

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

التقرير الوطني الموريتاني

2023

حول النفاذ إلى الحق في الصحة



سيدينا العتيق

استشاري في الاقتصاد

محمد أحمد المحبوبي

خبير استشاري في التنمية، استشاري
وخبير اجتماعي مستقل

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ 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 كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُرَكِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكِّل المعلومات والتحليلات المقدَّمة منصَّةً للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، 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

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 اكااديمية 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.

المميّزات العامة للسياق الموريتاني

• المُعطيات والمميّزات السياسية والجغرافية والتاريخية

• مُعطيات اقتصادية واجتماعية

مُحدّدات الحقّ في الصحة في موريتانيا

• الأطر المؤسسية والقانونية للحقّ في الصحة في موريتاني

• المُحدّد المتعلّق بحقّ النفاذ والنوع الاجتماعي

• المُحدّد الاقتصادي للنفاذ إلى الحقّ في الصحة

• المُحدّد المتعلّق بالمياه والصرف الصحيّ والطاقة

• البنى التحتية الصحيّة الوطنية

• النقل

• التحوّل الوبائي

تحليل الوضعية الراهنة للحقّ في الصحة في موريتانيا

• الخطة الوطنية لترقية قطاع الصحة

• حوكمة القطاع وتسييره

• التغطية الصحيّة

• النفاذ المالي للحقّ في الصحة

• التغطية الصحيّة الشاملة

• أهمّ الفاعلين في القطاع الصحيّ والرعاية الاجتماعية

• الخدمة الصحيّة العلاجية حسب الأولوية الموضوعاتية

• مُحاربة الأمراض غير المنتقلة

• فيروس نقص المناعة المكتسبة أو السيدا

• حقوق الأشخاص المعوقين

• الموارد البشرية

• الطبّ التقليدي والحقّ في الصحة

• الحقّ في الصحة والرعاية الصحيّة للمهاجرين ولغير المواطنين

الحقّ في الصحة والضمان الاجتماعي من منظور الحماية الاجتماعية

• تمويل الحماية الاجتماعية

• النقاط الإيجابية في مجال الرفع من الحماية الاجتماعية متعدّدة

نذكر منها

23

التأمين الصحي

26

الخطوات العملية التي اتخذتها السلطات في مجال النفاذ إلى الحق في الصحة

28

مساهمة ودور المجتمع المدني

29

النظام الصحي الموريتاني وجائحة الكوفيد - 19

31

اقتصاديات الصحة: تأثير السياسات النيوليبرالية على الاستثمار في المجال الصحي وفي النفاذ إلى الحق في الصحة

33

الخلاصات العملية

35

• تحديات النفاذ إلى الحق في الصحة

36

التوصيات العامة حول النفاذ إلى الحق في الصحة

37

الخاتمة

38

المراجع



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 والتهميش، وتتميز البنية التحتية الصحية فيه بالمحدودية وتفاوت 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 الخدماتي خاصة في ما يتعلق بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية (الصحة والتعليم والرعاية والحماية الاجتماعية).

يعتمد التقرير بصفة أساسية على المطور 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 المتخصّصين المعنيين والحقوقيين والفاعلين في قطاع الصحة ونشطاء المجتمع المدني المتخصّص في المجال الصحي التنموي وهي مقارنة تشاكرية نشطة. ومسار ثان يركّز على البحث الموضوعي واستنتاج 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.

المميّزات العامة للسياق الموريتاني

يتناول التقرير أهم مميّزات السياق الموريتاني مع التركيز على بعض الجوانب التي نرى أنّها أكثر ارتباطاً من غيرها بالحقّ في الصحة. والسياق الذي نقصد هنا يشمل السياق التاريخي والاقتصادي والاجتماعي والسياسي والقانوني المؤسسي وما يميّزه إيجاباً أو سلباً.

المُعطيات والمميّزات السياسية والجغرافية والتاريخية

منذ استقلالها عام 1960 أدرجت موريتانيا وبصفة دائمة الحقّ في الصحة في مختلف السياسات الحكومية، ولكنها كانت مرغمة على انتظار الثمانينيات لتشهد توجّهاً جديداً للسياسات الصحيّة نحو الاستجابة لحاجيات أكبر عددٍ مُمكن من المواطنين في إطار برنامج الصحة والعلاجات القاعدية الأساسية. ومنذ الخطة الصحية الرابعة 1981-1985 إلى الخطة الأساسية 1998-2002، كانت الأولوية للعلاجات الصحيّة الأوليّة وتحسين التغطية الصحيّة، ومع سنة 1998 تمّ إدخال مفاهيم ومصطلحات جديدة تتعلق بنوعية وجودة أداء وفاعلية النظام الصحيّ.

مُعطيات اقتصادية واجتماعية

الوضعية السكّانية العامة في موريتانيا متغيّرة حيث نجد أنّ نسبة 52,8% من الساكنة تقطن في الحضر مقابل نسبة 48,3% سنة 2013 تقطن في الريف. أمّا من هم تحت خط الفقر فيشكّلون نسبة 28,2% من السكان¹، وتبلغ نسبة النساء 50,7% من مجموع السكّان إضافةً إلى أنّ السكّان هم في معظمهم من الشباب حيث تبلغ نسبة من هم دون 15 من العمر 44,2%، أمّا المسنّون 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 التحتيّة التي تواجه ضغطاً بشرياً قوياً، زاد نزوح السكّان من الريف إلى المدن من التقلّبات الديمغرافية ومن زيادة الضغط على البنية التحتيّة الخدمية ممّا حدّد بشكلٍ كبير من مستوى النفوذ إلى خدمات الصحة والتعليم والمياه والكهرباء والغذاء والشغل، حيث إنّ العاصمة وحدها تستقطب ثلث سكان البلد.

