

حقّ المواطن الجزائري في الصحة... بين النصوص والواقع

د. نورالدين حاروش

جامعة الجزائر (03)

المخلص

كرس ميثاق المنظمة العالمية للصحة حق الإنسان في الحصول على أحسن حالة صحية ممكنة، هذا الحق يرتكز على قدرة الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية المقبولة وذات نوعية وفيّ في الوقت اللازم، وحتى يتجسد الحق في الصحة، فالمطلوب من الدول ومنها الجزائر توفير كافة الشروط التي تسمح للأفراد بالعيش في أحسن حالة صحية، ومن جهة أخرى فالحق في الصحة لا يعني الحق أن يكون الفرد في صحة جيدة، لكن تجسيد الحق في الصحة يعني ضمان توفير الخدمات الصحية والسهر على الأمن في أماكن العمل وتوفير السكن اللائق والتزود بالماء الشروب والصرف الصحي والغذاء المتوازن.

يأتي تأكيد منظمة الصحة العالمية على الحق في الصحة كونه حق من حقوق الإنسان كما نصت عليه المواثيق الدولية وبالتالي تأكيده كذلك من خلال المواثيق والدساتير الوطنية في العالم.

Résumé

La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée.

Pour que le droit à la santé soit une réalité. les États dont l'Algérie, doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible. Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé.

Pour que le droit à la santé soit une réalité, il faut garantir la disponibilité des services de santé, veiller à la santé et à la sécurité au travail et assurer l'accès à des logements adéquats et à des denrées alimentaires nutritives.

Le droit à la santé est consacré par des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et par des constitutions nationales dans le monde entier.

X

الصحة حق من حقوق المواطن ولم تتخلف الجزائر لتقنين هذا الحق في مختلف موثيقها ودساتيرها وقوانينها، واعتبرت الاستفادة من العلاج، والعدالة الاجتماعية، والإنصاف، والتضامن الوطني، المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان. كما أنّ حماية الصحة وترقيتها وتحسينها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة وذلك من خلال إعداد وتنفيذ سياسات ملائمة، ولهذا فقد أعطيت الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومات المتعاقبة منذ 1962 إلى اليوم، وقصد لجامعة ومردودية أكثر للمنظومة الصحية تمّ التركيز على ترسيخ سياسة التوازن الجهوي، الذي نص عليه التنظيم والذي يتمثل في إنشاء خمس مناطق صحية جهوية، وينبغي لهذه المناطق الصحية أن تشكل الفضاء المفضل للتعبير عن التعددية القطاعية وتعبئة مختلف المتدخلين القانونيين والحركة الجمعوية، كما ينبغي أن تكون مجالاً للوساطة والتحكيم في منح الموارد حسب الأولويات الخاصة بكل منطقة.

إن حق المواطن في الصحة لا يكفي أن تنص عليه المواثيق والتشريعات ولكن الأهم من ذلك هو كيفية تجسيد هذا الحق على أرض الواقع، إذ اعتبرت المنظمة العالمية للصحة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر، إلا أن الخدمات الصحية، سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال، دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة وإستراتيجية صحية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج، والأكثر من هذا فإنّ التقنيات المكلفة ليست هي شرط النجاح، وتأسيساً على ما سبق يمكننا طرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى يمكن الحديث عن تجسيد حق المواطن الجزائري في الصحة استناداً إلى النصوص التشريعية ومقارنة بالنتائج المسجلة؟
للإجابة على هذه الإشكالية ارتأينا معالجة الحوار التالية:
-تقنين حق المواطن الجزائري في الصحة

- واقع تجسيد الحق في الصحة منذ استقلال الجزائر إلى اليوم

- تحديات ومستقبل تجسيد حق المواطن الجزائري في الصحة

المحور الأول: تقنين حق المواطن الجزائري في الصحة

تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الصحة على أنّها «تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسدية، والعقلية والاجتماعية، ولا يعني فقط غياب المرض أو العاهة. إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني»، لقد تبنت أغلب دول العالم هذا التعريف وقتنته في دساتيرها وقوانينها، وقد عملت الجزائر من جهتها لجعل الصحة حق من حقوق المواطن لذلك سنحاول بعجالة قراءة المواثيق والدساتير الجزائرية لمعرفة المكانة التي احتلها حق المواطن في الصحة.

1- حق المواطن في الصحة من خلال المواثيق:

- ميثاق الجزائر 1964⁽¹⁾: ذكر الميثاق بعض التوجهات الكبرى التي تنتظر البلاد فيما يخص الصحة مثل الوقاية والخدمات المدنية التي تعتبر مرحلة تمهيدية نحو التأمين الكامل للطب، كما ركز كذلك على ضرورة التكوين لجزارة الطب بسرعة...

- الميثاق الوطني 1976⁽²⁾: ركز هذا الميثاق على أن الدولة تتكفل بحماية وصيانة وتحسين مستوى صحة السكان، وأن نشاط الصحة العمومية يجب أن يساهم في رقي الإنسان وإعداده لأن يعيش في عالم هو في تحول مستمر نفسيا واجتماعيا وثقافيا، كما يجب أن يكون نشاط الصحة العمومية عاملا أساسيا في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلاد، وبالمقابل يمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر، وإن تطبيقه الفعلي على مستوى السكان يستلزم توسيع الهياكل الصحية وتوزيعها بشكل عادل عبر أنحاء البلاد، وذلك من خلال تكوين عمال الصحة وبناء المستشفيات وإنتاج الأدوية وتكوين عمال الصحة والأطباء للوصول إلى توفير طبيب لكل 2000 نسمة وفرقة طبية على الأقل بكل بلدية صغيرة أو حي، وتطوير حماية الأمومة والطفولة والرقابة الصحية في المدارس، والأنشطة المتعلقة بالتغذية وطب العمل ومكافحة الآفات الاجتماعية ونشر الطب الوقائي.

