فيها التلقيح⁹⁹، مع إعداد إطار قانوني للتصرّف في الأزمات والطوارئ الصحية.

تحسين توافر الخدمات الصحية ذات جودة حسب المتطلبات

حسب السياسة الوطنية للصحة "يُعتبر من الضروري جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحية وضمان توفير مجموعة من الخدمات الأساسية¹⁰⁰ عالية الجودة للجميع" (مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030 2019). وسيُمكن تنفيذ هذه الاختيارات من تحسين التوافر الزمني وتلبية الاحتياجات الصحية طيلة دورة الحياة وتسهيل المواعيد من خلال تعميم استخدام المواعيد عن بُعد، وهو ما من شأنه أن يخفّف من الاكتظاظ ويُحسّن ظروف الاستقبال خاصة في الهياكل الصحية العمومية. كما يتعين تعميم اعتماد ملف طبي واحد رقمي ومُدمج¹⁰¹ ممّا يساهم في الحدّ من تفشي ظاهرة الرشوة والمحسوبية. ولتحقيق هذه الآثار، يجب جعل مجال صحة العائلة والجوار المدخل الرئيسي لنظام الرعاية الصحية، من خلال شبكة اتصال عن قرب تربط بين القطاعين العمومي والخاص، وذلك عبر وضع إطار تنظيمي لطب العائلة وإضفاء الطابع المؤسّساتي عليه مع وضع آليات تحفيزية للنهوض به، بالإضافة إلى تعزيز التكوين المستمر والمناهج الجامعية. ويُعتبر الطب عن بُعد¹⁰² وسيلة لتعزيز التناسق والتكامل بين مختلف مُسدي الخدمات. أمّا بالنسبة لضمان الجودة، فيتوجب تدعيم الرقابة على كلّ المؤسّسات الصحية (الخاصة والعمومية) وإخضاعها إلى نظام التقييم والاعتماد بصفة تدريجية ليُصبح الاعتماد بعد ذلك إلزامياً وهو ما من شأنه أن يرتقي بالخدمات ويُحسّن من جودتها.

تأمين الحصول على خدمات صحية حسب الاحتياجات الصحية طوال كامل دورة حياة الشخص

في إطار حزمة الخدمات الأساسية، يجب تدعيم الصحة الإنجابية والجنسية من خلال الحرص على حماية الحقوق التي يضمنها القانون ودعمها فعلياً في الواقع كحماية الحق في الاجهاض والحصول على وسائل منع الحمل مع مواصلة اعتماد منهج التنظيم العائلي والتثقيف الصحي الذي انتهجته تونس منذ الاستقلال وذلك بتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة مع العمل المشترك مع الجمعيات والمنظمات غير الحكومية. كما يجب دعم الرضاعة الطبيعية من خلال حملات متواصلة للتوعية والتثقيف حول قيمة الرضاعة الطبيعية عبر وسائل الإعلام مع تطبيق صارم لمنشور منع الترويج للحليب الصناعي في الهياكل الصحية العمومية والخاصة مع

⁹⁹ تمّ اختيار تونس من قبل المنظمة العالمية للصحة ضمن قائمة الدول المرشحة لصناعة التلقيح المضاد لفيروس كورونا. في هذا الإطار، أنجزت دراسة جدوى واختيار تصنيع التلقيح بشراكة بين القطاع العمومي والخاص.

¹⁰⁰ تشمل هذه الحزمة خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل وتعزيز الصحة. ويتم مراجعتها حسب معايير محدّدة.

¹⁰¹ الجدير بالذكر في هذا الإطار أن بعض المستشفيات العمومية قد شرعت في اعتماد الملف الطبي المُترقّم. كما يوجد في هذا الصدد مشروع أمر تمّ إعداده من قبل وزارة الصحة. ويُعدّ اعتماد مثل هذا النسخ خطوة نحو الشفافية ومقاومة الفساد وتحسين الجودة.

¹⁰² الأمر الرئاسي عدد 318 لسنة 2022 المؤرخ في 8 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بضبط الشروط العامة لممارسة الطب عن بُعد ومجالات تطبيقه.

تسليط العقوبات اللازمة.

وللتنفيذ الفعلي لأحكام قانون 58- الذي جاء لإرساء منظومة متكاملة لمناهضة العنف ضد المرأة - يتعيّن تعميم مراكز الإحاطة الطبيّة في الهياكل الصحيّة العمومية التي يجب أن تتعهّد بكلّ أنواع العنف ضد المرأة مع ضمان استمرارية خدمات الإنصات من قبل مهنيّي الصحة والتسريع في إنجاز التناخير الطبيّة وتسليم الشهادت الطبيّة للنساء في أقرب وقت. وفي هذا الإطار، يجب التسريع والزيادة في تكوين مهنيّي الصحة في مجال التعهّد بالنساء ضحايا العنف.

كما يجب توفير الأدوية مع اعتماد نظام مراقبة فعّال لمسارها وطريقة استغلالها. هذا فضلاً عن تشجيع استهلاك الأدوية الجنيصة، مع توعية المواطن من خطر الاستهلاك الذاتي والمكثف للأدوية (خاصةً منها المضادات الحيويّة) وترشيد هذا الاستهلاك، ممّا يعود بالنفع على صحة المواطنين وعلى اقتصاد البلاد.

تقديم خدمات صحيّة أكثر إنصافاً

من أجل الحصول على خدمات صحيّة دون التعرّض لمخاطر مالية، يجب تأمين نظام قاعدي مؤدّد للجميع، من خلال إدماج المتمتعين بالعلاج المجاني أو بالتعريفه المُنخفضة في الصندوق الوطني للتأمين على المرض مع إشراك العاملين في القطاع غير المنظّم. ويجب بالتوازي التشجيع على الانخراط في نظام تأمين تكميلي¹⁰³ لتغطية الخدمات العلاجيّة خارج إطار النظام القاعدي المؤدّد دون الإضرار بالمنظومة الأساسية. ولتمويل هذا النظام القاعدي، يتعيّن توفير الموارد المالية الكافية والمُستدامة من خلال توسيع قاعدة المساهمة وإقرار ضرائب مخصّصة للصحة، في إطار تعزيز صندوق دعم الصحة العمومية وتحويل إدارته للصندوق الوطني للتأمين على المرض. وبالإضافة إلى ذلك يجب تعميم استعمال بطاقتي "أمان" و "لاباس" على كامل القطاع الصحيّ لمتابعة الإنفاق الفعلي ولمزيد من النجاعة، وإيجاد حلول جذرية لمنظومة التقاعد حتّى يتسنى للصندوق الوطني للتأمين على المرض الحصول على مُستحققاته واستخلاص ديونه من مختلف مُسدي الخدمات الصحيّة.

حماية حقوق المَرَضى والمِهْنِيِّين

تمّ إعداد مشروع نصّ قانوني¹⁰⁴ يُكرّس حقوق المَرَضى والمسؤولية الطبيّة يتبنّى حقوق المَرَضى بصفة صريحة ويحدّد أحكام المسؤولية المدنية والجزائية لمهنيّي الصحة من خلال قواعد خاصة تُراعي متطلبات المهنة. ومن بين مزايا هذا المشروع أنه ينصّ على ما يلي: "علاوة على حقوق المَرَضى المنصوص عليها بهذا القانون، يتعيّن على مهنيّي الصحة والهياكل والمؤسسات الصحيّة مراعاة الحقوق التي تمّ تكريسها بالدستور والمعاهدات والاتفاقيات المُصادق عليها طبقاً للتشريع الجاري به العمل وكذلك الحقوق الواردة بنصوص خاصّة والمتعلّقة ببعض الشرائح من المَرَضى على غرار الأطفال والمسنّين والأشخاص ذوي الإعاقة والمَرَضى النفسانيين." كما يُبيّن المشروع نطاق الحقّ في الإعلام، إذ يقرّ في الفصل 15 منه أنه: "يتعيّن على الطبيب أو طبيب الأسنان المُعالج إعلام المريض أو وليّه الشرعي أو المقدّم عليه بصفة مسبقة بمختلف الكشفوفات والعلاجات المُقترحة والتدابير الوقائية الضرورية وأخذ رأيه بشأنها وإعلامه كذلك بكلّ أمانته بالإمكانيات والطرق والوسائل المُتاحة لعلاجهِ إضافةً إلى المخاطر المُتكرّرة الحدوث والمخاطر الجسيمة المتوقّعة عادةً في مثل حالته."

¹⁰³ حسب الفصلين 19 و20 من القانون عدد 71 لسنة 2004.

¹⁰⁴ تقيت مناقشته من قبل لجان الصحة المُتتالية في مجلس النواب وكان التصويت عليه وشيكاً إلّا أنّ تغيير النظام السياسي وتجميد مجلس النواب في 25 تموز/جويلية 2021 حال دون ذلك.

ويكرّس هذا النص مبدأ التشاركية، إذ يقرّ ضرورة تشريك الهيئات المهنية في اتخاذ بعض القرارات (كتحديد تركيبة بعض اللجان).

من جهة أخرى، تمّ منذ سنة 2015، إعداد مشروع قانون يرمي إلى حماية مهنيي الصحة من العنف المُسلّط عليهم من قبل مُستعملي المرفق الصحي. ويُقرّ هذا المشروع عقوبات جزائية على الاعتداءات المرتكبة ضدّ الأطباء وأعاون الصحة في الهياكل الصحية العمومية أثناء أدائهم لمهامهم. ويهدف هذا النص إلى الحدّ من ظاهرة العنف. وهو ما من شأنه أن يُحسّن ظروف ممارسة المهنة ويُحسّن بالتالي جودة الخدمات.

من ناحية أخرى، يجب إصدار قانون أساسي يُنظّم الأبحاث البيوطبية يتبنّى قواعد تحمي الحرمة الجسدية والكرامة البشرية للمريض ولكلّ شخص تُجرى عليه مثل هذه الأبحاث والتجارب¹⁰⁵.

إشراك وتمكين المرضى والمواطنين

تقدّم السياسة الوطنية للصحة بعض المقترحات لجعل المواطن فاعلاً وشريكاً للصحة من خلال إنشاء خلايا استماع ولجان متكوّنة من مُستعملي الهياكل الصحية وممثلي مهنيي الصحة والإدارة للحدّ من مشاكل التواصل بين مختلف المتدخلين. ويمكن للمجتمع المدني هو أيضاً أن يلعب دوراً هاماً في ذلك. كما يجب أن يتبنّى المواطن الخدمة الصحية ويشعر بالمسؤولية في إدارة المرفق العمومي للصحة وفي المحافظة عليه ككسب له. ويمكن تعزيز هذا الإحساس بالانتماء والمسؤولية من خلال تشريكه في اتخاذ القرارات واعطائه مجالاً لإبداء الرأي والمشاركة في سير المؤسسة الصحية بتمثيله في المجالس والهيئات المُسيّرة لهذه المؤسسات.

تحفيز مهنيي الصحة

كانت جائحة الكوفيد فرصةً للتذكير بأهمية القطاع الصحي وارتكازه على مهنيي الصحة الذين يجب تشجيعهم ومرافقتهم من خلال التطوير المهني المستمر لمهاراتهم وتحفيزهم للأداء والابتكار وتوفير التجهيزات وفقاً لاحتياجاتهم. ويجب التشجيع على الاستخدام الموسّع لمسارات ومعايير الممارسة الجيدة التي أنتجتها الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحي، كإطار مرجعي لتنظيم أنشطتهم وحمايتهم ممّا يجعلهم أقلّ عرضة لإغراءات الفساد.

منظومة صحية ناجعة تخضع للحكومة

من أجل ممارسة الحق في الصحة يتوجّب تعزيز الدور القيادي والتعديلي لوزارة الصحة في عرض الخدمات التي تستجيب لمعايير الجودة وتلبي احتياجات الأشخاص ومهنيي الصحة مع منح مرونة أكثر في القرارات وفي التصرف للهياكل الجهوية والمحلية في إطار اللامركزية. وفي هذا الإطار، تمّ إدراج العديد من الأنشطة في المخطط التنموي للفترة بين 2023 - 2025؛ نذكر منها على سبيل المثال:

- إعداد خارطة صحية استشرافية ومراجعة النصوص المتعلقة بالتنظيم الصحي، في اتجاه تحيين أدوار الخطوط الثلاثة وإدراج الأقطاب الصحية الإقليمية ضمنه؛
- إعداد مجلة الصحة من أجل التنسيق والتكامل بين مختلف النصوص القانونية،

¹⁰⁵ يوجد في هذا الشأن مشروع قانون يجمع مختلف النصوص ويؤدّد بين القواعد المنطبقة في هذا المجال.

ذلك أن النصوص المنظمة لقطاع الصحة تتميز بالكثرة¹⁰⁶ وباختلاف قوتها الإلزامية¹⁰⁷ وهو ما يسبب تشتتاً وصعوبة في الاطلاع عليها وفي تأويلها عند تضارب أو تداخل مجالات انطباقها. هذه الوضعية تجعل من إصدار مجلة للصحة العمومية مؤدّة لكل النصوص ومُنسّقة بينها عاملاً هاماً لتطوير الإطار القانوني للصحة؛

- إحداث الوكالة الوطنية للأدوية والمواد الصحية لتحسين مسار الأدوية،
 - بالإضافة إلى دعم الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال إرساء صيغ تعاون شفافة ومؤطرة لغاية الحدّ من التفاوت الجهوي وتضارب المصالح.
- ومن أجل ضمان الحوكمة ومكافحة الفساد، تُعدّ الرقمنة الوسيلة الأكثر نجاعة، لذا يتوجّب الإسراع في تنفيذ المشاريع المخطط لها مثل تعميم النظام المعلوماتي الاستشفائي في جميع الهياكل الصحية العمومية وتوسيع استعمال المنصة الرقمية للتلقيح بإدماج عمليات تلقيح الأطفال وتلقيح النزلة الموسمية للكبار.

منظومة صحية لديها الإمكانيات لأداء دورها

لأجل التحسين والرقّي بمستوى أداء المنظومة الصحية يجب أولاً توفير الإمكانيات المادية من خلال الترفيع في ميزانية وزارة الصحة التي يجب أن تكون أكثر توجّهاً نحو الأداء وتدعيم التمويل العمومي من خلال توسيع قاعدة المساهمة وزيادة المداخل الضريبية للصحة مع إبرام اتفاقيات شراكة ناجعة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص. كما يجب توفير الطاقات البشرية الضرورية من خلال تطوير القدرات ودعم التكوين في جميع المجالات وخاصة المهن الجديدة، هذا بالإضافة إلى ضرورة إصدار قانون يُنظّم الوظيفة العمومية الاستشفائية ويراعي خصوصيتها، مع تشجيع البحث العلمي في المجال الصحي. كما يتعيّن اعتماد نصوص خاصة تنظّم الشراءات العمومية في المجال الصحي حتى يقع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية متطلّبات الهياكل الصحية والسرعة المطلوبة لاقتناء المواد والمستلزمات الطبية.

¹⁰⁶ ما يضاهاه الـ 700 نص.

¹⁰⁷ تختلف هذه النصوص بين قوانين وأوامر ومراسيم ومناشير...

المراجع

- البنك الدولي. 2022. "البنك الدولي في تونس." [رابط](#)
- انكفاضة. 2022. "الإجهاض في تونس: حق غير مكفول." [رابط](#)
- التقرير السنوي العام الثاني والثلاثون لمحكمة المحاسبات. " [رابط](#)
- الخارطة الصحية سنة. 2018. [رابط](#)
- الخارطة الصحية سنة. 2017. [رابط](#)
- الخارطة الصحية للخط الأول سنة. 2015. [رابط](#)
- السفير العربي. 2019. "تأثت العمل الهش." [رابط](#)
- السياسة الوطنية للصحة [رابط](#)
- الصحة في تونس: التشخيص [رابط](#)
- المسح الوطني للصحة 2016 [رابط](#)
- المعهد الوطني للإحصاء في تونس. 2022. [رابط](#)
- المعهد الوطني للإحصاء في تونس. 2021. "النشرة الإحصائية السنوية لتونس." [رابط](#)
- المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. 2018. "أرقام واحصاءات قسم الهجرة." [رابط](#)
- النصوص [رابط](#)
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2020. التقييم وادارة مخاطر الفساد في قطاع الصحة بتونس: المنهجية والتطبيقات في مجال الخدمات العلاجية ومسالك توزيع الادوية. [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 1959 [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 2014 [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 2022 [الرابط](#)
- مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030. 2019. "الحوار المجتمعي." [رابط](#)
- وزارة المرأة والأسرة وكبار السن التونسية. 2021. "التقرير السنوي الثالث حول مناهضة العنف ضد المرأة." [رابط](#)

- Banque Africaine de Développement. 2014. "Note economique: Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie?" [Link](#)

- Banque Mondiale. 2016. "Assistance technique de la Banque Mondiale sur le financement de la sante en Tunisie: Etude sure l'assistance medicale gratuite." [Link](#)
- Banque Mondiale et Statistiques Tunisie. 2020. "Carte de la pauvreté en Tunisie." [Link](#)
- Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux. 2021. "Droit a la sante au temps de la crise covid-19: Quand les inegalites font souffrir et tuent." [Link](#)
- Groupe TAWHIDA Ben Cheikh Recherche & Action pour la Santé des Femmes. 2019. "Enquête sur les connaissances, les attitudes et la pratique des jeunes en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive: Résultats préliminaires et recommandations.
- Le Comité Technique du Dialogue Sociétal. 2014b. "Dialogue sociétal pour les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé: Conclusions des jurys citoyens." [Link](#)
- Le Comité Technique du Dialogue Sociétal. 2014a. "Sante en Tunisie: Etat des lieux." [Link](#)
- L'Institut National de la Statistique. 2020. "Annuaire statistique de la Tunisie 2016-2020." [Link](#)
- Le Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale (MDICI), l'Institut National de la Statistique (INS) et l'UNICEF. 2019. "La quatrième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) sur la situation de la mère et de l'enfant en Tunisie." [Link](#)
- Maffi, I. 2023. "The production of ignorance about medication abortion in Tunisia: between state policies, medical opposition, patriarchal logics and Islamic revival". [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie. 2021. "Carte Sanitaire 2019." [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie et al. 2019. "Indicateurs clefs de la santé des Tunisiens Résultats de l'enquête «Tunisian Health Examination Survey-2016»." [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie. 2019. "Démographie des professionnels de santé." [Link](#)
- Ministère de la Santé Institut National de la Santé République Tunisienne. 2019. "Indicateurs clefs de la santé des Tunisiens Résultats de l'enquête - Tunisian Health Examination Survey-2016." [Link](#)
- The Global Cancer Observatory. 2021. "Tunisia Factsheets." [Link](#)

- United Nations Development Program (UNDP). 2011. La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé: méthodes, outils et bonnes pratiques. [Link](#)
- UNFPA et al. 2020. "Etude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie." [Link](#)
- UNFPA et al. 2018. "Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale Programme conjoint en santé maternelle et néonatale." [Link](#)
- UNICEF. 2019. "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples sur la situation de la mère et de l'enfant en Tunisie Lancement des résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)." [Link](#)
- WEBMANAGERCENTER. 2021. "Le projet "SAHA" pour la transparence dans l'administration du secteur sanitaire en Tunisie." [Link](#)
- World Health Organization (WHO). 2023. "Global health expenditure database." [Link](#)
- World Health Organization (WHO). 2019. "Tunisia citizens and civil society engage in health policy." [Link](#)

إيقاف الحرب في اليمن ضرورة لإعمال الحق في الصحة

أثر الحرب والنزاعات السياسية على مؤشرات ومحدّدات الصحة

عبير شائف

قسم طب المجتمع والصحة العامة، كلية الطب
والعلوم الصحية، جامعة عدن، اليمن

طبيبة؛ محاضرة واختصاصية في الصحة العامة وطب
المجتمع ومستشارة؛ تعمل في الصحة والتغذية
والمجال الإنساني مع منظمات محلية ودولية وأمية.
مدرّبة معتمدة لدى عدة منظمات ووزارة الصحة العامة
والسكان خاصة في الأمراض الوبائية (حمى الضنك،
الكوليرا، كوفيد-19). مشاركة في عدة أبحاث المنشورة
في مجلات علمية عالمية محكمة.

داليا حزام

المرصد اليمني لحقوق الانسان، اليمن
مركز المرأة للبحوث والتدريب، جامعة عدن، اليمن

باحثة واكاديمية؛ حاصلة على شهادة البكالوريوس في
الصيدلة، ماجستير في الدراسات النسوية والتنمية،
دكتوراه في الصحة العامة (صحة الأم والطفل
والمراهقين). استشارية في الدراسات النسوية
ومحاضرة في مادة الصحة الإنجابية في مركز المرأة
للبحوث والتدريب- جامعة عدن. عضوة في اللجنة
الاستشارية للمرصد اليمني لحقوق الإنسان. كما لديها
مقالات منشورة في مجلات علمية عالمية محكمة.

مقدمة

إن الحق في الصحة والذي يشمل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو الركيزة التي يمكن أن نصل بها ومعها إلى أنظمة صحية عادلة ومُنصفة. يُعرّف البعض الصحة على أنها مستشفيات حديثة ومراكز طبية مجهزة، وهذا صحيح جزئياً. إلا أن مفهوم الصحة يتعدى ذلك بكثير. فتعريف منظمة الصحة العالمية ينص على أن الصحة هي حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز. أي أن يتمتع الإنسان بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويُفرض على العيش بكرامة (WHO 1948). يتلخص الحق في الصحة في الرعاية الصحية - التي تستند على توافر ومقبولية وجودة الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها - وإلى المحددات المتعلقة بها كالمياه الصالحة للشرب، والتغذية الكافية، وسبل عيش صحية وملائمة، وإمكانية الحصول على التوعية والمعلومات الصحية (الأمم المتحدة 1948). لقد أكدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14(على أهم مبادئ الحق في الصحة وهي: عدم التمييز، والمشاركة، والمساءلة. وكما جاء في دستور منظمة الصحة العالمية، فإن مسؤولية الحق في الصحة تقع على عاتق الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني، والهيئات، والأفراد مجتمعة (WHO 1948).

يواجه النظام الصحي في اليمن العديد من التحديات في تقديم الخدمات الصحية وتمكين وصول المجتمع إلى هذه الخدمات ولو بالحد الأدنى من الجودة. كما كان للحرب والحصار تأثير مدمر على العديد من مؤشرات الصحة في اليمن ومنها صحة الأم والطفل. على سبيل المثال انخفاض تغطية اللقاح للأطفال، وزيادة حالات الإسهال وفقر الدم والوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وارتفاع معدل وفيات الأمهات. لقد تضاعف تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الروتينية من قبل النظام الصحي -الهش بالفعل- بسبب الحاجة الملحة للاستجابة لتهديد إنعدام الأمن الغذائي ووباء الكوليرا الأخير (El Bcheraoui, Jumaan, et al. 2018). كما طرأ تعليق للعديد من الخدمات الروتينية في ظل جائحة كوفيد-19 بسبب سوء الإدارة جسده تراجع الاستجابة العاجلة للحالات المصابة (Zawiah, Al-Ashwal 2020). (et al

تصاعد الصراع في اليمن في عام 2010، تلاه احتجاجات كبيرة، واقتتال داخلي، وحرب بدأت في سبتمبر/أيلول 2014 واستمرت حتى الآن. قبل تصعيد الحرب بين التحالف بقيادة السعودية والحوثيين، كانت اليمن بالفعل أفقر دولة في الشرق الأوسط وواحدة من أفقر دول العالم. أثرت الأزمة الإنسانية سلباً على كل قطاع حيوي في اليمن، بما في ذلك الصحة (El Bcheraoui, Jumaan, et al. 2018). ومنذ استيلاء قوى الحوثي عسكرياً على العاصمة في سبتمبر/أيلول 2014 وتوسّع الصراع ونشوب الحرب وبدء العمليات العسكرية للتحالف العربي، دخلت اليمن تحت الفصل/البند السابع من ميثاق الأمم المتحدة. وأصبحت تُصنّف في حالة حرب/صراع/نزاع وتُنسّق شؤونها الإنسانية (ومنها الصحة) حسب تقييم الوضع الإنساني السنوي (UN OCHA-HNO 2022)، وخطة الاستجابة الإنسانية السنوية وما يهبه المانحون على أساسهما (UN OCHA-HRP 2022). ويتم التنسيق لتنفيذ هذه الخطط عبر الكتل المختلفة (الصحة، التغذية، المياه والإصحاح البيئي، الأمن الغذائي والزراعة،

الحماية، التعليم...). ورغم أن معظم هذه الخطط والأنشطة تكفل الصحة لجميع الفئات وخاصة ذوي الخصائص المتعلقة بالصراع، إلا أنها تُركّز بشكل عام على الإغاثة والدعم العاجل وحالة الطوارئ (UN OCHA 2022). وأشار خبير في الصحة العامة إلى أن:

سياسة القيادة والحوكمة لهذه الكُتل ضعيف من قبل وزارة الصحة ومكاتبها في المحافظات وتكون القيادة للمنظمات الدولية. على الرغم من أن هذه المنظمات لا يُنَاط بها قيادة الكُتل... مهّدت الكُتل إلى العمل بنهج متعدّد القطاعات ولكن ليس بالشكل الرسمي إذ لا يوجد قانون يضمن العمل بهذا النهج. العمل بنهج متعدّد القطاعات حالياً في اليمن يقع ضمن العمل في حالة الطوارئ (المشارك 2: خبير في الصحة العامة و أكاديمي، 2022).



يعاني اليمن من أسوأ أزمة إنسانية في العالم، حيث تُشير البيانات إلى أن ما يقرب من 80% من السكّان بحاجة إلى شكلٍ من أشكال المساعدة الإنسانية والحماية الاجتماعية (ICRC 2022). وبما أن اليمن لم يصل رسمياً بعد إلى مرحلة إعادة الإعمار الفعلي والتنمية المُستدامة، لذا فإن التوسّع في مفهوم الصحة كحقّ لم يُستهدف بعد، خاصةً في شؤون التنمية والحماية الاجتماعية والبنية التحتية الداعمة والحوكمة والمشاركة المجتمعية الفعلية. حيث لا زال العمل بمخرجات الحوار الوطني الشامل والدستور اليمني الجديد رهن بإيقاف الحرب وتحقيق السلام والمرحلة الانتقالية للحكم. وأكدت خبيرة في الصحة الإنجابية أن:

المواطن اليمني لا يتمتّع بهذا الحقّ (حقّ الصحة للجميع)، بل أنه لا يتمتّع بهذا الحق حتى في مستواه الأدنى منذ الفترة ما قبل 2015. هناك سياسات واستراتيجيات وطنية تمّ صياغتها لكنها غير قابلة للتطبيق على أرض الواقع ولم يُنفذ بها جاء فيها. ولا زلنا نعتقد بأن الصحة هي خلوّ الإنسان من المرض ولم نصل في برامجنا ومشاريعنا إلى تعريف الصحة كحقّ كما أننا لم نصل إلى مرحلة التفكير بالرفاه (المشارك 1: خبير في الصحة الإنجابية- منظمة غير حكومية، 2022).



الهدف العام للتقرير

يهدف هذا التقرير إلى تقديم تحليل موضوعي لوضع الحق في الصحة في اليمن من خلال التطرق إلى مواد الدستور اليمني المتعلقة بالحق في الصحة، والاستراتيجيات الوطنية والقوانين الصحيّة، والأدبيات والبيانات ذات العلاقة وتسلط الضوء على:

- النظام الصحي في اليمن والاستراتيجيات الوطنية.
- الدستور اليمني والمعاهدات والاتفاقيات الدولية المتعلقة بالحق في الصحة.
- أثر الحرب على القطاع الصحي في اليمن.
- فجوة البيانات والمؤشرات الصحيّة في اليمن.
- الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية في اليمن.
- دور القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد-19.

منهجية التقرير

في ضوء الهدف الرامي للتقرير، تم الاعتماد على التحليل المكتبي للأدبيات، كما تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بشقّه النوعي من خلال استخدام دليل مقابلات مُعدّ مسبقاً. هذا المنهج قادر على استكشاف سؤال البحث قيد التحقيق من خلال الإجابة على أسئلة "ماذا" و "كيف" و "لماذا" من وجهة نظر المشاركين. تم إجراء مقابلات معقّقة مع أربعة خبراء في مجال الصحة (وزارة الصحة العامة والسكان، جامعة عدن وجامعة حضرموت، ومنظمات دولية). تم تسجيل المقابلات وتفرّغها حرفياً، كما تم إجراء تحليل للمحتوى لإيجاد علاقة ذات مغزى بين الموضوعات التي ظهرت عن طريق استخدام برنامج (ATLAS.ti-8). ظهرت ستّة محاور رئيسية وهي:

- الدستور والمعاهدات الدولية والاستراتيجيات الوطنية وعلاقتها بالحق في الصحة في اليمن.
- الرصد والتقييم والمساءلة.
- أثر الحرب على المؤشرات الصحية.
- دور القطاع الصحي أثناء جائحة كوفيد-19.
- آلية الاستجابة في حالة الطوارئ.
- التوصيات لإعمال الحق في الصحة في اليمن.

نبذة تاريخية مختصرة عن النظام الصحي في اليمن

يعود تاريخ النظام الصحي في اليمن إلى الربع الأخير من القرن التاسع عشر، وهي فترة استعمار بريطانيا للجزء الجنوبي من البلاد. كما يعود تاريخه أيضاً إلى النصف الثاني من القرن العشرين، وذلك بفضل ثورتي سبتمبر/أيلول 1962 في الجزء الشمالي، وأكتوبر/تشرين الأول 1963 في الجزء الجنوبي من البلاد. بعد توحيد اليمن عام 1990، تمّ توحيد النظام الصحي وكان هناك بعض الفوارق بين النظامين. حيث سمحت الجمهورية العربية اليمنية (شمالاً) للنظام الصحي الخاص بالتطور جنباً إلى جنب مع النظام الصحي العام والمدعوم من الدولة؛ بينما جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية (جنوباً) لم تسمح بذلك (Aulaqi 2014).

كانت وزارة الصحة العامة والسكان مسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية والحوكمة الشاملة للنظام الصحي. ومع ذلك، تولّت وزارة الصحة العامة والسكان دوراً إشرافياً بعد أن اعتمد البرلمان اليمني قانون الإدارة المحلية في عام 2000 الذي يمنح 22 محافظة في البلاد الاستقلال الذاتي لإدارة بعض الخدمات على المستوى المحلي (UN DPADM 2004) وبناءً عليه، أصبحت المكاتب الصحية في المحافظات هي الهيئة المسؤولة عن الصحة على مستوى المحافظات. وبالتالي، كانت الرعاية الصحية في اليمن قبل النزاع تُدار على ثلاثة مستويات: وزارة الصحة العامة والسكان (صياغة السياسات الصحية)، مكاتب الصحة في المحافظات (تخطيط وتنفيذ الخطط الصحية على مستوى المحافظات)، ومكاتب الصحة في المديريات (تنفيذ الأنشطة الصحية على مستوى المديريات). امتد اختصاص الحوكمة لوزارة الصحة العامة والسكان إلى أربعة قطاعات: الرعاية الصحية الأولية، صحة السكان، الرعاية العلاجية، والتخطيط والتنمية (Qirbi & Ismail 2017).

كان هيكل النظام الصحي المعتمد أفقياً على المراكز والوحدات الصحية، وعمودياً على برامج الصحة الوقائية والمشاريع ضدّ الأوبئة والأمراض غير الوبائية، ولا يوجد أيّ اثبات فيما يتعلق بالتكامل أو حتى التنسيق على المستوى الأدنى بين الجزء الأفقي والعمودي للنظام الصحي. كانت إحدى الصعوبات المستمرة التي تواجه جهود وزارة الصحة العامة والسكان لتنفيذ الإستراتيجية الإصلاحية، هي الافتقار إلى الدعم من الهيئات الحكومية الأخرى، ولا سيما وزارة المالية. كما لم تكن هناك رقابة قانونية على الموارد البشرية والمستشفيات والعيادات الخاصة بسبب عدم تفعيل جميع القوانين ذات الصلة. كما لم يكن لدى القطاع الخاص أيّ نظام رقابي. وهو وضع مستمر حتى الآن (WHO-EMRO 2006).

تُقدّم خدمات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر عبر شبكة من المرافق الصحية الحكومية التي تتوزّع جغرافياً وتتدرّج من وحدة صحية إلى مركز صحي ومستشفى (مستشفى ريفي، مستشفى مديرية، مستشفى محافظة، ومستشفى مرجعي) وهذا بحسب حجم الزمام السكاني والبُعد الجغرافي (MoPHP 2000). إلّا أن المرافق الصحية التابعة للقطاع العام كانت تعاني من شحّة في الموارد البشرية والعاملين الصحيين، ناهيك عن ضعف القيادة؛ الأمر الذي تسبّب في أن تبقى بعض المرافق الصحية في المناطق الريفية مغلقة لأشهر (Aulaqi 2014).

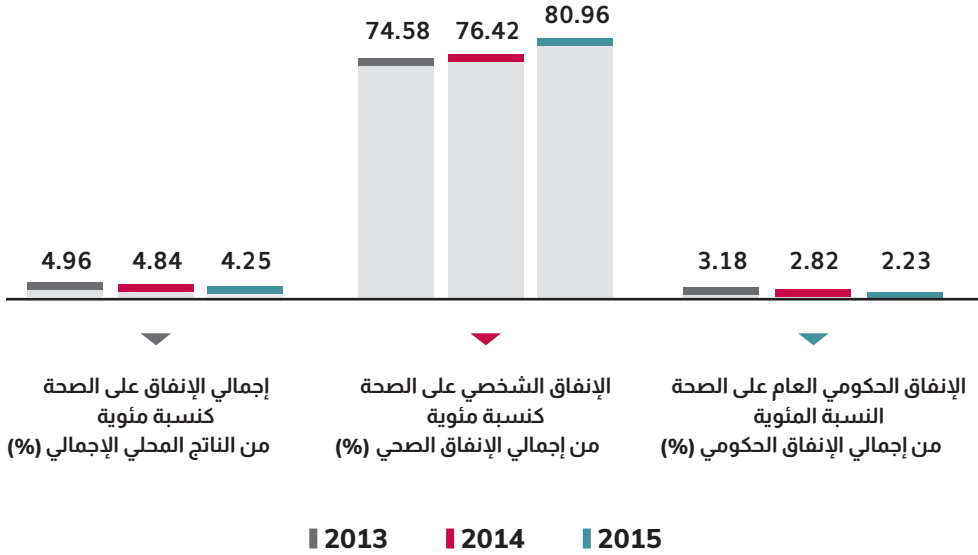
تبني اليمن نهج الرعاية الصحية الأولية في عام 1978؛ وهو نفس العام الذي انعقد فيه مؤتمر "ألما آتا"، وأدرج هذا النهج في دستوره الوطني حيث نصّ على أنه "يجب أن يتمتع جميع المواطنين بالمساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية" (MoPHP 2010). إلا أن ارتفاع نسبة الفقر والنمو السكاني وضعف ميزانية القطاع الصحي مهّد للعمل على استراتيجية إصلاح القطاع الصحي في عام 1998 والتي تمّ وضعها بصيغتها الأخيرة في عام 2000، حيث تضمّنت: خطط اللامركزية، وإعادة تحديد دور القطاع العام وسياسة الأدوية الأساسية وتشجيع المشاركة المسؤولة من قبل القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وتقاسم التكاليف (MoPHP 2000).

لقد اتّبع اليمن في عام 2000 نهج التسويق للخدمات الصحية المقدّمة من قبل القطاع الخاص وهذا للتخفيف من العبء المالي للخدمات الصحية المقدّمة مجاناً في القطاع الحكومي؛ الأمر الذي أثر بشكل مباشر على المواطنين الفقراء وتحديداً من كانوا يعيشون في المناطق الريفية (Aulaqi 2014). وعليه فقد ازدهر القطاع الصحي الخاص بعد الوحدة عام 1990، وارتفع عدد المستشفيات الخاصة من 167 إلى 746 في الفترة ما بين (2002-2012) (Aulaqi 2014). كما وأثر تقاسم التكاليف على حصول المواطن على الخدمة الصحية. فقد تمّ قياس استخدام خدمات صحة الأم والطفل قبل وبعد إدخال نظام تقاسم التكاليف، وأشارت الدراسة إلى أنه على الرغم من عدم وجود تأثير على الاستفادة من الخدمات الوقائية، إلا أن الرسوم تميل إلى أن تكون عائقاً كبيراً أمام الحصول على خدمات الرعاية واستخدامها من قبل الفقراء في المستشفيات على وجه الخصوص (Alshaibani 1998). في المقابل أظهرت تقارير من محافظة الحديدة تراجع الاستفادة من الخدمات الوقائية بعد تطبيق الرسوم (UNICEF 1998).

ومن التحدّيات الأخرى التي واجهت النظام الصحي، هو انتقال الكادر الطبي للعمل من القطاع الحكومي إلى القطاع الخاص لعدم اكتفائه من العائد المادي في القطاع العام. بالإضافة إلى التسويق للقطاع الخاص والتحديث المستمر في معدّاته وتوفّر التخصصات المختلفة؛ الأمر الذي نتج عنه تجاوز المرافق الحكومية من قبل المرضى بشكل متكرر في المناطق الريفية. وعلى الرغم من تفضيل مستخدمي الرعاية الصحية للخدمات القريبة من منازلهم، وتصوّرهم أن غالبية المرافق القريبة هي أقلّ تكلفة من تلك التي تحتاج دفع مبلغ كبير مقابل النقل وتُشكل عبئاً إضافياً عليهم، فقد تجاوز ما نسبة بين 42 - 73% من الأسر المرافق الحكومية القريبة إلى المرافق الخاصة (World Bank 1998). وأشارت دراسة أخرى إلى أن نسبة 95% من المواطنين توجّهوا لطلب الخدمات الصحية من القطاع الخاص (Aulaqi 2014). وبالتالي، ارتفعت نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة (MoPHP 2000).

يبيّن الشكل 1 الإنفاق على الصحة في اليمن في الفترة ما بين 2013-2015؛ حيث ارتفعت نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة من 74.58% إلى 80.96% على التوالي وبالتوازي مع انخفاض الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي ومن الناتج المحلي الإجمالي (WHO - GH0 2022). وبحسب التقديرات، فإن إجمالي الإنفاق على الصحة عام 2018 قد بلغ 35\$ للفرد، وشكّل الإنفاق الشخصي منه للفرد 25.19\$. ومن المتوقع أن يصل إجمالي الإنفاق على الصحة إلى 46\$ للفرد في عام 2050، حيث يُقدّر أن يكون الإنفاق الشخصي على الصحة ما يعادل 31.61\$ للفرد (IHME 2022).

شكل 1. الإنفاق على الصحة في اليمن 2013-2015



لقد عبّر المبحوثون عن آرائهم في هذا الخصوص وكانت كالتالي:

الحقيقة أنه لا يمكن للمواطن شراء الخدمات الصحية سواء من القطاع الخاص أو الحكومي. كثر من المواطنين تتوَقَّر لديهم الخدمة لكنهم لا يستطيعون استخدامها نتيجة لكلفتها. قبل الحرب كان الإنفاق الشخصي يُقدَّر ما بين 67%-70% يستقطعها المواطن من قوت أولاده. وهناك الكثير من المواطنين في وضع مالي كارثي بسبب المرض (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

في اليمن من ناحية الحق في حصول المواطن على الصحة كخدمة سواءً كانت في المدينة أو الريف، فإن الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الحكومي أو الخاص هي خدمات مدفوعة 100% من جيب المواطن.. الجانب المادي عائق كبير في حصول المواطنين في اليمن على الخدمات الصحية وذلك مخالف لاستراتيجية جديدة يتبناها العالم أجمع الآن وهي استراتيجية التغطية الصحية الشاملة (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي، 2022).

وفي محاولة لتخفيف عبء الإنفاق الشخصي على الصحة، تمّ تطوير نظام الرعاية الصحية على مستوى المديرية في عام 2000، حيث تُقدَّم بعض النشاطات الإضافية المجانية لتعزيز تغطية الخدمات الصحية مثل: النشاط الإيصالي والعربات/العيادات المتنقلة وحملات منزل إلى منزل. على الرغم من ذلك، فإن هذه الخدمات قد لا تكون كافية أو قد تتوَقَّر بشكل متقطع في بعض المناطق، ويرجع السبب لسوء الإدارة وغياب المراقبة وانعدام المحاسبة وتفسّي الفساد (Aulaqi 2014). وفي إشارة إلى ضعف تمويل القطاع الصحي من موازنة الدولة مقارنة بما تخصصه الدولة من ميزانيتها للأجهزة الأمنية والجيش ورواتب الوزراء، علّق خبير في الصحة العامة:

إن نفقات القطاع الصحي ضعيفة بينما في المقابل تُصرف مبالغ مَهولة للأجهزة الأمنية مثل الجيش والشرطة. نفقات ومبالغ كثيرة تُهدر للحكومة نفسها (نفقات الوزراء) (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).



تتماشى الاستراتيجيات الصحية الوطنية مع تحقيق الأهداف الصحية الوطنية والدولية إلا أن التقدم نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة ضعيف ولا سيما فيما يتعلق بصحة الأم والطفل. ضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية واستخدامها مذكور في جميع السياسات الصحية الوطنية، ومع ذلك، فإن عنصر "كيف" في هذه السياسات مفقود ولا تتم معالجة عوامله (Alaswadi 2013).

كان هناك أيضاً أوجه قصور في الإدارة في المجالات الهامة مثل الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي، على سبيل المثال كان الالتزام الضعيف بالسياسة واضحاً في حقيقة أنه على الرغم من وجود خطط وطنية للصحة النفسية إلا أنها لم تتغير منذ أوائل الثمانينيات ولم يكن هناك تشريع رسمي يحكم الصحة النفسية في اليمن (Okasha et al. 2012).

وتجدر الإشارة إلى أهم الخطط والاستراتيجيات التي تتعلق بالتنمية الصحية في اليمن ومنها:

- الخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (1996-2000).
- استراتيجية إصلاح قطاع الصحة العامة (2000).
- الخطة الخمسية الثانية للتنمية الصحية (2001-2005).
- الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2005-2010).
- الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011-2015).
- الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية (2006-2010).
- الاستراتيجية الوطنية للتغذية (2009).
- الاستراتيجية الصحية الوطنية (2010-2025).

