دور الخدمات الصحية في تحقيق الرعاية الاجتماعية

– قراءة قانونية في ضوء توجهات المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر–

The role of health services in achieving social welfare

- Legal reading in the light of the directives of the National Health System in Algeria-

هديلي أحمد*

كلية الحقوق والعلوم السياسية

جامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس، الجزائر

hedavocat@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 28 / 12/ 2020 تاريخ القبول: 22 / 04/ 2021 تاريخ النشر: 23 / 05/ 2021

الملخص :

يهدف الموضوع بهكذا ثنائية تجمع بين الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية إلى إبراز حلقة وصل مهمة بين الجزء والكل في إحدى جوانب الحياة الانسانية، ويشكل مزيجا بين المفاهيم الاجتماعية والقانونية التي تتسع لاستيعاب كثير من الشروحات ذات الدلالة على الأهمية والربط والتي تستقيم معها المعادلة التي نبتغي البحث فيها، وهي دور الخدمات الصحية في تحقيق الرعاية الاجتماعية، فليس بخاف أن الخدمات الصحية

* المؤلف المرسل

تحتل مكانة هامة وتعد من أولويات الحكومات بوصفها الأساس للمحافظة على الطاقة البشرية وتنميتها، بل وتعد قلبا نابضا لنظام الرعاية الاجتماعية على اعتبار الصحة موردا للنهوض بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وخيارا لا بديل عنه، وهو مدعاة على بحث توجهات المنظومة الوطنية للصحية في رسم الموجهات العامة والأهداف الاستراتيجية لسد الحاجات الصحية في سبيل استكمال جانبا هاما من جوانب الرعاية الاجتماعية في مجموعها ناهيك أن تأصيل الموضوع يجعله ينحدر من فكر حقوقي بالمقام الأول من منطلق الحق في العيش الكريم وما يستوجبه من حق في الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية : الحق في العيش الكريم، الحق في الرعاية الصحية، الخدمات الصحية، الرعاية الاجتماعية، المنظومة الوطنية للصحة.

Abstract:

The theme aims to bring together health services and social welfare to highlight an important link between part and all in one aspect of human life, and constitutes a combination of social and legal concepts. Social welfare is a cause to discuss the directions of the national health system in drawing public guidelines and strategic objectives to meet health needs in order to complete an important aspect of social welfare, not to mention the rooting of the subject makes it descend from a human rights thought in the first place, in terms of the right to a decent life and the right to health care

Keywords: The right to a decent living, the right to health care, health services, social care, the national health system.

المقدمـــة:

إيمانا بحق الإنسان في أن يعيش حياة كريمة، ازدادت الأفكار المرتبطة بمسؤولية المجتمع تجاه أعضائه بتوفير سبل العيش الكريم ونلمس ذلك جديا بالمادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان،[1] والتي تفيد بأن لكل فرد باعتباره عضوا في المجتمع الحق في الحصول على إشباع حاجاته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا غنى لكرامته عنها واستدرجت المادة 25 أيضا تنص بأن لكل فرد الحق في أن يعيش في مستوى يكفل له ولأسرته الصحة والرفاهية، وبصفة خاصة يضمن له الغذاء والكساء والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في التأمين في حالة مرضه وعجزه وترمله وشيخوخته، وفي الحالات الأخرى التي يفقد فيها وسائل عيشه لأسباب خارجة عن إرادته.

وفي سبيل تحقيق ذلك تحرص الدولة على رسم السياسة الاجتماعية التي تعبر عن الموجهات العامة لاتخاذ القرارات التخطيطية تحقيقا للأهداف المأمولة، تتحدد بموجبها المجالات المختلفة للرعاية الاجتماعية، وتحسسا لتطلعات المجتمع وتحقيقا للحد الأدنى المطلوب تسعى دولة الرعاية إلى تلبية كل الحاجات عن طريق مؤسسات الرعاية الاجتماعية من مؤسسات تعليمية، صحية، اجتماعية وإنتاجية، والكل وفق أساليب تنبثق عن تخطيط اجتماعي وفي ظل تشريعات اجتماعية.

ولا شك أن الخدمات الصحية تعد مطلب أساسيا وحيويا في حياة الإنسان، وحتميا في حياة المجتمع، ولهذا نجد المجتمعات الإنسانية على اختلاف نظمها السياسية والاقتصادية تضعها ضمن أهدافها الاستراتيجية وفق أنظمة صحية تأخذ بعين الاعتبار المتطلبات الاقتصادية والاجتماعية وغيرها من العوامل ذات الدلالة، بتوفير كل الإمكانيات المناسبة والمتناسبة في مؤسساتها الصحية ومختلف القطاعات ذات الاهتمام المشترك، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية انتهاء الى أداء وظيفتها الاجتماعية في مجال الصحة وتحقيقا للرعاية الاجتماعية كمفهوم أعم وأشمل.

وترتيبا على هكذا تمهيد تبرز إشكالية البحث في مدى فاعلية المنظومة الوطنية للصحة في ضوء توجهاتها في ترسيخ الحق في الرعاية الصحية وتسخير الخدمات الصحية سبيلا إلى تحقيق الرعاية الاجتماعية ويكون جديرا بنا من حيث الطرح الجدي للفكرة أن نتناول الموضوع بدءا بالتعرف على مدى الارتباط بين الخدمات الصحية ومفهوم الرعاية الاجتماعية، لنعرج بعدها على واقع الخدمات الصحية في ضوء المنظومة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق الرعاية الاجتماعية، وفي سبيل ذلك نتعرض إلى الرعاية الاجتماعية ومتطلبات الخدمة الصحية في مبحث أول ثم المنظومة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق الرعاية الاجتماعية في مبحث ثاني.

المبحث الأول: الرعاية الاجتماعية ومتطلبات الخدمة الصحية

تشكل خدمات الرعاية الاجتماعية نسيجا محكما لتحقيق السياسة الاجتماعية العامة، والتي تنسحب على مختلف الأصعدة، لعل أهمها خدمات الرعاية الاجتماعية المتصلة بالصحة العامة، وإزاء ذلك تتجلى ثنائية الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية بما يشكل حلقة وصل مهمة بين الجزء والكل في إحدى جوانب الحياة الانسانية، ومزيجا بين المفاهيم الاجتماعية والقانونية ذات الدلالة على الأهمية والربط، وهو ما نبغي التفصيل فيه بالوجه الذي تتضح معه معالم العلاقة وتمهد لما يأتي بعدها من شروحات ذات دلالة قانونية وذلك من خلال تبيان مفهوم الرعاية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة في مطلب أول يليه مطلب ثاني بعنوان المشكلات الصحية وعلاقتها بالظروف الاجتماعية.

المطلب الأول: مفهوم الرعاية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة

تتأثر الجوانب الحياتية للفرد بما يحصل من تطورات ومتغيرات على مختلف الأصعدة، ما ينعكس على المتطلبات الاجتماعية على اختلاف مسمياتها ومستوياتها، بما يزيد من عبء الدولة في تحقيق الرعاية الاجتماعية، وتحتل الخدمات الصحية في مجموعها مساحة كبيرة من هذه المتطلبات على اعتبار أن الحق في العيش الكريم كمقوم للحياة الانسانية الكريمة يجب ان يتكأ على الحق في الصحة، هذا الأخير الذي بدوره

يرتكن إلى جملة من الخدمات تتسع لتلبية كل الحاجات الصحية، ومن هنا تبرز معالم البحث في علاقة الرعاية الاجتماعية بالصحة من خلال الوقوف بداية على مفهوم الرعاية الاجتماعية في فرع أول، ليتسنى لنا بعدها الربط بين المفاهيم بالوقوف على المفهوم الاجتماعي للصحة.

الفرع الأول: مفهوم الرعاية الاجتماعية

ما من شك أن حاجات الإنسان زادت وتنوعت، بالقدر الذي أصبح معه إشباعها لا يقتصر على الذاتية وإنما يرتبط حتما بالجماعة، فالفقر والأمية، والمرض والعجز، والانحراف والجريمة، والبطالة والطلاق وغيرها كلها مشكلات اجتماعية تلازم المجتمع الإنساني شأن المرض الذي يلازم الجسم الإنساني بشكل تنازلي،[2] ومن هذا يبرز دور الجماعة ممثلة في الدولة لتخطي هذه المشكلات وتجاوز الأزمات التي قد تنجر بفعل تراكمها، على نحو يبادئ بالاحتياط لها، أو بمواجهتها متى حلت واستفحلت بأن يقضي عليها أو يخفف من حدتها، هذا الدور هو ما يصطلح عليه بنظام الرعاية الاجتماعية، حينما ترتسم الأخيرة في ظل خدمات اجتماعية تكون منطلقا لمفهوم الرعاية الاجتماعية وحائلا دون اختلالات ترتد سلبا على الفرد والمجتمع.

إذ تعد الرعاية الاجتماعية نظاما أساسيا ومنطلقا لا مناص منه لتحقيق الاستقرار والسلم الاجتماعيين، وقد مر هذا المفهوم في مسيرته عبر

محطات من العفوية والخيرية والذاتية قبل أن يرتقي نظاما وسياسة ضمن السياسة العامة في مجموعها، ومن مجرد رعاية قاصرة على فئة الفقراء والمعوزين إلى أن استقر مفهومها وثبت كحق من الحقوق الأساسية للمواطنين،[3]الغني منهم الفقير، ومن مجرد طرح أخلاقي إلى مفهوم قانوني مؤسس ومقنن بموجهات ومحددات تتسع لكثير من المجالات ينظمها المشرع بأهداف وضوابط، ما يجعل من التشريعات على اختلاف مستوياتها ركيزة أساسية في رسم وتنفيذ هذه السياسات وتفعيلها، وكلها مفاهيم تشير إلى فكرة دولة الرعاية،[4]التي تسعى جاهدة إلى ضمان مستوى من الدخل والصحة والإسكان والتعليم لكل مواطن باعتبار ذلك حقا للمواطن على دولته.[5]

وتتوسع مجالات الرعاية الاجتماعية بما يتماشى واجتماعية ثنائية الخدمات والفئات، على نحو يوسع من معالمها ويرسي وجودها، فالمتطلع لميادين الرعاية الاجتماعية سوف يخلص إلى أنها ازدادت اتساعا بتزايد الحاجات وتعقد مضمونها على مستوى حياة الفرد والمجتمع ككل، على غرار الحاجات الأساسية البيولوجية للفرد من غذاء وكساء وحضانة ورضاعة والحاجات الأساسية للحياة بالمجتمع من تعليم وصحة وتأمين اجتماعي.

وتكمن أهمية نظام الرعاية الاجتماعية في ارتباطه المباشر بقضايا المجتمع على نحو يهدف إلى اشباع الحاجات بالخدمات، وعلى الوجه الذي يرتضيه الحق في العيش الكريم،[6]ويبتغيه النهوض بالمجتمع إنماء اجتماعيا واقتصاديا، بما يجعلها وظيفة على عاتق الدولة، وظيفة تتسم

بالشمولية وتتميز بالديمومة وغايتها إنمائية،[7] الأمر الذي يحدو بالحكومات إلى رسم سياسات للرعاية الاجتماعية تستجيب لخصوصيات المجتمع ومقدرات الدولة، وتستوجب مراجعة مستمرة كضرورة استراتيجية لمواجهة التحديات في كل مرة أو على حين غرة، لضمان الاستقرار السياسي والسلم الاجتماعي.

ومن ثم فإن استجماع تلك الأهمية ومن ورائها الأهداف والمجالات يفيد قولا أن الرعاية الاجتماعية تشكل نسقا كاملا متكاملا من الخدمات المتوافرة والمتاحة، والأنشطة والبرامج المتنوعة والنوعية، الدائمة والعارضة، تسطرها وتنفذها القطاعات الحكومية، ويشارك فيها الجميع بما فيه المجتمع المدني، بالشكل الذي يخدم تحسين المستويات المعيشية وتوفير الحد الأدنى بما يؤمن متطلبات الحياة الكريمة كحق من حقوق الإنسان بالمقام الأول.

وإذ نركز في موضوعنا على فكرة الخدمات الصحية فذلك على اعتبارها أحد الاهتمامات الرئيسية في برامج الرعاية الاجتماعية، تطلعا للارتقاء إلى مستوى الرفاهية العامة للمجتمع، فتحسن المستوى العام للصحة ومنه صحة العمال على سبيل المثال والأهمية، والحيلولة دون الأخطار التي ترافقهم عبر مسارهم المهني،[8] من شأنه أن يرتد إيجابا على مستوى الإنتاج والإنتاجية، ذلك أن تدني مستوى الرعاية الصحية ينعكس سلبا على جهود التنمية.