¹ المسح الدائم حول الظروف المعيشية للسكان 20821.
² المرسوم رقم 361 إل مح دد لصلاحيات وزير الصحة المأدة.

النفاز إلى الحق في الصحة وارتباطه بطبيعة النظام السياسي الموريتاني

مرّ مسار النفاز إلى الحق في الصحة في بلدٍ كموريتانيا بمراحل صعبة، ويمكننا القول وبكلّ ثقة إن الدولة الموريتانية، ورغم حسن النية والإرادة المُعلنة والضمنية للإصلاح، واجهت وتواجه العديد من التحدّيات أقلّ ما يقال عنها إنها تحدّيات متعدّدة المناحي حيث تتّسع 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 صحّة مستوردة من أدويتها إلى أجهزتها إلى القوانين المنظمة لها، وباتت الصحة المحليّة صحة تتجاوز الحدود، نهتمّ بها حسب المُعطيات المُناخية والجيوسراتيجية، وصار الاقتصاد الصّحي من أهمّ اقتصاديات العالم وتمّ فتحه أمام القطاع الخاص ممّا أفرغه من محتواه الإنساني والحقوقي.

يظلّ المنحى السياسي المحدّد الأوّل للنفاز إلى الحق في الصحة، فالإرادة السياسية وحدها تُمكن المواطن من النفاز إلى حقّه 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 التكيّف ومحاولة التكلّف بالمرضى كما كشف عن الكثير من العجز والمظهرية الثابوية وراء مختلف الإنجازات الحكومية والمعدّة أساساً للاستهلاك الإعلامي.

نريد هنا أن نُبيّن مسألة في غاية الأهميّة هي أن النفاز إلى الحق بالصحة دون منّة يتوقّر تارةً وينعدم تارات عدّة. فعندما تتكفّل 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.

مُحدِّدات الحق في الصحة في موريتانيا³

الأطر المؤسسية والقانونية للحق في الصحة في موريتانيا

يُعتبر الحق في الصحة أولوية وطنية وهدفاً استراتيجياً من تخصص الدولة ومحل اهتمام من طرف المُشرِّعين ومُعدّي السياسات العمومية والاستراتيجيات، حق تناولته مختلف الوثائق والاستراتيجيات الوطنية الصحية منها وغير الصحية، 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، وتشكل الصحة إحدى دعائم ومكونات هذه الحقوق.⁴

لا يختلف الدستور الموريتاني الحالي عن الدساتير السابقة له حيث تناول الحقوق الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين مشيراً في عدد من موادّه إلى أنه يحق لكافة المواطنين التمتع بكافة الحقوق دون شروطٍ أخرى سوى تلك التي يحددها القانون. ففي المادة (16) أشار الدستور إلى "أن الدولة والمجتمع يحميان الأسرة." وفي المادة (31) إلى "أن الدولة تحمي الأسرة والأمومة والطفولة"، وفي المادة (33) إلى "أن الدولة تحمي الصحة العامة، وتعمل على تشجيع المساعدات الطبية المجانية للمعوزين"، وفي المادة (35) إلى "أن الدولة تكفل حرية التعليم، وأنه بالمجان في مدارس الحكومة في مراحلها الأولى." وأشار في المادة (37) إلى "رعاية الدولة للضمان الاجتماعي والمساعدات، كما أنها تكفل الحق في المعاش لموظفيها، وكذلك الحق في المساعدة في حالات الحوادث والمرض أو العجز عن العمل طبقاً للقانون."⁵

ونورد هنا بعض الترتيبات القانونية الخاصة بالإنفاذ إلى الحق في الصحة حيث وقفنا على أكثر من (36) نصاً ما بين مرسوم وقانون ومُقرَّر تتناول كلها مسألة الصحة والتأمين والضمان والنفاد والحق في الصحة والعلاج تناولاً قانونياً بحثاً، وهي كلها ترتيبات تشريعية موريتانية شملت مختلف مناحي ومشاكل الحقل الصحي وهيكلته نُظم التأمين والضمان الاجتماعي خلال الخمسين سنة الماضية مما يُعطي فكرة واضحة مفادها أن المسألة تم تحليلها من الناحية المؤسسية والتشريعية ولم تكن موجهة بل شملت كافة الطيف السكاني من مواطنين ووافدين ولجئيين وفئات هشة ومعوقين ومسنين، وحاولت أن لا تُبقي أحداً على الهامش بل ركزت في بعض نصوصها على فئات 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 بالحق في الصحة والرعاية الاجتماعية الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة منذ نشأتها إلى اليوم بل وعن غيرها من التجمعات الإقليمية والقارية والبيئية.

³ السياسة الوطنية للصحة في أفق 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 بحق النفاذ والنوع الاجتماعي

تحسّن الحالة الصحية الوطنية يخفي بعض التفاوتات والفوارق الاجتماعية والاقتصادية بين المجموعات، وفي الواقع فإن المؤشرات الصحية ظلّت وما زالت مُقلقة خاصة 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 خاصّة على مستوى النفاذ إلى الحق 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 والأميّة والنقص الحاد في النفاذ إلى الخدمات خاصة 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 ويتضح 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 إلا أنّ حضورهنّ يبقى هامشياً على مستوى اتخاذ القرار.

المُحدّد الاقتصادي للنفاذ إلى الحق في الصحة

موريتانيا من بين الدول الأكثر فقراً حول العالم والاستثمار الصحيّ يتطلّب موارد مالية مهمّة لا يُمكن 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 المعدية 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 حتان الإناث/excision or female circumcision

⁷ ملخص الاستراتيجية النم و المتسارع والرفاه المشترك.

