جامعة وهران 2 – مُحَمَّد بن أحمد –

كلية الحقوق و العلوم السياسية

أطروحـــة

للحصول على شهادة دكتوراه الطور الثالث

في القانون الخاص تخصص القانون الطبي

أثر تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في ترقية الحق في الصحة

من إعداد الطالب:

نون علي

تحت إشراف الدكتورة:

بلعموري نادية

أعضاء لجنـــــــــة المناقشـــــــــة

الأستاذة زعنون فتيحة .....أستاذة..... جامعة وهران 2 ..... رئيسة

الأستاذة بلعموري نادية .....أستاذة محاضرة (أ) ..... جامعة وهران 2 ..... مقررة

الأستاذ بربيح محي الدين ..... أستاذ محاضر (أ)..... جامعة وهران 2 ..... عضوا مناقشا

الأستاذة بن قو أمال .....أستاذة ..... جامعة مستغانم ..... عضوة مناقشة

الأستاذة عيشوبة فاطمة ..... أستاذة محاضرة (أ) ..... جامعة تيارت ..... عضوة مناقشة

السنة الجامعية: 2023-2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ}

(سورة الشعراء، الآية 80)

كلمة شكر وتقدير

قال الله تعالى في كتابه العزيز "ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه"

في البداية نحمد الله سبحانه وتعالى على فضله ونعمه علينا وتوفيقه لإتمام العمل.

وأتوجه بالشكر والتقدير والاحترام والامتنان للأستاذة **بلعموري نادية** حفظها الله ورعاها وأطال في عمرها، فقد كان لإشرافها وتقديمها لي النصائح والتوجيهات; حافزا لإتمام الأطروحة بالشكل الذي تظهر عليه،

كما أتقدم بالشكر إلى جميع أساتذة كلية الحقوق والعلوم السياسية وأعضاء مخبر حقوق الطفل وعلى رأسهم الأستاذة الفاضلة **زعنون فتيحة** وإلى كل عمال وموظفي إدارة جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

وإلى كل من ساعدني في انجاز هذا العمل.

الإهداء

أهدي عملي هذا المتواضع إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما، اللذان شجعاني كثيرا لإتمام الأطروحة،

والى شريكة حياتي زوجتي،

والى كل إخوتي وأخواتي،

وإلى قرة عيني أولادي: نادين ، محمد إياد و لين أريج،

والى جميع زملائي في العمل والدراسة.

قائمة المختصرات:

المختصرات باللغة العربية:

ج.ر: الجريدة الرسمية الجزائرية

ص: الصفحة

ص ص: صفحات متتالية

ط: الطبعة

ب.ط: بدون طبعة

المختصرات باللغة الأجنبية:

P : page
Ed : edition
No: Number

مقدمة

الحق في الصحة هو حق إنساني، وقد تم تشريعه في الاتفاقات الدولية والإقليمية وكذلك في الدساتير والتشريعات الوطنية والعالمية، ويعني أنه لكل شخص الحق في التمتع بأعلى قدر ممكن من الصحة الجسدية والنفسية بغض النظر عن مكان إقامته، ويعني كذلك أنه على جميع حكومات الدول تهيئة الظروف التي يمكن أن تجعل لكل فرد الحق في الحصول على القدر الوافر من الصحة، ولا يعني الحق في الصحة توفير الخدمات الصحية على مستوى المؤسسات الإستشفائية; عن طريق بناء المستشفيات و الحصول على الرعاية الصحية فقط; ولكن الحق في الصحة يمتد إلى ما هو أبعد من ذلك; فهو يشمل مجموعة واسعة من العوامل التي تساعدنا على الحياة في صحة جيدة، توفير ظروف العمل الصحية، السكن الملائم، التغذية الصحية والعيش في بيئة صحية.

إن الحق في الصحة يعتبر أحد حقوق الجيل الثاني من حقوق الإنسان المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966، وقد كرسته القوانين الداخلية والمواثيق الدولية، حيث أن الجيل الأول متعلق بالحقوق المدنية والسياسية ويشمل (حرية التعبير، التفكير، المعتقد، الصحافة، التجمع، التنقل، الهوية والجنسية)، وهي حقوق فردية، أما الجيل الثاني فهو متعلق بالحقوق الإقتصادية الإجتماعية والثقافية وتشمل (الشغل، التعليم، الأجر العادل، والضمان الإجتماعي، المأكل، المسكن والصحة) وقد تأسست على مبدأ المساواة في الحقوق.

كذلك حق الإنسان في الصحة مسلم به في العديد من الصكوك الدولية، فالمادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المعتمد سنة 1948 تؤكد أن : "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية"، وقد جاء في دستور منظمة الصحة العالمية الذي ربط بين صحة الأفراد وبين السلم والأمن العالميين أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية و الاجتماعية." كما عرف دستور المنظمة; الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز".

لقد توالت المواثيق الدولية العالمية و الإقليمية المتعلقة بحقوق الإنسان بالتأكيد على الحق في الصحة وعلى ضرورة أن يتمتع به كل إنسان، وعلى هذا الأساس نص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، بموجب المادة 12، التي نصت: "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، كذلك الحق في مستوى معيشي لجميع أطراف العائلة يتضمن الغذاء الصحي، الملبس والمأكل، كما تضمن العهد صحة العمال حيث

أشار إلى حق كل فرد في ظروف عمل صحية وآمنة، وكذا إلى الحق في الحياة الذي يعتبر أسمى تعبير عن الحق في الصحة في العهد الدولي المتعلق بالحقوق المدنية والسياسية الصادر عن الأمم المتحدة عام 1966 حيث نصت المادة 6 منه على : "لكل إنسان الحق الطبيعي في الحياة، و يحمي القانون هذا الحق ولا يجوز حرمان أي فرد من حياته بشكل تعسفي".

أما فيما يخص الفئات المحدودة التي شملتها ضمانات الحماية الصحية في الإتفاقيات الدولية، والمقصود بالفئات المحدودة، الأشخاص الذين هم في وضع خاص وخاصة فئة النساء والأطفال ومنها إتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979; فقد أشارت الفقرة 1 من المادة 12 من الإتفاقية إلى المساواة بين الرجل والمرأة في الرعاية الصحية عن طريق إزالة العقبات القانونية والإجتماعية التي تمنع المرأة من الإستفادة من الخدمات الصحية، وهذا ينطبق أيضا أثناء فترة الحمل وما بعد الولادة من توفير الغذاء والرعاية الصحيين وفي مجال العمل، تتخذ الدول الأطراف في هذه الإتفاقية تدابير للقضاء على التمييز ضد المرأة العاملة، لكي يكفل المساواة مع الرجل كحق الضمان الإجتماعي في حالة المرض والعجز وتوفير ظروف العمل المناسبة.

أما الفئة الثانية المشمولة بالحق في الصحة التي تضمنتها إتفاقية حقوق الطفل لعام 1989 التي ورد في مادتها 24 إلى حق الطفل في الرعاية الصحية; وعدم حرمانه في الحصول على هذا الحق والعمل على خفض نسبة الرضع; ومكافحة سوء التغذية والأمراض والتثقيف الصحي للأبوين، كذلك محاربة الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال، وفيما يخص صحة الأطفال الذين هم في وضع خاص; فقد أكدت الفقرة 3 من المادة 23; على ضمان حصول الطفل المعوق على الرعاية الصحية والعلاج من طرف الدولة، وعلى هذا الأساس أقر الإعلان الخاص بحقوق المعوقين بضمان الحماية الدولية لهم عن طريق العلاج النفسي، الطبي والوظيفي بما في ذلك توفير الأعضاء الإصطناعية وأجهزة التقويم والتأهيل الطبي والتدريب والتأهيل من أجل إدماجهم أو إعادة في المجتمع، وهذا ما نص عليه أيضا الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا لعام 1971 من أجل حمايتهم على المستوى الدولي، كما أن الحق في الصحة معترف به، في المادة 5 من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965، كما يعترف بالحق في الصحة في عدد من صكوك حقوق الإنسان الإقليمية، مثل الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1961 وتحديدا المادة 11، والمادة 16 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1988، وكذلك في إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993 ، وفي صكوك دولية أخرى.

لقد سعت جل الدساتير الجزائرية ومختلف التشريعات على إعمال الحق في الصحة; وذلك عملا بالتوجيهات الدولية الحديثة في مجال حقوق الإنسان واستجابة لها وكذا للاتفاقيات والمعاهدات الدولية المكرسة لهذه الحقوق، وآخرها كان التعديل الدستوري لسنة 2020 وتحديدا الفصل الأول المتعلق

بالحقوق الأساسية والحريات العامة للباب الثاني المعنون الحقوق الأساسية والحريات العامة والواجبات; حيث أشارت المادة 38 على الحق في الحياة; وقد نصت: "الحق في الحياة لصيق بالإنسان، يحميه القانون، ولا يمكن أن يحرم أحد منه إلا في الحالات التي يحددها القانون". وبالتالي فإن استقراء هذه المادة يدل على هناك توافق بين ما جاء في المواثيق الدولية والدستور الجزائري، باعتبار أن الحق في الحياة يعتبر أسمى ما يمكن التعبير عنه فيما يتعلق بالحق في الصحة.

لقد نص المشرع في المادة 63 من الدستور على الرعاية الصحية باعتبارها مفهوما ضيقا لهذا الحق، وتبنى كذلك المفهوم الواسع للحق في الصحة باعتباره حالة من الرفاه العام لا تتحقق إّلا بتحقق جملة من الحقوق الأخرى المرتبة عنه؛ كالحق في الحياة والغذاء والمسكن والعمل والبيئة وغيرها من الحقوق الأخرى والتي تضمنتها المواد الأخرى; وبالإطلاع على باقي نصوص الدستور المشار إليه لذات الفصل، فهي تدل كلها على أن المشرع الجزائري جسد نفس الحق ومنها المادة 39 والفقرات التي تليها على ضمان الدولة عدم انتهاك حرمة الإنسان، والمادة 40 التي تنص على حماية الدولة للمرأة من كل أشكال العنف مهما كانت طبيعته; وعلى مستوى المجالين المهني والخاص، وبالانتقال إلى المادة 62 التي أشارت إلى حماية المستهلكين; حيث نصت :"تعمل السلطات العمومية على حماية المستهلكين، بشكل يضمن لهم الأمن والسلامة والصحة وحقوقهم الاقتصادية"، وهذا يعني أن المستهلك له نصيب من الحماية الصحية بأن تتكفل الدولة بمجموعة من الإجراءات والتدابير للحفاظ على صحة المستهلك وحمايته عن طريق الحق في الإعلام الصحي التي جاءت في القانون رقم 09-03 المؤرخ في 25 فبراير 2009، المتعلق بحماية المستهلك و قمع الغش، وكذا المرسوم التنفيذي رقم 13-378 المؤرخ في 9 نوفمبر 2013 الذي يحدد الشروط والكيفيات المتعلقة بإعلام المستهلك.

أما بالعودة للدستور فقد تضمنت المادة 64 الحق في بيئة سليمة في إطار التنمية المستدامة، أما المادة 12 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة; فقد أشارت صراحة إلى هذا الحق حيث نصت :" تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات، عبر انتشار القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني".

لا شك أن موضوع حقوق الإنسان والإهتمام به قد أخذ بعدا عالميا خاصة بعد تأسيس الأمم المتحدة سنة 1945 وما انبثق عنها من مواثيق دولية كرست حقوقا مختلفة للإنسان ومن بينها حق الإنسان في الصحة التي لا غنى عنها للتمتع بحقوق الإنسان الأخرى، والسعي إلى إعمال الحق في الصحة من أجل العيش بكرامة، مثلما ورد في الشرعة الدولية لحقوق الإنسان، وهي من الحقوق غير قابلة للتجزئة، بل إن الحق في الصحة يرتبط ارتباطا وثيقا بها ويتضمن ذلك الحق في الحياة، الكرامة الإنسانية، المساواة، عدم التمييز، حظر التعذيب، الخصوصية، وحقوق ضرورية أخرى كالحق في المأكل، المسكن، العمل، التعليم، الوصول إلى المعلومات، تكوين الجمعيات، التجمع والتنقل والمسكن،

الحصول على مياه الشرب المأمونة، الرعاية الصحية، العمل في ظروف صحية، والعيش في بيئة نظيفة خالية من التلوث.

أما الجانب المتعلق بالمؤثرات الخارجية; والتي كانت سببا في تطور الصحة; فيتعلق الأمر بالبعد التكنولوجي أو التقني; الذي كان له الأثر البالغ في تطور مفهوم الحق في الصحة بمفهوم الصحة الشامل، ويعني أن هذا الحق لا يقتصر فقط على خدمة واحدة على مستوى هيئة واحدة فقط; والمتمثلة في المؤسسة الإستشفائية، بل يتعد الأمر إلى كونه نظام كامل يرافق حياة الإنسان منذ ولادته مرورا بحياته الاجتماعية، الدراسية والمهنية إلى حين وفاته، حيث أظهرت التجارب والدراسات أن استعمال التقنيات التكنولوجية الحديثة للإعلام والاتصال يسري استخدامها بخطوات سريعة تتجسد في مجال حماية الحق في الصحة وترقيتها على مستوى المؤسسات التي لها علاقة بالصحة.

تبين مما سبق ان العالم المعاصر يشهد تطورات في جميع المجالات وبوتيرة متسارعة، أبرزها استعمال تكنولوجيا المعلومات والإتصال الذي أصبح يؤثر بشكل مباشر على كل المجالات الأخرى والسبب الرئيسي في تطورها، حيث تعتبر المعلوماتية والتقنيات الجديدة للإتصالات سمة العصر الحديث، حيث يكاد لا تخلو أي مؤسسة أو شخص لا يعتمد عليها في حياته الشخصية أو المهنية، بسبب ميزتها المتمثلة في حفظ المعلومات ونقلها بشكل سريع.

لقد قامت أغلب المجالات بتحديث آليات عملها بالإعتماد على تقنية المعلومات وتوظيفها في أنشطتها، حيث تعمل على معالجة التدفق المعلوماتي داخل المؤسسة. وتشمل هذه التقنية تكنولوجيا الإعلام والإتصال أو تكنولوجيا المعلومات، وأبرزها شبكة الإنترنت التي تنشر عبر أقطار العالم.

إن تكنولوجيا الإعلام والاتصال، تعتبر من العلوم الجديدة التي لها علاقة بالعولمة; حيث ارتبط هذا المصطلح بالكثير من المفاهيم المركبة كإقتصاد المعرفة، نظم المعلومات المحوسب، نظم المعلومات الإدارية، نظم المعلومات الصحية، نظم المعلومات البيئية، الحوكمة الإلكترونية، الاقتصاد الرقمي ومفاهيم أخرى.

لقد أصبحت تكنولوجيا الإعلام و الإتصال جزء رئيسي من مقومات نجاح المؤسسات فلا يمكن تصور أي هيئة أو إدارة تعمل بدونها بسبب دورها الكبير في تحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها.

إن إهتمام الحكومات أصبح اليوم ينصب حول مدى تأثير استخدام التكنولوجيات الحديثة داخل المؤسسة في إطار تفعيل الإدارة الإلكترونية على أداء الخدمات وخاصة الصحية منها لزيادة الثقة بين الإدارة والعملاء; وعلى هذا الأساس تم تبني هذه التقنية بعدما تم التأكد من فعاليتها; وبفضلها أصبحت الخدمة والجودة الصحية تسري بنسق تصاعدي، حيث تتمثل الإدارة الالكترونية في التحول نحو الخدمة الالكترونية، عبر مختلف الشبكات الإلكترونية، أي الإنتقال إلى الاتصال المباشر مع المؤسسات الخدماتية، كما أن تطبيق الإدارة الالكترونية واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تنفيذ مختلف الأنشطة يتطلب توفير الكثير من الإمكانيات المادية بداية من تغيير كوابل الاتصالات

واستبدالها بالألياف الضوئية; إلى تحديث الأجهزة الإلكترونية وعلى رأسها الكمبيوتر والتطبيقات الخاصة.

لقد كان للتطور التكنولوجي تأثير كبير جدا على تطور الصحة وخاصة ما تعلق بالإعلام والإتصال، حيث أننا نرى تقريبا كل الميادين تستخدم التقنية في عملها وتعاملاتها اليومية; ولا تكاد تستغني عنها، بسبب الطفرة الهائلة في حفظ ونقل المعلومة حتى أصبح يسمى العصر الحالي بعصر المعلومات، وبتطور الوسائل التقنية كجهاز الكمبيوتر والهواتف والألواح الذكية واتصالها بشبكة الانترنت سواء الأرضية أو باستخدام الأقمار الصناعية فكان من الطبيعي أن تنعكس هذه المتغيرات الجديدة على مختلف القطاعات، وفي مقدمتها قطاع الصحة.

إن الجزائر لم تكن بعيدة عن تبني التقنيات الحديثة على غرار دول العالم على مستوى مختلف مؤسساتها، بافتتاح المجال أما الأفراد، للإستفادة من مزاياها من خلال تقديم ترخيص للقطاع الخاص لتغطية اتصالات الهاتف النقال وخدمة الإنترنت، حيث شهد إقبالا كبيرا، من طرف المؤسسات العمومية والخاصة وكذا الأشخاص الطبيعيين.

ويعبر توجه الجزائر نحو تبني تكنولوجيا المعلومات والاتصال والإستفادة من مميزاتها; عن نهج جديد في ممارسة العمل الحكومي، لتحقيق الإدارة الإلكترونية، الأمر الذي أدى إلى ظهور أشكال جديدة في عمل الأنظمة الإدارية; من أجل تحسين أداء الخدمات وجودتها، وبالمقابل تراجع ملحوظ في أشكال الخدمات التقليدية والورقية.

يمكن القول أن هذه الدراسة سمحت لنا بالإطلاع على واقع تكنولوجيا الإعلام والإتصال في العالم وفي الجزائر تحديدا، وذلك من حيث المفهوم والتأثير ومجالات الإستخدام المختلفة، وطرق توظيفها والإستفادة من فعاليتها في مختلف الميادين كآلية جديدة.

هذا وتعد لجان حماية الصحة وترقيتها نصيب كبير من إستخدام تكنولوجيا الإعلام والإتصال; حسب ما أشارت إليه الكثير من الدراسات العربية وخاصة الأجنبية باعتبارها صاحبة الريادة في الأمور التقنية والتكنولوجية.

إن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال حسب منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة الإلكترونية يتمثل في الصحة الرقمية، الصحة المتنقلة، الطب عن بعد، استعمال التكنولوجيات الرقمية في الرعاية الصحية، حيث توفر الصحة الإلكترونية فوائد متعددة في تحسين الصحة العامة، مثل تحسين الحصول على الرعاية الجيدة باستخدام السجلات الصحية الالكترونية من خلال تقاسم المعلومات والبيانات بين مقدمي الرعاية والأخصائيين في مؤسسات الرعاية الصحية، وكذا استخدام الصحة الرقمية في دعم الأطباء من خلال التشخيص أو القيام بالعمليات الجراحية عن بعد، وكذا

استعمال الأجهزة المخصصة التي تتضمن أجهزة الاستشعار وساعات اليد والهواتف المتنقلة لغرض المراقبة، وتقوم أيضا بتجميع البيانات من الأجهزة الإلكترونية وأجهزة الاستشعار، لتحليل بياناتها[1].

كما تتضمن تكنولوجيا الإعلام والاتصال جانبين أساسيين; وهما تشغيل المعلومات عن طريق لمعالجة والتوزيع الآلي للمعلومات وانجاز عمليات التشغيل لتدعيم قدرة الإدارة على اتخاذ القرارات باستخدام تطبيقات الإعلام الآلي بأشكاله المختلفة، والجانب الآخر إيصال المعلومات بين المواقع المتباعدة للحواسيب; وبين الحواسيب ووحداتها الطرفية البعيدة وذلك باستخدام تسهيلات الاتصالات عن بعد[2].

على هذا الأساس; وجب أن نبرز العلاقة بين تكنولوجيا الإعلام وتكنولوجيا المعلومات، حيث أن تكنولوجيا الإعلام والإتصال تستخدم تكنولوجيا المعلومات في البث والإرسال، عبر مختلف الوسائط مثل الهاتف، وتشغيل المعلومات باستخدام تطبيقات الإعلام الآلي بأشكالها المختلفة، ونقلها وإيصالها عن طريق الحواسيب ووحداتها الطرفية باستخدام عمليات الاتصال المختلفة، أما تكنولوجيا المعلومات تستخدم أجهزة الكمبيوتر والشبكات والبرمجيات والمعدات الأخرى لإدارة المعلومات، حيث تعتبر المعلومة المادة الخام للإعلام، وهو ما تم التركيز عليه في الدراسة.

إن هذه الدراسة تهدف لتبيان مفهوم الحق في الصحة; ومعرفة مختلف النصوص القانونية الوطنية والدولية التي تطرقت لهذا الحق وبيان فعاليتها في حمايته في التشريع الجزائري والدولي، وفي مجال تقنية المعلومات والإتصالات، تبيان دور تكنولوجيا المعلومات والإتصالات ومختلف المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بها مثل نظم المعلومات ونظم المعلومات المحوسبة ونظم المعلومات الصحية في ترقية الحق في الصحة وتأثيرها على المجتمع من الناحية الصحية، والتعرف على مختلف المؤسسات والهيئات التي تساهم في حماية صحة الإنسان عن طريق استعمال الوسائل التكنولوجية والمعلوماتية الحديثة.

كما تهدف هذه الدراسة أيضا إلى تشجيع الاستثمار في المجال التكنولوجي لمختلف المؤسسات والهيئات التي لها علاقة بالصحة، وكذا ابتكار تطبيقات تقدم خدمات مجانية للاستشارة الطبية، وأخرى

1- الإتحاد الدولي للاتصالات، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصحة الرقمية، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصحة الرقمية.

تاريخ الإطلاع: 2023/10/25.

https://www.itu.int/ar/mediacentre/backgrounders/Pages/icts-digital-health.aspx

2- قادة حياة، دور تكنولوجيا الإعلام و الإتصال الجديدة في تحسين الخدمة العمومية بالمؤسسة القضائية، مذكرة تخرج من أجل نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الإتصال، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، السنة الجامعية 2011-2012، ص 7.

تمنح للمرضى إمكانية حجز مواعيد لدى الأطباء، وتطبيقات أخرى يتم استعمالها للكشف عن الحالة الصحية مثل قياس ضغط الدم; أو حتى توجيه إنذار الشخص بسكتة دماغية محتملة.

ومن أسباب اختيار الموضوع ما هو ذاتي; ويتعلق الأمر بالفضول والرغبة في معرفة مختلف جوانب تكنولوجيات المعلومات والاتصال الحديثة; وتخصصاتها ومساهماتها خاصة على الجانب المتعلق بالصحة، وما هو موضوعي يرمي إلى إثراء وتدعيم مختلف الدراسات التي أثيرت حول موضوع مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في ترقية الحقوق الصحية المختلفة.

وتكمن أهمية الدراسة في أنها تعتبر من المواضيع الحديثة والمعاصرة التي اتسعت لتشمل كل الميادين وخاصة قطاع الصحة الذي حرص على استعمال تقنية المعلومات والاتصال كعنصر فعال في ترقية الحق في الصحة، ونقطة تقاطع بين مجالين مهمين وهما الصحة وتكنولوجيا المعلومات والاتصال.

ومن خلال ما تقدم تثار إشكالية هذه الدراسة التي تتمحور حول مدى مساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال في ترقية الحق في الصحة ؟ وتتفرع من الإشكالية الرئيسية مجموعة من الأسئلة الفرعية تتمثل أساسا في:

ماهية الحق في الصحة في الفقه وفي التشريع الدولي؟

ما هو الأساس القانوني للحق في للصحة في التشريع الدولي والإقليمي والجزائري؟

ما هي آليات و سبل حماية الحق في الصحة في التشريع الجزائري و الدولي؟

ما هو واقع الحق في الصحة في الجزائر؟

ما هو الأمن الصحي، مفهومه ومختلف مجالاته؟

ما هو واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر؟

ما هي آليات الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر؟

ما هو نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته؟

كيف تساهم تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة؟

ومن أجل الإجابة على هذه الأسئلة، تم تقسيم هذه الدراسة إلى بابين، أما الباب الأول فهو يتعلق بالحق في الصحة في التشريعين الدولي و الجزائري; وهو بدوره مقسم إلى فصلين، حيث تضمن الفصل الأول إطار مفاهيمي للحق في الصحة و أساسها القانوني، حيث تم التطرق بموجبه إلى موضوع الحق في الصحة; ومختلف المفاهيم الفقهية والقانونية المرتبطة به على المستوى الدولي، الإقليمي والوطني; وكذا الإطار التشريعي لحماية الصحة وطنيا ودوليا، أما الفصل الثاني جاء تحت عنوان مفهوم الأمن الصحي; وتم التطرق من خلاله إلى ماهية الأمن الصحي على المستوى الدولي والوطني وكذا مجالاته، وأيضا التطرق للمنظومة الوطنية للصحة في الجزائر.

أما الباب الثاني فتضمن ترقية الصحة من خلال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال وهو بدوره مقسم إلى فصلين; وهما الفصل الأول المتمثل في واقع تكنولوجيا الإعلام والاتصال و آلياتها الوقائية في مجال الصحة، حيث تم التطرق للمفاهيم العامة لتكنولوجيا الإعلام و الاتصال دوليا ووطنيا وكذا موضوع الرقمنة والتحول الرقمي في الجزائر بالإضافة إلى موضوع الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر، أما الفصل الثاني فكان حول تكنولوجيا الإعلام والاتصال والأنظمة الصحية، والأنظمة الصحية المحوسبة ومجالاتها وفعاليتها وتأثيرها على الصحة والتي تتضمن الجودة، الأداء وكذا مختلف النظم المعلوماتية الأخرى والتي لها علاقة بالصحة، وتم فيها التطرق لموضوع التنمية الصحية المستدامة ومدى تأثرها بتكنولوجيا المعلومات والإتصال ومساهمة هذه الأخيرة في تعزيز التنمية الصحية المستدامة.

هذا واقتصرت هذه الدراسة على استخدام مجموعة من المناهج; تتمثل اساسا في المنهج التحليلي لتبيان محتوى النصوص القانونية والتنظيمية المختلفة التي لها علاقة بمشكلة الدراسة، وكذا استخدامه في جمع المعطيات والحقائق العملية في البحث عن ماهية تكنولوجيا الإعلام والاتصال; بإبراز خصائصها، أهدافها ومساهمتها في ترقية الحق في الصحة، وكذا الاعتماد على المنهج الوصفي للقيام بتعريف مختلف النصوص القانونية، واستخدام الملاحظة; كأحد أدوات المنهج الوصفي; للحصول على المعلومات; بغية الإحاطة بالموضوع من كل جوانبه وكذلك الاعتماد على المنهج المقارن في مقارنة الجزائر مع الدول الرائدة في مجال تكنولوجيا الإعلام والاتصال واستخدامها في مجال الصحة، وكذا دراسة جاهزية قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصال، كذلك تم الاعتماد على المنهج الإحصائي في إبراز بعض الإحصائيات والبيانات المتعلقة بالصحة; الصادرة عن مختلف الجهات الرسمية في الجزائر.

الباب الأول

الباب الأول: الحق في الصحة في التشريعين الدولي و الجزائري

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 في الوقت اللازم، وحتى يتجسد الحق في الصحة، فالمطلوب من الدول ومنها الجزائر توفير كافة الشروط التي تسمح للأفراد بالعيش في أحسن حالة صحية، ومن جهة أخرى فالحق في الصحة لا يعني الحق أن يكون الفرد في صحة جيدة، لكن تجسيد الحق في الصحة يعني ضمان توفير الخدمات الصحية والسهر على الأمن في أماكن العمل; وتوفير السكن اللائق والتزود بالماء الشروب والصرف الصحي والغذاء المتوازن.

إن الحق في الصحة يرتقي فوق كل الاعتبارات المرتبطة بالجنس والعرق والانتماء وهو من الحقوق المصنفة ضمن الحقوق الإجتماعية، حيث يقع تحت مظلة حقوق الإنسان، بل هو جوهر الحقوق، لأنه يرتبط بحق الإنسان في الحياة، كما أكدت ذلك مختلف التشريعات الوطنية والدولية والمنظمات ذات الصلة وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية.

أما من ناحية مضمون الحق في الصحة; فهو مفهوم يعبر على التمتع بصحة جيدة; وهو حق توفره الدولة مثلما جاء في نص المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ومن حقوقه اللصيقة; الحق في الغذاء; وهو ما أقرته اللجنة المعنية بالحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية بالأمم المتحدة في التعليق رقم 12; حيث نصت: "أن الحق في الغذاء هو الحق في الحصول بشكل منتظم دائم وحر إما بصورة مباشرة أو بواسطة مشتريات نقدية على غذاء واف وكاف من الناحيتين الكمية والنوعية بما يتوافر مع التقاليد الثقافية للشعب الذي ينتمى إليه المستهلك; ويكفل له حياة بدنية ونفسية وفردية وجماعية مرضية وكريمة بمنأى عن الخوف"، كما أكد إعلان برليتا أن الغذاء الكامل والمتوازن ضروري للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض، والطب يؤكد على أن معظم الأمراض ومنها أمراض القلب، السكري، هشاشة العظام سببها نقص أو سوء التغذية.

إن الاهتمام بالصحة وكل ما يرتبط بها، ساعد في استنباط تصورات ورؤى جديدة، انبثقت عنها دراسات وبحوث ومفاهيم جديدة تختلف عن المفاهيم التقليدية في تعريفها للصحة; على أنها الخلو من الأمراض، بل امتدت لتشمل أمن الدولة وكيانها للارتباط الوثيق بين الأمن والصحة، على هذا الأساس يشكل المفهوم الحديث الأمن الصحي محور الدراسات الاستشرافية وارتبط بمفاهيم أخرى كالأمن الغذائي، الأمن المائي والأمن البيئي وغيرها من المواد التي تدخل في صلب صحة الإنسان ومحيطه.

الفصل الأول: إطار مفاهيمي للحق في الصحة و أساسها القانوني

لقد أكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن "التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن التوصل إليها حق من الحقوق الجوهرية لكل إنسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الظروف الاقتصادية أو الاجتماعية، وكذا نصت مختلف الإتفاقيات الدولية والإقليمية والوطنية.

وفيما يخص الجزائر فقد كانت الفترة التي تلت الإستقلال كارثية على كافة الأصعدة وخاصة على مستوى الصحة حيث أدى نقص المستلزمات الطبية والأدوية وكذا الكوادر الطبية وذوي الإختصاص، إلى العديد من المشاكل الصحية وخلف وفيات خاصة على مستوى الأمهات الحوامل وكذا المواليد، ما دفع الدولة إلى استقطاب الأطباء من دول أخرى.

على هذا الأساس; عكفت الجزائر منذ الإستقلال على تكريس الحق في الصحة; وجعلها من الحقوق الأساسية; وانتهاج سياسة مجانية العلاج، وتأطير الحقوق الصحية في مختلف الدساتير والقوانين، وتوالت عملية إصلاح القطاع الصحي عن طريق هيكلته وتنظيمه، ويتجلى ذلك من خلال تطور التشريعات والاجتهادات القضائية في السنوات الأخيرة، وقد تضمنت المنظومة الصحية في الجزائر العديد من المبادئ السياسية والإجتماعية; سواء في مختلف الدساتير أو التشريعات; خاصة بعد مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وتنويع الخدمات عن طريق فتح المجال أمام القطاع الخاص; لتقديم الخدمات بعد أن شهد القطاع العمومي الفوضى في التسيير والبيروقراطية; وكذلك من أجل رفع العبء عن القطاع الحكومي.

على هذا الأساس قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين; الأول معنون ماهية الحق في الصحة في الفقه وفي التشريع الدولي وبدوره هو مقسم إلى مطلبين وهما المطلب الأول معنون بمفهوم الحق في الصحة; والمطلب الثاني; معنون بالأساس القانوني للحق في الصحة في التشريعين الدولي والإقليمي، أما المبحث الثاني فهو حول الحق في الصحة في التشريع الجزائري و حمايتها; والذي تم تقسيمه إلى مطلبين وهما المطلب الأول حول الإطار القانوني للحق في الصحة في التشريع الجزائري; والمطلب الثاني حول حماية الصحة في التشريع الجزائري.

المبحث الأول: ماهية الحق في الصحة في الفقه وفي التشريع الدولي

لقد تبلورت الجهود الدولية في حماية حق الإنسان في الصحة في إبرام العديد من الإتفاقيات، المعاهدات الدولية والإقليمية، ومنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والإجتماعية والثقافية 1966، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية 1966، البروتوكول الإختياري الملحق بالعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية، البروتوكول الإختياري الثاني للعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية و الهادف إلى إلغاء عقوبة الإعدام، والكثير من الإتفاقيات والمعاهدات الأخرى، كما قام الكثير من الفقهاء على غرار ابن منظور بإعطاء مفهوم للصحة والتي سنوجزها في المطلب الأول، وقد قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين، ويتمثل المطلب الأول في مفهوم الحق في الصحة في الفقه وفي التشريع الدولي، أما المطلب الثاني فهو يتعلق بالأساس القانوني للحق في الصحة.

المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة

إن موضوع الصحة هو مطلب رئيسي للجميع أفرادا ومجتمعات، وهو موضوع يتم التركيز عليه من طرف الدول وكذا المنظمات ذات الصلة التي تزامن إنشاؤها مع ظهور آراء تنادي بحقوق الإنسان خاصة بعد الحرب العالمية الثانية; التي خلفت آثار دمارا على الإنسان والبيئة، والإهتمام بمعناها لم يكن بالقدر الكافي كمجال له علاقة بسلامة الإنسان، وهذا ما سيتضح من خلال مختلف التعريفات التي سنقدمها.

الفرع الأول: التعريف الفقهي والتشريعي للصحة

بداية سنتطرق لبغض الآراء الفقهية التي تعرضت للصحة.

أولا: التعريف الفقهي للصحة

تعني الصحة في لسان العرب لإبن منظور، ذهاب المرض، وهي خلاف السقم، ويرد فيه السقم بمعنى المرض، أما المرض فهو، السقم ونقيض الصحة[1].

وكذلك تعرف الصحة لغويا بالسلامة من الأمراض وضدها السقم والعلة، يقال صح المريض يَصِحُّ صِحَّةً، أي شُفِيَ وسَلِمَ، وجسم صحيح أي خالي من الأمراض، وأصل الصحة البراءة من كل عيب ونقص، وتطلق الصحة بمعنى الصدق ومطابقة الواقع، كقول خبر صحيح أي صادق، ومن معاني الصحة أيضا الاستواء والصلاح والثبوت[2].

1- أبي الأفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري: لسان العرب، المجلد الثاني، دار صياد، بيروت-لبنان، ص 507 و 288-289.

2- موقع الجمهرة (معلمة مفردات المحتوى الإسلامي)، مقال حول: الصحة.
تاريخ التصفح: 2022/09/17.
https://islamic-content.com/dictionary/word/6151

لقد عرف العالم بركنز الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وحالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم الإيجابية مع العوامل الضارة التي يتعرض لها من أجل أن يحافظ الجسم على توازنه.

وهو مفهوم يدل على دلالة على اتساع أبعادها، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية، وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير، ويتوقف مدلولها، في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم، والنفس والمجتمع في إطار القيم[1].

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة على أنها "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض او العجز".

وقد أكد هذا التعريف على أن الصحة تمثل ترابط كل الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية في الإنسان وهذه العناصر بالنسبة للصحة مثل عناصر الطيف الضوئي بالنسبة للضوء الأبيض فإذا انتقص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عدم تكامله[2].

أما في مجال الفقه فيطلق مصطلح صحة في عديد المواضع، مثل سلامة البدن من الأمراض في باب الصيام، وفي باب الإمامة في الصلاة، وفي باب الإستطاعة في الحج، وفي كتاب الجهاد، وفي باب السياسة الشرعية في باب الإمامة الكبرى وكذلك يطلق في علم الحديث[3].

وينظر كل من شويتزر Schweitzer و مورين Morin ان الصحة تشمل الجانب الاجتماعي والنفسي وليس الجانب الفيزيولوجي فقط، كذلك أشار أودرس Udris أن الصحة حالة ثابتة وإنما عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى.

وفي تعريف آخر للصحة; هي مؤشر دال على حياة وسير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية; تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال مع استثناء العاهات والإصابات التي قد تصيب الجسم; ولكن لا تعيق الأعضاء على أداء وظائفها، كالأعمى مثلا يتوفر على قدر معتبر من الصحة[4].

1- إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، دار الشروق، 1998، ص 71.

2- التربية الصحية، (تعريف الصحة والصحة العامة ومجالاتها) / م1، مقال صادر عن جامعة بابل، ص 1.
يمكن تحميل المقال على الرابط:
https://www.uobabylon.edu.iq/eprints/publication_1_21321_53.pdf

3- موقع الجمهرة، مرجع سابق.
تاريخ التصفح: 2022/09/17.

4 -Robert :Le petit Ropert Dictionnaire de la langue Française , p 1672

كما يذكر هوريلمان Hurrelmann أن الصحة هي عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، وتكون هذه الحالة موجودة عندما تتناسب مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة.

وقد عرف باحثون آخرون الصحة ومنهم هومانس Homans وأجليتون Aggleton وآخرون على أنه يجب أخذ مجموعة من الأبعاد المختلفة عند تعريف الصحة; ومنها البعد الجسمي، العقلي، الوجداني، الإجتماعي، الروحي والجنسي وكذا التأثيرات المجتمعية ومنها التأثيرات البيئية.

كما عرف الصحة المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بمقرها في الإسكندرية الصحة: "حالة من المعافاة الكاملة بدنيا و نفسيا و اجتماعيا، لا مجرد انتفاء المرض و العجز".

وأضاف أنه يمكن النظر إلى الصحة كحالة مثلى من اللياقة الشخصية ، تؤهل لعيش غني و مثمر خلاق، و كمورد فياض للحياة اليومية[1].

أما تعريف الصحة العامة; فقد أخذ نصيبا من التعريفات الفقهية كذلك وأهمها تعريف Charles-Edward Amory Winslow سنة 1920 حيث عرفها: "علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة المجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض; للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة" عن طريق:

- صحة البيئة.
- الصحة الفردية الشخصية.
- التشخيص المبكر للأمراض والعلاج الوقائي.
- مكافحة الأمراض المعدية.
- تطوير الحياة الإجتماعية.

حيث أن الصحة العامة تشمل الصحة الشخصية، الطب الوقائي، الطب الاجتماعي بالإضافة إلى[2]:

- التثقيف الصحي : التوعية وتغيير السلوك لتحسين الصحة العامة عن طريق تشجيع أنماط الحياة الصحية.
- الإحصاء الحيوي : يتمثل في تطبيق علم الإحصاء على الطب، البيولوجيا، البيئة والصحة عامة.

1- منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط (1988)، (نموذج المنهج الصحي المدرسي، (مرشد المعلم)، الإسكندرية، مصر، 1988، ص1.

2- التربية الصحية، مرجع سابق، ص 1.

– الصحة البيئية : تحديد المخاطر البيئية على الصحة عامة ومحاولة التخفيف منها.
– علم الأوبئة : دراسة ومراقبة الأمراض التي تنتشر في المجتمع والتحقيق في أسبابه للسيطرة عليه.
– إدارة الخدمات الصحية : تقديم الخدمات الصحية من خلال إدارة الموارد البشرية.
– الممارسة المعملية : إجراء تقييمات مخبرية لتشخيص الأمراض وتحديدها.

وقد تطور مفهوم الصحة العامة عبر العصور; وكان قديما تهتم بصحة الفرد بتشجيع التغذية السليمة والنظافة الشخصية والرياضة أي أن صحة الفرد هي صحة المجتمع، أما حاليا فالصحة تعني الوقاية من الأمراض ومنع وقوعها ورفع جميع المستويات المتعلقة بالصحة وتحسين الخدمة الطبية والتشخيصات المبكرة[1].

كما تم تعريف الصحة العامة أنها جميع التدابير المنظمة للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة السكانية; وتهدف أنشطتها إلى تعزيز إلى توفير البيئة الصحية للجميع، واهتمام الصحة العامة يكون على كامل النظام وليس القضاء على أمراض معينة كالوصول إلى منتجات معينة والتغيرات البيئية.

كذلك تعتبر الصحة العامة علم يربط الطب بالنواحي الإجتماعية والرعاية الصحية لأفراد المجتمع; ويعتبر أحد فروع العلوم الذي يدرس تطوير وترقية الحياة الصحية للإنسان من ناحية دراسة الأمراض ومسبباتها، انتقالها وكيفية الوقاية منها وكذا نشر الوعي الصحي والصحة البيئية ومكافحة الأخطار.

وتقسم الصحة العامة إلى قسمين وهما:

1– الخدمات المقدمة من الإدارات الصحية: وتكون هذه الخدمات مقدمة بشكل منفرد أو بالتنسيق مع إدارات أخرى، ففي مجال الصحة الفردية فهي تشمل رعاية الأطفال، المراهقين، المسنين، المعاقين، الأمهات الحوامل، كذلك يشتمل على ترقية الصحة بما فيها التغذية، التربية الصحية، البدنية، تقنين وتشريع الصحة والتجهيزات الطبية، أما في مجال البحوث والدراسات فهي تشمل البحوث العلمية، التطبيقية وبحوث المختبر، وفي مجال البيئة فهي تشمل السكن الصحي، تخطيط المدن، المياه الصالحة للشرب، تصريف الفضلات والحماية من التلوث.

2– الخدمات المساعدة للصحة: وتشتمل على الرعاية الصحية، رعاية الشباب، إدارة الأعمال، الخدمات الطبية والصحية، الضمان الإجتماعي، النقل والمواصلات، البلديات والنظافة وتنظيم النسل[2].

ثانيا: مكونات الصحة:

إن الصحة تعنى بدراسة جسم الإنسان; وعمل مختلف الوظائف; وبالتالي تشخيص الأمراض والقيام بالعلاج وتتضمن ما يلي:

1– فايز عبد المقصود شكر، الصحة المدرسية، د ط، مصر، عالم الكتب، 2007، ص 19.
2– يوسف لازم كماش، الصحة والتربية الصحية، ط 1، دار الخليج للنشر و التوزيع، 2015، ص 18.

1- الصحة البيئية

إن الصحة البيئية تركز على العناصر التي تؤثر على صحة الإنسان; ويعرفها العالم الألماني أرنست هيجل Ernest Haeckel عام 1866على أنها "علاقة البيئة، وتؤثر الصحة البيئية على الإنسان بشكل مباشر.

وتم تعريف الصحة البيئية في وثيقة عام 1999 من قبل منظمة الصحة العالمية على أنها جانب من جوانب صحة الإنسان; والمرض التي تحددها العوامل الصحة البيئية، وممارسة تقييم العوامل والسيطرة عليها في البيئة التي يمكن أن تؤثر على الصحة.

والصحة البيئية يتم بواسطتها القضاء على المعضلات الصحية; وإيجاد الحلول المتعلقة بالبيئة التي يعيش الإنسان فيها; من خلال مراقبة الأغذية من المطاعم والمحلات، العناية بمصادر الشرب وتصريف الفضلات.

2- الصحة الفردية

الصحة الفردية أو الشخصية هي النظام الصحي لحياة الفرد; سواء كان في العمل أو الراحة.

وهي كذلك اهتمام الفرد بصحته ونموه من الناحية البدنية، الذهنية، النفسية، الصحية والإجتماعية; والقيام بدور ايجابي في التنمية والتفاعل مع المجتمع، والاستجابة الصحيحة للمؤثرات من حوله[1].

وتعمل الصحة الفردية على تقوية صحة الفرد، من خلال التغذية السليمة، فترات النوم المناسبة، وممارسة الأنشطة الرياضية; لرفع لياقته البدنية، مع العناية بالنظافة الشخصية.

3- الطب الوقائي للمجتمع

وقد تم تعريفه على النحو التالي: "الحق المعني بدراسة الصحة والمرض في مجتمع محدد، وهدفه التعرف على المشاكل والاحتياجات الصحية في ذلك المجتمع، والوسائل التي يجب بواسطتها تلبية هذه الحاجات، وتقييم المدى الذي تلبي فيه هذه الخدمات الصحية هذه الحاجات بشكل فعلي"[2].

وهو فرع من فروع علم الطب، يهدف إلى خدمة المجتمع وكذا الكشف المبكر عن الأمراض والأسباب المؤدية إليها، ويشمل الصحة الشخصية للمجتمع (صحة البيئة); مضافا إليه الطب الوقائي لأفراد المجتمع.

1- يوسف لازم كماش، المرجع نفسه، ص 16.

2- الكتاب الطبي الجامعي، طب المجتمع، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، أكاديميا، ص 16، ويمكن تحميله من هنا:
https://cutt.us/2l3jC

وهو كذلك علم يحرص على الوقاية من الأمراض وتوفير الأساليب الممكنة للمجتمع نحو حياة صحية أفضل خالية من الأمراض، وينصب إهتمامه على مواجهة كل الأخطار الصحية المحتملة التي قد تصيب الإنسان[1].

4- الطب الوقائي للفرد

هناك ارتباط وثيق بين الصحة الفردية والصحة البيئية وصحة المجتمع، حيث يهدف علم الطب الوقائي للفرد إلى المحافظة على الفرد داخل المجتمع، وكذا يقوم على مجموعة من التعاليم والإرشادات لوقاية الإنسان من الأمراض السارية والوافدة قبل وقوعها ومنع انتشار العدوى; وتحسين ظروف معيشة الإنسان ومنع الحوادث[2].

كذلك يقوم على توعية الأفراد بأهمية الوقاية والعلاج والعمل على استخدام الطرق السليمة للحاجات اليومية الضرورية واستخدام الأدوية واللقاحات من أجل الوقاية والعلاج[3].

ثالثا- التعريف التشريعي للصحة

من خلال دستور منظمة الصحة العالمية[4]

- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

- التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.

- صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.

- ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع.

- تفاوت التنمية في البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة الأمراض، ولاسيما الأمراض السارية، خطر على الجميع.

1- موقع المرسال، ما المقصود ب "طب المجتمع".

تاريخ التصفح: 2022/09/17.

www.almrsal.com/post/1032401#:~:text=
طب%20المجتمع%20هو%20فرع%20هام,الأساليب%20الممكنة%20للمجتمع%20أو%20لمنطقة

2- أحمد شوقي الفنجري، الطب الوقائي في الإسلام، تعاليم الإسلام الطبية في ضوء العلم الحديث، الطبعة الثالثة، مصر، 1991، ص11.

3- يوسف لازم كماش، مرجع سابق، ص 16.

4- موقع منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية.

تاريخ الزيارة: 2022/09/17.

https://www.who.int/ar/about/accountability/governance/constitution

– النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة.

– إتاحة فوائد العلوم الطبية والنفسية وما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.

– الرأي العام المستنير والتعاون الإيجابي من الجمهور لهما أهمية قصوى في تحسين صحة البشر.

– الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

وبالتالي فإن الحق في الصحة يشكل أهم الحقوق الأساسية التي يتمتع بها الإنسان في حياته; ويعتبر من الحقوق المهمة لأنه أساس السلامة الجسدية، ويتقاطع هذا الحق مع الكثير من الحقوق الأخرى، أي لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى، كالتغذية السليمة، الحق في الرعاية الصحية، الحق في البيئة النظيفة، إستخدام الأدوية و الأجهزة الطبية، الحق في الحماية من أي اعتداء يفضي إلى المساس بصحة الإنسان الجسمية، العقلية والنفسية، أي أنه لا يجب اختزال الحق في الصحة في الرعاية الصحية، فهو يمتد ليشمل المحددات الأساسية للصحة، وبالتالي على حكومات الدول توفير هذا الحق لأفراد المجتمع عن طريق تهيئة الظروف والموارد التي تمكن الفرد التمتع بصحة جيدة; مثل توفير الخدمات الصحية بداية من الولادة عن طريق تزويد الأطفال باللقاحات، مراقبة كل المواد التي لها علاقة بتغذية الإنسان بداية من عملية التصنيع إلى وصولها إلى المستهلك، المراقبة عبر الحدود وكل ما يتعلق بالمواد المستوردة; سواء كانت تدخل في عملية التغذية أو استخدامات أخرى، وكذلك الوصول إلى المياه الصالحة للشرب، وتوفير الصرف الصحي المناسب، وتوفير المسكن الآمن، بالإضافة إلى توفير الظروف المهنية الصحية المناسبة، والحصول على الرعاية الصحية; وكذا الصحة الجنسية والإنجابية، هذا من ناحية توفير الإمكانات والموارد، أما من ناحية أخرى; فالواجب على الدول وضع أطر وتشريعات من أجل إعمال الحق في الصحة; مثل وضع سياسات صحية، تنفيذ برامج الصحة التي تضعها منظمات ذات الصلة; وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، وكذا إبرام والتوقيع على اتفاقيات دولية أو إقليمية أو اعتماد صكوك قانونية محددة متعلقة بحماية الصحة وكل ما تعلق بها.

الفرع الثاني: عناصر الحق في الصحة[1]

1– موقع الأمم المتحدة، المجلس الإقتصادي والإجتماعي، لجنة الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون، جنيف ، 25 نيسان/أبريل – 12 ماي 2000.

تاريخ الزيارة: 2022/09/18.

www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

ويشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التالية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في دولة طرف محددة:

أولا– التوافر: يجب أن توفر الدولة الطرف القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية; وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة; وإن كانت تتضمن المقومات الأساسية للصحة; مثل مياه الشرب المأمونة، مرافق الإصحاح الكافية، المستشفيات، العيادات وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محلياً، والعقاقير الأساسية وفقاً لتعريفها في برنامج العمل المعني بالعقاقير الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمي.

ثانيا– إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، داخل نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

ثالثا– عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً أو تهميشاً بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز على أساس أي سبب عن الأسباب المحظورة.

رابعا– إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمنياً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والآمن للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. كذلك تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني.

خامسا– الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعيا، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا يتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.

سادسا- إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

سابعا- المقبولية: إن جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة ينبغي أن تراعي الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافيا، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلا عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

ثامنا- الجودة: بالإضافة إلى ضرورة أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافياً، ينبغي أن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة، ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، عقاقير، معدات للمستشفيات معتمدة علميا لم تنته مدة صلاحيتها، مياه شرب مأمونة وإصحاحاً مناسبا.

المطلب الثاني: الأساس القانوني للحق في الصحة في التشريعين الدولي والإقليمي

تزايد الاهتمام الدولي والإقليمي بحقوق الإنسان في العصر الحديث، وقد ظهر هذا جليا من خلال الاتفاقيات الدولية والإقليمية المبرمة بين الدول، فالبعد العالمي لحقوق الإنسان قد تزايد وازدهر خاصة بعد تأسيس الأمم المتحدة 1945، والتي افضت نتائجه إلى تكريس الكثير من الحقوق، ومن بينها الحق في الصحة.

وبعدما كان التعامل مع الصحة يتم بشكل فردي; وينظر له على أنه شأن خاص، تغيرت هذه النظرة وتم الاعتراف به كحق من حقوق الانسان، نظرا لارتباطه الوثيق بحياة الانسان وكرامته، وتميزه بالطابع الإنساني والاجتماعي، وأول بوادر الاهتمام الدولي بالصحة; كان بإنشاء منظمة الصحة العالمية سنة 1946، وما ترتبت عنه من الكثير الاتفاقات والمعاهدات الدولية والإقليمية المبرمة، وكذا النصوص التشريعية الداخلية;

الفرع الأول: الحق في الصحة في التشريع الدولي

أولا: الصكوك الدولية

1- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948

هو وثيقة حقوق دولية متفق عليها عالميا; وتتمثل في الإعلان الذي تبنته الأمم المتحدة في 10 ديسمبر 1948 لحماية الأشخاص في كل مكان وأن جميع الناس أحرار ومتساوون بغض النظر عن الجنس أو اللون أو المعتقد أو الدين أو غيره من الخصائص.

ويعتبر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أول إعلان دولي يعنى بالحقوق الأساسية للإنسان، سواء كانت حريات أو استحقاقات، على هذا الأساس أكدت الباحثة في مجال الصحة وحقوق الإنسان

صوفيا غراسكين، مع غيرها من الباحثين أن مسؤولية توفير الخدمات الصحية الأساسية المتمثلة في محددات الصحة كالتعليم الملائم، والسكن، والغذاء، وظروف العمل المواتية المعبر عنها من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان إنما هي حقوق الإنسان، وضرورية لسلامة صحته، كما نوه مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يتمثل في مجموعة من الحقوق المتمثلة في الحقوق المدنية، السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية و الثقافية وهي حقوق غير قابلة للتجزئة ويتطلب أخذها على أساس كيان واحد متكامل ومترابط.

لقد تطرقت المادة 3 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان إلى أول مبدأ للصحة الذي هو مبدأ السلامة حيث نصت على أن : "لكل فرد الحق في الحياة و الحرية وسلامة شخصه"[1]، كذلك الحق في الصحة مرتبط بحقوق أخرى مثل الحق في الغذاء و السكن و الملبس و الخدمات الطبية، وهذا ما أشارت له الفقرة 1 من المادة 25 من الإعلان التي نصت على أنه : "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة و الرفاهية له و لأسرته، ويتضمن ذلك التغذية و الملبس و المسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة و المرض و العجز و الترمل و الشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته"[2].

كما نصت الفقرة الثانية من نفس المادة على هذا الحق للأم و الطفل حيث نصت : "للأمومة والطفولة الحق في مساعدة و رعاية خاصتين وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الإجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية"[3].

كذلك يوفر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تسهيلات إضافية للأمان في حالات الوهن الجسدي أو الإعاقة، ويشير بشكل خاص إلى الرعاية المقدمة لمن هم في مرحلة الأمومة أو الطفولة.

2- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966

هي معاهدة متعددة الأطراف اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 16 ديسمبر 1966 ودخلت حيز النفاذ في 3 جانفي 1976، وتندرج هذه الحقوق ضمن حقوق الإنسان التي تعالج الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية التي تضمن حقوق العمال، الحق في الصحة، الحق في التعلم،

1- موقع الأمم المتحدة، الإعلان العالمية لحقوق الإنسان، المادة 3.

تاريخ الزيارة: 2022/09/21.

www.un.org/ar/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=المادة%203,والحرّية%20وفي%20الأمان%20على%20شخصه.

2- موقع الأمم المتحدة، المرجع نفسه.

3- موقع الأمم المتحدة، المرجع نفسه.

الضمان الإجتماعي، الحق في مستوى معيشي لائق، الحق في الغذاء، الحق في المياه، الحق في السكن، البيئة الصحية والثقافة.

إن الحق في الصحة من أسمى الحقوق التي كفلها القانون الدولي لحقوق الانسان، ومنها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المصادق عليه في 16 ديسمبر 1966 الذي قدم تدابير واجب اتخاذها من طرف الدول لإعمال هذا الحق، والبداية; من الحقوق المتعلقة بالظروف الصحية للعمال، حيث أكد هذا العهد على الحق في الرعاية الصحية لكافة العاملين وكذلك بحقهم في ظروف عمل تكفل السلامة والصحة من خلال المادة 7 التي نصت على : "تعترف الدول الأطراف في هذا العهد بما لكل شخص من حق في التمتع بشروط عمل عادلة ومرضية تكفل على الخصوص: (ب) ظروف عمل تكفل السلامة والصحة"[1]، أما المادة 10 من العهد; فتطرقت إلى حماية الأمهات والنساء العاملات أثناء فترة الحمل، التي نصت على : "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بما يلي: "... وجوب توفير حماية خاصة للأمهات خلال فترة معقولة قبل الوضع وبعده، وينبغي منح الأمهات العاملات، أثناء الفترة المذكورة، إجازة مأجورة أو إجازة مصحوبة باستحقاقات ضمان اجتماعي كافية"[2]، كما نصت الفقرة الثالثة إلى فئة الأطفال والمراهقين حيث أشارت إلى "... وجوب اتخاذ تدابير حماية ومساعدة خاصة لصالح جميع الأطفال والمراهقين، دون أي تمييز بسبب النسب أو غيره من الظروف; ومن الواجب حماية الأطفال والمراهقين من الاستغلال الاقتصادي والاجتماعي. كما يجب جعل القانون يعاقب على استخدامهم في أي عمل من شأنه إفساد أخلاقهم أو الأضرار بصحتهم أو تهديد حياتهم بالخطر أو إلحاق الأذى بنموهم الطبيعي. وعلى الدول أيضا أن تفرض حدوداً دنيا للسن يحظر القانون استخدام الصغار الذين لم يبلغوها في عمل مأجور ويعاقب عليه.."[3]، كذلك الحق في الصحة هو حق اجتماعي واقتصادي أساسي وفقاً للفقرة 1 من المادة 12 من العهد;التي نصت : "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن

1- موقع الأمم المتحدة، صكوك حقوق الإنسان، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية، المادة السابعة.

تاريخ الزيارة: 2022/09/21.

www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

2- موقع الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية، نفس المرجع، الفقرة الثانية من المادة العاشرة.

3- موقع الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية، نفس المرجع، الفقرة الثالثة من المادة العاشرة.

من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه[1]."، أما الفقرة 2; نصت على : "تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل : (أ) العمل علي خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا، (ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، (ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، (د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض"[2].

وقد أصدرت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التابعة للأمم المتحدة في الدورة الثانية والعشرون من عام 2000 التعليق العام رقم 14; تحت عنوان : "القضايا الجوهرية التي ظهرت أثناء تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"، يتعلق بالمادة 12 المتضمنة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، يقدم التعليق العام تعليقا مباشرا ملخصه أن الحق في الصحة; يتضمن حريات وحقوق وليس التمتع بالصحة فقط، وفيما يخص الحريات فتتعلق بحق الإنسان في أن يتحكم بصحته وجسده، وحقه في أن يكون في مأمن من التدخل على جسده كالتعذيب مثلا، أو بعلاجه من دون رضا منه كإجراء تجارب طبية عليه، وفيما يخص الحقوق فهي المساواة في الحقوق مثل الإستفادة من الخدمات والرعاية الصحية.

كما يأخذ بعين الإعتبار المفهوم المتعلق بأعلى مستوى من الصحة الموارد المتاحة للدولة وكذا الإعتبارات البيولوجية والإقتصادية والإجتماعية للأفراد; ومعنى ذلك أن الدولة لا تستطيع أن تضمن الصحة الجيدة; أو أن توفر الحماية الكاملة من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الأمراض، لأن هناك بعض المحددات الأخرى التي يكون لها دور في مرض الإنسان كالعوامل الوراثية، أو سلوك سلبي كإتباع الأفراد أسلوب حياة خطر وغير صحي، وعلى هذا الأساس فالدولة مطالبة بتوفير المرافق والخدمات وتهيئة الظروف للوصول لأعلى مستوى من الصحة.

3- العهد الدولي بشأن الحقوق المدنية و السياسية الصادر عن الأمم المتحدة 1966

هي معاهدة متعددة الأطراف اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة (لجنة حقوق الإنسان) التي أنشأها المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة بداية 1946 في القرار رقم 2200 المؤرخ 16 كانون الثاني/ديسمبر 1966، وبعد أن انتهت اللجنة من إعداده، عرض على الجمعية العامة للأمم المتحدة، التي قامت باعتماده وعرضه على الدول للتوقيع والتصديق والانضمام وقد دخل حيز النفاذ في 23 آذار/مارس 1976 وفقا للمادة 49 من العهد، وتلزم المعاهدة أطرافها على احترام

1- موقع الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية، نفس المرجع، الفقرة الأولى من المادة الثانية عشر.

2- موقع الأمم المتحدة، مرجع سابق، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية، مرجع سابق، الفقرة الثانية من المادة الثانية.

الحقوق المدنية والسياسية للأفراد، ويشمل في ذلك حق الحياة، حرية الدين والمعتقد، حرية التعبير عن الرأي، حرية التجمعِ، والحقوق الإنتخابية، والحق في المحاكمة العادلة[1].

وقد تم التطرق لحق الإنسان في الحياة في المادة 6 من العهد; حيث جاء في الفقرة الأولى منه : "الحق في الحياة حق ملازم لكل إنسان. وعلى القانون أن يحمى هذا الحق. ولا يجوز حرمان أحد من حياته تعسفا"[2]، وفيما يخص المادة 7; فقد أشارت إلى حظر التعذيب والأفعال المتعلقة بالكرامة الإنسانية; ومنع أي تجارب طبية على جسم الإنسان من دون رضا حر ومستنير حيث نصت: "لايجوز إخضاع أي فرد للتعذيب أو العقوبة أو معاملة قاسية أو غير إنسانية أو مهينة وعلى وجه الخصوص فإنه لا يجوز أي فرد دون رضائه الحر للتجارب الطبية أو العلمية"[3]، وتعد هذه الإتفاقية أول تقنين عالمي يؤكد على حماية الجسم البشري من الأضرار التي قد تلحق به أثناء التجارب الطبية والعلمية.

4- ميثاق الأمم المتحدة

منظمة الأمم المتحدة، والتي تعرف اختصارا (UN) ، هي منظمة دولية، أنشئت في عام 1945 بعد الحرب العالمية الثانية، لتحل محل عصبة الأمم، حيث أنها تستنبط مهامها من الميثاق المؤسس لها، وتتكون الأمم المتحدة حتى الآن من 193 دولة عضو، ويقع مقرها الرئيسي في مدينة نيويورك، ولها مكاتب رئيسية في جنيف ونيروبي وفيينا ولاهاي، وقد حدد ميثاق الأمم المتحدة الغاية من تأسيسها، حيث أن هذه المنظمة تدعو إلى احترام حقوق الإنسان، المساواة بين جميع الشعوب وحقهم في تقرير مصيرهم، تعزيز العلاقات الودية بين كافة الدول، تعزيز الحريات الأساسية والمحافظة عليها من دون أية اعتبارات بسبب العرق، الجنس، اللغة والدين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى المحافظة على السلم والأمن الدوليين، وإزالة الأخطار التي تهدد السلام، من أجل تحقيق السلام العالمي، أما ميثاق الأمم المتحدة فهو المعاهدة التأسيسية للمنظمة الذي أكد أن للأمم المتحدة هدفين رئيسيين هما السلام والكرامة الإنسانية، ويعمل تحت إطار الأمم المتحدة أجهزة فرعية متعددة مهمتها تنفيذ المهام

1- الدليل الإرشادي حول العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية إعداد مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية 2015 ، يمكن تحميله على الموقع:

تاريخ الزيارة: 2022/09/25.

https://orange.ngo/wp-content/uploads/2018/03/Civil-Political-Rights.pdf

2- موقع الأمم المتحدة، صكوك حقوق الإنسان، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية، الفقرة الأولى من المادة السادسة من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية.

تاريخ الزيارة: 2022/09/26.

www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights.

3- موقع الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية، مرجع سابق، المادة السابعة.

الخاصة بها، وهي الأمانة العامة، والجمعية العامة، ومجلس الأمن، والمجلس الاقتصادي الاجتماعي، محكمة العدل الدولية ومجلس الوصاية.

يمكن القول أن أول صياغة للحق في الصحة على المستوى العالمي; كان في مؤتمر الأمم المتحدة 1945، أي بعد نهاية الحرب العالمية الثانية بسبب النتائج الكارثية التي ترتبت عنها هذه الحرب على جميع المستويات، فقد كان لآثار هذه الحرب الأثر الكبير في تغير نظرة حكومات العالم اتجاه الصحة الإنسانية، وإعطاء الصحة طابع عالمي من خلال التعاون الدولي، وبدأ التفكير فعليا في التخفيف من آثارها من خلال صياغة الصحة في ميثاق الأمم المتحدة حيث أشارت المادة (13-ب) لميثاق الأمم المتحدة إلى ضرورة التعاون الدولي في المجال الصحي، كما نصت المادة (55-ب) إلى إلزامية إيجاد الحلول الصحية على المستوى الدولي إلى جانب المشاكل الاقتصادية والإجتماعية، أما المادة (57-1) فهي تنص إلى ضرورة تواصل بين منظمة الأمم المتحدة وباقي الوكالات المتخصصة وخاصة الصحية منها وفق للمادة 63، وهذا ما نصت عليه هذه المواد:

1- المادة 13 من الفصل الرابع المعنون الجمعية العامة التي نصت على "تعد الجمعية العامة دراسات وتشير بتوصيات بقصد[1]: أ- ...

ب- إنماء التعاون الدولي في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية والصحية، والإعانة على تحقيق حقوق الإنسان والحريات الأساسية للناس كافة بلا تمييز بينهم في الجنس أو اللغة أو الدين ولا تفريق بين الرجال والنساء".

2- المادة 55 من الفصل التاسع المعنون: التعاون الدولي الاقتصادي والاجتماعي[2]:

"رغبة في تهيئة دواعي الاستقرار والرفاهية الضروريين لقيام علاقات سليمة ودية بين الأمم مؤسسة على احترام المبدأ الذي يقضي بالتسوية في الحقوق بين الشعوب وبأن يكون لكل منها تقرير مصيرها، وتعمل الأمم المتحدة على رغبة في تهيئة دواعي الاستقرار والرفاهية الضروريين لقيام علاقات سليمة ودية بين الأمم المتحدة مؤسسة على احترام المبدأ الذي يقضي بالتسوية في الحقوق بين الشعوب وبأن يكون لكل منها تقرير مصيرها، تعمل الأمم المتحدة على:

ب- تيسير الحلول للمشاكل الدولية الاقتصادية والاجتماعية والصحية وما يتصل بها، وتعزيز التعاون الدولي في أمور الثقافة والتعليم".

3- المادة 57 من نفس الفصل السابق:[3]

1- جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، ميثاق الأمم المتحدة، المادة 13.

تاريخ الزيارة: 2022/09/26.

http://hrlibrary.umn.edu/arab/a001.html

2- جامعة منيسوتا، المادة 55، المرجع نفسه.

3- جامعة منيسوتا ، المادة 57، المرجع نفسه.

"الوكالات المختلفة التي تنشأ بمقتضى اتفاق بين الحكومات والتي تضطلع بمقتضى نظمها الأساسية بتبعات دولية واسعة في الاقتصاد والاجتماع والثقافة والتعليم والصحة; وما يتصل بذلك من الشؤون يوصل بينها وبين "الأمم المتحدة" وفقا لأحكام المادة 63".

– المادة 62 الوظائف و السلطات من الفصل العاشر المعنون المجلس الاقتصادي والاجتماعي:[1]

"للمجلس الاقتصادي والاجتماعي أن يقوم بدراسات; ويضع تقارير عن المسائل الدولية في أمور الاقتصاد والاجتماع والثقافة والتعليم والصحة وما يتصل بها، كما أن له أن يوجه إلى مثل تلك الدراسات وإلى وضع مثل تلك التقارير. وله أن يقدم توصياته في أية مسألة من تلك المسائل إلى الجمعية العامة وإلى أعضاء "الأمم المتحدة" وإلى الوكالات المتخصصة ذات الشأن".

5– إعلان ألما أتا

تم عقد مؤتمر دولي للرعاية الصحية الأولية في مدينة (ألما أتا) عاصمة كازاخستان; إحدى دول الإتحاد السوفياتي السابق في الفترة بين 6–1978/09/12; بحضور 134 دولة عضوا في منظمة الصحة العالمية، وعلى أثر ذلك; تم لأول مرة إشهار إعلان وثيقة; حول اعتماد الرعاية الصحية الأولية من أجل تحقيق هدف; هو تبني الدول المشاركة في المؤتمر المذكور بالإضافة إلى العاملين في مجالات الصحة والتنمية البشرية ومنظمات المجتمع الدولية; حول الحاجة للعمل السريع والعاجل لحماية وتنمية منظومة الصحة العامة لسكان الدول النامية وباقي دول العالم[2].

كانت وثيقة الإعلان بمثابة توصيات من أجل حث كل من حكومات الدول، منظمات الصحة العالمية واليونيسيف وغيرها من المنظمات الدولية غير الحكومية; العاملين والفاعلين في المجال الصحي وكذا الوكالات المانحة من أجل تقديم الدعم المادي والمعنوي للرعاية الصحية الأولية;مع التركيز على الدول النامية، وكان الهدف هو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000.

وقد شملت نقاط الإعلان ما يلي :

أ– تأكيد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة باعتبارها "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، وليس مجرد انعدام وغياب المرض أو العجز" في القسم الأول من الإعلان.

ب– المساواة: أوضحت الوثيقة غياب المساواة بين الدول المتقدمة والنامية في الوضع الصحي ووصته بأنه غير مقبول سياسياً واجتماعياً واقتصاديا.

ج– الصحة كقضية اجتماعية اقتصادية وكحق من حقوق الإنسان: أوضح الإعلان على أن تنمية الوضع الإقتصادي والإجتماعي هو شرط لتحقيق الصحة للجميع وتعزيز السلام والإستقرار العالمي.

1– جامعة منيسوتا، المادة 62، المرجع نفسه.

2– موقع رصين، (إعلان ألما آتا)، د. عميش يوسف عميش، مقال منشور في 2012/03/05.
تاريخ الزيارة: 2021/06/17.
http://rasseen.com/art.php?id=9dc97ab89674609361ede3e47cff9407abf57d44

د- الاتفاق على اعتماد الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية رئيسية; وهو دور تقوم به الدولة للوصول إلى ما يسمى الصحة للجميع بحلول عام 2000، للعيش حياة اجتماعية واقتصادية منتجة.
وعمل الإعلان على حث الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع الدولي بأسره على اتخاذ هذا الهدف الاجتماعي الرئيسي بروح العدالة الاجتماعية.
هـ- الرعاية الصحية الأولية: دعا وحث إلى دمج الرعاية الصحية في الأنظمة الصحية للدول; لأن الرعاية الصحية من المكونات والعناصر الأساسية للسياسة الصحية العامة وكذا على التعاون الدولي لاستخدام الموارد بشكل أفضل.
و- أكد مسؤولو منظمة الصحة العالمية على أن النظام الصحي يؤمن للعاملين والمستفيدين منه مستقبلاً أفضل ليس من حيث الحاجة الصحية فقط بل يقلل من النفقات ويزيد عدد المشاركين في البرامج الصحية.

وبتاريخ 15-16 أكتوبر 2008 تم عقد مؤتمر دولي للذكرى الثلاثين لإعلان ألما-آتا في مدينة ألما آتا بكازاخستان تحت عنوان :" الرعاية الصحية الأولية، اليوم أكثر من أي وقت مضى"، لبلورة المشاكل القائمة في مجال الصحة العمومية من منظور الخبرة التي تم اكتسابها طيلة 30 عاماً في تنفيذ الرعاية الصحية الأولية، بمشاركة وزراء الصحة التابعين لحكومات البلدان الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، الذي ستتولى حكومة كازاخستان تنظيمه بدعم من المنظمة واليونيسيف.

وقد صاغ الأهداف التالية :

- بحث إسهام نماذج مختارة من نماذج الرعاية الصحية الأولية في المجال الصحي في العقود الأخيرة؛
- بحث التحديات الراهنة المطروحة في الميدان الصحي في ضوء الخبرة المكتسبة منذ مؤتمر ألما-اتا في عام 1978؛
- استكشاف سبل المضي قدما في سياق تجديد الالتزام بالرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتعزيز النظم الصحية بشكل عام[1].

6- إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993

إعلان وبرنامج عمل فيينا، (VDPA)، عبارة عن خطة مشتركة لتعزيز العمل في مجال حقوق الإنسان في جميع أنحاء العالم بعد خمسة وعشرين عامًا من المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان عام 1968، وقد تم اعتماده بالإجماع في المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان في الفترة من 14 إلى 25 جوان 1993 في فيينا في النمسا وتمثّلت نتيجته الأساسيّة في اعتماد إعلان وبرنامج عمل فيينا، فشكلت

1- منظمة الصحة العالمية:
تاريخ الزيارة: 2022/09/24.
https://apps.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/ar/index.html

محطة محورية. وقد أوصى هذا الإعلان بإنشاء منصب مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان وقد قامت بإنشائه الجمعية العامة في 20 ديسمبر 1993، وتم إنشاؤه بعد ذلك بموجب قرار الجمعية العامة رقم 121/48، كما جاء هذا المؤتمر ليؤكد على حق الإنسان في الصحة من خلال بعض النقاط وهي:

– ينبغي إعمال الحق في التنمية بحيث يتم الوفاء بطريقة منصفة بالاحتياجات الإنمائية والبيئية للأجيال الحاضرة والمستقبلة. ويسلم المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان بأن الإلقاء غير المشروع للمواد والنفايات السمية والخطرة يمكن أن يشكل تهديدا خطيرا لحق كل إنسان في الحياة وفي الصحة.

– وإن العنف القائم علي أساس الجنس وجميع أشكال المضايقة الجنسية والاستغلال الجنسي، بما في ذلك تلك الناشئة عن التحيز الثقافي والاتجار الدولي، منافية لكرامة الإنسان وقدره، ويجب القضاء عليها. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق التدابير القانونية; ومن خلال العمل الوطني والتعاون الدولي في ميادين مثل التنمية الاقتصادية والاجتماعية والتعليم والأمومة الآمنة والرعاية الصحية والدعم الاجتماعي.

– يجب إيلاء أهمية كبري لتعزيز وحماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين ينتمون إلي جماعات صيرت ضعيفة، بمن فيهم العمال المهاجرون، والقضاء علي جميع أشكال التمييز ضدهم، وتقوية صكوك حقوق الإنسان القائمة وإضفاء المزيد من الفعالية علي تنفيذها. ويقع علي عاتق الدول التزام باتخاذ وإبقاء تدابير مناسبة علي الصعيد الوطني، ولاسيما في ميادين التعليم والصحة والدعم الاجتماعي، لتعزيز وحماية حقوق الأشخاص الذين ينتمون إلي القطاعات الضعيفة من السكان في هذه الدول ولتأمين مشاركة من يهتم منهم بالعثور علي حل لمشاكلهم الخاصة.

– يطلب المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان إلي الدول الامتناع عن اتخاذ أي تدبير من جانب واحد لا يتفق مع القانون الدولي ولا مع ميثاق الأمم المتحدة ومن شأنه أن يوجد عقبات أمام العلاقات التجارية فيما بين الدول; ويعرقل الإعمال التام لحقوق الإنسان المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والصكوك الدولية لحقوق الإنسان، ولاسيما حق كل شخص في مستوي معيشي ملائم لصحته ورفاهه، بما في ذلك الغذاء والرعاية الطبية والسكن وما يلزم من الخدمات الاجتماعية. ويؤكد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان أنه لا ينبغي استخدام الغذاء كأداة للضغط السياسي.

– ويسلم المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان بأهمية تمتع المرأة بأعلى مستويات الصحة البدنية والعقلية طوال فترة حياتها. وفي سياق المؤتمر العالمي للمرأة واتفاقية القضاء علي جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فضلاً عن إعلان طهران لعام 1968، يؤكد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان من جديد، بناء علي المساواة بين المرأة والرجل، حق المرأة في الحصول علي رعاية صحية متيسرة ومناسبة وعلي أوسع نطاق ممكن من خدمات تنظيم الأسرة، فضلاً عن المساواة في فرص التعليم بجميع مراحله.

– وينبغي ايلاء اهتمام خاص لضمان الاحترام العالمي والتنفيذ الفعلي "لمبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة" التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة.

– وينبغي للحكومات، بمساعدة المنظمات الحكومية الدولية والمؤسسات الوطنية والمنظمات غير الحكومية، أن تعزز خلق وعي متزايد بحقوق الإنسان والتسامح المتبادل. ويؤكد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان أهمية تعزيز الحملة الإعلامية العالمية لحقوق الإنسان التي تقوم بها الأمم المتحدة. وينبغي لها أن تبدأ التعليم في مجال حقوق الإنسان وتدعمه وأن تضطلع بالنشر الفعال للمعلومات العامة في هذا المجال، وينبغي أن تكون برامج الخدمات الاستشارية والمساعدة التقنية لمنظومة الأمم المتحدة قادرة علي الاستجابة فوراً لطلبات الدول المتعلقة بالأنشطة التعليمية والتدريبية في مجال حقوق الإنسان، فضلا عن التعليم الخاص المتعلق بالمعايير علي النحو الوارد في الصكوك الدولية لحقوق الإنسان وفي القانون الإنساني وتطبيقها علي جماعات خاصة مثل القوات المسلحة، والموظفين المعنيين بإنفاذ القوانين، والشرطة، والمهنة الصحية. وينبغي النظر في إعلان عقد للأمم المتحدة للتعليم في مجال حقوق الإنسان بغية تعزيز هذه الأنشطة التعليمية وتشجيعها والتركيز عليها[1].

ثانيا: الإتفاقيات الدولية

إلى جانب بعض الأحكام الواردة في الصكوك الدولية; التي أقرت جانب مهم من حقوق الإنسان الذي هو الحق في الصحة، هناك أحكام واردة في بعض الإتفاقيات الدولية التي تطرقت للحق في الصحة بالنسبة إلى فئة خاصة وهي فئة النساء والأطفال وأبرمت حولها مجموعة من الإتفاقيات التي تحمي الحقوق الصحية لها وهذه بعضها:

1– الإتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري 1965

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في 21 ديسمبر 1965; الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، ودخلت حيز التنفيذ في عام 1969، وتعتبر هذه الإتفاقية; الإصدار الثالث لحقوق الإنسان وهدفها المساواة أمام القانون والقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري بسبب العرق أو اللون أو الأصل، كما تضمنت الإتفاقية 25 مادة، وفيما يخص الجانب المتعلق

1- موقع الأمم المتحدة، صكوك حقوق الإنسان، إعلان و برنامج عمل فيينا، المادة 82.
تاريخ الزيارة: 2022/09/26.
https://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx

بالصحة; فقد تطرقت إليه الفقرة (هـ-4) من المادة 5، حيث نصت على : "حق التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية"[1].

2- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة 1979[2]

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة أو سيداو; والمسماة اختصارا سيداو (CEDAW) والإنجليزية Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women، بالإنجليزية ، وتعرف أيضا باسم الشرعة الدولية لحقوق المرأة، هي معاهدة دولية تخص حقوق المرأة تم التصديق عليها في 3 سبتمبر 1981 بموجب القرار رقم 180/34 بتوقيع أكثر من 189، وتتضمن 30 مادة ملزمة هدفها تحقيق المساواة في الحقوق للمرأة في كل مكان.

- تدعو هذه الاتفاقية إلى تعزيز حقوق المرأة، في جميع الميادين سياسية، اقتصادية، اجتماعية، ثقافية ومدنية.
- تساوي الرجل والمرأة في المسؤولية داخل إطار الحياة الأسرية.
- عدم التمييز في الخدمات الصحية التي تقدم إلى النساء، بما في ذلك الخدمات المتصلة بتخطيط الأسرة.
- ضمانات الأمن الوظيفي في حالات الزواج والولادة.
- تغيير العادات والتقاليد التي من شأنها أن تؤدي إلى التمييز ضد المرأة أو تعزيز صور نمطية سلبية عن المرأة.
- المساواة في الحصول على التعليم; وعدم التمييز في التوظيف والأجر.
- تولي الاتفاقية اهتماما خاصا لمشاكل المرأة الريفية.

كما أن للدول الحرية الكاملة في الانضمام أو عدم الانضمام إلى المعاهدات والإتفاقات الدولية بما فيها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وبالمقابل إذا أصبحت طرفا في أي اتفاقية دولية فهي ملزمة بتطبيق بنودها بمراقبة المنظومة الدولية، وتلتزم الدول الأطراف بالتزامين أساسين هما:

التزام قانوني: يتضمن التزام الدول إدراج مبدأ المساواة في الدستور والتشريعات، وحذف النصوص القانونية (المدني، العمل، العقوبات) التي تتضمن أي شكل من أشكال التمييز ضد المرأة.

1- موقع الأمم المتحدة، صكوك حقوق الإنسان، الاتفاقية الدولية للقضاء علي جميع أشكال التمييز العنصري، المادة 05.

تاريخ الزيارة: 2022/09/26.

https://www.ohchr.org/ar/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx

2- موقع الأمم المتحدة، صكوك حقوق الإنسان، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

تاريخ الزيارة: 2022/09/26.

https://www.ohchr.org/ar/professionalinterest/pages/cedaw.aspx

التزام عملي: وهو عبارة عن التزام لمبدأ المساواة بين الرجال والنساء في جميع المجالات العملية الموجودة في الاتفاقية؛ باتخاذ التدابير التشريعية وغيرها، لإلغاء كافة الممارسات والتقاليد التي تشكل تمييزا ضد المرأة.

لقد تطرقت هذه الإتفاقية إلى جانب مهم في المساواة بين الرجل و المرأة; ألا وهو المساواة في الحقوق المتعلقة بالصحة، كما فرضت على الدول التي هي طرف في الإتفاقية;اتخاذ تدابير للقضاء على التمييز ضدها في هكذا نوع من الحقوق.

والبداية من المادة 10 التي تطرقت لصحة الأسرة وكفالتها، حيث نصت على : " تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة لكي تكفل لها حقوقا مساوية لحقوق الرجل في ميدان التربية، وبوجه خاص لكي تكفل، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، (ح) إمكانية الحصول على معلومات تربوية محددة تساعد على كفالة صحة الأسر ورفاهها، بما في ذلك المعلومات والإرشادات التي تتناول تنظيم الأسرة".

أما المادة 11 فكانت حول الصحة الإنجابية للمرأة العاملة، حيث نصت في مادتها على : "تخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان العمل لكي تكفل لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، نفس الحقوق ولا سيما، (و) الحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل، بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب"، وفي مجال خدمات الرعاية الصحية، فقد أشارت لها المادة 12، فقد نصت: "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة".

وكان للمرأة الريفية نصيب من هذه الإتفاقية، فقد أشارت الفقرة الثانية من المادة 14 إلى الدور التي تؤديه المرأة الريفية من خلال عملها للحفاظ على أسرتها، وضرورة تسهيل لوصولها للعناية الصحية عن طريق تقديم المعلومات والنصائح; وكذا الإستفادة من خدمات المرافق الصحية، حيث نصت: "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في المناطق الريفية لكي تكفل لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، أن تشارك في التنمية الريفية وتستفيد منها، وتكفل للمرأة للريفية بوجه خاص الحق في : (ب) الوصول إلى تسهيلات العناية الصحية الملائمة، بما في ذلك المعلومات والنصائح والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة،(ح) التمتع بظروف معيشية ملائمة، ولا سيما فيما يتعلق بالإسكان والمرافق الصحية والإمداد بالكهرباء والماء، والنقل، والمواصلات".

3- اتفاقية حقوق الطفل 1989

اتفاقية حقوق الطفل هي ميثاق دولي صادرة عن الأمم المتحدة بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 25/44 المؤرخ في 20 نوفمبر 1989، ودخلت حيز النفاذ في سبتمبر 1990،

وهي اتفاقية تحدد الحقوق المدنية، السياسية والثقافية للأطفال، وتشرح الإتفاقية من هم الأطفال، وجميع حقوقهم، ومسؤوليات الحكومات تجاههم، و تراقب تنفيذ الاتفاقية لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة المكونة من أعضاء من مختلف الدول; وقد اهتمت أيضا بوضعية الأطفال في النزاعات المسلحة والأطفال اللاجئين.