فلا شك أن الخدمات الصحية وإن كانت ترمو بالأساس إلى تحقيق هدف على المستوى الشخصي في علاج المريض ووقايته، إلا أن ذلك ينعكس حتما على المستوى الجماعي، بأن يعود نفعه وثماره على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فتحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن لا محاله المحافظة على رأس المال البشري من جهة، ومن جهة أخرى يؤدي تحسين الحالة الصحية للفرد إلى زيادة فعاليته في الإنتاج وما يستتبعها من زيادة في الناتج القومي، لذا فان الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط وإنما مرجعه الدافع الاقتصادي كذلك،[9] وهو ما يبرر اعتبار خدمات الرعاية الصحية مزيجا بين الاستثمار والاستهلاك بالمفهوم الاقتصادي، فالخدمات المقدمة لعلاج الألم والمعاناة لدى كبار السن تعتبر استهلاكا، بينما الخدمات الصحية التي تقدم إلى باقي الفئات العمرية تعد استثمارا، وهو ما يجب أخذه بعين الاعتبار عند وضع السياسات المالية للإنفاق على القطاع الصحي.[10]

ولهذا إذا كان من الصعب تحقيق تنمية دون رعاية اجتماعية، فإن الصعوبة ذاتها وأكثر تطرح عند محاولة تحقيق رعاية اجتماعية من دون رعاية صحية مناسبة، ويزداد الأمر تعقيدا في حال تجاهل التكامل ما بين الصحة والبيئة الاجتماعية، ولذا فقد أسال موضوع الصحة العامة حبر الكثيرين ولم يعد يشغل بال الأطباء فحسب، ولا حكرا على الطب والتطبيب، وإنما امتد ليحظى باهتمام بالغ لدى المهتمين بالسياسة بحكم الحاجة إلى سياسة اجتماعية عامة، وكذا إدراك علماء الاجتماع لمفهوم

اجتماعي للصحة انطلاقا من مفهوم صحة الجماعة أو المجتمع، تأكيدا على الصلة الوثيقة بين الصحة والظروف الاجتماعية، وهو ما نحاول استيضاحه فيما سيطرح من أفكار لاحقا.

الفرع الثاني: المفهوم الاجتماعي للصحة

قد يتبادر إلى الذهن أن المراد بالصحة هو خلو الجسم من المرض وأن مهنة الطب دون غيرها هي المعول عليها في العلاج، غير أن المنظمة العالمية للصحة أعطت للصحة مفهوما أوسع وأشمل، بلغت به بعدا آخر أين جاء في ديباجة دستورها[11]أن"الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز" وهو ما يتماشى إلى حد كبير ومضمون المادة الثانية من قانون الصحة [12]"تساهم حماية الصحة وترقيتها في الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية للشخص ورقيه في المجتمع، وتشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية".

وهكذا يتوقف مدلول الصحة بصفة عامة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم،[13]ما يعبر عن حالة من اللياقة البدنية والراحة النفسية والاجتماعية الكاملة،[14]كعناصر أساسية يقوم عليها مفهوم الصحة، وبما يفيد أن الانسان وحدة بيولوجية ونفسية واجتماعية متكاملة،[15]من منطلق أن الصحة لها مفهوم آخر نسبي يستقى من القيم

الاجتماعية للإنسان[16] بوصفه اجتماعي بطبعه يعيش في المجتمع ويحتك بغيره ويتفاعل مع متغيراته.

وهو ما يفسر على أن الصحة تقوم على تقوم على ثلاثة عناصر متغايرة وإن كانت متكاملة بالنتيجة، عنصر أول يمثله الجانب البدني وعنصر ثاني يتمثل في الجانب النفسي والعقلي، وآخر يمثله الجانب الاجتماعي،[17] وإذا كان التكامل متوافر في هذه العناصر، إلا أن عبارة الكمال أو الاكتمال الذي يتغنى بها التعريف المتوافق عليه دوليا بموجب دستور المنظمة العالمية للصحة، يجعله بعيد المنال عند ربطه بواقعية ظروف وأحوال الأفراد ومقدرات الدولة، ما دفع بالكثيرين إلى محاولة تبني تعريف آخر أكثر واقعية على غرار العالم بركنز بأن "الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم المختلفة، وتنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها".[18]

ولعل تلك العوامل أو المؤثرات والخارجية تحديدا ما يجعلنا أمام مفهوم مغاير للصحة، هو مصطلح الصحة العامة كمصطلح مركب، يشكل فيه الأول منطلقا ونتيجة ويمثل فيه الثاني مستهدفا يعبر عن عامة المستفيدين من خدمات الصحة، ما أدخل علم الاجتماع على خط الدراسات، بطرح الأسباب وبحث المسببات وتلمس الحلول، على اعتباره علما يعنى بدراسة التفاعلات الاجتماعية للإنسان في وسط المجموعات والمجتمعات.

فإذا كان علم الطب يعنى بتشخيص وعلاج الفرد وينظر إليه كحالة مرضية، فإن الأمر يستوجب البدء بادراك المعطيات الاجتماعية التي يعيشها لعلها تكون عاملا مرضيا، وعلى هذا الأساس يتجلى إدراك أهمية علم الاجتماع الطبي والذي يتمحور دوره الأساسي أيضا في إدراك الأطباء المبادئ الأولى لدراسة السلوك الإنساني قبل دراستهم للطب بالمفهوم الفني، ما جعل علم الاجتماع يعرف الصحة العامة على أنها علم يعنى بتشخيص وعلاج المجتمع، أي لا يستهدف المريض كحالة مرضية، وإنما يستهدف المرض بكل أبعاده ومفاهيمه الاجتماعية.

وفي هذا السياق يعرف العالم **Winslow** الصحة العامة على أنها " علم الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر وللعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة".[19]

وعرفها البنك الدولي بأنها "القدرة على تحقيق الصحة داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة

مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع ملتزما مع ظروف المناخ والبيئة".[20]

وهكذا فإن الاهتمام بالصحة العامة جعل منها محلا وعاء لمصطلحات عدة، منها علم الصحة، صحة البيئة، الطب الوقائي، الطب الاجتماعي، الصحة الاجتماعية، وكلها تعبر عن تطور تاريخي لمفهوم الصحة بدءا من الصحة الشخصية والتي تفيد اهتماما من لدن الفرد بصحته من تغذية ونظافة، وراحة وعمل ورياضة، وفي تطور لاحق ظهرت فكرة صحة البيئة، تدعيما لفكرة حق الانسان في البيئة،[21]والتي تفيد أنها علم وفن حفظ وتحسين وتجميل البيئة والقضاء على مشاكلها، كالحرص على المياه الصالحة للشرب وتصريف المياه القذرة وجمع القمامات والتخلص منها، وتسيير النفايات،[22]ومكافحة الحشرات الضارة ومنع الغازات السامة، ومكافحة النواقل للأمراض من الحيوانات، وكلها لا شك مضرة بالصحة العامة، ثم أن الطب الوقائي من جهته يعد علم وفن الوقاية من الأمراض سواء على المستوى الفردي أو على المستوى الجماعي فعلى المستوى الفردي يرتبط هذا الطب بصحة الفرد كأخذ التلقيحات التي تحول دون وقوعه ضحية بعض الأمراض، أو العلاج المبكر لحالات مرضية قبل حدوث مضاعفات، أو منع وتأخير المضاعفات لبعض الحالات المرضية غير القابلة للوقاية المطلقة والشفاء التام، وعلى المستوى الجماعي يعني وقاية المجتمع ككل من الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة والعابرة للحدود.

وهكذا فإن مفهوم الصحة العامة أعم و أوسع من الحلقات الضيقة لمفاهيم الصحة الشخصية أو صحة البيئة أو الطب الوقائي أو الطب الاجتماعي، فالصحة العامة تشمل كل تلك المفاهيم مضافا إليها الإجراءات الإدارية مثل التخطيط والتنظيم والإحصاء والتفتيش الصحي والتربية الصحية وخدمات الصحة العامة وإدارة الوحدات الصحية، ضف إليه مستوى المعيشة والتعليم وظروف العمل وكل ما من شأنه التأثير على الصحة العامة.[23]

وبما يعطي مفهوما إجرائيا[24]للصحة العامة مفاده أنها علم وفن يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية، باعتماد تدابير تبتغي الفعالية الجودة في الخدمات الصحية المقدمة على نحو من المساواة والتوزيع العادل والمتوازن، وبما يكفل الشمولية، وبتمويل فاعل يلبي ويغطي جميع احتياجات الأفراد، ذلك أن الدولة عندما ترسم أهدافا لضمان الصحة العامة وترقيتها لابد وأن تأخذ بعين الاعتبار شتى المعطيات التي تسهم في ذلك، وتعول على إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والقطاعات المختلفة من أجل تحقيق الأهداف الصحية.[25]

بل أن مفهوم الصحة أخذ بعدا دوليا تحت مسمى الصحة الدولية، والتي تفيد تطبيق مبادئ الصحة العامة على المشاكل الصحية والتحديات التي تتجاوز الحدود الوطنية، ومجموعة التدابير المقبولة عالميا،[26]شأن

اللوائح الصحية الدولية التي تشكل الإطار التشريعي الدولي لمواجهة الأمراض العابرة للحدود على غرار وباء فيروس كورونا (كوفيد19)، ومن ثم فإن مفهوم الصحة الدولية كاهتمام مشترك تشكل على إثره بالنتيجة فرعا من فروع القانون الدولي تحت مسمى القانون الدولي الصحي، يتعلق بمكافحة الأمراض المعدية على غرار برامج مكافحة الملاريا والايدز ناهيك عن القواعد القانونية الدولية الصحية المتعلقة بالبيئة وأخرى متعلقة بالتغذية، كما وتصوب هذه القواعد اهتمامها نحو الفئات على اختلاف ظروفهم شأن صحة العمال والمسجونين والمعوقين، وعلى اختلاف أعمارهم شأن الطفولة والمسنين.

المطلب الثاني: المشكلات الصحية وعلاقتها بالظروف الاجتماعية

العلاقة بين الصحة والبيئة الاجتماعية التي يعيشها الفرد هي علاقة تأثير وتأثر، خاصة عندما نحاول تبني ثنائية الصحة والمرض معا وربطها بالظروف الاجتماعية وأكثر بالأهداف الإنمائية المأمولة، ما يجعل من الظاهرة لا تتميز بالثبات المطلق وإنما تتأثر حتما بالسياق المجتمعي وبمختلف العوامل ذات الأبعاد السياسية والاقتصادية والبيئية، وهو ما جعل لعلم الاجتماع نصيبا في الدراسات والبحوث برصد الأسباب وتلمس الحلول، محاولة منه تأصيل الظاهرة اجتماعيا ليكون لعلم القانون من بعده الدور في تصور الحلول القانونية وإفراغها في قالب تشريعي، تعبيرا عن سياسة تشريعية تحت مسمى المنظومة الوطنية لصحة، على نحو ما

سنوضح أكثر لاحقا، وكله مدعاة على بحث هذه العلاقة في سبيل استكمال معالم وجوانب الرعاية الاجتماعية في مجموعها وبمختلف مشاكلها وحلولها، وهو ما نستهدفه من خلال إدراك تأثير العوامل الاجتماعية على واقع الصحة والمرض في فرع أول وإبراز دور علم الاجتماع الطبي في رصد الأسباب وتلمس الحلول في فرع ثاني.

الفرع الأول: تأثير العوامل الاجتماعية على واقع الصحة والمرض

ما من شك أن الإنسان اجتماعي بطبعه، يولد ويتربى ويتمدرس ويعمل ويمارس كل أدوار حياته في بيئات اجتماعية مختلفة، وكلها تشابك فيما بينها، تتفاعل تتأثر وتؤثر، لتشكل في نهاية المطاف نمط الحياة الذي يحياه الفرد داخل المجتمع، ومن ثم فإن أي مشكلة تعترضه إلا وتكون نتاج تأثير ظرف أو أكثر، ومنها المشكلات الصحية التي قد تجتاح حالته النفسية أو العقلية أو الجسدية والاجتماعية عامة .

ذلك أن الصحة العامة في واقع الحال هي توازن بين الإنسان والوسط الذي يحيا فيه، فالأخطار المهنية[27] ورداءة المسكن والفقر وانتشار الأوبئة والأمراض المعدية وغير ذلك من المشكلات الاجتماعية، من شأنها أن تنعكس سلبا على واقع الصحة العامة، بما يعبر عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية على الصحة العامة، الأمر الذي يستوجب لفت الأنظار إلى اجتماعية الصحة العامة وما تفرضه من دراسات وحلول اجتماعية.