بنسبةٍ محدودةٍ 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 الحقّ الصّحي يفترض وجود شبكة كهربائية قويّة 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 الصحيّة الوطنية

إنّ النفاذ إلى الحقّ في الصحة مرهون بتوفير الخدمة من أقرب مسافة من المواطن ودون إهمال أيّ مكان من الوطن. ولقد ركزت معظم السياسات في ما يتعلق بهذه النقطة على توفير تغطية صحيّة 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 الصحيّة، حيث إنّ الـ 808 نقاط صحيّة الموجودة حالياً لا تلبّي في معظمها الحاجيات ولا تستجيب أصلاً للمعايير الدولية الموصى بها. وقد تمّ نتيجة تدلّلات وزارة الصحة ومندوبيات التآزر بناء العديد من النقاط الصحيّة 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 والصّحي والتمتع بالحقّ في بلدٍ مترامي الأطراف كموريتانيا حيث إنّ الشبكة الطرقية الوطنية تضمن نفاذ نسبة 70% من السكّان من مسافة تقلّ عن كيلومترين عام 2020 مقابل نسبة 40% فقط عام 2016. والنفاذ إلى الحقّ 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 تتعلّق بعدم قرب الخدمات الطبية والصحيّة 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 الصّحي 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 الصّحي الوطني تمثّلت في صعوبة تسيير الوضع الإستعجالي لحالات الملاريا وحمى الضنك والكوفيد-19 والحمى القلاعية الفيروسية إضافة إلى المسائل المتعلّقة بالتغيّرات المناخية والتساقطات المطرية والجفاف وسوء التغذية. أما ما يتعلّق 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 الولوج 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. ونقدّم هنا فكرةً عامة عن مستوى هذا النفاذ ومعوقاته من خلال:

الخطة الوطنية لترقية قطاع الصحة 2020-2030

تتوفّر موريتانيا على مخطط لترقية العمل الصحيّ 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 متعدّدة القطاعات تهدف إلى تنسيق تنفيذ استراتيجيات الصحة ممّا سهّل عمل المتدخّلين في القطاع الصحيّ 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 يتعلّق الأمر بحكامة الموارد البشرية وفوضوية تسيير البنى التحتية الصحيّة المتفرقة التي غالباً ما يتمّ تشييدها نزولاً عند رغبة سياسية وليس تبعاً لتشخيص أو حاجة واقعية.

التغطية الصحيّة

لا تزال التغطية الصحيّة الشاملة هدفاً بعيد المنال، فالنفاذ إلى الحد الأدنى من الخدمات الصحيّة على المستوى الوطني يتطلّب استثمارات ضخمة وموارد بشرية كبيرة⁹ حيث يعيش أكثر من نصف السكان 55,3% على بعد أكثر من 30 دقيقة من أقرب مركز صحيّ، ويوجد ثلثهم 32,7% على مسافة 5 كيلومترات من أقرب مؤسسة صحيّة. وتختلف هذه التغطية باختلاف المناطق إذ تنتقل من نسبة 52% في الريف شبه الحضري إلى 98% في العاصمة. أمّا في الريف فالخدمات الصحيّة غير متوفرة بالأساس، وإن توفّرت 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 الصحيّة ما قبل الولادة و33% منهن يلدن دون أيّ مساعدة طبيّة. أمّا بالنسبة لتلقيح الأطفال وهو مؤشّر أساسي من مؤشرات الحماية الصحيّة فقد شهد تراجعاً مُقلماً 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 الصحيّ الموريتاني من عدّة مستويات يقدم 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، إلا 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 يتوفرون 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 إلا 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

الترتبت 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 الدوليّ ومساهمات الخصوصيين والخيريين من أصحاب النوايا الحسنة والمجتمع المدني. وقد انتهجت الحكومة خلال الفترة الأخيرة سياسات مهمة

تمخّضت حتى الآن عن القيام بإعداد خارطة صحّية، وخطّة للاستثمار الصّحيّ وفتح عدّد من صناديق التّأمين مثل صندوق التّأمين الصّحيّ وصندوق التّأمين التّضامني ومبادرة وكالة تآزر للنفاذ إلى العلاجات الصحّية وتوسيع النفاذ إلى الخدمة العلاجية والبرنامج الموسّع «تعهداتي» قسم الصحة، وبرنامج «ميسّر» والصندوق الجهوي للتضامن الصّحيّ، 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 صحّي تبقى متواضعة، وأن أكبر المصاريف والنفقات الأسرية هي مصاريف الصحة. وممّا يؤكد ما ذهبنا إليه كون الفرد لا يستفيد سنوياً إلا من مبلغ 57 دولاراً مقارنةً بالضرورة 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 الحق 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 للتّحسين المُستدام لصحة السكّان.»¹² في وثيقة أفق 2015 سعت السياسة الوطنية للصحة إلى وضع وإقامة وتوفير نظام صحّي معاصر تفاعلي جيّد الأداء ومناسب ومُتاح لكافة سكّان البلد بغضّ النظر عن مكان سكّانهم ومستواهم التعليمي وسنّهم وجنسهم وأصلهم ووضعهم الاقتصادي وغير ذلك. «وتؤكّد الوثيقة أن «هذا النظام الصّحيّ 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 الصّحيّ والرعاية الاجتماعية

- وزارة الصحة: (الصندوق الوطني للتأمين ضدّ المرض، الصندوق الوطني للتأمين الصّحيّ، الصندوق الوطني للتأمين التّضامني «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 الصّحيّ، وزارة البيئة والتنمية المُستدامة، وزارة التجارة، وزارة التجهيز، وزارة التعليم، وزارة الإتصال، إلخ
- الشركاء التّمويّون، القطاع الخاص، منظمات المجتمع المدني

¹¹ تمويل النظم الصحية التحويلية نحو تحقيق أهداف التنمية المُستدامة للصحة، نموذج للاحتياجات المتوقعة من الموارد في 67 من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. الرابط.