كذلك تم اعتماد بروتوكولين للاتفاقية بشأن بيع الأطفال واستغلال الأطفال في البغاء وفي المواد الإباحية وبشأن اشتراك الأطفال في المنازعات المسلحة في 25 أيار/مايو 2000، حيث دخلا حيز النفاذ في 18 جانفي 2002. وفي 26 جوان 2008

وبالتطرق صراحة لحق الطفل في الصحة في هذه الإتفاقية; كان بداية من المادة 24; أما ما سبقها من مواد; فكانت حول موضوع النظام والصحة أو الآداب العامة.

وكانت في نص المادة 24 حول حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، وحقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، إضافة إلى العمل على خفض معدل الوفيات الرضع والأطفال ومكافحة سوء التغذية، حيث نصت المادة على: "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه; وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه".

وفي الفقرة الثانية على : "تتابع الدول الأطراف إعمال هذا الحق وتتخذ، بوجه خاص، التدابير المناسبة من أجل: (أ) خفض وفيات الرضع والأطفال، (ب) آفالة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية، (ج) مكافحة الأمراض وسوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة وعن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية، آخذة في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره، (د) آفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولاة وبعدها، (هـ) آفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولاسيما الوالدين والطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات.

أما المادة 25 كان حول الاهتمام بصحة الطفل البدنية و العقلية وقد نصت : "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل الذي تودعه السلطات المختصة لأغرض الرعاية; أو الحماية أو علاج صحته

البدنية أو العقلية في مراجعة دورية للعلاج المقدم للطفل; ولجميع الظروف الأخرى ذات الصلة بإيداعه"[1].

4- الحماية الصحية للمعوقين والمتخلفين عقليا

هو إعلان اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة المؤرخ في 20 ديسمبر 1971، الخاص بحقوق المعوقين والمتخلفين عقلياً ، ويعد أول إعلان يصدر عن الأمم المتحدة ويختص بحقوق المعوقين، وقد نص الإعلان على أن للمتخلف عقلياً حقوق متمثلة في توفير الرعاية الصحية[2]، حيث نص الإعلان على: "للمتخلف عقليا حق في الحصول علي الرعاية والعلاج الطبيين المناسبين وعلي قدر من التعليم والتدريب والتأهيل والتوجيه يمكنه من إنماء قدراته وطاقاته إلي أقصي حد ممكن"، إضافة للحق في الحصول على العلاج الطبي المناسب، بما فيها الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم و التأهيل الطبي، كذلك الحصول على قدر من التعليم والتدريب والتأهيل بما يتلائم مع قدراته، كما وضمن الإعلان حق المتخلف عقلياً في الحماية من الاستغلال وسوء المعاملة الإنسانية، وبالتالي فإن مساعدة هاته الفئة، تؤدي في النهاية إلى إنماء قدراتهم من أجل تسهيل اندماجهم في الحياة الإجتماعية[3].

5- اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها

تم إقرار هذه الإتفاقية للتوقيع والتصديق والانضمام بقرار الجمعية العامة في 9 ديسمبر 1948، أما تاريخ بدء نفاذها فكان في 12 جانفي 1951، طبقاً للمادة الثالثة عشرة.

وتنص هذه الإتفاقية على تجريم الأفعال المرتكبة بقصد التدمير الكلي أو الجزئي بجماعة قومية أو إثنية أو عنصرية أو دينية كقتل أعضاء من جماعة; أو إلحاق بهم أذى جسدي أو روحي خطير أو فرض تدابير بهدف الحؤول دون إنجاب أطفال وفقا لنص المادة 2 من الإتفاقية التي نصت على[4]: " في هذه الاتفاقية، تعني الإبادة الجماعية أياً من الأفعال التالية، المرتكبة على قصد التدمير الكلي أو الجزئي لجماعة قومية أو إثنية أو عنصرية أو دينية، بصفتها هذه:

1- موقع يونيسف، اتفاقية حقوق الطفل.

تاريخ الزيارة: 2022/10/26.

https://cutt.us/GSuDh

2- جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الانسان، الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا.

تاريخ الزيارة: 2022/10/26.

http://hrlibrary.umn.edu/arab/b068.html

3- جامعة منيسوتا، الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا، نفس المرجع.

تاريخ الزيارة: 2022/10/26.

4- اللجنة الدولية للصليب الأحمر، اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها.

تاريخ الزيارة: 2022/10/26.

www.icrc.org/ar/doc/resources/documents/misc/62sgrn.htm

– قتل أعضاء من الجماعة.
– إلحاق أذى جسدي أو روحي خطير بأعضاء من الجماعة.
– إخضاع الجماعة، عمداً، لظروف معيشية يراد بها تدميرها المادي كلياً أو جزئياً.
– فرض تدابير تستهدف الحؤول دون إنجاب الأطفال داخل الجماعة.
– نقل أطفال من الجماعة، عنوة، إلى جماعة أخرى.

6– اتفاقية جنيف المؤرخة في 12 أوت 1949

وهي كالآتي:

أ– الاتفاقية الأولى: اتفاقية جنيف لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان، المؤرخة في12 أوت 1949.

ب– الاتفاقية الثانية: اتفاقية جنيف لتحسين حال جرحى ومرضى وغرقى القوات المسلحة في البحار، المؤرخة في 12 أوت 1949.

ج– الاتفاقية الثالثة: اتفاقية جنيف بشأن معاملة أسرى الحرب، المؤرخة في 12 أوت 1949.

الاتفاقية الرابعة :اتفاقية جنيف بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب، المؤرخة في 12 أوت 1949 .

د– اتفاقيات جنيف الأربع المؤرخة في 12 أوت 1949: هي معاهدات دولية انضمت إليها تقريبا كل الدول. وقد تمت الأولى منها في 1864 وآخرها في عام 1949، وتتناول حماية حقوق الإنسان الأساسية في حالة الحرب، وطريقة الاعتناء بالجرحى والمرضى وأسرى الحرب، حماية المدنيين الموجودين في ساحة المعركة أو في منطقة محتلة، وكذلك الجرحى والمرضى والغرقى من أعضاء القوات المسلحة في البحار، وأسرى الحرب، والمدنيين الذين يجدون أنفسهم تحت ظل حكم أجنبي في حالة نزاع دولي.

والمادة 3 المشتركة موجهة للأشخاص وخاصة العاجزون غير المشتركين في الأعمال العدائية والقتال بسبب المرض; من أجل معاملتهم بإنسانية ودون تمييز بسبب الدين أو اللون أو الجنس، وكذلك الحفاظ على السلامة البدنية من القتل، التعذيب، المعاملة القاسية، كذلك نصت على وجوب الإعتناء بالمرضى والجرحى، و هذا أيضا ما أكده الفصل لثاني من الإتفاقيتيين الأولى والثانية.

وفيما يخص حماية الوحدات والمنشآت الطبية; فقد نص عليه الفصل الثالث، وفي نفس الإطار تم التطرق لحماية المباني ومخازن المنشآت في الفصل الرابع، أما فيما يخص احترام وسائل نقل الجرحى والمرضى والمهمات الطبية فقد عالجه الفصل الخامس.

وقد أشار الفصل الثالث من الباب الثالث من الإتفاقية الثالثة للرعاية الطبية لأسرى الحرب، و لحماية أطقم الخدمات الطبية والدينية المساعدين لأسرى الحرب في الفصل الرابع.

وفيما يخص الإتفاقية الرابعة فقد قدمت المادة 16 من الباب الثاني منه على مبدأ الإحترام والحماية الخاصة بالمرضى، الجرحى، العجزة والحوامل، كما تطرق الفصل الثالث من القسم الرابع من الباب الثالث للغذاء والملبس الواجب تقديمهم للمعتقلين.

وقد تضمن البروتوكلين الملحقين بالإتفاقية[1] باب ينص على حماية المرضى والجرحى، الأشخاص المنكوبين في البحار، حماية وسائل النقل الطبي والأشخاص المفقودين والمتوفين.

الفرع الثاني: الحق في الصحة في الإتفاقيات الإقليمية

إن الدور الذي تقوم به المنظمات الإقليمية الدولية وما تفرزه من قرارات; لا يقل أهمية عن القرارات الدولية العالمية خاصة في مجال حق الإنسان في الصحة.

وقد تم تبني الحق في الصحة في العديد من الإتفاقيات الإقليمية; وتم على إثر ذلك صدور العديد من القواعد والأحكام الخاصة بالحق في الصحة على المستوى الإقليمي ومن هذه المنظمات الإقليمية التي ساهمت في بلورة حق الإنسان في الصحة:

- الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان
- الميثاق الاجتماعي الأوروبي (المعدل) 1996
- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان

أولا: الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان 1948

يعرف هذا الإعلان أيضا بإعلان بوجوتا ، ويعتبر كان أول صك دولي لحقوق الإنسان يسبق الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وقد تم تبنيه في المؤتمر التاسع الدولي للدول الأمريكية في بوغوتا ، "كولومبيا"، في 2 مايو 1948 من طرف دول الأمريكيتين، وصمم المؤتمر وقاده بشكل رئيسي من قبل الموظفين العموميين في الولايات المتحدة.

ويركز الفصل الأول من الإعلان على الحقوق المدنية والسياسية لمواطني الدول الموقعة ، إلى جانب الحقوق الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية الإضافية; يحتوي الفصل الثاني على قائمة بالواجبات المقابلة:

"إن وفاء كل فرد بالواجب هو شرط أساسي لحقوق الجميع. الحقوق والواجبات مترابطة في كل نشاط اجتماعي وسياسي للإنسان. في حين أن الحقوق تعظم الحرية الفردية ، فإن الواجبات تعبر عن الكرامة من تلك الحرية. "

1- الملحقان الإضافيان إلى اتفاقيات جنيف المنعقدة في 12 أوت 1949 ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف ، سويسرا 1977.

من الموقعين التاليين:

https://www.icrc.org/ar/doc/resources/documents/misc/5ntccf.htm
https://www.icrc.org/ar/doc/resources/documents/misc/5ntce2.htm

كما يشمل الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان وثيقتين هامتين، الوثيقة الأولى هي ميثاق بوجوتا لعام 1948 وتعديلاتها التي تمت في عام 1967، أما الوثيقة الثاني هي الإتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان لعام 1969.

لقد نصت المادة 11 من الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان على: "لكل شخص الحق في المحافظة على صحته عن الإجراءات الصحية والإجتماعية التي تتعلق بالغذاء والملبس والإسكان والرعاية الطبية إلى الحد الذي تسمح به الموارد العامة وموارد المجتمع"[1].

كما تطرقت المادة 7 إلى احتياجات النساء أثناء فترة الحمل وفترة الرضاعة، وضمن لكل الأطفال الحق في الحماية الخاصة والرعاية والمساعدة[2].

وقد تم ادخال بعض التعديلات على هذا الاعلان بموجب بروتوكول 1967 بشان الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية، يتضمن بموجبه التزام من طرف الدول الأعضاء اتخاذ كافة الإجراءات لتطبيق الحق في الصحة.

وقد أشارت في مادتها 26 على التزام الدول الأطراف ضمان معايير الحقوق الواردة في ميثاق منظمة الدول الأمريكية حيث أشارت : "تتعهد الدول الأطراف أن تتخذ، داخلياً ومن خلال التعاون الدولي كل الإجراءات اللازمة ولا سيما الاقتصادية والتقنية منها، بقصد التوصل عن طريق التشريع أو غيره من الوسائل الملائمة إلى التحقيق الكامل للحقوق المتضمنة في المعايير الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والعلمية والثقافية المبينة في ميثاق منظمة الدول الأمريكية المعدل ببروتوكول بوينس إيرس"[3].

بعدها بسنوات، استكملت الدول الأطراف في الاتفاقية الأمريكية أحكامها ببروتوكولين إضافيين.

وما يهمنا هو البروتوكول الأول فقط لما تتعلق نصوص مواده على الحق في الصحة.

إذن البروتوكول الإضافي الأول للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المعروف أكثر باسم بروتوكول سان سلفادور) أو يسمى بحقوق الجيل الثاني في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، تم فتح المجال للتوقيع على بنوده في مدينة سان سلفادور، إيل سلفادور، في 17 نوفمبر عام 1988، وتنص المادة 10 منه على الحق في الصحة لجميع الأفراد[4]، والمادة 11 التي تنص على ضمان الحق في البيئة الصحية[1].

1- المادة 11 من الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان لعام 1948 القرار رقم 30، المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية 1948 (منظمة الدول الأمريكية).

2- المادة 7 من الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان لعام 1948 القرار رقم 30 ، المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية 1948 (منظمة الدول الأمريكية).

3- المادة 26 من الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان ، سان خوسيه 1969/11/22،

4- المادة 10 من البروتوكول الإضافي الأول الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور) 1988/11/17.

ثانيا: الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1996 (المعدل)

الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1996; هي بالأساس النسخة المعدلة للمعاهدة الأولية المنشئة عام 1961 وهو معاهدة لمجلس أوروبا هدفها دعم الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان لحماية الحقوق المدنية والسياسية، وتم بعد ذلك توسيعه ليشمل الحقوق الإجتماعية والإقتصادية، وتم فتح المجال للتوقيع لأول نسخة من الميثاق في 18 أكتوبر من عام 1961، وفي 26 فيفري من عام 1965 أصبحت سارية المفعول بعد توقيع ألمانيا الغربية عليها، وبحلول 1991 صادقت عليها عشرون دولة أوروبية ليبدأ العمل بالميثاق في 7 جانفي من عام 1999.

وفيما يخص الحقوق الأساسية التي يركز عليها الميثاق وهي : السكن، الصحة، التعليم، حقوق العمال، التوظيف الكامل، تخفيض ساعات العمل، الأجر المتساوي، العمل المتساوي، إجازة الأبوة، الضمان الاجتماعي، الحماية من الفقر، الاستبعاد الاجتماعي، حرية الحركة للأشخاص، عدم التمييز وكذلك حقوق العمال المهاجرون والأشخاص ذوو الإعاقة.

كما يلزم الميثاق; الدول الأطراف على ضرورة تقديم تقارير سنوية عن مدى تطبيقها لأحكام المعاهدة; من حيث إدراجها في تشريعاتها الوطنية; أو ممارستها على أرض الواقع; في كلتا النسختين الأصلية لعام 1961 أو المعدلة لعام 1996.

لقد نصت المادة 3 من الميثاق المعنونة "الحق في ظروف عمل آمنة وصحية" على[2]: "بهدف ضمان الممارسة الفعالة للحق في ظروف عمل آمنة وصحية – يتعهد الأطراف – بالتشاور مع منظمات العمال وأصحاب العمل: بوضع وتنفيذ ومراجعة السياسة المحلية دورياً بشأن السلامة المهنية والصحة المهنية وبيئة العمل، ويكون الهدف الرئيسي لهذه السياسة تحسين السلامة والصحة المهنية، ومنع الحوادث والإصابات التي ترتبط أو تحدث أثناء العمل، وخاصة تقليل أسباب الأخطار التي تصاحب بيئة العمل، بإصدار اللوائح الخاصة بالسلامة والصحة، بالنص على تنفيذ هذه اللوائح عن طريق إجراءات إشرافية، بتشجيع التطوير المتدرج لخدمات الصحة المهنية لكافة العمال مع الوظائف الوقائية والاستشارية بشكل أساسي"، كما أشارت المادة 11 المعنونة "الحق في حماية الصحة" من الميثاق[3] على: "بهدف ضمان الممارسة الفعالة للحق في حماية الصحة – يتعهد الأطراف – إما بطريق مباشر أو بالتعاون مع المنظمات العامة أو الخاصة – باتخاذ الإجراءات المناسبة التي توضع

1- المادة 11 من البروتوكول الإضافي الأول الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، نفس المرجع.

2- المادة 3 الميثاق الاجتماعي الأوروبي (المعدل) 1996.

تحميل الميثاق على الموقع:

https://cutt.us/90DdO

3- المادة 11 الميثاق الاجتماعي الأوروبي (المعدل) 1996، المرجع نفسه.

– ضمن أشياء أخرى، لإزالة أسباب اعتلال الصحة بقدر الإمكان، لتوفير التسهيلات الاستشارية والتعليمية من أجل تنمية الصحة وتشجيع المسئولية الفردية في المسائل الصحية، للوقاية من الأمراض الوبائية، والأمراض المستوطنة، والأمراض الأخرى، وكذلك الحوادث بقدر الإمكان.

ويعد النظام الأوروبي من بين الأنظمة الأكثر مساهمة في مجال حقوق الإنسان; وخاصة حماية الصحة، لما يحتويه من أجهزة رقابة لاحترام وحماية هذه الحقوق وهي متمثلة في:

– اللجنة الأوروبية لحقوق الإنسان.

– لجنة وزراء مجلس أوروبا.

– المحكمة الأوربية لحقوق الإنسان.

ثالثا: الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب 1981

نظرا لاحتياج القارة الأفريقية لميثاق إقليمي لحقوق الإنسان، فقد تم صياغة معاهدة دولية خاصة بالدول الأفريقية في 27 يونيو 1981، ودخلت حيز التنفيذ في 21 أكتوبر 1986.

ويكتسب هذا الميثاق أهمية خاصة، نظرا إلى خصوصية قضايا حقوق الإنسان والشعوب على المستوى الأفريقي، مقارنة بأوضاع تلك القضايا على المستويات الأخرى[1].

وقد تطرق الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب للحق في الصحة; تلتزم بها الدول الأطراف في المعاهدة حيث نصت المادة 16 في الفقرة الثانية منها على : "تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض"[2].

رابعا: الميثاق العربي لحقوق الإنسان 2004

في إطار عملية تحديث الجامعة العربية، برز إلى الوجود عقد جديد يجمع الدول العربية; يتمثل في الميثاق العربي لحقوق الإنسان لعام 2004; وذلك أثناء القمة السادسة عشرة لجامعة الدول العربية المنعقدة في تونس العاصمة بقرار رقم 270 في دورته العادية (16) بتاريخ 23 مارس 2004، ودخل هذا الميثاق حيز النفاذ اعتبارا من تاريخ 15 مارس 2008 بعد شهرين من تاريخ إيداع وثيقة التصديق السابعة لدى الأمانة العامة لجامعة الدول العربية إعمالا للفقرة (2) للمادة (49) منهن; وهو بذلك أعاد صياغة ميثاق لعام 1994، حيث يعتبر امتداد لما جاء في ميثاق الأمم المتحدة،

1– نظرة على الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب للأستاذ الدكتور مفيد شهاب، أستاذ القانون الدولي بجامعة القاهرة.

حميل المقال من الموقع:

https://www.sis.gov.eg/UP/Human%20Rights%20%20studies/9.pdf

2– الفقرة الأولى من المادة 16 من الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب 1981.

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والشرعة الدولية لحقوق الإنسان، وكذا إعلان القاهرة بشأن حقوق الإنسان في الإسلام، ويتكون الميثاق من ديباجة و53 مادة.

بيان التوقيع والتصديق على الميثاق العربي لحقوق الإنسان بعد تحديثه[1]

الدولة	تاريخ التوقيع	تاريخ إيداع وثيقة التصديق
المملكة الأردنية الهاشمية	2004/10/28	2004/10/28
دولة الإمارات العربية المتحدة	2006/09/18	2008/01/15
مملكة البحرين	2005/07/05	2006/06/18
الجمهورية التونسية	2004/06/15	
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية	2004/08/02	2006/06/11
جمهورية جيبوتي		
المملكة العربية السعودية	2004/08/01	2009/04/15
جمهورية السودان	2005/07/21	
الجمهورية العربية السورية	2006/08/17	2007/02/06
جمهورية الصومال		
جمهورية العراق		
سلطنة عمان		
دولة فلسطين	2004/07/15	2007/11/28
دولة قطر	2008/01/24	2009/01/11
جمهورية القمر المتحدة		
دولة الكويت	2006/09/18	
الجمهورية اللبنانية	2006/09/25	2011/05/08
الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمي	2005/02/14	2006/08/07
جمهورية مصر العربية	2004/09/05	
المملكة المغربية	2004/12/27	
الجمهورية الإسلامية الموريتانية		

1- الميثاق العربي لحقوق الإنسان، بيان التوقيع والتصديق على الميثاق العربي لحقوق الإنسان بعد تحديثه، ص 20. يمكن تحميل البيان من الموقع:

https://cutt.us/6e4Mu

الجمهورية اليمنية	2004/10/12	2008/11/12

لقد تطرق الميثاق العربي لحقوق الإنسان لحق للفرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية و العقلية يمكن بلوغه وفي حصول المواطن مجاناً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وعلى مرافق علاج الأمراض من دون أي نوع من أنواع التمييز[1]، كما تشمل الخطوات التي تتخذها الدول الأطراف التدابير الآتية[2]:

1- تطوير الرعاية الصحية الأولية; وضمان مجانية وسهولة الوصول إلى المراكز التي تقدم هذه الخدمات صرف النظر عن الموقع الجغرافي أو الوضع الاقتصادي.

2- العمل على مكافحة الأمراض وقائياً وعلاجياً بما يكفل خفض الوفيات.

3- نشر الوعي والتثقيف الصحي.

4- مكافحة الممارسات التقليدية الضارة بصحة الفرد.

5- توفير الغذاء الأساسي ومياه الشرب النقية لكل فرد.

6- مكافحة عوامل التلوث البيئي وتوفير التصريف الصحي.

7- مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية والتدخين والمواد الضارة بالصحة.

خامسا: منظمة الصحة العالمية

هي أحد الوكالات التابعة للأمم المتحدة المتخصصة بالصحة الإنسانية ويرمز لها اختصارا WHO (World HealthOrganization) بالإنجليزية، وبالفرنسية OMS، (Organisation mondiale de la santé)، ومدينة جنيف السويسرية هي مقر المنظمة، أنشأت منظمة الصحة العالمية في 07 أفريل 1948، وهو تاريخ معروف بيوم الصحة العالمي; ويحتفل به كل عام، وتعتبر المنظمة السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجالَ الصحي، أما جمعية الصحة العالمية فهي أعلى جهاز في منظمة الصحة العالمية وهي المسؤولة عن اتخاذ قراراتها، ومن جملة أهدافها متابعة القضايا والمستجدات الصحية على الصعيد العالمي، الوصول بجميع الناس إلى أعلى مستوى صحي ممكن وكذا توفير الدعم للدول الأعضاء، ولدى المنظمة مجلس تنفيذي من 34 عضو، وضعت منظمة الصحة العالمية في سنة 1978 هدفا هو "الصحة للجميع بحلول عام 2000".

ومنظمة الصحة العالمية تتبنى مبدأ يعتبر من الحقوق الأساسية لكل إنسان وهذا المبدأ يتمثل في التمتع بأعلى معيار صحي ممكن، على هذا الأساس تعرف المنظمة الصحة : " الصحة الكاملة

1- الفقرة الأولى من المادة 39 من الميثاق العربي لحقوق الإنسان 2004، المرجع نفسه.

2- الفقرة الثانية من المادة 39 من الميثاق العربي لحقوق الإنسان 2004، المرجع نفسه.

الجسدية والذهنية والرفاه الاجتماعي للإنسان، وليس غياب المرض والعجز فحسب"، وبالمقابل فحكومات الدول هي المسؤولة في المقام الأول عن صحة أفراد شعبها عن طريق الإجراءات الملائمة في هذا الشأن.

وتتمثل مجالات عمل المنظمة في

- تشجيع الأبحاث الطبية.
- عقد اتفاقيات عالمية في الشؤون الصحية.
- مراقبة تفشي الأمراض السارية والعمل على مكافحتها.
- الحماية الصحية للأمومة والطفولة.
- رفع مستوى الصحة العقلية والنفسية
- نشر الوعي من أجل حماية مياه الشرب من التلوث
- عقد العديد من الورش التدريبية التي تهدف إلى تطوير الخدمات الصحية.

وقد أقرت منظمة الصحة العالمية دستورها في مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في نيويورك من 19 جوان إلى 22 جويلية 1946 ووقعه ممثلو 61 دولة و دخل حيز التنفيذ في 07 أفريل 1948، حيث أقرت في دستورها ما يلي :

- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.

- صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.
- ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع.
- تفاوت التنمية في البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة الأمراض، ولاسيما الأمراض السارية، خطر على الجميع.
- النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة.
- إتاحة فوائد العلوم الطبية والنفسية وما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.
- الرأي العام المستنير والتعاون الإيجابي من الجمهور لهما أهمية قصوى في تحسين صحة البشر.
- الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

المبحث الثاني: الحق في الصحة في التشريع الجزائري و حمايتها

ورثت الجزائر بعد الاستقلال وضعية صحية أقل ما يمكن أن يقال عنها متردية بسبب نقص الموارد المادية والبشرية، ما أدى إلى ارتفاع كبير في وفيات الأطفال بسبب الأمراض المعدية، نقص التلقيح، وكذا الأمر بالنسبة للأمهات الحوامل، ما جعل الدولة تقف عاجزة عن مواجهة هذه الأزمات الصحية.

كما عرف القطاع الصحي عدة تحولات وتطورات، وكانت العشرية الأولى أصعبها وهي فترة ما بين 1962 و1972، حيث أن هذه الفترة شهدت نقصا فادحا في الإطار الطبي أي 500 طبيب فقط، وهي نسبة غير كافية للتكفل بمعدل سكان يفوق عشرة ملايين (10) ساكن، كما شهدت هذه الفترة موجة إصلاح صحية تمثلت في تقسيم أوقات العمل بين القطاعين العمومي والخاص لتوفير العلاج للجميع، وتطبيق التلقيح الإجباري لكل الأطفال إلى جانب تنظيم حملة وطنية واسعة لمكافحة الأمراض الوبائية والمعدية.

المطلب الأول: الإطار القانوني للحق في الصحة في التشريع الجزائري

عملت الجزائر منذ استقلالها كسائر دول العالم لجعل الصحة حق من حقوق المواطن والعمل على تقنين الحق في الصحة في مختلف دساتيرها وتشريعاتها، على هذا الأساس سنتطرق لسرد المواثيق و الدساتير الجزائرية التي تطرقت إلى حق المواطن في الصحة.

الفرع الأول: الحق في الصحة من خلال المواثيق

أولا- ميثاق الجزائر 1964: وهو من نتائج مؤتمر جبهة التحرير الوطنية الذي انعقد في الفترة ما بين 16 إلى 21 أفريل 1964، ويعتبر الوثيقة الثانية التي تضمنت توجهات الدولة الجزائرية في تحقيق أهداف الثورة الإجتماعية بعد وثيقة طرابلس عام 1962.

وقد ذكر الميثاق مختلف التحديات التي كان على الدولة المستقلة حديثا مجابهتها، ومن ضمن ذلك الصحة ومختلف تشعباتها كالوقاية، الخدمة المدنية، وكذا تأميم مجال الطب باعتبار أن الدولة الجزائرية انتهجت المنهج الإشتراكي في سياستها العامة والتركيز على التكوين الأكاديمي في الطب[1].

ثانيا- الميثاق الوطني 1976[1]: هو مجموعة من النصوص إقترحها الرئيس الجزائري هواري بومدين في 1976 ، لمعالجة عدة ملامح من الحياة اليومية والسياسية للمواطنين الجزائريين، وتطور نظرة تاريخية لركائز المجتمع الجزائري.

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ميثاق الجزائر 1964م، مجموع النصوص المصادق عليها من طرف المؤتمر الأول لحزب جبهة التحرير الوطني 16-21 أفريل 1964، جبهة الوطني، اللجنة المركزية للتوجيه، المطبعة الوطنية الجزائرية ، الجزائر، 1964، ص 173-197.

تم في هذا الميثاق التركيز على الصحة العمومية باعتبارها عامل يساهم في رقي الإنسان وكذا في التنمية الإجتماعية والإقتصادية، كذلك مجانية الصحة التي تعتبر قاعدة الصحة العمومية، حيث جاء في نص الميثاق على "الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني، ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج"، وأيضا تطرق الميثاق على ضرورة القيام ببناء الهياكل الصحية وتوزيعها بشكل عادل على مستوى القطر الوطني وإنتاج الأدوية، أما مجال التكوين في مجال الصحة، فيتعلق الأمر بتكوين العمال والأطباء مع ضرورة توفير طبيب لكل 2000 نسمة، وقد تم أيضا التطرق للحماية الصحية بالأخص مجال الأم والطفل، وكذا للرقابة الصحية على مستوى كل من المدارس، نشاطات التغذية وطب العمل، وفي مجال الوقاية; مكافحة الآفات الإجتماعية ونشر الطب الوقائي.

وهذه أسسها[2]:

- ضمان الحماية الاجتماعية والأمن والوقاية الصحية للعامل.
- توفير ظروف معيشية للمواطنين غير البالغين لسن العمل ومن لا يستطيعون والعاجزين نهائيا.
- حماية الأسرة ترقية المرأة وحماية الأمومة والطفولة والشبيبة والشيخوخة.
- توفير الرعاية الصحية ومجانيتها وتوسيع الطب الوقائي.
- ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه.
- التحسين الدائم لظروف العمل ولظروف العيش.

ثالثا: الميثاق الوطني 1986

اعتبر ان الطب المجاني مكسبا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج.

رابعا: ميثاق الصحة (الجلسات الوطنية للصحة 1998)

انعقدت الجلسات الوطنية للصحة أيام 26 ، 27 و 28 ماي 1998 بقصر الأمم والتي تم فيها وضع ميثاق الصحة كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي تعرفها البلاد; ويهدف الميثاق إلى تحديد المبادئ والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي كل هذا مدعما بإطار ملائم في مجال التكوين و الاتصال، هذا يعني أن هناك إرادة سياسية حقيقية لتحسين قطاع الصحة; إذ جاء مؤكدا

1- أمر رقم 76-57 مؤرخ في 7 رجب عام 1396 الموافق 5 يوليو سنة 1976، يتضمن نشر الميثاق الوطني، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61، مؤرخة بتاريخ 1976/07/30، ص 890-971.

2- أمر رقم 76-57، المرجع نفسه، ص 968.

على ضرورة إزالة الفوارق الجهوية وأن حماية الصحة لا تنحصر على ما تقدمه المنظومة الصحية لوحدها[1].

وتمثلت المبادئ السياسة الصحية لميثاق الصحة 1998 في[2]:

- إعطاء الأولوية للصحة في خطط العمل الحكومية .
- حماية الصحة و ترقيتها وتعزيز المساواة.
- الاستفادة من مجانية العلاج والعدالة الإجتماعية والتضامن الإجتماعي.
- إنشاء مناطق جهوية للصحة.
- إعادة الاعتبار للموارد البشرية.
- إنشاء نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية.
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط.
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية.
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

الفرع الثاني: من خلال الدساتير

أولا- دستور 1976: نصت المادة 67 على: "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة و مجانية وتوسع مجال الطب الوقائي والتحسن الدائم لظروف العيش و العمل وكذلك عن ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه[3].

ثانيا- دستور 1989: تنص المادة 51 "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية و مكافحتها"[4].

1- نور الدين حاروش، حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مجلة الإجتهاد للدراسات القانونية والإقتصادية، عدد 08، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، 2015، ص 125.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ميثاق الصحة، وزارة الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية للصحة 28/27/26 ماي 1998، قصر الأمم، ص 05.

3- المادة 67 من الأمر 76-97 المؤرخ في 30 ذي القعدة عام 1396 الموافق 22 نوفمبر 1976 يتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 94، المؤرخة في 24 نوفمبر 1976، ص 1305.

4- المادة 51 من المرسوم الرئاسي 89-18 المؤرخ في 22 رجب عام 1409 الموافق 28 فبراير 1989 يتعلق بنشر نص تعديل الدستور الموافق عليه في استفتاء 23 فبراير 1989، الجريدة الرسمية العدد 9، المؤرخة في 01 مارس 1989، ص 241.

ثالثا- دستور 1993: لم يخصص مادة للصحة بل خصها في إطار حق الأفراد في العمل و الحياة اللائقة.

رابعا- دستور 1996: المادة 54 "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية و مكافحتها"[1].

خامسا- دستور 2008: المادة 54 "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية و مكافحتها"[2].

سادسا- دستور 2016: وذلك من خلال المادة 66 التي نصت على :"الرعاية الصحية حق للمواطنين"، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها[3].

- تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين.

سابعا- الدستور الجزائري 2020:

المادة 38: الحق في الحياة لصيق بالإنسان، يحميه القانون، ولا يمكن أن يحرم أحد منه إلا في الحالات التي يحددها القانون[4].

المادة 63: تسهر الدولة على تمكين المواطن من:

الرعاية الصحية، لاسيما الأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها[5].

المادة 64: للمواطن الحق في بيئة سليمة في إطار التنمية المستدامة[6].

المادة 81: يمارس كل شخص جميع الحريات في إطار احترام الحقوق المعترف بها للغير في الدستور، لاسيما منها احترام الحق في الشرف، والحياة الخاصة، وحماية الأسرة والطفولة والشباب[7].

من خلال الأوامر و القوانين:

أولا- أمر رقم 73-65 مؤرخ في 1973/12/28، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية: وينص على مجانية العلاج في القطاع الصحي العمومي ابتداءا من جانفي 1974[1].

1- المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب عام 1417 الموافق 7 ديسمبر 1996 يتعلق بالتعديل الدستوري، ج.ر للجمهورية الجزائرية، الجريدة الرسمية العدد 76، المؤرخة في بتاريخ 8 ديسمبر 1996، ص 14.

2- القانون 08-19 المؤرخ في 17 ذي القعدة عام 1429 الموافق 15 نوفمبر 2008 المتضمن التعديل الدستوري 2008، ج.ر العدد 63 المؤرخة في 16 نوفمبر 2008.

3- القانون 16-01 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1437 الموافق 6 مارس سنة 2016 يتضمن التعديل الدستوري، ج.ر للجمهورية الجزائرية، العدد 14، المؤرخة في 7 مارس 2016، ص 14.

4- المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المتضمن التعديل الدستوري المؤرخ في 2020/12/30، ج.ر للجمهورية الجزائرية، العدد 82، المؤرخة في 30 ديسمبر سنة 2020، ص 12.

5- المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المرجع نفسه، ص 16.

6- المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المرجع نفسه، ص 16.

7- المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المرجع نفسه، ص 19.

ثانيا- القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها (الملغى): من خلال المادة الأولى والثانية التي أشارت إلى أن أحكام هذا القانون هو من أجل تجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية الصحة والسكان وترقيتها، التي تساهم في التنمية الإقتصادية والإجتماعية للبلاد.

كما أن المادة 4 قامت بتعريف المنظومة الوطنية للصحة على أنها مجموعة من الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها وتوفير المتطلبات الصحية للسكان قصد ضمان الصحة للجميع و بصورة عادلة[2].

ثالثا- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018 يتعلق بالصحة: فقد أشارت المادة الأولى منه على أن هذا القانون يحدد الأحكام و المبادئ التي تهدف إلى تجسيد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة[3].

كما يضمن الوقاية وحماية صحة الأشخاص والحفاظ عليها واستعادتها وترقيتها ضمن احترام الكرامة والحرية والسلامة والحياة الخاصة.

أما الفصل الثاني من نفس القانون والمعنون "واجبات الدولة في مجال الصحة"، وكانت البداية من المادة 12 فقد أشارت صراحة إلى أن مجال الحق في الصحة تضمنه الدولة عن طريق انتشار القطاع العمومي في كامل تراب الوطن عبر جميع المستويات.

كما تم التركيز على مجانية العلاج الذي يتضمن التشخيص، العلاج والإستشفاء وهو مضمون لكل المواطنين وكذلك على الوقاية من الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة ومكافحتها من أجل تحسين الحالة الصحية للمواطنين.

وفي مجال المساواة في الحصول على الخدمات الصحية، فتعمل الدولة على إزالة الفوارق في الحصول عليها مع تفعيل التكامل بين القطاعين العمومي والخاص مع إعطاء الأولوية للقطاع العمومي.

المطلب الثاني: حماية الصحة في التشريع الجزائري

لقد نصت المادة 63 من دستور 2020 السالفة الذكر على الرعاية الصحية، ويقصد بكلمة "الرعاية" المستعملة في نص المادة :الحفظ، وحتى النص الفرنسي لنفس المادة استعمل مصطلح Protection.

1- أمر رقم 73-65 مؤرخ في 3 ذي الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الموافق 1 يناير سنة 1974.

2- القانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج.ر العدد 8، الموافق 17 فبراير سنة 1985.

3- المادة الأولى قانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو سنة 2018، يتعلق بالصحة، ج.ر للجمهورية الجزائرية، العدد 46 المؤرخ في 29 يوليو سنة 2018.

إن الحماية الصحية للمواطنين حق دستوري و مهم للوقاية من الأمراض و مكافحتها; وتعتبر من مسؤولية الدولة، على هذا الأساس على السلطات التنفيذية احترام هذا الحق والعمل على تجسيده عن طريق سن القوانين; واتخاذ تدابير لتجسيد وتفعيل مختلف البرامج الصحية الهادفة إلى الحفاظ على صحة المواطنين من الأخطار والأمراض التي تهددها.

الفرع الأول: الحماية الصحية العامة

أولا: حماية الأفراد بصفتهم مستهلكين

هو مفهوم يتضمن شقين; الإقرار بوجود حقوق للمستهلك، ووجوب بذل كل المجهودات لتأمين الاستفادة منها، وموضوع المستهلك وحمايته هو من المواضيع التي أولتها الحكومات أهمية كبيرة لما لها من أثر; خاصة بعد تزايد المخاطر التي تهدد سلامة المستهلكين ويعتبر أحد مجالات حقوق الإنسان، وأن الالتزام الفعلي لهذه الحقوق يتطلب سن من نصوص قانونية لوضع تعريفات المستهلك وبحقوقه وحمايته.

إن حماية المستهلك يتطلب تكفل الدولة توفير الحماية لأفراد المجتمع بحيث يمكن للفرد أن يحصل على منتجات وخدمات بمقابل يكون عادلا دون التعرض لأي أضرار صحية تحقيقا لمبدأ أمن وفعالية المنتجات والخدمات[1].

إذن فإن التشريع الجزائري فإن حماية المستهلك واجب يفرضه القانون على عاتق المتدخل، هذا ما جاء في المادة 4 من القانون 09-03، المتعلق بحماية المستهلك و قمع الغش التي نصت على : "يجب على كل متدخل في عملية وضع المواد الغذائية للإستهلاك احترام إلزامية سلامة هذه المواد، و السهر على أن لا تضر بصحة المستهلك[2].

1- تعريف حماية المستهلك في التشريع الجزائري

تنص المادة 03 من القانون 09-03 المتعلق بحماية المستهلك و قمع الغش : "كل شخص طبيعي أو معنوي يقتني بمقابل سلعة أو خدمة موجهة للاستعمال النهائي من أجل تلبية حاجته الشخصية أو تلبية حاجة شخص آخر أو حيوان متكفل به"[3]، والمادة 9 من قانون 18/11 المؤرخ في 2 جويلية 2018 المتعلق بالصحة: "تهدف حماية الصحة و ترقيتها إلى ضمان حماية المستهلك وحفظ البيئة وحفظ الصحة وسلامة المحيط وإطار المعيشة والعمل، والمادة 62 من التعديل

1- منيرة بلورغي، حركة حماية المستهلك في التشريع الجزائري، جامعة محمد خيضر، بسكرة، مجلة الحقوق والحريات، مخبر الحقوق والحريات في الأنظمة المقارنة، تاريخ قبول المقال للنشر 2017/03/16، العدد الرابع، ص 171.

2- القانون رقم 09-03 مؤرخ في 25 فبراير2009، يتعلق بحماية المستهلك و قمع الغش، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، مؤرخة في 8 مارس 2009، ص 14.

3- المادة 03 من القانون رقم 09-03، المرجع نفسه، ص 13.

الدستوري 2020: "تعمل السلطات العمومية على حماية المستهلكين، بشكل يضمن لهم الأمن والسلامة و الصحة وحقوقهم الإقتصادية"[1].

2- تعريفات أخرى

المفهوم الواسع: كل تصرف قانوني لاستخدام المال أو الخدمة في الأغراض الشخصية أو الأغراض المهنية.

المفهوم الضيق: الشخص الذي يسعى للحصول على حاجته من مختلف السلع والخدمات.

- حفظ حقوق المستهلك وضمان حصوله عليها.

- خدمة توفرها الحكومة أو المجتمع المدني لحماية المستهلك من الغش التجاري أو استغلاله أو سوء تقديم خدمة ما عن طريق الاحتكار أو الخضوع لظروف معينة ."فهذا المفهوم يجسد عملية تفعيل حماية المستهلك مما يقدم له من سلع وخدمات قد تلحق به أضرار صحية، أو اقتصادية، أو اجتماعية سواء أكان على علم بهذا الضرر أو لم يكن مدركا له.

- مجموعة الضوابط الاجتماعية والأخلاقية التي تُفرض على كافة العاملين في القطاعات التجارية، وتلزمهم باحترام كافة فئات المستهلكين وتقديم السلع والخدمات لهم بأسلوب صحيح ومناسب.

- عرف القانون البحريني المستهلك بأنه كل شخص طبيعي أو اعتباري يحصل على المنتجات إشباعاً لحاجاته أو لحاجات التابعين له،

ويستنتج من هذا أن المستهلك قد يكون شخصاً طبيعياً أو معنوياً يسعى للحصول على السلع والخدمات; من أجل أن يستعملها شخصيا أو أن ينتفع بها من دون أن تكون له نية مسبقة للمضاربة أو البيع أو غير ذلك، كما أنه لا يتمتع بالقدرة الفنية أو التقنية للتحكم فيما يسعى لاقتنائه[2].

ثانيا: حماية الأفراد بصفتهم مرضى

إن الحق في العلاج، الحق في اختيار الطبيب المعالج، حق المريض في التبصير وحقه في حفظ أسراره يعد بمثابة الحماية التي كفلها القانون، على هذا الأساس سنتطرق إلى هذه الحقوق فيما يلي:

1- الحق في العلاج

إن للمريض الحق في العلاج، أما مهمة تقديم الرعاية الصحية للمريض تبقى مسؤولية الدولة بموجب القانون.

1- المادة 62 من المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المتضمن التعديل الدستوري المؤرخ في 2020/12/30، ص 16.

2- موقع جريدة الوطن، مفهوم حماية المستهلك، مقال منشور بتاريخ السبت 13 أبريل 2019.
تاريخ الزيارة: 2022/09/19.
https://alwatannews.net/article/824923/Bahrain/مفهوم-حماية-المستهلك

ويعتبر حق المريض في العلاج من الحقوق الأساسية التي أوجبها القانون، فالقائم على عملية العلاج المتمثل في الطبيب ملزم بتقديم العلاج الضروري لكل مريض، مثلما تنص عليه المادة 3 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة : "تتمثل الأهداف في مجال الصحة في حماية المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمن استمرارية الخدمة العمومية للصحة والأمن الصحي" وكذا المادة 21 من نفس القانون : "لكل شخص الحق في الحماية والوقاية والعلاج والمرافقة التي تتطلبها حالته الصحية، في كل مراحل حياته وفي كل مكان، وكذا المادة 45 من المرسوم التنفيذي 92 – 276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب : "يلتزم الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته على أي طلب معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه يتسم بالإخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة، والإستعانة عند الضرورة بالزملاء المختصين والمؤهلين"، سواء أكان ذلك في الحالات العادية والمتمثلة في العلاقة التعاقدية بموافقة كل من الطبيب والمريض وينشأ على أثر ذلك العقد الطبي، أو علاقة غير تعاقدية والمتمثلة في حالات الضرورة كحالة الخطر التي تتطلب التدخل العاجل من الطبيب وكذا في حالة علاج المريض فاقد الوعي.

2- حرية المريض في اختيار الطبيب المعالج

حق المريض في اختيار الطبيب المعالج; هو حق مكفول قانونا; حيث تنص المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب على : "للمريض حرية اختيار طبيبه أو جراح أسنانه أو مغادرته، وينبغي للطبيب أو جراح الأسنان أن يحترم حق المريض هذا، وأن يفرض احترامه وتمثل حرية الاختيار هذه مبدأ أساسيا تقوم عليه العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين جراح الأسنان والمريض، ويمكن الطبيب أو جراح الأسنان مع مراعاة أحكام المادة 9 أعلاه أن يرفض لأسباب شخصية تقديم العلاج، غير أن هناك استثناءات واردة على هذا الحق مثل حالة التدخل الطبي المستعجل على المريض التي تكون صحته مهددة بالخطر ويحتاج للتدخل العاجل[1]، وحالة العلاج على حساب المؤسسة التي يعمل فيها وتكون هذه المؤسسة متعاقدة مع طبيب لعلاج العمال العاملين فيها فالمريض يفقد الحرية في اختيار طبيبه.

3- حق المريض في الإعلام وتبصيره في التدخل الطبي

يقع على عاتق الطبيب إعلام المريض بكل المعلومات المتعلقة بالتدخل الطبي المراد القيام به، باعتبار أن الرضا عن الأعمال الطبية يجد أساسه في إلزامية احترام الكيان الجسدي، بحيث لا يجب المساس به إلا للضرورة الطبية، ويتضمن ذلك طبيعة العلاج، المخاطر المتوقعة، مدة العلاج، وكذا المضاعفات التي ممكن أن تقع في حالة الرفض أو التهاون في أخذ العلاج، كما نصت عليه المادة

1- سلامة عبد الفتاح حلبية، أحكام عقد العلاج بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي دراسة مقارنة، د ط، الإسكندرية مصر، دار الجامعة الجديدة، 2009، ص 179.

23 من قانون الصحة 18-11: "يجب إعلام كل شخص بشأن حالته الصحية والعلاج الذي تتطلبه والأخطار التي يتعرض لها"[1]، وكذا المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة بشأن أسباب كل عمل طبي"[2]، ويعتبر التزام الطبيب بإعلام المريض واجب قانوني، كما أن هذه الالتزامات أساسها القانوني النصوص القانونية والتنظيمية التي تضفي عليها الصيغة الإلزامية، حيث أن تخلف رضا المريض يشكل أحد صور الخطأ الطبي، كما أشارت المادة 44 على حالة التقصير في حالة الخطر "يخضع كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض لموافقة المريض موافقة حرة و متبصرة ، أو لموافقة الأشخاص المخولين منها و من القانون ... والمقصود بعبارة "موافقة حرة و متبصرة"، تبصير المريض مسبقا قبل الحصول على الموافقة عن أي تدخل طبي ، كما ألزمت المادة 47 من مدونة أخلاقيات الطب الطبيب تحرير و صفاته بكل وضوح و أن يحرص على تمكين المريض أو المحيطين به من فهم وصفاته فهما جيدا كي لا يخطئ المريض عند تناوله للدواء في عدد الجرعات الواجب أخذها ، أو في الأوقات الواجب تناوله فيها[3].

إن الالتزام بالإعلام يلازم العلاقة الطبية في مراحلها المختلفة من تشخيص و علاج بل يمتد كذلك إلى المرحلة اللاحقة للعلاج، ويعني ذلك تبصير المريض عن طبيعة العلاج وإفادته بمعلومات واضحة ودقيقة عنه مع الإجتهاد في استيعاب المريض لها مع تقدير حالته المرضية إذا كانت تتطلب إعطاء معلومات تتناسب مع وضعه الصحي، ومدى تقبله والآثار النفسية المترتبة عنه، أي أن التبصير يكون نسبيا، والملاحظ أن أساليب التشخيص و أدواته قد تطورت تطورا كبيرا، و أصبحت أكثر مساسا بسلامة الجسم[4]، و زادت في ذات الوقت المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها المريض نتيجة استخدام هذه الأساليب، لذلك يتعين على الطبيب إعلام المريض بطريقة التشخيص الذي ينوي إخضاعه لها للتحقق مما يعاني منه ، ما دامت أنها تمثل مساس بسلامة جسمه، أما مرحلة العلاج فهي توصل الطبيب إلى تحديد المرض يعاني منه المريض; ويتضمن كذلك التزام بإعلام المريض بكل ما يتعلق بالعلاج الذي يقترحه عليه، إذ يتخذ العلاج أشكالا و صورا مختلفة، قد يكون عن طريق وصف أو تقديم أدوية ، وفي هذه الحالة يعتبر تدخلا علاجيا كيميائيا ، كما قد يكون تدخلا علاجيا

1- المادة 23 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 6.

2- المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 05 محرم عام 1413 الموافق ل 6 يوليو يتعلق بمدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية رقم 52 المؤرخة في 08 يوليو 1992، ص 1421.

3- فريحة كمال، المسؤولية المدنية للطبيب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2012، ص 76.

4- محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي، د ط، الإسكندرية مصر، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2006، ص 159.

جراحيا وعليه إعلام المريض بالنتائج الإيجابية المنتظر تحققها وعلى الطبيب إعلام المريض بالمخاطر المحتملة للعلاج أو العملية الجراحية.

4- حق المريض في حفظ أسراره

لقد نص المشرع الجزائري في المادة 36 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه :" يشترط في كل طبيب أو جراح أسنان أن يحتفظ بالسر المهني المفروض لصالح المريض و المجموعة إلا إذا نص القانون على خلاف ذلك"; كما أشارت المادة 24 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة إلى وجوب التزام الطبيب الحفاظ على السر الطبي، إذ نصت على "لكل شخص الحق في احترام حياته الخاصة وسر المعلومات الطبية المتعلقة به، باستثناء الحالات المنصوص عليها صراحة في القانون"، أما الفقرة الثانية فنصت : "ويشمل السر الطبي جميع المعلومات التي علم بها مهنيو الصحة".

إن الالتزام بالحفاظ على السر المهني هو التزام مفروض على كل طبيب يربطه بالمريض عقد علاج بوصفه طبيبا معالجا، ويعني الإفشاء بالسر هو كشفه و إطلاع الغير عليه، مع تحديد الشخص صاحب المصلحة في كتمانه، و يعني ذلك أن جوهر الإفشاء هو الإفضاء بمعلومات كافية و محددة[1]، إلى غير الأشخاص الذين يحق لهم قانونيا الإطلاع عليه .

كما أن كشف السر يتم بشتى الوسائل، كتابيا أو شفهيا، أو سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، كالنشر في الصحف و المجلات، أو إعطاء شهادات طبية للغير.

ثالثا: الحماية الصحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني

تعد حماية الصحة في الوسط التربوي أو بما يسمى الصحة المدرسية; من بين الإلتزامات التي أخذتها الدولة على عاتقها; وكذلك تعتبر من الأنشطة التي تهدف لحماية الصحة العمومية; وبالتالي فدور المدرسة لا ينحصر فقط في التربية و التعليم، بل يتعدى ذلك إلى كونه وسط للعناية بصحة المتمدرسين وهذا ينطبق على جميع أطوار المراحل الدراسية بما فيها تلاميذ المدارس، طلاب الجامعات وطلاب مراكز التكوين المهني.

1- تعريفات مختلفة للصحة المدرسية

- مجموعة من المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات المقدمة لكافة الطلاب والطالبات بهدف تعزيز صحتهم في سن مبكرة للإسهام في تعزيز صحة المجتمع، كما أن الصحة المدرسية تعد مجموعة برامج متخصصة تعود إلى برامج الصحة العامة، والصحة العالمية ويوجه اهتمامها للطلاب والطالبات بشكل مباشر[2].

1- الوثائق التي يجب أن توضع في الملف الطبي بنهاية كل إقامة في المستشفى و هي: تقرير الاستشفاء مع التشخيص لدى إخراج المريض من المستشفى ، و الوصفات المعطاة له عند خروجه.

2- موقع وزارة التعليم السعودية، الشؤون الصحية المدرسية.

تاريخ الزيارة: 2021/09/22.

وفي تعريف آخر للصحة المدرسية، فهي مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلاب في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس؛ والصحة المدرسية ليست تخصصاً مستقلا وإنما هي بلورة لمجموعة من العلوم والمعارف الصحية العامة كالطب الوقائي، علم الوبائيات، التوعية الصحية، الإحصاء الحيوي، صحة البيئة والتغذية، صحة الفم والأسنان والتمريض[1].

- كل ما يتعلق بصحة التلميذ المتمدرس من خدمات صحية وبرامج تثقيفية.
- علم يهتم بدراسة الأسباب الرئيسية للأمراض التي تصيب الأطفال أثناء مرحلة الدراسة.
- هي مجموعة من المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات المصممة لتعزيز صحة الطلاب في سن المدرسة وصحة المجتمع من خلال المدارس.

2- تقنين الصحة المدرسية في المؤسسات التربوية

كان أول تقنين للصحة المدرسية بداية من المنشور صدر في 1983/11/21 الذي أكد على وجوب الاهتمام بصحة الطفل في الوسط المدرسي، ثم صدر المنشور الوزاري رقم 05 مؤرخ في 1985/01/22 الذي يلزم التكفل بالأمراض المكتشفة من طرف المصالح المختصة والتنسيق بين قطاعات البلدية، القطاع الصحي، الولاية، وزارة التربية، ثم القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1987/06/21 المتعلق بشروط العزل والحماية الصحية في حال الإصابة بمرض معدي في المؤسسات التعليمية، التعليمة الوزارية المشتركة رقم 175 المتضمن لإجبارية تكوين مجلس صحي على مستوى كل مؤسسة تعليمية بالولاية، التعليمة 176 الصادرة عن ملتقى بجاية في جانفي 1989 المتضمنة ضرورة وضع سجل صحي على مستوى كل مؤسسة، ملتقى سيدي فرج المنعقد بتاريخ من 20 إلى 1994/04/22 المتضمن إعادة تنظيم الصحة المدرسية والمنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 1994/04/06 المتضمن مخطط إعادة تنظيم الصحة المدرسية; الذي منه جاءت فكرة إنشاء وحدة الكشف والمتابعة.

ولقد أشارت المادة 94 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، على مسؤولية الدولة في ضمان الصحة على مستوى مؤسسات التربية حيث نصت: " تضمن الدولة حماية وترقية الصحة في الوسط التربوي والجامعي وفي التكوين المهني، عبر أعمال وبرامج صحية ملائمة"[2].

وكذا التعليمة الوزارية المشتركة رقم 02 مؤرخة في 11 ديسمبر 2019 التي تتعلق بالبرنامج الوطني للصحة المدرسية وصحة الفم والأسنان في الوسط المدرسي.

---

https://moe.gov.sa/ar/education/generaleducation/Pages/SchoolHealth.aspx

1- عمر بن شريك، زعتر نور الدين، نحو ترقية دور "وحدة الكشف والمتابعة الصحية S.D.U" في تعزيز حقوق الطفل من وقاية وعلاج وتثقيف صحي في الوسط المدرسي، جامعة زيان عاشور الجلفة، ص 100.
https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/236/2/1/94529

2- المادة 94 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 11.

وقد نظم المشرع الجزائري الحماية الصحية في الوسط التربوي بموجب المادة 95 من القانون 18-11 بنصها "تهدف حماية الصحة وترقيتها المذكورتان في المادة 94 أعلاه إلى حفظ صحة التلاميذ والطلبة والمتربصين وترقيتها، من خلال ما يأتي[1]:

- مراقبة حالتهم الصحية ومتابعة التكفل بالأمراض التي تمّ الكشف عنها،
- مراقبة الأمراض ذات التصريح الإجباري والوقاية من الآفات الاجتماعية،
- نشاطات التربية من أجل الصحة،
- النشاطات العلاجية الجوارية،
- مراقبة سلامة المحلات والملحقات التابعة لكل مؤسسة تعليم و تكوين،
- التلقيحات الإجبارية.

3- وحدة الكشف والمتابعة

تعززت المؤسسات التعليمية بإنشاء لجان تنسيق بين وزارات كل من التربية، التكوين المهني والتعليم العالي تسمى هياكل الكشف و المتابعة، وهي مقرات طبية صحية موجودة في كل في ثانوية أو إكمالية أو مؤسسة ابتدائية أو حتى في قطاع صحي، حيث نشأت فكرة إنشاء هذه اللجان أثناء أشغال ملتقى جمع ممثلو وزارات التربية، الصحة والحماية الإجتماعية في الفترة بين 20 و 1991/04/22 والذي كان محور نقاشه حول تعزيز الخدمات الصحية في المؤسسات التعليمية، وتم تشريع النص القانوني المتعلق بإنشاء وحدة الكشف والمتابعة بموجب المنشور الوزاري المشترك رقم 01 بتاريخ 1994/04/06 المتعلق بمخطط إعادة تنظيم الصحة المدرسي; وتمت الدعوة إلى إنشاء هياكل صحية على مستوى كل مؤسسة تعليمية، والهدف من الوحدة هو ترقية الصحة البدنية و النفسية للأطفال والمراهقين ووضع استراتجيات للتكفل بصحة التلاميذ في الوسط التربوي; وتتشكل هذه الهياكل من فريق طبي يتكون من :طبيب عام، جراح أسنان، أخصائي نفساني وممرضين، كما تتوفر على تجهيزات من شأنها أن تساعد الفرقة الطبية على القيام بمهامها في ظروف ملائمة، وقد أشارت المادة 96 من قانون الصحة عليها في المادة 96; حيث نصت "تضع وزارة الصحة، بالتنسيق مع وزارات التربية والتكوين المهني والتعليم العالي، هياكل كشف ومتابعة، وتسند نشاطات الكشف عن صحة التلاميذ والطلبة والمتربصين ومتابعتها إلى المستخدمين الطبيين، بما فيهم النفسانيون وشبه الطبيين المعيّنين في هياكل الكشف والمتابعة المنشأة لهذا الغرض; بالتعاون مع مؤسسات التربية والتعليم العالي والتكوين المهني[2].

وتضمن الجماعات المحلية والمؤسسات التابعة للوزارات المذكورة في الفقرة أعلاه، الوسائل لذلك.

1- المادة 95 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 11.

2- المادة 96 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 11.

أ- مهام وحدة الكشف و المتابعة

إن مهام وحدة الكشف و المتابعة هي الإشراف على الأنشطة الوقائية و العلاجية والنشاطات المتعلقة بالتحسيس والتوعية في المجال الصحي بما فيها:

- ضمان فحوص طبية منتظمة للتلاميذ.
- التكفل بالإصابات المكتشفة ومتابعتها.
- ضمان زيارات منتظمة للمؤسسات التعليمية للمحافظة على النظافة والوقاية.
- مراقبة نظافة المياه والمحيط.
- تحسين نوعية الخدمات ومستوى التغطية الصحى.
- تنمية النشاطات الوقائية وأعمال الصحة.
- ترقية التربية الصحية في الوسط المدرسي.
- تجسيد عملية مكافحة الآفات الإجتماعية داخل المؤسسات التعليمية[1].
- نشاطات الخدمات العلاجية.
- ضرورة الإبلاغ عن الأمراض التي ممكن أن تحدث للتلاميذ خلال السنة المدرسية وهي مهمة يتكفل بها أولياء التلاميذ أو المربين، إنشاء دفتر صحي ونظام فعال خاص بكل تلميذ ومتابعة كل حالة، مراجعة الحالات النفسية للتلاميذ.
- توجيه الحالات المرضية المعدية.
- إحصاء حالات المرضية المتعلقة بالحواس السمعية، البصرية والنطقية.
- السهر على نظافة الوسط في المؤسسات التربوية وخاصة على مستوى الداخليات، و المطاعم المدرسية.
- التكفل بالحالات النفسية للتلاميذ، وكذا الحالات الاجتماعية.
- القيام بحملات تلقيح لفائدة التلاميذ ويشارك في العملية المصالح الخاصة بالصحة متمثلة في مصالح مكافحة الأوبئة و الطب الوقائي بالتنسيق مع المؤسسات التربوية.

ب- أطباء الصحة المدرسية

يمكن للأطباء العموميين للصحة المدرسية; أن يمارسوا نشاطهم الطبي على مستوى وحدات الكشف والمتابعة الموجودة في المؤسسات التربوية، ويتم ذلك عن طريق نظام المداومة، وفيما يتعلق بمهام والتزامات أطباء الصحة المدرسية فقد نظمته التعليمة الوزارية المشتركة رقم 02 المؤرخة في 28 ماي 2000، ويقوم أطباء الصحة العمومية في الوسط المدرسي بمهام التشخيص والعلاج، الوقاية

1- منتدى الجلفة، الصحة في المؤسسات التعليمية. مقال منشور في 2011/04/11.
تاريخ الزيارة: 2022/09/20.
https://www.djelfa.info/vb/showthread.php?t=565137

العامة والوبائية، التربية الصحية وتكوين مستخدمي الصحة، أما فيما يخص برامج النشاطات فيقوم طبيب الصحة المدرسية في بداية كل سنة دراسية بإعداد البرنامج السنوي لنشاطات الصحة المدرسية بالتعاون مع الطبيب المنسق للصحة المدرسية ومدراء المؤسسات التربوية المعنية، ويتعلق البرنامج السنوي بإعداد نشاطات الصحة السنوية في بداية كل سنة دراسية الذي من خلاله يتم تحديد الأفواج التي يقترحها الأطباء لإجراء فحوصات للتلاميذ الموجودين بها; وتشمل كل الأقسام البيداغوجية; ويحدد كذلك هذا البرنامج السنوي نشاطات المتابعة، التربية الصحية، التلقيح ومراقبة النظافة والملائمة الصحية في المؤسسات التربوية التابعة لوحدة الكشف والمتابعة، كذلك يقوم طبيب الصحة المدرسية بمهمة التلقيح في الوسط المدرسي بالتنسيق مع الطبيب المنسق للصحة المدرسية; رئيس مصلحة مكافحة إنتشار الأوبئة والطب الوقائي; ومدراء المؤسسات التربوية التابعة لوحدة الكشف والمتابعة، كذلك تعتبر مراقبة النظافة والملائمة الصحية من مهام أطباء الصحة المدرسية وذلك من خلال تنسيقها مع مكتب النظافة البلدي، أما فيما يخص شهادة الإعفاء من ممارسة الرياضة التي هي من صلاحية طبيب الصحة المدرسية; فهي لا تمنح إلا بعد إجراء فحص طبي للتلميذ والأخذ برأي الطبيب المختص إن دعت الضرورة لذلك.

أما فيما التقارير الشهرية التي يقدمها طبيب الصحة المدرسية; فهو ملزم بها حيث يقوم بقديم تقرير شهري إلى مصلحة الأوبئة والطب الوقائي بالقطاع الصحي، وكذا إعداد حوصلة وتقارير النشاطات ويضمن كذلك المتابعة لكل التلاميذ الواجب التكفل بهم خلال عطلتهم المدرسية.

ج- المجلس الصحي

على إثر الملتقى المتعلق بالصحة المنعقد في مدينة بجاية من يوم 3 إلى 5 جانفي 1989 وطبقا للمنشور الوزاري المشترك رقم 175 المؤرخ في 1989/12/27 المتعلق بتنسيق أنشطة حماية الصحة في الوسط المدرسي، تم إصدار القرار الوزاري رقم 410 المؤرخ في 15 جانفي 1990، الذي بموجبه تم تقرير إجبارية تكوين مجلس صحي على مستوى كل مؤسسة تعليمية، حيث يتشكل من أعضاء دائمين وأعضاء معنيين أو منتخبين وأعضاء مستشارين وهم[1]:

- أعضاء ذوي الحقوق

* رئيس المؤسسة –رئيسا-
* الطبيب المكلف بالصحة بالمؤسسة.
* التقني في الصحة المكلف بالمكتب البلدي للصحة لمؤسسات الطور الثالث و الثانويات فإن المراقب العام والمقتصد يعتبران أعضاء ذوي الحقوق.

1- القرار الوزاري رقم 410 بتاريخ 1990/01/15 المتعلق بإنشاء المجالس الصحية بالمؤسسات التعليمية إجباريا.
موقع تحميل القرار:
https://up.educafile.com/do.php?filename=159482183138021.pdf

- أعضاء منتخبين أو معينين

* ممثل الموظفين المعلمين.

* رئيس جمعية أولياء التلاميذ.

- أعضاء مستشارين:

يمكن للمجلس ، بصفة استشارية أن يدعو لحضور اجتماعات كل شخص فيه الكفاءة ويمكنه مساعدة المجموعة في أعمالها.

د- صلاحيات المجلس الصحي

- يضمن مجلس الصحة مراقبة الحالة الصحية للتلاميذ والمرافق المدرسية.
- يعطي رأيه في التنظيم العام للمؤسسة في الميادين الصحة.
- يسهل عملية التطبيق الفعلي للتعليمات الواردة في هذا الشأن.
- يقدر النتائج و يقوم بتحليلها.
- يقدم الاقتراحات حول جميع المسائل ذات العلاقة الصحية.
- يساهم و بدون انقطاع في حل المشاكل الصحية للمجموعة التربوية وحصر ما يجب تغييره وتصحيحه أو تطويره.
- يسهر على صحة وأمن وسلامة كل من يعيش بالمؤسسة التعليمية.
- يمنح التحسينات والتسهيلات لإطار العمل كالمرافق والتجهيزات.

هـ- اجتماعات مجلس الصحة

يجتمع المجلس على الأقل مرة كل فصل باستدعاء من رئيسه الذي يحدد جدول الأعمال ويوقع محضر جلسة العمل، حيث يقوم عضو من المجلس بمهمة كاتب الجلسة و تحفظ مداولات المجلس في سجل يخصص لهذا الغرض، ويمكن للمجلس عقد اجتماع طارئ باستدعاء من طرف رئيسه أو بطلب من طرف بعض الأعضاء.

و- أهداف الصحة المدرسية

من خلال التعليمة الوزارية المشتركة رقم 02 المؤرخة في 11 ديسمبر 2019[1]، تتضمن الأهداف الواجب تحقيقها:

- تغطية صحية من خلال:

* القيام بالزيارات الطبية لفائدة تلاميذ الأطوار الثلاثة ابتدائي، متوسط و ثانوي.

* التكفل الصحي بالأمراض المكتشفة بين التلاميذ.

1- التشريع المدرسي الجزائري، أهم القوانين و القرارات الخاصة بالمنظومة التربوية، مقال منشور في 2020/02/03. تاريخ الزيارة: 2022/09/19.
https://www.facebook.com/photo/?fbid=2200532173574682&set=pcb.2200532776907955

* القيام بالعلاج الوقائي من خلال القيام بعمليات تلقيح بإتباع رزنامة التلقيح الوطنية.

* القيام بحملات توعية وتثقيف صحي حتى يتمكن التلميذ من اكتساب معلومات يعتمدها ويحافظ بها على صحته.

- الظروف الملائمة للدراسة من خلال:

* تهوية أماكن فترة الإقامة على مستوى كل من الأقسام، المطاعم، المراحيض و غرف النوم بالنسبة للداخليين.

* توفير المياه ومواد النظافة والمطهرات والصابون.

* النظافة على مستوى الإطعام والوجبات المقدمة وتشمل; نظافة عمال المطعم وأماكن الإطعام وشروط تخزين المواد الغذائية.

أما النشاطات الواجب إنجازها فتتمثل في:

حيث أن مديرو المؤسسات العمومية مكلفون بالسهر على انجاز نشاطات الكشف والمتابعة بالتنسيق مع مفتشي المقاطعات، مديري مؤسسات التربية والتعليم ورؤساء المجالس الشعبية البلدية بالتعاون مع منسقي الصحة المدرسية، ويتم إشراك مستخدمي قطاع التربية من مفتشين و أساتذة في نشاط فرق الصحة المدرسية، كذلك يتم تنظيم نشاطات صحية على مستوى المناطق النائية تقوم بها فرق متنقلة للصحة المدرسية; ومن بين هذه النشاطات الصحية; هناك التلقيح لفائدة التلاميذ، أما فيما يتعلق بالنقل إلى وحدات الكشف والمتابعة، فعلى الجماعات المحلية أن تضمن هذه العملية وذلك بمرافقة أستاذ يتم تعيينه من طرف مدير المؤسسة.

أما فيما يخص العطل المدرسية فنشاط وحدات الكشف والمتابعة يبقى ساري; ويقوم أثناء هذه الفترة منسق الصحة المدرسية بإعداد برنامج ثم يرسله إلى مدير المؤسسة العمومية للصحة ويقوم هذا الأخير بعرضه على وحدات الكشف والمتابعة وإلى مديري المؤسسات ليتم في الأخير إعلام التلاميذ به وإستدعائهم قبل حلول العطل المدرسية ويتم كذلك إعلام أولياء التلاميذ أثناء فترة تسليم كشوف النقاط عن الحالة الصحية لأبنائهم; وعن نشاط وحدات الكشف والمتابعة أثناء العطل المدرسية.

رابعا- الحماية الصحية خاصة بفئة معينة

1- الحماية الصحية للسجناء

لقد نظم المشرع الجزائري في القانون رقم 05-04 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الإجتماعي للمحبوسين فرع تحت عنوان الرعاية الصحية; وكانت البداية من المادة 57 التي نصت على : "الحق في الرعاية الصحية مضمون لجميع فئات المحبوسين"[1].

1- المادة 57 من القانون رقم 05-04 المؤرخ في 27 ذي الحجة عام 1425 الموافق 6 فبراير 2005، يتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الإجتماعي للمحبوسين، الجريدة الرسمية العدد 10 المؤرخة في 13 فبراير 2005، ص 16.

وباعتبار أن حقوق الإنسان هي حقوق ثابتة ترتقي فوق أي اعتبارات أخرى، فقد ألزمت التشريعات الدولية و الوطنية على حق الإنسان في الصحة دون تمييز سواء كان ذلك بين مسلوبي الحرية أو بين غيرهم من الأفراد خارج السجن، وعلى هذا الأساس أكدت هذه التشريعات على حق السجناء في التمتع بكامل حقوقهم الشخصية التي يتمتع بها الأفراد العاديون وعلى قمة هذه الحقوق الرعاية الصحية وهي تعتبر جانب أساسي من حياة السجين أثناء تواجده في المؤسسة العقابية، وقد أقر التشريعات الجزائرية على هذه المسألة وبالأخص قانون السجون حيث نصت المادة 57 من قانون السجون السالف الذكر على: "الحق في الرعاية الصحية مضمون لجميع فئات المحبوسين"، وكذا المادة 101 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة التي نصت على: " تضع الدولة برنامجا وطنيا للصحة في الوسط العقابي; يشمل النشاطات التي تسمح بوقاية صحة المحبوسين وحمايتها وترقيتها وحفظها والعلاج الإستعجالي والعلاج القاعدي والتكفل بالأمراض التي تم الكشف عنها، والوقاية من الأخطار الوبائية والمساعدة النفسية"[1].

إن الرعاية الصحية داخل المؤسسة العقابية تلعب دور فعال في المحافظة على الصحة العامة في المجتمع، لكون تفشي الأمراض بين المحبوسين سرعان ما ينتقل إلى خارج المؤسسة العقابية بطرق متنوعة; منها على سبيل المثال فضلات المؤسسة التي تلقى خارجها، وللزيارات العائلية المحكوم عليهم، وكذلك العاملون الذين يمضون وقت فراغهم خارج جدران المؤسسة والمفرج عنهم الذين يغادرونها[2].

وتتواجد مصلحة للخدمات الطبية في هذه المؤسسات، ما يجعل السجين يستفيد من خدماتها، وقد أكدت الفقرة الثانية من 57 على هذا حيث نصت : "يستفيد المحبوس من الخدمات الطبية في مصلحة المؤسسة العقابية، وعند الضرورة في أي مؤسسة استشفائية أخرى"[3].

كما أكدت المادة 58 من القانون السابق الذكر على وجوبية الفحص الطبي بمجرد دخول السجين للمؤسسة العقابية، "يتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفساني عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه، وكلما دعت الضرورة لذلك"، حيث يقوم بمهمة الفحص مستخدمو الصحة مثلما أشارت له الفقرة 2 من المادة 101 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة حيث نصت : "يتولى القيام بهذه النشاطات مستخدمو الصحة في مصالح الصحة للمؤسسات العقابية و/أو في الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة"[4].

1- المادة 101 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 12.

2- جمال شعبان، حسين علي، معاملة المجرمين وأساليب رعايتهم، دراسة مقارنة، ط 1، الإسكندرية مصر، دار الفكر الجامعي، 2012، ص 209.

3- المادة 57 من القانون رقم 05-04 مرجع سابق، ص 16.

4- المادة 101 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 12.

ومن أجل تعزيز الرعاية الصحية والتكفل بالمسجونين، تم إنشاء عيادات و قاعات علاج داخل كل المؤسسات العقابية، وقبل هذا كانت الرعاية الصحية على مستوى السجون تتم عن طريق انتداب أطباء من قبل المستشفيات، كما يجب أن تتوفر مباني المؤسسات العقابية على مقومات الحياة الصحية السليمة من تهوية، إضاءة، تدفئة، وكذا توفير أماكن للاغتسال، وأيضا تجنيب السجناء الاكتظاظ لمنع انتشار الأمراض.

كما يستفيد المسجون من الرعاية الصحية أثناء فترة تواجده في السجن من خلال الفحوصات الدورية لتفادي انتقال الأمراض المعدية وقد أشارت لهذا المادة 59 حيث نصت : "تقدم الإسعافات و العلاجات الضرورية للمحبوس، و تجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحاليل للوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية، تلقائيا".

ويلعب الطبيب دورا أساسيا في الرعاية الصحية للمسجونين مثلما أشارت له المادة 60 حيث نصت على : "يسهر طبيب المؤسسة العقابية على مراعاة قواعد الصحة والنظافة الفردية والجماعية داخل أماكن الاحتباس"[1].

كما أضاف المشرع الجزائري مسؤولية أخرى على عاتق الطبيب تتمثل في تفقده لوسط المؤسسة العقابية وإمكانية ملائمته بحيث لا يؤثر سلبا على صحة المحبوسين، جاء هذا في الفقرة الثانية من المادة السابقة الذكر : "وعلى طبيب المؤسسة العقابية أن يتفقد مجموع الأماكن بها، ويخطر المدير بكل معاينة للنقائص، أو كل الوضعيات التي من شأنها الإضرار بصحة المحبوسين"[2].

2- الحماية الصحية للمعوقين

يشكل الأشخاص المعوقون شريحة مهمة من المجتمع; لذا فإن حماية حقوقهم; تعد من أهم الالتزامات المرتبطة بحقوق الإنسان، وتحتاج هذه الفئة للمساعدة و الرعاية و التأهيل; لأن ظروفهم الصحية تحد من قدراتهم وإمكانيتهم في ممارسة نشاطهم الإجتماعي والمهني، وقد دفعت هذه الظروف الصحية العديد من الدول للمباشرة في إظهار العناية والإهتمام بهذه الفئة; من خلال التطرق إلى حقوقهم ضمن مجموعة من النصوص القانونية; في خطوة لرد الإعتبار لهم; وكذا لحمايتهم من اللامبالاة و التهميش، وبالأخص فيما يتعلق بالرعاية الصحية; التي تعتبر في هرم هذه الحقوق، وفيما يخص التشريع الجزائري; نلتمس هذه الحماية من خلال القانون رقم 02-09 المتعلق بحقوق الأشخاص المعوقين وترقيتهم، وأيضا من جاء به القانون رقم 18-11 الذي يتعلق بالصحة وخاصة المواد 86، 87 و 88.

بداية وقبل التطرق لحق الصحة لفئة المعوقين لابد من إعطاء تعريف لمصطلح إعاقة.

1- المادة 60 من القانون رقم 05-04 مرجع سابق، ص 17.

2- الفقرة 2 من المادة 60 من القانون رقم 05-04، نفس المرجع، ص 17.

أ- تعريفات الإعاقة

- تعريف الأمم المتحدة

يقصد بكلمة "المعوق" أي شخص عاجز عن أن يؤمن بنفسه، بصورة كلية أو جزئية، ضرورات حياته الفردية و/أو الاجتماعية العادية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية[1].

- تعريف منظمة الصحة العالمية

هو مصطلح يغطي العجز، والقيود على النشاط، ومقيدات المشاركة. والعجز هي مشكلة في وظيفة الجسم أو هيكله، والحد من النشاط هو الصعوبة التي يواجهها الفرد في تنفيذ مهمة أو عمل، في حين أن تقييد المشاركة هي المشكلة التي يعاني منها الفرد في المشاركة في مواقف الحياة، وبالتالي فالإعاقة هي ظاهرة معقدة، والتي تعكس التفاعل بين ملامح جسم الشخص وملامح المجتمع الذي يعيش فيه أو الذي تعيش فيه."

- تعريف منظمة اليونيسيف (المادة 1)

كل من يعانون من نواحي ضعف طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

المعاق بشكل عام هو الشخص الذي لا يستطيع القيام بعمل ما إلا بمساعدة الغير حتى تسهل ظروف حياته لتأدية وظائفه بشكل مستقل، ومنه وحسب هذا التعريف أو هذا التصنيف فإن كل البشرية على سطح الكرة الأرضية معاقة بشكل أو آخر،لأن كل فرد أيا كان بحاجة إلى مساعدة في أي مجال من المجالات لكي يقوم بواجبه خير قيام،فكلنا معاقون وكلنا من ذوي الإحتياجات الخاصة[2].

- التعريفات التشريعية الجزائرية

*** من خلال القانون الصحة السابق رقم 05-85 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها[3] (الملغى)**

عرفت المادة 89 منه بما يلي: "يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي:

- إما نقص نفسي أو فسيولوجي.

1- اعتمد هذا التعريف ونشر علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447 (د-30) المؤرخ في 9 كانون الأول / ديسمبر 1975.

2- موقع الميادين، مفهوم الإعاقة والمعاق (المعوق).

تاريخ الزيارة: 2021/10/10.

https://www.almayadeen.net/articles/blog/805921 -المعوق--والمعاق-الإعاقة-مفهوم/

3- القانون رقم 85-05، مرجع سابق، ص 184.

– إما عجز ناتج عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري.
– وإما عاهة تحول دون حياة اجتماعية أو تمنعها.

*** من خلال القانون رقم 02–09 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم[1]**

جاء القانون رقم 02–09 تشريعا في مجال حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وكذا ليؤكد على سياسة الدولة في مجال حماية حقوق إلى حماية الفئات الخاصة من بينهم فئة المعاقين، حيث عرفت المادة 02 منه المعوق بأنه: "كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدراته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية أو الإجتماعية نتيجة إصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية الحسية"[2].

وحسب المادة 10 فإن الإعاقة تكون بناء على لجنة طبية متخصصة; حيث نصت على : "تنشأ لدى المصالح الولائية لجنة طبية ولائية متخصصة تتشكل من خمسة (5) أعضاء على الأقل يتم اختيارهم من ضمن الأطباء الخبراء"[3].

ويعتبر التصريح بالإعاقة إجراء إلزامي لدى المصالح الولائية المكلفة بالحماية وقد نصت المادة 13 على ذلك: "التصريح بالإعاقة إلزامي لدى المصالح الولائية المكلفة بالحماية الإجتماعية"[4]، ومعناه وجوب إعلام المصالح المختصة بوجود إعاقة في حين ظهورها باعتبار أن الإعاقة تكون إما مكتسبة أو فطرية فيتم التطفل بها، وقد أشارت الفقرة الثانية من المادة السابقة لذلك حيث نصت: "يجب على أولياء الأشخاص المعوقين أو من ينوب عنهم قانونا ومستخدمي الصحة أثناء ممارسة وظائفهم وكذا كل شخص معني، التصريح بالإعاقة فور ظهورها أو كشفها لتمكين الجهات المعنية من التكفل بها في حينها"[5].

ب– الحقوق الصحية لفئة المعوقين

– الحق في الحماية

فيما يخص حماية الأشخاص المعوقين; فهو ماء جاء في المادة الثالثة من القانون 02–09 المتعلق بحماية المعوقين، فقد تطرق المشرع الجزائري إلى آليات الحماية عن طريق الكشف المبكر عن الإعاقة، عن ضمان العلاج و ضمان المساعدات التقنية بهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى ما يأتي :

1– القانون رقم 02–09 المؤرخ في 25 صفر عام 1423 الموافق 8 مايو 2002، يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين و ترقيتهم، الجريدة الرسمية العدد 34 المؤرخة في 14 مايو 2002.

2– المادة 02 من القانون رقم 02–09، المرجع نفسه، ص 7.

3– المادة 10 من القانون رقم 02–09، المرجع نفسه، ص 8.

4– المادة 13 من القانون رقم 02–09، المرجع نفسه، ص 9.

5– الفقرة 2 من المادة 02 من القانون رقم 02–09، المرجع نفسه، ص 9.

– الكشف المبكر الإعاقة و الوقاية منها ومن مضاعفاتها.

– ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وعادة التكييف.

– ضمان الأجهزة الاصطناعية و لواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص المعوقين وكذا الأجهزة و الوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة

أما القانون 18–11 المتعلق بالصحة; فقد تطرق فيه المشرع للأشخاص المسنون المصابون بالإعاقة وقد شملهم بالإستفادة من الحماية حيث نصت الفقرة أولى من المادة 86 منه على :" يستفيد الأشخاص المسنون، لاسيما المصابون بأمراض مزمنة أو المعوقون من كل الخدمات المتعلقة بالعلاج وإعادة التكييف و التكفل النفسي التي تتطلبها حالتهم الصحية"[1].

أما المادة 87 فهي لا تختلف عن المادة 86 التي كفل فيها المشرع الرعاية الصحية للأشخاص المسنين المصابون بالإعاقة عن طريق الوسائل المادية المتمثلة في مؤسسات الصحة; حيث نصت على: "تضمن هياكل مؤسسات الصحة التكفل بالإحتياجات الصحية للأشخاص المسنين، لاسيما أولئك المعوقين و/أو الذين هم في تبعية، بواسطة مستخدمين مؤهلين وكل وسيلة أخرى بما في ذلك العلاج و الإستشفاء في المنزل"[2].

وقد استخدم المشرع مصطلح الأشخاص الذين هم في وضع صعب في المادة 88 من نفس القانون في اشارته للأشخاص المعوقون المشمولون بالحماية; حيث نصت على حماية الأشخاص في وضع صعب; (يعتبر أشخاصا في وضع صعب، لاسيما: "الأشخاص ذوو الدخل الضعيف، لاسيما الأشخاص المعوقون أو الذين يعيشون في ظروف مادية واجتماعية و/أو نفسية هشة تهدد صحتهم العقلية والبدنية").

– الحق في الوقاية

إن الوقاية من الإعاقة هي مرحلة سابقة، وقد اشار لها المشرع في المادة 11 من القانون 02–09 كوسيلة لتفادي التعرض لها عبر مجموعة من الاليات مثل الاعلام و التحسيس حيث نصت :"تتم الوقاية من الاعاقة بواسطة اعمال الكشف وبرامج الوقاية الطبية وحملات الاعلام والتحسيس تجاه المواطن حول العوامل المسببة للاعاقة او في تشديدها"، وتعتبر الكشف آلية أخرى للوقاية من الإعاقة وتم التطرق لها من خلال المادة 12 حيث نصت :"زيادة على تدابير الوقاية من الاعاقة وكشفها المتعلقة بحماية الصحة وترقيتها والمنصوص عليها في التشريع، يتم كشف بواسطة اعمال طبية–اجتماعية مبكرة وتحاليل واختبارات وفحوص طبية بهدف التعرف على الاعاقة وتشخيصها قصد التكفل بها وتقليص أسبابها وحدتها".