فعلاج الأمراض كي يكون مثمرا لابد أن يراعي فيه اعتبارات اجتماعية يمكن استغلالها في العلاج، فالمريض يتأثر بالوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وبيئة المستشفى الذي يعالج فيها، وشخصية الطبيب الذي يقوم بمداواته، وكلها عوامل تتفاعل تؤثر وتتأثر، كما أن لا شك أن التنمية الصناعية جلبت ولازالت العديد من الأخطار الصحية، سواء في بيئة العمل أو خارجها، فهذه المشاكل الصحية يكون من الأفضل لو عولجت في رحلة تخطيط مبكرة، فهذه الأخطار وإن كانت سنة كل تطور، إلا أنه لابد بالمقابل من لمسات صحية للقضاء عليها أو التخفيف من حدتها.

فكثيرة هي الأمراض التي مردها أسباب غير مرضية بالمفهوم الخالص لعلوم الطب، وإنما مبعثها عوامل أخرى أهمها:

– الفقر وانخفاض المستوى المعيشي والذي يستتبعه سوء ونقص في التغذية وإهمال في العلاج، وافتقار لشروط المسكن الصحي، هذا الأخير الذي بدوره قد يكون مسببا لأمراض جلدية وصدرية شأن مرض الربو.

– الجهل والأمية وما يترتب عنها من نقص في الوعي بما يتعلق بشؤون الصحة وخبايا الطب، وأسباب المرض وأعراضه وطرق الوقاية منه، وأهمية العلاج المبكر في صورة التشخيصات المبكرة لبعض الأمراض، وعدم الاهتمام بالرياضة، وكله يعبر عن افتقار أو عدم تفعيل لمفهوم التربية الصحية.

– انعدام شروط الوقاية الصحية في بيئة العمل وما يستتبعه من امراض ومخاطر مهني.

– سوء تسيير النفايات على اختلافها الاستشفائية والاشعاعية والصناعية وغيرها، وما يترتب عنها من تلوث وأضرار بيئية ترتد سلبا على التوازن البيئي، وتؤثر على صحة النبات والحيوان والإنسان بالنتيجة.

– المعتقدات الخاطئة، فكثيرا ما يسلم البعض بالقضاء والقدر، وهو فهم خاطئ لأنه من مقاصد الشرع الحكيم حفظ الصحة بحفظ النفس والعقل والنسل، أو اعتقاد البعض بأن العلاج المجاني غير مجد، وبالتالي لا يقبلون على الرعاية الصحية بالمؤسسات الصحية العامة والمجانية، ومع عدم قدرتهم على دفع التكاليف الباهظة للعلاج في مؤسسات القطاع الخاص نجدهم يفضلون اللجوء إلى أساليب غير علمية في تفسير بعض الأمراض وغير آمنة في علاجها، كتأثرهم بفكرة الحسد مما يجعل البعض يلفون أطفالهم في ملابس قذرة حتى لا يلفتون الانتباه، أو اللجوء إلى الكي بالنار كعلاج بصورة عشوائية أو الحجامة بالوسائل البدائية، وغيرها من التقاليد المتوارثة والتي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك به ومقاومة كل جديد في برامج الرعاية الصحية مثل الاقتناع بالداية كوسيلة التوليد بدلا من القابلة في بعض المجتمعات.

وكلها وغيرها عوامل لها وقع سلبي، إذ تؤثر بالغا في الصحة العامة وتزيد من تدنيها، ما يؤكد بالنتيجة أهمية العلاقة بين المشكلات الصحية والظروف الاجتماعية للقول بأهمية اعتبار علم الصحة العامة من العلوم الاجتماعية. وبالتالي لا مناص من إحداث تغييرات في بعض سلوكيات

الأفراد والجماعات، خاصة عن طريق تفعيل مفهوم التربية الصحية،[28] والتثقيف الصحي من خلال برامج وحملات توعوية والتحفيز بشكل أساسي على الممارسة الفردية والجماعية للتربية البدنية والرياضية.[29]

الفرع الثاني: دور علم الاجتماع الطبي في رصد الأسباب وتلمس الحلول

ولما كانت الصحة وكما أسلفنا تكاملا بين الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية وليس مجرد خلو الجسم من المرض أو العجز، فهي بهذا لا تستنهض همة الأطباء فحسب، ولا ترتكن إلى الوقاية من الأمراض فقط، وإنما لابد من الارتقاء بها من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع تسري على العديد من المجالات، ما يوسع من مفهومها من صحة بدنية ونفسية وعقلية، وأخرى إنجابية وجنسية، وصحة وقائية وعلاجية ومهنية وبيئية وخلافه، وهو ما يرسخ من جانب آخر فكرة المفهوم الاجتماعي للصحة، الذي يستتبعه توسع في مفهوم الصحة والحق في الصحة، نظرا لارتباط هذا الحق بعديد الحقوق كالحق في السلامة المهنية والمرورية والغذائية والبيئية، والحق في مسكن صحي، والحق في المعلومة الصحية، والحق في التربية الصحية، والحق في المياه الصالحة للشرب، والحق في الراحة وفي العطل المرضية، وغيرها من الحقوق ذات العلاقة.

وهكذا أصبح الجانب الاجتماعي عنصرا أساسيا من عناصر تعريف الصحة نتاج العلاقة السببية ما بين المشكلات الصحية والظروف

الاجتماعية، فنجد مصطلح الصحة العامة ينبني على لفظين هما الصحة والعامة هذا اللفظ الأخير الذي يعني المستفيدين من خدمات الصحة وهم عامة الناس، الأمر الذي يتطلب دراسة المشاكل الصحية لهؤلاء على ضوء الظروف الاجتماعية العامة، فالفلسفة الحديثة للصحة قد تحولت من الانشغال بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع ككل، ما يدفع للقول بحتمية الامتثال إلى جانبين مهمين في تحقيق الصحة، الأول إيجابي يتعلق بإعداد الفرد والمجتمع للقيام بوظائفهما والثاني سلبي يتعلق بمكافحة الأمراض سواء على مستوى الفرد أو المجتمع.[30]

ومن ثم برز إلى الواجهة علم الاجتماع الطبي كعلم مستقل عن علم الاجتماع وعلم الطب، يهتم بقضايا الصحة والمرض في إطارها البيئي الاجتماعي، محاولا فهمها وبحث مسبباتها عبر الواقع الاجتماعي والجغرافي الذي لا يمكن تجاهله، ربطا بشتى المعطيات الاجتماعية التي يعيشها الفرد ومختلف العوامل الوراثية والبيولوجية والاقتصادية، ونوعية الفئات التي ينتمي اليها، والبيئة الطبيعية والجغرافية التي يحيا فيها.

وهكذا فإن علم الاجتماع الطبي وانطلاقا من المفهوم الاجتماعي الصحة، يعبر عن مدى اعتبار الطب علما اجتماعيا والذي بدأت فكرته تتبلور في القرن 19، من منطلق اعتبار صحة الناس مسؤولية مباشرة على عاتق المجتمع، وأن العوامل الاجتماعية لها آثار هامة على الصحة والمرض، ومن ثم فإن الرفع من مستوى الصحة يستلزم بالضرورة الاعتماد

على رفع المستوى الاجتماعي، فالرعاية الطبية وحدها لا تكفي بل يجب أن تسير جنبا إلى جنب مع الرعاية الاجتماعية، حتى أنه من بين أبسط التعريفات ما جاءت تفيد أن الصحة العامة هي ما علينا كمجتمع أن نفعله معا لضمان الظروف التي يمكن للناس فيها أن يكونوا أصحاء، ولذا فالصحة العامة تسعى إلى التأثير في الظروف الاجتماعية لتمكين الأفراد من أن يكونوا في صحة جيدة، ما يؤدي بالضرورة الى ضمان الحصول على الرعاية الصحية، وتشمل جملة الجهود الموجهة لضمان الفرص الاجتماعية كالتعليم لما له مندور في تعزيز التربية الصحية، والحرص على البيئة الصحية والسلامة المهنية، والوقاية من التهديدات الاجتماعية كالعنف وغيره.[31]

وعلى هذا النحو فإن أهداف علم الاجتماع الطبي تصوّب جميعها نحو الاهتمام بالفرد من جميع جوانبه البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وفهم طبيعة المعطيات الاجتماعية على وجه الخصوص وفرزها وتمييزها عن الأمراض العضوية والنفسية والعقلية، ومن ثم تحديد أسباب الأمراض ومسبباتها وانعكاساتها وتفاعلاتها ونتائجها وسبل التصدي لها بالوقاية والعلاج، وإزاء ذلك تتحدد مجالات اهتمام علم اجتماع الطبي بدراسة مختلف الجوانب المؤثرة في الصحة والمرض عن طريق إدراك وفهم مسبقين للمؤثرات البيئية، سواء البيئة الجغرافية أو الطبيعية على غرار مفاعيل الطقس من رطوبة وحرارة وغيرها من عوامل التضاريس الساحلية والصحراوية والجبلية أو البيئة البيولوجية التي تفسر علاقة كثير من

المؤشرات الديموغرافية مثل السن والجنس بالصحة والمرض، ناهيك عن البيئة المهنية والتي تؤثر بدورها في الصحة والمرض.

وقد تنعكس الآية بأن تؤثر الأمراض على الفرد والمجتمع، وتنعكس على البناء الاجتماعي والنهوض الاقتصادي، فنكون إزاء مشكلات اجتماعية وعلاقتها بالصحة والمرض، فإذا كانت الصحة دليلا على قدرات الفرد واستثمارها في العمل والفاعلية والتفاعل والاستقرار، بما يعود من نفع يرتد عليه وعلى المجتمع، فإن أي مرض قد يعتريه ويستفحل فيه سيؤدي إلى توقفه عن العمل وتراجع فاعليته وتفاعله مع غيره وقدرته على بناء العلاقات الاجتماعية، ناهيك عن احتمالية العجز والبطالة أو الطلاق والوفاة، وما يستتبعها من تفكك أسري، فضلا على أن الصحة مؤشرا ديموغرافيا على زيادة النسمة ما يمكّن من الاستثمار في الطاقة البشرية، بخلاف انتشار واستفحال الأمراض في المجتمع وزيادة معدلات الوفيات وما يترتب عنهما من تناقص في النسمة على نحو يصعب معه بلوغ الأهداف وتحقيق الاستراتيجيات التنموية على الوجه المأمول، أضف إليه أن الصحة مؤشر هام على التقليص من الفاتورة التي تتحملها الدولة بمناسبة ميزانية الصحة، في حين الأمراض وكثرتها واستفحالها يزيد من عبئها.

المبحث الثاني: المنظومة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق الرعاية الاجتماعية

لا شك أن تعريف المنظومة الصحية، يكاد يكون سهلا للغاية إذا ما قلنا أنها مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية الصحة وترقيتها فتلك الأعمال ومنها الخدمات الصحية على اختلاف مستوياتها ومسمياتها، وتلك الوسائل ومنها الهياكل والمؤسسات الصحية على تعدادها وامتداداها وتنوعها، كلها لها أهمية بالغة في ترقية واقع الصحة العامة، لذا تولي السياسة العامة الاجتماعية اهتماما بالرعاية الصحية وتضعها في أولوياتها من منطلق أن حماية الصحة وترقيتها تساهم في الرفاهية البدنية والنفسية والاجتماعية للإنسان، بل وتشكلان إحدى العوامل الأساسية في النهوض بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية للدولة.

وبغية تحقيق ذلك تعكف الدولة على رسم سياسة وطنية للصحة، تركز فيها اهتمامها على حماية صحة الفرد والجماعة بتوفير علاجات متناسبة للأمراض، وتحسين ظروف المعيشة والعمل، وتطوير سبل الوقاية من الأمراض والأخطار، والاهتمام بالتربية الصحية وبحماية المستهلك والبيئة وبسلامة المحيط.[32]

وعليه يبدو واضحا أن الموضوع ينحدر من فكر حقوقي ويصب في حق المواطن في الرعاية الصحية وواجب الدولة في ضمان هذا الحق الأمر الذي يدفعنا نبحث عن الضمانات القانونية التي حرص المشرع على إقرارها في هذا المجال، وصولا إلى مدى كفاية التدابير التي تم ترسيخها من قبل المشرع على أمل تسخيرها على أرض الواقع بما يخدم الفرد والمجتمع، وبالشكل الذي يتيح للمواطن تلمس الخدمات الصحية ويسمح

للدولة بأداء وظيفتها الاجتماعية، وهو ما نبتغي تبيانه في ضوء الشروحات أدناه من خلال مطلب أول بعنوان الضمانات القانونية في ضوء توجهات المنظومة الوطنية للصحة، يليه عنوان الخدمات الصحية وثنائية تدابير الحماية والوقاية في مطلب ثاني.