¹² السياسة الوطنية للصحة 2015-2025. الصحة 22.

¹³ السياسة الوطنية للصحة 2015-2025 ص 9.

الخدمة الصحية العلاجية حسب الأولوية الموضوعاتية

■ صحة الأمّ والطفل أو الصحة الإنجابية

تستند القوانين الموريتانية المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيمها إلى المبادئ التي وضعها المجتمع الدولي في هذا المجال. وقامت السلطات العمومية بسنّ قانونٍ خاص بالصحة الإنجابية يجري تطبيقه حالياً هو القانون رقم 025 - 2017. يسهّل الولوج للخدمات الصحيّة والتوعية في مجال الجنس والصحة والخدمات الولادية والإنجابية.

وتشير معطيات 2019 إلى أن نسبة وفيات الأمّهات بلغت 100000/ 454. وهو رقم مرتفع نسبياً رغم محاولات السلطات المختصّة توفير الخدمات الضرورية في مجال الصحة الإنجابية. وتُفيد معطيات النظام الصحي الوطني للمعلومات الصحيّة لسنة 2019 بأن نسبة النساء المتزوجات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل بلغت 13,3% وأن نسبة 25% فقط من الهيئات الصحيّة 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 الصحيّة المقدّمة للخدمات الصحيّة الخاصة بالتخطيط الأسري والصحة الإنجابية وغياب آليات التمويل والتزوّد بالخدمة الصحيّة القريبة. كل ذلك يُعيق بشكل جوهري النفاذ التام إلى الخدمة الصحيّة ويحول دون بلوغ المؤشرات المعتمدة المرسومة.

كما أن العلاجات لم تكن متوفّرة سنة 2018 في ما يقرب من نسبة 32% من الهيئات الصحيّة مقارنةً بنسبة 49% سنة 2016. وهذا انخفاضٌ كبير في مجال التكفل. يُضاف إلى ذلك أنّ هذه البنيات والهيكل الصحيّة تفتقر إلى العمّال المُدرّبين على التكفل والعلاجات الأوليّة ما قبل الولادية بنسبة 58% سنة 2016. أمّا تغطية الاستشارات ما قبل الولادة فقد وصلت نسبتها إلى 69% وذلك نتيجة ضعف القدرات وعدم توفّرها خارج العاصمة والمدن الكبرى حيث يتمّ من خلال الرفع من القدرات تغطية مختلف الهياكل الصحيّة. وتضمّ المرافق الصحيّة 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% بين 100 ولادة وفقاً لبيانات من العام 2019. في المتوسط، يبلغ المعدّل 70.37%، ولا يزال بعيداً عن الهدف المحدّد بـ80% (PNDS).¹⁴ وفي ما يتعلق بالولادة القيصرية، لم يتمّ بعد الوصول إلى الهدف، فقد بلغت النسبة 8.1% في عام 2019. ووفقاً لـ SNIS¹⁵ يعتبر نقص وغياب توفّر الدمّ في المرافق الصحيّة 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 ومنتساوية مع الرجل، اعتمدت وزارة الصحة العديد من برامج التمييز الإيجابية لصالح المرأة (الصحة الإنجابية، محاربة النواسير الولادية وعنق الرحم وبرامج الصحة المتخصّصة والتأمين الصحيّ النسوي والتكفل بالمطلقات وبرامج الدعم الاجتماعي الخاص بالفئات الهشة والحركة النسوية وغير ذلك) إلا أن مختلف تلك البرامج لم توقّف لحدّ الساعة في ردم الهوة والتفاوتات النوعية المؤسّسة بناءً على النوع، إذ ما زالت الخدمة الصحيّة ذكورية رغم كلّ الاستثمارات والتحفيزات التي قيم بها، وما زال عدم المساواة مستمرّاً خاصّة على مستوى النفاذ إلى الخدمة الصحيّة 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 متتاليّ ممّا يجعلها تحتاج إلى المساعدات الغذائية وتستورد ما يقرب من ثلثي حاجياتها الغذائية، كما تواجه تحديات تتعلّق 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 خاصّة في الوسط الريفي وارتهاان الإنتاج الزراعي بالتساقطات القطرية وبالتغيّرات المُناخية 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) المتعلّق بانعدام الأمن الغذائي والذي يعود إلى منظرية 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 الأم (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 وغيرها، إلا أن تنفيذ مختلف تلك المقاربات يفتقر إلى بعض الجدّية والسرعة. وقد لوحظ أن نظام الوداديات¹⁷ الصحيّة المجتمعية هو شبه غائب في موريتانيا حيث نجد تجارب متجزّئة ومتفرّقة مع خبرات متناثرة غير مشجّعة. والمثال الذي يمكن تقديمه هنا يتعلق بمبادرة المكتب الدولي للشغل الذي قام بتمويل آلية للتأمين الصحيّ التجريبي للقطاع غير المصنّف من خلال إنشاء علاقات متبادلة في إطار مبادرة STEP¹⁸.