-الميثاق الوطني 1986⁽³⁾: اعتبر أن الطب الجاني مكسبا ثوريا وقاعد
لنشاط الصحة العمومية وتعبيرا عمليا عن التضامن ووسيلة تجسيد
حق المواطن في العلاج.

-ميثاق الصحة: الجلسات الوطنية للصحة⁽⁴⁾1998: جاءت الجلسات الوطنية
التي انعقدت في 26، 27، و28 ماي 1998م بقصر الأمم بالجزائر، والتي تم
فيها وضع «ميثاق الصحة» كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية
مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد، ويهدف
هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة
الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي، كل هذا مدعما
بإطار ملائم في مجال التكوين والإعلام والاتصال.

إن الاستفادة من مجانية العلاج، والعدالة الاجتماعية، والإنصاف
والتضامن الاجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في
مجال الصحة والسكان كما أشار إليها ميثاق الصحة سنة 1998 وكذا
تحسين التسيير الإداري ومنح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين
أساسية تتلاءم وخصوصياتها، وهذا بوضع لامركزية الميزانية على
المستوى الجهوي والمحلي وتأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف
المسطرة. وفي النهاية أولى الميثاق الصحي اهتماما بالغا بالتكوين، والإعلام،
والإتصال، والذي أكد بأنها تعتبر عناصر أساسية لكل منظومة صحية
دائمة وناجحة وفعالة، وهي كلها أولويات تم تحديدها في أفق عام 2005.

2- حق المواطن في الصحة من خلال الدساتير:

-دستور 1963⁽⁵⁾: لم يخصص مادة للصحة بينما خصها في إطار حق
الأفراد في العمل والحياة اللائقة.

-دستور 1976⁽⁶⁾: تنص المادة 67: "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية،
وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية،
وبتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل،
وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه".

-دستور 1989⁽⁷⁾: تنص المادة 51: "الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها".
 -دستور 1996⁽⁸⁾: تنص المادة 54: "الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها".
 -دستور 2008⁽⁹⁾: تنص المادة 54: الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها".
 3- الحق في الصحة من خلال القوانين والأوامر:

-أمر رقم: 73-65⁽¹⁰⁾ المؤرخ في: 28/12/1973، تقر هذه الأمرية الرئاسية بمجانبة العلاج في القطاعات الصحية العمومية ابتداء من أول جانفي 1974.

-القانون رقم: 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها⁽¹¹⁾: عرف النظام الصحي حسب القانون بأنه مجموع الوسائل المادية والبشرية وتوزيعها بعقلانية قصد ضمان الصحة للجميع وبصورة عادلة ومنصفة، كم تم التركيز على مجانية العلاج، وهي من مهام القطاعات الصحية العمومية حسب ما تنص عليه المادة 67 من دستور 1976، والدولة تضع كل الإمكانيات من أجل تحقيق ذلك، وعموما فكل النشاطات مجانية: العلاج، والتشخيص والاستشفاء... وإن المبادئ العامة لهذا القانون هي: وضع الإجراءات العامة الخاصة بالصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية وترقية صحة المواطنين.

نستنتج في الأخير أنّ الصحة من الناحية القانونية هي حق للمواطن وهي مضمونة ومجانبة وعامة، فهل فعلا تم تجسيد هذا الحق على أرض الواقع؟
 المحور الثاني: واقع تجسيد الحق في الصحة منذ استقلال الجزائر الى اليوم:
 تعمل الجزائر حاليا من خلال العديد من البرامج والسياسات الوطنية للصحة لتحسين وترقية صحة مواطنيها ومنها ما يسعى لتحقيق أهداف الألفية (الغاية الخامسة والسادسة والسابعة) والمتمثلة على التوالي أساسا في تخفيض وفيات الأطفال الذين يقل سنهم عن خمس سنوات بثلاثين بين سنتي 1990 و2015 وتحسين صحة الأمهات بتخفيض وفيات الأمهات بثلاث أرباع بين سنتي 1990 و2015 ومكافحة فيروس

السيدا وأمراض أخرى كالتحكم في حمى المستنقعات و مرض السل والأمراض المعدية وغير المعدية.

للتذكير فقد ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجرائر، وهران، وقسنطينة. ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية. ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلمهم كانوا من الأجانب. في هذا الإطار رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في وضع إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق وتمثلت هذه الإستراتيجية في المحاور التالية:

- الوقاية: وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة(12) .
- علاج الأمراض: ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والمياكل والمعدات الضرورية .

مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966م من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين ودفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض المياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969م، وتدعمت هذه السياسة بصدور مرسوم رقم: 69- 96، المؤرخ في: 9 جويلية سنة 1969م والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها. كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض

السل من خلال إنشاء المراكز الخاصة بمكافحته وكذلك اللجوء إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة، ومكافحة مرض الرمد، والإعلان عنه إلزاميا بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية⁽¹³⁾.

لقد تم وضع بعض الأهداف التي تسعى المنظومة الصحية من أجل تحقيقها، وهي كالآتي:

- مركز صحي لكل 6 إلى 7 آلاف ساكن.

- عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن.

- مستشفى في كل دائرة.

- مستشفى في كل ولاية.

- عيادة للولادة ريفية وحضرية.

- السكنات الوظيفية.

- مخبر طبي في كل ولاية.

- دراسة برنامج تحسين الإعلام الطبي.

- دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها⁽¹⁴⁾.