المطلب الأول: الضمانات القانونية في ضوء توجهات المنظومة الوطنية للصحة

ما من شك أن البحث في هذه الجزئية يستأهل تقفي المبادئ والأحكام في ظل ما أفرغ في قانون الصحة من نصوص وما يرافقها من نصوص أخرى مترامية عبر المنظومة التشريعية للصحية، ذات دلالة على الضمانات، والتي تشكل منطلقات حقوقية، ومبادئا وركائزا تسير عليها المنظومة الصحية، يبتغى من ورائها رعاية صحية وعلى نحو أعم رعاية اجتماعية، وهو ما نود تبيانه في جملة المفاهيم والأفكار أدناه، بدءا بعنوان تكريس وتفعيل الحق في الرعاية الصحية في فرع أول، فعنوان مبادئ المنظومة الوطنية للصحة في فرع ثاني.

الفرع الأول: تكريس وتفعيل الحق في الرعاية الصحية

يعتبر الحق في الرعاية الصحية حقا دستوريا، إذ تنص المادة 66 من الدستور "الرعاية الصحية حق للمواطنين. تتكفل الدولة بالوقاية من

الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها. تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين".

ويتأتى التكريس الدستوري لهذا الحق عن قناعة راسخة بأنه حق من الحقوق الأساسية للإنسان، يجد له منطلقات تشريعية دولية، تعد فيه المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية من أوضحها وأهمها "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، ناهيك عن عديد النصوص المترامية في الاتفاقيات الدولية والإقليمية التي يتوارى خلفها الحق في الصحة باعتباره حقا شاملا يرتبط بعديد الحقوق.

ولم تتوارى السلطة التشريعية في الجزائر على غرار السلطات التشريعات المقارنة عن وضع إطار قانوني يخص مجال الصحة، على نحو يسهم في رسم المبادئ والأحكام العامة، ويعمل على توفير سبل العلاج والوقاية بما يضمن حمايتها وترقيتها، ويجسد الحقوق والواجبات المتعلقة بها.

فقد أكد المشرع بالمادة 08 من قانون الصحة على واجبات الدولة في تفعيل هذا الحق بما يضمن تجسيده كحق من الحقوق الأساسية للفرد على نحو ربطه ابتداء بتعميم خدمات القطاع العمومي للصحة عبر كامل التراب الوطني بالوجه الذي تتحقق معه الشمولية والمساواة، وتفعيله من جهة أخرى بالنص على الحق في الحماية والوقاية والعلاج والمرافقة التي تستوجبها الحالة المرضية والصحية للفرد على مر المراحل العمرية التي

يعيشها، وفي كل حيز جغرافي وطني يعيش أو يتواجد فيه، بما يخلق نوعا من الانسجام ويحافظ على المساواة والشمولية اللتان ترتكزان عليهما المنظومة الصحية في سياستها وتنظيمها، ويشكل من جانب آخر إحدى الضمانات التي أخذتها الدولة على عاتقها في توفير وتنظيم الحماية والوقاية والترقية في مجال الصحة عملا بالمادة 14 من قانون الصحة.

وإذا كان ما سبق يدل على ضمانات تكرس الحق في الرعاية الصحية وتفعله، فإنه يكون من الأهمية أن نؤكد على المتوافر تشريعا من ضمانات لحماية هذا الحق تحول دون إهداره أو الانتقاص منه، تتمثل أساسا في الحق في التظلم والحق في التقاضي، فقد جاءت المادة 28 من قانون الصحة تفيد حق المريض أو من يمثله قانونا في إيداع طعن أمام لجنة الصلح والوساطة في حال خرق حق من حقوقه، في مقدمتها حقه في العلاج أو مجانية العلاج أو ما يرافقهما ويخالطهما من مفاهيم حقوقية يليه حق في التقاضي مكرس قانونا بالمادتين157و158 من الدستور،[33]والمادة 03 من قانون الاجراءات المدنية والإدارية.[34]

وتجدر الإشارة أنه على الرغم من التحولات الاقتصادية التي شهدتها الجزائر وتوجهها نحو تحرير الخدمات الصحية، إلا منظومتها الصحية لا تزال ترتكز بالأساس وبشكل قوي على القطاع العام ومجانيته،[35]وبالمقابل فإن فتح المجال للخواص للاستثمار في قطاع الصحة، وإن كان انعكاسا صادقا لتضييق مجال تدخل الدولة فهو أيضا تعبيرا عن عجز الدولة عن

ضمان الخدمات الصحية بالتعويل على القطاع العام، أمام تحديات الجغرافيا والديموغرافيا، فكان لزاما إشراك القطاع الخاص[36]للاستثمار في النشاط الاستشفائي، وبشكل أضحى يضاهي خدمات المستشفيات العامة، ناهيك عن إقحام المؤسسات الخاصة للصحة في القيام بهمه الخدمة العمومية للصحة[37]لضمان تغطية صحية بشكل دائم في المناطق التي تكون فيها التغطية الصحية غير كافية، وذلك على أساس تنفيذ برامج وطنية وجهوية للصحة وفق ترتيبات وضوابط سيفرج عنها التنظيم.[38]

ثم لا شك أن مجانية الخدمات العلاجية تعد أهم مكسب في هذا المجال، والتي على الرغم من تراجعها نسبيا بفعل فرض مقابل رمزي، إلا أنها لا تزال تشكل طابعا عاما وتحضى بها شريحة هامة من المجتمع، وأهم ما يلاحظ أن دستور 1989 و1996 تراجعا عن التأكيد على مجانية الخدمات الصحية بخلاف حرفية المادة 67 من دستور 1976[39] الأمر الذي كان يتطلب تعديل المادة 20 من قانون 85-05 [40]التي لم تكن تتماشى ومضمون الدستور بحكم اختلاف التاريخ والحرفية والمضمون وهو ما تحقق نسبيا مع المادة 13 من قانون الصحة (الجديد رقم 11/18) والتي أدلت على بقاء الدولة دولة رعاية متمسكة بتحقيق سبل الرعاية ومفاعيلها، ومن ذلك التأكيد على التزامها بمجانية العلاج ولكل المواطنين وعبر كامل التراب الوطني، بما يؤكد مرة أخرى على متطلبات المساواة والشمولية في هذا الجانب من جوانب الخدمات العمومية للصحية.

ولما كانت فاتورة هذا الالتزام تشكل عبئا ثقيلا على كاهل الخزينة العامة، فهذا ما دفع إلى اعتماد سياسة مالية أخرى في تمويل القطاع العام للصحة، بما يحقق نوعا من التوازن بين الحفاظ على المجانية بالتخفيف عن المواطن والحفاظ على المال العام بالتخفيف من عبء الميزانية، على نحو يجعل الدولة تضمن تمويل كل ما يصب في مفهوم الوقاية والتكوين والبحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والأشخاص في وضع صعب،[41] وجعل تغطية مصاريف العلاج التي تقدمها مؤسسات القطاع العام على عاتق هيئة الضمان الاجتماعي في إطار تعاقدي،[42] مع إمكانية مطالبة الأفراد المستفيدين من خدمات العلاج بالمساهمة من جهتهم، دون أن يكون عدم القدرة أو الامتناع عائقا في الحصول على العلاج سيما في حالات الاستعجال[43] وإلا كان إهدارا للحق في العلاج وتعديا على الحق في عدم التعرض للتمييز طبقا للمادة 3/21 من قانون الصحة، في حال اعتبار مثل هكذا حالة مبررا للامتناع عن تقديم العلاج.

وما عداه من برامج[44] تخص الاستثمار والوقاية وحفظ الصحة والتربية الصحية تلتزم الجماعات المحلية بالاشتراك في تمويله، في حين تساهم المؤسسات الاقتصادية في تمويل كل ما يتعلق بأعمال مبرمجة لها ارتباطات بمفهوم طب العمل وترقية الصحة، مع إقحام التأمينات الاقتصادية من جهة أخرى بالاشتراك في تمويل الصحة المتعلقة بمصاريف التكفل الطبي خاصة التعويض عن الأضرار الجسدية ومنتجات الصحة.

الفرع الثاني: مبادئ المنظومة الوطنية للصحة

تعبر المنظومة الصحية عن الإطار العام الذي ترتسم فيه الموجهات العامة والأهداف الرئيسة لسد الاحتياجات الصحية العامة للأفراد، بتوفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكاملة وبتغطية مالية فاعلة ومتوازنة، والكل ابتغاء تحسين المؤشرات الصحية وتعزيزها، ويمكن القول أن أبرز الأهداف التي تسطرها المنظومة الصحية، تتمثل في التغطية الشاملة للحاجات الصحية،[45] بحيث تسعى المنظومات الصحية على اختلاف توجهاتها إلى ضمان تغطية شاملة لحاجيات الأفراد من الخدمات الصحية بامتدادها إلى مختلف المناطق ومختلف الفئات وبالأخص الفئات المعوزة،[46] من خلال تقديم جملة من الخدمات أهمها العلاجات الطبية التي تستهدف عمليات الاستكشاف والتشخيص وعلاج العلة التي قد تصيب الفرد في صحته البدنية أو النفسية أو العقلية، والوقاية الصحية[47] من خلال اتخاذ جملة من التدابير التي تحول دون وقوع بعض الأمراض أو تحد من استفحالها ومجابهتها بشتى الوسائل، كالقيام بالتلقيحات المختلفة خاصة تلك التي تتخذ بشكل إجباري[48] حفاظا على الصحة العامة، شأن ما يتخذ في مكافحة فيروس كورونا من تدابير متعددة ومتنوعة.[49]

غير أن تحقيق الأهداف التي ترسمها المنظومة الوطنية للصحة يجعلها تتكأ بالأساس على جملة من المبادئ المجتمعة والمتكاملة، تتمثل في المساواة وعدم التمييز، والشمولية والانسجام والاستمرارية.

– المساواة وعدم التمييز: تكرس هذا الحق سندات تشريعية في مقدمتها الدستور بنص المادة 32،[50]وتفعلها أكثر نصوص القانون الصحي ويدعمها قانون 05/20 المتعلق بالوقاية من التمييز وخطاب الكراهية ومكافحتهما.[51]

ولعل المتصفح والمتفحص لقانون الصحة سيجد نفسه أمام أكثر من نص قانوني يفيد في هذا المعنى، بدءا بالمادة 1/3 التي ركزت على مفهوم المساواة في الحصول على العلاج، مرورا بالمادة2/6 التي هي الأخرى أدلت على مفهوم المساوة كأحد الركائز الاساسية التي تقوم عليها المنظومة الوطنية للصحة، فالمادة 1/16 من بعدها والتي أكدت على واجب الدولة على إزالة كل مظاهر الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية إن لم نقل أن الخدمات الصحية العامة تحتل مساحة هامة من مجموع الخدمات العامة التي تقوم على مبدأ المساواة في الانتفاع بالخدمات العمومية التي تقدمها المرافق العامة، بل وتعد عملا من عوامل الديموقراطية الإدارية،[52]انتهاء إلى المادة 2/21 التي تناولت حق المريض في عدم التعرض للتمييز في الحصول على الوقاية والعلاج سيما ما تعلق منها بالأصل والدين والسن والجنس والوضعية الاجتماعية والعائلية والحالة الصحية والإعاقة.

تلك الخدمات الصحية التي تعبر في جانب منها عن الرسالة الحقيقية للطبيب، والتي يغيب عنها كل أشكال التمييز فقد نصت المادة 07 من

مدونة أخلاقيات الطب[53] "تتمثل رسالة الطبيب وجراح الأسنان في الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعاناة ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الإنسانية دون تمييز من حيث الجنس والسن والعرق والدين والجنسية والوضع الاجتماعي والعقيدة السياسية أو أي سبب آخر في السلم أو الحرب".

أما قانون الوقاية من التمييز وخطاب الكراهية ومكافحتهما فقد تناولت أحكامه[54]ما يشكل دعامة تشريعية أخرى وفاعلة في حماية الحق في عدم التعرض للتمييز، فقد نص على تجريم التمييز حينما يكون قائما على الإعاقة أو الحالة الصحية، ويستهدف أو يستتبع تعطيل أو عرقلة الاعتراف بحقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها على قدم المساواة في المجال السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي أو في أي مجال آخر من مجالات الحياة العامة، ويعاقب عليه بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 60.000دج إلى 300.000 دج، وتشدد العقوبة إذا كانت الضحية طفلا أو سهل ارتكاب الجريمة حالة الضحية الناتجة عن مرضها أو إعاقتها أو عجزها البدني أو العقلي، من سنتين إلى خمس سنوات وغرامة من 200.000دج إلى500.000 دج.

واستثناء تناولت المادة 03 ما يدخل في مفهوم التمييز الإيجابي بأن نصت على أنه لا يشكل تمييزا يعاقب عليه القانون إذا كان قد اقتصته الحالة الصحية بشأن كل عمليات هدفها الوقاية من مخاطر الوفاة أو

مخاطر المساس بالسلامة البدنية للشخص أو العجز عن العمل، أو من الإعاقة والتأمين على هذه المخاطر، أو استوجبته الحالة الصحية و/أو الإعاقة، عندما تكون سببا في رفض التشغيل المبني على عدم القدرة على العمل الثابتة طبيا، وفقا لأحكام تشريع العمل أو القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، وهذا ما يعطي دلالة على اهتمام بالصحة في ضوء المنظومة التشريعية ككل.

