

حق الطفل الليبي في الصحة

- دراسة مقارنة -

د. سليمان منصور يونس*

د. محمد علي الطشانى**

مقدمة:

تعد سلامة الإنسان بغض النظر عن الجنس أو السن أو البيئة الاجتماعية-الاقتصادية أو العرقية، من الشواغل الهامة اليومية. ولكن عندما نتحدث عن السلامة نحن نتحدث عن العافية أو الصحة بشكل محدد لأنها تشكل عمق هذه السلامة. فالصحة تظهر كأثمن رأس مال للمجتمعات. فالأمراض المختلفة قد تؤدي إلى عواقب وخيمة خاصة في المدرسة أو في العمل، فضلا على المسؤوليات الأسرية، وايضا منع الناس من مشاركة كاملة داخل مجتمعاتهم. لهذا السبب فنحن نعتقد أنه يجب سلك كل السبل من أجل ضمان الحق في الصحة على مدى الحياة. وباختصار فعندما نتحدث عن السلامة فكثيراً ما نعني بذلك الصحة.

إن الحق في الصحة جزء أساسي من حقوق الإنسان، وعنصر أساسي في خلق حياة كريمة. فالحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية ذكر للمرة الأولى على الصعيد الدولي في دستور عام 1946 لمنظمة الصحة العالمية. فالديباجة تعرف الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، ولا مجرد انعدام المرض أو العجز". وتضيف نفس الديباجة إلى أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون

*- محاضر بقسم القانون العام، كلية الحقوق، جامعة طبرق - ليبيا، slmnyous@gmail.com

**- أستاذ مساعد، القانون الدولي العام، بكلية القانون جامعة عمر المختار .

تميز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية⁽¹⁾.

ومنذ ذلك الحين، فقد اعترفت معاهدات دولية متعلقة بحقوق الإنسان بالحق في الصحة أو بعض جزئياتها بما في ذلك الحق في الرعاية الطبية. إن الحق في الصحة أمر يهم جميع الدول فكل دولة صادقت على الأقل على معاهدة دولية متعلقة بحقوق الإنسان تعترف بالحق في الصحة. و بالإضافة إلى ذلك فقد تعهدت الدول بحماية هذا الحق في إعلانات دولية، وفي السياسات والتشريعات الوطنية وكذلك في المؤتمرات الدولية.

حسب تعريف "منظمة الصحة العالمية" نفهم بأن الصحة ليست فقط مجرد انعدام المرض أو العجز، بل إنها أيضا بيئة توفر ظروف جيدة من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية. ولذلك فمن المنطقي أن نطرح مسألة الصحة في ليبيا بحسب وجهة النظر هذه، حتى لو كان هذا التعريف لا يزال في الواقع المطلق مثالي يرغب الجميع في تطبيقه، نظراً لأن قضية الصحة غالباً ما تتعلق بالبيئة التي يتم تطبيق هذا الحق فيها. ونعني بالبيئة اجتماع الظروف القانونية والثقافية والعلمية والاقتصادية والتكنولوجية. ولهذا السبب تظل الصحة مترابطة بكل بيئة.

ولكن ما يخلق البيئة، هو الإرادة السياسية والوسائل المتاحة وكذلك القوانين. على الأقل يمكن أن نقول أن أي اتجاه يهدف إلى رفاهية الأفراد يتوقف على الإرادة السياسية التي تحاول تطبيق ذلك من خلال القوانين وفقاً للوسائل المتاحة لها. ومن هنا سوف نقوم بدراسة مسألة الحق في الصحة بشكل عام، وكذلك ضمانها وتحديدها من طرف المشرع (المبحث الأول) ومن ثم سوف نرى الوسائل الموضوعية لضمان الحق في الصحة، فضلاً عن تطور هذه الوسائل (المبحث الثاني).

1- انظر ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية الذي اعتمده المؤتمر الدولي المعني بالصحة، المعقود في نيويورك من 19 حزيران/يونيه إلى 22 يولييه 1946..

المبحث الاول: ضمانات الحق في الصحة

الحق في الصحة هو حق أساسي من حقوق الإنسان، وتلتزم معظم النصوص القانونية الدولية الدول الأطراف على العمل من أجل تكريس هذا الحق. ولهذا نقترح أولاً إعطاء تعريف للحق في الصحة، وذلك لفهم خصوصيته بتقديم المصادر والمعايير الدولية للحق في الصحة (المطلب الاول). وهذا ما سيمكننا من النظر بشكل أفضل في الحق في الصحة للطفل (المطلب الثاني)، مع مقارنته بالقانون الفرنسي (المطلب الثالث).

المطلب الاول: تعريف الحق في الصحة ومعاييرها:

لقد تطور الحق في الصحة في آن واحد مع حقوق الإنسان، سواء على مستوى التصور أو المحتوى أو التطبيق. حيث تم إدراجه في مجموعة الحقوق الأساسية التي يجب أن يحظى بها أي فرد، بغض النظر عن أصله أو مكان عيشه. ولعل هذا الحق المؤكد قد تم إهماله في بعض البلدان التي لديها أولويات أخرى على جدول أعمالها (الاستقلال، والاستقرار السياسي، والاستقرار الاقتصادي، أو غيرها...). إلا أننا يجب علينا أن نميز بين مفهوم الحق في الصحة، والحق في التمتع بصحة جيدة، وقانون الصحة. ولكن قبل كل شيء يمكن أن نتساءل كيف مر هذا المفهوم من مجال المبادئ إلى مجال القانون (أ)، ثم عن النصوص والمعايير التي تنظم هذا الحق (ب).

أ. الحق في الصحة الطريق من المبادئ إلى الحقوق:

عند البحث عن تعريف أدبي لكلمة الصحة باللغة الفرنسية، نجد تعريفات مثل "حالة فسيولوجية عادية لجسم كائن حي، وخاصة الإنسان، هذه الحالة تكون متسقة ومستمرة، بحيث لا يكون أي خلل في الوظائف الحيوية بغض النظر عن العيوب أو

العاهات التي يمكن أن تصيب الفرد⁽¹⁾. نلاحظ أن هذا يركز أساساً حول فكرة انعدام المرض أو العجز. ويعالج التعريف أيضاً الصحة بمعزل عن بيئتها وبشكل مدهش، بمعنى أنه لا يمكن تلخيص صحة أي فرد مهما كانت جيدة أو سيئة في صورة فوتوغرافية آنية دون أي اعتبارات أخرى.

فمن الواضح أن التجربة المؤلمة التي عرفتها الإنسانية بين الحربين العالميتين عمقت مفهوم حقوق الإنسان. ثم بدأ العمل لتكريسها في مجالات محددة لتضفي عليها لباس الحقوق الفردية حتى وإن كنا في معظم الوقت في إطار علاقات بين الأفراد. ولهذا كان من المهم تعريف هذا الحق في الصحة بطريقة أوسع وكذلك تعميمه (1)، ثم كان يجب الأخذ في عين الاعتبار أن هذا الحق لا يمكن أن يوجد بمعزل عن غيره من الحقوق، نظراً لارتباطه بظروف وتنفيذ الحقوق الأخرى، وهذا ما يعطيه طبيعة مترابطة بغيره من الحقوق (2).

1- تعميم الحق في الصحة

يعتبر الحق في الصحة جزءاً من الحقوق الأساسية التي يجب أن يستفيد منها أي فرد بشكل يحقق له الرفاه و الازدهار، وعليه فمن الطبيعي أن يتخذ طابعاً عالمياً. والجانب الآخر من هذا الحق هو أنه وقائي، ويمكن القول بأنه وقائي ضد الأشياء التي تضر بالفرد سواء التي تأتي من بيئته أو التي تأتي من أقرانه. ولكن الشيء الأكثر تعقيداً يكمن في مفهوم هذا الحق، حيث يرتبط بالعديد من المجالات حيث الصحة متواجدة بشكل طبيعي مثل (العمل، وإمكانية الوصول إلى مياه الشرب،

1- CNRTL: centre National des Recherches Textuelle et linguistiques.

[/http://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9](http://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9)

والحصول على السكن اللائق⁽¹⁾...»، وهذا يزيد تعقيدا لا سيما إذا كانت هذه المجالات بدورها موضوع حقوق.

كان الحق في الصحة حقا ضمنيا، ولم يتم الاعتراف رسميا بالحق في الصحة لأول مرة على الصعيد العالمي إلا في عام 1946 من طرف المنظمة العالمية للصحة (OMS). ويتم تعريف الصحة في ديباجة دستورها بأنها: "... الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. 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"⁽²⁾. هذا التعريف يتضمن مفهومين أساسيين، أو لا لم تعد الصحة مرتبطة بعدم وجود المرض أو العجز، ولكنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا. ثانيا يعمم الحق في الصحة بحيث يتمتع به أي فرد دون تمييز وهو أحد حقوق الإنسان. ولذلك يصبح الحق في الصحة حقا فرديا معترف به ومؤكدا لجميع الناس.

على الرغم من تعميم الحق في الصحة، تم تعيين مواصفات محددة لبعض الأفراد بسبب ضعفهم الراجع لأسباب بيولوجية أو اجتماعية-ثقافية. ولهذا السبب فإن المرأة والطفل، والمعوقين، والمهاجرين والأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية كانوا موضع اهتمام خاص فيما يتعلق بالحق في الصحة. ويقصد من

1- BERTHELEMY J-C. « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement Comité pour les Pays en Développement de l'Académie des Sciences, Paris, France, 19 - 20 novembre 2007. p. 5.