حالة النفاذ إلى الصحة النفسية

تُمثّل الصحة النفسية أو العقلية ومعلقاتها (مخدّرات وإدمان وكحول) أحد أهم مشاغل الصحة العامة من حيث تأثيراتها المختلفة على مستوى تدرّس الأطفال أو (النشء)، وعلى مستوى ارتفاع نسب الجريمة كما وكيفاً، وعلى مستوى التكفل بالمُدمنين والسجناء. فتناول المخدّرات له ارتباطه الوطيد بالنظام الصحيّ العام حيث إنه لا يدع مجالاً للشك نتيجة لهشاشة النظام الصحيّ ومحدودية الوسائل حتّى على مستوى الموارد البشرية سواء تعلق الأمر بالتكفل أم بالتأهيل أم بالعلاج، رغم أن المسألة ما تزال مسجّلة على مستوى المحظورات والتابوهات، وأنّ جُلّ المصابين بمشاكل نفسية يخفونها ويعتاضون عنها بتسميات أخرى تتعلق بأمراض القولون والعين والحسد، لكنّ الحقيقة المُرة هي أننا نعيش انتشاراً غير مسبوق للأمراض النفسية ويتفشى الإدمان وتناول المخدّرات على مختلف المستويات التعليمية وعلى مستوى الطبقات الغنية، وينتشر بين أبناء الطبقات الفقيرة. وتنعدم المعطيات المتعلقة بهذا الموضوع فهي مصنّفة 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، فالمتخصصون 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 هيكلية للوزارة. وبالنسبة للمخدّرات والمواد المنسّطة، اعتمدت موريتانيا سنة 2018 استراتيجية متعدّدة القطاعات لمحاربة المخدّرات 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 متأسّدة تستند إلى قيم الكفاءة والإنصاف والتضامن.

مُحاربة الأمراض غير المنتقلة

تميّزت موريتانيا بانتشار مُخيف لأمراض 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 مُعيّبة 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 الأطمق المُكوّنة تكويناً جيداً ومن نقص التجهيزات والمعدّات 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 تكفلٌ 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 ومعتبراً تمّت 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 مسببات هذا النوع من الأمراض غير المنتقلة، إلى جانب غياب الثقافة الصحيّة والحماية والوقاية وانتشار التدخين والسمنة والعزوف عن الرياضة وانعدام التثقيف 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 أخصّ 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 وهشاشةً عن طريق تدخلات 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

ملحةً 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 خاصةً 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 حاجساً للسلطات الموريتانية والشركاء وقامت منظمات المجتمع المدني بدورٍ فعّال في مجال التعبئة والتحسيس من أجل التعريف بالمسألة.

الموارد البشرية

تسجل موريتانيا عجزاً مهماً في إعمال 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 المخصّصة للموارد البشرية تُهمل كما مسألة التكوين والتدريب.

تتطلب وفرة الموارد البشرية استثمارات ضخمة وقد انتبعت 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 للتمريض ومدرسة عليا لعلوم الصحة بنواكشوط.

ونخلص هنا إلى أن القطاع يعاني نقصاً حاداً في الموارد البشرية والطواقم الطبيّة والعقّال وأعوان الصحة الأكفّاء والمدربّين والمتوفّرين على الحوافز. وزاد من وطأة هذا النقص افتتاح عدد كبير من المصحات والمستشفيات والنقاط الصحيّة في مختلف أنحاء الوطن دون وجود موارد بشرية يُمكنها ملء الفراغ. أضف إلى ذلك انتشار الزبونية وعدم احترام المساطر القانونية والإدارية ورفض العديد من الموظّفين العمل في مناطق نائية أو حتّى خارج العاصمة نواكشوط.

الطب التقليدي والحق في الصحة

يمثّل الطب التقليدي موروثاً ثقافياً موريتانياً أصيلاً متجذراً في العقلية واللاشعور الموريتاني. فحتّى الذين يتبعون مسارهم الاستشفائي المعاصر يخلطونه بالعلاج الطبّي القديم والتقليدي إضافة إلى الرقيّة، وهي ممارسة منتشرة ويتمّ التغاضي عنها ويُسمح بها ما لم تتسبّب في إشكال صحيّ كبير (الوفاة أو العجز الكليّ أو الجزئيّ للمتعالج). وإلى حدّ الساعة لا تتوفّر موريتانيا على أيّ تشريع ينظّم هذه الممارسة أو مسار منح الترخيص للقيام بها أو حتّى طرق اعتماد الوصفات العلاجية التقليدية بل إنّ من يقومون بتقديم هذه العلاجات ليسوا مدمجين في برامج العلاجات الأوليّة الصحيّة.

الحق في الصحة والرعاية الصحيّة للمهاجرين ولغير المواطنين

نظراً إلى أنه يستحيل ضمان الحرّية والمساواة وكرامة الإنسان إلّا في ظلّ مجتمع يُكرّس سيادة القانون، وحرصاً منه على خلق الظروف المواتية والمعيّنة على نموّ اجتماعي منسجم يحترم أحكام الدين الإسلامي، المصدر الوحيد للقانون، ويتلاءم ومتطلبات العالم الحديث، يُعلن الشعب الموريتاني على وجه الخصوص الضمان الأكيد للحقوق والمبادئ التالية: "حقّ المساواة؛ - الحرّيات والحقوق الأساسية للإنسان؛... إلخ" ²² وفي هذا الإطار تقدّم موريتانيا كافّة الخدمات الصحيّة الأوليّة والتعليمية والعلاجية حسب الممكن للمهاجرين وطالبي اللجوء السياسي والاقتصادي والنازحين وغيرهم، ويدعمها في ذلك عددٌ من وكالات ومنظمات وهيئات الأمم المتّحدة والمتدخّلين في الحقل الإنساني خاصة بالنسبة لمخيم أمبرة في أقصى الحوض الشرقي على الحدود الموريتانية المالية حيث يقطن أكثر من 119 ألف مهاجر ²³ من النازحين الماليين إضافةً إلى المهاجرين من دول جنوب الصحراء وسوريا وليبيا والسودان وليبيريا والسرياليون والغينيين واللذين يقدرّون 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". مما يتطلب 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 تحمل تكاليف الرعاية الصحية، وضمان أن الأسر معتمدة على نحو كاف وأن تكون الفوائد من هذا المخطط 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 تم توزيعها بصفة غير متساوية بين العديد من القطاعات الحكومية نذكر من بينها: وزارة العمل الاجتماعي والطفل والأسرة، وزارة الصحة، و مندوبية محاربة.