– الشمولية والانسجام: يعكس هذا المفهوم بثنائيته استراتيجية الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة التي تتبناها المنظومة الصحية ويشكل كلا متكاملا من المتطلبات لإشباع حاجات الأفراد بالخدمات الصحية، وركيزتين أساسيتين تقوم عليها المنظومة الصحية عملا بالمادة 06 من قانون الصحة، بما يخدم تفعيل الحق في الرعاية الصحة من جهة أولى ويحقق المساواة من جهة أخرى، وهو ما نلمسه من خلال المادة 12 من ذات القانون التي أبانت عن واجب الدولة في تجسيد الحق في الصحة من خلال تعميم خدمات القطاع الصحي العمومي عبر كامل التراب الوطني بما يخدم مفهوم الشمولية من حيث عامة المستفيدين، وجاءت المادة 266 أكثر إيضاحا بأن أدلت على أن الدولة ورفعا لتحديات الجغرافيا والديموغرافيا تأخذ على عاتقها التكفل بالأحواض السكانية عن طريق تعميم الخدمات الصحية للقطاع العمومي عبر كامل التراب الوطني، ونفسه ما قضت به المادة 5/269 تعبيرا عن أهداف الخريطة الصحية كأحد

الموجهات الرئيسية التي ترسم معالم المنظومة الوطنية للصحة لتلبية قصوى لاحتياجات الصحة، أين جاءت حرفية النص تفيد بضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني وتحسينها.

كما وينصرف مفهوم الشمولية من جهة أخرى إلى مجموع الأعمال والوسائل والبرامج الصحية التي يبتغى من ورائها الوقاية والعلاج، وكل ما هو موجه لخدمة الصحة، تركيزا على الاستشفاء والتشخيص والعلاج بكل أنواعه من علاجات قاعدية وثانوية وذات مستوى عالي واستعجالات ورعاية تلطيفية، وبنوع آخر من الشمولية امتدادا لشتى المجالات والأوساط، من خلال ضمان حماية المستهلك والبيئة وحفظ الصحة وسلامة المحيط وإطار المعيشة والعمل، والتفادي أو الحد من الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة والعابرة للحدود.

على أن هذه الشمولية يجب أن يرافقها ضابط آخر هو الانسجام الذي يتجسد في صورة ما تعتمده الخريطة الصحية من مقاييس أو معايير للتغطية الصحية، راعى فيها المشرع ضرورة تماشيها مع الحوض السكاني والخصائص الوبائية والصحية والجغرافية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وبنوع من التوزيع العادل في الخدمات الصحية والعلاجية تحديدا، طبقا للمادة 270 من قانون الصحة، ويتجسد هذا المفهوم أكثر بمنظور المادة 272 في الهياكل والمؤسسات الصحية وذات الطابع الصحي التي يتم إنشاؤها تبعا للاحتياجات الصحية للمواطنين، وما تملية دوافع وضرورات التنمية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمختلف

مناطق التراب الوطني، والمقاييس المعتمدة في الخريطة الصحية والتنظيم الصحي وكله يتماشى ومبدأ المواءمة الذي ترتكز عليه الخدمات العمومية في مجموعها، بأن تقدم وفق ما يساير حاجات الموطنين على اعتبارها حاجات تتغير وتتطور مع المتغيرات الزمنية واعتبارات أخرى، بحكم أن جميع مجالات الحياة تتسم بالتغير وعدم الثبات.[55]

– استمرارية الخدمات العلاجية: يعتبر ضمان استمرارية الخدمات العلاجية هدفا ترمو إلى تحقيقه المنظومة الصحية وجعله يرافق بقية المبادئ أو الركائز،[56]على نحو يخدم تحقيق الرعاية الصحية، وفي سبيل ذلك يلجأ المشرع إلى اعتماد نظام التعويض والاستخلاف والمناوبة تفعيلا لمبدأ استمرارية العلاج بما يخدم صحة الفرد والمجتمع، ولا شك أن مبدأ استمرارية العلاج وربطه بانتظامية واستمرارية الخدمات العامة[57]هو الدافع إلى تبني نظام الاستخلاف كنظام مغاير للتعويض طبقا للمادة 3/171 من قانون الصحة، وتجدر الإشارة أن المؤسسات الاستشفائية الخاصة بدورها تقيم وزنا لهذا المبدأ طبقا لمادة 05 من المرسوم التنفيذي 321/07. [58]

ومثل هذا التعويض أو الاستخلاف لا يتعارض من حيث المبدأ مع قواعد مهنة الطبيب وأخلاقياتها، إذا كانت تقتضيه الضرورة، شريطة أن يكون هذا الطبيب البديل ذو كفاءة تتناسب مع كفاءة الطبيب الأصلي،[59]بل ويعد والحال هذا ضمانة لاستمرار تقديم العلاج

للمريض،[60] وفي هذا أيضا مساهمة في رفع العبء على الطبيب وعلى الدولة المطالبة بإشباع الخدمات الصحية بكل الوسائل والبدائل المتاحة.

وبغية استمرارية الخدمات الصحية والعلاجية تحديدا تلزم المادة 289 من قانون الصحة كل الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة للصحة وكذا الصيدليات العمومية والخاصة على ضمان خدمة المناوبة ناهيك أنه يعد التزاما مهنيا على عاتق مهنيي الصحة، وقد نكون إزاء حالة أخرى وأكثر خصوصية، وهي حالة الطبيب الذي يمارس مهنته بصفة حرة ولكنه قد يجد نفسه مستدعى لإجراء المناوبة بإحدى الهياكل العمومية للصحة طبقا للمادة 172 من قانون الصحة، ويشكل هذا حلا من الحلول المعتمدة لمواجهة النقص في الموارد البشرية الطبية في القطاع العام، والذي من شأنه تخفيف العبء على أطباء القطاع العام، فضلا عن إسهامه في ضمان استمرارية الخدمة العمومية واستمرارية الخدمة العلاجية.

المطلب الثاني: الخدمات الصحية وثنائية تدابير الحماية والوقاية

يبدو جليا أن الوظيفة الرئيسية للمنظومة الصحية تتمثل في تقديم الخدمات الصحية على اختلاف مسمياتها ومستوياتها، سواء ما تعلق منها برعاية صحة الأشخاص (من فحوصات طبية، وتشخيص وأشعة وتحاليل وعلاجات على اختلاف الخيارات الطبية الفنية من وصف الأدوية والجراحة وإعادة التأهيل....) أو خدمات التعليم أو التوعية الصحية تعبيرا عن التربية الصحية، أو خدمات طب العمل[61] التي تستهدف صحة العمال

المهنية، أو تلك الخدمات الصحية التي تستهدف صحة البيئة، وخلافه على نحو ما أوضحنا بخصوص المفهوم الشامل للصحة وارتباطاته بالمفهوم الاجتماعي، أو الحق في الصحة وارتباطاته بعديد الحقوق، وهو ما يدعو إلى القول باتساع مفهوم الخدمات الصحية، على نحو يتطلب معه توضيح مفهومها ونطاقها وربطه بخصوصية التدابير الحمائية والوقائية، وذلك بالتطرق إلى مفهوم الخدمات الصحية ومدى اتساع نطاقها في فرع أول ثم التدابير الحماية والوقائية في فرع ثاني.

الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية ومدى اتساع نطاقها

تشكل الخدمات الصحية مجموع الخدمات المقدمة على مستوى الحيز الجغرافي للدولة اتكاء على الخريطة الصحية والتنظيم الصحي كإحدى موجهات المنظومة الوطنية للصحة، بهدف رفع المستوى الصحي سواء كانت تلك الخدمات علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مسخرة في إنتاج المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية بما يخدم العلاج من أدوية وأجهزة وبما يخدم الوقاية من لقاحات وغيرها وعلى هذا الأساس يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسين يمثلان بدورهما ثنائية العلاج والوقاية.

خدمات صحية علاجية: وهي تلك الموجهة لصحة الفرد بشكل مباشر، بهدف تخليصه من المرض عن طريق علاجه ابتغاء الشفاء النهائي

أو الحيلولة دون تفاقم المرض أو حدوث مضاعفات أو التخفيف من آلامه على الأقل، تشمل كافة خدمات الاستكشاف والتشخيص والعلاج الدوائي أو الكيميائي أو الإشعاعي أو الجراحي، بحسب ما تقتضيه الحالة المرضية للفرد ووضعه الصحي، فقد تستدعي حالته المرضية علاجا دوائيا مباشر بالمنزل، كما قد تقتضي خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفى، وما يرافقها من خدمات فندقية بالضرورة تأتيها المستشفيات عن طريق عمالها وفنييها، وهي ما تعرف بالخدمات أو الإمدادات الفندقية،[62] Les Fournitures Hôtelières ou Les Prestation Hôtelières.

خدمات صحية وقائية: وهي تلك الموجهة لصحة المجتمع، أي لعامة الأفراد ما جعلها محلا لمصطلح خدمات الصحة العامة، خاصة حينما ترتبط بمفهوم الوقاية من الأمراض المتنقلة والعابرة للحدود شأن الأوبئة على غرار وباء الناجم عن فيروس كورونا،[63]والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة،[64]وعلى الرغم أن عدم ارتباط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بشكل مباشر، إلا أنه حتما يرتد عليه بالنفع انطلاقا من أن صحة الجماعة تكمن في صحة الفرد نفسه، وعلى اعتبارها خدمات صحية مانعة، أي تستهدف وقاية صحة الفرد من احتمالية تعرضها للأمراض، ما يجعلها تشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض،[65]وكذا خدمات الرقابة

الصحية على السلامة المهنية[66]والسلامة الغذائية[67]والسلامة البيئية[68]والسلامة المرورية[69]وغيرها من أنماط الرقابة المعتمدة والمفعلة بالأجهزة والنصوص العقابية.

جملة القول أن الخدمات الصحية تشكل مزيجا متكاملا من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تستهدف إشباع الحاجات الفردية والعامة،[70]ومن ثم فهي كل الخدمات التي تستهدف الصحة علاجا وحماية ووقاية وترقية، سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع كأفراد ومجموعات وتجمعات أو البيئة كوسط يحيا فيه الأفراد، على أن هذه الخدمات الصحية وإن كانت تختلف باختلاف الأنظمة الصحية المعتمدة، متأثرة بالبيئة السياسية والاجتماعية والاقتصادية،[71]إلا أن مستوياتها لا تختلف باختلاف تلك الأنظمة، بل تثبت من حيث المستوى وتتغير فقط من حيث النوعية والجودة وتتمثل هذه المستويات في:

الرعاية الصحية الأولية: والمعبر عنها في المادة 283 من قانون الصحة بالعلاجات القاعدية أو الأولية، وتعد هدفا استراتيجيا[72]محوريا للمنظومة الصحية، أين تستمر في اعتمادها كركيزة أساسية للخدمات الصحية، وتوفيرها لجميع فئات المجتمع تجسيدا لمفهوم المساواة والشمولية، وتمثل المستوى الأول لمسار العلاج في المنظومة الوطنية للصحة، ما يتطلب تقريبها قدر الإمكان من أماكن العيش والتعليم والتكوين

والعمل، وهو ما نلمسه من هياكل وعيادات وخدمات متواجدة على مستوى هاته الأماكن الحيوية.

وتشتمل الرعاية الصحية الأولية على جملة خدمات الوقاية[73]والترقية الصحية والعلاجات الأساسية وإعادة التأهيل التي تستجيب للحاجات الصحية للأفراد، ما يجعلها تنسحب على مجموع الخدمات العلاجية والوقائية، على أن الخدمات العلاجية المقصودة هي تلك التي تقدم للمرضى الذين لا تتطلب حالتهم المرضية استشفاء أي إقامة بالمستشفى على نحو تقديم الإسعافات الأولية وعلاج إصابات الحوادث والأمراض الشائعة بتشخيصها وعلاجها علاجا ملائما بتوفير واستخدام المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية الضرورية للعلاج.

في حين خدمات إعادة التأهيل أو ما يصطلح عليها بالرعاية الصحية التأهيلية، هي خدمات في الغالب طويلة الأمد بالمقارنة مع غيرها، وتشتمل على ما يقدم للمرضى من خدمات ليتم تأهيلهم للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم، وإعادتهم للمجتمع كأفراد منتجين على نحو معين، وتقدم بالهياكل والمؤسسات الموصوفة بذات الطابع الصحي.[74]

أما الخدمات الوقائية المقصودة فهي تلك الخدمات المتعددة والمتنوعة، والتي تنصرف إلى جملة ما يتعلق بالتطعيم ضد الأمراض المختلفة والسيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها، ورعاية الأمومة والطفولة بتقديم خدمات متكاملة شأن تحصين الأطفال وتطعيمهم ضد الأمراض المختلفة،[75]ناهيك عن خدمات الوقاية الصحية على مستوى

صحة البيئة والصحة المهنية، وتفعيل التثقيف الصحي وتكثيف حملات التوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع والعمل على طرح السبل للسيطرة عليها، على نحو ما سنتكشفه فيما سيأتي من شروحات تخص البرامج الصحية، وكله من شأنه أن يوسع من مفهوم الخدمات الصحية على نحو يعول فيه على قطاعات أخرى تسهم بما أوتيت من مقدرات ومؤهلات وصلاحيات في تدعيم الخدمات ذات الدلالة على حماية الصحة وترقيتها.

