جامعـــة 8 ماي 1945 قالمة

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم القانونية والإدارية

تخصص قانون عام

مذكـــرة مكملة لمتطلبات نيـل شهادة الماستر في القانون

حق الرعاية الصحية

إعـــداد الطالبين:

1/ كشيتي بوزيان

2/ عرباوي ياسين

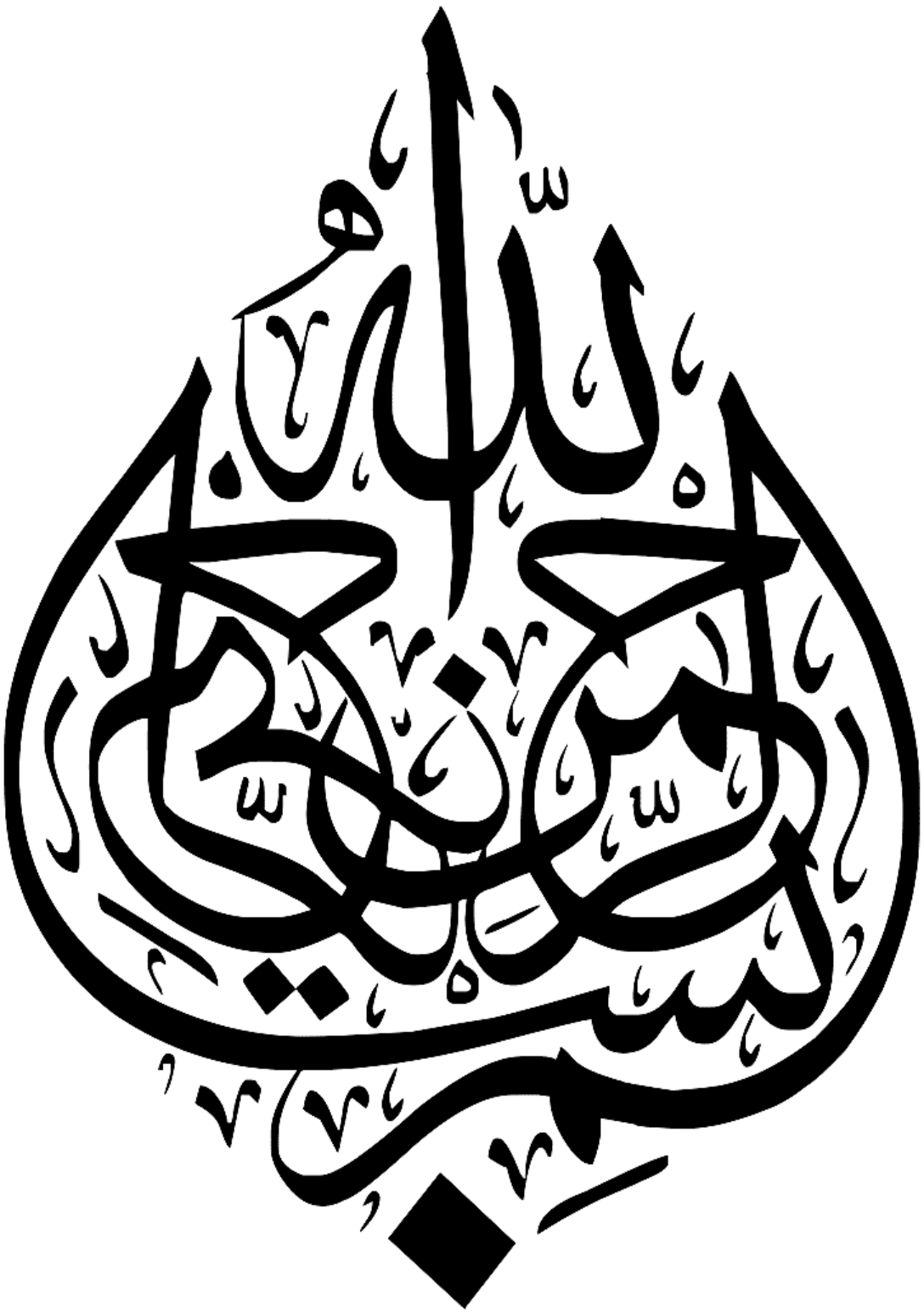
تحت إشراف:

الدكتور: فنيدس أحمد

تشكيل لجنـة المناقشـة

الرقم	الأستاذ	الجامعة	الرتبة العلمية	الصفة
01	د / خميسي زهير	8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر –ب–	رئيسا
02	د/ فنيدس أحمد	8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر–أ–	مشرفًا
03	د/ بن صويلح أمال	8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر –أ–	عضوا مناقشًا

السنـة الجامعيـة: 2020_2021



بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

شكر و تقدير

الحمد والشكر أولا وآخرا لله ربي العالمين لأن وفقنا لإتمام هذه المذكرة ، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين

تحية شكر وإكبار وتقدير للأستاذ الفاضل

الدكتور "فنيدس أحمد" على كل ما قدمه لنا من توجيهات وإرشادات أثناء إشرافه على إنجاز هذه المذكرة.

كما لا يفوتنا إلا أن نتقدم بفائق الإحترام والتقدير إلى جميع الأساتذة الذين ساندونا

في إعداد هذه الدراسة. والشكر موصول كذلك إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين على تفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل المتواضع.

إهداء

إلى روح والدي طيب الله ثراه ووسع عليه قبره وآنس وحشته

إلى روح والدي الثاني عمي رابح رحمه الله وغفر ذنوبه وأدخله فسيح جنانه

إلى الوالدة الكريمة أطال الله في عمرها وأبقاها تاجا على رأسي

إلى نصفي الثاني زوجتي العزيزة ، التي صبرت وتحملتني طيلة إعداد هذه المذكرة .

إلى أولادي : نقاء ، عبد الرحيم، راقية، محمد أمين، أحمد ياسين

إلى كل إخوتي وأخواتي

إلى الأهل والأحباب والاصدقاء.

*** كشيتي بوزيان ***

إهداء

إلى روح والدتي أسكنها الله فسيح جنانه وغفر لها ذنوبها.

إلى أبي العزيز.

إلى الزوجة العزيزة ، التي صبرت وتحملتني طيلة إعداد هذه المذكرة .

إلى أولادي إلى كل إخوتي وأخواتي

إلى الأهل والأحباب والاصدقاء.

عرباوي ياسين

مقدمـــة

مقدمة

كرس ميثاق الأمم المتحدة حق الانسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، ويرتكز هذا الحق على إمكانية وقدرة الأفراد في الحصول على خدمات صحية ذات نوعية في الوقت اللازم وفي المكان المناسب، سهلة الوصول وبتكلفة ميسرة، تحوز على رضاهم وقبولهم لها.

إن تجسيد حق الرعاية الصحية يتطلب من دول العالم توفير كافة الشروط والوسائل المادية والبشرية الضرورية التي تسمح بإشباع حاجات أفراد المجتمع من الخدمات الصحية المتاحة، التي تقدمها المؤسسات الصحية على مستوى الوطن، في كنف المساواة، دون تمييز على أي أساس من أسس التمييز المعروفة كالعرق والأصل والجنس والدين والوضع الاجتماعي والإعاقة وغيرها، وبالتالي تمكينهم من التمتع بالعيش في أحسن حالة صحية ممكنة.

إن الحق في الصحة لا يعني ضمان الصحة الجيدة للفرد، وإنما يعني ضمان وتوفير الخدمات الصحية وما يلزم من وسائل الوقاية والحماية التي تقيه شر الأسقام، والسهر على أمنه في مكان عمله والحفاظ على سلامة البيئة ونظافتها، والعمل على توفير السكن اللائق بما يضمن له كرامته، والتزود بالماء الشروب الأمن والصرف الصحي والتغذية الجيدة المتوازنة، وكذا توفير العلاجات الضرورية التي تخلصه من ألامه والتكفل به إذا وقع فريسة للمرض.

لما كان حق الرعاية الصحية، حق من حقوق الانسان، يرتبط ارتباطا وثيقا بحياته، وهذا ما أكدته معظم المواثيق والعهود الدولية والمنظمات، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، وكرسته جل الدساتير الوطنية في العالم ولو تحت تسميات مختلفة، بما فيها الجزائر التي لم تتخلف عن باقي دول العالم، وكرست هذا الحق في مختلف الدساتير والمواثيق والقوانين الوطنية منذ فجر الاستقلال إلى اليوم.

اعتبرت الجزائر حق الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان، ومن ثم جعلت من تجسيده بالمستوى المطلوب الذي يلقى المقبولية والرضا من لدن كل أفراد المجتمع وفئاته، أولوية من أولويات السياسة الوطنية في مجال الصحة، ويتجلى ذلك من خلال تمسكها بمبدأي مجانية العلاج والصحة للجميع، وفي هذا الاتجاه عملت على توفير الخدمات الصحية للفرد بالكفاية المطلوبة، وجعلت من حماية الصحة وترقيتها هدفا وطنيا يشترك في تحقيقه الجميع.

لتجسيد حق الرعاية الصحية وتعميمه، عملت الجزائر في البداية على وضع منظومة صحية قوية يهيمن فيها القطاع العمومي ويمسك بزمام الأمور في مجال الوقاية كما في العلاج،

وذلك من خلال وضع خريطة صحية وطنية يتم من خلالها توزيع الخدمات الصحية عن طريق انشاء مؤسسات وهياكل صحية بما يستجيب لتلبية الطلبات المتزايدة لكافة المواطنين، عبر كامل التراب الوطني.

إن الأزمة الاقتصادية العالمية التي أدت إلى انهيار أسعار النفط الذي تعتمد عليه الجزائر في تمويل اقتصادها بشكل رهيب، أثر سلبا على تمويل الاقتصاد الوطني بما فيه قطاع الصحة، مما دفع بالحكومة آنذاك إلى انتهاج نمط اقتصادي جديد، بحيث يكون أكثر تنافسية ويمنح الدفعة القوية لتعاف الاقتصاد الوطني في محاولة للتخفيف من حدة الضائقة المالية والاقتصادية التي ألمت بالبلاد.

إن تحرير الاقتصاد الوطني بموجب دستور 1989، وانتهاج الجزائر النهج الليبرالي وما صاحبه من خوصصة للمؤسسات العمومية الوطنية وفتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في عديد القطاعات الحيوية بما فيها قطاع الصحة، وبالفعل دخل الاستثمار الخاص قطاع الصحة مذ ذاك، ومنح له دورا مهما في تقديم الخدمات الصحية خاصة في المناطق التي لم تشملها التغطية الصحية، وهو الأن يلعب دوره التكاملي جنبا إلى جنب مع القطاع الصحي العمومي.

إن التزام الجزائر بتجسيد حق الرعاية الصحية لكل المواطنين بالقدر الكافي من المساواة له مؤشراته، التي يمكن من خلالها تقييم مدى وفائها بهذا الالتزام، وكذا المعوقات التي تحول دون تجسيد هذا الحق، تتمثل هذه المؤشرات أساسا في كيفية توزيع الخدمات الصحية على كامل التراب الوطني، ومدى استمرارية هذه الخدمات في حد ذاتها، وأما المعوقات فيأتي على رأسها التأمينات الاجتماعية للمواطنين والعلاج على عاتق الدولة.

أهمية الدراسة:

هذا الموضوع يتعلق بدراسة حق الرعاية الصحية للأفراد بتبيان مقومات هذا الحق وتكريسه ونطاقه وأليات تجسيده والمعوقات التي تحول دون ذلك، وطرق التغلب عليها من اجل الوصول إلى رعاية صحية مقبولة مرضية ممكنة، فموضوع بهذه الأهمية يستحق فعلا الدراسة والبحث.

الهدف من الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تبيان مدى تكريس حق الرعاية الصحية وضمانه لكل الأفراد والوصول إلى رعاية صحية ذات جودة مقبولة وميسورة.

وعليه فالإشكالية المطروحة هي: هل كرس المشرع الجزائري حق الرعاية الصحية، وضمنه لجميع الأفراد وقاية وعلاجا واستشفاء والوصول الى مستوى صحي مقبول؟

الدراسات السابقة:

تناولت موضوع حق الرعاية الصحية عدة دراسات من زوايا مختلفة منها:

الدراسة الأولى: عمر شنتير، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق بن عكنون، جامعة الجزائر1، 2014/2013، حيث طرحت إشكالية كيف هي منظمة الصحة العمومية؟ وكيف يتم حمايتها؟، وقد توصل إلى انه لا يمكن تصنيف قانون الصحة العمومية الجزائري ضمن القانون العام فقط، كما لا يمكن الاكتفاء بتصنيفه في شعبة القانون الخاص، وانما خاصية هذا القانون هو كونه خليط من القانونين معا أي العام والخاص.

الدراسة الثانية: درار فضيلة، الحق في الصحة في ظل القانون الجزائري الجديد، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر، تخصص القانون الطبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الحميد مستغانم، السنة الجامعية 2019/2018، حيث طرحت اشكالية ما هي مجهودات المشرع الجزائري لضمان الحق في الصحة في القانون الجديد؟، وقد توصلت إلى أن الحق في الصحة لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضا المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة المناسبة، والحصول على النوعية و المعلومات فيما يتصل بالصحة.

الدراسة الثالثة: نور الدين حاروش، حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي لتمنراست، العدد 08، جوان 2015، الجزائر، حيث طرحت إشكالية إلى أي حد يمكن تجسيد حق المواطن الجزائري في الصحة استنادا الى النصوص التشريعية و مقارنة بالنتائج المسجلة؟، و توصلت إلى أن قطاع الصحة في الجزائر يمر بمرحلة معقدة و حاسمة لضمان ديمومته وأن هناك بعض القيود الداخلية و الخارجية الثقيلة التي أثرت سلبا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان وبالتالي في تحقيق حق المواطن في الصحة.

منهج الدراسة: المنهج المناسب هو المنهج الوصفي وذلك لأنه يمكن من وصف وتحليل العناصر المدروسة وتبيان العلاقات القائمة، للوصول إلى الغاية المتوخاة من الدراسة، مستعينا بأليات التحليل والنقد والتقويم.

أسباب اختيار الموضوع:

هناك أسباب ذاتية وأسباب موضوعية.

أسباب ذاتية:

يعود اختيارنا لهذا الموضوع لعدة أسباب منها:

- كون حق الرعاية الصحية يرتبط ارتباطا وثيقا بحياة الانسان.
- إسهاما منا في إثراء موضوع الصحة.
- وجود نقائص في مجال الرعاية الصحية حفزتنا على البحث في هذا المجال.
- موضوع حق الرعاية الصحية لم يحظى بحقه من الدراسة.

أسباب موضوعية:

تعتبر الخدمات الصحية من الحقوق الأساسية لكل فرد من أفراد المجتمع، لذا وجب أن يحصل كل فرد على حد أدنى منها، بتحديد أكفأ الطرق لاستخدام الموارد المتاحة في تحقيق الرعاية الصحية.

يجب أن تكون الرعاية الصحية متاحة للجميع دون تمييز، ويجب أن تتوفر أعداد كافية من مرافق الصحة العمومية للنهوض بالمسؤوليات الطبية ورعاية صحة الأفراد.

إن سهولة الحصول على الرعاية الصحية، تكون من خلال إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، والاستفادة منها، ويجب أن يكون جميع الناس قادرين على تحمل تكاليف المرافق والخدمات الصحية، وأن تكون تكاليف الحصول على خدمات الرعاية الصحية متناسبة مع دخل الأفراد.

يتطلب تجسيد حق الرعاية الصحية، وجود هياكل ومؤسسات صحية قوية، يكمل بعضها البعض الأخر، بحيث تستجيب لطلبات المواطنين المتزايدة في التمتع بحقهم في الرعاية الصحية.

إن المؤسسات الصحية سواء كانت تابعة للقطاع العام أو ملك للخواص، تهدف إلى تحقيق نفس الهدف وهو تقديم خدمات صحية للمنتفعين بها وضمان استمرارية هذه الخدمات من أجل اشباع رغباتهم.

خطة البحث:

للإجابة على الإشكالية المطروحة قسمنا الموضوع إلى فصلين مسبوقين بمقدمة ومتبوعين بخاتمة.

الفصل الأول بعنوان: الإطار العام لحق الرعاية الصحية ونطاق تجسيده، والذي تناولنا فيه أولا الإطار العام لحق الرعاية الصحية بالتطرق إلى مقوماته ثم إلى الإطار القانوني لتجسيده وثانيا إلى نطاق تجسيد حق الرعاية الصحية بالتطرق إلى حق الرعاية الصحية حق فردي وجماعي ثم إلى حق الرعاية الصحية حق فئوي.

الفصل الثاني بعنوان: أليات تجسيد حق الرعاية الصحية وتقييمها، وتناولنا فيه أولا أليات تجسيد حق الرعاية الصحية بالتطرق إلى الأليات الهيكلية ثم إلى الأليات القانونية، ثانيا إلى تقييم تجسيد حق الرعاية الصحية من خلال التطرق إلى مؤشرات تجسيده والمعوقات التي تحول دون ذلك.

الفصل الأول

الفصل الأول

الإطار العام لحق الرعاية الصحية ونطاق تجسيده

يعد حق الرعاية الصحية حق من حقوق المواطنين، نصت عليه مختلف المواثيق والتشريعات، وبالتالي فموضوع حق الرعاية الصحية هو موضوع عالمي، يحتل مكانة أساسية، وأصبح مطلب أساسي لكل فرد ومجتمع، ويحظى بأولوية كبيرة.

للصحة ارتباط وثيق بالحياة، وجدارتها بالحماية لا يماري فيها أحد، بحكم كونها من جملة مقومات الحياة، و المحافظة عليها وحمايتها تدخل في دائرة حقوق الإنسان، لاتصال هذا الحق بأصل حقوق الإنسان جميعا، وهو الحق في الحياة، فحماية هذا الحق شرط لازم لحماية حق الإنسان في الحياة، وأساس لتأمين ممارسة دوره فيها.[1]

لقد 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 وفي الوقت اللازم، وتجسيد الحق في الرعاية الصحية يعني ضمان توفير الخدمات الصحية، وتوفير الشروط التي تسمح للأفراد بالعيش في أحسن حالة صحية.[2]

وجاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أنه لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والعناية الطبية، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية.[3]

تعمل الجزائر حاليا من خلال العديد من البرامج والسياسات الوطنية للصحة لتحسين وترقية صحة مواطنيها، وفي هذا الصدد وضعت محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في وضع إستراتيجية من شأنها تعديل مواطن الخلل الذي عرفه النظام الصحي السابق، تمثلت في الوقاية، علاج المرضى، التوزيع العقلاني للأطباء.[4]

1- قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة) مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد 6 جانفي 2012، ص 218.

2- نود الدين حاروش، حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي تامنغست، العدد 08، 2015، ص 122.

3- المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، المنعقدة في باريس في 10ديسمبر 1948، بموجب القرار 217000. يحدد حقوق الانسان العالمية التي يتعين حمايتها عالميا.

4- نود الدين حاروش، مرجع سابق، ص 127.

المبحث الأول

الإطار العام لحق الرعاية الصحية

ترتكز السياسة الوطنية للصحة على العمل القطاعي المشترك، عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة، وتهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة، مرتكزة على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج واستمرارية الخدمات الصحية.

تعتبر الخدمات الصحية من الحقوق الأساسية لكل فرد من أفراد المجتمع، لذا وجب ضمان أن يحصل كل فرد على حد أدنى من هذه الخدمات، وذلك بتحديد أكفأ الطرق لاستخدام المواد المتاحة في تحقيق الرعاية الصحية، وفي هذا السياق وجب التطرق أولا إلى مقومات حق الرعاية الصحية، ثم إلى الإطار القانوني لتجسيده.

سنتطرق إلى مقومات حق الرعاية الصحي، ثم إلى الإطار القانوني لتجسيد حق الرعاية الصحية.

المطلب الأول

مقومات حق الرعاية الصحية

للصحة ارتباط وثيق بالحياة، وجدارتها بالحماية لا يماري فيها أحد، بحكم كونها من جملة مقومات الحياة، والمحافظة عليها وحمايتها تدخل في دائرة حقوق الإنسان، لاتصال هذا الحق بأصل حقوق الإنسان جميعا، وهو الحق في الحياة، فحماية هذا الحق يعد شرطا لازما لحماية حق الإنسان في الحياة وأساس لتأمين دوره فيها.[1]

يقوم الحق في الرعاية الصحية على جملة من العناصر تتمثل في التوفير، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة الحصول على رعاية صحية متاحة للجميع بالقدر الكافي من المساواة دون تمييز، مع توفير العدد الكافي من المرافق الصحية العمومية، كما يجب أن تكون هذه الرعاية الصحية مقبولة وميسورة التكلفة، وذات جودة مناسبة، وفي التوقيت المناسب.[2]

1- قندلي رمضان، مرجع سابق، ص 219.

2- مارغريت تشان، الحق في الصحة، منشور على صفحة منظمة الصحة العالمية بتاريخ :29 ديسمبر 2017،على الموقع التالي: https://apps.who.int-iris-handle le02 /06/2021 a18 :45

الفرع الأول: التوفير وإمكانية الوصل للرعاية الصحية:

هنا وجب التطرق أولا إلى توفير الرعاية الصحية ثم إلى إمكانية الوصول إليها.

أولا: التوفير:

يجب أن تكون الرعاية الصحية متاحة للجميع دون تمييز، فيجب أن تتوفر لدى الدولة أعداد كافية من مرافق الصحة العمومية للنهوض بالمسؤوليات الطبية و رعاية صحة أفرادها.[1]

يتطلب التمتع بأفضل مستوى ممكن من الرعاية الصحية، توفير كميات كافية من السلع والخدمات والبرامج التي تحتاجها، كما يتعين توفير المقومات الأساسية للصحة مثل: المياه المأمونة الصالحة للشرب، ومرافق الإصحاح الملائمة، والمستشفيات والعيادات الخارجية، ووحدات الرعاية الصحية الأولية، وغيرها من المنشئات المتعلقة بالصحة، والأدوية الأساسية على النحو الذي حدده برنامج منضمة الصحة العالمية الخاص بالأدوية، وتوفير الخدمات بالقدر الكافي لكل من يعيش داخل الدولة، ويتضمن ذلك إعداد مقدمي الرعاية الصحية من الأطباء وموظفي الخدمات الطبية المساعدين.[2]

ثانيا: إمكانية الوصول للرعاية الصحية:

وتعني سهولة الحصول على الرعاية الصحية من خلال إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، والاستفادة من خدماتها ومنتجاتها،[3] ولسهولة الحصول على الخدمة أربعة أبعاد متداخلة هي:

1-: عدم التمييز:

ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية سهلة المنال لجميع أفراد الدولة فلا يجوز حرمان أي شخص من الرعاية الصحية، بسبب السن أو العرق أو الجنس أو الحالة

1-عمر حمزة التركماني، الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية، مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية، جامعة الإسراء فلسطين، العدد الثالث، يوليو 2017، ص109.

2- عبد العزيز محمد حسن حميد، الحق في الصحة في ظل المعايير الدولية، دكتوراه في القانون الدولي العام، دار الفكر الجامعي،30شارع سوتير- الإسكندرية، مصر، 2018، ص65

3 -التعليق العام رقم 14، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، المادة 12، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون (2000)، مكتبة حقوق الإنسان، جامعة منيسوتا، على الموقع الإلكتروني التالي:

http://hrlibrary.umn.edu/arab/M14.pdf le 02/06/2021 a 18 :00.

الصحية أو غير ذلك من أسس التميز، كما يجب أن تكون المعلومات متوفرة لكل شخص بشأن الأمور الصحية، وأن تتوفر بالأسلوب الذي يمكن معه الفهم بسهولة.[1]

هذا يعني أنه يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ويجب على الدولة أن تتخذ خطوات فاعلة لمعالجة التمييز في الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

2-إمكانية الوصول المادي:

يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية في المتناول المادي والأمن لجميع سكان الدولة، وخاصة الفئات الضعيفة والمهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء والأطفال والمراهقين وكبار السن والمعوقين واللاجئين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة، كما تعني إمكانية الوصول؛ إمكانية الحصول على مقومات الصحة الأساسية ومنها مياه الشرب المأمونة والسكن الملائم، وخاصة في المناطق الريفية، كما تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني، وهذا بإنشاء ممرات مكيفة خاصة بهم.[2]

3- إمكانية الوصول اقتصاديا:

يجب أن يكون جميع الناس قادرين على تحمل تكاليف المرافق والسلع والخدمات الصحية، وأن تكون تكاليف الحصول على خدمات الرعاية الصحية والخدمات المرتبطة بالحصول على المقومات الأساسية للصحة متناسبة مع دخل الأفراد، وأن تقوم على مبدأ العدالة التي تضمن أن تكون تكاليف هده الخدمات سواء كانت خاصة أو عامة في الإطار الذي يستطيع جميع الناس تحمله (أغنياء وفقراء).[3]

4- إمكانية الوصول إلى المعلومات:

من حق الإنسان التماس المعلومات والأفكار الخاصة بالصحة والعوامل المؤثرة عليها ونقلها، غير أن هذا لا يعني أن يتجاوز هذا الحق في الوصول إلى المعلومات التي تؤثر على حق المريض في السرية، والحصول على هده المعلومات سمة أساسية في التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن، فإتاحة المعلومات الصحية للأفراد والمجتمعات المحلية تساعد في النهوض

1- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، الحق في الصحة، ورقة شارحة، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، أغسطس 2011، ص10.

2- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص66.

3- عبد العزيز محمد حسن حميد، المرجع نفسه، ص 66.

بصحتها، والمشاركة بفاعلية، والمطالبة بجودة الخدمات، ورصد الأعمال التدريجية، وكشف الفساد ومحاسبة المسئولين وغير ذلك، كما يجب أن يتمكن جميع من يعمل في قطاع الصحة من الحصول على المعلومات الصحية، فهذه المعلومات يجب أن تكون متاحة للجميع و بكل حرية، خاصة تلك التي تكون متعلقة بالخدمات الصحية و التدابير الصحية و الأدوية.[1]

الفرع الثاني: المقبولية والجودة:

سنتطرق الى المقبولية ثم الجودة.

أولا: المقبولية:

يتطلب الحق في الصحة ضرورة أن تراعي المرافق والسلع والخدمات الصحية آداب وأخلاقيات مهنة الطب، وأن تكون ملائمة ثقافيا، أي تحترم ثقافة الأفراد والأقليات والمجتمعات، وتراعي مفاهيم الجنس الاجتماعي، ومتطلبات دور العمر، وأن تكون مصممة على نحو يحترم قواعد السرية ويحسن الحالة الصحية لمن يعنيهم الأمر كما يجب أن تكون المياه المتوفرة مأمونة وصالحة للشرب، وكذلك أماكن العمل يجب أن تكون أمنة وصحية.[2]

ثانيا: الجودة:

أصبحت الجودة اليوم تكتسي جانبا كبيرا من الأهمية، و تزايد هذا الاهتمام إلى أن صارت الجودة بمثابة ظاهرة عالمية، نظرا لارتباطها بجميع أوجه النشاطات الإنسانية، حيث أصبح تحقيق مبدأ الجودة في المؤسسات الصحيّة على غرار باقي المؤسسات الأخرى مطلبا أساسيا تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، والجزائر من بين تلك الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحيّة المقدمة.[3]

تلعب الجودة دورا مهما في تصميم الخدمة الصحية وتسويقها بالشكل الذي يلقى القبول لدى المنتفعين بها، وقد ازداد إدراك المؤسسات الخدمية ومنها المؤسسات الصحية، لأهمية

1- منظمة الصحة العالمية، 25 سؤال وجواب عن الصحة وحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد 01، يوليو 2002م، ص10.

2-مارغريت تشان، مرجع سابق..

3-بلولة سارة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية لجزائرية، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، تخصص إدارة الهياكل الإستشفائية، كلية العلو الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، ق سم علوم التسيير، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم،2017/2016، ص2.