2- الفقرة 1 و 2 من ديباجة دستور المنظمة العالمية للصحة، التي تم اعتمادها من طرف المؤتمر الدولي للصحة الذي عقد في نيويورك من 19 يونيو إلى 22 يوليو 1946.

هذا الموقف تعويض التمييز الذي يتعرض له هؤلاء الأفراد. بالنسبة للفئة التي سندرسها- الأطفال- سنقوم بتفصيل وضعهم لاحقاً.

2- الحق في الصحة حق مرتبط بغيره:

لكي نتحدث حقيقةً عن الحق في الصحة من المهم جداً دراسته داخل بيئة الفرد، سواء الطبيعية أو الاجتماعية أو الاقتصادية.. إلخ. وهكذا يصبح الحق في الصحة ممكناً إذا ضمنت الحقوق الأخرى، وهنا تكمن صعوبة هذا الحق لأنه مرتبط مع حقوق أخرى. وقد وصفت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (CODESC) الحق في الصحة بأنه "مرتبط عن كثب بحقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على تنفيذها [...] كالحق في الغذاء والسكن والعمل والتعليم وكرامة الإنسان والحياة وعدم التمييز والمساواة، والحق في عدم التعرض للتعذيب، والحق في احترام الحياة الخاصة، والحق في الحصول على المعلومات والحق في حرية تكوين الجمعيات والتجمع والتنقل. هذه الحقوق والحريات هي العناصر الجوهرية للحق في الصحة⁽¹⁾.

لا يمكن ضمان الحق في الصحة إلا إذا تم اتخاذ إجراءات تمهيدية على الصعيد السياسي، وذلك على مستوى كل قطاع أو على مستوى إقامة نظام حقيقي للصحة، ثم تأتي مرحلة التطبيق الذي يتمثل في وضع المؤسسات والخدمات التي تكفل تنفيذ هذا الحق. وهذا ينطوي أيضاً على وضع استراتيجيات وخطة عمل للوفاء بهذه الالتزامات تدريجياً، وأخيراً تتمثل المرحلة الثالثة في المراقبة لتقييم نتائج الإجراءات بالنظر إلى الأهداف لاقتراح إجراءات تصحيحية.

1- الفقرة 3 من الملاحظة العامة رقم 14 للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (CODESC). 11 أغسطس 2000..

علاوة على ذلك، ففي الميدان الاقتصادي على سبيل المثال فإن النمو الاقتصادي الجامح الذي لا يأخذ بعين الاعتبار حماية البيئة المعيشية يسبب عواقب وخيمة على الصحة في البلدان المعنية بهذا الأمر.

ب. أهم الآليات المرتبطة بالحق في الصحة:

سنعرض أهم الآليات التي تتناول الحق في الصحة (1)، ومن ثم إعطاء قيمتها القانونية (2).

1. أهم الآليات التي تتناول الحق في الصحة:

لقد تم إنشاء عدة آليات على المستوى الدولي أو الإقليمي تتناول الحق في الصحة، وأهمها:

♦ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي يعترف بالحق في الصحة كحق فردي لا يمكن مساسه من أي شخص كان، بالغين أو اطفالا ذكورا أو إناثا دون تمييز. وتنص المادة 12 على أنه "...بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه". وتضم الفقرة 2 من المادة 12 عددا من المبادئ التوجيهية التي يجب أن تعتمدها الدول الأطراف " لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق" وهي:

- العمل علي خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا،

- تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية،

- الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها،

- تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

♦ اتفاقية حقوق الطفل التي تنص في المادة 24 على ان "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه".

ويطالب من الدول الأطراف اتخاذ تدابير بهدف: "مكافحة الأمراض وسوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة وعن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية، آخذة في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطرة".

♦ الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، ويشمل الحق في الصحة في المادة 11: "تتعهد الدول الأطراف بضمان كل فرد [...] الحق في التمتع [...] بالصحة والرعاية الطبية، والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية".

♦ سعت اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة إلى توطيد المساواة بين الرجل والمرأة فيما يتعلق بالحق في الصحة حيث "تعهد الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة لتكفل المساواة [...] فيما يتعلق بالحق في الصحة" (المادة 11). وتشير نفس الاتفاقية في المادة 12 على أنه "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية".

♦ إعلان فيينا الذي يشير إلى الحق في الصحة في عدة مواضع:

- في المادة 11، حيث يعترف المؤتمر العالمي "أن إلقاء النفايات غير المشروعة أو المواد السامة والضارة قد تشكل تهديدا خطيرا لحقوق كل فرد في الحياة والصحة".

- وفي المادة 18، المكرسة للقضاء على العنف الذي يمارس على أساس الجنس، والتدابير القانونية لتحقيق هذا الهدف: "[...] عن طريق العمل الوطني والتعاون

الدولي في مجالات مختلفة مثل التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والتعليم، وحماية الأمومة والرعاية الصحية والمساعدة الاجتماعية".

- وفي المادة 41، حيث يعترف للمرأة بأن تتمتع طيلة حياتها بمستوى صحي بدني وعقلي أفضل. وحيث أنها أكدت، استناداً إلى مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة، بأن للمرأة الحق في رعاية صحية متاحة ومناسبة، وعلى أوسع نطاق ممكن من خدمات تنظيم الأسرة، فضلاً عن المساواة في الحصول على التعليم على جميع المستويات. وفيما يتعلق بحق المرأة، من الجدير هنا الإشارة إلى أن إعلان وبرنامج عمل المؤتمر العالمي الرابع للمرأة يحتوي على تعاريف تتعلق على التوالي بالصحة العامة وصحة المرأة.

♦ فيما يتعلق بحقوق الأشخاص المعاقين، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة أربع نصوص محددة وهي:

- إعلان حقوق المتخلفين عقلياً؛
- إعلان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية؛
- القواعد المتعلقة بتحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة.

ولتحليل أعمق لنطاق هذه النصوص، استطاع التعليق العام رقم 14 بخصوص الحق في الصحة الذي قامت به اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في عام 2000، من توضيح المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. هذه الوثيقة مهمة جداً لأنها حلت مضمون الحق في الصحة من حيث توافره وإمكانية الحصول عليه بدون تمييز، وذلك عن طريق إمكانية الوصول عليه ذاتياً، وتوفر الإمكانيات الاقتصادية لذلك بما في ذلك

القدرة المالية على الاستفادة من هذا الحق، وإمكانية الحصول على المعلومات اللازمة، وملاءمته للمستوى الثقافي وتوفير نوعية أفضل للرعاية. وفي نفس التعليق، قامت اللجنة بتحديد مهام المراقبة التي تتحملها الدولة حتى تلتزم وتحمي وتضمن الحق في الصحة. كما تم سرد أربعة عشر حقاً من حقوق الإنسان التي تعتبر جزءاً لا يتجزأ من الحق في الصحة، مثل الحق في الغذاء الكافي، وفي التعليم، وفي عدم التمييز، وفي الحياة الخاصة، وعلى المعلومات والحق في تكوين الجمعيات. وتحدد هذه التعريفات المحددات الاجتماعية للصحة. وبالفعل، فاحترام الحقوق المتصلة بالصحة تترتب عنه آثار مباشرة مرتبطة بالحق في الصحة، طالما أن هذه الحقوق تتصل بالعوامل الاجتماعية الأساسية المنبثقة من حياة صحية سليمة. وقد أوضحت دراسات عديدة العلاقة بين التمييز القائم على العرق والطبقة الاجتماعية، والجنس، والحرمان من التعليم، وظروف لائقة للعمل، مع الزيادة في معدلات الأمراض والوفيات.

2- القيمة القانونية للآليات

إذا كان الحق في الصحة قد تم ذكره بوضوح من خلال آليات مختلفة، فمن المنطقي أن نسأل عن قيمتها القانونية بشكل عام، فإن المعاهدات والعهود والاتفاقيات تأخذ طابعاً إلزامياً. وتنص المادة 26 من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات لعام 1969 على أن " كل معاهدة نافذة ملزمة لأطرافها وعليهم تنفيذها بحسن نية". ولذلك يجب على الدول المتعاقدة إنشاء بيئة قانونية مواتية لتطبيق أحكام هذه المعاهدات، وهكذا تنص الفقرة 1 من المادة 46 من الاتفاقية على أنه " ليس للدولة أن تحتج بأن التعبير عن رضاها بالالتزام بالمعاهدة قد تم بالمخالفة لحكم في قانونها الداخلي يتعلق بالاختصاص بعقد المعاهدات كسبب لإبطال هذا الرضا إلا إذا كانت المخالفة بينة وتعلقت بقاعدة أساسية من قواعد القانون الداخلي". بينما تعد التوصيات و المبادئ

التوجيهية أقل تقييداً. وعلى أي حال فيجب على الدول الموقعة أن تفي بالتزاماتها، من خلال وضع جميع الأدوات الممكنة من أجل تطبيق الأحكام المتعلقة بالحقوق في الصحة.

المطلب الثاني: حق الطفل في الصحة:

لقد حصل الطفل على مكان هام جداً على صعيد القانون الدولي. فمنذ تمتعه بشخصية قانونية خاصة به، فما فتى يربح حقوقاً تم ترسيخها في مختلف المعاهدات أو الاتفاقيات. لذلك سنقوم بكشف ملامح المعايير التي تحدد هذا الحق خاصة بالنسبة للطفل (أ)، ثم سننظر في أهم الوثائق ذات الصلة بالحقوق في الصحة (ب)، ثم التزامات الدول في هذا المجال (ج).