الرعاية الصحية الثانوية: ويصطلح عليها في المادة 284 من قانون الصحة بالعلاجات الثانوية، والتي تنسحب على كل ما يصب في مفهوم خدمات التشخيص والعلاج المتخصص، المقدم في هياكل ومؤسسات الصحة، وبهكذا تعريف فهي رعاية قاصرة على الخدمات العلاجية المتخصصة، أي على مستوى التخصصات الطبية الرئيسية، شأن ما يقدم من علاجات متخصصة في طب الأطفال والأمراض النسائية والتوليد، والأمراض الباطنية والصدرية وخلافه.

الرعاية الصحية التخصصية: والمصطلح عليها في المادة 285 من قانون الصحة بالعلاجات ذات المستوى العالي، ويتميز هذا المستوى من الخدمات عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، في أن خدماته تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى تخصصات أكثر دقة وذات مستوى عالي، تتطلب تقنيات تشخيصية وعلاجية تتسم بالتطور والحداثة

ما يستوجب اعتماد أجهزة وأيادي فنية عالية الكفاءة، وبتكلفة مالية عالية مع التأكيد على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء إقامته بالمستشفى، ما يتطلب عناية خاصة ومركزة.[76]

علاجات الرعاية التلطيفية: وهي جملة الخدمات التي تستهدف التخفيف من ألم المريض والتقليل من معاناته النفسية ومنحه المرافقة الضرورية، وتقدم على مستوى هياكل ومؤسسات الصحة وبالمنزل وفي المؤسسات ذات الطابع الصحي أو الاجتماعي خاصة منها التابعة للقطاع المكلف بالتضامن الوطني.[77]

الفرع الثاني: التدابير الحمائية والوقائية

ولما كانت الصحة العامة على الوجه الذي عرّفناه وعلى نحو ما لمسناه من نصوص قانون الصحة تعبر عن مجموع التدابير الحمائية والوقائية بما فيها العلاجية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية التي تبتغي المحافظة على صحة الفرد والجماعة وترقيتها، من خلال تطويق العوامل ذات الأثر السلبي في واقع صحة الفرد والجماعة، من أجل القضاء عليها أو التخفيف من حدتها، وتحديد أهم المقاييس العلمية لتوفير الظروف المناسبة لشتى مناحي الحياة، عن طريق التكفل بانشغالات الصحة العامة، فهذا ما يبعث على ضرورة إيجاد التدابير اللازمة وتفعيلها على نحو يخدم الحماية والوقاية في مجال الصحة، وبذلك فإن المرتكزات المعول عليها

في خدمة البعد الحمائي والوقائي للصحة في المنظومة الصحية الوطنية بالجزائر تقوم على جملة من التدابير تستعرضها في الآتي:

أولا: تدابير الحماية

هي جملة المعطيات التي يجب أخدها في الحسبان ابتغاء حماية صحة الفرد والجماعة، ما يعبر عن اجتماعية الصحة، ويجسد ضمان الدولة للحماية في مجال الصحة وتنظيمها، وتتجلى في شتى التدابير الصحية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية والبيئية الرامية الى الحد من الأخطار الصحية أو التخفيف منها، سواء ما ارتد منها إلى أصل وراثي أو كان نتاج نقض في التغذية أو راجعا لسلوك الفرد نفسه أو البيئة التي يعيشها.[78]

وحرصا على تحقيق ذلك تسطر الدولة ممثلة في أجهزتها القطاعية ذات الاهتمام المشترك برامجا لحماية الصحة، تتنوع بين الوطنية والجهوية أي ما بين عدة ولايات لمواجهة المشاكل الصحية التي تمثل قاسما مشتركا، أو المحلية المتعلقة ببلدية أو أكثر للتكفل بالانشغالات الصحية ذات الأولوية لسكان تلك البلديات، وفي سبيل تنفيذ برامج الصحة يسند للهياكل الصحية بمعية السلطات المعنية القيام بحملات التوعية والإعلام وأعمال الوقاية من الأمراض ذا الآفات الاجتماعية والحوادث والكوارث على اختلاف طبيعتها، كما ويعول على الحركة الجمعوية[79]بأن تلعب دورا

في المساهمة في تحسبن الصحة وتطويرها في سبيل حماية الصحة وترقيتها، شأن ما تفعله بخصوص التحسيس بمخاطر فيروس (كوفيد 19).

وتهدف هذه البرامج في مجموعها إلى طرح الانشغالات الصحية بأسبابها ومسبباتها وانعكاساتها، وتلمس حلولها الآنية والمستقبلية، كما تهدف أكثر إلى تنفيذ كل الأعمال وتسخير كل الوسائل المتاحة التي من شأنها ضمان خدمات وقائية وعلاجية تفاديا أو إيقافا لمرض أو أكثر من الأمراض المعنية.

ناهيك عن وضع تدابير الحماية في ضوء البرامج الصحية النوعية تخص فئات تحتاج إلى رعاية خاصة نظرا لخصوصية الظروف التي تعيشها وترتد إلى عوامل بيولوجية أو اجتماعية، وهي كما حددها المشرع الجزائري في قانون الصحة تدابير تخص حماية صحة الأمومة والطفولة، وصحة المراهقين والمسنين، وصحة الأشخاص في وضع صعب والأشخاص في الحالات الاستثنائية، وتدابير حماية الصحة العقلية وترقيتها، وتدابير الحماية الصحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني، وفي وسط العمل وفي الوسط العقابي،[80] ناهيك عن حماية الوسط والبيئة.[81]

ولا شك أن الاهتمام بهكذا أوساط على غرار الوسط العقابي يعبر عن توجه في أنسنة السجون من خلال الاهتمام بصحة المساجين تعبيرا عن حقهم في الصحة، كما أن الاهتمام بوسط العمل ناتج عن كون تعبيرا عن حقه هؤلاء في الحماية الصحية ما جعل من طب العمل مطلبا شرعيا،[82] بل جزءا لا يتجزأ من السياسة الصحية الوطنية، يستهدف أساسا الوقاية وأحيانا

العلاج،[83] ويمثل وجها من أوجه الحماية الاجتماعية للعمال تلقى على عاتق المؤسسة المستخدمة كالتزام عليها، أين يخضع العامل وجوبا لفحوصات طبية خاصة بالتوظيف وأخرى خاصة ومتعلقة باستئناف العمل، فضلا عن الفحوصات التي قد يطلبها من تلقاء نفسه، ويتوجب على الهيئة المستخدمة أن تعرض عمالها على فحص طبي دوري مرة واحدة كل سنة على الأقل، ومرتين على الأقل بالنسبة لبعض العمال كالذين تقل أعمارهم عن 18 سنة أو المعرضين بشكل خاص لأخطار مهنية للتأكد من استمرار أهليتهم لمناصب العمل التي يشغلونها.[84]

ثانيا: تدابير الوقاية

انسياقا مع مفهوم الصحة العامة، في ضوء ثنائية الحماية والوقاية وبعد أن أتينا على تبيان مختصر مفيد لأهم التدابير الحمائية نعول فيما بقي من معالم لهذا الموضوع على التدابير الوقائية، والتي أراد بها المشرع تعريفا كل الأعمال الرامية إلى التقليص من أثر محددات الأمراض و/أو تفادي حدوث أمراض وإيقاف انتشارها و/أو الحد من أثرها،[85] وموازاة لبرامج حماية الصحة ترتكز برامج الوقاية في الصحة من جهتها بالأساس على رصد الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة والانذار بها والتحذير منها بغية السيطرة عليها مبكرا والتصدي لها على وجع أسرع.

و لعل أهم التدابير الوقائية التي حرص المشرع الجزائري على التأكيد عليها هي:

– تدابير الوقاية من الأمراض غير المتنقلة والمتنقلة ومكافحتها ناهيك عن الوقاية من الأمراض ذات الانتشار الدولي ومكافحتها،[86]هاته الاخيرة التي تخضع مبدئيا لما تمليه أحكام اللوائح الصحية الدولية التي تصدرها المنظمة العالمية للصحة وتجد لها أيضا أساسا دستوريا في المادة 66 من الدستور"...تتكفّل الدّولة بالوقاية من الأمراض الوبائيّة والمعدية وبمكافحتها..."."

– تدابير مكافحة عوامل الخطر وترقية أنماط الحياة[87]بما يرتد إيجابا على صحة الفرد ومن ثم على الصحة العامة، شأن تدابير مكافحة الإدمان على التبغ والكحول والمخدرات، وترقية التغذية الصحية والمتوازنة، وترقية الممارسة الفردية والجماعية للتربية البدينة والرياضية، ناهيك عن الاهتمام بالتربية الصحية وتفعيلها.

الخـاتمة:

ونخلص إلى القول أن الخدمات الصحية تعد إحدى الخدمات الهامة والضرورية، ومؤشرا رئيسا على مدى تحقيق الرعاية الاجتماعية في هذا الجانب، باعتبارها خدمة اجتماعية من حيث طبيعتها اتكاء على المفهوم الاجتماعي للصحة، فهذه الأخيرة ترتبط بالرعاية الاجتماعية ارتباطا وثيقا، فهي تماثل إلى حد كبير الصلة بين مهنة الطب وبين الرعاية الصحية، فإذا

كانت الخدمات الطبية لوب جوهر الخدمات الصحية في مجموعها، أو بتعبير آخر مهنة الطب هي القلب النابض في المجال الصحي، فإن المجال الصحي يعد بدوره المجال العريض لكثير من الأنشطة والخدمات التي تساهم فيها عدة تخصصات إلى جانب الطب، وعدة قطاعات الى جانب قطاع الصحة، ولعل أبرز مثال هو المؤسسات الصحية وما تشتمل عليه من أطباء وممرضين وإداريين وعمال وتقنيين وخلافه، تتباين أدوراهم لأداء جملة من الخدمات الاستشفائية والعلاجية والتلطيفية والتأهيلية.

ولكي تحقق الرعاية الاجتماعية مبتغاها عن طريق الخدمات الصحية لابد من الاستعانة بوسائل متنوعة وأساليب متعددة توزع عبر مناحي الحياة الاجتماعية، وتتوافق مع السياقات المجتمعية وتتناغم والبيئات على اختلاف تفاصيلها، وبالأخص على توفير وتطوير المرافق الصحية بمختلف هياكلها المادية والبشرية، وتحرير للخدمات الصحية تحت رقابة صارمة وتعميق الشعور بمشكلات القطاع ومسؤولياته، وتشخيص دائم للمشاكل الصحية والمخاطر في المجتمع، والتحقيق فيها، على نحو يسمح بتبني رؤى وحلول واقعية تتجدد والمتغيرات والتطورات الحاصلة، يعول فيها بشكل أساسي على تثقيف الناس حول قضايا الصحة والمرض وتأثرها وأثرها على البيئة الاجتماعية، وذلك بتعزيز مفهوم الثقافة الصحية وجعلها جزءا أساسيا في مختلف البرنامج الصحية، لما للوعي الصحي من أثر فاعل في ممارسات صحية سليمة تأتي عن فهم واقتناع.

الهوامش:

1- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 217 ألف (د-3) المؤرخ في 10 ديسمبر 1948، انظمت إليه الجزائر بموجب المادة 11 من دستور 1963، الجريدة الرسمية العدد 64 الصادرة في 1963/09/10، الجزائر.

2- تعيش الصحة درجات تتراوح بين المثالية والمرض والموت بشكل تنازلي، بدءا بصحة مثالية فإيجابية نسبية تقارب المثالية، فالمتوسطة، ثم أمراض غير ظاهرة فأمراض ظاهرة، وأخيرا الاحتضار على نحو يفارق به الحياة بفعل المرض. راجع: عبد الكريم منصوري، قياس الكفاءة النسبية و محدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل-نمذجة قياسية- رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص تحليل اقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2013-2014، ص04.

3- المادة 28 من الإعلان العالمي لحقوق الأنسان "لكل فرد حق التمتع بنظام اجتماعي ودولي يمكن أن تتحقق في ظله الحقوق والحريات المنصوص عليها في هذا الإعلان تحققا تاما".

المادة 38 من الدستور "الحريات الأساسية وحقوق الإنسان والمواطن مضمونة...".