ودور تطبيق مفهوم الجودة لتحقيق الميزة التنافسية في تقديم الخدمة وإرضاء المريض، لقد أصبح تطبيق الجودة الموضوع الأكثر استحواذا واهتماما ممن طرف المؤسسات الصحية التي تقدم خدماتها للمنتفعين بها، كما أصبح هذا المنتفع أيضا أكثر إدراكا واهتماما بالجودة في المجال الصحي.[1]

لقد صار وجوبا أن تكون المرافق والسلع والخدمات والمنتجات الصحية ملائمة ومقبولة علميا وطبيا، وذات جودة عالية ونوعية جيدة، و أن يتلقى مقدمو الخدمات الصحية تدريبا جيدا، كما يجب أن تكون الأدوية والأجهزة الطبية معتمدة علميا، ولم ينقض موعد صلاحيتها للاستعمال، كما يجب على الدولة أن تضع إطارا تنظيميا لفحص سلامة الأدوية وجودتها، لأنها قد تتعرض للتزوير والتلاعب بها، كما تشمل الجودة الطريقة التي يعامل بها الأطباء والممرضون المرضى، إذ يجب أن يكون تعاملهم معهم بأدب واحترام.[2]

المطلب الثاني

الإطار القانوني لتجسيد حق الرعاية الصحية

معلوم أن النصوص الدستورية متباينة نسبيا في تحديد الحق الدستوري في الصحة، حيث لا يمكن للمرء أن يشير إلى نص دقيق واحد من شأنه أن يؤسس الحق في الصحة، إنه بالأحرى مزيج من عدة نصوص ترسم الحق في الرعاية الصحية بدلا من الحق في الصحة، الذي لا يوجد ولا يمكن أن يكون، ولا يمكن لأحد أن يطالب الدولة أو الجماعات المحلية بشكل عام بالحق في التمتع بصحة جيدة، لكن يمكن للمواطن أن يناشد الجماعات المحلية حماية الأفراد من خلال السماح لهم بالحفاظ على صحتهم قدر الإمكان وتعزيز ترقيتها.[3]

إن الحق في الرعاية الصحية مرتبط بهدف ذو قيمة دستورية، له وزن دون قوة قانونية مباشرة على الدولة والجماعات الحلية، يعد تنفيذا لحق أساسي يتعلق بالصحة ذي مرتبة دستورية، فهو كحق ذاتي، ولأنه يطالب به الأفراد، فهو يتطلب حماية موضوعية بسبب

1-خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة مقدمة لنيل شهاد الماستر، معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، المركز الجامعي، العقيد اكلي محند اولحاج، بويرة، الجزائر، 2012/2011، ص 55.

2- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، 2018، ص27.

3-Drago Guillaume. Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ?.Revue juridique de l'Ouest, N° Spécial 2015, p 18.

المستوى المعياري فوق التشريعي للحقوق والحريات التي تعتبر ضمانات موضوعية تجاه كل السلطات.[1]

إن تقنيات وضع حق الرعاية الصحية موضع تنفيذ، أي بعبارة أخرى الإطار القانوني الناظم له، تتوزع بين المجال التشريعي والمجال التنظيمي، انطلاقا من بعض مواد الدستور، التي تشكل أسس التنظيم القانوني للحق في الرعاية الصحية، أو بالأسس الدستورية للحق في الرعاية الصحية، والتي تسمح بتبيان دور كل من السلطة التشريعية والسلطة التنظيمية في هذا المجال، وعليه، يعود إلى المشرع والسلطة التنظيمية حسب الاختصاص السهر على احترام المبادئ المعروضة فيها الأهداف المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية، انطلاقا من المبادئ الدستورية والعمل على تفعيلها في النصوص القانونية، التي تجسد الحق في الرعاية الصحية.[2]

الفرع الأول: المجال التشريعي

في الإطار المعياري، حق أساسي ذي مرتبة دستورية، يتطلب تجسيدا ملموسا تشريعيا عموما،[3] وحدد الدستور مجال تدخل القانون حيث نص على: "يشرع البرلمان في الميادين التي يخصصها له الدستور، وكذلك في المجالات الأتية:

17)- القواعد العامة المتعلقة بالصحة العمومية والسكان،"[4]

وعليه، وبعد إقرار الدستور لحق الرعاية الصحية للمواطنين، وتحديد دور المشرع في وضع القواعد العامة المتعلقة بالصحة العمومية، فإنه يعود للمشرع في إطار ضبطه للمبادئ الأساسية للصحة، إقرار الآليات المنظمة لحق الرعاية الصحية، وحيث أنه لا شيء في الدستور يمنع المشرع من أن يقر في هذا الإطار الوسائل الكفيلة بتأمين الخدمات الصحية والعناية الطبية في حالة المرض.

1-Richard Kitaeff, «le droit à la santé » ? Contribution a une étude des ancrages conventionnels et constitutionnels, annuaire international de Justice constitutionnelle, 22-2006,2007, p63.

2- قندلي رمضان، مرجع سابق، ص232.

3-Richard Kitaeff, Op.cit, 2006,2007, p64.

4-المادة 139 فقرة 17 من التعديل الدستوري 2020.

يتوفر المشرع في مادة الصحة على سلطة تقديرية واسعة، ويكون تدخله المرتكز على البعدين الإطاري والتنظيمي متسعا من حيث المبدأ، ولكنه مشروط حسب تقديره للمصلحة العامة، واستنادا إلى المعطيات العلمية المتوفرة.[1]

ضمن الكتلة الدستورية يمكن تحديد نصوص مختلفة مفيدة لبناء الحق في الرعاية الصحية،[2]منها تكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها، تعمل الدولة على حماية البيئة، يضمن القانون في أثناء العمل الحق في الحماية والأمن والنظافة والراحة،[3] وحق العامل في الضمان الاجتماعي، تضمن الدولة عدم انتهاك حرمة الإنسان، ويحظر أي عنف بدني أو معنوي أو مساس بالكرامة.

لقد تم التكريس التشريعي لمبدأ الحق في الرعاية الصحية من خلال القانون المتعلق بالصحة وقوانين أخرى.

أولا: تكريس الحق في الرعاية الصحية في القانون المتعلق بالصحة:

نص الدستور فقط على الرعاية الصحية والتي تضمن من قبل الدولة، حيث يمكن للمواطنين من حيث المبدأ الاستفادة من الرعاية الصحية لدى السلطات العمومية للمطالبة بالمزايا والرعاية، وأن هذه السلطات العمومية يجب عليها الاستجابة في حدود إمكانيتها لهذه الطلبات، وهذا يعني أن هذه الطلبات من حيث المبدأ لا تستفيد من قابلية التنفيذ المباشر، بل يجب أن يتدخل المشرع لوضعها موضع التنفيذ.[4]

لقد تضمن القانون المتعلق بالصحة قواعد تشمل مبادئ أساسية في مجال الصحة العمومية دون تفصيل وتدليل واضحين، تخص الحق في العلاج وواجب رعاية صحة الفرد.

1- عبد الرزاق المختار، الحق في الصحة في فقه المجلس الدستوري التونسي، الأحداث القانونية التونسية، منشورات الأطرش للكتاب المختص، العدد 20، تونس، سنة 2011، ص49.

2-Drago Guillaume. Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ? Revue juridique de l'Ouest, N° Spécial 2015, p 18.

3-المادة 98 من القانون رقم 18-11.

4-Drago Guillaume. Op.cit, p 19.

1-الحق في العلاج:

إن الرعايـة الصـحية فـي حالـة المـرض والوقايـة ومكافحـة الأمـراض جميعهـا مـن المعـالم الأساسـية للحـق فـي الصـحة، لـذا فـإن الحـق فـي العـلاج يشـكل أهـم مقومـات حـق الإنسـان فـي الصحة، لا سيما عندما يقع الإنسان فريسة للمرض.[1]

إن الجـزء الأساسـي مـن الرعايـة الصـحية مشـغول بـالحق فـي العـلاج، ولكنـه يمكـن أن يمتـد أيضا ليشمل تطوير صحة الفرد وتحسينها.[2]

يعبـر الحـق فـي العـلاج عـن تلـك الخـدمات الطبيـة والصـحية التـي تقـدمها الدولـة للمرضـى دون تمييـز، بـدءا مـن إنشـاء المستشـفيات والمؤسسـات العلاجيـة والوحـدات الصـحية، وتـوفير الأعـداد اللازمـة مـن الأطبـاء والتمـريض والفنيـين والصـيادلة فـي هـذه المؤسسـات والوحـدات، وإتاحـة السـبل لتوقيـع الكشـف الطبـي علـى مـن يقـع فريسـة للمـرض بواسـطة الأطبـاء المتخصصـين فـي مجـال الرعايـة الطبيـة العلاجيـة، والقيـام بكـل مـا يلـزم تمهيـدا للتشـخيص المناسـب والصـحيح للحالـة المرضـية، ووصـف الـدواء الصـحي المناسـب والفعـال للقضـاء علـى هـذا المـرض أو الحـد علـى الأقـل مـن خطورتـه، وصـولا إلـى إجـراء العمليـات الجراحيـة الضـرورية فـي الحـالات التـي يلـزم فيهـا هذا التدخل وذلك بمقابل مادي معقول.[3]

وهنـا يتعـين علـى الطبيـب تبصـير كـل شـخص يطلـب خدماتـه بحالتـه الصـحية والرعايـة التـي تتطلبهـا والمخـاطر التـي تحـدق بهـا، كمـا يتعـين عليـه تبصـير الشـخص الـذي يـرفض العـلاج أو عائلتـه النتـائج المترتبـة علـى هـذا الـرفض،[4]ويتعـين علـى المـريض تـوخي الصـدق فـي عـرض حالتـه والتعـاون مـع طبيبـه وصـولا إلـى الغايـة المرجـوة مـن مراجعتـه للطبيـب وطلـب مسـاعدته وهـي شـفاؤه من مرضه.[5]

---

1 -فيوليت داغير، الحق في الصحة، محاولة استقراء للمفاهيم في الواقع العربي، شبكة المعلومات الدولية(الانترنت) على الموقع التالي:

www.achr.nu/kt 13.htm le 03/06/2021 a10 :50

2-Richard Kitaeff, Op.cit, 2006,2007, p89.

3- فيوليت داغير، مرجع سابق.

4-Abdelkader Khadir, la responsabilité médicale à l'usage des praticiens de la médecine et du droit, Edition Houma, Alger, 2014, p139.

5- أنس محمد عبد الغفار، التزامات الطبيب تجاه المريض: دراسة مقارنة بين القانون الوضعي والفقه الإسلامي، دار الكتب القانونية – دار شتات للنشر والبرمجيات، مصر- الإمارات، 2013، ص06.

2-واجب رعاية صحة الفرد:

يجب على كل فرد قدر الإمكان اتخاذ جميع التدابير اللازمة لحماية صحته، فقد لا يخضع الأفراد لأي التزام قانوني حقيقي لحماية صحتهم، غير أن بعض التنظيمات الخاصة تهدف إلى الحد من الحرية الفردية لفئات معينة.[1]

إنه وحفاظا على الصحة العامة ألزم المشرع الأفراد بالعلاج والعزل بالنسبة للمرضى ببعض الأمراض المعدية وفي حالات الأوبئة، أي أن المشرع يلزم الأفراد بإجراءات وقائية وأخرى علاجية، وذلك بقواعد آمرة لأنها تتصل بالنظام العام الصحي.[2]

ثانيا: تكريس الحق في الرعاية الصحية في قوانين أخرى:

نستعرض في هذا السياق أولا تكريس حق الرعاية الصحية في قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، وثانيا في قانون الوقاية الصحية والأمن وطب العمل.

1-قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين:

أقر فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفساني عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه وكلما دعت الضرورة لذلك، كما تقدم الإسعافات والعلاجات الضرورية للمحبوس، وتجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحاليل للوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية تلقائيا.[3]

2-قانون الوقاية الصحية والأمن وطب العمل:

حدد هذا القانون الطرق والوسائل التي تضمن للعمال أحسن الشروط في مجال الوقاية الصحية والأمن وطب العمل، أين يجب أن يستجيب جو العمل إلى شروط الراحة والوقاية الصحية، وضمان أمن العمال أثناء تنقلهم وأثناء تشغيل الآلات،[4] وتعتبر حماية العمال بواسطة

1-Richard Kitaeff, op.cit, p89.

2- أسامة عبد العليم الشيخ، الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة وغير المستعجلة في ضوء الفقه الإسلامي والنظم الوضعية، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، مصر، 2013، ص 47.

3- المادة 58، 59 من القانون رقم 05-04، المؤرخ في 6 /2/ 2005 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، ج ر، العدد 12 الصادرة في 2005/02/13.

4- المادة 1، 4 من القانون رقم 88-07 مؤرخ في 26 جانفي 1988 يتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، ج ر، العدد 04 الصادرة في 01/27/ 1988.

طب العمل جزء لا يتجزأ من السياسة الصحية الوطنية، والذي تعد مهمته وقائية أساسا وعلاجية أحيانا.[1]

الفرع الثاني: المجال التنظيمي

في ظل القواعد العامة المتعلقة بالصحة العمومية التي يضبطها القانون يكون الدور التنظيمي خادما ومفصلا لها، حيث جاء في الدستور: " يمارس الوزير الأول أو رئيس الحكومة حسب الحالة زيادة على السلطات التي تخولها اياه صراحة أحكام أخرى في الدستور، الصلاحيات الأتية:

5)-يوقع المراسيم التنفيذية..."،[2] ونظرا لعدم صدور النصوص التنظيمية للقانون المتعلق بالصحة رقم 18-11، وإلى غاية صدورها تبقى النصوص التنظيمية السابقة له سارية المفعول، إضافة إلى النصوص التنظيمية المتعلقة بالوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته.

أولا: المراسيم التنفيذية السابقة لصدور القانون المتعلق بالصحة رقم 18-11:

صدرت جملة من المراسيم التنفيذية في مجال الصحة العمومية، بعضها تخص:

1-تأدية الخدمة المدنية بالنسبة للممارسين الطبيين:

يعين الممارسون الطبيون المتخصصون الخاضعون للخدمة المدنية في الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة حسب الحاجات التي تحددها الخريطة الصحية، لا سيما في ولايات الجنوب والهضاب العليا بمناصب عمل تخصص لهذا الغرض،[3] وهذا في إطار الدور الضامن للدولة لمبدأ مجانية العلاج، و إمكانية حصول كل المواطنين عليه عبر كامل التراب الوطني، دون تمييز لأي سبب من الأسباب، سواء بسبب الأصل أو الدين أو السن أو الجنس أو الوضع الاجتماعي والعائلي أو الحالة الصحية أو الإعاقة.[4]

1- المادة 12 من القانون رقم 88-07.

2-المادة 112 فقرة 5 من التعديل الدستوري 2020.

3- مرسوم تنفيذي رقم 99-176 مؤرخ في 1999/08/02 يحدد كيفيات تأدية الخدمة المدنية بالنسبة للممارسين الطبيين ج ر، العدد 52 الصادرة في 1999/08/04، معدل ومتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 06-420 المؤرخ في 2006/11/22، ج ر، العدد 75 المؤرخة في 2006/11/26، والمرسوم التنفيذي رقم 13-122 المؤرخ في 2013/03/18، ج ر، العدد 16 الصادرة في 2013/03/20.

4-المواد 13،21 من القانون رقم18-11.

2-تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها:

تعد المؤسسة الإستشفائية الخاصة مؤسسة علاج واستشفاء، تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف.[1]

3-مدونة أخلاقيات الطب:

تضم مجموع المبادئ والقواعد والأعراف التي يتعين على كل طبيب أو جراح أسنان أن يراعيها وأن يستلهمها في ممارسة مهنته، أين تتمثل رسالة الطبيب وجراح الأسنان في الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعاناة، ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الإنسانية.[2]

ما يلاحظ على أرض الواقع وفي جل المؤسسات الإستشفائية في الجزائر هو انتشار بعض الظواهر السلبية من خلال التصرفات اللامسؤولة، وغير القانونية، واللاأخلاقية لبعض منتسبي قطاع الصحة، يظهر ذلك خاصة على مستوى المصالح الإستشفائية التي تعرف اكتظاظا متزايدا، مثال ذلك، الأستعجالات الطبية والجراحية، مصلحة طب النساء والتوليد، إلى غيرها من المصالح التي تعرف إقبالا كبيرا للمرضى وعلى مدار الساعة، وعلى الرغم من الزام المشرع لمهنيي الصحة بالالتزام أثناء ممارستهم لنشاطاتهم بالقيم والأخلاق، خاصة ما تعلق منها باحترام كرامة المريض والشرف والعدل والاستقلالية المهنية وقواعد أدبيات المهنة، إلا أنه ما يحدث على مستوى معظم مؤسسات الصحة العمومية في الجزائر، يشكل خرقا صارخا لهذه الالتزامات، ويمس بالآداب والأخلاق العامة التي حث ديننا الحنيف على احترامها والمنصوص عليها دستوريا.[3]

1- مرسوم تنفيذي رقم 07-321 مؤرخ في 2007/10/22 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ج ر، العدد 67 الصادرة في 2007/10/24.

2- مرسوم تنفيذي رقم 92-276 مؤرخ في 1992/07/06 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ، ج ر، عدد 52، الصادرة في 08 يوليو 1992.

3- عبد الرحمان فطناسي، اثبات الخطأ الطبي في العمليات الجراحية لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، في العلوم القانونية، تخصص: قانون اداري وإدارة عامة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة باتنة، الجزائر، 2018/2017، ص 108،109.

ثانيا: التنظيمات المتعلقة بالوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته:

بعد ظهور فيروس كورونا لأول مرة في الصين، في سبتمبر 2019، حيث صنفته منظمة الصحة العالمية كوباء عالمي بعد انتشاره السريع عبر دول العالم، وتعتبر الجزائر من الدول التي انتشر فيها فيروس كورونا المستجد، وأمام هذا الوضع المتأزم، ومع تزايد عدد الإصابات المؤكدة، وارتفاع عدد الوفيات، اتخذت الحكومة الجزائرية العديد من التعليمات الصحية والإجراءات الوقائية التي تهدف من خلالها إلى احتواء هذا الفيروس.[1]

نظرا لاتساع انتشار وخطورة فيروس كورونا المستجد، بحيث يرقى إلى مستوى تهديد الصحة العامة ويمكن أن يبرّر فرض قيود على بعض الحقوق، مثل تلك التي تنجم عن فرض الحجر الصحي أو العزل الذي يحدّ من حرية التنقل في الوقت نفسه، ومنه، بظهور وباء فيروس كورونا صدرت عدة مراسيم تنفيذية تحدد:

1-تدابير التباعد الاجتماعي الموجهة للوقاية من انتشار وباء فيروس كرونا (كوفيد-19) ومكافحته:

يلزم القانون الدولي لحقوق الإنسان الدول باتخاذ تدابير لمنع تهديد الصحة العامة، وتقديم الرعاية الطبية لمن يحتاجها، ويقرّ بأنّ القيود التي تُفرَض على بعض الحقوق، في سياق التهديدات الخطيرة للصحة العامة وحالات الطوارئ العامة التي تهدّد حياة الأمة، يُمكِن تبريرها عندما يكون لها أساس قانوني، هذه التدابير تهدف إلى الحد بصفة استثنائية من الاحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وفي أماكن العمل.[2]

و في هذا الشأن اتخذت الحكومة الجزائرية المزيد من التدابير للحد من تفشي هذا الوباء، تمثلت في وقف الدراسة وإغلاق كل المؤسسات التعليمية والتكوينية والتربوية الخاصة، وضع تدابير التباعد الاجتماعي، تطبيق هذه التدابير لمدة 14 يوم مع إمكانية رفعها وتمديدها عند الاقتضاء حسب نفس الأشكال التي وضعت بها، تعليق نشاطات نقل الأشخاص وتنظيم نقلهم،

1-سهايلية سماح، الاجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، المجلد 5، العدد3، أكتوبر 2020، ص1.

2- مرسوم تنفيذي رقم 20-69 مؤرخ في 21 مارس 2020 يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كرونا (كوفيد-19) ومكافحته، ج ر، العدد 15 الصادرة في 21 مارس 2020.

غلق المحلات في المؤسسات، هذا على المستوى الاجتماعي وأما على المستوى الاقتصادي فقد تمثلت الإجراءات المتخذة أساسا في التخفيف من قيمة نفقات الميزانية بشكل عام، تأخير اطلاق المشاريع التي ليست لها اهمية اقتصادية كبرى، التكفل بخسائر المتعاملين الذين تضرروا من انتشار كورونا، إلى غيرها من الإجراءات التي تخفف من تأثير انتشار الجائحة على الاقتصاد الوطني.[1]

2-تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته:

ترمي هذه التدابير التكميلية إلى وضع أنظمة للحجر، تقييد الحركة، قواعد التباعد، وكيفيات تعبئة المواطنين للمساهمة في الجهد الوطني للوقاية من انتشار هذا الوباء.[2]

3-تمديد إجراءات الحجر الجزئي المنزلي إلى بعض الولايات:

جاءت تكملة للتدابير السابقة وتهدف إلى تمديد إجراءات الحجر المنزلي إلى بعض الولايات التي أصبحت بؤر لانتشار وباء فيروس كورونا، ويطبق هذا الحجر لمدة عشرة أيام قابلة للتجديد، من الساعة السابعة مساءا إلى غاية السابعة من صباح الغد، على عشر ولايات تعرف كلها ارتفاعا محسوسا في عدد الإصابات بفيروس كورونا المستجد.[3]

نظرا لتزايد عدد الإصابات، وفي إطار الوقاية من انتشار فيروس كورونا المستجد ومكافحته، تم في مرحلة لاحقة تعديل اجراءات الحجر الجزئي المنزلي لمدة خمسة عشر يوم، ابتداء من 30 أفريل 2020، من الساعة السابعة مساءا إلى غاية الساعة السابعة صباحا من يوم الغد، عبر كامل التراب الوطني.[4]

المبحث الثاني

نطاق تجسيد حق الرعاية الصحية

إن الحق في الصحة حق فردي يهم الانسان في صيغة الفرد وذلك دون تمييزأو تصنيف، وفردية الحق في الصحة ترتبط بنطاقه و تؤثر على طبيعته القانونية كما تميز بعض نتائجه، فيتحدد الفرد المعني

1- سهايلية سماح، مرجع سابق، ص 7،8.

2- مرسوم تنفيذي رقم 20-70 مؤرخ في 2020/03/24 يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كرونا (كوفيد-19) ومكافحته، ج ر، العدد 16 الصادرة في 2020/03/24.

3- المرسوم التنفيذي رقم 20-72 مؤرخ في 28مارس سنة 2020، والذي يتضمن تمديد إجراء الحجر الجزئي المنزلي إلى بغض الولايات.

4 - المرسوم التنفيذي رقم 20-102مؤرخ في 23 أفريل 2020، يتضمن تمديد اجراء الحجر الجزئي المنزلي لمدة خمسة عشر يوما، عبر كامل التراب الوطني، ج، ر عدد 24 .

بالحق في الرعاية الصحية بناء على موقعه منه منتفعا به كان أو ملتزما على أساسه، وعادة ما ارتبط البعد الفردي للحق في الرعاية الصحية بتساؤلات حول طبيعته كحق ذاتي أو موضوعي و هي تساؤلات تبقى مطروحة، وعادة ما يطرح البعد الجماعي للحق في الرعية الصحية بموازاة بعده الفردي، فهو حق جامع للوصفين، ثنائي الطبيعة القانونية، وهي ميزة تختص بها الحقوق الاجتماعية، حيث يصعب الفصل بينهما، وإن كان كل من البعدين يحتفظ بالمعنى الخاص به.[1]

إذا كان الحق في الرعاية الصحية حق شامل لكافة الأفراد بالقدر الكافي من المساواة ودون تمييز بغض الظر عن أوضاعهم الخاصة، فإن خصوصية بعض الفئات مهنية أو اجتماعية أو غيرها، قد تستوجب ضمن سياسة حمائية رعاية صحية مدعمة لفائدتها.[2]

فحق الرعاية الصحية إذن حق فردي وجماعي، وهو أيضا حق فئوي يمتد ليشمل جميع فئات المجتمع، وهو ما سنتطرق إليه فيما يأتي:

المطلب الأول

حق الرعاية الصحية حق فردي وجماعي

يمكن النظر إلى الحق في الصحة على أنه المطلب الفردي الواجب تطبيقه على الجميع، وفي المقام الأول اتجاه الدولة للحصول على أفضل صحة ممكنة، والحفاظ عليها بمرور الوقت على الرغم من تقلبات الحياة، تنفيذ هذا الحق يتطلب وجود منظمة اجتماعية يمكن أن تجعله فعالا.[3]

تخدم الصحة دوما البعدين الفردي والجماعي، فهي ذات بعد فردي من حيث العلاقة بين المريض والطبيب، وفي المقابل يوجد العامل الجماعي الذي تحدده المؤسسات الاستشفائية،[4] وبالتالي فحق الرعاية الصحية هو حق فردي يهم الشخص، وحق جماعي يخص المجتمع.

1- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص 26.

2- عبد الرزاق المختار، مرجع نفسه، ص 35.

3-Richard Kitaeff, op.cit., p63.

4- قندلي رمضان، مرجع سابق، ص 219.

الفرع الأول: حق الرعاية الصحية حق فردي

يقصد بحق الرعاية الصحية حق فردي أنه يهم شخص أو إنسان بصيغة المفرد، وذلك دون تصنيف أو تمييز،[1] ويترتب على الطابع الفردي جملة من النتائج سواء على مستوى الفرد أو على مستوى الدولة.

أولا: النتائج المترتبة على مستوى الفرد:

تحتل الأنشغالات المتعلقة بالصحة مكانة كبرى في حياة الأفراد وتبدو اليوم أنها نتيجة للعديد من المعطيات؛ فردية أولا، علمية، بيئية، اقتصادية،[2] وتتمثل النتائج المترتبة عن الحق في الصحة حق فردي في عنصرين أساسيين هما:

1-الحرية:

حرية الفرد في اتخاذ الإجراءات اللازمة للمحافظة على صحته، وحقه في اختيار الطبيب أو جراح الأسنان أو المؤسسة الصحية، وحقه في رفض العلاج،[3] فهي تنعكس على وجه الخصوص في شروط موافقة المريض بخصوص الرعاية المقدمة له، من خلال احترام المتطلبات المتعلقة بالحياة الخاصة، وحق كل شخص في احترام حريته الشخصية، أي الحق في عدم الخضوع لقيود مفرطة، بالتالي حرية المريض في العلاج لا تتدخل إلا بشكل طفيف في تحديد الحق في الصحة، ولا تترجم بشكل عام إلى الاعتراف بحق شخصي.[4]

لسلامة جسم الإنسان وحياته قيمة لا تعادلها قيمة، وللطبيب اتصالا وثيقا بسلامة الإنسان في جسمه وحياته، ما دام هو من يباشر معالجة ما يهدد هذه السلامة والحياة من آفات وأمراض، أو ما يتصل بهما من آلام أو تشوهات، فعمل الطبيب هو تخليص الناس من الألم، وتأمين سلامتهم الجسدية والنفسية، وإنقاذ حياتهم.[5]

1- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص 24.

2- قندلي رمضان، مرجع سابق، ص 219.

3-Didier Truchet, Droit de la sante publique, 8° Edition, Dalloz, Paris, 2013, p 221.

4- Bertrand Mathieu, La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel – A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n°185 du 20 mai 1998, cahiers du conseil constitutionnel n° 6 – janvier 1999, p 7.

5- إبراهيم علي حمادي الحليوسي، الخطأ المهني والخطأ العادي في إطار المسؤولية الطبية، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2007، ص 11.