وفي دستور 23 فيفري 1989 تم تحديد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51، وهذا عكس ما نصت عليه المادة 67 من دستور 1976 وتأكيد مجانية العلاج من خلال قانون الصحة 85 - 05، ولكن قانون المالية لسنة 1993، نص على أنه بداية من هذه السنة فإن مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين وبالتكوين والبحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي في إطار التعاقد والذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، للوصول بعد الدراسة الميدانية إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، وهي معرفة تسعيرة الأداءات ومن خلالها وضع مدونة الأداءات ومدونة الأسعار التي يتم وفقها التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي... كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم

والتسيير وذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية⁽¹⁵⁾، كما عرفت سنة 1998 تعديل قانون الصحة 85-05 والذي بموجبه تم إقرار النشاط التكميلي⁽¹⁶⁾ الذي يسمح بموجبه للاستشفائيين الجامعيين والأخصائيين بممارسة مسائين في الأسبوع عند الخواص ولحسابهم الخاص، وقد خلق هذا التعديل العديد من النتائج السلبية عكس تلك التي كانت متوقعة من طرف الوزارة.

إن التشخيص الذي تم إعداده سنة 1999 قد أظهر أن نظام الصحة المعمول به كان قد بلغ حدوده وكان يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تحد من أدائه، وفي إطار هذا المفهوم، عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع منظومة الصحة الوطنية نحو العصرية، وذلك بتحسين أداءها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمرضى.

ولقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد⁽¹⁷⁾ في شهر ماي 2007، يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات، علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العاميين والمتخصصين وشبة الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة المرتقب تسليمها. ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

أما بخصوص الوضعية الوبائية فقد عرف انتقال الوباء في الجزائر تراجعا في الأمراض المتنقلة وارتفاعا دائما في الأمراض غير المتنقلة والمتمثلة أساسا في أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض السكر

والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة⁽¹⁸⁾ ويرتبط هذا بانتقال مجتمع في طريق التصنيع إلى مجتمع متحضر.

من الخطأ القول إنّ مشكلة الصحة هي مشكلة وزارة الصحة فقط، بل بالعكس تماما فللصحة علاقات مباشرة وغير مباشرة بالعديد من القطاعات والمجالات وبالتالي فإن أي تقصير في إحدى هذه القطاعات يشكل مشكلا للصحة سواء عن طريق الإصابة بالمرض أو التعرض إليه أو حتى انتشار الأوبئة.

كل هذه المشاكل الصحية الجديدة تتطلب تكفلا وإستراتيجية تتماشى والوضع الجديد وعلى جميع الأصعدة. فما هي البرامج والسياسات الحكومية التي عرفتتها الجزائر منذ 1991 إلى 2011؟

لا شك أنّ الحكومات المتعاقبة ومنذ سنة 1991 إلى 2011 لم تهمل أبدا قضية الصحة في برامجها وسياساتها، ومن خلال نظرة سريعة لهذه البرامج نتوقف عند القضايا الصحية التي أدرجت وكذا المشاريع والأهداف التي سطرت عبر المراحل الزمنية المختلفة ومنها:

قضية تصفية الدم بالنسبة لمرضى القصور الكلوي والأدوية والمواد الاستهلاكية الطبية ونقص الأطباء في بعض المناطق النائية ومشكل الأطباء العاطلين عن العمل كانت كلها محاور في البرامج الحكومية المتعاقبة، إضافة إلى برامج الوقاية.

دعم طاقات هياكل العلاج الأساسي وتعزيز الخريطة الصحية الوطنية وتحسين صيانة العتاد وتطهير وهيكلية تسيير المستشفيات الموجهة للانتقال نحو تنظيم في شكل ميزانية قائمة على البرامج والترخيص للاختصاصيين الاستشفائيين الجامعيين بممارسة النشاط الحر للحفاظ عليهم في المستشفيات والرجوع إلى العمل بنظام الخدمة العمومية واللجوء إلى التعاون التقني لدعم قدرات المصالح الطبية المتخصصة والتخطيط العائلي وتنفيذ العلاقات التعاقدية بشكل تدريجي بين مصالح الصحة والهيئات الممولة عن طريق إدراج الحاسبة التحليلية وتقييم النشاطات وتحليل التكاليف والإدماج المنسجم للقطاع الخاص في المنظومة

الصحية، واللجوء إلى المناولة كلما كان ذلك ممكنا خاصة في مجال الإطعام والحراسة والصيانة والنظافة، والتركيز دائما من خلال هذه السياسات على الأولوية لصحة الأم والطفل والشباب والفئات المحرومة والضعيفة، و دعم المصالح عالية التخصص لمواصلة التقليل من التحويل للعلاج في الخارج وكذا البحث عن تنويع موارد التمويل والتأكيد في كل مرة على مراجعة القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

في جانب الخدمات الصحية تعرضت البرامج الحكومية إلى تحسين الكشف عن الأمراض وتطوير أعمال ترقية الصحة، ومكافحة الآفات الاجتماعية وتقليل معدل وفيات الأمهات ووفيات الأطفال وتدعيم سياسة السكان عن طريق تطوير علاج صحة النسل وتدعيم وتطوير أنشطة القطاع العمومي لضمان تغطية طبية ذات نوعية.

وفي مجال التسيير كانت البرامج الحكومية تؤكد في كل مرة على إعادة تنظيم المستشفيات والتسيير الناجع لمؤسسات القطاع العمومي وتنفيذ عملية إصلاح المستشفيات الذي يهدف إلى إضفاء إنسانية أكثر على الهياكل الاستشفائية وعصرنتها وضبط قدرات القطاع العمومي والقطاع الخاص عن طريق التحكم والتخطيط في عروض الصحة والنفقات واعتماد مخطط متعدد السنوات للميزانية يسمح بإزالة مديونية المستشفيات وإعادة الاعتبار لأدوات التخطيط الصحي ووضع نظام مدونة الإعلام الصحي وضع برنامج وبرنامج لتأهيل المستشفيات .