أ- المعايير التي تحدد حق الطفل في الصحة:

عرفت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل (CIDE) (المواد 3، 6، 24، 26 و

27) حق الطفل في الصحة بأنه:

- الحق في الغذاء: يعتبر سوء التغذية المرض الأكثر شيوعاً في العالم، ويخص أساساً الأطفال الرضع والنساء الحوامل.
- الحق في ماء الشرب: خمس أطفال العالم لا يحصلون على ماء الشرب، مع الأخذ بعين الاعتبار مرافق الصرف الصحي الأساسية، أو إمكانية الوصول المباشر إلى مياه الشرب.
- التطعيم: يموت 9 مليون طفل قبل سن الخامسة بسبب الافتقار للتطعيم الذي يعد الطريقة الوحيدة الفعالة في أيامنا هذه للقضاء على أمراض الطفولة.
- الوقاية والحماية ضد فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز - ينتقل هذا الفيروس إلى الطفل خلال الحمل أو الولادة أو عن طريق الرضاعة. بمجرد نقل فيروس الإيدز يحرم الطفل من حياة مزدهرة. وهناك 2.5 مليون طفل في العالم معنيون بذلك.

بالتأكيد أن الحق في الصحة للطفل يدخل في دائرة حق الإنسان في الصحة ويظل مترابطاً مع حقوق أخرى كما عرضنا ذلك سابقاً.

ب- أهم النصوص الدولية المرتبطة بحق الطفل في الصحة.

إدراكاً لأهمية حق الطفل في الصحة، فقد عمل هذا الحق بشكل منهجي في النصوص الرئيسية المتعلقة بحقوق الأطفال. وهذه بعضها:

■ "إعلان جنيف" بشأن حقوق الطفل (1924).

"يجب على الإنسانية أن تعطي أفضل ما عندها للطفل" حيث تعترف عصابة الأمم للمرة الأولى بحقوق محددة للأطفال.

■ "الإعلان العالمي" لحقوق الإنسان (1948).

"يولد جميع الناس أحراراً متساوين في الكرامة والحقوق"، ويحق للأطفال في "مساعدة خاصة"، وذلك دون تمييز، كما أن لكل إنسان حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة في هذا الإعلان، دون أي تمييز، كالتمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو أي رأي آخر، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي أو الثروة أو الميلاد أو أي وضع آخر".

■ إعلان حقوق الطفل (1959).

وللمرة الأولى، اعترفت بلدان ذات ثقافات مختلفة بمبادئ حقوق الطفل العالمية والأساسية.

■ عهود دولية (1966).

الحماية من الاستغلال، والحق في التعليم للأطفال.

■ الاتفاقية 138 حول الحد الأدنى لسن الالتحاق بالعمل (1973).

حددت منظمة العمل الدولية سن 18 كحد أدنى لسن العمل، إذا ثبت أن صحة أو سلامة أو أخلاق الفرد ستعرض للخطر.

■ الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل (1989) (CIDE).

وهو نص ملزم للدول حيث يشمل الحقوق المدنية، السياسية والاجتماعية، والاقتصادية والثقافية للطفل. فهو نص مرجعي في مجال حقوق الطفل.

■ اتفاقية 182 المتعلقة بأسوأ أشكال عمل الطفل (1999).

حظر ومكافحة أسوأ أشكال عمل الأطفال.

■ البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل المتعلق باشتراك الأطفال في النزاعات المسلحة (2000) حماية الأطفال في الحرب والعنف المسلح.

■ البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل المتعلق ببيع الأطفال وبغاء الأطفال أو استغلالهم في المواد الإباحية (2000).

وهو يحدد حماية الطفل من الاستغلال الجنسي.

■ البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل لوضع إجراء لتقديم البلاغات (2011).

وهو إجراء محدد يسمح للأطفال أو ممثلهم تقديم شكوى.

جميع هذه النصوص المرجعية ترتبط ارتباطاً مباشراً أو غير مباشر بخلق حالة السلامة الكاملة للطفل، مما ينطبق على تعريف الحق في الصحة

ج- التزامات الدول.

بعد تعريف الحق في الصحة، كان من الضروري تفعيله وذلك بتحديد الأهداف التي يجب أن تصل إليها الدول، والوسائل اللازمة لتحقيق هذه الأهداف.

تنص المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل على أنه:

"1. تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتبذل الدول الأطراف

قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه.

2. تتابع الدول الأطراف أعمال هذا الحق كاملا وتتخذ، بوجه خاص، التدابير المناسبة من أجل:

أ. خفض وفيات الرضع والأطفال.

ب. كفالة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية.

ج. مكافحة الأمراض وسوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة وعن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية، أخذة في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطرة.

د. كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها.

هـ. كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما الوالدين والطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات،

و. تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين، والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة

3. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الفعالة والملائمة بغية إلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال.

4. تتعهد الدول الأطراف بتعزيز وتشجيع التعاون الدولي من أجل التوصل بشكل تدريجي إلى الأعمال الكامل للحق المعترف به في هذه المادة. وتراعى بصفة خاصة احتياجات البلدان النامية في هذا الصدد".

إذن يتعين على الدول الالتزام فيما يتعلق بالأهداف التي ينبغي تحقيقها، عن طريق تطبيق ما حدد في الوثائق سواء كانت قانونية أو غيرها. في عام 2000 تم شرح هذه التدابير بشكل أكثر وضوحاً وبطريقة متطورة، الحق في الصحة ليس فقط الحق في الوصول إلى الرعاية، ولكن ذلك مرتبط أيضاً بالعديد من العوامل الحتمية، التي تجعل مفهوم الصحة الضمني يجمع كلا من البيئة والفرد و يجرده من المفهوم المبسط المرتبط بالفرد لوحده. بشكل آخر ارتبطت الصحة بالحق في السكن وماء الشرب، والحق في العمل في ظروف صحية جيدة. يبدو أن ذلك يعقد مفهوم الصحة، ولكن في الواقع هذا يعطيها معناها الكامل. لأنه مع هذا التوضيح الجديد، يفرض الحق في الصحة ثلاثة أنواع من الالتزامات على الدول الأطراف:

- الاحترام: أي أن تمتنع عن إعاقة ممارسة الحق في الصحة (عدم إحاق الضرر).
- الحماية: أي منع الآخرين (الفاعلين من غير الدولة) لعرقلة ممارسة الحق في الصحة (مثلاً عن طريق تنظيم عمل الجهات الفاعلة غير الحكومية).
- التنفيذ: أي أن تعتمد التدابير المناسبة التشريعية و الإدارية أو المتعلقة بالميزانية لضمان التحقيق الكامل للحق في الصحة.

وقد عرضت أيضاً أولويات لكي تتحدد أهداف واضحة وهي:

- إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأولية الأساسية.
- الوصول إلى الحد الأدنى من الأغذية الأساسية المغذية.
- الوصول إلى المرافق الصحية.
- إمكانية الحصول على مياه سليمة وصالحة للشرب.
- إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية.

بالإضافة إلى ذلك على كل دولة التفكير ووضع استراتيجية للصحة العامة التي تستجيب لاحتياجات المواطنين. كما اتفق على وضع فحوصات دورية لضمان الرصد المناسب للعمل الذي أنجزته كل دولة.

المطلب الثالث: مقارنة بين القانون الليبي والفرنسي

سنقوم بمعالجة حالة الحق في الصحة في ليبيا (أ)، وذلك مقارنة بالحالة الفرنسية (ب)، لتحديد نقاط التقارب أو التباعد.

أ- حالة حق الطفل في الصحة في ليبيا.

سنفحص النصوص التي تطبقها ليبيا في هذا المجال سواء تعلق الأمر بالحق في الصحة بشكل عام، أو حق الأطفال في الصحة على وجه الخصوص. وسنميز في تحليلنا بين النصوص الداخلية (1) التي تتناول هذا الموضوع في إطار الدستور أو في إطار القوانين، كما سنتطرق إلى النصوص الخارجية الناتجة عن توقيع معاهدات دولية (2).

1- النصوص الداخلية:

الحق في الصحة حق شامل وواضح والنصوص التي تتناول الحق في الصحة متعددة ويتم استخدامها في بعض المسائل الفقهية. وبحسب ما نقله البلاذري في "فتوح البلدان" فالحق في الصحة هو قانون عام تتكفل به الدولة المركزية لجميع المواطنين بغض النظر عن لونهم، أو دينهم أو أصلهم. حيث نقل أنه في خلال الفترة الثانية لخلافة عمر بن الخطاب مرّ بقوم مجذومين من النصارى، فأمر أن يُعطوا من الصدقات، وأن يجري عليهم القوت. وتناولت نصوص مماثلة أخرى حق الطفل في الصحة وكذا الأمر بالنسبة للمسنين، والنساء. كما تعرضت مدارس الفقه الإسلامي للصحة في إطار عام، دون أن يحدد لها كتاب خاص كما الحال بالنسبة للزواج، والطلاق، والميراث أو غيرها.

ولعل حق الطفل أشير إليه في عهد الخليفة عمر بن الخطاب، حيث يقول ابن سعد في كتابه "الطبقات" ان عمر" فرض لكل مولود مائة درهم (100 درهم) وكان يفرض للفطيم ثم فرض للمولود حين ولادته خوفاً من تعجيل فطامه"، ويقوم بيت المال بتحمل هذه النفقات وكذلك نفقة الرضاعة⁽¹⁾. لذا كان هذا الحق في الصحة والعلاج في الواقع موجودان دون أن يكون بطريقة مقننة صريحة.