1– المادة 86 من القانون رقم 18–11، مرجع سابق، ص 10.

2– المادة 87 من القانون رقم 18–11، مرجع سابق، ص 10.

- الحق في التأمين الإجتماعي

طبقا لأحكام القانون رقم 83/11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالقانون رقم 08/11، فقد أشارت المادة 05 منه على :"يستفيد من الأداءات العينية ... ب- الأشخاص المعوقون بدنيا أو عقليا الذين لا يمارسون أي نشاط مهني"[1].

وتطبيقا لأحكام القانون 11-83 السالف الذكر فإنه يقع على عاتق الدولة ممثلة في مصالح النشاط الاجتماعي إدماج الشخص المعاق غير المؤمن إجتماعيًا في منظومة الضمان الإجتماعي بإعتباره من الفئات الخاصة، فيستفيد من التعويض عن العلاج والدواء حتى بعد بلوغه سن الرشد.

كذلك يمكنه من أن يستفيد من مختلف الإمتيازات التي يمنحها الصندوق لهذه الفئة كالحصول على الأعضاء الإصطناعية والكراسي المتحركة; وإجراء العمليات الإجتماعية ومواصلة المتابعة الطبية.

أما المادة 04 من القانون 02-09 فقد أشارت :"يعتبر تجسيد الأهداف المنصوص عليها في المادة 3 أعلاه، إلتزاما وطنيا"[2].

تتظافر جهود وتدخلات الأسرة ومن ينوب عن المعوقين قانونا والدولة و الجماعات الإقليمية والمؤسسات العمومية وهيئات الضمان الإجتماعي والجمعيات والتجمعات والهيئات العمومية والخاصة والأشخاص الطبيعيين; لتجسيد هذا الإلتزام قصد ضمان الحماية للأشخاص المعوقين وترقيتهم لاسيما الإستقلالية التي هم قادرين عليها والإندماج الإجتماعي والمهني الملائم"،

وباستقراء نص المادة 3 من القانون 02-09 نجد أن الفقرتين الثالثة والرابعة منه لها علاقة مباشرة بالحق في التأمين، وهي:

- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف.
- ضمان الأجهزة الإصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية، لفائدة الأشخاص المعوقين، وكذا الأجهزة و الوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة.

ولم يشير المشرع الجزائري إلى الحق في التأمين لفائدة المعوقين; هل يكون مقتصر في الفقرة 3 المتعلق بضمان العلاج وإعادة التدريب والتكييف الوظيفيين; أو في الفقرة 4 المتعلقة بضمان الأجهزة الإصطناعية والمساعدات التقنية أم في نص الفقرتين كليهما ؟

والمؤكد أن هيئة الضمان الإجتماعي تدخل ضمن المؤسسات الملزمة بحماية الأشخاص المعوقين من خلال مجموع القوانين المشار إليها أعلاه وهي ضمان إما الإستفادة من الأداءات العينية

1- المادة 05 من القانون رقم 11-83، المؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، الجريدة الرسمية العدد 28، المؤرخة في 5 يوليو 1983، المعدل والمتمم بالقانون رقم 11-08، المؤرخ في 2011/06/05، الجريدة الرسمية العدد 32 ، المؤرخة في 08 يونيو 2011.

2- المادة 04 من القانون رقم 02-09، مرجع سابق، ص 8.

وضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي أو ضمان الأجهزة الإصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية أو الإستفادة منها كلها.

3- الحماية الصحية للأمومة و الطفولة

نصت المادة 69 من قانون الصحة على ما يلي : "تضمن حماية صحة الأم و الطفل بواسطة كل التدابير الطبية والنفسية والإجتماعية والتربوية والإدارية التي تهدف، لاسيما إلى ما يأتي:

- حماية صحة الأم قبل وأثناء وبعد الحمل.
- ضمان الظروف الصحية للطفل ونموه"[1].

وبالتالي فإن حماية الأمومة و الطفولة تشمل و تغطي مراحل الحمل، الولادة، الأيام الأولى لحياة الطفل وتهدف إلى الحماية الصحية للأم أثناء مدة الحمل حتى مرحلة الوضع وبعده; وإلى حماية صحة الطفل.

وتطرقت المواد من 69 إلى 83 لقانون الصحة في القسم الأول المعنون حماية صحة الأم والطفل إلى عناصر تتعلق بصحة الأم والطفل وهي:

- برامج مكافحة الوفيات لدى الأم والطفل، حيث أشارت لها المادة 70 من قانون الصحة وفيها نصت: "تشكل برامج مكافحة الوفيات لدى الأم والطفل أولوية للصحة العمومية، وتنفذها هياكل ومؤسسات الصحة"[2].

وفي هذا السياق فقد أحيت الجزائر يوم الاثنين الموافق ل 2022/09/05 اليوم العربي للصحة، وتم تنظيمه تحت شعار "صحة الأم والطفل: من أجل الوصول الشامل والجيد "، حيث عكفت وزارة الصحة على جعل اليوم العربي للصحة الذي تم انعقاده يوم 01 مارس 2018 خلال الدورة العادية لمجلس وزراء الصحة العرب يوما خاصا بالتوعية والتثقيف; وكذا المجالين اللذين تم فيهما إحراز تقدم و المجال الذي يتطلب بذل المزيد من المجهودات لتحسين الحالة الصحية للسكان.

وحسب البروفيسور مصطفى خياطي رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث فإن برنامج مكافحة الوفيات لدى الرضع والأمهات الحوامل يسجل نجاحا تصاعديا، حيث أشارت الأرقام في الجزائر المقدمة من مصدر في وزارة الصحة إلى أن نسبة وفيات الأمهات والرضع عرفت تراجعا حيث بلغت نسبة 18.9 سنة 2020 في كل 1000 ولادة حية بعد أن كانت تجاوزت نسبة 30 في الألف سنة 1999، في حين تراجعت نسبة وفيات الأمهات إلى 48.5 وفاة أم في كل 100 الف ولادة حية بعد أن كانت تبلغ نسبة من 117 وفاة أم في كل 100 ألف ولادة حية[3].

1- المادة 69 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 9.

2- المادة 70 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 9.

3- موقع الإذاعة الجزائرية، صحة، مقال منشور في 2022/09/05.

تاريخ الزيارة: 2022/12/16.

– التنظيم العائلي، وأشارت له المادة 71 من قانون الصحة، حيث نصت "يشكل التنظيم العائلي أولوية للصحة العمومية، ويساهم في الحفاظ على صحة الأم والطفل".

والمقصود بالتصميم العائلي familiale Planing ، (كلمة التحكم في الولادات هي الأقرب إلى الواقع) ، تنظيم النسل ويتم فيه استخدام الزوجين للوسائل المختلفة لمنع الحمل"[1].

وقد أكد مدير السكان بوزارة الصحة على ضرورة توعية النساء في سن الإنجاب بأهمية التباعد بين الولادات والتخطيط المسبق لها، وكان ذلك بمناسبة تنظيم يوم دراسي حول التنظيم العائلي الذي كان تحت شعار التنظيم العائلي بالجزائر..نحو رؤية موحدة " بتاريخ الثلاثاء 06 ديسمبر 2022، تنفيذا للاستراتيجية الوطنية للتخطيط العائلي التي سطرتها وزارة الصحة لسنوات 2017–2020.

والهدف من تنظيم هذه الفعالية تحسين التكفل التربوي ومستوى رفاهية الأسر بشكل عام، وكذا:

– الوصول إلى رؤية موحدة حول التخطيط العائلي.

– توعية المرأة في سن الإنجاب بفوائد استعمال موانع الحمل.

– رصد النقائص المسجلة في مجال استخدامات موانع الإنجاب.

– تحسين التكفل بصحة الأم وأبنائها.

– الفحص الطبي السابق للزواج، والتي أشارت له المادة 72 من قانون الصحة، حيث نصت:"الفحص الطبي السابق للزواج إجباري".

لقد أشارت المادة 07 مكرر من الأمر 02/05 المعدل لقانون الأسرة بإلزامية تقديم شهادة طبية من طرف المقبلين على الزواج تثبت خلوهما من الأمراض أو أي عامل يشكل خطرا والهدف هو حماية الأسرة من الأمراض الوراثية والمعدية وضمان إنجاب أطفال يتمتعون بصحة جيدة عقليا وجسديا[2].

ويمكن تعريف الفحص الطبي قبل الزواج على أنه مجموعة من الفحوصات الطبية التي تجرى للمقبلين على الزواج وذلك قبل إبرام العقد، تهدف للكشف عن الأمراض الوراثية والمعدية، وتقديم شهادة طبية تتضمن بيان وتوضيح لحالتهما الصحية[3]، كما ينظم المرسوم التنفيذي رقم 154/06

---

https://news.radioalgerie.dz/ar/node/14224

1– رزق الله عبد المجيد، تنظيم النسل، د ط، تونس، الشركة القومية للنشر والتوزيع، 1963، ص 7.

2– المادة 07 مكرر من قانون رقم 11/84 المتضمن قانون الأسرة، ج ر عدد 24، المؤرخة في 9 يونيو 1984، المعدل والمتمم بالأمر 02/05 المؤرخ في 27 فيفري 2005، ج.ر العدد 15، المؤرخة في 27 فيفري 2005.

3– بالمشري راضية، قندوز نادية، الفحص الطبي قبل الزواج بين الضرورة الحتمية والإشكالات القانونية في تطبيقه، المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية، المجلد السادس، العدد الثاني، تاريخ قبول المقال 2022/30/61، ص 332.

شروط و كيفيات تطبيق أحكام المادة 7 مكرر من القانون 84-11 المتضمن قانون الأسرة إجراء الفحص الطبي ويحتوي على 08 مواد وملحق يتضمن نموذج لشهادة طبية ما قبل الزواج[1].

لقد أوجب المرسوم التنفيذي 154/06 بموجب المادة 2 منه، المقبلين على الزواج تقديم شهادة طبية لا يزيد تاريخها على ثلاثة أشهر تثبت خضوعهما للفحوصات الطبية المنصوص عليها في هذا المرسوم، وقد بينت المادة 3 نوع الفحوصات الطبية التي يجب أن يخضع لها طالب الزواج، وألزمت الطبيب التأكد من خضوعه لها، والمتمثلة في فحص عيادي شامل، و تحليل فصيلة الدم ABO + rhésus ، بالإضافة إلى التحاليل التي تثبت خلو الطرفين من الأمراض المتنقلة والمعدية، المتمثلة في التهاب الكبد الفيروسي HBS، فيروس التيباركلوز أو السل T.P.H.A/B.W و فيروس السيدا HIV، والكشف عن بعض الأمراض الجنسية كالزهري والسيلان في حالات أخرى[2].

ونصت المادة 5 من المرسوم على تبليغ الطبيب الشخص الذي خضع للفحص بملاحظته ونتائج الفحوصات التي تم إجراؤها طبقا للمادة 3، ويتم إعداد شهادة طبية بذلك تسلم إلى المعني، وبعدها يقوم ضابط الحالة المدنية أو الموثق بالتأكد من علم الطرفين بنتائج الفحوصات الطبية وبالأمراض والعوامل التي قد تشكل خطرا يتعارض مع الزواج، وذلك من خلال الاستماع إلى كل منهما، مع ضرورة التأشير بذلك في العقد، ولا يجوز لكل من الموثق أو ضابط الحالة المدنية رفض إبرام عقد الزواج لأسباب طبية خلافا لإرداة المعنيين، هذا ما أشارت له المادة 7 من نفس المرسوم.

أما التشخيص ما قبل الولادة، وما بعد الولادة فقد أشارت لهما المادتين 75 و 76 من قانون الصحة حيث نصت المادة 75 على :"تعد الوزارة المكلفة بالصحة برامج الكشف والتشخيص تخص المواليد حديثي الولادة، ويتم تنفيذها من طرف مؤسسات الصحة"، أما المادة 76 فنصت :"يمكن إجراء التشخيص ما قبل الولادة بأمر طبي من أجل اكتشاف مرض بالغ الخطورة للمضغة أو الجنين، داخل الرحم"[3].

وقد صدر المرسوم التنفيذي رقم 435/05 الذي يتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة و ما بعدها و طب المواليد حديثي الولادة و ممارسة ذلك، حيث يكون في فترة قبل الولادة إلى غاية اليوم السادس (6) بعد الولادة، أما عن ممارسة هذا الطب فحسب المادة الرابعة منه فيكون على مستوى الهياكل الصحية القاعدية للتأكد من التطور الطبيعي للحمل و البحث عن وجود أو حدوث عناصر غير عادية من شأنها تحويل حالة فيزيولوجية إلى حالة مرضية حاملة لأخطار على صحة الأم و

1- المرسوم التنفيذي رقم 154/06، المؤرخ في 13 ربيع الثاني 1427، الموافق لـ 11 مايو 2006، يحدد شروط وكيفيات تطبيق أحكام المادة 07 مكرر من القانون رقم 11/84، المؤرخ في 09 رمضان 1404، الموافق لـ 09 يونيو 1984، المتضمن قانون الأسرة، ج.ر العدد 31 المؤرخة في 14 مايو 2006.

2- بالمشري راضية، قندوز نادية، مرجع سابق، ص 336.

3- المادة 76 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 10.

الطفل ، و توجيه المريضات ذوات المضاعفات إلى الفحص الخاص بالحمل ذي الخطر الكبير و كذا التأكد منُ مطابقة العلاج الخاص بالمواليد حديثي الولادة في قاعة الولادة، وعلى مستوى عيادات الولادة العمومية و الخاصة لضمان مراقبة متعددة التخصصات للحمل و اتخاذ التدابير الوقائية التي تسمح بتفادي الحوادث الخاصة بالمواليد حديثي الولادة و ضمان العلاج و المتابعة للنساء اللاتي يحملن حمل خطير و التأكد من مطابقة العلاج الخاص بالمواليد حديثي الولادة في قاعة الولادة، وعلى مستوى مصالح أمراض النساء و التوليد من أجل ضمان مراقبة متعددة التخصصات للحمل; و اتخاذ التدابير الوقائية التي تسمح بتفادي الحوادث الخاصة بالمواليد حديثي الولادة و كذا ضمان العلاج ومتابعة النساء صاحبات الحمل الخطير; والاستعانة عند الحاجة بطبيب أخصائي في طب الأطفال Pediatre للإدلاء برأيه التقني في الحالات المتعلقة بالحمل و الولادة التي تنطوي على خطر كبير والتأكد من مطابقة العلاج الخاص بالمواليد حديثي الولادة في قاعة الولادة، وعلى مستوى مصالح طب المواليد حديثي الولادة للمشاركة في التشخيص الخاص بمرحلة ما قبل الولادة و بتنظيم تكفل سابق للولادة متكيف مع الأخطار; و بالتأكد من مطابقة علاج المواليد حديثي الولادة في قاعة الولادة و كذا بتنظيم تحويل المواليد حديثي الولادة من قاعة الولادة إلى قاعة الاستشفاء و بضمان التكفل بالمواليد حديثي الولادة على المستويين العلاجي و الوقائي.

أما بخصوص طب المواليد حديثي الولادة; فحسب المادة الخامسة يخص المولودين البالغين العمر من 0 إلى 28 يوما حيث يمارس هذا الطب حسب المادة السادسة من نفس المرسوم على مستوى مصلحة طب المواليد حديثي الولادة، وعلى مستوى مصلحة طب النساء والتوليد، وعلى مستوى مصلحة طب الأطفال، وعلى مستوى عيادات الولادة العمومية و الخاصة.

أما من ناحية التنظيم فقد تطرقت له المادة السابعة; حيث يكون طب حديثي الولادة في مصلحة طب المواليد حديثي الولادة في المراكز الاستشفائية الجامعية الُمحاذية لمصلحة طب النساء و التوليد، وإما في وحدة طب المواليد حديثي الولادة في مصالح طب أمراض النساء و التوليد و في مصالح طب الأطفال و ذلك في العيادات التي تسجل 1500 حالة ولادة في السنة على الأقل وإما في وحدة العلاج الُمكثف للمواليد حديثي الولادة في مصالح طب النساء و التوليد وفي مصالح طب الأطفال الُمحاذية لقاعة الولادة; و ذلك في العيادات التي تسجل أكثر من 2500 حالة ولادة في السنة على الأقل وإما في وحدة إنعاش المواليد حديثي الولادة في المراكز الاستشفائية الجامعية و في مصالح طب الأطفال الُمحاذية لقاعة الولادة.

– الإيقاف العلاجي للحمل، والتي أشارت له المادة 77 من قانون الصحة، حيث نصت :" يهدف الإيقاف العلاجي للحمل إلى حماية صحة الأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي مهددين بخطر بسبب الحمل"[1].

أحاطت أغلب التشريعات العالمية ومنها الجزائري الجنين بحماية خاصة فقاموا بتجريم الإجهاض وتجريم التحريض عليه، ولتوسيع مجال الحماية وضعوا ضمانات لحماية حقه في الحياة شرعا و قانونا.

ويتمثل الاعتداء على حق الجنين في الحياة عند القيام بفعل يؤدي إلى إنهاء حياته باستعمال وسيلة من الوسائل التقليدية أو الحديثة من أجل إسقاطه قبل الموعد الطبيعي لميلاده، ولم يفرق المشرع بين الحمل بطرق شرعية أو غير شرعية، وكذا بين فعل المرأة الحامل للإجهاض بنفسها أو بمساعدة الغير; فهذا بالتالي يعد اعتداء على الحق في الحياة وتقررت له أقصى العقوبات.

إلا أنه في بعض الأحيان يؤدي الحمل إلى مضاعفات يشكل خطرا على حياة الأم وقد يؤدي الي وفاتها وهنا أباح المشرع الإجهاض الذي سماه الإيقاف العلاجي للحمل للمحافظة على صحة وحياة الأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي مهددين بالخطر وهي الحالة الوحيدة التي أشار لها المشرع أي وجود خطر وما عدا ذلك فهو يعتبر جريمة يعاقب عليها القانون.

وقد أشار المشرع الجزائري إلى أباحة فعل الإجهاض في حالة الخطر في نص المادة 308 من قانون العقوبات; حيث نصت: "لا عقوبة على الإجهاض إذا استوجبته ضرورة إنقاذ حياة الأم من الخطر متى أجراه طبيب أو جراح في غير خفاء وبعد إبلاغه السلطة الإدارية"[2].

لقد قامت الكثير من التشريعات على مشروعية الإجهاض العلاجي في ظروف تكون فيما الحامل في حالة صحية متردية بسبب حملها ووجوب التدخل الطبي لإنقاذ حياتها.

وفيما يتعلق بشروط لإيقاف العلاجي للحمل حسب قانون الصحة; فقد نصت المادة 78 على أنه "لا يمكن إجراء الإيقاف العلاجي للحمل إلا في المؤسسات العمومية الاستشفائية"[3]، وبذلك فهو يشترط أن يتم إجرائه من طرف طبيب أو جراح مع توافر العلانية ووجوب إبلاغ السلطة الإدارية، وأن يتم على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية; وهذا ما يتطابق مع الشروط الواردة في المادة 308 من قانون العقوبات، حيث يتواجد الطبيب المختص، في غير خفاء وكذا إبلاغ السلطة الإدارية، وبالتالي ضمان حماية الجنين من جهة، وحماية للمرأة الحامل.

1– المادة 77 من القانون رقم 18–11، مرجع سابق، ص 10.

2– المادة 308 من الأمر 66–156 المعدل بالأمر 75–47 المؤرخ في 17 يونيو 1975 المتضمن قانون العقوبات الجزائري، الجريدة الرسمية العدد 53 المؤرخة في 4 يوليو 1975.

3– المادة 78 من القانون رقم 18–11، مرجع سابق، ص 10.

– التلقيح الإجباري للمواليد والأطفال، والتي أشارت له المادة 80 من قانون الصحة، حيث نصت : "يستفيد مجانا المواليد حديثو الولادة، حين ولادتهم، وكذا الأطفال من التلقيح الإجباري المحدد في المادة 40 أعلاه".

أ– تعريف التلقيح

يسمى التلقيح التحصين والتطعيم; وهو ما يجعل الجسم الذي يتناوله يصنع مواد تعرف بالأجسام المضادة، وتكون وظيفتها مقاومة الأمراض، وهي لا تسبب في الأصل الأمراض لمتناولها، وما يحدث من أعراض جانبية جراء أخذها لا يقارن بما لها من نفع مستقبلي[1].

أما التطعيم فهو طريقة للوقاية من بعض أنواع العدوى الميكروبية أو الفيروسية أو الطفيلية بهدف تحديد المناعة الفعالة; عن طريق إدخال مستحضرات تسمى اللقاحات في الجسم[2].

هذا ولقد نص التشريع الجزائري على إجبارية التلقيح، وهي مهمة تقوم بها المؤسسات العمومية للوقاية من مختلف الأمراض وخاصة المعدية منها، حيث يبدأ التطعيم في وقت مبكر جدا من حياة الطفل منذ الولادة ويستمر حتى سن المراهقة والهدف هو تحقيق المصلحة العامة.

حيث يقوم الجسم الذي تلقى التلقيح على إفراز المضادات التي تحارب الأمراض كما تحميه من خطر التقاط عدوى الأمراض الفتاكة وهي الشلل، الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، السل، الحصبة التهاب الكبد الفيروسي ب.

وهناك عدة أنواع من اللقاحات منها لقاح ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف و لقاح شلل الأطفال ولقاح إلتهاب الكبد الفيروسي.

ب– رزنامة اللقاحات الإلزامية في الجزائر

لقد صدر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وبالتحديد في الجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 8 أوت 2018 قرار مؤرخ في 3 يوليو 2018 يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة، ثم صدر في الجريدة الرسمية رقم 56 المؤرخة في 31 أوت 2022 قرار آخر يعدله مؤرخ في 6 نوفمبر 2021 كذلك يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة.

هذان القراران يحددان رزنامة التلقيح الإجباري تندرج في إطار ترقية البرنامج الوطني للقضاء على الأمراض المعدية والخطيرة.

1– موقع الإسلام سؤال و جواب، أنواع اللقاحات الطبية وحكم التطعيم بها، تاريخ النشر: 2011/03/28.
تاريخ الزيارة: 2022/12/24.
https://islamqa.info/ar/answers/159845/انواع-اللقاحات-الطبية-وحكم-التطعيم-بها

2– موقع DZDOC، جدول التطعيم في الجزائر، تاريخ النشر: 2022/02/03.
تاريخ الزيارة: 2022/12/24.
https://dzdoc.com/sante/conseils-doc/جدول-التطعيم-في-الجزائر/

ونبين الجدولين فيما يلي:

الجدول 1: قرار مؤرخ في 3 يوليو 2018 يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة.

سن التلقيح	اللقاحات
عند الولادة	– مضاد السل (بي.سي.جي)، – مضاد لإلتهاب الكبد الفيروسي "ب"
شهران (2)	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية 13.
4 أشهر	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية 13، – مضاد للشلل (عن طريق الفم).
11 شهرا	– مضاد للحصبة، مضاد للنكاف، مضاد للحصبة الألمانية.
12 شهرا	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية 13، – مضاد للشلل (عن طريق الفم).
18 شهرا	– مضاد للحصبة، مضاد للنكاف، مضاد للحصبة الألمانية.
6 سنوات	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي (للأطفال)، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن).
11–13 سنة	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز (للكبار).
16–18 سنة	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز (للكبار).

كل 10 سنوات بعد بلوغ 18 سنة من العمر	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز (للكبار).

المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية مؤرخة في 8 أوت 2018 العدد 49

الجدول 2: قرار مؤرخ في 6 نوفمبر 2021 يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة.

سن التلقيح	اللقاحات
..... (بدون تغيير)	
شهران (2)	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية.
4 أشهر	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية.
..... (بدون تغيير)	
12 شهرا	– مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي اللاخلوي، – مضاد للهيموفليوسا الإنفلونزي "ب"، – مضاد للشلل (عن طريق الحقن)، – مضاد لالتهاب الكبد الفيروسي "ب"، – مضاد للمكورات الرئوية.
..... (الباقي بدون تغيير)	

المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية مؤرخة في 31 أوت 2022 / العدد 56

4- التهديدات الصحية الدولية

أ- الحماية الصحية من الأمراض ذات الإنتشار الدولي

عرفت البشرية بداية سنة 2020 مشكلة صحية عالمية; تمثلت في وباء كورونا أو ما يسمى علميا كوفيد19، هذا الوباء الذي بدء تفشيه في مدينة ووهان الصينية في ديسمبر 2019; تحول إلى جائحة; وانتشر كالنار في الهشيم عبر القارات الخمس، و هو عبارة عن فيروس معدي; سريع الانتشار; يهاجم الجهاز التنفسي للإنسان و ينتقل عن طريق القطرات الصغيرة التي يفرزها الشخص المصاب; من أنفه أو فمه عندما يسعل أو يعطس أو يتكلم، و تتمثل أعراض هذا المرض في الحمى، الإرهاق، السعال الجاف، و هناك أعراض أخرى أقل شيوعاً ولكن قد يُصاب بها بعض المرضى متمثلة في الآلام والأوجاع، احتقان الأنف، الصداع، ألم الحلق، الإسهال، و فقدان حاسة الذوق أو الشم، وقد يصاب بعض الناس بالعدوى دون أن يشعروا إلا بأعراض خفيفة، و قد أخذت نسب الإصابات و الوفيات منحى تصاعدي خطير، مما أدى إلى استنفار عالمي غير مسبوق على جميع المستويات; من هيئات ، منظمات دولية و إقليمية و على رأسها منظمة الصحة العالمية، و قامت جميع الدول بإعلان حالات الطوارئ و قامت بإغلاق حدودها البرية و البحرية و الجوية; و فرضت الحجر الصحي على المواطنين المصابين أو المشكوك في إصابتهم بالمرض; و كذلك فرضت حظر التجول في ساعات معينة من النهار وهو تدبير احترازي لتقليص القدر الممكن من الاحتكاك المباشر بين البشر; لتجنب العدوى، أما من حيث الآثار الجانبية فلم تكن على المجال الصحي فقط بل امتدت لمجالات أخرى منها السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

أما الأمراض ذات الانتشار الدولي في التشريع الجزائري; فقد صدرت الكثير من النصوص القانونية التي تشير صراحة إلى الوقاية ومنها القانون رقم 11/18 المتعلق بالصحة وتحديدا المواد 42، 43 و 44 والعديد من النصوص الأخرى.

وقد نصت المادة 42 من قانون الصحة على أن قواعد الوقاية من الأمراض ذات الإنتشار الدولي خاضعة لأحكام اللوائح الصحية الدولية، وعلى هذا الأساس سنتطرق إلى ماهية اللوائح الصحية الدولية 2005.

ماهية اللوائح الصحية الدولية ؟

تمثل الغرض من اللوائح الصحية الدولية (2005) ونطاقها في الحيلولة دون انتشار المرض على الصعيد الدولي والحماية منه ومكافحته ومواجهته باتخاذ تدابير في مجال الصحة العمومية على نحو يتناسب مع المخاطر المحتملة المحدقة بالصحة العمومية; ويقتصر عليها مع تجنب التدخل غير الضروري في حركة المرور الدولي والتجارة الدولية[1]، وبما أن اللوائح (2005) لا تقتصر على

1- منظمة الصحة العالمية، اللوائح الصحية الدولية (2005)، الطبعة الثالثة، 1 كانون الثاني/يناير 2016، ص 1.

أمراض بعينها وإنما تنطبق على المخاطر الصحية العمومية الجديدة والمتغيرة على الدوام; فإن الهدف المنشود منها هو أن تظل ملائمة لمدة طويلة في إطار الاستجابة الدولية لظهور الأمراض وانتشارها. وتشكل اللوائح (2005) أيضاً الأساس القانوني للوثائق الصحية الهامة المنطبقة على حركة السفر والنقل والحماية الإصحاحية على الصعيد الدولي لمستخدمي المطارات والموانئ والمعابر البرية الدولية.

وهو اتفاق قانوني دولي ملزم للدول الأطراف فيها، وكذا الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، تم التوافق عليها من قبل أعضاء المجتمع الدولي بغرض مواجهة ومكافحة المخاطر الصحية العمومية التي يمكن أن تهدد صحة الناس في حال حدوثها على الصعيد الدولي.

ب- القواعد الإجرائية التي تتخذها الدول الأطراف

لقد تضمن الباب الثاني المعنون المعلومات واستجابة الصحة العمومية على جملة من الوسائل الإجرائية ذات الغرض الوقائي من المخاطر الصحية ذات الانتشار الدولي والتي تتضمن ما يلي:

- الترصد

بموجب أحكام المادة 05 من اللوائح الصحية الدولية; تقوم كل دولة طرف وفي أجل لا يتجاوز خمس سنوات تعزيز قدراتها على كشف الأحداث وتقييم الأخطار والتبليغ عنها; مع إمكانية التمديد في حالة الضرورة أو الظروف الاستثنائية لمدة لا تتجاوز السنتين تفي خلالها بالتزاماتها، كما يمكن لمنظمة الصحة العالمية مساعدة الأطراف في أنشطة الترصد واكتساب القدرات، كما تشمل أنشطة الترصد جمع المعلومات وتقييم نسبة انتشارها دوليا مع إمكانية التدخل في حركة المرور الدولية.

- الإخطار

تتمثل هذه المرحلة في قيام مختلف الدول الأطراف; تقييم الأحداث التي تقع على أرضها وتخطر منظمة الصحة العالمية بأنجع وسيلة اتصال في غضون 24 ساعة عن طريق مركز الإتصال الوطني المعني باللوائح الصحية بأي حدث يشكل تهديدا دوليا; وكذا مصدر الخطر، عدد الوفيات، النتائج المخبرية، ويتم تقاسم المعلومات أثناء الأحداث الصحية العمومية غير المتوقعة أو غير العادية عن طريق تزويد المنظمة بكافة المعلومات التي علاقة بالصحة العمومية.

- التشاور

للدولة الطرف في حالة وقوع أحداث على أراضيها; لا تتطلب الإخطار وكاستثناء عن أحكام المادة 06 المتعلقة بالإخطار أن تطلع المنظمة بانتظام عن هذه الأحداث حتى تتشاور معها بشأن التدابير الصحية المناسبة.

- التقارير الأخرى

يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تضع في الحسبان التقارير الواردة من مصادر غير تلك المتعلقة بالإخطارات والمشاورات، بحيث تعمل على تقييم هذه التقارير وفقا للمبادئ الوبائية الراسخة وأن تعمل على تبليغ الدولة الطرف التي يزعم وقوع الحدث على أراضيها.

أما الوقاية من المخاطر الصحية ذات الانتشار الدولي على المستوى الوطني، سنقوم بالتطرق إلى أكبر تهديد صحي عالمي شهدته الجزائر والمتمثل في جائحة فيروس كورونا (كوفيد19) والتي تم على إثره صدور مراسيم متعلقة بتدابير وقائية وهي:

1- المرسوم التنفيذي رقم 20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحته حيث تتمثل التدابير في[1]:

- تجنب الإحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وفي أماكن العمل،
- تعليق نشاطات نقل الأشخاص والمتمثلة في الخدمات الجوية للنقل العمومي للمسافرين على الشبكة الداخلية والنقل البري في كل الإتجاهات الحضري وشبه الحضري بين البلديات والولايات،
- تعليق نقل المسافرين بالسكك الحديدية، والنقل الموجه المتمثل في الميترو، الترامواي والنقل بالمصاعد الهوائية.
- النقل الجماعي بسيارات الأجرة.
- تعليق محلات بيع المشروبات، ومؤسسات وفضاءات الترفيه والتسلية والعرض والمطاعم في المدن الكبرى، مع إمكانية توسيع غلق أنشطة ومدن أخرى بموجب قرار من الوالي المختص إقليميا.

وطبقا لأحكام المادة 06 من ذات المرسوم يوضع في عطلة مدفوعة الأجر 50% على الأقل من مستخدمي كل مؤسسة وإدارة عمومية، على أن يسمح أولويا بموجب المادة 08 من ذات المرسوم للنساء الحوامل والمتكفلات بتربية أبنائهن الصغار وكذا الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة والذين يعانون هشاشة صحية.

2- المرسوم التنفيذي رقم 20-70 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحته حيث تتمثل التدابير التكميلية في[2]:

- وضع أنظمة للحجر، وتقييد الحركة، وتأطير الأنشطة التجارية وتموين المواطنين، وقواعد التباعد وكذا كيفيات تعبئة المواطنين لمساهمتهم في الجهد الوطني للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا.
- وطبقا للمادة 02 من المرسوم، يخص الحجر المنزلي كل شخص متواجد في إقليم الولاية أو البلدية المعنية ويمكن أن يكون كليا أو جزئيا حسب الوضعية الوبائية طبقا للمادة 03 منه، والهدف من الحجر هو إلزام الأشخاص بعدم مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم خلال فترة زمنية مقررة.

1- المرسوم التنفيذي رقم 69/20 المؤرخ في 26 رجب عام 1441 الموافق 21 مارس 2020، يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 15 الصادر بتاريخ 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020.

2- المرسوم التنفيذي رقم 70/20 المؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس 2020 يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 16 المؤرخة في 24 مارس 2020.

2- المرسوم التنفيذي رقم 86/20 المتضمن تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحته[1]:

3- نصت المادة 05 من هذا المرسوم على : "يمكن، عند الحاجة، تجديد و/أو تمديد التدابير المذكورة أعلاه، بقرار من الوزير الأول. كما يمكن تعديلها أو تتميمها، عند الاقتضاء، حسب الأشكال نفسها"، ومعناه أن هذا المرسوم يتعلق بتمديد الأحكام المتعلقة بالوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا ومكافحته، حيث يتضمن تمديد التدابير المنصوص عليها في المواد من 3 إلى 10 المرسوم 69/20 المؤرخ في 21 مارس 2020، التدابير التكميلية للوقاية من فيروس كورونا المنصوص عليها في المواد من 4 إلى 15 والمواد من 17 إلى 19 من المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 24 مارس 2020، الحجر الجزئي المنزلي المطبق على بعض الولايات المنصوص في المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 20-72 المؤرخ في 28 مارس 2020.

5- الحماية الصحية على مستوى الحدود

أ- الوقاية من الأمراض المنتقلة ومكافحتها

اهتم الفصل الثاني المعنون الوقاية في الصحة من الباب الثاني الخاص بالحماية والوقاية في الصحة من قانون الصحة بهذا النوع من الوقاية; و نظمها في مواده من المواد 38 إلى 41 حيث نصت المادة 38 على : "يخضع الأشخاص المصابون بأمراض منتقلة والأشخاص الذين يكونون على اتصال بهم، الذين قد يشكلون مصدرا للعدوى، لتدابير الوقاية والمكافحة المناسبة"[2]، كما نصت الفقرة الثانية من نفس المادة على :"تحدد قائمة الأمراض المنتقلة الخاضعة للتصريح الإجباري، عن طريق التنظيم"، لكن بدون أن تقوم هذه المادة بتعريف هذه الأمراض المعدية بل أخضعتها للتصريح الإجباري وإعداد قائمة لها عن طريق التنظيم.

وتعد هذه الأنواع من الأمراض الواجب الإبلاغ عنها نظرا لخطورتها و سرعة انتشار البعض منها ، وعلى هذا فقد نصت المادة 39 من قانون الصحة على: " يجب على كل ممارس طبي التصريح فورا للمصالح الصحية المعنية بكل حالة مشكوك فيها أو مؤكدة من الأمراض الواردة في قائمة الأمراض ذات التصريح الإجباري المذكورة في المادة 38 أعلاه، تحت طائلة العقوبات المنصوص عليها في القانون"[3]، كذلك تنص المادة 40 على: " يتعين على المصالح الصحية المؤهلة

1- المرسوم التنفيذي رقم 86/20 المؤرخ في 08 شعبان عام 1441 الموافق 02 أبريل 2020 المتضمن تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 19 المؤرخة في 02 أبريل 2020.

2- المادة 38 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 7.

3- المادة 39 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 8.

القيام بالتلقيح الإجباري مجانا لفائدة المواطنين المعنيين" المنصوص عليها في القانون"[1]، وهذا يدل على أن الدولة ملزمة بالحماية من الأمراض المعدية داخل حدودها وهي كذلك ملزمة قانونا بحماية مواطنيها من عدوى مرضية وبائية تأتي من الخارج; و ذلك بالسهر على الحراسة الوبائية عبر حدودها وفي ذلك تنص الفقرة الثانية من المادة 43 من قانون الصحة على: "مصلحة المراقبة الصحية بالحدود هي مصلحة طبية تمارس نشاطها بواسطة مراكز صحية متواجدة على مستوى نقاط الدخول الحدودية"[2]، وهذا يعني أن الرقابة الحدودية تستهدف الوقاية من تفشي الأمراض المعدية برا، جوا وبحرا وإن هذه الرقابة الصحية في الحدود الجزائرية تمارس بواسطة مراكز صحية موجودة في الموانئ و المطارات و المواقع التي تراقب منافذ الطرق أو السكك الحديدية[3].

وحسب المادة 44 من نفس القانون فيوجد طبيب مكلف بالمراقبة على مستوى نقاط الدخول الحدودية; وله السلطة المختصة الوحيدة كما يكون محلفا حيث نصت : "إن طبيب المصلحة المكلفة بالمراقبة الصحية بالحدود هو السلطة الوحيدة المختصة على مستوى نقطة الدخول"[4].

وفي هذا الصدد تم إنشاء مركز وطني يتعلق بالتنظيم الصحي الدولي الذي أنشأ بموجب قرار وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المؤرخ في 6 أوت 2007 والمسمى المركز الوطني الذي يتعلق بالتنظيم الصحي الدولي لإستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي وتنظيمه وسيره، وقد تم تحديد مقر المركز على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات حسب المادة 2 من القرار وقد أشارت المادة 3 أن المركز تم إنشاءه كهيئة استشارية و تشاورية دائمة.

وفيما يخص مهام المركز فقد تكفلت بها المادة 04 حيث نصت على ما يلي: "يضطلع المركز الوطني للتنظيم الصحي الدولي بمهمة المساهمة في تطبيق التنظيم الصحي الدّولي قصد حماية التراب الوطني من دخول و تمركز و انتشار الأمراض الواردة من الخارج و يكون ذلك باكتساب و تدعيم والحفاظ على القدرات الوطنية الخاصة بالمراقبة; و الكشف و التكفل بكل تفاقم وبائي للأمراض المتنقلة أو كل حادثة من شأنها أن تسبب خطرا على الصحة العمومية من النوع المتنقل أو غير المتنقل[5] ، و بهذه الصفة ، يكلف المركز الوطني الصحي الدولي لاسيما بما يأتي:

1- المادة 40 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 8.

2- المادة 43 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 8.

3- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، جامعة الجزائر 1، كلية الحقوق بن عكنون، 2012-2013، ص 266.

4- المادة 44 من القانون رقم 18-11، مرجع سابق، ص 8.

5- المادة 04 من القرار المؤرخ في 22 رجب عام 1428 الموافق 6 أوت 2007، المتضمن إنشاء مركز وطني يتعلق بالتنظيم الصحي الدولي لاستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي وتنظيمه وسيره، ص 23.

– جمع كل المعلومات ذات العلاقة بحادثة يمكنها أن تسبب خطرا صحيا على السكان; و يكون مصدرها القطاعات المختلفة.

– تنسيق تحليل الحوادث و تقييم خطر الانتشار الدولي لكل تفاقم وبائي للأمراض المتنقلة أو كل حادثة يمكنها أن تسبب خطرا على الصحة العمومية من النوع المتنقل أو غير المتنقل التي تحدث على التراب الوطني.

– التصريح أو التبليغ لنقطة الاتصال الخاصة بالتنظيم الصحي الدولي و التابعة لمنظمة الصحة العالمية عن كل المعلومات الإستعجالية أو المناسبة بعد التشاور مع السلطات المعنية.

– الرد على طلبات المعلومات الواردة من منظمة الصحة العالمية بعد التشاور مع السلطات المعنية وفق الإجراءات المعمول بها مع التأكيد لها بالمعلومات الواردة من مصادر غير رسمية و إعطاء المعلومات الخاصة بخطر تم تعيينه خارج التراب الوطني.

– نشر المعلومات على القطاعات الوزارية المختصة و القطاعات الأخرى المعنية ، لاسيما القطاعات المسؤولة على المراقبة و تصريح الأمراض، و مصالح الصحة العمومية و نقاط الدخول: المطارات و الموانئ و المراكز الحدودية البرية.

– تدعيم التنسيق بين مصالح الصحة و المصالح المعنية التابعة للقطاعات الوزارية الأخرى في هذا المجال.

وحسب المادة 05 من القرار يرأُس المركز الوطني للتنظيم الصحي الدولي وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات أو من يمثله ، و هو يتكون من الأعضاء التاليين[1]:

– بالنسبة للدوائر الوزارية:

* ممثل وزير الدفاع الوطني.
* ممثل وزير الداخلية و الجماعات المحلية– ممثل وزير الشؤون الخارجية.
* ممثل وزير الموارد المائية– ممثل وزير التجارة.
* ممثل وزير التهيئة العمرانية والبيئة والسياحة.
* ممثل وزير النقل.
* ممثل وزير الفلاحة والتنمية الريفية.
* ممثل وزير الإتصال.
* ممثل وزير الصيد البحري والموارد الصيدية.

– بالنسبة للإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

* مدير الوقاية.

1– المادة 05 من القرار المؤرخ في 6 أوت 2007، مرجع سابق، ص 24.

* مدير الصيدلية.
* مدير المصالح الصحية.
* مدير التنظيم و الوثائق.

- بالنسبة للمؤسسات الموجودة تحت وصاية وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات:
* ممثل المعهد الوطني للصحة العمومية.
* ممثل معهد باستور الجزائري.

- بالنسبة للسلطات الحدودية:
* ممثل المديرية العامة للجمارك.
* ممثل المديرية العامة للأمن الوطني (شرطة الحدود).

ب- أجهزة الرقابة عبر الحدود

تتمثل الأجهزة التي لها علاقة مباشرة في حماية المستهلك من أي ضرر ممكن وقوعه في مراكز الجمارك المنتشرة عبر كامل الحدود الوطنية وكذا في مفتشيات مراقبة الجودة وقمع الغش على مستوى الحدود البرية والبحرية والجوية; وفيما يخص الصلاحيات المخولة لمصلحة الجمارك فبالإضافة إلى الدور الإقتصادي والأمني المتمثل في[1]:

- محاربة الجريمة المنظمة العابرة للحدود المتمثلة في الاتجار بالمخدرات و مكافحة التهريب و تبييض الأموال.
- المشاركة في الحفاظ على الأمن و النظام العموميين.
- المشاركة في الحفاظ على الآداب العامة.
- الحرص على حماية الإرث الوطني على الحدود.
- الحرص على حماية الإرث الطبيعي و التاريخي و الفني و الثقافي و الآثار.
- حماية الملكية الفكرية.

ومن هنا نلاحظ أن صلاحيات الجمارك; يشمل جميع الجوانب المتعلقة بالحماية وهي لا تتعارض مع تدخلاتها في مجال حماية الصحة العامة وهي:

- المشاركة في حماية المستهلك بالحرص على خضوع المواد الاستهلاكية غير الغذائية و المنتجات المنزلية إلى مراقبة مطابقتها لمعايير السلامة و الصناعة.
- الحرص على أمن الأشخاص و ممتلكاتهم بالاشتراك في البحث عن البضائع المحظورة و التي تشكل خطرا على الصحة و المحيط.

1- موقع المديرية العامة للجمارك، مهام الحماية للجمارك.
تاريخ الزيارة: 2022/01/12.
https://douane.gov.dz/spip.php?article174

إن مهام الجمارك الجزائرية منصوص عليها بشكل عام في القانون رقم 79-07 المتضمن قانون الجمارك.

كذلك هناك هيئة مكلفة بمراقبة المنتوجات المستوردة عبر الحدود; متمثلة في مفتشية مراقبة الجودة و قمع الغش التابعة لوزارة التجارة وترقية الصادرات، هذه الهيئات متواجدة على مستوى الحدود البرية و البحرية وفي المطارات المنشأة عن طريق القرار الوزاري مشترك المؤرخ في 13 نوفمبر 2011 الذي يتضمن إنشاء مفتشيات، مراقبة الجودة وقمع الغش على مستوى الحدود البرية والبحرية والجوية والمناطق والمخازن تحت الجمركة، وكذا المرسوم التنفيذي رقم 05-467 المؤرخ في 10 ديسمبر سنة 2005 ، الذي يحدد شروط مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة عبر الحدود و كيفيات ذلك.

دور الجمارك في الحفاظ على الصحة

إن المديرية العامة للجمارك من الهيئات الحكومية التابعة لوزارة المالية، وتعتبر جهاز يعمل على تطبيق القوانين ومحاربة الغش، وتقع مهمة المراقبة على مستوى الحدود البرية، البحرية والمطارات فيما يخص التبادلات التجارية الخارجية وتحركات الأشخاص والمراكب، وبذلك تعتبر خط الدفاع الأول في حماية الإقتصاد الوطني على مستوى التجارة الخارجية، كما أشارت ذلك التشريعات ومنها المادة 3 من القانون رقم 79-07 المؤرخ في 21 جويلية 1979 المتضمن قانون الجمارك حيث نصت الفقرة 2 على :"تتمثل مهمة إدارة الجمارك على الخصوص فيما يأتي : السهر عند الاستيراد والتصدير، على تطبيق التشريع الخاص بالتجارة الخارجية والتشريع الذي يضبط العلاقات المالية مع الخارج ومراقبة ذلك".

وتقوم إدارة الجمارك إلى جانب مهامها المتمثلة في تحصيل الحقوق والرسوم الجمركية ومراقبة حركة رؤوس الأموال والتجارة الخارجية، في مراقبة الجودة وبالتالي حماية المستهلك، هذا ما يجعل إدارة الجمارك تقوم بالإستعانة بإدارات أخرى مثل وزارة الصحة للمراقبة الصحية ووزارة التجارة، في إطار التعاون مع الجمارك في إطار الفرق المختلطة المؤسسة وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 97- 290 المنظم للفرق المختلطة جمارك – ضرائب – تجارة[1].

أما دورها في حفظ الصحة فهو يتمثل في التأكد من سلامة المنتوجات العابرة للحدود، ومدى خضوعها لمعايير الجودة العالمية، بالإضافة إلى مهامها النوعية في حماية المستهلك حيث تعرف إدارة الجمارك بأنها الإدارة التي أوكل إليها مراقبة الأنظمة المتعلقة بحماية المستهلك من المنتوجات المستوردة حيث أشارت المادة الثانية من المرسوم التنفيذي رقم 17-90 الذي يتضمن تنظيم الإدارة

1- معكوف أسماء، الرقابة على المنتوجات المستوردة في ظل قانون حماية المستهلك في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام فرع التنظيم الاقتصادي، جامعة قسنطينة 1 ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، السنة 2012-2013، ص 36.

المركزية للمديرية العامة للجمارك وصلاحيتها : "تكلف المديرية العامة للجمارك تحت سلطة وزير المالية بتنفيذ التدابير القانونية والتنظيمية التي تسمح بضمان تطبيق القانون الجمركي والقانون التعريفي والتدابير الموضوعة على عاتقها بموجب النصوص التشريعية والتنظيمية المعمول بها وبهذه الصفة تكلف المديرية العامة للجمارك بما يأتي: "السهر وفقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما على ضمان مهمة الحماية الموضوعة على عاتقها والمتعلقة بالصحة العمومية والأخلاق العامة والمحيط"، وكذا المادة 96 من القانون 17-04 الذي يعدل ويتمم القانون 79-07 المتضمن قانون الجمارك حيث نصت: "تعدل وتتمم أحكام المواد 208 و 210 و 212 من القانون 79-07 وتحرر كما يأتي: "يجوز بيع البضائع القابلة للتلف أو الرديئة الحفظ و كذا البضائع التي يشكل بقاؤها قيد الإيداع خطرا على الصحة أو الأمن فيما حولها أو التي قد تفسد البضائع الأخرى المرتبة قيد الإيداع، فورا وبالتراضي من طرف إدارة الجمارك وذلك بعد ترخيص من قاضي الجهة القضائية التي تبت في القضايا المدنية"[1]، والمادة 212 مكرر : "دون الإخلال بالأحكام التشريعية والتنظيمية السارية المفعول، تتلف البضائع المودعة قيد الإيداع الجمركي أو الموضوعة تحت نظام جمركي[2]:

- المعترف بأنها غير صالحة للإستهلاك البشري أو الحيواني،
- التي تمس الصحة العمومية أو الآداب العامة أو النظام العام أو الأمن القومي.

دور المفتشيات الرقابية في حفظ الصحة على مستوى الحدود

إن الحفاظ على أمن وسلامة المستهلك من المنتجات المستوردة; هي مهمة تقع على عاتق مصالح تابعة لوزارة التجارة، هذه المصالح متمثلة في المفتشيات الرقابية على مستوى الحدود أو كما تمت تسميتها مفتشيات، مراقبة الجودة وقمع الغش على مستوى الحدود البرية والبحرية والجوية والمناطق والمخازن تحت الجمركة حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 نوفمبر سنة، 2011، هذه المهمة موجهة خصيصا نحو المستورد; وذلك عن طريق الزامه بضمان مطابقة المنتوج المستورد وأن يراعي عند استيراد المنتوجات والسلع; توفر المقاييس والمواصفات القانونية الوطنية والدولية، وقد نصت المادة 12 من القانون 09-03 المتعلق بحماية المستهلك وقمع الغش على : "يتعين على كل متدخل إجراء رقابة مطابقة المنتوج قبل عرضه للإستهلاك طبقا للأحكام التشريعية والتنظيمية السارية المفعول"[3].

1- المادة 96 من القانون 04/17 المؤرخ في 17 جمادى الأولى عام 1438 الموافق 16 فبراير 2017 الذي يعدل و يتمم القانون 07/79 المؤرخ في 26 شعبان عام 1399 الموافق 21 يوليو 1979 والمتضمن قانون الجمارك، الجريدة الرسمية العدد 11 المؤرخة في 19 فبراير 2017، ص 32.

2- المادة 98 من القانون 04/17 المتضمن قانون الجمارك، نفس المرجع، ص 32.

3- المادة 12 من القانون رقم 09-03، مرجع سابق، ص 15.

ويقصد المشرع بالمتدخل، كل شخص طبيعي أو معنوي يتدخل في عملية عرض المنتوجات للإستهلاك[1].

كذلك المادة 2 من القانون رقم 15-15 المتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع وتصديرها، حيث نصا على: "تنجز عمليات استيراد المنتوجات وتصديرها بحرية طبقا لأحكام هذا القانون وذلك دون الإخلال بالقواعد المتعلقة بالآداب العامة وبالأمن والنظام العام وبصحة الأشخاص والحيوانات وبالثروة الحيوانية والنباتية وبوقاية النباتات والموارد البيولوجية وبالبيئة وبالتراث التاريخي والثقافي"[2].

وقد حرص المشرع على إنشاء مفتشيات مراقبة الجودة وقمع الغش على مستوى الحدود البرية و البحرية والمطارات حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 نوفمبر سنة 2011، وكذا القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 25 مارس سنة 2012، الذي يتضمن تحديد مواقع مفتشيات مراقبة الجودة وقمع الغش على مستوى الحدود البرية والبحرية والجوية و المناطق والمخازن تحت الجمركة، حيث يسيرها رؤساء مفتشيات، ويساعدهم رؤساء فرق التفتيش.

دور المفتشيات الحدودية

طبقا للمادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 05-467 الذي يحدد شروط مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة وكيفيات ذلك التي تنص على ما يلي : "تمارس مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة على مستوى المراكز الحدودية البرية، البحرية والجوية. وتقوم بذلك المفتشيات الحدودية التابعة للإدارة المكلفة بحماية المستهلك وقمع الغش"[3].

وباستقراء نص المادة; نستخلص أن المشرع قد ألزم المفتشيات الحدودية مهمة حماية أمن وسلامة المستهلك عن طريق مراقبة مدى مطابقة كل المنتوجات المستوردة.

ويمكن تعريف المطابقة على أنها المواصفات القانونية والمقاييس التنظيمية قصد تحقيق مستوى عال من جودة المنتوجات; والعمل على الارتقاء بالمنتوجات الوطنية لمنافسة المنتوجات العالمية وتوفير حماية فعالة للمستهلك[4].

1- الفقرة 07 من المادة 03 من القانون رقم 09-03، مرجع سابق، ص 13.

2- المادة 02 من القانون 15/15 المؤرخ في 28 رمضان عام 1436 الموافق 15 يوليو 2015 يعدل و يتمم الأمر رقم 04/03 المؤرخ في 19 جمادى الأولى عام 1424 الموافق 19 يوليو 2003 والمتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع و تصديرها، ج.ر العدد 41 المؤرخة في 29 يوليو 2015 ص 12.

3- المادة 02 من المرسوم التنفيذي 467/05 المؤرخ في 8 ذي القعدة الموافق 10 ديسمبر 2005، يحدد شروط مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة عبر الحدود و كيفيات ذلك، ص 15.

4- سعاد بلحورابي، ربيعة صبايحي، دور مطابقة المنتوجات في حماية المستهلك، مجلة معارف، كلية الحقوق جامعة تيزي وزو، المجلد 17، العدد 1، جوان 2022، ص 78.

هي كذلك استجابة كل منتوج موضوع للاستهلاك للشروط المتضمنة في اللوائح الفنية، وللمتطلبات الصحية والبيئية والسلامة والأمن الخاصة به[1].

مهام مفتشيات الحدود

نصت المادة 05 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 غشت 2006 الذي يتضمن تحديد سير الأقسام الإقليمية للتجارة ومفتشيات مراقبة الجودة وقمع الغش عند الحدود على أن مهام مفتشيات مراقبة الجودة وقمع الغش عند الحدود تتمثل في[2]:

– مراقبة المطابقة وجودة المنتوجات المستوردة وتلك الموجهة للتصدير.

– السهر على شفافية الممارسات التجارية، والمتمثلة في إلزامية الإعلام بالأسعار والتعريفات وشروط البيع.

– مراقبة الصرف المرتبط بالنشاط المتعلق بالتجارة الخارجية.

آليات الرقابة الممارسة على الحدود

نصت المادة 6 من المرسوم التنفيذي رقم 05-467 الذي يحدد شروط مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة عبر الحدود وكيفيات ذلك على "تنصب المراقبة عبر الحدود للمنتوجات المستوردة على فحص الوثائق المنصوص عليها في المادة 3 أعلاه على المراقبة بالعين المجردة للمنتوج التي يمكن أن تستكمل باقتطاع عينات منها"، وكذا المادة 30 من القانون 03/09 السالف الذكر على: "تتم الرقابة المنصوص عليها في هذا القانون، عن طريق فحص الوثائق و/ أو بواسطة سماع المتدخلين المعنيين، أو عن طريق المعاينات المباشرة بالعين المجردة أو بأجهزة القيا ، وتتمم عند الاقتضاء، باقتطاع العينات بغرض إجراء التحاليل أو الاختبارات أو التجارب"[3].

يتضح من هاتين المادتين على أن رقابة المنتوجات تتم عبر مراحل ويمكن أن نلخصها في ما يلي:

– فحص الوثائق: وحسب المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 05-467 السالف الذكر، تتم المراقبة قبل عملية جمركة المنتوجات المستوردة وذلك عن طريق ملف يقدمه المستورد أو ممثله القانوني للمفتشية الحدودية يتضمن ما يلي[4]:

* التصريح باستيراد المنتوج يحرره المستورد حسب الأصول.
* نسخة طبق الأصل مصادق عليها من مستخرج السجل التجاري.

1- المادة 03 من القانون رقم 03/09، مرجع سابق، ص 14.

2- المادة 05 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 رجب 1427 الموافق 15 غشت 2006 يتضمن تحديد سير الأقسام الإقليمية للتجارة و مفتشيات مراقبة الجودة و قمع الغش عند الحدود، ص 10.

3- المادة 30 من القانون رقم 03/09، مرجع سابق، ص 17.

4- المادة 03 من المرسوم التنفيذي 467/05 مرجع سابق، ص 15.

* نسخة طبق الأصل مصادق عليها للفاتورة.
* النسخة الأصلية لكل وثيقة أخرى تطلب طبقا للتنظيم المعمول به وتتعلق بمطابقة المنتوجات المستوردة.

وهي مهمة تقوم بها المفتشية الحدودية عن طريق فحص الوثائق المقدمة والتأكد من صحتها ومطابقة بيانات الوسم مع المنتج المستورد.

– المراقبة بالعين المجردة: حيث نصت المادة 07 من نفس المرسوم على المراقبة بالعين المجردة للتأكد من[1]:

* مطابقة المنتوج استنادا إلى المواصفات القانونية أو التنظيمية التي تميزه.
* مطابقة المنتوج استنادا إلى شروط استعماله ونقله و تخزينه.
* مطابقة المنتوج للبيانات المتعلقة بالوسم و/ أو الوثائق المرفقة.
* عدم وجود أي تلف أو تلوث محتمل للمنتوج.

وهي مرحلة تسمى فحص عام أو مجرد، وهي رقابة مادية في عين المكان للمنتوج لتحديد مطابقته مع البيانات المذكورة في الوسم أو في الوثائق المرفقة بالمنتوج، وكشف كل فساد أو تلوث محتمل، خاصة بالنسبة للمنتوجات الغذائية التي يمكن معاينتها بسهولة ولا يكفي فحص الوثائق للتأكد من المطابقة[2].

– المراقبة عن طريق اقتطاع العينات:

يعتبر اقتطاع العينات إجراء يتم من خلاله أخذ العينات من منتوج ما لإجراء التحاليل المخبرية والاختبارات الفيزيائية والكيمياوية والجرثومية ، والنقاوة البيولوجية بمخابر مراقبة الجودة وقمع الغش قصد التدقيق في مدى مطابقة المنتوج وصلاحيته[3].

تنص المادة 08 من المرسوم التنفيذي السابق على ما يلي:

– يقرر اقتطاع العينات المنصوص عليه في المادة 6 أعلاه الذي يتم طبقا للتنظيم المعمول به على أساس[4]:

* نتائج فحص الوثائق أو الرقابة بالعين المجردة.

1- المادة 07 من المرسوم التنفيذي 467/05 مرجع سابق، ص 16.

2- سي يوسف زهية حورية، رقابة المنتوجات المستوردة آلية لحماية المستهلك، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي لتامنغست، جامعة مولود معمري، تيزي وز، جانفي 2017، ص 17.

3- موقع مديرية التجارة لولاية بسكرة، أخذ العينات لإجراء التحاليل المخبرية.

تاريخ الزيارة: 2022/01/24.

https://www.dcwbiskra.dz/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=83

4- المادة 08 من المرسوم التنفيذي 467/05 مرجع سابق، ص 16.

* المنشأ والطبيعة والنوع والعرض ومستوى الخطر الذي يشكله المنتوج.
* السوابق المتعلقة بالمنتوج وبالمستورد.
* موثوقية عمليات التفتيش المنجزة على مستوى البلد المصدر وأماكن المناولة.
* الأولويات التي تحددها الإدارة المكلفة بحماية المستهلك وقمع الغش.

وهو كذلك إجراء يتم اللجوء إليه عندما يحتوي المنتوج على خطر يهدد صحة المستهلكين; حيث تقتطع العينات وتنقل إلى مخبر مراقبة الجودة وقمع الغش; أو أي مخبر معتمد لغرض إجراء التحاليل والتجارب عليها، حيث تكون الكمية المأخوذة بقدر الكمية الضرورية لإجراء التحاليل.

وبعد إجراء التحاليل، تقوم المفتشية الحدودية بتبليغ المستورد أو ممثله القانوني بنتائجها في خلال 48 ساعة ابتداء من تاريخ إيداع الملف حسب المادة 14 من المرسوم 05-467.

كما أضاف القانون 18-09 الذي يعدل و يتمم القانون 09-03 المتعلق بحماية المستهلك وقمع الغش منح أعوان قمع الغش على مستوى الحدود; السماح بالدخول المشروط أو منع دخول المنتجات المستوردة عند الحدود; طبقا للأحكام السارية المفعول، ويرخص الدخول المشروط لمنتوج مستورد لغرض مطابقته على مستوى المناطق تحت الجمركة.

7- حماية الصحة في الوسط المهني (طب العمل)

اهتم التشريع الجزائري على غرار دول العالم بالصحة في الوسط المهني، بالحرص على أمن وسلامة العمال من خلال الإجراءات التشريعية والفنية التي رافقت هذا الاهتمام، وفرض على المستخدم الالتزام بتوفير وسائل السلامة والصحة المهنية، وكانت البداية بعد الاستقلال وتبني النهج الاشتراكي الذي يتبنى المساواة في جميع الحقوق، ومنها الحقوق الصحية، بانشاء ثمانية (08) جمعيات مهنية تتبنى طب العمل والتي وضعت تحت رقابة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية فيما بعد، ثم صدر الأمر رقم 65/74 المؤرخ في 1974/06/10 الذي يتعلق بإنشاء المنظمة الوطنية ما بين المؤسسات لطب العمل.

وبصدور القانون رقم 07/88 المؤرخ في 1988/01/26 الذي يتعلق بالوقاية الصحية وطب العمل; جعل إنشاء مصالح طب العمل تكون على مستوى الهيئات والمؤسسات، وعمم المشرع نطاق تطبيق طب العمل على جميع الهيئات المستخدمة حسب المادة 2 من القانون رقم 88-07، مهما كانت طبيعة نشاطها أو نظامها القانوني; بما فيها المؤسسات الصناعية و المؤسسات التجارية، المهن الحرة، الشركات المدنية والجمعيات، مؤسسات النقل، المناجم والمقالع، النشاطات الفلاحية.

ماهية طب العمل ؟

في الكثير من الأحيان نسمع بوقوع حوادث وإصابات داخل أماكن العمل، وهو الأمر الذي قد يؤدي إلى عجز أو عاهة أو وفاة، أو إلى تعطيل الآلات.

ويعرف طب العمل على أنه ذلك العلم الذي يعني برعاية العمال صحيا واجتماعيا ونفسيا ووقايتهم من الأخطار التي يتعرضون لها في مختلف المجالات; ويقوم بتوجيههم توجيها صحيحا يوضع كل فرد في مكانه اللائق الذي يتناسب مع استعداده وقدراته لأداء عمله على أكمل وجه، ثم علاجه عند حدوث إصابة أو حادث ومن ثم تأهيله إن أصابه عجز أو فقدان القدرة على العمل[1].

وبالتالي فإن طب العمل يتمثل في مفهومه الضيق في الرقابة الطبية أما في مفهومه الواسع يرتقي ليشمل الوقاية الصحية والأمن في العمل أو الصحة في العمل.

وفي تعريف آخر لطب العمل; فهو الطب الذي يهتم بالعامل الأجير، أو الموظف في مكان عمله ويشمل الناحية العملية، و الإنتاجية والصحية و خصوصا الوقائية منها، فهو طب وقائي أساسا و علاجي أحيانا.

أ- الإطار القانوني لطب العمل

- **القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة:** تطرق هذا القانون لطب العمل في القسم السادس من الفصل الثالث من الباب الثاني منه تحت عنوان "حماية الصحة في وسط العمل"، فنجد المادة 9 منه التي نصت على: " تهدف حماية الصحة وترقيتها إلى ضمان حماية المستهلك والبيئة وحفظ الصحة وسلامة المحيط وإطار المعيشة والعمل"[2]، والمادة 97 التي أكدت على أن طب العمل يقع على عاتق الدولة; حيث أشارت على :" تسهر الدولة على حماية الصحة في وسط العمل وترقيتها طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما"، أما المادة 98 والمادة 100 فقد تطرقتا إلى أهداف الصحة في وسط العمل وهي[3]:

- ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهن والحفاظ على أعلى درجة لها،
- الوقاية من كل ضرر يلحق بصحة العمال جراء ظروف عملهم،
- حماية العمال في شغلهم من الأخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرّة بصحّتهم،
- وقاية العمال وحمايتهم من حوادث العمل والأمراض المهنية،
- الحفاظ على صحة العمال وقدرتهم على العمل وترقيتهما،
- تحسين ظروف ووسط العمل لضمان الأمن والصحة في العمل،
- اعتماد نظام للعمل يهدف إلى ترقية مناخ اجتماعي ملائم وثقافة حفظ الصحة والأمن والصحة في العمل.

1- فيساح جلول، التزامات الهيئات المستخدمة في مجال طب العمل في القانون الجزائري، أطروحة دكتوراه علوم في الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الجزائري 1، بن يوسف بن خدة، 2016 - 2015 ، ص 76.

2- المادة 9 من القانون رقم 11/18، مرجع سابق، ص 5.

3- المادتين 98 و 100 من القانون رقم 11/18، مرجع سابق، ص 11 و 12.

- **القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية:** نجد المادة 37 منه التي أشارت إلى": للموظف الحق في ممارسة مهامه في ظروف عمل تضمن له الكرامة والصحة والسلامة البدنية والمعنوية"[1].

ب- القوانين المنظمة لطب العمل

- القانون رقم 88-07 والمتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل; والذي أشارت فيه المادة 3 على أن ضمان الوقاية الصحية والأمن للعمال يكون على عاتق المؤسسة المستخدمة، أما من حيث الأهداف فهذا ما نصت عليه المادة 12 التي بينت أهداف طب العمل وهي[2]:

* الترقية والحفاظ على أكبر قدر من راحة العمال البدنية و العقلية في كافة المهن من أجل رفع مستوى قدراتهم الإنتاجية و الإبداعية.
* حماية ووقاية العمال من الأخطار التي يمكن أن تنجّر عنها الحوادث أو الأمراض المهنية وكل الأضرار اللاحقة بصحتهم.
* تشخيص كل العوامل التي قد تضر صحة العمال في أماكن العمل و كذا مراقبتها بهدف التقليل منها أو القضاء عليها.
* تعيين و إبقاء العمال في مناصب عمل تتماشى و قدراتهم الفيزيولوجية و النفسية و كذا تكييف العمل مع الإنسان و تكييف كل عامل مع مهمته.
* تخفيض حالات العجز وضمان تمديد الحياة النشيطة للعامل.
* تقييم مستوى صحة العمال في الوسط المهني.
* تنظيم العلاج الاستعجالي للعمال و التكفل بالعلاج المتواصل و مداومة الأمراض المهنية و الأمراض ذات الطابع المهني.
* المساهمة في حماية البيئة بالنسبة للإنسان و الطبيعة.

كما أشارت المادة 14 منه على إنشاء مصالح لطب العمل يكون من طرف الهيئة المستخدمة ويكون فيها نشاط طب العمل داخل المؤسسة، أما الإلتزام المتعلق بطب العمل فيقع على عاتق الهيئة المستخدمة كما أشارت له المادة 13 : "يعد طب العمل التزاما يلقى على عاتق المؤسسة المستخدمة ويجب عليها التكفل به"[3].

بالإضافة إلى القانون رقم 07/88 والمتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، وتوجد قوانين ونصوص تنظيمية تخص حماية العمال في مجال الصحة; ومنها المرسوم التنفيذي رقم 91/05 الذي

1- الأمر رقم 06-03 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006، يتضمّن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

2- المادة 12 من القانون رقم 88-07 المؤرخ في 7 جمادى الثانية 1408 الموافق 26 يناير 1988 يتعلق بالوقاية الصحية و الأمن و طب العمل، الجريدة الرسمية العدد 11 المؤرخة في 27 يناير 1988، ص 119.

3- المادة 13 من القانون رقم 88-07، المرجع نفسه، ص 120.

يتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة و الأمن في أماكن العمل، المرسوم التنفيذي رقم 120/93 حول تنظيم الرعاية الطبية المرتبطة بالعمل، المرسوم التنفيذي رقم 209/96 الذي يحدد تشكيل المجلس الوطني للوقاية الصحية و الأمن و طب العمل و تنظيمه و سيره، المرسوم التنفيذي رقم 285/01 حول الأماكن العامة حيث يحظر التبغ ووسائل تنفيذ هذا الحظر، المرسوم التنفيذي رقم 341/01 حول تشكيل وصلاحيات وعمل اللجنة الوطنية لتوحيد (التصديق/الموافقة على) معايير فعالية منتجات أو أدوات أو آلات الحماية، المرسوم التنفيذي رقم 427/02 حول إرشاد العمال وإبلاغهم وتدريبهم في مجال الوقاية من المخاطر المهنية، المرسوم التنفيذي رقم 09/05 حول اللجان المشتركة مع العمال حول الصحة والسلامة، المرسوم التنفيذي رقم 10/05 حول صلاحيات وتشكيل وتنظيم وإجراءات لجان الصحة والسلامة في الشركات، المرسوم التنفيذي رقم 11/05 حول شروط إنشاء خدمات الصحة والسلامة وتنظيمها وتشغيلها، القرار الوزاري المشترك الذي يحدد العلاقة النموذجية لطبيب العمل، القرار الوزاري المشترك المؤرّخ في 1999/06/15 الذي يتعلق بالقواعد التقنية التي يجب أن تحترمها المؤسسات التي تقوم بنشاطات عزل ونزع مادة الأميانت، القرار الوزاري المشترك الذي يتعلق بحماية العمال من أخطار استنشاق غبار الأميانت.

– القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 16 أكتوبر سنة 2001 الذي يحدد التقرير النموذجي لطبيب العمل.

– القرار المؤرخ المؤرخ في 16 أكتوبر سنة 2001 الذي يحدد المقاييس في ميدان الوسائل البشرية و المحال و التجهيزات في مصالح طب العمل.

– المرسوم رقم 02/427 المؤرخ في 07 ديسمبر سنة 2002 الذي يتعلق بشروط تنظيم تعليم العمال و إعلامهم و تكوينهم في ميدان الوقاية من الأخطار المهنية.

– الأمر رقم 03/12 المؤرخ في 26 غشت سنة 2003 الذي يتعلق بإلزامية التأمين على الكوارث الطبيعية و بتعويض الضحايا.

– القانون رقم 04/16 المؤرخ في 10 نوفمبر سنة 2004 الذي يعدل و يتمم القانون رقم 14/01 الموافق 19غشت سنة 2001 و المتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق و سلامتها و أمنها.

– المرسوم رقم 05/08 المؤرخ في 08 يناير سنة 2005 الذي يتعلق بالقواعد الخاصة المطبقة على العناصر أو المواد أو المستحضرات الخطرة في وسط العمل.

– المرسوم رقم 05/09 المؤرخ في 08 يناير سنة 2005 الذي يتعلق باللجان المتساوية الأعضاء و مندوبي الوقاية الصحية و الأمن.

– المرسوم رقم 05/11 المؤرخ في 08 يناير سنة 2005 الذي يحدد شروط إنشاء مصلحة الوقاية الصحية و الأمن في وسط العمل وتنظيمها و سيرها و كذا صلاحياتها.

– المرسوم التنفيذي رقم 17/140 المؤرخ في 11 أبريل سنة 2017 الذي يحدد شروط النظافة و النظافة الصحية أثناء عملية وضع المواد الغذائية للاستهلاك البشري.

ج– مسؤولية طبيب العمل

تتعدد مهام طبيب العمل فمنها علاجية وأخرى وقائية وقد نظم هذه المهام القانون والتنظيم الساري المفعول لاسيما القانون رقم 07/88 والمتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل والمراسيم التنظيمية الصادرة، حيث نص المرسوم التنفيذي 120/93 المتعلق بتنظيم طب العمل في الفصل الثاني إلى صلاحيات طبيب العمل من خلال المادة 13 حيث أشارت إلى الأهداف من الفحوص الطبية التي يجريها الطبيب وهي[1]:

– البحث عن سلامة العامل من أي أداء خطير على بقية العمال.

– التأكد أن العامل مستعد صحيا للمنصب المرشح لشغله.

– اقتراح التعديلات التي يمكن إدخالها عند الاقتضاء على منصب العمل المرشح لشغله.

– بيان إذا كانت الحالة تتطلب فحصا جديد او استدعاء طبيب مختص في بعض الحالات.

– البحث عن المناصب التي لا يمكن من الوجهة الطبية تعيين العامل فيها والمناصب التي تلائمه أكثر.

حيث أن مهمة طبيب العمل المتمثلة في خضوع كل عامل أو ممتهن للفحوص الطبية الخاصة بالتوظيف وكذا الفحوص الدورية والخاصة المتعلقة باستئناف العمل، ويمكن أيضا الإستفادة من الفحوص التلقائية وهي غير إجبارية يطلبها العامل نفسه بناءا على نفس المادة المذكورة، ويقوم كذلك طبيب العمل بمعاينة وفحص العمال قبل انتسابهم للتأكد من مقدرتهم على العمل وتحديد نوع العمل الذي يمكنهم القيام به.

وحسب المادة 16 من نفس المرسوم يكون إجراء الفحوصات الطبية الدورية مرة واحدة في السنة على الأقل لتحديد إمكانات العمال الأجراء الجسدية والنفسية لإستمرار أهليتهم لمناصب العمل التي يشغلونها ،ومرتين في السنة بالنسبة للممتهنين والعمال المعرضين بشكل خاص للأخطار المهنية، وأعوان الأمن، العمال الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة ، و العمال الذين تزيد أعمارهم عن خمس وخمسين (55) سنة ، و العمال المكلفون بالإطعام، والمعوقون جسديا و ذوي الأمراض المزمنة، والنساء الحوامل و الأمهات اللاتي لهن أطفال تقل أعمارهم عن سنتين.

والمادة 17 حيث يقوم ويقوم طبيب العمل بإجراء فحوصات لاستئناف العمل في حالات تتمثل في غياب سببه مرض مهني أو حادث عمل أو بعد عطلة أمومة أو غياب لا يقل عن واحد وعشرين

1– المادة 13 من المرسوم التنفيذي رقم 120/93 المؤرخ في 23 ذي القعدة 1413 الموافق 13 مايو 1993، الجريدة الرسمية العدد 33 المؤرخة في 19 مايو 1993، ص 11.

(21) يوما، كذلك في حالة غياب بسبب مرض أو حادث غير مهني ، أوفي حالة تغيبات متكررة بسبب مرض غير مهني، القيام بالعناية الطبية الأولية اللازمة قبل توجيه العمال إلى الطبيب الاختصاصي، ويقوم بالتدقيق في صحة تقارير الإجازات المرضية المقدمة من الأجير، ويقوم بإشعار مفتش العمل في حالة معاينة تهاون مفرط أو خطر.

أما من الناحية الفنية فأشارت له المادة 22 حيث يعتبر طبيب العمل مستشار فني للإدارة فيما يتعلق بصحة العمال; بقيامه بملاحظة الوقاية العامة في أمكنة العمل فيما يتعلق بالنظافة والتدفئة والإنارة وأماكن المغاسل و مياه الشرب، كذلك العمل على تخفيف أضرار الغبار وحوادث العمل والأمراض المهنية، ودرس العوامل النفسية و المادة المحيطة بجو العمل وتحليلها، مع مساهمته في تحسين شروط العمل بما يتناسب و المقدرة الفيزيولوجية البشرية، والإعلان الإجباري عن كل الأمراض المهنية بعد التحقق منها.

وفيما يتعلق بمسؤولية اللجنة المتساوية الأعضاء للوقاية الصحية والأمن; فقد نظم المرسوم التنفيذي رقم 09/05 المؤرخ في 2005/0/04 صلاحيات اللجان المتساوية الأعضاء وكذا المندوبين المكلفين بالوقاية الصحية والأمن المذكورة، و ذلك بموجب المرسوم في المادة 3 وهي[1]:

– التأكد من تطبيق القواعد التشريعية والتنظيمية المعمول بها في مجال الوقاية الصحية والأمن،

– اقتراح التحسينات التي تراها ضرورية، وتشرك، في هذا الصدد، في كل مبادرة تتضمن لا سيما طرق وأساليب العمل الأكثر أمنا واختيار وتكييف العتاد والأجهزة ومجموع الأدوات اللازمة للأشغال المنجزة وكذا تهيئة مناصب العمل،

– إجراء كل تحقيق إثر وقوع أي حادث عمل أو مرض مهني خطير، بهدف الوقاية،

– المساهمة في إعلام العمال وفي تكوين المستخدمين المعنيين وتحسين مستواهم في مجال الوقاية من الأخطار المهنية، وبهذه الصفة تسهر وتشارك في إعلام المشغلين الجدد والعمال المكلفين بمهام جديدة أو بالعمل في ورشات جديدة حول الأخطار التي قد يتعرضون لها ووسائل الحماية منها:

– تنمية الإحساس بالخطر المهني والشعور بالأمن لدى العمال،

– إعداد الإحصائيات المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية،

– إعداد تقرير سنوي عن نشاطاتها وإرسال نسخة منه إلى مسؤول الهيئة المستخدمة ولجنة المؤسسة وكذا مفتش العمل المختص إقليميا.

د– مسؤولية الهيئة المستخدمة

– التدابير الخاصة بالوقاية الصحية

1– المادة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 09/05 المؤرخ في 27 ذي القعدة 1425 الموافق 8 يناير 2005، يتعلق باللجان المتساوية الأعضاء و مندوبي الوقاية الصحية و الأمن، الجريدة الرسمية العدد 04 المؤرخة في 09 يناير 2005، ص 21.

تطبق تدابير الوقاية الصحية داخل أماكن العمل على كل مؤسسة مستخدمة مهما كان نشاطها وذلك حسب المادة 02 من القانون رقم 07/88 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن، كذلك ضمان حماية صحة وسلامة عمالها مهما كانت طبيعة ومدة علاقتهم بالعمل، وكذا القطاع الذي يعملون به، فتأمين بيئة العمل التزام يقع على الهيئة المستخدمة من جميع الأخطار المحيطة وكذلك يقع التزام على الهيئة متمثل في الأمن في أماكن العمل للتقليل من الأخطار التي يمكن أن تتسبب فيها الظروف المحيطة كالأدوات أو الآلات المستعملة.

وقد تطرق القانون 07/88 السالف الذكر وكذا المرسوم التنفيذي رقم 91-05 المتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة والأمن في أماكن العمل للتدابير المتعلقة بهذه الحماية.

*** النظافة**

حيث أشارت المادة 4 من القانون رقم 07/88 على ضرورية نظافة المحلات وأماكن العمل ومحيطها وملحقاتها وتوابعها بما في ذلك التجهيزات وأن تتوفر فيهم شروط الوقاية الصحية، كما تطرقت المادة 3 من المرسوم 05/91 أيضا لموضوع النظافة في أماكن العمل حيث أضافت إلى ذلك الزامية تنظيف الجدران والسقوف وإعادة الدهن والتغليف دوريا.

أما أرضية أماكن العمل التي تودع أو تستعمل فيها مواد قابلة للتلف أو أشياء تنطوي على أخطار التعفن والضرر والتآكل أو الالتهاب، فيجب أن تكون ملساء كاتمة للصوت وليس بها فروج، تحتوي على حوض مانع للتسرب يمسك السوائل، كما يجب ان تكون الجدران ملساء قابلة للغسل، ويتم تطهير الجدران وطاولات العمل كلما دعت الضرورة لذلك، كما يجب وضع بقايا المواد المضرة في أوعية مغلقة بإحكام، ويتم تخزينها يوميا في الأماكن المخصصة ليتم معالجتها أو إتلافها بعد ذلك.

وتكون عملية التنظيف عملية للحماية من الأمراض المعدية قبل أن تكون عملية وقائية.

*** التهوية**

أكد المشرع في القسم الثاني المعنون تهوية الأماكن وتطهيرها في المواد 6 ، 7 و 8 من نفس المرسوم على أن الجو العام للعمل يجب أن يستجيب إلى أحد شروط الراحة المتمثل في التهوية الميكانيكية أو التهوية الطبيعية أو الاثنان معا أو ما يسمى المختلطة; وكذا ضمان الحجم الأدنى من الهواء لكل عامل، كما يجب أن تركب الأجهزة المتعلقة بالتهوية في الأماكن التي تقع في باطن الأرض أو التي تكون بمعزل عن الأرض، ويكون الهواء المدخل نقي بعيدا عن أي مصدر تلوث، ومأخوذ على بعد مسافة كافية من الفروج التي تتصل بالأماكن التي تنطوي على أخطار حريق خاصة.

كما يجب أن تهيأ فروج لتطل للخارج لضمان التهوية والإنارة الطبيعية في الأماكن المغلقة.

كذلك يجب وقاية العمال من الروائح المتسربة من قنوات المجاري والأوساخ أو مصادر أخرى للتعفن وإذا ترتبت عن تراكم للغبار أو الروائح المضرة، فتجمع كل الأغبرة والغازات وتصرف في أماكن إنتاجها نحو الخارج بشكل لا ينطوي عليه أي مصدر للتلوث للبيئة أو إزعاج للسكان.

كما تتم حماية العمال بعزل أماكن العمل التي يترتب عنها أخطار كبيرة كالتسمم وعدم النقاوة وتزويد الغرف بأجهزة لاستخراج الهواء مع إقامة العمال فيها المدة التي تتطلبها مدة الشغل مع تزويد هذه الأماكن بجهاز تهوية مناسبة، وكذلك توفير حراسة يقوم بها عامل واحد على الأقل يقيم خارج المكان المغلق.

*** الإضاءة**

لقد أكدت المادة 13 من نفس المرسوم; على أن الإضاءة الجيدة عامل مهم للتقليل من الحوادث ذلك لأنها تضمن راحة البصر وعدم التسبب في الإصابات على مستوى العيون وبالتالي التقليل من الحوادث، كما يجب أن تكون الإضاءة مناسبة لنوع العمل وأن تكون موزعة توزيعا متساويا في جميع أنحاء مكان العمل.

ويمكن اللجوء للإضاءة الاصطناعية عن طريق تكييفها مع طبيعة الأشغال; وتكون قريبة للإضاءة الطبيعية إذا تعذر الاعتماد على الإضاءة الطبيعية.

*** درجات الحرارة المناسبة**

تكون الإرغامات الحرارية في بعض أماكن العمل مزدوجة، فيكون في أماكن العمل مناخها يتميز بالبرودة أو الحرارة، وإما هذه الإرغامات تكون صادرة عن الآلات المنتجة للحرارة أو البرودة[1].

على هذا الأساس يجب أن تقوم المؤسسة المستخدمة بعد استشارتها للطبيب; بتهيئة الظروف الملائمة للمحافظة على العمال من تقلبات الأحوال الجوية; وكذا المحافظة على مستويات مناسبة من البرودة والحرارة داخل أماكن العمل; وفي حالة كانت هناك ضرورة للعمل خارج إطار هذه التدابير بتعين على الهيئة تزويد العمال بتجهيزات خاصة، مثلما أشارت له المادتين 14 و 17 من المرسوم.

*** المرافق الصحية**

تضمنت المواد من 18 إلى 24 من المرسوم 05/91 الشروط الواجب توفرها في المرافق الصحية وهي[2]: يجب على الهيئة أن توفر مرافق صحية مبنية أرضيتها وجدرانها بمواد عازلة للسوائل ومطلية بلون فاتح وتكون مزودة بفتحات كافية ومجهزة بآلات للتهوية الطبيعية على أن تفصل هذه

1- كحلوش كهينة، ظروف العمل الفيزيقية وأثرها على صحة العامل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة مولود معمري تيزي وزو، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، 2014-2015، ص 104.