وفي مجال الأدوية تمّ التأكيد على تدعيم ترتيبات تسيير التجهيزات والأدوية مع تنمية سريعة لحصة الدواء الجنييس وتحديث مدونة تسعير الأعمال - الأداءات - الطبية وضمان نوعية المنتجات الدوائية وترشيد الإنفاق بفضل ترويج الأدوية الجنييسة وتطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات والصيدلية الصناعية.

وبخصوص الموارد البشرية فقد تمّ التركيز على دعم تحفيز الموارد البشرية وأدائها و تدعيم وتكييف نوعي وكمي لبرامج تكوين المستخدمين ووضع قوانين أساسية جديدة للمؤسسات والمستخدمين وتعزيز قدرات

تقييم النشاط والأداء وتأسيس مشروع المؤسسة من أجل التسيير الاستشراقي ومراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة وتنفيذ سياسة المواءمة بين المقبلين على التكوين والاحتياجات وتعميم التكوين المتواصل وتنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداء وتنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة.

بالإضافة إلى إعداد الخارطة الصحية الجديدة وتعميم الكشف عن داء سرطان عنق الرحم وتعزيز الاستفادة من التخطيط العائلي واستكمال تكييف المصالح والوحدات الخاصة بالأطفال حديثي الولادة مع المعايير المطلوبة والتكفل بالمصابين بالتهاب الكبد الفيروسي ب و ج والتكفل بالصحة العقلية وتكثيف تواجد الأطباء الأخصائيين في المناطق المحرومة والجنوب. الجزائر بهذه البرامج والسياسات الصحية تهدف إلى تأمين وضع صحي جيد للسكان، إلا أنّ هذه البرامج والسياسات لم تترجم كما يجب وعليه سنكتشف العديد من الاختلالات والتفاوتات والفوارق فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية، وعليه مرة أخرى نجد أنّ الهياكل والمؤسسات الصحية عجزت عن ترجمة وتحميد هذه السياسات والبرامج إلى واقع ملموس وهي بذلك تبقى في عجزها الوظيفي الذي يتطلب العلاج وبسرعة لأنها مستعجلة والحالة المستعجلة لا تحتمل الانتظار أكثر.

كان موضوع تعديل قانون الصحة 85-05 من أهم القضايا التي كانت تطرح من خلال البرامج الحكومية السابقة وذلك حتى يتماشى مع التطورات المسجلة على الساحة، خاصة إذا عرفنا بأنّ قانون الصحة يعود للقرن الماضي وبالضبط سنة 1985، ومع هذا فقد عرف هذا القانون عدة تعديلات كان أهمها سنة 1998 وتتمثل هذه التعديلات فيما يلي:

- السماح للممارسين الإستشفائيين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية بالممارسة بصفة خواص خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، (مسائين في الأسبوع) وهذا لتحسين أجور هؤلاء المستخدمين دون تحمل ميزانية الدولة عبء إضافيا وتحقيق تحفيز أكبر للمستفيدين.

- تدعيم صلاحيات مفتشية الصيدلة كهيئة تفتيشية تتمتع بسلطات الشرطة القضائية وذلك استجابة للتطورات الناجمة عن بروز اقتصاد السوق وفتح القطاع الصيدلاني أمام الاستثمار الخاص الجزائري والأجنبي.

- فيما يتعلق بالخدمة المدنية، فإنه لا يمكن ضمان تحقيق توازن في الخدمات الصحية المتخصصة دون اللجوء إلى الخدمة المدنية، والأدلة والحجج التي جعلت من هذا القانون يلقي الموافقة من طرف نواب البرلمان هي:

السماح للممارسين الطبيين في الصحة العمومية والإستشفائيين الجامعيين بالممارسة بصفة خواص، وهذا سعيا إلى تحسين دخلهم وتحقيق مورد إضافي مع الحفاظ عليهم ضمن مؤسسات الصحة العمومية.

التحكم في عملية الاستيراد والتسويق وإنتاج المواد الصيدلانية بدعم صلاحيات هيئات مراقبة الصيدليات بإنشاء مفتشية الصيدلة، أي التحكم في سوق الأدوية.

إرجاع الخدمة المدنية لتوفير تغطية صحية متوازنة لتلبية الاحتياجات الملحة للمواطنين، وتزويد مختلف البلاد بالإطارات الطبية المتخصصة وذلك للقضاء على مختلف الفوارق والإختلالات السائدة حاليا⁽¹⁹⁾.

وفي سنة 2008 أخضع هذا القانون للتعديل مرة أخرى ويهدف هذا التعديل إلى مراجعة وتحيين أحكام القانون رقم: 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها لا سيما الباب الخامس الخاص بالمواد الصيدلانية، فمنذ الاستقلال وإلى غاية أواخر الثمانينيات كانت مهام إنتاج المواد الصيدلانية واستيرادها وتوزيعها حكرا وتوزعا على الدولة ومسندة لمؤسسات عمومية، غير أن ضرورة التكيف مع التطورات الاقتصادية أدت بالسلطات العمومية إلى فتح السوق الصيدلانية في المجالات الخاصة بالإنتاج والاستيراد والتوزيع وذلك موازاة مع إنشاء هيئات في مجالات الضبط ومراقبة النوعية والاستعمال المؤمن للدم واليقظة بخصوص الأدوية وعموين الهياكل الاستشفائية وأمن المواد الصيدلانية.