في القرن العشرين، يعود أول قانون ليبي للصحة العامة في 15 نوفمبر 1950 وهو القانون رقم 27. وقد اعتمد في برقة لإلغاء القوانين الإيطالية التي كانت مطبقة قبل ذلك(فترة الاستعمار). وتضمن قانون الصحة العامة تسعة أجزاء، بما في ذلك الجزء الرابع المختص فقط بتطعيم الأطفال الذين يدخلون برقة، وتتص المادة 59 أن: على كل والد طفل في برقة أو ولي أمره تطعيمه قيل أن يبلغ 6 أشهر"، ثم تعطى شهادة بهذا التطعيم. وظل دستور ليبيا لعام 1951 بعد الاستعمار عاما بخصوص هذا الموضوع، ففي الفقرة 25 للمادة 38 والتي تنص على "الحفاظ على الصحة العامة والتنسيق بين أجهزتها". وتطور التشريع في عام 1958 مع القانون رقم 69 للصحة العامة الذي ينص في المادة 3 الفقرة 13 على "رعاية الأمهات والأطفال". هذه النصوص عامة ولا تقوم بتحسين هذا الحق.

وظهر الحق في الصحة لأول مرة في الإعلان الدستوري الليبي بعد انقلاب القذافي في عام 1969، ففي المادة 15 من هذا الدستور نصت على ان " الرعاية الصحية حق تكفله الدولة بإنشاء المستشفيات والمؤسسات العلاجية والصحية وفقا للقانون". ما نلاحظه هنا هو أن هذه المادة تتناول الحق في الصحة على نحو غامض ولا تستند على الحقوق الأساسية التي تم تعريفها من قبل المجتمع الدولي.

1- محمد بن سعد "الطبقات الكبير". الجزء الثالث. مكتبة الخانجي. الإصدار الأول. القاهرة 2001.ص.28.

في عام 1973 تم إصدار القانون رقم 106 المتعلق بالصحة، حيث يعتبر من أهم القوانين المنظمة لقواعد الصحة العامة الذي يعطي تعاريف والتي ما تزال صالحة في الوقت الحاضر مع بعض التعديلات، وهكذا نجد في المادة الأولى من هذا القانون أن "الرعاية الصحية والطبية حق لجميع المواطنين تكفله الدولة...".

وتنص المادة 3 منه على أنه "توفر امانة الصحة للنشء، جميع الخدمات الصحية والوقائية منها والعلاجية بما يحقق سلامة الجيل الجديد جسدياً وعقلياً ونفسياً" وتنص الوثيقة الخضراء الكبرى لحقوق الإنسان لعام 1988 في المادة 14 منها بأن "المجتمع الجماهيري متضامن ويكفل لأفراده معيشة ميسرة كريمة، وكما يحقق لأفراده مستوى صحياً متطوراً وصولاً إلى مجتمع الأصحاء يضمن رعاية الطفولة والأمومة وحماية الشيخوخة والعجزة، فالمجتمع الجماهيري ولي من لا ولي له".

وقد وافقت نصوص الاتفاقيات سالفه الذكر النصوص القانونية الليبية بشكل متبع وخاصة فيما يتعلق بالتطبيقات وفي إطار التطور السياسي الزائف.

وتم إصدار قوانين متعلقة بحقوق الطفل بما في ذلك الصحة، حتى تتوافق مع القوانين الدولية. وهذا هو الحال بالنسبة للقانون رقم 5 لسنة 1997 بشأن حماية الطفل. حيث يتم تناول مسألة صحة الطفل على نطاق واسع ويتضمن ذلك حالته البدنية والعقلية. ويعني ذلك الامتثال للمعايير الدولية التي تلزم الدولة بضمان حق الطفل في الغذاء والحق في التطعيم، والحق في ماء الشرب... وهذا هو الحال على سبيل المثال في المادة 3 التي تنص على أنه "يجوز تأجيل تنفيذ العقوبة السالبة للحرية على المرأة الحامل والمرضع لمدة لا تتجاوز سنة بعد الوضع ما لم تكن الجريمة المعاقب عليها ماسة بآمن الدولة وفي كل الأحوال يجب مراعاة توفير الظروف الصحية الملائمة للمرأة الحامل والمرضع في السجن"، والمادة 4 تنص "على المرفق الصحي الذي تتم به الولادة إجراء الفحوصات الطبية للمولود للتأكد من سلامته من أي سبب للإعاقة الوراثية أو بسبب الولادة وعليه إحالة المولود إلى المركز

المتخصص فور اكتشافه لأي نوع من أنواع المرض أو الإعاقة". والمادة 5 تنص على ان "تتولى المرافق الصحية بكل مستوياتها توفير الأمصال والتطعيمات اللازمة بدون مقابل ويعتبر التقصير في تقديم التطعيمات للطفل أو في إجرائها بدون مبرر في حكم إساءة معاملة القصر المعاقب عليها بموجب قانون العقوبات".

وتنص المادة 11 على أنه "يجب أن تكون مخططات المدن والقرى مشتملة على ساحات وملاعب وحدائق ومرافق خدمات للأطفال ودور الحضانه المناسبة لواقع العمل التي تشتغل فيها النساء على أن تقدم خدماتها للأطفال بمقابل وذلك بما يضمن لهم أسوياء ومعاقين أسباب النمو وحرية الحركة والانطلاق واللعب في ظروف صحية ومأمونة".

وتنص المادة 8 من إعلان الدستور الجديد بعد ثورة 2011 أن "تضمن الدولة تكافؤ الفرص، وتعمل على توفير المستوي المعيشي اللائق وحق العمل والتعليم والرعاية الصحية والضمان الاجتماعي لكل مواطن، كما تكفل حق الملكية الفردية والخاصة، وتضمن الدولة عدالة توزيع الثروة الوطنية بين المواطنين وبين مختلف مدن ومناطق الدولة".

2- النصوص الخارجية:

ونعني بالنصوص الخارجية، النصوص التي صادقت عليها الدولة الليبية والتي تعالج مسألة صحة الطفل. إن أول اتفاق وقعه ليبيا فيما يتعلق بحماية الطفل هو الاتفاقية الخاصة بحقوق الطفل العربي لسنة 1983، والذي يقدم مبادئ وأحكام الميثاق، كما يعطي توصيات بخصوص حماية الطفل في الجزء باء من هذا الميثاق فيما يتعلق بالحقوق الأساسية للطفل العربي، حيث تنص المادة 9 منه على ان "دعم وضمان حق الطفل في الضمان الاجتماعي وحقه في رعاية صحية جيدة، سواء تعلق الأمر بالوقاية أو العلاج ويشمل ذلك أمه وذلك اعتبارا من اليوم الأول من الحمل" كما

تم بيان حقه في مستوى معيشي ملائم لنموه العقلي والنفسي والبدني والاجتماعي. وقد قامت ليبيا بتطبيق أحكام هذه الاتفاقية بالقانون رقم 4 لسنة 1986، الذي ينص في مادته الأولى "يصادق على الاتفاقيات المبرمة بين الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى والدول الاخرى الوارد بيانها في الكشف المرفق"، وتتص المادة 2 على ان "يعمل بهذا القانون من تاريخ صدوره، وينشر في الجريدة الرسمية". لكن ما يجذب الانتباه في صياغة هذا الاتفاقية هو عدم وجود فعل بصيغة الإلزام مثل يجب، ويتحتم، في حين تم استخدام أفعال لها وقع أقل إلزاما والتي تندرج أكثر في باب التوصيات، مثل تضع وتساند وتمنح... إلخ. لذا يمكننا أن نفهم أن هذا الميثاق من قبيل التوصيات أكثر من كونه نصوصا ملزمه.

والاتفاقية الثانية التي انضمت إليها ليبيا هي الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل التي اعتمدت في عام 1989 وصادقت عليها ليبيا في عام 1991 بالقانون رقم 2 لسنة 1991 من خلال المادة 1 الفقرة 6. لهذه الاتفاقية قوة أكبر، حيث تلزم الدول على اتخاذ تدابير حقيقية لضمان وتطبيق الحق في الصحة للطفل، ففي المادة 2 من هذه الاتفاقية نصت على "وتلتزم الدول الأطراف في الاتفاقية بصفة عامة باحترام الحقوق التي تقرها الاتفاقية وأن تضمنها لكل طفل يخضع لولايتها".

أخيرا صادقت ليبيا على الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل 1990. ويعالج هذا الميثاق مسألة صحة الطفل، فالمادة 14 منه نصت على ان "1- يكون لكل طفل الحق في التمتع بأفضل حالة ممكنة التحقيق للصحة البدنية والعقلية والروحية. 2- تتعهد الدول أطراف هذا الميثاق بمتابعة التنفيذ الكامل لهذا الحق،...".

ويعتبر هذا الميثاق اتفاقا إقليميا يتضمن العديد من النقاط لاتفاقية حقوق الطفل الدولية. ففيما يتعلق بقوته القانونية فوفقا للمادة 1 فقرة 3 منه والتي تنص على ان "لا يتم تشجيع أي عرف أو تقليد أو عادة ثقافية أو دينية تتناقض مع الحقوق والواجبات

والالتزامات الواردة في هذا الميثاق حسب مدى هذا التناقض". ونلاحظ أن هناك بعض التردد في العبارات المستخدمة حيث نجد بعد استخدام "لا يتم تشجيع" في بداية الفقرة، نجد هناك "حسب مدى هذا التناقض"، في حين أنه في بداية الميثاق وخصوصاً في بداية المادة نفسها فقرة 1 تنص على أنه "...وتتعهد باتخاذ التدابير اللازمة وفقاً لداستيرها وأحكام هذا الميثاق والإجراءات التشريعية والإجراءات الأخرى اللازمة لتفعيل أحكام هذا الميثاق".