وعليه، إذا كان الطبيب له حرية اختيار العلاج، هذا لا يعني أن يفرض علاج معين على المريض، ولكن يجب أن يقبل المريض مبدأ العلاج والاختيار بين طرق العلاج، ولا يتحقق ذلك إلا إذا قام الطبيب بتبصير المريض بكل ما يتعلق بالعلاج سواء طبيعته أو الهدف المراد تحقيقه من استخدامه وكذا مخاطره.[1]

غير أنه يمكن للطبيب أن يتجاوز الحصول على رضا المريض ويضل فعله مباحا إذا كان المريض مصابا بمرض معدي يخشى انتقال عدواه إلى غيره فيتم تطعيمه دون رضاه، أو كان مهدد بخطر جسيم حال يقتضي التدخل العلاجي السريع وكان المريض غير قادر على التعبير عن إرادته ولم يوجد من يرضى نيابة عنه، وهنا تنتفي مسؤولية الطبيب المعالج في مثل هذه الحالات المستعجلة التي تتطلب التدخل العاجل لإنقاذ حياة المريض، إذ تعتبر الضرورة العلاجية هنا بمثابة استثناء لإباحة العمل الطبي وليس سببا عاما.[2]

إن رفض العديد من الأفراد لبعض الأعمال الطبية، كرفض الخضوع لإجراءات الوقاية للحد من انتشار الأمراض المعدية والرفض الجماعي للعلاج من طرف جميع المواطنين إعمالا لحرياتهم الشخصية ولحقهم في الحياة وسلامة أجسادهم، حيث يمكن في مثل هذه الحالات اعتبار المصلحة العامة أساسا لمشروعية هذه الأعمال الطبية وبالتالي يصبح العلاج إجباريا، حماية للمصلحة العامة ولو على حساب حرية الفرد والمجتمع.[3]

2-المساواة:

إن تحديد البعد الفردي للرعاية الصحية ليس معناه تأكيد وجود قانون شخصي للعيش في صحة جيدة تسمح لكل واحد بالاستمتاع به، لكن هي دعوة لإيجاد نوع من المساواة بين الأفراد في هذا المجال،[4] أي المساواة في الحصول على العلاج،[5] فإذا كان العلاج متاحا للجميع فيجب أن يكون متاحا ماليا للجميع.[6]

1- أنس محمد عبد الغفار، مرجع سابق، ص 62.

2- محمد إبراهيم الدسوقي علي، مساءلة الأطباء عن أخطائهم المهنية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 2015، ص15.

3-عبد الرحمان فطناسي، مرجع سابق، ص 24،23.

4- قندلي رمضان، مرجع سابق، ص 226

5- المادة 6 فقرة 2 من القانون رقم:18-11.

6-Bertrand Mathieu, op.cit., p 8

ينبغي أن يتساوى جميع أفراد الدولة في الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة وتكون سهلة المنال للجميع فيجب ألا يحرم أي شخص من الرعاية الصحية بالنضر لسنه أو عرقه أو جنسه أو حالته الصحية أو غير ذلك من أسس التمييز ويجب على الدولة أن تتخذ الخطوات اللازمة والفعالة لمعالجة التمييز في الحق في التمتع بأعلى مستوى من الرعاية الصحية،[1]كما يجب أن تكون المعلومات متوفرة لكل شخص بشأن الأمور الصحية وأن تتوفر بالأسلوب الذي يمكن معه الفهم بسهولة.[2]

على الطبيب أن يبذل كل ما في وسعه نحو مرضاه، وأن يعمل على تخفيف الألم، وأن تكون معاملته لهم مشبعة بالعطف والحنان، وأن يسوي بينهم في الرعاية، ولا يميز بينهم بسبب مركزهم الأدبي أو الاجتماعي أو شعوره الشخصي نحوهم.[3]

ثانيا: النتائج المترتبة على مستوى الدولة:

تتمثل النتائج المترتبة عن الحق الفردي في الصحة على مستوى الدولة في الدور الإعلامي والضامن والمنظم عبر الأداة التشريعية.

1-الدور الإعلامي:

تتولى الدولة ترقية الاتصال والإعلام والتحسيس في مجال الصحة،[4]حيث يمثل الحصول الحصول على المعلومات الوافية مطلبا جوهريا لتحقيق الرعاية الصحية الملائمة، كما أن المعلومات المتعلقة بالسياسات والموارد الصحية ضرورية لإتاحة الفرصة لرصد السياسات العامة المتعلقة بالصحة، والمشاركة الفعالة في إجراءات وضع السياسات المتعلقة بالصحة.[5]

1-عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص25،26.

2- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، الحق في الصحة، ورقة شارحة، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، أغسطس 2012، ص 10.

3- أمير فرج يوسف، خطأ الطبيب العمدي وغير العمدي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2010، ص 15.

4-المادة 17من القانون رقم18-11.

5- إنريك غونزاليس، الحق في الصحة، الوحدة رقم 14، دليل تدريبي لدعاة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، دائرة الحقوق، مكتبة حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، ص 282، على الموقع الإلكتروني:

http://hrlibrary.umn.edu/arab/M14.pdf le 01/05/2021 a 15 :17.

2-الدور الضامن:

تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان، وضمان مجانية العلاج، والحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني، وتنفيذ كل وسائل التشخيص والمعالجة واستشفاء المرضى، وكل الأعمال الموجهة لحماية صحتهم وترقيتها،[1] غير أنه لا يمكن للجميع الاستفادة من الحق في الصحة، كالتزام بالنتيجة على عاتق المجتمع، وبالمثل، لا يمكن للمجتمع المحلي الالتزام بصحة الجميع حتى الصحة الكاملة.[2]

كما تضمن الدولة الوقاية والحماية والترقية في مجال الصحة، فتنفذ الترتيبات من أجل الوقاية من الأمراض المنتقلة وغير المنتقلة ومكافحتها، وذلك بقصد تحسين الحالة الصحية للمواطنين، ونوعية حياة الأشخاص، وتعمل الدولة على إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية، وتنظم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة.[3]

وتضمن الدولة أيضا العلاجات القاعدية أو الأولية والعلاجات ذات المستوى العالي،[4] وذلك بإيجاد الظروف التي من شأنها تأمين الرعاية والخدمات الطبية في حالة المرض، حيث تقتضي الحياة الخاصة أو حرمة الفرد فيما يتعلق بصحته، إلزام الأشخاص المعالجين بعدم إفشاء المعلومات، فالحفاظ على تلك المعلومات يعد حقا للمريض،[5] حيث أنه لكل شخص الحق في احترام حياته الخاصة وسر المعلومات الطبية المتعلقة به، والمتمثلة في جميع المعلومات التي علم بها مهنيو الصحة.[6]

تجدر الإشارة إلي أنه على ضوء طبيعته غير المؤكدة، فإن مشكلة الحق في الصحة ليست واضحة، ولا أحد يضمن الحماية الفعالة للحق في الصحة بشكل صارم، لكن هناك أجزاء من الحق في الصحة التي يطلبها المواطن والتي يمكن أن يضمنها المجتمع ماديا وماليا.[7]

1-المواد12،13 من القانون رقم18-11.

2-Richard Kitaeff, op.cit., p63.

3-المواد 14، 15، 16 من القانون رقم18-11.

4-المادة 18من القانون رقم18-11.

5- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص 26.

6- المادة 24من القانون رقم18-11.

7-Richard Kitaeff, op.cit., p64.

3-الدور المنظم:

تنظم الدولة الوقاية والحماية والترقية في مجال الصحة، وتعمل على إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية،[1]ووضع هياكل تلقي العلاج، كما تعمل على التوزيع العقلاني للأطباء، لتحقيق تغطية صحية كاملة عبر كامل التراب الوطني، من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الطبية الضرورية.[2]

وعليه، فإن تسجيل وتنفيذ مشاريع التجهيزات الصحية العمومية الذي تم تحديده في الخريطة الصحية الوطنية المحضرة سنة 1982 من طرف وزارة الصحة، قد قسم الإقليم الوطني إلى 13 منطقة صحية وكل منطقة تحتوي عدد من الولايات مختلفة الكثافة السكانية والمساحة، ويهدف هذا التقسيم إلى السماح للسكان في كل منطقة بالوصول المشترك لمختلف المستويات المتدرجة للعلاج، أولا علاجات قاعدية، ثم علاجات عمومية موزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية للدائرة، ثم علاجات متخصصة على مستوى المؤسسات الاستشفائية للولاية، وأخيرا علاجات دقيقة ويجب أن تتكفل بها مؤسسة عالية التخصص(مستشفى جهوي).[3]

جهوي).[3]

الفرع الثاني: حق الرعاية الصحية حق جماعي

يعني أنه يهم المجتمع والمجموعة،[4]حيث تسهر الدولة على تمكين المواطن من حق الرعاية الصحية، الوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها،[5] فحق الرعاية الصحية يهم المجموعة في حقها في الوقاية من الأمراض الخطيرة والمتفشية ومكافحتها، حيث يقر المشرع جملة من التدابير الإجبارية لدرأ تلك الأمراض والحد من أثارها ضمانا لحق المواطنين في الصحة.

يترتب على جماعية الحق في الرعاية الصحية ثلاثة عناصر جوهرية وهي ارتباط هذا الحق بالمصلحة العامة، وتأصيله لنظام عام صحي، وتكريسه للطابع المرفقي:

1- المواد 14،16 القانون رقم18-11.

2-نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 127

3-عديلة العلواني، تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائر، دار هومة، الجزائر، 2014، ص20.

4- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص28.

5-المادة 63 من التعديل الدستوري 2020.

أولا: ارتباط الحق الجماعي في الرعاية الصحية بالمصلحة العامة:

لقد أقر الدستور حق المواطنين في الرعاية الصحية، ويعود للمشرع إقرار الآليات المنظمة لهذا الحق، بحيث لا يوجد في الدستور ما يمنع المشرع من أن يقر في هذا المجال حسب تقديره للمصلحة العامة واعتمادا على المعلومات العلمية المتوفرة والوسائل الكفيلة بتأمين الخدمات الصحية في حالة المرض.

يترتب على العلاقة بين الحق في الرعاية الصحية والمصلحة العامة أولا وضع آليات وقائية، وثانيا ترسيخ قيم التضامن.

1-وضع آليات وقائية:

تسهر الدولة على تمكين المواطن من حق الرعاية الصحية، والوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها.[1]

إن هذا الحق يتخذ دلالة وقائية بالأساس وخاصة في علاقته بالأمراض الخطيرة المتفشية والوبائية، دون تغييب الدلالة العلاجية، وهذا يتطلب أن تكون السلطة الصحية على بينة منها ومن مدى انتشارها، فيخول لها تطبيق الأحكام المتعلقة بإلزامية الفحص والعلاج والاستشفاء، بغرض العزل الاتقائي، حيث أن الطابع الوبائي لبعض الأمراض وما يشكله من خطر على السكان، يستوجب اتخاذ إجراءات عاجلة للقضاء على تلك الأمراض والحد من آثارها، ضمانا لحق المواطنين في الرعاية الصحية.[2]

2-ترسيخ قيم التضامن في الرعاية الصحية:

وفر الدستور لهذه المقاربة أرضية بقوله:" تسهر الدولة على تمكين المواطن من الرعاية الصحية، لا سيما للأشخاص المعوزين"،[3] ثم جاء قانون الصحة بالأحكام والتدابير التي تفوض لصالح الأشخاص في وضع صعب، ويعتبر أشخاص في وضع صعب ذوي الدخل الضعيف خاصة المعوقين أو الذين يعيشون في ظروف مادية واجتماعية ونفسية هشة تهدد صحتهم العقلية والبدنية، وضحايا الكوارث أو أي حادث استثنائي آخر، الذين هم في وضعية مادية أو

1-المادة 63 فقرة 2 من التعديل الدستوري 2020.

2- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص30.

3- المادة 63 فقرة 2 من التعديل الدستوري 2020.

اجتماعية هشة، المسنون و الأطفال و المراهقون الذين هم في خطر معنوي، الأمهات والنساء اللائي هن في حالة نفسية واجتماعية صعبة.[1]

إن للأشخاص في وضع صعب الحق في حماية خاصة على عاتق الدولة، هذه التدابير تهدف إلى تأمين تكافؤ الفرص والأنتفاع الفعلي بالحق في الرعاية الصحية.[2]

تضمن هياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة المكلفة بخدمة عمومية التغطية الصحية المجانية لكل الأشخاص في وضع صعب، وتتخذ الدولة التدابير القطاعية المشتركة الضرورية الهادفة إلى التكفل الصحي والاجتماعي بالأشخاص في وضع صعب.[3]

ثانيا: تأصيل الحق الجماعي في الرعاية الصحية لنظام عام صحي:

اعتمادا على مفهوم الصحة العامة يشكل النظام العام الصحي أحد المظاهر الخاصة للنظام العام، وعلى أساسه يسمح باعتماد آليات الضبط الصحي، من خلال اتخاذ جملة من التدابير والإجراءات العاجلة والإلزامية، والتي قد تمس بالحقوق الفردية، مثل وجوبية الفحص والعلاج والاستشفاء، بحيث يعتمد البعد الجماعي لحق الرعاية الصحية، وتحت عنوان النظام العام الصحي، يقيد البعد الفردي، بل وقد يتعداه في بعض الحالات إلى الحد من أحد الحقوق الدستورية الأخرى، مثل احترام الكرامة، الحياة الخاصة الصحية، وحرية العلاج.[4]

إن الحق في الرعاية الصحية يهم من جهة الفرد ومن جهة أخرى الجماعة، بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها، وحيث أن حق الفرد في حماية المعلومات المتعلقة بصحته ليس حقا مطلقا، يمكن الحد منه استنادا لمتطلبات النظام العام الصحي، وفي حدود هذا النظام،[5] أي عدم إمكانية تقييد هذا الحق والاعتداء عليه كما باقي الحقوق والحريات والضمانات إلا بموجب القانون و لأسباب مرتبطة بحفظ النظام العام.[6]

1- المادة 88من القانون رقم:18-11.

2- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص31.

3-المادتان 90و91 من القانون رقم:18-11.

4-عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص31.

5- المادة 24 فقرة 3من القانون رقم:18-11.

6- المادة 34 فقرة 2 من القانون رقم:18-11.

ثالثا: تكريس الحق الجماعي في الرعاية الصحية للطابع المرفقي:

إن الطابع المرفقي المترتب عن البعد الجماعي للحق في الرعاية الصحية، مؤداه وجود مرفق عام للصحة، مرتبط أساسا بمفهوم الصحة العمومية، حيث ترتكز المنظومة الوطنية للصحة على قطاع عمومي قوي.[1]

وبالتالي تدخل الدولة على مستوى البعد الجماعي للحق في الرعاية الصحية بتفعيله تحت عنوان الصحة العامة وضمن سياسة الصحة العمومية يكون أوضح من البعد الفردي لحق الرعاية الصحية أين يكون تدخلها على أساس الضبط العام الصحي.[2]

المطلب الثاني

حق الرعاية الصحية حق فئوي

إن الحق في الرعاية الصحية مبدئيا حق شامل، موجه لكافة الأشخاص، دون تمييز بينهم في الحصول على الوقاية أو العلاج سواء على أساس أصلهم أو دينهم أو سنهم أو جنسهم أو وضعيتهم الاجتماعية والعائلية أو حالتهم الصحية أو إعاقتهم،[3] غير أن بعض الوضعيات لفئات معينة، قد تستوجب ضمن سياسة حمائية، رعاية صحية مدعمة لصالحها، تتضمن تسهيلات وإعفاءات وامتيازات، بهدف تأمين تكافؤ الفرص والأنتفاع الفعلي بالحقوق الواردة في القانون، ومنها حق الرعاية الصحية.[4]

إن حق الرعاية الصحية، إضافة إلى أنه حق فردي وجماعي، فهو أيضا حق فئوي يمتد ليشمل الأشخاص في وضع صعب والأشخاص في وضعيات خاصة.

الفرع الأول: حق الرعاية الصحية للأشخاص في وضع صعب

لقد ضمن الدستور الجزائري سهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين، ووسع القانون المتعلق بالصحة هذه الفئة لتشمل الأشخاص في وضع صعب، والذين لهم الحق في حماية صحية خاصة على عاتق الدولة،[5]وتتمثل هذه الفئات في:

1- المادة 05 من القانون رقم 18-11.

2- عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص31.

3- المادة 21 من القانون رقم:18-11.

4 - عبد الرزاق المختار، مرجع سابق، ص36.

5-المادة 89من القانون رقم:18-11

أولا: الفئات الهشة:

تضم هذه الفئة الأشخاص ذوي الدخل الضعيف والأشخاص ضحايا الكوارث أو الحوادث.

1-الأشخاص ذوي الدخل الضعيف(المعوزين):

هذه الفئة تشمل على سبيل المثال لا الحصر الأشخاص المعوقين أو الذين يعيشون في ظروف مادية واجتماعية ونفسية هشة تهدد صحتهم العقلية والبدنية،[1]حيث أقرت امتيازات ومنافع وتسهيلات وإعفاءات لفائدة الأشخاص المعوقين، بهدف تأمين تكافؤ الفرص والأنتفاع الفعلي بالحقوق الواردة في القانون، من ذلك الكشف المبكر للإعاقة و الوقاية منها و من مضاعفاتها، ضمان العلاجات المتخصصة و إعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف، ضمان الأجهزة الاصطناعية و لواحقها و المساعدات التقنية الضرورية لفائدة هذه الفئة ، وكذا الأجهزة و الوسائل المكيفة مع الإعاقة و ضمان استبدالها عند الحاجة، هذا وقد اعتبر المشرع تجسيد هذه الأهداف التزاما و وطنيا.[2]

لقد جاءت هذه الامتيازات الممنوحة لفئة المعوقين مطابقة لتلك التي أقرها الإعلان العالمي الخاص بحقوق المعوقين الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في البند السادس منه، حيث أشار إلى حق المعوق في العلاج الطبي و النفسي و الوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم،[3] إلى غيرها من الحقوق الأخرى، كما أكد ذات الإعلان على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، وأقر حق هذه الفئة في التمتع بالرعاية الخاصة التي تحتاج إليها و تمكين المعوق من إنماء قدراته و مهاراته إلى أقصى الحدود، والتعجيل بإدماجه في المجتمع.[4]

1-المادة 88 من القانون رقم:18-11

2- المواد3،4 من القانون 02-09 المؤرخ في 2002/05/08 يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، ج ر، عدد34، الصادرة في 2002،1405.

3-البند السادس من الاعلان العالمي الخاص بحقوق المعوقين، اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447(د-30) المؤرخ في :09ديسمبر 1975.

4-درار فضيلة، الحق في الصحة في ظل القانون الجزائري الجديد، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر، تخصص القانون الطبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الحميد مستغانم، السنة الجامعية 2019/2018، ص 28.

2-الأشخاص ضحايا الكوارث أو الحوادث:

هذه الفئة تضم الأشخاص ضحايا الكوارث أو أي حادث استثنائي آخر والذين هم في وضعية مادية أو اجتماعية هشة، وهنا يتعين على هياكل ومؤسسات الصحة المعنية، إعداد مخطط تدخل ونجدة خصوصي، وذلك بالتعاون مع سلطات المصالح المؤهلة، ويجب عليها مسك بطاقية محينة للأشخاص المختصين والوسائل الواجب تعبئتهما في حالة كارثة أو في حالة استثنائية.[1]

ثانيا: الأشخاص في حالة خطر معنوي أو وضعية نفسية صعبة:

ألزم المشرع الدولة باتخاذ التدابير الضرورية، من أجل التكفل بالأشخاص في حالة خطر معنوي، وكذا الأشخاص في حالة وضعية نفسية صعبة.

1-الأشخاص في حالة خطر معنوي:

هذه الفئة تضم الأشخاص المسنين والأطفال والمراهقين الذين هم في خطر معنوي والموضوعين في المؤسسات التابعة للوزارة المكلفة بالتضامن الوطني، أين يجب أن يستفيد الأطفال من جميع التدابير الصحية والاجتماعية والتربوية الملائمة لنموهم المنسجم واندماجهم في الأسرة والمجتمع.[2]

أ-حق الرعاية الصحية للأشخاص المسنين:

يمر الإنسان أثناء حياته بمراحل متعددة تبدأ بمرحلة الطفولة فالشباب ثم الكهولة فالشيخوخة، وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح الشخص عرضة لعديد الأمراض نظرا لوهن جسمه ونقص مناعته، وبالتالي يصبح بحاجة لرعاية أكبر، وخاصة الرعاية الصحية.

وعرف المشرع الجزائري الشخص المسن على أنه: «كل شخص طبيعي بلغ من العمر 65 سنة أو جاوزها، سواء صاحب هذه السن تغيرات بيولوجية أو نفسية أو لم يصاحبها."[3]

يصاحب مرحلة الكبر في السن بعض التغيرات الجسمية و النفسية، تغيرات اجتماعية واقتصادية، هذه التغيرات هي التي يمكن وصفها بأنها تميز المرحلة العمرية للفرد، وبالتالي تساعد على كيفية التعامل مع هذه الفئة، والتعرف على ما تحتاجه من رعاية و حماية بكافة

1- المواد 88 ،123من القانون رقم:18-11

2- المادة 93 من القانون رقم:18-11

3-المادة 02 من القانون رقم:10-12، المؤرخ في 19ديسمبر 2010، المتعلق بحماية الاشخاص المسنين، ج ر، عدد79، الصادرة في 29ديسمبر2010.

أوجههـا و اتجاهاتهـا، و علـى وضـع بـرامج وقائيـة و علاجيـة تضـمن لهـم الرعايـة الصـحية المطلوبة.[1]

إضـافة إلـى إعـداد وتنفيـذ بـرامج لحمايـة صـحة الأشـخاص المسـنين، تسـتفيد هـذه الفئـة مـن كـل الخـدمات المتعلقـة بـالعلاج وإعـادة التكييـف والتكفـل النفسـي التـي تتطلبهـا حـالتهم الصـحية، وتضـمن الهياكـل والمؤسسـات الصـحية العموميـة التكفـل بكـل احتياجـاتهم، بواسـطة مسـتخدمين مؤهلين وبكل وسيلة أخرى بما فيها العلاج والاستشفاء في المنزل.[2]

لقـد أكـد المشـرع الجزائـري علـى ضـمان الدولـة تكفـل طبـي و اجتمـاعي لفئـة المسـنين، مـع ضـمان الحـق فـي الاسـتفادة مـن مجانيـة العـلاج فـي المؤسسـات الصـحية العموميـة، إضـافة إلـى وضـع جهـاز وقايـة مـن الأمـراض و الحـوادث التـي يمكـن أن تصـيب الأشـخاص المسـنين وتشـجيع إحـداث هياكـل الصـحة الخاصـة بطـب الشـيخوخة علـى مسـتوى الهياكـل الاستشـفائية المعنيـة، وتضـع الدولـة فضـلا عـن ذلـك جهـاز يقظـة مـن شـأنه حمايـة الأشـخاص المسـنين لا سـيما الـذين يعيشـون وحـدهم مـن جميـع المخـاطر التـي قـد يتعرضـون لهـا، كمـا يسـتفيد الأشـخاص المسـنون المحرومـون أو الـذين هـم فـي وضـع صـعب أو فـي وضـعية اجتماعيـة هشـة مـن مجانيـة النقـل بجميـع أنواعـه بـري، جـوي، بحـري أو بالسـكك الحديديـة، أو مـن تخفيضـات فـي التسـعيرة، كمـا يستفيد الشخص المرافق للمسن قصد العلاج من هذه التدابير أيضا.[3]

إن كـل هـذه الامتيـازات التـي منحتهـا الدولـة والتـدابير التـي اتخـذتها لصـالح فئـة الأشـخاص المسـنين إن دلـت علـى شـيء إنمـا تـدل علـى الأهتمـام البـالغ الـذي توليـه الدولـة لتقـديم رعايـة صـحية أفضل لهذه الفئة الهشة.

إن التفـريط بمـن كانـا سـببا فـي وجودنـا وتركهمـا فـي دور ومراكـز رعايـة المسـنين، يبقـى فـي تقـديرنا وصـمة عـار علـى جبـين كـل مـن سـولت لـه نفسـه ذلـك تحـت أي ظـرف ولأي سـبب كـان، فقـد نختلـف معهـم أو حتـى نتصـادم معهـم فـي طريقـة تفكيرنـا وعيشـنا لكـن لايجـب أن نتخلـى عـن

1- مسـعودي نسـيم، خـلال عبـد الحميـد، حمايـة المسـنين فـي الفقـه الاسـلامي والتشـريع الجزائـري، مـذكرة تكميليـة لنيـل شـهادة الماسـتر فـي القـانون، تخصـص قـانون اسـرة، كليـة الحقـوق والعلـوم السياسـية، جامعـة العقيـد اكلـي محنـد اولحاج-البويرة، الجزائر، السنة الجامعية،2018-2019، ص 6،7.

2-المواد 86،87 من القانون رقم:18-11.

3-المواد 13،14،15 من القانون رقم:10-12.

رعايتهم أبدا، امتثالا لتعاليم ديننا الحنيف، قال تعالى:" قل تعالوا اتل ما حرم ربكم عليكم، ألا تشركوا به شيئا وبالوالدين إحسانا..." [1]

وقال أيضا: "وإن جهداك على أن تشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفا...".[2]

وأما التشريع الجزائري أيضا، فيجرم بدوره مثل هكذا تصرف اتجاه الأشخاص المسنين وخاصة الأصول.[3]

ب– حق الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين في حالة خطر معنوي:

تضمن الدولة حق التمتع بالرعاية الصحية للطفل، كما للمراهق، و بالقدر الكافي من المساواة بين أفراد هذه الفئات، حيث توفر لهم الحماية اللازمة، بما يكفيهم ويقهم شر العاهات والآفات الاجتماعية التي تتربص بهم، وذلك من خلال مكافحة الإدمان على التبغ، الإدمان على تناول الكحول و الخدرات، من خلال حضر بيع هذه المواد للقصر، لما لها من تأثير سلبي على صحتهم.[4]

ب 1–حق الرعاية الصحية للأطفال في حالة خطر معنوي:

اعتبر المشرع الطفل في حالة خطر، الذي تكون صحته في خطر، وأكد على حق كل طفل، حتى ولو كان لاجئا، في التمتع بجميع الحقوق المنصوص عليها في اتفاقية حقوق الطفل وغيرها من الإتفاقيات الدولية المصدق عليها، بما فيها حق الرعاية الصحية على قدر من المساواة ودون تمييز، بحسب اللون أو الجنس أو اللغة أو الرأي أو غيرها من جميع أشكال التمييز الأخرى.[5]

1–الآية 151 من سورة الأنعام.

2–الآية 15 من سورة لقمان.

3–المواد 06،30،34من القانون رقم 10–12.

4-المواد 57،61 من القانون رقم 18-11.

5–المواد2،3 من القانون رقم:15–12، المؤرخ في :15 يوليو 2015، يتعلق بحماية الطفل، ج ر، عدد39 الصادرة في:19 يوليو 2015

ب 2-حق الرعاية الصحية للمراهقين:

تعتبر حماية وترقية صحة المراهقين والشباب من أولويات الدولة، ويتولى الوزير المكلف بالصحة بالتعاون مع المصالح المعنية، إعداد وتنفيذ برامج نوعية ومكيفة مع الاحتياجات الصحية للمراهقين والشباب، من أجل الوقاية من السلوكيات المضرة بصحتهم وضمان نموهم الكامل، وتسهر مؤسسات الصحة بالتعاون مع الجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات والجمعيات المعنية بالشباب والمراهقين على حماية صحتهم وترقيتها.[1]

2-الأشخاص في وضعية نفسية صعبة:

هذه الفئة تخص الأمهات والنساء اللائي هن في حالة نفسية واجتماعية صعبة، حيث تضمن الدولة التكفل الطبي والنفسي وتوفير الوسائل الطبية قصد التخفيف من معاناتهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.[2]

"إذا كانت المواثيق الدولية والإقليمية العامة والخاصة قد أقرت بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وأكدت على حمايته باعتباره أحد أهم حقوق الإنسان الأساسية، فإنها قد أولت أقصى درجات الرعاية لصحة المرأة البدنية والعقلية، كما كفلت لها أعلي قدر من الحماية في حالات الحمل والولادة والرضاعة، وأقرت بحقوقها الإنجابية وتزويدها بالمعلومات الصحية".[3]

لقد أولى المشرع الجزائري أهمية قصوى لصحة الأم، حيث أكد على ضمان وحماية صحتها قبل وأثناء وبعد الحمل بواسطة كل التدابير الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية و الإدارية،[4]وبذلك تتفرع حماية حقوق المرأة الصحية إلى اثنين:

أ-حماية حق المرأة في الصحة الإنجابية:

يشكل حق المرأة في الصحة الإنجابية أحد جوانب الحق في الصحة، حيث أصبح حقا معترف به عالميا منذ انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية في سبتمبر عام 1994،

1-المواد 84،85 من القانون رقم18-11.