عدل وتم هذا القانون بالقانون رقم: 08-13 المؤرخ في: 20 يوليو 2008⁽²⁰⁾ إذ نص في مادته الأولى أن هذا القانون يهدف إلى تعديل وتنظيم بعض أحكام القانون رقم: 85-05 المؤرخ في: 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها ونصت من جهة أخرى المادة الثانية من ذات القانون أن الباب الخامس الخاص بالمواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية هي التي ستخضع للتعديل وعليه فإنّ قانون الصحة في مضمونه لا يزال ذلك الذي وضع سنة 1985 بالرغم من أننا في سنة 2015 وبالرغم من المطالب التي نادت في كل مناسبة ومن طرف كل الجهات بما فيها البرامج الحكومية، وكذا الجلسات الوطنية التي انعقدت سنة 2014 من اجل الإسراع في تبني قانون للصحة يتماشى والأوضاع الراهنة. وقبل استعراض بعض المؤشرات الصحية لمعرفة واقع تجسيد الحق في الصحة بالنسبة للمواطن الجزائري، علينا أولاً معرفة تمويل الخدمات الصحية.

- تمويل الخدمات الصحية: في الحقيقة هناك ثلاثة مصادر رئيسية لتمويل الخدمات الصحية، ويبقى الضمان الاجتماعي وميزانية الدولة من أهمها، إن اختلاف الأنظمة السياسية يكمن حسب درجة مساهمة الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية المختلفة، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز أربعة أنماط من هذه الأنظمة، والذين يشكلون نوعاً من التنظيم:

1- الاحتياط الحر:

2- التأمين المرضي الإلزامي

3- التأمين المرضي الوطني:

4 - الخدمة أو المصلحة الوطنية للصحة:...

بالنسبة للجزائر فعندما نتكلم عن الخدمة أي المصلحة الوطنية للصحة، فنقصد به القطاع العمومي، ويمكن إذا تصنيفه ضمن هذا الإطار⁽²¹⁾.

ما فتئت الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة تتزايد وتتضاعف منذ 1999 حتى يومنا هذا، وقراءة سريعة لقوانين المالية توضح ذلك، ففي سنة 1999 تم تخصيص أكثر من 31 مليار و621

مليون دينار لقطاع الصحة من خلال ميزانية التسيير لتحتمل بذلك المرتبة السادسة من مجموع القطاعات العمومية، وبلغت سنة 2001 أكثر من 38 مليار و324 مليون دينار وكانت سنة 2003 أكثر من 55 مليار و430 دينار وفي سنة 2006 تجاوز الرقم 70 مليار و315 مليون دينار وفي سنة 2008 كانت أكثر من 129 مليار و201 مليون دينار وفي 2011 استقرت عند أكثر من 227 مليار و859 مليون دينار... وكانت المراتب التي احتلتها قطاع الصحة تتراوح ما بين المرتبة الرابعة والسابعة من مجموع القطاعات العمومية.

من خلال هذه الأرقام نلاحظ أن ميزانية الصحة تضاعفت بأكثر من 7,2 مرة خلال هذه الفترة الزمنية 1999 و2011، كما أن الصحة تمثل ما بين 8 إلى 9% من مجموع النفقات العمومية، وقد استفاد قطاع الصحة بين 2005-2009 من 244 مليار د.ج قيمة الاستثمارات العمومية لأحزاب ما يقارب 800 هيكلي صحي وجواري، كما قدرت تكلفة التكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية من خلال 26 برنامج وقاية و8 برامج علاج دعم 92 مليار د.ج.

اعتبرت المنظمة العالمية للصحة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بنسبة 9.1% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة وإستراتيجية صحية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية لصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج، والأكثر من هذا فإن التقنيات المكلفة ليست هي شرط النجاح...
أمّا مخطط العمل المقدم من طرف مصالح الوزير الأول لسنة 2009⁽²²⁾، فقد شمل النقاط التالية:

ذكر المخطط على أن التكفل بصحة السكان سيظل إحدى الأولويات الوطنية الكبرى من أجل تعزيز النتائج المحرزة في مجال الصحة

الوقائية وتقليل نسب وفيات الأطفال والأمهات والاستفادة من العلاج عموماً، ولهذا الغرض، ستعمل الحكومة على:

تكييف وتحديث البرامج الوطنية الخاصة بالصحة، وتعزيز شبكة الصحة العمومية وتقريبها من السكان مع إنجاز مراكز استشفائية جامعية جديدة وأزيد من 60 مستشفى جديد وأكثر من 70 عيادة للتوليد وأكثر من 100 مركز صحي وأزيد من 20 مركب خاص بالأمهات والأطفال إلى جانب مختلف المراكز الطبية المتخصصة وفتح قاعات للعلاج في الأحياء الحضرية وتطوير الطب المتخصص والحد من تحويل المرضى للعلاج في الخارج وتحسين التجهيزات الاستشفائية والصحة العمومية وتعزيز تعداد الأطباء مع تكوين مبرمج في خمس سنوات لفائدة 16000 طبيب عام وأزيد من 7000 طبيب مختص وأكثر من 6000 صيدلي وسيتم ذلك ببرنامج مكثف للتكوين وتوظيف مستخدمين شبه طبيين من الواجب ان يشمل ما يقارب 40000 شخص.

الأفاق: بلوغ في حدود 2025 المؤشرات الصحية المسجلة حالياً في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية وإزالة الفوارق الصحية داخل الولايات ذاتها وما بين الولايات واستكمال إقامة نظام للمتابعة الصحية وتطوير تسيير المستشفيات وتحديد مقاييس الجودة مؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية.