ب. وضع حق الطفل في الصحة في فرنسا:

فرنسا بلد له ثقافة قانونية، وذلك منذ الثورة الفرنسية. وسوف نعالج حق الطفل في الصحة بنفس الطريقة التي سلكتها بالنسبة لليبيا، حيث سنغطي التوجيهات الهامة على مستوى النصوص الداخلية (1)، ومن ثم سنعرض الاتفاقيات الخارجية التي انضمت إليها فرنسا (2).

1- النصوص الداخلية:

تطور الحق في الصحة في فرنسا وذلك ليمر من طبيعته الاحتوائية إلى تعريف أدق وأكثر تفصيلاً. حيث اعترف بهذا الحق ضمناً في الدستور الأول المتعلق بحقوق الإنسان الأساسية. وهذا هو الحال أيضاً حتى بعد ديباجة دستور عام 1946 في الفقرة 10 التي تنص على أنه "تضمن الأمة للجميع ولاسيما الطفل والأم والعمال المسنين حماية الصحة والأمن المعيشي والراحة وأوقات الفراغ. ويكون لكل إنسان غير قادر على العمل بسبب سنه أو حالته البدنية أو العقلية أو وضعه الاقتصادي الحق في الحصول على الوسائل الملائمة للوجود في المجتمع".

ولكن التقدم الأول في هذا المجال كان إحداث قانون الصحة العامة في عام 1953، وهي مبادرة رائدة حيث جلبت العديد من القواعد القانونية لتنظيم هذا المجال الذي أصبح مهماً جداً ومعقداً، لأنه تطور بسرعة مذهلة سواء على مستوى

الممارسات او على مستوى التكنولوجيا. واعيد بناء هذا القانون في عام 2000، ليشمل الآن ستة أجزاء تعالج مختلف المواضيع ذات الصلة بالصحة وهي: قانون حق الأشخاص في الصحة، القانون الخاص ببعض الفئات المعينة من السكان (الأم، الطفل..)، القانون الخاص ببعض الأمراض (الامراض العقلية والإيدز...)، وأيضا بعض الإدمان (التدخين و المخدرات...)، قانون المهن الصحية، قانون المنتجات الصحية وقانون المؤسسات والخدمات الصحية. وتتص المادة L1110-1، التي تم إنشاؤها بواسطة القانون رقم 2002-303 4 مارس 2002 على انه " يجب أن ينفذ الحق الأساسي في حماية الصحة بكل الوسائل المتاحة ليستفيد منه أي شخص"⁽¹⁾.

وهناك نصوص أخرى ترد في مختلف القوانين إما صراحة أو ضمناً، مثل الحق في ماء الشرب، أو الحق في العمل.

2. النصوص الخارجية:

صادقت فرنسا على الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل (CIDE) في عام 1990، ولكن مع بيان ثلاثة تحفظات على المواد 6 و 2 و 40. في الواقع لا تعترف فرنسا بالآثار المباشرة للمعاهدة أو الاتفاقية، فيما عدا الحالات التي يكون فيها محتوى المعيار محددا بما يكفي ولا يحتاج إلى اللجوء إلى إجراءات التنفيذ.

كما وقعت فرنسا ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي. في هذا الميثاق، يعتبر الطفل كإنسان يجب أن يعامل بكرامة. وهذا أمر مؤكد في المادة 1 حيث نصت على ان " الكرامة الإنسانية مقدسة، ويجب احترامها وحمايتها". وتتناول المادة 24 فقرة 2 من هذا الميثاق على ان " في كافة الأفعال التي تتعلق بالأطفال – سواء

اتخذتها السلطات العامة أو المؤسسات الخاصة – يجب أن تؤخذ مصالح الطفل في الاعتبار الأول،...".

وهكذا صادقت كل من فرنسا وليبيا على اتفاقية حقوق الطفل، التي تظل قاعدة قانونية هامة جداً. ولكن فرنسا قد وضعت الطريقة الصحيحة لمعالجة هذا الحق بشكل مبكر وبشكل عام وشامل. ويعود هذا في نظرنا إلى عاملين من العوامل الأساسية:

- أولاً: الفارق الكبير بين البلدين فيما يتعلق بوجود مؤسسات مستقلة ومتخصصة في القانون والصحة في فرنسا، وانعدام نظيرها في ليبيا زمن القذافي (في بعض الأحيان كانت موجودة بالاسم فقط)، لأن القذافي كان يقرر لوحده كل شيء ومع وجهة نظر واحدة ثم يحاول ان يتكيف مع الضغط الدولي. ويمكن أن نفسر هذا الاختلاف ايضا بالنضج القانوني للبلدين، حيث أنه هذا النضج متقدم بكثير في فرنسا (سيادة القانون) مقارنة مع ليبيا، التي غاب فيها الحق والدستور تحت ظل أيديولوجية القذافي التي شجعت أكثر على الوثيقة الخضراء، أيديولوجية قدمت إعلانات دستورية ظلت معلقة. ويعود الفارق أيضا إلى وجود سياسة حقيقية للصحة بجميع أركانها في فرنسا، والتي تتطور تحت خبرة المتخصصين وأشخاص مؤهلين تأهيلاً عالياً، بينما كانت هذه السياسة غائبة تماماً في ليبيا، لأن الاهتمام بالفرد كان غائباً.

- ثانياً: التطور السريع للمجتمع الفرنسي المنفتح على العالم، حيث يتكيف مع المجالات الجديدة (كالأجهزة الرقمية أو الإنترنت...)، وهذا يطرح أسئلة للقانونيين الذين يجب عليهم تحديد هذه المجالات وتقديم إجابات حقيقية للحالات التي قد تسبب مشاكل، ولا سيما فيما يتعلق بحق الطفل. وهذا ليس الحال في المجتمع الليبي الذي كان مغلقاً في عهد القذافي، والذي لم يتحصل على قانون متكامل للصحة.

المبحث الثاني: نظام الصحة في ليبيا: الأجهزة والوسائل.

لضمان حق الطفل في الصحة، من الضروري امتلاك القوانين التي تضمن ذلك، وأيضا نظام الرعاية الصحية الذي يمكن أن يفي بمتطلبات هذا القانون. وهذا يرجع إلى السياسة المعتمدة في كل بلد والوسائل التي تركز لها لتحقيق سياستها الصحية، حيث تقوم بعض الدول بوضع "خطة للتنمية الصحية الوطنية" يغطي فترة محددة. وتنسجم هذه الخطة مع منظور التعجيل بتنفيذ مختلف الوسائل والخدمات الصحية لأي فئة ولجميع الطبقات الاجتماعية. ويكون هدفها الإسهام في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للصحة والتنمية، وفقا لمتطلبات المنظمات غير الحكومية، ولا سيما المنظمة العالمية للصحة⁽¹⁾. فيما يتعلق بليبيا، حيث توجد بها بنية تحتية كبيرة نسبيا على الرغم من أنها لا تزال غير صالحة لتلبية الطلبات المتزايدة بخصوص الصحة. وقد بذلت عدة جهود للنهوض بقطاع الصحة وسد الثغرات التي عانت منها. ولذلك زاد عدد الأطباء الوطنيين على مر السنوات الأخيرة، من أجل الحد من اللجوء إلى الأطباء الأجانب. وقد توجت بعض النجاحات التي لا يمكن إنكارها، كما يدل على ذلك معدل الوفيات الذي عرف انخفاضا مهما.

من جهة أخرى مكن العمل الذي قامت به ليبيا مع منظمة الصحة العالمية من توجيه سياستها الصحية بشكل هادف وفعال. وساهم هذا الانفتاح على الخارج من اكتساب منهجية وكذلك تنفيذ البرامج التي تهدف إلى تحسين صحة الأطفال والمراهقين. إن الموارد المخصصة لهذا المجال ضخمة جدا نظراً لموارد النفط مقارنة مع عدد سكان ليبيا. ومع ذلك، شارك الحصار الذي طبق على ليبيا خلال

1 - BEIGBEDER Y. « L'organisation Mondiale de la Santé », Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 1997, p. 49 et s.

التسعينات في تدهور الحالة الصحية، لا سيما فيما يتعلق بالحصول على الغذاء أو التطعيم.

إن تنفيذ البرامج المختلفة الوقائية والعلاجية أو للمساعدة، يستلزم وجود الهياكل الأساسية الكافية والتنفيذية، فضلا عن موظفين مدربين ومتسمين بالفهم والدراية لتحسين تلبية احتياجات السكان المتنوعة جداً سواء الاقتصادية منها أو الاجتماعية. هذه هي الضرورات الأساسية التي تكيف الحق في صحة مناسبة وذلك بتسهيل وصول السكان إلى الفوائد الصحية المختلفة للارتفاع بحياة صحية لائقة. لهذا السبب سنحلل النظام الصحي الليبي وما يقدمه للأطفال (المطلب الأول). ثم سنعرض وضع البنية التحتية والموارد البشرية المتاحة في ليبيا (المطلب الثاني).

المطلب الأول: آلية حماية الطفل في مجال الصحة

تركز السياسة الصحية التي تتبعها ليبيا على تعزيز الرعاية الصحية الأولية، وحصول جميع المواطنين عليها. ويستهدف خاصة الأفراد الذين هم في وضعية ضعيفة، بما فيهم النساء والأطفال.

سنحلل فيما يلي الجهاز الصحي الليبي الذي يساهم مباشرة في الحفاظ على صحة الطفل. فسوف ندرس في مرحلة أولى تنظيم النظام الصحي والقوانين المنظمة له (أ). وفي مرحلة ثانية سنركز على ما يتم توفيره للطفل في مجال الصحة (ب).