2- المادة 93 من القانون رقم18-11.

3-عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص128،129.

4-المادة 69 من القانون رقم18-11.

وحتى قبل انعقاد هذا المؤتمر حضي دوما هذا الحق باهتمام كبير في سياق المؤتمرات الدولية و لو بشكل ضمني.[1]

لقد تبنى المشرع الجزائري الصحة الإنجابية للمرأة على غرار باقي التشريعات الدولية ونظمها من خلال إعداد و تنفيذ كل التدابير و الترتيبات الصحية و الاجتماعية والاتصال والتحسيس من قبل هياكل و مؤسسات الصحة عبر كامل التراب الوطني قصد التنظيم العائلي الذي يشكل أولوية لصحة الأم و الطفل معا، وقبلها إجبارية إجراء الفحوصات والتحاليل الطبية اللازمة قبل الزواج،[2]وهذا للتأكد من سلامة الزوجين من الأمراض المعدية و المستعصية.

إن إنشاء مراكز استقبال المرأة للكشف المبكر عن بعض الأمراض الخطيرة التي قد تصيب المرأة كسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، أو مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز، حيث تتم كل الفحوصات والتحاليل في سرية تامة وبالمجان، كما أن إعلام المرأة بحالتها الصحية، ووضع وسائل منع الحمل وتنظيمه من أدوية ومعدات طبية بالمجان وإطلاق البرامج الصحية التربوية والتثقيفية والتوعوية عبر وسائل الإعلام تبقى تصب كلها في إطار مجهودات الدولة لتقديم رعاية صحية أفضل للمرأة.

ب-حماية حق المرأة في الصحة في فترة الحمل والولادة:

إن الكثير من التحديات والمشاكل الصحية التي تواجه المرأة في فترة الحمل والولادة لظروف لا تحيط إلا بها ولا تؤثر سلبيا إلا عليها هي وحدها، فتعقيدات الحمل والولادة تعد احد أسباب الوفاة الرئيسية بين النساء التي تتراوح أعمارهن ما بين(15 و19)سنة في البلدان النامية، وبشكل عام تتوفى الأمهات في فترة الحمل والولادة لمضاعفات تسبب اعتلال صحتها وخاصة في حالات الحمل المبكر أو المتأخر عن فترة الإخصاب أو عند تعدد الولادات المتتابعة أو نقص التغذية، وعليه فإن صحة المرأة في هذه الفترة تستدعي رعاية صحية متخصصة دون تلك التي يتمتع بها أي إنسان عادي اخر.[3]

لقد حظيت المرأة في فترة الحمل والولادة لحماية خاصة ورعاية مميزة في معظم التشريعات الدولية وهو ما أكد عليه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان،[4] والجزائر على غرار

1- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص129.

2-المواد 70،71،72 من القانون رقم18-11

3-عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص136

4- المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

باقي الدول أولت أهمية خاصة لحماية الأم في هذه الفترة، حيث ألزمت مهنيي الصحة بالتصريح بالمرأة الحامل وتسجيلها ابتداء من الثلاثي الثالث من الحمل، حسب اختيارها لدى عيادة ولادة خاصة أو عمومية مع توفير الوسائل الملائمة لضمان المتابعة الدورية والإجبارية للحمل من طرف الدولة.[1]

وفي حالة النساء الحوامل في الوضع الصعب يتم قبولهن في الشهر السابع على الأقل بناء على طلبهن في هياكل ومؤسسات الصحة العمومية المتوفرة على أسرة الولادة، عندما يستوجب استشفائهن ذلك، كما أن ضمان التشخيص ما قبل الولادة يتم في هياكل مؤهلة ومعتمدة لهذا الغرض وتختص المؤسسات العمومية الاستشفائية لوحدها بالإيقاف العلاجي للحمل بغرض حماية صحة الأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي مهددين بخطر بسبب الحمل.[2]

يشمل حق المرأة في الرعاية الصحية الحصول على السلع والخدمات والمرافق المتعلقة بالصحة، منها إيجاد نظام صحي منصف وموفر المواد ومفتوح الأبواب ومتكامل يساعد على منع حدوث الوفيات عند الولادة ومعالجة أسبابها، ويجب أن تكون الوفرة بأعداد كافية، وممكن الاستفادة منها فعليا، كما يجب أن تكون متاحة لجميع النسوة دون تمييز وذات جودة عالية لتقديم أفضل رعاية صحية ممكنة، ولتعزيز تحسين صحة المرأة خاصة الحامل والمرضعة فقد أكدت المؤتمرات الدولية الخاصة بالمرأة على ضرورة أن تقوم جميع الدول بكافة الإجراءات التي تحقق تخفيضات كبيرة في وفيات الأمهات.[3]

في هذا الاتجاه عملت الجزائر على مكافحة وفيات الامهات والاطفال، بل و منحتها الأولية من خلال اعتمادها لبرامج صحية، كالتنظيم العائلي، بالإضافة إلى تدابير وترتيبات اجتماعية و أخرى تربوية ضرورية لحماية صحة الطفل و الأم معا، تعدها و تنفذها هياكل الصحة.[4]

1-االمادة 73من القانون رقم18-11.

2-المواد 74،76من القانون رقم18-11.

3- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص139

4-المواد 69،71 من القانون رقم 18-11.

الفرع الثاني: حق الرعاية الصحية للأشخاص في وضعيات خاصة

إن الوضعيات الخاصة لبعض الفئات (مهنية، اجتماعية...) قد تتضمن رعاية صحية مدعمة من طرف الدولة لفائدتها، هذه المقاربة الفئوية للحق في الرعاية الصحية قابلة للتأصيل، انطلاقا من عمومية العبارة الدستورية " المواطن"،[1]القادرة على استيعاب كل الفئات داخل إطار المواطنة، ودون تناقض معها؛ بل وأيضا بالتفاعل ضمنها، وهذا يشكل إثراء لأبعاد الحق في الرعاية الصحية.

تخص هذه الوضعيات الحماية الصحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني، في أوساط العمل وفي الوسط العقابي.

أولا: حماية الصحة في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني:

حماية صحة التلاميذ في المدارس والطلاب في الجامعات ومراكز التكوين المهني يشكل حماية للصحة العمومية، كون هذه الأماكن عمومية، وكل تدبير لحماية الصحة فيها يكون بمثابة نشاط من النشاطات الهادفة لحماية الصحة العمومية.[2]

هذا يعني أن الدولة تضمن حماية وترقية الصحة في الوسط التربوي والجامعي وفي التكوين المهني عبر أعمال وبرامج صحية ملائمة، من خلال مراقبة حالتهم الصحية ومتابعة التكفل بالأمراض التي تم الكشف عنها، وقد جعل المشرع عملية تنفيذ التدابير الصحية في الوسط التربوي والجامعي والتكوين المهني مهمة موكلة إلى وزارة الصحة بالتنسيق مع وزارات التربية والتكوين المهني والتعليم العالي والجماعات المحلية.[3]

ففي الوسط التربوي وتنفيذا لأحكام الاتفاقيات الدولية التي صدقت عليها، خاصة اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989،"سارعت الجزائر إلى إنشاء آليات وطنية قاعدية لتوفير الرعاية الصحية للمتمدرسين، باتت تعرف بوحدات الكشف و المتابعة Unités de dépistage et de suivi مهمتها العناية بالصحة الجسمية والعقلية والنفسية، وكل الأمور التي لها علاقة بهذا الهدف."[4]

---

1 –المادة 63 من التعديل الدستوري 2020.

2–عمر شنتير رضا، مرجع سابق، ص439.

3–المواد 94،95،96 من القانون رقم:18–11.

4–السعيد حرزي، الاليات الوطنية للرعاية الصحية في الوسط المدرسي تكريسا للحق في الصحة "وحدة الكشف والمتابعة نموذجا"، مجلة الاجتهاد القضائي، المجلد 12، العدد 02، اكتوبر 2020، ص580.

وفي هذا المسعى دائما تم استحداث إلى غاية نهاية السنة الدراسية الفارطة(2018-2019) ألف و تسعمائة و ثلاثة و عشرون(1923) وحدة كشف ومتابعة على المستوى الوطني، سواء كانت داخل المؤسسات التعليمية أو داخل المؤسسات الصحية أو في أماكن مستقلة معدة من طرف الجماعات المحلية، مؤطرة من طرف (2233) طبيب،(1975) جراح أسنان،(1797) نفساني عيادي و(2576) شبه طبي، تنفيذا للمنشور الوزاري المشترك بين كل من وزارة الداخلية، وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة.[1]

إن هذا الاهتمام البالغ من طرف الدولة بهذه الفئة إن دل على شيء إنما يدل على أن هذه الفئة مصيرية في المجتمع بقدر هشاشتها، فهي بمثابة النواة الحقيقية لمستقبل المجتمع ونمائه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وفي جميع مناحي الحياة، ولذلك انصبت جهود الدولة ووجهت اهتماماتها نحو هذه الفئة في سبيل تجسيد الرعاية الصحية المطلوبة.[2]

وتجدر الإشارة إلى أن نفس التدابير التي اتخذتها الدولة في الوسط المدرسي هي نفسها المتخذة على مستوى كل من الوسط الجامعي ومراكز التكوين المهني، حيث تتخذ هذه التدابير بالتنسيق بين وزارة الصحة ووزارات التربية والتكوين المهني والتعليم العالي، وتضمن الجماعات المحلية والمؤسسات التابعة للوزارات المذكورة الوسائل لذلك.[3]

ثانيا: حماية الصحة في وسط العمل:

يتعرض العامل للعديد من المخاطر منها ما يتصل بمكان العمل، ومنها ما يتعلق بمواد العمل وخاماته ومنتجاته، وهناك ما يتعلق بالعمال أنفسهم وبطريقة تنظيم العمل في المنشأة أو مكان العمل، وعليه فقد أفرد المشرع جملة من التدابير، تهدف إلى الحفاظ على صحة العمال و سلامتهم الجسدية، ومن ثمة الحفاظ على قدرتهم على أداء عملهم بكفاءة عالية، من خلال تحسين ظروف العمل وتحسينها لضمان أمن و صحة العمال.[4]

1-المنشور الوزاري المشترك رقم:01 المؤرخ في 06 افريل1994، المتضمن مخطط اعادة تنظيم الصحة المدرسية.

2- السعيد حرزي، مرجع سابق، ص580.

3-المادة 96 من القانون رقم:18-11.

4-المادة 100 من القانون رقم 18-11.

إن حماية الصحة في الوسط المهني تتميز بنفس المواصفات العامة الخاصة بها، وتتمحور في طب العمل، وتشمل مجالين الأول يتعلق بالوقاية من كافة الأخطار التي تهدد صحة العمال في مكان عملهم بشكل أساسي، والثاني يخص العلاج بشكل ثانوي.[1]

1-مجال الوقاية:

تعتبر الوقاية الصحية و الأمن و طب العمل من الحقوق الأساسية التي يتمتع بها العمال، وتصب في مسعى إعمال حق الرعاية الصحية في الوسط العمالي، دائما وفي إطار علاقة العمل أضاف المشرع حقوقا أخرى لا تقل أهمية عن سابقيها تتمثل في احترام سلامة العمال البدنية والمعنوية وكرامتهم الشخصية، تخفيض ساعات العمل للعمال الذين يقومون بأشغال شاقة و خطيرة أو تترتب عليها متاعب بدنية أو عصبية، يضاف إليها الحق في فترات الراحة القانونية وفترات الغيابات، سواء تلك المرخص بها من قبل المستخدم نفسه، أو تلك التي تكون بسبب الأمومة والمرض و حوادث العمل.[2]

و تجدر الإشارة إلى أن المشرع و في إطار علاقات العمل أوجب على العمال بعض الواجبات التي من شانها المساهمة في إعمال حق الرعاية الصحية، و تتمثل في وجوب مراعاة تدابير الوقاية الصحية و الأمن التي يعدها المستخدم وفقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما، تقبل أنواع الرقابة الطبية الداخلية و الخارجية التي قد يباشرها هذا المستخدم في إطار طب العمل أو مراقبة المواظبة.[3]

وتهدف الصحة في وسط العمل إلى ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال والحفاظ على أعلى درجة لها، الوقاية من كل ضرر يلحق العمال جراء ظروف عملهم، وحمايتهم من الأخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرة بصحتهم ومن حوادث العمل والأمراض المهنية.[4]

1- عمر شنتير رضا، مرجع سابق، ص446.

2-المواد 05 ،06 ،22 ،46 من القانون 90-11، مؤرخ في :21افريل1990 يتعلق بعلاقات العمل، ج ر، عدد 17 الصادرة في:25أفريل 1990.

3-المادة 07 فقرة 4،5،6 من القانون 90-11.

4-المادة 98 من القانون رقم:18-11.

2-مجال العلاج:

تنظيم العلاج الاستعجالي للعمال والتكفل بالعلاج المتواصل للأمراض المهنية، للمحافظة على صحة العمال وترقيتهما.[1]

و تجدر الإشارة إلى أن الجزائر و بعد مصادقتها على الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، تكون قد أكدت التزامها بتجسيد حق هذه الفئة في الرعاية الصحية وفقا لما جاء بنصوص الاتفاقية السالفة الذكر.[2]

و تحدد هذه الاتفاقية معايير دنيا تلتزم الدول الأطراف بتطبيقها على العمال المهاجرين وأفراد أسرهم بغض النظر عن وضعهم من حيث الهجرة، ومن ضمن هذه الحقوق حق الرعاية الصحية، وذلك على أساس المساواة في المعاملة مع رعايا الدولة المعنية و لا يحرم هؤلاء من هذه العناية الطبية الطارئة بسبب أية مخالفة فيما يتعلق بالإقامة أو الاستخدام.[3]

وكمثال حي واقعي، على وفاء الجزائر بالتزاماتها الدولية في تقديم الرعاية الصحية للعمال المهاجرين وعائلاتهم، حيث تم إسعاف رعية صينية ستينية، أصيبت بحروق متفاوتة نتيجة سقوطها في المياه الساخنة، أين تم نقلها على متن سيارة إسعاف تابعة للحماية المدنية إلى نقطة استعجالات قريبة، حيث تم التكفل بها وقدمت لها العلاجات اللازمة قبل أن تغادر، بعد الاطمئنان على صحتها، وكأنها مواطنة جزائرية وليست صينية، وهناك حالات كثيرة لا يسعنا التطرق اليها في هذا المقام.

ثالثا: حماية الصحة في الوسط العقابي:

الحق في الرعاية الصحية مضمون لكافة المحبوسين، حيث يستفيدون من الخدمات الطبية في مصحة المؤسسة العقابية وعند الضرورة في أي مؤسسة استشفائية، يتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والاخصائي النفساني عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه وكلما دعت الضرورة ذلك، تقدم الإسعافات والعلاجات الضرورية للمحبوس وتجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات وتحاليل الوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية تلقائيا، و

1- عمر شنتير رضا، مرجع سابق، ص446.

2- المرسوم الرئاسي رقم:144/04 مؤرخ في:29 ديسمبر2004، يتضمن التصديق على الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم. المعتمدة بالقرار رقم 158/45 بتاريخ 12/18/ 1990من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة.

3- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 95،96.

يسهر طبيب المؤسسة العقابية على مراعاة قواعد الصحة و النظافة الفردية و الجماعية، وتفقد كل الأماكن بالمؤسسة العقابية مع إخطار مدير المؤسسة بكل النقائص المسجلة التي من شأنها الإضرار بصحة المحبوسين.[1]

وتضع الدولة برنامجا وطنيا للصحة خاص بهذه الفئة يسمح بالوقاية و الحماية لصحة المحبوس و ترقيتها و حفظها و العلاج الاستعجالي والعلاج القاعدي و التكفل بالأمراض المكتشفة والوقاية من الاخطار الوبائية و المساعدة النفسية، حيث توكل مهمة تنفيذ هذا البرنامج لمستخدمي الصحة في مصالح الصحة للمؤسسات العقابية، وفي الهياكل و المؤسسات العمومية للصحة، تحت مراقبة و متابعة مصالح وزارة الصحة المختصة إقليميا.[2]

ويطرح التساؤل بإلحاح حول مدى التكفل الصحي بالمحبوسين في الظروف الراهنة التي تعرف تفشي فيروس كورونا كوفيد-19.

يعتبر الأشخاص المحرومون من حريتهم، ولا سيما السجناء، من بين الفئات الضعيفة بسبب الاكتظاظ السائد في عدد كبير من السجون، وصعوبة فرض التباعد الاجتماعي، وسوء ظروف الاحتجاز في كثير من الأحيان، وسوء التهوية في السجون، علاوة على ذلك، فإن انتشار الأمراض المعدية يشكل مصدر قلق للصحة العامة خاصة في بيئة السجون، حيث يمكن أن تنتشر الأمراض بسرعة بسبب التواجد الكثيف للأشخاص في الأماكن الضيقة، حيث أكدت منظمة الصحة العالمية أنه من المرجح أن تفشل جهود السيطرة على كوفيد-19 إذا لم يتم اتخاذ تدابير قوية في السجون، نظرا لخطورة هذا الأخير.[3]

وفي خطوة وصفت بالإيجابية وقع رئيس الجمهورية، مرسوما رئاسيا يتضمن عفوا رئاسيا، استفاد منه 5037 من الأشخاص المحبوسين وغير المحبوسين، المحكوم عليهم نهائيا عند تاريخ إمضاء هذا المرسوم الرئاسي، باستثناء مرتكبي بعض الجرائم التي يحرمها القانون من العفو، وتبدو الخطوة الجزائرية هذه، كاستجابة ولو جزئية لتوصيات مفوضة حقوق الإنسان بالأمم المتحدة، "ميشيل باشيليت"، التي كانت قد دعت إلى اتّخاذ إجراءات عاجلة، لاحتواء تفشي فيروس كورونا المستجد، وحماية صحة الأشخاص المحتجزين في السجون وسلامتهم،

1- المواد 57، 58، 59، 60 من القانون رقم 05-04.

2-المادة 101 من القانون رقم18-11.

1- مبادرة العدالة المفتوحة، الحق في الرعاية الصحية في السجون خلال جائحة كوفيد-19، على الموقع التالي: https://www.justice initiative.org/ le 15/05/2021 à 13h00.

وإلى دراسة سبل الإفراج عن الأشخاص المعرضين بشكل خاص لخطر الإصابة بفيروس كورونا، ومن بينهم المعتقلين الأكبر سنّا والمرضى، بالإضافة إلى المجرمين الذين يمثّلون خطرا ضئيلا.[1]

1- المرسوم الرئاسي رقم 20-37 المؤرخ في 01 فبريير 2020، يتضمن إجراءات عفو، ج ر، عدد 06، الصادرة في 02 فبراير 2020.

خاتمة الفصل الأول

مما تقدم نستنتج أنه رغم المجهودات التي ما فتئت الدولة تبذلها، لتعميم حق الرعاية الصحية ليشمل كل المواطنين بما فيهم الرعايا الأجانب، فرادى وجماعات، وكل فئات المجتمع؛ إلا أن توزيع الخدمات الصحية، التي تبقى ذات نوعية رديئة، لم يكن بالقدر الكافي من المساواة الذي يتيح إمكانية الوصول لها؛ ما يجعلها ترقى إلى المستوى الذي يحظى بالمقبولية والرضى في مواجهة جمهور المنتفعين بها.

الفصل الثاني

الفصل الثاني

آليات تجسيد حق الرعاية الصحية وتقييمها

تتطلع كل دول العالم وتسعى جاهدة لتقديم أفضل ما يمكن تقديمه من خدمات ذات جودة عالية في مجال الصحة، حتى يتمتع كل فرد من أفراد المجتمع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الرعاية الصحة، والجزائر بصفتها عضوا من أعضاء المجتمع الدولي لن تحيد من دون أدني شك عن هذا المسعى النبيل.

إن تجسيد حق الرعاية الصحية، وما له من تأثير على حياة الإنسان لاتصاله بها مباشرة لا يتأتى تجسيده إلا من خلال وضع آليات فعالة سواء كانت هيكلية متمثلة، في الهياكل والمؤسسات الصحية بجميع أنواعها، استشفائية وصيدلانية، عمومية وخاصة، عامة ومتخصصة تضاف إليها آليات قانونية تضعها الدولة لتجسيد حق الرعاية الصحية في الظروف العادية كما في الظروف الاستثنائية.

إن تجسيد حق الرعاية الصحية بالقدر الكافي من المساواة بين كافة أفراد المجتمع وفئاته، ودون تمييز على أي أساس من أسس التمييز الأخرى، له مؤشراته، التي يمكن من خلالها معرفة مدى وفاء الدولة بالتزاماتها المتعلقة بإعمال هذا الحق وضمانه لكل المواطنين.

قد يعترض تجسيد حق الرعاية الصحية على أرض الواقع بعض المعوقات التي تحول دون الوصول الى تكريس هذا الحق بالشكل اللائق، ومن ثم الحيلولة دون بلوغ الهدف المنشود، والمتمثل في ضمان رعاية صحية ذات جودة مقبولة، سهلة الوصول، بأقل تكلفة ممكنة.

وعليه، وجب التطرق أولا إلى آليات تجسيد حق الرعاية الصحية، ثم إلى تقييم تجسيد هذا الحق على أرض الواقع.

المبحث الأول

آليات تجسيد حق الرعاية الصحية

تتكون مؤسسات الصحة في النظام الجزائري، من قسمين، مؤسسات صحية عمومية مملوكة للدولة و خاضعة لها، لا تهدف إلى تحقيق الربح المادي، ومؤسسات استشفائية خاصة مملوكة من طرف الخواص، سواء كانوا أشخاص طبيعيين، هيئات أو مؤسسات خاصة، تخضع للقانون الخاص، وتهدف إلى تحقيق الربح بطبيعتها، حيث تقدم خدماتها للمنتفعين بمقابل مادي عكس تلك التابعة للقطاع العام والتي تقدم الخدمات الصحية مجانا عملا بمبدأ مجانية الصحة.[1]

إن هذه المؤسسات الصحية على اختلافها و انتمائها سواء كانت تابعة للقطاع العام أو ملك للخواص تهدف كلها إلى تحقيق نفس الهدف، وهو تقديم خدمات صحية للمنتفعين منها وضمان استمرارية هذه الخدمات من أجل إشباع رغباتهم في هذا المجال.[2]

يتم إنشاء مختلف هذه الهياكل والمؤسسات الصحية، وهيئات الدعم والمؤسسات المساهمة في الصحة، وفقا لما تمليه احتياجات المواطنين في مجال الصحة وكذا ضرورات التنمية الاجتماعية والاقتصادية عبر كامل التراب الوطن، في إطار الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي.[3]

سنتطرق في هذا المجال إلى الآليات الهيكلية ثم إلى الآليات القانونية لتجسيد حق الرعاية الصحية.

المطلب الأول

الآليات الهيكلية لتجسيد حق الرعاية الصحية

يتنوع المشهد الاستشفائي في الجزائر بتنوع مؤسسات الصحة وتنوع مهامها حيث توجه أحيانا للتكفل بأمراض معينة على سبيل التخصص، ويبقى الهدف الأسمى لهذه المؤسسات و تلك هو تقديم أرقى الخدمات الصحية بما يضمن أفضل المستويات من الرعاية الصحية المنشودة، و لا يكون ذلك، الا عبر إنشاء مؤسسات الصحة و كذا المؤسسات التي تساهم في الصحة، و هيئات الدعم بحيث تكون موزعة عبر التراب الوطني، في إطار الخريطة

1- مشالي زهية، التأمين في مجال الخدمات الصحية في القانون الجزائري، أطروحة دكتوراه، الطور الثالث في الحقوق، تخصص قانون التأمينات، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مستغانم، الجزائر، 2019/2018، ص 29.

2- عبد الرحمان فطناسي، مرجع سابق، ص 99.

3- المادة 272 من القانون رقم 18-11.

الصحية و مخطط التنظيم الصحي مع مراعاة ضرورات التنمية و المميزات الاجتماعية و الاقتصادية لمختلف جهات الوطن.[1]

إن المؤسسات الصيدلانية هي الأخرى لا تقل أهمية عن باقي مؤسسات الصحة؛ بل تكملها من أجل تأدية الدور المنوط بكليهما في توفير الرعاية الصحية اللازمة للمواطنين، فالمؤسسات الصيدلانية إذن هي التي تحمل على عاتقها إنتاج واستغلال واستراد و تصدير وتوزيع بالجملة مواد صيدلانية و مستلزمات طبية موجهة للطب البشري.[2]

في هذا الشأن سنتطرق إلى الهياكل والمؤسسات الاستشفائية للصحة ثم إلى الهياكل الصيدلانية:

الفرع الأول: الهياكل والمؤسسات الإستشفائية:

يتطلب تجسيد حق الرعاية الصحية، وجود هياكل ومؤسسات صحية قوية، يكمل بعضها البعض الأخر، بحيث تستجيب لطلبات المواطنين المتزايدة في التمتع بحقهم في الرعاية الصحية.

تنقسم المؤسسات الصحية في الجزائر بالنظر إلى مالكها إلى نوعين: مؤسسات استشفائية عمومية، ومؤسسات صحية خاصة.

أولا: المؤسسات الإستشفائية العمومية:

هي مؤسسات استشفائية عامة (عمومية) وهو ما يعرف بالقطاع العمومي للصحة، يكون ملك للدولة وتحت إدارتها وهو المهيمن على المشهد الصحي، أي هي تلك الهياكل الاستشفائية العامة للصحة التي تملكها الدولة وتديرها عبر مختلف الأجهزة الحكومية من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفقا لنظم ولوائح تحكم سير وإجراءات العمل بهذا النوع من المؤسسات.[3]

وتتمثل المؤسسات العمومية للصحة في: المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، المقاطعة الصحية، مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة.

1-المادة 272 فقرة1 من القانون رقم :18-11.

2-المادة 219 فقرة 1 من القانون رقم:18-11.

3-بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات انماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة-رسالة مقدمة شهادة دكتوراه علوم اقتصادية وتسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة،2017-2018، ص32

والملاحظ على هذا التقسيم الوارد في قانون الصحة الجديد رقم:18-11،[1] انه أدخل بعض التعديلات على التقسيم السابق، حيث أبقى على كل من المركز الاستشفائي الجامعي والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة المنشئتين بموجب المرسوم التنفيذي رقم:97-467[2] والمرسوم التنفيذي رقم:97-465[3] على التوالي، وألغى بالتالي كل من المؤسسة الاستشفائية العمومية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، لتحل محلهما كل من المقاطعة الصحية ومؤسسة الإعانة الطبية المتخصصة.

وتجدر الإشارة إلى أن العمل لايزال جاريا حسب التقسيم القديم لمؤسسات الصحة المتضمن بالمرسوم التنفيذي رقم:07-140،[4] وسنتناول مهام هذه المؤسسات فيما يلي كل على حدى حتى نقف على مدى إسهامها في تجسيد الرعاية الصحية المنشودة.