غير أن الحماية الاجتماعية تبقى جزءاً من كلٍ وتختلف حسب النفاذ الجغرافي والخدمي للمواطنين إلى المرافق الصحية والعلاجية والوقائية والتحسيس. وللمساهمة في تخفيف تلك العقبات وتسهيل النفاذ المتساوي إلى الخدمات المختلفة ولضمان الحماية الاجتماعية تعكف الدولة اليوم على تعيين استراتيجيات وطنية متعددة الشركاء تهدف إلى حماية المسنين والتكفل بالحماية الاجتماعية وتوفيرها للفئات الهشة والمحرومة. ولذلك تم رسم الأهداف التالية:

- العمل على إعداد خطة وطنية مندمجة لضمان تغطية اجتماعية صحية على مستوى السكان الأكثر هشاشة:
- توسيع نطاق مختلف البرامج ودمجها وآليات الحماية الاجتماعية لتشمل وتغطي كافة المستفيدين المحتملين (تأزر 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.
- أما مسألة تحديد المستهدفين بالحماية الاجتماعية فتتم بطرق متعددة وعلى عدة مستويات:
- وزارة الصحة من خلال رسم ووضع خطط لتسهيل وضمان النفاذ الشامل جغرافياً ومالياً وتقنياً من خلال: توسيع التغطية الصحية 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 ممن لا مُعيل لهم والأكثر تضرراً من الفوراق الاجتماعية والمالية.
- وزارة العمل الاجتماعي والطفولة والأسرة، وزارة الشؤون الإسلامية ومندوبية

تأزر 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 حُصص 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 تأزر 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 وتتنوّع 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 هسّة خاصةً بالنسبة للفقراء ومن لا يتوفّرون على مهنة رغم أنّها مطلبٌ نقابيّ وحقّ دستوريّ تملّيه الحاجة لكن تمنعه الموارد والوسائل. ويبيّن غياب الخدمات الصحية المجّانية وانعدام التكفّل 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 بالتكفّل 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 يُكفّل 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) كافة 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 يوفّر الضمان الاجتماعي والتأمين للعمّال وأسرهم خاصةً 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 إلاّ 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 (الحدّ الأدنى للأجر) 39000 أوقية أيّ 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 إنشائها 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 الملحقة، المقرر رقم 464 بتاريخ 4 سبتمبر 1967 المنظم لخدمات الضمان الاجتماعي." للفوانين 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 المؤمنين هم البرلمانيون والموظفون ووكلاء الدولة وأفراد القوات المسلحة 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 المؤمنين 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 وأسرهم، 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 للمأمنين وصل في نهاية سنة 2022 مليون و مائتي الف شخص (1.200.000) حسب وزير الصحة الموريتاني. اما التعاضديات الصحية والتأمينات الخاصة فهي آليات خاصة اعدت من اجل المساعدة في الحماية الاجتماعية الصحية 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 كوفيد19-، 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 الأحيان: 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 الموزعة 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 بالألحمة 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 "لوحه" 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 النفاز 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 ومتكيف مع الأسس العالمية للنفاز 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 متعققة
- التكفل شبه العامل والشامل بالحالات الحرجة
- إنشاء برامج موجهة للفئات الهشة
- بناء مستشفيات متخصصة مثل مركز أمراض القلب والمركز الوطني للتكنولوجيا ومراكز تصفية الكلى أو الدياليز، والمركز الوطني للأمراض المعدية والمعهد الوطني للكبد
- محاولة توسيع التغطية الصحية وتعميم الحماية الاجتماعية
- التركيز على صحة الأمهات والأطفال من خلال تمويل الصحة الإنجابية
- خلق إطار قانوني ناظم لمسألة التكفل بالمرضى خاصة الفقراء منهم والتكفل بهم

أما بالنسبة للموارد البشرية فقد تم:

- اكتتاب 402 من الأطباء المتخصصين و532 من الأطباء العاميين، 117 طبيب أسنان، 76 صيدلانياً، 526 تقنياً من المستوى العالي، و1027 قابلة، 1556 ممرض دولة و2208 ممرضاً اجتماعياً
- توحيد تسعيرة الدواء على كافة التراب الوطني ومضاعفة رواتب جميع منتسبي الأسلاك الصحية
- وبالنسبة للموارد البشرية أيضاً بلغ عدد الأطباء العاميين بين 473 و702، وبلغ عدد أطباء أسنان 142، أما الطواقم الطبية فقد بلغ عدد عناصرها 4500 عنصر، مع 204 سيارات إسعاف إلى جانب 955 مؤسسة صحية تتوفر على أجهزة تصفية الكلى و905 تتوفر على أجهزة التصوير الطبي
- وبالنسبة لمجانبة الخدمات الصحية فقد صار بعضها مجاناً بنسبة 100% وهي تتعلق بمسائل الأدوية والعناية المركزة والنقل الطبي بين المستشفيات ونقل ضحايا حوادث السير، كما تتكفل بنسبة 60% من علاج النساء الحوامل عن طريق المقاربة الجرافية
- استحداث صندوق وطني للتأمين التضامني "إنصاف" وهو موجه بالأساس إلى القطاع غير المصنّف وسيؤمن حوالي 500000 ألف شخص بحلول عام 2024. وتشمل الخدمات المقدمة خدمات المستشفيات والعلاجات الأولية وتغطي كافة التراب الوطني مع العلم أنّ هذا الصندوق سيشمل وللمرة الأولى تأمين الأبوين حسب وزير الصحة الموريتاني
- نظام مبيسر الذي يضمن توفير الأدوية النوعية والجيدة في كافة النقاط الصحية على التراب الوطني بأسعار مخفضة بنسبة 50% من التسعيرة الصيدلانية العامة، كما أنّه سيساهم في مجانية العلاجات بالنسبة للفقراء وتوفر 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 الطبي الدواء