أ. تنظيم النظام الصحي:

لفهم سياسة الصحة في ليبيا والحالة الصحية للأطفال، من المهم تحليل نظام الرعاية الصحية لهذا البلد الذي يعد نظاما مركزيا بالدرجة الأولى (1) حيث يتم تسييره من طرف النظام المركزي، ويتسم بانعدام مؤسسات مستقلة. في ظل هذا النظام يحظى الطفل (2) بحقوق أساسية بموجب قانون رقم 5 لسنة 1997 بشأن حماية الطفولة، والاتفاقيات الدولية التي وقعتها ليبيا المذكورة سابقا.

1- مركزية نظام الصحة:

اختارت ليبيا نظام الصحة من نوع "بيفيريدج" (système beveridgien) في هذا النظام الصحي الرعاية مجانية للجميع، وتمول من الدولة، وهي التي تسيطر على هذا النظام. يقود وزير الصحة تنفيذ السياسات والبرامج المسؤولة عن الصحة العامة وصحة الطفل. حيث نلاحظ غياب المؤسسات المستقلة التي يمكن ان تتدرك او تمنع من وقوع بعض الحالات الحساسة على أرض الواقع، أو التي يمكنها أن تساهم في توفير الرعاية الصحية. وفي فرنسا فنظام الصحة المتبع من نوع "بسمارك" (système bismarckien) حيث الرعاية الصحية إلزامية بالنسبة للجميع ولكنها ليست مجانية إلا بالنسبة للطبقات الأكثر فقراً أو المتواجدين في حالة صعبة، ويمول النظام الاشتراكات والإيرادات الضريبية ويتم التسيير عن طريق اللامركزية الإدارية التي توفر المزيد من المرونة والاستجابة.

2- الطفل داخل النظام الصحي:

في داخل النظام الصحي الليبي، يتكفل وزير الصحة بإدارة الجوانب المتعلقة بالأطفال، وتنظيم البرامج الصحية الموجهة لهم كالتطعيمات كما ينص على ذلك قانون عام 1969. وبخصوص الحماية، فيرجع إلى الطبيب أو إلى مفتشي الصحة الإبلاغ بالحالات الحرجة أو المستعجلة، ولديهم سلطة رجال الضبط القضائي في اثبات الجرائم المخالفة لاجراء التطعيم والتحصين الاجباريين للأطفال كما نصت عليه المادة 8 من نفس القانون وهذا ما نصت عليه ايضا المادة 1 من القانون رقم 100 لسنة 1971. وهناك قانونان محددان بخصوص صحة الطفل وهما قانون عام 1969 بصيغته المعدلة بالقانون رقم 686 لسنة 1992 بشأن تعديل لائحة التطعيم والتحصين الاجباريين، والقانون رقم 6 لسنة 1961 بشأن الصحة في المدرسة.

في فرنسا تم تناول صحة الطفل بروح وقائية وتم تحديد ملامحها. وهكذا فعلى المستوى التنظيمي يعتبر رئيس المجلس الإقليمي المسؤول عن حماية الأطفال من خلال قانون اللامركزية بتاريخ 13 أغسطس 2004 تحت سلطة المجلس الإقليمي، ويقوم الجهاز الإقليمي لحماية الأمهات والأطفال المعروفة باسم PMI⁽¹⁾ برعاية صحة الأمهات والأطفال، وهذا يتم من خلال مهام محددة جداً كتتنظيم الاستشارات الصحية للأم والطفل في المنزل، وتنظيم الإجراءات الطبية-الاجتماعية على مستوى مدارس الحضانه. وبالإضافة إلى ذلك فمن مهام هذا الجهاز جمع المعلومات من الفحوص الإيجابية الثلاثة المفروضة في رعاية صحة الطفل. ويجمع هذا الجهاز مختلف المهنيين مثل الأطباء، علماء النفس، الممرضات المختصات بالمواليد والأطفال، وأطباء الأطفال، والممرضات، ومستشاري الحياة الزوجية. وعلى مستوى الآلية التي أنشئت لتلبية الاحتياجات الصحية للطفل، أقامت فرنسا كتيب الصحة بشكل مبكر وذلك في عام 1945، وتم إنشاء جهاز PMI في نفس العام، ومن ثم تم إعداد خدمة للصحة المدرسية بعد الحرب في عام 1946. ويتناول قانون الصحة العامة الفرنسي بشكل مفصل كيفية توفير الفحوصات الصحية الإلزامية للطفل بما في ذلك قانون 10 يولييه 1970 الذي يحدد مضمون هذه الفحوصات، وهناك أيضا قانون حزيران/يونيه 1977، الذي يستعرض الفحوصات المنتظمة للحوامل والرضع، إلى جانب قوانين أخرى تنظم فحوصات التشخيص أو الإعاقة. ويعالج قانون التعليم صحة الطفل، حيث يجعل القانون الصادر في كانون الثاني/يناير 2002 زيارة الطبيب إجبارية في السنة السادسة. وفي حالة عدم تحقيق هذه الفحوصات الإلزامية فهناك عقوبات بموجب المادة 533-1 من قانون الضمان الاجتماعي الذي يجعل دفع

1- Le service départemental de protection maternelle et infantile.

المساعدات الاجتماعية رهينة بتقديم شهادات بالفحوصات الإجبارية. ويمكنها أن توقف دفع هذه المساعدات في حالات الإخلال.

ب. الرعاية الصحية المتوفرة للطفل في ليبيا:

إن الحق في الصحة للطفل في ليبيا مازال محدوداً بالنظر إلى الرعاية التي يتم توفيرها، ولا تتناول النصوص القانونية صراحةً إلا تطعيم الأطفال (1)، والصحة المدرسية (2)، بينما تنظم برامج مخصصة لصحة الأطفال والمراهقين بتعاون وثيق مع منظمة الصحة العالمية (3).

1- التطعيم:

يعتبر التطعيم أحد الجوانب الأكثر معالجة في القانون الليبي، وينص قانون عام 1969 بصيغته المعدلة في قانون 686 لسنة 1992 في المادة 199 والتي تنص "يجب إجراء التطعيم الإجباري للأطفال وطلبة المدارس مجاناً ضد الأمراض المعدية...". وهناك جدول مرفق يحدد أعمار وتذكيرات التطعيم، ثم يتم إصدار شهادة تطعيم. ويقع على الأب أو الوصي واجب تقديم الطفل للتطعيم كما تنص على ذلك المادة 200 من القانون رقم 686 لسنة 1992 على أنه "على والد الطفل أو الشخص الذي يتولى حضنته أن يقدم الطفل لتطعيمه أو تحصينه...".

وقد نصت أيضاً المادة 29 من القانون رقم 106 لعام 1973 بشأن القانون الصحي على أنه "يقع واجب تقديم الملزمين بالتطعيم أو التحصين أو الاختبار ممن لم يبلغوا سن الثامنة عشرة على المسؤولين عنهم قانوناً". وفي حالة الإخلال بهذا الواجب تنص المادة 139 من نفس القانون على أن هناك عقوبة بالحبس لمدة لا تتجاوز شهراً واحداً وغرامة لا تتجاوز 50 ديناراً أو يتم تطبيق إحدى هاتين العقوبتين على أي شخص لا يمثل لأحكام هذا القانون.

ويرتكز برنامج التطعيم في ليبيا على حملات إعلامية واسعة، وشكلت تغطية التطعيمات 80% لدى الأطفال دون سن الخامسة و تهدف إلى الوصول على معدل 100%⁽¹⁾.

من جانبها قدمت فرنسا عروضاً للرعاية الصحية للطفل أوسع بكثير من مسألة التطعيم الإلزامي. حيث يشمل الفحص الطبي للطفل التحقق من تلقي التطعيمات ومتابعة التطور الجسدي والنفسي والعاطفي للطفل على حد سواء. وتناقش المواد L2132-2 و R-2132-1 من قانون الصحة العامة هذا الجانب. وبالتالي، فقد تمت برمجة 9 فحوصات طبية في السنة الأولى للطفل، و 3 فحوصات بين سني 13 و 25 شهراً، فحوصتين في السنة حتى السنة السادسة للطفل. وخلال هذه الفحوصات يتم إصدار 3 شهادات صحية إلزامية وذلك في اليوم الثامن بعد ولادة الطفل، وفي الشهر التاسع، ثم حينما يصل 24 شهراً. ويتم إرسال هذه الشهادات إلى خدمات إدارة PMI لرصد الحالات الحساسة، فضلاً عن القيام بالدراسات الإحصائية التي تقوم بها مديرية البحوث والدراسات، والتقييم والإحصائيات (Drees)، أيضاً عن إحصائيات إقليمية أخرى. وفي حالة الإخلال بالتزامات التطعيم على سبيل المثال، فإن قانون عام 2007 ينص على عقوبة من 6 أشهر في السجن وغرامة قدرها 3750 يورو.

2- الصحة المدرسية:

إذا كان تعليم الطفل يتم إلى حد كبير في المدرسة، من المهم توفير بيئة مدرسية صحية. وهذا يشمل توفير مباني مواتية لإيواء الأطفال ويجب أن تكون مستوفية لبعض المعايير الصحية. وهذا يشمل أيضاً الوقاية من الأمراض المعدية التي

1- التقرير الوطني الدوري حول تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل 2009، المقدم إلى لجنة حقوق الطفل بالأمم المتحدة، ص32.

يمكن أن تنتش من احتكاك الأطفال الأصحاء مع المرضى، ويجب توفير بروتوكول برنامج طبي يعالج ذلك إذا ما تم الوقوع في مثل هذه الحالات.