1-المركز الاستشفائي الجامعي:

المراكز الاستشفائية الجامعية، هي مؤسسات عمومية ذات صبغة ادارية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.[5]

سنتطرق فيما يلي الى تنظيم وسير المركز الاستشفائي الجامعي، ثم المهام التي أوكلت له.

أ- تنظيم وسير المركز الاستشفائي الجامعي:

ينشأ المركز الاستشفائي بموجب مرسوم تنفيذي، بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي و يخضع لوصايتهما كل حسب اختصاصه (وصاية إدارية بالنسبة للوزير المكلف بالصحة ووصاية بيداغوجية بالنسبة لوزير

1-المادة 298 فقرة 1 من القانون رقم:18-11.

2- المرسوم التنفيذي رقم:97-467 مؤرخ في:02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ج ر ج عدد81 صادرة في 10 ديسمبر 1997.

3 -المرسوم التنفيذي رقم:97-465 مؤرخ في:02ديسمبر1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج ر ج عدد81 صادرة في 10 ديسمبر 1997.

4- المرسوم التنفيذي رقم:07-140 مؤرخ في:19 مايو 2007 يتضمن انشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج ر ج عدد 33 الصادرة في 20-مايو2007، في انتظار تطبيق نص المادة 298 من القانون 18-11.

5- المرسوم التنفيذي رقم:97-467.

المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي)[1]، وبلغ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية عند انشائها ثلاثة عشر مركزا (13)،[2]و بلغ عددها الى غاية 2017 خمسة عشر مركزا(15)، موزعة عبر التراب الوطني.[3]

ب-مهام المركز الاستشفائي الجامعي:

يلعب المركز الاستشفائي الجامعي دورا مهما في ضمان الرعاية الصحية للأشخاص ويتضح ذلك من خلال المهام العديدة المنوطة به، في مجال الصحة، التكوين، البحث.

ب.1-مهام المركز الاستشفائي الجامعي في مجال الصحة:

تتمثل في ضمان النشاط الخاص بالتشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان، تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة، المساهمة في اعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية و التربوية للمؤسسات الصحية، المساهمة في حماية المحيط و ترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية و النظافة والصحة ومكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية، إلى جانب ذلك يضمن الخدمات الصحية للسكان القريبين منه الذين لا تغطيهم قطاعات الصحة المجاورة.[4]

ب.2-مهام المركز الاستشفائي الجامعي في مجال التكوين:

تتمثل في ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي، المشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.[5]

1-المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم:97-467.

2-المادة 01 من المرسوم التنفيذي رقم:09-319، مؤرخ في:0اكتوبر 2009، يتمم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم:97-467 مؤرخ في:02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

3-محمد ولد قادة، سلسلة التسيير الاستشفائي، دليل التسيير الاستشفائي ،2017، ص 234 تمت زيارة الموقع بتاريخ:2021/04/26 على الساعة 30: 12: https.//www.hopital-dz.com

4-المادة 04 فقرة1 من المرسوم التنفيذي رقم:97 -467.

5-المادة 04 فقرة2 من المرسوم التنفيذي رقم:97-467.

ب.3-مهام المركز الاستشفائي الجامعي في ميدان البحث العلمي:

تتمثل أساسا في القيام في إطار التنظيم المعمول به، بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة، تنظيم المؤتمرات والندوات والأيام الدراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة.[1]

2-المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

تضاف هذه اللبنة إلى تلك اللبنات الأخرى على طريق بناء منظومة صحية قوية، سعيا من الدولة إلى تجسيد حق الأشخاص في رعاية صحية مقبولة على الأقل.

سنتناول تنظيم وسير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، ثم المهام التي أنيطت بها، كما يلي:

أ-تنظيم وسير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

هي تلك المؤسسات التي تتكفل بنوع معين من العلاج والتخصص دون غيره من الأنواع،[2] لقد بلغ تعدادها الثمانين (80) مؤسسة باستحداث المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (مستشفى الأم والطفل) بولاية قالمة سنة 2019.[3]

تتكون المؤسسة الاستشفائية المتخصصة من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بعلاج مرض معدي، أو مرض أصاب جهاز أو عضو معين، أو مجموعة ذات عمر معين كالأطفال، وهي تخضع لوصاية والي الولاية الموجود على إقليمها مقر هذه الأخيرة.[4]

1- المادتان 04 فقرة 3 من المرسوم التنفيذي رقم:97-467.

2-جميلة رحماني، هجيرة لبداني، المؤسسة العمومية للصحة في القانون الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص قانون اداري، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجيلالي بونعامة، خميس مليانة، عين الدفلة، الجزائر،2019/2018، ص20.

3-المادة 01 من المرسوم التنفيذي رقم: 19-64 مؤرخ في:09فبراير 2019، يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

4-المادة 2فقرة 2 من المرسوم التنفيذي رقم:97-465.

ب- مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مجال نشاطها، بتنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.[1]

3-المؤسسات العمومية الاستشفائية:

يلعب هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية الدور الكبير في ضمان حق الرعاية الصحية للأشخاص، على اعتبار أنها تغطي عدد أكبر من السكان، وحتى بالنسبة لطبيعة المهام الموكلة لها.

سنتناول تنظيم وسير المؤسسة العمومية للاستشفائية، ثم المهام الموكلة لها:

أ-تنظيم وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية:

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية مجموعة من الهياكل الصحية التي تعمل على تقديم خدمات علاجية ووقائية تلبية لحاجات الجمهور، وهي بذلك تعتبر مرافق عامة تخضع لقواعد القانون الإداري في تنظيمها وسيرها، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويفصل في منازعاتها الإدارية القضاء الإداري.[2]

ب- مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية:

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بحاجيات السكان في مجال الصحة، من ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية للصحة، ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية وضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة،

1- زوقاري محمد، التنظيم المالي للمؤسسات الصحية في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في ميدان الحقوق والعلوم السياسية، تخصص قانون طبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم،2019/2018، ص 24،25

2- دهيليس عبد لقدر، قريشي أنيس، النظام القانوني للمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2018/2017، ص 09،10 .

و تجديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.[1]

4- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي إحدى المؤسسات العمومية التي يسير بها مرفق الصحة العمومية، نتجت هذه المؤسسات في الجزائر بعد إعادة هيكلة القطاعات الصحية سنة 2007 أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140.[2]

سنتطرق فيما يلي إلى تنظيم وسير المركز الاستشفائي الجامعي ثم المهام التي أوكلت لها.

أ-تنظيم وسير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي هذا يعني أن الموظفين والأعوان المنتمين لها خاضعون لقانون الوظيفة العمومية وللنصوص القانونية المتعلقة بتطبيقه، كما يرجع تسييرها المالي إلى القواعد المالية العامة، يختص القضاء الإداري بالفصل في منازعاتها الإدارية.[3]

ب-مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

تلعب المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، دورا مهما في إطار المهام المنوطة بها، تتمثل في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة في الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجواري، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.[4]

وتكلف على وجه الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بالصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، والمساهمة في تحسين مستوى

1- زوقاري محمد، مرجع سابق، ص 24،25.

2- المرسوم التنفيذي رقم 07-140.

3- دمان أمينة، تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في ظل المرسوم التنفيذي رقم 140/07، مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص دولة ومؤسسات، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجائر، 2018/2017 ، ص 13.

4- المادة 08 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07.

مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في ميدان التكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.[1]

5-المقاطعة الصحية ومؤسسات الإعانات الطبية المستعجلة:

لقد أحال المشرع الجزائري كيفية إنشاء وتنظيم هذه المؤسسات الصحية، وكذا مختلف المهام الموكلة لها وتنظيمها وسيرها ومعايير تصنيفها إلى التنظيم، الذي لم يرى النور بعد، وما نستطيع قوله في هذا الشأن، أن قانون الصحة الجديد رقم18-11 سعى صراحة إلى إعادة رسم وتقسيم الخريطة الصحية إلى مقاطعات وأقاليم صحية وإلغاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.[2]

و في هذا الصدد جاء في كلمة الوزير المكلف بالصحة أمام نواب البرلمان عشية عرضه لمشروع قانون الصحة الجديد:"...وضع مؤسستين جديدتين تتمثل الأولى في المقاطعة الصحية فيما تتمثل الثانية في مؤسسة الإعانة الصحية المستعجلة، وتكمن مهمتهما الأساسية في توسيع شبكة الإعانة الصحية على مستوى كل الولايات وفق خصوصيات كل ولاية مع ضمان التنسيق بين المؤسسات الاستشفائية".[3]

إن هذا التنظيم الجديد للخريطة الصحية يشبه إلى حد ما نظام القطاع الصحي الذي كان سائدا قبل سنة 2007 وهذا ما من شانه تفعيل الصحة الجوارية وتخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية.[4]

كما أنه وإلى غاية صدور النصوص التنظيمية التي تحدد كيفيات إنشاء كل من المقاطعة الصحية ومؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة ومهامها وتنظيمها وسيرها ومعايير تصنيفها، تبقى النصوص المتخذة والمعمول بها لتطبيق القانون 85-05 سارية المفعول.[5]

1-زوقاري محمد، مرجع سابق، ص 25.

2-المادة 298 من القانون رقم 18-11.

3 - وزير الصحة، مداخلة أمام نواب المجلس الشعبي الوطني، جريدة المساء، عدد7143 الصادرة بتاريخ:23أفريل2018 المنشورة بالموقع، تمت زيارته يوم:2021/04/24 على الساعة:11:00 https://www.el-massa.com/dz

4-جميلة رحماني، هجيرة لبداني، مرجع سابق، ص 25

5-المادة 449 من القانون رقم: 18-11.

بالرجوع إلى التطبيقات القضائية بالجزائر في هذا المجال نجد أن القضاء الإداري الجزائري ممثلا في مجلس الدولة، لم يساير التشريع حال فصله في عديد القضايا التي تكون إحدى طرفيها هذه المؤسسات، وذلك فيما يتعلق بتسميتها الرسمية، أين نجده خالف تماما التسمية المنصوص عليها في التشريع، واعتمد تسميات أخرى، ومثال ذلك المؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا بدلا من المركز الاستشفائي الجامعي، والقطاع الصحي بدلا من المؤسسة العمومية الاستشفائية، و هذا ما يعد خرقا صارخا لقواعد قانون الإجراءات المدنية والإدارية، خاصة ما تعلق منه بشرط الصفة، ويطرح العديد من الإشكالات في التنفيذ.[1]

ثانيا: المؤسسات الخاصة للصحة:

هي مؤسسات صحية خاصة ملك للخواص، تمارس مهامها في مجال الصحة بترخيص من الوزير المكلف بالصحة و تحت رقابة مصالحه المختصة، و تنتشر هذه الهياكل عبر كافة أنحاء التراب الوطني حسب الخريطة الصحية الوطنية، أو هي تلك الهياكل التي تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الخاص في الدولة.[2]

ويمكن لأي شخص طبيعي أو معنوي ، لاسيما التعاضديات الاجتماعية انشاء هذه الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة،[3]على أن يكون ذلك وفقا للتنظيم الساري المفعول.[4]

أولا: أنواع المؤسسات الخاصة للصحة ومهامها:

يخضع إنشاء المؤسسات الخاصة للصحة، على أنواعها إلى بعض الشروط التي حددها المشرع من خلال قانون الصحة الجديد، وسنتناول فيما يلي أنواع المؤسسات الخاصة للصحة ثم شروط انشائها:

1-عبد الرحمان فطناسي، مرجع سابق، ص103.

2- بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص32

3-المادة 309 من القانون رقم18-11.

4-المرسوم التنفيذي رقم:07-321 مؤرخ في 22 اكتوبر 2007، يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها.

1- أنواع المؤسسات الخاصة للصحة:

وتقسم الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة حسب قانون الصحة الجديد إلى:

المؤسسات الاستشفائية الخاصة، المؤسسات الخاصة للعلاج والتشخيص، هياكل الممارسة الفردية، هياكل الممارسة الجماعية، الصيدليات والمؤسسات الصيدلانية، مخابر التحاليل الطبية، الهياكل المعتمدة للنقل الصحي.[1]

إن إنشاء وفتح الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة يخضع لبعض الشروط التي أفردها المشرع في قانون الصحة، حيث يجب أن تستوفي الشروط التقنية المتعلقة بالتنصيب والسير المحددة بدفتر الأعباء المعد من قبل وزير الصحة، وأن تطابق مشاريعها الأهداف المسطرة بمخطط التنظيم الصحي.[2]

تخضع كل العمليات المتعلقة بهته الهياكل من إنجاز، استغلال وتوسيع، نقل، غلق، تحويل وتجميع، وحتى اقتناء كل تجهيز صحي لترخيص من الوزير المكلف بالصحة وتحت رقابة مصالح وزارته المختصة.[3]

إن إنجاز وفتح هذا النوع من المؤسسات الصحية، يتطلب الحصول على الترخيص المسبق من الوزير الكلف بالصحة، على أساس ملف إداري وتقني مستوفي للشروط القانونية، يودع لدى مديرية الصحة المتواجدة بالولاية المعنية بالإنجاز.[4]

2-مهام المؤسسة الإستشفائية الخاصة :

تضطلع المؤسسات الخاصة للصحة، بمهام محددة أوكلها أياها المشرع، وتلعب دور هام في تجسيد حق الرعاية الصحية، كحق أساسي من حقوق المواطنين، ومن هذا المنطلق أنيطت بها عدة مهام حددها المشرع نوردها فيما يلي:

تمارس أنشطة الطب والجراحة؛ بما فيها طب النساء والتوليد، وأنشطة الاستكشاف داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، بما أنها مؤسسة علاج واستشفاء، يجب عليها في إطار المهام الموكلة لها، القيام على الأقل، في إطار التخصص أو التخصصات التي تمارسها، بالأنشطة

1-المادة 308 من القانون رقم 18-11.

2-المادة 311 من القانون رقم 18-11.

3-المواد 306، 307 من القانون رقم18-11.

4-المرسوم التنفيذي 07-321.

التالية: الفحص الطبي، الاستكشاف والتشخيص، الاستعجالات الطبية، والطبية الجراحية؛ بما فيها إزالة الصدمات، الانعاش، المراقبة، والاستشفاء.[1]

تثار مسالة التكامل بين قطاعي الصحة، القطاع العام والقطاع الخاص في مجال الصحة، على اعتبار أن الهدف الاقتصادي لكل منهما مختلف عن الاخر، بحيث أنه، في حين يتبنى القطاع العمومي مبدأ مجانية العلاج، فإنه على النقيض من ذلك، يسعى القطاع الخاص في مجال الصحة إلى تحقيق الربح، إلا أنه في حقيقة الأمر، يعتبر هذا التكامل ركيزة من الركائز التي يقوم عليها تنظيم المنظومة الوطنية للصحية، و هذا في إطار العمل القطاعي المشترك في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة، بما يضمن تقديم الخدمة العمومية للصحة. من جهة.[2]

كما أن ما جاء به قانون الصحة، فيما يخص إنشاء وفتح المؤسسات الخاصة للصحة، يصب في هذا الاتجاه، حيث كلفها بمهمة التغطية الصحية في المناطق التي تعاني من عدم كفاية التغطية الصحية، وهي بذلك تكمل و تغطي الفراغ الذي تركه القطاع العمومي.[3]

في نفس السياق أكد وزير الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات؛ عشية عرضه لمشروع الصحة أمام نواب البرلمان بقوله :"إن النص الجديد جاء أيضا ليرسي مبدأ التكامل بين القطاعين العام والخاص وفق دفتر شروط يضمن مجانية العلاج، مع إمكانية تفويض مهمة الخدمة العمومية لصالح الهياكل الخاصة على أساس هذه الشروط..".[4]

ونشير إلى أنه، في السابق كان نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصر على عيادات الفحص والتشخيص، ثم تمت إضافة هياكل جديدة، هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية والجراحية بما في ذلك أمراض النساء والتوليد، وعيادات الفحص الطبي والعلاج، وعيادات جراحة

1-المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم:07-321.

2- المادة 265 من القانون رقم 18-11.

3-المادة 316 من القانون رقم 18-11.

4- وزير الصحة، عرض لمشروع الصحة الجديد أمام نواب المجلس الشعبي الوطني، منشور بجريدة المساء، عدد7143 الصادرة بتاريخ:23أفريل2018 .https://www.el-massa.com/dz le 07/06/2021 a 10 :00

الأسنان، والصيدليات، بالإضافة إلى مخابر التحاليل الطبية، ومخابر النظرات والأجهزة الاصطناعية الطبية.[1]

تجدر الإشارة إلى أن نجاح السياسة الصحية، مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن، وهو ما لم تصل إليه الجزائر بعد، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي بيروقراطية أكثر منها خدماتية، ما من شأنه التأثير سلبا على نوعية الرعاية الصحية المقدمة.[2]

الفرع الثاني: المؤسسات الصيدلانية:

المؤسسات الصيدلانية هي مؤسسات إنتاج واستغلال واستيراد وتصدير وتوزيع بالجملة لمواد صيدلانية ومستلزمات طبية موجهة للطب البشري، تخضع للقانون التجاري على اعتبار أنها شركات تجارية، و تعتمد من قبل المصالح المختصة للوزارة الوصية، و تسير من قبل الصيدلي و تحت مسؤوليته، و هو مديرها التقني.[3]

ويجب أن تكون المؤسسات الصيدلانية مستغلة، أو حائزة على مقرر تسجيل الدواء في الجزائر سواء كان مصنوعا أو مستوردا، بغية ضمان الوفرة من جهة، و من جهة ثانية ضمان جودة المنتوج الصيدلاني.[4]

وتشمل المؤسسات الصيدلانية: الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، الصيدلية الإستشفائية والصيدلية، مخابر التحاليل وهياكل الدم.

أولا: المؤسسات الدوائية:

تشمل المؤسسات الدوائية عدة هيئات تعنى كلها بالدواء، أما بمراقبته وتسجيله أو بتوفيره داخل المؤسسات الاستشفائية أو بتسويقه لمن يطلبه للانتفاع به، وتتمثل هذه الهيئات في الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، الصيدلية الاستشفائية، الصيدلية.

1-فتحي مجناح، محمد قنفود، تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض-دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لولاية المسيلة(الزهراوي)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة السنة الجامعية 2017-2018 ص53.

2- بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 17.

3-المادتان 218،219 من القانون رقم: 18-11.

4 - المواد 220، من القانون رقم: 18-11.

1-الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية:

استحدثت الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية،[1] لتضمن على الخصوص، مهمة خدمة عمومية في مجال تسجيل المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية ذات الاستعمال البشري، والمصادقة عليها و مراقبتها،[2] توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصناعات الصيدلانية.

هذه الوكالة تضطلع بمهام عديدة، يأتي على رأسها تسجيل المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية والمصادقة عليها ومراقبتها، وتكلف على الخصوص بتسجيل المواد الصيدلانية ومنح مقرر التسجيل وتجديده وعند الاقتضاء تعليقه وسحبه والتنازل عنه وتحويله، كما تكلف بمراقبة النوعية، وإجراء الخبرة الخاصة بالمواد الصيدلانية، والمستلزمات الطبية ومسك المواد القياسية، والمنتجات المرجعية على الصعيد الوطني،[3] بعد الأخذ برأي لجنة تسجيل المواد الصيدلانية.[4]

إن وضع آلية من أجل مراقبة و ضمان جودة و فعالية الأدوية، والحيلولة دون إلحاقها الضرر بمستعمليها، جاء نتيجة لزيادة الطلب على المنتجات الصيدلانية في الآونة الأخيرة، حيث عرف منحى تصاعدي، و كون هذه المنتجات و على رأسها الأدوية، تهدف إلى الحفاظ على صحة الإنسان و سلامته.[5]

و ما تجدر الإشارة إليه، أنه في إطار التدابير المستعجلة المتخذة للحد من انتشار فيروس كورونا المستجد(**COVID-19**)، و قصد الشروع في عملية التلقيح، ابتداء من شهر

1-القانون 08-13 المؤرخ في 2008/06/20، المعدل والمتمم للقانون 85-05 المؤرخ في:1985/02/16، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر، عدد 44، صادرة بتاريخ: 2008/08/03.

2-المواد 223،225، من القانون رقم: 18-11.

3- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 20-391 المؤرخ في 19 ديسمبر 2020 تعدل المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 190/19 المؤرخ في 03 يوليو 2019 الذي يحدد مهام الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وتنظيميها وسيرها، ج ر ج عدد 78 الصادرة في 27 ديسمبر 2020.

4-المرسوم التنفيذي 15-309، المؤرخ في:2015/12/06 الذي يحدد مهام اللجان المختصة المنشأة لدى الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري وتنظيمها وسيرها وكذا القانون الأساسي لمستخدميها، ج ر، 67، الصادرة بتاريخ:2015/12/20.

5-عبد الغاني حسونة، ريحاني أمينة، الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية كآلية لحماية المستهلك في المجال الطبي، مجلة الحقوق والحريات، عدد 04 أفريل 2017، كلية الحقوق والعلوم السياسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ص543.

جانفي 2021، واستنادا الى أحكام المرسوم التنفيذي 20-325،[1] منحت الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، التسجيل للقاح الروسي **GAM-COVID-Vac** (سبوتنيك-**V**)، كأول لقاح مضاد لهذا الفيروس يعتمد في الجزائر.[2]

2- الصيدلية الإستشفائية:

في إطار التكفل الجيد بالمرضى المتواجدين على مستوى المؤسسات الصحية، و توفير ما يمكن من الأدوية الضرورية للعلاج، تجسيدا لحق الرعاية الصحية المتوخاة من تواجد هؤلاء الأشخاص بهذه المؤسسات، شدد المشرع على ضرورة أن تتوفر كل مؤسسة من هذه المؤسسات، عمومية كانت أو خاصة، على صيدلية استشفائية يخصص نشاطها للمرضى الذين يعالجون فيها.[3]

تكلف الصيدلية الاستشفائية، في إطار المهام الموكلة لها، بضمان تسيير المواد الصيدلانية والأدوية ومنتجات أو مستلزمات التضميد، العتاد الطبي المعقم الموجه للاستعمال في المؤسسة، تموينها وتحضيرها ومراقبتها وتخزينها وحيازتها وتسليمها، القيام بكل عمل إعلامي حول المواد الصيدلانية، العتاد، و المشاركة في ترقيتها، جودتها، و حسن استعمالها والمساهمة في تقييمها، أمن العلاجات التي تكون ضمن نشاطها، يضاف إلى ذلك تطبيق كل ما يحدده الوزير المكلف بالصناعة الصيدلانية، من قواعد للممارسات الحسنة للصيدلة الإستشفائية.[4]

3- الصيدلية:

الصيدلية هي تلك المؤسسة المخصصة لصرف جميع المواد الصيدلانية و شبه الصيدلانية والمستلزمات الطبية بالتجزئة، تنفذ مستحضرات وصفية وصيدلانية، وتعتبر محل

1- المرسوم التنفيذي 20-325 المؤرخ في 22 نوفمبر 2020 المتعلق بكيفيات تسجيل المواد الصيدلانية، ، ج ر، عدد 16، الصادرة في 22نوفمبر 2020.

2- الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، اعتماد اللقاح الروسي "سبوتنيك-V"، إعلان منشور على موقع الإذاعة الوطنية، على الموقع التالي: https://www.radioalgerie.dz le 19/05/2021 a 09 :15.

3-المادة 246 من القانون رقم: 18-11.

4-المادة 248 من القانون 18-11.

تجاري يملكه صيدلي ويسيره لوحده بمساعدة صيدلي أو صيادلة مساعدين، يمارسون نشاطاتهم الصيدلانية تحت مسؤوليته.[1]

ثانيا: المؤسسات المختبرية:

تشمل هذه المؤسسات مخابر التحاليل وهياكل الدم، وهو ما سنتطرق إليه فيما يأتي:

1- مخابر التحاليل:

تنشأ مخابر التحاليل بترخيص من الوزير المكلف بالصحة وفقا لشروط محددة مسبقا، تخضع نوعية هذه المخابر، ومدى مطابقتها للمقاييس المعمول بها؛ لرقابة المصالح المختصة لوزارة الصحة،[2] ويرخص لمخابر البيولوجيا الطبية ومخابر التشريح المرضي للخلايا فقط، بالقيام بالفحوصات المتخصصة، التي تساهم في تشخيص الأمراض البشرية أو علاجها أو الوقاية منها، و تتمثل هذه الفحوصات في التخصصات البيولوجية القاعدية، التي تشمل البيو كيمياء، و بيولوجيا الدم، و البيولوجيا المجهرية و علم المناعة و علم الدم.[3]

و تجدر الإشارة إلى أنه، لا يرخص بإنشاء واستغلال مخابر التحاليل، إلا للأشخاص الحائزين على شهادة الدراسات الطبية المتخصصة في البيولوجيا العيادية، أو أولائك الذين يحوزون على شهادة الدراسات الطبية المتخصصة في أحد التخصصات البيولوجية القاعدية المذكورة سالفا.[4]

2- هياكل الدم:

هذه الهياكل هي هياكل صحية عمومية تنشط في مجال جمع الدم و نقله طبقا للمعايير المطلوبة، حيث تكلف بجمعه وتقسيمه وحفظه وتوزيعه وكذا المواد غير الثابتة في الدم،[5] تعتبر عمليات نقل الدم من أهم نشاطات المرافق الصحية، على اعتبار أن الهدف منها هو السعي نحو شفاء الآخرين؛ فهي إذا من المسائل الهامة في حياة الإنسان.[6]

1- المواد 249، 250 من القانون رقم: 18-11 .

2-المادتان 255،256 من القانون رقم: 18-11.

3-المادة 251 من القانون رقم: 18-11.

4-المادتان 252، 253 من القانون رقم: 18-11.

5-المادة 258 من القانون رقم: 18-11.

6-قمراوي عزالدين، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في المجال الطبي (دراسة مقارنة)، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة وهران، الجزائر، 2013/2012، ص128.

يعد نشاط نقل الدم نشاطا طبيا بامتياز، حيث يتمثل في تحضير مواد الدم، وتحليل الدم المتبرع به وتصنيفه، حفظ وتوزيع الدم ومشتقاته،[1] و حفاظا على سلامة و صحة الأشخاص، سواء المتبرعون بالدم أو المنقول إليهم، لا بد أن تتكفل الجهات الموكل لها عملية نقل الدم، بالتأكد من خلوه من مسببات الأمراض الخطرة كالسيدا و التهاب الكبد الفيروسي، و ذلك بوضعه تحت رقابة مستمرة، من خلال تحليله و حفظه وفقا لشروط الحفظ، حتى يبقى صالحا لاستعماله عند الحاجة.[2]

يقع على عاتق الدولة ترقية إنتاج مشتقات الدم ودعمه، عن طريق وكالة وطنية للدم، تنشأ خصيصا لهذا الغرض، تضمن متابعة وتنفيذ السياسة الوطنية للدم، والمراقبة وترقية التبرع بالدم واحترام الممارسات الحسنة المتعلقة باستعمال الدم،[3] و قد عمد المشرع إلى منع ممارسة كل نشاط مربح يتعلق بالدم البشري أو البلازما أو مشتقاتهما.[4]

وما يلاحظ أن عملية نقل الدم تحظى بضمانات أفردت في شكل ضوابط و قيود مشددة لحسن سيرها، و بالرغم من ذلك، فقد تلحق بعض الأضرار، سواء بالمتبرع بالدم أو المريض المنقول له الدم، مما يستدعي قيام مسؤولية المرفق الصحي المكلف بهذه العملية، حفظا للحقوق.[5]

المطلب الثاني

الآليات القانونية لتجسيد حق الرعاية الصحية

تلتزم الدول الأطراف في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية، باتخاذ تدابير إيجابية تمكن و تساعد الأفراد و المجتمعات المحلية على التمتع بالحق في افضل مستوى ممكن من الرعاية الصحية، و هذا يعني أن على الدول إلى جانب اعتمادها تدابير إدارية و مالية و قضائية، أن تضع الأليات القانونية المناسبة بما يضمن تجسيد هذا الحق.[6]

إما في الحالات العادية أو في الحالات غير العادية (الاستثنائية)، وهو ما سنتطرق اليه فيما يلي:

1-المادة 259 من القانون رقم: 18-11.