2- المواد من 18 إلى 24 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91 المؤرخ في 03 رجب 1411 الموافق 19 يناير 1991 يتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة و الأمن في أماكن العمل، الجريدة الرسمية العدد 04 المؤرخة في 23 يناير 1991، ص 76 إلى 77.

المرافق عن أماكن العمل وتكون قريبة منها، كذلك تكون هذه تزويد مرافق للعاملات وتكون منفردة، وتحتوي هذه المرافق على مرحاض واحد على الأقل لكل خمسة عشر عاملا، مع مغاسل ذات ماء ساخن، كذلك تزويد العمال بغرف لتغيير الملابس مجهزة بمقاعد وخزانات ذات مفاتيح.

كذلك يجب تخصيص محل ملائم لتناول العمال لوجبة غذائهم في أماكن العمل إذا كان عددهم 25 عاملا على الأقل، مع منع تناول الوجبات في المشاغل إذا كان النشاط يشتمل على استعمال مواد أو مستحضرات.

وتكون المحلات المخصصة لإيواء العمال مهواة ونظيفة ومعزولة عن أماكن العمل وبعيدة عن الإزعاجات التي تصدر عن العمل.

وعلى الهيئة كذلك تزويد العمال بماء نظيف للشرب مطابق لقواعد النظافة وقريب من مكان العمل.

كذلك نصت المادة 108 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة على وجوب استيفاء الماء المخصص للشرب والنظافة الجسدية والاستعمال المنزلي والسقي ومياه السباحة لمقاييس محددة في التنظيم.

- التدابير الخاصة بالأمن

نصت المادة 100 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة على ما يلي:

تهدف النشاطات في مجال طب العمل، لاسيما إلى ما يأتي:

* تحسين ظروف ووسط العمل لضمان الأمن والصحة في العمل،
* اعتماد نظام تنظيم للعمل يهدف إلى ترقية مناخ اجتماعي ملائم وثقافة حفظ الصحة والأمن والصحة في العمل.

باستقراء نص هاتين الفقرتين نستخلص أن الهيئة المستخدمة ملزمة إضافة إلى توفير مناخ صحي للعمل، فعليها اتخاذ تدابير متعلقة بالأمن وحماية العمال والحفاظ على سلامتهم من الحوادث التي ممكن أن تنجم بسبب الآلات والمعدات التي يستخدمها العمال، خاصة فيما يتعلق بحوادث الشحن، التفريغ، المرور، أخطار السقوط، وقوع الحرائق، مخاطر التيار الكهربائي.

- الشحن، التفريغ والمرور

إذا هناك عملية لنقل عتاد دون توفر جهاز ميكانيكي أي أن عملية النقل تتم بطريقة يدوية، فعلى العامل الذكر أن يحمل عتادا لا تتجاوز حمولته 50 كلغ في المسافات القصيرة و25 كلغ بالنسبة للعاملات الإناث والعاملين القصر، وعلى الهيئة توفير أدوات وآلات تساعد على رفع العتاد التي تتجاوز حمولته الوزن المذكور سابقا.

ولتجنب خطر الاصطدام والتحطيم; يجب على المستخدم العمل على احترام المقاييس عندما يقوم بتوفير ممرات التي من خلالها تمر العربات والآليات التي تقوم بعمليات الشحن والتفريغ، وكذا ممرات آمنة ومنافذ ليستخدمها العمال.

أحيانا يكون سائق المركبة في ظروف رؤية غير كافية، على المسؤول تعيين شخص أو عدة أشخاص من أجل إرشاد السائق تساعده في هكذا ظروف، واتخاذ نفس الإحتياطات عند التفريغ[1].

وفيما يخص المواد المواد والمنتوجات أو البضائع التي تمثل خطرا; فيجب عزلها عن أماكن العمل والمرور، وتكليف عمال مؤهلين بمهمة تكديس الأكياس والصناديق أو الحمولات على اختلاف أنواعها دون أن يترتب عن ذكر أي خطر عليهم، كذلك على الهيئة تزويد العمال بأجهزة مناسبة حتى لا تترتب حروق حرارية أو كيميائية في حالة شحن سوائل وتفريغها وتحويلها من وعاء إلى آخر[2].

- الوقاية من السقوط من المستوى العلوي

من بين الأخطار التي تواجه العمال أثناء عملهم; هي تلك المتعلقة بالسقوط من علو مرتفع نتيجة لطبيعة العمل التي تتطلب القيام بالأعمال في أمكنة عالية أو القيام بأعمال لها علاقة بالصيانة، ويمكن حدوث خطأ بسيط في هكذا مستوى مرتفع إلى التسبب في كارثة تؤدي إلى إصابة العامل وقد ينتج عنها وفاته وإعاقته، على هذا الأساس على الهيئة اتخاذ إجراءات وتدابير منع هذه الحوادث، ومنها تسييج الفوهات الأرضية والسقيفات والآبار وفتحات النزول مع وضع إشارة تنبيه إلى وجود السياج، وفي حالة العمل الليلي أو الرؤية غير الكافية يجب أن يرشد العمال إلى الفتحات بوضع الإشارات الضوئية اللازمة.

كذلك القيام بتهيئة وسائل من شانها تسهيل الوصول إلى الأماكن المرتفعة أو إلى الصهاريج والأحواض والخزانات والمطامير، كما تكون السلاليم مصنوعة من مواد صلبة ذات حواجز جانبية ومقابض يدوية ودرجات صلبة وثابتة; ويمنع الحمل فوقها أشياء تفوق 50 كلغ[3].

- الحماية من خطر الآلات والدواليب

من بين الأدوات المستخدمة في المجال الصناعي هناك الآلات; التي تدخل في الكثير من الأمور التي لها علاقة بالإنتاج الصناعي، هذه الآلات بالرغم من أهميتها وضرورتيها، إلا أنها أحيانا تشكل خطرا على أمن العاملين عليها، ولهذا فقد خصص لها المشرع مجموعة من المواد في المرسوم التنفيذي رقم 05/91 السالف الذكر، وكبداية للاحتياطات اللازمة في مجال الحماية من الآلات والدواليب; فقد نصت المادة 38 إلى منع دخول العمال إلى قاعات الآلات المولدة أو المحركة إلا

1- المواد من 25 إلى 27 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91، نفس المرجع، ص 77.

2- المواد من 31 و 32 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91، نفس المرجع، ص 77.

3- المواد من 34 إلى 37 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91، نفس المرجع، ص 78.

بوجود ترخيص يمنح من الهيئة المستخدمة، كذلك تكون عملية تشغيل الطاقة الكهربائية على مستوى القاعات في متناول مشغليها على أن يمنح هؤلاء بوسائل تمكنهم من إيقاف المحركات.

يجب أن تكون آلات الصنع مرتبة بطريقة تسمح باستعمالها وصيانتها دون خطر على سلامة العمال وصحتهم، ويجب أن يرتدي العمال المكلفون أو الممتهنون عند دخول القاعات ألبسة مضبوطة وغير فضفاضة، كما يجب إقامة حواجز واقية لمنع العمال في حالة الاستعمال العادي من الوصول إلى أجهزة الآلات والمناطق الخطرة[1].

- الحماية من أخطار الحرائق

من بين الأخطار التي تهدد بشكل كبير أمن وسلامة المنشاة; إن لم نقل من أكثرها; هناك الحرائق، فهذا النوع من الحوادث يمس على حد سواء الأشخاص والممتلكات، وسببه قد يكون إنساني أو بسبب تعطل أحد الآلات.

وللوقاية من هذه الحوادث; يجب على مسؤولي الهيئة اتخاذ إجراءات وقائية لمنع حدوثه، هذه الإجراءات قام المشرع الجزائري بالنص عليها في عدة تشريعات قانونية ومنها المرسوم التنفيذي 05/91 السالف الذكر; وذلك بداية من المادة 45 إلى غاية المادة 60 وكذا القانون 02/19 المؤرخ في 17 جويلية 2019 الذي يتعلق بالقواعد العامة للوقاية من أخطار الحريق والفزع.

وقد نصت المادة 1 أن الهدف من القانون هو تحديد القواعد العامة للوقاية من أخطار الحريق والفزع وهي[2]:

- حماية الأفراد والممتلكات من خطر الحرائق،
- القيام بمكافحة الحرائق والحرص على أمن المصالح المتدخلة،
- الحفاظ على هيكل البناية بشكل ثابت خلال زمن معين،
- التحكم في الحرارة والأدخنة عن طريق ضبط انتشار الحريق،
- حماية الأبنية المجاورة من انتشار الحرائق،

أما المادة 2 فقد نصت على وجوب احترام الدراسات والإنجازات المتعلقة بالتهيئة أو التعجيل التي تطرأ على المؤسسات أو العمارات أو البنيات المخصصة للسكن; للمقاييس والتدابير الأمنية من أجل حماية الأشخاص والممتلكات من خطر الحريق.

كما تطرقت المادة 3 منه إلى إعطاء مجموعة من التعاريف حول المصطلحات الواردة في هذا القانون ومنه:

1- المواد من 38 إلى 41 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91، نفس المرجع، ص 78.

2- المادة 01 من القانون 02/19 المؤرخ في 14 ذي القعدة 1440 الموافق 17 يوليو 2019 المتعلق بالقواعد العامة للوقاية من أخطار الحريق و الفزع، الجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخة في 21 يوليو 2019، ص 5.

مالك : كل شخص يتمتع بحق الملكية على مؤسسة أو عمارة، وبالتالي فإن نفس الإجراءات الأمنية المتعلقة بالوقاية من الحرائق تطبق عليها.

- من حيث تجهيز المؤسسة

فقد نصت المادة 4 من القانون; على انه يتعين على القائمين على المنشأة ومالكوها ومستغلوها التأكد من أن المواد المستعملة والمنشآت والتجهيزات يتم إعدادها وصيانتها طبقا لأحكام هذا القانون، كما أتبعتها المادة 8 التي أشارت إلى أن المواد المستعملة يجب أن تظهر ميزة التفاعل والمقاومة عند تعرضها للنار، كذلك على المشيد أن يضع التهيئات الضرورية للمؤسسة من أجل تسهيل حركة الأشخاص ذوي الحركة المحدودة عند حدوث النكبة مثلما أشارت له المادتين 9 و 10 من القانون.

و أشارت المادة 49 من المرسوم التنفيذي 05/91 السالف الذكر إلى أن المنشآت الكهربائية الموجودة في المناطق التي بها خطر الإنفجار يجب أن تكون[1]:

- أن تقتصر على العناصر الضرورية لاحتياجات الاستغلال.
- تصميمها وإنجازها بكيفية تجعلها مشتملة على أي مصدر ممكن للشرارة أو السخونة اللتين ينجر عنهما التهاب الفضاء أو المواد الانفجارية.

- من حيث احترام التدابير الأمنية

فيجب على المالك أو المسير عند إجراء التعديل; التأكد من احترام الإجراءات الإدارية والتدابير الأمنية عند إجراء التعديلات على المؤسسة حسب المادة 7 وقد نصت المادة 46 من المرسوم 05/91 عن وجوب عزل أماكن العمل ومراكزه التي تنطوي على أخطار اندلاع الحرائق بسبب استعمال المنتوجات والمواد سريعة الالتهاب، عن باقي أماكن العمل وذلك عن طريق بفصلها بحواجز، وتوفير حراسة خاصة لأشغال الصيانة التي تنجز في هذه الأماكن.

والأماكن التي تعالج فيما المواد السريعة الالتهاب; لا يجب أن تحوي مواقد أو أي جهاز يؤدي إلى التوهج وكذلك يمنع فيها الإتيان بأي مصدر للنار كالتدخين مثلا.

ويمنع ترك المواد سريعة الالتهاب في الأدراج والممرات والأروقة أو قرب منافذ المحال والبنايات، بل أكثر من ذلك يجب أن توضع الخرق والقطن والورق المبلل بالسوائل سريعة الالتهاب، بعد استعمالها، في أوعية معدنية مغلقة إغلاقا محكما وبعيدا عن كل مصدر حرارة كما نصت على ذلك المادة 52 من المرسوم التنفيذي.

- من حيث الرقابة

حيث نصت المادة 5 من القانون 02/19 على وجوب القيام بالرقابة الدورية لتجهيزات الكشف عن الحريق وصرف الدخان و التهوئة وكذا كل التجهيزات المسيرة آليا ووسائل مكافحة الحريق.

1- المادة 49 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91 مرجع سابق، ص 79.

وكذلك نصت المادة 62 من المرسوم على القيام بالفحوص وعمليات الصيانة الدورية خاصة في[1]:

* جو العمل وأماكنه.
* وسائل الحماية الجماعية والفردية.
* منشآت مكافحة الحرائق.
* مركبات نقل المستخدمين.
* أجهزة الرفع وتجهيزات الشحن والتفريغ.
* المنشآت الكهربائية.

على أن يقوم بعملية الفحوص مستخدمون مؤهلون لهذا الغرض تعينهم الهيئة المستخدمة.

- الإجلاء

يجب أن تكون عرض المنافذ والمخارج مساوي أو أكثر من 80 سم; وكذا أن توزع للتمكن من الإجلاء السريع عند نشوب حريق، ويكون في المحل الواحد أكثر من منفذين فيما كان يمر عبر المحل أكثر من 100 شخص، وكذلك يجب وضع علامات مرئية ليلا ونهارا للإشارة إلى الطريق الذي يؤدي إلى أقرب مخرج.

وتكتب على المنافذ عبارة "منفذ النجدة" بحروف بارزة مع وجود إنارة احتياطية أمنية تضمن إجلاء الأشخاص في حالة الإنقطاع المفاجئ للإنارة العادية.

1- المادة 62 من المرسوم التنفيذي رقم 05/91 مرجع سابق، ص 81.

ومما سبق; يتضح أن الحق في الصحة يشير إلى الحق الطبيعي في الحياة بكل ما تحمله الكلمة من معنى; ويشمل التدابير الضرورية التي تعمل على ترقية الصحة من خلال تحسين الغذاء ومكافحة الأوبئة الفتاكة وتخفيض نسبة وفيات الأطفال والوقاية الصحية الموجهة للأمومة وحقوق أخرى، أما في المجال البيئي; فيتمثل في ضرورة مواجهة التحديات البيئية الناجمة عن التغيرات والتحولات التكنولوجية والصناعية والعلمية.

وقد تم تجسيد الحق في الصحة في الصكوك الدولية والتي تتضمن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية والإجتماعية، العهد الدولي بشأن الحقوق المدنية و السياسية الصادر عن الأمم المتحدة وصكوك أخرى، أما الإتفاقيات الدولية فتشمل الإتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، اتفاقية حقوق الطفل، وإتفاقيات إقليمية متمثلة في الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان، الميثاق الاجتماعي الأوروبي، الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب و العربي لحقوق الإنسان، وفي التشريع الجزائري كان تجسيد الحق في الصحة من خلال المواثيق ابتداء من ميثاق الجزائر 1964 وكذا على مستوى الدساتير وكذا مختلف القوانين والمراسيم; كما أن حماية الصحة كان لها نصيب من التشريع الجزائري عن طريق حماية الأفراد بصفتهم مستهلكين، حماية الأفراد بصفتهم مرضى، الحماية الصحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني، حماية المعوقين، الحماية الصحية للسجناء، الحماية الصحية للمعوقين، الحماية الصحية للأمومة و الطفولة، الحماية الصحية من الأمراض ذات الإنتشار الدولي، الحماية الصحية على مستوى الحدود و حماية الصحة في الوسط المهني.

الفصل الثاني: الأمن الصحي ومجالاته

يعيش العالم تهديدات على جميع الأصعدة لعل أبرزها التهديدات الصحية التي أصبحت تؤرق كل حكومات الدول، هذه المؤرقات لم تأتي من فراغ بل لها ما يبررها; والدليل ما حدث أواخر 2019 حيث ظهر فيروس كورونا (كوفيد 19) وآثاره الخطيرة الذي شلت جل القطاعات الحيوية.

لقد أصبح العالم اليوم قرية صغيرة في ظل العولمة، حيث أن القضايا الصحية تشكل مشكلة جدية; خاصة مع ظهور أنواع جديدة من الأوبئة; التي تتسم فيها بسرعة الانتشار; حيث لا حدود جغرافية تقع عائقا أمامها، ما جعلها قضايا عالمية ومشكلة أمنية; حيث يتم إعطائها الأولوية عند أي مناقشة للقضايا الحساسة التي تمس أمن الدول، أي أن المشاكل الصحية يتم مناقشتها كقضية أمنية، وأصبح ارتباطها تتعلق بمسائل الأمن، ولم يعد مفهوم الصحة اليوم مشكل مرض; ورعاية; وعلاج; ومستشفى.

لقد ارتبط الأمن الصحي بمفاهيم أخرى كالأمن الغذائي، الأمن المائي والأمن البيئي; وهذه المفاهيم تتقاطع فيما بينها للوصول إلى هدف واحد هو أمن الإنسان الصحي.

أما وطنيا ومع استحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي، التي تمثل أحد أعمدة المنظومة الصحة الجزائرية، فيمكن أن نقول أن الجزائر بإنشائها لهذه الوكالة تحذو حذو الكثير من الدول في تبنيها لإستراتيجية الأمن الصحي.

على هذا الأساس قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين الأول معنون بماهية الأمن الصحي; وهو بدوره مقسم إلى مطلبين وهما المطلب الأول; مفهوم الأمن الصحي; والمطلب الثاني معنون; مجالات أخرى لها علاقة بالأمن الصحي، أما المبحث الثاني فهو حول المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر; والذي تم تقسيمه إلى مطلبين وهما المطلب الأول; هيئات الصحة في الجزائر، أما المطلب الثاني; حول آليات الوكالة الوطنية للأمن الصحي.

المبحث الأول: ماهية الأمن الصحي

يعتبر مفهوم الأمن الصحي من المفاهيم المستحدثة الذي ظهرت منذ سنوات قليلة، أي هو مصطلح حديث نسبيا ويعتبر أحد أبعاد الأمن الإنساني; الذي يقوم على الوقاية من أي تهديد صحي مهما كان نوعه واتخاذ جميع الإجراءات و التدابير المناسبة لمكافحة هذا التهديد في حالة حدوثه، ويعتبر كذلك من مواضيع الدراسات الإستشرافية من أجل حماية المجتمع من كل الأمراض الناشئة والأوبئة، حيث توصلت الدراسة إلى ضرورة إصلاح المنظومات الصحية الوطنية أو الدولية.

ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية; يشمل الأمن الصحي الأنشطة المطلوبة لتقليل خطر حوادث الصحة العامة الحادة وتأثيرها الذي يعرض الصحة الجماعية للسكان الذين يقطنون المناطق الجغرافية والحدود الدولية للخطر، وتتحمل الحكومات على مستوى العالم مسؤولية حماية الصحة لسكانها.

لذا سنحاول في هذا المبحث إبراز مفهوم الأمن الصحي ومختلف المجالات التي لها علاقة به وهي الأمن الغذائي، الأمن البيئي والأمن المائي.

المطلب الأول: ماهية الأمن الصحي

لقد تطور مفهوم الأمن الصحي خلال النصف الأخير من القرن الحالي; واستجد هذا المفهوم بعد تعاظم المخاطر الصحية وتفشي الأمراض والأوبئة، والكوارث الطبيعية والبيولوجية والكيميائية وتحولت إلى تهديدات جدية عالميا.

الفرع الأول: مفهوم الأمن الصحي

يقصد بالأمن الصحي الأنشطة والإجراءات التي تتخذ لتخفيف المشاكل الصحية، ويعد نموذجا متطورًا في مجال العلاقات الدولية ودراسات الأمن، أما أمن الصحة العامة فهو مفهوم للقضايا الصحية العامة التي تتضمن حماية السكان على الصعيد الوطني من التهديدات الصحية الخارجية.

ويقودنا هذا إلى ضرورة تبني وإبراز مفهوم الأمن الصحي في هذا المطلب وأهميته وأبعاده.

أولا: تعريف الأمن الصحي

إن أول ظهور لهذا المصطلح جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية "ّالأمن الصحي العالمي: خطر الأوبئة والاستجابة ثم جاء مفصلا بعنوان: "مستقبل آمن للأمن الصحي العالمي في القرن الواحد والعشرون".

بعد تبني منظمة الصحة العالمية تعريف الصحة ، بأنها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا ، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"، بدأت النظرة إلى الأمن الصحي تتغير، بعدما كان ينظر إليه بنظرة ضيقة و تقليدية على أنه "الحماية من المرض والعجز والموت الذي يمكن أن

تلاقيه"[1] أو على أنه مكافحة الأوبئة و الحد من انتشارها و "التحرر من المرض و العدوى"[2]، و أنه "توفير للخدمات الصحية وعدم سهولة و انتشار الأمراض"[3].

لقد تم تضمين مفهوم "الأمن الصحي" في "تقرير التنمية البشرية"; الصادر عن "برنامج الأمم المتحدة الإنمائي" للعام 1994، لعدة اعتبارات; منها انه ركن من أركان "الأمن الإنساني"، وقد دار الحديث حول توسيع مفهوم "الأمن" وضرورة ارتقاء هذا المفهوم من الفهم التقليدي القائم على "محورية الدولة" إلى فهم إنساني أوسع وأعمق يقوم على "محورية الأفراد"، كما أوضح التقرير في حينها على إن وحدة التحليل الأساسية لمفهوم "الأمن الإنساني" تتمثل في "الأفراد" عوضا من "الدولة" وذلك في سياق ما يواجهه أمن الأفراد من تحديات خطيرة، وعلى هذا الأساس اكد على وجوب توسيع الأمن الإنساني ليشمل تهديدات أخرى تتضمن سبع مجالات; ومنها الأمن الصحي، وفي اجتماع لمجلس الأمن الدولي في عام 2000، أعلن ولأول مرة أن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بات يشكل تهديدا نابعا من مجال الصحة للاستقرار والأمن[4].

كذلك أعتبر التقرير أن الأمن الصحي حق أساسي من حقوق الإنسان الواجب احترامه وتوفيره لجميع الأفراد; والمحافظة عليه يعتبر شرطا لبقاء الدول واستقرارها; وإلى ضرورة وجود تعاون دولي للتصدي للمخاطر و مكافحتها إذ أن الدولة وحدها لا يمكنها ذلك[5].

وبتاريخ 2003 قامت لجنة الأمن الإنساني في تقرير بعنوان " أمن الإنسان الآن" إلى علاقة الصحة بالأمن الإنساني ، و اعتبرت فيه انه لا يمكن لهذا الأخير أن يتحقق إلا بالمحافظة على حياة البشر، و أن الأمن الصحي يدخل في صميم المحافظة على حياة الإنسان[1].

1- تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، تحديات امن الإنسان في البلدان العربية ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، برنامج الأمم المتحدة ، شركة كركي للنشر 2009 ، بيروت لبنان، ص 148.

2- تعريف تبناه الملتقى القاهرة التشاوري حول الصحة و أمن الإنسان في عام 2002.

3- عمر سعد الله ، معجم في القانون الدولي المعاصر ، ديوان الدطبوعات الجامعية ، الطبعة الثانية، الجزائر ، ص 78.

4- موقع مركز الدراسات الإستراتيجية، حسين باسم عبد الامير، مقال حول تطور مفهوم "الأمن الصحي" وأثره في الدراسات الأمنية المعاصرة، منشور بتاريخ 02 مايو 2020.

تاريخ الزيارة: 2022/12/01.

http://kerbalacss.uokerbala.edu.iq/wp/

5- ركز برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على التحديات الصحية المستجدة من زاوية تنموية ، و اعتبر أن الأخطار الأساسية التي تهدد الصحة بالنسبة إلى الأغلبية العظمى من الناس هي الأمراض و الأوبئة المعدية السريعة الانتشار ،و الوفاة ، و المرض المرتبطان بالفقر ، و البيئات غير الآمنة و تهجير الجماعات البشرية.

و رأت اللجنة أن الأمراض المعدية و الأوبئة على الصعيد العالمي ، و كذا الأزمات الصحية التي تسببها النزاعات المسلحة و حالات الطوارئ الإنسانية ، تعتبر من بين أشد التهديدات خطورة على امن الإنسان ، كما اعتبرت أن المشكلات الصحية الناجمة عن الفقر و التي تصيب الأفراد و الأسر قد تزعزع استقرار دولا بأكملها[2].

وقد كان كذلك الأمر عام 2007 حيث وسع تقرير سنوي صادر أيضا عن الأمم المتحدة والخاص بالصحة من مفهوم أمن الصحة العامة ، و عرفه بأنه تلك: "الأنشطة اللازمة ، سواء كانت استباقية أم كانت تمثل رد فعل ، للإقلال إلى أدني حد من التعرض لأحداث الصحة العمومية الحادة التي تشكل خطرا على صحة سكان أي بلد على نطاق واسع"، و هو ما اعتمده تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 الذي يرى في الأمن الصحي; على انه "منظومة من النشاطات الفعالة المتعددة المسارات التي لا بد من تفعيلها للتخفيف من نشوء الأوضاع الصحية العامة الحادة التي تهدد صحة المواطنين[3].

على هذا الأساس لم تعد التهديدات الصحية تنحصر في الأوبئة و الأمراض المتنقلة، و إنما توسع الخطر ليشمل الكوارث الطبيعية ، و الحوادث الكيميائية أو النووية و الإشعاعية، والأمراض التي مصدرها الحيوانات وسلامة الغذاء التي تهدد الأفراد و الشعوب للخطر[4].

كما أخذ الأمن الصحي بعدا دوليا ، مع امتداد هذه التهديدات خارج الحدود الدولية ، خاصة مع تطور حركة السفر و التجارة الدولية التي باتت تساهم في انتشار هذه التهديدات عالميا كما تم الإشارة إليها سابقا[5].

لقد أكد مجلس الأمن الدولي أن انتشار الأمراض الخطيرة يشكل تهديدا للسلم و الأمن الدوليين، حينما اعتبر في قراره الصادر بتاريخ 2014، أن تفشي فيروس إيبولا على نطاق غير مسبوق في منطقة غرب إفريقيا ، يهدد السلام و الاستقرار و التنمية في دول هذه

1- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، حقوق الإنسان تدعم الحق في الصحة ، تقرير عن الإجتماع المشترك بين البلدان حول الصحة و حقوق الإنسان ، منظمة الصحة العالمية ، القاهرة 2006، ص 17.

2 - Commission on human security , Human security now , commission on human security, New York 2003 p p 96 – 97.

تاريخ الزيارة: 2022/11/23.

يمكن تحميل المقال من الموقع:

https://digitallibrary.un.org/record/503749?ln=fr

3- تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، مرجع سابق ، ص 148.

4- منظمة الصحة العالمية ، اللوائح الصحية الدولية مقدمة موجزة 2005 : معايير التمديدات الإضافية، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط، 2013 ، رقم الوثيقة ، ش م / ل إ ، 8/60 ، 8/RC60/EM، ص 01.

5- منظمة الصحة العالمية ، مستقبل أكثر أمنا ، المرجع السابق ، ص 01.

المنطقة، و انه في حالة ما إذا لم يتم احتواء هذا الفيروس ، فانو سيؤدي إلى توترات اجتماعية و إلى تدهور الأحوال السياسية و الأمنية في المنطقة[1].

كما اعتبر تقرير التنمية الإنسانية العربية لسنة 2009، أن الأمن الصحي ظاهرة إنسانية ذات طابع دولي متعدد الأبعاد، له ارتباط بمجالات أخرى سياسية ، اقتصادية و بيئية، وان مقاربة الأمن الإنساني في هذا المجال ترتكز على التصدي للمخاطر الصحية التي قد تكون لها تداعيات عالمية تتجاوز الحدود الوطنية ، في إطار من التعاون و الشراكة المحلية و الدولية لمنع انتشار هذه المخاطر ، مع إشراك جميع الهيئات الحكومية و غير الحكومية في العملية[2].

وكذا ضرورة الالتزام و التقيد بجملة من المبادئ ، كمراعاة المعايير الأخلاقية عند إدارة العمليات ، و احترام حقوق الإنسان الأساسية ، و الامتثال للقواعد القانونية الدولية[3].

وفي تعريف آخر; يعتبر الأمن الصحي مجموعة الاستراتيجيات الموجهة لحماية المجتمع من التهديدات الصحية كالأمراض المعدية، والأوبئة، أي توفير الرعاية الصحية اللازمة للأفراد من حيث الكشف، التشخيص، المعالجة، المتابعة والدواء، ويعد الأمن الصحي مسؤولية جميع القطاعات، ولا يمكن أن يتحقق عن طريق قطاع الصحة فقط.

إن الأمن الصحي العالمي يعني ضرورة خلو و سلامة كل دول العالم من كل الأمراض و الأخطار والأوبئة التي تهدد الصحة العمومية العالمية[4].

وفي منظور منظمة الصحة العالمية فإن الأمن الصحي يرتكز على:

– منظومة صحية جيدة الآداء وشاملة للجميع تزيد من فرص الكشف واحتمالات احتوائها وتأهبها قوية.

– الدول التي تكن بها نظم صحية قوية; تكون مستعدة ومتأهبة على نحو أفضل لتلبية الطلب الإضافي على الخدمات الصحية الناجم عن الفاشيات والطوارئ الصحية.

– التغطية الصحية الشاملة; من شأنها أن تحقق الثقة مع الجمهور والطمأنينة، هما الذي يستند اليهما الامتثال لتدابير الخاصة بالمكافحة الموصي بها.

1– الأمم المتحدة، مجلس الأمن الدولي، السنة التاسعة والستون، جدول الأعمال، السلام والأمن في أفريقيا، فيروس إيبولا، جلسة 7268 في 18 سبتمبر 2014، الساعة ص 10.

يمكن تحميل الملف من الموقع:

https://digitallibrary.un.org/record/779811/files/S_PV.7268-AR.pdf

2– تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق، ص 146.

3– المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، حقوق الإنسان تدعم الحق في الصحة، مرجع سابق، ص 18.

4– بلخير اسية، "الأمن الصحي العالمي: متطلبات الترشيد و ضرورات الاستدامة"، مجلة العلوم السياسية و القانونية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية و السياسية و الاقتصادية، المجلد (2)، العدد (6)، يناير 2018 ، ص 244.

– تسعى الدول لتطوير مجالها الصحي والطبي والاستعداد لمواجهة الأمراض وتحصين أمنها الصحي.

1– الأمن الصحي العالمي

إن التهديدات الصحية الدولية تتطلب تضافر الجهود على الصعيد الوطني، الإقليمي و الدولي، وذلك عن طريق المراقبة، الالتزام بالأطر واللوائح من اجل دعم البنى والأنظمة الصحية في الدول الوطنية، وقد أكد هذا الأمر ذوي الإختصاص من رجال الطب والقانون من خلال مجموعة من المرتكزات التالية:

– الحماية من الأوبئة والأمراض المعدية وكل ما يهدد الصحة العامة للفرد.

– مواجهة التهديدات الصحية الجديدة والميكروبات الخطيرة والمعرضة للجائحة.

– الرفع من نسبة مقاومة الأدوية والاستخدام المحتمل.

– طوارئ صحية مما يتيح استجابة أسرع وأكثر فاعلية.

– التنفيذ والالتزام باللوائح والتوجيه والتعاون في مجال البحث والتطوير في مجال الصحة وتطوير اللقاحات.

– قانون دولي صحي ملزم حول متطلبات محددة للنظم الصحية.

– التقليل من التكاليف الصحية عن طريق الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الصحية والضبط الصحي[1].

2– الأمن الصحي الوطني

ترتكز المنظومة الصحية الوطنية على المقومات الأساسية التالية:

– البنية التحتية الصحية بمتطلبات صحية عصرية ومتطورة.

– إطار دستوري وتشريعي ضابط ومتكيف مع التهديدات الصحية المستجدة.

– فواعل صحية على قدر من الكفاءة على الصعيد البشري والمؤسساتي والجمعوي.

– عقد اجتماعي صحي قائم على منظومة قيمية واعية وملتزمة ومقدرة لمكانة الصحة في حياة الفرد، وأهمية إطارات الصحة في المجتمع .

– البحث والتطوير والوقاية ونظم الطوارئ الصحية وفق منظومة تكنولوجية ومعلوماتية حديثة ومتطورة .

كما جاء في توصيات مؤشر الأمن الصحي العالمي لسنة 2020 أنه وفق هذه المقومات; يجب على الحكومات الوطنية الالتزام باتخاذ إجراءات لمعالجة مخاطر الأمن الصحي، بكل شفافية

1 - Mostafavi, E. (2017). Health Security. (Epidemiology and Biostatistics 41.DVM, Éd.) Iran: Pasteur Institute

وقياس بانتظام، وعلى الحكومات تحسين التنسيق وخاصة الروابط بين هيئات الأمن والسلطات الصحية العامة في البيئات غير الآمنة.

وينبغي إنشاء آليات تمويل جديدة لسد فجوات التأهب مثل إنشاء صندوق جديد متعدد الأطراف لمطابقة المنظومة الصحية الوطنية لمعايير الأمن الصحي العالمي; ويجب أيضا على الدول اختبار قدراتها في مجال الأمن الصحي ونشر مراجعات بعد العمل على الأقل سنويا حول التهديدات البيولوجية بما في ذلك التركيز على التمويل والاستجابة لحالات الطوارئ[1].

ثانيا: أهمية الأمن الصحي

إن مدى تأثير الأمن الصحي يكون واسع وعلى عدة مجالات في الحياة، بمعنى أن أي التهديد يكون على قطاع الصحة يؤثر بشكل مباشر على الأمن القومي والإقليمي للدول، وبالتالي فإن تحقيق نجاح في الأمن الصحي يتطلب تضافر جهود الكثير من الفواعل والأطراف سواء حكومية و غير حكومية والتعاون يكون بين الكثير من القطاعات كالأمن، الصحة، البيئة، التعليم ...

وحول أهمية الأمن الصحي، أوضح الأستاذ الصدد أكد الدكتور ديفيد إل هيمان أستاذ وبائيات الأمراض المعدية بمدرسة لندن للصحة والطب الاستوائي في محاضرة عن بعد عنوانها "مستقبل الأمن الصحي في ضوء أزمة كوفيد-19"; أن الجائحة أوجدت العديد من المعطيات الجديدة على الصعيدين الإقليمي والعالمي، بعد أن انهارت أنظمة الرعاية الصحية في عدد كبير من دول العالم، خصوصاً الدول الصناعية، ما رفع نسب الوفيات نتيجة عدم تمكن المرضى من الوصول إلى المستشفيات، خصوصاً في أمريكا، وبريطانيا، وإيطاليا، وطالب هيمان بضرورة أن تعمل جميع المجتمعات حول العالم مع بعضها البعض لمجابهة فيروس كورونا، وإتباع أنماط صحية سليمة، مؤكداً على أهمية التزام الدول بمراجعة إجراءاتها وسياساتها الصحية الخاصة بمجابهة الأوبئة، وتزويد منظمة الصحة العالمية بتقارير عاجلة حول مدى تفشي المرض أو الوباء، لتتمكن من التحرك سريعاً ومحاصرتهن وحول دور الخبراء الصحيين في وضع سيناريوهات لمجابهة الأوبئة، شدد على أهمية التعاون والعمل الجماعي وخاصة بين المنظمات العالمية وصناع القرار وتعزيز دور الخبراء لحماية الصحة العامة سواء للإنسان أو الحيوان، والتعلم من تجارب الدول في مجابهة الأوبئة[2].

1- أحمد طيلب، الأمن الصحي في الظروف الاستثنائية بين تكريس الحق وصناعة الوعي، مجلة دفاتر البحوث العلمية، العدد 2، 2020، ص 65.

2- موقع جريدة الوطن، محاضرة عن بعد "مستقبل الأمن الصحي في ضوء أزمة "كوفيد 19"، يوم الخميس 24 يونيو 2021.

تاريخ الزيارة: 2022/09/19.

https://alwatan.ae/archives/811441

كما أكد على أن تحقيق الأمن الصحي العالمي يتطلب تعاوناً بين الدول والمجتمعات، وتسهيل وصول البشر إلى المرافق الصحية، وتحقيق نمط معيشة صحي يساعد في رفع قدرة الناس على مواجهة الأمراض، وشدد على ضرورة تبني الدول آليات ناجعة لإبلاغ منظمة الصحة العالمية وبصورة مبكرة عن أي طوارئ صحية عاجلة، لكي تتمكن المنظمة من التحرك سريعاً واتخاذ إجراءات من شأنها تحجيم المرض أو الوباء قبل انتشاره.

إن الأمن الصحي يعد مسؤولية مشتركة لا يمكن أن يتحقق عن طريق طرف فاعل واحد أو قطاع منفرد داخل الحكومة، وبالتالي يعتمد النجاح في تحقيق الأمن الصحي على تكاتف الجهود مع مختلف الأطراف من مؤسسات حكومية وغير حكومية ، والتعاون بين قطاعات الصحة والأمن والبيئة والتعليم والزراعة والاقتصاد، وفي هذا الصدد تقول الدكتورة "مارغريت شان" أنه عندما يتعرض العالم للخطر بشكل جماعي يصبح الدفاع مسؤولية لجميع الدول[1].

إن نجاح الأمن الصحي; يقع على تكاتف الجهود مختلف الأطراف; من مؤسسات حكومية وغير حكومية ، والتعاون بين قطاعات الصحة والأمن والبيئة والتعليم والزراعة والاقتصاد.

إن موضوع مستقبل الأمن الصحي في ضوء أزمة كوفيد-19 في غاية الأهمية، حيث يشغل بال العالم، لأن الجائحة وما أحدثته من تحولات وتداعيات كبيرة على العالم كله شرقاً وغرباً، وما تسببت به من خسائر بشرية، طرحت تساؤلاً مهماً حول مستقبل الأمن الصحي، وكيفية التصدي لمثل هذه الأوبئة العالمية الخطيرة مستقبلاً، باعتبار أنها تشكل التهديد الأكبر للبشرية.

لقد أصبح الأمن الصحي يتصدر اليوم أولويات الحكومات الوطنية والمؤسسات الدولية، ليصبح العنصر الأهم ضمن منظومة الأمن الوطني والإنساني الشامل محليا وإقليمياً وعالمياً، لذلك فان فهم الأمن القومي لدولة ما يتحتم دراسة الوضع الصحي، الإنساني، المجتمعي وكذا الاقتصادي بشكل أكبر، بحيث لا تطغى دراسات الأمن الجيوستراتيجي على دراسة الوضع الداخلي للمجتمعات. وهذا ما يجعل الدول تركز على البحث والتطوير في حقل دراسات الأمن بمختلف جوانبه بما في ذلك الأمن الصحي، الاقتصادي، الغذائي. ففي ظل العولمة والاعتماد المتبادل لايمكن لأي دولة أن تتجاهل

1- موقع الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، الأمن الصحي ضمانة الأمن القومي : جائحة كورونا نموذجا، مقال منشور في 2022/01/22.

تاريخ الزيارة: 2022/01/23.

www.politics-dz.com/الأمن-الصحي-ضمانة-الأمن-القومي-جائحة-ك/

مرضا معينا في دولة ما وتعتبره أنه خارج حدودها. فالحد من مرض ما لا يعني نهاية الأمراض بل هو إنذار بأن سلسلة الأمراض في استمرار وتواصل[1].

ثالثا: أبعاد الأمن الصحي

1- مجال الصحة العامة: تعتبر الصحة العامة أشمل من الصحة الشخصية; بل تمتد الى العلاقات الاجتماعية التي تؤثر على الصحة. وجميع أنواع المشاكل الصحة باختلاف أسبابها ومصادرها.

وتفيد دراسة الصحة العامة إلى رسم استراتيجيات لمجابهة أي خطر ممكن، وما تحتاجه من إمكانيات وتجهيزات. كما تفد في معرفة مدى الوعي الصحي لدى الأفراد والشعوب، ومعرفة نسبة الأمراض المعدية لتخصيص ميزانيات لمكافحتها واحتوائها قبل أن تتطور وتنتشر.

و بالتالي نجد أن المجتمعات التي لديها نسبة عالية من الوعي عالية من الصحي لدى أفرادها; يكون مستوى الصحة العامة لديها متطورة، وبالتالي مستوى الصحة لدى الفرد كونه يعيش في بيئة صحية.

2- مجال الرعاية الصحية: وهي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها; كالاهتمام بصحة البيئة وسلامة المياه والغذاء وتصريف الفضلات وتقديم اللقاحات والمطاعيم ضد الأمراض المعدية الخطيرة والعناية بالأم والطفل والكشف المبكر عن المرض لتقديم العلاج ومنع حدوث المضاعفات، وهذه الخدمات لا يستطيع تقديمها شخص بمفرده مهما كان لديه من مهارات أو كفاءات، لذا فإن من الضروري فريق صحي يعمل بتنسيق وتعاون من أجل حفظ صحة الفرد والمجتمع وتحسينها وجعله فردا قادرا على التمتع بكامل قدراته الجسدية والعقلية والاجتماعية، وهذا الفريق يضم الطبيب العام وطبيب الأسنان والقابلة والممرضة القانونية ومساعدي التمريض ومراقب الصحة والمرشد الاجتماعي وأخصائي التغذية وغيرهم. ومهمة هذا الفريق معالجة المشاكل الصحية البسيطة وإحالة الحالات المرضية الخطرة إلى المؤسسات الطبية المختصة[2].

3- عناصر الرعاية الصحية:

حددت منظمة الصحة العالمية ثمانية عناصر تتميز بها الرعاية الصحية وهي:

1- موقع درع الوطن، مقال للكاتب البروفيسور محمد بن هويدن بعنوان الأمن الصحي والأمن الوطني منشور في 2020/06/07.

تاريخ الزيارة: 2022/01/10.

www.nationshield.ae/index.php/home/details/articles/الأمن-الصحي-والأمن-الوطني

2- تالا قطيشات، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، د ط، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن، ص 22.

- التربية الصحية والتثقيف الصحي.
- توفير الغذاء والتغذية الصحية.
- توفير الماء الصحي النفي، والتصريف الصحي للفضلات.
- مكافحة الأمراض المستوطنة.
- التحصين ضد الأمراض المعدية.
- علاج الأمراض الشائعة.
- رعاية الأم والطفل ورعاية الأسرة.
- توفير العقاقير والأدوية الأساسية.

رابعا: علاقة الأمن الصحي بالأمن الإنساني

بعد نهاية الحرب العالمية الثانية تغيرت نظرة العالم; فأصبح التركيز ينصب أكثر على الإنسان وعلى أمنه بعد ظهور أصوات تطالب بتفعيل حقوق الإنسان وعلى حمايته من جميع أنواع المخاطر التي تشكل تهديدا حقيقيا له وعلى إثر ذلك ظهرت منظمات تعنى بالحقوق الأساسية للإنسان، وعقدت مؤتمرات وندوات بالإعتماد على آراء الفقهاء والمنظرين في ذات المجال، وعلى هذا الأساس لم يعد الأمر يقتصر على أمن الدول و التهديدات التي تطالها كالحروب; بل أضحى ينظر للأمن الإنساني نظرة متكاملة ، تجتمع فيه كل مصادر التهديد التي قد يتعرض لها لعل ابرزها التهديدات الصحية ، كالأمراض و الأوبئة التي باتت تشكل هاجسا لدى الأفراد و تهدد حياتهم و معيشتهم و تمس بكرامتهم و منه تبنى المجتمع الدولي فكرة الأمن الصحي كأحد الجوانب الأمنية المرتبطة بالأمن الإنساني، إذ لا يمكن لهذا الأخير أن يتحقق إلا بضمان و توفير متطلبات الصحة; وهو ما تم التأكيد عليه في العديد من المواثيق و التقارير.

حيث أشار دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1946 إلى ذلك صراحة ، عندما أعلنت الدول الأطراف فيه أن ما جاء به الدستور من مبادئ تعنى بصحة الإنسان و التصدي لما يهددها هي مبادئ أساسية لأمن جميع الشعوب ، وان صحة هذه الأخيرة هو أمر أساسي لبلوغ السلم و الأمن ، ولن يتحقق ذلك إلا في إطار من التعاون الأكمل للأفراد و الدول[1].

كما اعتبر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تقريره الصادر عام 1994 ، أن الأمن الصحي هو ركن من أركان الأمن الإنساني ، و حق أساسي من حقوق الإنسان الواجب احترامه وتوفيره لجميع الأفراد ، و أن المحافظة عليه يعتبر شرطا لازم لبقاء الدول و استقرارها، ودعى البرنامج إلى ضرورة

1- الوثائق الأساسية، منظمة الصحة العالمية ، الطبعة السابعة و الأربعون ، سويسرا 2008، ص 01.

أن يكون هناك تعاون دولي يجمع بين أشخاص المجتمع الدولي للتصدي لهذه المخاطر ومكافحتها، إذ لا يمكن للدولة وحدها مواجهة ذلك[1].

وقد أكد مجلس الأمن الدولي أن انتشار الأمراض الخطيرة يشكل تهديدا للسلم و الأمن الدوليين، حينما اعتبر في قراره الصادر بتاريخ 2014، أن تفشي فيوس ايبولا على نطاق غير مسبوق في منطقة غرب إفريقيا ، يهدد السلام و الاستقرار و التنمية في دول هذه المنطقة ، وأنه في حالة ما إذا لم يتم احتواء هذا الفيروس ، فانه سيؤدي إلى توترات اجتماعية و إلى تدهور الأحوال السياسية و الأمنية في المنطقة[2].

وتمت مناقشة هذا البند من منطلق الأمن لجميع الدول، وتمت تسمية هذا الأسلوب بالأمن الإنساني ، حيث أن الأمور تغيرت بعد الحرب الباردة، فلم يعد الأمن مشكلة دولة واحدة، بل أصبحت مشكلة الأمن قضية مشتركة بين جميع دول العالم، "إذ لا يستطيع أحد أن يشعر بالأمان الكامل ما لم ينعم الجميع بحد أدنى من الأمن على الأقل".

كما أن المفهوم الشامل للأمن الإنساني بما يتضمنه، كالأمن الصحي راسخ في ثقافة إقليم شرق المتوسط لعدة اعتبارات ومنها الاعتبارات الإيديولوجية.

وفي تقرير للتنمية البشرية قام به برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بنشرها عام 1994، حيث أكد هذا التقرير على أن الأمن الإنساني يشتمل على أربعة مكونات مترابطة وهي: الأمن الاقتصادي، الغذائي، الصحي، البيئي، الشخصي، المجتمعي والسياسي.

وقد أشارت إلى ضرورة التأكيد على قيم العدالة على جميع الأصعدة، لأن الطغيان يؤدي إلى زيادة الجريمة وبالتالي إضعاف المجتمعات وبالمقابل تحقيق العدالة تعتبر أحد محددات الأمن الإنساني.

وبالرغم من دسترة معظم الدول للحق في الصحة ولكن لابد من تفعيل الآليات التنفيذية له لأنها ستساهم في الأمن الإنساني[3].

المطلب الثاني: مجالات أخرى لها علاقة بالأمن الصحي

1- المكتب الإقليمي للدول العربية، مرجع سابق، ص 146.

2- الأمم المتحدة، مجلس الأمن الدولي، مرجع سابق، ص 10.

3- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر، 2002، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة التاسعة والأربعون، المكتب الإقليمي، القاهرة، مصر، 30 أيلول/سبتمبر – 3 تشرين الأول/أكتوبر 2002، البند 9 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ7/49، القرار ش م/ل إ49/ ق – 4)، ص 38.
يمكن تحميل التقرير على الموقع:
https://apps.who.int/iris/handle/10665/122020

لقد حدد برنامج الأمم المتحدة للتنمية خارطة مضامينية حول المحتوى البعدي للأمن الإنساني إلى سبعة أبعاد متكاملة وهي: الأمن البيئي، الأمن الصحي، الأمن المجتمعي، الأمن الفردي، الأمن الثقافي، الأمن السياسي، والأمن الغذائي الذي أشير إليه على أنه: "يستدعي توفير الغذاء الصحي الكافي وباستمرار بشكل يحقق توازن في نمو الإنسان، وفي بقائه بصحة جيدة، مع توافر الجهود الدولية من أجل منع وقوع كوارث المجاعة وسوء التغذية"

لذا سنتطرق للمجالات التي لها علاقة مباشرة بالأمن الصحي.

الفرع الأول: الأمن الغذائي

تعد الدراسات المتعلقة بالأمن مجال خصب للباحثين وخاصة دراسات الأمن المتعلق بالقضايا الوجودية للإنسان ولعل الأمن الغذائي يعد من أبرزها، ويعتبر الأمن الغذائي أحد أبعاد الأمن الإنساني حيث لا يقل أهمية عن أهمية الأمن الصحي والأمن السياسي لذلك يعد من أبرز القضايا التي تحظى باهتمام ودراسة الباحثين في العلوم السياسية والعلاقات الدولية بعدما كانت الدراسات السابقة ترتكز على القضايا الأمنية المتعلقة بالمجال العسكري، والاقتصادي، وبذلك تحول الإهتمام نحو أهمية الإنسان داخل الدولة، من خلال الاهتمام بمتطلباته وتحقيق أمنه،والذي جسد في الأمن الإنساني الذي يعتبر الأمن الغذائي أحد أهم أبعاده لذلك شكلت مشكلة الغذاء ولسنوات عديدة، إحدى أهم المشاكل التي حظيت باهتمام كبير من قبل جمهور الباحثين، وقد تعددت المفاهيم المقدمة له، كل حسب رأيه وتوجهاته الإيديولوجية والثقافية.

يظل الغذاء والتغذية الهاجس الأول لكل الدول خاصة التي تعاني من التبعية الغذائية، وعلى هذا الأساس تستخدم الموارد الغذائية كوسيلة للضغط للسيطرة على هذه الشعوب وفيما يلي سنورد بعض التعاريف المقدمة له.

أولا: تعريف الأمن الغذائي

1- المنظمة العالمية للصحة

كل الظروف والمعايير الضرورية اللازمة خلال عملية إنتاج وتصنيع وتخزين وتوزيع وإعداد الغذاء، لضمان أن يكون الغذاء آمنا وموثوقا به وصحيا وملائما للإستهلاك الآدمي.

2- المنظمة العربية للتنمية الزراعية

يعني الأمن الغذائي توفير الغذاء بالكمية والنوعية اللازمتين للنشاط الحيوي وبصورة مستمرة لكل أفراد الأمة اعتمادا على الإنتاج المحلي وعلى أساس الميزة النسبية لإنتاج السلعة الغذائية لكل قطر وإتاحتها لكل المواطنين بالأسعار التي تتناسب مع دخولهم وإمكانياتهم المادية".

3- منظمة الأغذية والزراعة الدولية (الفاو)

توفير الغذاء لجميع أفراد المجتمع بالكمية والنوعية اللازمتين للوفاء باحتياجاتهم بصورة مستمرة من أجل حياة صحية ونشطة". ويختلف هذا التعريف عن المفهوم التقليدي للأمن الغذائي الذي يرتبط بتحقيق الاكتفاء الذاتي باعتماد الدولة على مواردها وإمكاناتها في إنتاج احتياجاتها الغذائية محلياً.

وهذا الاختلاف يجعل مفهوم الأمن الغذائي حسب تعريف الفاو; أكثر انسجاماً مع التحولات الاقتصادية الحاضرة، وما رافقها من تحرير للتجارة الدولية في السلع الغذائية.

4- مؤتمر روما 2009 بعنوان "حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم 2009"

عرف المؤتمر الأمن الغذائي أنه: "الأمن الغذائي يوجد عندما تكون لدى جميع الأفراد، وفي جميع الأوقات إمكانية الحصول المادية والاجتماعية والاقتصادية على غذاء كاف ومأمون ومغذ، يفي باحتياجاتهم وأفضلياتهم الغذائية لكي يمارسوا حياة موفورة النشاط والصحة".

وقد عرفها الأستاذ محمد أحمد علي العدوي على أنها "أن تتوفر لدى جميع الناس في جميع الأوقات إمكانية الحصول ماديا واقتصاديا على الغذاء الأساسي"[1].

وهذا يعني إمكانية تلقي كل الأفراد على ما يكفيهم من الغذاء في كل الأوقات، وهذا يشمل النوعية والسلامة الغذائية من أجل حياة صحية، وأن تقوم الدول من تسويق المواد الغذائية تحت أي ظرف من أجل تحقيق الأمن الغذائي الذي أصبح أحد مهام الدول الحديثة في مواجهتها لأي حدث أو طارئ يؤدي لأي إختلال في توزيع المواد الغذائية[2].

ثانيا: ركائز الأمن الغذائي

ينبغي أن يؤسس على ثلاثة مرتكزات وهي:

1- وفرة السلع الغذائية: تتمثل هذه المرحلة في توفير الغذاء بغض النظر عن جودته، بمعنى الإهتمام بالكم دون النظر إلى النوع خاصة إذا كان الحجم السكاني يفوق قدرة الإنتاج.

2- وجود السلع الغذائية في السوق بشكل دائم: وهي مرحلة تتعلق بنوعية السلع الغذائية أي النظر في حاجيات جسم الإنسان الضرورية للقيام بمختلف النشاطات اليومية بشكل سليم.

1- العدوي، محمد أحمد علي، "الأمن الإنساني ومنظومة حقوق الإنسان: دراسة في المفاهيم والعلاقات المتبادلة"، ص 12.

يمكن تحميل المقال:

http://www.policemc.gov.bh/reports/2011/April/11-4-2011/634381389594978423.pdf

2- سلاطنية بلقاسم، عرعور مليكة، مداخلة بعنوان "معالجة تصويرية لمفهوم الأمن الغذائي وأبعاده"، قسم علم الإجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة محمد خيضر بسكرة (الجزائر)، جوان 2009، ص 4.

يمكن تحميل الملف من الموقع:

https://univ-biskra.dz/sites/fll/images/pdf_revue/pdf_revue_05/pd%20slatnia.pdf

3- أسعار السلع في المتناول: وهي مرحلة تعرف بأمان الغذاء، وهي تتعلق بالموازنة بين القدرة على اقتناء السلع عن طريق إزالة الفوارق بأن تكون السلع في متناول الجميع والتركيز على البعد الصحي لها، عن طريق اتخاذ جملة من القرارات السياسية متعلقة برفع الأجور للطبقة العمالية المتدنية الدخل.

ومن أجل التخلص من التبعية الغذائية; وفي ظل هيمنة الدول الكبرى على هذا القطاع التي جعلت منه ورقة ضغط على دول العالم الثالث لتغيير سياساتها بما يتناسب مع مصالحها، أو عند مواجهة أي أزمة دولية، علي الدول الشعوب الثالث تعزيز منتوجاتها الخاصة عن طريق إعتمادها على مواردها المحلية للتخلص من هذه التبعية أو من تلك الأزمة، للوصول إلى ما يسمى المخزون الإستراتيجي والذي يقدر بثلاثة أشهر من هذا المخزون[1].

ثالثا: الأمن الغذائي في الجزائر

إن الأمن الغذائي في الجزائر مازال رهين التبعية للخارج في الكثير من المواد الحيوية الغذائية، وهذا راجع لعدة أسباب منها نقص الإنتاج الفلاحي، وكذا بسبب ارتفاع عدد السكان الذي لا تلبي كمية الإنتاج هذا الطلب، ولقد كانت الأزمة الأمنية نهاية الثمانينات أسوأ مرحلة عرفتها الجزائر بعد الإستقلال في مجال الأمن الغذائي، حيث قامت باللجوء إلى الإستدانة من مؤسسات مالية دولية، الأمر الذي جعلها مضطرة إلى الإستجابة لشروطها وتغيير سياساتها وتطبيق إصلاحات عميقة قاسية أثرت بشكل مباشر على الأوضاع الغذائية.

1- تطور الواردات الغذائية: عرفت واردات المنتجات الغذائية تطورا كبيرا من أجل تلبية احتياجات السكان المتزايدة من الغذاء لصعوبة تغطية الاحتياجات الغذائية للسكان عن طريق الإعتماد فقط على الإنتاج الوطني.

2- الصادرات الغذائية في الجزائر: تعتبر الجزائر من بين أضعف الدول في تصدير المواد الغذائية من أجل وهي من أهم الطرق لتقليص حجم الواردات الغذائية، هذا يشهد حجم صادرات الجزائر من الموارد الزراعية ضعيف حيث لا يتعدى 1.8 %.

3- تحليل الفجوة الغذائية في الجزائر: إن المتتبع للشأن الجزائري في مجال الأمن الغذائي يلاحظ أن الجزائر تقوم باستيراد تقريبا كل المواد الغذائية ما أدى إلى تبعيتها الكبيرة للخارج[2].

الفرع الثاني: الأمن البيئي

يقول كابلان: لقد حان الوقت لفهم موقع البيئة بالنسبة للأمن القومي في مطلع القرن الواحد والعشرين، والأثر السياسي والاستراتيجي للنمو السكاني من انتشار الأمراض، إزالة الغابات وتآكل

1- سلاطنية بلقاسم، عرعور مليكة، مرجع سابق، ص 4.

2- توفيق بن الشيخ، الدراجي لعفيفي، المرتكزات الاستراتيجية لتحقيق الأمن الغذائي في الجزائر، مجلة الدراسات الإفريقية وحوض النيل- العدد الحادي عشر، أبريل 2021، ص 21-26.

التربة، استنزاف المياه ، تلوث الهواء ، وربما ارتفاع منسوب مياه البحر في المناطق المكتظة مثل دالتا النيل وبنغلادش ، هذه التطورات التي تؤدي إلى هجرات جماعية ، مما يؤدي إلى نزاعات بين تلك المجموعات ، وستصبح التحدي الأساسي للسياسة الخارجية ، ما يحدث نوعا من التقارب بين الشعوب ، وبالتالي توحيد المصالح على عكس حقبة الحرب الباردة[1].

شهد العالم تطور تكنولوجي كبير كانت له تأثيرات إيجابية على حياة الإنسان ورفاهيته فمن اكتشاف الطاقة ومنها البترول والغاز واستعمالها في تشغيل الآلات والمحركات إلى استخدام الأسمدة في استصلاح الأراضي الزراعية إلى مجال الإتصالات والرقمنة، إلا أن هذه الرفاهية كان ثمنها باهظ جدا دفعت فاتورتها البيئة التي هي مصدر حياة الإنسان وكان تأثيرها بشكل أكبر على صحته.

أصبحت مشكلة التلوث تأخذ بعدا عالميا ما جعل الدول تتبنى مفهوم الأمن البيئي الذي يعتبر من بين سبعة أبعاد التي تشكل الأمن الإنساني، حيث يشتمل التلوث على التهديد البيئي نتيجة التغيرات التي طرأت على الأرض والمناخ، هذه التغيرات كان الإنسان هو المتسبب فيها ومنها وبشكل أساسي الإستعمال المفرط واللامسؤول لعناصر الطاقة.

أولا: تعريف الأمن البيئي

يرتبط مفهوم الأمن البيئي بحماية الفرد من كل التهديدات والأخطار التي تهدد بيئته وتشكل خطرا على استمرار حياته، فالتهديدات لم تعد عسكرية فقط بل اتسعت الى التهديدات البيئية،ويرى بعض المختصون في التحليل الإستراتيجي أن الأبعاد غير العسكرية أخذت مكانة كبيرة في سلوك الدول وعلى رأسها البعد البيئي نتيجة التغيرات المناخية التي حصلت وتحصل ما جعلت المجتمع الدولي في حالة استنفار وعلى رأسه المنظمات الحكومية وغير الحكومية ومنها برنامج الأمم المتحدة للبيئة UNPE وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNPD .

لقد أوضحت مستجدات العقود الأخيرة أن هناك تهديدات جديدة غير المخاطر العسكرية تهدد أمن الدولة والأمن البشري أيضاً وعلى رأسها التهديدات البيئية[2].

---

1 -It is time to understand The Environment for what it is: the national-security issue of the early twenty-first century. The political and strategic impact of surging populations, spreading disease, deforestation and soil erosion, water depletion, air pollution, and, possibly, rising sea levels in critical, overcrowded regions like the Nile Delta and Bangladesh—developments that will prompt mass migrations and, in turn, incite group conflicts—will be the core foreign-policy challenge from which most others will ultimately emanate, arousing the public and uniting assorted interests left over from the Cold War
Kaplan, Robert. 1994. The coming anarchy, Atlantic monthly.
https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1994/02/the-coming-anarchy/304670/

تاريخ الزيارة: 2022/10/15.

2- عبد الرحمن تيشوري، " الإقتصاد البيئي والأمن البيئي".

تاريخ الزيارة: 2022/07/16.

http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=264425

يجمع الأمن البيئي ''Security Environmental'' بين مفهوم الأمن و مفهوم البيئة ، فهو يشير إلى المشاكل الأمنية الناجمة عن المجتمعات البشرية و تأثيرها سلبيا على البيئة هذا من جهة ، من جهة ثانية فهو يشير إلى الأزمات و الكوارث التي تسببها البيئة و ما لها من آثار سلبية على المجتمع الإنساني، و بالتالي نقف هنا عند نقطة مهمة و التي تتمثل في وجود علاقة تأثير متبادل بين البيئة و المجتمع بمعنى آخر وجود علاقة سببية بين البيئة و المجتمع الإنساني.

بعض تعريفات الأمن البيئي

– الحفاظ على الظروف البيئية التي تدعم تطوير النشاط البشري[1].

– التحرر من الدمار البيئي و ندرة الموارد.

– الأمن البيئي يعكس قدرة أمة أو مجتمع على مقاومة ندرة الثروات البيئية، والمخاطر البيئية أو التغيرات المضادة، أو التوترات أو الصراعات ذات الصلة بالبيئة"[2].

– هو حماية البيئة و الموارد الطبيعية من النضوب و الانقراض و النقص الناجم من المخاطر و الملوثات و الجرائم المتعمدة التي ترتكب في حق تنمية المصادر و الموارد الطبيعية و الإخلال بالتوازن البيئي[3].

– الأمن البيئي يمثل الأمان العام الذي يشعر به الإنسان و مرتبط بعوامل عدة هي: توافر الظروف المعيشية المناسبة في بيئة سليمة بحياة كريمة و صحية، توافر الوقاية اللازمة من المخاطر البيئية التي قد تنجم عن الطبيعة أو بفعل الإنسان مع القدرة على السيطرة والتحكم في الأضرار التي قد تنجم عنها، إمكانية الملاحقة القانونية لكل من يتسبب في إضرار البيئة، إتاحة المعلومات التي تؤثر على البيئة المحيطة بالإنسان، استدامة عناصر النظام البيئي وتنميتها حفاظا على حقوق الأجيال القادمة[4].

ثانيا: الجهود الدولية في حماية الأمن البيئي

من أجل مواجهة الأسباب التي كانت سببا في ظهور مشكلة التلوث البيئي، انبثقت عن الجهود الدولية مؤتمرات واتفاقيات دولية وسنت تشريعات دولية، إقليمية ووطنية للحد من ظاهرة التلوث ومنها:

1– المؤتمرات

---

1 -Gérald Dussouy, Les Théories de L'interétatique :traité de Relation internationales (II), Paris, L'harmattan, 2007, P .167

2 -Elizabeth L .Chalecki, ''Environmental Security : A case study of climate change'', Politic Institute for studies in Devlopment, Environment, and security , P.2.

3– سليمان المشعل، "ثقافة و تطبيقات الأمن البيئي العالمي"، مقال منشور بتاريخ 30 أغسطس 2011.

تاريخ الزيارة: 2022/11/12.

http://www.aleqt.com/2011/08/30/article_574696.html

4– شهيرة حسن أحمد وهبي، "الأمن البيئي في المنطقة العربية"،المؤتمر العربي السادس للإدارة البيئية بعنوان: التنمية البشرية و آثارها على التنمية المستدامة ،المنظمة العربية للتنمية أعمال المؤتمرات، شرم الشيخ ،مصر ، ماي 2007 ، ص 355.

أ- مؤتمر ستوكهولم بالسويد 1972 من 05 إلى 16 يونيو 1972

يعتبر مؤتمر ستكهولم البداية الفعلية للإهتمام بالبيئة بناءا من اقتراح المجلس الإقتصادي و الإجتماعي الذي دعت إليه الجمعية العامة للأمم المتحدة; من أجل مناقشة مشكلات البيئة بحضور 115 دولة.

ومن نتائج هذا المؤتمر نذكر:

- توجيه أنظار المجتمع الدولي لمشكلة البيئة وتأثيرها الحياة البشرية من أجل تبني سياسة دولية جديدة اتجاه القضايا المتعلقة بالبيئة.
- إنشاء برنامج الأمم المتحدة للبيئة PNUE لتشكيل نواة التنسيق والعمل البيئي داخل منظمة الأمم المتحدة.
- تأكيد العلاقة بين الإنسان و البيئة والتأكيد على حق الإنسان في العيش في بيئة سليمة.
- تعزيز الإهتمام الدولي بقضايا البيئة وإدراك الأخطار التي تحدق بالحياة السليمة للإنسان.

ب- مؤتمر ريوديجانيرو بالبرازيل 1992 أو ما يسمى مؤتمر قمة الأرض

عقد هذا المؤتمر في الفترة ما بين 3 إلى 14 جوان 1992 بحضور 185 دولة ومن نتائجه:

- إعلان 27 مبدأ لتعريف حقوق ومسؤوليات الدول للحفاظ على البيئة أثناء التنمية
- وثيقة ترسيم برنامج العمل البيئي في القرن الجديد لتعزيز التنمية المستدامة بما يسمى جدول أعمال القرن 21.
- الأخذ بالإعتبار التغيرات المناخية عند إعداد السياسات الاجتماعية والإقتصادية لتفادي الآثار المضرة بالبيئة.

ج- مؤتمر جوهانسبورغ 2002 ما يسمى مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة

عقد هذا المؤتمر بناء على قرار الجمعية العامة في الفترة من 26 أوت إلى 04 سبتمبر 2002 لإستعراض تقدم تنفيذ أجندة القرن 21 بعد مرور عشرة سنوات على إقرارها، وذلك بعد أن تكفلت لجنة التنمية المستدامة بالتحضير لعقد هذا المؤتمر، وقد ركز هذا الأخير على المواضيع الأكثر ارتباطا بالأمن البيئي وهي المياه، الطاقة، الصحة، الزراعة والتنوع البيولوجي، ومن نتائج هذا المؤتمر:

- إعلان 37 مبدأ لتقوية التنمية المستدامة وهي التنمية الاجتماعية، الاقتصادية، حماية البيئة وكذا تنفيذ جدول أعمال القرن 21.

د- مؤتمر ريو +20 : عقد هذا المؤتمر في الفترة ما بين 19 إلى 22 جوان 2012

وقد ركز المؤتمر على النقاط التالية:

- الإقتصاد الأخضر في سياق التنمية المستدامة للقضاء على الفقر.
- الإطار المؤسسي للتنمية المستدامة.

2- الإتفاقيات

أ- اتفاقية فينا عام 1985: وهي اتفاقية انعقدت لحماية طبقة الأزون، بإلزامية فرض الدول الأطراف اتخاذ تدابير لحماية البيئة جراء التأثيرات التي طرأت على طبقة الأوزون والتي بموجبها تأثرت البيئة بشكل سلبي.

ب- اتفاقية كيوتو بشأن تغير المناخ: تمثل هذه الاتفاقية خطوة تنفيذية لإتفاقية الأمم المتحدة المبدئية بشأن التغيير المناخي (UNFCCC or FCCC)، أو ما يعرف باسم قمة الأرض الذي عقد في ريو دي جانيرو في البرازيل، في الفترة من3 إلى 14 جوان 1992.

وقد هدفت المعاهدة إلى تحقيق تثبيت تركيز الغازات الدفيئة في الغلاف الجوي عند مستوى يحول دون تدخل خطير من التدخل البشري في النظام المناخي.

هذه الإلتزامات هي أن تقوم الدول المتقدمة بتخفيض انبعاثات الغازات الدفيئة المسببة للإحتباس الحراري، على أن يجرى هذا التخفيض خلال فترة زمنيه محددة تبدأ في عام 2008 وتستمر حتى عام 2012.

ج- اتفاقية باريس للتغير المناخي 2015

هو اتفاق عالمي بشأن المناخ وقد جاء عقب المفاوضات التي عقدت أثناء مؤتمر الأمم المتحدة 21 للتغير المناخي في باريس في 2015 في الفترة ما بين 29 نوفمبر و 13 ديسمبر 2015، وقد صدق على الاتفاق من قبل كل الوفود 195 الحاضرة في 12 ديسمبر ، ويعتبر الاتفاق ملزم قانونيا.

ومختصر ما جاء في الإتفاقية[1]:

- التزامات من جميع الدول لخفض انبعاثاتها والعمل معاً للتكيف مع آثار تغير المناخ.
- مسألة تمويل وتقديم المساعدة للدول النامية من طرف الدول المتقدمة في جهود التخفيف من حدة المناخ والتكيف معها.
- رفع مستوى طموح الدول بشأن المناخ بمرور الوقت،عن طريق إجراء عمليتي مراجعة، كل واحدة على مدى خمس سنوات.
- التحول نحو عالم منخفض الكربون، لتحقيق أهداف التنمية المستدامة وتوفير خارطة طريق للإجراءات المناخية التي من شأنها تقليل الانبعاثات.

وأهم ما جاء في نصوص بعض من المواد 29 من الإتفاقية نجد

المادة الرابعة

- إجراءات للتخفيف من انبعاثات الغازات الدفينة.

1- موقع الأمم المتحدة، العمل المناخي، اتفاق باريس.
تاريخ الزيارة: 2022/07/19.
https://www.un.org/ar/climatechange/paris-agreement

المادة السابعة

– اتخاذ إجراءات وتدابير لمواجهة الآثار السلبية للتغير المناخي.

المادة التاسعة

تمويل وتقديم المساعدة من طرف الدول المتقدمة للدول النامية في جهود التخفيف من حدة المناخ ونقل التكنولوجيا وبناء القدرات.

3– المنظمات

أ– منظمة السلام الأخضر

تعرف أيضاً باسم غرينبيس أو بالإنجليزية (Greenpeace); هي منظمة بيئية عالمية غير حكومية، فاعلة على المستوى الدولي في مجال الحفاظ على البيئة وحمايتها، تملك مكاتب في أكثر من أربعين دولة في العالم ومقرها في أمستردام، هولندا، كما تتوفر على علاقات مع مختلف الفواعل الدولية من منظمات وهيئات يسمح لها بأداء الدور الذي أنشأت من أجله.

كما تقبل المنظمة التمويل من الحكومات أوالشركات أو الأحزاب السياسية، وتعتمد في نشاطها على هبات ومنح من أفراد داعمين لها لها مستوى العالم.

وقد أنشئت منظمة السلام الأخضر في فانكوفر بكندا عام 1971 لمقاومة التجارب النووية التي قامت بها الولايات المتحدة في سواحل ألاسكا، ثم فرنسا 1977، وإسبانيا 1984.

ومن أهداف منظمة السلام الأخضر

تعتبر منظمة السلام الأخضر منظمة بيئية; هدفها عولمة قضية البيئة للحفاظ عليها ومن أهم أهدافها الرئيسية نذكر ما يلي:

– السعي من أجل الحفاظ على البيئة.

– توعية وانقاذ المجتمعات من التلوث وخاصة منها الدول النامية.

– العمل من أجل تغيير سلوكيات البشر وخاصة منها المضرة بالبيئة.

– استخدام الطاقة البديلة.

– حث الدول على تشريع القوانين التي تحمي البيئة والمجتمع.

– الدعوة للمشاركة الجماعية وتظافر العمل التطوعي للقضاء على أخطار التلوث بجميع أشكاله التي أصبحت آثاره عامة[1].

– العمل على دعم ونشر المبادئ والقيم الأساسية للمنظمة التي هي الاستقلال، اللاعنف، السرية والحضور الدولي.

1– عدنان كاظم جبار الشيباني، خالد جاسم محمد الحجيمي، المنظمات البيئية غير الحكومية ودورها في قوة الدولة، مجلة أوروك للعلوم الإنسانية، جامعة المثنى، العدد 02، المجلد 12، 2019، ص 6.

– المساهمة في إعداد تقارير الخبرة وذلك لوضع حلول بديلة بالإستعانة بأشخاص من خارج المنظمة، رجال قانون وأيضا تستعين بمعاهد بحث مستقلة ومتخصصة في المجال البيئي[1].

كما تدعمت القوانين الجزائرية بمختلف التشريعات الخاصة بالبيئة ومنها

– القانون رقم 01–19 المؤرخ في 12 ديسمبر 2001 ، المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها.

– القانون رقم 02–02 المؤرخ في 05 فبراير 2002 ، المتعلق بحماية الساحل وتثمينه.

– القانون رقم 03–10 المؤرخ في 19 يوليو 2003 ، المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة.

– القانون رقم 04–03 المؤرخ في 23 يونيو 2004 ، المتعلق بحماية المناطق الجبلية في إطار التنمية المستدامة.

– القانون رقم 04–20 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 ، المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة.

– القانون رقم 07–06 المؤرخ في 13 مايو 2007 ، المتعلق بتسيير المساحات الخضراء وحمايتها وتنميتها.

– القانون رقم 11–02 المؤرخ في 17 فبراير 2011 ، المتعلق بالمجالات المحمية في إطار التنمية المستدامة.

بالإضافة إلى العديد من المراسيم التنفيذية والتي تنظم مجال البيئة ومنها

– المرسوم التنفيذي رقم 05–444 المؤرخ في 14 نوفمبر 2005 ، الذي يحدد كيفيات منح الجائزة الوطنية من أجل حماية البيئة.

– المرسوم التنفيذي رقم 07–145 المؤرخ في 19 مايو 2007 ، الذي يحدد مجال تطبيق ومحتوى وكيفيات المصادقة على دراسة وموجز التأثير على البيئة.

الفرع الثالث: الأمن المائي

تشكل مشكلة نقص الماء من بين أكبر التحديات التي تواجهها معظم دول العالم لما لهذه المادة الحيوية من تأثير على كل مجالات الحياة، وقد يهدد نقصه على مستقبل البشرية بسبب العديد من الظواهر كالتلوث، الجفاف خاصة قارتي افريقيا وآسيا في ظل غياب استراتيجيات حقيقية لتأمين هذه المادة الحيوية.

وبمناسبة اليوم العالمي للماء، حذر تقرير صدر في شهر مارس من عام 2020 لمنظمة الأمم المتحدة; يقول أن التغيرات المناخية سيكون لها تأثير على توفير المياه اللازمة لتلبية الاحتياجات

1– وافي حاجة، جهود المنظمات الدولية غير الحكومية في مجال حماية البيئة–منظمة السلام الأخضر والصندوق العالمي للطبيعة نموذجا، شهادة ماجستير في القانون، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم ، 2014/2013، ص 13.

البشرية الأساسية من حيث كميتها وجودتها, ويهدد مليارات الأشخاص للخطر ويمنعهم من التمتع بحقوقهم الأساسية في الحصول على مياه الشرب النظيفة والخدمات المتعلقة بالصرف الصحي.

تعتبر المياه مادة أساسية لتحقيق التنمية المستدامة وتلبية الحاجات الإنسانية والبيئية، ومن أجل أن يحصل الإنسان على حياة كريمة; لابد له من توفير هذه المادة الأساسية التي تعد حق من حقوقه لتعزيز أمنه المعيشي، وهو كذلك يعد مؤشر أساسي في التنمية المستدامة مثل الأمن البيئي والأمن الغذائي.

أولا: تعريف الأمن المائي

حسب تقرير التنمية الإنسانية لعام 2006، يقصد بالأمن المائي "الحرص على أن يكون لدى كل شخص مصدر يعتمد عليه للحصول على مياه مأمونة بالقدر الكافي وبالسعر المناسب حتى يتمكن من أن يعيش حياة ينعم فيها بالصحة والكرامة و القدرة على الإنتاج مع الحفاظ في نفس الوقت على النظم الإيكولوجية التي توفر المياه وتعتمد عليها في نفس الوقت، وعندما لا تتوفر تلك الظروف أو عندما ينقطع السبيل على المياه يواجه البشر مخاطر كبيرة تتعلق بالأمن البشري ترجع إلى اعتلال الصحة وانقطاع سبل المعيشة"[1].

كما تعرف منظمة الأمم المتحدة الأمن المائي بأنه "قدرة السكان على ضمان الوصول المستدام إلى كميات كافية من المياه ذات الجودة المقبولة للحفاظ على سبل العيش، ورفاهية الإنسان، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية". وترمز حالة قطر، على غرار حالة دول الخليج الأخرى، لهذا التعريف. فقد شكلت ندرة موارد المياه المتجددة، مقترنةً بالمعدل الضئيل لتساقط الأمطار ومعدلات التبخر المرتفعة، وضعاً يتسم بنقص مزمن في المياه، وهو ما دفع البلاد إلى تعزيز قدرتها على تطوير مصادر غير تقليدية للمياه مثل تحلية مياه البحر، وإعادة تدوير مياه الصرف البلدية والصناعية لضمان تلبية الطلب المتنامي على المياه في البلاد. ورغم أن هذه العمليات تؤثر بشكل كبير على الميزانيات الوطنية ويمكن أن تسبب ضررًا للبيئة المحلية والنظم البيئية، إلا أنها تمثل مصدرًا موثوقًا لمياه الشرب في المستقبل.

إن الإهتمام بالأمن المائي تعتبر من الأولويات في جميع الدول خاصة الجزائر التي فرض عليها الوضع الدولي والإقليمي التنسيق بين استراتيجياتها المختلفة بغية تحقيق مصالحها ومنها الثروة المائية واستغلالها بالطرق الملائمة، فالدولة المعاصرة ملزمة بشكل أو بآخر بتنسيق أعمالها واستعمال ثرواتها الطبيعية وقواها السياسية، الاقتصادية والاجتماعية والعسكرية ضمن مخطط منظم وهادف إلى تحقيق المصلحة الوطنية.

1- تقرير التنمية الإنسانية، ما هو أبعد من الندرة ،القوة الفقر وأزمة المياه العالمية '،برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، PNUD، 2006.

وتعد المنطقة العربية من بين أكثر الدول نقصا للمياه في العالم، حيث يعيش 362 مليون شخص تقريبا في المنطقة في شح مائي بسبب عدة عوامل كالاعتماد على موارد مشتركة، النزاعات التي تحول دون الوصول للمياه والصرف الصحي، تغيرات المناخ والتلوث، هدر الموارد المائية دون عوائد مالية تقطع الإمدادات، وارتفاع معدلات النمو السكاني[1].

ولتحقيق الأمن المائي; تضمن التقرير[2] الإطار المفاهيمي لتحقيق الأمن المائي في المنطقة العربية، عن طريق النظر للظروف النظمية الإقليمية للإجهاد المائي وشح المياه والموارد المائية المشتركة وتغير المناخ، التي تعيق جميعها تحقيق الأمن المائي، وذلك من خلال منظور التنمية المستدامة، باعتبار المياه أساسية للتقدم في كل بعد من أبعاد التنمية المستدامة الثلاثة، الاقتصادي والاجتماعي والبيئي.

وعليه فيتعلق الأمن المائي بإدارة الأخطار المتعلقة بالماء بما فيها خطر الشح، الندرة المائية، الحصول عليها، تلوث المياه ، و الأخطار المتعلقة بهشاشة و تقويض الأنظمة المائية.

ثانيا: المعالم الرئيسية للإعتراف بحقوق الإنسان في المياه والصرف الصحي

– إعلان فانكوفر بشأن المستوطنات البشرية يونيو1976: المياه النقية حاجة إنسانية أساسية.

– اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة 1979: تكفل المرأة الحق في الماء والإصحاح.

– بيان دبلن بشأن المياه والتنمية المستدامة يناير 1992: الحق الأساسي لجميع البشر في الحصول على مياه نقية وعلى الصرف الصحي بأسعار ميسورة للجميع.

– مؤتمر الأمم المتحدة الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994 : الحق في المياه و المرافق الصحية.

– التعليق العام رقم 15 العام عن المجلس الإقتصادي والإجتماعي عام 2002: يؤكد الحق في الماء في القانون الدولي ويقدم مبادئ توجيهية لتفسير الحق في الماء.

– اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2006: حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على خدمات المياه النقية.

– قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/64/292 يوليو 2010: الحق في الحصول على مياه الشرب النقية و المأمونة و الصرف الصحي.

1– موقع الأمم المتحدة، لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، التوجه نحو الأمن المائي في المنطقة العربية، تقرير بتاريخ كانون الثاني/يناير 2019.

تاريخ الزيارة: 2023/01/12.

www.unescwa.org/ar/publications/التوجه-نحو-الأمن-المائي-في-المنطقة-العربية

2– لتحميل التقرير من الموقع:

www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/moving-towards-achieving-water-security-arab-region-arabic.pdf

– قرار مجلس حقوق الإنسان A/HRC/RES/26/27 يوليو 2014 : تأثر تغير المناخ على الحق في الحصول على الماء الصالح للشرب و خدمات الصرف الصحي.

– مؤتمر الأمم المتحدة ماريلبلاتا المعني بالمياه لعام 1977: المياه كحق.

– اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989: حق الطفل في مياه الشرب النقية.

– قمة ريو يونيو 1992: المياه كحق فرضية متفق عليها بين الجميع.

– قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/54/175 لعام 2000 : الحق في التنمية يشتمل على جملة من أمور، الحق في الماء النظيف كحق أساسي من حقوق الإنسان.

– تقرير المقررة الخاصة للأمم المتحدة المعنية بحق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة و خدمات الصرف الصحي لعام 2005: كتيب لتنفيذ حقوق الإنسان على مياه الشرب و خدمات الصرف الصحي.

– تقرير مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان لعام 2007: الوقت قد حان لإعتبار الحصول على مياه الشرب و المرافق الصحية كحق من حقوق الإنسان.

– قرار مجلس حقوق الإنسان A/HRC/RES/15/9 أكتوبر 2010: حق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة و الصرف الصحي.

– قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/70/169 يوليو 2010: حقوق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة و خدمات الصرف الصحي.

ثالثا: الواقع المائي في الجزائر

أصبح موضوع المياه من بين المواضيع ذات الإهتمام الواسع لجميع الدول وحددت لها استراتيجيات خاصة لأن الحرب القادمة هي حرب على المياه و السيطرة عليها، لذا سنحاول إبراز الوقع المائي في الجزائر خاصة وأنه موضوع له علاقة بالأمن الغذائي والبيئي وخاصة الأمن الصحي.

إن الطلب على المياه يتزايد بسبب النمو السكاني السريع حيث يبلغ عدد سكان العالم ما يفوق 6 مليار نسمة، هذه الزيادة الهائلة في عدد السكان تتزايد معها نسبة الطلب على المياه بحوالي 64 مليار متر مكعب سنويا وفقا لتقرير الأمم المتحدة للتربية و العلوم و الثقافة "اليونيسكو".

والجزائر كباقي الدول و ضمن أهداف التنمية المبرمجة أولت اهتماما كبيرا لمسالة الأمن المائي و منذ بداية الاستقلال، باعتبار أن الماء يعتبر مورد ثمين ومن عوامل الأمن و الاستقرار عن طريق تخصيص اعتمادات سنوية تخصص للمياه في جميع القطاعات; وخاصة قطاع الزراعة وقطاع الصناعة وانجاز المشاريع ومنها السدود، شبكات التطهير، محطات المعالجة، ومحطات تحلية مياه البحر.