لقد أجمع المبحوثون على أن السياسة الصحية والاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بالصحة في اليمن موجودة ولكنها لا تُطبق على أرض الواقع، ويعود هذا إلى الوضع السياسي غير المستقر الذي حال دون تحقيق الأهداف الألفية والذي ينبئ بعدم قدرة اليمن على تحقيق أهداف التنمية المُستدامة. كما أشار المبحوثون إلى بعض الاختلالات في السياسة الصحية والتشريعات واللائحة التنفيذية لوزارة الصحة العامة والسكان. وعبروا عن آرائهم كالتالي:

عدم وجود سياسة صحية واضحة أثر بشكل سلبي على الأداء، على سبيل المثال القطاع الخاص يؤثر كثيراً على القطاع العام، بمعنى أن الأطباء المؤهلين والمدربين أصبحوا يفضلون العمل في القطاع الخاص، ومن هنا تدهور القطاع العام وأصبح يقدم خدمات غير جيدة للمواطن. وهذا عامل لا علاقة له بالحرب (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي، 2022).





تفتقر وزارة الصحة العامة والسكان لوضع استراتيجيات مكتوبة، مثلاً الاستراتيجية الوطنية للصحة موجودة على موقع وزارة الصحة في صنعاء لكنها لا توجد على موقع وزارة الصحة في عدن على الرغم من أن وزارة الصحة في عدن تتبع الحكومة الشرعية والمُعترف بها دولياً (المشارك 3: خبر في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).



الدستور والمعاهدات الدولية وعلاقتها بالحق في الصحة في اليمن

الدستور اليمني 1991

الباب الأول (أسس الدولة): الفصل الثالث (الأسس الاجتماعية والثقافية)

- **مادة (30)** "تحمي الدولة الأمومة والطفولة وترعى النشء والشباب" (الدستور اليمني 1991).
- **مادة (33)** "تكفل الدولة بالتضامن مع المجتمع تحمّل الأعباء الناجمة عن الكوارث الطبيعية والمحن العامة" (الدستور اليمني 1991).
- **مادة (35)** "حماية البيئة مسؤولية الدولة والمجتمع، وهي واجب ديني ووطني على كل مواطن" (الدستور اليمني 1991).

الباب الثاني (حقوق وواجبات المواطنين الأساسية)

- **مادة (55)** "الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين، وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها، وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية المجانية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين" (الدستور اليمني 1991).
 - **مادة (56)** "تكفل الدولة توفير الضمانات الاجتماعية للمواطنين كافة في حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة أو فقدان العائل، كما تكفل ذلك بصفة خاصة لأسر الشهداء وفقاً للقانون" (الدستور اليمني 1991).
- على الرغم من أن الدستور اليمني كفل الصحة لجميع المواطنين (مع الاعتبارات لذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الهشة، وبالأخذ بالتزام اليمن بمعاهدات دولية أخرى، وإن هذا الحق يشمل كل من على الأراضي اليمنية دون تمييز، وكذا عند الظروف الاستثنائية ومنها الصراعات والحروب، وحيث يتم ربط الرعاية الصحية والحق بالصحة بحقوق أخرى مثل التعليم وحق السلامة الجسدية والعقلية وقطاعات أخرى ذات العلاقة مثل البيئة والإسكان ومياه الشرب الآمنة وغيرها)، إلا أن المؤشرات المتاحة تدلّ على تدهور الوضع الإنساني في اليمن منذ ما قبل الصراع. وكنتيجة لشحّة البيانات لا يمكن رصد انعدام العدالة والمساواة بين المواطنين وغير المواطنين في الوصول والحصول على هذه الحقوق. وقد عبّر الخبراء عن آرائهم في هذا الخصوص:

إننا في تشريعاتنا وفي إجراءاتنا التنفيذية بعيدون كل البعد عن تعريف منظمة الصحة العالمية للحق في الصحة، ورغم أن اليمن قام بالتوقيع على هذه المواثيق والاتفاقيات التي تضمن حق المواطن في الصحة، لكن عند الإجراءات التنفيذية فيما يتعلق بالتشريعات وفيما يتعلق برصد الموارد، فأنا لا نجد أن هذا الأمر يُعكس على أرض الواقع كما هو مرجو. أمّا بالنسبة لحق غير المواطنين (اللاجئين) فنحن حقيقةً لاجئون في بلدنا (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

مُشكلتنا في اليمن هي في كيفية الوصول لهذا الحق (الحق في الصحة). فمن المعايير التي تضمن للمواطن الحصول على جزء من هذا الحق والتي يتوجب الحرص عليها هو توفر الخدمات الصحية، سهولة الوصول لها، القدرة على الحصول عليها، وأن تكون خدمات ذات جودة (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي (2022).

هناك تضارب في أرقام (بيانات) المؤشرات الصحية الأساسية مثل مؤشرات المراضة ومؤشرات الوفيات ومؤشرات الخدمات المتاحة للمواطنين بمختلف الفئات، وكثير من المؤشرات المباشرة وغير المباشرة التي من خلالها يمكن إعداد برامج وإعداد خطط وتقييم أنشطة لبناء مصفوفة رؤية أو خطة استراتيجية بعيدة المدى للنظام الصحي. أن المؤشرات المتضاربة وغير المكتملة تُشكل أكبر عيوب النظام الصحي والبعض منها لا يصل في الوقت المطلوب لصناعة قرار ودائماً ما تأتي هذه المؤشرات أو الأرقام متأخرة (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي (2022).

أفادت دراسة سابقة إلى أن الوصول إلى الخدمات العلاجية اقتصر على 68% من السكّان، في حين أن 32% لم يحصلوا على أي خدمة (Aulaqi 2014). كما وأن هناك عدم تكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية بين سكان الحضر والريف حيث إن 25 % من المناطق الريفية لديها إمكانية الوصول، مقابل 80% من المناطق الحضرية (MPIC-CSO 2004). ولأن معظم مستشفيات القطاع العام والمستشفيات الخاصة تتركز في المناطق الحضرية، فلا يتمتع حوالي 70% من إجمالي السكّان بسهولة الوصول إلى الرعاية ويواجهون نفقات كبيرة في السفر إلى المرافق الحضرية. (Gerike et al. 2005) وبحسب تقرير الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية للعام 2016: ما زال نصف السكّان اليمنيين محرومين من الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية (UN OCHA 2016). بينما يحتاج حوالي 17.8 مليون شخص إلى الدعم للحصول على المياه النظيفة واحتياجات الصرف الصحي الأساسية (UN OCHA-HNO 2022).

تُشير التقديرات إلى أن حوالي 1.7 مليون امرأة وطفل يمّني عانوا من سوء التغذية المزمن (اليونيسف 1998). وبلغ انتشار التقرّم والهزال ونقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة نسبة 53% و 13% و 46% على التوالي (DMCHS 1997). يُظهر سوء التغذية لدى الأطفال في اليمن تفاوتات سكانية وإقليمية في انتشاره، حيث إن الفوارق الجغرافية في سوء التغذية تُشير إلى أن معدّل الانتشار كان أعلى بين سكان الريف (56%) منه بين سكان الحضر (40%). وعلى الرغم من وجود حزمة خدمات أساسية في اليمن تركّز على صحة الأم والطفل منذ عام 2004؛ إلّا أن مدى تطبيق ذلك في فترة ما قبل النزاع غير مؤكد (Wright 2015). وعلاوة على ندرة الأدبيات حول جودة الرعاية الصحية في اليمن، تُشير الأدلة المتاحة إلى أن خدمات الرعاية العلاجية كانت ذات نوعية رديئة بشكل عام ولا سيّما فيما يتعلّق باحترام تصوّرات المريض عن الرعاية (Anbori et al. 2010; Webair et al. 2015). بالإضافة إلى أن الأدلة لم تكن متاحة بسهولة ولا يمكن الوصول إليها في جميع أنحاء البلاد، وخاصةً بيانات المناطق الريفية (MoPHP-DHS 2013; Bawazir et al. 2013). لهذا يُعدّ تتبّع تأثير نشاط النظام الصحي على النتائج الصحية في اليمن قبل النزاع أمراً معقداً بسبب القيود المفروضة على جمع المعلومات الصحية.

مسوّدة الحوار الوطني (دستور اليمن الجديد)

بعد اندلاع ثورة فبراير/شباط 2011 الشبابية، تمكّنت النخب السياسية والاجتماعية والعسكرية من الاتفاق على عملية تفاوضية والتوقيع على مبادرة مجلس التعاون لدول الخليج العربية وآليتها التنفيذية في 23 نوفمبر/تشرين الثاني 2011 ومنها الوصول إلى مرحلة الحوار الوطني الذي عُقد في الفترة بين 18 مارس/آذار 2013 و 26 يناير/كانون الثاني 2014. خرج مؤتمر الحوار الوطني الشامل بوثيقة شاركت في إعدادها كلّ القوى السياسية والجماعات والفئات الاجتماعية اليمنية. كما تمّ التوافق على القضايا الملّية لطموحات معظم المواطنين اليمنيين؛ وشمل ذلك تعزيز مبادئ الحكم الرشيد، بما في ذلك الشفافية والمحاسبة، وتمكين دور القطاع الخاص في التنمية، وتعزيز العدالة الاجتماعية والمساواة بين المواطنين وتكافؤ الفرص، وتحسين مستوى تقديم الخدمات التعليمية والصّحية وخدمات الرعاية الاجتماعية، وتحقيق الأمن الغذائي للمواطنين، وتحسين مستويات معيشتهم واحترام حقوقهم وحريّاتهم الأساسية وحمايتهم.

و فيما يتعلّق بمبدأ الحقّ بالصّحة تواتر/توافق عددٌ من القرارات والتوصيات المتعلّقة بالحقوق والحريّات والتنمية (الشاملة والمتكاملة والمُستدامة). وشمل ذلك الصّحة بشكل عام (الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل)، كما شمل قطاعات: الحماية الاجتماعية وحماية البيئة ومياه الشرب الآمنة والأمن الغذائي والإسكان والتعليم والقوانين المُنظمة والعمل النقابي والمراقبة والحوكمة والمشاركة المجتمعية. وكفلت هذه القرارات والتوصيات الصّحة لجميع المواطنين وعلى وجه التحديد المرأة والطفل والشباب وكبار السن والفئات الخاصة (أصحاب الاحتياجات الخاصّة، الأيتام، المهقّشين، النازحين، ضحايا النزاع/الحرب، ساكني الأرياف والمناطق النائية، المحتجزين/السجناء، المهاجرين، اللاجئين والأقليات) (مسوّدة الحوار الوطني 2014).

للأسف لم ترّ هذه المُخرجات النور بعد، وظلّت مسوّدة مخرجات الحوار الوطني وثيقةً متّفق عليها وطنياً ومدعومة خليجياً ومُعترف بها دولياً. وشملت نصوص الدستور اليمني الجديد المنبثق عن مسوّدة الحوار الوطني الكثير من المواد التي تستهدف الصّحة بشكل مباشر أو عن طريق القطاعات ذات العلاقة أو من خلال مفاهيم الحماية الاجتماعية وشؤون التنمية والحقوق الخاصة. ومن ضمن هذه المواد:

الباب الأول (الأسس العامة): الفصل الثالث (الأسس الثقافية والاجتماعية)

مادّة (43) "تكفل الدولة الرعاية الصّحية وبجودةٍ عالية لجميع المواطنين دون تمييز من خلال إقامة البُنى الأساسية وتأهيل الكادر الطبي ورعايته، وتخصّص نسبةٍ محدّدة من الموازنة العامة للقطاع الصّحي، وتُسبّج مساهمة القطاع الخاص ومنظّمات المجتمع المدني في هذا المجال، وإقامة نظام تأمين صّحي شامل" (مسوّدة الحوار الوطني 2014). وغيرها من المواد مثلاً المادّة رقم (102 - 107، 121، 122) الباب الثاني (الحقوق والحريّات) الحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

المعاهدات ذات العلاقة التي صادقت عليها اليمن

- صادقت اليمن على الدخول والالتزام بعدة معاهدات/اتفاقيات دولية ذات علاقة بالصحة، خاصة للفئات الهشة أو عند الظروف الاستثنائية، ومنها:
- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (18 أكتوبر/تشرين الأول 1972).
- الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين والبروتوكول الخاص باتفاقية وضع اللاجئين (18 يناير/كانون الثاني 1980).
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (30 مايو/أيار 1984) (المواد 10، 11، 12 و14).
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1986).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (9 فبراير/شباط 1987).
- البروتوكول الإضافي الأول الملحق باتفاقيات جنيف، المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة (17 أبريل/نيسان 1990).
- اتفاقية حقوق الطفل (1 مايو/أيار 1991).
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة (26 مارس/آذار 2009) (المادتان 25 و28).
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان (12 نوفمبر/تشرين الأول 2011) خاصة المادة (39). (OHCHR 2014؛ المركز الوطني للمعلومات 2014)

قد يُنظر لهذه الالتزامات (خاصة المواطن اليمني البسيط) بأنها طموحات أو شعارات نبيلة أو سياسات مبنية، ويستشعر بالألم لغياب تحقيق وتلبية أبسط هذه الاحتياجات والحقوق له أولاً. ولكن هذا استشعار والتزام أخلاقي وقانوني من قبل اليمن كدولة وكيان وأسس للسلطة، وهدف لتحسين الأوضاع والحقوق في اليمن. للأسف لا يتبع هذا الالتزام أي تخطيط أو توجيه أو توفير ميزانية لتحقيق هذه النصوص. وهذا امتداد لعجز اليمن على توفير الاحتياجات المادية والمالية للتخطيط والاستراتيجيات بشكل عام والتي تتأثر به بشكل خاص القطاعات الحساسة مثل الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية.

وفيما يتعلق بالاتفاقيات، نجد أن اليمن لم يلتزم ببعض الاتفاقيات التي صادق عليها. أن القوانين الوضعية الحالية هي وليدة عددٍ من التغيرات والتعديلات التي مرّ باليمن، وقد جاء مؤجداً لما كان في شطري اليمن قبل الوحدة. على الرغم من أن قانون الأحوال الشخصية الصادر عام 1992 قد حدّد سنّ الزواج 15 سنة للذكر والأنثى، لكن وبموجب التعديلات التي جرت عام 1998، تمّ تعديل المادة (15) بصيغة ألغت تحديد سنّ الزواج الذي كان من المبادئ المستقرة في القوانين اليمنية، حيث نصّت المادة (15) بعد تعديل 1998 على (أن عقد وليّ الصغيرة بها صحيح ولا يمكن المعقود له من الدخول بها ولا تُزفّ إليه إلا بعد أن تكون صالحةً للوطء ولو تجاوز عمرها 15 سنة ولا يصحّ العقد للصغير إلا لمصلحة). ويُعدّ هذا النص تراجعاً عمّا كان مقرّراً في النص قبل التعديل. في الوقت الذي - وبموجب المصادقة على اتفاقية السيداو- يتوجب تحديد سنّ أدنى للزواج في قانون وتشريعات كلّ الدول المصادقة

عليها، لكنّ المشرّع اليمني تغافل عن هذا الأمر.

نتيجةً لذلك هناك 4 ملايين طفل قد تمّ تزويجهم مُبكراً في اليمن. حيث تزوّج 1.4 مليون منهم قبل سنّ 15 عاماً. وتُشير بيانات المسح الديموغرافي الصّحي لليمن للعام 2013، إلى أن ثلث (32%) الفتيات (20-24 سنة) قد تزوّجن قبل سنّ 18 سنة، و 9% قد تزوّجن قبل سنّ 15 سنة. ويُظهر التحليل الذي أجرته اليونيسف استناداً على المسح الديموغرافي الصّحي لليمن انخفاض نسبة انتشار زواج الأطفال منذ عام 1988 والذي كان 58%، إلّا أنّه غير كافٍ لتحقيق هدف القضاء على زواج الأطفال بحلول عام 2030 (UNICEF 2013).

أثر الحرب على القطاع الصحي والمؤثرات الصحية

لا يُعرف سوى القليل عن الطرق التي يُخفف بها النزاع من أنشطة النظام الصحي الراسخة، أو آليات تكيف النظام الصحي ومرونته في مواجهة عدم الاستقرار المزمن وانعدام الأمن (Woodward et al. 2016). ويرجع ذلك جزئياً إلى التحديات التي تواجه إجراء أبحاث قائمة على الأدلة للأنظمة الصحية في بيئات ديناميكية وغير مستقرّة، كنتيجة لنقص في البيانات الموثوقة. إن النقص في عمل تحليلي للأنظمة الصحية أثناء النزاع وبعده مباشرة يعني أنه على الرغم من الاهتمام الكبير الذي يوليه صانعو السياسات فإن قاعدة الأدلة لإعادة تأهيل القطاع الصحي والإعمار لا تزال قاصرة. لقد كانت تقييمات الحوكمة غير متجانسة للغاية لقطاع الصحة في اليمن قبل النزاع. كما أن نقاط ضعف الحوكمة والفساد كانت تمثل مشكلة كبيرة حتى على مستوى المنشأة (USAID 2006; World Bank 2010). استمرت تقييمات الحوكمة العالمية في تصنيف اليمن بالقرب من القاع بين 168 دولة تمّ قياسها بشأن فساد القطاع العام (Transparency International 2015). وأشار خبير في الصحة العامة إلى أن:

وزارة الصحة، مجلس النواب، الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة، والمجالس المحلية هم المُكلفون بالرصد والتقييم والمساءلة. كل هذه الجهات للأسف عملها معطل أو لا يعمل بالطريقة المطلوبة والفعّالة بسبب الوضع الراهن. حالياً تعتمد المنظمات على الطرف الثالث، والطرف الثالث يقوم بتقييم آلية العمل ولا يقوم بتقييم الأثر (المشارك 2: خبير في الصحة العامة واكاديمي 2022).

في اليمن، يوثق تحقيق جديد قامت به منظمة مواطنة لحقوق الإنسان ومنظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان للعام 2020 ما مفاده: أن 120 مرفقاً صحياً والعاملين الصحيين فيه قد تعرضوا لهجمات عنيفة - منذ مارس/ آذار 2015 وحتى ديسمبر/ كانون الأول -2018 من قبل الأطراف المتحاربة التي تشمل التحالف بقيادة السعودية والإمارات، والحكومة اليمنية المُعترف بها دولياً وقوات جماعة أنصار الله المسلحة (قوات الحوثيين). أدّت هذه الهجمات إلى تدمير النظام الصحي في اليمن ومقتل ما لا يقل عن 96 مدنياً وعاملاً صحياً، من بينهم 10 أطفال، وجرح 230 آخرين، من بينهم 28 طفلاً في هذه المرافق. وحسب الإحصاءات للعام 2020 (HeRAMS 2020)، فإن 51% فقط من المرافق الصحية في اليمن تعمل بشكل تام، وحتى هذه المرافق تواجه نقصاً حاداً في الكوادر الصحية المؤهلة، وفي الأدوية والمستلزمات والمعدات الطبية، بالإضافة إلى هروب العاملين الصحيين، ومدى تدخل مقدّمي الخدمة البديلة لملء فجوات الخدمة الآخذة في الاتّساع مع اندلاع الصراع (البنك الدولي 2020).

هناك أدلة غير مؤكدة تُشير إلى أن الفئات الضعيفة مثل كبار السن قد عانت بشكل غير متناسب نتيجة للهجمات العشوائية ونزوح السكّان وعدم الوصول إلى الرعاية الصحية الروتينية بما في ذلك أدوية الأمراض غير المعدية، ولكن هناك نقص في البيانات الموثوقة (WHO-EMRO 2015).

ولا تتعدّى المؤشرات الأساسية الأخرى 50% من المعيار الأدنى المحدّد حسب منظمة الصحة العالمية، فمثلاً هناك فقط 10 عاملين صحيين لكل 10.000 من

السكان (المعيار يحدّد 22 كأدنى عدد بحسب منظّمة الصحة العالمية) و5 أسرة لكل 10.000 من السكان (المعيار بحسب منظّمة الصحة العالمية أكثر من 10 أسرة). ولا يوجد اختصاصي في 38% من المستشفيات، ولا يوجد طبيب عام في 18% من المديریات. ورغم أنه من المفترض أن تُقدّم خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة في المرافق الحكوميّة (وحدات ومراكز صحيّة)؛ إلا أنها تتوفّر بنسبة 25-75% في المرافق التي تعمل بكامل طاقتها. والملاحظ أن أعلى معدّل توفّر خدمات (75%) هو لمجابهة سوء التغذية وصحة الطفل والتي هي أهم البرامج المدعومة من قبل المنظّمات الأممية والدولية (HeRAMS 2018). عموماً رغم الجهود والدعم الإنساني والأموال المُنفقة لم تتحسن هذه النسب في التقرير الأولي لعام 2020 (HeRAMS 2020).

رغم جهود الدولة والمنظّمات الدولية والمحلية إلا أن النظام الصحي لا زال يواجه بعض التحدّيات مثال: صعوبة إجراء بحوث قوية عن النُظم في ظل الوضع السياسي غير المستقر والذي يعاني من نقص البيانات الموثوقة، سوء الإدارة، ضعف الحوكمة بسبب انقسام الدولة إلى منطقتين رئيسيتين، محدودية تمويل الرعاية الصحيّة محلياً أو خارجياً، عدم توفّر ميزانية تشغيلية لمواجهة تدهور البنية التحتية (World Bank 2021)، وعبء مشاكل تبعات الصراع ومنها التضخم السنوي الذي ارتفع إلى 45% في نهاية عام 2021 مقارنة بـ 35% في 2020 (رويتز 2022).

في هذا الصدد أشار المبحوثون إلى تبعات الحرب المدمّرة على القطاع الصحي، وعلى اقتصاد البلد مما أدّى إلى انهيار العملة وارتفاع كلفة الخدمات الصحيّة والحياة المعيشية، وهجرة الأطباء، وانتقال الكادر الصحي للعمل في المرافق الخاصة وارتفاع معدّل البطالة، والفقر، والنزوح وانهيار منظومة التعليم. كما وساهم ضعف دور التثقيف الصحي في انتشار السلوكيات الصحيّة الخاطئة بين فئات المجتمع المختلفة. وعبر المبحوثون عن آرائهم كالتالي:

ساهمت الحرب في انهيار النظام الصحي الذي اتّسم بالهشاشة منذ ما قبل 2015. لقد لاحظنا أن أغلب المرافق الصحيّة أغلقت في المناطق التي عانت من النزاع المسلّح، كما واجهت هذه المرافق شحّة في الإمدادات الطبيّة وغير الطبيّة. توقّف العاملون في المجال الصحي عن العمل ولولا الدعم الدولي لليمن في مجال الصحة من دعم الكوادر الصحيّة بالحوافز لكان أغلب المرافق الصحيّة متوقفاً عن العمل (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

لقد عرقلت الحرب تنقّل الناس ووصولهم إلى الخدمات الصحيّة رغم رداءتها بالإضافة إلى الكلفة الاقتصادية، فبعد الحرب ارتفعت كلفة الخدمات الصحيّة وأصبح الوصول إليها أكثر صعوبة. منذ 2012، أي ما يقارب عشر سنوات، لم يُرصد القطاع الصحي بكوادر جديدة، بالإضافة إلى هجرة الأطباء للبحث عن سبل العيش بكرامة. يضاف إلى ذلك أيضاً الإصابات والوفيات بين صفوف كوادر القطاع الصحي، غياب دور الرقابة والتقييم للمرافق الصحيّة وعمل الكادر الصحي في القطاع الخاص عوضاً عن القطاع العام (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

إن الأولويات الآن للمعيشة وللوجبة الغذائية وليس العلاج. وكما هو معروف فإن كان هناك أي خدمة تتنازع حق الإنسان في الحفاظ على حياته، يتقدم الحفاظ على الحياة على أي خدمة أخرى... أصبحنا نشترى كافة الخدمات سواء كانت خدمات صحية أو خدمات مياه أو خدمات صرف صحي أو خدمات تنقلات... إلخ (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

مما لا شك فيه أن الحرب ضاعفت من نسبة انتشار الفقر وتدني مستوى التعليم. تسببت الحرب في النزوح حيث يعاني النازحون من عدم قدرتهم على الحصول على حقهم في التعليم أو الحصول على الخدمات الصحية. كما ساهمت الحرب في انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين فئة الشباب وهو مرض اجتماعي خطير جداً، وتسببت في ارتفاع معدل البطالة، وتدهور الحالة النفسية للمواطن بسبب الأوضاع السياسية المتأزمة (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

فجوة البيانات واتجاهات المؤشرات الصحية

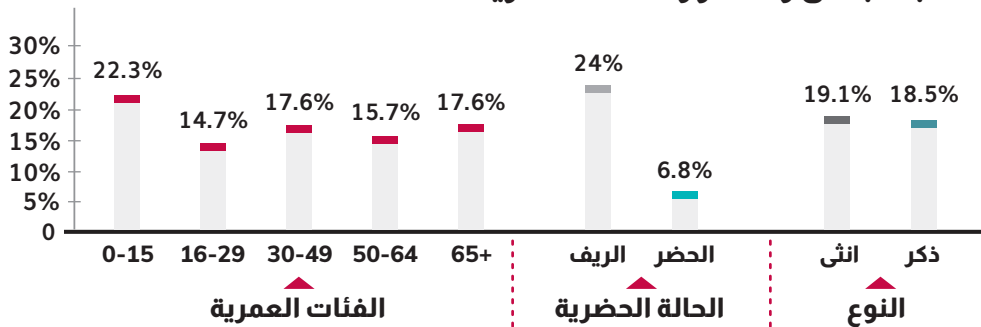
يُظهر تحليل اتجاهات المؤشرات الصحية ما قبل الصراع في اليمن مدى ضعف النظام الصحي. إذ إن آخر مسح صحي ديموغرافي كان في عام 2013. أي أن المؤشرات التي تتعلق بمتوسط العمر المتوقع والخصوبة ووفيات الأمهات ووفيات الرضع تستند على التقديرات وفقاً لاتجاهات المؤشرات قبل الصراع. وتُشير البيانات الحالية إلى انخفاض تغطية الخدمات الصحية الأساسية، وغياب الحماية الاجتماعية التي تضمن للمواطن اليمني العيش بكرامة (الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الأمم المتحدة للسكان 2016-2018).

يُركّز هذا التقرير على مؤشرات تتعلق بثلاثة أهداف من أهداف التنمية المُستدامة وهي: القضاء على الفقر، القضاء التام على الجوع، الصحة الجيدة والرفاه.

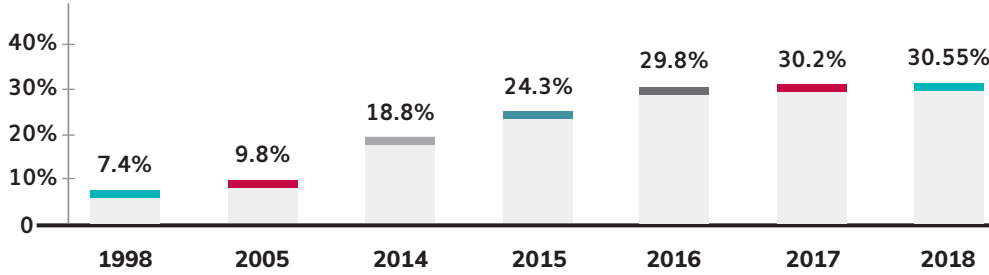
الهدف الأول: القضاء على الفقر

ظلت أوضاع المواطن اليمني المادية في مستوى متدنٍ لفترات متتالية رغم التحسّن الطفيف التي طرأ في فترة بداية التسعينيات. حالياً هناك انتكاس واضح لدخل الفرد حيث صار ثلث الشعب اليمني يعيش تحت خط الفقر وذلك لعدة أسباب منها الصراع وما ترتب عليه من نزوح وفقدان لسبل العيش، تضخم العملة، توقّف صرف الرواتب للموظفين في القطاع العام الذين يعيشون في مناطق تحكمها سلطة الأمر الواقع (سلطة الحوثيين)، وتوقّف تصدير كثير من الموارد وما توفّره من دخل للدولة وتعزيز للموازنة العامة وتأمين البنك المركزي والعملة المحلية. يُشير **الشكل 2** إلى نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي، حسب الجنس والعمر والحالة الحضرية للعام 2014. كما أن نسبة السكان الواقعين تحت خط الفقر العالمي (\$1.9) للعام 2018 بلغت 30.55%. أنظر **الشكل 3**. وكان من المتوقع أن ترتفع نسبة الفقراء بمعدّل متسارع بسبب الصراع (الجهاز المركزي للإحصاء؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2016-2018). حيث يعيش حالياً 53% من اليمنيين في فقر مدقع (لجنة الإنقاذ الدولية، 2020).

شكل 2. نسبة السكان في اليمن الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي، حسب الجنس و العمر و الحالة الحضرية - 2014



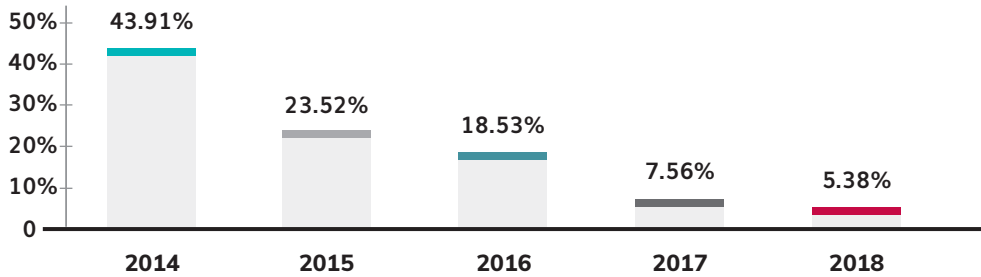
شكل 3. نسبة السكان في اليمن الواقعون تحت خط الفقر العالمي \$1.9



المصدر: مسح ميزانية الأسرة -2014 الجهاز المركزي للإحصاء

يبيّن الشكل 4 تدهور نسبة الإنفاق الحكومي على خدمة التعليم والصحة والحماية الاجتماعية مجتمعة ما بين عام 2014-2018. حيث انخفضت النسبة من 43.91% للعام 2014 إلى 5.38% للعام 2018.

شكل 4. نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الأساسية التعليم، الصحة، الحماية الاجتماعية) في اليمن من إجمالي النفقات الحكومية : للأعوام 2018-2014



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء كتاب الإحصاء السنوي 2017

وأشار المبحوثون فيما يتعلق بالإنفاق على الصحة إلى التالي:

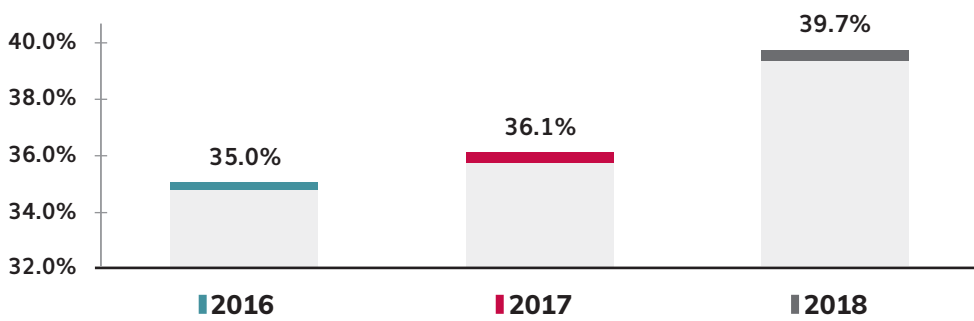
لا زلنا نعمل على ميزانية 2014 والتي تُشير إلى أن ميزانية القطاع الصحي تُقدّر بما بين 3-4%. والبعض يقول إن النسبة أقل بكثير وأعتقد أنها لا تتجاوز 1%. كانت الميزانية بحدود 4.5% في 2010. ولكن هذا يناقض مؤشرات الصحة التي لدينا الآن والتي تُشير إلى أن موازنة القطاع الصحي أقل بكثير. حالياً فإن اليمن منقسم إلى شمال وجنوب، لهذا من الصعب احتساب نصيب الفرد من الناتج المحلي (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

”لا يمكننا القول إن الإنفاق الحكومي على الصحة هو 4.5% أو 4.3%. بعض التقارير أشارت إلى أنه 3.7%، بل أوردت تقارير أخرى أنه وصل إلى 2.8% من إجمالي الناتج المحلي. حقيقة نحن لا نملك رقماً حقيقياً لموازنة الدولة. هذه الأرقام أوردها البنك الدولي في 2012 أو 2014 أو 2015 حيث في تلك الفترة كان هناك موازنة للدولة“ (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

الهدف الثاني: القضاء على الجوع

رغم ثبات معدّل التقزّم كمؤشّر لسوء التغذية المزمن عند الأطفال إلا أنه مرتفعٌ بحدّ ذاته (46.5%). و لكن يستمرّ تسارع سوء التغذية الحادّ بين الأطفال دون الخمسة أعوام والحوامل والمرضعات، كما إنعدام الأمن الغذائيّ الحاد وذلك رغم التّدخلات والبرامج الوقائية والعلاجية والمساعدات الغذائية التي لا تكفي لتغطية الاحتياجات حسب التقارير والمسوحات، والتي تدهورت مع تعطلّ/توقّف الخدمات الصحيّة أثناء جائحة كوفيد-19. وأزداد الوضع سوءاً مع اندلاع الحرب في أوكرانيا حيث وصلت المساعدات الغذائية إلى أقلّ من نصف الاحتياج، وبات هناك فجوة حادة في توفير المواد العلاجية/الوقائية التغذوية لفئة الأطفال دون الخمسة أعوام والنساء الحوامل والمرضعات. وكان من المتوقّع أن يعاني ما يقرب من 2.2 مليون طفل تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً من سوء التغذية الحاد على مدار عام 2022، مع 1.3 مليون حالة إضافية من النساء الحوامل والمرضعات. نتيجة لذلك، ستكون نسبة 91% من المديريات في اليمن في المرحلة الثالثة من التقسيم المرحلي لسوء التغذية الحاد (خطيرة) وما فوق. كما ومن المتوقّع أن يصل الوضع في منطقتي (عبس وحيران) إلى مستويات حرجية للغاية. وأهم الدوافع/المحرّكات الرئيسية هي: التدهور الاقتصادي، انخفاض المساعدات الغذائية الإنسانية، انخفاض الوصول إلى الخدمات الأساسية والمرضاة (UN OCHA-HNO 2022؛ IPC 2022). وكلّ هذا دون معزل عن أثر الصراع في اليمن على الزراعة وغلق المنافذ، وقيود الاستيراد والتصدير، وشحّة مواد المحروقات ومنها أزمة الغاز المنزلي وارتفاع اسعارها (FAO- 2016-2018 WFP-UNICEF-IFAD-WHO). يُبيّن الشكل 5 معدّلات نقص الغذاء في اليمن في الفترة ما بين 2016-2018، حيث يشكّل الفرق خلال عامين نسبة تُقدّر بـ4.7%.

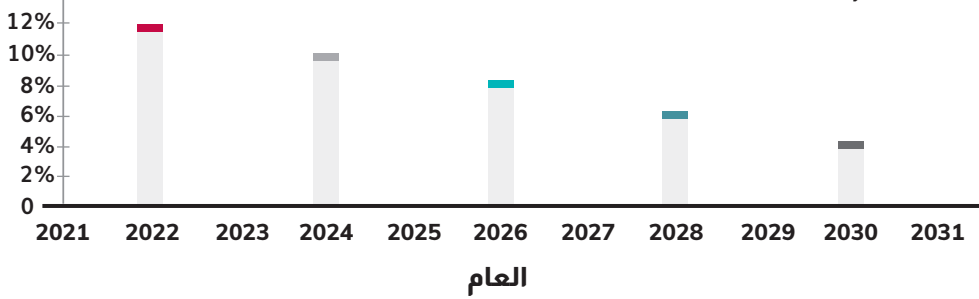
شكل 5. معدل انتشار نقص الغذاء (الجوع للسكان اليمنيين 2016-2018)



المصدر: 2018-FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO, 2016.

كما يُشير الشكل 6 الانخفاض المطلوب لتحقيق هدف التنمية المُستدامة المتعلّق بسوء التغذية الحاد مع كل عام.

شكل 6. الانخفاض المطلوب في سوء التغذية الحاد لتحقيق هدف SDG2 بحلول عام 2030

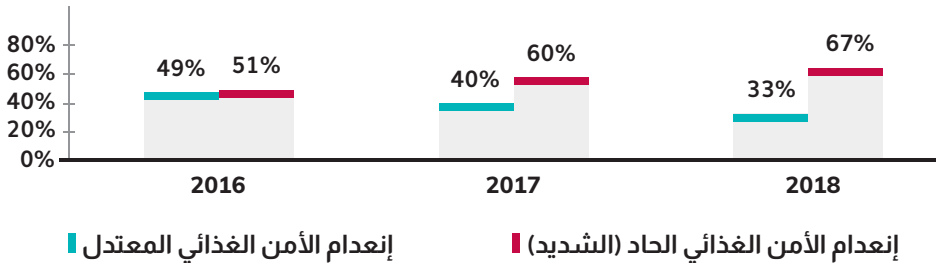


المصدر: UNICEF 2021

تُشير التقارير إلى وجود تفاوتات كبيرة في درجات انعدام الأمن الغذائي بين المناطق الحضرية (26% من السكان) والمناطق الريفية (48%) (World Food Program 2014)، وإلى أن حوالي نصف السكان يواجهون مستويات عالية من انعدام الأمن الغذائي الحاد (المرحلة الثالثة من التصنيف أو أعلى) أي ما مجموعه 17.3 مليون شخص (54% من إجمالي السكان) ومن المتوقع أن يرتفع إلى 19 مليون شخص (60% من إجمالي السكان). إن انعدام الأمن الغذائي حاد للغاية ويشهد في مناطق القتال النشط ويؤثر بشكل خاص على النازحين والفئات المهقشة على الرغم من استمرار المساعدات الإنسانية. وهناك خمس مديريات فيها نسب من السكان في التقسيم المرحلي الخطر ما يشير إلى احتمالية حدوث مجاعة وتحديدًا في مديرية عيس في حجة (UN OCHA-HNO 2023). يُعتبر الصراع هو المحرك الرئيس لانعدام الأمن الغذائي في اليمن بالإضافة إلى الصدمات الاقتصادية وتخفيض الاحتياطات الأجنبية (IPC 2022).

يُشير الشكل 7 إلى ارتفاع انعدام الأمن الغذائي من 51% في عام 2016 إلى 67% في عام 2018.

شكل 7. انعدام الأمن الغذائي المعتدل والحاد الشديد بين السكان اليمنيين 2016-2018

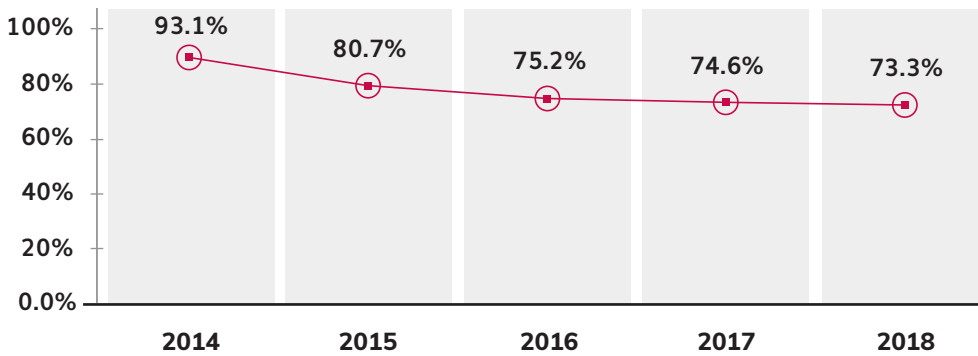


المصدر: 2018-FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO, 2016

إلى جانب أثر انعدام الأمن الغذائي على الوضع الصحي، يؤثر الافتقار للتكيف أو اتباع سبل تكيف سلبية والاحتياج العاجل للغذاء بشكل مباشر على أولوية الإنفاق وعلى القرارات والسلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تصبح ثانوية إلى أن تفشل إجراءات العلاج المنزلي أو تتفاقم الحالة. لذا يظل الأمن الغذائي من أولويات التدخلات

الإنسانية التي تمهّد لحياة آمنة والعيش بكرامة ولو بشكلٍ آني ومؤقت (UN OCHA-HNO 2022). ومن أسباب تدهور الإنتاجية الزراعية هو الجفاف ونضوب المياه الجوفية حيث يستهلك 75% من السكّان المياه الجوفية على الزراعة التي تشكّل مصدراً لكسب الرزق. كما تستهلك زراعة القات كميات كبيرة من المياه و70% من المساحة المستخدمة للزراعة المستدامة (CSO 1999). وما يضاعف الخطر الذي يهدّد الإنتاجية الزراعية في اليمن انتشار الجراد لا سيّما في المناطق الجافة والساحلية (UN OCHA-HNO 2022). حيث إن المساحة الزراعية المخصّصة للزراعة المنتجة قد تناقصت من 93.1% في عام 2014 إلى 73.3% في عام 2018. أنظر الشكل 8.

شكل 8. نسبة المساحة الزراعية المخصّصة للزراعة المنتجة والمستدامة في اليمن 2014-2018



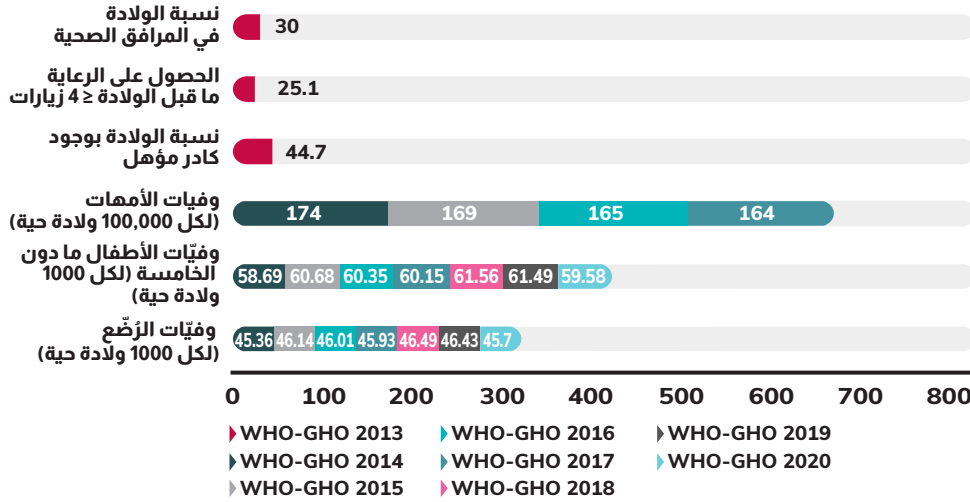
المصدر: كتاب الإحصاء السنوي لعدّة سنوات-الجهاز المركزي للإحصاء-ليانات من وزارة الزراعة والريّ

الهدف الثالث: الصحة الجيدة والرفاه

تتطلّع الدول إلى خفض نسبة وفيات الأمّهات إلى أقل من 70 وفاة لكل 100.000 ولادة حيّة بحلول العام 2030. وعلى الرغم من انخفاض معدل وفيات الأمّهات في اليمن بشكلٍ تدريجي من 301/100.000 ولادة حيّة في عام 2000 إلى 164/100.000 ولادة حيّة في عام 2017، إلّا أنه تمّ ادراج اليمن ضمن 15 دولة في دائرة الإنذار عالي المستوى في عام 2017، وفُقدت نسبة وفيات الأمّهات في اليمن بـ 385/100.000 ولادة حيّة ما لم تتم السيطرة على الأسباب المتعلقة بهذه الوفيات مثل النزيف الحاد، ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، الولادة المتعسّرة، الالتهابات، والإجهاد غير المأمون. ويترتّب على ذلك حصول النساء على الرعاية الصحية الجيدة أثناء الحمل، والولادة بإشراف كادر صحيّ مؤهل، والرعاية الصحية ما بعد الولادة ومنها وسائل تنظيم الأسرة (WHO 2019).