2- قمراوي عز الدين، مرجع سابق، ص133.

3- المادتان 262،263 من القانون رقم: 18-11.

4-المادة 264 من القانون رقم: 18-11.

5- قمراوي عز الدين، مرجع سابق، ص128

6-عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 183.

الفرع الاول: آليات تجسيد حق الرعاية الصحية في الحالات العادية:

إن الحديث عن تجسيد الحق في الرعاية الصحية، في الظروف العادية يجرنا إلى النظر في الاستراتيجيات التي اتبعتها الجزائر، على غرار باقي دول العالم الأعضاء بالمنظمة العالمية للصحة، و بالتنسيق مع هذه المنظمة التي تضطلع بدور التوجيه و التنسيق في منظمة الأمم المتحدة فيما يتعلق بالصحة على المستوى الدولي، وتقدم الدعم إلى البلدان كي تنسق جهود القطاعات المتعددة للحكومات و الشركاء، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني و القطاع الخاص من أجل بلوغ الأهداف الصحية لهذه الدول، و دعم سياساتها، واستراتيجيتها الصحية الوطنية في سبيل تمكين الأشخاص من التمتع بأفضل مستوى ممكن من الرعاية الصحية.[1]

في هذا الإطار تعمل السلطات المعنية بالصحة في الجزائر على ترقية وتجسيد حق الرعاية الصحية، من خلال العمل على خفض معدلات وفيات المواليد والرضع، تحسين ظروف البيئة، الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية والمهنية وتأمين الخدمات الطبية في حالة المرض.

أولا: العمل على خفض معدل وفيات المواليد والرضع:

ترتبط صحة الطفل بصحة الأم ارتباطا وثيقا، فالمحافظة على صحة هذه الأخيرة تعني المحافظة على صحة أبنها، جنينا كان أو رضيع، و عليه فقد وجهت الجزائر مجهوداتها في سبيل تحسين المستوى الصحي لهذه الشريحة، من خلال إطلاق برامج صحية خاصة تمس صحة الأم و الطفل، إضافة إلى بناء الهياكل الصحية عبر كامل التراب الوطني و محاولة توفير التأطير الطبي اللازم.[2]

كما أن العمل على تخفيض نسبة وفيات المواليد و الرضع، يفرض على الدولة توفير الحماية الصحية اللازمة للأم، عن طريق توفير كل التدابير الطبية و النفسية و الاجتماعية

1-منظمة الصحة العالمية، معلومات عن المنظمة، على الموقع الإلكتروني التالي:

https://www.who.int le 07/06/2021 a12 :30 .

2- حمزة شريف علي، محمد سويقات، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الانسانية والقانونية، مخبر السكان والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة أبوبكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، ص201.

والتربوية و الإدارية، قبل، أثناء و بعد الحمل، و توفير الظروف الصحية المناسبة لنمو الطفل نموا سليما.[1]

و في هذا الإطار، ألزم المشرع الدولة بأن تكفل رعاية الطفل و حمايته من كافة أشكال الضرر الذي قد يلحق به، و توفير كل ما يلزم من الشروط التي تسمح بنموه و تنشئته تنشئة سليمة في محيط صحي و صالح.[2]

أقر المشرع جملة من التدابير التي تصب كلها في حماية صحة الأم و الطفل، و من ثم تخفيض نسبة وفيات المواليد و الرضع، تتمثل خصوصا في إلزامية إجراء بعض الفحوصات و التحاليل الطبية قبل الزواج، التنظيم العائلي، الاتصال و التحسيس، إعداد برامج الكشف والتشخيص لحديثي الولادة من قبل الوزارة الوصية و تنفيذها من طرف مؤسسات الصحة، تشجيع الرضاعة الطبيعية لما لها من فوائد على صحة الطفل، حيث ينصح المختصون بالرضاعة الطبيعية ولو في فترة الستة أشهر الأولى من الولادة.[3]

إن تمكين كل الأطفال من التلقيح الإجباري مجانا، و الاستفادة من جميع الخدمات المقررة لهم ضمن البرامج الوطنية، مع ضمان التكفل الصحي بهم، على عاتق الدولة، من طرف جميع هياكل و مؤسسات الصحة، بما يضمن تمكينهم من بلوغ افضل مستوى ممكن من الرعاية الصحية، للحفاظ على حياتهم و التقليل قدر الإمكان من نسبة وفاتهم.[4]

ونشير إلى أن السلطات العمومية سجلت قفزة نوعية في السنوات الأخيرة، حيث نجحت إلى حد بعيد في تخفيض معدل وفيات الأطفال والرضع، حيث تشير الإحصائيات إلى انخفاض معدل وفيات هذه الشريحة إلى**22.4** بالألف سنة 2016 بالنسبة للذكور، بعدما كانت 27.9 بالألف سنة 2007 و من **24.4** بالألف إلى **19.3** بالألف بالنسبة للإناث، رغم الانخفاض المحسوس إلا أن هذا المعدل يبقى بعيدا مقارنة بالدول المتقدمة، التي عرفت معدلات منخفضة جدا، حيث بلغت سنة 2015نسبة 02 بالألف في بعض الدول كاليابان، النرويج، سلوفينيا، السويد، استونيا،...الخ.[5]

1-المادة 69 من القانون 18-11.

2-القانون رقم:15-12 المؤرخ في 15 يوليو 2015، يتعلق بحماية الطفل.

3- المواد 75،79 من القانون 18-11.

4-المواد 80،83من القانون رقم: 18-11.

5- حمزة شريف علي، محمد سويقات، مرجع سابق، ص 202.

ثانيا: تحسين الظروف البيئية:

قامت الجزائر في إطار مواكبتها للجهود الدولية في مجال حماية البيئة من التلوث، ووفاءا بالتزاماتها الدولية، باتخاذ التدابير الكفيلة بضمان وسط بيئي سليم، بغرض حماية الأشخاص و تحقيق الرفاهية و العيش بصحة جيدة،[1] حيث شدد المشرع في هذا الاتجاه على أن تخضع، كل المشاريع التنموية و الهياكل و المنشآت الثابتة و المصانع و الأعمال الفنية الأخرى، و كل الأعمال و برامج البناء و التهيئة التي تؤثر على البيئة، لدراسة مسبقة لمعرفة مدى تأثيرها على البيئة.[2]

لقد حدد المشرع الجزائري الإطار العام لتسيير النفايات من منظور ايكولوجي مستدام، حيث عالج في هذا الإطار مواضيع متنوعة منها مجال التطبيق، النفايات الخاصة، النفايات المنزلية و ما شابهها، منشآت معالجة النفايات، الأحكام الجزائية...الخ.[3]

تجدر الإشارة إلى أن الدولة من أجل ضمان حماية صحة السكان و ترقيتها، تتولى تنفيذ سياسة حفظ و سلامة الوسط البيئي و إطار حياة المواطنين، و تلزم جميع المؤسسات و الهيئات المعنية بالبيئة بإقامة أنظمة رصد و مراقبة النوعية الفيزيائية و الكيميائية و البيولوجية لعوامل البيئة، خاصة ما تعلق منها بالماء و الهواء و التربة.[4]

ثالثا: الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية والمهنية:

تشكل الوقاية من الأمراض المعدية و المتفشية و المهنية اهمية قسوة بالنسبة لحياة الفرد و المجتمع ، و من ثم تعتبر من المحاور الأساسية التي تقوم عليها خطط الرعاية الصحية.[5]

لذا فقد أفرد لها المشرع الجزائري فصلا كاملا في قانون الصحة الجديد تحت تسمية الوقاية في الصحة.

1- المادة 21 فقرة 2 من التعديل الدستوري 2020.

2-القانون رقم: 03-10 المؤرخ في 19 يوليو 2003، يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، ج، ر عدد 43 الصادرة في 20 يوليو 2003.

3-سعيدي نبيهة، تسيير النفايات الحضرية في الجزائر بين الواقع والفاعلية المطلوبة "دراسة حالة الجزائر العاصمة"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بومرداس، الجزائر، 2012/2011، ص 156 و157.

4- المادة 106 من القانون رقم: 18-11.

5- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 236.

تهدف الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية والمهنية إلى التقليص من أثر محددات الأمراض، تفادي حدوث الأمراض، إيقاف انتشارها، الحد من أثارها.[1]

وفي هذا السياق سنتطرق أولا إلى الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية، ثم إلى الوقاية من الأمراض المهنية.

1-الوقاية من الأمراض المعدية والمتفشية:

الوقاية من الأمراض المعدية ليست حكرا على عمل السلطات الصحية فقط؛ بل حتى السلطات المحلية ممثلة في شخص الوالي و رئيس المجلس الشعبي البلدي، قد الزمها المشرع في إطار ممارستها لمهامها في مجال الضبط الإداري، و بالاتصال مع مصالح الصحة، و مسئولي الهيئات العمومية و الخاصة كل في إطار اختصاصه، بتنفيذ التدابير و الوسائل الضرورية و بشكل دائم لمكافحة الأمراض المنوطنة و تفادي ظهور الأوبئة و القضاء على أسباب ظهورها.[2]

ترتكز برامج الوقاية في الصحة في مكافحتها للأمراض المنتقلة و غير المنتقلة و الكشف المبكر عنها، و بالتالي التصدي السريع لها، على شبكات رصد و إنذار منتشرة عبر المؤسسات الإستشفائية خصيصا لهذا الغرض، وتعتمد كذلك على سجلات موضوعة لرصد الأمراض غير المنتقلة.[3]

ما يلاحظ على أرض الواقع أن الجزائر و في إطار مكافحتها للأمراض المتفشية، قد تمكنت في السنوات الأخيرة من القضاء على بعض الأمراض بصفة نهائية، كالملاريا، و التحكم في انتشار البعض الأخر و حسن التعامل معها و من ثم التقليل من حدتها على غرار الملاريا، مرض نقص المناعة الأيدز، و غيرها من الأراض المعدية الأخرى.[4]

1- المادة 34 من القانون رقم 18-11.

2- المادة 35 من القانون رقم 18-11.

3-المادة 36 من القانون رقم18-11.

4- دينيوس بوراس، المقرر الخاص بالأمم المتحدة المعني بالحق في الصحة، تقريره عن الزيارة التي قادته إلى الجزائر في مايو 2016،على الموقع التالي:10: 19 a le 16.05.2021 https://www.ohchr.org/ar

2-الوقاية من الأمراض المهنية :

كرس المشرع للعامل جملة من الحقوق، و جعلها من الحقوق الدستورية، من بينها الحق في الراحة، الحق في الضمان الاجتماعي، الحق في الحماية، و الأمن أثناء تأدية المهام، و هو ما يضمن للعامل الوقاية من الأمراض المهنية وحوادث العمل، التي قد يتعرض لها في الوسط المهني.[1]

لما كان العمل يمثل المورد الرئيسي والوحيد للفرد، واعتباره مصدرا للعديد من الأمراض المهنية، التي تظهر ببطيء، على عكس حوادث العمل التي تحدث بصفة مفاجئة، وتتولد عادة عن المحيط السيئ الذي يعيش فيه العامل الأجير أو المواد الضارة التي يلامسها أثناء تنفيذ عمله.[2]

تضمن قانون العمل 90-11 التدابير والشروط الرامية إلى حماية الصحة والسلامة في الوسط العمالي، بما فيها الوقاية من الأمراض التي تهدد صحة العمال في مكان عملهم بشكل أساسي، و العلاج المناسب لها بشكل ثانوي.[3]

رابعا: تأمين الخدمات الطبية في حالة المرض:

يشمل الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة، الحق في العلاج في حالة المرض، وفي هذا الإطار يجب العمل على توفير الدواء بأسعار مقبولة و توسيع نطاق المستفيدين من نظام التامين الصحي بالإضافة إلى تحمل الدولة نفقات العلاج بالداخل أو بالخارج.[4]

1-العمل على توفير الدواء بأسعار مقبولة:

يستهلك قطاع الصناعة الصيدلانية في الجزائر أموال ضخمة وبالعملة الصعبة؛ بغرض توفير الدواء للمواطنين، و بأسعار معقولة، إلا أن السياسة الصيدلانية عندنا مبهمة للغاية، حيث ترنح تحت تأثير لوبيات الدواء الذين يسعون جاهدين لمنع الجزائر من إقامة صناعة قوية في هذا المجال الحيوي.[5]

1- المادة 66 من التعديل الدستوري 2020.

2-بن ددوش نظرة زوجة قماري، وقاية العامل من الأمراض المهنية في بيئة العمل في التشريع الجزائري، مجلة القانون، العدد 07، ديسمبر 2017، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مستغانم، الجزائر، ص38

3-القانون 90-11 يتعلق بعلاقات العمل.

4- عبد العزيز محمد حسن حميد، ص236 و237.

5 -Farid CHaoui, le système de santé en Algérie: un enjeu stratégique, état des lieux, enjeux et perspectives, institut national d'études stratégie globale 2(2015)، Alger، p 24.

مـع ذلـك فالرعايـة الصـحية تتطلـب تـوفير الأدويـة الأساسـية بأسـعار مقبولـة، علـى النحـو الـذي يتـيح للأشـخاص فـي حالـة المـرض إمكانيـة العـلاج و التـداوي، وفقـا لمـا حـدده برنـامج منضمة الصحة العالمية الخاص بالأدوية.[1]

مـا يلاحـظ فـي هـذا الشـأن، أنـه وعلـى الـرغم مـن المجهـودات المبذولـة مـن قبـل الدولـة لتـامين الحصـول علـى الـدواء بـالوفرة اللازمـة، والنوعيـة الجيـدة، وبأسـعار مقبولـة، تكـون فـي متنـاول الجميـع، إلا أن مـا يقـع علـى أرض الواقـع مغـاير تمامـا، حيـث تبقـى سـوق الـدواء فـي الجزائـر تعـرف نـدرة كبيـرة لـبعض الأدويـة، وغـلاء الأسـعار للـبعض الأخـر، وأمـا النوعيـة والفعاليـة خاصـة في انتهاج سياسة الدواء الجنيس، فحدث ولا حرج.

2-توسيع نطاق المستفيدين من التامين الصحي:

على الرغم من مجهودات الدولة المبذولة في توسيع التأمين الصحي، إلا أن نطاق المستفيدين من سوق التأمين الصحي في الجزائر يبقى ضيقا إلى حد ما، مقارنة بالدول المتقدمة، حيث ينحصر في التأمين الإجباري لدى صناديق التامين الاجتماعي (**casnos, cnas**)التي تهيمن على هذه السوق بنسبة **97.30%**، عكس التأمين الصحي التجاري الأختياري الذى تتبناه شركات تامين خاصة، بنسبة تغطية ضعيفة جدا، إذ تبلغ 02.70.[2]

3-العلاج على عاتق الدولة:

تضـمن الدولـة الحـق فـي الحصـول علـى العـلاج مجانـا، تحقيقـا لمبـدأ "مجانيـة العـلاج " لكـل المـواطنين عبـر كامـل التـراب الـوطني، و تـوفر كـل وسـائل التشـخيص و المعالجـة و الاستشـفاء عبر كل الهياكل العمومية للصحة، بما يضمن حماية صحتهم و ترقيتها.[3]

الفرع الثاني: تجسيد حق الرعاية الصحية في الحالات الاستثنائية:

إن ضـمان حـق الرعايـة الصـحية بـالمواطنين يختلـف فـي حـالات الكـوارث و الحـالات الاسـتثنائية عنـه فـي الحـالات العاديـة، حيـث يتعـين علـى الهياكـل والمؤسسـات الصـحية المعنيـة فـي هـذا الإطـار اتخـاذ جملـة مـن الإجـراءات، قبـل، أثنـاء، و بعـد وقـوع الكارثـة، بهـدف الاسـتعداد الجيـد للتخفيـف مـن حـدتها و أثارهـا، وبالتـالي التكفـل الجيـد بـالمواطنين خـلال هـذه الظـروف، بمـا يمكـن هـؤلاء المتضـررين مـن تجـاوز ألامهـم، وفـي هـذا الشـأن يتعـين علـى هياكـل ومؤسسـات الصـحة

1- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق ص65

2-محمد دبوزين، مرجع سابق، ص30.

3-المادة 13 من القانون 18-11.

المعنية بمواجهة هذه الكوارث والظروف الاستثنائية، بالتعاون مع سلطات المصالح المؤهلة ،إعداد مخطط تدخل ونجدة خصوصي، مسك بطاقية محينة للأشخاص المختصين والوسائل الواجب تعبئتهما في الكوارث والحالات الاستثنائية، و كذا القيام ببعض الإجراءات والتدابير الأخرى.[1]

أولا: مخطط التدخل والنجدة:

إن مخطط التدخل والنجدة هو عبارة عن مخطط يأخذ الصبغة المحلية أو الجهوية أو الوطنية حسب طبيعة وحجم الكارثة،[2]يحتوي على جميع الإجراءات اللازمة التي تمكن من التكفل الجيد بالضحايا أثناء الكارثة، فهو يتكون من مجموعة الإجراءات التنظيمية والتقنية والمادية، المحددة مسبقا في وثيقة تقوم بإحصاء الإمكانيات البشرية والمادية التي يجب أن تتدخل أثناء الكارثة، وبذلك فهو شكل من أشكال الاستجابة المنظمة من طرف مجموع إمكانيات مؤسسات الصحة اتجاه كارثة أو أزمة، ويتم إنجاز هذا المخطط من طرف مصالح المؤسسة الصحية المعنية بالتعاون مع المديرية العامة للحماية المدنية.[3]

ثانيا: البطاقية:

جاء في قانون الصحة 18-11 أنه على هياكل ومؤسسات الصحة التي يقع في دائرة اختصاصها حدوث كوارث أو حالات استثنائية، مسك بطاقية محينة للأشخاص المختصين وكذا تعبئة الوسائل الضرورية للتدخل في مثل هذه الحالات.[4]

يستشف من ذلك أن هذه البطاقية يجب أن تضم على الخصوص، قائمة اسمية لأشخاص مؤهلين من أطباء مختصين في الاستعجالات الطبية الجراحية، نفسانيين، مخبريي استعجالات، ممرضين، مسعفين، أعوان إدارة، أعوان أمن، سواق، مع عناوين اقامتهم، أرقام هواتفهم، وكل وسيلة أخرى تمكن الاتصال بهم.

1-المواد 123،124من القانون رقم: 18-11

2-المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 19-59 المؤرخ في 02 فبراير 2019 ، يحدد كيفيات اعداد مخططات تنظيم النجدة و تسييرها، ج، ر عدد 10 الصادرة في 10 فبراير 2019.

3-مدونة تعليم كوم، بحث حول مخطط تنظيم النجدة، على الموقع الالكتروني التالي:

https://www.ta3limkom.com le29/06/2021 a 13 :00 .

4- المادة 123 فقرة2 من القانون 18-11.

يضاف إلى هذه الوسائل البشرية، كل الوسائل المادية المتاحة الأخرى، من سيارات إسعاف، كراسي متحركة، نقالات، كما يجب أن يتوفر لدى هذه المؤسسات مخزون استعجالي من الدم والمواد الخاصة به كالبلازما وغيرها من مكوناته الأخرى، كما يجب أن تتوفر الصيدلية الاستشفائية الموجودة بالمؤسسة الصحية على الأدوية اللازمة و الأدوات الخاصة بالاستعجالات الأولية، وكل وسيلة ضرورية أخرى يمكن استعمالها، في مثل هذه الظروف.

إضافة إلى ذلك يتعين على مؤسسات الصحة، مراقبة المخزون الاستعجالي وتجديده،[1] تحيين البطاقية، والقيام بشكل دوري بالتنسيق مع المصالح المؤهلة، من حماية مدنية، شرطة، ودرك، بتنظيم تمارين تناورية، لضمان الجاهزية الدائمة من أجل التخفيف من أثار الكوارث أو الحالات الاستثنائية.[2]

المبحث الثاني

تقييم تجسيد حق الرعاية الصحية

يتسم النظام الصحي في الجزائر بالتفرع و الشمول، فهو نظام يتكون من العديد من المؤسسات و المنظمات و الهياكل الصحية التي تقدم الخدمات الصحية في الوقاية كما في العلاج، بهدف تحسين صحة المنتفعين بهذه الخدمات، و قد ساعد هذا النظام بما يحمله من أساليب في مجال الوقاية و العلاج على تحقيق مكاسب صحية على المستوى الوطني خاصة في السنوات الأخيرة، و يظهر أثره في التراجع المسجل في معدل وفيات الأطفال، و انخفاض وفيات الأمهات، و بالمقابل ارتفاع أمل الحياة إلى مستويات تنافسية، و كذا القضاء على بعض الأمراض المعدية و التقليل من حدة البعض الأخر.[3]

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع في أي بلد، يستند على ضرورة توفير الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وتحسين نوعيتها وكفاءتها، ويفترض بالمخططين القائمين على قطاع الصحة ادراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي، بغرض وضع الخطط الصحية الملائمة، بما يضمن التوزيع الجيد و العادل للخدمات الصحية، ليستفيد منها كل المواطنين على مستوى كامل التراب الوطني، هذه الخدمات الصحية التي بات الطلب عليها كما و نوعا من ضرورات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها.[4]

1-المادة 124 من القانون رقم 18-11.

2-المادة 123 فقرة 3 من القانون رقم 18-11.

3- دينيوس بوراس، مرجع سابق.

4- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص 215.

إن تجسيد حق الرعاية الصحية يتطلب بذل المزيد من الجهد، بغرض مجابهة التحديات والمعوقات التي تواجه تكريس هذا الحق على أرض الواقع، فصعوبة التحديات التي تواجه قطاع الصحة في الجزائر، تحول دون الوصول إلى المستوى المنشود والمتميز من الخدمات لصحية التي ينتفع بها المواطنين، والتي قد يترتب عليها انتهاك لحقهم في الصحة.[1]

إن من أبرز المعوقات التي تواجه قطاع الصحة في الجزائر وتحول دون تحقيق الأهداف المرجوة من برامج ومخططات الصحة المسطرة، قصد تجسيد حق المواطنين في الرعاية الصحية، وتمكينهم من بلوغ أعلى مستوى ممكن من التمتع بهذا الحق، هي تلك التي تتعلق بخدمات التأمين الصحي، وكذا العلاج على نفقة الدولة.

سنتناول في البداية مؤشرات تجسيد حق الرعاية الصحية، ثم نتناول المعوقات التي تحول دون تحقيق هذا الغرض.

المطلب الأول

مؤشرات تجسيد حق الرعاية الصحية

صارت العديد من دول العالم اليوم تقيس قوة اقتصادها من خلال قياس اقتصاد الخدمات فيها ويقاس مدى تقدم هذه الدولة في المجال الصحي، بعدد المؤسسات الصحية المنتشرة عبر كافة ارجاء ترابها الوطني وكذا عدد العاملين في هذه المؤسسات من كادر طبي، شبه طبي و تقنين،...الخ، و كذا الخدمات الصحية التي يقدمونها لتلبية حاجة السكان، خصوصا في المناطق الحضرية التي تعرف اكتظاظا متزايدا، هذا طبعا في البلدان النامية على غرار الجزائر.[2]

لقد شهدت الخدمات الصحية في الجزائر في السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا، حيث تضاعف عدد الهياكل و المؤسسات الإستشفائية، مقارنة بما كانت عليه غداة الاستقلال، من مستشفيات عامة التي بلغ عددها (205) سنة 2017، ومؤسسات استشفائية متخصصة التي بلغ عددها حتى سنة 2019(80) مؤسسة، و بلغ عدد المؤسسات الصحية الاتي ذكرها سنة 2017، مركز استشفائي جامعي(15)، مؤسسة استشفائية جامعية (01)، دور الولادة الخاصة(127)، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية(273)، عيادات متعددة الخدمات(1695)، قاعات علاج (5957)، دور الولادة العمومية(409).[3]

1- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 242.

2- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص 216.

3-الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، نتائج: 2015-2017، رقم 48، نشرة 2018، ص 22.

تجلت مظاهر التنمية في مجال الصحة، من خلال تمكين كافة المواطنين من الرعاية الصحية في مختلف مناطق الوطن، خاصة المناطق النائية، مما دفع بالعاملين على القطاع إلى إعادة رسم الخريطة الصحية بغرض توزيع الهياكل و المؤسسات الصحية توزيعا جيدا يتناسب ومتطلبات تحقيق أفضل مستويات يمكن بلوغها من الرعاية الصحية.[1]

إن السعي إلى تغطية صحية لأكبر شريحة ممكنة من المواطنين عبر كامل التراب، لا يقتصر على توزيع الهياكل والمؤسسات الصحية فقط؛ بل يتعداه إلى التوزيع الجيد للمورد البشري كذلك، بما فيهم الكادر الطبي والشبه الطبي، في القطاع العمومي للصحة كما في القطاع الخاص.

وفي هذا الشأن سنتناول مؤشرات الخدمات الصحية ثم نتناول مؤشرات الحالة الصحية للمواطنين

الفرع الأول: مؤشرات الخدمات الصحية:

تهدف المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر، إلى التكفل الجيد بكل ما تتطلبه صحة المواطنين؛ بصفة كلية ومنسجمة ومستمرة، في ظل التقيد بجملة من المبادئ التي ترتكز عليها كالشمولية والمساواة، في الانتفاع من العلاج والحصول عليه دون تمييز بين المواطنين، و استمرارية الخدمات الصحية المقدمة لهم.[2]

في هذا الصدد، تمكنت الجزائر في الأونة الأخيرة من تحقيق نتائج إيجابية و مهمة في تطوير الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، و جاء هذا التطور نتيجة للمجهودات التي بذلتها الدولة من أجل تحسين الأوضاع الصحية للمواطنين، من خلال التوزيع الجغرافي العادل للخدمات الصحية.[3]

لقد بلغت التغطية الصحية في الجزائر إلى غاية 2017، حسب الديوان الوطني للإحصاء، طبيب واحد لكل 529 نسمة، جراح أسنان واحد لكل 2925 نسمة، صيدلي واحد لكل 3382، تقني سامي واحد لكل 481 نسمة، تقني واحد لكل 12770، مساعد في الصحة واحد لكل 1108 نسمة.[4]

تعتبر الاحتياجات الصحية للمواطنين هي أساس التخطيط الصحي في البلاد، حيث يضمن هذا الأخير التوزيع المتناسق و العادل و العقلاني للموارد البشرية و المادية؛ بحسب النمو الديمغرافي و

1- حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، المؤسسة، العدد 06-2017، جامعة تلمسان، الجزائر، ص 220.

2-المادة 06 من القانون 18-11.

3-سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص 231.

4- الديوان الوطني للإحصاء، مرجع سابق، ص21.

الأنماط الوبائية المسجلة عبر كامل التراب الوطني، و يرتكز على الخريطة الصحية و مخطط التنظيم الصحي.[1]

سنتناول في المقام الأول الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي، ثم في المقام الثاني استمرارية الخدمات الصحية.

أولا: الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي:

سنتطرق إلى الخريطة الصحية ثم مخطط التنظيم الصحي.