1– المصادر المائية في الجزائر

تشمل المصادر المائية في الجزائر مصادر تقليدية وهي مياه الأمطار، والمياه الجوفية والمياه السطحية. وموارد غير التقليدية وهي السدود، تحلية مياه البحر، معالجة المياه ومصادر أخرى.

أ- المصادر التقليدية

- مياه الأمطار

إن التضاريس الموجودة في الجزائر وتنوعها وكبر مساحتها والتي تزيد عن مليوني كلم^2; أدى إلى تأثير على عملية تساقط الأمطار، ويتركز السقوط أكثر في المناطق الشمالية من البلاد بنحو 65 مليار، ويكون التساقط أكثر خلال موسم الخريف والشتاء، أما المنطقة الصحراوية والتي تشغل حيز يقدر ب 85% من مساحة الجزائر فإن هطول الأمطار فيها شبة منعدم.

- الأنهار

هي موارد تقليدية كمياه الأمطار وتتغذى بشكل عام من الأمطار و السيول الموسمية، وهي نوعين أنهار تصب في البحر الأبيض المتوسط وتتميز بوفرة مياهها لوجودها في المنطقة الشمالية ذات التساقط المطري والأخرى تجد مصابها في الأحواض والمعبر عنها بالشطوط أو السبخات وتسمى أودية الصرف الداخلي[1].

- المياه الجوفية

قدرت المصالح التقنية للوكالة الوطنية للموارد المائية (ANRH) و مديرية المنشآت المائية الكبرى (DGAIM) كمية المياه الجوفية في إطار المخطط الوطني للماء بحوالي 9.1 مليار م^3 في السنة، ومنطقة الجنوب تتوفر على موارد مائية جوفية هامة تشكلت عبر ألاف السنين، غير أنها توجد على أعماق كبيرة من سطح الأرض بنحو 2000 متر^2.

- المياه السطحية

هي المياه المجمعة على الأرض أو بحيرة أو محيط، وقد تتحول إلى مياه جوفية أو بخار الماء في الغلاف الجوي ضمن الدورة المائية وتتجدد طبيعيا بواسطة الأمطار والينابيع وتتحول إلى أشكال أخرى بشكل طبيعي من خلال التبخر والتسرب تحت السطح في باطن الأرض.

- السدود

1- عبد الرحمن ديدوح : الأمن المائي ، الإستراتيجية المائية، الجزائر نموذجا، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية تخصص علاقات دولية وأمن دولي، جامعة وهران، كلية الحقوق، قسم العلوم السياسية، السنة الجامعية 2013-2014، ص 67.

2- مغربي خيرة، اقتصاديات الموارد المائية في الجزائر، دراسة تحليلية للموارد المائية (الامكانيات والتحديات)، مجلة دفاتر بوادكس، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف ، العدد رقم 06 سبتمبر 2016 ص 17.

ورثت الجزائر بعد الإستقلال سدودا بطاقة اجمالية قدرها 450 مليون متر مكعب; موجهة لتزويد المدن الكبرى بمياه الشرب والسقي الفلاحي المحدود بولايات غرب الوطن إلى طاقة تفوق 8 ملايير متر مكعب.

ونظرا لأهمية السدود في تجميع المياه; فقد تطور و ارتفع عدد السدود الكبرى من 44 سدا خلال 1999 إلى 68 سدا خلال 2010 مع برمجة حوالي 96 سدا خلال 2014-2016[1].

بالإضافة الى السدود الكبيرة , هناك 572 سدا صغيرا بطاقة اجمالية تفوق 206 مليون متر مكعب علاوة على 40 سد آخر في طور الإنجاز ستوفر 25 مليون متر مكعب توجه للسقي الفلاحي.

ب- المصادر غير التقليدية

تتمثل هذه المصادر في تحلية مياه البحر لمواجهة نقص في مياه الشرب; وخاصة في المدن الكبرى والواقعة في الشريط الساحلي المقدر ب 1622 كلم^2 ، حيث لجأت الجزائر إلى عملية تحلية مياه البحر عن طريق إبرام عدة إتفاقيات دولية وشراكات باشتراك وزارتي الطاقة ووزارة الموارد المائية ابتداء من سنة 2001.

- معالجة المياه المستعملة

إن معالجة المياه المستعملة تتم عن طريق القيام بتحويل المياه العادمة أو مياه الصرف الصحي إلى مياه يمكن إعادة استخدامها لأغراض أخرى; كالسقي الفلاحي وتموين وتنظيف الأماكن العامة والطرقات وسقي الملاعب والحدائق العمومية وإطفاء الحرائق ويمكن حتى معالجتها لتصير صالحة للشرب، هذه العملية تساهم في الحفاظ علي المياه كجزء من التنمية المستدامة للمياه مما يقلل من الندرة والجفاف ويخفف من الضغوط على المياه الجوفية وغيرها من المسطحات المائية الطبيعية.

ويشرف الديوان الوطني للتطهير (Office national de l'assainissement) حاليا على تسيير 160 محطة معالجة عبر 44 ولاية, من بينها 21 محطة معنية بعملية إعادة استعمال المياه المعالجة في سقي الأراضي الزراعية، ووفقا لبيانات الديوان, فقد تم في 2020 استعمال ما لا يقل عن 18 مليون متر مكعب (م 3) من المياه التي تمت معالجتها عبر هذه المحطات, لري أكثر من 11.494 هكتارا من الأراضي الزراعية[2].

وتم إحداث الديوان الوطني للتطهير بمقتضى القانون عدد 73 لسنة 1974 المؤرخ في 3 أوت 1974 حيث أوكلت له مهمة التصرف في قطاع التطهير.

1- عبد الرحمن ديدوح، مرجع سابق، ص 69.

2- موقع وكالة الأنباء الجزائرية، رفع عدد محطات معالجة المياه الموجهة للزراعة إلى 29 بنهاية 2021.
تاريخ الزيارة 2022/08/01.
https://cutt.us/wJoac

وقد تمت مراجعة القانون المحدث للدّيوان بمقتضى القانون عدد 41 لسنة 1993 المؤرخ في 19 أفريل 1993 ليصبح المتدخل الرئيسي في ميدان حماية المحيط المائي و مقاومة مصادر التلوث.

حيث يصنف الديوان ضمن المؤسَسات العمومية ذات الصبغة الصناعية والتجارية ويتمتع بالشخصية المدنية والاستقلال المالي وهو تحت إشراف وزارة الفلاحة و البيئة.

كما أن الجزائر لديها 177 محطة التطهير مع قدرة سعتها 13 791 687 مكافئة لعدد السكان; أي 805 مليون م^3 للسنة; منها 49 بسعة 6 ملايين مكافئة لعدد السكان الواقعة في المدن الساحلية الكبرى (الجزائر العاصمة، وهران، عين تموشنت، سكيكدة، عنابة وجيجل وبومرداس إلخ). وهذا لتحقيق أهداف اتفاقية برشلونة; التي صادقت عليها الجزائر والتي هي إزالة كل تصريفات مياه الصرف الصحي في البحر[1].

المبحث الثاني: المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر

قبل التطرق للمنظومة الوطنية الصحية في الجزائر لابد من إعطاء تعريف للنظام ومفهوم عن النظام الصحي.

النظام:

عبارة عن وحدة نمطية لعناصر متفاعلة و مترابطة، ويمكن أن تكون هذه العناصر التي تشكل جزء من النظام مادية أو مجردة، ويتباين التعريف تبعاً لنوعية النظام، ففي علم الكمبيوتر، هو مجموعة من القطع الملموسة والبرمجيات التي تعمل سوية كوحدة واحدة، وفي علم التشريح هو عبارة عن مجموعة الأعضاء الحيوية التي تشترك فيما بينها للقيام بوظائف معينة.

النظام الصحي:

وفيما يلي مجموعة من التعاريف حول النظام الصحي:

– منظمة الصحة العالمية: هو "النظام الذي يتكون من كل المؤسسات والمنظمات والمعاهد والمراكز الصحية والمصادر المادية والبشرية التي تهدف في المقام الأول إلى أقصى درجات الحفاظ على صحة الإنسان، ولاشك أن الوصول الى هذا الهدف المنشود يتطلب توفر العناصر البشرية والدعم المادي الكافي، ووسائل اتصال حديثة تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للجميع بالوقت المناسب وبتكلفة مادية تتناسب مع دخل الأفراد ومستواهم المعيشي"[2].

1– موقع وزارة الموارد المائية والأمن المائي.

تاريخ الزيارة: 2022/08/02.

https://www.mre.gov.dz

2– محمد الغبين، "النظام الصحي حسب معايير منظمة الصحة العالمية، "المجلة العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية"، العدد الرابع، السنة الأولى، الرياض، 2011.

– مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد وللمجتمع، المحافظة عليه وترقيته باستمرار [1].

– الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد لموازنة الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقوم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"[2].

– تكريس المؤسسات أو الموارد من أجل التدخلات الصحية، والهدف الرئيسي للنظام الصحي هو تحسين الصحة وينقسم هذا الهدف إلى مستويين، المستوى الأول يتعلق بالجودة عن طريق بلوغ مستوى صحي عالي والمستوى الثاني يتعلق بالعدالة عن طريق إزالة الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية[3].

– توليفة من الموارد، التنظيم، التمويل والإدارة والتي تساهم في تقديم الخدمات الصحية للسكان[4].

– مجموعة المنظمات والمؤسسات، فالنظام الصحي كما تعرفه منظمة الصحة العالمية والموارد والأفراد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل و اتصالات وتوجيه عام وكذا إدارة من اجل توفير الخدمات التي تلبي احتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة بهم".

إن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ومتنوعة وتختلف وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية واعتبارات أخرى، و هي تعكس السياسية الصحية السائدة حول الخدمات الصحية للدول.

إن أفضل الأنظمة الصحية; هي التي توفر التغطية الصحية الشاملة والعادلة لجميع أفراد المجتمع.

إن النظام الصحي يعكس السياسة الصحية السائدة حول الخدمات الصحية; ويسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة معينة، وبالتالي فان هذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال

1- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن عمان، 2008، ص 54.

2- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 35 .

3- صاري محمد فايزة ، عواج بن أعمر، أداء النظام الصحي في الجزائر "دراسة تحليلية للمؤشرات"، مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، المجلد السابع، العدد 10، جوان 2021، ص 399.

4- إلياس بومعراف وحسين بورغدة، "محددات الصحة في الجزائر للفترة من 2000 إلى 2010 الملتقى الدولي الخامس حول "التنمية المستدامة: الصحة، التضامن، الأقاليم"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير وكلية الطب، جامعة فرحات عباس سطيف 1، الجزائر، يومي 2 و 3 فيفري 2014.

إيجاد مجموعة من الطرق التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من أجل تحقيقها.

إن الأنظمة الصحية تختلف من دولة لأخرى، هذا الاختلاف موجود وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية والكثير من الإعتبارات الأخرى، ومن أجل بناء نظام صحي متكامل; على القائمين على هذا النظام تحصيل المعلومات الضرورية للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

كما أن أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق ما يلي[1]:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.
- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة.
- إرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار.
- تنمية الموارد البشرية في المجال الصحي وإشراكهم في التنمية الصحية.
- توفير الخدمات التي تلبي التطلعات المشروعة (الطبية وغيرها) للسكان.

كذلك يهدف النظام الصحي إلى:

- أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

وتنقسم المنظومة الصحية في الجزائر إلى نوعين; مؤسسات صحة عمومية; خاضعة للقانون العام و لا تهدف لتحقيق أرباح، و مؤسسات خاصة; خاضعة للقانون الخاص تهدف بعكس الأولى إلى تحقيق أرباح، كل هذه المؤسسات تمارس نشاطا استشفائيا يتعلق بالتشخيص والعلاج.

حيث يتنوع المشهد الإستشفائي العمومي في الجزائر من خلال المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية المختصصة، المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أما فيما يخص الطبيعة القانونية; فهي تعتبر مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.

ويخضع تسيير القطاع الصحي في الجزائر بمكونيه العام و الخاص لإشراف الوزارة الوصية المتمثلة في وزارة الصحة والمتمثلة في المراقبة وشروط ممارسة النشاط، وعلى العكس من ذلك; هناك هيئات عمومية استشفائية لكنها ليست خاضعة لوصاية الوزارة المكلفة بالصحة، بل تخضع لوزارة الدفاع الوطني وأخرى تابعة لوزارة الداخلية، ونذكر منها مستشفى الأمن الوطني المُنشئ بموجب المرسوم التنفيذي رقم 136/08 ، المتضمن إنشاء مستشفى الأمن الوطني و يحدد مهامه و تنظيمه

1 -Agence Canadienne de Développement International, Qu'est ce qu'un système de santé ?, مقال منشور بتاريخ: 2010/02/23.

www.ACDI.ca

في شكل هيئة عمومية ذات طابع إداري ومتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و موضوع تحت وصاية الوزير المكلّف بالداخلية و خاضع للمديرية العامة للأمن الوطني[1].

المطلب الأول: هيئات الصحة في الجزائر

سنتطرق في هذا المطلب للمؤسسات الإستشفائية العمومية، وقد سميت كذلك لطابعها القانوني، فهي تقدم خدمات صحية مجانية، كما أن تحديد طبيعتها القانونية يكتسي أهمية بالغة ، لأنه بموجب ذلك يتم تحديد أنواع الدعاوي القضائية والجهات القضائية لاستيفاء الحقوق.

الفرع الأول: الهيئات الإستشفائية العمومية في الجزائر

تعتبر مؤسسات الصحة العمومية من أهم الهياكل الصحية التي تساهم في تطوير المنظومة الصحية الوطنية وذلك من خلال مختلف المهام التي تقع على عاتقها بمناسبة ممارستها لنشاطها الطبي وكذا لنشاطها الإداري.

وبما أن المؤسسات العمومية الإستشفائية عبارة عن مرافق عمومية صحية وإستشفائية مكلفة بتقديم خدمة عمومية فهي تخضع للقانون الإداري في تنظيمها الداخلي مثلها مثل أي مؤسسة عمومية تابعة للقطاع العام وأيضا في نظامها المالي، وكذلك الأمر بالنسبة لعلاقاتها سواء كانت على مستوى نفس المؤسسة، كعلاقات الأفراد العاملين والمتكون من الطاقم الإداري والفني والمهني فيما بينهم، أو في علاقاتها الخارجية الأخرى كالأفراد المستفيدين من خدماتها مثل المرضى، أو فيما يخص مختلف التعاملات والعلاقات مع المؤسسات الأخرى التابعة للقطاع العام أو للقطاع الخاص ويتم ذلك عن طريق إجراء العقود الإدارية، وكذلك الفصل في المنازعات; فيختص القضاء الإداري بالفصل فيها، حيث يتم تطبيق قواعد القانون الإداري و الإجراءات الإدارية.

إن الهيئات الإستشفائية العمومية في الجزائر; مقسمة إلى مؤسسات عمومية إستشفائية، مؤسسات إستشفائية جامعية ومؤسسات إستشفائية متخصصة، ومن خلال هذا التقسيمات نستنتج أن الهدف الرئيسي من هذا التقسيم يعود إلى الأساس القانوني الذي من أجله تم إنشاؤها وكذا نشاطها، فالمؤسسات العمومية الإستشفائية تتميز بنشاطها العلاجي والوقائي الموجه لأكبر عدد من أفراد المجتمع، وتختص المؤسسات الإستشفائية الجامعية بالطابع التكويني و العلاجي، أما المؤسسات الإستشفائية المتخصصة فهي موجهة لفئة معينة من المرضى، كفئة الأفراد المصابين بأمراض ذهنية، الأفراد المصابين بإعاقات حركية، فئة مصابة بأمراض مزمنة كالسرطان أو السيدا، وفئة النساء الحوامل.

أولا: المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

1- عمر شنتير رضا، مرجع سابق، ص 131.

تم تنظيم وسير المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07، والمؤسسة العمومية الإستشفائية عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، مع الملاحظة أن مثل هذه المؤسسات الاستشفائية منتشرة عبر كافة ولايات الوطن.

وقد حددت المادة الرابعة (04) من المرسوم التنفيذي السالف الذكر; مهام المؤسسات العمومية الإستشفائية التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الحية للسكان، وفي هذا الإطار، تتولى; ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية للصحة، ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

كما نصت المادة السادسة (06) على أن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع الشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتوضع تحت وصالة الوالي.

وتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج لتغطية مجموعة من السكان.

ولقد حددت المادة الثامنة (08) مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة فيما يأتي:

- الوقاية والعلاج القاعدي
- تشخيص المرض
- العلاج الجواري
- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعد
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان

وتكلف على الخصوص بما يأتي :

- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم ، إضافة إلى ذلك يمكن وعلى أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين; استخدام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في التكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي.

ثانيا: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة

تم التنظيم القانوني لهذه المؤسسات بموجب مجموعة من المراسيم التنفيذية وهي المرسوم التنفيذي رقم 465/97[1]، المرسوم التنفيذي رقم 207/06[2]، المرسوم التنفيذي رقم 324/06[3]، المرسوم التنفيذي رقم 204/07[4] و المرسوم التنفيذي رقم 142/14[5].

ووفقا للمادة الثانية (02) المرسوم التنفيذي رقم 465/97; فقد تم تعريفها على أنها : "المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي"[6].

أما الفقرة الثانية فنصت على نشوء هذه المؤسسة يكون بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بمرسوم تنفيذي بعد استشارة الوالي الذي تكون تحت وصايته هذه المؤسسة.

وتتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو عدة هياكل متعددة متخصصة وهي مكلفة بالاعتناء و التخصص بمرض معين أو مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا في جسم الإنسان; أو بمجموعة من الأشخاص الذين لهم سن معين كما نصت على ذلك المادة الثالثة من نفس المرسوم التنفيذي، وعلى هذا الأساس; يكون الاختصاص الخاص بنشاط الهيئات الإستشفائية مرتبط بالتسمية الرسمية لها.

1- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها، الجريدة الرسمية، العدد 81 ، المؤرخة في 1997/12/10، ص 12.

2- مرسوم تنفيذي رقم 207/06 مؤرخ في 17 جمادى الأولى 1427 الموافق 13 يونيو 2006 يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها وسيرها، ج.ر ، العدد 39 ، المؤرّخة في 2006/06/14 ، ص 27.

3- مرسوم تنفيذي رقم 324/06 مؤرخ في 25 شعبان 1427 الموافق 18 سبتمبر 2006 يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 465-97 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج.ر ، العدد 58 ، المؤرخة في 2006/09/20، ص 13.

4- مرسوم تنفيذي رقم 204/07 مؤرخ في 15 جمادى الثانية عام 1428 الموافق 30 يونيو سنة 2007، يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج.ر ، العدد 43 ، المؤرخة في 2007/07/01 ، ص 06.

5- مرسوم تنفيذي رقم 142/14 مـؤرخ في 20 جمادى الثانية عام 1435 الموافق 20 أبريل سنة 2014 يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج.ر ، العدد 24 ، المؤرخة في 2014/04/30 ، ص 06.

6- مرسوم تنفيذي رقم 465/97، مرجع سابق، ص 13.

أما المهام الموكلة لهذه المؤسسات الاستشفائية ، فقد عددتها المادة الخامسة من نفس المرسوم التنفيذي كما يلي:

- تنفيذ النشاطات الخاصة بالوقاية و التشخيص و العلاج و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم.

وقد نصت المادة السادسة من نفس المرسوم على إمكانية استخدام المؤسسة الإستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين شبه الطبي والتسيير الاستشفائي في إطار اتفاقيات توقع بينها وبين المؤسسات المكلفة بهذا التكوين.

ثالثا: المراكز الإستشفائية الجامعية Centre Hospitalo-universitaire

تعرفها المادة الثانية 02 من المرسوم التنفيذي 467/97 السالف الذكر على أنها: "المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و يتمّ إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي"[1].

وتتميز المراكز الاستشفائية الجامعية بكونها مؤسسات مكلفة بالتكوين و الدراسة والبحث ، و ذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم و التكوين العالي في العلوم الطبية، بالإضافة إلى قيامها بمهام التشخيص و الكشف و العلاج و الوقاية الصحية حسب المادة الثالثة من نفس المرسوم التنفيذي. ويمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية; أما الوصاية البيداغوجية فهي من صلاحية وزير التعليم العالي والبحث العلمي.

1- مهام المراكز الإستشفائية الجامعية

قسمت المادة الرابعة (04) من المرسوم التنفيذي رقم 467/97 مهام المراكز الإستشفائية الجامعية إلى ثلاثة أصناف وذلك حسب الميادين التالية :

أ- في ميدان الصحة

تتولى المراكز الإستشفائية الجامعية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة الإنسان، و بتطبيق البرامج الوطنية والجهوية و المحلية للصحة; نشاطات التشخيص و العلاج و الاستشفاء و الاستعجالات الطبية و الجراحية و الوقاية وتساهم المراكز أيضا في:

- إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية و التربوية للهيئات الصحية.
- ترقية الميادين المتعلقة بالوقاية و النظافة و الصحة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية وحماية المحيط.

1- مرسوم تنفيذي رقم 465/97، مرجع سابق، ص 28.

– تكفله بمهام المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

كذلك يضمن المركز الإستشفائي الجامعي; للسكان المحرومين من التغطية الصحية; والقاطنين بالقرب منه من; الإسعاف، الوقاية، التشخيص، العلاج، الإستشفاء.

ب– في ميدان التكوين

يقوم المركز الإستشفائي الجامعي بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي بـ:

– ضمان تكوين التدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب بالتنسيق مع مؤسسات التعليم العالي.

– المشاركة في تكوين ومستخدمي الصحة بما فيهم المستخدمين شبه الطبيين، المستخدمين الإداريين، التقنيين التابعين للصحة العمومية وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

ج– في ميدان البحث

يتولى المركز الإستشفائي الجامعي في ميدان البحث في ميدان علوم الصحة وكذا تنظيم الأيام الدراسية، تنظيم مؤتمرات وندوات وتظاهرات علمية لها علاقة بعلوم الصحة.

ويأتي هذا بعد أن استفاد القطاع الصحي من التطور التقني وتكنولوجي في ميدان الفحص والتشخيص والعلاج، وعلى هذا الأساس قامت وزارة الصحة بإصدار تعليمات لصالح عمال الصحة تتعلق بالتكوين المتواصل لحثهم على متابعة التكوين وتحيين المعلومات.

وكذلك إمكانية إبرام المركز الإستشفائي الجامعي اتفاقيات مع مؤسسات أخرى للقيام بالتكوين في ميدان علوم الصحة.

الفرع الثاني: المؤسسات الإستشفائية الخاصة

أولا: تشريع المؤسسات الإستشفائية الخاصة

شهد تغيير النظام السياسي الذي شهدته الجزائر، وتبني التعددية; تحولا في جميع القطاعات ومنها القطاع الإقتصادي، فبعد احتكار الدولة للقطاع الصحي غداة الإستقلال، تم التوجه نحو نهج جديد بصيغ ومراحل مختلفة وصولا إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

فمن جهة تقليص العبء الذي أثقل كاهل الدولة في تحمل مسؤولية قطاع حساس متمثلا في القطاع الصحي; الذي تبناه النظام الاشتراكي، ثم ظهر أن القطاع العمومي غير جدير بتسييره، لعدة اعتبارات كسوء التسيير، الأعباء المالية، الخدمات المتردية، ومن جهة أخرى تقديم خدمات صحية أفضل.

وبالتالي تم فتح المجال أمام القطاع الخاص, للمشاركة في تقديم الخدمات الصحية من خلال تشريع وتنظيم وفق شروط معينة.

ثانيا: النظام القانوني للمؤسسات الإستشفائية الخاصة وشروط إنشاءها:

1– النظام القانوني

بصدور المرسوم التنفيذي رقم 321/07 من خلال الأمر 07/06 المعدل والمتمم للقانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها; أصبحت تسمى "المؤسسة الإستشفائية الخاصة" بعدما كانت تسمى العيادات الخاصة.

ووفقا للمادة 2 من المرسوم التنفيذي فإن المؤسسة الإستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج استشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الإستكشاف.

كما تطرق القانون 11/18 المتعلق بالصحة إلى إعطاء تعريف للمؤسسات الإستشفائية الخاصة في المادة 305 على أنها هياكل استكشاف و/أو علاج واستشفاء فيما يتعلق بالصحة البشرية.

و يجب عليها بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تمارسها ,القيام على الأقل بالأنشطة التالية:

- الفحص الطبي.
- الإستكشاف والتشخيص.
- الإستعجالات الطبية /أو الجراحية بما فيها إزالة الصدمات و الإنعاش والمراقبة.
- الإستشفاء.

كما أنها تتمتع بالشخصية المعنوية وذلك من خلال المادة 3 من المرسوم التنفيذي التي نصت على "تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية، وتوضع تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب، وتزود بلجنة طبية" وهذا أن لها ذمة مالية مستقلة، لها اسم خاص بها، ومكان يتواجد فيها مركز إدارتها.

2- شروط الإنشاء

من قانون الصحة 11/18 حيث نصت المادة 306: "

يجب أن يستجيب إنشاء الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة، للمقاييس المحددة في الخريطة الصحية وللأولويات المحددة في مخطط التنظيم الصحي"، على أن تستوفي هذه الهياكل والمؤسسات الشروط التقنية للتنصيب والسير التي يحددها الوزير المكلف بالصحة.

ومن المرسوم 321/07 السالف الذكر حيث نصت المادة 8 على:

يخضع إنجاز المؤسسة الإستشفائية الخاصة إلى ترخيص الوزير المكلف بالصحة على أساس ملف إداري وتقني يودع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة، ويحتوى علاوة على الوثائق والمستندات المطلوبة في البناء، المخططات والوصف التفصيلي للمشروع وموقع إقامته والأنشطة والأعمال المزمع القيام بها".

أما المادة 9 منه فنصت على مكونات الملف الإداري والتقني التالية: طلب إنجاز يودعه صاحب المشروع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة، نسخة من شهادة ميلاد صاحب المشروع، مستخرج من شهادة صحيفة السوابق العدلية، نسخة من شهادة الجنسية، نسخة من القانون الأساسي

للشخص المعنوي، سند الملكية تثبت عقد الملكية أو عقد الإيجار، البطاقة التقنية الوصفية للمشروع وهي:

- التخصصات الطبية.
- بيان مفصل للأنشطة.
- المقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط.
- طاقة الإستيعاب من الأسرة.
- الطاقم التقني، ويتمثل في العتاد الطبي المتعلق بالأشعة والإستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية.

كذلك يتضمن الملف تقرير خبرة تعده مصالح المراقبة التقنية للبناء أو مكتب معتمد للدراسات والخبرة في مجال البناء، تقرير تعده مصالح الحماية المدنية يتعلق بالمطابقة لمقاييس الأمن، مخطط يبين موقع المشروع وحدوده، المخطط الإجمالي يوضح كل البيانات الضرورية ولاسيما التسوية العامة للأرضية والتوجيه والبنايات المجاورة والطرقات الموجودة ومواقف السيارات والشبكات المختلفة والمساحات الخضراء، المخططات المفصلة لأنواع التصميمات الإستشفائية، المخططات المفصلة للمقرات الموجهة لممارسة الجراحة، المخططات العرضية والطولية وارتفاع مختلف الواجهات.

المطلب الثاني: الوكالة الوطنية للأمن الصحي

إن الأمن الصحي هو الإجراءات والتدابير والتي هدفها المحافظة على صحة الإنسان وحمايته من المخاطر على المستوى الفردي; أما على المستوى الجماعي هو ضرورة سلامة كل العالم من الأمراض والأخطار والأوبئة التي تهدد الصحة العمومية، فالصحة لم تعد ذلك المجال الذي يهتم به أصحاب إختصاص الطب لوحدهم، بل أصبح شأنا متعدد المجالات، وأصبح الأمن الصحي محور نقاش الساسة والاقتصاديين والأمنيين والقانونيين.

بعد انتشار التهديدات الصحية خارج الحدود الوطنية، والحديث هنا عن الأزمة الصحية العالمية المتعلقة بفيروس كورونا (كوفيد19)، سارعت الجزائر على غرار دول العالم إلى اتخاذ إجراءات لمواجهة الظروف الصحية المستجدة، عن طريق تفعيل أنظمة الطوارئ والأولوية للأمن الصحي، سواء من حيث التشريع; حيث تم إصدار مجموعة من المراسيم التنفيذية، أو من حيث الهياكل عن طريق استحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي، وهي هيئة مكلفة بالرصد والتشاور، وكانت أول مهامها صياغة استراتيجية لمواجهة الأزمة الصحية، هذا من جهة ومن جهة أخرى تعزيز الأمن الصحي الوطني.

لقد كانت الجائحة فرصة لمراجعة السياسات الصحية ومواكبة التغيرات الطارئة والتكيف مع المستجدات للتكفل الصحي، تحسين الخدمات الصحية، التنبؤ بالمخاطر الصحية، حيث تم فرض الحجر الصحي وتعزيز الرقابة على جميع الحدود الوطنية من أجل تفادي انتقال العدوى، ثم مرحلة

إجراء التلقيحات، وتزامن هذا مع إحداث هيئة جديدة مكلفة بالأمن الصحي وهي الوكالة الوطنية للأمن الصحي موضوع المبحث الثاني.

الفرع الأول: إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي

تعد الوكالة الوطنية للأمن الصحي، التي أنشأت بمقتضى مرسوم رئاسي رقم 20-158، هي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي[1] أنشأت للرصد والتشاور واليقظة الاستراتيجية والتوجيه والإنذار في مجال الأمن الصحي[2]، وهي مؤسسة يرأسها البروفيسور كمال صنهاجي، حيث تم تكليفها بإعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي و السهر على تنفيذ كل ما له علاقة بالأمن"، و هذا بالتشاور مع الهياكل المعنية، وقد أسندت لهذه الوكالة، مجموعة من المهام، حيث تكلف بـ[3]:

-إعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي و السهر على تنفيذها، و هذا بالتشاور مع الهياكل المعنية.

- ضمان تنسيق البرامج الوطنية للوقاية من التهديدات وأخطار الأزمات الصحية ومكافحتها.

- تتولى مهمة المستشار العلمي لرئيس الجمهورية في مجال الأمن الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية.

و يدير الوكالة رئيس برتبة مستشار برئاسة الجمهورية يساعده نائب، بالإضافة إلى مستشار خاص برتبة مكلف بمهمة برئاسة الجمهورية، يعينون كلهم بمرسوم رئاسي[4].

"البروفيسور كمال صنهاجي من مواليد 1954 بالجزائر العاصمة، خريج كلية الطب والصيدلة بمدينة ليون الفرنسية سنة 1984، أستاذ جامعي ومدير أبحاث في مستشفى ليون الفرنسي، وكان قد اشتغل كنائب بالمجلس الشعبي الوطني للفترة من 2002 إلى 2007، ومنصب نائب رئيس بلدية ليون المكلف بالمؤسسات الاستشفائية، وفي 13 يونيو 2020 وبعد إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي، نصب رئيس الجمهورية، عبد المجيد تبون، كمال صنهاجي، رئيسا لها، وهي وكالة تضم أخصائيين وخبراء وعلماء جزائريين[5]".

1- المادة 2 من مرسوم رئاسي رقم 158/20 مؤرخ في 21 شوال 1441 الموافق 13 يونيو سنة 2020 يتضمن إحداث وكالة وطنية للأمن الصحي، الجريدة الرسمية، العدد 35 المؤرخة في 14 يونيو 2020، ص 11.

2- المادة 3 من المرسوم الرئاسي رقم 158/20، نفس المرجع، ص 11.

3- المادة 3 ، الفقرة 2 من مرسوم رئاسي رقم 20-158، نفس المرجع، ص 11.

4- موقع الإذاعة الجزائرية، الوكالة الوطنية للأمن الصحي: مؤسسة للرصد و اليقظة الإستراتيجية و الإنذار، مقال منشور بتاريخ 2020/06/19.

تاريخ الزيارة: 2022/08/04.

https://radioalgerie.dz/news/ar/article/20200619/195076.html

5- موقع ويكيبيديا، الموسوعة الحرة، كمال صنهاجي.

أما فيما يخص صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي فقد حددها المرسوم الرئاسي رقم 20-235 المؤرخ في 30 ديسمبر سنة 2020، وقد نشر في الجريدة الرسمية رقم 1 بتاريخ 2 جانفي2021 الذي يوضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي وتنظيمها وسيرها; والتي قسمت إلى قسمين وهما مهمات في مجال الأمن الصحي وأخرى في إصلاح النظام الصحي الوطني.

وفيما يخص الهيكل التنظيمي للوكالة الوطني للأمن الصحي فهو يتكون من:

1- مجلس التوجيه، يتكون من رئيس مدير ديوان رئيس الجمهورية بالإضافة على ثمانية عشر (18) عضو دائم ممثل عن القطاعات ذات الصلة، وتتمثل مهمته في:

- التنسيق بين القطاعات حول مخاطر و تهديدات الأمن الصحي.
- مراجعة التقارير.
- المصادقة على الميزانية .

2- رئيس الوكالة، ويساعده نائب إضافة إلى مستشار خاص، وتتمثل مهمته في:

- التنسيق بين القطاعات حول مخاطر و تهديدات الأمن الصحي.
- مراجعة التقارير.
- المصادقة على الميزانية.

3- المجلس العلمي، ويتكون من رئيس الوكالة + عضوية المدير العام للمعهد الوطني للصحة العمومية + 30 عضو من الشخصيات العلمية، وتتمثل مهمته في:

- النظر في المسائل العلمية و المستجدات

4- لجنة الأخلاقيات والأدبيات الطبية، وتتكون من سبعة (07) إلى عشرة (10) أعضاء، وتتمثل مهمتها في:

- النظر في مسائل أخلاقيات و أدبيات نشاط الوكالة والمنازعات بين المصالح.

5- الأمانة العامة، وتتكون من أمين عام بالإضافة إلى إثنان (02) من مدراء دراسات وتتكون من:

أ- مديريات; وتتكون من:

*مديرية الإدارة العامة، مديرية أنظمة الإعلام والإتصال، مديرية الشؤون القانونية و العلاقات الخارجية.

ب- الأقسام التقنية وتتكون من:

*قسم الأمن الصحي : ويتكون من أربعة (04) مديريات فرعية وهي:

- مديرية المخاطر الصحية، مديرية الأمراض المتنقلة و غير المتنقلة، مديرية البيو معلوماتية ومديرية التقييم والمطابقة للمقاييس الصحية.

*قسم المنظومة الوطنية للصحة : و تتكون من ثلاثة (03) مديريات فرعية وهي:

---

https:// ar.wikipedia.org/wiki/كمال_صنهاجي

– مديرية الإصلاح و توفير العلاج، مديرية حالات الإستعجال الصحي ومديرية التنسيق القطاعي المشترك ومتابعة الإصلاحات.

* قسم البحث و الإستشراف : وتضم من مديريتين (02) فرعيتين وهي:

– مديرية اليقظة و الاستشراف ومديرية البحث و الاستكشاف.

الفرع الثاني: دور الوكالة الوطنية للأمن الصحي

أولا: في مجال تحقيق الأمن الصحي

فيما يتعلق بدورها في تحقيق الأمن الصحي، فإن الوكالة هي المسؤولة عن التقييم الدوري والخبرة للمخاطر الصحية المتعلقة بالمواد الصيدلانية والأدوية المستعملة للاستخدام البشري أو البيطري، والمنتجات البيولوجية والبيوتكنولوجية، والدراسات العيادية، والمستلزمات الصحية، والتغذية، والصحة في وسط العمل، والصحة الحيوانية و النباتية، و مواد النظافة، ومواد التجميل والمياه والبيئة.

كما أنها مسؤولة عن التقييم بصفة دورية وكذا الإخطار الذاتي للمخاطر والتهديدات التي من شأنها أن تشكل خطرا على الصحة وتهديدا للنظافة العمومية، كذلك إطلاق الإنذارات المبكرة من اجل أن تتمكن الأجهزة المختصة من الإنتشار في الوقت المناسب عبر كل التراب الوطني إلى غاية الحدود وذلك يكون عبر نشاط اليقظة الصحية والوبائية.

و من بين مهامها المحددة أيضا التسيير والتنسيق لحالات استعجال المخاطر الصحية وطنيا وكذلك دوليا عبر إقامة علاقة التعاون والشراكة مع المنظمات المختصة في المجال المتعلق بالصحة.

وفيما يخص إدارة حالات الطوارئ الصحية فيكون عبر تسيير الإحتياطات الإستراتيجية من الأدوية والموارد الطبية والجراحية بالتنسيق مع مختلف الهياكل المعنية.

ثانيا: في مجال إصلاح المنظومة الوطنية للصحة

إن دور الوكالة الوطنية للأمن الصحي يتمثل تحديدا في إصلاح النظام الصحي الوطني، فإن الوكالة ملزمة بإيجاد أفضل الطرق والوسائل لعصرنة النظام الصحي وتحديثه بما يواكب التطورات العلمية، ومواجهة التحديات القادمة من أجل ضبط أي تحدي فجائي قادم غير متوقع والوقاية منه كالأمراض والتهديدات الصحية الجديدة والأمراض المتنقل وغير المتنقلة وكذا مراقبة النمو السكاني.

كذلك تتولى الوكالة جمع المعطيات والبيانات المتعلقة بالوضعية الوبائية ووضع خطة تنظيمية لتوزيع الرعاية والعلاج بطريقة منظمة وعادلة عبر كامل التراب الوطني.

وتتولى الوكالة وبالتشاور مع الهياكل المعنية إصلاح تسيير المناهج المتعلقة بهياكل العلاج بشكل تنظيمي من أجل تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية وضمان الاستخدام الأكثر فعالية وكفاءة للموارد المخصصة للقطاع.

كذلك تتولى الوكالة إعداد تقارير دورية لنشاطاتها ترسل لرئيس الجمهورية وعلى جميع الأشخاص الذين يعملون على مستوى الوكالة، بصفة دائمة أو مؤقتة، كمستشارين أو خبراء، مطالبون

بتقديم "إعلان عام عن المصلحة" إلى رئيس الوكالة، بهدف ضمان شفافية الوكالة وحيادها ومصداقيتها وضمان خلوها من أي تضارب في المصالح، خصصت لها ميزانية سنوية، تتكون من ميزانية تشغيلية وميزانية معدات، مسجلة برمز رئاسة الجمهورية، وتخضع لحسابات منفصلة[1].

ويمكن أن نستخلص أن الوكالة تتميز بطابع علمي واستشاري واستشرافي; أي لها دور استباقي بمعني التنبؤ بالأخطار والتهديدات الصحية قبل وقوعها وما يمكن استنتاجه من هذا أن دور الوكالة هو:

– إقامة وتطوير علاقات التعاون والشراكة والتنسيق الدولي مع مختلف المنظمات والهيئات الدولية المماثلة أثناء الأزمات العابرة للقارات مع ضمان تبادل الوثائق والمعلومات المتعلقة بها[2].

جمع المعلومات حول التهديدات الصحية وتقديمها للجهات ذات الصلة من أجل اتخاذ الإجراءات اللازمة.

– متابعة كل المستجدات في حالات الطوارئ الصحية.

– تقديم تقارير مع إدراج ملاحظات تتضمن توصيات لإعلان حالة الطوارئ ترفع إلى الجهات المختصة صاحبة القرار المقررة لهذه الحالة، في حالة الكوارث الصحية المهددة للأمن الوطني.

– مراجعة النظم الصحية والمتابعة الدورية للسياسات الصحية المتبعة.

– تقديم تقارير مع إدراج ملاحظات تتضمن توصيات لخفض إجراءات حالة الطوارئ ترفع إلى الجهات المختصة في حالة انحصار الأخطار الصحية عن طريق ورود تقارير من الجهات الفاعلة في الميدان تفيد بإنخفاض عدد المصابين وعدد الوفيات.

– تقديم اقتراحات سياسية للأمن في المجال الصحي.

– تقديم تقارير مع إدراج ملاحظات تتضمن توصيات لإلغاء حالة الطوارئ ترفع إلى الجهات المختصة عند انخفاض الحالات المرضية وخاصة المعدية منها، إلى عدد لا يشكل تهديدا أو خطرا على الأمن الصحي ولمدة زمنية تكون كافية لضمان عدم تلقى أي عدوى.

– تقديم توصيات وتوجيهات لكل المؤسسات التي لها علاقة بالصحة سواء مؤسسات عامة أو مؤسسات خاصة للوقاية من الأمراض والأوبئة ومشاكل الصحة العمومية.

– تنسيق التعاون بين مختلف القطاعات ذات الصلة واقتراح تدابير خاصة في حالات الطوارئ.

– القيام بدور تحسيسي وتوعوي للمواطنين بخطورة الأوبئة وضرورة توخي الحذر عن طريق مختلف

1- Site Le soir d'Algérie, L'Agence nationale de la sécurité sanitaire sur les rails, Tir Ilham, 13/01/2021. تاريخ الزيارة: 2022/08/07.

http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=28926

2– الفقرة 6 للمادة 2 من المرسوم الرئاسي رقم 20–435 المؤرخ في 15 جمادى الأولى 1442 الموافق 30 ديسمبر 2020، والتي توضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي و تنظيم سيرها، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة في 2 جانفي 2021، ص 1.

استخدام المنصات والمنابر الإعلامية المسموعة و المقروءة، مواقع الأنترنت، وسائل التواصل الإجتماعي.

– يتعين على جميع الأشخاص شاغلو المناصب أو الوظائف في الوكالة على أساس دائم أو مؤقت والأشخاص ذوو الإستشارة أو المشورة أو الخبرة لدى الوكالة; تقديم "إعلان عام عن المصلحة" لرئيس الوكالة بهدف ضمان شفافية الوكالة وحيادها ومصداقيتها وضمان خلوها من أي تضارب في المصالح.

وفي ما يخص المادة الثانية من المرسوم الرئاسي رقم 20–435 المتعلقة بصلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي; وتحديدا الفقرة الرابعة والتي تنص على: "تنسيق نشاطات اليقظة الصحية والوبائية وإطلاق الإنذارات المبكرة لتمكين أجهزة تسيير الحالات الإستثنائية من الإنتشار في الوقت المناسب، عبر كل التراب الوطني إلى غاية الحدود"، يجدر بنا هنا محاولة الإحاطة بالفقرة المتعلقة بأنظمة اليقظة الصحية والإنذارات المبكرة، باعتبار أن موضوع هذه الفقرة يتضمن جانبين، أحدهما تقني له علاقة مباشرة بموضوع الأطروحة المعنونة بـ: "تكنولوجيا الإعلام والإتصال ودورها في ترقية الحق في الصحة"وذلك إذا أخذنا بعين الإعتبار أن نشاط الوكالة الوطنية للأمن الصحي يتمركز كله حول كل ما له علاقة بالحق في الصحة وتجنب جميع التهديدات والمخاطر المحيطة بها.

وبالنظر إلى الأزمة العالمية المتمثلة في كوفيد 19 والذي تزامن مع نشأة الوكالة الوطنية للأمن الصحي وكيفية تعامل الحكومة مع هذا الوباء، يلاحظ أن الجزائر كانت فعلا تفتقر لنظام لإدارة الأزمات وعلى جميع المستويات وليس الصحي فقط، بل كان على الدولة الجزائرية إنشاء وتطوير النظم الصحية ونظام لإدارة الأزمات منذ فترة طويلة لتفادي أي كارثة قد تحدث مثلما حدث مع وباء كورونا.

مثلما تم الإشارة إليه حول كيفية تعامل الحكومة الجزائرية مع وباء كوفيد 19، فقط اقتصر الأمر أثناء الوباء العالمي على مجموعة من الإجراءات والتدابير الوقائية، حيث أمر رئيس الجمهورية بتاريخ 12 مارس 2020 بوقف جميع المدارس التعليمية والتكوينية، وسائل النقل داخل المدن وما بين الولايات وغلق معظم النشاطات التجارية الخدماتية كالمقاهي، المطاعم، الحمامات، المرشات، مع تعويض أصحابها وفرض حجر صحي كلي أو جزئي على جميع الولايات، تعليق الرحلات الجوية، غلق الحدود، وقف وتعليق جميع النشاطات الثقافية والترفيهية والرياضية ، نشر الوعي بأهمية التلقيح مع تركه أمرا اختياريا، وفق للمراسيم التالية :

– المرسوم التنفيذي رقم 20–70 المؤرخ في 24 مارس 2020.

– المرسوم التنفيذي رقم 20–72 المؤرخ في 28 مارس 2020.

– المرسوم التنفيذي رقم 20–102 المؤرخ في 23 أفريل 2020.

وقد نصت المراسيم على مواقيت الحجر الصحي ومنع حركة الأشخاص والمركبات خلاله; مع فرض عقوبات على المخالفين بغرامات ما بين 3 إلى 6 آلاف دينار إضافة للحبس لمدة لا تزيد عن ثلاثة أيام وحجر العربات[1].

إن الوكالة الوطنية للأمن الصحي هي هيئة تم نشاؤها لإدارة الأزمات المتعلقة بالصحة، على هذا الأساس فإن التطرق للجانب التقني لأنظمة اليقظة الصحية والوبائية والإنذارات المبكرة يتطلب منا التركيز على ماهية نظام اليقظة الإستراتيجية وماهية نظام الإنذارات المبكرة.

الفرع الثالث: اليقظة الإستراتيجية ونظام الإنذارات المبكرة

يعاني العالم اليوم من الكثير من الأزمات وخاصة الصحية منها; لأسباب تختلف من دولة إلى أخرى; كما أن تأثير هذه الأزمات على الحياة بصفة عامة لما لها من ثمن باهظ على جميع القطاعات، الإقتصادية والإجتماعية وغيرها، حيث أن هذه الأزمات أصبحت يؤرق الحكومات وكل أفراد المجتمع على حد سواء.

إن الأزمات هي حدث عالمي أو وطني تظهر من حيث إلى آخر، وهي وليدة تغيرات أفرزتها طفرة أو جملة من الطفرات التي تطرأ وتؤثر بشكل أو بشكل آخر على متغير أو متغيرات أخرى، فتنشأ الأزمة ، وكمثال على ذلك الوباء العالمي المتمثل في وباء كوفيد 19 الذي كان له تأثير على الكثير من القطاعات الحيوية وخلف أزمات على جميع الأصعدة إقتصادية وصحية مازلنا نعيش آثارها إلى غاية يومنا هذا.

ومن أجل مواجهة الأزمات; يجب إتباع منهج علمي من خلال الدراسة المعمقة لمفهوم الأزمة ومسبباتها، لكي تحقق الرؤية الجيدة والتشخيص السليم وذلك بالإعتماد على معلومات موثوقة، لان نقصها أو عدم دقتها يجعل القرار المتخذ غير سليم وبالتالي الفشل إدارة الأزمة.

على هذا الأساس برز إلى الوجود علم يسمى علم إدارة الأزمات، حيث يعتبر هذا العلم حديث النشأة; حيث يعمل على التكيف مع المتغيرات.

وقد تم تعريف إدارة الأزمات; على أنها تتمثل في قدرة المنظمة على إدراك المخاطر والتهديدات الحالية والمحتملة والعمل على تجنبها; أو تقليل آثارها السلبية لإعادة التوازن للنظام في أقل وقت ممكن وبدء نشاطه مرة أخرى; واستخلاص الدروس المستفادة لمنع تكرار الأزمة أو تحسين طرق التعامل معها مستقبلا والاستفادة من الفرص التي تتيحها[2].

1- موقع وكالة الأنباء الجزائرية، رئيس الجمهورية يتخذ جملة من القرارات الإضافية لمواجهة وباء الكورونا، مقال بتاريخ 19 مارس 2020.

تاريخ الزيارة: 2022/04/19.

https://www.aps.dz/ar/algerie/85484-2020-03-19-18-13-33

2- ممدوح الرفاعي، وماجدة جبريل، إدارة الأزمات، كلية التجارة، التعليم المفتوح، جامعة عين شمس، مصر، ص 31.

وفي تعريف آخر لإدارة الأزمات; وهي سلسلة من الأنشطة والإجراءات المحددة التي تقوم بها الإدارة العليا في المنظمة من مداخل ثلاث هي: منع الأزمة، الاستعداد للأزمة وقت حدوثها، إجراءات ما بعد الأزمة[1].

وباعتبار أن الوكالة الوطنية للأمن الصحي; هيئة تم إنشاؤها لإدارة الأزمات المتعلقة بالصحة، وهي من جملة الأهداف التي من أجلها أنشأت، فهي مطالبة باتباع المناهج العلمية السليمة في إدارتها للأزمات الصحية.

هناك عدة آليات علمية منتهجة لمواجهة الأزمات، كما أن إدارتها يتم من خلال الوسائل الحديثة، لذا فإن مواجهة الأزمات والوعي بها من خلال تكنولوجيا المعلومات، يعد أمرا ضروريا لتفادي الأضرار، وتخفيض التكاليف المادية والبشرية، وهنا سنسلط الضوء على آليتين هما الإنذار المبكر واليقظة الاستراتجية من خلال مفهومهما وآلية عملهما.

أولا: الإنذارات المبكرة

1- مفهوم الإنذار المبكر

إن الأزمات الاستثنائية وخاصة الصحية منها التي مر بها العالم في السنوات الأخيرة; تقتضي من الجميع دولا ومنظمات ذات صلة القيام باتخاذ تدابير للتعامل مع أي وضعية صحية بجدية، هذا التدابير تتمثل في التعامل في هذه الأزمات بطريقة مسبقة لتفادي أي إشكالات.

ويعد وباء كوفيد 19 من بين الأزمات الصحية التي مرت على العالم; وقد تم الإعلان عنه كجائحة عالمية من قبل منظمة الصحة العالمية في مارس من سنة 2020 وهو من الفيروسات التاجية التي ظهرت في مدينة ووهان الصينية، ومن حيث التأثير; فقد شل هذا الفيروس جميع القطاعات الحيوية والتي مازالت آثارها ممتدة الى يومنا هذا وهو دليل على غياب المنظور الإستشرافي في مواجهة المخاطر في معظم الدول ولو بنسب متفاوتة، والدليل هو طريقة التعامل مع الجائحة التي كانت كرد فعل فقط عن طريق إجراءات احترازية لاحقة أي بعد انتشار الوباء كالغلق، الحجر الصحي والتباعد الجسدي.

إن نظام الإنذار المبكر يعد أحد الأنظمة التي تعبر عن قرب وقوع أي أزمة، حيث يقوم هذا النظام بتصرف مسبق; بالاعتماد على جملة من الإشارات الضعيفة; لإدارة الأزمات قبل حدوثها; والحد من أسبابها; وتقليل مخاطرها; من خلال التنبؤ وبالتالي التعامل مع المستجدات بأقل الأضرار.

أ- تعريف الإنذار المبكر

لتحميل البحث:

https://www.dr-mamdouhrefaiy.com/book/edart_azmat.doc

1- سيد محمد جاب الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المخاطر والأزمات، د ط، مصر، مؤسسة الجوهري للتجليد الفني، 2015، ص 106.

الإنذار المبكر هو نظام للكشف المبكر عن احتمالية وقوع الكوارث والأزمات من أجل وضع القرارات والسياسات والإجراءات المناسبة للتعامل معها ومنع حدوثها تماما ، أو على الأقل تقليل حجم أضرارها ومخاطرها، يمكن أن يمنع الخسائر البشرية، ويقلل من الآثار المادية والاقتصادية للكوارث، ومن أجل ضمان فعالية أنظمة الإنذار المبكر، يجب أن إشراك المجتمعات المعرضة للخطر، عن طريق تعزيز التثقيف العام والتعرف على الكوارث، بنشر المعلومات والتحذيرات بشكل فعال ، للتأكد من حالة الاستعداد الدائم.

وهو عبارة عن عملية رصد وتسجيل لإشارات وتحليلها والتي توحي بعلامات أزمة مالية أو اقتصادية تلوح في الأفق أو اقتراب وقوع أزمة حقيقية شديدة، وهذا النظام مهمته الحقيقية تتمثل في التفرقة بين الإشارات التي تشير إلى قرب وقوع الأزمة وبين الأحداث العرضية والضوضاء الناتجة عن مشكلات عادية تواجهها الدولة في عملياتها اليومية[1].

كذلك عرف النظام أيضا بأنه مجموعة من العمليات او الإجراءات يتم من خلالها جمع المعلومات والمعطيات من اجل تحديد أو الفئات المعرضة للخطر فضلاً عن التعرف على تلك المخاطر وعلى أثارها الأمر الذي يسمح بالتنبؤ بالحدوث أزمة مستقبلا[2].

وهو عبارة عن منظومة متكاملة تقيم على أساس تقييم الأوضاع وفق أساليب واستراتيجيات معينه، بما يساعد على التنبؤ بكارثة معينة للحيلولة دون وقوعها، او على الأقل التقليل من حجم الخسائر التي تخلفها تلك الكارثة[3].

ويمكن تعريف نظام الإنذار المبكر كذاك; بأنه تلك الأداة القادرة على توقع حدوث الأزمات من خلال تقييم ملف المخاطر الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والبيئية والضغوط السكانية وغيره لبلد ما، والتي يتم من خلالها تحديد المخاطر الإجمالية في مجال ما لبلد ما لتوفير المعلومات المناسبة لمتخذي السياسات والقرارات[4].

1- بوخرص عبد العزيز، علوطي لمين، العمل على انشاء نظام إنذار مبكر للازمات بالاستعانة بمقاييس ومؤشرات لوحدة القيادة المستقبلية (دراسة تحليلية)، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد (14)، العدد (19)، 2018، ص 4.

2- ذهبي ريمة، الاستقرار المالي النظامي، بناء مؤشر تجميعي للنظام المالي الجزائري للفترة (3003 -2011) أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة قسطينة، الجزائر، 2013، ص 140.

3- خالدة ذنون مرعي، محمد حسن خمو، دلير اسماعيل أحمد، نظام الإنذار المبكر ودوره في الحد من مخاطر الكوارث، دراسة في إطار القانون الدولي العام، مقال منشور في 2021/04/17.

لتحميل المقال:

https://osf.io/kbqjp/download/

4- علاء الدين عوض الطراونة، تطوير نظام إنذار مبكر لتوقع الأزمات الاقتصادية في الأردن، أطروحة ماجستير. الجامعة الأردنية، 2004، ص 24.

ومن الناحية التقنية ، يعد الإنذار المبكر عبارة عن مجموعة من أنظمة اتصالات المعلومات، التي تستخدم تكنولوجيا الإعلام والاتصال بما في ذلك أجهزة الاستشعار، وأنظمة دعم القرار ، والتي تعمل معًا لرصد الإشارات المؤثرة على الإستقرار، وبالتالي توفير وقت الاستجابة للنظام للإستعداد للأحداث والتقليل من تأثيرها.

ب- أهمية الإنذار المبكر

تبرز أهمية نظام الإنذار المبكر في معرفة وقت حدوث الأزمة، أنه يعطينا تفصيلا كاملا عن البيانات بصفة دورية مما يساعد على الرقابة التامة، وكذا يساعد متخذ القرار، كذلك هو من وجهة نظر متخذي السياسات وسيلة لمعالجة الأحداث الطارئة قبل وقوع الكارثة، وبالتالي تجنب التكاليف التي تنجم عن الأزمات، كذلك تطبيق السياسات في المراحل الأولى قبل تطور الأزمات، والتدخل في بدايتها يعطي نتائج إيجابية في التحكم في الأزمة والتخفيف من آثارها[1].

ونظراً لأهمية نظام الإنذار المبكر في حماية الإنسان وحقوقه من المخاطر بمختلف صورها وأشكالها، تقدم فقد جرى التأكيد على نظام الإنذار المبكر في العديد من المؤتمرات والاستراتيجيات الإقليمية ومنها:

- اتفاقية التبليغ المبكر عن الحوادث النووية لعام (1986).
- اتفاقية حماية واستخدام المجاري المائية العابرة للحدود والبحيرات المائية الدولية لسنة 1992، بصيغتها المعدلة سنة 2003.
- اعلان ريو دي جانيرو لعام 1992.
- المؤتمر الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي جاء بعنوان (القانون والحد من مخاطر الكوارث على المستوى المجتمعي) لعام 2001.
- نظام عمل (هيجو) للفترة (2005 – 2015)[2].
- إطار عمل سنداي للفترة (2015 – 2030).

كذلك تبرز أهمية نظام الإنذار المبكر في

* يعطينا موعدا تقريبا لحدوث الأزمة، بمعنى المجال من وإلى،

1- العيد صوفان، الطيب بولحية، فعالية نظم الإنذار المبكر في التنبؤ بالأزمات المالية، الأزمة المالية العالمية 2007 نموذجا، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي-33(02)، جامعة زيان عاشور بالجلفة، ص 241.

2- إطار عمل هيوغو، (التأهب للكوارث تحقيقا للاستجابة الفعالة) مجموعة الإرشادات والمؤشرات لتنفيذ الأولوية الخامسة، إطار عمل هيوغو (2005-2015) بناء قدرات الأمم والمجتمعات على مواجهة الكوارث، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف، 2008، ص 42.

لتحميل البحث:

https://www.unisdr.org/files/2909_0860924giparabic.pdf

* يعطينا تفصيلا كاملا عن البيانات بصفة دورية مما يساعد على الرقابة التامة،

* يساعد متخذ القرار في اتخاذ قراره بشكل سليم،

* ارتباط نظام الإنذار المبكر بظاهرة عدوى انتقال الأزمات وآلياتها وهذا من خلال معرفة مميزات البلدان التي تعرضت للعدوى من خلال المقارنة وتحليل نقاط الإشتراك والإختلاف.

ولتكون فعالة، تحتاج أنظمة الإنذار المبكر إلى نشر التحذيرات والتنبيهات بشكل فعال وضمان وجود حالة تأهب مستمرة، تثقيف الجمهور وتوعيته بالمخاطر وإشراك المجتمعات المعرضة للخطر.

ج- العوامل المؤثرة في فعالية نظام الإنذار المبكر

- فاعلية نظام المعلومات

يحتاج هذا النظام إلى كم هائل ومتنوع من المعلومات ومتابعة تطورها وسلوكيات مصادرها، وهذا ما يميز لوحة القيادة المثالية باعتبارها كم هائل ومتنوع من المعلومات، والتي تساعد نظام الإنذار المسبق لأداء الدور الموكل إليه على أكمل وجه[1].

ويعرف بالنظام الذي يتضمن مجموعة متجانسة ومترابطة من الأعمال والعناصر والموارد تقوم بتجميع وتشغيل وإدارة ورقابة البيانات لغرض إنتاج وتوصيل معلومات مفيدة لمستخدمي القرارات من خلال شبكة من قنوات وخطوط الإتصال; ويشمل هذا التعريف نظم المعلومات سواء كانت خاصة بجهات حكومية أو جمعيات ومؤسسات خيرية أو شركات عامة أو تجارية أو صناعية في مجال الأعمال وينطبق هذا التعريف على أي نظام للمعلومات سواء كان نظام يدوي بسيط يتكون من مجموعة من الملفات والدفاتر والمستندات; أو كان نظام شامل ومعقد يقوم على استخدام الحاسبات الآلية[2].

وهو بيئة أو كيان قائم بذات تفصله عن الكيانات الأخرى أو عن المحيط الذي يعمل فيه حدود وفي معظم الحالات لا تمتلك هذه الحدود صفة المادية، أي انها غير ملموسة[3].

وقد عرف محمود علي حامد نظم المعلومات بانها النظام الفرعي الذي يوجد بالمنشأة وتكون مهمته تجميع البيانات وتحويلها إلى معلومات حسب إجراءات وقواعد محددة تساعد بها الإدارة وفئات أخرى في اتخاذ القرارات التي تتعلق بالتخطيط والرقابة.

وتتألف نظم المعلومات من أشخاص مختصين في أنظمة المعلومات أو أنظمة الحاسوب، ويكون كذلك من منظومات التي تتألف من حواسيب مضاف إليها برمجيات ومنظومات إتصال

1- إطار عمل هيوغو، المرجع نفسه، ص 42.

2- أحمد السيد علي حسين، نظم المعلومات المحاسبية الإطار الفكري والنظم التطبيقية، د ط، الإسكندرية، مصر، الدار الجامعية، ص 21.

3- عماد الصباغ، نظم المعلومات، ماهيتها ومكوناتها، د ط، جامعة قطر –الدوحة- ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2000، ص 11.

(هواتف، فاكس، تلكس، أقمار صناعية...)، ويتألف نظم المعلومات كذلك من إجراءت وأساليب من أجل إدارته[1].

- فاعلية نظام الاتصال

ويقصد بالاتصال الوسيلة التي من خلالها يتم إيصال المعلومات إلى الطرف الأخر أو تبادلها، وهي القناة الناقلة للأوامر والتعليمات من الإدارة العليا إلى الدنيا أو إبداء الرأي و تقديم الاستشارات من الجهة العكسية من الإدارة الدنيا إلى الإدارة العليا، حيث انه كلما كانت هذه وسيلة الاتصال تؤدي دورها بشكل سريع وفعال كلما ساعد في كفاءة عمل نظام الإنذار المبكر عن طريق اكتشاف الأزمات مبكراً وحصرها أو تداركها[2].

كذلك فعالية الإتصال تؤدي إلى سهولة انتقال المعلومات، وإعلام الجماهير بوقوع الأزمة في الوقت المناسب.

* مهارات وكفاءة فريق إدارة المخاطر أو الأزمات.
* فعالية القيادة في اتخاذ قرارات التنبؤ بالأزمات.

سنقوم بالتركيز على عاملي نظام المعلومات ونظام الاتصال باعتبار العاملين اللذان لهما علاقة مباشرة بموضوع الأطروحة.

1- عماد الصباغ، المرجع نفسه، ص 11.

2- عفاف محمد الباز، دور القيادة في إدارة الأزمات، د ط، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ص 68.

العناصر الأساسية الأربع لأنظمة الإنذار المبكر

المصدر: برنامج الإستراتيجية الدولية للحد من الكوارث / الأمم المتحدة لتطوير عمليات الإنذار المبكر [1]

- المعرفة بالخطر

تتوقف الفعالية في إدارة الكوارث على إيصال المعلومات إلى من يحتاجونها في الوقت المناسب وبصورة فعالة تشمل أنواع المعلومات الضرورية لدعم إدارة الكوارث مجموعة واسعة من المجالات من قبيل استشعار الكوارث والإنذار بقرب وقوعها، عمليات تقييم الأضرار، ومواقع الملاجئ، وتنسيق الدعم اللوجستي وسلسلة الإمداد والدعم الطبي في حالات الطوارئ، وتحديد سلامة وعافية الأسر والأصدقاء، وأعمال البحث والإنقاذ.

1- المؤتمر الدولي الثالث للإنذار المبكر، من المفاهيم الى الفعاليات من 27 إلى 29 مارس 2006، بون، ألمانيا، ص 2.

لتحميل الملف:

https://www.preventionweb.net/files/608_arabic.pdf

ويشارك في قنوات الاتصالات المواطنون، والموظفون الحكوميون، وموظفو السلامة العمومية، وعمال الإغاثة، ومنظمات القطاع الخاص وجهات أخرى.

وتتيح تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) أدوات أساسية لدعم مختلف متطلبات التواصل بين مختلف هذه الجهات المعنية.

- المعرفة بالخطر تتضمن معلومات وبيانات

لقد تطورت علوم تكنولوجيا الحاسب الآلي، حيث أمكن ذلك الوصول إلى الحل الأمثل لمواجهة مشكلة أو أزمة، حيث أن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الكثير من الأدوار في مجال إدارة الأزمات، ويكون بتوفير معلومات والسرعة للوصول للأزمة، وكذلك بتوفير نظم معلومات عديدة تدعم اتخاذ القرار، وقد ساهم تطور نظم المعلومات على التخطيط المسبق لدعم اتخاذ القرار في مراحل معالجة الأزمات لاتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب.

ويحتاج نظام المعلومات في كل مرحلة من مراحل الأزمة لجميع المعلومات للتنبؤ بالأزمات أو إدارتها.

كما تنشأ الكوارث من المزج بين الكوارث وعمليات نقاط الضعف في أي موقع من المواقع، ويتطلب تقدير الكوارث جمعا منتظما للمعلومات والبيانات وتحليلها; حيث يضع في الإعتبار الطبيعة الديناميكية للكوارث ونقاط الضعف التي تنشأ من عمليات التمدن (hazards)، والتحضر، وتغيير إستخدام الأراضي الريفية، والتدهور البيئي والتغييرات المناخية.

إن عمليات تقدير الكوارث والخرائط تعاون على تحفيز المواطنين، وترتيب اولويات احتياجات أنظمة الإنذار المبكر وتوجيه الإعدادات لعمليات الحد ضد الكوارث ومواجهتها[1].

- تخزين البيانات والمعلومات وسهولة الوصول إليها.
- إنشاء مكتبة مركزية أو نظام قاعدة بيانات للمعلومات الجغرافية لتخزين كافة بيانات الكوارث والكوارث الطبيعية.
- التأكد من إتاحة بيانات ومعلومات عن نقاط الضعف للجهات الحكومية والعامة والمجتمع الدولي (حيثما كان ذلك مناسبا).
- وضع خطط الصيانة للحفاظ على تحديث المعلومات وتجديدها[2].
- استخدام معلومات بشأن المدى الجغرافي للأخطار لتحديد المناطق الآمنة ومناطق الإجلاء.
- استخدام المعلومات بشأن المخاطر المتعلقة بالفئات الضعيفة، (الخطر، والتعرض، واختلاف أوجه الضعف)، لتحديد وتعريف طرق الإجلاء وأماكن الإيواء المؤقت).

1- المؤتمر الدولي الثالث للإنذار المبكر، المرجع نفسه، ص 4.

2- المؤتمر الدولي الثالث للإنذار المبكر، المرجع نفسه، ص 7.

– استعراض المعلومات بشأن المخاطر المتعلقة بالأنواع المختلفة للأصول لتحديد إجراءات تقليل الأضرار أو الخسائر لهذه الأصول بمجرد صدور التحذير.

– إنشاء عملية للتحديث المستمر للمخاطر الجديدة أو الناشئة) على سبيل المثال، بسبب التوسع الحضري أو إنشاء مستوطنات جديدة (وتحديد التغيرات المحتملة لبعض الأخطار)بسبب التغيرات في

– استخدام الأراضي (لتحديث المناطق الآمنة ومناطق الإجلاء والملاجئ[1].

– النشر والإتصالات

إن إدارة الكوارث لا تكون ذات فعالية إلا بإنجاح إيصال المعلومات إلى منهم في حاجة إليها وفي الوقت المناسب، أما المجالات التي تشملها المعلومات الداعمة لإدارة الكوارث فهي:

– استشعار الكوارث والإنذار بقرب وقوعها، تقييم الأضرار، مواقع الملاجئ، التنسيق والدعم اللوجستي، الإمداد والدعم الطبي في حالات الطوارئ، تحديد سلامة وعافية الأفراد و أعمال البحث والإنقاذ.

– استعمال الاتصالات / تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل التأهب للكوارث والتخفيف من آثارها والتصدي لها.

أما فيما يتعلق بقنوات الاتصالات فيشارك فيها كافة أطياف المجتمع وهم المواطنون، الموظفون الحكوميون، موظفو السلامة العمومية، عمال الإغاثة، منظمات القطاع الخاص وجهات أخرى .

إن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تتيح أدوات أساسية لدعم مختلف متطلبات التواصل بين مختلف هذه الجهات المعنية.

ثانيا: اليقظة الإستراتيجية

هو مصطلح حديث النشأة ظهر أول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ الستينات من القرن الماضي تحت مصطلح مسح البيئة (Scanning Environment)، وقد ظهر في مجال إدارة الأعمال يستخدم بالأساس في المجال الإقتصادي، ويمكن تطبيق هذا المفهوم على جميع المجالات والمؤسسات التي تعنى بالمعلومة وتسييرها، وبإسقاط هذا المفهوم على المجال الصحي، فتعتبر اليقظة الاستراتيجية من الأساليب المساعدة على تقييم وتقدير الأزمات الصحية وإدارتها على نحو أمثل من خلال قدرتها على التحكم في المحيط الخارجي، ويساعد على جمع المعلومات حول وضعية الصحة العمومية وأبرز تهديداتها، ما يمنح أصحاب القرار المجال الأوسع لتحديد خياراته، استغلال الفرص المتاحة وتجنب المخاطر المحتملة.

1– نظم الإنذار المبكر بالأخطار المتعددة ، نائج المؤتمر الأول للإنذار المبكر بالأخطار المتعددة 22 و 23 أيار/مايو 2017 ، كانكون ، المكسيك ، أعدها شركاء الشبكة الدولية لنظم الإنذار المبكر بالأخطار المتعددة ، ص 9.

ويعرفها "Schuler et Lasca" بأنها "السيرورة المعلوماتية التي من خلالها تكون المنظمة/المؤسسة في الاستماع واستباق الاشارات الضعيفة في البيئة السوسيو–اقتصادية، بهدف خلق وتغطية فرص الأعمال وتقليل عدم اليقين"[1].

كما يعرفها "jokobiak" على أنها "رصد للبيئة متبوع بنشر مستهدف للمعلومات المنتقاة بعد تحليلها ومعالجتها، بغرض اتخاذ قرارات استراتيجية".

وهو نظام معلومات يراقب المتغيرات البيئية لتوفير معلومات شاملة عن بيئة العمل وتقليل تهديداتها وتعزيز قدرتها التنافسية من خلال استشعار الفرص والتهديدات وإصدار إشارات الإنذار المبكر، وبالتالي تمكين المنظمات من اتخاذ قرارات استراتيجية في الوقت المناسب وتقليل شدة المخاطر التي قد يواجهها.

وتعرف كذلك اليقظة الإستراتيجية هذه عملية إعلامية تضمن الشركات من خلالها سماع الإشارات المتوقعة، وخاصة الضعيفة منها ، في بيئة تتوافر فيها العديد من الفرص وتنسب إليها العديد من التهديدات[2].

نستنتج من هذا التعريف أن اليقظة الإستراتيجية هي نظام يستخدم الأدوات التكنولوجية والمعلوماتية لتقصي وجمع المعلومات وتحليلها ومعالجتها واستخدامها.

تعريفات أخرى لليقظة الإستراتيجية

إنها عملية مراقبة وتحليل التطورات في البيئة حول منظمة; من خلال جمع المعلومات من مجموعة متنوعة من المصادر لمعالجتها والسيطرة عليها ومواجهتها من خلال تمثيل التهديدات والفرص المحتملة[3].

وتوفر اليقظة الاستراتيجية مراقبة مستمرة للبيئة ، مما يتيح تطوير الأهداف والخطط الاستراتيجية والتنبؤ والتقدير لحدوث الأزمات والأوبئة وتسهيل المواجهة الذكية معها من خلال جمع

1– كرومي سعيد، عمر ستي أحمد، أهمية اليقظة الإستراتيجية في تحسين القرارات الإستراتيجية والتنافسية للمؤسسة، الملتقى الدولي المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسة الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة الشلف، (08–2010/11/09)، د ص.

2– أمينة بن علي ، دور اليقظة الإستراتيجية في خلق ميزة تنافسية في السوق المستهدف لمؤسسة تيليكوم الجزائر، مجلة العلوم الإقتصادية والإدارية و القانونية ، ص 21.

3– حمودي، وجدان، وابراهيم، بسمة، وامين، تغريد (2019)، اليقظة الإستراتيجية ودورها في تعزيز النضج الوظيفي دراسة تحليلية لآراء عينة من المدراء في شركة الاتصالات النقالة (زين العراق)، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، ص 7.

البيانات وتحويلها إلى معلومات لمساعدة صانعي السياسات على اتخاذ القرارات المناسبة حتى يكونوا مستعدين بشكل مناسب للأزمات والأوبئة والتكيف معها وتتبع مسارها[1].

استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في جميع مراحل الكوارث:

تشمل إدارة مخاطر الكوارث خطوات عديدة خلال مرحلتي تدبير المخاطر (قبل الكارثة) والأزمة (أي بعد الكارثة)، وتنطبق هاتان المرحلتان عموماً على الكوارث الطبيعية والكوارث التي من صنع البشر; و التي سنوجز فيها استعمال تكنولوجيا المعلومات والإتصال في مرحلتي ما قبل الكارثة وما بعدها.

1- مرحلة ما قبل الكارثة

تشمل المساهمة في تحديد السياسة العامة والأهداف، المساهمة في التقدير بالمخاطر والتهديدات المحتملة، إضافة إلى بناء قواعد معلومات مناسبة لكل من الأزمات، التنبؤ بالأزمات وتنشيط عناصر جمع المعلومات وتحليلها وإعداد التقديرات لتحديث أو تعديل أو تغيير سيناريوهات وخطط لمواجهة الأزمة، الإنذار في الوقت المناسب، والتي تتضمن زيادة قدرة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على الصمود وتعزيزها بقدرات دعم احتياطية لمنع حدوث الأضرار; وكذا التخطيط التنظيمي وتطوير السياسات العامة؛ والتوقع المسبق للإمدادات والمعدات؛ والتدريب وبناء القدرات؛ وإرشاد الجماعات والمواطنين وتأهيلهم للتأهب؛ للحد من الأضرار، وأيضا استعمال أجهزة الاستشعار وأنظمة الإنذار المبكر للتنبؤ والإنذار المبكر.

2- مرحلة ما بعد الكارثة

يتم تقييم الأضرار وتحليلها في هذه المرحلة، حيث يتم فيما تجميع المعلومات المتعلقة بالكارثة وهي المواقع التي تضررت من جراء الكارثة، عدد الضحايا الآثار وقياس كل ذلك على نشاط شبكات الإتصالات ومدى التأثير الحاصل عليها.

أما فيما يتعلق بالإجراءات المتخذة حيال هذا فتتمثل في التنسيق مع الفاعلين وأجهزة الأمن كالشرطة، الجيش، والمنظمات ذات الصلة من أجل تقديم معونات وتعزيزات، أما فيما يخص الحد من الحوادث الثانوية والتعافي من آثار الكارثة يكون بتقديم المعلومات حيث تدعم تكنولوجيا المعلومات

1- آسية بلخير، رهان الأمن الصحي في الجزائر في ظل الأزمات الممتدة: قراءة نقدية في أدوار الوكالة الوطنية للأمن الصحي، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر، مجلة أبحاث قانونية وسياسية المجلد 07، العدد 01، جوان 2022، ص 14.

والاتصالات مراحل إدارة الكوارث، علماً بأن طلبات المستخدمين على مختلف أنواع الأنظمة والخدمات والتطبيقات[1].

من خلال التعاريف التي قدمت ، نلاحظ بأن اليقظة ترتكز على جمع المعلومات، مراقبة البيئة، وتوقع الفرص والتهديدات، وتشير معظم هذه التعاريف إلى أن اليقظة عملية منظمة تتعلق برصد ومراقبة البيئة من خلال البحث; حيث يتم جمع المعلومات بمساعدة تكنولوجيا المعلومات وما توفره من مصادر عديدة ومتنوعة من الإنترنت ومحركات البحث وقواعد البيانات.

إن نجاح إدارة الأزمة دائما ينبني على أرضية متينة من المعلومات المعززة بتقنيات متطورة للاتصال، ومنظومة دقيقة للإنذار المبكر لما لها من أهمية كبرى في إدارة الأزمة لأنه يسمح بالتدخل في الوقت المناسب لمواجهة الكوارث، كما أن علاقة تكنولوجيا المعلومات والإتصال بالأزمات رهين بمدى القدرة على معالجة هذه البيانات والمعلومات لمواجهة هذه الأزمة.

وقد أصبح توظيف تكنولوجيا المعلومات بتقنياتها المتطورة ينطوي على ضرورة ملحة، نظرا لأهميتها في الوقاية أو التقليل من أي أضرار أو خسائر محتملة من خلال الوقوف بدقة على الأسباب الطبيعية والبشرية الكامنة وراء هذه الأزمات، وكذلك عبر إحداث أنظمة للإنذار المبكر[2].

1- استعمال الاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل التأهب للكوارث والتخفيف من آثارها والتصدي لها، فترة الدراسة 2014-2017، الاتحاد الدولي للاتصالات ITU)، قطاع تنمية الاتصالات، لجنة الدراسات 2، المسألة 5/2، ص 1.

2- بيان إبراهيم الشبلي، أثر قدرات تكنولوجيا المعلومات على إدارة الأزمات، دراسة ميدانية على قطاع البنوك التجارية الأردنية، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الأعمال الإلكترونية، قسم الأعمال الإلكترونية، كلية الأعمال جامعة الشرق الأوسط 2018، ص 38.

ومما سبق; يتبين أن الأوبئة العالمية; وخاصة كوفيد 19; قد وضعت حكومات الدول في حالة من الارتباك، وفرضت عليها إعادة النظر في سياساتها الصحية وفي إعادة إدارتها للأزمات المتعلقة بالأمن الصحي وإلى تنمية اجتماعية و صحية شاملة لمواجهة الأوبئة، وضرورة تعاون وتكثيف الجهود الدولية لموجهة هكذا أزمات.

ولقد تأثرت الجزائر كذلك من جائحة كورونا، ولم يكن في مواجهة هذه الأزمة سوى اتخاذ بعض الإجراءات والتدابير كباقي الدول متمثلة في الحجر والتلقيح، ما أثار عدة إشكالات حول وفعالية الإجراءات الوقائية وما دورها في مواجهة هكذا أزمات في المستقبل; حتى أن استحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي كان متأخرا; حيث جاء متزامنا مع ظهور الجائحة، وبالرغم من ذلك فوجود هذه الوكالة هو خطوة إيجابية نحو تفعيل الأمن الصحي ومواجهة التهديدات الصحية الطارئة والمستجدات الوبائية غير المتوقعة.

إن التطور الحاصل في جميع المجالات وخاصة المجال الذي له علاقة بصحة الإنسان; حيث تشكل الأوبئة القاتلة خطرا على الأفراد والمجتمعات، وأصبح الأمن الصحي فيه عامل رئيسي في قياس مدى قوة أو ضعف الدول في مواجهة الأخطار والأزمات من أجل الوصل للإستقرار، والرهان هو القدرة على اتخاذ التدابير الإستباقية من أجل إدارة المخاطر; وهذا لا يتم بمعزل عن هيئة للإستشراف الصحي تستخدم مناهج مستحدثة; كاليقظة الإستراتيجية وأنظمة الإنذار المبكر; تتبنى فيها أدوات الإعلام والإتصال في عملية الرصد.

وكخلاصة للباب الأول; نستنتج أن الحق في الصحة ليس فقط الحق في التمتع بصحة جيدة، بل يتضمن حريات وحقوقاً على حد سواء، وفيما يخص الحريات فتتضمن الحق في أن يكون في مأمن من التدخل على جسده من التعذيب، إجراء تجارب عليه بدون رضاه، حريته الإنجابية، أما الحقوق فتشمل المساواة وتكافؤ الفرص للتمتع بأعلى مستوى من الصحة.

ويأتي تأكيد منظمة الصحة العالمية على الحق في الصحة كونه من حقوق الإنسان كما نصت عليه المواثيق الدولية وبالتالي تأكيده كذلك من خلال المواثيق والدساتير الوطنية في العالم، وحتى يتحقق الهدف المنشود يجب:

– توفير كافة التدابير التي تسمح للأفراد بالعيش في أحسن حالة صحية ممكنة

– توفير بيئة ومناخ صحي صالح للعيش والتي تفرض على الدولة التدخل لتنظيمها، وويشمل ذلك الرعاية الصحية، الظروف الآمنة على مستوى أماكن العمل والمؤسسات التربوية، السكن اللائق، توفير مياه الشرب الصحية والصرف الصحي، الغذاء المتوازن، البيئة النظيفة الخالية من التلوث، كذلك الحق في التعليم الصحي أي الحصول على الحد الأدنى من المعلومات المتعلقة بالصحة كمعرفة أسباب الأمراض وكيفية الوقاية منها، والهدف هو جعل الفرد قادرا على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته وهو أيضا أساس البحوث والاكتشافات في مجال الصحة.

– مواجهة الظواهر والتغيرات المناخية التي تسبب تكاليف صحية وخيمة على الأفراد والمجتمعات خاصة في الدول النامية ومنها الفيضانات الجفاف، التلوث، تراجع كمية تساقط الأمطار.

لكن المطلع لموضوع الحق في الصحة وعلى كل ما أفرزته القوانين والتشريعات والكتابات الفقهية وما يراه على أرض الواقع من أزمات صحية وكوارث طبيعية خاصة في شعوب العالم الثالث يدرك أن كل هذه التعاريف الفقهية للحق في الصحة ما هي حبر على ورق، وهناك تفاوت في تجسيدها على أرض الواقع.

وفي الجزائر وبالنظر للترسانة القانونية والتشريعية والهياكل الصحية المنجزة، فقد تم النهوض بالقطاع الصحي عن طريق تقديم خدمات صحية مناسبة، إلا أن أنها تبقى بعيدة عن المستوى المأمول وذلك لعدة أسباب ومنها:

– غياب التنسيق بين مختلف القطاعات ذات صلة بالصحة باعتبار أن موضوع الصحة متعدد الأبعاد وهو معني بقطاعات لها علاقة بصحة الإنسان.

– عدم القدرة على تلبية الطلبات المتزايدة لخدمة الصحة العمومية وهذا مرده للعديد من الأسباب منها ما هو مادي والآخر وبشري والدليل ما حدث في وباء كورونا.

– التركيز في بناء الهياكل على الولايات الكبرى فقط ما يشكل عبئا عليها وخاصة الأمراض المزمنة كالسرطان.

إن موضوع الحق في الصحة لا يكفي أن تنص عليه القوانين والتشريعات، بل ما يتم تجسيده على الواقع عن طريق التنسيق الذي يتم بين جميع الفاعلين سواء على مستوى القطاع الصحي أو قطاعات أخرى لها علاقة بصحة الإنسان، ومستوى الوعي الذي يجب أن يتسم به الأفراد.

الباب الثاني

الباب الثاني: ترقية الصحة من خلال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال

يعد مجال الإعلام والإتصال من بين المجالات الأكثر نموا التي أثرت على حياة الإنسان وأحدث تغيرات في المجتمع، بسبب تغلغلها في جميع الميادين، كما أن الجزائر لم تكن بغنى عن هذا التقنية منذ الاستقلال، حيث قامت وزارة البريد والمواصلات بالعمل على مد خطوط شبكات الهاتف الثابت عبر التراب الوطني من أجل تسهيل عمليات الاتصال عن المناطق البعيدة خاصة الريفية منها.

ويستخدم مجال قطاع الصحة، تقنية من تقنيات تكنولوجيا الإعلام والاتصال المتمثل في نظام المعلومات الصحي لتحسين الأداء الوظيفي، حيث يعتمد نجاح أي نظام صحي على استخدام نظام المعلومات، كما تعمل نظم المعلومات على معالجة البيانات وتحليلها من أجل دعم القرارات; ويرتبط نجاح أي مؤسسة بوجود نظام معلومات حديث يواكب التقنيات الحديثة لتشغيل و نقل و تخزين المعلومات في شكل الكتروني.