كانت المسافة إلى المرافق مشكّلةً كبيرة لوصول النساء الريفيات إلى الخدمات الصحية (Bawazir et al. 2013; MoPHP-DHS 2013)، بالإضافة إلى شحّة المعدات والكوادر المؤهّلة وتحديد طبيبات النساء، والولادة في الأرياف (Al-Serouri et al. 2012). يُبيّن الشكل 9 المؤشّرات المتعلقة بصحة الأم والطفل بحسب المصادر المختلفة والمتوفّرة في الفترة (2013-2021).

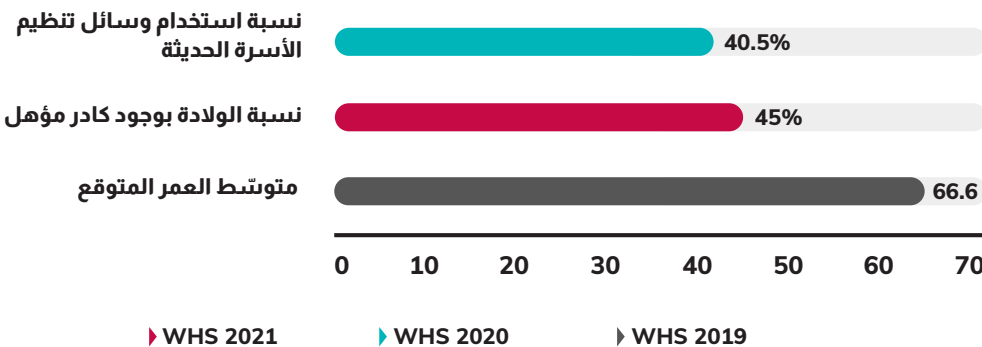
شكل 9. مؤشرات صحة الأم والطفل بين عامي 2013-2016



المصدر: WHO (GHO) 2022

أشار آخر مسح ديموغرافي في اليمن 2013، إلى أن نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر 53/1000 مولود حي، ونسبة وفيات الرضع 43/1000 مولود حي (DHS 2015). ويُتوقع أن تبقى نسبة وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع مرتفعة بسبب الحرب والانهيار الاقتصادي. ويوضح الشكل 9 أن نسبة وفيات الرضع والأطفال ما دون الخامسة قد ارتفعت منذ عام 2014 (WHO 2022). كانت نسبة الولادة بوجود كادر صحي 44.7% للعام 2013، ولم تتحسن كثيراً 45% في عام 2021 (أنظر الشكل 10) وكانت نسبة النساء اللواتي زرن المرافق الصحية أثناء الحمل 4 زيارات على الأقل 25.1%، بينما كانت نسبة الولادة في المرافق الصحية 30%. كما تُشير التقديرات إلى أن نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة لم تتجاوز 40.5% وكان متوسط العمر المتوقع 62.9 سنة للعام 2004، إلا أنه كان أقل من متوسط العمر المتوقع 71 عاماً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للعام نفسه (MPIC 2004). وبلغ متوسط العمر في اليمن 66.6 سنة للعام 2019 (الشكل 10). ويُعزى ضعف هذه المؤشرات إلى عامل الحرب وتبعاته على الاقتصاد والبنية التحتية للمرافق الصحية.

شكل 10. مؤشرات صحة الأم بين عام 2019-2021



المصدر: World Health Organization Statistics 2022

دور القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد-19

تمّ الإعلان عن أوّل حالة كوفيد مؤكّدة مخبرياً في اليمن في 10 إبريل/نيسان 2020 (UN OCHA 2020). كان هناك حوالي 5300 إصابة مؤكّدة بفيروس كورونا في اليمن، بالإضافة إلى أكثر من 1100 وفاة مؤكّدة حتى منتصف إبريل/نيسان عام 2020، ومع ذلك فإن هذه الأرقام الرسمية تقلّ على ما هو مرّجّح في الواقع، نظراً لأن الاختبارات في اليمن لا تزال محدودة. ولم يتمّ إجراء سوى 2 ألف اختبار، أي أقلّ من اختبار واحد لكل 1000 شخص، وهو ما يقلّ كثيراً عن المعدّل في البلدان الأخرى في المنطقة (كوم بيسون وآخرون 2020). كما أن نظام المختبر الوطني بدائي ويعتمد على عدد قليل من المختبرات المركزية مثل المختبر الوطني المركزي للصحة العامة في صنعاء وفروعه الأربعة في محافظات عدن وتغز وحضرموت والحديدة (Dureab et al. 2019).

يُعَدّ الوضع الهشّ وتشبّت السلطات في اليمن من التحديات الرئيسية التي تُعيق تنفيذ الاتفاقية الدولية للوائح الصحيّة والتشريعات والسياسات ذات الصلة أثناء تفشي المرض. منذ انتشار كوفيد-19، لم تتمكن الحكومة اليمنية من إعداد مواقع كافية للعزل عند نقاط الدخول إلى البلاد كما لم تتمكن من تلبية معايير اللوائح الصحيّة الدولية للاستجابة للوباء. تمّ اعتماد بعض التدخّلات غير الدوائية مثل قواعد التباعد الاجتماعي، وعمليات الإغلاق في المدن والأقاليم، وسياسات ارتداء الكمامات، والقيود المفروضة على الحركة بين المحافظات، لكنّ الالتزام بهذه الإجراءات كان ضعيفاً. بالإضافة إلى ذلك، فقد تمّ توظيف بعض المرافق الصحيّة كوحداٍ لعزل ورعاية المصابين بفيروس كورونا، وهو ما أعاق حصول المواطنين على خدمات الرعاية الصحيّة الأساسية الأخرى (نوشاد والسقاف 2020).

أنشأت الحكومة لجنةً عليّاً مشتركة بين القطاعات للسيطرة على تفشي كوفيد-19 مع جميع الوزارات ذات الصلة، بما في ذلك السلطات الأمنية، لكنّ الأداء كان دون المستوى الأمثل وكان هناك اعتماد كبير على مبادرات الأفراد أو المنظّمات الإنسانية. يعاني اليمن من نقاط ضعف هيكلية تطوّرت على مدى فترة طويلة من الصراع وسوء الإدارة، وكان نظامها الصحي أكثر المتضرّرين (Dureab et al. 2019).

وورد عن المبحوثين في هذا السياق:

كان هناك ارتباك كبير ولم يكن الاستعداد للتصدي للجائحة كافياً. كان الوضع كارثياً في الموجة الأولى والثانية ونتج عنها وفيات كثيرة وتسبّب العامل النفسي والإعلامي في أن بعض الناس كانت تفضّل الموت في بيتها عوضاً عن الذهاب إلى المراكز خوفاً من وصمة العار. لقد اكتسب العاملون الصحيون خبرةً جيدة في كيفية التعامل مع الوباء... أصبح لدينا مراكز عزل جاهزة في حال تفشي أي وباء آخر. كما أن فرق الاستجابة السريعة جاهزة. وهذه فرصة جيدة للبناء على ذلك. مع هذا لم ينل من كانوا في الصفوف الأولى لمجابهة الوباء حقهم المالي والمعنوي (المشارك 2: خبير في الصحة العامة- وأكاديمي، 2022).

بالنسبة لجائحة كوفيد فقد أُعطي للأمر زخم غير عادي وتمّ صرف

أموالٍ طائلة عليه. وزارة الصحة العامة والسكان تدير أكثر من 13 نوعاً من أنواع اللقاحات بسلسلة تبريدٍ ممتدة من المستودعات المركزية إلى أبعد وحدةٍ صحيّة في أبعد منطقةٍ وتغطي احتياجات الأمّهات والأطفال خلال 24 ساعة لمدة سنةٍ كاملة وترفع تقارير منتظمةً بذلك، لكنّ تقيّلات المنظّمات الدولية ومنظمة الصحة العالمية في إيجاد هيكلية مستقلة تماماً للقاح كوفيد-19 كانت تحدّ ذاتها هدرًا للموارد... لماذا لا يتم إدراج لقاح كوفيد-19 ضمن البرنامج الوطني للتحصين؟ (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان، 2022).



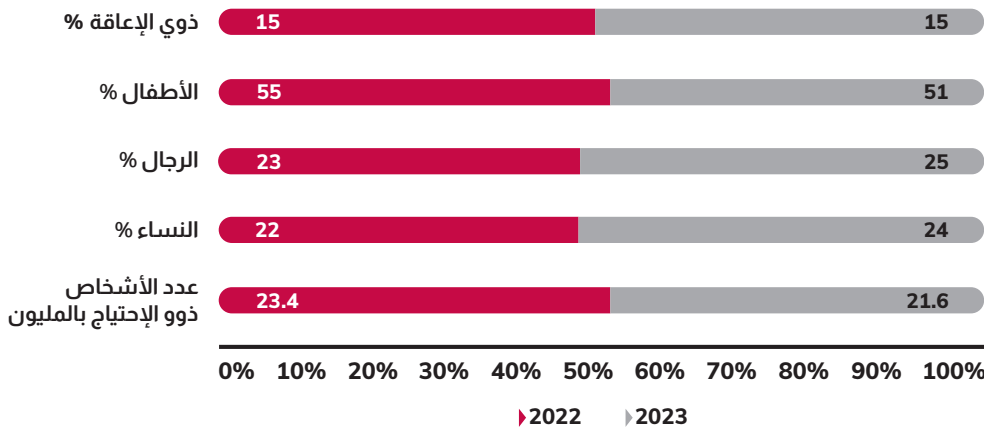
لدينا مؤسسات ولجان وهيئات تُعنى بالطوارئ والاستعداد لمواجهة الطوارئ لكنّ التعلّم من التجربة بطيء جداً. اليمن لا تمتلك نظاماً لمواجهة الطوارئ بالشكل الحقيقي والفعلي، نحن نتجاوب ونتعاطى فقط كنظام صحيّ أو كأنظمة أخرى مساندة للنظام الصحيّ مع ما يطرأ علينا من حالات طارئة أكانت طبيعية أو من صنع البشر...إننا نتعاطى مع حالات الطوارئ وفق ما يتيسّر لدينا من إمكانيات وجهود (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).



الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية

كما وصفنا سابقاً فإن الحق في الصحة والرعاية الصحية يفقد الأولوية عند مواجهة أوضاع إنسانية واحتياجات عاجلة مثل الإيواء/الأمن والغذاء والماء. وكما جاء في تقرير الاحتياج الإنساني في اليمن للعام 2022 و2023 فإن إنعدام الأمن الغذائي، وسوء التغذية، واحتياجات الصحة، والمياه والصرف الصحي، والحماية هي العوامل الرئيسية وراء ارتفاع أعداد السكان الذين بحاجة لأحد أشكال المساعدات الإنسانية. حيث جاء في تقرير الاحتياج الإنساني للعام 2022، أن من إجمالي عدد سكان اليمن 31.9 مليوناً، بلغ عدد الأشخاص ذوي الاحتياج إلى أحد أشكال المساعدة الإنسانية والحماية 23.4 مليون شخص (22% نساء، 23% رجال، 55% أطفال، 15% ذوو إعاقة)؛ منهم 12.9 مليوناً في حاجة ماسة، وحوالي 3.3 ملايين كانوا من النازحين. بينما يُشير تقرير الاحتياج الإنساني في اليمن للعام 2023 إلى أن من إجمالي 32.6 مليوناً من السكان فإن عدد الأشخاص الذين سيكونون بحاجة للمساعدات الإنسانية 21.6 مليوناً (24% نساء، 25% رجال، 51% أطفال، 15% ذوو إعاقة)؛ منهم 13.4 مليوناً في حاجة ماسة و3.1 ملايين كانوا من النازحين. على الرغم من انخفاض تقدير عدد الأشخاص من هم بحاجة إلى المساعدة بين العام 2022 و2023 بحوالي 1.8 مليون شخص؛ إلا أن هذا الانخفاض سُجِّل فقط في فئة الأطفال، على العكس زادت نسبة الاحتياج بين فئة النساء والرجال بنسبة 2%. كما وظلت نسبة احتياجات ذوي الإعاقة كما هي 15% (OCHA-HNO 2022, 2023). أنظر الشكل 11.

شكل 11. الفرق بين عدد الأشخاص ذوي الاحتياج للمساعدات الإنسانية بين عامي 2022-2023



يُشير **الجدول 1** إلى أعداد الأشخاص ذوي الاحتياج إلى المساعدات الإنسانية بحسب المجموعات القطاعية، والجنس، والعمر. كان عدد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى المساعدات مرتفعاً في قطاع الصحة 20.3 مليوناً، وفي قطاع الحماية 17.7 مليوناً، والأمن الغذائي والزراعة 17.3 مليوناً، وبلغ في قطاع المياه والصرف الصحي 15.3 مليوناً (OCHA-HNO 2023).

جدول 1. الأشخاص المحتاجون للمساعدات الإنسانية والحماية بحسب المجموعات القطاعية للعام 2023

التصنيف بحسب الجنس والعمر (بالمليون)				الأشخاص ذوو الاحتياج (بالمليون)	المجموعة القطاعية
رجال	نساء	فتيان	فتيات		
0.4	0.4	0.5	0.5	1.9	إدارة وتنسيق أُلُخيمات
-	-	4.6	4.0	8.6	التعليم
4.3	4.2	4.6	4.4	17.3	الأمن الغذائي والزراعة
5.0	4.9	5.3	5.1	20.3	الصحة
-	2.6	2.7	6.7	11.9	التغذية
4.4	4.3	4.6	4.4	17.7	الحماية
0.16	0.08	0.04	0.03	0.3	مجموعة متعددة القطاعات للاجئين والمهاجرين
1.9	1.8	1.9	1.9	7.5	المأوى / المواد غير الغذائية
3.7	3.7	4.0	3.9	15.3	المياه والصرف الصحي والنظافة

لقد أدّى ارتفاع معدّل النزوح والتدهور الاقتصادي وانعدام الأمن الغذائي الحادّ وانهيار الخدمات والمؤسسات العامة بسبب ضعف سيادة القانون والاستراتيجيات الصحيّة غير الفاعلة، والحرب ووباء كوفيد-19 إلى خلق أزمة إنسانية خطيرة في اليمن. بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية مثل السيول الشديدة التي اجتاحت المناطق الجنوبية في أوائل عام 2020، إلى جانب فقدان الأرواح والمصابين، سبّبت هذه الكوارث تهالك البنية التحتية لعدّة مرافق صحيّة ولشبكات وآبار مياه الشرب والطرق، كما أدّت إلى خسائر ماديّة في المساكن ومصادر سبل العيش. وكنيجة مباشرة، تنقطع أو تتعرّض الخدمات الصحيّة في المناطق المتأثّرة وتتفشّى فيها الأوبئة مثل الكوليرا وغيرها من الأمراض المعدية. كما تلوح في الأفق كارثة بيئية وإنسانية محتملة أيضاً على ساحل البحر الأحمر اليمني وهي خزان النفط صافر الذي يهدّد أيضاً سبل العيش (الاصطياد) لساكلي الساحل الغربي بشكل أساسي والذي يغدّي ناتج الصيد فيه أكثر من نصف السكّان (UN OCHA-HNO 2022).

إنّ الأوبئة التي تفشّت في اليمن في السنوات العشر الماضية هي انعكاس مباشر لتدني تغطية الخدمات الصحيّة الوقائية ولضعف النظام الصحي والقطاعات ذات العلاقة. وأشار خبير في الصحة العامة إلى أنه:

رغم النجاح الذي وصل له برنامج مكافحة مرض الملاريا إلى فترة ما قبل حدوث الصراع وكادت أن تخلو حضرموت منه، إلّا أن حالاته عادت إلى الارتفاع والانتشار. وهذا ما حدث مع برامج تحكّم بأمراض أخرى مثل الضنك والبلهارسيا وداء الكلب والإسهالات (خاصة الكوليرا) والحصبة والدفتيريا، ما تسبّب في ارتفاع الميزانية

المالية التي يحتاجها النظام الصحي لمواجهة هذه الأوبئة، وازدياد عدد حالات المراضة والوفيات التي كان من الممكن تفاديها. وتجدر الإشارة إلى أن أسوأ سيناريو تفشي لمثل هذه الأوبئة هو ما يعانيه اليمن منذ 2019 من ارتفاع عدد حالات شلل الأطفال المشتق من اللقاح وذلك رغم خلو اليمن تماماً من شلل الأطفال منذ عام 2006 (المشارك 3: خبير في الصحة العامة وأكاديمي (2022).



ويُعزى تفشي حالات شلل الأطفال من جديد في اليمن كنتيجة لتدني التغطية بالتطعيم من شلل الأطفال والمناخ الضعيف عند المصابين، وتُسْتَفْذ الأموال في التوعية وحملات التطعيم الوطنية والتي يُخشى أن تكون دون جدوى بسبب سوء إدارة حملات التوعية. وتستمر الحالات والإعاقات والوفيات وربما يحدث تفشي للفيروس البري ونواجه كارثة وطنية أخرى تحتاج إلى سنوات وملايين الدولارات لتعافي منها.

تتأثر النساء - وخاصة اللواتي يعلن الأسر - والفتيات بشكل كبير جراء تدهور الوضع الاجتماعي والاقتصادي والفقر المدقع وتدهور الظروف المعيشية وما يرتبط بذلك من تداعيات حدوث أشكال مختلفة من العنف وآليات المواجهة السلبية مثل زواج الأطفال وغيرها من حالات الاستغلال. كما تضطر النساء إلى التعامل مع تأثير انخفاض فرص الحصول على الغذاء من خلال استراتيجيات غير مُستدامة مثل تقليل حجم وجباتهن الغذائية لإطعام أفراد الأسرة، أو بيع الأصول أو تولي وظائف قد تعرّض حياتهن للخطر. ولا تزال مخاطر حماية الأطفال عالية إما بسبب التأثير المباشر للنزاع أو ضعف قدرة أسرهم على الصمود مما يجعل الأطفال أكثر عرضة للاستغلال وأكثر عرضة للعنف وانتهاكات حقوق الإنسان (UN OCHA-HNO (2022).

يُشير **الجدول 2** إلى المؤشرات المتعلقة بالنوع الاجتماعي؛ فموقع اليمن بالنسبة لمؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين في المرتبة 155 من أصل 156 دولة، وبالنسبة لمؤشر التمكين الاقتصادي بين الجنسين جاء موقع اليمن في المرتبة 154 من أصل 156 دولة. كما أن نسبة النساء اليمنيات اللواتي يعانين من الفقر 72% في الريف و20.1% في الحضر، وكانت نسبة النازحين من النساء والأطفال 73% للعام 2021.

جدول 2. مؤشرات متعلقة بالنوع الاجتماعي (عام 2021)

أرقام	المؤشر	موقع اليمن بين الدول (%)
1	مؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين	155/156
2	مؤشر التنمية العالمية	179/189
3	مؤشر فجوة التمكين الاقتصادي بين الجنسين	154/156

152/156	مؤشر فجوة التحصيل العلمي بين الجنسين	4
154/155	مؤشر فجوة التمكين السياسي بين الجنسين	5
في أريف 72% - في الحضر 20.1%	تأنيث الفقر	6
73%	نسبة النساء والأطفال من إجمالي النازحين	7

المصدر: World Economic Forum, 2021

يُقدَّر حوالي 20% من النازحين الذين يعيشون في 2358 موقعاً للنزوح، أنهم مهددون بالنزاع. ويفتقر 30% منهم إلى مرافق الصرف الصحي، وكانت نسبة من يفتقرون منهم إلى تدابير السلامة من الحرائق 90%. (إدارة تنسيق المخيمات 2021).

وعلى الرغم من أن القانون اليمني يكفل حق ذوي الإعاقة مثل إعادة التأهيل الجسدي المجاني والمساعدة الاجتماعية الشهرية، غير أن هذه الاستحقاقات نادراً ما يتم تحصيلها بسبب نقص الوعي وعبء التنقل والأضرار التي لحقت بالمرافق الصحية والخدمات العامة بسبب النزاع المستمر (UN OCHA-HNO 2022).

هناك حركات مناصرة كثيرة للقضايا التي تتعلق بحقوق المرأة والفئات الهشة بالإضافة إلى اتفاقية السيداو التي صادق عليها اليمن الجنوبي في عام 84 والتي انضم إليها اليمن الشمالي بعد الوحدة تلقائياً مع التحفظ على المادة (29). هذا التحفظ يمنع الدول الأخرى من التدخل في أي انتهاكات تقوم بها الحكومة اليمنية ضد حق وحرية الفرد اليمني. هناك جهود كبيرة في الواقع، لكن الخذلان يأتي من أصحاب القرار والجهات المعنية متمثلة بالحكومة الغائبة والذي يُرجَّح بها زجاً للقيام بفعاليات تقف عند حدود التوصيات التي تصدر عن هذه الفعاليات دون أخذها بعين الاعتبار.

آلية الاستجابة الإنسانية في ظل النزاعات السياسية وتفشي جائحة كوفيد-19 في اليمن

لوحظ انخفاض في استخدام الخدمات الصحية الأساسية خلال الربع الأول من عام 2020 والذي يمكن أن يُعزى إلى الصراع العنيف وتفشي كوفيد-19، لا سيما التأثير الذي لحق بالصحة الإنجابية (انخفاض بنسبة 42%) وخدمات صحة الأطفال (انخفاض بنسبة 81%). في حين كان من المتوقع حدوث بعض الانخفاض في الاستخدام خلال فترة رمضان للعام 2020، إلا أنه لا يفسر بشكل كامل الانخفاض الملحوظ. يعمل فريق إدارة المعلومات في كتلة الصحة على فهم هذه الاتجاهات بشكل أفضل وتحديد الأسباب الجذرية، ولكن التقارير الأولية من الشركاء تُشير إلى أن الحرمان ووصمة العار والخوف من دخول مرافق الرعاية الصحية المرتبطة بالانتشار الأولي لكوفيد-19 هي العوامل الأساسية لهذا الانخفاض. بالإضافة إلى ذلك، أدت القيود المفروضة على الحركة إلى الحد من قدرة الشركاء على الاستمرار في نشر الفرق الطبية المتنقلة لأنشطة التوعية التي أثبتت سابقاً نجاحها في الوصول إلى السكان الذين يصعب الوصول إليهم دون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية (WHO 2020).

قبل 2015 كان تمويل النظام الصحي يعتمد بشكل أساسي على الحكومة وإيرادات الدولة، وكان دخل الفرد من الناتج المحلي أفضل من الآن رغم أنه كان يُعدّ بسيطاً مقارنةً بالدول الأخرى. أما الآن فإن النظام الصحي يعتمد على المساعدات التي تقدّمها المنظمات الدولية والمحلية. الدعم الحكومي للقطاع الصحي حالياً ضعيف جداً. دور الحكومة ضعيف حتى في القوة الشرائية للدواء. الفرق كبير بين ما قبل 2015 وما بعده على مستوى إنفاق الفرد أو إنفاق الحكومة (المشارك 3: خبر في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

إن من يصنع الأولويات هو الطارئ، وإذا جاز لنا التعبير فنحن نعيش في حالة طوارئ منذ 2012 فهذه الفترة تشبّثت قدرة صنّاع القرار نتيجة للتغيرات العديدة أو نتيجة لهذا الوضع السيئ سياسياً واقتصادياً ومادياً وغيرها مما أضعف دور المراقبين والخبراء في مجال الصحة (المشارك 4: خبر في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

كما يمكن تتبع آلية الاستجابة للاحتياجات الإنسانية وتشمل الصحة عبر خطة الاستجابة الإنسانية (HRP) التي تستند على اللوحة العامة للاحتياجات الإنسانية (HNO)، وهذا بالتنسيق مع مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) والذي يعمل بحيادية مع جميع الأطراف في دول الصراع والنزاعات السياسية (UN OCHA 2022).

لكن ورغم التقييم المنهجي المستمر للاحتياجات الإنسانية، فإن دعم المانحين للخطط الإنسانية في تفهقر مستمر وهناك عجز دائم في تلبية الموازنة المطروحة للتدخلات الأساسية والطارئة، لذا لا يتم شمل أي برامج تنمية مُستدامة عند التخطيط ورفع الاحتياجات. وأشار خبر في الصحة العامة:

لم يكن هناك تقنين وتشريع لاستخدام الأموال الطائلة التي قدّمها المانحون منذ بداية الحرب وحتى العام 2021 والتي تُقدّر بحوالي 21 مليار دولار وكان نصيب الصحة منها حوالي 8 مليارات دولار. لكن للأسف 80% من هذه الأموال تذهب نفقات تشغيلية ومرتبّات وأجور للخبراء و20% تذهب للمواطن. حتّى أن هذه النسبة لا تصل للمواطن بشكل كامل (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكّان 2022).

يرتكز عمل الكتل مثل كتلة الصحة، كتلة التغذية، كتلة المياه والصرف الصحي... إلخ على تلبية الاحتياجات الإنسانية العاجلة والطارئة في الدول التي تعاني من الصراع. ولقد أشار المبحوثون إلى سلبيات وإيجابيات هذه الآلية وكانت كالتالي:

إيجابية الكتل تتلخّص في كونها ليست مركزية حيث تسهّل إيجاد قاعدة مشتركة بين الناس والواقع. اللامركزية لا بد وأن يتمّ التجهيز لها. حقيقةً، لم يتمّ تقييم تجربة الكتل لكن أعتقد أنها أفضل من أن تكون مركزية. عمل الكتل يمتد من القاعدة إلى الأعلى وهي أقرب وأكثر معرفة بمشاكل المجتمع. الاستجابة عبر الكتل يساعد على بناء نظام متعدّد القطاعات إلى حدّ ما. تتمحور سلبيات الكتل في أنها غير واضحة، أحياناً نحتاج لتوضيح الخطط والتنسيق (المشارك 1: خبير في الصحة الإنجابية- منظمة غير حكومية 2022).

الكتل هذه تقليعات أتت بها منظمات الأمم المتحدة. ليس من المنطقي أن الشخص الذي يموّل الخدمة هو الشخص الذي يستعرض نتائجها دون إقرار من الجهة المستفيدة من الخدمة، فما الذي يضمن بأن هذه النتيجة المعروضة في الاجتماعات الروتينية صحيحة وحقيقية وواقعية. كما أن دور وزارة الصحة العامة والسكّان مُغيّب دائماً (المشارك 3: خبير في الصحة العامة -وزارة الصحة العامة والسكّان 2022).

الاستنتاج و التوصيات

تولي الاتجاهات العالمية للعقد الأخير من عام 2030 مزيدًا من الاهتمام للتنفيذ الفعال لإدارة الجودة التي تعزز الربح المستدام بدلاً من استراتيجيات المواجهة السلبية في البلدان النامية والتي تعاني من النزاع، مثل اليمن. إن تعزيز النظام الصحي من خلال تحسين جودة البرامج والتدخلات الصحية مطلوب لتحقيق أهداف التنمية المستدامة. لذلك، فإن دعوة جميع الأطراف المتنازعة في اليمن لوقف الحرب وتعزيز بناء الدولة ضرورة ملحة لإعمال الحق في الصحة.

- دراسة الاحتياجات الصحية للسكان بحسب المنطقة والخروج برؤية واضحة للعمل على الأولويات الصحية من قبل صنّاع القرار في وزارة الصحة العامة والسكان، وزارة التعليم العالي، المراكز البحثية، والسلطات في المحافظات والمجالس المحلية والشركاء والمانيين.
- تعزيز دور النظام الإحصائي لرصد المؤشرات الصحية من خلال التزام جميع الأطراف، سواء قيادات على مستوى البلد أو شركاء أو مانيين، في استخدام منهجية وآلية موحدة لجمع البيانات ورصد المؤشرات والأرقام.
- تشكيل لجان استشارية من ذوي الخبرة في القطاعات المتعددة (وزارة الصحة العامة والسكان، وزارة المالية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي) للخروج برؤية استراتيجية واضحة للمرحلة المقبلة. ووضع أهداف قابلة للتنفيذ من قبل صنّاع القرار على المدى القصير والطويل.
- تعزيز دور الرقابة والإشراف والتقييم والمتابعة وقياس الأثر من قبل وزارة الصحة العامة والسكان.
- تعزيز دور الرصد والتقييم والمساءلة من قبل مجلس النواب، وزارة الصحة العامة والسكان، الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة، والمجالس المحلية.
- تعزيز وتطوير إدارة البحوث في وزارة الصحة العامة والسكان لدراسة الوضع الصحي من خلال البيانات الموثوق فيها. وعلى دائرة البحوث تحليل البيانات وتحليل المؤشرات وتحديد التدخلات بناءً على تلك المؤشرات.
- تكثيف الجهود من قبل وزارة الصحة والسكان لدعم البرامج التدريبية للكوادر الصحية في المرافق الصحية وخارج الجدران (القبائل) بشكل دائم ومستمر. بالإضافة إلى دعم برنامج التثقيف الصحي والحقوق الصحية للمواطنين.
- تعديل القوانين والتشريعات للحدّ من التعارض مع ما تقوم به الدولة.
- عمل اللوائح والضوابط القانونية للمستشفيات بقطاعها الحكومي والخاص والحدّ من المتاجرة في العمل الطبي.
- إعادة النظر في التشريعات والقوانين وتصويب رؤيتها المتعلقة في الحق في الصحة، على سبيل المثال قانون الأحوال الشخصية المادة (15) المتعلقة بتحديد سن الزواج.

- دمج كافة الأنشطة الخاصة بحملة لقاح كوفيد 19- أو أي حملات تحصين لجائحة محتملة الحدوث ضمن البرنامج الوطني للتحصين.
- تفعيل الخطط الوطنية المتعلقة بالصحة العقلية وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي.
- ايجاد آليات شفافة ضابطة وواضحة لعملية التسيير والاستخدام الأمثل للمساعدات والهبات والقروض التي تُمنح للصحة، بالإضافة إلى تشجيع الإدخال التدريجي لنظام التأمين الصحي الوطني، وأنشاء صندوق مستقل لدعم الصحة.

المراجع

- الأمم المتحدة. 2019. "التوقعات السكانية العالمية ومؤشرات التنمية العالمية، وبيانات منظّمة الصحة العالمية غير متاحة بعد عام 2015."
- الأمم المتحدة. 1948. "الإعلان العالمي لحقوق الإنسان." مادة 25.
- الدستور اليمني. 1991. "الباب الأول (أسس الدولة): الفصل الثالث (الأسس الاجتماعية والثقافية)." المواد (30،33،35). الباب الثاني (حقوق وواجبات المواطنين الأساسية) المواد (55،56).
- المركز الوطني للمعلومات. 2014. "الاتفاقيات الدولية والإقليمية التي وقّعت عليها اليمن." [رابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الأمم المتحدة للسكان. 2016-2018. "مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في الجمهورية اليمنية."
- لجنة الإنقاذ الدولية. 2020. "تأثير جائحة كورونا في الأزمات الإنسانية: حالة طوارئ مزدوجة."
- الجهاز المركزي للإحصاء. 2014. "مسح ميزانية الأسرة."
- الجهاز المركزي للإحصاء. 2000-2017. "كتاب الإحصاء السنوي."
- البنك الدولي. 2020. "مشروع التصدي لجائحة كورونا (كوفيد-19) في اليمن (P173862)" [رابط](#).
- إدارة تنسيق المخيمات. 2021. "النشرة الإخبارية الخاصة بالمجموعة القطاعية لتنسيق وإدارة المخيمات في اليمن."
- رويترز. 2022. "التضخم في اليمن عند أعلى مستوى في تاريخه." [رابط](#).
- كوم بيسون وآخرون. 2020. "الوفيات الزائدة أثناء جائحة كورونا في محافظة عدن باليمن: تحليل جغرافي مكاني وإحصائي." [رابط](#).
- مسوّدّة الحوار الوطني اليمني. 2014. "الباب الأول (الأسس العامة): الفصل الثالث: الأسس الثقافية والاجتماعية المادة (43). "الباب الثاني (الحقوق والحريات) الحقوق الاقتصادية والاجتماعية المواد (102،107،121،122)." [رابط](#).
- منظّمة مواطنة لحقوق الإنسان وأطباء من أجل حقوق الإنسان. 2020. "الأطراف المتحاربة في اليمن تعتدي على ما لا يقل عن 120 مرفقاً صحياً والعاملين فيها"، 18 مارس / آذار 2020.
- نوشاد والسقاف. 2021. "يمكن أن تكون معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابة بفيروس كورونا مضلّة للغاية في البلدان الفقيرة ذات الموارد الضعيفة: حالة اليمن." نُشر على شبكة الإنترنت قبل الطبع يوم 8 يناير/كانون الثاني. علم الأحياء الدقيقة السريرية والعدوى. [رابط](#).

- Al Serouri, A.W., et al. 2012. "Findings from a Needs Assessment of Public Sector Emergency Obstetric and Neonatal Care in Four Governorates in Yemen: A Human Resources Crisis." *Reproductive Health Matters*, 20: 122–8.
- Aulaqi, A. 2014. "On the Edge: The Challenges of Yemen's Healthcare System." Chapter 12. In: Lackner H (ed). *Why Yemen Matters*. London: SAQI books.
- Alshaibani, K.M. 1998. "Effects of Introduction of Cost Recovery System in the HUPHCP on Utilization of Preventive Health Services." MPH Thesis, Royal Tropical Institute (KIT). The Netherlands.
- Alaswadi, L. F. 2013. "Factors Influencing Access and Utilization of Healthcare Services in Yemen." Presented at the 49th International Course in Health Development. September 19, 2012 - September 6, 2013. KIT (ROYAL TROPICAL INSTITUTE) Development Policy & Practice/ Vrije Universiteit Amsterdam.
- Anbori, A., et al. 2010. "Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a Yemen." *International Journal for Quality in Health Care*. [Link](#).
- Bawazir, A.A., et al. 2013. "Distribution and Utilization of Curative Primary Healthcare Services in Lahej, Yemen." *Public Health*, 127: 867–71.
- CSO. 1999. "Household Budget Survey for 1998." Central Statistical Organization, Sana'a, Republic of Yemen.
- Dureab, F., et al. 2019. "COVID-19 in Yemen: Preparedness Measures in a Fragile State." *The Lancet Public Health*, 5(6): e311.
- El Bcheraoui, C., Jumaan, A.O., Collison, M.L., Daoud, F., & Mokdad, A. H. 2018. "Health in Yemen: Losing Ground in War Time." *Globalization and Health*, 14(1): 42.
- FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO (2016-2018). "The State of Food Security and Nutrition."
- Gericke, C., et al. 2005. "Towards a National Health Insurance System in Yemen Part 1: Background and Assessments."
- Health Resources and Services Monitoring System – HeRAMS. 2020. "Preliminary with 15 Gobs Updated Only Draft." [Link](#).
- Health Resources and Services Monitoring System – HeRAMS (2018-2019). [Link](#).
- Integrated Food Security Phase Classification (IPC). 2022. "Yemen Acute Food Insecurity and Acute Malnutrition Analysis." [Link](#).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2022. "Yemen Profile." [Link](#).

- International Committee of the Red Cross (ICRC). 2022. "Health Crisis in Yemen." [Link](#).
- Ministry of Planning and International Cooperation (MOPIC). 2003. "Yemen Millennium Development Goals Report 2003 [Online]." MPIC, Sana'a, Yemen. [Link](#).
- Ministry of Public Health and Population (MOPHP), Central Statistical Organization (CSO) [Yemen], Pan Arab Program for Family Health (PAPFAM), ICF International. 2015. "Yemen National Health and Demographic Survey 2013." [Link](#).
- MoPHP. 2010. "National Health Strategy 2010-2015."
- MoPHP. 2000. "Health Sector Reform in the Republic of Yemen." Strategy for Reform. MoPHP. Sana'a, Yemen.
- Okasha, A., Karam, E, & Okasha, T. 2012. "Mental health services in the Arab World." World Psychiatry, 11: 52–4.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2014. "Status of Ratification of 18 International Human Rights Treaties (Yemen)." [Link](#).
- Qirbi, N., & Ismail, S. A. 2017. "Health System Functionality in a Low-income Country in the Midst of Conflict: The Case of Yemen." Health Policy and Planning, 32(6): 911-22.
- Transparency International (2015). "Corruption Perceptions Index 2015." [Link](#).
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. "Global Action Plan on Child Wasting."
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2013. "Data and Analytics Section based on the 2013 Yemen Demographic and Health Survey."
- UNICEF. 1998. "Children and Women in Yemen: A Situation Analysis."
- United Nations Division for Public Administration and Development Management (UN DPADM). 2004. "Republic of Yemen: Public Administration Country Profile. United Nations Division for Public Administration and Development Management (DPADM) and Department of Economic and Social Affairs (DESA)." [Link](#).
- United Nations Office of the Resident Coordinator and Humanitarian Coordinator (UN OCHA) for Yemen. 2023. "Humanitarian Needs Overview Yemen 2023." [Link](#).
- UN OCHA. 2022. "Humanitarian Needs Overview Yemen 2022." [Link](#).
- UN OCHA for Yemen. 2022. "Humanitarian Response Plan: Yemen 2022." [Link](#).

- UN OCHA for Yemen. 2020. "The Ministry of Health in Aden Confirms the First Case of COVID-19 in Yemen." United Nations. [Link](#).
- UN OCHA for Yemen. 2016. "Middle East and North Africa: Crises in Focus - An Overview of Humanitarian Needs in the Region." [Link](#).
- USAID. 2006. "Yemen Corruption Assessment." [Link](#).
- Webair, H. H., et al. 2015. "Assessment of Patient Safety Culture in Primary Care Setting, Al-Mukala, Yemen." BMC Family Practice, 16: 1.
- Woodward, A., Sondorp, E., Witter, S., & Martineau, T. 2016. "Health Systems Research in Fragile and Conflict-affected States: A Research Agenda-setting Exercise." Health Research Policy and Systems, 14: 51.
- World Economic Forum. 2021. "Global Gender Gap Report."
- World Food Program. 2014. "Comprehensive Food Security Survey – Yemen." [Link](#).
- World Bank. 2021. "Policy Note - Yemen Health Sector." [Link](#).
- World Bank. 2010. "Yemen - Governance and Anti-Corruption Diagnostic Survey." Washington, DC: World Bank. [Link](#).
- World Bank. 1998. "The Yemeni Health Care Consumer: Out of Pocket Costs and Health Care Utilization." Human Development Sector. MENA Region.
- Wright, J. 2015. "Essential Package of Health Services Country Snapshot: Yemen." Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- World Health Organization (WHO). 2022. "World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals."
- WHO – GHO. 2022. [Link](#).
- WHO. 2020. "Health Cluster. Protecting Essential Health Services in Yemen."
- WHO. 2019. "Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division."
- WHO – EMRO. 2015. "Yemen Conflict: Situation Report Number 19." [Link](#).
- WHO-EMRO. 2006. "Yemen Health System Profile." [Link](#).
- WHO. 1948. "Constitution of the World Health Organization (PDF)." Geneva. [Link](#).
- Zawiah, M., et al. 2020. "Assessment of Healthcare System Capabilities and Preparedness in Yemen to Confront the Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) Outbreak: A Perspective of Healthcare Workers." Front Public Health, 8: 419.

الحق في الصحة في سياق الأزمات

استعراض العوائق والتحديات أمام تحقيق الحق في الصحة في لبنان

ميسا بارود

باحثة ومسؤولة برامج أولى في شبكة المنظمات
العربية غير الحكومية للتنمية

ميسا بارود هي باحثة ومسؤولة برامج أولى في شبكة
المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، حيث تنسق
رصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان
العربية. ساهمت في عدة مشاريع بحث حول قضايا
اللاجئين، مع التركيز على سبل عيشهم وعلى مسائل
الرعاية الصحية في لبنان.

المقدمة

أثرت الأزمة الاقتصادية الحالية في لبنان، التي تفاقمّت بسبب جائحة كوفيد - 19 وانفجار بيروت في 4 آب/أغسطس، تأثيراً عميقاً على جميع جوانب الحياة، وبالتالي على الظروف المعيشية للكثيرين. وفقدت العملة أكثر من 90% من قيمتها، مع ما يترتب على ذلك من عواقب على القوة الشرائية لمعظم السكان. لا تزال نسبة التضخم مستمرة الارتفاع - ارتفع مؤشر أسعار الاستهلاك العام بنسبة 253,55% من حزيران/يونيو 2022 إلى حزيران/يونيو 2023، وارتفعت أسعار المواد الغذائية والمشروبات غير الكحولية بنسبة 279,54%، في حين ارتفعت تكاليف الرعاية الصحية (بما في ذلك الخدمات والأدوية والمعدات الطبية) بنسبة 284,27% (Central Administration of Statistics [CAS] 2023). بالإضافة إلى ذلك، رفعت الحكومة الدعم عن السلع الأساسية، بما في ذلك بعض [الأدوية والوقود وحليب الأطفال](#). كما تم [زيادة](#) التعريفات الجمركية على الواردات، ممّا أثر على أسعار السلع الأساسية والقدرة على تحمل تكاليفها، مع الإشارة إلى أنّ لبنان يعتمد بشكل كبير على الواردات في معظم السلع، بما في ذلك الأغذية والأدوية.