مساهمة ودور المجتمع المدني

يشكّل المجتمع المدني الصحيّ أو النشط في المجال الحقوقي عموماً والصحيّ 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. إلاّ أن الاختيار صعب ممّا يربك ترتيب الأولويات بسبب التشابك والمصالح والاستعجال والضرورة. وبشكل عام، فإنّ منظمات المجتمع المدني الموريتاني العاملة في حقلّي الصحة والحماية الاجتماعية والحقوقي لعبت وتلعب أدواراً محورية أنت وستؤتي فوائدها ويرجع لها الفضل في التحوّلات الصحيّة وتغيير المسلكيات الصحيّة واعتماد العديد من النصوص التشريعية والقوانين والمراسيم المتعلّقة بتعزيز النظام الصحيّ وصحة الأمّ والفتاة والتكفل بالمعوقين وبأصحاب الأمراض المُزمنة والتنبيه المستمر والمتعدّد الأوجه بالقضايا الحقوقية عموماً سواءً كانت صحيّة أو بيئية أو من قبيل حقوق المرأة والفتاة والمهاجرين والمهاجرات أو بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية بصفةٍ أخصّ 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 المُعدية 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 بكلّ قوّة وتصميم وجاهزية. فتداعيات وعواقب الجائحة تجاوزت طاقات الدولة الضعيفة أصلاً فهي بكلّ ما أوتيت من موارد بشرية ومالية ومادية وإعلامية ومجتمعية تبقى ضئيلة وضعيفة. وانطلاقاً من المسح الشامل للمسار الوبائي²⁸ والخسائر المُتكبّدة إن على المستوى البشري أو الاقتصادي أو الصحي والمعاناة الشديدة للمرضى والأصحاء مروراً بالتأثيرات الاقتصادية الصعبة التخلّ على اقتصاد ضعيف كاقصادنا وارتفاع كلفة النظم الصحية والاندكماش الاقتصادي وفقدان الوظائف، نلاحظ أن التأثيرات المتعلقة بالجائحة خاصة على النساء شملت: تأثيرات أشدّ على النساء والشيوخ كفتات هشة متضرّرة أكثر من غيرها بسبب الوباء، تعرّض النساء للعنف المنزلي والأسري والزوجي خلال فترات العزل المنزلي وتعرّضهن للجوع ولفقدان 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 ولللاغتصاب وضياع حقوق تتعلّق بالحالة المدنية والنفاذ إليها بسبب الهشاشة الصحية وانعدام التأمين والرعاية الاجتماعية.

ولمواجهة الجائحة انتهجت الحكومة خطةً شاملة ركّزت على الجانب الصحي والوقائي، ولم تُهمل الصمود والتكيف مع ظروف الجائحة معتمدةً على الجانب الصحي مشفوعاً بمقاربةٍ تنسيقية تخطيطية تتابع سيرورة الجائحة وتطور الاقتصاد الوطني، كما أردفتها بعددٍ من الإجراءات للتخفيف من أثارها الاقتصادية الاجتماعية الجانبية؛ كلُّ ذلك صاحبه إطلاقُ برنامجٍ رئاسي ساهم في مواجهة الجائحة. ومن الأمثلة على تدخلات الحكومة خلال 2020: (أ) إعداد نظام مراقبة وبائية مكّن من إعادة معالجة المعلومات بصفةٍ دائمة؛ (ب) توفير اللوازم الضرورية للمختبرات الوطنية واللوازم والمعدّات والموارد البشرية التي تُمكن من التوفّر والحصول على منصةٍ فنيةٍ 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 ومعدّات التواصل عن بُعد.

ومن أجل نجاحٍ أسرع وفاعليةٍ أفضل، كان على الأذرع العمليّة 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 وتُعيّن 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 مجانيّة التكفّل 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 بالفاذ 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، الحجر وإغلاق المدارس والمساجد، إغلاق الطرق والحجر وإغلاق الحدود البرية والجوية 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 تضاعفت 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 الأوّل/نوفمبر 1960 تكفّلت الدولة الموريتانية بكافة الأنشطة الاقتصادية من أجل تلبية الحاجات الملحة لدولة حديثة النشأة. فبالإضافة إلى وظائف الدولة التقليدية (الأمن، الدفاع)، عملت موريتانيا على القيام بجزء 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 وفاقمت 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 اكراتها عادةً بالجانب الاجتماعي، فدخلت البلاد بالتعاون مع البنك الدولي وصندوق النقد الدولي في سلسلة من برامج الإصلاح الهيكلي³¹ التي بموجبها تتخلى 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 أساسيةٍ 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، إلا أن ذلك لا يناسب إمكانيات معظم المواطنين حيث لا يوجد تأمين صحي يغطي سلّة 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) إلا أنها ورغم تأخرها بادرت إلى شرعنة وأقننت دور القطاع الخاص. ووفقاً للتوجّهات الوطنية في مجال الصحة وضرورة التمتع بها، كان يجب تعزيز مكانة القطاع الصحي الخصوصي في النظام الصحي الوطني لتمكينه من الاندماج بصفة فعلية ومفيدة في النسق الصحي الوطني كرافعةٍ وكنصرٍ 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، المؤثرات، 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 تين، بهما في 1992 - 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 مجانيته، فالقطاع الخاص مزدهرٌ بشكل كبير في موريتانيا ويغطي مختلف التخصصات إلاّ 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 نعزّج 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 مجانيّة أو شبه مجانيّة 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 مؤسستي برينتون وودز (Bretton Woods، أي صندوق النقد الدولي والبنك الدولي الذي عقدا عام 1944 مؤتمراً في غابات برينتون 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 ويُسرًا من الخدمات المقدّمة من طرف الدولة خاصة في المجال الخدمي. الخدمة الصحية الخصوصية التي تقدّم للمواطن تُبنى على أساس الربح لا على أساس الحقّ وعلينا أن نختار، فطريق نيل الحقوق طويل وملغوم والطريق الآخر محفوف بالتحديات المالية أولًا. ويمكن تلخيص أهمّ تأثيرات الاقتصاد النيوليبرالي السلبية 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 المؤمنين مع غياب أو انحسار الرعاية الاجتماعية.