4- عبد المحي محمود حسن صالح، الرعاية الاجتماعية، تطورها- قضاياها، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 1997، ص39.

5- راجع في هذا المعنى المواد: 65، 66، 67، 69، 73 من الدستور الجزائري الصادر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 438/96 المؤرخ في 26 رجب 1417 الموافق07 ديسمبر 1996، الجريدة الرسمية العدد 76 الصارة في 1996/12/08،الجزائر، المعدل بالقانون رقم 02-03 والقانون رقم 08-19 والقانون رقم 01.-16

6- المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الانسان "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه. للأمومة والطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين. ولجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية سواء ولدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار".

- المادة 11 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (د-21)المؤرخ في 16 ديسمبر 1966، دخل حيز النفاذ في 03 يناير 1976 وفقا للمادة 27، انظمت إليه الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 67/89 المؤرخ في 11 شوال 1409 الموافق 16 ماي 1989، الجريدة الرسمية العدد 20 الصادرة في 1989/05/17، الجزائر" تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل شخص في مستوى معيشي كاف له

ولأسرته، يوفر ما يفي بحاجتهم من الغذاء والكساء والمأوى، وبحقه في تحسين متواصل لظروفه المعيشية، وتتعهد الدول الأطراف باتخاذ التدابير اللازمة لإنفاذ هذا الحق...".

– وللاستزادة راجع المواد 23 و 27 من اتفاقية حقوق الطفل المعتمدة من قبل الجمعية العامة بقرارها 52/44 المؤرخ في 20 نوفمبر 1989، والمصادق عليها من قبل الجزائر (مع تصريحات تفسيرية) بموجب المرسوم الرئاسي رقم 461/92 المؤرخ في 24 جمادى 1413 الموافق 1992/12/19، الجريدة الرسمية العدد91 الصادرة في 1992/12/23، الجزائر.

– راجع أيضا المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المعتمدة من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 ديسمبر2006 والمصادق عليها من قبل الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 09–188 مؤرخ في 17جمادى الأولى 1430 الموافق 12 ماي 2009 (ج ر العدد 33 الصادرة في 2009/05/31).

– راجع أيضا في هذا المعنى المادة 73 من الدستور " ظروف معيشة المواطنين الّذين لم يبلغوا سنّ العمل والّذين لا يستطيعون القيام به، والذين عجزوا عنه نهائيّا، مضمونة".

7– عبد المحي محمود حسن صالح، المرجع السابق، ص .39

8– كرس الدستور الجزائري حق العمال في السلامة المهنية بمقتضى المادة 02/69 "...يضمن القانون في أثناء العمل الحق في الحماية والأمن والنظافة..." وفي هذا الخصوص سن المشرع جملة من النصوص القانونية ذات الدلالة على الاهتمام بصحة العمال في نطاق الرعاية الاجتماعية للعمال، أهمها قانون رقم 07/88 المؤرخ في 07 جمادى الثاني 1408 الموافق 1988/01/26 يتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل الجريدة الرسمية العدد 04 الصادرة في 1988/01/26، الجزائر.

9– بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في العلوم الاقتصادية،كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2011–2012، ص.30

10– علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2016–2017، ص11.

11– دستور المنظمة العالمية للصحة أقره مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19 جوان إلى 22 جويلية 1946، ودخل حيز النفاذ في 07 أبريل .1948

12– قانون رقم 11/18 المؤرخ في 18شوال 1439 الموافق 2 يوليو 2018، المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية العدد 46 الصادر في 29 يوليو 2018، الجزائر.

13– قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، الجزائر، العدد06، جانفي2012، ص219.

14– سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2002، ص.69

15– سياسات وبرامج الرعاية الاجتماعية، المفهوم والأهداف، ص12، موقع المعهد العربي للتخطيط www.arab-api.org، تاريخ الدخول على الموقع 2020/12/10 على الساعة 10 و40 دقيقة.

16- خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث، في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2019-2020، ص.04

17- خالد سعد أنصارى يوسف، القانون الدولي الصحي، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر 2014، ص.76

18- مشار إليه من قبل سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان " الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي" ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص.41

19- أجمد فايز النماس، الخدمات الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للنشر، بيروت، لبنان،2000، ص42، مشار إليه من قبل علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص.05

20- تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993، ص71، مشار إليه منقبل بحدادة نجاة، المرجع السابق، ص.26

21- عبد المجيد المغربي، ربيع شندب، محاضرات في قانون البيئة، المؤسسة الحديثة للكتاب، بيروت، لبنان،2017، ص.27

22- قانون رقم 19/01 مؤرخ في 27 رمضان 1422 الموافق 12 ديسمبر 2001 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، الجريدة الرسمية العدد 77 الصادرة في 2001/12/15، الجزائر.

23- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، المرجع السابق، ص.69

24- سليمان نسرين، تسيير الخدمات العامة المحلية، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية، 2017-2018، ص72. - علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص.05

25- علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص72

26- خالد سعد أنصارى يوسف، المرجع السابق، ص.80

27- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 17 ذي الحجة 1416 الموافق 1996/05/05 يحدد قائمة الأمراض التي يحتمل أن يكون مصدرها مهنيا، الجريدة الرسمية العدد 16 الصادرة في 1997/03/23، الجزائر.

- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 04 صفر 1418 الموافق 1997/07/09 يحدد قائمة الأشغال التي يكون فيها العمال معرضين بشدة لأخطار مهنية، الجريدة الرسمية العدد 75 الصادرة في 1997/12/12، الجزائر.

28- راجع في هذا المعنى المواد 120، 121، 122 من قانون الصحة تحت عنوان التربية الصحية.

29- راجع في هذا المعنى المادتين:67 و68 من قانون الصحة.

30- فوزي علي جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف، مصر1968، ص03، مشار إليه من قبل خالد سعد أنصارى يوسف، المرجع السابق، ص.77

31- خالد سعد أنصارى يوسف، المرجع السابق، ص.79

32- راجع في هذا المعنى المادة 09 من قانون الصحة.

33- المادة 157 من الدستور " تحمي السلطة القضائية المجتمع والحريات، وتضمن للجميع ولكل واحد المحافظة على حقوقهم الأساسية".

- المادة 158 من الدستور " أساس القضاء مبادئ الشرعية والمساواة. الكل سواسية أمام القضاء، وهو في متناول الجميع ويجسده احترام القانون".

34– المادة 03 قانون رقم 09/08 المؤرخ في 18 صفر 1429 الموافق 25 فبراير 2008 المتضمن قانون الاجراءات المدنية والإدارية، الجريدة الرسمية العدد 21 الصادر في 2008/04/23، الجزائر " يجوز لكل شخص يدعي حقا رفع دعوى امام القضاء للحصول على ذلك الحق او حمايته...".

35– المادة 05 من قانون الصحة " ترتكز المنظومة الوطنية للصحة على قطاع عمومي قوي".

– المادة 01/13 من قانون الصحة " تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني..."

36– المادة 04 من قانون الصحة "ترتكز السياسة الوطنية للصحة، لاسيما في تنفيذها، على العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة وتنظيمهم وتوجيههم ".

– المادة 16 من قانون الصحة "تعمل الدولة...وتنظم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة".

– المادة 265 من قانون الصحة "يرتكز تنظيم المنظومة الوطنية للصحة لا سيما على ما يأتي:..خدمة قطاع خاص للصحة – التكامل بين القطاع العمومي والقطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية...".

37– المادة 265/ 03 من قانون الصحة "يرتكز تنظيم المنظومة الوطنية للصحة لاسيما على ما يأتي:..خدمة عمومية للصحة تضمنها المؤسسات العمومية والمؤسسات الخاصة المكلفة بهذه المهمة...".

38– المادة 02/311 من قانون الصحة.

39– المادة 67 من دستور 1976 الصادر بموجب الأمر رقم 97/76 المؤرخ في 30 ذي القعدة 1396 الموافق 22 نوفمبر1976، الجريدة الرسمية العدد 94 الصادرة في 1976/11/24، الجزائر "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية، وتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضة ووسائل الترفية".

40– المادة 20 من قانون رقم 05/85 مؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق 1985/02/16 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها الجريدة الرسمية العدد 08 الصادرة في 1985/02/17، الجزائر، الملغى بموجب المادة 449 من القانون رقم 11/18 المتعلق بالصحة "يعد القطاع العمومي الإطار الأساسي الذي يوفر مجانية العلاج طبقا للمادة 67 من الدستور".

41– المادة 329 من قانون الصحة وكذا المادة 90 من ذات القانون.

42– المادة 330 من قانون الصحة.

43– المادة 334 من قانون الصحة.

44– راجع في هذا الخصوص المواد 331، 332، 333 من قانون الصحة.

45– علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص.74

46– تقرير خاص بالصحة في العالم 2013، المنظمة العالمية للصحة، بحوث التغطية الصحية الشاملة، ص.5

47– المادة 03/66 من الدستور "...تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين".

48 – علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص .74

49– بدران مراد، أساس المسؤولية عن الأضرار المترتبة عن التلقيح الإجباري، المجلة النقدية للقانون والعلوم السياسية، مجلد 03 عدد 02، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، ص.74

50– المرسوم التنفيذي رقم 69/20 المؤرخ في 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020 والمتعلق بتدابير الوقاية من انتشار فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته ومجموع النصوص اللاحقة به الجريدة الرسمية العدد 15 الصادرة في 2020/03/21، الجزائر.

51– المادة 32 من الدستور تنص "كل المواطنين سواسية أمام القانون. ولا يمكن أن يتذرع بأي تمييز يعود سببه إلى المولد، أو العرق، أو الجنس، أو الرأي، أو أي شرط أو ظرف آخر، شخصي أو اجتماعي"

52– قانون رقم 05/20 المؤرخ في 5 رمضان 1421 الموافق 28 أفريل 2020 يتعلق بالوقاية من التمييز وخطاب الكراهية ومكافحتهما الجريدة الرسمية العدد 25 الصادرة في 2020/04/29، الجزائر.

53– سليمان نسرين، المرجع السابق، ص.31

54–المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ في 05 محرم 1413 الموافق 06 يوليو 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية العدد 52 الصادر في 1992/07/08، الجزائر.

55– راجع المواد 02، 03 ، 31 ، 32 من القانون رقم 05/20 المتعلق بالوقاية من التمييز وخطاب الكراهية ومكافحتهما.

56 – سليمان نسرين، المرجع السابق، ص.31

57– المادة 01/03 من قانون الصحة "تتمثل الأهداف في مجال الصحة في حماية صحة المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة والأمن الصحي..."

– المادة 06 من قانون الصحة " تهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة . ويرتكز تنظيمها وسيرها على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية والخدمات الصحية".

58 – سليمان نسرين، المرجع السابق، ص31.

59– المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 مؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، الجريدة الرسمية العدد67 الصادرة في 2007/10/24، الجزائر." يجب على المؤسسة الاستشفائية الخصة أن تضمن خدمة دائمة ومستمرة".

60– عبد الله محمد علي الزبيدي، مسؤولية الطبيب المعالج العقدية عن أخطاء معاونيه في القطاع الخاص، مجلة الحقوق، الكويت، العدد 2005/03، ص 282 – حسام الدين الاهواني، مسؤولية الطبيب العقدية عن فعل الغير، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، الجزء الأول، المسؤولية الطبية، الطبعة الثانية، منشورات الحلبي الحقوقية بيروت لبنان، 2004، ص.383

61– Robert Saury, Manuel De Droit Médical, Masson, Paris, 1989. p159.

62– مرسوم تنفيذي رقم 120/93 مؤرخ في 23 ذي القعدة 1413 الموافق 15 ماي 1993، يتعلق بتنظيم طب العمل، الجريدة الرسمية العدد 33 الصادرة في 1993/05/13، الجزائر.

63– Janine Ambialet, la responsabilité du fait d'autrui en droit médical, L.G.D.J, thèse paris, 1965, p71.

-Christian Paire, Marc Dupont, Claudine, Esper, Louise Muzzin, Droit Hospitalier Etablissements Publics et Prives, 2éditions, Dalloz 1999, p280.

64– المرسوم التنفيذي رقم 69/20 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته ومجموع النصوص اللاحقة به، السابق الاشارة الى معطياته.

65– عبد المجيد المغربي، ربيع شندب، المرجع السابق، ص.24

66– مرسوم تنفيذي رقم 341/20 مؤرخ في 6 ربيع الثاني 1442 الموافق 22 نوفمبر 2020 يتضمن إنشاء لجنة وطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة من الحيوانات إلى الإنسان ومكافحتها، وتحديد مهامها وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية العدد 71 الصادرة في 2020/12/02، الجزائر.