كشفت هذه الأزمة التي تتفاقم تدريجياً منذ سنوات عن نظام سياسي واقتصادي ضعيف تدعمه طبقة سياسية فاسدة. لقد أدى النهج الاقتصادي الليبرالي، الذي اعتمده لبنان بعد استقلال البلاد، إلى إثراء نسبة صغيرة من السكان، في حين أدى إلى إدامة أوجه اللامساواة. أمّا برامج الرعاية الاجتماعية والحماية الاجتماعية المتاحة فهي مجزأة ومعقدة أو غير فعالة، وما زالت تعزّز الاعتماد على الطبقة السياسية (Proudfoot 2021a, 2021b). علاوة على ذلك، غالباً ما يتولّى القطاع الخاص الخدمات التي من المفترض أن يوفّرها القطاع العام للمواطنين. حتى قبل الأزمة، كانت نوعية الخدمات العامة في لبنان سيئة؛ أمّا في ما يتعلق بالصحة، فكشفت الأزمة عن المشاكل الهيكلية القائمة بالفعل في نظام الرعاية الصحية في لبنان. منذ بداية الأزمة المتفاقمة في نهاية العام 2019 ونوعية الخدمات العامة آخذة بالتدهور، في حين لا تزال القضية الأخرى غير العاصمة بيروت وجزء من جبل لبنان تشهد قصوراً في النمو. وبالفعل، تأثر الأشخاص الأكثر ضعفاً بشكل خاص بالعواقب الكبرى التي أسفرت عنها الأزمة في لبنان (Bourhrous 2021).

وفي هذا السياق، يهدف هذا التقرير إلى تسليط الضوء على تأثير الأزمة الاقتصادية المستمرة في لبنان وضعف الخدمات العامة على صحة الأفراد والحق في الصحة للجميع في البلاد. ويستعرض التقرير قضايا متداخلة (مُحدّدة) تؤثر على إعمال الحق في الصحة، مع التركيز على القضايا المتعلقة بالوصول إلى الرعاية الصحية وإدارتها. ويقدم التقرير أيضاً لمحة موجزة عن تطور النظام الصحي في لبنان. واستناداً إلى النتائج، يُختتم التقرير بتوصيات لتسهيل إعمال الحق في الصحة للجميع في لبنان. يعتمد التقرير بالدرجة الأولى على مراجعة الأدبيات المتاحة والبيانات الثانوية (ستتم مناقشة محدودة هذه البيانات في قسم لاحق من هذا التقرير).

نبذة تاريخية عن نظام الرعاية الصحية في لبنان وتطوره

يسلّط تطوّر نظام الرعاية الصحية في لبنان، الذي امتدّ من فترة ما قبل استقلاله في العام 1943 وحتى بداية الحرب الأهلية في العام 1975، الضوء على التفاوتات الإقليمية الكبيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم الطبي، وعلى نمو القطاع الخاص، وعلى التركيز على الأمراض المُعدية والعوامل ذات الصلة، وذلك تماشيًا مع التقدم الطبي في ذلك الوقت. أدّت الإصلاحات والتشريعات ذات الصلة بالصحة العامة التي تمّ اعتمادها في خلال هذه الفترة إلى إنشاء نظام مركزي بيروقراطي للغاية، يميّز بالازدواجية وعدم الكفاءة. كما عزّزت الإصلاحات زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في خدمات الرعاية الصحية، فعمّقت بذلك التفاوتات في النظام وعدم المساواة بين المجتمعات، ممّا أدّى إلى تداعيات على الحق في الصحة في لبنان حتّى يومنا هذا. ونظرًا لمحدودية الكتابات حول تاريخ الصحة العامة في لبنان، يعتمد هذا القسم بشكلٍ كبير على بعض الأعمال الرئيسية (راجع & Kronfol Bashshur 1989; Kronfol 2006; Ammar 2003; Ammar 2009).

الرعاية الصحية قبل الحرب الأهلية

وضعت الفترة الممتدة من الانتداب الفرنسي حتى الاستقلال في العام 1943 أسس خصصة قطاع الرعاية الصحية، ممّا أدّى إلى عدم المساواة بين السكان في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. في العام 1918، تم إنشاء أول دائرة للصحة في لبنان ككيان ضمن وزارة الداخلية (Kronfol & Bashshur 1989). لم تستثمر الإدارة الفرنسية الكثير في مجال الصحة خلال فترة انتدابها، بل عزّزت توفير الرعاية الصحية من خلال البعثات والقطاع الخاص (Abi-Rached & Diwan 2022). وتماشياً مع إدارة الدولة الفرنسية، أصبح نظام الرعاية الصحية في لبنان بيروقراطياً ومركزياً للغاية. تم إنشاء مؤسستين تعليم طبي نخبويتين تديرهما البعثات الغربية في خلال ذلك الوقت، لتكون بمثابة «منظمات تطوعية خاصة». قامت الكلية البروتستانتية السورية (وهي اليوم الجامعة الأميركية في بيروت) والجامعة اليسوعية (القديس يوسف) الواقعة في العاصمة بيروت، بفرض رسوم على القادرين على الدفع وتوفير الرعاية المجانية للفقراء. بالإضافة إلى ذلك، تم إنشاء العديد من المستشفيات الخاصة الصغيرة التي تهدف إلى الربح خلال هذه الفترة، والتي كانت تقدم خدماتها للمرضى الخاضعين من الطبقتين المتوسطة والعليا (Kronfol & Bashshur 1989).

في العام 1932، صدر قانون الصحة الذي ينصّ على أن تكون بلدية بيروت الجهة الوحيدة التي تقدّم الخدمات العامة ضمن نطاقها، بما في ذلك الصحة، ممّا أدّى إلى تقليص دور الوزارة إلى حدّ كبير. وركّز القانون على «حماية الصحة العامة» وبشكلٍ أساسي على «الصرف الصحي البيئي والحجر الصحي ومكافحة الأمراض المُعدية». وقد أدّى إصدار هذا القانون إلى عرقلة إجراءات إصلاح الرعاية الصحية على المستوى الوطني (Kronfol & Bashshur 1989, p. 379)، ممّا سهّل التنمية في بعض المناطق

(مثل العاصمة) على حساب مناطق أخرى. لم تتأسس وزارة الصحة والإغاثة العامة في لبنان إلا في العام 1943، بعد الاستقلال عن فرنسا، لتكون مسؤولة عن «الإشراف والتنسيق والتشريع وتعزيز الصرف الصحي البيئي ومكافحة الأمراض المُعدية» (Kronfol & Bashshur 1989, p. 380).

ابتداءً من الخمسينيات، ونتيجةً للركود الذي شهده لبنان، بدأت الوزارة في تقديم المساعدة العامة وأسست شبكة من المستشفيات الحكومية مخصصة للفقراء حصرياً بلغ عددها 21 مستشفى بحلول العام 1971. ومع ذلك، بقيت عدة مناطق في البلاد من دون مستشفيات حكومية (Kronfol & Bashshur 1989). لم ينحصر أثر إنشاء المستشفيات المخصصة «للفقراء حصرياً» بتعزيز التفاوتات الإقليمية والتجزئة فحسب، بل قد يكون ساهم أيضاً في نشر الاختلافات الطبقيّة. وكما سُئلت في الخمسينيات تشريعات تتعلق بالموارد البشرية في مجال الصحة والصحة العامة، بما في ذلك تلك التي تنصّ على ترخيص شهادات العاملين في مجال الرعاية الصحيّة بهدف تعزيز قطاع الصحة العامة (Kronfol & Bashshur 1989).

وبسبب الاحتجاجات التي عمّت البلاد في العام 1958، تم إدخال عددٍ من الإصلاحات المتعلقة بالصحة حتى منتصف الستينيات من خلال خطة وضعها "المركز الدولي للتدريب والبحوث من أجل التنمية المتكاملة والمنسقة" (IRFED). استهدفت الإصلاحات القطاع الصحي، من بين قطاعات أخرى، لضمان تنمية "الإمكانات البشرية" للجميع في أرجاء البلاد، ولا سيما لأولئك الذين يعانون من الضيق الاقتصادي (Kronfol & Bashshur 1989, p. 382). واستندت الإصلاحات إلى نتائج دراسة اجتماعية واقتصادية أجراها مركز IRFED سلّطت الضوء على تفاوتات إقليمية كبيرة في المعايير الصحية، والبنية التحتية للصرف الصحي، وأوضاع التعليم، وظروف السكن في جميع أنحاء البلاد، وظروف المعيشة السيئة لنسبة كبيرة من السكان، بما في ذلك في جيوب معينة داخل بيروت، مع تداعيات مباشرة على الصحة العامة (Merhej 2021)، وعلى أعمال الحق في الصحة، خاصة للمجموعات الفقيرة ومن يعيشون خارج العاصمة بيروت وبعض مناطق جبل لبنان. في العام 1959، أنشأت الحكومة مكتب التنمية الاجتماعية، المكلف تعزيز «الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية وتنمية المجتمع» نحو الانتعاش الاجتماعي وضمان المشاركة المجتمعية، والاعتراف «بدور المرأة في مجال الصحة والرعاية» (p. 382)؛ كما تمّ بذل الجهود لبناء شراكات مع القطاع الخاص (Kronfol & Bashshur 1989).

وشملت الإصلاحات الأخرى المتعلقة بالصحة التي تمّ إدخالها في خلال هذه الفترة، إنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (NSSF) في العام 1963 تحت إشراف وزارة العمل. يُعدّ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي شكلاً من أشكال التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات والذي يقدم تعويض نهاية الخدمة للمواطنين اللبنانيين العاملين رسمياً في القطاع الخاص، كما يغطي تعويضات المرضى (السارية اعتباراً من العام 1971) والأمومة والأسرة. وكان من المفترض أن يضاف فرع حوادث العمل والمخاطر المهنية، ولكن لم يتمّ تفعيله مطلقاً (Centre for Social Sciences Research & Action [CeSSRA] 2022; Osmat 2023). وفي العام 1963، بدأ توفير الضمان الاجتماعي لموظفي القطاع العام، ومن ضمنه تغطية الرعاية الصحية، من خلال إنشاء تعاونيات لموظفي الخدمة المدنية وقوات الأمن والعسكريين (CeSSRA 2022). في المجمل، هناك ستة صناديق تأمين اجتماعي للعاملين القطاع العام في لبنان، ممّا أدى إلى تجزئة النظام؛ وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وتعاونية موظفي الخدمة المدنية التي تغطي موظفي القطاع العام، وأربع تعاونيات تغطي الجيش، وقوى الأمن الداخلي، وقوى الأمن الخاصة وقوى الأمن العام (Ammar 2003; El-Jardali et al. 2023a).

وشهدت هذه الفترة أيضًا تعزيز الرعاية الصحية الأولية من خلال إنشاء شبكة إشارات إقليمية تسهّل عملية الوصول إلى الرعاية الأولية والثانوية والثالثة عبر القطاعين العام والخاص (Kronfol & Bashshur 1989). وأدى إدخال مبدأ الرسوم مقابل الخدمات² من قبل الهيئات الحكومية (مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونيات موظفي الخدمة المدنية) إلى جانب ضعف الآليات التنظيمية إلى انتشار المستشفيات المملوكة من القطاع الخاص والإفراط في اللجوء إلى الخدمات. بالتوازي مع ذلك، التزمت وزارة الصحة بدورها في الإشراف والتشريع ومراقبة الجودة والتخطيط الصحي ورعاية الفقراء على النحو المنصوص عليه في مرسوم العام 1961 الذي يُعنى بتنظيم عمل وزارة الصحة العامة (MoPH). ومع ذلك، واصلت الوزارة تقديم الرعاية عبر مرافقها وتمويل رعاية المرضى في المرافق الخاصة في الوقت عينه (Kronfol & Bashshur 1989).

وقد أحبط مستوردو الأدوية محاولات تنظيم قطاع الدواء في لبنان في نهاية الستينيات (في ذلك الوقت، كانت تحتكر أربع شركات استيراد الأدوية)، وأوقفوا اعتماد القرار 361/1971 والتعميم 411 الذي اقترحه وزير الصحة آنذاك إميل بيطار. وكان يهدف القرار والتعميم إلى ضبط أسعار الأدوية المستوردة عبر وضع حدٍّ أقصى لهامش الربح وتنويع الأدوية المستوردة وضمان جودتها ودعم نمو الصناعة المحلية. وقد بالغ مستوردو الأدوية آنذاك في أسعارهم وساهموا في فرض رسوم جمركية مرتفعة على المواد والمعدات اللازمة لإنتاج الأدوية محليًا، ما أعاق الصناعة المحلية (Merhej 2021 / Boutros 2021). ومن المرجح أن سبب حدوث أزمة الأدوية في لبنان اليوم هو خسارة هذه «المعركة» فبات قطاع الأدوية محتكرًا من قبل قلة قليلة ونتاج عنها تسعير أدوية غير خاضع للرقابة كما هو موضح أدناه. كما أدت إلى استقالة إميل بيطار (Boutros 2021).

الحرب الأهلية في لبنان وإعادة الإعمار بعد الحرب

وقد باءت محاولات تحسين قطاع الرعاية الصحية العامة في لبنان خلال الستينيات بالفشل في خلال الحرب الأهلية (1975-1990). وأسفرت الحرب عن تدمير هائل للبنى التحتية ومرافق الصحة العامة وأثّرت على القطاعين العام والخاص. وغادر عددٌ كبيرٌ من مقدّمي الرعاية الصحية البلاد سعيًا إلى فرص أفضل وأكثر أمانًا (Kronfol & Bashshur 1989). واعتمدت وزارة الصحة العامة والجهات الحكومية الأخرى، مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بشكل متزايدٍ على القطاع الخاص لتوفير الرعاية للسكان، مما أدى إلى استنزاف الاحتياطيات والمخزونات نتيجة الدمار الشديد الذي لحق بالمرافق الصحية في القطاع العام (Ammar 2003; Kronfol 2006; Kronfol 2003). وأدى غياب التنظيم في القطاع في الوقت نفسه إلى «تضخم في أسعار كافة أنواع الخدمات الصحية» (Kronfol & Bashshur 1989, p.386).

وازدهر القطاع الخاص خلال الحرب، حيث تمّ تطوير أكثر من 50 مستشفى خاص جديد في خلال السنوات القليلة الأولى منذ اندلاع الحرب، بهدف الحصول على الأموال العامة (Kronfol & Bashshur 1989). وارتفع الإنفاق العام على الرعاية الصحية الخاصة للمرضى من 10% في موازنة الوزارة في العام 1970 إلى أكثر من 80% في التسعينيات (Ammar 2003; Kronfol 2006). وتدهورت الرعاية الصحية بشكلٍ كبيرٍ خارج العاصمة بيروت، وخاصة في المناطق الفقيرة، حيث نتج عن الطبيعة البيروقراطية والمركزية الشديدة للنظام (عبر وزارة الصحة العامة) توقّف عمل المؤسسات العامة. إضافةً إلى ذلك، أدّى النقص في مقدّمي الرعاية الصحية إلى خلق مساحة للأحزاب السياسية والميليشيات المسلحة للاستحصال على أصوات الناخبين من خلال تزويدهم بالأدوية والرعاية الصحية البسيطة أو الطارئة (Kronfol & Bashshur 1989).

² Fee-for-service reimbursement scheme

كما دُمّرت الحرب أنواعًا أخرى من البنى التحتية العموميّة، بما في ذلك البنية التحتية للاتّصالات والطّاقة والنّقل والمياه والتعليم (البنك الدولي 1994) - وكلّها مُحدّدات للصّحة. كما شَرّدت وهجّرت مئات الآلاف، بمن فيهم الأفراد ذوي المهارات العالية (Stewart 1996). تَقَّت عمليّة إعادة الإعمار بعد الحرب الأهلية في المقام الأوّل عبر تمويلات خاصّة - بشكلٍ رئيسي للعقارات (Stewart 1996) والقروض من مؤسسات التمويل الدوليّة كالبنك الدولي بهدف إعادة بناء البنى التحتية كالمرافق التعليميّة والصّحيّة (Kronfol 2006; World Bank 1994). وتركّزت معظم جهود إعادة الإعمار (والتمويل) في العاصمة بيروت وفشلت في معالجة الفوارق الإقتصادية (Stewart 1996). ويشيب التنمية في قطاعي الصّحة والتعليم بعد الحرب الأهلية عدم التكافؤ من حيث التنمية الإقليميّة وغياب المساواة الاجتماعيّة (Makdisi 2007)، الأمر الذي عزّز التفاوتات الإقليميّة التاريخيّة واتّسع عدم المساواة في قطاع الصحة.

نظام الرعاية الصحية الحالي

وصف فان ليربيرج وآخرون (2018) مؤخرًا "الاستغلال التجاري" الحاصل في قطاع الرعاية الصحية في لبنان، إذ تتأثر الرعاية والخدمات بديناميكيات العرض والطلب "التي تقع تحت سيطرة جماعات الضغط والمحسوبية السياسية" (p. 15). إلى جانب نمو القطاع الخاص غير المنضبط، تقف مصلحة الطبقة السياسية الراسخة دون التحول نحو نظام أكثر عدلاً. ولا يزال القطاع الخاص يهيمن اليوم على نظام الرعاية الصحية في لبنان، في حين يعاني القطاع العام رداءة الجودة ونقص التمويل (Ministry of Public Health [MoPH] & World Health Organization [WHO] 2022a; El-Jardali et al. 2023a). وعلى مستوى الحوكمة، تُعدّ المؤسسات وآليات المساءلة ضعيفةً (El-Jardali et al. 2023a). كما تُعدّ الرعاية الصحية في لبنان علاجيةً على نحو أساسي، وترمي إلى الاستشفاء والرعاية الثانوية والثالثية (Ammar 2009; Hemadeh et al. 2019a). يضمّ لبنان 137 مستشفى تابعة للقطاع الخاص مقابل 29 منها للقطاع العام (MoPH 2023)، كما نجد 86% من الأسرة متوفرة في مستشفيات القطاع الخاص (Van Lerberghe et al. 2018).

بلغ الإنفاق على الصحة 7.95% من الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020، وتُعدّ هذه النسبة الأعلى في المنطقة العربية وتتخطى المعدّل الإقليمي البالغ 5.32%. ومع ذلك، تمّ تخصيص 3.27% فقط من ميزانية الدولة لوزارة الصحة العامة في العام نفسه (**الجدول رقم 1**)، 10.10% أقلّ من العام السابق. في العام 2017، جرى تخصيص الجزء الأكبر من ميزانية وزارة الصحة العامة لتعويض المستشفيات المتعاقدة والرعاية العلاجية (45.1%) ولتغطية الأدوية (27.2%)⁴. فضلًا عن ذلك، جرى تخصيص ما يقلّ عن 10% من الإنفاق على الصحة العامة لتغطية الخدمات الأولية والوقائية (ESCWA 2021). كما تموّل مجموعة من الهيئات الأخرى قطاع الصحة، بما في ذلك وزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة العمل في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ووزارات أخرى في حالة التعاونيات العسكرية والمدنية، ما يزيد من التجزئة (MoPH & WHO 2022b; International Labour Organization 2020). ([ILO] 2020).

استحدثت وزارة الصحة العامة مجموعةً من الإصلاحات في خلال التسعينيات وأوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين لخفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصة. فركّزت وزارة الصحة العامة جهودها الرئيسية على خفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصة على الرعاية الطبية اليومية والأدوية. وشملت الإصلاحات الأخرى تحديد تسعيرات موحّدة للاستشارات وبعض الإجراءات الطبية، فضلًا عن التسعير القائم على الأداء، وخفض أسعار الوحدات، ووضع حدود مالية قصوى للمستشفيات (Lerberghe et al. 2018). نجحت هذه الإصلاحات في خفض الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصة من 57.79% في العام 2000 إلى ما يقدر بحوالي 38.28% في العام 2018 (World Bank جد 2023a). في المقابل، بحلول العام 2020، ارتفعت نسبة الإنفاق المدفوع من الجيوب الخاصة إلى 44.2% (منظمة الصحة العالمية 2023، انظر الجدول رقم 1)، ربما نتيجة لانخفاض قيمة الليرة اللبنانية وتقلص التغطية من قبل صناديق التأمين الاجتماعي ذات الصلة علمًا أنّ الصناديق الستة كآفة مفلسة بحكم الأمر الواقع، ورفع الدعم عن الأدوية (Medecins sans Frontières 2022; Isma'eel et al. 2020; Amnesty 2023). في العام 2022،

³ بالمقارنة، بلغت نسبة الإنفاق العسكري في موازنة الدولة للعام 2020 14.61%.

⁴ البيانات مبنية على الحسابات الصحية الوطنية للعام 2017، وهي متاحة على [الرابط التالي](#).

تشير تقديرات منظمة أطباء بلا حدود إلى أنّ المرضى كانوا يغضّون ما يصل إلى 90% من نسبة نفقات المستشفى من أموالهم الخاصة. علاوةً على ذلك، بدأت المستشفيات الخاصة في دولة رسومها، ما يؤثر بشكل كبير على الأفراد الذين لا يستطيعون تحمّل تكاليف الرعاية الصحيّة. ووجد تقييم إرشادي سريع أجرته اليونيسف في شهر نيسان/ أبريل 2023، أنّ 75% من الأسر المشاركة في الدراسة قامت بتخفيض الإنفاق على الصحة كوسيلة لمواجهة الأزمة (UNICEF 2023).

كما بذلت وزارة الصحة العامة جهودًا كبيرة لتعزيز شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة في لبنان، بهدف ضمان إتاحة الرعاية الصحيّة للفقراء على نطاق أوسع وبأسعار معقولة (Van Lerberghe et al. 2018). في العام 2021، شملت الشبكة 258 مركزًا للرعاية الصحيّة الأوليّة، يقع معظمها في محافظتي جبل لبنان (71 مركزًا) والشمال (40 مركزًا). يدير القطاع الخاص والمنظمات غير الحكوميّة ما يقرب من 70% من مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في الشبكة، وتقوم وزارة الصحة العامة بدورها بتسديد تكاليف هذه الأخيرة على أساس نظام تقاعد قائم على الأداء والجودة (MoPH 2023)، في حين أنّ وزارة الشؤون الاجتماعية وبعض الجمعيات تدير المستوصفات، ولا ترتبط بوزارة الصحة العامة على نحو مباشر. يُظهر البحث الأخير الذي أجرته كاميت (2019) حول شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة في لبنان مدى تجذّر المنظمات السياسيّة والدينيّة في نظام الرعاية الاجتماعيّة في لبنان، إذ كانت تشغل حوالي 25% من مراكز الشبكة في العام 2019. وفي ظلّ غياب مؤسسات الرعاية الصحيّة عالية الجودة تديرها الدولة، يلجأ الأفراد أصحاب الدخل المنخفض إلى الاعتماد على المنظمات السياسيّة والدينيّة لتلبية احتياجاتهم الأساسيّة (بما في ذلك خدمات الرعاية) (Gammett 2019). يُعَدّ الاعتماد على الانتماء السياسي أو الديني لتأمين الاحتياجات الأساسيّة، عاملًا رئيسًا يُعرقّل تحقيق الحقّ في الصحة للجميع في لبنان، وقد يُسهم في تعزيز التمييز في الحصول على الرعاية الصحيّة.

ويُعتبر اللاجئون السوريّون والأسر اللبنانية الضعيفة المستخدمون الرئيسيين لشبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة الوطنية (Hemadeh et al. 2019b). وبالرغم من ذلك، يختار أغلبية اللبنانيين (المقتدرون مادّيًا) اللجوء إلى الرعاية الخارجية من خلال القطاع الخاص (Kronfol 2006; Isma'eel 2020). وتواجه شبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة تحديات عدة تؤثر على جودة الرعاية المقدمة، مثل الافتقار إلى التمويل وسوء الإدارة وضعف المساءلة وآليات الإحالة غير المناسبة، وارتفاع معدل تبدّل الموظفين وصعوبة إدارة سلسلة توريد الأدوية، وقلة الموارد وغيرها (Hamadeh et al. 2023a; El-Jardali et al. 2021). أظهرت دراسة أجراها حمادة وآخرون في العام 2020 نقصًا في عدد الأطباء والممرضات في مجال الطب الأسري، وقيّمت مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في شبكة وزارة الصحة العامة التي بلغ عددها 212 مركز في ذلك الوقت؛ فوجدت أنّ 89% منها كانت تقدم جميع الخدمات المطلوبة وفقًا للمعايير الوطنية، وأنّ 89% منها كانت تمتلك كافّة التجهيزات الأساسيّة اللازمة لتقديم الرعاية. كما أشارت الدراسة إلى تفاوت إقليمي في ما يتعلّق بتوفّر الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحيّة الأوليّة في المدن والريف، إذ تعاني المناطق الريفية من نقص كبير في الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحيّة (Hamadeh et al. 2020). وحدّثت الأزمة الاقتصاديّة من تمويل وزارة الصحة العامة بشكل أكبر، مما أدّى إلى تقييد قدرة الوزارة على استيراد الأدوية والمساعدات الأساسيّة والمعدات الضرورية لشبكة الرعاية الصحيّة الأوليّة. كما حدّ التمويل المقيد من قدرات مرافق الرعاية الصحيّة على تأمين المياه والكهرباء التي تعتبر ضرورية للتشغيل. وبالتالي، لم تكمل الجهود المبذولة لتقليل التفاوتات وتسهيل حصول الفئات الأكثر ضعفًا على الخدمات الأساسيّة من خلال الشبكة بالنجاح المطلق (Hamadeh et al. 2021). لا

تزال المؤسسات الصحية في القطاع العام تفتقر للموارد البشرية المؤهلة للرعاية الصحية وغيرها من الموارد (MoPH& WHO 2022a; El-Jardali et al. 2023a). ووفقاً لوزارة الصحة العامة، توقّر 33.3 و 38.6 ممرضاً وقابلة لكل 10,000 نسمة في لبنان قبل الأزمة في العام 2019 (**الجدول 1**)⁵. فمُنذ ذلك الحين، وبحسب تقديرات [منظمة الصحة العالمية](#)، هاجر حوالي 40% من الأطباء و 30% من الممرضين بحلول شهر أيلول/سبتمبر من العام 2021 (World Health Organization 2021). قد يكون لهذه الهجرة الجماعية للعاملين في مجال الرعاية الصحية تأثيرات سلبية على توفير الرعاية الصحية والوصول إليها، وفي بعض الحالات، فقد أدّت في بعض الحالات إلى إغلاق الأقسام أو الوحدات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الكبيرة في البلاد، من ضمنهم وحدات الرعاية لحديثي الولادة (Ramadan 2022; WHO 2021; UNICEF 2022b). وفي العام 2022، أجرت منظمة اليونيسف تقييماً لعدد الأسرّة المتوقّرة، أظهر انخفاضاً في عدد الأسرّة المتوقّرة في أقسام رعاية الأمهات والأطفال، بما في ذلك قسم العناية المركّزة للأطفال وحديثي الولادة، مما أثر على الوصول إلى الرعاية الصحية والقدرة على علاج الأمهات والأطفال. وكشفت الدراسة أيضاً أن 58% من المستشفيات أبلغت عن نقص في الأدوية، بينما أبلغ 39% منها عن نقص في اللوازم الطبية (UNICEF 2022b). تشمل الأسباب التي أدّت إلى ذلك ما يلي: تجميد التوظيف والقيود المفروضة على الواردات المرتبطة بالأزمة الاقتصادية، كما ورد سابقاً (UNICEF 2022b).

في ظلّ غياب نظام الرعاية الصحية العامة الفعّال بسبب الأزمة الحالية، يقوم عدد من المراكز والجمعيات الصحية الخيرية بسدّ الفجوات من خلال توسيع نطاق التغطية وتقديم الرعاية والأدوية بأسعار مقبولة أو مجاناً للمحتاجين إليها، ولا سيما ناخبهم (تم مناقشة المشاكل المترتبة عن ذلك سابقاً). وبالرغم من ذلك، يقوم عدد كبير من المنظمات غير الحكومية والمنظمات الخيرية السياسية والدينية، والقطاع الخاص الكبير، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (UNRWA)، والمنظمات الدولية، وغيرها، التي تقدم جميعها الرعاية والخدمات، بالإضافة إلى مقدمي الخدمات في القطاع العام بالمساهمة في زيادة التجزئة في النظام (Hamadeh et al. 2021; Kreichati 2020). وقد أدّت التجزئة على صعيد الأنظمة في عدم الكفاءة وعدم الفعالية من خلال ازدواجية الخدمات (Hamadeh et al. 2021; et al. 2019a). أمّا على صعيد السكان، تعيق التجزئة إعمال الحق في الصحة من خلال زيادة التفاوتات وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحيّة، حيث يحصل الأفراد على خدمات ومنافع مختلفة استناداً إلى قدرتهم على الدفع أو تغطيتهم الصحيّة، أو الانتماء السياسي أو الديني. ومن المحتمل أن تؤدّي التجزئة كذلك إلى زيادة تهميش بعض الأفراد، مثل الفقراء أو العمال غير النظاميين، الذين يُستبعدون من خطط التأمين والحماية الاجتماعيّة أو يحصلون على خدمات صحية قريبة وجيّدة محدودة.

⁵ يجب تفسير هذه الأرقام بدقة واعتبار وجود تقديرات مختلفة لإجمالي عدد السكان في لبنان ومن ضمنهم المهاجرين واللاجئين.

جدول 1. مؤشرات النظام الصحي

7.95%	الإنفاق الصحي الحالي، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2020 ^a
3.27%	النسبة المئوية لميزانية وزارة الصحة من ميزانية الدولة (مديرية الصحة العامة والمستشفيات العامة ومختبر الصحة العامة المركزي ضمناً)، 2020 ^b
994	نصيب الفرد من النفقات الصحية الحالية (بالدولار الأمريكي)، 2020 ^a
44.2%	الإنفاق من الجيب الخاصّة على الصحة (كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي)، 2020 ^a
137 (82.5%)	عدد المستشفيات، القطاع الخاص ^c
29 (17.5%)	عدد المستشفيات، القطاع العام ^c
27.3	أسرّة المستشفيات (لكل 10,000 نسمة)، 2017 ^d
86%	النسبة المئوية للأسرّة في المستشفيات الخاصة ^e
33.3	الأطباء (لكل 10,000 نسمة)، 2019 ^c
38.6%	الممرضات والقابلات (لكل 10,000 نسمة)، 2019 ^c
41	أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي في القطاعين العام والخاص، 2012 ^c

a World Health Organization, Global Health Expenditure Database, Lebanon Country Profile: [Link](#).

b Gherbal Initiative, State Budget: [Link](#).

c Ministry of Public Health, Hospitals Directory: [Private](#), [Public](#); Health Indicators: [Link](#).

d World Health Organization, The Global Health Observatory: [Link](#).

e Van Lerberghe et al., 2018: [Link](#).

عدم المساواة في تأمين والحصول على الرعاية الصحية

يشكّل غياب برنامج شامل للحماية الاجتماعية أو تغطية شاملة للرعاية الصحية عائقاً كبيراً أمام إعمال الحق في الصحة للجميع في لبنان، لأنها تؤدي إلى تفاوت في الوصول إلى حصائل الرعاية والصحة بين السكان. ففي حالات الطوارئ، يمكن أن تكون تكلفة الرعاية الصحية كارثية بالنسبة للأسر الفقيرة، لا سيما أنه في العام 2022 لم يكن لدى 51%⁶ من المقيمين في لبنان أي نوع من أنواع التأمين الصحي (Central Administration of Statistics 2022). فإن شبكات الرسمية المتاحة للحماية الاجتماعية لا تشمل العديد من فئات الضعيفة، مثل المتقاعدين والعاطلين عن العمل والمزارعين والمهاجرين واللاجئين والعاملين غير النظاميين. كما نشهد تفاوتات إقليمية في ما تتعلق بتغطية التأمين الصحي، تعكس تفاوت شامل في التنمية في جميع أنحاء البلاد. على سبيل المثال، تبلغ نسبة الأفراد غير المؤمنيين في جنوب لبنان 61.2% وفي بعلبك-الهرمل 59.5%، بينما تبلغ 43.8% في جبل لبنان و47.8% في العاصمة بيروت (Central Administration of Statistics 2022). أمّا اللبنانيون الذين لا يمتلكون أي نوع من التأمين فيمكنهم الحصول على تغطية صحية من خلال وزارة الصحة العامة «كملاذ أخير»، وبدرجة أقل من وزارة

⁶ إن البيانات لا تشمل عقّال المنازل.

الشؤون الاجتماعية (Hemadeh et al. 2019a).⁷ كما يحقّ لعدد محدود من الأسر الفقيرة للغاية الحصول على التغطية الصحية من خلال برامج شبكة الحماية الاجتماعية، مثال البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا (NPTP) والبرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا في حالات الطوارئ (ENPTP)، اللذين يوفران إعفاءات بنسبة 10-15% من المدفوعات المشتركة التي تتطلبها برامج التأمين الأخرى. وتعتبر شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان التي توفر مجموعة شاملة من الخدمات الأساسية، متاحة لكافة المقيمين في البلاد. والجدير بالذكر أن عدد اللبنانيون الذين يلجؤون إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية اللبنانية قد ازداد منذ بداية الأزمة، حيث لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية في القطاع الخاص (Sader 2021). أما بالنسبة لكبار السن، تمتع الوصمة المحيطة بالصحة النفسية، إلى جانب البعد الجغرافي والإعاقة، وصولهم إلى الرعاية الصحية. كما تكون فرص الحصول على تغطية صحية بعد التقاعد محدودة للغاية، في حين تستفيد نسبة قليلة من المعاش التقاعدي (أولئك الذين عملوا في القطاع العام أو في القطاع الخاص الرسمي)، ولكن مع تدهور قيمة العملة، فقد هذا المعاش قيمته؛ وهي مشكلة يعاني منها أيضًا الأشخاص الذين لا يزالون يعملون من حيث قيمة معاشهم. وفي كثير من الأحيان، ترفض برامج التأمين الخاصة بتغطية كبار السن، بحجة أن حالتهم الصحية محفوفة بالمخاطر (MoSA & UNFPA 2021). وأثر الوضع بشكل مباشر على الحالة النفسية لكبار السن في لبنان. وأجرى مركز Phenix ومنظمة HelpAge International (2023) دراسة شملت كبار السن بين صفوف اللبنانيين واللجائين السوريين أظهرت أن المشاركين يعانون من الاكتئاب والقلق والاكتئاب التالي للصدمة بسبب وضعهم المعيشي. ويشعر كبار السن اللبنانيون بالقلق بشأن صحتهم ووصولهم إلى الأدوية، بينما يشعر اللاجئون السوريون من كبار السن بالقلق بشأن قدرتهم على تأمين الطعام والمأوى والدواء (Phenix Center & HelpAge International 2023).

وبالنسبة لغير المواطنين، يمكن لللاجئين الفلسطينيين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، حيث يتم تغطية جزء من تكاليفها من قبل الأونروا وجمعية الهلال الأحمر (UNRWA 2023)، وتغطي تكاليف اللاجئين السوريين شبكة الرعاية الصحية الأولية الوطنية و٣٣ مستشفى متعاقد في جميع أنحاء البلاد. أو مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية (مراكز التنمية الاجتماعية) التي تدعمها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ((UNHCR). على مستوى الرعاية الأولية، يدفع اللاجئون رسم استشاري يتراوح بين ٣٠٠٠ و٣٠.٠٠٠ ليرة لبنانية، حسب الخدمة التي يتلقونها. أما على صعيد الرعاية الثانوية والثالثية، تقدم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تغطية جزئية فحسب للحالات الطارئة التي تهدد الحياة أو تهدد بفقدان الأطراف. تؤخذ بعين الاعتبار بعض الحالات الطارئة التي قد تسبب الوفاة (مثل حالات السرطان التي يمكن علاجها بعمليات جراحية) وذلك حسب الحالة. وتتوفر التغطية في مستشفيات محددة، والأغلبية منها تابعة للقطاع الحكومي (UNHCR 2023)). ويمكن لللاجئين والعمال المهاجرون الحصول على الرعاية من خلال المنظمات الدولية والجمعيات غير الحكومية، مقابل مبلغ رمزي أو مجاناً، حسب الخدمة المتاحة من خلال شراكات بين هذه المنظمات ووزارة الصحة العامة. على سبيل المثال، يمكن لللاجئين والعمال المهاجرون الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال منظمة أطباء بلا حدود (MSF) واللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، وتتضمن الاستشارات الطبية والأدوية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات الصحة النفسية، وغيرها. وتتوفر هذه الخدمات أيضاً للمواطنين اللبنانيين.

⁷ من العام 2017 لغاية 2019، كانت نسبة الإنفاق على الحماية الاجتماعية التي تستهدف الفقراء والمستضعفين أكثر من 68% من وزارة الصحة العامة، و20% من وزارة الشؤون الاجتماعية.

يواجه العقّال المهاجرون، لا سيّما النساء العاملات في الخدمة المنزليّة صعوبات إضافية تعيق حصولهم على الحق في الصحة. وتملي أوضاعهم كمهاجرين مسجّلين، أو مهاجرين يمارسون العمل الحر، أو مهاجرين غير مسجّلين إمكانيّة وصولهم إلى الحق في الصحة (Fernandez 2018). إضافة إلى ذلك، يتعرّض العقّال المهاجرون إلى التمييز العنصري على أكثر من صعيد، كالتمييز على أساس العرق، والنوع الاجتماعي، والطبقة ما يؤثر على صحتهم (Fernandez 2018). يعرّض نظام الكفالة العاملات في الخدمة المنزليّة إلى خطر الاستغلال وسوء المعاملة، فربّ العمل هو من يصيغ عقد العمل وشروطه ويتحكم بوصولهن إلى الرعاية الصحية (Medecins sans Frontieres 2023). غالباً ما تُحبس العاملات في الخدمة المنزلية في المنزل، ويحتجز جواز سفرهن، وقد تُحول ظروفهن دون الحصول على الحماية وخدمات الدعم. كما لا يغطّي برنامج التأمين الصحيّ الذي يحصلن عليه نفقات العيادات الخارجية، كصحة الأسنان، والصحة الجنسيّة والانجابيّة، والصحة النفسيّة (Mezher et al. 2017; Fernandez 2018).

يواجه مجتمع الميم عين أيضاً عوائق كبيرة تحدّ من حصول أعضائه على الخدمات الأساسيّة ومنها خدمة الرعاية الصحيّة وهذا ما قد يؤثر سلباً على صحتهم الجنسيّة والنفسيّة (Naal et al. 2020; Abboud et al. 2023). يواجه أفراد هذا المجتمع، لا سيّما مغايري الهوية الجنسيّة، التمييز العنصري في مراكز الرعاية الصحيّة (Lebanese Union for the Physically Handicapped [LUPD] 2020)، ما قد يدفعهم إلى تجنّب الرعاية الصحيّة خوفاً من التعرّض للتمييز العنصري والتصرّفات السلبية (Naal et al. 2020; Wright et al. 2017)؛ فلا يزال بعض الأطباء متمسكون بمعتقدات عنصريّة ضدهم على الرغم من أن انطباع الأطباء تجاه هذا المجتمع قد تغيّر بحسب دراسة أجريت مؤخراً (Naal et al. 2020). ويعاني أفراد مجتمع الميم عين اللاجئين تمييزاً إضافياً بحكم وضعهم كلاجئين (Abboud et al. 2023; Moussawi 2023)، بالإضافة إلى أن برامج التأمين أو الضمان الاجتماعي لا تغطي عمليّات تأكيد الهوية الجنسيّة، وعلاج تبديل الهرمونات لمغايري للهوية الجنسيّة ذات التكلفة الباهظة غالباً (Helem 2020).

تُعتبر إمكانية الوصول الجسدي الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة بأمان، وتمثّل إلى جانب إمكانيّة الوصول المادي مكوّنين أساسيين للحق في الصحة. غير أن الكلفة المادية لا تزال عائقاً أساسياً أمام اللاجئين والعقّال المهاجرين للحصول على الرعاية الصحية، وتتضمّن الكلفة الماديّة: كلفة الاستشارة، والعلاج، والدواء، والتكاليف غير المباشرة المتصلة بكلفة المواصلات وبُعد مراكز الرعاية الصحية (UNHCR 2019). وخلصت اليونيسف إلى أن أولياء الأمر لم يعودوا قادرين على دفع تكاليف المواصلات لنقل أطفالهم إلى المراكز الصحيّة من أجل الحصول على الرعاية الصحيّة أو اللقاحات، ما ساهم في خفض نسبة التلقيح لدى الأطفال بأكثر من 30%. لا سيّما عند الفئات الضعيفة (UNICEF 2022b). فضلاً عن ذلك، تشكل محدوديّة حرية التنقل تحدياً إضافياً أمام اللاجئين السوريين، لا سيّما بالنسبة إلى الذين لا يملكون الأوراق اللازمة (كالإقامة) التي بدورها تعوّق تأمين سبل العيش والحصول على الرعاية الصحيّة والحاجات الأخرى (International Commission of Jurists 2020).

جدول 2. الفئات الديموغرافية المختارة ومؤشرات الصحة

8.4	عدد السكان بالملايين، 2020 ^a
74	العمر المتوقع لمواليد العام 2023، ذكور ^b
78	العمر المتوقع لمواليد العام 2023، إناث ^b
4.37	نسبة وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي (مواطنون) ^c
8.11	نسبة وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي (أجانب) ^c
7	نسبة وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي (مواطنون) ^c
8	نسبة وفيات الأطفال ما دون الـ 5 سنوات ^d
6.1	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (مواطنون) ^c
21.99	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (أجانب) ^c
15.76	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي) (مجموع) ^c
98%	النسبة المئوية للمواليد تحت إشراف طبيب متخصص، 2004-2020 ^b
74%	نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي ^c
48%	نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات مياه الشرب المدارة ^c

^a CAS & ILO, 2020: [Link](#).

^b UNFPA, 2023: [Link](#).

^c MoPH Vital Data Observatory and Health Indicators, data for 2022: [Link](#).