لقد تطورت تكنولوجيا الإعلام والاتصال ونظم المعلومات; حيث أصبحت تتضمن مفاهيم أخرى; وفق اطر لها علاقة بالحقوق والمساواة بين أفراد المجتمع، وتسترشد في معطياتها على مبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمعاهدات والمواثيق الدولية; مثلما أشارت له خطة التنمية المستدامة لعام 2030 المنعقدة في مؤتمر قمة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة في نيويورك، من أجل الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتي تهدف إلى تحقيق التوازن بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة وهي البعد الاجتماعي، البعد الاقتصادي والبعد البيئي، ولم تعد الحقوق تقتصر على الوقت الحاضر، بل تعداه إلى التفكير في الأجيال القادمة من خلال ظهور مفهوم التنمية المستدامة والذي يعني إشباع حاجات الجيل الحاضر دون التفريط في مقدرات الأجيال القادمة; عن طريق العمل على الحفاظ على موارد الدولة، وهذا ما ينطبق على التنمية الصحية المستدامة.

الفصل الأول: واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال و آلياتها الوقائية في مجال الصحة

يعرف العالم مؤخرا ثورة متسارعة في مجال الإعلام والاتصال، وهي عبارة عن حفظ وتبادل المعلومات بطريقة إلكترونية، والذي ترتب عليه تغيرات جذرية في مختلف الأصعدة والمجالات بما في ذلك القطاع الصحي موضوع أطروحتنا، والمعلومات هي نتيجة معالجة للبيانات بطريقة تقليدية وهي الطريقة اليدوية أو بطريقة حديثة وهي الطريقة الإلكترونية، بحيث أصبحت تسعى لتحقيق هدف أو لاستعمال محدد لأغراض اتخاذ القرارات، والهدف هو تنمية و زيادة معرفة الإنسان.

لقد أصبحت نظم المعلومات والتكنولوجيا المستخدمة أحد الآليات المساعدة في تحقيق الكفاءة التي تسعى إليها كل المؤسسات للإستفادة منها وإستخدامها في نظام معلوماتها، من خلال نظم و تكنولوجيا المعلومات مثل أجهزة الحاسوب، شبكات الربط بالإنترنيت، البريد الإلكتروني، وغيرها لممارسة مهامها الإلكترونية على أكمل وجه.

ويمثل توجه الجزائر نحو الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصال تغييرا في عمل النظام الإداري والتخلي تدريجيا عن العمل التقليدي نحو تطبيق الحكومة الإلكترونية، أما فيما يخص تبني هذه الآلية في قطاع الصحة; فهذا ما يسمح للهيئة أو المؤسسة بتقديم خدمات جديدة.

على هذا الأساس قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين الأول معنون مفاهيم عامة حول تكنولوجيا الإعلام و الاتصال، وبدوره مقسم إلى مطلبين; وهما المطلب الأول معنون; أساسيات و مفاهيم حول تكنولوجيا الإعلام والاتصال، والمطلب الثاني معنون بالرقمنة في الجزائر، أما المبحث الثاني فهو حول تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر والذي تم تقسيمه إلى مطلبين وهما المطلب الأول حول واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر، أما المطلب الثاني حول آليات الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر.

المبحث الأول : مفاهيم عامة حول تكنولوجيا الإعلام و الاتصال

شهد مجال الإعلام والإتصال ومختلف التكنولوجيات المرتبطة به تطورا ملحوظا، حيث يعد من بين الأكثر المجالات التي تطورت بوتيرة متسارعة، حيث أثرت على حياة الإنسان على جل الأصعدة، وأصبحنا نعيش في عالم افتراضي يرتكز على ارتباط أجهزة الحواسيب المحمولة والهواتف الذكية واللوحات الرقمية بالشبكة العنكبوتية، ما أحدث تحولات عميقة في المجتمع، حتى أن الباحثين في مجال الإعلام والإتصال أطلقوا عدة تسميات عليه; ومنها تكنولوجيا المعلومات، الإعلام الجديد، الإعلام الالكتروني، ثورة الاتصالات، عصر التكنولوجيا وأسماء أخرى، وذلك يعود لتطور تكنولوجيا وسائل الإتصال المتلاحقة، وقد أدت هذه الدرجة في التطور إلى سرعة توسيع تكنولوجيا الإعلام التي استطاعت أن تتغلغل في جميع الميادين، كما ساهم هذا التطور في تقديم الخدمات للأفراد والمؤسسات والمتمثلة في سرعة نقل والوصول إلى المعلومات واستخدامها في جميع مجالات الحياة الشخصية والمهنية والإجتماعية.

أما على المستوى الإداري فالوصول إلى طرق جديدة لتنظيم العمل الإداري من أجل اتخاذ قرارات مناسبة; فقد تطورت كذلك مع مرور الوقت; وتغيرت بشكل جذري وهذا راجع لاستخدامها التكنولوجيات الحديثة للإعلام والاتصال من أجل مواكبة التطورات، ومن أبرزها الحواسيب الالكترونية المزودة بأنظمة الإتصال الحديثة; وأصبحت تسمى المؤسسات الحديثة; الأمر الذي جعل خدماتها أكثر فاعلية وتحسن مستوى خدماتها، كذلك أصبحت عمليات التنظيم والرقابة والتخطيط تقوم على دراسات واحصاءات باستعمال هذا الوسائل التقنية الحديثة; من أجل رفع مستوى الإنتاجية، وتحسين الأداء، وتقليص التكاليف وربح الوقت، وبالتالي اتخاذ قرارات مناسبة.

المطلب الأول: أساسيات و مفاهيم حول تكنولوجيا الإعلام والاتصال

لقد انقسم ميدان الإعلام والإتصال إلى قسمين، فالمرحلة الأولى هي مرحلة ما قبل ظهور وسائل الإتصال الإلكترونية والتي تم فيها نشاط الإعلام والإتصال بطرق تقليدية، أما المرحلة الثانية وهي مرحلة استخدام الأدوات الإلكترونية في الإعلام والإتصال والمسماة تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة; ومن ملامحها الأقمار الصناعية، الانترنيت ومختلف شبكاتها، المواقع الإلكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، الحواسيب المحمولة وتكنولوجيات أخرى.

سنحاول في هذا المطلب المسمى اساسيات و مفاهيم حول تكنولوجيا مفهوم الإعلام والاتصال إعطاء تعاريف حول الإعلام وحول الإتصال، وكذا خصائص الإعلام وعناصر الإتصال، أما الفرع الثاني منه سيكون حول تكنولوجيا الإعلام و الإتصال والحديثة منها.

الفرع الأول: مفهوم الإعلام والإتصال

لقد تعددت المفاهيم التي طرحت لتحديد معنى الإعلام و معنى الاتصال بتعدد الفقهاء والباحثين والمدارس في هذا المجال ، لذا سنقوم في هذا الفرع بالتطرق لمختلف التعاريف و الآراء الفقهية التي عملت على الإحاطة بموضوع الإعلام و الإتصال.

أولا: الإعلام

1- تعريف الإعلام

- لغة

هو التعبير العملي لتكوين المعرفة والاطلاع والإحاطة لما يهم الإنسان في كل زاوية من زوايا محيطه، وفي كل مرفق من مرافق حياته، وفي كل ركن من أركان طموحه وهمومه وحاجاته[1].

- اصطلاحا

إن الإعلام هو مفهوم عصري ينطبق على عملية الإتصال التي تستخدم الوسائل العصرية الإذاعة والتلفزة[2].

وهو أيضا عملية يتم من خلالها نشر الأخبار والمعلومات الدقيقة التي ترتكز على الصدق والصراحة ومخاطبة عقول الجماهير وعواطفهم السامية، والارتقاء بمستوى الرأي، ويقوم الإعلام على التنوير والتثقيف، مستخدما أسلوب الشرح والتفسير والجدل المنطقي.

ويعتبِر الدكتور محمد منير حجاب أن الإعلام يستخدم للدلالة على عمليتين في وقت واحد تكمل إحداهما الأخرى، فهو يشير من جهة إلى عملية استقاء واستخراج المعلومات والحصول عليها من خلال التواجد السريع والفوري في مكان الحدث، أو الغوص في أعماق صاحب المعلومة طولاً وعرضاً لاستخلاص المعلومات[3]، ومن جهة أخرى يشير إلى إعطاء وبث هذه المعلومات على الآخرين، أي نقل المعلومات والآراء والاتجاهات من شخص إلى آخر من خلال الوسيلة المناسبة التي تعمل على إشباع ذلك من خلال الحواس المختلفة[4].

ويقول فرنان تيرو أن الإعلام هو :"نشر الوقائع والآراء في صيغة مناسبة بواسطة ألفاظ وأصوات أو صور وبصفة عامة بواسطة جميع العلامات التي يفهمها الجمهور".

1- محمد جمال الفار، المعجم الإعلامي، ط 1، الأردن، دار أسامة المشرق الثقافي، 2010 ، ص 28.

2- زهير إحدادن، مدخل لعلوم الإعلام والإتصال، ط 5، جامعة الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2014، ص 17.

3- عبد الله ثاني محمد النذير، ابستمولوجيا علوم الاعلام و الاتصال، د ط، منشورات دار الأديب، 2017، ص 56.

4- محمد منير حجاب، المعجم الإعلامي، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، دار الفجر، 2004، ص 6.

والإعلام بمهومه الحديث يقابله في اللغة الإنجليزية مصطلح Commuication وتترجم بمصطلح معلومات مبلغة أو رسائل شفوية او خطية، أو تبادل الأفكار والآراء والمعلومات عن طريق الكلام أو الكتابة أو الإشارة، كذلك تعني وسائل الاتصال[1].

إذن فالإعلام عملية يتم من خلالها إعطاء الناس معلومات وحقائق، وهو كذلك نوع من الاتصال يتم بين مرسل ومستقبل بهدف توصيل أخبار أو معلومات أو حقائق، والهدف هو التأثير في المتصل به، ويكون مزود المعلومات قد حقق أهدافه في حال إذا ما كانت ردود أفعال المتلقي اتجاه المعلومات سريعة ونهائية وبالتالي يكون قد أثر في سلوكياتهم، ويمكن تعريفه على أنه نقل للمعلومات والمعارف من خلال استخدام أدوات ووسائل الإعلام والنشر، الظاهرة والمعنوية، بقصد التأثير سواء عبر موضوعيا أو لم يعبر وسواء كان التعبير لعقلية الجماهير أو لغرائزها[2].

وعرفه الدكتور بسام المشاقبة على انه التعبير العملي لتكوين المعرفة والإطلاع والإحاطة لما يعلمه الإنسان في كل زاوية من زوايا محيطة، وفي كل مرافق حياته وطموحه وهمومه وحاجاته وإن القوى التي تمارس عمليه التكوين هي جميع الوسائل والأجهزة والواجبات والفعاليات البشرية والفنية والمادية والإعلامية التي ترتكز عليها عملية التكوين[3].

وتعتبر المعلومات المادة الخام للإعلام، حيث تقوم وسائل الإعلام، بتزويد الأفراد بالمعلومات عن واقعهم نظرا لمحدودية الغالبية العظمى منهم على استيعاب ما يحيط بهم بشكل مباشر أو بسبب للفرص القليلة المتاحة لهم في بلورة فكرة عن واقعهم،أو بحكم الحيز الزمني الضئيل المتوفر، وبالتالي تساهم وسائل الإعلام في جعل الأفراد مدركين لواقعهم والدور المنوط بهم[4].

ويعرف الدكتور عبد اللطيف حمزة الإعلام بقوله: "هو تزويد الناس بالأخبار الصحيحة والمعلومات السليمة والحقائق الثابتة التي تساعدهم في تكوين رأي صائب في واقعة من الوقائع أو مشكلة من المشكلات، بحيث يعبر هذا الرأي تعبيرا موضوعيا عم عملية الجماهير واتجاهاتهم وميولاتهم""[5].

1- عبد الرزاق محمد الديلمي، مدخل إلى وسائل الإعلام الجديد، ط 1، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع والطباعة، 2012، ص 107.

2- عبد الرزاق محمد الديلمي، المدخل إلى وسائل الإعلام والإتصال، د ط، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2011، ص 21.

3- بسام عبد الرحمن المشاقبة، نظريات الإعلام، ط 1، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2014، ص 13.

4- زلماط مريم، دور تكنولوجيا الإعلام والاتصال في إدارة المعرفة داخل المؤسسة الجزائرية دراسة حال بسوناطراك فرع STH، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير بمدرسة الدكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، 2010/2009، ص 23.

5- عبد اللطيف حمزة (1907-1971) ولد في بلدة «طنطا» (محافظة بني سويف)، أتم تعليمه قبل الجامعي في مدينة بني سويف (1926)، ثم التحق بكلية الآداب واللغات الشرقية بجامعة فؤاد الأول (القاهرة حاليا)، وتخرج فيها ثم

2- خصائص الإعلام

يتسم الإعلام وخاصة الحديث منه بمجموعة من الخصائص وهي:

- أنه يتخذ اتجاها واحدا أي يكون من الفوق إلى التحت، أي من المرسل إلى المستقبل، وفي حالات نادرة تكون عملية الإعلام متبادلة، أما الأشخاص الذين يقومون بتلقين الخبر هم ممن صدر عنهم الحدث أو ممن ينقلونه، أما الطرف الآخر فهم الأشخاص المتلقين للخبر بالقراءة أوبالاستماع أو بالمشاهدة.

- الإعلام له علاقة بالواقع، أي أنه يقوم بعملية نقل الوقائع والحوادث سواء كانت مادية أو معنوية.

- يتميز الإعلام بأن مجاله واسع سواء من حيث الوسيلة، أومن حيث الجمهور، أي من حيث سعة الأحداث وتنوعها وكذا من حيث عدد الفاعلين، وأيضا من حيث وسائل الإعلام ومضمونه

- أصبحت المادة الإعلامية تمثل مصدرا للربح بالنسبة للمنتجين والموسوقين لها لعدة إعتبارات; منها توفر الخبر وسهولة الحصول عليه; وكذا توفر الوسائل الناقلة له، وخاصة الحديثة منها، حيث أن الدخل يفوق كثيرا نفقات الخبر.

- ان عدد المستهلكين للمادة الإعلانية يفوق حجم المنتجين لها حيث أن صناعة المواد الإعلامية متمركز عند قلة من المنتجين العموميين والخواص[1].

- إن موضوع الحيادية الخالصة غير موجودة في عالم الإعلام، فالهدف من صناعته هو جلب وإقناع أكبر عدد من الجمهور وتوجيههم إلى أفكار معينة، لذا تنتهج وسائل الإعلام إلى اتباع سياسة معينة تعبر عن إيديولوجية من يملك الوسيلة الإعلامية أو المساهمين فيها[2].

ثانيا: الإتصال

1- تعريف الإتصال

- لغة

استكمل دراساته العليا فنال الماجستير (1935)، ثم الدكتوراه عن «الحركة الفكرية في مصر في عصر الأيوبيين والمماليك» (1939)، كما حصل على «دبلوم» من معهد التربية العالي (1933)، وأخرى من معهد التحرير والترجمة والنشر (1941)، عمل مدرسًا بجامعة القاهرة، وترقى فيها إلى رئيس لقسم الصحافة بكلية الآداب (1956)، ثم اختير أستاذا لكرسي الفن الصحفي، كما عمل رئيسا لقسم الصحافة بجامعتي «بغداد» و «أم درمان»، كما أسهم في تأسيس بعض المجلات الثقافية منها مجلة «بناء الوطن».

للإطلاع عن المقال:

https://shamela.ws/author/1405

1- زهير إحدادن، مرجع سابق، ص 15.

2- بوعزيز بوبكر، محاضرات في مقياس مدخل إلى علوم الإعلام والاتصال، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم علوم الإعلام والاتصال، الموسم الجامعي 2017-2018، ص 21.

كلمة اتصال مشتقة من المصدر "وصل" الذي يعني الصلة وهي الربط بين طرفين أو أكثر من جهة، ومن الجهة الثانية فهي تعني البلوغ أي الوصول.

ويشير مصطلح الإتصال كذلك إلى الإبلاغ، الإخبار، الربط، إقامة الصلة، الإستمرار في التواصل[1].

- اصطلاحا

إن الإتصال يمثل محور الخبرة الإنسانية، والذي يعني تبادل الأفكار والمعلومات التي تشمل الكلمات وصور ورموز مختلفة، أما عملية الإتصال فتكون فيها المعلومات المتبادلة بلا قيمة إذا لم تصل إلى مستقبلها في وقتها المناسب وبقدرها المناسب[2].

يعرف الاتصال اصطلاحا على أنه "عملية نقل فكرة أو مهارة أو حكمة من فرد لآخر، إذ يعتبر عملية يتم بواسطتها انتقال المعرفة بين الأفراد، والتي تؤدي إلى التفاهم فيما بينهم، ويعتبر عملية لنقل المعلومات والأفكار من شخص إلى آخر أو آخرين لتحقيق هدف ما; وعلى المستوى التنظيمي يمثل الإتصال ربط أوصال الهيكل التنظيمي لأي مؤسسة ربطا ديناميكيا[3].

ويعرف على أنه العملية التي تنقل الرسالة من مصدر معين إلى مستقبل واحد أو أكثر بهدف تغيير السلوك[4].

إذا تم الإتصال بين شخصين يسمى الإتصال فرديا، أو شخصيا، أما إذا وقع بين أكثر من شخص فيسمونه اتصال جماعي.

من خلال ما سبق يمكن تقديم مجموعة من التعاريف حول الإتصال وهي:

- عملية مستمرة يقوم خلالها طرف معين ما بتحويل فكرة أو معلومة إلى رسالة شفهية أو مكتوبة; تنقل من خلال وسيلة اتصال إلى طرف آخر[5].

- عملية يتم من خلالها نقل رسالة من مصدر معين إلى مستقبل واحد أو أكثر; بهدف تغيير السلوك، وهو نشاط يستهدف تحقيق العمومية أو الذيوع أو الانتشار أو المالوفية لفكرة أو مو ضوع أو قضية عن طريق انتقال المعلومات أو الأفكار أو الآراء أو الاتجاهات من شخص أو جماعة إلى أشخاص أو جماعات; باستخدام رموز ذات معنى موحد ومفهوم بنفس الدرجة لدى كل من الطرفين[6].

1- عبد الرزاق محمد الديلمي، مرجع سابق، ص 26.

2- ماهر عودة الشمايلة، محمود عزت اللحام، مصطفى يوسف كافي، تكنولوجيا الإعلام والإتصال، ط 1، عمان، الأردن، دار الإعصار للنشر والتوزيع، 2015، ص 65.

3- زلماط مريم، مرجع سابق، ص 15.

4- قادة حياة، مرجع سابق، ص 39.

5- زلماط مريم، مرجع سابق، ص 16.

6- قادة حياة، مرجع سابق، ص 39.

وعرفه الدكتور أبو السعود ابراهيم على أنه عملية نقل المعلومات والأفكار والإتجاهات بل والميول والعواطف من شخص إلى آخر أو من جماعة إلى أخرى، وبمعنى آخر التفاعل الإجتماعي بين الرسائل ذات المعاني والمضامين المختلفة[1].

و يعرف جون ديوي الإتصال : "عملية متسارعة في الخبرة و جعلها مألوفة بين اثنين أو أكثر".

أما بوركر بعملية نقل فكرة أو مهارة أو حكمة من شخص لآخر.

أما الدكتور أشرف السعيد أحمد فيعرف الإتصال بأنه: "سلوك إنساني إجتماعي، يقوم من خلاله طرف ما باستخدام الرموز الشفهية أو الكتابية أو المرئية او الصوتية أو غير اللفظية بنقل و توصيل معلومات وآراء أو أفكار أو خبرات إلى طرف آخر، من خلال وسيلة إتصال بغرض إعلامه والتأثير في سلوكياته ولتحريكه نحو وجهة معينة للوصول إلى فكر موضوع الإتصال والمساعدة في اتخاذ القرار[2].

2- عناصر الإتصال

تعتمد عملية الإتصال على مجموعة من العناصر، وهي المرسل، الرسالة، وسيلة الإتصال، المستقبل والإستجابة; وهي الهدف التي قامت عليه عملية الإتصال، كما أن بعض الباحثين أضافوا عنصر الصدى التي تعتبر عملية عكسية; وهي بمثابة رد الفعل من مستقبل الرسالة للتعبير عن موقفه منها، مثلما تطرق إلى ذلك الدكتور أشرف السعيد أحمد في كتابه "تكنولوجيا المعلومات وإدارة الأزمات"; حيث أشار أن المرسل عندما يقوم بإرسال رسالة إلى مستقبل ما عبر وسيلة إتصال، هذا ليس معناه أن العملية تتم وفق هذا الترتيب وفقط، بل يمكن لمصدر المراسلة أن يصبح مستقبلا بين لحظة وأخرى[3].

ومنه تكون عناصر الاتصال كالتالي:

أ- المصدر (المرسل)

قد يكون المرسل شخص، جهة أو وسيلة إعلامية، وهو من يبدأ عملية الإتصال، حيث تكون لديه الرغبة في مشاركة أفكار أو معلومات أو رسالة إلى جهة معينة أو إلى شخص آخر من أجل تحقيق هدف بغض النظر عن وسيلة إتصال يقوم باستخدامها[4].

1- أبو السعود ابراهيم، تكنولوجيا الإتصال ووسائله الحديثة، ط 1، المدير العام لمركز الأهرام للترجمة والنشر، 2007، ص 5.

2- أشرف السعيد أحمد، تكنولوجيا المعلومات وإدارة الأزمات، د ط، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، 2013، ص 83.

3- أشرف السعيد أحمد، المرجع نفسه، ص 83.

4- أشرف السعيد أحمد، المرجع نفسه، ص 84.

ب- المستقبل: وهو عبارة عن الشخص أو الجهة أو الجماعة التي تقوم باستقبال الرسالة الموجهة إليها من طرف المصدر.

- **الرسالة:** وهي المضمون أو المحتوى لما يراد له أن يصل من طرف المرسل إلى المستقبل، هذا المحتوى يمكن أن يتجسد في عدة أشكال، كالرسائل الشفهية أو الكتابية، أو على شكل صور، ولكي تكون للرسالة معنى يجب على المرسل استخدام عبارات سهلة تجذب المتلقي لتحقيق الهدف المنشود منها.

ج- وسيلة الإتصال: وهي الأدوات التي تتم بها عملية الإتصال من أجل إتمام نقل الرسالة على أكمل وجه من المصدر إلى المستقبل أو المستقبلين، كما أن تطور وسائل الإتصال مر بالعديد من المراحل حتى وصل إلى ما نحن عليه اليوم من استخدام الوسائل التكنولوجية في نقل وتبادل المعلومات والأخبار، حيث جعلت العالم قرية صغيرة من خلال تقريب المسافات بين الأشخاص، وأصبح تداول المعلومة يتم بضغطة زر.

د- الإستجابة: وهي عبارة عن ردود أفعال أو إستجابة المستقبل; وتعطي التغذية العكسية إنطباعا عن مدى فهم وإدراك مستلم الرسالة لمضمونها.

والتي يتم التعبير عنها بظهور أثر الإتصال على المتلقي ومدى استجابته لها وأثرها عليه، كذلك بإدراك المستقبل لمضمون الرسالة، كما عبر عنها البعض بالمتمم لدائرة الإتصال.

وبناء عليه يتم قياس مدى الإستجابة بناء على[1]:

- إدراك الفئة المستهدفة لمضمون الرسالة.
- تذكر موضوع الرسالة.
- تحقق في آراء وتوجهات الفئة المستهدفة.
- تصديق الفئة المستهدفة للرسالة

الفرع الثاني: مفهوم تكنولوجيا الإعلام والاتصال

قبل التطرق لمفهوم تكنولوجيا الإعلام والإتصال; لابد أن نعرج على مختلف المصطلحات المرتبطة بها.

التكنولوجيا: وحسب الباحثون يعتبر أصل مصطلح تكنولوجيا يوناني ومكون من مصطلحين وهما:

- تكنيك Technique، والذي معناه الطريق أو الوسيلة.
- لوغي Logie، التي تعني العلم وعليه يكون معنى الكلمة كلها "علم الوسيلة" التي يستطيع بها الإنسان بلوغ مراده[1].

1- أشرف السعيد أحمد، المرجع نفسه، ص 85.

وفي تفسير آخر فإن كلمة "teck Ne" والتي تعني "تقنية" وكلمة "logis" والتي تعني علم أي "علم الدراسة"

ويمكن تعريف التكنولوجيا على أنها مجموعة من النظم والقواعد التطبيقية وأساليب العمل التي تستقر لتطبيق المعطيات المستخدمة لبحوث ودراسات مبتكرة في مجال الإنتاج والخدمات كونها التطبيق المنظم للمعرفة والخبرات المكتبية والتي تمثل مجموعة الرسائل والأساليب الفنية التي يستخدمها الإنسان في مختلف نواحي حياته العملية وبالتالي في يمركب قوامه المعدات والمعرفة الإنسانية[2].

إن مفهوم تكنولوجيا الإعلام والإتصال يتضمن تخصصات وهي الرياضيات، الإعلام الآلي، الإتصال، الأدب، علم الاجتماع وعلوم أخرى، وقد ظهر هذا المفهوم في البداية في الولايات المتحدة الأمريكية باسم "تكنولوجيات الإعلام" (Information Technologies) ، الناتج عن دمج الحواسيب بالخطوط الهاتفية، ثم في اليابان باسم الكمبيوتر والإتصال، ولاحقا في اسبانيا وفرنسا باسم الإتصالات عن بعد والإعلام الآلي[3].

أولا: تعريفات مختلفة لتكنولوجيا الإعلام والإتصال

هي مجموعة من التقنيات والأدوات والوسائل أو النظم المختلفة التي يتم توظيفها لمعالجة المضمون أو المحتوى الإعلامي والإتصالي الذي يراد توصيله من خلال عملية الإتصال الجماهيري أو الشخصي أو الجمعي أو التنظيمي أو الوسطي، أو التي يتم من خلالها جمع المعلومات والبيانات المسموعة أو المكتوبة او المصورة ، المرسومة أو الرقمية من خلال الحاسبات الإلكترونية أو الكهربائية حسب مرحلة التطور التاريخي لوسائل الإتصال والمجالات التي يشملها هذا التطور[4].

وحسب معالي الفهمي حيضر; فهي جميع أنواع التكنولوجيا المستخدمة في تشغيل، نقل وتخزين المعلومات في شكل الكتروني وتشمل تكنولوجيا الحاسبات الآلية ووسائل الاتصال والشبكات الرابطة وأجهزة الفاكس وغيرها من المعدات التي تستخدم بشدة في الاتصالات[5].

1- خالد منصر، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة وإغتراب الشباب، ط 1، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة عباس لغرور، خنشلة، 2016، ص 21.

2- محمد الفاتح حمدي وآخرون، تكنولوجيا الإعلام والاتصال الحديثة الاستخدام والتأثير، ط 1، الجزائر الحكمة للنشر والتوزيع، 2011، ص 3.

3- فضيل دليو، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الجديدة، بعض تطبيقاتها التقنية، ط 1، دار الحكمة، 2014، ص 13.

4- محمد الفاتح حمدي، مسعود بوسعدية، ياسين قرناني، تكنولوجيا الإتصال والإعلام الحديثة الاستخدام والتأثير، ط 1، 2011، ص 4.

5- عبد الملك ردمان الدناني، تطوير تكنولوجيا الاتصال وعولمة المعلومات، 2005، ص11.

وحسب روبن تعتبر تكنولوجيا الإعلام والإتصال آلة أو تقنية أو وسيلة خاصة تعمل على إنتاج، أو تخزين أو استرجاع أو توزيع أو استقبال أو عرض المعلومات[1].

كذلك تم تعريفها على أنها عملية جمع المعلومات والبيانات أي كانت مسموعة، مكتوبة، مصورة أو مرسومة، أومطبوعة، أو رقمية وتوظيفها عن طريق مجموعة التقنيات و الأدوات لمعالجة المضمون الذي يراد توصيله في عملية الإتصال الشخصي أو الجماهيري وتخزينها واسترجاعها في أي وقت والقيام بنشرها وتبادلها أو نقلها من مكان إلى آخر، وتكون تقنية التبادل أو النقل أو التخزين آلية أو إلكترونية أو كهربائية[2].

وهي تجمع بين ثلاثة مجالات تقنية وهي الاتصالات عن بعد، السمعي البصري والإعلام الآلي[3].

وتعرف تكنولوجيا الاتصال والإعلام على أنها: "مجموع التقنيات أو الأدوات أو الوسائل أو النظم المختلفة التي يتم توظيفها لمعالجة المضمون أو المحتوى الذي يراد توصيله من خلال عملية الاتصال الجماهيري والتي يتم من خلالها جمع المعلومات والبيانات المسموعة أو المكتوبة اأو المنشورة أو الرسومية أو المسموعة المرئية أو المطبوعة الرقمية، وتخزينها واسترجاعها ونشرها ونقلها من مكان إلى مكان آخر، وتبادلها[4].

هذا وقد يقع خلط أو سوء فهم بين تكنولوجيا الإعلام وتكنولوجيا المعلومات، لذا سنقوم بتبيان بعض التعاريف الخاصة بتكنولوجيا المعلومات، لكي تتضح المعاني أكثر.

تعتبر تكنولوجيا المعلومات من المفاهيم الحديثة نسبيا، والأكثر استخداما في الكثير من المجالات، كما تعد من الصناعات الأكثر انتشارا، خاصة بعد الحرب العالمية الثانية، فقد عرفت الصناعات تحولا وانتقلت من مفهومها التقليدي إلى ما يسمى بصناعة المعلومة، لذا يسمى هذا العصر بعصر المعلومات بامتياز، لكون المعلومات تعتبر من مقومات الدولة الحديثة وكذا لكون المعلومة تدخل في العديد المجالات وخاصة بيئة الأعمال الذي يعتبر أحد محاور الإقتصاد، كما وازدادت أهمية المعلومات خاصة بعد استخدام علم الحاسوب الذي ساهم في تخزينها، تداولها و سرعة انتشارها.

وقد تعددت تعاريف تكنولوجيا المعلومات ومن بينها:

1- الهاشمي مجد، 2012.تكنولوجيا وسائل الاتصال الجماهيري، ط 1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص ص، 44- 45.

2- خالد منصر، مرجع سابق، ص 22.

3- فضيل دليو، مرجع سابق، ص 14.

4- رحيمة الطيب عيساني، الوسائط التقنية الحديثة وأثرها على الإعلام المرئي والمسموع (الرياض)، جهاز إذاعة وتلفزيون الخليج، 2010، ص 26.

– الأدوات التي تستخدم لبناء نظم المعلومات التي تساعد الإدارة على استخدام المعلومات التي تدعم احتياجاتها في اتخاذ القرارات وللقيام بمختلف العمليات التشغيلية في المنشأة[1].

– وكذا تعتمد على تقنيات أنتجت من أجل تقديم أي معلومات للمستخدم لها ، وتتيح له تخزينها و إسترجاعها و نشرها و تبادلها مع من يريد، و في أي وقت بسهولة وبسرعة فائقة[2].

– وهي كذلك "البحث عن أفضل الوسائل لتسهيل الحصول على المعلومات وتبادلها وجعلها متاحة لطالبيها بسرعة وفاعلية"[3].

– وهي وسائل وأدوات آلية أو إلكترونية ضرورية لأداء الأفراد أعمالهم الضرورية المؤدية إلى تحقيق أهداف المنظمة باستخدام الحاسوب لاتخاذ القرارات المناسبة وفي الوقت والمكان المناسب[4].

– كذلك تم تعريفها بمجموعة من المعارف والخبرات والمهارات المتاحة والأدوات والوسائل المادية والتنظيمية الادراية التي يستخدمها الإنسان في الحصول على المعلومات، وتشمل تكنولوجيا الحاسبات الالكترونية والاتصالات السلكية واللاسلكية، التكنولوجيا المسموعة والمرئية، الطباعة وكل هذه التكنولوجيات هي جزء من تكنولوجيا المعلومات التي تمثل البيانات مادتها الخام، وهي أساس المعرفة وجوهر عملية الاتصال[5].

إذن يكمن الإختلاف بين تكنولوجيا الإعلام وتكنولوجيا المعلومات أن تكنولوجيا المعلومات تستخدم أجهزة الكمبيوتر والشبكات والبرمجيات والمعدات الأخرى لإدارة المعلومات، في حين أن تستخدم تكنولوجيا الإعلام والإتصال لتكنولوجيا المعلومات مع تقنيات البث الإذاعي، التجهيز السمعي، الفيديو، الإرسال، والهاتف.

إن عبارة "تكنولوجيا الإعلام والاتصال" تعد أدق من عبارة "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات" حيث تعتبر المعلومة المادة الخام للإعلام، لأنها تشتمل على فرعين أساسيين هما:

1– محمود عبد السلام السيد، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة، ط 1، مصر، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، 2019، ص 47.

2– قشنيطي منيرة، فعالية إستخدام تكنولوجيا المعلومات في تطوير نظام المعلومات بالمؤسسة الإقتصادية الجزائرية دراسة حالة شركة الخطوط الجوية الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم الإعلام والإتصال، تخصص مجتمع المعلومات، جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم علوم الإعلام والإتصال، السنة الجامعية 2011–2012، ص 71.

3– جعفر الجاسم، تكنولوجيا المعلومات. ط 1، عمان الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2005، ص 50.

4– ماهر عودة الشمايلة، محمود عزت اللحام، مصطفى يوسف كافي، مرجع سابق، ص 31.

5– ديدوش الهاشمي، استخدام تكنولوجيات الإعلام والاتصال الحديثة في المؤسسة الاقتصادية الخاصة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم الإعلام والاتصال تخصص وسائل الإعلام والمجتمع، السنة الجامعية 2016/2017، ص 66.

– تشغيل المعلومات: ويشمل المعالجة والتوزيع الآلي للمعلومات باستخدام تطبيقات الإعلام الآلي بأشكالها المختلفة.

– نقل وإيصال المعلومات: ويشمل نقل وإيصال المعلومات التي تم تشغيلها بين الحواسيب ووحداتها الطرفية باستخدام عمليات الاتصال[1].

ثانيا: تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة

يقوم بعض أهل الإختصاص في علوم الإعلام بالتفريق بين "تكنولوجيا الإعلام والاتصال"، التي تتضمن الوسائل التقليدية من صحف، مجلات، وبين "تكنولوجيا الإعلام والاتصال الجديدة" التي تشمل الوسائل الإلكترونية كالراديو، تلفزيون، إنترنت أي الوسائل التي تستخدم الدعائم الكهربائية، وهي تجمع بين ثلاثة مجالات تقنية الاتصالات عن بعد، السمعي البصري والإعلام الآلي، بحيث ينتج عن تقاطعها ما يسمى بالمعلوماتية[2].

أما في معناها الواسع هي كل التكنولوجيات المتعلقة بعمليات المعالجة، الإنتاج وتبادل المعلومات فيما كاف شكلها: من الهاتف الثابت والمحمول إلى الانترنيت مرورا بالبطاقات الإلكترونية وأنظمة المحاضرات السمعية البصرية عن بعد، كما تجمع بين ثلاثة مجالات وهي تقنية الاتصال البعدية، السمعي البصري والإعلام الآلي، وهو ما يسمى المعلوماتية عن بعد.

إن تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة لها علاقة بالإبتكارات والتطورات المتعلقة بالعلوم التقنية، في حين أن مصطلح الحديثة هو صفة مؤقتة نظرا للسرعة الكبيرة للتطور في هذا المجال الأمر الذي سيجعلها من الأمور العادية بعد سنوات قليلة، ويرى فهمي حيضر يرى بان التكنولوجيات الجديدة للإعلام والإتصال تشير إلى التكنولوجيات التي يتم استخدامها في تشغيل ونقل وتخزين المعلومات في شكل إلكتروني وتشمل تكنولوجيا الحاسبات الآلية ووسائل الاتصال وشبكات الربط و أجهزة الفاكس وغيرها من المعدات التي تستخدم بشدة في الاتصالات[3].

وكما تم الإشارة سابقا أن مجال تكنولوجيا يتطور بوتيرة سريعة، فمن الصعب حصر مسمياتها، إلا أنها تتمثل في:

الحاسبات الشخصية، الألياف الضوئية أو البصرية، شبكات الإنترنت، الذاكرات السحابية، الذكاء الإصطناعي.

كما وقد ظهرت تكنولوجيا إعلام جديدة نسبيا تتمثل في مواقع التواصل الاجتماعي وهي الفيسبوك، التوتير ومواقع أخرى والتي تتمثل مرتكزاتها في الشبكات الاتصالية والمعلوماتية، وشبكات

1– قادة حياة، مرجع سابق، ص 7.

2– فضيل دليو، مرجع سابق، ص 14.

3– قادة حياة، مرجع سابق، ص 4.

الإتصال عن بعد المتمثلة "الواي فاي"، الأقمار الصناعية الحديثة، أنترنت الجيل الثالث والرابع والخامس، وأنترنت الأشياء، الهواتف الذكية والحواسيب المحمولة واللوحات الذكية.

ثالثا" خصائص تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة

إن ما يميز تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة عن التلقيدية هي استخدامها الأجهزة الإلكترونية المختلفة والتي تتضمن الكمبيوتر، الحاسبات، الأقمار الصناعية، الألياف الضوئية، البريد الإلكتروني، شبكة الأنترنت، الهواتف الذكية، الإتصالات السلكية واللاسلكية في جمع وتخزين واسترجاع ونشر المعلومات الرقمية وتوصيلها إلى الأفراد والمجتمع ومن أهم خصائصها ما يلي:

1- التفاعلية

وهي أن يكون المشارك في العملية الإتصالية مرسلا ومستقبلا تزامنيا أي في وقت واحد عكس ما كان موجود في وسائل الإعلام والإتصال التقليدية، فالمرسل هو متلقي وهو نفس الأمر بالنسبة للمتلقي الآخر وليس هذا فحسب بل يمكن أن تتضمن العملية الإتصالية العديد من المرسلين والمتلقين في آن واحد،وهذا يظهر على مستوى مواقع التواصل الإجتماعي والمواقع التفاعلية.

2- اللاجماهرية

تشير الدلالات أن وسائل الإعلام والاتصال الحديثة شهدت تحولا من توزيع الرسائل ذات التوجه الجماهيري الضخم إلى استهداف فرد واحد أو جماعة معينة وهذا يعني أن المادة الإعلامية حاليا غير جماهيرية، بل هي ذات اتجاهات فردية أو مجموعاتية محددة وهذا ما يسهل في إمكانية التحكم فيها كي تصل من المنتج إلى المستهلك مباشرة.

3- الحركية

يعني أن توفر وسائل الإتصال الحديثة والمتمثلة خاصة في الهواتف المحمولة والألواح الذكية المزودة بشبكة الأنترنت; يمكن للمستخدمين نقل المعلومات من مكان إلى آخر وفي أي وقت حتى أثناء تنقلاتهم عبر مختلف الأمكنة.

4- اللاتزامنية

عملية الاتصال الالكتروني غير تزامنية أي أنها لا تشترط الحضور الفعلي للأشخاص المعنيين بالاتصال في زمن واحد، حيث يمكن للطرف المستقبل للرسالة الإطلاع عليها في أي وقت باعتبار أن أدوات الاتصال المتمثلة في الكمبيوتر أو الهاتف أو الألواح الإلكترونية تقوم بتخزين الرسائل الالكترونية، لحين قيام الشخص المرسل إليه.

5- التحويل

وهي القدرة على نقل المعلومات من وسائل الإتصال وهي تقنيات تقوم بتحويل الرسائل المسموعة إلى رسائل مطبوعة أو مقروءة أو العكس وإمكانية التحكم في نظامك الإتصال[1].

6- التوصيل

وهذا يعني إمكانية الربط بين مختلف الأجهزة الاتصالية بدون النظر لمصدر الصنع أو المنشأ حيث أن الشركات التي تقوم بتصنيع أدوات الإتصال لم تعد تعمل بمعزل بل قامت بالإندماج واتخذت وسائل الإتصال أشكالا جديدة; وتعني أيضا إمكانية توصيل الأجهزة الاتصالية بغض النظر عن الشركة الصانعة لها أو البلد الذي تم فيه الصنع[2].

7- الشيوع والانتشار

نظرا لأهمية تكنولوجيا الإعلام والإتصال في حياة الأفراد والمؤسسات والدول، فقد كان انتشارها على نطاق واسع في كل رقعة من العالم، حيث تغلغلت هذه التقنية داخل كل طبقة اجتماعية وكان لها الأثر البالغ على الحياة بصفة عامة; بغض النظر عن أي تمايز ثقافي، مادي أو علمي، وجعلت العالم مثل القرية الكونية على حد تعبير عالم الاتصال الكندي مارشال ماك لوهان[3]، ونظرا لطابعها المرن من حيث الإستخدام والتحيين فلديها القابلية للتوسع أكثر في مناطق وأماكن غير محدودة، أما من كونها عالمية فهو يتعلق بالمساحة التي تتواجد فيها من حيث الإنتشار، فالملاحظ أن الإنتقال تخطى الحدود الدولية.

المطلب الثاني: الرقمنة في الجزائر

لقد عرفت التشريعات الجزائرية العديد من التحيينات والتغيرات بالتزامن مع ما تعرفه تكنولوجيا الإعلام والإتصال من تغلغل في شتى ميادين الحياة الاجتماعية الاقتصادية والثقافية، وميادين أخرى حيث حيث أصبحت واقعا وضرورة حتمية كان على المشرع الجزائري تأطير هذا المجال و وضعه في إطار قانوني، وبات ضروريا استغلال هذه التطورات والتحكم فيها بما يتماشى وخصوصيات المجتمع عن طريق سن قوانين وتشريعات من أجل تنظيم عملية التطور، ومن أجل ذلك وضعت الدولة آليات، وسنت بعض القوانين والنصوص التطبيقية التي تمس بشكل أو بآخر أحد جواب تكنولوجيا الإعلام و الاتصال و التي مست العديد من المجالات، ومنه المجال الصحي.

وكما كان للقوانين والتشريعات نصيب من هذا التحول والتغيير بالتزامن مع التطورات التي شهدتها المتغيرات التكنولوجية الدولية، فكان من اللازم مواكبة هذه المتغيرات التكنولوجية هيكليا ومؤسساتيا وذلك عن طريق إنشاء هيئات ووكالات للتكفل بالمستجدات الرقمية، هذا من ناحية ومن

1- قادة حياة، مرجع سابق، ص 24.

2- محمد الفاتح حمدي وآخرون، مرجع سابق، ص 11.

3- ديدوش الهاشمي، مرجع سابق، ص 73.

ناحية أخرى من أجل حماية المجتمع والمؤسسات باعتبار التقنيات الحديثة للإعلام والاتصال ساهمت بتغيير سلوكات ومعتقدات المجتمع وثقافته، وأحدثت تحولات عميقة في مختلف الميادين وأصبحت من خلالها تكنولوجيا الإعلام والاتصال عنصر أساسي أهم من جميع العناصر الأخرى، فكان من الضروري أن تتزامن التحيينات القانونية مع الهياكل القاعدية لتتماشى والتحولات الراهنة.

لذا سنحاول في هذا المطلب التطرق للتحول الرقمي في الجزائر في الفرع الأول، أما الفرع الثاني فيتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة[1].

الفرع الأول: التحول الرقمي في الجزائر

البداية الفعلية والملموسة للتحول الرقمي في الجزائر كانت بإطلاق وزارة البريد وتكنولوجيات الإعلام مشروع الجزائر الإلكترونية 2013/2008، الذي تم فيه التنسيق مع تم التشاور بشأنه المؤسسات العمومية والإدارات والمتعاملين الاقتصاديين الخواص والعموميين والجامعات ومراكز البحث والجمعيات المهنية التي تنشط في المجال العلوم وتكنولوجيات الإعلام، بمشاركة 300 حيث طرحوا أفكارهم وتمت مناقشتها ضمن 13 محور، وأخيرا أطلقت وزارة الداخلية أواخر 2013 مشروع المواطن الإلكتروني وهو عبارة عن أرشيف لكل مواطن يمكنه من إستخراج وثائقه الإدارية[2].

وتتضمن المحاور:

- تسريع استخدام تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الإدارة.
- تسريع استخدام تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الشركات.
- تطوير آليات وحوافز تسمح باستفادة المواطنين من تجهيزات وشبكات تكنولوجيا الإعلام والاتصال.
- دفع تطوير الاقتصاد الرقمي.
- تعزيز البنية الأساسية للاتصالات ذات التدفق السريع كالفائق السرعة وتحسين نوعية خدمات التسيير الفعال لاسم نطاق DZ.
- تطوير الكفاءات البشرية.
- تدعيم البحث، التطوير والابتكار.
- ضبط مستوى الإطار القانوني.
- الإعلام والاتصال.
- تثمين التعاون الدولي.
- آليات التقييم والمتابعة.

1 -(1) MEDPAC. Information technology in health care ; report to the congress, New Approaches In Medicare,2004,p 159

2- عمارة مسعودة، مناصرية حنان، دراسة كرونولوجية تطبيقية و تشريعية للتحول الرقمي في الجزائر، المجلة الجزائرية للحقوق والعلوم السياسية، المجلد 07، العدد 02، 2022، ص 3.

– الإجراءات التنظيمية.

– الوسائل المالية برصد أغلفة مالية معتبرة لإقناع وتشجيع الأفراد والمؤسسات على تملك تكنولوجيا الإعلام والاتصال والاستفادة من خدماتها وبالتالي التحول إلى الاقتصاد الرقمي.

ويندرج هذا المشروع ضمن المشاريع التنموية التي تبنتها الحكومة في الجزائر من أجل تحقيق التنمية المستدامة في مختلف جوانب الحياة وذلك عن طريق استعمال التكنولوجيات الحديثة ويتم فيه استخدام المعلوماتية في جل القطاعات كقطاعات التربية والتعليم، البنوك، الإدارة العمومية وغيرها وإتاحتها على شبكة الإنترنت لفائدة المواطنين، الشركات والإدارات.

ويتمثل برنامج عمل تنفيذ مشروع الحكومة الإلكترونية بالجزائر:

– برنامج تنظيم المعاملات الحكومية الإلكترونية وتطوير التشريعات.

– برنامج تطوير المؤسسات ماليا لتصبح أكثر مرونة.

– برنامج تطوير أساليب العمل في الجهات المقررة استخدامها للمعاملات الإلكترونية.

– برنامج استخدام التكنولوجيا الرقمية في الجهات الحكومية وتطوير الطاقات، واستخدام أحدث الأجهزة والمعدات وتحديث البنية الأساسية للاتصالات والمعلومات.

– برنامج إعداد الخطط لتدريب فرق العمل التي يتم تكوينها من جميع الجهات الحكومية التي تشارك في مشروع الحكومة الإلكترونية.

– برنامج الإعلام والتوعية لتعريف المجتمع بمزايا المجتمع الرقمي وكيفية الاستفادة من مشروع الحكومة الإلكترونية[1].

أولا: متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية الصحية

إن التحول نحو تطبيق الإدارة الإلكترونية الصحية مجموعة من المتطلبات نذكر منها:

1– المتطلبات الإدارية و الأمنية: وهي المتطلبات الواجب مراعاتها عند تطبيق الإدارة الإلكترونية والتي تشمل:

* إدارة، أو هيئة لها وظائف التخطيط والمتابعة، وتنفيذ المشاريع الحكومة الإلكترونية، وتوفير الدعم المالي والإداري.

* بنية تحتية للإدارة الإلكترونية: تتضمن تطوير شبكات الإتصال بما يتلاءم مع مرحلة التحول.

* التنظيم الإداري بمنظومة صحية والخدمات; عن طريق إعادة تنظيم الجوانب والمحددات الهيكلية، ومختلف الوظائف الحكومية.

* كفاءات ومهارات متخصصة عن طريق توفير يد عاملة مؤهلة لاستخدام تقنيات المعلومات.

1– شاطرباش أحمد، بن زعمة عبد القادر، الإطار القانوني لتطبيق الحكومة الإلكترونية في الجزائر، مجلة العلوم السياسية والقانون، المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا برلين، العدد 15، ماي 2019، ص 348.

* تحديد الإطار القانون الذي يقر بالتحول الإلكتروني وأثناء التطبيق أي تكملة للنقائص والفراغ القانون اللازم، والذي يمكن أن يظهر في أي مرحلة من مراحل التحول، ضامنة لأمن المعاملات وتحديد الإجراءات العقابية للمخالفين[1].

2- متطلبات القيادة الإدارية والسياسية

إن الحكومة الإلكترونية تتطلب قيادة سياسة وإدارية قوية; من خلال توفير الوقت والجهد والمال والموارد والمناخ السياسي والاقتصادي والاجتماعي والتكنولوجي الذي يسهم بإطلاق القدرات العاملة الإبداعية والخلاقة[2].

3- متطلبات البنية التحتية للاتصالات

وهو عبارة عن توفير الحواسيب الإكترونية والهواتف والفاكسات; للاتصال بين مختلف الأجهزة الإدارية داخل الدولة[3].

ثانيا: الرقمنة في القطاع الصحي

صرح وزير الصحة، عبد الحق سايحي في كلمة ألقاها بمناسبة إفتتاح أشغال اللقاء التقييمي حول الرقمنة بمقر وزارة الصحة; أن رقمنة القطاع الصحي واستخدام التقنيات الرقمية لجمع وتحليل وتخزين البيانات الصحية هو تجسيد لبرنامج الحكومة الذي يهدف إلى رقمنة أنشطة جميع القطاعات بما فيها المؤسسات الصحية، وضبط المواد الصيدلانية وتوفير الرعاية الصحية عن بعد، وتحسين لكفاءة العمليات الصحية وتسهيل الوصول إلى البيانات من أجل إتخاذ القرارات العلاجية في الوقت المناسب، وتمكين المواطنين من الحصول على رعاية صحية ذات نوعية من خلال تحسين الخدمات الصحية المقدمة; عن طريق توفير ملف طبي ورقم تعريفي وطني لكل المواطن يتبعه طيلة حياته من أجل تسهيل الوصول إلى جميع البيانات الطبية الخاصة بهم عبر فضاء رقمي، كذلك تمكن الرقمنة المواطنين من أخذ المواعيد الطبية الكترونيا وذلك عبر تطبيق هاتفي سهل الاستخدام; يحتوي على جميع التخصصات الطبية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية عن بعد لتفادي عناء البحث والتنقل[4].

1- بريش محمد عبد المنعم، أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني (أزمة كوفيد 19أنموذجا)، كلية الحقوق يوسف بن خدة جامعة الجزائر 1، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد 01، 2021، ص 250.

2- سحر قدوري الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها مدخل إستراتيجي، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد السابع، 2009، ص 316.

3- بريش محمد عبد المنعم، مرجع سابق، ص 253.

4- موقع مجلة الشعب، سايحي: رقمنة قطاع الصحة توفير للرعاية الصحية عن بعد، مقال منشور بتاريخ 2023/04/11.

27تاريخ الزيارة: 2023/08/27.

https://www.echaab.dz/2023/04/11 /سايحي-رقمنة-قطاع-الصحة-توفير-للرعاية-ا/

كما طالب الوزير بالإسراع في رقمنة القطاع الصحي من أجل ربط جميع المصالح دون استثناء بشبكة داخلية متصلة بالنظام الطبي الالكتروني للمريض; واستعمال النظام الطبي الالكتروني الموحد والوحيد الذي توفره مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي لوزارة الصحة.

كما أكد على ضرورة استبدال المعاملات الورقية بالأنظمة وتنشيط المتخصصين في مجال الإعلام الآلي لمتابعة العملية ومتابعتها على مستوى المؤسسات الصحية وعلى مستوى الولاية.

أمثلة عن تطبيقات الرقمنة في القطاع الصحي

أ- صرحت مديرة المؤسسة الإستشفائية لالة خيرة بمستغانم السيدة نعيمة بوسيف; على أنه في إطار عصرنة قطاع الصحة، استفادت المؤسسة من نظام الرقمنة في خطوة لتخفيف الضغط على المرضى وتحسين الخدمات الصحية، وأكدت أن الرقمنة باتت ضرورة حتمية لاسيما قطاع الصحة قصد مواكبة التطورات الحاصلة، من خلال رقمنة النشاطات الطبية وتبادلها بين مهنيي الصحة،

وأضافت أنه وتنفيذا لتعليمات الوزارة الوصية; فإن رقمنة القطاع الصحي يسير بواتيرة جيدة، بدليل تثبيت الملف الطبي الالكتروني بمصلحة الاستعجالات على مستوى المؤسسة، كما تم رقمنة مكتب الاستقبال والتوجيه من أجل التكفل الحسن بالمريض، وتخفيف العبء على عمال الصحة، والتزام رؤساء المصالح بمراقبة وتتبع سير برنامج الملف الإلكتروني للمريض DEM يوميا.

أما فيما يخص ملف المنتجات الصيدلانية فقد تم توفير قاعدة بيانات بالإضافة لشبكة معلوماتية خاصة من شأنها رقمنة تسيير الصيدلية وربطها بمختلف المصالح من أجل تبادل المعلومات المتعلقة بتسيير أو بنقص المنتجات الصيدلانية[1].

ب- تعتبر منصة "صحتك" من بين الأرضيات العاملة في مجال رقمنة الصحة، والتي أطلقت في جانفي 2016، حيث قدمت حلولا رقمية من خلال تسهيل عملية الحصول على مواعيد طبية سواء كان طبيبا جراحا أو طبيب أسنان أو أي إسم متعامل صيدلاني، وتتكون هذه الأرضية من قاعدة بيانات تحتوى على معلومات عن الأطباء الممارسين، مختصين، صيادلة وجراحي أسنان، وتتضمن إسم وعنوان العيادة أو الصيدلية، وبإمكانها أن تشير إلى مكانها على الخريطة.

وتسمح المنصة للمريض للقيام بعملية البحث مباشرة عن الطبيب المراد البحث عنه في التخصص المطلوب, بالإضافة الى تحديد ولاية الإقامة، والبلدية.

وبنقرة بسيطة على أحد الأسماء المقترحة، تقوم الأرضية بتحويلك إلى صفحة تتضمن تفاصيل على غرار عنوان ورقم الطبيب وساعات الاستقبال الخاصة بالعيادة، وعند الانتهاء من عملية الحجز

1- موقع مجلة الشعب أونلاين، رقمنة قطاع الصّحة ضرورة لضمان تحسين الخدمات، مقال منشور بتاريخ 2023/06/28.

تاريخ الزيارة: 2023/08/28.

www.ech-chaab.com/ar/الحدث/المحلي/item/211278.الخدمات-تحسين-لضمان-ضرورة-الصّحة-قطاع-رقمنة-html

على الخط، تقوم أرضية "صحتك" بإرسال رسالتين نصيتين لتذكير المريض بالموعد ،الأول يكون قبل 24 ساعة والثاني قبل ساعتين من الموعد[1].

ج- ومن بين بعض منجزات مشروع الجزائر الإكترونية 2008-2013، هو ما تعلق بالكثير من القطاعات التي دخلت مجال الرقمنة; ومنها قطاع البريد والاتصالات; الذي قدم خدمات عن بعد كالحوالة الإلكترونية والتي يتم فيها خدمة تحويل الأموال من شخص إلى شخص آخر; وهي موجودة في مكاتب البريد، كذلك هناك خدمة السحب الآلي للأموال عن طريق البطاقة المغناطيسية على مستوى الشبابيك، أما قطاع التعليم العالي فقد تعزز قطاعه بخدمة مقدمة للأساتذة وكذا للطلبة من خلال الربط بين العديد من الجامعات، وربطه بشبكة الانترنت للحصول على كل أنواع المعلومات: علمية، تقنية، ومتخصصة، أما قطاع قطاع التربية الوطنية فكان العصرنة متمثلة في التسجيل في شهادة البكالوريا عبر موقع وزارة التربية الوطنية، وكذا الاطلاع على نتائج البكالوريا وشهادة التعليم المتوسط على شبكة الانترنت، أما قطاع الصحة فتتمثل خدماته في مجال تكنولوجيا الإعلام والإتصال بتوقيع على اتفاقية بين وزارة الصحة واتصالات الجزائر تشمل 670 موقعا (مستشفيات الملحقات الاستشفائية والقطاعات الصحية)، أما عصرنة قطاع الضرائب فتتمثل خدماته الإلكترونية في موقع "جبايتك" الذي من خلاله يتم التصريح والدفع عن بعد لصالح المتعاملين الاقتصاديين وهي بوابة إلكترونية توفر خدمة خاصة بالدخول إلى المعطيات التعريفية وملئ التصريح بالضرائب وخدمات أخرى[2]، كما تم إنشاء وزارة الرقمنة والإحصاء التي تعنى بالرقمنة والإحصائيات لتكون الوسيط الذي يجمع بين كل القطاعات وتؤسس لأرضية التحول الرقمي و إستراتيجية وطنية في مجال الرقمنة مع إعداد السياسية الوطنية في التحول الرقمي وتحسين الخدمات العمومية وعصرنة الإدارة وكذا الإسراع في وضع قيد الإستغلال الحوكمة الإلكترونية، كذلك تعمل في إطار برنامج عمل الحكومة على رسم وتنفيذ ورقة طريق للسنوات المقبلة، ومواكبة التطور الحاصل في العالم الرقمي والذي يعتمد بالأساس على الذكاء الاصطناعي تحليل البيانات والدفع الالكتروني وغيرها من الأنظمة والبرمجيات[3]، أما قطاع الضمان الاجتماعي وفي إطار عصرنة قطاعها استحدثت خدمة متمثلة في استعمال نظام البطاقة الالكترونية أو بطاقة الشفاء والهدف من هذه الخدمة هو نظام الدفع من قبل الغير للأدوية لفائدة جميع المؤمنين اجتماعيا، وهو نظام يجمع بين تقنيات الإعلام الآلي والإلكترونيك والاتصالات

1- موقع المستثمر، رقمنة القطاع الصحي في الجزائر من الأولويات، مقال منشور بتاريخ 28 نوفمبر 2022.
تاريخ الزيارة: 2023/08/28.
https://almostathmir.dz/رقمنة-القطاع-الصحي-في-الجزائر-من-الأول/

2- عمارة مسعودة، مرجع سابق، ص 7.

3- موقع المستثمر، الرقمنة الوجهة الجديدة للجزائر، مقال منشور بتاريخ 04 ديسمبر 2021.
تاريخ الزيارة: 2023/09/01.
https://almostathmir.dz/الرقمنة-الوجهة-الجديدة-للجزائر/

السلكية واللاسلكية، حيث يشكل وسيط بين هيئة الضمان الاجتماعي والمؤمن له اجتماعيا وممتهني الصحة، ، وتستعمل البطاقة الإلكترونية الشفاء في[1]:

- مراقبة مدة صلاحية البطاقة.
- مراقبة حقوق المؤمن لهم اجتماعيا في أداء الضمان الاجتماعي.
- مراقبة استهلاك المنتجات الصيدلانية.
- الإعداد الأوتوماتيكي للفاتورة الإلكترونية.
- التأكد من هوية حامل البطاقة.
- التوقيع الإلكتروني للفاتورة.
- إنتاج وارسال الفواتير الإلكترونية من قبل مهني الصحة إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.

وتسمح النظام للصيدلي بقراءة بطاقة الشفاء وقائمة الأدوية، استخراج جداول الفواتير الإلكترونية، تحيين بطاقة الشفاء.

د- التجربة الجزائرية في مجال الطب عن بعد[2]

- **نوفمبر 2015:** اتصال مباشر صوت وصورة، بين المؤسسة العمومية الاستشفائية بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالعاصمة والمستشفى الجامعي لتمنراست وبحضور أخصائيين، حيث تم خلالها إعطاء توجيهات وتعليمات من طرف الأطباء الأخصائيين في كيفية التكفل بحالة طفل عمره 14سنة و تقديم الرعاية الصحية الجيدة له.

- **01 نوفمبر 2015:** إجراء أول عملية تشخيص طبي عن بعد بين المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالبيض، والمستشفى الجامعي التيجاني دمرجي بتلمسان لحالة مرضية تعاني منذ أكثر من 23 سنة من عدة أمراض وتم تشخيص حالتها المرضية وبالتالي تفادي نقلها أو تحويلها إلى ولاية تلمسان.

- **جانفي 2016:** تدشين مشروع غرفة الطب عن بعد، تحت قيادة مركز تطوير التكنولوجيات المتقدمة بين المستشفى العسكري ورقلة الجهوي والمستشفى المركزي العسكري العاصمة.

- **21 مارس 2016:** إجراء فحص طبي عن بعد بين المركز الاستشفائي الجامعي نذير محمد لتيزي وزو والمؤسسة الاستشفائية العمومية لتمنراست، على مريض مريض بالقلب.

الفرع الثاني: الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة

1- سعيدة حركات، سارة بن غيدة، تطبيقات تكنولوجيا المعلومات والاتصال في مجال الخدمات الصحية -إشارة إلى القطاع الصحي في الجزائر، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد 07، العدد 02، ديسمبر 2020، ص 515.

2- سعيدة حركات، سارة بن غيدة، المرجع نفسه، ص 512.

أكد وزير الصحة السابق البروفيسور عبد الرحمن بن بوزيد، أن استحداث الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة من شأنه تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مشيرا إلى أن هذه الخطوة ستسمح بتحسين نوعية الخدمات المقدمة على مستوى كل المستشفيات، مع إعطاء نظرة صحيحة وشاملة ويومية عن القطاع.

وأوضح أن الدولة تولي اهتماما كبيرا لقطاع الصحة الذي يعتبر أساس التنمية، كما أن هذه الوكالة ستكون مهمتها مراقبة وتسير قطاع الصحة، مشيرا إلى أن الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة ستعوض الوكالة الوطنية لوثائق الصحة وستكون مشكلة من مدير عام ومجلسين إداري وعلمي، وشدد الوزير على أن الرقمنة ستسهل من مهمة مستخدمي القطاع ونوعية الخدمات المقدمة للمواطنين، كما ستمكن الأطباء من متابعة ملفات المرضى وبياناتهم على مستوى أي مستشفى، معتبرا أن الهدف من ذلك هو إعادة كسب ثقة المواطنين من خلال إنشاء مستشفيات ذات طابع عصري، والعمل على التنسيق بين مختلف[1].

لقد تغيرت تسمية وتنظيم ونشاط الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة التي كانت سابقا الوكالة الوطنية لوثائق الصحة، وهي وكالة محدثة ومنشأة بمرسوم تنفيذي، ولهذا فإن دراسة النظام القانوني لها تجعلنا نتعرف على هذا المرسوم التنفيذي الذي حدد إطارها القانوني، حيث تم تحيين التشريع بسبب التطورات التي حدثت في المجال الصحي; والذي بسببه تغيرت أنشطة معظم الوكالات ذات الصلة خاصة منه الجانب التقني، حيث تغلغلت تكنولوجيات الإعلام والإتصال في معظم أعمالها والهدف كان مواكبة التطورات في مجال الرقمنة وتكنولوجيا المعلومات والبحث العلمي، ولهذا فإن مجال دراستنا ينحصر حول الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة، والذي من خلال هذه الدراسة نسعى إلى إبراز الدور الذي تقدمه هذه الوكالة بسبب الامتيازات التي منحها إياها المشرع والتي ستساعد حتما قطاع الصحة وبالتالي تحقيق المصلحة العامة.

لقد أشارت المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 22-251 المؤرخ في 30 يونيو 2022 أن الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة هي إعادة تنظيم المؤسسة العمومية الوكالة الوطنية لوثائق الصحة المنشأة بموجب أحكام المرسوم التنفيذي رقم 95-319 المؤرخ في 14 أكتوبر سنة 1995.

أما المادة الثانية; تعتبر أن الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة هي مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، بالإضافة إلى استقلالها المالي وتمتعها بالشخصية المعنوية والتي تقدم لها امتيازات عديدة تساعدها في تسيير شؤونها بطريقة قانونية ومنتظمة، هذا وبالإضافة إلى وضع الوكالة تحت

1- موقع الإخبارية، رقمنة قطاع الصحة لتحسين الخدمات الصحي.
تاريخ الزيارة: 2023/09/03.
https://elikhbaria.dz/رقمنة-قطاع-الصحة-لتحسين-الخدمات-الصحي/

وصاية الوزير المكلف بالصحة، ويكون مقرها متواجدا في مدينة الجزائر أي العاصمة، حسب المادتين الثالثة والرابعة على التوالي.

أولا: مهام الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة

إن مهام الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة حسب المادة 06 من المرسوم 22-251 الذي يتعلق بالوكالة الوطنية في الصحة هو تنفيذ ومتابعة الاستراتيجية الوطنية للصحة في مجال تطوير الرقمنة، وتتمثل مهمتها الرئيسية كذلك في وضع نظام وطني للإعلام الصحي من أجل رقمنة النشاطات الطبية وكذا تبادل المعطيات الصحية بين مهني الصحة وهياكل ومؤسسات الصحة والحفاظ على أمنها وسريتها، وعلى هذا الأساس فإن هذه الوكالة مكلفة ب:

1- تمكين مهني الصحة من إمكانية الإطلاع على ملف المريض ومساره العلاجي عبر أرضية رقمية مع القيام بتحسين نوعية العلاج المقدم له، وكذا الإطلاع على المعلومات عن دخول المرضى وبروتوكولات المعالجة والمصالح الطبية.

2- وضع ملف المريض عبر معرف ليتسنى تبادلها بين مهني الصحة لتنسيق العلاج بينهم.

3- التكفل الطبي بالمرضى عن بعد وذلك عن طريق العلاج عن بعد، وطب الأشعة عن بعد والمحاضرة المرئية عن بعد لمهني الصحة وكذا تبادل المعلومات العلاجية خاصة للمناطق التي لا تحظى بالتغطية العلاجية الكافية.

4- استخدام التقنيات الحديثة للإعلام والإتصال لتفعيل التعليم التكوين الطبي وشبه الطبي عن بعد لمهني الصحة بالتنسيق مع المؤسسات والهيئات ذات الصلة.

5- توجيه المرضى نحو مؤسسات الصحة التي تلاءم حالتهم الإستشفائية أكثر خاصة في حالة الإستعجال عن طريق إنشاء شبكات ذات تشغيل بيني على المستوى المحلي والجهوي.

(المقصود بقابلية التشغيل البيني هي قدرة التطبيقات والأنظمة على تبادل البيانات بشكل آمن وتلقائي بغض النظر عن الحدود الجغرافية أو السياسية أو التنظيمية، كما تشير إلى المعايير والبروتوكولات والتقنيات والآليات التي تسمح بتدفق البيانات بين الأنظمة المتنوعة بأقل تدخل بشري ومشاركة المعلومات في الوقت الفعلي، وتستخدم هذه التقنية في على مستوى المؤسسات الطبية باستخدام الأجهزة الطبية المتصلة فيما بينها وأنظمة الرعاية الصحية لجمع بيانات الرعاية الصحية ومشاركتها وتحليلها، كما تقوم هذه الأنظمة المتصلة بالشبكة بنقل السجلات الصحية الإلكترونية، والنتائج الطبية، ومطالبات التأمين، لتمكين مهني الرعاية الصحية من التعاون لتحقيق نتائج أفضل للمرضى من خلال بيانات فورية وموثوقة)[1].

1- موقع أمازون amazon (خدمة أمازون ويب aws)، ما حالات استخدام قابلية التشغيل البيني؟
تاريخ الزيارة: 2023/09/04.
https://aws.amazon.com/ar/what-is/interoperability/

6- وضع ترميزات للأمراض المهنية والأعمال المهنية عبر أرضية تعمل عليها مختلف القطاعات المعنية، ومهنيي الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي.

7- الحصول على معلومات حول الأمراض المستجدة والمنبعثة والأوبئة والجوائح الوبائية والديموغرافية، عن طريق إنشاء أرضية لليقظة الصحية يعمل عليها مهنيو الصحة.

8- التبليغ عن أي حدث صحي التي يشك فيها من طرف أشخاص عن طريق التصريح للسلطات الصحية لتفادي الكوارث والأوبئة.

9- تسيير الملفات الطبية وحفظها وكذا الأرشيف الصحي عن طريق رقمنتها.

10- تأطير استعمال تكنولوجيات الإعلام والإتصال في قطاع الصحة عن طريق المشاركة في إعداد واقتراح النصوص التشريعية والتنظيمية.

11- تصميم وإعداد ونشر الوثائق والمؤلفات والمطبوعات والمعلومات والوسائل التعليمية والطبية.

كما نصت المادة 7 من نفس المرسوم على مهام أخرى متمثلة في:

1- التنسيق مع أنظمة إعلام قطاعات نشاط أخرى فيما يخص المعطيات الصحية باستخدام تكنولوجيا الإعلام والاتصال.

2- إنشاء تعريفات رقمية خاصة بمؤسسات وبمهنيي الصحة من أجل تخزين وحفظ البيانات

3- تطوير رقمنة القطاع الصحي فيما يخص دفاتر شروط الدراسات والإنجازات.

4- تقديم حصائل دورية للوزير المكلف بالصحة عن مدى تقدم الأعمال وتطور مشاريع الرقمنة مع اقتراح تدابير لتحسينها.

ثانيا: التنظيم والتسيير

نصت المادة 8 من المرسوم على أن تسيير الوكالة يتم عن طريق مجلس الإدارة، مدير تزود بمجلس علمي تقني.

1- مجلس الإدارة: ويرأسه الوزير المكلف بالصحة وممثل من

* ممثل وزارة الدفاع الوطني.
* ممثل الوزير المكلف بالداخلية والجماعات المحلية.
* ممثل الوزير المكلف بالمالية.
* ممثل الوزير المكلف بالعدل.
* ممثل الوزير المكلف بالرقمنة والإحصائيات.
* ممثل الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي.
* ممثل الوزير المكلف بالتربية الوطنية.
* ممثل الوزير المكلف بالبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية.
* ممثل الوزير المكلف بالصناعة الصيدلانية.

2- ممثل الوكالة الوطنية للأمن الصحي

ويعين أعضاء مجلس الإدارة لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة.

كما يمكن للمجلس أن يستدعي أي شخص من أجل الإستفادة من خبرته في أي أمر مطروح على جدول الأعمال بحضور المدير العام للوكالة بصفة استشاري.

أما فيما يخص مداولات المجلس فتتمثل في:

- المشاريع والمخططات وبرامج العمل السنوية والمتعددة.
- والميزانية التقديرية للوكالة وحسابات الوكالة.
- النظام والتنظيم الداخلي.
- مشاريع الصفقات والعقود.
- مشاريع ملحقات للوكالة لإنشاءها.
- قبول الهبات والوصايا.
- التصرف في أملاك الوكالة وإيجارها.
- تقديم تقارير سنوية للنشاط.
- تحسين عمل الوكالة.

3- المدير العام

حسب المادة 19 من المرسوم فإن المدير العام للوكالة يتم تعيينه بموجب مرسوم بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة، وهذه بعض ما يكلف به:

- يقوم بتمثيل الوكالة وفي جميع القضايا المدنية أمام العدالة.
- يقوم بتطبيق مخرجات مجلس إدارة الوكالة.
- يقوم بإعداد مشروع الميزانية السنوي للوكالة بصفة تقديرية، وكذا إعداد حصيلة الوضعية المالية للسنة السابقة للوكالة، وإعداد حصيلة النشاط السنوي.
- يقوم بتخطيط مشاريع التنظيمات الداخلية والخارجية للوكالة والحرص على تطبيقها، كما يقوم بإبرام أي صفقة أو عقد تكون الوكالة طرفا فيه.
- يقوم بتسيير ممتلكات الوكالة المنقولة وغير المنقولة.
- يقوم بتعيين المستخدمين على مستوى الوكالة.

كما له سلطة تفويض أحد مساعديه المقربين فيما يخص إمضائه.

4- المجلس العلمي والتقني

نصت المادة 23 من المرسوم على أن "المجلس العلمي والتقني هيئة استشارية تكلف بتقديم آراء واقتراحات وتوصيات بخصوص كل المسائل الطبية والعلمية والتقنية التي من شأنها تأطير استخدام تكنولوجيات الإعلام والاتصال على مستوى قطاع الصحة وذات العلاقة بمهام الوكالة".

وهي مكلفة ب

– يقوم المجلس بتقديم اقتراحات فيما يخص نشاطات الوكالة وآلية تنفيذها، حيث يقوم المدير العام بعرض هذه الاقتراحات على مجلس الإدارة.

– وكذلك تقوم كهيئة استشارية فيما يخص معايير التي تقدم من أجل اختيار التجهيزات والأدوات التي تستخدم على مستوى القطاع والتي من شأنها رفع وتطوير تكنولوجيات الإعلام والإتصال.

– اقتراح برنامج تكوين مستخدمي الوكالة يهدف إلى تحسين كفاءتهم وتزويدهم بالمهارات اللازمة للاستفادة من النظام.

– اقتراح برامج التظاهرات العلمية التي تنظمها الوكالة، من أجل تسليط الضوء على أنشطة الوكالة في مجال الابتكار، وبالتالي سيشمل البرنامج مجموعة متنوعة من الفعاليات، مثل المؤتمرات والمعارض والورش التدريبية.

– المساهمة في تحديد برامج التبادلات والتعاون العلمي والتقني التي تنظمها الوكالة مع مؤسسات ذات الصلة في مجال الابتكار، كما سيتم على هذا الأساس تحديد مجالات التعاون التي تخدم أهداف الوكالة واحتياجاتها.

– القيام بتقديم دراسات وأبحاث يرتبطان بنشاط الوكالة بهدف تطوير المعرفة العلمية وتعزيز الابتكار.

– البت في كل مسألة أخرى يقوم بعرضها المدير العام.

5– الأحكام المالية للوكالة

ذكرت المادة 29 من المرسوم أن السنة المالية للوكالة تفتتح في أول جانفي وتقفل في 31 ديسمبر من كل سنة.

أما المادة 30 تضمنت ميزانية الوكالة، وفيها باب للإيرادات وباب للنفقات.

ويعني باب الإيرادات كل مساهمات الدولة فيما يخص الخدمة العمومية وكل الإيرادات الأخرى التي تحصلها الوكالة من خلال ممارستها لنشاطها والإيرادات المتمثلة في الهبات والوصايا.

أما باب النفقات; فهي النفقات التي تدخل في عملية تسيير الوكالة مثل أجور مستخدمي الوكالة بما فيهم المدير العام، مجلس الإدارة والموظفين، وهناك نفقات أخرى متمثلة في المعدات والتجهيزات المكتبية ونفقات الكهرباء والغاز والماء.

ومن أهداف الوكالة عصرنة قطاع الصحة، وترشيد النفقات وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمريض عن طريق المتابعة الإلكترونية للملفات الطبية عبر كامل مسارات العلاج، وكذا تخفيف

الضغط على الأطقم الطبية وتشجيع عملية التعليم والتكوين عن بعد وإضفاء الشفافية على جميع النشاطات الطبية والإدارية، واتخاذ القرارات الملائمة في الوقت المناسب[1].

المبحث الثاني: تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر

أولت الجزائر منذ بداية الاستقلال اهتماما كبيرا بقطاع الاتصال، حيث شهدت السنوات الأولى للاستقلال نقصا كبيرا في إمدادات شبكات البريد، ومن أجل تحقيق أهدافها، قامت بتحسين هذه الوضعية المتردية لهذا القطاع على طريق وضع خطط من أجل ضمان تقديم الخدمات وتقليص الفجوة بين المدن والقرى عن طريق إنشاء مؤسسات خاصة بالبريد، وكذا للتكفل بالمناطق النائية، بالإضافة إلى خلق روابط جديدة وضمان التبادل دول العالم، حيث كانت الفترة من 1962 إلى 1999 كلها تعتمد فيها الاعتماد على التلكس والهاتف، كما ركزت على التكوين

كما كانت بداية سنة 2000 وضع أهداف ركزت لإصلاح الإطار التشريعي والتنظيمي لقطاع البريد والاتصالات على قاعدة صلبة وشفافة.

كما قامت بتقسيم البريد والمواصلات إلى شركة للاتصالات ومؤسسة البريد وسلطة الضبط، وفتح المجال أمام المنافسة وتوفير الاستثمار للخواص، وكذا حماية وتوفير التغطية الشاملة على كامل التراب الوطني، وقد شهد قطاع الاتصالات في الجزائر تطورات عديدة وخاصة بعد فترة التسعينات حيث رافق التحول السياسي في الجزائر والذي عرف احتكار الدولة للأنشطة الحيوية تطورا وانفتاحا على الخواص من خلال إصلاحات شملت الكثير من القطاعات على غرار قطاع الاتصالات، حيث شهدت الجزائر لأول مرة تسيير قطاع الإتصال يتم مناصفة مع القطاع الخاص، كما قامت الجزائر إلى المضي قدما لإمتلاك هذه التقنية عن طريق دعمها بمجموعة من النصوص القانونية وكذا بناء الهياكل القاعدية الخاصة بها.

على هذا فإن تكنولوجيا الإعلام والإتصال تقاس عن طريق مجموعة من المؤشرات وذلك على فترات زمنية، وتتمثل هذه المؤشرات في الوسائل التقنية المستخدمة في الإعلام والإتصال وآخر تحديثاتها ومدى تطورها، كالهاتف الثابت، الهاتف النقال، والانترنت.

لقد اهتمت الجزائر بقطاع الاتصال منذ الاستقلال، وكانت وزارة البريد والمواصلات المشرفة على هذا القطاع، حيث قامت بتوصيل خطوط شبكات الهاتف الثابت عبر التراب الوطني من أجل تسهيل عمليات الاتصال عن المناطق البعيدة خاصة الريفية منها، كما قامت بمد خطوط وكابلات دولية عبر الحدود مع بعض من دول أوروبا وذلك من 1970- 1979، كذلك قامت الجزائر بعصرنة

1- بلعموري نادية، مداخلة بعنوان "الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة آلية لعصرنة القطاع وحسن التكفل بالمرضى" في إطار ملتقى دولي المعنون "الملف الإلكتروني، المدخل لرقمنة قطاع الصحة" بتاريخ 21 و 22 نوفمبر 2023، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، ص 4.

قطاع الإتصال وذلك في بداية التسعينات عن طريق قيامها بإيصال 1600 مشترك بالهاتف الثابت بكثافة تقدر ب 5.4%.

كما أشار تقرير أهداف الإنمائية للألفية حول نسبة اشتراك الهاتف الثابت وعدد خطوط الهاتف الثابت لكل 100 نسمة حول تطور الهاتف الثابت في الجزائر تطور منذ 1990[1].

سوف نقوم في هذا المبحث إلى التطرق إلى واقع تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر، والمتمثلة في مطلبين هما تطور تكنولوجيا الإعلام والإتصال وذلك من خلال الإشارة إلى تطور تكنولوجيا الإعلام والاتصال وتحديد مؤشراتها والجهود المبذولة من طرف الدولة وكذا تحديد جاهزية الجزائر لاستخدام قطاع التكنولوجيا الإعلام والإتصال بغية تطويرها، أما المطلب الثاني فيتمثل في آليات الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر والذي ينقسم على فرعين، ويتمثل الفرع الأول في الوقاية الصحية من خلال التوعية، أما الفرع الثاني يتعلق بالوقاية من خلال مكافحة الجريمة الإلكترونية.

المطلب الأول: واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر

شهد العالم تحولات في جميع المجالات الاقتصادية والسياسية، الاجتماعية والثقافية رافقتها تطورات تقنية وتكنولوجية، ودخل العالم في ما يسمى عصر المعلومات، حيث تعتبر الأخيرة المادة الأولية لنجاح أي مؤسسة أو شركة، حيث أحدثت فيها طفرة، كما تعتبر التكنولوجيا المرتبطة بها والتي تسمى تكنولوجيا الإعلام والاتصال من المواضيع الحديثة التي اهتم بها الباحثون، ومن أهم متطلبات العصر، لذا سنقوم في هذا المبحث بالتطرق لواقع تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر ومختلف التطورات التي أحدثتها من خلال تغلغلها في المجالات التي لها علاقة بالصحة، أي ما يسمى بالرقمنة، وبالحديث عن المجالات المتعلقة بالصحة، فمعناه المؤسسات والهيئات والإدارات التي لها علاقة بالصحة بشكل عام والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة الإنسان وليس فقط المستشفيات أو القطاعات الصحية، وذلك من أجل محاولة تقييم وضعيتها ولو بشكل بسيط، حيث أن رقمنة القطاعات التي لها بالصحة يؤدي في الأخير إلى تقريب المواطن من الإدارات والهيئات والمؤسسات من أجل تبادل المعلومات بشكل أسرع وبكفاءة عالية من خلال استخدام أدوات وتطبيقات الكترونية للحصول على الخدمات، أي ما يسمى بالإدارة الإلكترونية، وكذلك إبراز علاقة تكنولوجيا الإعلام والاتصال والحق في الصحة، والدور الذي تؤديه هذه التكنولوجيا في ترقيتها، سواء كتقنية فعالة ومساهمتها في ترقية الصحة أو مدى تأثيرها على الصحة، حيث أثبتت هذه الإستراتجية فعالية خاصة في الدول السباقة في هذا المجال من خلال الإحصاءات والمؤشرات المنشورة، ومن ناحية

1- مريم ماضوي، تأثيرات الهاتف النقال على أنماط الاتصال الاجتماعي لدى الطالب الجامعي، طلبة جامعة قسنطينة أنموذجا، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير (جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، 2012- 2013، ص 2012.

أخرى فإن استخدام التقنية في العمل الحكومي يعطي المزيد من المصداقية في الأداء وكذا الشفافية وبالتالي إعطاء نتائج ايجابية تنعكس على الصحة عامة وصحة الأفراد بشكل خاص.

ويعبر توجه الجزائر نحو رقمنة القطاعات الحكومية عن وعي وإدراك سليم للسير في الاتجاه الصحيح في ممارسة الخدمات الرقمية، الأمر الذي أدى إلى تغيير في عمل الأنظمة الإدارية وبالتالي الإنتقال من الشكل التقليدي للخدمات إلى أسلوب جديد يرتكز على البعد التكنولوجي.

الفرع الأول: تطور تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر

تعتبر الجهود التي تبذلها الجزائر لترقية قطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال من أهم معالم التنمية الاقتصادية البارزة، خاصة وأن الجزائر تنفتح على اقتصاد السوق والإقتصاد العصري وتمتلك موارد هامة تشجع على تطوير هذه التكنولوجيات في السوق الجزائرية، كما تعمل الدولة الجزائرية على تنظيم مشاريع عديدة في هذا المجال تهدف إلى ترقيته لما تملكه الدولة من كفاءات كما أنها تعتبر محركا للتنمية الإقتصادية بوعيها أن الإعلام يعد وسيلة إنتاجية. ومن جهة أخرى تعتبر السوق الجزائرية لتكنولوجيات الإعلام والإتصال في أوج تطورها تزامنا مع نمو متوقع معتبرا لأهمية السوق الجزائرية في المغرب العربي فيما يخص الإمكانيات. ورغم الجهود إلى أن الجزائر لا تزال تعاني من تأخر كبير في قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وتبقى تجربتها ضعيفة مقارنة بالبلدان الأخرى.