1-الخريطة الصحية:

تحدد الخريطة الصحية مقاييس التغطية الصحية في البلاد، و تضبط الوسائل الواجب تعبئتها على المستوى الوطني و الجهوي، بما يضمن التوزيع العادل للعلاجات الصحية، مع الأخذ في الحسبان جملة من الشروط تتعلق بالتوزيع السكاني و الأنماط الوبائية و الصحية، و جميع النواحي الاجتماعية و الاقتصادية، و لمواكبة ذلك يشترط تحيين الخريطة الصحية بصفة دورية.[2]

يهدف وضع الخريطة الصحية إلى التنبؤ بالتطورات الضرورية، لتمكين مصالح الصحة من تكييف عروض العلاج، تلبية احتياجات الصحة، تنظيم منظومة العلاج، و ضمان تحسين و توزيع العلاج عبر كامل التراب الوطني ليستفيد منه كل الموطنين بالقدر الكافي من المساواة.[3]

ما يلاحظ أن الخريطة الصحية تبقى مثالية، لكن لا يمكن الوصول إلى تحقيقها، لأن المرضى لا يحترمون هذه الأمور، فهمهم الوحيد هو الحصول على أفضل الخدمات الصحية دون احترام الحدود المرسومة للخريطة الصحية، و هو ما من شأنه أن يجعل نوعية هذه الخدمات الصحية المقدمة رديئة.[4]

ما تجدر الإشارة إليه، أن الخريطة الصحية في الجزائر وضعت بطريقة ارتجالية غير مدروسة بالقدر الذي يضمن التوزيع الجيد للإمكانيات الوطنية، بغرض تغطية صحية شاملة لكافة التراب الوطني، وخير دليل على ذلك توزيع بعض المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتلك التي تقدم مستوى عال من العلاج، كالمراكز الاستشفائية الجامعية، ومؤسسات الصحة المتخصصة، حيث يبقى من الصعب الوصول إليها والاستفادة من خدماتها خاصة على الفئات المعسورة وبالتالي تبقى حكرا على ميسوري الحال من المواطنين.

1- المادة07 من القانون 18-11.

2-المادة 270 من القانون 18-11.

3-المادة 269 من القانون 18-11.

4- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص232.

2-مخطط التنظيم الصحي:

إن الغاية من وراء وضع مخطط التنظيم الصحي هو خلق ذلك التكامل بين مؤسسات و هياكل الصحة و التعاون فيما بينها، وكذا تفعيل تكييف و تكامل عروض العلاج على مستوى جميع مؤسسات الصحة المنتشرة عبر كافة التراب الوطني.[1]

إن التخطيط الصحي إذن هو الوسيلة التنظيمية لوضع برامج الرعاية الصحية، علاجية كانت أم وقائية على جميع المستويات، كما يعتبر الوسيلة الفعالة لتنسيق الخدمات الصحية، مما يؤدي الى تحقيق الأهداف المرجوة بكفاءة عالية.[2]

وتجدر الإشارة إلى أنه الى غاية اليوم لم يصدر التنظيم الذي يوضح ويحدد كيفيات العمل بمخطط التنظيم الصحي.

ثانيا: استمرارية الخدمات الصحية:

تعتبر استمرارية الخدمات الصحية، من أساسيات عمل المستشفى الذي يتسم بالاستمرارية في تقديم الخدمات الصحية للمرضى، فالاستمرارية اذا تعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع، على أن تصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة، و أن تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف إلى التاريخ الصحي للمريض، و غياب الاستمرارية قد يضعف تأثير و فعالية و كفاءة الخدمة و يقلل من ضمان الجودة.[3]

وتضمن الدولة استمرارية الخدمات العمومية للصحة،[4] و تعتبرها إلى جانب الحصول على العلاج و التضامن و العدل، في كنف مبادئ الشمولية و المساواة، هدفا أساسيا من الأهداف المسطرة التي تستهدفها المنظومة الوطنية للصحة في إطار التكفل باحتياجات المواطنين و توفير الرعاية الصحية المطلوبة لهم.[5]

1-المادة 271 من القانون 18-11.

2- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص233

3-أحمد محمد سعيد صدقي، لينا عدنان حموي، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية - المجلد الثالث - عدد 09- حزيران 2018، ص 91.

4-المادة 03 من القانون 18-11.

5- المادة 06 من القانون 18-11.

الفرع الثاني: مؤشرات الحالة الصحية للمواطنين:

شهدت الخدمات المقدمة في مجال الرعاية الصحية في الأونة الأخيرة تطور محسوس، قد ترتب عنه تحسن ملحوظ في الأحوال الصحية للمواطنين، ولعل أهم المؤشرات على ذلك هي انخفاض معدل الوفيات بصفة عامة، و انخفاض معدلات وفيات الأمهات و الأطفال بصفة خاصة.[1]

أولا: انخفاض معدل الوفيات:

تعرف نسبة الوفيات في الجزائر انخفاضا محسوسا في السنوات القليلة الماضية، مقارنة مع الأعوام الأولى للاستقلال، و هذا راجع أساسا إلى عدة عوامل، لعل أهمها القضاء على الموت الجماعي و التخفيض من معدلات الوفيات، و بالمقابل ارتفاع أمل الحياة الذي بلغ مستويات تنافسية، بالنسبة للرجال كما للنساء، و جاء كل هذا التحسن نتيجة الجهود التي بذلتها الجزائر و لا زالت تبذلها من أجل تحسين الوضع الصحي للمواطنين، مما يؤثر تأثيرا إيجابيا على انخفاض معدل الوفيات بشكل عام.[2]

بالمقابل ارتفع متوسط العمر في السنوات الاخيرة (أمل الحياة) ليبلغ مستويات تنافسية، حيث بلغ سنة 2016، 77.1 سنة بالنسبة للذكور وبلغ في نفس السنة 78.2 سنة بالنسبة للإناث، بعدما كان أمل الحياة عند الولادة سنة 1965 يساوي 51.12 بالنسبة للذكور و 51.17 بالنسبة للإناث على التوالي.[3]

أمل الحياة عند الولادة قد ارتفع في الوقت الراهن حسب أخر احصاء للصندوق الوطني للإحصاء نشر سنة 2018، ليبلغ 77,2 سنة لدى الرجال و78,6 سنة لدى النساء.[4]

إن من أهم العوامل المساهمة في ارفاع معدل الوفيات السنوي في الجزائر هو حوادث المرور، حيث احتلت الجزائر مراكز متقدمة حسب احصائيات سنة 2001 بـ 20 ألف حادث سنويا ينجر عنه 04 الاف قتيل بمعدل 11 قتيل يوميا و30 ألف جريح.[5]

ثانيا: انخفاض معدل وفيات الأمهات والأطفال الرضع:

انعكس أثر التطور الحاصل في الخدمات الصحية بشكل إجابي على صحة الطفل والأم معا، والتي شهدت تحسنا ملحوظا في السنوات الأخيرة، إلا أنها بقيت بعيدة عن المستوى المطلوب المسجل

1- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 238.

2- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص 231

3- حمزة شريف علي، محمد سويقات، مرجع سابق، ص199,198

4-الديوان الوطني للإحصاء.

5- سعيدة رحامنية، مرجع سابق، ص 230.

عبر الدول المتقدمة، وتبدو مؤشراته من خلال انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع، وكذا انخفاض معدلات وفيات الأمهات.

1-انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع:

يعد معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشرا دالا على مدى نجاعة السياسات الوطنية في برامج التلقيح الموسعة، وكذا برامج حماية الأمومة و الطفولة و التي هي من صميم العمل الوقائي للهياكل الصحية العمومية.[1] هاما يعكس الوضع الاجتماعي و الاقتصادي لمجتمع ما، ومقياس لمدى نجاعة السياسة الصحية لهذا البلد أو ذاك، وقد سطرت الجزائر كهدف أساسي من بين أهداف الألفية، خفض معدل و فيات الأطفال إلى (3/2) في الفترة الممتدة من سنة 1990 إلى سنة 2015، و في هذا الشأن سجلت معدلات وفيات الرضع في الجزائر في الآونة الأخيرة انخفاضا محسوسا، مقارنة بما كانت عليه في السنوات الأولى من الاستقلال، حيث بلغت نسبة161.73**%** سنة 1965، بينما انخفضت في سنة 2016 إلى نسبة 20.9 **%** ، بفارق يقدر بـ 140.8 نقطة و هو ما يعادل 8 مرات ضعف تقريبا.[2]

يأتي هذا التطور الملحوظ كنتيجة للبرامج الصحية التي انتهجتها الدولة الجزائرية لحماية الأم و الطفل، و كذا برامج التلقيح الواسعة التي اعتمدتها للقضاء على الأمراض المعدية و الحد من انتشارها، منذ السنوات الأولى للاستقلال، بدأ بالتلقيح ضد داء السل و داء الجدري سنة 1968، حيث أنه بداية من سنة 1969 أصبح التلقيح اجباري و بالمجان ضد كل من داء السل، الدفتيريا، الكزاز و السعال الديكي، و استمر الحال كذلك إلى غاية تبني البرنامج الواسع للتلقيحات في تسعينات القرن الماضي.[3]

إن بعض الأمراض الخطيرة و المميتة في نفس الوقت، التي تصيب الأطفال على غرار داء الحصبة، أو ما يعرف بالبوحمرون، ظل يفتك بحياة الأطفال منذ الاستقلال إلى غاية سنة 1997، أين تمكنت مصالح الصحة العمومية من التحكم فيه، والحد من خطورته وانتشاره، بعدما تم ادخال التلقيح للمرة الثانية لكل الأطفال عند بلوغهم سن الست 06 سنوات من العمر، مما أدى إلى تسجيل انخفاض محسوس في السنوات التي تلتها.[4]

1-بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص، 56.

2- حمزة شريف علي، محمد سويقات، مرجع سابق، ص 195.

3- سعيدة رحامنية، مرجع سابق ص 224.

4- سعيدة رحامنية، المرجع نفسه ص 225.

2-انخفاض معدل وفيات الأمهات:

لا تزال معدلات وفيات الأمومة مرتفعة بشكل لا يمكن قبوله، حسب ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية، لسنة 2019، حيث يسجل يوميا وفاة نحو 830 امرأة في جميع انحاء العالم، جراء مضاعفات الحمل والولادة، ويشير التقرير أن معظم تلك الوفيات سجلت في البلدان قليلة الموارد، وأنه كان بالإمكان توقي معظمها، وقد بلغت نسبة وفيات الأمومة في البلدان النامية في عام 2015 مثلا، ما يقارب 239 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، مقابل 12 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في البلدان المتقدمة، إضافة إلى ذلك هناك تباين كبير داخل البلد الواحد وبين النساء أيضامن ذوي الدخل المرتفع و المنخفض، وبين تلك اللائي يعشن في المناطق الريفية و الحضرية، كما تبقى تواجه المراهقات دون 15 سنة أكبر مخاطر الوفاة في مرحلة الأمومة.[1]

يرتبط وصول الأمهات إلى الرعاية الصحية المتخصصة والاستفادة منها عند الولادة ارتباطا وثيقا بمستواهن التعليمي، فمن الأرجح أن تتلقى المتعلمات من هن الرعاية الجيدة، أثناء وبعد الحمل والولادة، ما قد يجنبهن التعرض لمضاعفات قد تودي بحياتهن، مقارنة بقريناتهن من غير المتعلمات، اللائي قد يخسرن حياتهن بسبب جهلهن، خاصة عندما لا يجدن من يساعدهن عند الوضع، كما أن جهلهن باستعمال وسائل الوقاية قد يزيد من احتمال تعرضهن لكثير من العدوى على غرار فيروس نقص المناعة السيدا.[2]

في الجزائر، و فيما يتعلق بوفيات الأمهات، فإضافة إلى تقييم صحة الأم، يعد معدل وفيات الأمهات من أهم المؤشرات الأكثر استخداما للحالة الصحية للسكان، وكذلك تقييم مستوى تطور الرعاية الصحية، يعكس هذا المؤشر فعالية الخدمة الصحية وجودة الرعاية الصحية المقدم، في الجزائر انخفض معدل وفيات الأمهات بشكل مستمر، بحيث انتقل من 117.4 سنة 1999 الى 57.7 وفاة أم لكل 100000 ولادة حية سنة 2016، ويرتبط هذا التقدم بشكل خاص بتحسين ظروف مراقبة الحمل و تعميم الولادة المسعفة من المستخدمين مؤهلين، و تقديم الفحوصات بعد الولادة،...الخ.[3]

1-منظمة الصحة العالمية، وفيات الامومة، منشور في 19 سبتمبر 2019، تم الاطلاع عليه، على الموقع الالكتروني التالي:

https://www.who.int le 25/06/2021 a 18 :50.

2-الامم المتحدة، السكان والتعليم والتنمية، التقرير الموجز، ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، نيويورك، 2003، ص 48.

3-والي عمر، السياسة الوطنية للسكان في الجزائر، استراتيجيات الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة، ص،9، على الموقع الالكتروني الاتي: http://www.apn.dz le 28/06/2021 a 13 :00.

المطلب الثاني

معوقات تجسيد حق الرعاية الصحية

تواجه تجسيد حق الرعاية الصحية في الجزائر عدة عراقيل و معوقات، بحيث تحول دون الوصول إلى مستوى متميز من الرعاية الصحية المطلوبة، و التي ينتفع بها كافة المواطنين عبر كامل التراب الوطني، والتي قد يترتب عنها انتهاك حق هؤلاء المواطنين في التمتع بأفضل مستوى من الرعاية الصحية، ولعل من أبرز هذه المعوقات التي تواجه الجهود المبذولة من طرف القائمين على قطاع الصحة في بلادنا لتجسيد و تكريس حق الرعاية الصحية لجميع المواطنين، هي تلك المعوقات و المشاكل التي المتعلق بخدمات التأمين الصحي و العلاج المجاني.[1]

وهو ما سنتناوله فيما يلي:

الفرع الأول: خدمات التأمين الصحي:

إن الضمان الاجتماعي، هو نظام اجتماعي، اقتصادي، سياسي، غايته الحرص على حماية الأشخاص من المخاطر التي تهددهم، من جهل، ومرض، وفقر، وهو السبيل اللائق الذي يضمن لهم كريم العيش، ويسهم في ترقية صحتهم،[2] حيث تضمن هيئات الضمان الاجتماعي المساهمة في تمويل القطاع الصحي، من خلال تغطية مصاريف ونفقات الخدمة الصحية، المقدمة للمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم.[3]

إن أهمية التأمين ثابتة و لا يستهان بها، في تغطية الخدمات الصحية، من أجل مواجهة المرض أو الإصابة، فهو يقوم بتعويض ما أنفقه المريض، مقابل ما تلقاه من خدمات صحية، أثناء فترة علاجه، إذ يخفف أعباء هذه المصاريف، التي قد ترهق كاهله، وتضم هيئات الضمان الاجتماعي، صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء، و صندوق الضمان الاجتماعي لغير الاجراء.[4]

سنتناول فيما يلي أولا أهمية التامين في مجال الخدمات الصحية، ثم ثانيا هيئات الضمان الاجتماعي.

1- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 242.

2- مشالي زهية، مرجع سابق، ص 23.

3-المادة 330 من القانون 18-11.

4-مشالي زهية، مرجع سابق، ص 24.

أولا: أهمية التامين في مجال الخدمات الصحية:

للتأمين أهمية قسوة في مجال الخدمات الصحية، حيث تظهر هذه الأهمية في الأمان و الطمأنينة التي يوفرها للمؤمن لهم اجتماعيا، نتيجة المرض أو الإصابة، بحيث يكفل لهم مواجهة كل المصاريف و النفقات التي يدفعونها في مقابل حصولهم على الخدمات الصحية، و يجعلهم في منأى عن الإعسار و العوز، كما تكمن أهمية التأمين في مجال الصحة، في عناصر الطمأنينة و الأمان التي يوفرها للمؤمن لهم بعيدا عن القلق و الخوف، و يكفل تغطية المطالبة بالتعويض من قبل المتضررين اتجاه القائمين بالعمل الطبي في حالة الخطأ و قيام مسؤوليتهم، و بالمقابل يكفل حقوق المتضررين و يمكنهم من الحصول على التعويض المناسب للضرر الذي لحق بهم.[1]

ثانيا: هيئات الضمان الاجتماعي:

تضم هيئات الضمان الاجتماعي في الجزائر، صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، وصندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء، وسنتطرق لكل منهما فيما يأتي:

1-صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء:

يضطلع صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، بتوفير خدمات التأمين للمؤمنين لهم اجتماعيا، وتوزع نسب الاشتراكات المتأتية من المنتسبين لهذا الصندوق، بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 25/09/2006، حيث يتحمل رب العمل **25%** من وعاء الاشتراك، ويتحمل العامل **09%** من أساس الاشتراك، **0.5%** هي حصة صندوق الخدمات الاجتماعية، وبالتالي تكون نسبة الاشتراكات في الضمان الاجتماعي **34.5%**.[2]

نشير إلى أنه إلى غاية سنة 2017 بلغ عدد المؤمنين لهم اثنتا عشر مليون وثلاثمائة و ستة عشر ألف وستمائة وثلاثة وتسعون(12316693) مؤمن له اجتماعيا، منهم الأجراء بنسبة **47.69%**، و بلغ عدد المتقاعدين سنة 2017، ثلاثة ملايين و مائة و تسعة وخمسون الف و تسعمائة و اثنين و خمسين (3159952)، بعدما كانت اثنين مليون و ستمائة و ثلاثة و عشرون الف و خمسمائة و سبعة و أربعون(2623547) سنة 2014.[3]

1- مشالي زهية، مرجع نفسه، ص 02.

2-المادة 01 من المرسوم التنفيذي رقم 06-339، مؤرخ في 2006/09/25، المعدل للمرسوم التنفيذي 94-187 المؤرخ في 1994/07/06، يحدد نسبة الاشتراكات في الضمان الاجتماعي.

3- الديوان الوطني للإحصاء، مرجع سابق، ص 19.

2-صندوق الضمان الاجتماعي لغير الاجراء:

يضطلع صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء، بالتكفل بالتغطية الاجتماعية، للعمال غير الاجراء كالصناعيين والزراعيين، و التجار، و أصحاب المهن الحرة، و كل النشاطات المهنية التي يقوم بها غير الاجراء.[1]

يضمن مساهمته ايضا في تمويل الخدمات الصحية،[2] ويقتصر دوره في هذا الشأن على تأمين الاخطار التالية : المرض، العجز، الامومة، الوفاة والتقاعد.[3]

نشير إلى ان نسبة الاشتراك بعنوان التأمينات الاجتماعية للعمال غير الاجراء، تحدد بنسبة 06%، وتحسب الاشتراكات من الدخل السنوي الخاضع للضريبة، في حدود السقف المقدر بثماني مرات المبلغ السنوي للأجر الوطني الادنى المضمون، وتحسب على اساسه نسبة الاشتراك بمقدار 15%.[4]

من جهة أخرى، فقد بلغ عدد المنخرطين الناشطين في صندوق الضمان الاجتماعي لغير الاجراء الى غاية سنة 2017، مليون وثمانمائة و ستة ألاف و مائة و أربعة و عشرون (1806124) منخرط، بينما بلغت مليون وثلاثمائة وواحد وثمانون ألف و ستة وعشرون(1381026) منخرط سنة 2014، بفارق يقدر بـ425098 منخرط، و هو رقم ضئيل، على الرغم من بساطة إجراءات الانتساب لهذا الصندوق، المتمثلة في شرطين فقط هما، شرط الاكتتاب، و شرط دفع الأقساط.[5]

ما تجدر الإشارة إليه أن صندوق الضمان الاجتماعي لا يهدف إلى تحقيق الربح، كما لا ينبغي عليه أن ينفق أكثر مما تسمح به موارده، لهذا عليه أن يسعى إلى تحقيق التوازن المالي و التكافؤ بين الموارد و النفقات، لكن ما يقع في الجزائر عكس ذلك تماما، حيث نشهد ضعف المداخيل لهذه الصناديق مقابل ازدياد النفقات، مما دفع بها لتحقيق عجوز متوالية و اختلالات في هياكلها المالية، ومن ثمة

1- المادة 05 من القانون رقم 83-14، مؤرخ في 1983/07/02 المتضمن التزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي، المتمم بالقانون رقم 04-17 المؤرخ في 2004/11/10.

2-المادة 12 من المرسوم 85-35، المؤرخ في 1985/02/09، المتعلق بالضمان الاجتماعي للأشخاص غير الاجراء الذين يمارسون عملا مهنيا، المعدل بالمرسوم التنفيذي رقم 96-434 المؤرخ في 1996/11/30.

3-بن دهمة هوارية، الحماية الاجتماعية في الجزائر، دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي (دراسة حالة صندوق الضمان الاجتماعي تلمسان)، مدكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص تسيير الميزانية العامة، جامعة ابوبكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2015/2014، ص، أ.

4-المادة 13 من المرسوم 85-3

5- الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، مرجع سابق، ص 19.

صارت عبء على الاقتصاد الوطني، بدلا من خدمته، وهو ما يؤثر بالسلب على خدمة التأمينات في مجال الصحة بشكل مباشر.[1]

الفرع الثاني: العلاج المجاني:

مع تبني الجزائر العلاج المجاني في سبعينات القرن الماضي،[2]حيث كانت العلاجات الطبية كلها تقدم مجانا، لكل شرائح المجتمع، و حتى الأجانب لم يستثنوا، بالنظر إلى الوضع المتدهور و المتردي للصحة العمومية آنذاك؛ مما أدى إلى تحرير الطلب، وبالتالي تسريع الاستهلاك الصحي، خصوصا مع توسع البني التحتية من هياكل ومؤسسات صحية، ومع اشتداد الأزمة التي عاشتها الجزائر منتصف الثمانينات، و التي أثرت من دون شك على قطاع الصحة من خلال تقليص ميزانيتها؛ مما أدى إلى اختلال في توازن السياسات الصحية المطبقة، فالنمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج المعتمدة،[3] إذ يتم تمويل الصحة العامة ومجانية العلاج في الجزائر على ميزانية الدولة.[4]

يقصد بالعلاج المجاني حق كل مواطن في الحصول على العلاج والرعاية الطبية في حالة المرض أو الإصابة في جميع المؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع العمومي للصحة، مجانا.[5]

لقد تبنى المشرع الحق في العلاج و جعل الحصول عليه بالتساوي، حق تكفله الدولة وتضمن وصوله إلى جميع المواطنين، ودون أي أساس من أسس التمييز، سواء بسبب الأصل أو الدين أو السن أو الجنس أو الوضعية الاجتماعية والعائلية للمنتفعين به، أو حالتهم الصحية أو نظرا للإعاقة التي قد تصيب أحدهم.[6]

وإذا كانت الدولة تضمن الانتفاع من خدمات العلاج لكافة المواطنين داخل التراب الوطني، فانه قد تحدث بعض الحالات المرضية أو الإصابات التي لا يمكن التعامل معها من قبل مؤسسات الصحة داخل

1- بن دهمة هوارية، مرجع سابق، ص 02.

2- الامر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، ج ر عدد1، الصادر بتاريخ 01 يناير 1974.

3-علي دحمان محمد، تكلفة العلاج في الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير العلوم التجارية، جامعة عين تموشنت، الجزائر، ص 02.

4- علي دحمان محمد، المرجع نفسه، ص14.

5- عبد العزيز محمد حسن حميد، مرجع سابق، ص 244.

6-المادة 21 من القانون رقم 18-11.

الوطن؛ مما يستدعي نقل المريض للعلاج خارج التراب الوطني، على نفقة الدولة، وهذا في إطار مبدا استمرارية الخدمات الصحية التي يقع على عاتق الدولة كفالتها بما يضمن توفير الرعاية الصحية لموطنيها.

سنتناول العلاج المجاني داخل الوطن، ثم خارج الوطن:

1-العلاج على نفقة الدولة داخل التراب الوطني:

يستفيد المريض في إطار مبدأ مجانية العلاج، بضمان الحصول على العلاجات القاعدية أو الأولية و العلاجات الثانوية، أو تلك التي توصف بذات المستوى العال.[1]

في هذا الشأن، تضمن الدولة، من خلال كل الهياكل و المؤسسات الصحية المنتشرة عبر الوطن، توزيع العلاجات بالكيفية التي يمكن من خلالها تغطية كامل التراب الوطني، بغرض أن ينتفع منه كل المواطنين.[2]

ويشمل العلاج المقدم للمرضى، كل الأعمال التي يقوم بها الأطباء من أجل علاج المريض، كالفحوصات، التي قد تحتاج إلى مجموعة من وسائل العلاج، مثل الفحص بالتنظير، الفحص بالأمواج الصوتية، الفحص بالأشعة السينية، وكذا الفحوصات البيولوجية، المتمثلة في تحاليل الدم، تحاليل العينات المستقطعة من جسم المريض بغرض تشخيصها، و اعمال العلاج الأخرى، كالعلاج بالمياه المعدنية، العلاج بمياه البحر، علاج الاسنان واستحلافها، إعادة التأهيل الوظيفي للأعضاء،...الخ.[3]

2-العلاج على نفقة الدولة خارج التراب الوطني:

إلى جانب ضمان العلاج داخل الوطن، لم يغفل المشرع جانب العلاج خارج التراب الوطني من التغطية، حيث مدد التكفل بتغطية الخدمات العلاجية، في التأمينات الاجتماعية، حتى خارج الجزائر، غير أن ذلك مقيد بشرطين، حيث يتمثل الشرط الأول في حالة عدم اكتتاب صحي على السفر، أما الشرط الثاني فيتمثل في ضرورة نقل المريض إلى خارج الوطن، الشيء الذي تستدعيه حالته الصحية.[4]

والمقصود بحالة الضرورة هنا، هو استحالة وعدم إمكانية معالجة المريض بالمؤسسات الصحية المتواجدة داخل الجزائر، إما لقلة الإمكانيات و المعدات المطلوبة لعلاج هذه الحالة، أو بسبب قلة وسائل

1- المادة 18 من القانون رقم 18-11.

2- المادة 13 من القانون رقم 18-11.

3- مشالي زهية، مرجع سابق، ص 106.

4-المواد 83 و83 مكرر1 من القانون 83-11، المؤرخ في 1983/07/02، المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم.

العلاج، أو ندرتها، وإما بسبب عدم وجود الكادر الطبي المؤهل، القادر على علاج المريض أو المصاب داخل التراب الوطني.[1]

إن استمرار التحويلات من أجل العلاج في الخارج، و على نفقة الدولة ، مع وجود التسيب والمحسوبية ساهم بشكل مباشر في ارتفاع عدد المتكفل بهم، وكذا تضخيم فاتورة العلاج، وقد وصل عدد المتكفل بهم في الخارج سنة 1985 مثلا، حوالي 6300 شخص بميزانية سنوية وصلت إلى حدود 760 مليون دينار جزائري، وبالرغم من الانخفاض المسجل في عدد التحويلات إلى الخارج من أجل العلاج، حيث بلغت سنة 2009 ما يقارب 1003 شخص فقط إلا أن فاتورة التكفل بهؤلاء المرضى واصلت الارتفاع، حيث سجلت في نفس السنة 1.5 مليون دينار جزائري ما يعادل (20 مليون دولار أمريكي).[2]

إن مبدا مجانية العلاج، الذي ظلت تتمسك به الدولة، حيث شرع لتوفير الرعاية الصحية الشاملة لفئات المجتمع، عبر كامل التراب الوطني، خاصة تلك المعسورة ماديا، فانه في واقع الأمر لا يصل إلى مستحقيه، وظل يقتصر على الطبقة الميسورة ماديا، التي أصبحت بفعل بعض التصرفات غير المسؤولة، التي تصدر باستمرار من بعض المستخدمين هي المستفيد الأكبر من خدمات العلاج المجاني.[3]

ما تجدر الإشارة إليه أنه، ومع استمرار الدولة في تبني مبدأ مجانية العلاج، تطرح مسألة تمويل المنظومة الصحية بشدة، خاصة مع ما تعرفه حاليا من محدودية في تسخير الموارد المالية للتكفل بالطلب المتزايد للمواطنين، و الناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية و المرضية التي تعرفها بلادنا، من جهة ومن جهة أخرى احتياجاتهم المتزايدة و الملحة في طلب العلاج وتحسين نوعيته، بسبب تطور المستوى المعيشي، و التطور التكنولوجي في المجال الصحي و تدفق المعلومات.[4]

11–مشالي زهية، مرجع سابق، ص 107.

2– علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص 15.

3– عبد الرحمان فطناسي، مرجع سابق، ص 101.

4– علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص11.

خاتمة الفصل الثاني

مما تقدم نستنتج أن مبدأ مجانية العلاج يثقل كاهل الميزانية العامة، وبالتالي تطرح مسألة تمويل المنظومة الصحية بشدة، خاصة مع ما تعرفه حاليا من محدودية في تسخير الموارد المالية للتكفل بالطلب المتزايد للمواطنين، وأن التغطية الصحية لكافة التراب الوطني ليست بالقدر الكافي من المساواة، في تلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة للمواطنين، خاصة ما تعلق بتلك المؤسسات التي تقدم علاجات متخصصة وذات مستوى عالي، كما أن ما تعرفه معظم مؤسسات الصحة من تدهور وقلة تجهيز من معدات طبية وتأثيث، وضعف التغطية في مجال التأمينات الاجتماعية وما يقابله من غلاء في سعر الأدوية، كل هذه الأسباب حالت دون وصول معسوري الحال من المواطنين إلى هذه الخدمات والانتفاع بها.

الخاتمة

الخاتمة

هناك عدة نصوص ترسم الحق في الرعاية الصحية، حيث أنه لا يمكن لأحد أن يطالب الدولة أو الجماعات المحلية بالحق في التمتع بصحة جيدة، لكن يمكن أن يناشدها حماية الأفراد من خلال السماح لهم بالحفاظ على صحتهم قدر الإمكان وتعزيز ترقيتها.

إن مسألة تمويل المنظومة الصحية تطرح بشدة مؤخرا، حيث أضحى مبدأ مجانية العلاج يثقل كاهل الميزانية العامة، خاصة مع ما تعرفه حاليا من محدودية في تسخير الموارد المالية للتكفل بحاجات المواطنين المتزايدة في مجال الرعاية الصحية، فالدولة تبذل مجهودات معتبرة لتعميم حق الرعاية الصحية، ليشمل كل الأفراد بما فيهم الرعايا الاجانب، فرادى وجماعات، والفئات الخاصة.

وتوصلنا إلى أن التغطية الصحية لكافة التراب الوطني لم تكن بالقدر الكافي من المساواة، حتى تصل إلى تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة في مجال الخدمات الصحية ذات نوعية مقبولة، خاصة ما تعلق بتلك المؤسسات التي تقدم علاجات متخصصة وذات مستوى عال، وأن تدهور مؤسسات الصحة وقلة تجهيزها، وضعف التغطية في مجال التأمينات الاجتماعية وما يقابله من غلاء في سعر الأدوية، حال دون وصول معسوري الحال إلى هذه الخدمات والانتفاع بها.

في ختام هذا البحث نقدم جملة من النتائج والتوصيات:

النتائج:

1-توزيع مؤسسات الصحة حسب الخريطة الصحية في الجزائر يبقى غير عادل.

2-أن الرعاية الصحية ليست متاحة للجميع بالقدر الكافي من المساواة.

3-حق الرعاية يعتريه نقص في الوفرة والجودة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية المقبولة.

4- عدم صدور النصوص التنفيذية للقانون 18-11، المؤرخ في 2018/07/02 يتعلق بالصحة.

5-التوزيع غير العادل للأطباء وسلك شبه الطبي وعلى إقليم الدولة.

التوصيات:

1-نوصي بإعادة تقسيم الخريطة الصحية بما يحقق المساواة أمام حق الرعاية الصحية.

2-اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان رعاية صحية كافية ومقبولة.

3-يجب على الدولة اتخاذ ما يلزم من تدابير للتغلب على النقائص التي تعتري النظام الصحي.

4- نوصي المشرع بإصدار النصوص التنظيمية لتكريس حق الرعاية الصحية ميدانيا.

5- توزيع الأطباء وسلك شبه الطبي حسب الاحتياجات الوطنية توزيعا عادلا.

والله نسأل التوفيق.

وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الخاتمة

هناك عدة نصوص ترسم الحق في الرعاية الصحية، حيث أنه لا يمكن لأحد أن يطالب الدولة أو الجماعات المحلية بالحق في التمتع بصحة جيدة، لكن يمكن أن يناشدها حماية الأفراد من خلال السماح لهم بالحفاظ على صحتهم قدر الإمكان وتعزيز ترقيتها.

إن مسألة تمويل المنظومة الصحية تطرح بشدة مؤخرا، حيث أضحى مبدأ مجانية العلاج يثقل كاهل الميزانية العامة، خاصة مع ما تعرفه حاليا من محدودية في تسخير الموارد المالية للتكفل بحاجات المواطنين المتزايدة في مجال الرعاية الصحية، فالدولة تبذل مجهودات معتبرة لتعميم حق الرعاية الصحية، ليشمل كل الأفراد بما فيهم الرعايا الاجانب، فرادى وجماعات، والفئات الخاصة.

وتوصلنا إلى أن التغطية الصحية لكافة التراب الوطني لم تكن بالقدر الكافي من المساواة، حتى تصل إلى تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة في مجال الخدمات الصحية ذات نوعية مقبولة، خاصة ما تعلق بتلك المؤسسات التي تقدم علاجات متخصصة وذات مستوى عال، وأن تدهور مؤسسات الصحة وقلة تجهيزها، وضعف التغطية في مجال التأمينات الاجتماعية وما يقابله من غلاء في سعر الأدوية، حال دون وصول معسوري الحال إلى هذه الخدمات والانتفاع بها.

في ختام هذا البحث نقدم جملة من النتائج والتوصيات:

النتائج:

1-توزيع مؤسسات الصحة حسب الخريطة الصحية في الجزائر يبقى غير عادل.

2-أن الرعاية الصحية ليست متاحة للجميع بالقدر الكافي من المساواة.

3-حق الرعاية يعتريه نقص في الوفرة والجودة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية المقبولة.

4- عدم صدور النصوص التنفيذية للقانون 18-11، المؤرخ في 2018/07/02 يتعلق بالصحة.

5-التوزيع غير العادل للأطباء وسلك شبه الطبي وعلى إقليم الدولة.

التوصيات:

1-نوصي بإعادة تقسيم الخريطة الصحية بما يحقق المساواة أمام حق الرعاية الصحية.

2-اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان رعاية صحية كافية ومقبولة.

3-يجب على الدولة اتخاذ ما يلزم من تدابير للتغلب على النقائص التي تعتري النظام الصحي.

4- نوصي المشرع بإصدار النصوص التنظيمية لتكريس حق الرعاية الصحية ميدانيا.

5- توزيع الأطباء وسلك شبه الطبي حسب الاحتياجات الوطنية توزيعا عادلا.

والله نسأل التوفيق.

وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الفهرس

المحتويات	الصفحة
البسملة	
شكر	
مقدمة	1
الفصل الأول : الإطار العام لحق الرعاية الصحية ونطاق تجسيده	
المبحث الأول: الإطار العام لحق الرعاية الصحية	7
المطلب الأول: مقومات الرعاية الصحية	7
الفرع الأول: التوفير و إمكانية الوصول للرعاية الصحية	8
الفرع الثاني: المقبولية والجودة:	10
المطلب الثاني: الإطار القانوني لتجسيد حق لرعاية الصحية	11
الفرع الأول: مجال التشريع	12
الفرع الثاني: المجال التنظيمي	16
المبحث الثاني: نطاق تجسيد حق الرعاية الصحية	19
المطلب الأول: حق الرعاية الصحية حق فردي وجماعي	20
الفرع الأول: حق الرعاية الصحية حق فردي	21
الفرع الثاني: حق الرعاية الصحية حق جماعي	25
المطلب الثاني: حق الرعاية الصحية حق فئوي	28
الفرع الأول: حق الرعاية الصحية للأشخاص في وضع صعب	28
الفرع الثاني: حق الرعاية الصحية للأشخاص في وضعيات خاصة	36
الفصل الثاني: آليات تجسيد حق الرعاية الصحية وتقييمها	
المبحث الأول: آليات تجسيد حق الرعاية الصحية	44
المطلب الأول: الآليات الهيكلية لتجسيد حق الرعاية الصحية	44
الفرع الأول: الهياكل والمؤسسات الإستشفائية	45
الفرع الثاني: المؤسسات الصيدلانية	55
المطلب الثاني: الآليات القانونية لتجسيد حق الرعاية الصحية	59
الفرع الاول: آليات تجسيد حق الرعاية الصحية في الحالات العادية	59
الفرع الثاني: اليات تجسيد حق الرعاية الصحية في الحالات الاستثنائية	65
المبحث الثاني: تقييم تجسيد حق الرعاية الصحية	67
المطلب الأول: مؤشرات تجسيد حق الرعاية الصحية	68

الفرع الأول: مؤشرات الخدمات الصحية	69
الفرع الثاني: مؤشرات الحالة الصحية للمواطنين	71
المطلب الثاني: معوقات تجسيد حق الرعاية الصحية	74
الفرع الأول: خدمات التأمين الصحي	75
الفرع الثاني: العلاج المجاني	77
الخاتمة	81
قائمة المصادر و المراجع	85

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولا: قائمة المصادر:

I- القران الكريم

II- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، المنعقدة في باريس في 10ديسمبر 1948، بموجب القرار 217000. يحدد حقوق الانسان العالمية التي يتعين حمايتها عالميا.

III- الاعلان العالمي الخاص بحقوق المعوقين، اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447(د-30) المؤرخ في : 09 ديسمبر 1975.

IV- التعديل الدستوري 2020، الصادر في ج ر، عدد 82 مؤرخة 30 ديسمبر 2020.

V-القوانين:

1- القانون 83-11، المؤرخ في 1983/07/02، المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم، ج ر، عدد 28، الصادرة في 05 يوليو 1983.

2- القانون رقم 83-14، مؤرخ في 1983/07/02 المتضمن التزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي، المتمم بالقانون رقم 04-17 المؤرخ في 2004/11/10، ج ر، عدد 28، الصادرة في 05 يوليو 1983.

3- القانون رقم 88-07 مؤرخ في 26 جانفي 1988 يتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، ج ر، العدد 04 الصادرة في 01/27/ 1988.

4- القانون 90-11، مؤرخ في :21افريل1990 يتعلق بعلاقات العمل، ج ر، عدد 17 الصادرة في:25أفريل 1990.

5- القانون رقم 02-09 المؤرخ في 2002/05/08 يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، ج ر، عدد34، الصادرة في 2002،1405.

6- القانون رقم: 03-10 المؤرخ في 19 يوليو 2003، يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، ج، ر عدد 43 الصادرة في 20 يوليو 2003.

7- القانون رقم القانون رقم 05-04 المؤرخ في 6 /2/ 2005 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، ج ر، العدد 12 الصادرة في 2005/02/13.

8-القانون 08-13 المؤرخ في 2008/06/20، المعدل والمتمم للقانون 85-05 المؤرخ في:1985/02/16، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر، عدد 44، صادرة بتاريخ: 2008/08/03.

9- القانون رقم:10-12، المؤرخ في 19ديسمبر 2010، المتعلق بحماية الاشخاص المسنين، ج ر، عدد79، الصادرة في 29ديسمبر 2010.

10- القانون رقم:15-12، المؤرخ في :15 يوليو 2015، يتعلق بحماية الطفل، ج ر، عدد39 الصادرة في:19 يوليو 2015.

11-القانون رقم18-11، المؤرخ في 02 يوليو 2018، يتعلق بالصحة، ج ر، عدد 46، الصادرة في 29 يوليو 2018.

VI-الأوامر:

1- الامر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، ج ر عدد1، الصادر بتاريخ 01 يناير 1974.

VII-المراسيم:

1- المرسوم 85-35، المؤرخ في 1985/02/09، المتعلق بالضمان الاجتماعي للأشخاص غير الاجراء الذين يمارسون عملا مهنيا، المعدل بالمرسوم التنفيذي رقم 96-434 المؤرخ في 1996/11/30، ج ر، عدد 07، الصادرة في 10 فبراير 1985.

2- المرسوم الرئاسي رقم:144/04 مؤرخ في:29 ديسمبر2004، يتضمن التصديق على الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم. المعتمدة بالقرار رقم 158/45 بتاريخ 12/18/ 1990من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة، ج ر، عدد 84، الصادرة في 29 ديسمبر 2004.

3- المرسوم الرئاسي رقم 20-37 المؤرخ في 01 فبريير 2020، يتضمن إجراءات عفو، ج ر، عدد 06، الصادرة في 02 فبراير 2020.

4- مرسوم تنفيذي رقم 92-276 مؤرخ في 1992/07/06 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ج ر، عدد 52، الصادرة في 08 يوليو1992

5- المرسوم التنفيذي رقم:97-465 مؤرخ في:02ديسمبر1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج ر، عدد81 صادرة في 10 ديسمبر 1997.

6- المرسوم التنفيذي رقم:97-467 مؤرخ في:02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ج ر، عدد81 صادرة في 10 ديسمبر 1997.

7- مرسوم تنفيذي رقم 99-176 مؤرخ في 1999/08/02 يحدد كيفيات تأدية الخدمة المدنية بالنسبة للممارسين الطبيين ج ر، العدد 52 الصادرة في 1999/08/04، معدل ومتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 06-420 المؤرخ في 2006/11/22، ج ر، العدد 75 المؤرخة في 2006/11/26، والمرسوم التنفيذي رقم 13-122 المؤرخ في 2013/03/18، ج ر، العدد 16 الصادرة في 2013/03/20.

8- المرسوم التنفيذي رقم 06-339، مؤرخ في 2006/09/25، المعدل للمرسوم التنفيذي 94-187 المؤرخ في 1994/07/06، يحدد نسبة الاشتراكات في الضمان الاجتماعي، ج ر، عدد 45، الصادرة في 09 يوليو 2006.

9- المرسوم التنفيذي رقم:07-140 مؤرخ في:19 مايو 2007 يتضمن انشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج ر، عدد 33 الصادرة في 20 مايو 2007

10- مرسوم تنفيذي رقم 07-321 مؤرخ في 2007/10/22 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ج ر، العدد 67 الصادرة في 2007/10/24.

11- المرسوم التنفيذي رقم:09-319، مؤرخ في:0اكتوبر 2009، يتمم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم:97-467 مؤرخ في:02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ج ر، عدد 46، الصادرة في 12 اكتوبر 2009.

12-المرسوم التنفيذي 15-309، المؤرخ في:2015/12/06 الذي يحدد مهام اللجان المختصة المنشأة لدى الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري وتنظيمها وسيرها وكذا القانون الأساسي لمستخدميها، ج ر، عدد 67، الصادرة بتاريخ:2015/12/20.

13-المرسوم التنفيذي رقم 19-59 المؤرخ في 02 فبراير 2019، يحدد كيفيات اعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها، ج ر، عدد 10 الصادرة في 10 فبراير 2019.

14- المرسوم التنفيذي رقم: 19-64 مؤرخ في:09فبراير 2019، يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

15- مرسوم تنفيذي رقم 20-69 مؤرخ في 21 مارس 2020 يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كرونا (كوفيد-19) ومكافحته، ج ر، العدد 15 الصادرة في 21 مارس 2020.

16- مرسوم تنفيذي رقم 20-70 مؤرخ في 2020/03/24 يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كرونا (كوفيد-19) ومكافحته، ج ر، العدد 16 الصادرة في 2020/03/24.

17- المرسوم التنفيذي رقم 20-102مؤرخ في 23 أفريل 2020، يتضمن تمديد اجراء الحجر الجزئي المنزلي لمدة خمسة عشر يوما، عبر كامل التراب الوطني، ج، ر عدد 24، الصادرة في 26 أفريل 2020.

17- المرسوم التنفيذي رقم 20-72 مؤرخ في 28مارس سنة 2020، والذي يتضمن تمديد إجراء الحجر الجزئي المنزلي إلى بعض الولايات، ج ر، العدد 17 المؤرخة في 2020/03/28.

18-المرسوم التنفيذي 20-325 المؤرخ في 22 نوفمبر 2020 المتعلق بكيفيات تسجيل المواد الصيدلانية، ج ر، عدد 16، الصادرة في 22نوفمبر 2020.

17- المرسوم التنفيذي رقم 20-391 المؤرخ في 19 ديسمبر 2020 تعدل المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 190/19 المؤرخ في 03 يوليو 2019 الذي يحدد مهام الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وتنظيميها وسيرها، ج ر، عدد 78 الصادرة في 27 ديسمبر 2020.

18- المنشور الوزاري المشترك رقم:01 المؤرخ في 06 افريل1994، المتضمن مخطط اعادة تنظيم الصحة المدرسية.

19- التعليق العام رقم 14، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، المادة 12، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون (2000)، مكتبة حقوق الإنسان، جامعة منيسوتا، على الموقع الإلكتروني التالي:00: 18 a 02/06/2021 le http://hrlibrary.umn.edu/arab/.

ثانيا: قائمة المراجع:

I-المؤلفات:

أ-المؤلفات بالغة العربية

1- أسامة عبد العليم الشيخ، الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة وغير المستعجلة في ضوء الفقه الإسلامي والنظم الوضعية، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، مصر، 2013.

2- أمير فرج يوسف، خطأ الطبيب العمدي وغير العمدي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2010.

3-أنس محمد عبد الغفار، التزامات الطبيب تجاه المريض: دراسة مقارنة بين القانون الوضعي والفقه الإسلامي، دار الكتب القانونية – دار شتات للنشر والبرمجيات، مصر– الإمارات، 2013.

4- عديلة العلواني، تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائر، دار هومة، الجزائر، 2014.

5- محمد إبراهيم الدسوقي علي، مساءلة الأطباء عن أخطائهم المهنية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 2015، ص15.

ب-المؤلفات باللغة الأجنبية:

1- Abdelkader Khadir, la responsabilité médicale à l'usage des praticiens de la médecine et du droit, Edition Houma, Alger, 2014.

2-Drago Guillaume. Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ?.Revue juridique de l'Ouest, N° Spécial 2015 .

3- Richard Kitaeff, «le droit à la santé » ? Contribution a une étude des ancrages conventionnels et constitutionnels, annuaire international de Justice constitutionnelle, 22-2006,2007.

4- Didier Truchet, Droit de la sante publique, 8° Edition, Dalloz, Paris, 2013.

II-المذكرات والأطروحات:

أ-الأطروحات:

1- بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات انماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة-رسالة مقدمة شهادة دكتوراه علوم اقتصادية وتسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة،2017-2018.

2- عبد الرحمان فطناسي، اثبات الخطأ الطبي في العمليات الجراحية لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، في العلوم القانونية، تخصص: قانون اداري وإدارة عامة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة باتنة، الجزائر، 2018/2017.

3-عبد العزيز محمد حسن حميد، الحق في الصحة في ظل المعايير الدولية، دكتوراه في القانون الدولي العام، دار الفكر الجامعي،30شارع سوتير- الإسكندرية، مصر، 2018.

4- مشالي زهية، التأمين في مجال الخدمات الصحية في القانون الجزائري، أطروحة دكتوراه، الطور الثالث في الحقوق، تخصص قانون التأمينات، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مستغانم، الجزائر، 2019/2018.

ب- مذكرة الماجيستير:

1- بن دهمة هوارية، الحماية الاجتماعية في الجزائر، دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي (دراسة حالة صندوق الضمان الاجتماعي تلمسان)، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص تسيير الميزانية العامة، جامعة أبوبكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2015/2014

2- سعيدي نبيهة، تسيير النفايات الحضرية في الجزائر بين الواقع والفاعلية المطلوبة "دراسة حالة الجزائر العاصمة"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بومرداس، الجزائر، 2012/2011.

ج-مذكرات الماستر:

1 - بلولة سارة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية لجزائرية، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، تخصص إدارة الهياكل الإستشفائية، كلية العلو الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، ق سم علوم التسيير، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم،2017/2016.

2- دمان أمينة، تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في ظل المرسوم التنفيذي رقم: 20 - 140، مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص دولة ومؤسسات، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجائر،2018/2017.

3- درار فضيلة، الحق في الصحة في ظل القانون الجزائري الجديد، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر، تخصص القانون الطبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الحميد مستغانم، السنة الجامعية 2019/2018.

4- مسعودي نسيم، خلال عبد الحميد، حماية المسنين في الفقه الاسلامي والتشريع الجزائري، مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر في القانون، تخصص قانون اسرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العقيد اكلي محند اولحاج-البويرة، الجزائر، السنة الجامعية،2018-2019.

5- فتحي مجناح، محمد قنفود، تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض-دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لولاية المسيلة(الزهراوي)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة السنة الجامعية 2017-2018.

6- خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة مقدمة لنيل شهاد الماستر، معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، المركز الجامعي، العقيد اكلي محند اولحاج، بويرة، الجزائر، 2012/2011.

III-المقالات:

أ-باللغة العربية:

1-أحمد محمد سعيد صدقي، لينا عدنان حموي، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية - المجلد الثالث - عدد 09- حزيران 2018.

2-المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، الحق في الصحة، ورقة شارحة، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، أغسطس 2011.

3-المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، الحق في الصحة، ورقة شارحة، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، أغسطس 2012.

4- إبراهيم علي حمادي الحليوسي، الخطأ المهني والخطأ العادي في إطار المسؤولية الطبية، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2007.

5-إنريك غونزاليس، الحق في الصحة، الوحدة رقم 14، دليل تدريبي لدعاة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، دائرة الحقوق، مكتبة حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، ص 282، على الموقع الإلكتروني:

http://hrlibrary.umn.edu/arab/ le 01/05/2021 a 15 :17.

6-السعيد حرزي، الاليات الوطنية للرعاية الصحية في الوسط المدرسي تكريسا للحق في الصحة "وحدة الكشف والمتابعة نموذجا"، مجلة الاجتهاد القضائي، المجلد 12، العدد 02، اكتوبر 2020.

7-بن ددوش نظرة زوجة قماري، وقاية العامل من الأمراض المهنية في بيئة العمل في التشريع الجزائري، مجلة القانون، العدد 07، ديسمبر 2017، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مستغانم، الجزائر.

8-والي عمر، السياسة الوطنية للسكان في الجزائر، استراتيجيات الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة، على الموقع الالكتروني الاتي: تم الاطلاع يوم 2021/06/26 على الساعة13:00 https://www.apn.dz

9-حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، المؤسسة، العدد 06- 2017، جامعة تلمسان، الجزائر.

10-حمزة شريف علي، محمد سويقات، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الانسانية والقانونية، مخبر السكان والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة أبوبكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.

11- منظمة الصحة العالمية، وفيات الامومة، منشور في 19 سبتمبر 2019، تم الاطلاع عليه، على الموقع الالكتروني التالي:.50: 18 le 25/06/2021 a https://www.who.int

12-مارغريت تشان، الحق في الصحة، مقال منشور على صفحة منظمة الصحة العالمية بتاريخ :29 ديسمبر2017،على الموقع التالي: https://apps.who.int- 02 /06/2021 a18 :45

13-محمد ولد قادة، سلسلة التسيير الاستشفائي، دليل التسيير الاستشفائي ،2017 تمت زيارة الموقع بتاريخ:2021/04/26 الساعة 30: 12 : https.//www.hopital- dz.com

14-منظمة الصحة العالمية، 25 سؤال وجواب عن الصحة وحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد 01، يوليو 2002.

15-نور الدين حاروش، حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي تامنغست، العدد 08، 2015.

16-سهايلية سماح، الاجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، المجلد 5، العدد3، أكتوبر 2020.

17-عبد الرزاق المختار، الحق في الصحة في فقه المجلس الدستوري التونسي، الأحداث القانونية التونسية، منشورات الأطرش للكتاب المختص، العدد 20، تونس، سنة 2011.

18-عمر حمزة التركماني، الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية، مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية، جامعة الإسراء فلسطين، العدد الثالث، يوليو 2017.

19-علي دحمان محمد، تكلفة العلاج في الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير العلوم التجارية، جامعة عين تموشنت، الجزائر.

20-عبد الغاني حسونة، ريحاني أمينة، الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية كآلية لحماية المستهلك في المجال الطبي، مجلة الحقوق والحريات، عدد 04 أفريل 2017، كلية الحقوق والعلوم السياسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ص543.

21-فيوليت داغير، الحق في الصحة، محاولة استقراء للمفاهيم في الواقع العربي، شبكة المعلومات الدولية(الانترنت) على الموقع التالي: www.achr.nu/kt 13.htm le 03/06/2021 a10 :50

22-قمراوي عزالدين، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في المجال الطبي (دراسة مقارنة)، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة وهران، الجزائر، 2013/2012

23-قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة) مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد 6 جانفي 2012.

ب- باللغة الأجنبية:

1-Farid CHaoui, le système de santé en Algérie: un enjeu stratégique, état des lieux, enjeux et perspectives, institut national d'études stratégie globale 2(2015), Alger.

2- Bertrand Mathieu, La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel – A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n°185 du 20 mai 1998, cahiers du conseil constitutionnel n° 6 – janvier 1999.

IV- جرائد يومية:

01-الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، اعتماد اللقاح الروسي "سبوتنيك-V"، إعلان منشور على موقع الإذاعة الوطنية، على الموقع: ttps://www.radioalgerie.dz 19/05/2021 a 09 :15.

02- دينيوس بوراس، المقرر الخاص بالأمم المتحدة المعني بالحق في الصحة، تقريره عن الزيارة التي قادته إلى الجزائر في مايو 2016، على الموقع التالي: https://www.ohchr.org/ar le 16.05.2021

03- وزير الصحة، عرض لمشروع الصحة الجديد أمام نواب المجلس الشعبي الوطني، منشور بجريدة المساء، عدد7143 الصادرة بتاريخ:23أفريل2018 .00: 10a07/06/2021le

https://www.el-massa.com/dz

04- منظمة الصحة العالمية، معلومات عن المنظمة، على الموقع الإلكتروني التالي:

https://www.who.int le 07/06/2021 a12 :30

V-وثائق أخرى:

1-الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، نتائج: 2015-2017، رقم 48، نشرة 2018.

2-مدونة تعليم كوم، بحث حول مخطط تنظيم النجدة، على الموقع الالكتروني التالي:

https://www.ta3limkom.com le29/06/2021 a 13 :00

3-الامم المتحدة، ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، التقرير الموجز حول السكان والتعليم والتنمية، نيويورك، 2003.

4-مبادرة العدالة المفتوحة، الحق في الرعاية الصحية في السجون خلال جائحة كوفيد-19، على الموقع الالكتروني:00 13 a 15/05/2021 le https://www.justice_initiative.org

ملخص

حق الرعاية الصحية حق من حقوق المواطن المكرسة دستوريا، وهو حق فردي يهم شخص بصيغة المفرد، وهو أيضا حق جماعي يهم المجتمع والمجموعة في الحماية والوقاية والعلاج والمرافقة، غير أن بعض الوضعيات لفئات معينة قد تستوجب رعاية صحية مدعمة لصالحها، بهدف تأمين تكافئ الفرص والانتفاع الفعلي بهذا الحق، ويترتب على جماعية الحق في الرعاية الصحية ارتباطه بالمصلحة العامة، وتأصيله لنظام عام صحي، وتكريسه للطابع المرفقي.

كلمات مفتاحية:

الرعاية الصحية، الأمراض الوبائية، الوقاية، العلاج، الاستشفاء.

Abstract:

The right to health care is a constitutional right of the citizen, and it's an individual right that concerns a person in the singular form, and a collective right that concerns society in prevention, treatment and accompaniment. However, some situations may require subsidized health care in their favor, with the aim of guaranteeing equal opportunities and effective use of this right. The right to health care islink to the public interest, its establishment of a general health system, and its dedication of the public facility character.

Keywords:

Health care; epidemic diseases; prevention; treatment; hospitalization.