تبرز المؤشرات في 2025:

عدد السكان 44,8 مليون نسمة

معدل الولادات 16,9 في الالف

معدل الوفيات العامة 4,5 في الالف

معدل النمو 1,24%

معدل العمر 80 سنة

على صعيد الأوبئة، التكفل بالأمراض غير المتنقلة بسبب استفحال عوامل الأخطار المترتبة عن التدخين والكحول والمخدرات والأغذية والتلوث وكذا الأمراض المتنقلة وإيصال الأدوية الجينية إلى مستوى 80% من الاستهلاك

الإجمالي وكذا النهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل، والمقابل المالي لبرنامج التنمية هذا في أفق 2025 يقدر بحوالي 1819,63 مليار دج.

أما بخصوص المؤشرات الصحية⁽²³⁾، والتي تترجم هذه السياسات والأموال فنجد في تقرير التنمية البشرية لعام 2011* احتلت الجزائر المرتبة 96 عالميا ضمن مستوى تنمية بشرية متوسطة، والمؤشرات الخاصة بالصحة لخصها التقرير في الأطفال البالغين سنة من العمر وغير محصنين ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز وكانت النسبة 7%، أي نسبة التلقيح 93%، وكانت نسبة التلقيح ضد الحصبة 88%، أي 12% من الأطفال معرضين للإصابة، أما نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة من المواليد الأحياء فكانت 32 من الألف وكانت نسبة الوفيات للكبار تمثل 105 من الألف بالنسبة للإناث و135 من الألف بالنسبة للذكور وتمثل نسبة الإصابة بمرض نقصان المناعة المكتسبة عند الجنسين بأقل من 0,1 % للفئة العمرية ما بين 15 و24 سنة، وكان متوسط العمر المتوقع عند الولادة 73,1 سنة⁽²⁴⁾

لقد حققت الجزائر على مدى العقود الأربعة الماضية تقدما مشهودا في مجال الحد من مسببات الوفاة الطبيعية، ومن ثم ارتفاع متوسط العمر وانخفاض وفيات الأطفال الرضع، غير أن الصحة ليست مضمونة لجميع المواطنين في الجزائر ومرد ذلك يعود عدم التجاوب مع احتياجات المستهلكين والإنصاف في التمويل والعدالة في التوزيع... ويعود ذلك إلى المفاهيم الضيقة، إذ ترى العامة من الناس أن النظام الصحي يشير إلى نظام الرعاية الصحية وهو تعريف غير كاف بطبيعة الحال لأن النظام الصحي أشمل ويشمل كل النشاطات التي تؤثر في الصحة: توفير المواد الغذائية المناسبة، حصول المواطنين على المياه النظيفة، قنوات الصرف الصحي... وهذه المسائل تكتسي أهمية كبرى عند رسم السياسات الصحية. عدم الإنصاف في تقديم الخدمات الصحية وتدنى مستواها واعتمادها الكامل في بعض الأحيان على مقارنة تقنية بحتة، وعدم توازن ولا عدالة

في توزيع الموارد البشرية، خاصة السلك الطبي بين الهياكل الصحية فيما بينها حتى وإن كانت في الشمال، وبين الشمال والجنوب وبين المدن والأرياف فنجد في الجزائر مثلا:

المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة يضم 71 أستاذا و24 أستاذا محاضرا و300 أستاذ مساعد أي مجموع 395 طبيب استشفائي جامعي، أما المركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو والذي يبعد عن العاصمة بحوالي 120 كلم فنجد فيه 8 أساتذة و5 أساتذة محاضرين و158 أستاذ مساعد ما مجموعه 161 طبيب استشفائي جامعي. ونجد كذلك في المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة 4 أساتذة و5 أساتذة محاضرين و76 أستاذ مساعد ما مجموع 85 طبيب استشفائي جامعي بينما نجد في المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة التي تبعد عنها باتنة بحوالي 130 كلم 64 أستاذا و13 أستاذا محاضرا و231 أستاذ مساعد ما مجموع 308 طبيب استشفائي جامعي(25). وبالمقابل نجد: طبيبا لكل 395 ساكن بالجزائر العاصمة مقابل طبيب لكل 2589 ساكن بالجللفة أخصائي لكل 860 ساكن بالجزائر العاصمة مقابل أخصائي لكل 17800 ساكن بتيسمسيلت.

وتبقى منطقة الجنوب الكبير تفتقر لمثل هذه المراكز الاستشفائية الجامعية، وبالتالي معاناة سكانها بالتنقل للشمال للمعالجة عندما يتعلق الأمر بالأمراض المستعصية أو العلاج من الدرجة الثالثة، العلاج عال التخصص، وأملنا أن يتم تجهيز وتأطير مستشفيات المدن الجنوبية الجامعية التي فتحت بها مؤخرا كليات الطب (بشار، ورقلة والأغواط) للتكفل الأحسن بمرضى مناطق الجنوب.

المحور الثالث: تحديات ومستقبل تجسيد حق المواطن الجزائري في الصحة
تعتبر الخدمات الصحية من الحقوق الأساسية لكل فرد من أفراد المجتمع ولهذا ينبغي ضمان أن يحصل كل فرد في المجتمع على حد أدنى من هذه الخدمات، وترتبط البرامج الصحية في الدول النامية بصفة خاصة ببرامج اجتماعية واقتصادية الأمر الذي يحتم ضرورة التنسيق والتكامل بين عامة هذه البرامج ومن الأفضل أن تقوم الدولة بهذا العمل،

ويعكس توزيع الخدمات الصحية بين الأفراد درجة العدالة الاجتماعية السائدة في كل مجتمع ولهذا تهتم الدولة بتوفير الخدمات لضمان توزيعها بين كل أفراد المجتمع.