في ليبيا، يقوم القانون رقم 6 لعام 1961 بتنظيم الصحة في المدرسة، فمدير الصحة في كل بلدية مسؤول عن القطاع الذي يتكفل به، -إن شاء- يمكنه تنظيم زيارة لمدرسة من أجل فحص الحالة الصحية والغذائية للطلاب، وبإمكانه أيضا أخذ عينات للفحص وضمان نظافة المدرسة. ويمكنه أيضا ترتيب حملة تطعيم إذا رأى أن ذلك يخدم المصلحة العامة، أو إغلاق المدرسة أو المعهد لفترة محددة بسبب وضعه الصحي. ويقوم بتقديم تقرير إلى المسؤول الأعلى منه لوصف الحالة الصحية في أي مدرسة، ويمكنه أن يقترح تدابير لتحسين الصحة المدرسية. ونلاحظ الطابع الكيفي للزيارات التي تكون بمشيئة المدير، دون اتخاذ المزيد من التدابير الإلزامية والمرغمة. علما بأن القانون سابق الذكر هو الوحيد الذي يعالج صحة الطفل في المدرسة.

وبالنظر للصحة المدرسية في فرنسا نجدها تدخل ضمن سياسة الصحة العامة الإقليمية، حيث تعمل مع عدة جهات فاعلة (الوكالة الإقليمية للاستشفاء، وهيئات التأمين، والتربية الوطنية والمجلس الإقليمي وغيرها من السلطات المحلية، والمرصد الإقليمية للصحة) لوضع خطط إقليمية للتنظيم الصحي للطفل والمراهق. تعطي هذه التخطيطات المبادئ التنظيمية والبروتوكولات لرعاية الأطفال والمراهقين في المدارس. وينص قانون التعليم في المادة L541-1، أن إجراء الفحص الطبي إلزامي في السنة السادسة لجميع الأطفال. والغاية هنا التأكد من التطور الجيد للطفل الجسدي والعقلي، والكشف عن المشاكل المحتملة ذات الصلة بصحة الطفل. وتوفر الفحوصات الصحية الوقائية للأطفال الذين يبلغون أقل من 6 سنوات، ويقوم بذلك جهاز PMI ، وذلك وفقا للمادة R. 2112-3 من قانون الصحة العامة. ولكن تنظيم هذه الفحوصات

ليس مفروضاً بالقانون. بينما فحص السنة السادسة إلزامي، وهو مصمم للكشف عن أية مشاكل قد تعرقل تعليم الطفل. وعلاوة على ذلك يعطي القانون الصادر في تشرين الأول/أكتوبر 2011 معايير ومتطلبات التغذية في المطاعم المدرسية.

3. برنامج الصحة:

يتم غالباً تنظيم برامج صحة ذات طابع إعلامي أو اعلاني وذلك بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة F.A.O، ومنظمة الصحة العالمية O.M.S، واليونيسيف U.N.I.C.E.F، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية U.S.A.I.D، وصندوق الأمم المتحدة للسكان F.N.U.A.P، الذين يوفران المساعدة التقنية ويساهمون بشكل واسع في وضع برامج لمكافحة الأمراض، والنهوض بسياسات تنظيم الأسرة، كبرنامج مكافحة سوء التغذية، ويهدف هذا البرنامج الرصد المنتظم لتنمية ونمو الطفل الذي يبلغ سنه أقل من سنتين في المناطق الحضرية والريفية، كما يهدف إلى فحص وتقديم الدعم للأطفال المصابين بسوء التغذية، وكذلك الوقاية المنتظمة من الكساح لدى الأطفال الذين تكون أعمارهم من 0-11 و ذلك بتقديم فيتامين (د). وترتكز برامج سوء التغذية خاصة على الرضاعة الطبيعية التي هي موضوع خطة وطنية خلال الفترة 1996-2000.

وتشمل البرامج الأخرى أيضاً برنامج تنظيم الأسرة الذي يشكل عنصراً أساسياً في تحسين رفاه الطفل، بقدر ما أنها تسمح من المبادعة بين الولادات والعناية بصحة الأم مع مراعاة الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة.

في فرنسا يتم تنظيم البرامج ذاتها، وإيضاً برامج مكافحة السمنة أو التدخين، كما تنظم حملات توعية في المدارس أو في وسائل الإعلام.

كنتيجة لذلك، سجلت وفيات الأحداث في ليبيا انخفاضاً كبيراً بين عامي 1973 و 1995، حيث انخفض معدلها من 118 في الألف إلى 24.4 في الألف. وقد

سجل أعلى تقدم على وجه التحديد على مستوى وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1 إلى 4 سنوات الذين انخفض معدلهم بنسبة 80%⁽¹⁾. وكشفت الدراسة الاستقصائية الوطنية للسكان والصحة لعام 2007 أن معدلات وفيات الرضع والأطفال انخفضت بسبب السياسة الصحية، بما في ذلك الخدمات الصحية، والتوعية والوقاية ودعم المستشفيات.

ويرجع هذا الانخفاض في معدل وفيات الرضع إلى حد كبير في توسيع نطاق التغطية التطعيمية للسكان، من خلال القانون رقم 5 لسنة 1970 بشأن إلزامية التطعيم⁽²⁾. ومكن البرنامج الوطني للتطعيم من الوصول إلى الهدف المتمثل في تحصين الأطفال. وفي هذا الصدد لوحظ أن ليبيا كانت أول بلد يحقق التحصين الشامل للأطفال قبل عام 1990. حيث سمح التقدم المحرز فيما يخص التطعيم في ليبيا بتحقيق الاستقلالية في هذا المجال، وهذا ما يضمن بالتأكيد توفير التطعيمات للجميع. في هذا الصدد، تشكل أيام التحصين الوطنية المنظمة سنوياً عاملاً تفسيرياً في نجاح التطعيم في ليبيا، إلى حد أن عددا كبيرا من النساء والأطفال لا يتم تطعيمهم إلا من خلال هذه الحملات. ولذلك فالإبقاء عليها يظل ضروريا ما دامت المناطق الريفية النائية لا تستفيد من تغطية كافية في مراكز التطعيم. لأنه رغم تكاثر هذه المراكز وكذلك الوكلاء المتجولين، فبرنامج التطعيم لا يغطي جميع المناطق الليبية.

المطلب الثاني: البنية التحتية والموارد البشرية

بشكل عام يعكس النظام الصحي لبلاد ما في سياق تنميته الشاملة أو تخلفه سواء بالنظر إلى المعدات أو الموارد البشرية. ولتعريف الاعدادات التنظيمية لهذا النظام بغية تحسين فعاليتها في وقت لاحق، فإن دراستها يعتبر أمرا ضروريا. إن

1- التقرير الوطني حول التنمية البشرية. ليبيا 2002، ص100.

2- المصدر السابق، ص110.

البنية التحتية الأساسية للصحة العامة مثل المستشفيات ومراكز الصحة أو العيادات هي المؤشرات الأساسية التي تعكس حقيقة واقع النظام الصحي. وفي حالة إخلالها فالسلطة السياسية ملزمة بعمل الاستثمارات اللازمة للحد من النقص وضمان تحسين الوضع بشكل تدريجي ومنتامي. وهكذا فإن أي نظام للرعاية الصحية يركز على طبيعة ونوعية بنيته التحتية والوسائل الطبية المتوفرة وكذلك على أداء موارده البشرية. سنناقش هنا اتباعا البنية التحتية الصحية في القطاع العام (أ) والموارد البشرية الطبية وشبه الطبية (ب) المتوفرة في ليبيا.

أ- البنية التحتية الصحية في القطاع العام:

تتألف البنية التحتية الصحية الأساسية من شبكة متنقلة أو وقائية التي تعتبر الأساس لتنفيذ جميع برامج الصحة العامة، و تتألف أيضا من شبكة من المختبرات و شبكة من المستشفيات وكذلك الإجراءات العلاجية التي يستفيد منها المرضى الذين في حاجة إلى تشخيص صعب أو غير القادرين على الحركة. واختارت إذن السلطات العمومية، الذين اعتبروا الوقاية ك رأس الحربة للسياسة الصحية الجديدة في ليبيا، تطوير الشبكة المتنقلة. صممت مهمة الشبكة المتنقلة للوصول إلى أكبر عدد من الأفراد، وهو الاتجاه المعاكس للسياسة الصحية المتبعة أثناء الفترة الاستعمارية التي تميزت ببنية تحتية هشة جداً، وبمعدل الإصابة بالمرض مرتفع إلى حد ما، وصعوبة الحصول على الرعاية الصحية.

ساعد المؤتمر الوطني للصحة الذي عقد في عام 1959 على تحديد المشاكل وتحديد الأسس لتوفير البنية التحتية الصحية اللازمة لليبيا. ويرمي الجزء الأكبر من الإجراءات إلى تعزيز الصحة بهدف إتاحة الشبكة الوقائية للسكان. وهكذا كانت المعايير المستخلصة إنشاء مستوصف لكل 15000 ساكن ومركز صحي لكل 45000 ساكن.

وتشير المادة 6 من قانون عام 1994 أن "الصحة للجميع وبالجميع" وذلك يعنى ان "تعتبر المؤسسات العلاجية والتشاريكات الطبية والعيادات الخاصة... تكون مكملة للخدمات الصحية التي تقدم الرعاية الصحية الأولية". فهي تعتبر كشبكة لتوفير الرعاية الصحية. من جهة أخرى يتم تحديد التنظيم العام للمستشفيات من خلال القانون رقم 214 لسنة 1993. إن تطبيق المعايير التي وضعتها اللجنة الشعبية العامة في وقتها لم يكن بالأمر الهين، لا سيما في المناطق الريفية حيث خلق تشتت السكان صعوبة فيما يتعلق بمعيار توفير الصحة للجميع. وقد فرضت هذه الحقيقة إعادة النظر في المعايير المعمول بها، مع مراعاة خاصة لتشتت السكان الريفيين والنمو السكاني بسبب ارتفاع الولادات، وأيضاً بسبب الهجرة الريفية وتضخم المدن. وحددت خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية لعام 1992 في مبادئها التوجيهية، تنمية وتعزيز الصحة من خلال المراكز الصحية والمستوصفات التي تعتبر الأساس لتنفيذ برامج الصحة العامة.