^d UNICEF: [Link](#)

■ نسبة الوفيات

شهدت نسب وفيات الأمومة والرضع ارتفاعاً كبيراً منذ بداية الأزمة. ارتفعت نسبة وفيات الأمومة من 23.7 إلى 47 وفاة من بين كل 100 ألف ولادة حية بين عامي 2019 و2021، وكان العدد أكبر بين غير المواطنين (51.33) مقابل (43.15) بين النساء اللبنانيات (انظر إلى الجدول رقم 2، MoPH 2023c). يعود ارتفاع وفيات الأمومة في العام 2021 جزئياً إلى وباء كوفيد - 19. وسُجِّل في العام 2022 ارتفاعاً في وفيات الأمومة بواقع 15.76 للبنانيات و21.99 للسوريات من بين كل 100 ألف ولادة حية، ما يدل على أن النسبة لا تزال أعلى بشكل ملحوظ لدى غير اللبنانيات، وأعلى من نسبة العام 2018 أي قبل الأزمة (MoPH 2023 & WHO 2022b). الحال عينه بالنسبة إلى نسب وفيات الأطفال حديثي الولادة التي ارتفعت من 5.3 إلى 5.5 من بين كل 1000 مولود حي بين العامين 2018 و2020، وكانت أعلى لدى غير اللبنانيين مقارنةً باللبنانيين. في العام 2022، كانت نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة بين اللبنانيين من أصل 1000 مولود حي 4.3، وعند غير اللبنانيين 8.11، أي أنها كانت أعلى بنسبة كبيرة لدى غير اللبنانيين (MoPH Vital Data Observatory). هذه الفروقات بين نسب الوفيات بين اللبنانيين وغير اللبنانيين تشير على الأرجح إلى اللامساواة في

الحصول على الرعاية الصحية على أساس الحالة الاجتماعية الاقتصادية أو مكان السكن. خلّصت دراسة لتقييم عدد وفيات الأمومة بين اللبنانيات والسوريات بين العامين 2011 و2018 (El-Kak et al 2019) إلى أن الارتفاع الطفيف في نسب وفيات الأمومة بين اللبنانيات والسوريات في محافظتي الشمال والبقاع، حيث يتركز اللاجئون السوريون، يعود إلى نقص مراكز الإحالة؛ كما أشار معدّو الدراسة إلى احتمال أن تكون رداءة نوعية رعاية الأمومة مسبباً لوفيات الأمومة في لبنان (El-Kak et al. 2019).

كوفيد - 19 واللامساواة في نظام الرعاية الصحية

تسبّب وباء كوفيد - 19 وإجراءات مواجهته في نشر اللامساواة في نظام الرعاية الصحية. وقع حمل الرعاية الصحية لمرضى كوفيد - 19 على كاهل القطاع العام بعدما رفض القطاع الخاص توفير أسرة لرعايتهم، وذلك في العام 2020 حيث كان القطاع العام يترنح بسبب الأزمة الاقتصادية. أعدت وزارة الصحة العامة في نيسان/أبريل 2020 قائمة بـ 15 مستشفى مؤهلاً لإجراء فحص الـ PCR. ومن بين المستشفيات في القائمة، وحده مستشفى رفيق الحريري الجامعي كان يجري الاختبار مجاناً. تقع معظم المستشفيات في القائمة في بيروت وجبل لبنان، وليس من بينها أي مستشفى في المناطق الريفية كالبقاع أو جنوب لبنان (باستثناء صيدا) أو عكار بالإضافة إلى المستشفيات، توفر 129 مختبراً لديها ترخيص إجراء الفحص، كانت تجريه مقابل \$100، فاضطرت العائلات إلى دفع تكاليف الفحوص والرعاية الصحية من جيبها الخاص، نظراً إلى أن تغطية التكاليف كانت محدودة، سواء من قبل مستشفى رفيق الحريري الجامعي أو الصناديق الوطنية الأخرى أو شركات التأمين (Kreichati 2020).

كانت قدرة مستشفى رفيق الحريري الجامعي (والقطاع العام بشكل عام) على استقبال مرضى كوفيد - 19 محدودة. بالمقابل، فرزت المستشفيات الخاصة أقساماً خاصة لاستقبال مرضى كوفيد - 19 بتكلفة باهظة تفوق قدرة تحمل معظم اللبنانيين الذين لا يستفيدون من تأمين صحي (Kreichati 2020). كان توفير اللقاحات بطيئاً، ولم يكن توزيعها منصفاً، ففي نهاية العام 2021، وُزِع اللقاح على 18% من غير اللبنانيين فقط، مقابل 81% للبنانيين (MoPH 2023b).⁹ وتوصل بحث أعمق حول الجرعات الموزعة إلى أن 10% من السوريين تلقوا اللقاح، مقابل 4% من حملة الجنسيات الأخرى، و2% فقط من الفلسطينيين (MoPH 2023b). من بين التفسيرات الممكنة لقلّة عدد الأجانب الذين تسجّلوا على منصة تلقي اللقاح هي الخوف من الاحتجاز أو الترحيل (بسبب مشكلة في الإقامة مثلاً)، وقلّة الثقة بالحكومة اللبنانية، وقلّة المعلومات حول اللقاح والتسجيل، وعدم القدرة على دفععرفة النقل (Kaloti & Fouad 2022; Human Rights Watch 2021). أمّا بالنسبة إلى العمال المهاجرين، فيُحتمل أن تكون الملاءمة الثقافية أو لغة المعلومات المنشورة قد لعبت دوراً في الامتناع عن التسجيل لأخذ اللقاح (Human Rights Watch 2021). كان التوزيع على الأقضية غير منصف أيضاً، فالغالبية العظمى من اللقاحات أعطيت لبيروت وجبل لبنان (MoPH 2023b). وسواء كان عدم الإنصاف في توزيع اللقاح على صعيد الجنسية أو القضاء، فإن ذلك يعكس الإجحاف المتجذّر الذي يؤثر على الحق في الصحة. هذا وقد أظهرت بيانات من الأمم المتحدة أن معدّل وفيات اللاجئين السوريين والفلسطينيين بسبب كوفيد - 19 كان أعلى بكثير من معدل وفيات اللبنانيين (Azhari 2021a, 2021b).

عزّض النقص في معدات الوقاية الشخصية (بسبب غياب التمويل الخارجي وعدم

⁸ راجعوا القائمة على هذا الرابط

⁹ 1% من متلقي الطعم جنسيّهم غير مذكورة

القدرة على استيراد الكميات اللازمة) العاملين في الرعاية الصحية إلى خطر الإصابة (El Jamal et al. 2021). كما تسببت زيادة عبء العمل (نتيجة سوء التخطيط) بإرهاك مهني شديد لدى الأطباء والممرضين، لاسيما في القطاع العام، ما أثر سلباً على صحتهم العقلية. وارتبط الانهك المهني الشديد بعدة أمور كأن يكون الفرد امرأة، أو طبيباً، أو متزوجاً، أو صحته سيئة، أو يعيش مع شخص يحتاج إلى الإعالة (كطفل، أو شخص متقدم في السن، أو فرد عليل من أفراد العائلة)، أو أن يكون الفرد من أصحاب الدخل المحدود (Youssef et al. 2022). تُسلط انعكاسات الوباء على العاملين في مجال الرعاية الصحية الضوء على غياب القوانين والاستراتيجيات لتوفير بيئة عمل آمنة لهم (El Jamal et al. 2021). كما أن ذلك يسلط الضوء على غياب العدالة بين موظفي القطاعين العام والخاص، واحتمال بروز تمييز بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وهو ما بينته دراسة حول الإنهاك المهني (Youssef et al. 2022).

الصحة النفسية

تسببت جائحة كوفيد - 19 بتأثيرات مختلفة على صحة الأفراد النفسية، حتى أن إحدى الدراسات خلصت إلى أن الخوف من كوفيد - 19 يزيد من التوتر والقلق بين المشاركين في الدراسة (Salameh et al. 2020). والجدير ذكره أن سلامة وآخرين (2020، p) استنتجوا أن التوتر والقلق زادا بين المشاركين الذين كانوا يواجهون كذلك «ضائقة مالية» في أثناء الوباء، ما يشير إلى التأثير المزدوج لأزمات لبنان المتعددة. في الواقع، تبين أن الصحة النفسية تدهورت أو أنها كانت سيئة في الكثير من المجتمعات حسب دراسات مختلفة أجريت بعد بداية الأزمات المتعددة في لبنان. غير أن الدراسات التي أجريت قبل العام 2019 تشير إلى صحة نفسية ضعيفة بين السكان، بما في ذلك مجتمعات اللاجئين¹⁰. ومع ذلك، لا تزال خدمات الصحة النفسية في البلاد غير ملائمة وغير كافية، على الرغم من إنشاء البرنامج الوطني للصحة النفسية في العام 2014، واعتماد استراتيجيّة الصحة النفسية في العام 2015، في حين يواجه الأفراد عوائق كبيرة في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والأدوية.

وتجدر الإشارة إلى أن ما يناهز 50% من ميزانية وزارة الصحة العامة المخصصة لخدمات الصحة النفسية يُنفق على الاستشفاء في القطاع الخاص، ولم يُعمل حتى الساعة على دمج الصحة النفسية بشكل كافٍ في شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان (El Khoury et al. 2020). علاوة على ذلك، تتركز الخدمات في العاصمة (Farran 2021)، وهي تصب تركيزها على الصحة النفسية كحالة سريرية وطبية ولا تأخذ في الاعتبار العوامل الهيكلية والسياقية (Noubani et al. 2021). كما تُعتبر خدمات الرعاية الصحية النفسية والأدوية باهظة الثمن وبعبدة عن متناول الكثيرين، ولا تزال التغطية محدودة. إذ لا تخضع خدمات الصحة النفسية والأدوية النفسية للتأثير للتغطية بالكامل أو أن تغطيتها جزئية من خلال خطط التأمين المتاحة (El Khoury et al. 2020). وتؤثر جميع هذه العوامل الأخيرة على إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والأدوية، ولا سيما بين الفئات المستضعفة. أما الجزء الأكبر من الرعاية الصحية النفسية، فتوفره المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية التي تستهدف مجتمعات محدّدة، مثل اللاجئين السوريين، أو التي تقدّم خدمات الصحة النفسية القصيرة المدى أو برامج الدعم النفسي والاجتماعي (Farran 2021; Noubani et al. 2021).

¹⁰ راجع فران، ن. 2021. "الصحة النفسية في لبنان: وباء الغد الصامت"، للحصول على لمحة عامة عن هذه الدراسات.

قطاع الأدوية

كانت المشكلات في قطاع الأدوية في لبنان قائمة قبل حدوث الأزمة الحالية (كما هو موضح سابقاً). فالسياسات النيوليبرالية التي تشجّع على الخصخصة وتحقيق الأرباح في قطاع الصحة تُطبّق كذلك على قطاع الأدوية، الذي يميّز بالفساد ويخضع لتأثيرات المحسوبية السياسية. فيهيمن عشرة مستوردين على السوق، أربعة منهم يملكون أكثر من 50% من حصة السوق، ما يحدّ من القدرة التنافسية ويسبّب زيادة في الأسعار (Consultation & Research Institute 2020; Kreichati 2020). ويُستورد ما يقارب 95% من الأدوية في لبنان لأنّ هذه الشركات تعيق الإنتاج المحلي، وتهيمن على السوق الأدوية ذات العلامات التجارية بدلاً من البدائل العامة الأرخص ثمنًا (El-Harakeh & Haley 2022; Amnesty International 2021).

وأدّت الأزمة الحالية إلى زيادة تقييد الوصول إلى الأدوية والقدرة على تحمّل تكاليفها في لبنان. في بادئ الأمر، أثر كلّ من تدهور قيمة الليرة اللبنانية ونقص العملات الأجنبية وخطوط الائتمان المصرفية المحدودة على واردات الأدوية، وبالتالي على توافر الأدوية. وفي شهر تشرين الثاني/نوفمبر من العام 2021، رفعت الحكومة الدعم عن الكثير من الأدوية الأساسية التي كانت طرحتها في بداية الأزمة. وساهم ذلك في ارتفاع أسعار الأدوية بشكل كبير. فالتقديرات في العام 2021 تشير إلى أنّ 70% على الأقل من السكان لا يستطيعون تحمّل تكاليف الأدوية اللازمة (Amnesty International 2021; Amnesty International 2023). كما أدى النقص في الأدوية إلى نشوء سوق غير رسمية للأدوية، ما سهّل استيراد الأدوية المزيفة أو المنتهية الصلاحية (Amnesty 2023). وأنهم موزّعو الأدوية والصيدلة بإخفاء الأدوية، أو انتظار رفع الدعم عنها لبيعها بسعر أعلى، أو حتى تهريب الأدوية إلى خارج البلاد (El-Harakeh & Haley 2022).

والجدير ذكره أنه لعدم القدرة على تحمّل تكاليف الأدوية الأساسية وعدم إمكانية الحصول عليها تأثير مباشر على صحة الأفراد. على سبيل المثال، كان لنقص الأدوية آثار ملموسة على صحة المرضى الذين يعانون أمراضاً مزمنة أو شديدة والمعرّضين لخطر الإصابة بالمضاعفات (Amnesty 2023). ولجأ المقتدرون إلى شراء الأدوية الضرورية أو استيرادها شخصياً من الخارج، في حين تبرزت المنظمات غير الحكومية بالأدوية للمحتاجين. ومع ذلك، ساهم هذا الوضع في عدم تكافؤ فرص الحصول على الأدوية الأساسية بين السكان، ما يعيق وصول الجميع إلى الحق في الصحة.

الإطار القانوني والتنظيمي المتعلق بالحق في الصحة

ما زالت تستند عمليّة صنع السياسات الصحيّة في لبنان إلى التشريعات والإصلاحات التي اعتُمدت قبل الحرب الأهليّة، في حين أن غياب النصوص التي تتعلّق بالصحة في الدستور لا يزال يؤثر على الحق في الصحة اليوم. أما كما ان القوانين والمراسيم والسياسات والاستراتيجيات المتعلقة في قطاعات أخرى (محددات الصحة) فتغيب عنها النصوص المتعلقة بالصحة. وعلى الرغم من غياب أيّ تشريعات أو قوانين تتعلّق بالحق في الصحة في التشريعات اللبنانيّة، يبقى لبنان طرفاً في الكثير من الاتفاقيات والمعاهدات التي تتضمّن أحكاماً بشأن الحق في الصحة، بما في ذلك العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للعام 1966 (المادة 12)، واتفاقية حقوق الطفل للعام 1990، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة للعام 1979 (CEDAW; with reservations to three articles)، من بين اتفاقيات أخرى، وهو من بين الدول التي وقّعت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للعام 2006 (المادة 25). ومن الجدير ذكره أنه على الرغم من استضافة لبنان لمجتمعات كبيرة من اللاجئين والمهاجرين، هو ليس طرفاً في الاتفاقيات ذات الصلة التي تهدف إلى حماية اللاجئين أو العمّال المهاجرين، مثل اتفاقية اللاجئين للعام 1951.

والجدير ذكره أن الدستور اللبناني صدر في عهد الانتداب الفرنسي في العام 1926. ولم يذكر الدستور الحق في الصحة، كما أنه ما من إشارة مباشرة إلى الصحة في الدستور. ولكن، تذكر مقدّمة الدستور الحماية من التمييز بين المواطنين، وهي تنصّ على أن «لبنان جمهوريّة ديمقراطيّة برلمانيّة ... وعلى العدالة والمساواة في الحقوق والواجبات بين جميع المواطنين دون تمايز أو تفضيل». ولم تُذكر الخصائص المحميّة صراحة، باستثناء حرية المعتقد وممارسة الشعائر الدينيّة. وبناءً عليه، لا يحمي الدستور بالضرورة من التمييز على أساس النوع الاجتماعي أو الجنس. كما نصّت المقدّمة على أن «الإنماء المتوازن للمناطق، ثقافيًا واجتماعيًا واقتصاديًا، ركن أساسي من أركان وحدة الدولة واستقرار النظام». وأشارت المادة 7 من الدستور إلى المساواة التي تنصّ على أن «كل اللبنانيين سواء لدى القانون وهم يتمتّعون بالسواء بالحقوق المدنيّة والسياسيّة...» (Lebanese Constitution 2004). وتجدر الإشارة إلى أن الدستور يمنح هذه الحقوق والحماية للمواطنين فحسب ولا يشير إلى المقيمين من غير المواطنين في البلاد سوى إشارة بسيطة. وهذا مثير للقلق كون أن ما يزيد قليلاً عن 20% من سكان البلاد البالغ عددهم 4.8 مليون نسمة كانوا من غير المواطنين في منتصف العام 2018 (Central Administration of Statistics 2018).¹¹ [CAS] & International Labour Organization [ILO] (2020).

وتخضع الصحة العامة في لبنان اليوم للمرسوم رقم 8377/1961، الذي يركّز، على غرار مرسوم الصحة العامة للعام 1932، على البيئة والصرف الصحي ومكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها والحجر الصحي. وتنص المادة 2 من المرسوم على أن وزارة الصحة العامة «تُعنى بالحفاظ على الصحة العامة، ورفع مستوياتها وذلك بتأمين الوقاية من الأمراض، ومعالجة المرضى المحتاجين، والإشراف على المؤسسات الصحيّة الخاصة وفقاً لأحكام القوانين الخاصة بها. كما تتولّى إعداد المقترحات بالتشريع والتعديل في القوانين والأنظمة المتعلقة بكافة حقول الصحة العامة».

¹¹ تشمل الدراسة الاستقصائيّة القوى العاملة والأحوال المعيشيّة الخاصة بالمقيمين والأسر المقيمة في المساكن السكّنيّة. وفي سياق هذه الدراسة، يشير المقيمون غير اللبنانيين إلى كل الذين لا يحملون الجنسيّة اللبنانيّة من أيّ جنسيّة كانوا.

بالإضافة إلى ذلك، يركّز المرسوم بشكل أكبر على تنظيم الوزارة وعملها ولا يذكر الحق في الصحة للجميع، على الرغم من أنه يقدم خدمات الرعاية الصحية المجانية للمحتاجين (من خلال صندوق وزارة الصحة العامة). وفي ما يتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة، ينص القانون رقم 574/2004 على أنه «للمريض الحق، في إطار نظام صحي وحماية اجتماعية، بتلقي العناية الطبية الرشيدة والمناسبة لوضعه»، بالإضافة إلى التركيز مرة أخرى على الرعاية الصحية. وفي الآونة الأخيرة، تحديدًا في العام 2019، طُرح مشروع قانون لتغطية الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين اللبنانيين وقُدّم إلى مجلس النواب ولكن رُفض ولم يتمّ اعتماده حتى الآن (El-Jardali et al. 2023a).

وفي العام 2022، أطلقت وزارة الصحة العامة، بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية، استراتيجية وطنية للصحة - رؤية 2030 للصحة (MoPH & WHO 2022a). وتعترف هذه الاستراتيجية بالأزمات المستمرة في لبنان وتأثيرها على الصحة ومحدداتها، كما تقر أهمية محددات الصحة من خلال هدفها المتمثل في «[البحث عن] نهج مشترك بين القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية لعدم المساواة الصحية، وتعزيز الصحة في السياسات كافة». ووفقًا لذلك، تبرز الاستراتيجية ضرورة «استهداف المناطق ذات المؤشرات الأقل من المتوسط» لتعزيز صحة السكان، رغم أن الاستراتيجية تشير إلى عدم تطبيق ذلك حاليًا، بالإضافة إلى غياب أي خطة لتحقيق هذا الهدف حتى الآن. وبناءً على استراتيجية 2016-2020 وجهود وزارة الصحة العامة السابقة، يُعتبر تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية من بين أهدافها الرئيسية الخاصة بهذه الاستراتيجية. وعلى الرغم من أن الاستراتيجية تتناول التجزئة وتعدّد آليات التمويل باعتبارها تحديات رئيسة تواجه النظام، لا تهدف إلى توحيد صناديق التأمين الاجتماعي الستة المتاحة كأحد أهدافها، بل تقترح تطوير «حزمة منافع أساسية موحدة». ولتحقيق هذه الغاية، تهدف الاستراتيجية إلى منح «جميع السكان حزمة منافع مشتركة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية والاستشفاء الأساسية» على أن تموّلها مصادر وطنية (الصناديق المتاحة) للبنانيين والكيانات المعنية لغير اللبنانيين، وهي منظمة الأورورا للاجئين الفلسطينيين، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين السوريين، وأصحاب العمل من خلال نظام تأمين خاص للعامل المهاجرين (MoPH & WHO 2022a, p. 24). ومن المرجح أن يؤدي تنفيذ هذا الهدف إلى استبعاد مجموعات مثل عديمي الجنسية والمهاجرين واللاجئين غير المسجلين وأولئك الذين يعملون بشكل غير نظامي - أي المجموعات التي تواجه مستويات مختلفة من القابلية للتأثر. وتحتوي الاستراتيجية على الكثير من القيود الأخرى وتتطلب خطة عمل «قابلة للتنفيذ» (El-Jardali et al. 2023b).

ويُعدّ توسيع الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية الأساسية عنصرًا أساسيًا في الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية في لبنان¹²، التي لم يتم اعتمادها بانتظار أن تعدّلها الحكومة. ومن بين أهدافها، تهدف الاستراتيجية إلى الاستفادة من مراكز التنمية الاجتماعية الحالية لتوسيع خدمات الرعاية الاجتماعية الشاملة وجودتها، بما في ذلك الصحة، للفئات الأكثر تهميشًا وضعفًا واعتماد حد أدنى للحماية الاجتماعية. وتستخدم الاستراتيجية نهجًا قائمًا على الحقوق وتهدف إلى معالجة بعض التحديات التي تعيق تحقيق الحق في الصحة في لبنان، بما في ذلك معالجة التجزئة والفجوات الحالية التي تشوب تغطية التأمين.

¹² طوّر الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية كل من مجموعة Beyond Group بالتعاون مع اليونيسف ومنظمة العمل الدولية ووزارة الشؤون الاجتماعية من خلال التشاور مع المجتمع المدني الوطني وأصحاب المصلحة الآخرين المعنيين. وأُنجزت المسودة النهائية في يناير 2022 ولكنها لا تزال قيد مناقشة تجريها الحكومة.

التشريعات المتعلقة بالفئات المستضعفة - بعض الأمثلة

تهدف بعض التشريعات في لبنان إلى توسيع نطاق (1) الرعاية الصحية للمجتمعات المستضعفة من خلال توسيع الحق في التغطية و/أو خدمات الرعاية الصحية و/أو التأمين و/أو (2) الحماية لها، غير أنها تفتشل في معالجة محدّدات الصحة السياسيّة والاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة بشكل شامل. والحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. علاوة على ذلك، لا تزال التشريعات الحاليّة تمييزيّة ضد النساء والأطفال اللبنانيين، وغير اللبنانيين المقيمين في لبنان، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن، ومجتمع الميم، وهي تساهم في استبعادهم اجتماعيًا. وترد بعض الأمثلة أدناه.

على سبيل المثال، يضمن المرسوم رقم 1692/1999 والمرسوم رقم 4265/2000 حصول الأطفال على الرعاية الطبيّة ويلزم المستشفيات والمراكز الطبيّة بأن تضم أقسامًا خاصة بالأطفال. ويحقّ للأطفال الذين سُجلَ أهلكم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو الصناديق الاجتماعيّة العامة الأخرى الحصول على الخدمات في إطار هذه الصناديق، بما في ذلك الصحة والتعليم. ولكن، هذا الحق لا يشمل الأطفال المولودين من أم لبنانيّة وأب أجنبي. في الواقع، تواجه النساء في لبنان مستويات عديدة من التمييز الذي يعيق حقهن في الحصول على أعلى مستوى من الرعاية الصحيّة يمكن بلوغه، ما يؤثر كذلك على صحّة أطفالهن. والجدير ذكره أنّ لبنان أبدى بعض التحفّظات على ثلاث مواد تتضمنها اتفاقيّة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وهي، المادة 9 بشأن حقوق المرأة المتعلّقة بالجنسيّة والمادة 16 بشأن الحقوق الشخصيّة وزواج الطفل والمادة 29 بشأن التحكيم في حالة النزاعات ذات الصلة. أوّلًا، لا يحق للمرأة اللبنانيّة المتزوّجة من أجنبي أن تمنح جنسيّتها لزوجها أو لأطفالها، وبالتالي يستثنى أطفالها من الحقوق التي يحق للأطفال اللبنانيين التمتع بها. وعلى هذا النحو، يواجهون صعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحيّة والتعليم. أما في ما يتعلّق بالزواج المبكر، فلم يحدّد أي سن قانوني في لبنان لسن الزواج، إذ يُترك الأمر للمحاكم الدينيّة (Human Rights Watch 2017; Manara Network for Children's Rights 2011). لذلك، لا يزال الزواج المبكر شائعًا في بعض المناطق في لبنان بين المجتمعات اللبنانيّة وغير المواطنين، وتكون مجتمعات اللاجئين والمجتمعات الفقيرة الأكثر عرضة للخطر. وينفّذ الزواج المبكر استنادًا إلى الأعراف الدينيّة والثقافيّة ولأسباب اقتصاديّة، وله آثار سلبية معروفة على النواتج الصحيّة مثل الإنجاب. كما أنه يزيد من احتماليّة التسرّب المدرسي ويعرّض الفتيات لخطر الاغتصاب الزوجي والعنف المنزلي (Abdulrahim et al. 2017; Human Rights Watch 2017; Moussawi 2023; El-Husseini Dean 2023).

وتخضع التشريعات المتعلّقة بالمرأة والأطفال في لبنان إلى حدّ كبير لتأثيرات السلطة الأبويّة للمؤسسة الدينيّة في لبنان. ويتجلى ذلك في قانون العقوبات اللبناني للعام 1943، الذي يجرم، من بين أمور أخرى، الإجهاض (المواد من 539 إلى 546) ويسمح للوالدين بتأديب الأطفال ضمن ما تسمح به «العادات العامّة» (المادة 186). وفي ما يتعلّق بالإجهاض، صدر مرسوم رئاسي في العام 1969 يقضي بتعديل قانون العقوبات ولا يسمح بالإجهاض إلّا في حالة تعرّض حياة المرأة الحامل للخطر. وفي جميع الحالات الأخرى، يُعتبر الإجهاض غير قانوني، وتواجه النساء السجن. لكن، تمكّنت غالبيّة النساء المشاركات في دراسة بحثيّة أجراها فتح الله (2019) من الوصول إلى الإجهاض الآمن، غير أنّ الأطباء أطلقوا الأحكام واللوم عليهن. وبين المشاركات في الدراسة، شكّلت كلّ من الخلفيّة الاجتماعيّة

والاقتصادية والقيود المالية عائقاً أمام الوصول إلى الإجهاض الآمن. وبالإضافة إلى النقص في الأدوية الأخرى، أدت الأزمة الحالية إلى نقص في حبوب منع الحمل الفموية، مع ما يترتب على ذلك من آثار على الصحة النفسية والصحة الجنسية والإنجابية للمرأة. خلصت دراسة أجراها عيتاني وآخرون (Itani et al. 2023) إلى أنه من بين النساء اللواتي لم تتوافر لديهن إمكانيّة الوصول إلى حبوب منع الحمل الفموية الملائمة لهن، 9.5% تعرضن لحمل غير مخطط له فُلجأت أغلبيتهن إلى الإجهاض. وتجدر الإشارة إلى أنه بغياب حقوق في الصحة الجنسية والإنجابية بموجب نظام الكفالة، لا تتمتع عاملات الخدمة المنزلية المهاجرات إلا بحماية محدودة عندما يحقن، ويتعرّضن لخطر الطرد من العمل ويمكن أن ينتهي بهن الأمر بالعيش في وضع غير قانوني، أو قد يضطرن إلى إجراء عمليات إجهاض غير آمنة (Mezher et al. 2021).

وكذلك يتجلى تأثير القوانين اللبنانية في القانون رقم 205/2020 لتجريم التحرش الجنسي وإعادة تأهيل ضحاياه والقانون رقم 293/2014 بشأن حماية المرأة وأفراد الأسرة الآخرين من العنف الأسري وتنفيذهما (Moussawi 2023). ولا يحمي أي من القانونين غير المواطنين، بما في ذلك اللاجئات والعاملات المهاجرات. علاوة على ذلك، سببت متابعة هذين القانونين حتى تنفيذهما، ولا سيما تنفيذهما على أرض الواقع، بعض المشكلات، خصوصاً وأن النساء يبحثن عن الحماية، ولكن كذلك بسبب العقوبات القانونية الإضافية والممارسات التمييزية والعوائق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كالتحيز الثقافي والاجتماعي من المحققين وضباط الشرطة، من بين مسائل أخرى (International Commission of Jurists 2019; Moussawi 2023). وهذا أمر مثير للقلق، إذ زاد انتشار العنف المنزلي بشكل كبير في السنوات الأخيرة بين اللبنانيين وغير المواطنين، نتيجة للأزمة المالية وخصوصاً في خلال جائحة كوفيد - 19 (UN-Women et al. 2021; El-Husseini Dean 2023). علاوة على ذلك، لا يجرم القانون رقم 293/2014 الاغتصاب الزوجي، بل يترك القرارات المتعلقة بهذه المسألة للمحاكم الدينية وواحد من قوانين الأحوال الشخصية الخمسة عشرة (حسب الانتماء الديني للشخص). والجدير ذكره أن قوانين الأحوال الشخصية تُعتبر تمييزية وغير عادلة تجاه المرأة في ما يتعلق بالطلاق وحضانة الأطفال والإرث (Moussawi 2023). وهذا الأخير له آثار مباشرة على الصحة العامة، إذ يمكن أن تشعر النساء بأنهن مجبرات على البقاء في علاقات مسيئة خوفاً من فقدان حضانة أطفالهن في سن مبكرة بسبب قوانين حضانة الأطفال (Dabbous 2017). أما في ما يتعلق بعمّال الخدمة المنزلية المهاجرين (99% منهم نساء)، فهم عرضة لسوء المعاملة والتحرش الجنسي والاغتصاب والعنف على أيدي أصحاب العمل، ولكن بموجب نظام الكفالة، لا يستفدن من أي وسيلة قانونية أو حماية (Mezher et al. 2021). وبالإضافة إلى العوامل السياقية المستمرة، يحول هذا العنف المنهجي ضد المرأة دون حصولها على الحق في الصحة.

وبالمثل، يعيق العنف المنهجي ضد أعضاء مجتمع الميم عين¹³ حصولهم على الحق في الصحة. على سبيل المثال، تجرم المادة 534 من قانون العقوبات «المجامعة على خلاف الطبيعة». واستُخدمت هذه المادة لمعاقبة العلاقات الجنسية المثلية بين أفراد مجتمع الميم عين، والتعبير الجنساني بين مغايري الهوية الجنسية، بالإضافة إلى إمكانيّة السجن لمدة تصل إلى عام واحد. كما استُخدمت مواد أخرى من قانون العقوبات (209، 521، 526، 531، 532، و533) لاعتقال أعضاء مجتمع الميم، فضلاً عن آثارها المباشرة على حقوقهم وحياتهم. ووردت بعض التقارير عن العنف الجسدي وأنواع مختلفة من العنف، تواجه أفراد المجتمع من خلال إنفاذ القانون أو في أثناء الاعتقال، إذ يخضع الضحايا لفحوصات شرجية قسرية

¹³ المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسية وغيرها من الفئات

وغيرها من الممارسات المهينة في مراكز الشرطة (Lebanese Union of the Physically Handicapped [LUPD] 2020; Helem 2020; Moussawi 2023). كما يواجه مغايرو الهوية الجنسية عوائق عدة تحول دون تغيير المؤشرات الجنسية على بطاقات هويتهم، بما في ذلك الرسوم القانونية المرتفعة، وشرط الخضوع للتعقيم، ورسوم الجراحة الباهظة (Helem 2020). ويواجه أفراد المجتمع وصمة عار مجتمعية تديمها الهياكل الأبوية الشاملة في لبنان (Moussawi 2023). علاوة على ذلك، أدى تزايد الخطابات السلبية في الأشهر الأخيرة للسياسيين والقادة الدينيين والجماعات الدينية التي يقودها المدنيون إلى زيادة العنف ضد أفراد المجتمع، ما زاد من تهميشهم والحد من المساحات الآمنة القليلة التي يمكنهم الوصول إليها. والجدير ذكره أن الافتقار إلى الحماية القانونية والبيئة التمييزية وعدم توفر التثقيف في مجال الصحة الجنسية والخوف من التمييز بين أفراد المجتمع عند طلب الرعاية الصحية، من بين عوامل أخرى، يمكن أن يعيقوا وصول هؤلاء الأفراد إلى خدمات الرعاية الصحية وحصولهم على الحق في الصحة، وبالتالي التسبب بتأثير محتمل على نواتجهم الصحية (Assi et al. 2019; Abboud et al. 2023; Wright et al. 2017; LUPD 2020; Naas et al. 2020).

وفي ما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، فإن لبنان طرف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تنص على أن الأشخاص ذوي الإعاقة «يتمتعون بأعلى مستويات الصحة يمكن بلوغها دون التمييز على أساس الإعاقة». وأشار إلى الصحة القانون رقم 220/2000 بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، لا يتوفر أي مرسوم تنفيذي للقانون رقم 220/2000، ولا تتماشى أحكامه مع القوانين الأخرى ذات الصلة كما أنها لا ترد فيها. وعلى وجه التحديد، تنص المادة 27 من القانون على أنه «يحق لكل شخص معوق أن يستفيد من الخدمات الصحية وإعادة التأهيل وخدمات الدعم وذلك بكاملها على نفقة الدولة، ممثلة بمختلف الإدارات والهيئات التي تؤمن تلك الخدمات»، وتنص المادة 28 على أنه «يحق للشخص المعوق الاستفادة من التغطية الشاملة التي تؤمنها وزارة الصحة العامة إن على أساس التغطية الأصلية...». ويتضمن القانون، بالإضافة إلى تركيزه على الحق في خدمات الرعاية الصحية بدلاً من التركيز على الحق في الصحة، تعريفاً محدوداً للإعاقة، ويصّب التركيز على الحالة الطبية للفرد، ولا يأخذ في الاعتبار العوائق الجسدية والاجتماعية والقانونية التي تعيق الأشخاص ذوي الإعاقة وتمنعهم من أن يعيشوا حياة طبيعية. وتطبق أحكام هذا القانون على حاملي بطاقة هوية الإعاقة الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية والذين يطبق عليهم التعريف المحدود للإعاقة الذي يقترحه القانون. علاوة على ذلك، على الرغم من أن القانون رقم 220/2000 لا يذكر صراحة أن اللبنانيين فقط هم المؤهلون للحصول على بطاقة هوية الإعاقة، يطبق ذلك من الناحية العملية (Baroud & Mouheildine 2018; UNESCO 2013; Lebanese Civil Society's Coalition 2015). وعلى الرغم من أن القانون رقم 220/2000 يدعو إلى الحق في بيئة مواتية والتنقل والسكن والتعليم والعمل والتوظيف والتقديمات الاجتماعية، لا يطبق ذلك من الناحية العملية. فالأشخاص ذوو الإعاقة في لبنان غير قادرين على عيش حياة مستقلة بكرامة - وهذه العوامل مهمة لضمان احترام حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الصحة (Tayar & Etheredge 2020; Handicap International 2022; see also Abu Srouf for the AWR20232023).

أما في ما يتعلق بكبار السن، فيفقد أغلبهم المنافع الصحية عند التقاعد عندما يكونون في أمس الحاجة إليها. على سبيل المثال، في العام 2018، كان 56% من كبار السن يعيشون في أسر لم تستفيد من أي نوع من منافع الحماية الاجتماعية.

وترتفع هذه النسبة إلى ما يُناهز 85% عند الأخذ في الاعتبار كبار السن الذين يعيشون في أسر من الشريحة الخمسية الأدنى دُخلاً (& HelpAge International 2022; International Labour Organization 2022). وهذا أمر مثير للقلق إذا أخذنا في الاعتبار أن نسبة الإعاقة العمرية المقدّرة في العام 2022 كانت 60% (World Bank 2023a).¹⁴ وتتسبّب نسبة الإعاقة المرتفعة هذه بالتأثيرات على عبء الرعاية الصحية الذي تتحمّله الأسر، بسبب أنظمة الضمان الاجتماعي والصحة العامة الضعيفة في لبنان. والجدير ذكره أنه عمل على إصدار الكثير من القوانين والمراسيم التي توسّع نطاق التغطية أو خدمات الرعاية الصحية لتشمل كبار السن. على سبيل المثال، نصّ القانون رقم 248/2000 على إنشاء صندوق ضمان اجتماعي اختياري لكبار السن، فشل بعد وقت قصير من تنفيذه بسبب مشكلات هيكلية كانت تشوبه (MoSA & UNFPA 2021). ويمنح قانون آخر، وهو القانون رقم 27/2017، المتقاعدين النظاميين الدائمين في القطاع الخاص الذين يتمتعون بـ 20 عامًا من الخدمة والذين سبق أن التحقوا بفرعي المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الحق في الاستفادة من هذه التغطية بعد التقاعد. ومن المتوقع من المتقاعدين الراغبين في الاستفادة من هذه التغطية المساهمة في الصندوق للاستفادة منها. وفي حين لا تتناول هذه القوانين الحق في الصحة أو المحدّثات التي يمكن أن تؤدي إلى تحقيقه، لا ترقى إلى مستوى توفير ضمانات حماية اجتماعية عادلة وشاملة لكبار السن كما أنّها لا تُعالج مكانن نقاط ضعفهم المحدّدة (HelpAge International & International Labour Organization 2022; Phenix Center & HelpAge International 2023).

¹⁴ مقارنة بما يُقدّر بـ 55.4% تقريبًا وفقًا للبيانات الديمغرافية للإدارة المركزية للإحصاء في العام 2019، التي لا تزال مرتفعة إلى حد كبير.

محدّدات الصحة

تزايد معدلات البطالة والفقر

تسببت الأزمة بتزايد كبير في معدلات البطالة التي ارتفعت من 11.4% في العام 2019 إلى 29.6% في العام 2022 (CAS & ILO 2022)، وبلغت نسبتها 47.8% بين الشباب و32.7% بين الإناث. كذلك، ترتفع معدلات العمل غير النظامي - ففي العام 2021، كان 62.4% من السكان يعملون بصورة غير نظامية، كما كان 48.3% يعملون في القطاع غير النظامي (CAS & ILO 2022)، أي غير مشمولين في برامج الحماية الاجتماعية المتوفرة. أدى عدم الامتثال للقانون والقصور في تنفيذه إلى تدني معدلات التسجيل في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حتى لموظفي القطاع الخاص، حيث يختار أصحاب المؤسسات عدم تسجيل موظفيهم لتفادي المساهمة في دفع الاشتراكات المتوجبة عليهم (Dara 2020). يعمل غالبية المقيمين غير اللبنانيين، وبخاصة اللاجئين الفلسطينيين والسوريين أيضًا بشكل غير نظامي نظرًا إلى العوائق العديدة (مثلًا، التكلفة المرتفعة) التي تعترض حصولهم على رخصة عمل قانونية، أو إلى محدودية القطاعات التي يُسمح لهم بمزاولة العمل فيها. ويُفترض بالعدد الصغير من اللاجئين الفلسطينيين والسوريين الذين يحملون تراخيص عمل رسمية المساهمة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، على الرغم من عدم استفادتهم من تغطيته (بما في ذلك التغطية الصحية) نتيجة مبدأ "المعاملة بالمثل"¹⁵ وعوائق أخرى (International Labour Organization 2021; International Labour Organization 2020).

من بين التداعيات العديدة للأزمة متعددة الجوانب في لبنان لا يزال لارتفاع الكبير في معدل الفقر يشكل تحديًا أساسيًا أمام تحقيق الحق في الصحة، كما تمّ ذكره سابقًا. يُعتبر الفقر محدّدًا أساسيًا للصحة والحق في الصحة، ويُرجّح أن يتسبب في تعميق انعدام العدالة الصحية لأنه يؤثر أيضًا على (الوصول إلى) محدّدات الصحة الأخرى، وتشمل الغذاء والمياه وخدمات الصرف الصحي وظروف السكن المناسبة والتعليم وما إلى ذلك. في الربع الأول من العام 2022، عندما كان سعر صرف الدولار يناهز 25 ألف ليرة لبنانية، قدّرت إدارة الإحصاء المركزي نسبة الأسر التي تعيش بأقل من 430 دولارًا أمريكيًا بأكثر من 80% وأكّدت ذلك عدّة هيئات دولية ووطنية قدّرت نسبة الأسر التي تحتاج إلى نوع من المساعدة للتمكن من تلبية احتياجاتها المعيشية الأساسية بما يتراوح بين 75% و80%. حتى أيلول / سبتمبر 2022، قدّر معدل الفقر بين اللاجئين الفلسطينيين بحوالي 93% (UNRWA 2022)، وبلغت نسبة الذين يعيشون دون الحد الأدنى المعياري لسلة الإنفاق (SMEB) من اللاجئين السوريين 67% (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023). يدفع ارتفاع معدلات الفقر الأسر إلى إعطاء الأولوية للاحتياجات الأساسية واللجوء إلى آليات التأقلم السلبية التي تؤثر على الصحة لضمان البقاء؛ ومنها مثلًا تقليل حجم الوجبات، كما يوضحه القسم التالي (UN Women et al. 2020; UNICEF 2023). هناك برنامجان يهدفان إلى تزويد الأسر اللبنانية التي تعيش في فقر مدقع (مباشرةً بعد فترة جائحة كوفيد - 19) بالمساعدات النقدية ودعمها بالخدمات الاجتماعية لتوسيع تغطية شبكة الأمان الاجتماعي على المستوى الوطني. يشمل البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا

¹⁵ في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تمّ تفسير مبدأ "المعاملة بالمثل" على أنه يعني استفادة العاملين من البلدان التي أبرم معها لبنان اتفاقية ثنائية بشأن الضمان الاجتماعي دون سواهم من مخصصات الصندوق. حتى تاريخه، يستطيع مواطنو بلجيكا، وفرنسا، وإيطاليا، والمملكة المتحدة فقط الاستفادة من مخصصات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

(NPTP) وبرنامج شبكة الأمان الاجتماعي الطارئة (ESSNP) حوالي 160,000 أسرة تعيش في فقر مدقع، غير أن نسبة كبيرة من السكان لا تزال غير مشمولة بهذا الدعم الضروري (World Food Programme 2022; World Bank 2023b). والجدير بالذكر أن مسجلاً لمراقبة فعالية التوزيع أظهر أن الأسر تُنفق تحويلاتها النقدية بشكل أساسي على الغذاء (43%) وتليه الرعاية الصحية (12%) (World Bank 2023b).

كان وقع الأزمة كبيراً على النساء والفتيات بشكل خاص؛ فبعد أن رُفع الدعم عن منتجات النظافة الشخصية أثناء الدورة الشهرية، أصبحت هذه المنتجات خارج متناول الكثير من النساء، وسُميت هذه الحالة بـ«فقر الدورة الشهرية» (Moussawi 2023). قد تلجأ النساء غير القادرات على تحمّل تكلفة هذه المنتجات إلى بدائل غير صحية، ما يؤثر على صحتهن (Moussawi 2023). وبالمثل، أظهرت دراسة أجراها عواد وعبد (2021) لصالح منظمة أوكسفام أن أفراد مجتمع الميم عين، وبخاصة مغايرو الهوية الجنسية وغير الثنائيين واللاجئين أحرار الهوية الجنسية، أفادوا عن مواجهتهم صعوبات في الوصول إلى التوظيف والدخل، لاسيما بعد انفجار الرابع من آب/أغسطس في بيروت الذي تسبب بتدمير واسع للمساحات الآمنة لأفراد هذا المجتمع. وكما تمت مناقشته سابقاً، فإن مشكلات كالتمييز ضد مجتمع الميم، وغياب الحماية من الحكومة، والقيود القانونية تزيد الوضع صعوبة (Aouad & Abed 2021). أفاد أفراد المجتمع المشاركون في الدراسة أن محدودية الموارد تصعب عليهم تأمين الخدمات الأساسية كالسكن والرعاية الصحية، ومن بينها خدمات الصحة النفسية والصحة الجنسية والإنجابية (Aouad & Abed 2021).