الخدمات الصحية هي ناتج نهائي وعندها يجب تحديد مدى كفاءة إنتاجها كما يمكن اعتبارها أحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق الصحة الجيدة وعندها يجب تحديد أكفاً الطرق لاستخدام الموارد المتاحة في تحقيق الصحة، وعلى العموم فإن مدخلات إنتاج الخدمات الصحية تتمثل فيما يلي:

العمالة ونقصها بها الأسلاك الطبية والشبه الطبية والإداريين والفنيين وعمال الخدمات والنظافة وغيرها، بالإضافة إلى المباني والتأثيث الطبي، والأجهزة والأدوات الطبية والمعدات ومستلزمات العلاج الطبية ووسائل النقل، وعليه فإن الاتجاهات المستقبلية لإدارة المياكل الصحية هي صناعة عنوانها التأمين الصحي وجودة الخدمات الصحية.

ولتقديم هذه الخدمات وبنوعية يجب أن نعيد مفهوم الصحة وإعادة صياغة مفهوم الخدمات الصحية والكثير من المفاهيم الخاطئة التي عاشت معنا سنوات طويلة بسبب مجانية الخدمة وسوء التسيير مما أدى إلي استنزاف الموارد الصحية المستهلكة بدون رقيب أو حسيب، وحالياً وأكثر من أي وقت مضى نحتاج إلي إعادة هندسة طرق تقديم الخدمة، ومكان الخدمة، وتوقيت الخدمة.

نحن نطمح إلي علاقة مقدم خدمة وعميل بدلا من طبيب ومريض؛ وهذا التحول لا يحدث على أرض الواقع إلا عن طريق تغير ثقافة أطراف هذه الصناعة وإعادة صياغة المفاهيم الحالية والمتراكمة منذ عشرات السنين نتيجة مجانية الخدمات وثقافة المجتمع، إلي ثقافة المحاسبة والرقابة الشديدة على الموارد الصحية المستهلكة علي أساس تكلفة الخدمة والنتائج الحقيقية وليست المتوقعة؛ التحول من ثقافة الوظيفة والتوقيع في دفتر الحضور والانصراف والرواتب الثابتة، كوسيلة وحيدة لتقييم الأداء، إلي ثقافة العميل وربط تقييم الأداء بنتائج

الخدمة ورضاء العميل. هو ما يدفعنا لمعرفة كيفية إدارة النظم الصحية.

-إدارة نظم الصحة: في إحدى تقارير منظمة الصحة العالمية احتلت البلدان العربية ومنها الجزائر مراتب متدنية من حيث مستويات النتائج الصحية الجيدة، فمن حيث الخدمات الصحية: بُدع عدم الإنصاف في تقديمها وتدنى مستواها واعتمادها الكامل في بعض الأحيان على مقارنة تقنية بحتة، وبالمقابل فقد استثمرت البلدان العربية ومن بينها الجزائر طبعاً مبالغ ضخمة في القطاع الصحي دون تحقيق النتائج المنتظرة ومن أسباب ذلك ما يلي:

-اللاعادلة في توزيع وتقديم الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والريفية

-تستنفد المستشفيات كميات ضخمة من الموارد وتنفق وزارة الصحة أكثر من نصف ميزانيتها على الخدمات العلاجية مع عدم التنسيق بين القطاع العام والخاص.

-تدنى مستوى الجودة وعدم تجاوبه مع احتياجات المرضى وهو ما يعانيه القطاع الصحي في الجزائر حالياً.

وسبب هذه النتائج حسب التقرير يعود لإشكالية الإدارة في النظم الصحية التي تتميز بالبيروقراطية، وإدارة وتنظيم بالية قليلة المعرفة، وكبح الابتكار والمبادرة لقلّة الحوافز، ناهيك عن التسلسل الهرمي للرقابة الذي قد لا يسمح للمؤسسة الصحية بالتكيف والتجاوب مع المشاركة الشعبية والتمكين الضروري لتحقيق أهداف أمن الإنسان من خلال تقديم خدمات صحية تتميز بالجودة وبرضا العملاء.

هذا يعني أن الدول العربية ومنها الجزائر تفتقر إلى رؤية واضحة لمحددات الصحة الأساسية قوامها الجودة والنوعية ودرجة التغطية والمساواة في توزيع الإمكانيات التي تتوفر عليها المنظومة الصحية إذ هناك تفاوت بين المناطق بالإضافة إلى هجرة الأدمغة .

تشكل الصحة ركنا أساسيا من أركان التنمية البشرية لأنها متعلقة بنشاط الفرد، وهي التي تمكن المرء من التمتع بالحرية وإحراز التقدم، أما حالة المرض والإصابة والعجز فتقوض القدرات الإنسانية الأساسية مما يؤدي إلى انتكاسات كارثية للأفراد والجماعات والاقتصاديات على السواء، من هنا تتداخل الصحة وتترابط مع مقومات الإنسان الأخرى في المجالات السياسية والاقتصادية والبيئية⁽²⁶⁾.

في تقريره حول التنمية البشرية لسنة 1996، حدد برنامج الأمم المتحدة للتنمية خمسة أشكال من النمو "السيئ" التي ينبغي تفاديها وهي: النمو بدون إحداث مناصب الشغل والنمو الذي يزيد في الفوارق والنمو دون تطور نحو الديمقراطية والنمو الذي يرافقه فقدان الهوية الثقافية الذي يبده الموارد الضرورية للأجيال المقبلة⁽²⁷⁾...أظن انه يجب على الجزائر العمل فعلا لتجنب هذه الأشكال من النمو؟

لذا؛ نرى أنه من الضروري وضع الأولويات التي من شأنها تحقيق

حق الصحة للجميع ومنها:

- تنمية القدرات الإدارية والتسييرية للهياكل الصحة
- رصد أموال كافية لتمويل النظام الصحي مع مراقبة التسيير
- تقديم موارد بشرية متوازنة في مجال الصحة وتوزيعها توزيعا عادلا والاهتمام بها ماديا ومعنويا واجتماعيا والفصل النهائي في إشكالية النشاط التكميلي، مع تشجيع القطاع الخاص ومراقبة عمله وتقييم تعويضات الضمان الاجتماعي بما يتماشى والأسعار الحقيقية.
- تمكين الناس جميعا من الحصول على الخدمات الصحية الأساسية
- زيادة السبل الكفيلة بتقديم البيانات والحصول عليها واستخدامها في رسم السياسيات الصحية
- دعم المبادرات المجتمعية المحلية والجهوية والإقليمية والوطنية
- تحليل العوامل غير المتصلة بالصحة والتي تؤثر في المحددات الصحية مثل العولة والفقر والبيئة...