وفي إطار برنامج العمل المخصص لتطوير قطاع الاتصالات، من خلال دعم البنية التحتية لوسائل الاتصالات السلكية واللاسلكية واستعمال تكنولوجيات المعلومات والاتصال، قامت وزارة البريد وتكنولوجيا المعلومات والإتصال بتجسيد مخطط وطني يستهدف تطوير القطاع، من خلال إبراز نسبة ولوج شبكة الهاتف الثابت والنقال للأسر الجزائرية خلال الفترة ما بين 2013-2017.

ويعتبر الهاتف النقال; السبب الرئيسي في انخفاض عدد المشتركين بالهاتف الثابت بسبب تلبيتها متطلبات السوق بشكل أفضل لمزاياها الكبيرة منذ سنة 2000 بعد صدور القانون العام رقم 2000-03; المتعلق بضبط القواعد العامة المتعلقة بمكتب البريد والاتصالات السلكية واللاسلكية.

لقد تغير سوق الاتصالات السلكية واللاسلكية منذ سنة 2000 بعد صدور القانون العام رقم 2000-03 المتعلق بضبط القواعد العامة المتعلقة بمكتب البريد والاتصالات السلكية واللاسلكية، الذي سمح بتحقيق نتائج جيدة على مستوى سوق تكنولوجيا الهاتف النقال.

كذلك صدور قانون رقم 18-04 المحدد للقواعد العامة المتعلقة بالبريد والاتصالات الالكترونية; سمح بتقديم المزيد من الإضافات وتحسين شروط الدخول إلى سوق الاتصالات الالكترونية وكذا تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين.

كما باشرت الدولة في سلسلة من الإصلاحات تتمثل في التراجع التدريجي من احتكار الدولة للمواصلات السلكية واللاسلكية والهدف هو تطوير سوق البريد وزيادة عرض الخدمات للمستخدمين للاستفادة منها، وتمثل الإصلاحات في تأطير هذه العملية ووضعها في إطار قانوني، حيث تجسدت

في القانون رقم 2000-03 المحدد للقواعد العامة المتعلقة بالبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، ثم تم إلغاء هذا القانون واستبداله بالقانون 18-04 الذي يحدد القواعد العامة المتعلقة بالبريد والمواصلات الإلكترونية.

وفي هذا الإطار تم إنشاء سلطة الضبط ومنحها مهام وصلاحيات كهيئة مستقلة تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي; وتتمثل مهامها في تنشيط الفاعلين الاقتصاديين في مجال التكنولوجيات والسهر على تعزيز منافسة مشروعة بينهم، أما دورها فيتمثل في ضمان التوصيل البيني للشبكات و نفاذ المتعاملين إلى الموارد الأساسية بكل موضوعية وشفافية دون تمييز، ويتم استشارة سلطة الضبط في كل مشروع يتعلق بقطاع البريد والمواصلات الإلكترونية وخاصة إعداد النصوص التنظيمية و دفاتر الشروط، وسلطة الضبط مخولة بصياغة التوصيات للهيئة المختصة لمنح الرخص أو تعليقها او سحبها أو تجديدها وذلك بموجب القانون.

كما أكدت سلطة الضبط للبريد والاتصالات في الجزائر في تقرير لها أن العدد الإجمالي للمشتركين بالهاتف الثابت في الجزائر بلغ 40.051 مليون مشترك سنة 2017 مقابل 4.182 مليون مشترك سنة 2016، كما تغطي شبكة الهاتف الثابت في الجزائر تقريبا كامل التراب الوطني، وتعتمد في ذلك على شبكات واسعة من التقنيات الحديثة.

وتتمثل مهام سلطة الضبط الأساسية حسب المادة 13 من القانون 18-04[1]، المحدد للقواعد العامة المتعلقة بالبريد والإتصالات الإلكترونية الفصل في النزاعات التي تنشأ بين المتعاملين الإقتصاديين فيما يتعلق بالنفاذ وتقاسم المنشآت والتجوال الوطني وكذا المنازعات التي تنشأ بين المتعاملين والمشتركين، ومنح التراخيص العامة لإنشاء و/أو استغلال شبكات الاتصالات الإلكترونية وتوفير خدمات الاتصالات الإلكترونية وتراخيص الشبكات الخاصة، وكذا تراخيص تقديم خدمات وأداءات البريد، وأيضا إعداد مخطط وطني للترقيم ودراسة طلبات الأرقام ومنحها للمتعاملين، ومن مهامها أيضا المصادقة على تجهيزات البريد والإتصالات الإلكترونية طبقا للمواصفات والمعايير المحددة عن طريق التنظيم وكذا الحصول من المتعاملين على المعلومات والإحصائيات الضرورية، وتسوية النزاعات التي تنشا بين المتعاملين والمشتركين، والسهر على حماية حقوق المشتركين في خدمات الاتصالات الإلكترونية ومرتفقي البريد، ووضع إجراء يحدد كيفية معالجة شكاوى المشتركين، وكذا نشر كل معلومة مفيدة لحماية حقوق المشتركين، والقيام بحملات تنظيم تحسيسية وتوعوية لفائدة المشتركين وكذلك المشاركة في تمثيل الجزائر في المنظمات الدولية المختصة في مجالي البريد والاتصالات الإلكترونية[2].

1- المادة 13 من القانون رقم 04/18 المؤرخ في 24 شعبان 1439 الموافق 10 مايو 2018، الذي يحدد القواعد العامة المتعلقة بالبريد والإتصالات الإلكترونية، الجريدة الرسمية العدد 27 المؤرخة في 13 مايو 2018، ص 10.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، سلطة البريد والإتصالات السلكية والإلكترونية، التقرير السنوي 2021.

أما فيما يخص حقوق المشتركين فتتمثل مهامها في السهر على حماية حقوقهم ونشر كل معلومة مفيدة والقيام بحملات تحسيسية وتوعوية لفائدتهم.

أولا: سوق الهاتف الثابت

حسب التقرير السنوي لسنة 2021 الذي تعده سلطة الضبط، فقد ارتفعت حظيرة المشتركين في شبكات الهاتف الثابت إلى غاية 31 ديسمبر 2021 إلى 5.10 مليون مشترك مقابل 4.78 مليون مشترك في سنة 2021 أي بزيادة مئوية مرتفعة من 65.27 % إلى 69.41 %.

وفيما يخص تطور الحظيرة الإجمالية للهاتف الثابت; فقد شهدت ارتفاعا يقدر ب 0.99 % في الثلاثي الثاني من سنة 2022 مقارنة بالثلاثي الأول 2022، وبالنسبة للثلاثي الثالث 2022 كانت بنسبة 2.02 % مقارنة بالثلاثي الثاني من نفس السنة، و بنسبة 4.04 % للثلاثي الرابع 2022 مقارنة بالثلاثي الثالث.

أما بالنسبة للثلاثي الأول من سنة 2023 فقد شهدت كذلك ارتفاعا يقدر بنسبة 3.27 % مقارنة بالثلاثي الأول من سنة 2022.

كما ارتفع مستخدمو الهاتف الثابت من 2.92 مليوم مشترك في 2010 إلى 5.10 مليون مشترك في سنة 2021.

ثانيا: سوق الأنترنت

حسب كذلك التقرير السنوي لسنة 2021 الذي تعده سلطة الضبط، فقد عرف سوق الأنترنت الثابت في سنة 2021 ارتفاعا بنسبة 10.21 % مقارنة بسنة 2020 أي بانتقال من 3.78 مليون مشترك إلى 4.14 مليون مشترك.

أما بالمقارنة بين مشتركي الأنترنت بالنسبة للهاتف النقال و الهاتف الثابت بين الثلاثي الأول 2022 والثلاثي الأول 2023، فحسب تقرير سلطة الضبط هناك تفاوت كبير بين مستخدمي الهاتف النقال ومستخدمي الهاتف الثابت، فالنسبة للثلاثي الأول من سنة 2022 هناك 42.69 مليون مستخدم لمشتركي الأنترنت للهاتف النقال وبالمقابل يوجد 4.29 مليون مشترك مستخدم مشترك الأنترنت للهاتف الثابت وفي الثلاثي الثاني من سنة 2022 هناك 42.91 مليون مستخدم لمشتركي الأنترنت للهاتف النقال وبالمقابل يوجد 4.35 مليون مشترك مستخدم مشترك الأنترنت للهاتف الثابت، أما الثلاثي الثالث من سنة 2022 هناك 44.04 مليون مستخدم لمشتركي الأنترنت للهاتف النقال وبالمقابل يوجد 4.47 مليون مشترك مستخدم مشترك الأنترنت للهاتف الثابت، وفي الثلاثي الرابع من سنة 2022 هناك 44.76 مليون مستخدم لمشتركي الأنترنت للهاتف النقال وبالمقابل يوجد 4.7 مليون مشترك مستخدم مشترك الأنترنت للهاتف الثابت.

تاريخ الزيارة: 2023/08/02.

https://www.arpce.dz/ar/file/s4q1n0

وفيما يخص الثلاثي الأول من سنة 2023 هناك 45.29 مليون مستخدم لمشتركي الأنترنت للهاتف النقال وبالمقابل يوجد 4.9 مليون مشترك مستخدم مشترك الأنترنت للهاتف الثابت.

ثالثا: سوق الهاتف النقال

حسب التقرير السنوي لسنة 2021 الذي تعده سلطة الضبط، فقد عرفت حظيرة سوق الهاتف النقال من مختلف انواع التكنولوجيا (الجيل الثالث والجيل الرابع) ارتفاعا بلغت نسبته 3.21 % مقارنة مع نفس الفترة من سنة 2020 حيث انتقلت من 46.56 مليون مشترك إلى 47.02 مليون مشترك نشط بنسبة نمو تقدر ب 3.13 نقطة.

وبالنسبة لتطور الحظيرة الإجمالية للمشتركين في شبكات الهاتف النقال حسب المتعاملين الثلاثة المعتمدين وهم :موبيليس، جازي وأوريدو، فقد أظهرت الإحصاءات تطورا في عدد المشتركين مع بعض الإختلاف في المتعاملين، فالنسبة للثلاثي الأول من سنة 2022 فقد بلغ عدد المشتركين للمتعاملين الثلاثة المعتمدين 47.671.484 مليون مستخدم، أما الثلاثي الثاني من سنة 2022 فقد بلغت النسبة 47.665.225 مليون مستخدم، وبلغت النسبة 48.504.701 مليون مستخدم في الثلاثي الثالث من ذات السنة، أما الثلاثي الرابع 2022 فكانت النسبة 49.018.766 مليون مستخدم.

كما بلغت النسبة 49.308.763 مليون مستخدم بالنسبة للثلاثي الأول من سنة 2023.

الفرع الثاني: جاهزية الجزائر لاستخدام قطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال

سنحاول في هذا الفرع القيام بتحليل واقع تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر والتعرف على مدى جاهزيتها، وعلى هذا الأساس سنعتمد على التقرير العالمي لتكنولوجيا المعلومات والإتصال الذي صدر عن المنتدى الإقتصادي العالمي في سنة 2016، وذلك عبر دراسة وتحليل الجاهزية الشبكية للجزائر ضمن مجموعة من المقاييس وهي المقاييس الجزئية والتي تضم مؤشرات البنية التحتية، مؤشر توافر تكنولوجيا الإعلام والإتصال من العائلة والأفراد، مؤشر استخدام تكنولوجيا الإعلام والإتصال من المشاريع و مؤشر خاص بقطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال، أما المقاييس المركبة فتضم مؤشر انتشار تقنية تكنولوجيا الإعلام والإتصال، مؤشر الإتاحة الرقمية، مؤشر الفرصة الرقمية و مؤشر تنمية تقنية المعلومات، ومن أجل قياس مؤشر تكنولوجيا المعلومات في أي بيئة، تستخدم بعض المقاييس التي قامت بها بعض المنظمات الدولية والإقليمية ومنها:

أولا: المقاييس الجزئية

والتي تضم

– مؤشرات البنية التحتية: والتي يتم فيها حساب عدد خطوط الهاتف وعدد المشتركين في خدمة الهاتف المحمول، وعدد أجهزة الحاسوب، وعدد المشتركين في الإنترنت، وعدد المشتركين في خدمة الإنترنت ذات السرعة العالية، في كل 100 شخص من السكان.

– مؤشر توافر تكنولوجيا الإعلام والإتصال من العائلة والأفراد: ويتم في هذا المؤشر حساب نسبة العائلات التي تستخدم الراديو وتلفاز وتمتلك خط هاتف ثابت وهاتف محمول وحاسوب وتمتلك إنترنت في المنزل، وكذا الأفراد الذين استخدموا حاسوب أو إنترنت أو أي أنشطة من خلال الإنترنت من أي مكان.

– مؤشر استخدام تكنولوجيا الإعلام والإتصال من المشاريع: وهي نسبة استخدام الحواسيب من قبل المشاريع وأصحاب المشاريع، وحساب نسبة المشاريع وأصحابها الذين يستخدمون الإنترنت، وكذا المشاريع التي تمتلك مواقع على الإنترنت وتستخدمها في البيع والشراء.

– مؤشر خاص بقطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال: وتتضمن قوة العمل المستخدمة في قطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال وقيمتها المضافة في قطاع الأعمال، وكذا نسبة الواردات ونسبة الصادرات.

ثانيا: المقاييس المركبة

والتي تضم:

– مؤشر انتشار تقنية تكنولوجيا الإعلام والإتصال: يقيس متوسط الإنجازات في:

1– الإتصالية: ويتم فيها قياس عدد مستخدمي الإنترنت، متوسط عدد الحواسيب وعدد خطوط الهاتف.

2– إمكانية الوصول: ويتم فيها قياس عدد مستخدمي الإنترنت، نسبة المقروئية، تكلفة المكالمات الداخلية وكذا متوسط نصيب الفرد الواحد من الناتج الإجمالي المحلي مقاسة بالدولار.

– مؤشر الإتاحة الرقمية: وهو قدرة الأفراد على الوصول إلى تكنولوجيا المعلومات ويتم فيها:

* عدد مستخدمي الهاتف الثابت والمحمول ونسبة مستخدمي الإنترنت العادي والسريع في كل 100 نسمة.
* الإستطاعة المادية (نصيب الفرد في استخدام الإنترنت في نصيبه من الداخل الإجمالي).
* المعرفة (نسبة البالغين الذين يعرفون القراءة والكتابة ونسبة المسجلين في المؤسسات التربوية).
* الجودة (متوسط الفرد من الإنترنت).

* مؤشر الفرصة الرقمية: هذا المؤشر يقوم بتحليل مجموعات مختلفة من المؤشرات وهي عدد اشتراكات الهاتف الثابت لكل 100 شخص في المجتمع، وعدد اشتراكات الهاتف الخلوي المحمول لكل 100 نسمة ، وعرض النطاق الترددي لكل مستخدم. يبحث مؤشر الفرص الرقمية أيضا في النسب المئوية للأسر التي لديها أجهزة كمبيوتر وإمكانية الوصول إلى الإنترنت.

* مؤشر تنمية تقنية المعلومات: وتتضمن البنية التحتية والتي تقاس بعدد خطوط الهاتف والمحمول لكل 100 نسمة، سعة الإنترنت ونسبة الإنترنت لكل منزل كما تتضمن نسبة الاستخدام والتي تقاس بعدد مستخدمي الإنترنت وعدد اشتراكات الإنترنت السريع والإنترنت السريع المحمول لكل 100

نسمة، وتتضمن المهارات والتي تقاس بنسبة البالغين الذين يعرفون القراءة والكتابة وعلى نسبة المسجلين في التعليم الثانوي والجامعي[1].

ولدراسة واقع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر، قام باحثان هما الدكتور أبوبكر الشريف خوالد والدكتور خير الدين محمود بوزرب بدراسة واقع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر; بالإعتماد على آخر تقرير عالمي لتكنولوجيا المعلومات (GITR, 2016) لتحليل مؤشرات الجاهزية الشبكية والذي كانت فيه الجزائر ضمن المراكز الأخيرة المتمثل في المركز 117 من بين 139 دولة، والدراسة منشورة في المجلة العربية للارشيف والتوثيق والمعلومات.

ثالثا: المؤشر الفرعي للبيئة العامة

حيث يعتمد على مؤشرين وهما مؤشر البيئة السياسية والتنظيمية ومؤشر مؤشر بيئة الأعمال والابتكار سنفصلهما كما يلي:

1- مؤشر البيئة السياسية والتنظيمية

حيث أظهرت النتائج ضعف في مجال البيئة السياسية والتنظيمية الداعمة لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر، حيث حلت في المركز 123 عالميا، وذلك بسبب التأخر فيما يخص القوانين المتعلقة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات حيث احتلت الجزائر المرتبة 123 و من حيث ونقص الفعالية في صنع القوانين حيث احتلت المركز 110، أما الإجراءات المتعلقة بتنفيذ العقود فتمثل عقبة للمستثمرين في الجزائر والتي تمتد إلى 630 يوم مقارنة كدولة مثل سنغافورة التي تقدر ب 150 يوم، كذلك احتلت الجزائر مراتب متأخرة في مجال الحماية الفكرية بالرغم من قيام الجزائر بإنشاء هيئتان متمثلتان في المعهد الوطني للملكية الصناعية وتوقيع الجزائر على بعض المعاهدات الدولية كمعاهدة التعاون الدولية بشأن براءات الاختراع سنة 2003 ومعاهدة WIPO بشأن حقوق المؤلف سنة 2014 وبروتوكول اتفاق مدريد بشأن التسجيل الدولي للعلامات سنة 2015، وكذا تشريع القانون 03-17 المتعلق بحقوق المؤلف والحقوق المجاورة والقانون 03-19 المتعلق ببراءة الاختراع، أما فيما يخص قرصنة البرامج فقد عرف ارتفاعا ملحوظا حسب دراسة أين صرح أكثر من 50 % من مستخدمي الحواسيب حصولهم على البرامج المعلوماتية بطرق غير قانونية.

2- مؤشر بيئة الأعمال والابتكار

أظهرت نتائج هذا المؤشر على نقص كبير في قطاع بيئة الأعمال والابتكار الداعمة لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حيث احتلت الجزائر 133 عالميا وهذا مرده لعدة أسباب من بينها المنافسة في مجال الإعلام والإتصال; الذي يشهد ضعفا في السوق الجزائرية، حيث تمركزت الجزائر في

1- مفيدة بن عثمان، زينب شطيبة، جاهزية قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الجزائر – دراسة مقارنة-، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، ص ص 170-171.

المرتبة 137 لعدة أسباب من بينها اعتماد الجزائر على الريع كمورد رئيسي في الناتج القومي، عدم الإستقرار السياسي والإقتصادي الذي تشهده الجزائر، سيطرة القطاع العمومي على قطاع الإعلام والإتصال; ما جعل مردودية القطاع الخاص ضعيفة وأسباب أخرى، كذلك من بين الأسباب الأخرى; الضرائب المرتفعة حيث قدرت أكثر من 72.70 %، وهذا ما تشهده إجراءات النشاط التجاري من بطء في التنفيذ المقدر ب 20 يوم عكس دول أخرى.

رابعا: المؤشر الفرعي للإستعداد: ويتضمن

1- مؤشر البنى التحتية

أظهرت النتائج أن الجزائر حققت نتائج أقل من المتوسطة في هذا المؤشر المتعلق بالبنى التحتية التي تدعم لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حيث جاءت في المركز 80 عالميا ويرجع ذلك للأسباب الآتية:

حيث أن نسبة استخدام شبكة الهاتف النقال بلغت 99 %، كذلك كانت الجزائر في المرتبة 72 من حيث الإنترنت السريع والتي بلغت 32.9 كيلو بايت/ الثانية لكل مستخدم وهي نسبة متوسط، كما احتلت الجزائر المرتبة 86 عالميا في مجال إنتاج الكهرباء حيث قدرت ب 1568.4 كيلو واط ساعي لكل مستخدم، وهي مرتبة متوسطة نسبيا، أما فيما يخص توفر الخوادم الآمنة، حيث احتلت الجزائر فيما المرتبة 122 ويعد هذا مركز ضعيف بالمقارنة مع دول أخرى.

2- مؤشر القدرة على تحمل التكاليف

أظهرت النتائج أن الجزائر حققت نتائج أقل من المتوسط في مجال القدرة على تحمل التكاليف المرتبطة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حيث تمركزت 99 عالميا للأسباب التالية:

احتلال الجزائر المركز 79 عالميا فيما يخص تعريفات الهواتف النقالة المدفوعة، وجاءت في المرتبة 101 فيما يخص تعريفات الإنترنت الثابتة العريضة النطاق بمعنى تكلفة الإنترنت في الجزائر تعتبر باهظة وتقدر ب 49.98 دولار يدفعها الفرد الجزائري شهريا مقارنة بدول المغرب العربي كتونس مثلا والتي يدفع فيها الفرد 15.08 دولار شهريا، أما في مجال التنافسية لخدمة الإنترنت فقد احتلت الجزائر المركز 107 عالميا.

3- مؤشر المهارات

أظهرت نتائج المهارات الداعمة لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر كانت أقل من المتوسط حيث حلت في المركز 89 عالميا للأسباب التالية:

- أن معدل الإلتحاق بالتعليم جاءت النسبة فيه 99.90 % أي في المرتبة 42 عالميا، نظرا لحرص الدولة على مجانية التعليم وكذا الميزانية التي تم رصدها، كذلك نسبة المقروئية التي بلغت 80.2 % بين البالغين، أما بالنسبة للجودة في مجال التعليم فكان مركز الجزائر في مراكز متأخرة وخاصة

مقاييس الرياضيات والعلوم بسبب انتهاج الجزائر لسياسية غير مستقرة وكذا التركيز على الكم على حساب النوعية ومشاكل أخرى.

خامسا: المؤشر الفرعي للاستخدام

1- مؤشر الاستخدام الشخصي

أظهرت نتائج الاستخدام الشخصي لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات; كانت ضعيفة حيث احتلت فيها الجزائر المرتبة 103 عالميا للأسباب الآتية:

استخدام الأفراد للإنترنت ضعيف حيث بلغ 18.1 % بسبب قلة امتلاك الأسر لجهاز الكمبيوتر ما أدى إلى انخفاض اشتراكات في خدمات الإنترنت، وفيما يخص استخدام الهواتف النقالة فقد بلغت الجزائر 92.90 اشتراك لكل 100 شخص، ما يعنى المركز 105 عالميا، وبالنسبة لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي حلت الجزائر في المركز 126 عالميا.

2- مؤشر استخدام المنظمات

لقد أظهرت نتائج استخدام المنظمات لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والتي جاءت في المركز 133 عالميا لعدة أسباب من بينها نقص اعتماد المؤسسات الجزائرية على تقنية المعلومات والدليل احتلالها المرتبة 136 عالميا وكذا نقص التكوين الذي يشهده العاملين على مستوى المنظمات والمؤسسات في مجال تكنولوجيا المعلومات والإتصال، أما من ناحية الإبتكار فقد جاءت الجزائر في المركز 126 نتيجة عدم وجود رؤية واضحة واستراتيجية لتبني الأفكار الجديدة، وعلى هذا الأساس فقد احتلت الجزائر المركز 89 عالميا فيما يخص براءات الإختراع وهذا ما يعكس حال الإبتكار في الجزائر.

3- مؤشر استخدام الحكومة

احتلت الجزائر المرتبة 130 عالميا من حيث استخدامها لتكنولوجيا المعلومات والإتصال، وهذا ما يدل على عدم الجدية في تبني هذه التقنيات وهناك أسباب أخرى نذكر منها التأخر الذي يشهده تجسيد مشروع الحكومة الإلكترونية وكذا ضعف الخدمات الإلكترونية المقدمة مقارنة بالدول الأخرى ومستوى اللاواعي للأفراد في قبول المعاملات النقدية الرقمية واقتصاره على المعاملات النقدية التقليدية.

سادسا: المؤشر الفرعي للتأثير

أظهرت النتائج أن الجزائر كانت ضمن المراتب الأخيرة حيث احتلت المرتبة 129 للأسباب التالية:

1- مؤشر التأثيرات الاقتصادية

أظهرت النتائج في مجال التأثيرات الاقتصادية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر عدة نقائص حيث احتلت الجزائر المركز 124 لعدة أسباب منها: الإستخدام الضئيل لتكنولوجيا المعلومات والإتصال في مجال الخدمات وقطاع تقديم المنتجات وكذا المنظمات الاقتصادية حلت

الجزائر في المرتبة 133 عالميا، والضعف الكبير في مجال الإبتكار في قطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال.

2- مؤشر التأثيرات الاجتماعية

أظهرت نتائج التأثيرات الاجتماعية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر حلولها المركز 132 عالميا وهو ما يعكس ضعفها للأسباب التالية:

- أن المشاركة الالكترونية التي تشهد إقبالا ضعيفا من جهة المواطنين ومن الجهة الحكومية; من حيث صناعة القرار، وكذا عدم استفادة الكثير من المؤسسات التعليمية من خدمة الإنترنت وهي تحتل عالميا المرتبة 128 عالميا; وأيضا الخدمات التي مازالت تعتمد على الوسائل التقليدية وقد احتلت المركز 124 عالميا وهي تعتبر نتيجة جد ضعيفة بالمقارنة مع دول المغرب العربي[1].

المطلب الثاني: آليات الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر

عرفت المادة 34 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة الوقاية بأنها[2]:

الوقاية هي كل الأعمال الرامية إلى :

- التقليص من أثر محددات الأمراض،
- و/أو تفادي حدوث أمراض،
- إيقاف انتشارها و/أو الحد من آثارها.

فتكون بذلك الوقاية حسب القانون الصحي الجزائري تهدف إلى التقليص من أثر محددات الأمراض وتفادي حدوثها، والعمل على منع انتشارها باكتشاف علامتها بصفة مبكرة، و في حالة سبق حدوث هذه الأمراض، العمل على الحد من آثارها بهدف تجنب آثارها السلبية، وتذكرنا مقتضيات هذه المادة أيضا بالتعريف الذي تطرقت إليه منظمة الصحة العالمية للوقاية، حيث صنفت الوقاية إلى ثلاثة أنواع في تعريفها، على أنها مجموع النشاطات الهادفة إلى ترقية الصحة الفردية و الجماعية بهدف ضمان الكمال الجسدي و العقلي للإنسان و كذا تطوير قدراته الحيوية كالإبداع و الرغبات و علاقته الإيجابية بمحيطه من جهة ، و من جهة أخرى العمل على خفض المخاطر التي تستهدفه في جسده و في محيطه الفيزيائي والبسيكولوجي و الاجتماعي.

1- أبوبكر الشريف خوالد، خير الدين محمود بوزرب، واقع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر، دراسة وصفية تحليلية باعتماد منهجية تقرير تكنولوجيا المعلومات العالمي، المجلة العربية للأرشيف والتوثيق والمعلومات، س 22، ع 43 (يونيو 2018)، ص ص 275-291.

موقع المجلة:

https://ajadi.weebly.com/uploads/8/6/6/1/86616634/r-7.pdf

2- المادة 34 من القانون 18-11، مرجع سابق، ص 7.

وفي تعريف آخر للوقاية، هي التعرف على المشكلات الصحية التي يمكن أن تؤدي الجهود الوقائية من أجلها إلى استخدام أكثر ملائمة للخدمات الصحية وتحسين الحالة الصحية سواء بالنسبة للأفراد أو لجميع السكان، ومن هنا تظهر أهمية نمط الحياة والسلوك الشخصي في تحسين الحالة الصحية الشخصية وفي الحفاظ على الصحة والأداء الجسدي والعقلي[1].

أما الوقاية من الأمراض; فتعني الوقاية المبكرة والأولية من أجل تقليل عبء الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بها; وهي تعتمد على السكان وعلى الأفراد، كما تنقسم الوقاية على قسمين أولية وتعني تجنب ظهور أحد مظاهر المرض ووقاية ثانوية; وهي الاكتشاف المبكر عندما يؤدي ذلك إلى تحسين فرص النتائج الصحية الإيجابية[2].

الفرع الأول: الوقاية من خلال التوعية

أولا: مفهوم التوعية الصحية

– هي جزء مهم من الرعاية الصحية التي تعتني بتحسين السلوك الصحي الناجح والفعال الذي يجعل المعلومات المعطاة سهلة الفهم والاستخدام في الحياة اليومية مما يغير أو يعدل من العادات الصحية للشخص و المجتمع نحو الأفضل[3].

– هي مجموعة من الأنشطة التواصلية والإعلامية والتربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي لإطلاع الناس على واقع الصحة، وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية، والوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع ومن ثقافته[4].

ويقصد بالتوعية الصحية إجرائيا تربية أفراد المجتمع وإحاطتهم علما بالمعلومات والحقائق الصحية والخبرات اللازمة ورفع مستواهم الصحي والاجتماعي وإحساسهم بالمسؤولية تجاه صحتهم وصحة غيرهم وممارستها عن قناعة انطلاقا من عقيدتهم وقيمهم وثقافتهم لضمان استمرارية وسلامة المجتمع[5].

1– موقع webmedy، أهمية الوقاية الصحية وتعزيزها، مقال منشور بتاريخ 23 يناير 2022.

تاريخ الزيارة: 2023/09/01.

https://webmedy.com/blog/ar/importance-of-health-prevention-and-promotion/

2– موقع webmedy، مرجع سابق.

3– رشا عبد الحليم الخطيب، اتجاهات الجمهور الأردني نحو البرامج الصحية في الإذاعة الأردنية، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإعلام، كلية الإعلام، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2015، رسالة ماجستير، ص 28.

4– توفيق أحمد خوجة، الرعاية الصحية الأولية، مطابع الفرزدق، الرياض، 2001، ص 57.

5– خالد أونيسي، تأثير الفايسبوك على التوعية الصحية الأسرية في ظل انتشار فيروس كورونا كوفيد 19، دراسة ميدانية لعينة من أرباب الأسر بولاية سكيكدة، مجلة المعيار، مجلد 26، العدد 4، (رت 66)، 2022، ص 1011.

– وهي مجموعة من الأنشطة الذي تصدره الجهات الرسمية أو أخرى مجتمعية عبر العديد من الوسائط عن طريق بالاتصال وله علاقة بالتوعية، ومن أجل تفعيل هذا النشاط لابد من إبراز المعارف والمهارات لتغيير السلوك الصحي لأفراد المجتمع لرفع مستوى الوعي الصحي لديهم وتذليل أميتهم الصحية، ومن أجل إنجاح هذه الإستراتيجية لابد من تحديد خصوصية الفئة المستهدفة واستخدام الأسلوب العلمي المدروس، ويشترط لنجاحها تضامن وتكاتف مختلف جهود الجهات الرسمية ومؤسسات التنشئة الاجتماعية لضمان فعاليتها واستمراريتها[1].

– وهي عمل علمي وفني مخطط يعتمد على نشر الحقائق العلمية المكتسبة، تهدف إلى تمكين أفراد المجتمع من الإلمام بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال غرس ونشر الممارسات الصحية السليمة، وتولد لدى أفراد المجتمع رغبة في الاستطلاع وتغرس فيهم حب اكتشاف المزيد كون الصحة موضوع يتسم بالنشاط والتطور المتسارع[2].

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية التوعية الصحية بأّنها عملية تربوية تتحقق عن طريقها تغيير مفاهيم واتجاهات السلوك الصحي للشعب، الأمر الذي يؤدي إلى الوقاية من الأمراض والمحافظة على الصحة وتحسينها والعودة للصحة سريعا في حالة المرض بدون مضاعفات أو بأقل ما يمكن من المضاعفات; وتعمل على إشراك الأفراد والشعب إيجابيا في حل مشاكله الصحية وإشراكه فيما يقدم له من خدمات[3].

وهي عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم، اتجهاتهم وسلوكياتهم الصحية نحو الأفضل، من خلال الندوات، اللقاءات، المؤتمرات ومختلف الوسائل الإعلامية والوسائط التكنولوجية[4].

أما الإعلام الصحي فهو مفهوم متشابك ومتداخل يمتاز بالشمولية والتكامل; ويعني مجموعة من التداخلات البرامجية التي تتميز بالشمول والتكامل والتي تهدف إلى تعزيز وتحقيق عملية تغيير المواقف والسلوكيات لدى جمهور معين باستخدام مزيج التقنيات والمنهجيات والعمليات الإعلامية بطريقة مرنة تتسم بالمشاركة ومن خلال طرق بحثية منظمة ودقيقة[5].

1– صدام رايس، التواصل، التوعية الصحية واشكاليات السياق إطار تحسين فاعلية التواصل في مجال التوعية الصحية، المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 90 /العدد (02) (2021)، ص 164.

2– عبد الرزاق الديلمي، الإعلام المتخصص، د ط، عمان، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص 225.

3– محمد الحفناوي، الصحافة والتوعية الصحية، د ط، مصر، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، 2014، ص 134.

4– جمال الدين مدفوني، مواقع التواصل الاجتماعي والتوعية الصحية من مخاطر فيروس كورونا دراسة ميدانية على عينة من المستخدمين في الجزائر، مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية، العدد 05، المجلد 03، السنة 2020، ص 535.

5– بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، ط 1، عمان الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2012، ص 93.

والإعلام الصحي عبارة عن دراسة الاستراتيجيات الاتصالية واستخدامها من أجل إعلام الفرد والمجتمع، وذلك بهدف التأثير في القرارات المتعلقة بالصحة، وخاصة في السياق العام للتركيز على دراسة البيئة، والتأثيرات الاجتماعية والنفسية على السلوك والصحة[1].

للإعلام دور فعال وحيوي في معالجة المشكلات الاجتماعية التي تنتشر في المجتمع; وهذا الدور الفعال يتمثل في معالجة الظواهر السلبية وخاصة الصحية منها.

لقد أسهم التقدم التكنولوجي والتطّورات التقنية الكبيرة في زيادة دور الإعلام وخاصة الجديد منه في تغيير نمط الحياة الإنسانية، سياسيا، اقتصاديا، اجتماعيا، ثقافيا وصحيا، كذلك كما تعد وسائل الإعلام مصدرا مهما من مصادر التوجيه والتثقيف في أي مجتمع، وهي ذات تأثير كبير في جماهير المتلقين المختلفين، المختلفين في اهتماماتهم وتوجهاتهم الفكرية الأكاديمية والاجتماعية[2].

ولقد تطورت وسائل الإعلام، خاصة بعد استخدامها للتكنولوجيا وبالتالي زادت تأثيرها سواء من حيث الإنتشار أو الفاعلية، وقد سبب هذا التطور في مجال التوعية والتثقيف نظراً لقدرتها في الوصول إلى فئات متعددة ومختلفة من المجتمع، كما ساهمت في قيادة برامج التوعية المنظمة من خلال بثها في وقت واحد ولملايين البشر مما يمكنها من ربط المجتمع صحياً واجتماعياً وثقافياً مع بعضه البعض[3].

إن وسائل الإعلام تلعب دورا مهما في تشكيل الوعي لدى أفراد المجتمعات سواء في مجال تزويده بالمعلومات السليمة عن مجمل القضايا، أو في تشكيل الاتجاهات والمواقف المختلفة، فالإعلام هو ضمير المجتمع بجميع فئاته، ودوره هام في تعزيز المعرفة لدى الجمهور، وذلك من خلال الحملات الإعلامية والتوعية الهادفة التي تؤدي إلي زيادة إدراك المواطنين للمشكلات المختلفة، مع إبراز الدور الفعال الذي يمكن أن يؤديه المجتمع في التعامل مع العديد من الموضوعات التي يطرحها[4]، كذلك تعد وسائل الأعلام المرآة العاكسة لصور المجتمع ولنشاط أفراده اليومي والمستمر

1- رجم جنات، حملات التوعية الصحية، في مجال التدخين بين النظرية والتطبيق، دراسة ميدانية للحملة الإعلامية الخاصة بديوان مؤسسات الشباب لولاية سطيف، مجلة دراسات وأبحاث، المجلة العربية في العلوم الإنسانية، مجلد 13 عدد 1 جانفي 2021 ، ص 410.

2- مصعب عبد السلام المعايطة، رسالة ماجستير بعنوان : دور التلفزيون الأردني في التثقيف الصحي، دراسة في برنامج "صحتك بالدنيا، رسالة قدمت استكمالا للمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، جامعة البترا، كلية الآداب والعلوم تخصص الصحافة والإعلام، 2013-2014، ص 33.

3- باريان، أحمد، دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودي، 2005، ص 11.

4- الأزهر ضيف، التوعية الإعلامية ودورها في مكافحة المخدرات والوقاية منها، مجلة المجتمع والرياضة، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، المجلد 1، العدد 2، ديسمبر 2018، ص 139.

وبذلك يقع على عاتق هذه الوسائل المتنوعة مسؤولية كبيرة وتبعية لأي اختلال أو تغيير في التوازن الحضاري بصفته العامة والخاصة.

كما تؤدي وسائل الإعلام وظيفة من أجل خدمة المجتمع بحيث يكون له القدرة في التحضير الفكري والثقافي وبما يؤهلها بان تبلور قيما ومبادئ لدى جميع فئات المجتمع وشرائحه المختلفة وبالشكل الذي يتناسب مع ظروف ومعطيات ذلك المجتمع[1].

ويعد موضوع الصحة العامة والسلوكات الصحية للمواطنين من المواضيع التي تحظى بأهمية كبرى على جميع المستويات السياسية والاجتماعية والثقافية والإعلامية، باعتبار أن الكثير من المشكلات الصحية هي نتاج سلوك خاطئ تحركه ثقافة صحية غير سليمة.

أما في يتعلق بالتوعية والتثقيف الصحي; فلم يعد هذا الميدان خاص بالباحثين والمختصين في الصحة فحسب، بل حدث تزاوج بينها وبين تخصص الإعلام والإتصال مثلما حدث مع الكثير من التخصصات الأخرى، وأضحى تكنولوجيا الإعلام والإتصال منبر لنشر الوعي والتثقيف الصحي ونشر المعرفة والوعي وتعزيز السلوك الصحي السليم، عبر مختلف وسائلها وتكنولوجياتها، وبالتالي فإن هدف برامج التوعية الصحية هو التطرق لقضايا الصحة والمرض، وبلورة الرسائل بطريقة ذات صبغة توعوية، وبالتالي التأثير على الصحة بطريقة إيجابية، وذلك في محاولة تغيير سلوك أفراد المجتمع عن طريق استغلال تكنولوجيا الإعلام والاتصال لزيادة التوعية بالأضرار الصحية التي تلحق بهم عن طريق توفر جهاز إعلامي متخصص يقوم بعملية توجيه من خلال تشخيص المشكلات وإيجاد حلول لها بطريقة موضوعية، عن طريق الربط بين تكنولوجيات الحديثة لنشر الوعي الصحي.

إن فكرة الارتقاء بالصحة لم تعد ذلك المفهوم التقليدي المنطوي على تقديم الخدمات الصحية التي تتم على مستوى المؤسسات الصحية والمؤسسات ذات الصلة، بل تطورت هذه الفكرة وأصبحت تتم عبر وسائل حديثة لها علاقة بالإعلام فيما يسمى التوعية وطرح القضايا وخاصة الصحية منها الذي يلتف حولها أفراد المجتمع، والجزائر كغيرها من دول العالم ليست بمنأى عن هذه التغيرات التي أفرزها التقدم التكنولوجي والتطّورات التقنية.

وبما أن الإعلام تطور وأصبح يعتمد على وسائل تكنولوجية حديثة بما يسمى الإعلام الإلكتروني وتجاوز الدور الإخباري الذي يتبناه الإعلام التقليدي كما ساهم بتوفير عنصر التواصل والتفاعل بين الناس للمشاركة بأنفسهم وبمختلف مستوياتهم الثقافية في صنع الخبر ونشره بأقصى سرعة عكس ما يقوم به الإعلام التقليدي.

ثانيا: التوعية الصحية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي

1- الأزهر ضيف، نفس المرجع، ص 139.

لقد اوجد التقدم الهائل في تكنولوجيا الإعلام والإتصال نوعا جديدا من التواصل الاجتماعي بين أفراد المجتمع في فضاء افتراضي، عمل على إحداث تغيير في علاقات الأفراد الاجتماعية وأشكال تفاعلهم وأساليب تواصلهم وسمي هذا النوع من التواصل بمواقع التواصل الاجتماعي[1].

وتعتبر مواقع التواصل الاجتماعي من أهم الظواهر الاتصالية في القرن الواحد والعشرين حيث تشهد انتشارا واسعا واستخدامات متعددة من طرف المؤسسات والتنظيمات والجماعات والأفراد، حيث تعتبر بديلا منطقيا للقنوات الإعلامية التقليدية وذلك لما تقدمه من أخبار سريعة ومستجدات وعلى المباشر في ظل تفاقم الأزمات في الكثير من مناحي الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية وخاصة الصحية منها تجعل الأفراد ينحازون لهذه المواقع، لتجد المؤسسات الرسمية نفسها مجبرة على تبنيها.

كما عرف وليد رشاد زكي مواقع التواصل الاجتماعي على أنها شبكات عالمية تتيح الفرصة للتواصل بين الأفراد عبر العالم من خلال الفضاء المعلوماتي، تضم في رحابها ملايين البشر، ويمكن من خلالها مشاركة الاهتمامات وتكوين صداقات وإقامة الصفقات وغيرها من أوجه التفاعل التي تتم في محيطها[2].

هي منظومة من الشبكات الإلكترونية التي تسمح للمشترك فيها بإنشاء الموقع الخاص ومن ثم ربطه عن طريق نظام اجتماعي الكتروني مع أعضاء آخرين لديهم الاهتمامات والهوايات نفسها[3].

كما تعتبر شبكات التواصل الاجتماعي خدمات تستند إلى الشبكة وتمكن المستخدمين من مشاركة المحتوى بعضهم مع بعض سواء كان ذلك عبارة عن أخبار أو رسائل أو صور أو مقاطع فيديو، ومن أشهر هذه الوسائل في العالم الناطق باللغة الإنجليزية (يوتيوب YouTube، ديغ Digg، تويتر Twitter، فيسبوك Facebook وجوجل بلس +Google)، أما في مجتمعات الشرق الأوسط فإن أشهر هذه الوسائل (فيسبوك Facebook، واتساب Watsapp، يوتيوب YouTube، تويتر Twitter)[4].

1- سليمة قاصدي، مساهمة الفايسبوك في ترسيخ ثقافة التغذية الصحية لدى الشباب الجزائري (دراسة استطلاعية، المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات، المجلد 05، العدد 02، أفريل 2022، ص 105.

2- جبريل بن حسن العريشي، سلمى بنت عبد الرحمان محمد الدوسري، الشبكات الإجتماعية والقيم، "رؤية تحليلية" ط 1، الدار المنهجية للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص 24.

3- زاهر راضي، استخدام مواقع التواصل الاجتماعي في العالم العربي، مجلة التربية، ع 15، جامعة عمان الأهلية ،عمان الأردن، 2003، ص 23.

4- فيصل محمد عبد الباري توتو، دور شبكات التواصل الاجتماعي في التوعية الصحية حول فيروس كورونا، دراسة سوسيولوجية لعينة من المستخدمين في السودان، مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، المجلد 3، العدد 02، 2023، ص 13.

ويعتبر موقع الفيسبوك أهم هذه المواقع الإجتماعية والذي يعرف نموا سريعا وتطورا هائلا وتزايدا في الإقبال على استخدامه وتلقي مضامينه والتفاعل بين مستخدميه لما يوفره من بدائل سريعة من قبل الأفراد والمؤسسات كما يعتبر الموقع الأكثر استعمالا في الجزائر.

ويعرف في قاموس الإعلام على انه "موقع خاص بالتواصل أسس عام 2004، ويتيح نشر الصفحات الخاصة profils، وقد وضع في البداية لخدمة الطلاب الجامعيين وهيئة التدريس والموظفين، وانتشر فيما بعد ليشمل كل الأشخاص[1].

مثلما تم الإشارة سابقا فقد فأصبحت المؤسسات الرسمية في الجزائر تعتمد على مواقع التواصل الاجتماعي في نشاطها أكثر من اعتمادها على مواقعها الرسمية، والدليل أن المتصفح لمواقع التواصل يجدها أكثر فعالية ونشاط من حيث المعلومات، المستجدات وجميع الأخبار والأرقام والإحصائيات الخاصة بالصحة وعلى مدار الساعة، أما المواقع الرسمية فانحصر دورها وتقلص وأصبحت صفحة الموقع الرسمي تحوي معلومات خاصة بالقوانين المنظمة لنشاط هذه المؤسسة أو على هيكلها الداخلي وأحيانا تجد الموقع مغلقا أو متوقف بسبب الصيانة أو بسبب عدم تجديد الوزارة الوصية اشتراكات استضافة الموقع.

وهذه بعض مواقع الوزارات والمديريات الجزائرية والتي علاقة بالصحة على موقع الفايسبوك:

وزارة البيئة والطاقات المتجددة:

https://www.facebook.com/www.meer.gov.dz/

وزارة الصحة الجزائر:

https://www.facebook.com/SanteDZA/?locale=ar_AR

المديرية العامة للجمارك الجزائرية:

https://www.facebook.com/douane.dgd/?locale=ar_AR

الفرع الثاني: الوقاية من خلال مكافحة الجريمة الإلكترونية

عرفت السنوات الأخيرة من القرن العشرين ثورة جديدة متعلقة بثورة الاتصال والمعلومات وهي ثورة تستخدم فيها أجهزة الحاسب الآلي والهواتف النقالة والألواح الذكية، هذه الأجهزة عند ارتباطها بشبكة الانترنت تعتبر وسيلة مثلى في الاتصال ونقل المعلومات على مستوى عالمي.

إلا أن هذا التطور في عالم التقنية ونقل المعلومات كان له جانب سلبي آخر انعكس على الهدف الذي أنشأت من أجله هذه التقنية، حيث ظهرت جرائم من نوع آخر تسمى الجرائم الإلكترونية حيث تخطت هذه الأخيرة الحدود الوطنية وأصبحت جرائم ذات بعد عالمي، وتعتبر مثل غيرها من الجرائم الأخرى، إلا أنها تختلف عنها في طرقها ومضمونها وشكلها وأداتها المستعملة ومكانها،

1- وليد عبدلي، بشرى برش، أثر الإعلانات الإلكترونية عبر موقع الفايسبوك في قيم الطلبة الجامعيين الجزائريين، محكمة الحكمة للدراسات الإعلامية والإتصالية، المجلد 7، العدد 1، 2019، ص 164.

واستخدام آخر ما توصلت إليه العلوم التقنية والتكنولوجية، حيث يقوم فيها المجرم بالفعل الإجرامي عن بعد باستخدام الأجهزة التقنية مضاف إليها شبكات الاتصال.

وهذه الحرب كما يطلق عليها بعض الفقهاء هي بديل للحرب التقليدية التي باتت تكلف مبالغ باهضة و خسائر كبيرة في الأرواح و العتاد. وتستهدف الجريمة الالكترونية جميع الدول دون استثناء حيث يعمل بها شخص واحد أو مجموعة أفراد متواجدون في مكان واحد أو في عدة أماكن ويعملون بالتنسيق فيما بينهم ويستخدمون أجهزة الكمبيوتر أو ألواح الذكية وأحيانا الهواتف الذكية، تكون مرتبطة بشبكة الإنترنت وتحتوي تطبيقات يتم برمجتها أو شراؤها فتقوم هذه التطبيقات بالتجسس عن طريق اكتشاف الثغرات الأمنية وتجاوزها لبرنامج تشغيل الجهاز وتعمل بما يسمى حصان طروادة وترسل إلى البريد الالكتروني أو تعمل كتطبيقات خبيثة للشخص المستهدف وبمجرد النقر عليها يتم الوصول إلى ملفات شخصية أو ملفات أخرى حساسة، هذا التجسس يشكل خطرا على الأفراد كما يشكل تهديدا على اقتصاديات الدول و أمنها.

أما الهدف من هذا من الجرائم هو الإبتزاز أو التحايل أو سرقة الأرصدة المالية من أصحابها وسرقة المعلومات أو البرامج عن طريق قرصنتها واعتداء على الملكية الفكرية ونشر فيروسات لتدمير النظم المعلوماتية وإتلاف البرامج وتزوير المستندات ومهاجمة المراكز المالية والبنوك ونشر الشائعات والرذيلة والإباحية.

أما على مستوى المؤسسات وبعد تحولها إلى التعاملات الإلكترونية واستخدامها لشبكة الإنترنت في إنجاز معاملاتها وخاصة المالية منها فلم تسلم هي كذلك من هذا النوع من الجرائم.

وهناك ما يسمى بالحروب السيبرانية والتي هدفها هو التجسس على أمن الدول كالمحاولة للإطلاع على الملفات العسكرية .

كما تتميز الجريمة الالكترونية في كونها لا يكون فيها عنف حيث لا يخلف المجرم فيها أثرا ماديا وراءه، الأمر الذي يصعب على السلطات المختصة الوصول إليه، كما يتميز المجرم الالكتروني عن المجرم التقليدي في كونه حاصل على تكوين عالي في مجال التقنية وبرمجة التطبيقات.

والجزائر وكغيرها من الدول ليست بمنأى عن الجريمة الإلكترونية والذي يكون أفرادها من جهات خارج الوطن أو داخله، فكان لزاما على المشرع الجزائري التدخل لاحتواء هذه الظاهرة وسن آليات قانونية في هذا الخصوص، وكذا تنفيذ التزاماتها بعد المصادقة على الإتفاقيات الدولية التي وقعتها.

لقد كشفت بيانات وأرقام عالمية تزايد الجرائم الالكترونية في مختلف أنحاء العالم، مع التوسع المتزايد لاستخدام الانترنت والأجهزة الذكية، وأظهرت دراسات في الموضوع أن مواقع التواصل الاجتماعي هي الأكثر اختراقا.

كما أن الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال; هي ظاهرة إجرامية حديثة النشأة وتطبيق القانون عليها أثاء الكثير من المشكلات القانونية، وقد انقسمت الآراء بين مؤيد ورافض، فالمؤيدون لتجريم هذا الفعل يرون أنه يمكن تطبيق النصوص التقليدية عليها، أما الرافضون للتجريم، فقد اعتبروا أن هذه الأفعال لم ترد نصوصا تجرمها وبالتالي العمل بمبدأ لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص.

ومن بين الآليات المعتمدة في كشف وجمع الأدلة على وقوع الجريمة في الجزائر هي مراقبة الاتصالات الإلكترونية التي لجأت لها جهات التحقيق حيث يقوم بها أفراد مختصون في الإعلام الآلي تسمى فرقة مكافحة الجرائم المعلوماتية تابعة لمصلحة المركزية لمكافحة الأمن المعلوماتي.

أولا: مفهوم الجريمة الالكترونية

تعتبر الجريمة الإلكترونية من الجرائم الحديثة نسبيا، التي تنشأ عن استخدام التقنيات المعلوماتية، بطريقة غير قانونية للاعتداء وسرقة أي شيء من أموال، مستندات، معلومات أو أشياء شخصية لاستعمالها في الابتزاز كالصور الشخصية، وباعتبارها حديثة النشأة لا يوجد اتفاق لإعطاءها تعريف محدد من طرف الباحثين، فلا يمكن حصر تعريفها نظرا لاستمرارية تطورها السريعة، وعلى هذا الأساس تعددت تعريفاتها ومن بينها:

كل فعل أو امتناع من شأنه الاعتداء على الأموال المادية والمعنوية يكون ناتجا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في تدخل التقنية المعلوماتية[1].

الجرائم التي تلعب فيها بيانات الكمبيوتر والبرامج المعلوماتية دورا هاما، أو هي فعل إجرامي يستخدم الحاسب الآلي في ارتكابه كأداة رئيسية[2].

وجاء في توصيات مؤتمر الأمم المتحدة العاشر لمنع الجريمة ومعاقبة المجرمين المنعقدة في فيينا سنة 2000 تعريف الجريمة الإلكترونية كما يلي " يقصد بالجريمة الإلكترونية أي جريمة يمكن ارتكابها بواسطة نظام حاسوبي أو شبكة حاسوبية، أو داخل نظام حاسوبي، والجريمة تلك تشمل من الناحية المبدئية جميع الجرائم التي يمكن ارتكابها في بيئة الكترونية[3].

وفيما يتعلق بأصحاب الإتجاه الفني يعرفونها بالنشاط الإجرامي الذي تستخدم فيه تقنية الحاسب الآلي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كوسيلة أو هدف لتنفيذ الفعل الإجرامي المقصود.

1- سعيدة بوزنون، مكافحة الجريمة الالكترونية في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، كلية الحقوق جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، عدد 52، 2019، ص 49.

2- سليمة ذياب، الجريمة الإلكترونية: الأسس والمفاهيم، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، العدد 13، 2020، ص 10.

3- سليمة ذياب، المرجع نفسه، ص 11.

أما أصحاب الإتجاه القانوني، فيذهبون إلى أن تعريف الجرائم الإلكترونية يتطلب تعريف المفردات الضرورية المتعلقة بارتكاب جرائم الحاسب الآلي وهي "الحاسب الآلي، برنامج الحاسب الآلي، البيانات، الممتلكات، الدخول والخدمات الحيوية[1].

وفي تعريف آخر هي أية جريمة يكون متطلبا لاقترافها أن تتوفر لدى فاعلها معرفة بتقنية الحاسب، وفي ذات الاتجاه عرفها الدكتور هشام فريد رستم بأنها أي فعل غير مشروع تكون المعرفة بتقنية المعلومات أساسية لمرتكبه كما عرفت الجريمة المعلوماتية بالقول هي كل سلوك غير مشروع أو غير أخلاقي أو غير مصرح به يتعلق بالمعالجة الآلية للبيانات أو نقلها[2].

الجريمة الالكترونية هي عبارة عن نشاط غير مشروع الموجه لنسخ أو تغير أو حذف أو الوصول إلى المعلومات المخزنة داخل الكمبيوتر أو تلك التي يمكن تحويلها عن طريقه[3].

أما الفقه الجزائري فقد عرفها كما يلي: " بأنها الجريمة التي تتم باستخدام جهاز الكمبيوتر من خلال الاتصال[4].

كما جاء في تعريف المؤتمر العاشر للأمم المتحدة لمنع الجريمة حول جرائم الحاسب الآلي وشبكاته إذ عرف الجريمة المعلوماتية بأنها جريمة يمكن ارتكابها بواسطة نظام حاسوبي أو شبكة حاسوبية، أو داخل نظام حاسوبي وتتمثل من الناحية المبدئية، جميع الجرائم التي يمكن ارتكابها في بيئة إلكترونية[5].

أما التشريع الجزائري فقد جاء في القانون رقم 04-15 المتضمن تعديل قانون العقوبات، الذي نصت أحكامه في القسم السابع مكرر على المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات، ثم تلاه بالقانون 09-14 الذي يتضمن القواعد الخاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال ومكافحتهما.

1- تعريف الجريمة الإلكترونية في القانون 15-04 المؤرخ في 10 نوفمبر 2004 للتشريع الجزائري

1- قادة بن عبد الله نوال، بن حمو محمد، الجريمة الإلكترونية، قراءة سوسيولوجية لأهم النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي، مجلة روافد، للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 06، ديسمبر 2022، ص 665.

2- لخضر سلامي، ضحايا الجريمة الإلكترونية عبر مو اقع التواصل، الفايسبوك أنموذجا، مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف، المجلد 06، العدد 01، 2021، ص 192.

3- شاين نوال، الجريمة الإلكترونية في التشريع الجزائري، ماهيتها، موضوعها، خصائصها، ومظاهر تحدياتها، مجلة سوسيولوجيا، الملجد 06، العدد 02، 2022، ص 64.

4- راضية عيمور، الجريمة الإلكترونية وآليات مكافحتها في التشريع الجزائري، المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية، المجلد 06، العدد 01، 2022، ص 91.

5- راضية عيمور، المرجع نفسه، ص 91.

من خلال هذا القانون، حدد في القسم السابع مكرر من المادة 394 مكرر إلى المادة 394 مكرر 2 تحديد مفهوم المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات، كما يلي:

- الدخول والبقاء بالغش في كل أو جزء من منظومة للمعالجة الآلية للمعطيات أو محاولة ذلك.
- حذف أو تغيير لمعطيات المنظومة.
- تخريب نظام اشتغال المنظومة.

أما المادة 394 مكرر 1 فقد عرفتها كما يلي:

- إدخال بطريق الغش معطيات في نظام المعالجة الآلية أو إزالة أو تعديل بطريق الغش المعطيات التي يتضمنها.

وبالنسبة للمادة 394 مكرر 2 فقد كان تعريفها في المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات كما يلي:

- تصميم أو بحث أو تجميع أو توفير أو نشر أو الاتجار في معطيات مخزنة أو معالجة أو مرسلة عن طريق منظومة معلوماتية يمكن أن ترتكب بها الجرائم المنصوص عليها في هذا القسم.
- حيازة أو إفشاء أو نشر أو استعمال لأي غرض كان المعطيات المتحصل عليها من إحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القسم[1].

2- تعريف الجريمة الإلكترونية في القانون 09-04 المؤرخ في 5 أوت 2009 للتشريع الجزائري

لقد أشارت المادة الأولى منه على أن القانون 09-04 يهدف إلى وضع قواعد خاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال.

أما المادة الثانية 02 في تعريفها الجريمة الإلكترونية أنه " يقصد في مفهوم هذا القانون بما يأتي:

أ- الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال: جرائم المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات المحددة في قانون العقوبات وأي جريمة أخرى ترتكب أو يسهل ارتكابها عن طريق منظومة معلوماتية أو نظام للاتصالات الإلكترونية.

ب- منظومة معلوماتية: أي نظام منفصل أو مجموعة من الأنظمة المتصلة ببعضها البعض أو المرتبطة، يقوم واحد منها أو أكثر بمعالجة آلية للمعطيات تنفيذا لبرنامج معين.

1- المادة 394 مكرر 2 من القانون رقم 15/04 المؤرخ في 27 رمضان عام 1425 الموافق 10 نوفمبر 2004، يعدل ويتمم الأمر رقم 156/66 المؤرخ في 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية العدد 71 مؤرخة في 10 نوفمبر 2004، ص 12.

ج- معطيات معلوماتية: أي عملية عرض للوقائع أو المعلومات أو المفاهيم في شكل جاهز للمعالجة داخل منظومة معلوماتية، بما في ذلك البرامج المناسبة التي من شأنها جعل منظومة معلوماتية تؤدي وظيفتها.

د- مقدمو الخدمات

1- أي كيان عام أو خاص يقدم لمستعملي خدماته القدرة على الاتصال بواسطة منظومة معلوماتية و/أو نظام للاتصالات.

2- وأي كيان آخر يقوم بمعالجة أو تخزين معطيات معلوماتية لفائدة خدمة الإتصال المذكورة أو لمستعمليها.

هـ- المعطيات المتعلقة بحركة السير: أي معطيات متعلقة بالإتصال عن طريق منظومة معلوماتية تنتجها هذه الأخيرة باعتبارها جزءا في حلقة اتصالات، توضح مصدر الاتصال، والوجهة المرسلة إليها، والطريق الذي يسلكه، ووقت وتاريخ وحجم ومدة الاتصال ونوع الخدمة.

و- الإتصالات الإلكترونية: أي تراسل أو إرسال أو استقبال علامات أو إشارات أو كتابات أو صور أو أصوات أو معلومات مختلفة بواسطة أي وسيلة إلكترونية[1].

ثانيا: آليات مكافحة الجرائم الإلكترونية في التشريع الجزائري

إن سعي الجزائر مثل غيرها من الدول لمواكبة التطور التكنولوجي السريع قابله تغيير في سياستها الأمنية فيما يخص التطورات الجديدة لتكنولوجيا المعلومات والإتصال وما تشكله مخاطرها الأمنية وتهديداته السيبرانية على الأفراد وعلى المؤسسات، وعلى هذا الأساس قامت الجزائر بمجموعة من الإجراءات لمكافحة هذا النوع الجديد من الإجرام تتضمن:

1- الجانب التشريعي

أ- إجراء تعديل على القانون 04-15 المتمم للأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات، أين تم إدراج قسم المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات، والبداية من **المادة 394 مكرر:** يعاقب بالحبس من ثلاثة (3) أشهر إلى سنة (1) وبغرامة مالية من 50.000 دج إلى 100.000 دج كل من يدخل أو يبقى عن طريق الغش في كل أو جزء من منظومة للمعالجة الآلية للمعطيات أو يحاول ذلك.

وتضاعف العقوبة إذا ترتب على ذلك حذف تغيير لمعطيات المنظومة، كما أنه إذا ترتب عملية تخريب لنظام اشتغال المنظومة تكون العقوبة الحبس من ستة (6) أشهر إلى سنتين مضاف لها غرامة من 50.000 دج إلى 150.000 دج.

1- الفقرة و من المادة 2 من القانون رقم 04/09 المؤرخ في 14 شعبان 1430 الموافق 05 أوت 2009 يتضمن القواعد الخاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال ومكافحتها، الجريدة الرسمية، العدد 47 سنة 2009، ص 5.

كما تطرق المشرع الجزائري إلى جريمة التزوير عن طريق إدخال المعلومات بالغش في المادة 394 مكرر 1 التي نصت: يعاقب بالحبس من ستة (6) أشهر إلى ثلاث (3) سنوات وبغرامة من 500.000 دج على 2000.000 دج كل من ادخل بطريق الغش معطيات في نظام المعالجة الآلية أو أزال أو عدل بطريق الغش المعطيات التي يتضمنها.

كما تطرق كذلك إلى جريمة الإستيلاء على المعطيات وإفشائها و الإتجار بها، وإلى جريمة الإحتيال المعلوماتي، حيث نصت المادة 394 مكرر 1 على: يعاقب بالحبس من شهرين (2) إلى ثلاث (3) سنوات وبغرامة من 1.000.000 دج إلى 5.000.000 دج، كل من يقوم عمدا وعن طريق الغش بما يأتي:

– تصميم أو بحث أو تجميع أو توفير أو نشر أو الإتجار في معطيات مخزنة أو معالجة أو مرسلة عن طريق منظومة معلوماتية يمكن أن ترتكب بها الجرائم المنصوص عليها في هذا القسم.

– حيازة أو إفشاء أو نشر أو استعمال لأي غرض كان المعطيات المتحصل عليها من إحدى الجرائم أما إذا ما استهدفت هذه الجرائم مؤسسات رسمية كجهاز الدفاع الوطني أو المؤسسات الخاضعة للقانون العام فتضاعف فيها العقوبات دون الإخلال بتطبيق عقوبات أشد حسب المادة 394 مكرر 3.

كم نصت المادة 394 مكرر 6 على عقوبة تكميلية متمثلة في غلق المواقع التي محلا للجريمة وكذا على إغلاق المحل أو مكان الإستغلال إذا كانت الجريمة ارتكبت بعلم مالكها.

كما أضاف المشرع تعديلا آخر على قانون العقوبات بموجب القانون 06–23 المؤرخ في 20 ديسمبر 2006 وبالتحديد القسم السابع، ونذكر منها عقوبة تجريم المساس بحرمة الحياة الخاصة باستخدام وسائل التكنولوجية الخاصة وهي جريمة التقاط أو تسجيل أو نقل مكالمات أو أحاديث خاصة أو سرية وبدون إذن صاحبها وجريمة الاحتفاظ أو إذاعة أو استعمال التسجيلات أو الصور أو الوثائق.

ب– القانون رقم 09–04 المتضمن القواعد الخاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال ومكافحتها.

لقد قام المشرع الجزائري بوضع جملة من الآليات للوقاية من الجرائم الإلكترونية وهي المراقبة الإلكترونية، التفتيش والحجز.

– **المراقبة الإلكترونية:** حيث أشارت لها المادة 4 والتي تنص على إمكانية إجراء عمليات المراقبة في الحالات التالية:

– للوقاية من الأفعال الموصوفة بجرائم الإرهاب أو التخريب أو الجرائم الماسة بأمن الدولة.

– في حالة توفر معلومات عن احتمال اعتداء على منظومة معلوماتية على نحو يهدد النظام العام أو الدفاع الوطني أو مؤسسات الدولة أو الاقتصاد الوطني.

– مقتضيات التحريات والتحقيقات القضائية، عندما يكون من الصعب الوصول إلى نتيجة تهم الأبحاث الجارية دون اللجوء إلى المراقبة الإلكترونية.

– في إطار تنفيذ طلبات المساعدة القضائية الدولية المتبادلة.

التفتيش: نصت المادة 5 من نفس القانون على أنه يجوز للسلطات القضائية المختصة وكذا ضباط الشرطة القضائية، في إطار قانون الإجراءات الجزائية وفي الحالات المنصوص عليها في المادة 4 من القانون 09-04، الدخول بغرض التفتيش ولو عن بعد في الحالتين التاليتين:

– منظومة معلوماتية أو جزء منها وكذا المعطيات المعلوماتية المخزنة فيها.

– منظومة تخزين معلوماتية.

كما رخص للسلطة المكلفة بالتفتيش إمكانية من أجل تسخير كل شخص له دراية بعمل المنظومة المعلوماتية محل البحث أو بالتدابير المتخذة لحماية المعطيات المعلوماتية التي تتضمنها، قصد مساعدتها وتزويدها بكل المعلومات الضرورية لإنجاز مهمتها.

الحجز: ويقصد بالحجز وضع اليد على الشيء، ويفيد في كشف الحقيقة عنها وعن مرتكبها، ويمكن حجز المكونات المادية للحاسب الآلي وملحقاته الأساسية والثانوية، كما يمكن عدم حجز كل منظومة، حيث يتم نسخ المعطيات محل البحث وكذلك المعطيات اللازمة لفهمها على دعامة تخزين إلكترونية تكون قابلة للحجز[1].

ويكون الحجز حسب المادة 06 من القانون 09-04 بحجز المعطيات المعلوماتية، ويتم هذا النوع عن طريق حجز المعطيات المخزنة التي تكون مفيدة في الكشف عن الجرائم أو مرتكبيها، كما يمكن حجز جزء من المنظومة، من خلال نسخ المعطيات محل البحث وكذا المعطيات اللازمة لفهمها على دعامة تخزين إلكترونية تكون قابلة للحجز والوضع في أحراز وفقا للقواعد المقررة في قانون الإجراءات الجزائية، مع جواز استعمال الوسائل التقنية الضرورية لتشكيل أو إعادة تشكيل هذه المعطيات قصد جعلها قابلة للاستغلال لأغراض التحقيق شرط أن لا يؤدي إلى المساس بمحتوى المعطيات.

أما المادة 07 فتتعلق بالحجز عن طريق المنع من الوصول إلى المعطيات، ويكون في حالة استحالة حجز المعطيات المعلوماتية لأسباب تقنية، في هذه يجب القيام بالتفتيش باستعمال التقنيات المناسبة لمنع الوصل للمعطيات التي تحتويها المنظومة المعلوماتية أو إلى نسخها الموضوعة تحت تصرف الأشخاص المرخص لهم باستعمال هذه المنظومة.

2- الجانب المؤسساتي

1- سميحة بلقاسم، حميد بوشوشة، الجريمة الإلكترونية بعد جديد للإجرام في الجزائر .. واقعها وآليات مجابهتها، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 10، العدد 01، جوان 2023، ص 544.

يتمثل الجانب المؤسساتي في الهياكل التقنية التبعة لمختلف المصالح الأمنية التي استحدثتها الجزائر من أجل التصدي للجرائم الإلكترونية وهي:

– المصلحة المركزية لمكافحة الجريمة المعلوماتية التابعة للمديرية العامة الأمن الوطني:

في إطار محاربة التهديدات الأمنية الناجمة عن الجرائم الإلكترونية، قامت مصالح الأمن الجزائرية على إنشاء المصلحة المركزية للجريمة الإلكترونية التي عملت على تكييف التشكيل الأمني لمديرية الشرطة القضائية.

بداية كانت المصلحة عبارة عن فصيلة شكلت النواة الأولى لتشكيل أمني خاص لمحاربة الجريمة الإلكترّونية على مستوى المديرية العامة للأمن الوطني والتي أنشأت سنة 2011، ليتم بعدها إنشاء المصلحة المركزية لمحاربة الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال بقرار من المدير العام للأمن الوطني وأضيف للهيكل التنظيمي لمديرية الشرطة القضائية في جانفي 2015[1].

ومن بين الأهداف المسطرة لهذه المصلحة نذكر منها[2]:

– مساعدة مصالح الشرطة القضائية في مجال التحريات التقنية.

– المشاركة في حماية الأنظمة المعلوماتية والفضاء السيبراني الوطني.

– التعاون والمشاركة في التحقيقات والتحريات ذات البعد الوطني والدولي في مجال مكافحة الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال.

– اليقظة المعلوماتية والبحث عن الشبكات المفتوحة، عن كل محتوى غير شرعي يشكل في حد ذاته جريمة في قانون العقوبات أو يكون مخالف للنظام العام.

– المساهمة في التموين المتخصص لعناصر الشرطة المتواجدين على مستوى فرقة مكافحة الجريمة المعلوماتية على مستوى أمن الولايات.

– نيابة مديرية الشرطة العلمية والتقنية التابعة للمديرية العامة للأمن الوطني:

قامت المديرية العامة للأمن الوطني بإسناد مهمة مكافحة الجرائم الإلكترونية لنيابة مديرية الشرطة العلمية المستحدثة وهي عبارة عن وحدات تتولى أعمال البحث و التحري و التحقيق بشأن الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام و الإتصال وهي:

– المخبر المركزي للشرطة العلمية و الكائن مقره بالجزائر العاصمة.

– المخبر الجهوي للشرطة العلمية –قسنطينة.

1– موقع جزايرس، المصلحة المركزية للجريمة الإلكترونية في مواجهة مجرمي العالم الإفتراضي، تشكيل أمني مختص للردع والوقاية، مقال منشور بتاريخ 2016/02/13.

تاريخ الزيارة: 2023/08/22.

https://www.djazairess.com/essalam/52564

2– سميحة بلقاسم، حميد بوشوشة، مرجع سابق، ص 548.

– المخبر الجهوي للشرطة العلمية – وهران.

ويضم كل مخبر دائريتين وهما الدائرة العلمية وتقوم هذه الدائرة بمهام البحث و التحقيق و تحليل الأدلة المتصلة بالمجال البيولوجي و الطب الشرعي و الكيمياء و المخدرات ، و كذلك تلك المتعلقة بمجال التسميم و الحريق و المتفجرات، أما الدائرة التقنية فمهامها هي البحث و التحقيق و تحليل الأدلة الجنائية الناتجة عن الجرائم التي تستعمل فيها الأسلحة و القذائف بمختلف أنواعها، و كذلك جرائم التزوير، إضافة إلى الجرائم المعلوماتية[1].

– المعهد الوطني للأدلة الجنائية وعلم الإجرام للدرك الوطني

بموجب المرسوم الرئاسي رقم 04–183 المؤرخ في 26 يونيو 2004، تم إنشاء هذا المعهد، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، ويعمل تحت وصاية وزير الدفاع الوطني، ويمارس قائد الدرك الوطني سلطة الوصاية وبتفويض منه، وتتمثل مهمته في مجال مكافحة الجريمة الإلكترونية في المبادرة بالبحوث المتعلقة بالإجرام وإجراءها باللجوء إلى التكنولوجيات الدقيقة[2].

– مركز الوقاية من جرائم الإعلام الآلي والجرائم المعلوماتية ومكافحتها للدرك الوطني

أنشئ المركز في سنة 2008 والغاية من إنشاءه هي:

* تأمين منظومة المعلومات لخدمة الأمن العمومي.
* القيام بتحليل معطيات وبيانات الجرائم المعلوماتية المرتكبة.
* تحديد هوية أصحاب الجرائم المعلوماتية سواء كانوا أشخاص فرادى أو عصابات.
* مساعدة الأجهزة الأمنية الأخرى بالتعاون من أجل مكافحة الجرائم المعلوماتية.
* تطوير أساليب التعامل مع الجرائم المعلوماتية ووضع قوانين لتنظيم مجال استغلال المعلومة من خلال تنسيق مع وزارة العدل.

1– ربيعي حسين، آليات البحث والتحقيق في الجرائم المعلوماتية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الحقوق تخّصص –قانون العقوبات و العلوم الجنائية، كلـية الحـقوق و العلوم السياسية قسم الـحقوق، جامعة باتنة 1، 2015–2016، ص 177–178

2– المرسوم الرئاسي رقم 183/04 المؤرخ في 8 جمادى الأولى 1425 الموافق 26 يونيو 2004 يتضمن إحداث المعهد الوطني للأدلة الجنائية وعلم الإجرام للدرك الوطني وتحديد قانونه الأساسي، الجريدة الرسمية العدد 41 المؤرخة في 27 يونيو 2004 ، ص 18.

كذلك العمل بالتنسيق مع وزارة التضأمن الوطني والأسرة للقيام بحملات تحسيسية وتوعية والعمل على ملتقيات ومحاضرات وأياما دراسية ومنتديات دولية، ومشاركة في منتديات صحفية وحصص تلفزيونية وإذاعية وغيرها من وسائل النشر والإشهار[1].

- الهيئة الوطنية للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام الإتصال ومكافحتها

تم إنشاء الهيئة بمقتضى المادة 13 من القانون 04/09 المتضمن القواعد الخاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيا الإعلام والإتصال وكذا المادة الثانية من المرسوم الرئاسي 19-127 وتتمثل مهامها حسب المادة 14 من المرسوم الرئاسي في:

* تنشيط وتنسيق عمليات الوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال ومكافحته.

* مساعدة السلطات القضائية ومصالح الشرطة القضائية في التحريات التي تجريها بشأن الجرائم ذات الصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال بما في ذلك تجميع المعلومات وإنجاز الخبرات القضائية.

* تبادل المعلومات مع نظيراتها في الخارج قصد جمع كل المعطيات المفيدة في التعرف على مرتكبي الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال وتحديد مكان تواجدهم[2].

- القطب الجزائي الوطني لمكافحة الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال

نص الأمر رقم 21-11 الذي يعدل ويتمم قانون الإجراءات الجزائية الذي يقضي باستحداث القطب الجزائي الوطني لمكافحة الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال.

ووفقا لهذا القانون فقد تم تحديد مفهوم الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال ويقصد بها أي جريمة ترتكب أو يسهل ارتكابها استعمال منظومة معلوماتية أو نظام للاتصالات الإلكترونية أو أي وسيلة أخرى أو آلية ذات صلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال.

وتتمثل مهام هذا القطب في:

* المتابعة والتحقيق في الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال والجرائم المرتبطة بها.

* الحكم في الجرائم المنصوص عليها في الباب السادس من الأمر 21-11 إذا كانت تشكل جنح.

وتتمثل الجرائم التي يختص بها وكيل الجمهورية لدى القطب الجزائي الوطني لمكافحة الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والاتصال وقاضي التحقيق ورئيس ذات القطب حسب المادة 211 مكرر 24 من نفس القانون في:

* الجرائم التي تمس بأمن الدولة أو بالدفاع الوطني.

1- إدريس عطية، مكانة الأمن السيبراني في منظومة الأمن الوطني الجزائري، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العربي التبسي، تبسة، ص 113.

2- المادة 14 من القانون رقم 04/09 مرجع سابق، ص 8.

* جرائم نشر وترويج أخبار كاذبة بين الجمهور من شأنها المساس بالأمن أو السكينة العامة أو استقرار المجتمع.

* جرائم نشر وترويج أنباء مغرضة تمس بالنظام والأمن العموميين ذات الطابع المنظم أو العابر للحدود الوطنية.

* جرائم المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات المتعلقة بالإدارات والمؤسسات العمومية.

* جرائم الاتجار بالأشخاص أو بالأعضاء البشرية أو تهريب المهاجرين.

* جرائم التمييز وخطاب الكراهية[1].

1- المادة 211 مكرر 24 من الأمر رقم 11/21 المؤرخ في 16 محرم 1443 الموافق 25 أوت 2021 الذي يتمم الأمر رقم 155/66 المؤرخ في 18 صفر 1386 الموافق 8 يونيو 1966، المتضمن قانون الإجراءات الجزائية، الجريدة الرسمية العدد 65، المؤرخة في 26 أوت 2021، ص 8.

وعلى ضوء ما تقدم ومن خلال تطرقنا لتكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر، يتبين أن جل المؤسسات والهيئات التي لها علاقة بالصحة وعلى رأسها المستشفيات والعيادات تستخدم أجهزة وتقنيات تكنولوجية متمثلة في أنظمة معلومات حاسوبية تسيرها أجهزة الحاسوب، ومتصلة بشبكة الإنترنيت، وكذا تستخدم تطبيقات طبية خاصة، وهدف هذا التحول هو تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة من جهة، ومواكبة عصر الرقمنة من جهة أخرى، وبالتالي إتخاذ القرارات الإدارية والصحية بسرعة وفعالية.

وتمثل رقمنة القطاع الصحي خطوة إيجابية للتحول نحو القيام بتسهيل عملية اتصال المواطنين بمقدمي الخدمة الصحية، كخطوة أولى، ثم استخدام نظم المعلومات المحوسب في جميع مراحل الخدمة الصحية، أو على الأقل معظمها، والجزائر بإقدامها على هذا التوجه، فتحت المجال للقطاع الخاص والمهتمين للاستثمار في قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصال. وقد تخلل هذا التحول قواعد تشريعية لأجل تأطير العملية بإطار قانوني، وبالتالي السير نحو تحقيق الحكومة الإلكترونية.

وكحوصلة أن الجزائر قطعت أشواطا لا بأس بها في مجلة رقمنة القطاع الصحي والقطاعات التي لها علاقة بصحة الإنسان، كالبيئة، التجارة، الجمارك، مؤسسات المياه وغيرها، وبالمقابل نجد أن أكثر القطاعات استخداما لتقنية المعلومات والإتصال هي المؤسسات الخاصة، مثل المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

ورغم الجهود المبذولة من الجزائر في تبني تكنولوجيا الإعلام والاتصال، وصرفها ميزانية ضخمة في عملية تجديد أدوات تقنية الإعلام والإتصال، إلا أننا نلاحظ عدم جدية مستخدمي هذه القطاعات، حيث نجد التسيب واللامبالاة، ونجد كذلك الفوارق في القطاعين الإستشفائيين العام والخاص، من حيث نوعية الخدمات المقدمة، وخير برهان على ذلك هي الخدمات المقدمة، حيث تكون أكثر جودة في القطاع الخاص، كذلك يعاني القطاع العمومي من مشاكل فنية أخرى تسببت في رداءة خدماته، تتمثل في عدم القيام بتكوين مستخدمي القطاعات بتكنولوجيا المعلومات، عدم تحيين التطبيقات الصحية، عدم صيانة المعدات بسبب نقص الميزانية، الجهل بالأمور التقنية لتكنولوجيا الإعلام والاتصال، ضعف تدفق الإنترنت، الإنقطاعات المتكررة في شبكة الإنترنت وأمور فنية أخرى.

والدليل كثرة شكاوي المتلقاة من المرضى في المستشفيات، عدد الوفيات المسجلة خاصة على مستوى مصلحة الولادات، الطريق السلبية في التعامل مع تكنولوجيا المعلومات واستخدامها لغير أغراضها التي أنشأت من أجلها، كل هذه المشاكل توجد بالأكثرية في القطاعات العمومية.

لذا من واجب الدولة إعادة النظر في سياسات الرقمنة على مستوى القطاعات التي لها علاقة بالصحة وخاصة العمومية التي تشهد مشاكل جمة، والقيام بخطوات من شانها أن تنافس القطاع الخاص وكذا اللحاق بالركب في المجال الصحي، وتقديم دعم إضافي مادي ودعم معنوي يتمثل في

زيادة الوعي والتحلي بروح المسؤولية، وأيضا تكوين مستخدمي القطاع حول استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال، والتقليل من الفجوة الرقمية خاصة المناطق النائية والبعيدة.

الفصل الثاني: تكنولوجيا الإعلام والاتصال والأنظمة الصحية

سيتم إلقاء الضوء في هذا الفصل على نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته، وكذلك على أهمية المعلومات في المجال الصحي ودور الكمبيوتر وفكرة استخدامه في المجال الصحي عن طريق التعرف على نظم المعلومات الصحية المحوسبة ومجالات تطبيقها، وكذلك سوف يتم التطرق إلى فوائد نظم المعلومات الصحية المحوسبة .

وتبرز أهمية المعلومات من خلال ما تشهده الساحة العالمية من تغيرات بفضل الثورة التقنية، حيث تمثل نظم المعلومات المحوسبة مجموعة من العناصر التي تعمل على معالجة البيانات وتحليلها وفق قواعد محددة للمساهمة في دعم القرار، حيث إن حكومات الدول والمنظمات تستعين به في تسيير شؤونها، ذلك أن نجاح المؤسسة مرتبط بوجود نظام معلومات المعتمد على الحاسوب لنقل وتداول ومعالجة البيانات، كما تساهم في تشغيل و نقل و تخزين المعلومات في شكل الكتروني.

كما تم التركيز على القطاعات التي لها علاقة بالصحة واستخدامها لنظام المعلومات الصحي المحوسب وذلك بالتطرق لموضوع نظام المعلومات ونظام المعلومات المحوسب واستخداماتها في هذه القطاعات وتأثيرها عليها من حيث جودة الخدمات، من حيث دعم القرارات من حيث حيث الأداء الوظيفي، وكذا الحديث عن مجالات أخرى لها علاقة بالتكنولوجيا الداعمة للصحة مثل نظم المعلومات الخضراء ونظم المعلومات الجغرافية.

كما تم التطرق في المبحث الثاني على التنمية الصحية المستدامة وهي تخطيط وإدارة وتقديم الرعاية الصحية المنصفة التي تتسم بالكفاءة والفعالية، والتي تساهم في التنمية الطويلة الأجل بطريقة مستدامة، حيث يعد تحقيقها من أبرز التحديات التي تواجه العديد من دول العالم ومن بينها الجزائر، وتتضمن التنمية الصحية موضوع بحثنا; التنمية الإجتماعية والتنمية البيئية لصلتهما أكثر من المجالات الأخرى بموضوع صحة الإنسان، وتم التركيز على دور تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تعزيز التنمية الصحية المستدامة أي مساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيقها.

على هذا الأساس قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين; فالمبحث الأول معنون بنظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته وهو بدوره مقسم إلى مطلبين وهما; المطلب الأول بنظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب ، والمطلب الثاني عن فعالية نظام المعلومات الصحي المحوسب، أما المبحث الثاني فهو حول مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة والذي تم تقسيمه إلى مطلبين وهما المطلب الأول حول التنمية الصحية المستدامة، أما المطلب الثاني حول دور تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تعزيز التنمية الصحية المستدامة.