انعدام الأمن الغذائي

قدّرت الأمم المتحدة عدد المقيمين الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي بين شهريّ أيلول/سبتمبر وكانون الأول/ديسمبر 2022، بحوالي مليوني شخص (بينهم مواطنون لبنانيون ولاجئون سوريون)، ويعود ذلك جزئياً إلى رفع الدعم عن الغذاء وتزايد تكلفة المعيشة (United Nations 2023). وجد المسح الغذائي الوطني الذي أجري في العام 2022 أن الأسر تلجأ إلى استراتيجيات التأقلم السلبية في مجال الغذاء، كتقليل حجم الوجبات، عند عدم توفر ما يكفي من الغذاء، وأن هذه الممارسات تشيع بشكل خاص بين البالغين الذين يتبعونها حتى يتمكن الأطفال من تناول الطعام (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022). أظهر المسح أيضاً أن 70% من الأطفال المشمولين في الدراسة لا يستفيدون من الرضاعة الطبيعية الحصرية المبكرة، فيما يفتقر 90% إلى بُعد واحد على الأقل من أبعاد النظام الغذائي ذي الجودة والمغذي (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022). أفادت 30% من الأسر اللبنانية، والسورية، والفلسطينية المشاركة في تقييم سريع أجري في نيسان/أبريل 2023، بأن واحداً من أبنائها على الأقل يذهب إلى الفراش وهو جائع، أي بارتفاع من 23% في العام السابق (UNICEF 2023). وأفادت 57% من الأسر اللاجئتين السوريتين بأن مدخولها الغذائي غير كافٍ (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023). بالإضافة إلى ذلك، أفادت أكثر من 80% من الأسر السورية التي تعيش في المأوى غير الدائمة بأنها لم تستهلك أغذية غنية بالحديد في الأسبوع السابق لتقييم جوانب ضعف اللاجئتين السوريتين في لبنان (VASyR)، بينما أفادت 19% بأنها لم تستهلك الأغذية الغنية بالفيتامين «أ». وسُجّلت نسب مرتفعة مماثلة بين اللاجئتين المقيمين في المأوى غير السكنية (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023).

قد يكون لسوء التغذية عواقب وخيمة على صحة الطفل ونموّه، ما يعيق بالتالي نيل الحق في الصحة. حتى العام 2022، كانت مستويات التقزّم متدنية إلى متوسطة

في كافة المحافظات (7% كمعدل على المستوى الوطني)، غير أنها سجّلت نسباً أعلى بين الأطفال السوريين المقيمين في المخيمات غير الرسمية حيث بلغت نسبة انتشار التقرّم 25.8% (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022; UNICEF 2022b). أما الهزال، فقد سجّل نسبة متدنية إلى متدنية جداً في كافة أنحاء البلاد (أقل من 5% في كافة الطبقات) بحسب المسح الغذائي الوطني (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022) الذي أظهر أيضاً أنّ 41% من النساء و43% من الأطفال المشمولين يعانون من درجة معينة من فقر الدم (FAO, FSC, UNICEF & WFP 2022)، ويعود ذلك على الأرجح إلى انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية (UNICEF 2022b). على الرغم من ذلك، سيبقى الأطفال عُرضة لخطر نقص التغذية وعواقبه في ظلّ ارتفاع معدلات انعدام الأمن الغذائي.

تدهور الخدمات العامة

في ظلّ تراجع قيمة العملة وأزمة الوقود التي تلت ذلك، عجزت الحكومة عن الحفاظ على تشغيل البنية التحتية العامة للكهرباء والمياه (Ferrando 2022). وساهم ضعف المرافق العامة أو عدم توفرها، وتشمل الكهرباء والمياه وخدمات الصرف الصحي، في مفاومة الفقر وعدم المساواة. وفي حين أن الوصول إلى المولدات الخاصة أو المُدارة تجارياً ممكن لمن يستطيعون تحمل تكلفتها، بيّنت دراسة أجرتها هيومن رايتس ووتش (2023) عدم قدرة حوالي 20% من الأسر منخفضة الدخل على تحمل تكلفة خدمات المولدات حيث إنها تُنفق قسماً كبيراً جداً من مداخيلها الشهرية على الاشتراك في كهرباء المولدات، ما يؤثّر على قدرتها على تلبية احتياجاتها الأساسية الأخرى. يتسبب الاعتماد المتزايد على المولدات للحصول على الطاقة أيضاً في تزايد معدلات تلوث الهواء نتيجة حرق وقود الديزل وبخاصة في المناطق الحضرية والمكتظة، ما يؤثر بدوره على الصحة وبشكل خاص لدى الفئات الضعيفة، وتشمل الأطفال والمسنين والأشخاص الذين يعانون من الأمراض التنفسية (Human Rights Watch 2023). يؤثّر انقطاع الكهرباء أيضاً على مستوى الرعاية الصحية؛ حيث إن الكهرباء ضرورية للحفاظ على سلسلة التبريد للقاحات (UNICEF 2022)، ولتقديم الخدمات الاستشفائية، حيث تحدّ بعض مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات خدماتها بالرعاية الطارئة لتقنين الطاقة (Hamadeh et al. 2021).

ترتبط أزمة الكهرباء مباشرةً بأزمة المياه، حيث إنّ الكهرباء ضرورية لتشغيل مضخات المياه والآبار. منذ العام 2019، تراجع الإمداد اليومي بالمياه في لبنان إلى ما دون المعدل الموصى به للفرد والبالغ 35 لتراً (UNICEF 2021; UNICEF 2022a). تتوفر أيضاً الصهاريج التي تسهّل الوصول إلى المياه، ولو كان ذلك فقط للأسر القادرة على تحمّل تكاليفها (Ferrando 2022; UNICEF 2022a). بالإضافة إلى ذلك، تعيش نسبة كبيرة من اللاجئين (الفلسطينيون = 45%، والسوريون = 58%) في مأوى مكتظة أو دون المستوى المطلوب (& UNHCR, UNICEF, UNRWA 2020; WFP 2023). ويؤثّر سوء ظروف الإيواء ونقص الموارد المائية وخدمات الصرف الصحي مباشرةً على الصحة وخصوصاً لدى الأطفال، حيث إنهم معرّضون للإصابة بالأمراض المرتبطة بالمياه أو الصرف الصحي (UNHCR, UNICEF, & WFP 2023; UNICEF 2022a; UNICEF 2022b). مثلاً على ذلك، شكّل تفشي الكوليرا مؤخراً للمرة الأولى منذ حوالي ثلاثة عقود، مؤشراً مهماً على تدهور وضع الصحة العامة (وبشكل عام البنية التحتية) في لبنان. انطلاقاً من المخيمات غير الرسمية للاجئين في شمال لبنان، انتشرت الكوليرا سريعاً حيث اكتُشف وجودها في مصار مياه الشفة والريّ ومياه الصرف الصحي في المخيم غير الرسمي، وفي وقت لاحق، في

مياه الصرف الصحي في منطقتين أخريين من البلاد (World Health Organization 2022). وحتى 2 حزيران/يونيو 2023، كان عدد حالات الإصابة المؤكدة بالكوليرا في البلاد قد تجاوز 8,000 حالة وكان الأطفال من بين الأكثر تضرراً (MoPH 2023a).

البيئة

في السنوات الأخيرة، شهد لبنان تدهوراً بيئياً كبيراً أثر على الصحة العامة. تشكّل حرائق الغابات، وتلوث الموارد المائية والهواء، وسوء إدارة النفايات، وأزمة النفايات المستمرة، وتدهور الأراضي، والأنشطة غير المضبوطة لاستغلال المحاجر، بعضاً من المشكلات البيئية في لبنان فحسب (UNDP, UNHCR, UNICEF, & MoE 2021). ومن المتوقع أن تتزايد الظواهر الجوية المتطرفة الناجمة عن تغيّر المناخ كالفيضانات وحرائق الغابات والجفاف، ما سيؤثر على الأمن الغذائي وعلى الأسر منخفضة الدخل، ولو بشكل غير متناسب (Ferrando 2022). وكما تمت الإشارة إليه سابقاً، يُسهم استهلاك الوقود لتشغيل المولدات العاملة بالديزل، وسوء جودة الوقود المستخدم في محطات توليد الطاقة، والنقل البري (زحمة السير) بشكل كبير في تلوث الهواء في لبنان (Baayoun et al. 2019; Human Rights Watch 2023)، فيما تشكّل عدم فعالية معالجة مياه الصرف الصحي وعدم معالجة النفايات ومياه الصرف الصناعية عوامل مهمة تسهم في تلوث الموارد المائية في لبنان. مثلاً على ذلك، يشكّل تلوث مياه نهر الليطاني أحد أهم العوامل المُسببة لتلوث الغذاء ومياه الآبار في البلاد، ويهدّد الصحة العامة والإنتاج الزراعي (Darwish et al. 2021). تجدر الإشارة أيضاً إلى أزمة النفايات الصلبة المستمرة في لبنان والتي أدّت في الماضي إلى تراكم النفايات الصلبة في مُدن البلاد بسبب المأزق السياسي وسوء الإدارة (Human Rights Watch 2020). يؤثّر تلوث الهواء وسوء إدارة النفايات بشكل مباشر على الصحة، وبخاصة في ما يتعلق بالأمراض التنفسية كمرض الانسداد الرئوي المزمن والربو وما يصاحبه من أمراض جلدية.

(عدم) توفر البيانات وأثره على الحق في الصحة

أُجري الإحصاء الوطني الأخير للسكان في لبنان في العام 1932، ولا تتوفر بشكل عام على المستوى الوطني، البيانات والمؤشرات المصنّفة بحسب النوع الاجتماعي، والعمر، والانتماء العرقي، والموقع الجغرافي (الريفي أو الحضري)، والفئة الاجتماعية والاقتصادية للاستناد إليها في صياغة السياسات والتخطيط الصحي. قدّم [تقرير الإحصاءات الصحية الوطنية \(National Health Statistics Report\)](#) الذي نُشر منذ أكثر من عشر سنوات (عام 2012) بعض الملاحظات بشأن الوضع الصحي للبنانيين ووفّر بيانات مأخوذة من الوكالتين المعنيتين (الأونروا والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين) عن وصول اللاجئين إلى الرعاية الصحية والخدمات المتوفرة لهم، غير أنه لم يتطرق إلى صحة العمال المهاجرين. أجريت دراسات استقصائية وطنية أو تمثيلية أخرى منها [تقييم جوانب ضعف اللاجئين السوريين في لبنان](#)، ألقت الضوء على التحديات والتباينات التي تواجه بعض الفئات الضعيفة أو غير المواطنين، بما في ذلك في مجال الصحة. غير أنّ هذه الدراسات لم تمثل تمثيلاً تاماً أو استبعدت بعض الفئات الضعيفة التي تواجه تحديات خاصة كالأشخاص غير المسجلين أو غير النظاميين. تفتقر البيانات المتوفرة إلى التوحيد (حيث تعتمد الجهات الفاعلة المختلفة على مؤشرات وتعريفات مختلفة)، وهي غير محدّثة ومتناقضة في بعض الأحيان، كما أن الجهات الفاعلة المعنية لا تشارك البيانات على الدوام (Badr & Asmar 2016).

بالإضافة إلى ذلك، تُعدّ وزارة الصحة العامة تقارير إحصائية ووبائية دورية عن عدّة مؤشرات صحية تشمل بيانات مراقبة الأمراض المعدية وغير المعدية والبيانات عن صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة (انظر [مرصد المعلومات الحيوية](#) التابع لوزارة الصحة العامة و[المؤشرات الصحية](#) الصادرة عن الوزارة). قُسمت بيانات صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة بحسب المناطق والجنسية، فيما جُمعت بيانات غير المواطنين في مجموعة واحدة، ما يترك تداعيات على إمكانية نيل الحق في الصحة لفئات كاللاجئين والعمال المهاجرين الذين تتباين ظروفهم المعيشية ومحدّدات الصحة الخاصة بهم ويُعتبر وصولهم إلى الرعاية الصحية محدوداً أيضاً. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ عدم توفر طرق موحّدة لجمع البيانات ومؤشرات موحّدة لا يسمح بإجراء المقارنات ضمن هذه الفئات كما أنه قد يعيق تطوير السياسات والبرامج. علاوةً على ذلك، لا تتوفر بيانات وطنية رسمية ومحدّثة يستطيع الباحثون أو المعنيون الوصول إليها لتقييم التفاوت في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية أو نيل الحق في الصحة ما يصعّب مساءلة الحكومة عن واجبها بضمان الحق في الصحة للجميع.

¹⁵ في حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تمّ تفسير مبدأ "المعاملة بالمثل" على أنه يعني استفادة العاملين من البلدان التي أبرم معها لبنان اتفاقية ثنائية بشأن الضمان الاجتماعي دون سواهم من مخصصات الصندوق. حتى تاريخه، يستطيع مواطنو بلجيكا، وفرنسا، وإيطاليا، والمملكة المتحدة فقط الاستفادة من مخصصات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الاستنتاجات والتوصيات

على الرغم من أنّ الأزمة المستمرة تسببت في مفاقمة الوضع، إلا أنّ أُسس النظام الصحي غير العادل في لبنان تسبق اندلاع الأزمة الراهنة. بشكل عام، ليس التقدم المُحرز (في القطاع الصحي والقطاعات الأخرى) متكافئاً بين المناطق، كما هو حال التنمية، ولا يتمتع المقيمون في لبنان حتى الآن بحقوق متساوية، ومن بينها الحق في الصحة. فبدلاً من ضمان هذا الحق، ساهمت السياسات والإصلاحات الوطنية في ارتفاع مستويات التفاوت في الدخل، ونشوء التفاوتات بين المناطق في مختلف محددات الصحة ما أدى إلى استثناء عدّة فئات. وتتلخّص التحديات والحواجز الرئيسية التي تعيق نيل الحق في الصحة بما يلي:

- ساهم تعزيز الليبرالية الاقتصادية - التي سهّلتها الطبقة السياسية والفساد والمحسوبيات - في توسّع قطاع الرعاية الصحية الخاص، وتأخر تنمية قطاع الرعاية الصحية العام. وبالمثل، تسببت الليبرالية الاقتصادية في إعاقة تنمية القطاعات الأخرى، ما أثر على المحددات الكامنة للصحة كالمياه والصرف الصحي، والطاقة، والبيئة.
- على الرغم من التقدّم المُحرز في بعض الجوانب، تسبّب ضعف الحوكمة والبنية التحتية، وسوء التخطيط، ونقص التمويل، وضعف جودة الخدمات في تدهور إضافي لقطاع الرعاية الصحية. ويسهم هذا التدهور إلى جانب التجزئة القائمة في التمويل وتقديم الرعاية الصحية، في إحداث التفاوتات في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وتوفيرها بين مختلف الفئات السكانية.
- تركّز القوانين، والمراسيم، والسياسات، والاستراتيجيات الصحية الراهنة بشكل أكبر على الوصول إلى الرعاية الصحية بدلاً من توفير الصحة كحق. وعلى الرغم من أن لبنان هو من الدول الموقعة على العديد من الاتفاقيات والمعاهدات التي تنص على الحق في الصحة، إلا أنّ هذه الأحكام لا تُطبّق عقلانياً. علاوةً على ذلك، يؤدّي العديد من القوانين والسياسات إلى الإقصاء الاجتماعي لبعض الفئات كالمسنين، والنساء، والأطفال، وذوي الإعاقة، ومجتمع الميم، ما يعيق نيل الحق في الصحة.
- استند النظام الصحي على مرّ السنوات على ثقافة الرعاية العلاجية بدلاً من الرعاية الوقائية.
- يفتقر لبنان إلى استراتيجية شاملة للحماية الاجتماعية توفّر التغطية الصحية الشاملة للجميع، وإلى شبكة رعاية صحية أولية فعالة وقادرة على توفير حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الضرورية للجميع.
- ساهم الوضع في انعدام العدالة والتمييز في إتاحة الفرص والوصول إلى خدمات الصحة والرعاية الصحية على أساس صفات يجب أن تكون محمية بالقانون (كالنوع الاجتماعي، ومستوى الدخل، والانتماء السياسي أو الديني، والوضع القانوني للمواطن، والجنسية)، وبخاصة للمجموعات الضعيفة والمهمشة.

■ نحو ضمان الحق في الصحة للجميع في لبنان

• **إرساء ثقافة الصحة كحق:** من المهم للغاية إدراج ضمان الحق في الصحة للجميع في الدستور أو وضع التشريعات الوطنية الضرورية التي تضمن هذا الحق، وتوعية المقيمين بحقوقهم، وتمكينهم من مساءلة الحكومة لضمان استيفاء هذا الحق. عقلياً، ينبغي بذل الجهود للتوعية بآليات الشكاوى المتوفرة في القطاع الصحي العام والترويج لاستخدامها، وتشمل الخط الساخن الوطني لشكاوى واستفسارات المواطنين في وزارة الصحة العامة، والموقع والتطبيق الإلكتروني للوزارة، والنظام الوطني لمعالجة المظالم الذي يغطي شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية.¹⁶ ينبغي جعل استخدام هذه الآليات مجانياً وتوسيع نطاقها لتشمل الأسئلة والشكاوى المرتبطة بحقوق الشخص في الصحة. وينبغي أن يتمكن الأفراد من المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهم (كما ينص عليه القانون رقم 574/2004 المتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة)، وبشكل أشمل، ينبغي أن يشارك المجتمع المدني والجمهور العام في برامج الصحة العامة وتطوير السياسات، سواء من خلال المشاورات الوطنية أو اللجان الصحية المحلية. وينبغي بذل الجهود لضمان شمل الأفراد الأكثر ضعفاً أو تهميشاً في المجتمع و/أو منظمات المجتمع المدني التي تمثلهم في المشاورات واللجان. يتطلب تحقيق العدالة الصحية أيضاً إصلاحات لمحددات الصحة كالمشكلات التي تعيق الوصول العادل والمنصف إلى التعليم والتوظيف، والمياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي المناسبة، والغذاء الصحي، وموارد الطاقة المتجددة، والبيئة الصحية. لبلوغ هذه الغاية، يُعتبر ضمان شمل الصحة في كافة السياسات مهماً. يتطلب تحقيق الحق في الصحة أيضاً تعزيز القبول في مرافق وخدمات قطاع الرعاية الصحية العام - الذي يجب أن يكون الجهة الأساسية لتقديم خدمات الرعاية في البلاد - ورفع التوعية على المستويين الثقافي والاجتماعي بشأن تغليب قيمة الخدمات الوقائية على الخدمات العلاجية.

• **تعزيز شبكة الرعاية الصحية الأولية في لبنان:** ينبغي بذل الجهود لتعزيز قطاع الرعاية الصحية العام والشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية في لبنان. وينبغي أن تحسّن وزارة الصحة العامة القدرة على تقديم الخدمات في مرافقها، وتوفر هذه الخدمات وجودتها، ما يستوجب ضمان امتلاك العاملين الصحيين للمؤهلات المناسبة. على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية، ينبغي أن تشمل الخدمات المقدّمة الرعاية الوقائية، والرعاية الجنسية والإنجابية، وخدمات الصحة النفسية والتي ينبغي أن تُرصد لها ميزانية مناسبة. يُعتبر تحسين الجودة وضمان سلامة المرضى أساسياً لبناء الثقة في القطاع ويستوجب قيام الحكومة باعتماد سياسة شاملة لتحسين الجودة وسلامة المرضى.¹⁷ بالإضافة إلى ذلك، ينبغي إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية للجميع، مادياً ومالياً على السواء. ويعني ذلك عملياً ضمان التوزيع العادل للمراكز بين المحافظات. ومن المهم أيضاً معالجة مشكلات النقل العام (مثلاً ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات النقل المقبولة التكلفة والأمنة للنساء والفتيات) لضمان تمكّن الأفراد من الوصول إلى المركز الأقرب إليهم. ينبغي أن تكون المراكز مجهزة (مثلاً بالعاملين الصحيين، والمنشآت، والمعدات، ووسائل

¹⁶ يقدّم حمود وآخرون (2021) نظرة عامة عن آليات الشكاوى المتوفرة، ويناقشون الفجوات الراهنة، ويقدمون التوصيات للتحسين في المقال بعنوان "إنشاء نظام لشكاوى المرضى في الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية في لبنان (2016-2020)، دروس للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل" (Setting up a patient complaint system in the national primary healthcare network) (in Lebanon (2016-2020): Lessons for Low- and Middle Income Countries).

¹⁷ يصف الجردي وفضل الله (2017) طريقة تحقيق ذلك عملياً في دراستهما بعنوان "مراجعة للسياسات والاستراتيجيات الوطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى: دراسة حالة من لبنان والأردن" (A Review of National Policies and Strategies to Improve Quality of Health Care and Patient Safety: A Case Study from Lebanon and Jordan).

الوصول المادي، وما إلى ذلك) لتوفير الرعاية التي يحتاج إليها الأفراد بتكلفة مقبولة. ومن المهم أيضًا معالجة تأثير المؤسسات الصحية والدينية والفساد في النظام.

• **العمل لإرساء نظام رعاية صحية شامل للجميع:** يشكّل اعتماد قانون للرعاية الصحية الشاملة للجميع يضمن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية لكافة المقيمين في لبنان، وليس فقط للمواطنين، خطوة ضرورية لتحسين العدالة الصحية والحدّ من التمييز. ينبغي أن تكون خدمات الرعاية الصحية والأدوية الأساسية متاحة للجميع وبأسعار مقبولة. قد يقلل اعتماد قانون الرعاية الصحية الشاملة للجميع الإنفاق من الجيوب الخاصة، ويحدّ بالتالي من احتمال وقوع الأسر الأكثر فقرًا تحت عبء النفقات الصحية الكارثية.¹⁸ بالإضافة إلى ذلك، من المهم وضع التشريعات لضبط أسعار السوق وتحديد سقف لهوامش الربح في القطاع الصحي، وذلك بخاصة في مجال الأدوية والفحوص المتخصصة. وينبغي بذل الجهود لتقليل الاعتماد على القطاع الخاص وزيادة تنظيمه. في موازاة ذلك، من المهم للغاية اعتماد "الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية" لأنها توفر التغطية وحزمة من المنافع الأساسية التي تتضمن خدمات الرعاية الصحية الأساسية للجميع، بما في ذلك الفئات الضعيفة والمهمشة. ويمكن تأمين التمويل للرعاية الصحية الشاملة للجميع من خلال اعتماد الضريبة التصاعدية، من بين آليات تمويلية أخرى، على أن تسبقها جهود لتوحيد آليات التمويل الراهنة وتعزيز التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة المعنية بالقطاع. يُعتبر ذلك أساسيًا للحد من التجزئة، والازدواجية، وعدم الكفاءة التي تشكّل عوائق كبيرة أمام نيل الحق في الصحة للجميع في البلاد.

• **توفّر البيانات والشفافية:** قد يساعد توفير البيانات المبنية (بناءً على النوع الاجتماعي، والجنسية، والعمر، والموقع الجغرافي (الحضري/الريفي)، ونوع المأوى، وما إلى ذلك) وربما رقمنة سجلات المرضى في نظام وطني للمعلومات الصحية في الحد من التمييز وعدم المساواة، وزيادة الكفاءة، وتقليل الأخطاء الطبية على مستوى مؤسسات الرعاية الصحية، وتحسين جودة الرعاية الصحية. علاوةً على ذلك، بإمكان البيانات تسهيل التخطيط وإعداد الميزانيات الوطنية لضمان تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع والأفراد. تُعتبر البيانات أساسية لتطوير استراتيجية وطنية شاملة للصحة العامة تتضمن مؤشرات ومستهدفات صحية. وبالإضافة إلى البيانات الوبائية، ينبغي تسهيل وصول الجمهور العام إلى المعلومات عن عقود وزارة الصحة العامة، والميزانيات، والإنفاق، وما إلى ذلك، وهي بيانات يمكن أن يستخدمها الجمهور العام والمجتمع المدني لمساءلة الحكومة من خلال آلية مراقبة وطنية. عمليًا، ينبغي بذل الجهود لكسر الحواجز التي تعيق التنفيذ المناسب لقانون حق الوصول إلى المعلومات رقم 28/2017 الذي يلزم مؤسسات الدولة بمشاركة المعلومات عن الميزانيات، والدراسات، والتقارير، والقرارات، والتعليمات، والتعاميم، والمذكرات، وغيرها مع الجمهور العام في حال طلبها (وفقًا لبعض الشروط). وتشمل العوائق الأعذار التي تقدّمها المؤسسات العامة المعنية لعدم توفير البيانات وعدم توفّر لجنة وطنية لمكافحة الفساد. تمت معالجة مشكلة مقاومة المؤسسات العامة لمشاركة المعلومات إلى حدّ ما من خلال التعديلات التي أدخلت على القانون في العام 2021 عن طريق القانون رقم 233/2021، غير أنه لم يتم حتى الآن تشكيل لجنة لمكافحة الفساد.

¹⁸ انظر ملخص الأدلة هذا الصادر عن مركز ترشيد السياسات في كلية العلوم الصحية بالجامعة الأمريكية في بيروت حول تسريع التقدم نحو توفير التغطية الصحية الشاملة للجميع.

لا يمكن تحقيق العدالة الصحية من دون معالجة بعض المشكلات المتجذرة في نظامنا، ومن بينها الفساد. ويضطلع تعزيز آليات المساءلة والشفافية بدور مهم في الحد من الفساد وتنظيم قطاع الرعاية الصحية، بما يشمل مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص وقطاع الأدوية. على مستوى الرعاية الصحية العامة، تُعتبر الشفافية مهمة لضمان التخصيص العادل لأموال الرعاية الصحية. أما في ما يتعلّق بالقطاع الخاص، فمن المهم تعزيز المنافسة العادلة وضمان التنفيذ المناسب لقوانين مكافحة الفساد والشفافية في عمليات الشراء العام.

المراجع

- Abboud, S., et al. 2023. "Experiences of Stigma, Mental Health, and Coping Strategies in Lebanon among Lebanese and Displaced Syrian Men who have Sex with Men: A Qualitative Study." *Social Science & Medicine*, 335: 116248. [Link](#).
- Abi-Rached, J., & Diwan, I. 2022. "The Economic Legacy of the French Mandate in Lebanon." [Link](#).
- Ammar, W. 2003. "Health System and Reform in Lebanon." [Link](#).
- Ammar, W. 2009. "Health Beyond Politics." [Link](#).
- Amnesty International. 2021. "Lebanon: Government Recklessness in Medication Subsidy Reform Violates Right to Health and Life." [Link](#).
- Amnesty International. 2023. "Lebanon: Government Must Ensure Medication is Available and Affordable." [Link](#).
- Aouad, N., & Abed, D. 2021. "Queer community in crisis: trauma, inequality and vulnerability." Oxfam. [Link](#).
- Assi, A., et al. 2019. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and their Association with Sexual Practices and Substance use among 2238 MSM in Lebanon." *Nature Research Scientific Reports*, 9: 15142. [Link](#).
- Azhari, T. 2021a. "Lebanon's COVID-19 Vaccine Drive Hit by Row Over MPs' Queue-Jumping." [Link](#).
- Azhari, T. 2021b. "Palestinian Refugees in Lebanon Three Times More Likely to Die with COVID-19." [Link](#).
- Baayoun, A., et al. 2019. "Emission Inventory of Key Sources of Air Pollution in Lebanon." *Atmospheric Environment*, 215: 116871. [Link](#).
- Badr, N.G., & Asmar, M.K. 2016. "Across other sectors (determinants of health), laws, decrees, policies, and strategies fail to incorporate language on health."
- Baroud, M., & Mouheildine, O. 2018. "Healthcare Needs and Barriers of Persons with Disabilities: An Exploratory Study among Syrian Refugees, Palestine Refugees from Syria, and Lebanese." Beirut: Issam Fares Institute for Public Policy and International Affairs. [Link](#).
- Bourhrous, A. 2021. "Fixing the Economy and Public Service Provision in Lebanon." SIPRI Policy Brief. [Link](#).
- Boutros, J. 2021. "The Battle to Break the Monopoly in the 1970s: The Medicines Cartel Defeats Emile Bitar [معركة كسر الاحتكار في السبعينيات: كارتيل الأدوية ينتصر على إميل بيطار]." In Arabic. Beirut: Legal Agenda. [Link](#).
- Cammett, M. 2019. "Lebanon, the Sectarian Identity Test Lab." New York: The Century Foundation. [Link](#).

- Central Administration of Statistics (CAS). 2022. "Health, Insurance & Disability." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS). 2023. "Consumer Price Index." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS) & International Labour Organization (ILO). 2020. "Labour Force and Household Living Conditions Survey 2018-2019 Lebanon." [Link](#).
- Central Administration of Statistics (CAS) & International Labour Organization (ILO). 2022. "Lebanon Follow-up Labour Force Survey – January 2022 Fact Sheet." [Link](#).
- Centre for Social Sciences Research & Action (CeSSRA). 2022. "Timeline: Social Protection in Lebanon | September, 1946 to December, 2021." [Link](#).
- Dabbous, D. 2017. "Legal Reform and Women's Rights in Lebanese Personal Status Laws." CMI Report Number 3. [Link](#).
- Dara, K. 2020. "Marginalization Cost: Regional Disparities Fueling Lebanon's Fragility." Carnegie Middle East Center. [Link](#).
- Darwish, T., Shaban, A., Masih, I., Jaafar, H., Jomaa, I., & Simaika, J.P. 2021. "Sustaining the Ecological Functions of the Litani River Basin, Lebanon." International Journal of River Basin Management [Link](#).
- El-Harakeh, A., & Haley, S. J. 2022. "Improving the Availability of Prescription Drugs in Lebanon: A Critical Analysis of Alternative Policy Options." Health Research Policy & Systems, 20(106). [Link](#).
- El-Husseini Dean, R. 2023. "The Harrowing State of Women's Rights in Lebanon." Arab Center Washington DC. [Link](#).
- El-Jamal, N., Hajjali, T., Isma'eel, H., & Al-Chaer, E. 2021. "Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic: Physician Safety and Coverage in Lebanon." [Link](#).
- El-Jardali, F., Masri, R., & Sleem, Z. 2023a. "Rethinking Lebanon's Healthcare System Amid the Economic Crisis." The Lebanese Center for Policy Studies. [Link](#).
- El-Jardali, F., Masri, R., & Sleem, Z. 2023b. "Policy Brief: Lebanon's Economic Crisis by Sector: Reforming the Healthcare System." [Link](#).
- El-Kak, F., Kabakian, T., Ammar, W., & Nassar, A. 2019. "A Review of Maternal Mortality Trends in Lebanon, 2010–2018." International Journal of Gynecology & Obstetrics, 148(1): p. 14-20. [Link](#).
- El-Khoury, J., Haidar, R., & Charara, R. 2020. "Community Mental Healthcare in Lebanon." Consortium Psychiatricum, 1(1): p. 71-77. [Link](#).
- Farran, N. 2021. "Mental Health in Lebanon: Tomorrow's Silent Epidemic." Mental Health & Prevention, 24(2021): 200218. [Link](#).
- Fathallah, Z. 2019. "Moral Work and the Construction of Abortion Networks: Women's Access to Safe Abortion in Lebanon." Health and Human Rights Journal, 21(2): p. 21-23. [Link](#).
- Fernandez, B. 2018. "Health Inequities Faced by Ethiopian Migrant Domestic Workers in Lebanon." Health and Place, 50(2018): p. 154-161. [Link](#).

- Ferrando, M. 2022. "Amid Lebanon's Perfect Storm of Crises, Water Demands Attention." Middle East Institute. [Link](#).
- Hamadeh, R., Kdouh, O., Hammour, R., Leresche, E., & Leaning, J. 2021. "Working Short and Working Long: Can Primary Healthcare be Protected as a Public Good in Lebanon Today?" Conflict and Health, 15(23). [Link](#).
- Helem. 2020. "The Universal Period Review of LGBTQ+ Rights in Lebanon." [Link](#).
- HelpAge International & International Labour Organization. 2022. "A Glimmer of Hope Amidst the Pain: Voices of Older People on Social Protection and the Need for a Social Pension in Lebanon." [Link](#).
- Hemadeh, R., Hammoud, R., & Kdouh, O. 2019a. "Lebanon's Essential Healthcare Benefit Package: A Gateway for Universal Health Coverage." The International Journal of Health Planning and Management, 34(4): p. e1921-e1936. [Link](#).
- Hemadeh, R., Hammoud, R., Kdouh, O., Jaber, T., & Ammar, L. 2019b. "Patient Satisfaction with Primary Healthcare Services in Lebanon." The International Journal of Health Planning and Management, 34(1): p. e423-e435. [Link](#).
- Hemadeh, R., Kdouh, O., Hammoud, R., Jaber, T., & Khalek, L.A. 2020. "The Primary Healthcare Network in Lebanon: A National Facility Assessment." Eastern Mediterranean Health Journal, 26(6): p. 700-707. [Link](#).
- Human Rights Watch. 2017. "Lebanon: Pass Bill to End Child Marriage - Would Set Minimum Age at 18, Punish Violators." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2020. "Lebanon: Huge Cost of Inaction in Trash Crisis Urgently Find Sustainable, Rights-Respecting Strategy." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2021. Lebanon: Refugees, Migrants Left Behind in Vaccine Rollout." [Link](#).
- Human Rights Watch. 2023. "'Cut Off from Life Itself' Lebanon's Failure on the Right to Electricity." [Link](#).
- International Commission of Jurists. 2019. "Gender-based Violence in Lebanon: Inadequate Framework, Ineffective Remedies." [Link](#).
- International Commission of Jurists. 2020. "Unrecognized and Unprotected: The Treatment of Refugees and Migrants in Lebanon." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2020. "Extending Social Health Protection in Lebanon: The role of the National Social Security Fund (NSSF) in achieving Universal Health Coverage." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021. "Assessing Informality and Vulnerability among Disadvantaged Groups in Lebanon: A Survey of Lebanese, and Syrian and Palestinian Refugees." [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2022. "Vulnerability and Social Protection Gaps Assessment – Lebanon." [Link](#).
- Isma'eel, H., et al. 2020. "Saving the Suffering Lebanese Healthcare Sector: Immediate Relief while Planning Reforms." [Link](#).

- Itani, R. 2023. "Oral Contraceptive Pills Shortage in Lebanon amidst the Economic Collapse: A Nationwide Exploratory Study." BMC Health Services Research, 23(2023): 520. [Link](#).
- Kaloti, R., & Fouad, F. 2022. "The Politics of COVID-19 Vaccine Equity among Refugee Populations in Lebanon." Journal of Global Health Economics and Policy, 2: e2022003. [Link](#).
- Kreichati, C. 2020. "COVID-19 and the Destructive Force of Privatized Healthcare in Lebanon." Progressive International. [Link](#).
- Kronfol, N. M. 2006. "Rebuilding of the Lebanese Healthcare System: Health Sector Reforms." EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 12 (3-4), 459-473, 2006. [Link](#).
- Kronfol, N.M., & Bashshur, R. 1989. "Lebanon's Healthcare Policy: A Case Study in the Evolution of a Health System under Stress." [Link](#).
- Lebanese Civil Society's Coalition. 2015. "Universal Periodic Review Lebanon 2015: Civil Society Reports. (Joint report). Beirut: Arab NGO Network for Development. [Link](#).
- Lebanese Constitution. 2004. [Link](#).
- Lebanese Union of the Physically Handicapped. 2020. "The Universal Periodic Review of the Sexual and Reproductive Rights in Lebanon." [Link](#).
- Makdisi, S. 2007. "Rebuilding without Resolution: The Lebanese Economy and State in the Post-Civil War Period." In L. Binder (ed.), "Rebuilding Devastated Economies in the Middle East."
- Manara Network for Children's Rights. 2011. "Profile of Lebanon: A Review of the Implementation of the UN Convention on the Rights of the Child." [Link](#).
- Medecins sans Frontieres. 2022. "Lebanon: People surrender to pain for fear of facing hospital costs." [Link](#).
- Medecins sans Frontieres. 2023. "Migrant Workers in Lebanon: Healthcare Under the Kafala System." [Link](#).
- Merhej, K. 2021. "Paradise Lost? The Myth of Lebanon's Golden Era." [Link](#).
- Mezher, Z., Nassif, G., & Wilson, C. 2017. "Women Migrant Domestic Workers in Lebanon: A Gender Perspective." UN Women, International Labour Organization (ILO), International Organization for Migration (IOM), and Arab Institute for Women (AiW). [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023a. "Cholera Surveillance Report 2 June 2023." [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023b. "Impact E-governance Platform – COVID-19 Vaccine Dashboard." [Link](#).
- Ministry of Public Health. 2023c. "Health Indicators." [Link](#).
- Ministry of Public Health & World Health Organization. 2022a. "Lebanon National Health Strategy: Vision 2030 – Out of the Crisis and Towards Better Health for All." [Link](#).

- Ministry of Public Health & World Health Organization. 2022b. "Annex 2 to the Lebanon National Health Strategy: Health Sector Overview." [Link](#).
- Ministry of Social Affairs – Republic of Lebanon, & UNFPA. 2021. "The National Strategy for Older Persons in Lebanon 2020-2030." [Link](#).
- Moussawi, F. A. 2023. "The Realities, Needs and Challenges Facing the Feminist and Queer Movements in Lebanon in Light of a Multi-Layered Crisis." [Link](#).
- Naal, H., Abboud, S., Harfoush, O., & Mahmoud, H. 2020. "Examining the Attitudes and Behaviors of Health-care Providers Toward LGBT Patients in Lebanon." *Journal of Homosexuality*, 67(13): p. 1902-1919. [Link](#).
- Norwegian Refugee Council. 2020. "Documentation and Access to Healthcare for Refugees in Lebanon." [Link](#).
- Noubani, A., Diaconu, K., Loffreda, G., & Saleh, S. 2021. "Readiness to Deliver Person-Focused Care in a Fragile Situation: The case of Mental Health Services in Lebanon." *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1): p. 21. [Link](#).
- Osmat, B. 2023. "Social Security in Lebanese Political Economy: A Critical View from within the National Social Security Fund." [Link](#).
- Phenix Center & HelpAge International. 2023. "Mental health of older Lebanese and Syrian refugees in Lebanon." [Link](#).
- Proudfoot, P., & Reda, A. 2021a. "The Dichotomy of Lebanon's Social Protection and Currency Crises – Part 1." *Institute of Development Studies*. [Link](#).
- Proudfoot, P., & Reda, A. 2021b. "The Dichotomy of Lebanon's Social Protection and Currency Crises – Part 2." *Institute of Development Studies*. [Link](#).
- Ramadan, T. 2022. "Lebanon Hospitals Forced to Turn Away Sick Children among Exodus of Health Workers." *Thomson Reuters Foundation*. [Link](#).
- Sader, M.J. 2021. "There are Still Ways to Access Almost-Free Health Care in Lebanon." [Link](#).
- Salameh, P., Hajj, A., Badro, D.A., Abou Selwan, C., Aoun, R., & Sacre, H. 2020. "Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspectives from a Developing Country." *Psychiatry Research*, 294(2020): 113520. [Link](#).
- Salem, M., & Chaaban, Z. 2020. "Queers in Quarantine: Between Pandemics and Social Violence in Lebanon." [Link](#).
- Stewart, D.J. 1996. "Economic Recovery and Reconstruction in Postwar Beirut." *Geographical Review*, 86(4): p. 487-504. [Link](#).
- UNDP, UNHCR, UNICEF, & MoE. 2021. "SOER Report: Lebanon State of the Environment and Future Outlook: Turning the Crises into Opportunities." [Link](#).
- UNESCO. 2013. "Social Inclusion of Young Persons with Disabilities (PwD) in Lebanon: Where do we Stand and What Should be Done to Promote their Rights?" Beirut: UNESCO. [Link](#).
- UNFPA. 2023. "World Population Dashboard – Lebanon." [Link](#).
- UNHCR. 2019. "Health Programme 2019." [Link](#).

- UNHCR. 2023. "Hospital Referral Care." [Link](#).
- UNHCR, UNICEF, & WFP. 2023. "Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2022." [Link](#).
- UNICEF. 2021. "Water supply systems on the verge of collapse in Lebanon: over 71 per cent of people risk losing access to water." [Link](#).
- UNICEF. 2022a. "Struggling to Keep the Taps on Lebanon's Water Crisis Continues to Put Children at Risk." [Link](#).
- UNICEF. 2022b. "A Worsening Health Crisis for Children: The Consequences of the Failing health System has Immediate and Longer-term Impacts on Children." [Link](#).
- UNICEF. 2023. "Future on Hold: Lebanon's Worsening Crisis is Breaking Children's Spirits." [Link](#).
- United Nations. 2023. "Around 2 million Facing Food Insecurity across Lebanon." [Link](#).
- UNRWA. 2020. "Protection brief Palestine refugees living in Lebanon." [Link](#).
- UNRWA. 2022. "UNRWA Protection Monitoring Report – Quarter 3 (Q3) 2022." [Link](#).
- UNRWA. 2023. "Health in Lebanon." [Link](#).
- UN Women, WHO, UNFPA, & NCLW. 2021. "Gender Alert on COVID-19 in Lebanon Issue No. 5." [Link](#).
- Van Lerberghe, W., Mechbal, A., & Kronfol, N. 2018. "The Collaborative Governance of Lebanon's Health Sector: Twenty Years of Efforts to Transform Health System Performance." Policy Support Observatory. [Link](#).
- World Bank. 1994. "Memorandum of the President of the IBRD to the Executive Directors on a Country Assistance Strategy of the World Bank Group for Lebanon." [Link](#).
- World Bank. 2023a. "World Bank Open Data." [Link](#).
- World Bank. 2023b. "US\$300 million to Scale-Up Support to Poor and Vulnerable Lebanese Households and Strengthen Social Safety Net Delivery System." [Link](#).
- World Food Programme. 2022. "WFP Lebanon – Support to the National Poverty Targeting Programme in 2022." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2021. "Joint Statement by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director General, and Dr Ahmed Al Mandhari, Regional Director for the Eastern Mediterranean, on Lebanon." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2022. "Cholera – Lebanon." [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2023. "Global Health Expenditure Database – Lebanon." [Link](#).
- Wright, K., Peplinski, B., Abboud, S., & Harfouch, O. 2017. "A Stakeholder Analysis of the Current Lebanese Context for Transgender Healthcare: The Perspectives of Non-Governmental Organizations." [Link](#).