67– راجع في هذا الخصوص الأحكام القانونية الخاصة بإلزامية النظافة والنظافة الصحية للمواد الغذائية وسلامتها بالفصل الأول من الباب الثاني من القانون رقم 09–03 مؤرخ في 29 صفر1430 الموافق 25 فبراير 2009، يتعلق بحماية المستهلك وقمع الغش، الجريدة الرسمية العدد 15 الصادرة في 2009/03/08، الجزائر.

68– ولغرض الحفاظ على السلامة البيئية كرس الدستور الجزائري الحق في بيئة سليمة بالمادة 68 " للمواطن الحق في بيئة سليمة. تعمل الدولة على الحفاظ على البيئة. يحدد القانون واجبات الاشخاص الطبيعيين والمعنويين لحماية البيئة"، كما سن المشرع جملة من النصوص التشريعية المتعلقة بالبيئة على اختلاف مجالاتها ومستوياتها بهدف حماية البيئة من التلوث والأضرار، يعد أبرزها قانون رقم 10/03 مؤرخ في 19 جمادي 1424 الموافق 19 جويلية 2003 يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 43 الصادرة في 2003/07/20، الجزائر.

69– قانون رقم 14/01 المؤرخ في 29 جمادى الأولى 1422 الموافق 19 أوت 2001 والمتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وامنها ، المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية العدد 46 الصادرة في 19 /2001/08، الجزائر).

70– بحدادة نجاة، المرجع السابق، ص.29

71– فوزي شعبان مدكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998، ص.69

72– علي دحمان محمد، المرجع السابق، ص104.

73– الملاحظ أن المشرع الجزائري أدرج مصطلح الوقاية تحت مسمى العلاجات هو تعبير غير موفق، بما يدعو إلى القول أن مصطلح الرعاية الصحية أصوب لأنه يشمل العلاج والوقاية معا.

74– المادة 275 من قانون الصحة "تعد هياكل ذات طابع صحي وتسمى "مراكز إعادة التأهيل"، الهياكل المعتمدة من طرف الوزير المكلف بالصحة التي تضمن خدمات الفحص والعلاج الخاص بإعادة التأهيل الوظيفي البدني أو العقلي".

75– خلاصي عبد الاله، المرجع السابق، ص.94

76– بحدادة نجاة، المرجع السابق، ص.21

77 – راجع في هذا الخصوص المواد 2/281، 286، 287 من قانون الصحة.

78– المادة 29 من قانون الصحة.

79– راجع في هذا المعنى المادتين 10 و10/265 من قانون الصحة.

80- تفاصيل ذلك جاءت تحت عنوان الفصل الثالث من الباب الثاني "البرامج الصحية النوعية" واشتملت على ثمانية أقسام يخص كل قسم فئة من الفئات المذكورة بدءا من المادة 69 إلى غاية المادة 105 من قانون الصحة.

81- راجع في هذا الخصوص المواد من 106 إلى 119 من قانون الصحة.

82- المادة 05 من قانون 11/90 المؤرخ في 26 رمضان 1410 الموافق 21 أفريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل، العدد 17 الصادرة في 1990/04/25، الجزائر" يتمتع العمال بالحقوق الأساسية التالية...بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل...".

83- المادة 02/12 من القانون رقم 07/88 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل .

84- المادة 15و16 من المرسوم التنفيذي 120/93 المتعلق بتنظيم طب العمل، السابق الاشارة إلى معطياته

85- المادة 34 من قانون الصحة.

86- للإستزادة والتفصيل في هذه الجزئية راجع الفصل الثاني من الباب الثاني من قانون الصحة تحت عنوان "الوقاية في الصحة" أين اشتمل على ثلاثة أقسام بمسمى الوقاية من الأمراض المنتقلة ومكافحتها(المواد38 إلى 41)، والوقاية من الأمراض ذات الانتشار الدولي ومكافحتها (المواد 42 إلى 44)، والوقاية من الأمراض غير المنتقلة ومكافحتها (المواد 45 إلى 48) .

87- وقد فصل المشرع الجزائري في ذلك بموجب القسم الرابع من الفصل الثاني بالباب الثاني من قانون الصحة، أين اشتمل على أربعة أقسام فرعية بمسمى مكافحة الإدمان على التبغ (المواد 49 إلى 58)، الإدمان على الكحول والمخدرات (المواد 59 إلى 63)، ترقية التغذية الصحية (المواد 64 إلى 66)، ترقية ممارسة التربية البدنية والرياضية (المواد 67 إلى 68).

قائمة المصادر والمراجع المعتمد عليها

أولا: قائمة المراجع باللغة العربية

الكتب

- خالد سعد أنصارى يوسف، القانون الدولي الصحي، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر، 2014.

سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان " الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي" ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004 .

- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2002.

- عبد المجيد المغربي، ربيع شندب، محاضرات في قانون البيئة، المؤسسة الحديثة للكتاب، بيروت، لبنان،2017.

– عبد المحي محمود حسن صالح، الرعاية الاجتماعية، تطورها– قضاياها، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 1997.

– فوزي شعبان مدكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998.

المقالات

– بدران مراد، أساس المسؤولية عن الأضرار المترتبة عن التلقيح الإجباري، المجلة النقدية للقانون والعلوم السياسية، مجلد 03 عدد 02، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.

– حسام الدين الأهواني، مسؤولية الطبيب العقدية عن فعل الغير، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، الجزء الأول، المسؤولية الطبية، الطبعة الثانية، منشورات الحلبي الحقوقية بيروت لبنان، 2004.

– عبد الله محمد علي الزبيدي، مسؤولية الطبيب المعالج العقدية عن أخطاء معاونيه في القطاع الخاص، مجلة الحقوق، الكويت، العدد 2005/03.

– قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، الجزائر، العدد06، جانفي2012.

المذكرات والأطروحات

– بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في العلوم الاقتصادية،كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2011–2012.

– خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990 –2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة

الدكتوراه طور ثالث، في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2019–2020.

– سليمان نسرين، تسيير الخدمات العامة المحلية، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية، 2017–2018.

– عبد الكريم منصوري، قياس الكفاءة النسبية و محدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل–نمذجة قياسية– رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص تحليل اقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2013–2014.

– علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2016–2017.

النصوص القانونية

01– الصكوك الدولية:

– دستور المنظمة العالمية للصحة أقره مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19 جوان إلى 22 جويلية 1946، ودخل حيز النفاذ في 07 أبريل 1948.

– الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتُمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 217 ألف (د–3) المؤرخ في 10 ديسمبر 1948، انظمت إليه الجزائر بموجب المادة 11 من دستور 1963، الجريدة رسمية العدد 64، الصادرة في 1963/09/10، الجزائر.

– العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (د–21)المؤرخ في 16 ديسمبر 1966، دخل حيز النفاذ في 03 يناير 1976 وفقا للمادة 27، انظمت إليه الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 67/89 المؤرخ في 11 شوال 1409 الموافق 16 ماي 1989، الجريدة الرسمية العدد 20 الصادرة في 1989/05/17، الجزائر).

– اتفاقية حقوق الطفل المعتمدة من قبل الجمعية العامة بقرارها 52/44 المؤرخ في 20 نوفمبر 1989، والمصادق عليها من قبل الجزائر (مع تصريحات تفسيرية) بموجب المرسوم الرئاسي رقم 461/92 المؤرخ في 24 جمادى 1413 الموافق 1992/12/19 الجريدة الرسمية العدد 91 الصادرة في 1992/12/23، الجزائر.

– اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المعتمدة من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 ديسمبر2006 والمصادق عليها من قبل الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 09–188 مؤرخ في 17جمادى الأولى 1430 الموافق 12 ماي 2009 الجريدة الرسمية العدد 33 الصادرة في 2009/05/31، الجزائر.

02– الدساتير:

– دستور 1976 الصادر بموجب الأمر رقم 97/76 المؤرخ في 30 ذي القعدة 1396 الموافق 22 نوفمبر1976، الجريدة الرسمية العدد 94 الصادرة في 1976/11/24، الجزائر.

– دستور 1996 الصادر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 438/96 المؤرخ في 26 رجب 1417 الموافق07 ديسمبر 1996، الجريدة الرسمية العدد 76 الصارة في 1996/12/08،الجزائر، المعدل بالقانون رقم 02–03 والقانون رقم 08–19 والقانون رقم 16–.01

03– النصوص التشريعية

– قانون رقم 07/88 المؤرخ في 07 جمادى الثاني 1408 الموافق 1988/01/26 يتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، الجريدة الرسمية العدد 04 الصادرة في 1988/01/26، الجزائر.

– قانون رقم 11/90 المؤرخ في 26 رمضان 1410 الموافق 21 أفريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل، الجريدة الرسمية العدد 17 الصادرة في 1990/04/25، الجزائر.

– قانون رقم 19/01 مؤرخ في 27 رمضان 1422 الموافق 12 ديسمبر 2001 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، الجريدة الرسمية العدد 77 الصادرة في 2001/12/15، الجزائر.

– قانون رقم 14/01 المؤرخ في 29 جمادى الأولى 1422 الموافق 19 أوت 2001 والمتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها ، المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية العدد 46 الصادرة في 19 /2001/08، الجزائر).

– قانون رقم 10/03 مؤرخ في 19 جمادي 1424 الموافق 19 جويلية 2003 يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 43 الصادرة في 2003/07/20، الجزائر.

– قانون رقم 09/08 المؤرخ في 18 صفر 1429 الموافق 25 فبراير 2008 المتضمن قانون الاجراءات المدنية والإدارية، الجريدة الرسمية العدد 21 الصادر في 2008/04/23، الجزائر.

– قانون رقم 03/09 مؤرخ في 29 صفر1430 الموافق 25 فبراير 2009، يتعلق بحماية المستهلك وقمع الغش الجريدة الرسمية العدد 15 الصادرة في 2009/03/08، الجزائر.

– قانون رقم 05/85 مؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق 1985/02/16 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها الجريدة الرسمية العدد 08

الصادرة في 1985/02/17، الجزائر، الملغى بموجب المادة 449 من القانون رقم 11/18 المتعلق بالصحة .

– قانون رقم 11/18 المؤرخ في 18شوال 1439 الموافق 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية العدد 46 الصادر في 29 يوليو 2018 الجزائر.

– قانون رقم 05/20 المؤرخ في 5 رمضان 1421 الموافق 28 أفريل 2020 يتعلق بالوقاية من التمييز وخطاب الكراهية ومكافحتهما، الجريدة الرسمية العدد 25 الصادرة في 2020/04/29، الجزائر.

04– النصوص التنظيمية:

– مرسوم التنفيذي رقم 276/92 مؤرخ في 05 محرم 1413 الموافق 06 يوليو 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية العدد 52 الصادر في 1992/07/08، الجزائر.

– مرسوم تنفيذي رقم 93 /120 مؤرخ في 23 ذي القعدة 1413 الموافق 15 ماي 1993، يتعلق بتنظيم طب العمل، الجريدة الرسمية العدد 33 الصادرة في 1993/05/13، الجزائر.

– مرسوم تنفيذي رقم 321/07 مؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، الجريدة الرسمية العدد67 الصادرة في 2007/10/24، الجزائر.

– مرسوم التنفيذي رقم 69/20 مؤرخ في 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020 والمتعلق بتدابير الوقاية من انتشار فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته ومجموع النصوص اللاحقة به، الجريدة الرسمية العدد 15 الصادرة في 2020/03/21، الجزائر.

– مرسوم تنفيذي رقم 341/20 مؤرخ في 6 ربيع الثاني 1442 الموافق 22 نوفمبر 2020 يتضمن إنشاء لجنة وطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة من

الحيوانات إلى الإنسان ومكافحتها، وتحديد مهامها وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية العدد 71 الصادرة في 2020/12/02، الجزائر.

05– القرارت الوزارية المشتركة:

– قرار وزاري مشترك مؤرخ في 17 ذي الحجة 1416 الموافق 1996/05/05 يحدد قائمة الأمراض التي يحتمل أن يكون مصدرها مهنيا، الجريدة الرسمية العدد 16 الصادرة في 1997/03/23، الجزائر.

– قرار وزاري مشترك مؤرخ في 04 صفر 1418 الموافق 1997/07/09 يحدد قائمة الأشغال التي يكون فيها العمال معرضين بشدة لأخطار مهنية، الجريدة الرسمية العدد 75 الصادرة في 1997/12/12، الجزائر.

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية

Les Livres :

- Christian Paire, Marc Dupont, Claudine, Esper, Louise Muzzin, Droit Hospitalier Etablissements Publics et Prives, 2éditions, Dalloz 1999.

- Janine Ambialet, la responsabilité du fait d'autrui en droit médical, L.G.D.J, thèse paris, 1965.

- Robert Saury, Manuel De Droit Médical, Masson, Paris, 1989. p159.