الْخُلُصَات الْعَمَلِيَّة

نخرج من هذا العمل ببعض الخُلاصات التي تتعلّق بتقييمنا للنفاذ إلى الحقّ 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 المستير الذي يدافع بصفة واقعية وموضوعية عن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين كافةً دفاعاً يُظهر النواقص؛
- انتهاج مقارنة ومناصرة حقوقية تخدم النموّ الشامل؛
- إنّ نجاح أي مبادرة لإنفاذ الحقّ في الصحة مشروط بتمكّننا من ضمان إقامة ووضع سياسة مندمجة؛
- اعتماد مقارنة 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 الحقّ في الصحة وتعبئتهم حول مسألة مناصرة قضاياها؛
- إشراك مهنيي الصحة وعلى كافة المستويات لتوفير صحة مجتمعية واحدة كحقي لا كخدمة؛
- تعبئة التمويلات الضرورية بصفةٍ دائمة خاصة بالنسبة للمناطق النائية؛
- تغيير عقليات المستفيدين وصنّاع القرار المتعلقة بضرورة فهم الحقّ 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 العامّة حول النفاذ إلى الحقّ في الصحة

- إتباع المُقاربة الحقوقية لتمكين المواطنين من النفاذ إلى الحقّ في الصحة؛
- إتباع مُقاربة مندمجة تُركّز على تغيير العقلية في المجال الصّحيّ؛
- إعطاء الأولوية في المجال الصّحيّ لصحة الأمّ والفتاة والتكفّل بالمعوقين وبالفتات الهشّة؛
- اعتماد موازنة مالية مضاعفة لقطاع الصحة لتمكينه من اقتناء واكتتاب الموارد المالية والبشرية؛
- توسيع التغطية الصحيّة والاجتماعية؛
- الاعتناء بالقضايا الحقوقية سواء صحيّة أو بيئية أو من قبيل حقوق المرأة والفتاة والمهاجرين أو الحقوق الاقتصادية والاجتماعية يصفيةً أخصّ في الأوساط الهشّة من أرقاء سابقين ومن مجموعات هشّة في الأرياف وأحياء الانتظار في المدن الكبيرة مثل نواكشوط ونواذيبو؛
- تفعيل دور الإعلام والتثقيب الصّحيّ؛
- الأخذ في الاعتبار لمُقاربة صحة واحدة تُعنى بالبعد البيطري والبيئي والبشري one Health؛
- محاربة التلوّث وإدراج البعد البيئي كأولوية؛
- الرقابة على المنتجات الغذائية والتأكّد 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 والتمتع به كهدفٍ حقوقي لا يزال بعيد المنال إذ يبقى فهم المجتمع والمواطن للنفاذ إلى الحق ومستوى تمسك 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 ومتطلّبات الحالة الميدانية وبالتشخيص والتحليل المعقّد (للوضعية الصحيّة الموريتانية الحالية في فترة ما بعينها) بمختلف تجلياتها الاقتصادية والثقافية والبيئية والتعليمية والمناخية والتجارية وبالأخذ في الحسبان لإطار الثقافي والمجتمعي والبيئي للبلاد 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 الاستراتيجيّة من خلال ضمان القيادة الناجحة وتعبئة الموارد الضرورية لذلك.

فالمصالح الإداريّة والفنية الصحيّة وعلى مختلف المستويات مكلفّة كلّ منها حسب طاقتها وقدرتها وصلحياتها بتطبيق وتنفيذ هذه السياسات ثمّ أنّ هناك آليات للمتابعة والتقويم تمّ وضعها لبلوغ الأهداف المرسومة. كما ستعمل الحكومة على إشراك كافة 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 الاجتماعيّة.

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 السياسيّة.

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 21 004-
- 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
- اليونسيف 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.

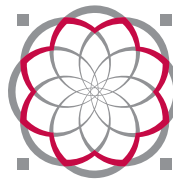
- الشيخ ولد سيدي الشبكة الموريتانية لمنظمات الأشخاص المصابين بالسيدا مقابلة بتاريخ 11 أكتوبر 2022
- الدكتور المصطفى خطري، مكلف بمهمة لدى الصندوق الأمم المتحدة لمحاربة السيدا مقابلة يوم 22/10/
- قراءة نقدية لمخطط ترقية قطاع الصحة محمد احمد المحبوبي 2022
- الدستور الموريتاني
- المسح الشامل للمسار الوبائي
- تحليل شخصي للوضعيات 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



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 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