- Youssef, D., Abboud, E., Abou-Abbas, L. et al. 2022. "Prevalence and Correlates of Burnout among Lebanese Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A National Cross-sectional Survey." Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 15(102). [Link](#).

مقالات ذات صلة

النساء والحق في الصحة في المنطقة العربية

فاطمة الموسوي

مقدّمة

تتقاطع عوامل ثلاثة لتؤثر على واقع النساء الصحي في المنطقة العربية: الأول هو تراجع المشهد الصحي العام،¹ ما ينطلي على جميع أفراد المجتمع؛² الثاني هو تراكم أوجه القمع الذي تتعرّض له النساء³ وحرمانهن من معظم حقوقهن؛ أما الثالث، فهو إلزام النساء بشكل مباشر أو ضمني بتبني مفهوم الرعاية والعناية الصحية، جسدياً ونفسياً، بالآخرين دون الالتفات إلى أنفسهن للحصول على الرعاية والعناية، تماشياً مع منظومة اجتماعية وثقافية معيارية متكررة (مورغان وآخرون ٢٠١٨). يعتبر الجندر أو مفهوم "البناء الاجتماعي"⁴ لأدوار الأفراد، واحداً من العوامل الأساسية في تحديد وصول الأشخاص إلى الحماية والمكتسبات؛ وبالتالي، وصول النساء إلى حقهن في الصحة ضمن المنظومة الحقوقية. كما تؤثر العوامل الجندرية في تحديد وصناعة شكل الحصول على الخدمات والمعلومات الصحية، وفعاليتها وسهولتها وتساهم في تمهيد الطريق أو عرقلته أمام النساء ممن هن بحاجة إلى استخدام هذا الحق واللجوء له (ديجونغ والحيدري ٢٠١٧). في المقابل، تُعدّ الأنظمة الصحية في المنطقة العربية كما في كل بلدان العالم "مجنّدة" (حبيب وآخرون ٢٠٢٢). إذ تختلف درجة السهولة، والفعالية، والإتاحة التي تقدم بها الخدمات بين الرجال والنساء،

¹ يتقدم المشهد الصحي في بعض الدول العربية ولكنه يتراجع في أخرى ولكنه يبقى عالقاً في بيانات لا تعكس معدل التطور العالمي أو أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ أو حتى الخطط الحكومية المحلية طويلة أو قصيرة الأمد. تشمل ذلك بحسب دراسة مورغان على دول ذات دخل منخفض إلى متوسط.

² بالطبع مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات التعليمية والاقتصادية التي تشكل قوام الوصول إلى الحق في الصحة والقدرة على مناقشة كافة الظروف التي من شأنها أن تضمن حق الأفراد ومنهن النساء بحقوق صحية ضمن منظومة حقوق الإنسان.

³ نتحدث هنا بالضرورة عن الممارسات القمعية التي تتجلى بداية في الأعراف الاجتماعية والجندرية ومن خلال النظم والقوانين التي ترعى التمييز وتعمل على تأسيسه لوقت طويل حتى يصبح ركناً من أركان النظام.

⁴ يشار إليه في مراجعات أخرى على أنه النوع الاجتماعي كما في العديد من الإصدارات والتقارير المرافقة. أختار أن أستخدم مصطلح الجندر أو البناء الاجتماعي لأقترابه أكثر من المفهوم المرتبط بما يعيق الوصول إلى الصحة كحق وفي الإطار الحالي كإماتار على أساس تمييزي منوط بالأدوار.

كما تختلف بين النساء من خلفيات اجتماعية واقتصادية متباينة، إما لناحية طريقة منح الخدمة الصحية أو تلقيها. (الدوسري، ٢٠١٧) ويساهم ذلك في ظهور التفاوتات الجندرية في حيز الخدمات الصحية بالقدر نفسه الذي تتجلى فيه الحوكمة الصحية والأجندة السياسية في الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية لكل الأفراد (فان أولمن وآخرون، ٢٠١٢).

لا يمكن فصل الواقع الصحي للنساء والفتيات في المنطقة العربية عن انخراطهن الاقتصادي، والتعليمي، والمهني. فالبيانات المتردية في هذه المجالات تؤثر بشكل كبير في تراجع وعي النساء حول احتياجاتهن وحقوقهن الصحية وقدرتهن على المطالبة بها والتصدي للنظم التي تمنعهن من الوصول إلى الحق في الصحة بشكل متناسو مع الرجل أو حتى مع غيرهن من النساء عندما تتفاوت ظروفهن العلميّة، والاجتماعية، والاقتصادية. تفتقر صحة النساء في معظم الدول العربية إلى الموارد الرئيسية المادية وغالباً اللوجستية والمعرفية أيضاً. كما لا تتم مناقشة الكثير من المواضيع المتعلقة بصحتهن بشكل علني، أو تبقى طبي التجاهل حتى في الحيز الخاص بهن لعدم توفر المساحة الآمنة والتوعية الكافية لمناقشتها (عاصي ٢٠٢٠). تواجه النساء في المنطقة العربية عقبات أمام الوصول إلى الحق في الصحة في الإطارين القانوني والسياسي، حيث تدور معاركهن مع التحرش الجنسي، والعنف الجندري، والحرمان من الحضنة والميراث، وغيرها من الحقوق الأساسية المسلوقة، في أنظمة قوامها الأبوية والرأسمالية. فيصبح الحرمان من الوصول إلى رعاية صحيّة لائقة حلقةً في سلسلةٍ من الانتهاكات الجندريّة المتجذرة في بناء الدولة.

التحديات القائمة

تتشعب التحديات أمام وصول النساء إلى الحق في الصحة، فتتراوح بين ثقافية وقيمية، واقتصادية وسياسية. وتلعب الأعراف الثقافية الجندرية والجنسانية دوراً في خلق البيئة المؤثرة مباشرة بعلاقة النساء مع منظومة الصحة والوصول إلى خدماتها باعتبارها حقّ لهن. ويشكّل عددٌ من العوامل الثقافية والاجتماعية مدخلاً لفهم تراجع علاقة النساء العربيات بحقوقهن الصحية وتأتي المعتقدات على رأس هذه العوامل. فعلى سبيل المثال، في الوقت الذي تؤمن فيه الكثير من النساء بأهمية الكشف المبكر لأنواع من الأورام كسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، فهن أيضاً يؤمنّ بأن الإصابة بالسرطان أمر خاضع للقضاء والقدر. وهو ما يجعل بعضهن لا يقدمن على الفحص الوقائي. وبالرغم من حملات التوعية، لا تزال هذه المعتقدات مترسّخة إلى حد كبير في السلوك الصحي للنساء. والأمر ذاته ينطلي على ربط الأمراض النفسية وتفاعلاتها، بفعل الموروثات الثقافية، بالחסد والعين والجن؛ ما يؤدي حتّى إلى عدم طلب المساعدة الطبية والعلاج النفسي، واللجوء إلى وسائل بعيدة عن الطب (عاصي، ٢٠٢٠). لا يمكن لوم الأنظمة الصحية في ما يتعلّق بالمعتقدات، ولكن من الضروري أن نفهم خطورة تجاهل هذه الأنظمة لأثر المعتقدات والممارسات الناتجة عنها، لا سيما أنّها تعتقد أن هذا التجاهل غير مكلف لها لا بل يخفّف من التكاليف المترتبة عليها.

ويعاني عددٌ كبيرٌ من النساء في المنطقة من ظروف صحية كان بالإمكان تفاديها

أو علاجها؛ لكنهن فضّلن الانتظار فترات طويلة قبل الخضوع للعلاج أو حتى القبول به، وهو غالباً ما يحصل عندما يبدأ القلق من العوارض وليس عند ظهورها. ولهذا الوضع أسباب كثيرة بنوعية، ومادية، ونفسية، واجتماعية وثقافية. إذ تتم تنشئة النساء والفتيات في المنطقة العربية على ألا يلفتن النظر والانتباه إلى أنفسهن ومشاكلهن، فاعتدنّ على تجاهل معاناتهنّ وأوجاعهنّ. كما اعتادت النساء على إعطاء الأولوية في الرعاية لأزواجهن وأولادهن وأسرهن ككل، ما يؤخر اهتمامهن بأنفسهن. كما تشير كل من حزام وشائف (٢٠٢٣) في دراسة حالة اليمن إلى أنه في ظل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والفقر المدقع وتدهور الظروف المعيشية وما يرتبط بذلك من تداعيات، تضطر النساء في الأسر اليمنية إلى التعامل مع شح الغذاء من خلال تقليل حجم وجباتهن الغذائية لإطعام أفراد الأسرة، أو بيع الأصول أو تولي أعمال قد تضعهن في خطر.

نضيف إلى ذلك أن التأمين الصحي والوصول إلى مراكز العناية بالصحة يتّقان من خلال معاملات يجريها الرجال أو بإذن منهم، ما يؤخر وصول النساء إلى مراكز العلاج، في حال ذهبن أصلاً. يشير الشهراني وآخرون (٢٠١٤) إلى أن النساء في السعودية يصلن إلى المستشفى بعد حوالي ١٣ ساعة من إصابتهم بنوبة قلبية. في المقابل، يصل الرجال إلى المستشفى إثر نوبة قلبية في غضون خمس ساعات. وبالرغم من ازدياد الوعي النسائي في أكثر من بلد عربي حول ضرورة الاستجابة للمخاطر الصحية للأفراد، إلا أن هذا التمايز الثقافي البنيوي الجندي في مقارنة صحة النساء ورفاهيتهن مقارنة بالرجال يبقى صراعاً لا ينحصر بالحديث عن الحق في الصحة بل يتعداه إلى إدراك المعارف الصحية. ومن العوامل التي تحول دون حصول النساء على إجراءات علاجية، مسألة اللجوء إلى طبيبة امرأة عوضاً عن طبيب رجل؛ فغالباً ما تخجل النساء من الذهاب إلى طبيب رجل أو يمنعهن زوجها من ذلك. ونظراً لوجود عدد أقل من الطبيبات النساء مقارنة بالرجال لا سيما في بعض الدول العربية، يشكّل هذا العامل عائقاً كبيراً أمام حصول النساء على العناية الصحية اللازمة. ويشير حسن (٢٠٢٣) في دراسته لواقع العراق إلى أن الأعراف الجندية والاجتماعية تعيق النساء والفتيات من الوصول إلى الخدمة الصحية المناسبة. ففي أرياف العراق، لا تراجع النساء المتزوجات أو النساء القادمات من العوائل الدينية إلا الطبيبة النسائية أياً كانت الحالة، تجنباً لحرص الكشف الطبي أمام طبيب رجل. كما أن الأعراف في بعض المستشفيات في العراق تحتم ألا تخضع المريضة لأي تدخّل جراحي من دون موافقة أحد رجال عائلتها "فمنحرم من توقيع ورقة الموافقة على التدخّل الجراحي بنفسها بسبب الخوف من التهديد العشائري"، بحسب دراسة حسن (٢٠٢٣).

ضعف المعلومات والقدرات المادية: تداعيات على الوعي الصحي وطلب الخدمة الصحية

تلقي الظروف الاقتصادية المتردية وشظف العيش تبعات جمة على وصول النساء إلى الخدمات الصحية وعلى فهمهن للصحة كأساس في إطار الحقوق والكرامة الإنسانية. يتجلّى هذا الواقع أكثر في تدني الدخل العام للأسرة، والابتعاد عن المراكز

المُدنية الكبرى، ندرة المراكز والموارد الصحية اللوجستية. وبحسب دراسات لعبد الرحيم وبوسماح (٢٠١٩) وحسن (٢٠٢٣)، ساهمت الأعراف الجندرية التقليدية في الريف أيضاً في ظهور تفاوت في وصول النساء للخدمة الصحية بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية. إذ يتم تجاهل الإشارات المقلقة لدى النساء وأهمية توعيتهن بالخطوات الواجبة للوقاية والعلاج. والحقيقة أن النساء يواجهن الكثير من الصعاب من أجل الحصول على معلومات تختص بتنظيم الأسرة والصحة، وبالوقاية الروتينية من خلال التصوير بالأشعة والمسحات؛ وهي أمور لا تخطر على بال الكثيرات ولا تطلب منهن في الكثير من المدن العربية، بينما تبدو بديهية في أماكن أخرى ضمن منظومة معرفية واقتصادية مختلفة وأكثر رخاءً. وهنا تبرز قضية الإنفاق الصحي الذي يناط به وضع المسؤولية على الحكومات ووزارات الصحة التي تعني بتخصيص جزء كبير من ميزانياتها والهبات التي تقدم لها في سبيل الدفع قدماً بتوعية النساء ودعم إجراءاتهن الصحية الوقائية. ولكن هل يصبّ الإنفاق الصحي فعلاً في صالح النساء أو يتمتع بالتصويب العادل (الدوسري ٢٠١٧)؟

على مستوى السياسات والممارسات الصحية في المنطقة العربية

تشير المعطيات، لا سيما بعد الجائحة، إلى أن الإنفاق الأكبر على صحة النساء في المنطقة العربية يحصل في دول مجلس التعاون الخليجي. ولكن بالرغم من ذلك، لا تزال العوامل الثقافية المتعلقة بإرث الوصاية على النساء وقراراتهن وسهولة حصولهن على الخدمة مرتبطة بحقهن في الوصول إلى الصحة، مما يقلص أثر العامل المادي في إطار تفاقم العوامل الصحية الأخرى (الدوسري ٢٠١٧). أما الدول الأخرى ذات المداخيل الأضعف والتي تطبق سياسات التقشف، فهي غير قادرة على تلبية الاحتياجات الصحية للنساء. بل أكثر من ذلك، تراها تقتطع مما كان مخصصاً للنساء وعلى حسابهن من أجل فئات أخرى. لعلّ هذا أبرز ما تعانيه النساء في لبنان اليوم بسبب الأزمة الاقتصادية الحادة؛ إذ تأثرت التغطية الصحية للنساء بفعل تراجع المداخيل والمبالغ المخصصة للإنفاق الصحي (الموسوي ٢٠٢٢). ويبرز هنا ما يعرف بفقر العادة الشهرية، حيث باتت النساء والفتيات في لبنان غير قادرات بشكل كبير على الحصول على الموارد التي تخولهن الوصول إلى الفوط الصحية ومعظم مستلزمات النظافة الشخصية. فتلجأن مُجبرات إلى وسائل بديلة غير صحية قد تضر بأجسادهن وكرامتهن الإنسانية، لا سيما أن سياسة الدعم المرافقة للتقشف تجاهلت بشكل تام إدراج المستلزمات الصحية للنساء في سلة الدعم (سقا ٢٠٢٣). ينطلي الأمر ذاته على دول عربية أخرى كالمغرب، حيث تعاني ٣٠٪ من النساء من فقر العادة الشهرية، وبالتالي من التبعات الصحية للاستخدامات البديلة للفوط الصحية.⁵

وفي إطار التعامل مع التقشف الصحي وأثره على النساء وعلى صحتهن، لا سيما صحتهن الإنجابية، يبدو أن خفض الدعم الحكومي على الخدمات الصحية المقدمة للنساء بات يأتي على حساب الصحة والصحة الإنجابية العامة للنساء لصالح الصحة

⁵ من موقع ميدفيمينسوية، مقال بعنوان "فقر الدورة الشهرية في المغرب"، الرابط موجود عبر: <https://shorturl.at/aiHQZ>

الإنجابية المتعلقة بالحمل والولادة حصراً. فتذهب الموارد للنساء اللواتي يطلبن الرعاية الصحية الإنجابية ضمن نطاق الحمل والولادة⁶، لنخلص إلى ارتباط الدعم الحقيقي بولادة الطفل وسلامته وليس بالأم كأمراً أو إنسانة لها الحق بالعناية بجسدها بعيداً عن أهمية الحمل والإنجاب (الموسوي ٢٠٢٢). وهو المشهد المتكرر في أكثر من دولة عربية. تقع الصحة الجنسية، والإنجابية والأمومية في صلب السياسات الحكومية العربية، إما لناحية تبنيتها والانتباه لها، أو لغيابها بشكل جزئي أو تام. ويقع هذا الأمر اليوم تحت نير الكثير من الظروف القاهرة، كاللجوء والانهيارات الاقتصادية والحروب وتغير المناخ وما ينتج عنها من عنف ونزوح (إقرايز وآخرون ٢٠٢١ وصنوبر ودومان ٢٠١٦). وفي واقع كهذا، تدفع النساء الثمن الأكبر من خلال تخليهن عن حقهن في الاعتناء بأنفسهن من أجل الاعتناء بصحة الأسرة والأطفال والزوج وإيلاءهم الأهمية (عوض وشجاع الدين ٢٠١٩).

وتأتي مسألة الدعم للوصول لوسائل منع الحمل في صلب الممارسات أو "اللاممارسات" السياسية التي كانت غائبة عن أجندة القرار السياسي في لبنان مع بدء أزمته الاقتصادية؛ ما أدى إلى تراجع كبير في وصول النساء إلى هذه الوسائل. ويعدّ انخفاض وفيات الأمهات⁷ من المؤشرات على تطور الأنظمة والسياسات الصحية؛ وهو ما حققت فيه الدول العربية تقدماً ملحوظاً عبر العقود الماضية. لكن اليوم، تفاقمت المسألة إثر الوباء وصعوبة التحرك باتجاه مراكز تقديم الرعاية أو الحصول على المتابعة أثناء فترة الحمل، لتعود هذه النسب وترتفع بشكل مقلق في ظل الانهيار عند النساء اللبنانيات واللبنانيات والمقيمات في لبنان وفقاً لدراسة أجرتها كباكيان وآخرون (٢٠٢٢). في موازاة ذلك، يشير شُعَار (٢٠٢٣) إلى أن معدل وفيات الأمهات في فلسطين سجل تصاعداً خطيراً في أثناء وباء كورونا وبعده في ظلّ انحسار الخدمات الأساسية المتعلقة بالسلامة الإنجابية.

تعكس هذه التطورات النظرة السياسية للأنظمة حيال حق النساء في الصحة ومكانتها في خريطة الأولويات السياسية، ليظهر من جديد أن الحق في الصحة للنساء يبقى مرهوناً بواقع النساء ضمن إطار حقوق الإنسان ككل. ويبقى هذا الحق مرهوناً أيضاً بمقدار تأثر البلاد العربية بالحروب، والاضطرابات والتراجع الاقتصادي المتفاقم. ففي اليمن التي باتت اليوم على وشك الخروج من حرب طاحنة دمرت بناها التحتية الصحية، تبرز فجوة حادة في توفير المواد العلاجية والوقائية التغذوية للنساء الحوامل والمرضعات، ما أضاف ١.٣ مليون من هذه النساء إلى قائمة سوء التغذية للعام ٢٠٢٢. وتزداد وفيات الأمهات في اليمن لتصل إلى ٣٨٥ وفيات من أصل ١٠٠٠٠ ولادة حية لعدم القدرة على تدارك الأعراض المرافقة للحمل والولادة. وهو ما يأتي بموازاة الكثير من العوائق التي تواجه المرأة الريفية في اليمن وتمنعها من الوصول إلى الخدمات الصحية، لا سيما مع تراجع الموارد وندرة الطبيبات النساء، إذ تتضاءل الزيارات التي تقوم بها النساء للمراجعة في أثناء الحمل (حزام وشائف ٢٠٢٣). وقد وضعت تونس خطة وطنية لتقليص نسبة وفيات الأمهات ورافقت ذلك من خلال المراقبة الصحية للأمهات في خلال فترة الحمل. ولكن يبقى هناك تفاوت بين الوصول إلى هذه الخدمات بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، وهي خدمات مجانية في القطاع العام ومقابل أجر في القطاع الخاص. وتعترف تونس منذ سنوات بالحق في الإجهاض بالرغم من التضييق الحاصل في الفترة الأخيرة (العايدي وقايد السبسي ٢٠٢٣).

أما في موريتانيا، تشير دراسة المحبوبي والعتيق (٢٠٢٣) المستندة إلى بيانات نظام المعلومات الصحية الوطني للعام ٢٠١٩ أن نسبة النساء المتزوجات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل قد بلغت ١٣.٣٪ فقط وأن ٢٥٪ فقط من السلطات

⁶ من الرصد الصادر عن مؤسسة هانز ريش بل من كتابة فاطمة الموسوي والذي تحدثت فيه نمار كباكيان عن تأثير الأزمة على الصحة الإنجابية.

⁷ تحديث من عام ٢٠٢٣ صادر عن منظمة الصحة العالمية عبر الرابط: <https://shorturl.at/drFPS>

الصحية قدّمت خدمات لتنظيم الأسرة. وتشير الدراسة إلى الخطوات التي اتخذتها وزارة الصحة المتمثلة في تبنّيها عدة برامج لخدمة الصحة الإنجابية، ومكافحة أمراض عنق الرحم وتعقيدات الولادة، بالإضافة إلى البرامج الصحية المتخصصة، والتأمين الصحي للنساء وغيرها من البرامج التي لم تساهم حتى الآن في ردم الهوة الجندرية على الصعيد الصحي. فالمشاكل البنيوية قائمة وعميقة، منها التأثير الشديد للأعراف والتقاليد، والعنف الصحي، والعنف ضد النساء، بالإضافة إلى الزواج المبكر. وتتوالى القوانين والإجراءات الحكومية في تونس التي غالباً ما تكون منقوصة إما لناحية النص أو التطبيق، إذ يسن القانون بنداً يضمن حق النساء العاملات في القطاع العمومي بالحصول على عطلة مدفوعة لما بعد الأمومة، وراحة الرضاعة لمدة ستة أشهر، ولاحقاً ساعة رضاعة كل يوم في أثناء الدوام لكل النساء في أماكن العمل. لكن لذلك لا ينطلي على النساء العاملات في القطاع الفلاحي أو العاملات في قطاعات هشة ومقابل أجر يومي في ظل نظام ولادات آمن بنسبة تفوق ٩٥٪، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية، بحسب دراسة العيادي وقايد السبسي (٢٠٢٣).

نظرة إلى الأمام

تبرز مساعٍ من أجل تحسين الواقع الصحي للنساء العربيات، لكنها في الغالب لا تأخذ بعين الاعتبار الأوضاع المعقّدة للنساء وتتجاهل في كثير من الأحيان نقاط القوة التي تتحلّى بها على الصعيد الشخصي أو الجماعي. فيتم تأطيرهن من قبل بعض البرامج الدولية في خانة الأفراد الذين يحتاجون للحماية من دون الغوص في التركيبات الاجتماعية والسياسية التي تصنع واقعهن الصحي (عاصي ٢٠٢٠). على ضوء ذلك، نطرح بعض النقاط التي من شأنها أن تشكّل مدخلاً لرؤية صحية شاملة ضامنة للحقوق نصاً وتطبيقاً:

- من المهم أن تولي الأنظمة السياسية والصحية والمؤسسات الاجتماعية في الدول العربية الأهمية للثقيف الصحي للنساء والفتيات ورفع التوعية منذ سن مبكرة حول خدمات الرعاية الصحية لهن، إنطلاقاً من المدارس والجامعات والمرافق اللامركزية كالبليات. قد يكون ذلك مهماً لناحية ضمان وصول المعلومات بشكل كبير ومنهجي. فالنساء بحاجة إلى تعليم أفضل بشأن احتياجاتهن الصحية، للمطالبة بها، والحصول عليها، والمحافظة عليها.
- يحتاج هذا الثقيف بشكل أساسي إلى خلق البيانات الصحية للأفراد وتوسيعها. على هذه البيانات أن تربط الظواهر الصحية والوقائع بالعوامل الجندرية من أجل إجراء تقييم سليم وتحديد الفوارق والمشاكل في كل من التشخيص والعلاج.
- من شأن هذه البيانات أن تكوّن الدعامة الرئيسية لتوجيه السياسات والعمل على وضعها وتنفيذها لاحقاً، لا سيما في حال غياب أجندة تعني بالسعي لصالح حق النساء بالصحة أو وجود أجندة سياسية مناوئة لهذا الطرح أو متقشفة حياله.

- العمل على تشجيع التحدث في الشؤون الصحية والحقوق الصحية للمرأة بشكل يتحدى المخاوف ويكسر الأنماط بقدر الإمكان، لا سيما خارج النطاقات الحضرية، وذلك من أجل التأسيس لحدوث استجابات عملية وتغيير في سلوك قبول العلاج وطلبه.
- الغوص في مزيد من التحليل والبحث حول العوامل الاقتصادية، والبيئية، والثقافية، بالإضافة إلى العوائق التي تمنع النساء والفتيات في الأرياف أو المناطق الأقل حظوة من حيث الخدمات والدعم، من الحصول على الخدمات الصحية.
- تضافر منظمات المجتمع المدني وعملها على المشاركة في رفع الوعي والاستمرار في المناصرة والمدافعة لصالح تحسين الشروط الصحية المتاحة للنساء وإتاحة الحقوق الممنوعة حالياً والعمل على إقرار القوانين المتعلقة بالعنف الجندري، التحرش الجنسي، والحق في إجراءات عمل وتوظيف مراعية للصحة الأمومية والظروف الإنجابية، وتعزيزها.
- تشبيك المجتمع المدني مع المنظمات الصحية والنسوية العالمية لخلق مساحة ضغط مشتركة لرفع المعايير المعمول بها ومراقبة النظم الوقائية والعلاجية في التعاطي مع حق النساء بالصحة.

فاطمة الموسوي هي كاتبة وباحثة وأكاديمية من لبنان، يركّز عملها على القضايا الجندرية، والنسوية، وتاريخ المرأة السياسي والاجتماعي في المنطقة العربية.

المراجع

- Abdulrahim, S., & Bousmah, M. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." International Journal of Health Services, 49(3): 623-41. [Link](#).
- Aldosari, H. 2017. "The Effect of Gender Norms on Women's Health in Saudi Arabia." Washington, DC: Arab Gulf States Institute in Washington. [Link](#).
- Al-Mahboubi, M. & Atigh, S. 2023. "Right to Health in Mauritania." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Alshahrani, H., McConkey, R., Wilson, J., Youssef, M., & Fitzsimons, D. 2014. "Female Gender Doubles Pre-hospital Delay Times for Patients Experiencing ST Segment Elevation Myocardial Infarction in Saudi Arabia." European Journal of Cardiovascular Nursing, 13(5): 399-407. [Link](#).
- Assi, Y. M. 2020. "Do Arab Women Need Saving? The Health of Women in the Arab World." Arab Center: Washington, D.C. [Link](#).
- Awadh, M. and Shuja'adeen, N., (2019). "Women in Conflict Resolution and Peacebuilding in Yemen". Nahj Consulting, Yemen: UN Women. [Link](#).
- Ayadi, I. & Caid Essebsi, A. 2023. "Right to Health in Tunisia: The Challenges of Universal Healthcare." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- DeJong, J., & Heidari, S. 2017. "Gendered Bodies and Reproduction in the Arab Countries and Turkey." Reproductive Health Matters, 25(sup1): 1-3. [Link](#).
- Ekzayez, A., Alhaj Ahmad, Y., Alhaleb, H., & Checchi, F. 2021. "The Impact of Armed Conflict on Utilisation of Health Services in North-west Syria: An Observational Study." Conflict and Health, 15(1): 1-10. [Link](#).
- Habib, S., Khan, M. A., & Hamadneh, N. N. 2022. "Gender Sensitivity in Accessing Healthcare Services: Evidence from Saudi Arabia. Sustainability, 14(22): 14690. Arab Center: Washington DC. [Link](#).
- Hassan, M. 2023. "Right to Health in Iraq: Fragile Structures and Growing Challenges." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Hyzam, D. & Shaef, A. 2023. "Ending the War in Yemen as a Prerequisite to Realizing the Right to Health." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).

- Kabakian-Khasholian, T., Makhoul, J., & Ghusayni, A. 2022. "A Person who does not have Money does not Enter": A Qualitative Study on Refugee Women's Experiences of Respectful Maternity Care." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1): 1-10. [Link](#).
- Morgan, R., Ayiasi, R. M., Barman, D., Buzuzi, S., Ssemugabo, C., Ezumah, N., & Waldman, L. 2018. "Gendered Health Systems: Evidence from Low-and Middle-income Countries." *Health Research Policy and Systems*, 16(1): 1-12. [Link](#).
- Moussawi, F. 2022. "The Realities, Needs & Challenges Facing the Feminist and Queer Movements in Lebanon in Light of a Multi-Layered Crisis." Heinrich Boll Stiftung: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Sacca, L., Maroun, C., Khoury, S., Maroun, V., Khoury, J., & Bouery, P. 2023. "Period Poverty in Lebanon: A Call for Action." *Women's Reproductive Health*, 10(2): 236-251. [Link](#).
- Shaar, A.N. 2023. "The Right to Health in Palestine." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health." Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Snoubar, Y., & Duman, N. 2016. "Impact of Wars and Conflicts on Women and Children in Middle East: Health, Psychological, Educational and Social Crisis." *European Journal of Social Science Education and Research*, 3(2): 202-206. [Link](#).
- Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P. S. 2012. "Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas." *BMC Public Health*, 12: 1-13. [Link](#).

إدراك الصّحة النفسيّة في المنطقة العربيّة: التحدّيات والحواجز التي تحول دون الوصول إلى الحقّ في الصّحة النفسيّة

ليا زينون

مقدّمة

على مدار العقد الماضي، شهد العالم نموًا في الاعتراف بأهميّة الصّحة والراحة النفسيّتين، وفي طلب مستوى رعاية صحيّة نفسيّة أفضل. تشكّل الصّحة النفسيّة جزءًا لا يتجزأ من الحقّ في الصّحة، وهو حق من حقوق الإنسان معترف به في القانون الدولي، إذ يُعلن أنّ لكلّ فرد الحقّ في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصّحة البدنيّة والنفسيّة. وعلى الرغم من هذه التطوّرات، يتمّ إهمال التثقيف والموارد في مجال الصّحة النفسيّة حتى في البلدان الأكثر ثراءً، ما يؤثر بدوره على الحقّ في الصّحة النفسيّة (المركز العربي واشنطن دي سي 2022). نتيجة لذلك، يدعو المناصرون إلى التكافؤ بين تمويل الصّحة العامّة وتمويل الصّحة النفسيّة، بحيث يحصل الأشخاص الذين يعانون مشاكل نفسيّة على مستوى الرعاية نفسه الذي يحصل عليه الأشخاص الذين يعانون مشاكل صحيّة جسديّة. كما أنّهم يطالبون بدم الفجوة العلاجيّة، لكي يتمكّن المزيد من الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية صحيّة نفسيّة من الوصول إليها، لا سيّما في البلدان منخفضة ومتوسّطة الدخل (بوراس وآخرون 2019).

تشكّل الصّحة النفسيّة جزءًا مهمًا من الصّحة العامّة، وتشير إلى حالة من الراحة تسمح للأفراد تحقيق إمكاناتهم الخاصّة، والتعامل مع ضغوطات الحياة، والعمل بشكل منتج، والمساهمة في مجتمعاتهم. وقد تؤثر مشاكل الصّحة النفسيّة تأثيرًا كبيرًا على قدرة الشخص على ممارسة العمل، ما يؤدي إلى ضعف الأداء الاجتماعي، وانخفاض الإنتاجيّة، وزيادة خطر الانتحار.

يشمل الحق في الصحة الحق في الحصول على الرعاية في مجال الصحة النفسية. ويشير ذلك إلى الوصول العادل إلى خدمات الصحة النفسية الجيدة وميسورة التكلفة تُقدّم بكرامة واحترام للفرد الذي يحصل عليها، بغض النظر عن قدرات الشخص المالية وظروف حياته. في المقابل، تقف حواجز عدّة بين توفير خدمات الرعاية الصحية النفسية والوصول إلى هذه الخدمات، فتؤثر على مراعاة الصحة النفسية والحق في الحصول على الرعاية الصحية النفسية. في حين أنّ بعض الحواجز عالميّة مثل القيود المفروضة على التشريعات وتوافر الموارد، فإنّ الحواجز الأخرى تكون سياقيّة وتختلف عبر المجتمعات وخبراتها الفريدة.

يسود التنوّع في المنطقة العربيّة التي تتألف من 22 دولة، ويبلغ عدد سكانها 400 مليون شخص عربي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و34 مليون مهاجر (البنك الدولي 2022)، فضلاً عن أعداد كبيرة من اللاجئين والنازحين داخلياً (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 2022). على حدّ علمنا، لا تتوفّر توقّعات بشأن العبء الذي يسبّبه المرض النفسي في المنطقة العربيّة. من خلال استطلاعات الرأي العامّة، يقدر المركز العربي واشنطن دي سي (2022) أنّ 30% من سكّان المنطقة أفادوا عن معاناتهم الاكتئاب؛ ويحدّر المركز من عدم التوازن بين الحاجة المتزايدة لخدمات الصحة النفسية وتوافرها على مدى السنوات القادمة. كما أظهرت بحوث موسّعة أخرى انتشار وصمة الصحة النفسية، إلى جانب انتشار متزايد للضائقة النفسية (الخطيب وآخرون 2023)، دفعت بالأفراد المصابين بمرض نفسي إلى براثن الفقر والتهميش بسبب حالتهم (دارداس وآخرون 2015).

وأظهر استعراض لإمكانيّات الوصول إلى الرعاية الصحيّة والحواجز التي تحول دون ذلك في المنطقة العربيّة، أنّ التطوّر في الوصول إلى الرعاية الصحيّة لم يكن متكافئاً بالنسبة إلى الفئات السكانية المتنوّعة، وعلى مختلف المستويات الاجتماعيّة والاقتصاديّة على وجه التحديد. في إطار تأمين الخدمات الصحيّة وتقديمها في المنطقة، يسلط المقال الضوء على استبعاد الصحة النفسية من هذه الخدمات في أغلب الأحيان (قرنفل 2012). تؤثر هذه العوامل، من بين عوامل أخرى، على وصول الأفراد إلى الخدمات الصحيّة والحق في الصحة النفسية في المنطقة العربيّة. يُعزّز إدراك التحدّيات والحواجز التي تحول دون نيل هذا الحق في المنطقة العربيّة إمكانيّة فهم الصحة النفسية في المنطقة، ويحسن تطوير تدخّلات وبرامج علاجيّة بصورة أكثر فعالية. وقد يقلّل من الوصمة ذات الصلة، ويُعزّز في نهاية المطاف الوصول إلى الرعاية الصحيّة النفسية كحقّ صحيّ.

الجهات الفاعلة المحليّة

غالبًا ما تصبح منظمات القطاع العام في المنطقة العربيّة غير فعّالة بسبب عوامل عدّة، من بينها المساءلة السياسيّة المحدودة، وعدم الكفاءة في تخصيص الموارد، والتسييس المفرط للبيروقراطيّة، والافتقار إلى المهارات المناسبة، والفساد واسع النطاق، وغيرها من العوامل (جيانزو 2006). وكثيرًا ما أدّت ذلك إلى ظهور جهات فاعلة محليّة، مثل المجتمع المدني، ومنظمات الخدمات المجتمعيّة، والمنظمات غير الحكوميّة، التي تسعى إلى ردم الفجوة بين الحكومات والسكان. تتمنّع الجهات الفاعلة المحليّة بمزايا نسبية مثل القدرة على الوصول إلى فقراء الريف والامتداد نحو المناطق النائية، وتعزيز المشاركة المحليّة، وضمان الفعاليّة من حيث التكلفة. ساهمت هذه المزايا المتعدّدة في تحقيق نجاح الجهات الفاعلة المحليّة الحالي وتوسيع نطاق أدوارها. من دون البيروقراطيّة الحكوميّة، قد تسرّع الجهات الفاعلة المحليّة من وتيرة عملها، بقيود أقل، ما يمنحها القدرة على تنفيذ مشاريع حكوميّة أكبر، وتطوير المساعدة الفنيّة والقدرة التدريبيّة بهدف مساعدة الحكومات (جيانزو 2006). على مدى العقد الماضي الذي شهد توسيع لنطاق دور الجهات الفاعلة المحليّة، باتت هذه الأخيرة أكثر شمولاً عبر تسهيل التواصل بالاتّجاه التصاعدي، أي من الناس إلى الحكومة، وبالاتّجاه المعاكس أي من الحكومة إلى الناس، فضلاً عن نقل المعرفة والقوّة إلى القطاعات ذات الصلة بهدف تحسين مستوى الناس المعيشي ونيلهم حقوقهم.

التشريع

تتبع معظم بلدان المنطقة سياسة تدعم الصّحة النفسيّة، وأخرى تُعنى بتعاطي المواد المخدّرة، وبرنامجاً وتشريعاتٍ متعلّقة بالصّحة النفسيّة. أنجز جزءٌ كبيرٌ من هذا العمل بين عامي 2014 و2020، إذ مثّلت هذه الفترة الزمانيّة مرحلةً مهمّة في تطوّر المنطقة العربيّة من حيث قبول الصّحة النفسيّة كحقٍّ، وإدراكها والاستجابة لها. تعدّد كلّ من موريتانيا وجزر القمر البلدين الوحيدين اللذين لا يتّبعان سياسة تدعم الصّحة النفسيّة إذ لا يزال طرحها أمام الحكومة يشكّل تحدّيًا كبيراً. في حين أن لبنان والصومال لا يتّبعان تشريعاتٍ تدعم الصّحة النفسيّة (أطلس الصّحة النفسيّة 2020). وتُعدّ السياسات والتشريعات مهمّة في مجال الصّحة النفسيّة لأنّها قد تساعد في حماية حقوق الأشخاص الذين يعانون مشاكل نفسيّة وتضمن حصولهم على الرعاية التي يحتاجون إليها. كما يساعد توفر هذه الوثائق رسمياً على المستوى الوطني في تعزيز الوعي حيال هذه المسألة، ويسهّل تطبيع معالجتها، ما يقلّل في النهاية من وصمة المرض النفسي.

أثبت استعراضٌ حديثٌ عن وصمة المرض النفسي في المنطقة العربيّة تفاقم وصمة الصّحة النفسيّة جرّاء الافتقار إلى المراقبة الفعّالة للتشريعات والسياسات

المتعلقة بالصحة النفسية في بيئة الرعاية الصحية. لم يكن المتخصصون في مجال الرعاية الصحية على دراية بحقوق الأشخاص الذين يعانون مشاكل نفسية، ويعود غياب الوعي جزئياً إلى ضعف الالتزام بتنفيذ سياسات الصحة النفسية (مرهج وآخرون 2019). ينبغي استكمال تطوير السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية بالتدريب ذات الصلة، وأدوات المراقبة، ومواءمة الاستراتيجية لضمان تأدية السياسات والتشريعات لدورها بفعالية في حماية الحق في الرعاية الصحية النفسية (مرهج وآخرون 2019). غالباً ما يصعب تحقيق هذه المسؤولية التكميلية في البلدان التي يسودها عدم الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي اللذان يحظيان بالأولوية في جداول الأعمال السياسية. نظراً إلى الحجم الوطني لهذه الأنشطة والحاجة إلى سلطة لتنفيذ تلك المتعلقة بالسياسات مثل تدريب المدربين، وتنفيذ برامج المراقبة، وتطوير الاستراتيجيات الوطنية، فإن الجهات الفاعلة المحلية، مثل منظمات المجتمع المدني، غالباً ما تكون غير قادرة على ردم الفجوة بين الحكومات والسكان في ما يتعلق بالحق في الصحة والصحة النفسية (مرهج وآخرون 2019). بصرف النظر عن هذه المحدودية، يمكن ل منظمات المجتمع المدني الاستثمار في المناصرة ضد انتهاك الحق في الصحة النفسية من خلال التعريف عن أهمية التشريع ومراقبة تطبيقه عبر اللجوء إلى تداعيات غيابه.

الاستثمار في الموارد

قدّمت ثلاث دول عربية حصراً تقديرات لنفقاتها على الصحة النفسية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي: قطر (1%)، مصر (أقل من 1%)، وفلسطين (2.5%). بالنسبة إلى الدول العربية المتبقية، تقدّر منظمة الصحة العالمية نسبة الإنفاق على الصحة النفسية بأقل من 1% من إجمالي الإنفاق الصحي (أطلس الصحة النفسية). من الصعب تقدير عبء المرض النفسي على نحو دقيق، وتخصيص الموارد الكافية، ومراقبة التدخلات الفعالة الخاصة بالصحة النفسية، من دون رصد نفقات الصحة النفسية على نحو رسمي.

في بلدان المنطقة العربية، تتم غالباً تغطية الخدمات الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة النفسية، من خلال نموذج مختلط للمدفوعات العامة والخاصة، ومن أموال الأشخاص المستفيدين الخاصة. تفوق نسبة المدفوعات الشخصية 55% في كل من السودان، ومصر، واليمن، والمغرب، وسوريا، ولبنان (عُكاشة وآخرون 2012). في بعض البلدان، يُغطّي التأمين الخاص (سواء أكان مدفوعاً على نحو شخصي أم من خلال صاحب العمل) الخدمات الصحية، ولكن نادراً ما تُغطّي هذه الشركات خدمات الصحة النفسية. يقتصر ذلك على الشركات القائمة في البلدان الأكثر ثراءً في المنطقة العربية مثل الإمارات العربية المتحدة. يحدّ تصنيف أنظمة الرعاية الصحية في المنطقة العربية هذا من الحق في الصحة، إذ تتسم مخططات التمويل باقتصارها على المساهمات والعمالة الرسمية، وغالباً ما تكون معقدة ويصعب تجاوزها، وقد لا تكون متاحة في المناطق الريفية أو في القطاع غير الرسمي (عالمي 2017). نتيجة لذلك، يُعدّ الكثير من الأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة النفسية إما غير قادرين على الحصول على هذه الخدمات، أو مضطرين إلى

الدفع من أموالهم الخاصة، ما يؤدي إلى مواجهتهم ضائقة مالية يصل حدّها إلى الفقر. قد يؤثر ذلك سلبيًا على الحالات المزمنة للأمراض النفسية بشكل خاص، إذ يكون العلاج مكلفًا وطويل الأمد. في ظلّ هذه الظروف، ينبغي على الحكومات والمنظمات المحليّة إعطاء الأولويّة للتغطية الصحيّة الشاملة للحدّ من أوجه عدم المساواة في الوصول إلى الحقّ في خدمات الصحة النفسية، وذلك من خلال توفير خدماتٍ مموّلةٍ أو منخفضة الرسوم جغرافيًا، حسب الحاجة.