كنتيجة لذلك ففي عام 2000، توجد في ليبيا 931 عيادة تقريبا، منها 166 في المدن و765 في المناطق الريفية، بالإضافة إلى 163 مركز صحي من بينها 98 في المدن و 65 في المناطق الريفية.

وفي عام 2007، توجد في ليبيا 37 مستشفى و535 مركز طبي، و 820 وحدة صحية، و17 مركز استشفاء، و23 مركز طبي متخصص، و19 مستشفى عام و24 مستشفى ريفي. وارتفعت القدرة السريرية بنسبة 7%، مما يشكل ارتفاع سنوي قدره 0.8%. ولكن شهد المعدل الأكثر استخداما للحكم على القدرة الإيوائية، أي عدد الأسرة لكل 10 000 نسمة، انخفاضا من 39 سرير لكل 10 000 نسمة في عام 2007 إلى 32 سريراً في عام 2010. علماً أن النمو السكاني، وفتوة السكان،

والتفاوت الكبير بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية تطلب مزيداً من الاستثمار البشري ومراجعة عملية للكثافة الطبية.

وفي فرنسا ينظم هذا القطاع قانون الصحة العامة لعام 2010، بما في ذلك قانون المؤسسات والخدمات الصحية (قانون المستشفيات، ومختبرات التحليل البيولوجية الطبية ووسائل النقل الطبي). فهو يحدد مهام كل مؤسسة صحية، وتنظيمها، ومعاييرها إلخ. في عام 2008 كان معدل: عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 نسمة في فرنسا يقارب 7.33 و هو معدل مهم جداً. وعلاوة على ذلك فهناك العديد من الجهات الفاعلة الأخرى في القطاع الخاص التي تساهم في تحسين صحة الطفل، كجمعية source vive (المصدر الحي) التي تقدم الدعم للأطفال المصابين بسرطان الدم أو السرطان وكذا لأسرهم، وجمعية rêves (أحلام) التي تساعد الأطفال المرضى، لتحقيق واحد من رغباتهم، فضلاً عن غيرها من الجمعيات. و تتدخل أيضاً منظمات غير حكومية في خارج فرنسا لمساعدة الأطفال المرضى في البلدان النامية، مثل Plan و Vision Du Monde وغيرها.

ب- الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية:

إن أهمية مسألة الموارد البشرية الصحية يبرر إدراجها في الأولويات التي يتقاسمها كل الفاعلين المحليين. فالموارد البشرية، هي العامل الأساسي والمركزي لنظام الصحة، ويقدر عدد العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية في ليبيا ببضعة آلاف.

وتقدر التغطية للأطباء بمؤشر عدد الأطباء لكل 10,000 نسمة، وبلغ هذا المؤشر في عام 1998 طبيب لكل 10000 نسمة⁽¹⁾.

وقد ازداد عدد الأطباء في القطاع الخاص بشكل مهم، ليقارب عددهم عدد الأطباء في القطاع العام⁽¹⁾. ومع ذلك نجد الجزء الأكبر من تغطية السكان من طرف القطاع العام. وهذا يرجع إلى مستوى معيشة فئات كبيرة من السكان وقدرتهم الاقتصادية والمالية، فضلا عن عدم وجود تغطية لنظام الضمان الاجتماعي خصوصا إذا تعلق الأمر بالمستشفيات. بيد أن القطاع الخاص ما زال أكثر فعالية فيما يخص الفحوصات الطبية، ولكن ذلك ينحصر لفئات اجتماعية ذات مستوى معيشي معين. إن وظيفة العاملين في المجال الطبي لها أهمية كبيرة لأنهم يعيشون قريبا من السكان، ويتمتعون باتصال أفضل معهم، وبالتالي فهم أفضل تموقعا فيما يخص استشعار المشاكل والطلبات الصحية. ولهذه الأسباب يرجع لهؤلاء الأفراد مهمة تنفيذ البرامج الصحية الحكومية.

ويقوم القانون رقم 106 لعام 1973 بتنظيم هذا القطاع، ونلاحظ أنه لا توجد أية تفاصيل بخصوص الطفل، ولكن يتعلق الأمر بالتنظيم العام لهذا القطاع. من جهة أخرى يهدف القانون رقم 17 لعام 1986 بشأن المسؤولية الطبية إلى حماية الطفل قبل ولادته، وهكذا تنص المادة 17 من هذا القانون "لا يجوز تلقيح المرأة صناعيا أو زرع جنين بالرحم الا عند الضرورة... " و تنص المادة 19 ايضا على أنه " لا يجوز إجهاض الحامل أو قتل الجنين إلا إذا اقتضى ذلك إنقاذ حياة الأم". في فرنسا قانون الصحة العامة وخصوصا قانون المهن الصحية هو الذي ينظم هذا القطاع. ولكننا نلاحظ أن هناك خصوصيات فيما يتعلق بالطفل في القانون الفرنسي. فعلى سبيل المثال يحدد المرسوم رقم 91-1195 بتاريخ 27 نوفمبر 1991 كيفية إنشاء هيئة أطباء التربية الوطنية المكلفون بإجراءات الوقاية الفردية والجماعية،

1- أمانة الصحة العامة "الدراسات الاحصائية الوطنية للسكان والصحة"، التي أنشئت في عام 1987 وعام 1992.

وتعزيز الصحة بالنسبة لجميع التلاميذ في المؤسسات التعليمية من الدرجة الأولى والثانية داخل مناطقهم، بما في ذلك الفحص الطبي الإلزامي قبل دخول المدرسة الابتدائية. ويعرف المنشور رقم 2001-013 بتاريخ 12 يناير 2001 مهام ووظائف طبيب التعليم الوطني، بما في ذلك الفحص الطبي العام ابتداء من سن 5 سنوات والاكتشاف المبكر للصعوبات التي يواجهها التلاميذ. وتحدد المواد رقم - R. 4311 و13 و15 من قانون الصحة العامة مهام وكفاءات الممرضات وخاصة ممرضات الحضانة، بما في ذلك الفحص الاستكشافي للطفل من الولادة وحتى سن المراهقة. ونلاحظ أيضا وجود نشاط مهم لجمعيات مختلفة للهيئات الطبية، حيث تقوم بتنظيم المؤتمرات أو الدورات التدريبية لتحسين مستوى هيئات العمل المختلفة مثل الجمعية الفرنسية لطب الأطفال الإسعافي. من جهة أخرى فالتكوين الطبي المستمر هو أيضا إلزامي في فرنسا منذ مرسوم عام 1996.

الخاتمة:

إن ضمان حالة صحية أفضل للجميع ولا سيما للأطفال يعد عنصرا من عناصر القانون الليبي. وتوجد الأحكام المتعلقة بحماية حق الطفل في الصحة، كما هو الحال في مجالات القانون الجنائي أو القانون الاجتماعي. مع ذلك، الحالة الصحية الراهنة لجزء كبير من الأطفال الذين ينتمون إلى أسر مصابين بأمراض غير معدية، تبين عدم فعالية آليات حماية الصحة. وعدم فعالية الأحكام القانونية والاجتماعية والجنائية المتعلقة إلى حد كبير بإرادة المشرع، الذي يجب عليه أن يبين اهتماما حقيقيا للدفاع عن حقوق الطفل. بينما فعالية النظام الصحي الليبي يجد مبرراته في حالة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد.

ولذلك فإعادة توجيه سياسات التنمية وتحسين التعاون الدولي، فضلا عن استعراض سياسات التكيف يمكنه أن يخرج ليبيا من هذا الركود وضمان أفضل للحقوق الاقتصادية والاجتماعية المعترف بها لجميع الأطفال الليبيين.

من جهة أخرى فإن توسيع نطاق حماية الطفل في المجالات الاجتماعية والاقتصادية يظل أولوية من أجل توفير إطار مناسب ومكمل للحق في الصحة. ولهذا السبب فيجب إجراء الإصلاحات أو برامج الحماية المبرمجة في جميع المجالات بشكل متوازي، لتعطي نتائج فعالة للحفاظ على المصالح العليا للطفل، والوصول الى نتائج اولية مرضية نستطيع من خلالها تحقيق الاهداف في اكتساب الحق في الصحة للفرد بصفة عامة وللطفل بصفة خاصة،

المراجع

- العربية:

- 1- محمد بن سعد "الطبقات الكبير". الجزء الثالث. مكتبة الخانجي. الإصدار الأول. القاهرة 2001. ص.28.
- 2- التقرير الوطني الدوري حول تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل 2009، المقدم إلي لجنة حقوق الطفل بالأمم المتحدة،.
- 3- التقرير الوطني حول التنمية البشرية. ليبيا، 2002.
- 4- أمانة الصحة العامة سابقا "الدراسات الإحصائية الوطنية للسكان والصحة"، التي أنشئت في عام 1987 و عام 1992.

- الاجنبية:

- 1- CNRTL: centre National des Recherches Textuelle et linguistiques. <http://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9>.
- 2- BERTHELEMY J-C. « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement Comité pour les Pays en Développement de l'Académie des Sciences, Paris, France, 19 - 20 novembre 2007.
- 3- BEIGBEDER Y. « L'organisation Mondiale de la Santé », Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 1997