خاتمة

ير قطاع الصحة اليوم بمرحلة معقدة وحاسمة لضمان ديمومته، وإن القيود الثقيلة، الداخلية منها والخارجية، كعدم تأهيل المستخدمين وسوء استعمال التجهيزات وتعطلها والسلوكات والتصرفات السلبية إزاء المستشفى والمرضى وغياب نظرة تدمج الصحة ضمن إستراتيجية تنموية ومعايير تخطيط الموارد لا تراعي الحاجيات الحقيقية، كل هذه القيود تؤثر سلبا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة لفائدة السكان ومنه العجز في تحقيق حق المواطن في الصحة.

إضافة لما سبق يمكن ذكر العجز الذي وقع فيه النظام الصحي في معالجة الأمراض الجديدة (أمراض السرطان على وجه الخصوص و طول انتظار المواعيد لأكثر من ستة أشهر سواء للعلاج بالأشعة أو العلاج الكيماوي) في الوقت الذي ظهرت من جديد الأمراض التي كان يعتقد أنه تم القضاء عليها، ناهيك عن الفوارق الهامة ما بين المناطق وما بين المناطق الحضرية والأرياف.

يواجه قطاع الصحة حاليا تحديات عديدة قصد تمكين المواطنين من تحقيق حقهم المشروع والذي هو حق من حقوق الإنسان، فعليه أن يوفق بين المقتضيات المتعلقة بالحفاظ على مستوى التغطية الطبية للسكان وتحسينها وتقليص الفوارق في الاستفادة من الخدمات العمومية الأساسية وبين مقتضيات التكفل بالحاجات الجديدة في مجال الصحة الناجمة عن التحول الوبائي، والتحول الديمغرافي، خاصة بروز فئة المتقدمين في السن الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة، ومن جديد وفي آن واحد عليه أن يكيّف أساليب تدخله مع مقتضيات اقتصاد السوق...

إنّ تحسين فعالية النظام الصحي والتحكم في التكاليف ضرورات حتمية تفرض نفسها كمحاور أساسية خلال السنوات القليلة المقبلة 2015 لتحقيق أهداف الألفية.

الهوامش والمراجع المعتمدة

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، اللجنة المركزية للتوجيه، ميثاق الجزائر، 16، 21 أفريل 1964.

- (2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الميثاق الوطني، 1976.
- (3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الميثاق الوطني، 1986.
- (4) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998.
- (5) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور، 1963.
- (6) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور، 1976.
- (7) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور، 1989.
- (8) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور، 1996.
- (9) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور، 2008.
- (10) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم: 73-65 المؤرخ في: 1973/12/28، المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية العمومية.
- (11) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم: 85-05 المؤرخ في: 1985/02/16 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
- (12) كيشروود بشير، خلف عثمان، "الصحة ومكونات المحيط"، أحداث اقتصادية، مجلة شهرية، عدد 31، الجزائر، سبتمبر 1988. ص 12.
- (13) République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne, Alger: 07- 08 Avril 1983 p .57
- (14) République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la population, séminaire sur le développement d'un système de santé, Op, Cit. p.5.
- (15) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المرسوم التنفيذي رقم: 97 - 467 المؤرخ في: 02 - 12 - 1997 المحدد لقواعد إنشاء وتنظيم ووظيفة المراكز الاستشفائية الجامعية.
- (16) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم: 98-09 المؤرخ في: 19 أوت 1998، المعدل والمتتم للقانون رقم: 85 - 05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
- (17) المرسوم التنفيذي رقم: 07. 140 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
- (18) تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، نوفمبر 2008، ص 313، 324.
- (19) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية، المجلس الوطني الشعبي، الجريدة الرسمية للمداولات، الفترة التشريعية الرابعة الدورة العادية الثانية، الجلسة العلنية المنعقدة يوم 22 يونيو 1998، ص 15.
- (20) القانون رقم: 08 - 13 المؤرخ في 17 رجب 1429 الموافق لـ: 20 يوليو 2008 يعدل ويتم القانون رقم: 85 - 05 المؤرخ في: 26 جمادى الأولى 1405 الموافق لـ: 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 44، يوم 3 غشت 2008، ص 3.
- (21) OUFRIHA F. Zohra, « Systemes de santé dans le monde », les cahiers dr CREAD, N° 27/ 28 (3é et 4é trimestre 1991), p. 10.
- (22) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط العمل، ماي 2009.

(23) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، ملحق بيان السياسة العامة، 16 أكتوبر 2010.

* هذه الإحصائيات خاصة بسنة 2009

(24) تقرير التنمية البشرية 2011، صادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ص ص 163 164
(25) R.A.D.P. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, statistique sanitaire 2008. Mars 2010 , P 268.

(26) تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2009.

(27) المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لجنة آفاق التنمية الاقتصادية والاجتماعية مشروع تقرير حول عناصر مطروحة للنقاش لجويلية 2005، ص 7.