إمكانية الوصول

بشكل عام، تعاني المنطقة نقصًا في موارد مجال الصحة النفسية بسبب عدد المتخصّصين المحدود في مجال الصحة النفسية ونقص مبلغ التمويل المستثمر في هذا المجال وعدم وضوحه. على مدى العقدين الماضيين، حدثت تغييرات كبيرة في مجال الصحة النفسية في البلدان العربيّة. باشرت بلدان كالمغرب، والمملكة العربيّة السعوديّة، والإمارات العربيّة المتّحدة، ولبنان، العمل على إلغاء الرعاية المؤسسية للصحة النفسية: نموذج فعّال من حيث التكلفة للبيئات محدودة الموارد التي تنقل خدمات الصحة النفسية إلى البيئات المجتمعيّة، بعيدًا عن المؤسسات المركزيّة. بينما تبين أنّ إلغاء الرعاية المؤسسية وإعطاء الأولويّة للرعاية المجتمعيّة عاملان فعّالان في إصلاح الصحة النفسية في البيئات محدودة الموارد، فاتّضح التأثير الكبير للقدرات الماليّة، وإتاحة العاملين في مجال الرعاية الصحيّة، والبنية التحتيّة الداعمة للوصول إلى الخدمات المجتمعيّة على فعّاليّتها (كوهين وآخرون 2020).

وجدت دراسة عن الوصمة بصفتها عائقًا أمام خدمات الصحة النفسية، أنّ المتخصّصين في مجال الرعاية الصحيّة في العالم العربي غالبًا ما يتّخذون مواقف سلبية تجاه الأشخاص الذين يعانون مشاكل نفسيّة. وغالبًا ما كانت هذه المواقف مبنية على المعتقدات الثقافية والأفكار النمطيّة، إذ يعتقد بعض المتخصّصين في مجال الرعاية الصحيّة أنّ المصابين بمرض نفسيّ خطرون وغير قادرين على العيش بشكل مستقلّ (مرهج وآخرون 2019). بيّنما يُعدّ دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الصحيّة الأوليّة خطوةً نحو إلغاء وصمة الأمراض النفسية، لا بدّ من بذل المزيد من الجهود لتغيير مواقف المتخصّصين في مجال الرعاية الصحيّة في ما يتعلق بالوصمة، مثل برامج التعليم والتدريب لبناء القدرات.

حدّد استعراضٌ منهجيّ بشأن خبرات البحث عن الصحة النفسية بين العرب، والذي يمثل 17 دراسة من بلدان عدّة تشمل على سبيل المثال لا الحصر، لبنان، والمملكة العربيّة السعوديّة، والأردن، ومصر، وعُمان، والسودان، الحواجز اللوجستية التي تحول دون الوصول إلى خدمات الصحة النفسية. تضمّنت الحواجز الوقت الطويل المستغرق للحضور إلى مواعيد الصحة النفسية، وتوافر الخدمة و/أو الموظّفين، وتكاليف النقل، والقيود الماليّة لتغطية تكلفة الخدمة والأدوية. تقيد هذه الحواجز تصوّرات الأفراد عن قدرتهم على الاستمرار في الرعاية، وإمّا إعاقه الوصول إلى الخدمات أو إيقافه (الخطيب وآخرون 2023). قد يؤدي العمل على المساءلة والإدماج عند تنفيذ تدخّلات الصحة النفسية إلى تحسين الوصول إلى الصحة

النفسيّة كحقّ أساسي بطرقٍ مختلفةٍ. أوّلاً، يمكن أن يساعد في تحديد الحواجز التي تمنع الناس من الوصول إلى الرعاية الصحيّة النفسيّة، ومعالجتها. ثانياً، يمكن أن يضمن تنفيذ التّدخلات بطريقةٍ تحترم حقوق الإنسان. ثالثاً، قد يجعل التّدخلات في متناول جميع الأشخاص، بغض النظر عن خلفيّتهم أو ظروفهم.

النزاع وعدم الاستقرار

تشهد معظم بلدان المنطقة حالياً حروباً واضطرابات اجتماعيّة مستمرّة أو تعيش في ظلّ آثارها غير المباشرة. تؤدّي تداعيات النزاع إلى عدم الاستقرار في معظم القطاعات، ما يؤدّي بدوره إلى ضغوطات اقتصاديّة، والتي غالباً ما تُترجم إلى ركود وبطالة واضطراب اجتماعي، وبالتالي إلى عزلة وانعدام الأمان. يزيد تأثير النزاع المباشر وغير المباشر على الاقتصاد والمجتمع من فرص ظهور أعراض الصّحة النفسيّة. بالنسبة إلى الأفراد المصابين بأمراض نفسيّة مشخّصة، يمكن أن يؤدّي النزاع وعدم الاستقرار إلى تدهور الصّحة النفسيّة، وانقطاع علاج مرضى الصّحة النفسيّة و/أو تقديم تشخيصاتٍ جديدةٍ (الشحات وآخرون 2022؛ لي وآخرون 2016؛ معلوف وآخرون 2019؛ صويلح وآخرون 2018).

بينما تزداد الحاجة إلى خدمات الصّحة النفسيّة في ظروفٍ يسودها النزاع وعدم الاستقرار، تنخفض القدرة على تقديم مثل هذه الخدمات بشكلٍ ملحوظ. تحدّد الأضرار الناجمة عن البنية التحتية، ومحدوديّة الموارد، وتحرك منطّور الأولويّات نحو قطاعات الصّحة المباشرة مثل الغذاء والنظافة والمأوى، من قدرات القطاعين العام والخاص على تطوير خدمات الصّحة النفسيّة واستثمارها وتنفيذها. يجب على الحكومات والجهات الفاعلة المحليّة العاملة في ظروف النزاع وعدم الاستقرار، الدعوة إلى إدراج الصّحة النفسيّة ضمن خطط الاستجابة لحالات الطوارئ، بالإضافة إلى الحق في المأوى، والغذاء، والماء، إلخ. وذلك لأنّ مشاكل الصّحة النفسيّة شائعة في حالات النزاع وما بعده، وقد تؤثر بصورةٍ كبيرةٍ على قدرة الناس على التعامل مع الضغط وإعادة بناء حياتهم والمشاركة في المجتمع.

الثقافة

لا تزال الصّحة النفسيّة تشكّل موضوعاً محظوراً في مختلف البلدان العربيّة، وقد تمنع هذه الوصمة الأشخاص من طلب المساعدة، في حين تصعّب أيضاً تقديم خدمات الصّحة النفسيّة بشكلٍ فعّال. طوّرت بعض المجتمعات في المنطقة العربيّة معتقداتٍ ثقافيّة تفيد أنّ المرض النفسي هو عقابٌ من الله، أو قوّة

خارقة للطبيعة، كما هو مذكور في الدراسات عن النساء الفلسطينيات (مكيل وآخرون 2017) وفي دراسات أخرى عن النساء الصوماليات (سعيد وآخرون 2021)، في حين اتضح أن مصدر المرض النفسي هو مزيج من العوامل الوراثية وعوامل الخطر البيئية (هوساك وآخرون 2023؛ أوهر وآخرون 2017). وتجدر الإشارة إلى أن هذه المعتقدات قد تنتج تداعيات سلبية على الأفراد، وقد تزيد من وصمة الصحة النفسية (أحمد وآخرون 2016). وتقوم دراسة معمقة للوصمة بربطها بالنوع الاجتماعي، ما يقلل من حق الرجال في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية في المنطقة العربية. تبين أن الرجل أكثر حذرًا اجتماعيًا من مناقشة الصحة النفسية والكشف عن تحديات صحته النفسية أمام الأصدقاء والعائلة، وأقل احتمالاً للوصول إلى خدمات الصحة النفسية الرسمية (وندت وآخرون 2016). اتضح ذلك في دراسة أجريت على الطلاب في المملكة العربية السعودية (العجلان وآخرون 2016).

على غرار البحث العالمي المتعلق بالاختلاف بين الجنسين في المواقف والوصول إلى خدمات الصحة النفسية، تشير الدراسات التي أجريت بشأن المنطقة العربية إلى أن النساء يتعاملن مع المواقف بإيجابية أكبر تجاه الصحة النفسية، ويتحلين بمستوى أعلى من النية لطلب المساعدة (الخطيب وآخرون 2023)، بناءً على دراسة أجريت على الطلاب في تونس (الفقيه | رمضان وآخرون 2021). من خلال إدراك أدق للحواجز الثقافية، يمكن تكييف تدخلات الصحة النفسية حسب السياق لزيادة محو الأمية في مجال الصحة النفسية في الجهود المبذولة لزيادة وصول الأفراد إلى حقهم في الصحة النفسية. في إطار جهودها لزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية، نظرت بعض البلدان في دمج أدوار المعالجين الدينيين والتقليديين في الرعاية الطبية الرسمية، كما هو الحال في الأردن، إذ يتم بناء علاقة غير رسمية بين المعالجين والمتخصصين في الصحة النفسية للمرضى، فضلاً عن المملكة العربية السعودية، حيث تُستخدم النصوص والتلاوات الدينية في أثناء تقديم الرعاية الصحية النفسية (عكاشة وآخرون 2012). يعد دمج المعتقدات الدينية والثقافية في توفير الرعاية الصحية، وتكييف تدخلات الصحة النفسية لاستهداف مجموعات يصعب الوصول إليها مثل الرجال، في ما يتعلق بصحتهم النفسية، من الطرق القليلة التي يمكن للجهات الفاعلة المحلية استخدامها، لدعم جهودها في زيادة الوصول إلى الحق في الصحة النفسية.

الخلاصة

يعد إدراك التحديات والحواجز التي تعترض الرعاية الصحية النفسية في المنطقة العربية، أمراً ضرورياً لتحسين وصول السكان إلى الحق في الصحة النفسية. من خلال مواجهة هذه التحديات، يمكننا خلق بيئة داعمة على نحو كبير للأشخاص الذين يعانون مشاكل الصحة النفسية، والتأكد من حصولهم على الرعاية التي يحتاجون إليها. مع معاناة معظم بلدان المنطقة من النزاع وعدم الاستقرار، فإن الجهات الفاعلة الرئيسية في مجال الصحة النفسية هي الجهات الفاعلة المحلية، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية. وقد ساهم أثر المشاريع التي تنفذها الجهات الفاعلة المحلية في منح هذه الجهات مصداقية لدى مختلف

السكان وهيئات التمويل الدولية، ما جعلها تشارك في مناقشات الاستراتيجيات الوطنية وخطط الاستثمار. وبناءً على ذلك، يقدم هذا المقال توصيات متنوعة للجهات الفاعلة المحلية استجابةً للتحديات والحواجز التي تحول دون الحق في الصحة النفسية.

في إطار المناصرة، يجب على الجهات الفاعلة المحلية الدفاع عن التشريع ومراقبة تطبيقه، والتتبع الرسمي لنفقات خدمات الصحة النفسية والدعوة إلى إدراجها في خطط الاستجابة لحالات الطوارئ بهدف المساعدة في ضمان حق كل فرد في الصحة النفسية. كما تُنصح الجهات الفاعلة المحلية بالعمل على إعطاء الأولوية للتغطية الصحية الشاملة للصحة النفسية في جميع مراحل تقديم الخدمات، كطريقة فعالة من حيث التكلفة لتحسين الصحة النفسية للسكان، والحد من أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية. علاوةً على ذلك، فإن العمل على المساواة والإدماج عند تنفيذ تدخلات الصحة النفسية يحسّن الوصول إلى الصحة النفسية كحق أساسي من خلال تقديم المزيد من الأدلة التجريبية بشأن الحواجز التي تحول دون الوصول إلى هذا الحق، ومن جهات نظر متنوعة، مع التركيز على الفئات السكانية الضعيفة مثل النساء والأطفال، ومجتمع الميم، واللاجئين. كما ينبغي على الجهات الفاعلة المحلية استخدام المعلومات المستمدة من دراسة هذه الحواجز من أجل دفع الاستثمارات المستقبلية ودعم وصول الناس إلى الحق في الصحة النفسية في المنطقة العربية.

ليا زينون هي متخصصة في مجال الصحة العامة، تعمل في مجال الصحة النفسية وتُشغل حاليًا منصب مديرة العلاقات والشراكات الإستراتيجية في جمعية "إمبرايس" Embrace، في لبنان.

- Alajlan, R. 2016. "Psychological Attitudes of Saudi Arabian International Students toward Mental Health Counseling." St. Mary's University (Texas).
- Alami, R. 2017. "Health Financing Systems, Health Equity and Universal Health Coverage in Arab Countries." *Development and Change*, 48(1): 146-179.
- Ahmad, S. A., El-Jabali, A. & Salam, Y. (2016). "Mental Health and the Muslim Word." *Journal of Community Medicine and Health Education*, 6(3). [Link](#).
- Arab Center Washington DC. 2022. "Increasing Awareness of Mental Health Needs in Arab Populations." [Link](#).
- Cohen, A. A., Magnezi, R., & Weinstein, O. 2020. "Review and Analysis of Mental Health Reforms in Several Countries: Implementation, Comparison and Future Challenges." *Annals of Psychiatry and Treatment*, 4(1): 13-24.
- Dardas, L. A., & Simmons, L. A. 2015. "The Stigma of Mental Illness in Arab Families: A Concept Analysis." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9): 668-679.
- Elshahat, S., & Moffat, T. 2022. "Mental Health Triggers and Protective Factors among Arabic-speaking Immigrants and Refugees in North America: A Scoping Review." *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(2): 489-505.
- Fekih-Romdhane, F., Chebbi, O., Sassi, H., & Cheour, M. 2021. "Knowledge, Attitude and Behaviours toward Mental Illness and Help-seeking in a Large Nonclinical Tunisian Student Sample." *Early intervention in psychiatry*, 15(5): 1292-1305.
- Hosak, L., Hosakova, K., Malekirad, M., Kamaradova Koncelikova, D., Zapletalova, J., & Latalova, K. 2023. "Environmental Factors in the Etiology of Mental Disorders in the Czech Republic." *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 349-359.
- Jianxiu, G. 2006. "The Role of NGOs in the Social Welfare." *Canadian Social Science*, 2(4): 15-18.
- Khatib, H. E., Alyafei, A., & Shaikh, M. (2023). "Understanding Experiences of Mental Health Help-seeking in Arab Populations around the World: A Systematic Review and Narrative Synthesis." *BMC Psychiatry*, 23(1): 1-26.
- Kronfol, N. M. (2012). "Access and Barriers to Health Care Delivery in Arab Countries: A Review." *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(12): 1239-1246, 2012.

- Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. 2016. "The Relationship between Post-migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current psychiatry reports*, 18: 1-9.
- Maalouf, F. T., Alamiri, B., Atweh, S., Becker, A. E., Cheour, M., Darwish, H., ... & Akl, E. A. 2019. "Mental Health Research in the Arab region: Challenges and Call for Action." *The Lancet Psychiatry*, 6(11): 961-966.
- McKell, C., Hankir, A., Abu-Zayed, I., Al-Issa, R., & Awad, A. 2017. "Barriers to Accessing and Consuming Mental Health Services for Palestinians with Psychological Problems Residing in Refugee Camps in Jordan." *Psychiatria Danubina*, 29(suppl. 3): 157-163.
- Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Merhej, R. 2019. "Stigma on Mental Illness in the Arab world: Beyond the Socio-Cultural Barriers." *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(4): 285-298.
- Okasha, A., Karam, E., & Okasha, T. 2012. "Mental Health Services in the Arab World." *World Psychiatry*, 11(1): 52-54.
- Puras, D., & Gooding, P. 2019. "Mental Health and Human Rights in the 21st Century." *World Psychiatry*, 18(1): 42.
- Said, M., Boardman, G., & Kidd, S. 2021. "Barriers to Accessing Mental Health Services in Somali-Australian Women: A Qualitative Study." *International journal of mental health nursing*, 30(4).
- Sweileh, W. M. 2018. "Global Research Output in the Health of International Arab Migrants (1988–2017)." *BMC public health*, 18: 1-12.
- The World Bank. 2022. "Population, total- Arab World." [Link](#).
- Uher, R., & Zwicker, A. 2017. "Etiology in Psychiatry: Embracing the Reality of Poly-Gene-environmental Causation of Mental Illness." *World Psychiatry*, 16(2): 121-129.
- UNHCR. 2022. "Global Trends Report." [Link](#)
- Wendt, D., & Shafer, K. 2016. "Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data." *Health & Social Work*, 41(1): e20-e28.
- World Health Organization (WHO). 2022. "Mental Disorders." [Link](#).

الحقوق الصحية في العالم العربي من منظور شمول الإعاقة

شذى أبو سرور ،
المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي
الإعاقة

تمهيد

يرتبط الحق في الصحة للمواطنين/ات عمومًا والأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص (بصفتهم موضوع هذه الورقة) ارتباطًا وثيقًا بالحق في الحياة والحق في مستوى معيشي لائق يكفل للمواطنين/ات توفير مقومات العيش بكرامة. وإلى جانب الروابط الأخرى ما بين الحق في الصحة وحرمة الحقوق الأخرى قاطبة، يُقنن الحق في الصحة أحد القداخل الرئيسية للميادين الحياتية المختلفة.

من ناحية أخرى، وقبل معالجة موضوع الحقوق الصحية في البلدان العربية من منظور شمول الإعاقة، لا بد من الإشارة سريعًا إلى جُملة من المتغيرات التي تؤثر على هذا الحق للأشخاص ذوي الإعاقة سياسيًا وبرامجيًا وخدميًا، تمامًا كما تؤثر على غيره من الحقوق، وغيرهم من الفئات. يتمثل المتغير الأول في حالات الاستعمار المتفاوتة والمتنوعة التي تُعاشها العديد من البلدان العربية والتي تتجسد في أشكال الاحتلال المختلفة وتجلب الحروب والنزاعات والهيمنة على الموارد وتدمير القطاعات الأساسية، بما فيها القطاع الصحي، أو تتجلى عبر اعتماد العديد من هذه البلدان في تمويلها على الجهات المانحة الخارجية، تلك التي تؤثر على تحديد الأولويات وتصميم التدخلات على مختلف المستويات، ما يستدعي دراسة مدى اشتغال هذه التدخلات ذات الصلة بالقطاع الصحي على المقومات والمتطلبات المتعلقة بشمول الإعاقة. أما المتغير الثاني فيتمثل في انبثاق معظم السياسات والاستراتيجيات والتدخلات على المستوى الوطني عن المقاربة الفردية للإعاقة (أي المقاربة الرعائية/الخيرية والطبية)¹ الأمر الذي يظهر في العديد من

¹Clough, B., & Herring, J. (Eds.). 2021. "Disability, Care and Family Law." Routledge.

التَمَثُّلات سواء على صعيد السياسات النازمة لمختلف القطاعات، بما فيها القطاع الصحي، أو على مستوى الممارسات. ويَكْمُن المتغير الثالث في مجموعة من علامات الاستفهام التي تُطرح حول مدى نُضج الدولة كمفهوم وتجربة لدى العديد من الأنظمة، بما فيها الأنظمة العربية، ما ينعكسُ بطبيعة الحال على العلاقة القائمة بين الأنظمة الحاكمة والمواطنين/ات، وما تقتضيه هذه العلاقة من أدوار ومسؤوليات، بما في ذلك دور الأنظمة الحاكمة لناحية الاستجابة للحقوق والاحتياجات الصحية لدى المواطنين/ات، بمن فيهم المواطنين/ات ذوي الإعاقة. وبمعزل عن حقيقة أن هذا المتغير ينطبق على العدد الأكبر من المواطنين/ات على غرار المتغيرات الأخرى، إنما يجب التذكير بأن الأشخاص ذوي الإعاقة، شأن غيرهم من الفئات الأقل تمثيلاً، غالباً ما يدفعون الثمن الأكبر جرّاء تَدَهُّور أدوار الأنظمة الحاكمة وتَسَوُّه المفاهيم ذات الصلة بالخدمة المدنية.

ويتجلى المتغير الرابع في حالة الهشاشة والتَشَرُّد والاجتزاء في أنظمة الحماية الاجتماعية أو ما يشبهها في العديد من البلدان العربية، الأمر الذي يقود إلى التساؤل حول ماهية هذه الأنظمة إن وُجِدَتْ، ومدى اشتغالها على مقومات الشمولية، بما في ذلك الحقوق الصحية، ومدى مراعاتها لمتطلبات شمول الإعاقة، ومدى استجابتها للمتطلبات التي تفرضها خصائص الفئات الأقل تمثيلاً.

إن العديد من المتغيرات الوارد ذِكْرُها أعلاه لها عميق التأثير على القطاعات الصحية في البلدان العربية سياساتياً وبرامجياً، إنما تُغنى هذه الورقة حَصراً بمحاولة تبيين أبرز المظاهر التي يَتَسَمُّ بها القطاع الصحي في بعض البلدان العربية كنموذج، تِلْكَ المظاهر ذات الأبعاد الأكثر تأثيراً على تَمَتُّع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم الصحية بَعْدالة وكرامة واستقلالية. ويجدر التنويه بأننا نَسْتَبْدُ في بناء خطابنا في هذه الورقة إلى المقاربة الحقوقية للإعاقة التي بادرت إلى بنائها وتعزيزها اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مُعْتَمِدِينَ منهجياً على مراجعة الأدبيات، والملاحظة، وعددٍ من المقابلات التي أجريناها مع ممثلي المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بعض البلدان العربية.

وربما يجدر بنا المرور سريعاً على ما نقصده لدى الإشارة إلى كل من المقاربة الفردية والمقاربة الحقوقية للإعاقة، بِصِفَتَيْهِمَا مقاربتَيْن محوريَّتَيْن في فَهْم الإعاقة كتجربة من جهة، والتعاطي معها على المستويات كافة من جهة أخرى. تقوم المقاربة الفردية (وَيَتَصَرَّف) على مفهوم يقضي بأن الإعاقة هي تجربة من حيث الأسباب والآثار، وهي مسألة تتعلق حصراً بما لدى الأفراد من قيود في قدراتهم الوظيفية الحسية أو الحركية أو الذهنية/التعلّمية أو النفسية، بحيث ينصب التركيز على العوائق التي تحول دون المشاركة والقيام بالمهام الحياتية اليومية وغيرها من السمات أو القيود دونما اعتبار لأيّ متغيرات أو عوامل خارجية. ويُترجم هذا المفهوم إلى سياسات وبرامج وتدخلات (إن وُجِدَتْ) تتجسّد حَصراً في خدمات التأهيل والإغاثة/الرعاية وإنشاء مؤسسات خاصة وهكذا. في المقابل، تقوم المقاربة الحقوقية على حقيقة أن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي ذاتها حقوق الإنسان كاملة، وتنطبق عليها السمات نفسها مثل الشمولية وعدم القابلية للفصل والتجزئة فضلاً عن حالة التّرابُط فيما بينها واعتماد كل منها على الآخر. فتتسكّل تجربة الإعاقة هنا عبر اجتماع سلسلة من السمات الشخصية (الصعوبات الحسية، والحركية، والذهنية/التعلّمية، والنفسية) ومجموعة العوائق والحواجز البيئية المعمارية والمجتمعية والمؤسسية، تلك التي لا تستند إلى مقومات قبول التنوع والاستجابة للفروق الفردية والشمول، فينجم عن ذلك تفاعلٌ سلبي يمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من التَمَتُّع بالحقوق والمشاركة في المجتمع كغيرهم من

المواطنين/ات. يتطلب ذلك مُعالجاتٍ سياساتية وبرامجية ومجتمعية لا تقتصرُ على تلك التي تستهدفُ الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، إنما تسعى إلى مكافحة التمييز، وإحقاق العدالة والمساواة عبر تذييل العقبات والحواجز المُشار إليها أعلاه، وتضمن متطلبات شمول الإعاقة في جميع السياسات العامة، والاستراتيجيات الوطنية والقطاعية، والبرامج، والخدمات.

أُسُس فَهْمِ الحق في الصحة وتحليله للأشخاص ذوي الإعاقة

هناك مجموعة من المبادئ والركائز التي نَنُظِّقُ منها في فَهْمِنا ورَصدِنا وتحليلِنا للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة مفاهيميًا وعَمَلَانِيًا، وسوف نُفَرِّغُ سَريْعًا في الفقرات التالية على بعض هذه الركائز.

إذا انطلقنا من المقاربة الحقوقية في تعريف الإعاقة، نبدأ بالتأكيد على أَنَّها مفهومٌ متطورٌ وتجربةٌ تكمنُ في عملية التفاعل السلبي ما بينَ الأشخاص ذوي الإعاقة والحواجز البيئية، والسياساتية، والمؤسسية، والمجتمعية، والمعلوماتية - على نَحْوِ يُعزِّقُ أو يَمْنَعُ مشاركتهم الفَعَّالة في المجتمع وتمتِّعهم بالحقوق بَعْدالة وكرامة واستقلالية. يُشكِّلُ تَبَنِّي هذا المفهوم من قِبَلِ الدُول على المستوى التشريعي والقضائي والإداري أحد أهم العوامل التي من شأنها إحداث نقلة نُوعِيَّة في الواقع الحقوقي والمعيشي للأشخاص ذوي الإعاقة.² ومن الجدير بالذكر أن معظم البلدان العربية، مثل فلسطين ولبنان وتونس واليمن وغيرها، لا تزالُ إلى يَوْمِنا هذا تَبَنِّي المفهوم الذي ينتمي إلى المقاربة الطبية للإعاقة، ذلك الذي يَغزو مُحَدَّدات المشاركة والتمتع بالحقوق والقيام بالوظائف الحياتية اليومية إلى الفروق الفردية الكائنة في قدرات الأشخاص الحركية، والذهنية، والحسية، والنفسية، بعبارة أخرى، نجدُ أن القوانين النازمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في هذه البلدان تتبنى تعريف الشخص ذي الإعاقة الذي يَرَكُزُ على الصعوبة (أي الإعاقة سواء أكانت حركية أو حسية أو ذهنية-تَعْلَمِيَّة أو نفسية)، مُغْتَبِرًا أن هذه الصعوبة هي التي تؤثر على قدرات الأفراد على القيام بوظائفهم الحياتية اليومية كأقرانهم، دونما اعتبار للحواجز والعوائق البيئية والمؤسسية والمجتمعية وغيرها، وما لها من آثار كبيرة على تشكيل تجربة الإعاقة. وقِلَّة من البلدان العربية مثل المغرب والأردن ومِصر قد تَبَنَّت مفهومًا أقرب إلى المقاربة الحقوقية والاجتماعية للإعاقة، دونما اتخاذ التدابير التي لها أن تَنسَجِب - وبشكل عملي - على السياسات والاستراتيجيات والبرامج والخدمات، بما فيها تلك النازمة والمُشكِّلة للقطاع الصحي. فيتسبَّبُ غيابُ تَبَنِّي هذا المفهوم بِخَلْقِ أزماتٍ حَقِيقِيَّة على مستوى السياسات، والأدوار، والتوجهات، والصلاحيات، وغيرها.

وكمثال على ذلك، يبرز مُغْتَقَدُ شائع لدى وزارات الصحة عمومًا بانتهاء أَدوارها عِنْدَ تشخيص نوع الإعاقة ودرجتها (بَغَضِ النظر عن أي علامات استفهام حول مدى امتثال هذه الخدمة لمعايير الجُودة). إضافة إلى ذلك، غالبًا ما تُخْلِي وزارات الصحة

²Blanck, P., & Flynn, E. (Eds.). 2017. "Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights." Routledge.

في معظم البلدان العربية مسؤولياتها عن أي برامج وخدمات مرتبطة بالإعاقة، مثل الكشف المبكر والتأهيل وإعادة التأهيل وإجراء العمليات الجراحية الترميمية وغيرها، تلك التدخلات التي يؤثر غيابها على الأشخاص ذوي الإعاقة ويهدد حقهم في الحياة والعيش باستقلالية وكرامة. وكما هو الحال في معظم بلدان العالم، لا يزال تشخيص نوع الإعاقة ودرجتها هو المدخل الرئيسي لتحديد رزمة الحقوق والاستحقاقات التي يحق للأشخاص ذوي الإعاقة التمتع بها والحصول عليها، من دون النظر في العديد من المتغيرات الأخرى ذات الأثر العميق على تشكيل تجربة الإعاقة، مثل مجموعة الحواجز التي أشرنا إليها أعلاه، فضلاً عن الواقع الاجتماعي والاقتصادي، واجتماع الإعاقة ونوع الجنس وغيرها. كذلك، فإن تبني المقاربة الطبية الخيرية في التعاطي مع قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم ومصلحتهم قد أدّى إلى هيمنة وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة التنمية الاجتماعية (كما تُسمّى في بعض البلدان) على إدارة تعاطي معظم البلدان العربية مع حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث يُعتبر أنهم حالات اجتماعية تتطلب الحماية فحسب. وينجم عن ذلك تفاعل المؤسسات الرسمية الأخرى عن الإيفاء بالتزاماتها تجاه حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

في السياق نفسه، تُعزل إمكانية الوصول، ومعايير التصميم الشامل أو العام، وتوفير الترتيبات التيسيرية المعقولة، نماذج لزمة المبادئ والشروط الواجب التعامل معها بصفتها القواعد والأعمدة التي تقوم عليها كافة الحقوق الأخرى، بما في ذلك الحق في الصحة. وعليه، تُعتبر كفالة توفيرها في عمليات تصميم السياسات والبرامج والتدخلات الصحية وغيرها وتنفيذها واجباً على الدول بمؤسساتها المختلفة، نظراً إلى انعكاساتها على تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بهذه الحقوق. تُشير العديد من التقارير إلى محدودية توفر مقومات الوصول في القطاع الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة، سواء أكان ذلك على مستوى البيئات المادية (المعمارية) أو المعلومات أو الخدمات، ناهيك عن غياب سُبل التواصل الفعّال مع الأشخاص ذوي الإعاقة لدى الطواقم الطبية، مما يُعيق تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم الصحية، إضافة إلى تلقي الخدمات في ظروف غير لائقة وغير مناسبة.

من ناحية أخرى، إنَّ عدم التمييز، والمساواة، والمشاركة الكاملة والفعّالة، والشفافية، وإتاحة فرص متساوية للانتصاف والتظلم، هي من أهم شروط الحوكمة التي يجدر توفيرها في مؤسسات القطاع العام، بما في ذلك القطاع الصحي. هناك العديد من الانتهاكات التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة والتي تُبرزها التقارير التي ترصد مدى تطبيق اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من المواثيق الأممية والتي تتم صياغتها من قبل منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة،³ فضلاً عن تلك الصادرة عن مؤسسات أممية ووطنية أخرى. وفي كثير من الأحيان، تحدث هذه الانتهاكات نتيجة للصور النمطية السلبية السائدة والتوجهات التي تُجرّد المواطنين/ات من آدميتهم وحقوقهم متى ما كان لديهم إعاقة، ذلك في أوساط عديدة في المجتمعات، بما يشمل الطواقم العاملة في القطاع الصحي. وتقع هذه الانتهاكات في سياقات أبعد ما تكون عن آليات الرصد والمساءلة، خاصة وأن أنظمة الشكاوى - إن وجدت - تفتقر إلى المقومات التي تُتيح للأشخاص ذوي الإعاقة استخدامها والاستفادة منها باستقلالية وغدالة وفاعلية. أضف إلى ذلك أن أشكال التمييز على أساس الإعاقة، بما في ذلك الاستبعاد والتجاهل والتبذ والحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة وغيرها، لم يتم الإقرار بها قانوناً كممارسات واجبة الخطر وتستدعي المُناسبة والمُساءلة في العديد من البلدان العربية، الأمر الذي يهدد عمليات تلقي الأشخاص ذوي الإعاقة

³ المنظمة التونسية للدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2023. "تقرير الظل حول تطبيق اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في تونس".

للخدمات الصحية على نَحْوِ يكفل احترام كرامتهم وحقوقهم في تقرير المصير، كما يقود إلى طرح العديد من علامات الاستفهام بشأن ماهية الخدمات الصحية التي يتلقاها الأشخاص ذوو الإعاقة ومدى جَوَدَتِها وطُرُق تقديمها.

وأخيراً، يحق للأشخاص ذوي الإعاقة، كغيرهم من المواطنين/ات، تَلَقِّي الخدمات الصحية بتكلفة معقولة - إن لم يكن بشكل مَجَّاني - خاصةً إذا ما أخذنا بالحسبان العلاقة الوثيقة ما بين الإعاقة والفقر وهشاشة أنظمة الحماية الاجتماعية وضعف مقومات انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، فضلاً عن محدودية تَوْفُر أنظمة التعليم الجامع. إضافة إلى ذلك، يدفعنا الواقع المُعاش إلى التذكير بأن الأشخاص ذوي الإعاقة كغيرهم من المواطنين/ات يتعرضون للإصابة بأمراض متعددة لا علاقة لها بالإعاقة التي لديهم. وعليه، يتعيّن على الأنظمة الصحية أن تُتيح لهم تَلَقِّي الخدمات الصحية الشاملة بَعْدالة وعلى قدم المساواة مع الآخرين. وبغض النظر عن أن هذه الحقيقة تبدو بديهية، قد يستهجن البعض مَبَاعِث تضمينها، إنما نشير إلى أن آخر تقرير دولي لمنظمة الصحة العالمية حول الحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة قد أَوْرَدَ هذه الإشارة.⁴ ويكمن الأهم في حقيقة حُلُو القطاع الصحي في العديد من البلدان العربية من معظم المقومات التي تُتيح للأشخاص ذوي الإعاقة تَلَقِّي الخدمات كافة بكرامة واستقلالية. وأقرب مثال على ذلك محدودية التدابير - أو غيابها في بعض البلدان - التي اتَّخَذَتْ لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الوقائية والعلاجية أثناء انتشار فيروس كوفيد-19، الأمر الذي برز جلياً في دراسة لم تُنشر بَعْد أجراها المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حول أنظمة الحماية الاجتماعية ومدى شمولها للإعاقة، حيث تَمَّت معالجة هذه المرحلة كنموذج في كل من لبنان، وتونس، والمغرب، واليمن. يقودنا كل ذلك للقول إنَّ النهج السائد ينطلق من النظر للإعاقة وكأنها متغيّر منفصل عن جميع المتغيرات والخصائص الأخرى.

السياسات والتشريعات النازمة للحق في الصحة من منظور شمول الإعاقة، وإضاءات على بعض الممارسات

يَتَجَسَّد الواقع السياسي النازم للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في العديد من البلدان العربية بمجموعة من السمات والتمثّلات التي سوف نحاول تلخيص أبرزها في هذا الجزء من الورقة.

أولاً، تُبيّن قراءتنا للواقع السياسي أنّه وبغض النظر عن منطلقات السياسات والتشريعات النازمة للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة ومضامينها، هناك قاسم مُشترِك بينها يتجلّى بانفصالها شبه التام عن السياسات والمنهجيات المُتبعة لِتصميم المُوازَنات العامّة للبلاد وإقرارها. وَكُونُ المُوازَنات المُخصّصة لِأي من البنود أو القطاعات أو الفئات المجتمعية تُعْتَل مُؤشراً حاسماً على مدى اهتمام

⁴ World Health Organization. 2022. "Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities." [Link](#).

الدولة بهذا البند أو القطاع أو الفئة، يمكننا الخروج باستنتاجين على الأقل: أولهما أن القطاع الصحي لا يُشكّل إحدى الأولويات الرئيسية للعديد من البلدان العربية؛ وثانيهما أن السياسات والتشريعات النازمة لحقوق الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة هي أقرب ما تكون إلى السياسات الرمزية التي لا تتجاوز مرحلة الإقرار بالحق.

ثانيًا، تُعتبر الإعاقة متغيرًا شبه غائب لدى تصميم السياسات العامة وتبنيها عمومًا، بما فيها السياسات الصحية، وكأنها موضوع قلما يقرّ في أذهان المُشرّعين/ات وصانعي السياسات العاقّة، ما يؤدي إلى إسقاطها منهجيًا من عمليات صناعة هذه السياسات كما على مستوى المضمون. إذا نظرنا إلى قانون الصحة العامة الفلسطيني مثلًا، سنجد أنه يخلو من أي إشارة أو أحكام تأخذ بالحسبان وجوب اتخاذ تدابير تشريعية مستجيبة للإعاقة، وكأن الاتجاه السائد في هذه العمليات أن تؤخذ الإعاقة بالحسبان لدى تصميم تشريع منفصل ناظم لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فقط، دونما إيلاء ما يلزم من اهتمام لكفالة تحقق الحالة اللازمة من الانسجام ما بين قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والقوانين الأخرى. بتعبير آخر، على الرغم من أن القانون الفلسطيني لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم (4) للعام 1999م ينصّ على رزمة من الحقوق الصحية، نجد أن قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004م يخلو من أي نص يمثل حالة من الانسجام مع قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتزداد عمليات الفصل والعزل على المستوى السياساتي عمقًا بزيادة حالات التضييق التي تُمارسها العديد من الأنظمة العربية على المجتمع المدني، ما يؤدي إلى محدودية فرص المشاركة الكاملة والفعّالة والحقيقية للأشخاص ذوي الإعاقة في صناعة السياسات العامة، بما في ذلك الصحية منها.

ثالثًا، شكّل انضمام العديد من البلدان العربية إلى اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نقلة لا يمكن تجاهلها ربطًا بتعديل العديد من القوانين النازمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما هو الحال في مصر والأردن، بما ينسجم مع الاتفاقية. ويُمثّل الانضمام إلى هذه الاتفاقية وغيرها أداة فعّالة للعمل المطلوب استخدام الحركة المطلوبة للأشخاص ذوي الإعاقة كأحدى أدوات الضغط من جهة وكمرجعية لضبط محتوى السياسات العامة ليكون أقرب إلى النهج الحقوقي من جهة أخرى، كما حدث في فلسطين حيث تكدّست الحركة المطلوبة عبر اعتصام مفتوح دام 63 يومًا داخل المجلس التشريعي من الضغط على مجلس الوزراء للمصادقة على نظام تأمين صحي حكومي للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، مبني وبشكل كبير على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، يبقى مدى التزام الدول بتطبيق هذه القوانين والأنظمة محل قلق، خاصة في ظل محدودية المؤشرات التي تدلّ على هذا الالتزام أو غيابها، فالى حين لم تُتخذ التدابير الإدارية الواردة في النظام والتي تُمثّل المُحرّك الرئيس للإعمال، ناهيك عن أن حالة التمتع بالحقوق الصحية وتلقي الخدمات لا تزال كما كان عليه الحال قبل المصادقة على النظام، سوى ما يتعلق بالقجانية واستحقاقات ضئيلة أخرى.⁵

رابعًا، هناك بلدان، وبغض النظر عن استنادها سياسيًا إلى المقاربة الطبية، تُشير إلى وجود قرارات وتعليمات صادرة عن وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية تُهدف إلى إعمال القانون الناظم لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة كما هو الحال في تونس، إنما على مستوى التطبيق لا تزال هنالك العديد من التحديات والإشكاليات الكائنة في قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على تغطية التكلفة المطلوبة، خاصة في ظل ضعف فاعلية نظام بطاقة الشخص ذوي الإعاقة، ناهيك عن أشكال التمييز

⁵ الائتلاف الفلسطيني للإعاقة، 2023. "التقرير الموازي لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ردًا على التقرير الرسمي لفلسطين".

وسوء المعاملة التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة أثناء سعيهم ليلقوا الخدمات الصحية أو إتمام المعاملات الإدارية، فضلاً عن عدم امتثال المستشفيات لمعايير إمكانية الوصول على المستوى المعماري وغير ذلك من مُحدّدات التطبيق.⁶ وأخيراً، نظراً للحالة التي باتت تُرافق صياغة قائمة لامتناهية من التوصيات، نكتفي بالإضاءة على:

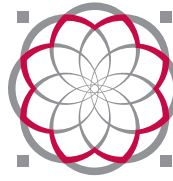
- ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لإتاحة المشاركة الكاملة والفعّالة والحقيقية للأشخاص ذوي الإعاقة في صناعة السياسات العامة، خاصة ما يُعنى منها بالحقوق الصحية كموضوع لهذه الورقة، بغض النظر عمّا رأى الساسة أنها ذات صلة بالأشخاص ذوي الإعاقة أم لا، إذ ما من سياسة عامّة لا علاقة لها بالأشخاص ذوي الإعاقة يوضّفهم مُكوّنًا أصيلاً من مكونات النسيج الاجتماعي في أي بلد.
- وهناك ضرورة مُلحّة لإعادة النظر من قِبَل موظفي القطاع العام في ما لديهم من توجهات وأحكام تجاه المواطنين/ات ذوي الإعاقة وحيالهم/ن، على قاعدة أن الإعاقة لا تجعل من أحد إنساناً أو مواطناً أقلّ قيمةً من غيره، كما على قاعدة عدم قابلية الحقوق للفصل والتجزئة وعدم قابليتها للاحتكار على أساس الفروق الفردية ما بين الناس، فضلاً عن ضرورة الانطلاق من أن النهوض بالحقوق الصحية وفق مقتضيات الشمول والعدالة وعدم التمييز يُمثّل إحدى أهم الخطوات التي لها أن تُسهم في بناء البلاد ونهضتها، تماثلاً كما الحق في التعليم.

شذى أبو سرور، فلسطين، أنهت البكالوريوس في مجال علم الاجتماع وعلم النفس، والماجستير في الإدارة العامة وإدارة مؤسسات المجتمع المدني. تعمل منذ ما يزيد على 15 عامًا سواء بشكل تطوعي أو غيره في مجال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحديدًا في مجال تيسير عمليات التمكين، وبناء القدرات، والمناصرة، والعمل المطلي، والتشبيك، وبناء التحالفات، والمساهمة في الإنتاج المعرفي، وغيرها. وتعمل الآن كإحدى أعضاء طاقم الجهاز التنفيذي للمنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما تعمل بشكل تطوعي كمُقرّرة للائتلاف الفلسطيني للإعاقة.

المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هو إحدى منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة الإقليمية ذات الهوية والارتباط القاعديين. تتألف عضويته من 12 دولة عربية مُمثّلة عبر منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وائتلافات هذه المنظمات. يهدف المنتدى إلى المساهمة في حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيزها بما ينسجم مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة، وذلك عبر بناء القدرات، وإجراء الدراسات، والمناصرة على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية، والتأثير في السياسات والممارسات الوطنية، بما يتيح للأشخاص ذوي الإعاقة فرص المشاركة في عمليات صناعة القرارات.



**AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT**
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة
الأميريّة في بيروت منذ إنشائها إلى
وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد
المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا
على البحوث التي تؤثر على الممارسات
والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

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

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة

العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع
9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250
منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و
25 عضو من منظمات غير حكوميّة.

ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