المبحث الأول: نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته

يسمى هذا العصر بعصر ثورة المعلومات والمعرفة، حيث تزداد كل يوم وتنتشر بفضل التقنيات الحديثة للإعلام والإتصال، حيث تبرز أهمية المعلومات على الساحة العالمية التي تشهد تغيرات سريعة، ما جعل العالم قرية صغيرة، وعلى هذا الأساس كان لابد من إبراز دور نظام المعلومات، الذي هو عبارة من مجموعة من العناصر التي تعمل على معالجة البيانات وتحليلها وفق قواعد محددة للمساهمة في دعم القرار بمعلومات مفيدة، حيث يعتبر كذلك هذا النظام من بين الأدوات التي تقوم حكومات الدول متمثلة في الإدارات، المنظمات والمؤسسات المواكبة لتكنولوجيا المعلومات بالاستعانة بها في تسيير شؤونها، حيث يقوم هذا النظام بالكثير من المهام ومنها جمع البيانات ومعالجتها للحصول على معلومات تساهم في دفع متخذ القرار نحو اتخاذ القرار الصحيح وإزالة عدم التأكد; كذا تحويل البيانات المتحصل عليها من مصادر داخلية وخارجية إلى معلومات، توفير الدعم الإضافي لتقوية المنظمات وإنجاحها; وأخيرا تحقيق الأهداف باستخدام تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تبادل المعلومات للمساعدة على إنجاح هذه العملية، كما يجب تطوير نظام المعلومات، من الناحية التنظيمية باستخدام أدوات وأساليب حديثة في التسيير، وتقنيا باستعمال وسائل تكنولوجيا الإعلام والاتصال الحديثة، ويرتبط نجاح المؤسسة بوجود نظام معلومات حديث وملائم يواكب التقنيات الحديثة وذلك لأن تكنولوجيا المعلومات المعتمدة على الحاسوب أصبحت الوسيلة المثلى لنقل وتداول ومعالجة البيانات، لأنها تساهم في تشغيل و نقل و تخزين المعلومات في شكل الكتروني.

أما مجال قطاع الصحة، فيتم استخدام نظام المعلومات الصحي على مستوى الهيئات والمؤسسات الصحية من أجل الوصول إلى مستوى جيد ومقبول من الأداء الوظيفي، من خلال تبني المؤسسات الصحية لأنظمة المعلومات الصحية وتقويم أدائها لمواجهة أي متغير من خلال تطوير نظم المعلومات، لأنها تعمل في بيئة غير ثابتة ومتطورة باستمرار، لذلك فإن نظام المعلومات على مستوى الهيئات الصحية سيمكنها من تقديم خدماتها بجودة أعلى.

إن المعلومات الصحية مكون أساسي لأي نظام صحي، حيث يعتمد نجاح أي نظام صحي على استخدام نظام المعلومات باعتبارها موردا هاما بالإضافة أنه يساهم في التخطيط الإستراتيجي.

كذلك تفعيل نظم المعلومات الصحية أصبح من الأمور الرئيسية المهمة في المنظمات الصحية بسبب دورها في تقريب المسافات، ودورها المهم في الحياة المهنية لمهني القطاع الصحي، ومن بين

تطبيقاتها; نجد نظم إدارة معلومات المستشفيات، التطبيب عن بعد، الطب الاتصالي، الملف الطبي الالكتروني ونظم إدارة المعرفة الصحية[1].

إن إدارة المعلومات يكمن في الحصول على المعلومات، أو إدارتها واستخدامها، بغية تحسين أداء خدمات الرعاية الصحية وتحسين توجيهها، كذلك يعد توفير الرعاية الصحية للسكان هدف يعتمد على الحصول على المعلومات وإدارتها من أجل تقديم الرعاية الصحية بشكل أفضل، كما يساهم نظام المعلومات الحصول على المعلومات عن المريض وعن تسيير طرق الرعاية وعن النتيجة النهائية.

لهذا سنقوم في هذا المبحث بالتطرق إلى إبراز مفهوم نظام المعلومات وكذا نظام المعلومات الصحي وعلاقته بتكنولوجيا الإعلام والإتصال ودور نظم المعلومات الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية; وكذا الأداء الوظيفي عن طريق اعتماده على أدوات وأساليب المتمثلة في تقنيات ووسائل تكنولوجيا الإعلام والاتصال الحديثة.

ومن أجل دراسة أثر تكنولوجيا الإعلام والإتصال على ترقية في الحق في الصحة، لابد من التطرق لنظام المعلومات الصحي و تأثيره على الأداء الصحي وكذا جودة الخدمات الصحية.

ويتمثل قياس الأداء خاصة في الخدمات الصحية; والتي هي محور موضوع المطلب الثاني ما يظهر الدقة في مخرجات الأداء، وبالتالي جعل الخدمات الصحية المقدمة أكثر جودة لتحقيق رضى المستفيد من الخدمة الذي هو المريض.

ولمعيار قياس الأداء عدة تعريفات ومنها تعريف (morrisey) أن معيار الأداء هو معيار لقياس الأداء الفاعل اللازم لتحقيق هدف معين وحقيقة أنه يجب تحديد معايير الأداء قبل البدء في عملية التقييم و من ثم الإنتقال لاحقا إلى مرحلة التقويم و ذلك للحفاظ على موضوعية التقييم و مثالية التقويم و الإبتعاد عن التمييز[2].

المطلب الأول: نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب

لقد أصبح مفهوم النظم يلعب دورا هاما في العلم الحديث; وقد شغل ذلك تفكير العلماء والمختصين بصفة عامة وانعكس أثره بين علماء الإدارة بصفة خاصة، حيث يعتبر أسلوب النظم

1- علي عبد الجليل الغزالي، نظم المعلومات الصحية الالكترونية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، محاضر مساعد بقسم إدارة الخدمات الصحية، كلية الصحة العامة جامعة بنغازي، مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية، ص 693.

لتحميل المقال:

https://www.hnjournal.net/wp-content/uploads/2022/01/42-نظم-المعلومات-الصحية-الالكترونية-ودورها-في-تحسين-جودة-الخدمات-الصحية.pdf.

2- موقع مجلة الجودة الصحية، تحسين الأداء الصحي، مقال منشور بتاريخ 24 أبريل 2016.

تاريخ الزيارة: 2022/12/19

https://m-quality.net/?p=10128

بالنسبة لهم أداة أساسية وفعالة للتغلب على بعض المشاكل والصعاب التي تواجههم، فالنظام هو مجموعة أو تجمع من الأشياء المرتبطة ببعض التفاعلات المنتظمة أو المتبادلة لأداء وظيفة معينة[1].

وهو أيضا مجموعة من الأجزاء التي تتفاعل وتتكامل مع بعضها البعض ومع بيئتها لتحقيق هدف أو أهداف معينة[2].

وتعرف نظم المعلومات أيضا على أنها مجموعة منظمة من الأفراد و المعدات و البرامج وشبكات الاتصالات و موارد البيانات و التي تقوم بتجميع و تشغيل و توزيع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات و التنسيق و الرقابة داخل المنظمة[3].

وهو ذلك النظام الذي يتضمن مجموعة متجانسة ومترابطة من الأعمال والعناصر والموارد تقوم بتجميع وتشغيل وإدارة ورقابة البيانات بغرض إنتاج وتوصيل معلومات مفيدة لمستخدمي القرارات.

وهو كذلك مجموعة من العناصر البشرية والآلية، التي تعمل معا على تجميع البيانات ومعالجتها وتحليلها وتبويبها، طبقاً لقواعد وإجراءات محددة لتحقيق أهداف المنظمة[4].

ويعرف على أنه بيئة تحتوي على عدد من العناصر التي تتفاعل فيما بينها ومع محيطها بهدف جمع البيانات ومعالجتها حاسوبيا وإنتاج وبث المعلومات لمن يحتاجها لصناعة القرارات[5].

وهو مجموعة منظمة من الموارد : أجهزة، برامج، عنصر بشري، بيانات، إجراءات، تسمح بالحصول على المعلومة ومعالجتها وتخزينها في شكل صور، نصوص، صوتيات، داخل وبين المنظمات[6].

ويعرف كذلك عن آلية و إجراءات منظمة تسمح بتجميع و تصنيف و فرز البيانات ومعالجتها ومن ثم تحويلها إلى معلومات ، يسترجعها المستخدم عند الحاجة ليتمكن من إنجاز عمل أو اتخاذ

1- محاضرات مقياس تكنولوجيا المعلومات والاتصال ونظم المعلومات، منصة الدعائم البيداغوجية و التعليم عن بعد، الجزائر جامعة بسكرة، ص 1.

تاريخ الاطلاع: 2023/09/14.

http://elearning.univ-biskra.dz/moodle2019/?redirect=0&lang=ar

2- محاضرات مقياس تكنولوجيا المعلومات والاتصال ونظم المعلومات، مرجع سابق، ص 1.

3- دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013، ص 51.

4- محمود حسن الغرباوي، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، برنامج ماجستير إدارة الأعمال، جامعة الأزهر، غزة فلسطين، 2014، ص 14.

5- عماد الصباغ، مرجع سابق، ص 11.

6 -Robert Reix, "Systèmes d'information et management des organisations", Vuibert, Paris, France, 6ème édition, 2011, p 4

قرار أو القيام بأية وظيفة تفيد حركة المجتمع عن طريق المعرفة التي سيحصل عليها من المعلومات المسترجعة من النظام[1].

وهي كذلك عبارة عن الأشخاص الذين يستخدمون الآلات والحاسبات التي تقوم بتسجيل وتخزين وترتيب المعلومات ثم يتم إرسالها للأطراف المعنية، أما على مستوى هيئات والمؤسسات فتعتبر نظم المعلومات مفيدة للتسيير حيث يتم الحصول على البيانات ثم تتم معالجتها وتخزينها وتحويلها إلى معلومات صالحة وذات كفاءة عالية.

والمعلومات يتضمن مصطلحين اثنين، البيانات من جهة والمعرفة من جهة أخرى، وتعتبر هذه الأخيرة حصيلة استثمار المعلومات من قبل صناع القرار والمستخدمين الذين قاموا بتحويل المعلومة إلى معرفة، كما يشتمل نظم المعلومات على بيانات الأشخاص، الأماكن، النشاطات وكل الأمور التي تخص المؤسسة والبيئة المحيطة بها، أما مصطلح نظام المعلومات المعتمد على الحاسب الآلي، فهو النظام الذي يعتمد على المكونات المادية والأجهزة والمكونات البرمجية للحاسب الآلي في معالجة البيانات وبث واسترجاع المعلومات[2].

أما مكوناته فتتمثل في:

- **المدخلات:** وهي هي كل العناصر التي يتم تحصيلها إلى داخل النظام من أجل أن تتم معالجتها مثل (الموارد البشرية، البيانات، المواد الخام، الجهود البشرية).
- **المعالجة:** هي عملية تحويل المدخلات إلى مخرجات، مثل (الحسابات التي تجرى على البيانات).
- **المخرجات:** هي العناصر الناتجة عن عملية المعالجة والتي تخرج من النظام إلى المنتج النهائي وتحويلها إلى الجهات التي تحتاجها، مثل (المعلومات الإدارية التي تنقل إلى المستخدمين)[3].

وتتكون موارد النظام من:

- **الأفراد:** يتمثلون في مستعملي النظام مثل العمال والمسيرين والمختصين في بناء النظام مثل المحللين والمبرمجين والذين لهم وظيفة تطوير النظام وضمان عمله على الدوام.
- **المعدات:** كأجهزة الإعلام الآلي والتي تعتبر جد هامة في نظام المعلومات.
- **البرامج والإجراءات:** ويستخدم فيها الحاسوب، ولابد من توفر برامج لمعالجة البيانات. أما الإجراءات فهي الجزء الديناميكي في نظام المعلومات والذي يسمح بالتنسيق بين المهام اليدوية التي يقوم الإنسان والمهام الآلية التي يقوم الحاسوب.

1- حسيبة قيدوم، الأنظمة المعلوماتية، مطبوعة محاضرات، كلية علوم الإعلام والاتصال قسم علوم الاتصال، جامعة الجزائر3، 2020-2021، ص 32.

2- عبد الكريم منصور بن عوف، أثر تكنولوجيا الإعلام والإتصال على النظام المحاسبي، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان الجزائر، 2009-2010، ص 10.

3- عماد الصباغ، مرجع سابق، ص 13.

– **البيانات:** وتعتبر بمثابة المادة الأولية للنظام والتي تكون في أشكال عدة (أرقام، نصوص، صور) وهي المكون الرئيسي للمعلومة التي تريدها المنظمة[1].

الفرع الأول: نظام المعلومات الصحي

يمثل نظام المعلومات الصحي المصدر الرئيسي للمعلومات الصحية بالمؤسسات الصحية، مما جعله يتلقى اهتماما منقطع النظير من قبل الدارسين والباحثين في مجال الإدارة الصحية كونه من أهم الأدوات التي تساعد على نجاح المؤسسات الصحية والتي من شأنها أن ترقى بمستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية[2].

ويمكن تعريف نظم المعلومات الصحية; على أنها نظم تتكون من أجهزة إدارة المعلومات، حواسيب، برمجيات، إجراءات وعمليات صممت على وجه التحديد لتجميع ومعالجة وتخزين المعلومات، وترتبط أساسا بمجال تقديم الرعاية الصحية بهدف دعم القرارات الطبية والإدارية.

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية على أن المعلومات الصحية عنصر أساسي من أي نظام صحي, فهي ضرورية لتنوير السياسات وعملية التخطيط، كما تمثل عنصر أساسي من وظائف النظام الصحي.

كما ثمة توافق مطرد في الرأي على ضرورة تعزيز النظم الصحية بالموارد البشرية والأدوية ووسائل التشخيص والهياكل الأساسية والتمويل والإشراف من أجل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، ومن المعلوم أن إدارة النظم الصحية في سياق إصلاح القطاع الصحي والأخذ باللامركزية تتم على مقربة من المستوى الذي يتم عنده إيتاء الخدمات ويولد تحول الوظائف هذا من المستوى المركزي إلى المستويات الطرفية; حاجة لمعلومات جديدة ويفرض طلبات إضافية ويستلزم إعادة بناء نظم المعلومات بصورة دقيقة، إلى جانب تغير مقتضيات جمع المعطيات ومعالجتها وتحليلها وتوزيعها; وبالتالي فإن إصلاح النظم الصحية يؤدي إلى زيادة الحاجة لتوحيد المعلومات وتحسين نوعيتها[3].

1– بخاخشة موسى، معاذ ذويب، محمد فراس، دور نظام المعلومات الصحي في الرفع من كفاءة التسيير، دراسة حالة المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور –سطيف–، ص 9.

تاريخ الزيارة: 2023/09/15.

لتحميل المداخلة على الموقع:

https://cutt.us/yaTTz

2– ديدة كمال، كاوجة بشير، دور نظم المعلومات الصحية ببعديها المادي والبرمجي على تحسين الأداء الوظيفي للعاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية ورقلة –الجزائر–، مجلة اقتصاد المال والأعمال، المجلد 07 العدد 02 سبتمبر 2022، ص 382.

3– نظم المعلومات الصحية الداعمة للمرامي الإنمائية للألفية منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، الدورة الثامنة عشرة بعد المائة، البند 8–3 من جدول الأعمال المؤقت، ماي 2006، ص 2.

تاريخ الزيارة: 2023/09/15.

– هو أيضا العلم الذي يقوم عل اكتساب وحفظ واسترجاع وتطبيق المعارف والمعلومات الطبية الحيوية بغية تحسين رعاية المرضى، والتثقيف والبحث والإدارة[1].

ويستخدم نظام المعلومات الصحي على كل من المستوى الجزئي داخل المستشفيات والمستوى الكلي بالنسبة للقطاع الصحي في الدولة ككل، حيث يتم جمع البيانات المختلفة من المستشفيات والجمعيات الصحية والمنظمات المختصة وغيرها ثم معالجتها لأجل الحصول على معلومات تساعد على اتخاذ قرارات مناسبة تخدم السياسة الصحية للدولة ككل[2].

– وأيضا نظام يعمل على تحويل البيانات سواء من مصادر داخلية أو خارجية إلى معلومات ويقوم بتوصيلها في شكل ملائم إلى المديرين بجميع المستويات الوظيفية لاستخدامها في الوقت الملائم وبفعالية في اتخاذ القرارات للتخطيط والإدارة والرقابة على الأنشطة المتعلقة بالمؤسسة الصحية[3].

ويمكن تعريف نظام المعلومات الصحي على أنه نظام يسعى للحصول على البيانات من المصادر الداخلية والخارجية الخاصة بالمرضى أو بالمحيط ومعالجتها للحصول على المعلومات ثم توصيلها إلى مستخدميها بطريقة ملائمة للمساعدة في اتخاذ القرارات الطبية العلاجية أو الإدارية[4].

وقد ساهمت تقنيات تكنولوجيا الإعلام والاتصال في تحسين عمليات الجمع بواسطة تقنيات الرقمنة، وتعزيز عملية المعالجة بواسطة تطور مختلف التطبيقات والبرمجيات، وكذا عمليات التوزيع والنشر بواسطة مشاركة المعلومات بواسطة مختلف الشبكات.

أما بالنسبة للمعلومات المتعلقة باتخاذ القرار، فقد ساهمت هذه التكنولوجيات في تحسين عمليات التخزين، صدق المعلومات والمعالجة بفضل تطور البرمجيات.

كما تسمح تكنولوجيات الإعلام والاتصال في:

– تخفيض الآجال وربح الوقت، وتداول المعلومات ومعالجتها في الزمن الحقيقي، وأيضا التقليل من عدد الموظفين لإدارة خدمات المعلومات.

– إمكانية الوصول إلى المعلومات متاحة في أي وقت.

يمكن تحميله من الموقع:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_16-ar.pdf

1- محمد محمود حامد الملاحسن، قياس مدى إسهام نظام المعلومات الصحي المحوسب في تعزيز جودة الخدمة الصحية، دراسة استطلاعية في عدد من مستشفيات مدينة الموصل، مجلة تنمية الرافدين، العدد 119، المجلد 37، 2018، ص 251.

2– بخاخشة موسى، معاذ ذويب، مرجع سابق، ص 9.

3– وفاء يحي بنات، "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على الأداء الوظيفي–دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي بغزة"–، مذكرة ماجستير، تخصص القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين، 2014، ص 48.

4– بخاخشة موسى، معاذ ذويب، مرجع سابق، ص 11.

– لامركزية المعلومات، بحيث يمكن الوصول إليها من طرف الجميع وفي أي مكان باختصار، (السرعة، اللامركزية، قدرة التخزين الكبيرة، الكفاءة في المعالجة، التكيف بين عدة وسائل، صغر حوامل التخزين)[1].

إذن النظام الصحي المحوسب هو مجموعة من الأنظمة الحاسوبية التي تستخدم لتوفير المعلومات الطبية الخاصة بالمرضى والمراجعين بوجه خاص وبالمركز الصحي بوجه عام من خلال مجموعة من الإجراءات الخاصة بإدخال البيانات ومعالجتها واستعراضها وإصدار إحصاءات وتقارير تساعد على اتخاذ القرارات الطبية والإداري[2].

وعرفتها الموسوعة العلمية بأنها عبارة عن نظم معلومات تتكون من أجهزة حواسيب وبرمجيات وإجراءات وعمليات صممت على وجه التحديد لتجميع ، ومعالجة، تخزين وإدارة المعلومات المرتبطة بمجال تقديم الرعاية الصحية وذلك بهدف دعم القرارات الطبية والإدارية[3].

ويستخدم الحاسب الآلي في نظام المعلومات لرفع كفاءة النظام، ومع التطور التكنولوجي وظهور تقنيات وبرامج جديدة، ازداد استخدام الحاسبات من أجل الإحتفاظ بالبيانات والمعلومات، وتشغيل البيانات للوصل إلى النتائج التي تساعد إدارة في حل مشاكلها بسرعة وفعالية واتخاذ القرار، كطلك يساعد استخدام الحاسبات للمساعدة في تكوين قاعدة للبيانات مع تطوير أساليب التشغيل والإسترجاع.

أما العوامل التي أدت الزيادة في استخدام الحاسبات فهي تتمثل في:

– مع زيادة حجم المؤسسات، ازدادت كمية البيانات المطلوبة بين الوحدات الإدارية في المؤسسة الواحدة فضلا عن الجهات الخارجية والمتمثل في الهيئات الحكومية المختلفة.

– أهمية اتخاذ القرار السليم بوصول المعلومة في وقتها المناسب.

– التكاليف المرتفعة للأعمال المكتبية ناهيك عن أسلوبها التقليدي الذي ينجم عنه بطء في تدفق ووصول المعلومة[4].

إذن نظام المعلومات الصحي المحوسب هو مجموعة من الأنظمة الحاسوبية، التي تستخدم المعلومات الطبية الخاصة بالمرضى، المراجعين وبالمستشفى، حيث يقوم فنيو النظام بإدخال المعلومات واستعراضها وإصدار التقارير والحصائل للمساعدة على اتخاذ القرارات الإدارية والعلاجية المناسبة.

1– حسيبة قيدوم، مرجع سابق، ص 52.

2– محمود حسن الغرباوي، مرجع سابق، ص 22.

3– عادل طالب سالم، حفصة عطا الله حسين، نظم المعلومات وعلاقتها في تقويم الأداء الإستراتيجي للمنظمات الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة العدد السابع و الثلاثون، 2013، ص 201.

4– عبد الكريم منصور بن عوف، مرجع سابق، ص 11.

إن نظام المعلومات الصحي المحوسب هو المعلومات الخاصة بالمريض، العاملين في المجال الصحي، المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات الأخرى المتصلة بالصحة والرعاية الصحية، وكذا المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات حول المنتجات الصحية والخدمات الصحية وهي قد تكون في شكل نصوص مكتوبة أو مسموعة أو لقطات فيديو، وتمثل المعلومات الصحية على الإنترنت مجالا واسعا[1].

الفرع الثاني: نظام المعلومات الصحي المحوسب

إن نظم المعلومات الصحية المحوسبة أصبحت موضوع رئيسي يلقى اهتماما كبيرا من الكثير من الهيئات والمؤسسات التي علاقة بالصحة، حيث تقوم هذه النظم باختصار المسافات وكذا من الإحتفاظ بالبيانات الرقمية التي تشمل البيانات النصية، الصوتية والصورية وبيانات أخرى، وكذا قيامها بمعالجة هذه البيانات بفعالية ودقة عالية لمستخدمي الأنظمة الصحية.

وتضم نظم المعلومات الصحية المحوسبة; تطبيقات مثل نظم إدارة معلومات المستشفيات التطبيب عن بعد، نظم المعلومات الوظيفية، نظم تسجيل المرضى الكترونيا وتطبيقات أخرى تساعد العاملين والمهنيين في المجال الصحي على التدريب، التعليم والبحث العلمي.

ومن مكونات النظام الصحي المحوسب نجد:

1- السجل الصحي الالكتروني: وهو سجل طبي محوسب يحتوي على جميع المعلومات الشخصية والإدارية للمريض وتضم معلومات التشخيص، السوابق المرضية، الإجراءات العلاجية المتخذة وبيانات المختبر والأشعة، كما يضم السجل الطبي الالكتروني كذلك:

- بيانات المرضى الشخصية (التشخيص، العلاج، التاريخ المرضي).
- نتائج الفحوصات المخبرية (الدم، الهرمونات).
- عروض لرسم القلب والأشعة وأفلام مناظير الجهاز الهضمي وعروض أخرى.
- المعلومات التي تعتمد على البحث العلمي والإحصائيات الطبية المتعلقة بأنشطة المستشفى الفنية والإدارية.

2- نظام معلومات المختبر: هو نظام برمجي يقوم بأتمتة الأعمال الخاصة بالإختبارات التحليلية الطبية، حيث يقوم النظام باستقبال طلبات التحليل ثم معالجة النتائج وفي الأخير يقوم بطباعتها.

3- نظام معلومات الأشعة: إن نظام معلومات الأشعة عبارة عن أنظمة حاسوبية متكاملة تستخدم من قبل قسم الأشعة، ويقوم هذا النظام بحفظ كافة الصور ومن مختلف الأجهزة منها الرنين

1- من صفحة الدكتور جمال الفاخري على الفايسبوك.

تاريخ الزيارة: 2023/09/17.

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=422469584469622&id=391324657584115&substory_index=0&locale=ar_AR

المغناطيسي، التصوير الطبقي; ويقوم بمعالجتها وتوزيعها وعرضها، وتكون متاحة الكترونيا للطبيب المعالج عن طريق نظام معلومات المستشفى وللأطباء خارج مركز الأشعة في الطوارئ والعناية المركزة والعيادات والأقسام الداخلية يمكنهم من الحصول على الصور.

4- نظام معلومات الصيدلية: هو نظام معلومات مكون من مجموعة من النظم الحاسوبية; حيث تقوم بإدخال كافة الأدوية والمستلزمات الطبية كالسعر، الشركة المورد، وأيضا تقليل أخطاء عدم وضوح كتابة الطبيب للوصفات الطبية من أجل سلامة المرضى وكذا تخفيض التكاليف لتلبية أقسام الصيدلية.

5- نظام إدخال الأوامر الطبية الكترونيا: هو نظام آلي محوسب متكامل خاص بالمريض يحتوي على أوامر مسجلة من طرف الطبيب ومرسل على شكل سجل إلكتروني إلى الأقسام التي علاقة بالمريض مثل الصيدلية، مخبر التحاليل وقسم الأشعة[1].

6- نظام مساعدة اتخاذ القرارات: يقوم بمجموعة من الأعمال كوصف الأدوية، إعطاء نتائج التحاليل، إطلاق التحذيرات العامة في العلاج واتخاذ القرارات والبروتوكولات المتبعة في التعامل مع المرضى وهذا ما يساعد الأطباء والممرضين بإعطاء توصيات علاجية وتشخيصية محتملة تساعدهم في أتحاذ القرار.

7- جهاز مطابقة الشفرات: جهاز يقوم بمطابقة الشفرة على سوار المريض بإعطائه الدواء الذي يطابق شفرته ، كما يقرر الفحوصات اللازمة والتحاليل اللازم أخذها من المريض.

8- الأمواج الدقيقة: جهاز يوفر إمكانية مراقبة المريض وتتبعه في المستشفى حسب تردد معين على سوار المريض.

9- الصحة الإلكترونية: تطبيق نظام المعلومات والاتصالات بالنقل الالكتروني والتخزين والاسترجاع والمشاركة في مجالات الرعاية الصحية بما فيها من تطبيقات طبية وصحية وتعليمية ٍ وبحثية وإدارية في نفس الموقع أو محليا أو عن بعد أو معا.

10- التطبيب عن بعد: تقديم الرعاية الصحية، والمشاورة والتشخيص والعلاج في الوقت الحقيقي بين الطبيب والمريض والاستشاري، أو بواسطة الفيديو أو الكومبيوتر وأهم مجالاته الرعاية الصحية المنزلية أو الجراحة أو التعلم عن بعد أو المؤتمرات.

11- البطاقة الصحية: وهي بطاقة صغيرة كبطاقة الائتمان مثبت بداخلها شريحة الكترونية متناهية في الصغر يمكن للمواطن شراؤها يتم إدخال التاريخ الصحي للمريض والتحديث المستمر ويمكن قرأتها من خلال قارئ البطاقات الذكية في أي مستشفى.

1- محمد محمود حامد الملاحسن، مرجع سابق، ص 255.

12- نظام تحديد المواقع العالمي: جيب ي آس الأمريكي إلى جانب غلو ناس الروسي ونظم المعلومات الجغرافية الذي من خلاله يؤمن سرعة وصول سيارة الإسعاف للمصاب.

13- نظم المعلومات الإدارية والمحاسبية: وهو النظام الذي يشمل كافة الأقسام الإدارية المتعلقة بالموارد البشرية.

والسيطرة الإدارية والمحاسبية والمصروفات والتي تدار من خلالها كل الأنظمة بكفاءة وفاعلية مؤثرة; حيث يلاحظ أن معظم التطبيقات في المنظمات الصحية المتعلقة بنظم المعلومات تعتمد على إصدار إحصاءات وجداول دون الأخذ بالنظر الاعتبار بناء نظم معلومات تعتمد التقانة المتطورة في المجالات الطبية المختلفة[1].

14- عمل بلا أوراق داخل المستشفيات

إن التعامل داخل الهيئات والمؤسسات الصحية بدون استعمال الأوراق يتحقق عند استخدام نظم المعلومات الإدارية، وما تحتويه من برمجيات وأجهزة، والبداية من عملية إدخال البيانات الخاصة بالمرضى عند دخوله للمؤسسة الإستشفائية لأول مرة عبر قاعدة ملء البيانات الالكترونية، ثم إتاحة البيانات على جدول مواعيد الطبيب المختص الذي يصله إشعار عبر بريده الالكتروني، ثم يقوم الطبيب بتحديد موعد مقابلة المريض الكترونيا كذلك، ومن ثم يقوم الطبيب بإجراءات الفحص والمعاينة والتشخيص، وفي حالة الضرورة; القيام بتحاليل أو أشعة يقوم النظام باستدعاء المعايير الصحية الخاصة بهذا النوع من الأشعة; والتي تحدد زمن وكيفية وتكلفة إجرائها ثم يبث هذه المعلومات إلي البرنامج الخاص بتشغيل وحدة الأشعة ليوضع المريض علي قائمة المطلوب إجراء أشعة لهم وعندما يصل المريض إلي غرفة الأشعة تكون هذه المعلومات قد فعلت مفعولها إلكترونيا، ثم يقوم الطبيب المعالج باستقبال صور الأشعة علي شاشة على الحاسب ويحدث كل ذلك عبر إجراءات إلكترونية خالية من الأوراق[2].

المطلب الثاني: فعالية نظام المعلومات الصحي المحوسب

يتميز نظام المعلومات بدوره الهام والحيوي المتمثل في بلورة المعلومات والتي على أساسها يتم اتخاذ القرارات السليمة والآنية على مستوى المؤسسات التي تتبنى هذا النظام; ما جعلها في الرواق الأول من حيث المنافسة مع نظيرتها من المؤسسات الأخرى من حيث جودة الخدمات، ما يعني نجاحها وتحقيقها لأهدافها، هذا الأمر يجعل العملاء يلجؤون نحو المؤسسات الأكثر كفؤا وتميزا; ، ومع كل تطور في مجال تقنية نظام المعلومات تزيد الرغبة في تحسين جودة الخدمات المقدمة، إذ إن

1- عادل طالب سالم، حفصة عطا الله حسين، مرجع سابق، ص 205.

2- مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية "دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي، الجامعة الإسلامية-غزة عمادة الدراسات العليا كلية التجارة قسم إدارة الأعمال، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، 2010، ص 82.

تبني نظام المعلومات وخاصة المحوسب يتمثل في تخزين، معالجة واستعادة المعلومات والتي على أساسها يتم بناء قاعدة للبيانات من أجل تبادل المعلومات بين مختلف مصالح المؤسسة والمؤسسات الأخرى وبالتالي تسهيل عملها من حيث جودة الخدمات.

كذلك يعتبر نجاح أي مؤسسة يتمثل في تقديم الخدمات ذات الجودة للعملاء بفعالية، هذا النجاح لا يتم إلا تبني نظام قائم على إدارة المعلومات باستعمال تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة من أجل نقل تداول البيانات، وهذا ما ترغب معظم المؤسسات تبنيه، ويتلائم مع توقعات المرضى ويلبي حاجاتهم.

ومن بين خطط التنمية وبرامجها المختلفة نجد الرعاية الطبية التي تشكل جوهر النظام الصحي حيث تعتبر المعلومات المادة الخام لهذا النظام; وتستخدم في وضع الخطط رسم السياسات، والرقابة، وتقويم الأداء، حيث تسعى الجزائر إلى تطوير النظام الصحي منذ الإستقلال; خاصة بعد التقدم في العلوم و المعارف من خلال الإنفاق على البنى التحتية وعلى الخدمات المتعلقة بها.

كذلك من بين المؤسسات نجد المؤسسات الصحية ونظامها المعلوماتي المتمثل في نظم المعلومات الصحية; التي تقوم تطبيقاتها بتسهيل مهام العاملين في المؤسسات ذات الصلة بالصحة ومنها نجد نظم إدارة معلومات المستشفيات; التطبيب عن بعد، الطب الاتصالي، الملف الطبي الالكتروني ونظم إدارة المعرفة الصحية.

كما أصبحت أجهزة الحاسب الآلي ونظم المعلومات وسيلة أساسية من وسائل العمل و الإدارة خاصة في مجال إدارة المعلومات الصحية، حيث يعتبر استعمال نظم معلومات في المؤسسات الصحية; وسيلة أساسية من وسائل العمل في مجال إدارة المعلومات الصحية من أجل تحسين الجودة والتي يتم فيها تخزين البيانات المحوسبة النصية; الصوتية والصورية، مما يساعد في توفير معلومات في غاية الأهمية لمتخذي القرارات.

أما في مجال الأداء الوظيفي، نهدف إلى التعرف على نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، حيث يعتبر استخدام نظم المعلومات المحوسب أداة في تسهيل عمل الموظفين في عمليات تخزين واسترجاع المعلومات، وكذا في عملية التقويم، ويعتبر أداء العاملين محور التطوير الإداري من أجل الرقي بالمؤسسة لتتماشى مع أهدافها.

ويهدف هذا المطلب إلى تبيان مدى مساهمة نظام المعلومات الصحي المحوسب في تعزيز جودة الخدمة الصحية وكذا أداء العاملين على مستوى الهيئات والمؤسسات ذات الصلة بالصحة باعتبار أن نظام المعلومات الصحي المحوسب له أهمية كبيرة في عمل تلك الهيئات لما يقدمه من المعلومات التي تساعد متخذ القرار في اتخاذ القرار السليم والصائب.

وتم في الفرع الأول منه التطرق إلى نظام المعلومات وجودة الخدمات الصحية، وفي الفرع الثاني إلى نظام المعلومات الصحي والقرارات الطبية.

الفرع الأول: نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية

إن اعتماد الجودة كنظام تعد من بين أهم النظم لتحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا ما دفع بحكومات الدول والكثير من المؤسسات والهيئات من أجل تقديم خدمات ذات جودة وبالتالي انعكاسها على صحة المواطنين، وكذلك يعد عامل رئيسي للمنظمات الصحية لتحقيق النجاح، كما تعزز الجودة الصحية الثقة بين العملاء الذين يمثلون المرضى مع الجهاز الصحي.

كما أصبحت الجودة في الخدمة الصحية وخاصة الرعاية; محل اهتمام والتركيز من قبل المؤسسات الصحية وكذا المستفيدين من الرعاية; وتعتبر الجودة في الرعاية الصحية وتطابقها مع المعارف المهنية من بين الخدمات لتحقيق الأهداف المرجوة، أما أهم معيار جودة الخدمة الصحية فهناك معيار الأمان والسلامة.

أولا: تعريف جودة الخدمات الصحية

تم استخدام المفهوم جودة الخدمات الصحية لأول مرة من طرف ممرضة من بريطانيا تدعى " فلورنس نايتفيل " أثناء حرب القرم; حيث كانت تستخدم أدوات بسيطة في عملها في مجال الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية; الأمر الذي أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات[1].

ويعد إعطاء تعريف لجودة الخدمة الصحية ليس بالأمر الهين بسبب عدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة، وقد أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء الطبيب والمريض وإدارة المستشفى; وتعتبر جودة الخدمة الصحية من وجهة النظر المهنية تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية; أما إداريا يعني استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة; إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية و هو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية.

وتعرف جودة الخدمات الصحية على أنها مدى مطابقة الخدمات التي تقدم للمريض سواء كانت تشخيصية أو إرشادية أو أية خدمات أخرى للمواصفات الطبية المعتمدة، وما ينتج عن ذلك من رضا أو قبول وانتفاع من قبل المريض، بما يؤدي إلى تحسين حالته الصحية[2].

وقد عرفت المنظمة العالمية للصحة; الجودة على أنها "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح ،بطريقة أمنة مقبولة من المجتمع ،وبتكلفة مقبولة ،بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"[1].

1- محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين)، دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015، ص 903.

2- علي عبد الجليل الغزالي، مرجع سابق، ص 697.

وهي مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية. في حين عرفت الهيئة الأمريكية جودة الخدمة الصحية "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية[2].

وهي كذلك درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم; للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية[3].

كما ينظر إلى جودة الخدمات الصحية من الزوايا التالية:

1- المريض: ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.

2 -الطبيب: خدمة المريض عن طريق وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما بالإضافة إلى والمهارات الطبية.

3- المستشفى: الكفاءة في تقديم الخدمة.

4- المالكين: الحصول على أحسن العاملين وتقديم تسهيلات لخدمة للزبائن[4].

ومن منظور اجتماعي يمكن القول على أنها " تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة تجاه حقوق المرضى "وهو تعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي في تحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية[5].

أما الجودة في مجال الرعاية الصحية فهي تقديم كافة الخدمات الطبية عالية النوعية لكل من يحتاجها بالطبع جودة المستشفيات، وكذلك المراكز الطبية المختلفة التي تعتمد على تطبيق المعايير المنصوص عليها بواسطة الإدارات الطبية بالمنشآت المختلفة وعن طريق وجود دليل الجودة الشاملة للمراكز الطبية المختلفة[6].

1- محمد الطعامنة ،"إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، منشورات جامعة اليرموك، المجلد 12، العدد 1، أربد، الأردن، ص 9.

2- محمد محمود حامد الملاحسن، مرجع سابق، ص 255.

3- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبدالله شتيت، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، –البصرة–، ص 14.

4- دلال السويسي، مرجع سابق، ص 45.

5- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبدالله شتيت، مرجع سابق، ص 15.

6- موقع المجموعة الدولية لخدمات التدريب.

تاريخ الزيارة: 2023/09/25.

https://igtsservice.com/ar/blog/المكتبة-الطبية/تعريف-و-مفهوم-الجودة-الصحية-الخدمى-وال

كذلك عرفها لي جون على أنها تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان[1].

ثانيا: قياس جودة الخدمات الصحية

إن المقاييس التي تعتمدها المؤسسات هي المقاييس التي تبرز حالتها وفي نفس الوقت تزودها بالبيانات و المعلومات عن طبيعة مدخلات العملية ومخرجاتها وكذا التوقعات المستقبلية وذلك باستخدام نظام الإتصالات في نقل المعلومات.

كما يجب تحديد معايير خاصة في عمليات القياس، ومنها المعايير التخطيطية والمعايير التطبيقية، ويقوم المعيار التخطيطي باستخدام أدوات التخطيط لتقييم الأداء من خلال اختيار نموذج تحقيق الأهداف الذي يعمل على المجهودات المبذولة عن طريق قياس النتائج والمخرجات بدقة، حيث يعمل على البحوث والتجارب والمعامل والمختبرات والمحاكاة الإلكترونية وغيرها[2].

وهناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية حسب أراء بعض المختصين وهما:

- **العنصر التقني:** عن طريق معالجة المشكلات الطبية عن طريق تطبيق المعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم، وفي هذا العنصر يتم قياس درجة الجودة بمدى قدرة أقصى حد من المزايا الصحية دون تعريض المريض للمخاطر.
- **العنصر الإنساني:** تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى عن طريق إدارة التفاعل الاجتماعي و النفسي بين مقدمي الخدمات الصحية، كذلك من ناحية توفير وسائل الراحة عند الإقامة[3].

إن موضوع نظم المعلومات الصحية المحوسبة وجودة الخدمات الصحية من المواضيع المستحدثة، حيث أجريت هذه الدراسات في بيئات مختلفة، وتم ملاحظة وجود علاقة بين استخدام نظم المعلومات الصحية وجودة الخدمات الصحية التي عرفت تطور ملحوظا، حيث توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك علاقة مباشرة بين استخدام أنظمة المعلومات الصحية المحوسبة وجودة الخدمات الصحية وكانت النتائج كما يلي[4]:

---

1 -A.Jacquerye ,la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, Evaluation,Accreditation Editions Maloine,1999, p 247.

2- أسماء المنير عبد القادر، أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية، من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء)، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة، كلية الاقتصاد، جامعة الزاوية، 2019-2020، ص 104.

3- دلال السويسي، مرجع سابق، ص 47.

4- محمد محمود حامد الملاحسن، قياس مدى إسهام نظام المعلومات الصحي المحوسب في تعزيز جودة الخدمة الصحية دراسة استطلاعية في عدد من مستشفيات مدينة الموصل، من خلال التساؤلات الآتية:
www.iasj.net/iasj/download/74da82e9cbc651a6

– تؤدي نظم المعلومات الصحية المحوسبة دوراً كبيراً في تحقيق أهداف المنظمات الصحية وبالتالي تحقيق جودة في الخدمات الصحية.

– إن عدم فهم أهمية نظم المعلومات الصحية المحوسبة سيؤدي إلى ضعف في عملية تقديم الخدمات الصحية والتي ينعكس سلباً على جودتها.

– أشارت نتائج البحث الميدانية وجود علاقة توافقية بين نظام المعلومات الصحي المحوسب وجودة الخدمة الصحية.

– نظام المعلومات الصحي المحوسب يسهم في دعم جودة الخدمة الصحية.

– وجود علاقات الارتباط والتأثير بين بعدي البحث، وهذا دليل على أن المنظمات المبحوثة تهتم بنظام المعلومات الصحي المحوسب وبما يعزز الخدمة الصحية ذات الجودة العالية.

وفي دراسة أخرى كانت النتائج التالية كما يلي[1]:

– توفر سجلات الكترونية للمرضى ونظام أرشفه الكتروني; يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

– هناك دور لنظم المعلومات الصحية الالكترونية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

– إن (عينة البحث) يتمتعون بالكفاءة والخبرة.

كما تلعب نظم المعلومات الصحية هاما في رفع كفاءة وفعالية تطوير قدرات الموظفين; وكذا عملية صنع القرار، كما تساعد المؤسسات الصحية للحصول على المعلومات الصحية الضرورية لتحسين جودة الرعاية الصحية التي يقدمونها وتوفر الوسائل التالية لتحسين الجودة:

– الإحصاءات الطبية من خلال تجميع البيانات الصحية الرقمية ويتم فيها جمع وتخزين وتحليل البيانات الصحية من المرضى لتقديم التقارير الإحصائية التي توفر المعلومات لمتخذي القرار في المستشفى لتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة.

– حفظ المعلومات وحمايتها من خلال مساعدة الأنظمة المعلوماتية في تحسين الأمن الخاص بالمعلومات الصحية والبيانات الصحية التي يتم جمعها من المرضى.

– تحسين تبادل المعلومات التي تساعد الأنظمة المعلوماتية على تحسين تبادل المعلومات الصحية بين المرضى والمؤسسات الصحية.

– تحسين الوصول إلى البيانات الصحية التي تساعد الأنظمة المعلوماتية على تحسين جمع البيانات الصحية المتعددة التي يتم تجميعها من المرضى من أكثر من جهة صحية.

ويمكن للمؤسسات الصحية من اجل تحسين جودة الرعاية الصحية التي تقدمها الحصول على المعلومات الصحية والبيانات الصحية من مصادر متعددة[1].

1– علي عبد الجليل الغزالي، مرجع سابق، ص 13.

الفرع الثاني: نظام المعلومات الصحي والقرارات الطبية

يعتبر نظام المعلومات الصحي المحوسب المصدر الأول للمعلومات حيث يساهم هذا النظام بشكل كبير في اتخاذ القرارات الإدارية التي تضمن السير الحسن للمصالح على مستوى المؤسسات والهيئات الصحية.

أولا: تعريف نظام مساندة القرار الطبي

هي أي عملية تقوم فيها نظم المعلومات بتقديم حقائق أو أرقام أو بيانات تمت معالجتها للقيام بدعم القرار الطبي بشكل من الأشكال، ولذلك فإن معظم تطبيقات الحاسب الآلي في الطب لها تأثير مباشر أو غير مباشر على عملية دعم القرار الطبي; من خلال رفع كفاءته وزيادة دقته، كما وتعرف على أنها "برامج حاسوبية تفاعلية صممت لمساعدة الأطباء وسائر المهنيين في المجال الطبي لتقديم خدمة الرعاية الصحية في تأدية مهامهم المتعلقة باتخاذ القرارات[2].

ويقع اتخاذ القرار الصحي الصحيح في ثلاث مجالات; وهي توفر المعلومة عن المشكلة، توفر الخبرة وتوفر المهارة في حل المشكلة المطروحة، حيث تدعم نظم المعلومات هذه المجالات وبالتالي التأثير على القرار الطبي بشكل سليم، ومع توفيرها للبيانات حول حالة المريض الصحية ونتائج التحاليل الطبية فهي كذلك تقدم توصيات خاصة ناتجة عن معالجة البيانات.

ثانيا: أثر نظام المعلومات الصحية في دعم القرارات الطبية

يساهم نظام المعلومات الصحي في صنع وتفعيل القرارات الصحية مثل:

– لن يحتاج صانع القرار إلى الكثير من الدراسات لكي يتخذ قرارا بشأن انتشار مرض محدد أو وباء; بل سيقوم نظام المعلومات الصحي برسم خريطة صحية دقيقة للبلاد من حيث معدلات انتشار الأمراض وأسبابها بدقة وسرعة.

– يمكن لمتخذ القرار معرفة حالة الموارد من الأدوية والمستلزمات الطبية في وقتها المناسب.

– الإطلاع على مستوى الإستجابة للأوامر والقرارات وكذا الأداءات على جميع الهيئات الصحية من أجل تفادي الأخطاء.

– مراقبة أداءات التكاليف المالية للهيئات الصحية باستخدام أنظمة خاصة.

1– موقع ميدكونتكس، دور نظم المعلومات في تحسين جودة الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تاريخ الزيارة: 2023/09/28.

https://medcontx.com/دور-نظم-المعلومات-في-تحسين-جودة-الرعاي/

2– مصباح عبد الهادي حسن الدويك، مرجع سابق، ص 89.

– إحصاء عدد ونتائج العمليات الجراحية وكذا نسبة الوفيات ثم القيام بتجميع الإحصائيات من أجل تذليل نقاط الضعف[1].

إن القرار المتخذ المنبثق من نظام المعلومات الصحي; يعمل على تجميع البيانات من النظم الصغيرة من الوحدات الصحية المتواجدة في القرى والمدن، ثم ربط هذه النظم بأخرى أكبر تعمل علي مستوي المستشفيات الحكومية، الخاصة، المتخصصة والعسكرية ثم ينتهي النظام بسلسلة من قواعد البيانات الصحية التي يتم تغذيتها وتحديثها ببيانات ومعلومات من المستويات الأدنى، يوميا باستخدام نظام اتصالات وشبكات معلومات تستخدم جميع تكنولوجيا الإعلام والاتصال المتاحة من خطوط تليفونات إلى أقمار صناعية وكوابل ضوئية وغيرها[2].

إن موضوع نظم المعلومات الصحية المحوسبة ودورها في دعم القرارات الطبية; محل دراسة الكثير من الباحثين، حيث أثبتت هذه الدراسات إلى أن نظم المعلومات الصحية المحوسبة; تدعم القرارات الطبية وكذا الإدارية وكانت النتائج كما يلي[3]:

– تأثير فعال على عملية صناعة القرارات الطبية حيث أنه يقوم بتحسين نوعية القرارات المتخذة، و ويقوم بتحديث البيانات والمعلومات بشكل دوري ويقلل من التكلفة المادية في عملية صنع القرارات ويؤدي إلى زيادة سرعة تنفيذ القرارات من قبل الأقسام المختلفة.

– تأثير فعال على مجالات الأعمال الإدارية; حيث أنه يقوم بتسهيل عملية إعداد التقارير ذات الاختصاص للإدارة العليا.

– تأثير فعال على عملية صنع القرارات الإدارية; حيث أنه يوفر المعلومات الدقيقة والضرورية لعملية صنع القرارات، وكذلك يوفر الوقت والجهد في جمع المعلومات اللازمة ومقارنة البدائل.

وفي دراسة أخرى كانت النتائج كما يلي[4]:

– نظام المعلومات يعتبر من أهم النظم التي تعمل على توفير المعلومات الضرورية لكل مستويات التسيير في المؤسسة، كما يعمل على التنبؤ عن طريق تجميع المعلومات، حفظها، تحليلها للمساعدة في الإجابة على الأسئلة.

– وجود نظم المعلومات الصحية المحوسبة في المؤسسة الإستشفائية إلى تحسين الكفاءة التنظيمية وتحسين جودة الرعاية الصحية وإعداد قرارات طبية دقيقة.

1– رجم خالد، عوني بوجمعة، لحول آسيا، أثر نظام المعلومات الصحي على القرارات الطبية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات، تقرت ورقلة، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 12، جوان 2017، ص 402.

2– مصباح عبد الهادي حسن الدويك، مرجع سابق، ص 92.

3– مصباح عبد الهادي حسن الدويك، مرجع سابق.

4– رجم خالد، عوني بوجمعة، مرجع سابق.

وفي دراسة أخرى أن[1]:

– أن نظام المعلومات الصحي المحوسب المستخدم في مركز الخدمات الطبية الجامعي له تأثير فعال على مجال الأعمال الإدارية، وكذلك يقوم بعملية إعداد التقارير ذات العلاقة للإدارة العليا، وأيضاً يقوم بإنجاز حجوزات المرضى داخل المركز الكترونيا.

– يؤدي نظام المعلومات الصحي المحوسب إلى سرعة ودقة انجاز العمل; ويساهم في رفع كفاءة العمل والعاملين، كما أنه يسهل عملية الاتصال والتنسيق وتبادل المعلومات مع الأقسام الأخرى داخل المركز، ويقوم باختزال الطاقات البشرية اللازمة لإنجاز المهام الإدارية التي تم حوسبتها وكما يساعد على اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية تساهم في عملية الإبداع في أعمالهم.

الفرع الثالث: نظام المعلومات الصحي والأداء الوظيفي

أولا: تعريف الأداء الوظيفي

إن الأداء الوظيفي يعبر عن المجهود الذي يقوم به العاملين في سبيل تحقيق أهداف المؤسسة أو الهيئة، ويتوقف على قدراتهم، مهاراتهم وخبراتهم، كما يعتبر من المفاهيم التي نالت الاهتمام والبحث في الدراسات الإدارية بشكل عام وذلك لأهميته، فالغرض من هذا الموضوع هو تسليط الضوء على أهم التعريفات التي قدمت مفهوم الأداء الوظيفي على الساحة الإدارية.

ويمكن تعريفه على أنه بلوغ الفرد أو فريق العمل أو المؤسسة للأهداف المخططة بكفاءة وفاعلية والقيام بأعباء الوظيفة ومسؤوليتها وواجباتها وفقا للمعدل المفروض أداؤه للعامل الكفء المدرب[2].

هو مدى إتمام المهام المكونة للوظيفة أو الكيفية التي يتحقق بها أو يشبع الفرد بها متطلبات الوظيفة[3].

1– مانع بن محمد الأسمري، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وتأثيرها على القرارات الإدارية والطبية، الملتقى العلمي الدولي المعاصر للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية والادارية والطبيعية "نظرة بين الحاضر والمستقبل"، جامعة الملك عبد العزيز/كلية الآداب والعلوم الانسانية، 30 و 31 ديسمبر 2019 ص 1180.

موقع البحث:

http://proceedings.sriweb.org/akn/index.php/art/article/download/397/447

2– (نقلا عن طارق جابر راشد فالح الرقيب، دور نظم المعلومات الإدارية في تحسين أداء العاملين في المستشفيات العامة الكويتية، دكتوراه الإدارة البيئية –جامعة عين شمس–)، عبد الغفار حنفي القزاز (2008) السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد، الإسكندرية، الدار الجامعية، ص 196.

3– (نقلا عن محمود حسن الغرباوي، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، 2014)، جبر عبد الرحمن 2010 "الابداع الإداري وأثره على الأداء الوظيفي – دراسة تطبيقية على مدارس وكالة الغوث الدولية بقطاع غزة ، " رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة، ص 50.

إذن فأن مفهوم تقويم الأداء في المنظمات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة; وبما متاح لها من موارد مختلفة ولتعبر عن حقيقة ما تقوم به من أعمال والسعي لبلوغ ما هو أفضل ذلك[1].

ثانيا: نظام المعلومات و تقويم الأداء الوظيفي

إن تكنولوجيا المعلومات تعتبر معيار فعال للمنظمات للتطور في إنتاجها وأدائها، ومن أجل قامت معظمها بتبني تقنية المعلومات المحوسبة واستخدامها للرفع من المستوى الأداء الوظيفي وتحسين القرارات الإدارية، لذا فإن هناك علاقة بين استخدام نظم المعلومات المحوسبة والأداء الوظيفي كما يلي[2]:

– هناك تحسن كبير في الأداء الوظيفي خلال إنجاز الأعمال بسرعة وكفاءة ودقة وتكلفة ضئيلة.

– التقليل من الأعباء الوظيفية، واستغلال الوقت في التخطيط ورسم السياسات العامة للمنظمة.

– التأثير على العاملين معنويا من خلال الإطلاع على المعلومات لتعزيز مشاركتهم في عملية صنع القرار.

– الإهتمام بالمنافسة يدفع المنظمات لاستخدام تكنولوجيا المعلومات لبناء وتنمية القدرات الفردية.

– المضي نحو تحسين جودة اتخاذ القرارات يدفعها لزيادة فعالية عملية الاتصالات الإدارية وبالتالي تحسين عملية التنسيق بين مختلف مستويات الوحدات الإدارية.

إن موضوع نظام المعلومات الصحية المحوسبة ودورها في رفع الأداء الوظيفي تطرق له الكثير من الباحثين وتوصلوا للنتائج التالية:

– مراكز وكالة الغوث الصحية; تتمتع بمستوى مرتفع من امتلاك الأجهزة المادية اللازمة لتفعيل دور تكنولوجيا المعلومات داخل المركز الصحي.

– أن المراكز تتمتع بمستوى مرتفع من استخدام وتطبيق للبرمجيات الحديثة وسهلة التعلم حيث يتم تحديثها بما يتناسب مع متطلبات العمل وتتوافق مع الأجهزة المستخدمة في المركز الصحي.

– وجود تطبيقات مختلفة من نظم المعلومات الصحية المحوسبة تستخدم في مراكز وكالة الغوث الصحية حيث تستخدم هذه المراكز بدرجة عالية نظم معالجة المعاملات التي تخدم جميع أقسام المركز الصحي حسب الاختصاص، كما يستخدم نظام إدخال الأوامر الطبية الكترونياً بشكل عالي، وبدرجة لا تقل كثيرا تستخدم النظم الطبية المساندة مثل نظام معلومات الصيدلية والمختبر والأشعة.

– ارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لموظفي مراكز وكالة الغوث الصحية ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الاستقرار والأمن الوظيفي الذي توفره وكالة الغوث لموظفيها.

1– حفصة عطا الله حسين، ادلة بين المنفعة المالية والممارسة الأخلاقية في الشركات المساهمة العامة الكويتية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة العدد السابع و الثلاثون، ص 206.

2– محمود حسن الغرباوي، مرجع سابق، ص 43.

ومن النظم التي تستخدم في المركز الصحي بدرجة متوسطة; نظم التقارير الالكترونية التي تزود المدراء بأدوات معلوماتية مما تساعد في حل المشاكل وبدرجة منخفضة تستخدم نظم المراسلات الالكترونية سواء بالبريد الالكتروني أو من خلال الشبكة الداخلية[1].

وفي دراسة أخرى كانت النتائج[2]:

– وجود أثر ايجابي قوي بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة لمتطلبات نظام المعلومات الصحي على نوعية الأداء كأحد عناصر الأداء الوظيفي.

– وجود أثر ايجابي قوي بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة لمتطلبات نظام المعلومات الصحي على حجم الأداء كأحد عناصر الأداء الوظيفي، وكانت المتطلبات المادية أعلى مؤثر.

الفرع الرابع: نظام المعلومات الخضراء

إن الزيادات المتسارعة والإرتفاع الرهيب في إستعمال الأجهزة الالكترونية وكذا تكنولوجيات الإعلام والإتصال في مختلف قطاعات الحياة; كانت له الكثير من المزايا والحلول للكثير من المشاكل، ومنافع إقتصادية للفرد والمؤسسة، أما الجانب السلبي من هذا التطور فيتعلق بالآثار التي خلفتها هذه التقنية على مستوى البيئة أو المشاكل البيئية الناجمة عن استخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات أو ما يسمى بضريبة التطور التي كانت تكلفتها باهضة، وهو موضوع أثاره المهتمين بالبيئة بتساؤلهم عن أضرار صناعة التقنية ومخالفاتها التي تنتج بعد التخلص منها وتأثيراتها على البيئة; وكذا من خلال الإستعمال المفرط لها بعد صناعتها وذلك في عدة مستويات ومنها إنبعاث الغازات الدفيئة المتخلفة من استهلاك الكميات الكبيرة من الكهرباء، والموجات المتسربة من شبكة الإنترنت اللاسلكية، والحرارة التي تنبعث من الأجهزة الإلكترونية، إلا أن معالجة المشاكل البيئية يكمن في الاستغلال الأمثل لتكنولوجيات المعلومات والإتصال واستخدامها بطرق تحد من آثارها السلبية، وهذا ما خلص إليه المختصون بما يسمى تقنية المعلومات الخضراء.

أولا– تعريف تقنية المعلومات الخضراء

إن مصطلح تكنولوجيا المعلومات الخضراء حديث نسبيا; ظهر بسبب الأضرار البيئة المستجدة; نتيجة الاستخدام الواسع لتكنولوجيا الإعلام والاتصال والأجهزة الإلكترونية، فكان لابد من التدخل ومراعاة الجانب البيئي في أي صناعة أو استخدام لهذه التقنية، ونجد الكثير من المفاهيم التي تعني نفس المعني مثل الحوسبة الخضراء أو تكنولوجيا المعلومات الصديقة للبيئة.

وتعرف على أنها مجموعة من الإجراءات التي تقلل من الأثر البيئي للتكنولوجيا.

1– دراسة محمود حسن الغرباوي، المعنونة نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، حيث اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي.
http://dstore.alazhar.edu.ps/xmlui/bitstream/handle/123456789/2367/20103521.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2– ديدة كمال و كاوجة بشير، مرجع سابق، ص 395.

كما تعرف تقنية المعلومات الخضراء; بأنها جهود استبعاد المواد السامة الكثيرة في أجهزة الحاسوب، والتعامل مع مشكلة النفايات الالكترونية الكبيرة، واستهلاك الأجهزة الرقمية للطاقة[1].

وهي كذلك دراسة أو ممارسة تكنولوجيا المعلومات أو الحوسبة المستدامة بيئيا، يمكن أن يشمل ذلك تصميم أجهزة الكمبيوتر والخوادم و الأنظمة الفرعية المرتبطة بها وتصنيعها واستخدامها والتخلص منها بكفاءة وفعالية مع تأثير ضئيل أو بدون تأثير على البيئة[2].

وتعني كذلك استخدام أجهزة الكمبيوتر وتقنيات الحواسيب مع أخذ في الإعتبار المسؤولية البيئية، ويعني أنه تتم عملية تطوير الأدوات التقنية وإستخدامها والتخلص منها بطريقة لا تضر بالبيئة، من خلال إتباع ما يلي:

- تصنيع واستخدام والتخلص من الأدوات المعلوماتية والإتصالية بطرق غير مضرة بالبيئة.
- إعادة تدوير المنتجات التكنولوجية المصنعة.
- تغيير طرق الإنتاج والإستهلاك لتلقيص النفايات والتلوث.
- استخدام التقنيات المعلوماتية لرفع الأداء البيئي والمالي على مستوى المؤسسة.
- تسخير تكنولوجيا المعلومات في التوجيه من أجل رفع مستوى الوعي بين أصحاب المصلحة[3].

ثانيا: أهمية نظام المعلومات الخضراء

تتبنى تكنولوجيا المعلومات الخضراء الجانب البيئي; عن طريق توفيرها الأنظمة التي تخفف الآثار السلبية الناتجة عن الاستخدام المفرط لتكنولوجيا المعلومات والإتصال، ويمكن تلخيص أهميتها فيما يلي:

- تقديم منتجات آمنة وقابلة للتدوير والمفضلة بيئيا.
- توفير حلول للمشاكل البيئية من خلال معلومات عن مزايا البيئية للمنتجات.
- تحسين الصورة البيئية للمؤسسة واكتسابها للميزة التنافسية.
- خفض التكاليف وتحمل المسؤولية القانونية.
- ممارسة إدارية مسؤولية من خلال المعلومات البيئية المتوفرة.

1- توماس فيرنون ريد، الحياة الرقمية: الثقافة والسلطة والتغير الاجتماعي في عصر الإنترنت، ط 1، الرياض، ترجمة نشوى ماهر كرم الله، ، العبيكان للنشر، 2017، ص 355.

2- فوزي الحسوني أبو غفة، تكنولوجيا المعلومات الخضراء، وتطبيقات الحوسبة السحابية، قسم الحاسوب، كلية الاداب والعلوم قصر خيار، جامعة مرقب، الخمس، ليبيا، المؤتمر الهندسي الثالث لنقابة المهن الهندسية بالزاوية، ص 4.
لتحميل المقال:
https://third.leabz.org.ly/wp-content/uploads/2022/05.تكنولوجيا-المعلومات-الخضراء-،-وتطبيقات-الحوسبة-السحابية/pdf

3- طارق علي جاسم، تخضير تكنولوجيا المعلومات للاستدامة البيئية، جامعة النهرين، كلية اقتصاديات الأعمال، العدد الرابع عشر، ص 5.
https://third.leabz.org.ly/wp-content/uploads/2022/05.تكنولوجيا-المعلومات-الخضراء-،-وتطبيقات-الحوسبة-السحابية/pdf

– برمجة تطبيقات لحفظ الطاقة

– تخضير الوظائف الأساسية للمؤسسة

– تغيير العملية الإنتاجية والسلك الإستهلاكي في جميع المراحل

– إقحام البيئة في العملية الإنتاجية من أجل تخفيف آثار نشاط على البيئة

– تغيير الميزة التنافسية في السوق المستهدفة وتحويلها إلى تكنولوجيا التصنيع الأنظف، الأمثل وهكذا[1].

ثالثا: مزايا نظام المعلومات الخضراء

يمكن تحويل كل أنظمة تكنولوجيا المعلومات إلى نظم خضراء، ومن أهمها أجهزة الكمبيوتر الشخصية والمحمولة، الخوادم ومراكز التحكم بالبيانات، البرمجيات ونظم التخزين ونظم الشبكات كما ويمكن جعل الأجهزة المساعدة مثل الطابعات أكثر كفاءة في استخدام الطاقة وصديقة للبيئة كما يلي:

– أجهزة الكمبيوتر المحمولة والخوادم الخضراء، ويمكن خفض استهلاك طاقة هذه الأجهزة، حيث أن معظم مستخدمي هذه الأجهزة يتركونها تعمل من دون الحاجة، وبالتالي يتم إهدار الطاقة التي تولد حرارة إضافية والتي تتطلب تبريد، أما إذا تم التحكم بها واستخدامها في الضرورة والحاجة من خلال برمجة هذه الأجهزة لتوفير الطاقة عندما لا يتم استخدامها، وكذا إيقاف تشغيل النظام عندما لا تكون قيد الاستعمال، استخدام شاشات توقف لحفظ المزيد من الطاقة، تقليص حجم الكمبيوتر الخاص بالإستعمال الشخصي وجعله أكثر خفة وبالتالي تخفيض استهلاكه للطاقة، وبناء بناء مراكز خضراء للتحكم بالبيانات (غرف المحركات الحديثة التي تزود خدمة الإنترنت والحوسبة المؤسسية).

وهذه بعض النظم التي تندرج ضمن مفهوم نظام المعلومات الخضراء وهي:

1– الحوسبة السحابية الخضراء

وتعريف الحوسبة السحابية يعني أن تتوفر موارد المعلومات عبر الإنترنت بتكلفة معينة حسب حجم الإستخدام، بدل امتلاك مراكز البيانات والخوادم المادية، فيمكن للمستخدم الوصول والاستفادة من الخدمات التكنولوجية، تتضمن تخزين قواعد البيانات، بأسلوب يعتمد على احتياجاته وذلك من خلال جهة موفرة للخدمات السحابية، مثل Amazon Web Services (AWS) أو Google drive.[2]

1– مريم منال بسعود، أثر تطبيق تكنولوجيا المعلومات الخضراء بعناصر مزيج التسويق الأخضر على الأداء البيئي للمؤسسة الإقتصادية، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه تخصص تسويق صناعي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة غرداية، 2022/2021، ص 14.

2– موقع أمازون amazon (خدمة أمازون ويب aws)، ما الحوسبة السحابية؟

تاريخ الزيارة: 2023/10/05.

https://aws.amazon.com/ar/what-is-cloud-computing/

وتعد الحوسبة السحابية حلا اخضرا، حيث بدأت الكثير من الشركات والمؤسسات التعليمية والحكومات والأفراد في استخدام تطبيقاتها.

2- تخزين البيانات الخضراء

العمل على تقليل مساحة التخزين المطلوبة والاستفادة الفعالة من المساحة المتاحة، من خلال واستخدام أساليب عديدة منها استخدام الأقراص، التخزين المتدرج ومحركات الأقراص الصلبة لتحسين كفاءة الطاقة وخفض التكاليف الإجمالية.

3- البرمجيات الخضراء

يبرز دور البرمجيات في تحديد الطاقة المستهلكة وتعمل على تحسين الاستدامة البيئية، ويمكن تصنيفها إلى:

- برنامج أكثر اخضرارا لاستهلاك للطاقة اقل.
- البرامج المدمجة التي تساعد أشياء أخرى في جعلها خضراء (العمليات الذكية).
- برامج إدارة الكربون.
- برامج لاستيعاب التغيرات المناخية، وتقييم آثارها، ووضع استجابات مناسبة للسياسات.

4- الشبكات والاتصالات الخضراء

ازداد استهلاك الطاقة في نظم الاتصالات بشكل كبير مما أدى إلى التأثير سلبا على البيئة، ما شجع على استخدام المنتجات والشبكات الخضراء سبيل لتوفير الطاقة ويشمل ما يلي :

- استخدام تقنيات ومنتجات أحدث وأكثر كفاءة في استخدام الطاقة.
- تغيير المعدات القديمة واستبدالها بمعدات شبكية حديثة مساعدة للبيئة.
- استخدام الأنظمة الذكية في شبكات التكنولوجية لرفع كفاءة استخدام الطاقة.
- تغيير أساليب العمل وجعله عن بعد إن أمكن ذلك كعقد المؤتمرات المرئية بدلا من السفر[1].

الفرع الخامس: نظام المعلومات الجغرافية GIS

تمثل البيانات; المادة الخام لكل نظم المعلومات، وقد تتفرع إلى أنواع; كأرقام، مصطلحات، مخططات، صور أو تكون بأشكال أخرى، ومن أجل أن تتحول إلى معلومات; فالبيانات بحاجة للمرور بعدة مراحل، ومن البيانات نجد البيانات الخرائطية أو المكانية التي تعتبر مصدر رئيسي لنظم المعلومات الجغرافية في إيجاد المواقع على الكرة الأرضية، ومع التقدم التقني تبنت نظم المعلومات الجغرافية تكنولوجيا المعلومات والإتصال في عملها وأصبحت معالجة البيانات تتم بطريقة محوسبة.

كما تقوم هذه النظم بتقديم فائدة كبيرة للمؤسسات باختلاف أهدافها، حيث تختلف فوائد استخدام نظم المعلومات الجغرافية عن النظم الأخرى بإختلاف نوعية التطبيقات المستخدمة وطبيعة المعلومات

1- طارق علي جاسم، مرجع سابق، ص 359.

الجغرافية المخزنة في قاعدة المعلومات، كما تقوم بدمج بيانات الموقع لرسم الخرائط والصور الجوية للمساعدة على فهم السياق الجغرافي، وبالتالي تحسين عمل والإدارة واتخاذ القرار السليم[1].

أولا: تعريف نظام المعلومات الجغرافية

ظهر الاهتمام بنظم المعلومات الجغرافية في منتصف القرن العشرين مع نشوء شركات تهتم بعمل الدراسات للمواضيع المرتبطة بحياة الإنسان من مصادر الغذاء والتلوث وموارد المياه وآخره وكل هذه الدراسات تحتاج إلى خرائط ومخططات لعمل المعلومات بشكل يسهل فهمه على الأشخاص من غير ذوي الاختصاص; وكذلك لجعل عمل المختصين أسهل في معالجة المشاكل واتخاذ القرارات السليمة وقد ظهرت بعض البرامج التي تقوم بعرض الخرائط والبيانات في لوحات واستخدمت فيها أجهزة الحاسوب[2].

ويكمن سر أهمية نظم المعلومات الجغرافية في الإمكانيات الإلكترونية للبرامج ومكونات الحاسب الآلي، والبعض الآخر يرى في البراعة التي تم التوصل إليها في أساليب معالجة البيانات[3].

هي نمط تطبيقي لنظم الإعلام الآلي والتي تهتم بإنجاز وظائف خاصة في مجال معالجة وتحليل المعلومات بما يتفق مع الهدف التطبيقي لها معتمدة على كفاءة بشرية وإلكترونية متميزة[4].

نظم المعلومات الجغرافية هي أنظمة تقوم بإنشاء ورسم الخرائط لجميع أنواع البيانات[5].

وهي كذلك نظام إدخال وتخزين وتحليل وإخراج البيانات الجغرافية; بحيث يكون المنتج النهائي للبرنامج قادر على دمج مجموعة متنوعة من الوظائف تسمح للمستخدم للوصول إلى قاعدة البيانات[6].

وهي أيضا مجموعة من التجهيزات والبرمجيات الحاسوبية وقواعد بيانات مصممة لتخزين واستخراج ومعالجة وتحليل البيانات المكانية الرقمية; من أجل المساعدة في اتخاذ القرار المناسب على ضوء هذا التحليل.

ثانيا: استخدامات نظام المعلومات الجغرافية

1- أكرم عبد اللطيف سالم عوض الله، أهمية إستخدام نظم المعلومات الجغرافية، المجلة العربية للنشر العلمي، الإصدار الخامس، العدد خمسون، 2022، ص 710.

2- أحمد صالح الشمسي، نظم المعلومات الجغرافية من البداية، ط 1، العراق، 2007، ص 43.

3- المؤسسة العامة للتعلم الفني و التدريب المهني، الإدارة العامة لتصميم و تطوير المناهج، نظم المعلومات الجغرافي 213 مسح، السعودية، ص 8.

https://books-library.net/free-11729889-download

4- محمد الخزامي عزيز، نظم المعلومات الجغرافية أساسيات وتطبيقات الجغرافيين، ب ط، منشأة الناشر المعارف بالإسكندرية مصر، 1998، ص 18.

5- أكرم عبد اللطيف سالم عوض الله، مرجع سابق، ص 710.

6- Michael.(1990), national center for geographic information and analysis.California, Santa Barbara: national center for geographic information and analysis, p 345.

1- الخدمات الطبية الطارئة: وهي إحدى الأدوات الجيدة للإسعافات الطبية الطارئة حيث توفر بيانات عن أنواع الحوادث والبيانات السكانية الخاصة بهذه الحوادث; ويمكن عرضها بسرعة وسهولة وتساعد أيضا على سرعة استجابة نظام الخدمات الطبية الطارئة من خلال تحديد اقرب وحدة إسعافات إلي مكان الاتصال المبلغ عن الحادث; واقصر الطرق والطرق البديلة للوصول إليه; بالإضافة إلي إمكانية القيام بتحليلات مختلفة للمعلومات المختزنة في قواعد البيانات بحيث يمكن معرفة سرعة ومدى انتشار عدوى لداء أو وباء قبل انتشاره الفعلي مما يساعد على التخطيط[1].

2- إدارة الأزمات والكوارث: تعنى بدراسة الأزمات والكوارث سواء طبيعية أو من صنع الإنسان وهي أحداث مكانية أي ترتبط بمواقع معينة مثل الزلازل والحرائق والأعاصير والفيضانات والمجاعات وانتشار الأوبئة; ونظرا لأهمية الخرائط والمعلومات المكانية في إدارة مثل هذه الكوارث فإن (ن.م.ج) تتيح لمتخذي القرار الوصول السريع والمرئي للمعلومات الحيوية والمفيدة عن موقع الأزمة; مما يساعد على تطوير خطط العمل التي يتم تقديمها لفريق العمل للتعامل مع الأزمة وبالتالي تساعد على تنسيق و تفعيل جهود الطوارئ.

3- حماية البيئة: حيث يمكن من خلال نمج وضع الخطوات اللازمة لتتبع التغيرات التي تحدث في منطقة معينة وتقدير التأثيرات المختلفة على المناطق المجاورة; وتحديد الحياة الفطرية والعناية بها ومراقبة التلوث المائي وتأثيره على الحياة البرية والبحرية كتلوث البحار نتيجة لتسرب النفط.

4- تطبيقات أمنية: وتتعلق بتحديد الأماكن التي تكثر فيها أو المتوقع أن تكثر فيها الجرائم، والمناطق التي يجب تكثيف النشاط الأمني ودوريات الشرطة فيها، ومراقبة مناطق وأوقات ازدحام المرور في المدينة وإيجاد حلول لها.

ثالثا: بعض تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية

هناك العديد من المجالات التي يمكن العمل عليها باستخدام تطبيقات النظم الجغرافية ومنها: إدارة الشبكات، تسجيل الممتلكات، البنية التحتية (الكهرباء، الغاز، الماء...)، حماية البيئة، الصرف الصحي.

- التطبيقات البيئية وحماية الحياة الفطرية وتشمل تحديد نوع الحياة الفطرية في المنطقة و العانية اللازمة لها.
- تطبيقات التلوث المائي وتأثيره على الحياة البرية.
- تطبيقات مكافحة الحريق: وتتضمن تحديد مواقع محطات الإطفاء للوصول اليها بسهولة.
- تطبيقات الإسعاف ونقل المصابين: تحديد اقرب طريق لمراكز العناية الطبية.

1- أكرم عبد اللطيف سالم عوض الله، مرجع سابق، ص 716.

– التطبيقات الصحية: اختيار المكان المناسب للمصحات والمستشفيات وتوزيعها حسب الكثافة السكانية.

– تطبيقات السيطرة على الكوارث الطبيعية: مثل تحديد المناطق المهددة بالفيضانات[1].

ويتمثل موضوع نظم المعلومات الجغرافية ودوره في صحة الإنسان وحماية البيئة والحماية من الكوارث موضوع دراسة الكثير من الباحثين.

حيث توصلت دراسة تتعلق باستخدام نظم المعلومات الجغرافية ودروها في التخطيط النسيج الحضري وحمايته والتنبؤ بالأخطار للنتائج التالية[2]:

– استعمال نظم المعلومات الجغرافية والإستشعار عن بعد له مساهمة مهمة في المساعدة على التخطيط الحضري في مرحلة التخطيط القبلي والبعدي. كما أن له إمكانية دراسة و حماية النسيج الحضري والتنبؤ بالظواهر وإستغلاله في الإنذار المبكر.

– تحديد النقاط التي يبرز فيها خطر الفيضان داخل النسيج لحضري وعلى اطرافه (خط وادي مزي) ووجوب اتخاذ اللازم فيما يخص الإحتياطات الواجب اتخاذها لحماية النسيج الحضري للمدينة وساكنتها.

– توجيه التوسع الحضري بما يتلاءم ومخطط المخاطر وتفادي البناء على مستوى مجاري وروافد وادي مزي.

وفي دراسة أخرى تتعلق بدور نظم المعلومات الجغرافية في التنبؤ بخطر الفيضانات، كانت النتائج التالية[3]:

– ساهمت نظم المعلومات الجغرافية في إنتاج خرائط تعتبر عنصرا من عناصر التنبؤ بالخطر من أجل أخذ الاحتياطات والتدابير و أيضا القيام بعمليات التدخل في حال وقوع فيضانات.

وفي دراسة أخرى كانت النتائج حول تسيير نظام المعلومات الجغرافية لشبكتي المياه والصرف الصحي كما يلي[4]:

1– المؤسسة العامة للتعلم الفني و التدريب المهني، مرجع سابق، ص 13.

2– وحيد ساعد سعود المعنونة نظم المعلومات الجغرافية و الإستشعار عن بعد كأداة لدعم التخطيط الحضري والحماية من الكوارث الطبيعية (دراسة خطر فيضان وادي مزي على مدينة الأغواط).

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/125928

3– هاجر ابراهيمي المعنونة دراسة حساسية مدينة المسيلة لخطر الفيضانات، باستعمال نظم المعلومات الجغرافية.

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/159514

4– حجيرة إلياس المعنونة إدارة وتسيير شبكتي المياه والصرف الصحي بتوظيف أنظمة المعلومات الجغرافية (GIS) دراسة حالة مدينة باتنة.

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/125929

– بإمكان نظام المعلومات الجغرافية التسيير والمتابعة الرقمية لشبكتي المياه والصرف الصحي والإجابة بكل دقة وفي وقت قصير جدا عن العديد من الاستفسارات حول توزيع مختلف مكوناتهما حسب طبيعة خصائصها، مما يسمح بتوفير الوقت والجهد والمال ويضمن الارتقاء بمستوى أداء الخدمة.

وفي دراسة أخرى كانت النتائج حول دور نظم المعلومات الجغرافية وإدارتها للنفايات كما يلي[1]:

– ظهرت الدراسة أهمية استخدام نظام المعلومات الجغرافية في عملية تحليل البيانات المكانية والوصفية والربط بينهما لاختيار الموقع الأفضل لحاويات جمع النفايات بشكل دقيق وسريع وبجهد أقل بما يتناسب مع احتياجات السكان.

– استطاعت الدراسة اقتراح عدد من المواقع الجديدة لدفن النفايات المنزلية الصلبة بمدينة تبسة التي تم تمثيلها في خريطة ملائمة، مما يدل على القدرة العالية لتقنيات النظم الجغرافية في اختيار المواقع المثلى لدفن النفايات المنزلية بالبيئة.

وفي دراسة أخرى حول دور نظم المعلومات الجغرافية في دراسة المتغيرات الاجتماعية، حيث يمكن اقتراح عدد من موضوعات الدراسات التطبيقية في نظم المعلومات الجغرافية على النحو التالي[2]:

– قياس أثر العوامل المكانية التي تؤدي إلى التكدس المروري في مدينة ما.

– قياس أثر العوامل المكانية على إمكانية تحديد الفواصل الحضرية بين مدينتين متجاورتين.

– كيفية تحديد الموقع الأنسب لإنشاء منطقة صناعية جديدة في إقليم ما.

المبحث الثاني: مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة

إن مفهوم التنمية المستدامة يعتبر بأن إشباع حاجات الحاضر لا يمكن أن يكون على حساب مقدرات الأجيال القادمة; وذلك عن طريق العمل على الحفاظ على موارد الدولة، وباعتبار أن الصحة تمثل أحد أهم العوامل والمؤشرات التي تساهم في التنمية المستدامة; وتعد ركيزة له في أي مجتمع متقدم كان أم متخلف، فإن التنمية الصحية هو موضع اهتمام لدى جميع دول العالم التي تكافح من أجل المحافظة عليها، فالإنسان المتمتع بصحة جيدة يمثل نواة التنمية وفي نفس الوقت هدفها، ولا يمكن تصور إنسان عليل تقوم عليه التنمية، أي أن التنمية بمفهومها الشامل تساهم فيها التنمية

1– جابري محمد الطيب، و بوسماحة أحمد المعنونة دور نظم المعلومات الجغرافية في إدارة النفايات الحضرية، مدينة تبسة انموذجا.

/www.asjp.cerist.dz/en/article/107972#:~:text=
.فقد%20تم%20الاستعانة%20بأساليب%20تقنية,النفايات%20على%20المستوى%20الاداري%20و%20التقني

2– جنيدي حليس، و حمزة شريف علي المعنونة استعمال نظم المعلومات الجغرافية في دراسة المتغيرات الاجتماعية لحوادث المرور في الجزائر (سطيف، الجلفة، تيارت).

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/105830

الصحية المستدامة; وهذه الأخيرة لا تكون من دون تحسين الوضع الصحي للإنسان، لأن الاعتلال الصحي عامل سلبي في النمو والتنمية، ولا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع وجود الأمراض والأسقام، وكمثال فقد قضى فيروس السيدا العديد من البشر، كما أن التلوث بمختلف أنواعه يساهم في فناء آلاف البشر وخاصة دول الفقيرة والنامية، ما يعني تعطل في حركة النمو والتطور.

المطلب الأول: التنمية الصحية المستدامة

إن الصحة والتنمية يسيران في تناسب طردي، أي كلما زادت صحة المجتمع زاد الإنتاج والعكس صحيح، وكذلك هناك معايير أخرى خارج إطار الخدمات الصحية التي لها علاقة بصحة الإنسان وهي مياه الشرب، الصرف الصحي، التعليم، البيئة النظيفة ومعايير أخرى.

أما على المستوى الدولي; فتتمثل الشواغل العالمية في معالجة الآفات مثل الفقر وإنعدام الأمن الغذائي توفير مياه الشرب والمرافق الصحية. أما بيئيا فمن خلال حماية النظم الايكولوجية، والتصدي للمشاكل المناخية.

وفي هذا السياق; أكدت الدكتورة مارغريت تشان; المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية السابقة; أن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية.

كما تناول اجتماع مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية.

كذلك نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة[1].

أما وطنيا; فقد شهدت الجزائر تحسنا في الوضع الصحي; من خلال إنشاء هياكل قاعدية جديدة وتوفير الموارد البشرية; وكذا دخول القطاع الخاص كداعم في مجال الصحة، إلا أن ضعف الحالة الصحية يشكل أحد العوائق التنموية الصحية المستدامة في الجزائر.

ومن الناحية البيئية فقد برز مصطلح التنمية المستدامة كمفهوم بعد ظهور مشكلة التدهور البيئي، وتصادم المطالب المتعلقة بالحماية البيئية بالتنمية الاقتصادية التي لم تضع البيئة كأحد الإعتبارات المهمة في عملية التطور والتي نتج عنها الإحتباس الحراري، التصحر، التلوث اختلال التنوع البيولوجي ومشاكل بيئية أخرى، هذه المطالب تتمثل في ضرورة دمج البعد البيئي في السياسات التنموية الاقتصادية، بمعنى آخر أن تأخذ التنمية البيئة في الاعتبار، والتغلب على المخاطر المحيطة

1- تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ريو دي جانيرو، 1992، ص 2.

(قمة ريو أو قمة الأرض هي قمة نظمتها الأمم المتحدة بريو دي جانيرو بالبرازيل ;من أجل البيئة والتقدم، وكان ذلك من تاريخ 3 حتى 14 جوان 1992، حيث شاركت في المؤتمر 172 دولة).

يمكن تحميل الملف من الموقع:

https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N92/836/53/IMG/N9283653.pdf?OpenElement

بها وتلبية الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية للأجيال الحالية، دون المساس بقدرة الأجيال القادمة، وضبط استهلاك الموارد الطبيعية.

الفرع الأول: مفهوم التنمية الصحية المستدامة

سنقوم في هذا الفرع بتقديم تعريفات مختلفة للتنمية المستدامة وأبعادها.

أولا: تعريف التنمية المستدامة

عرف المشرع الجزائري التنمية المستدامة في المادة الرابعة من القانون 10/03 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة; بأنها التوفيق بين التنمية الاجتماعية والإقتصادية القابلة للإستمرار وحماية البيئة، أي إدراج البعد البيئي في إطار التنمية تضمن تلبية حاجات الأجيال الحاضرة والأجيال المستقبلية[1].

والتنمية المستدامة هي البحث عن التوازن بين الاهتمامات البيئية و الاهتمامات الاجتماعية الاقتصادية بالتحكم في مصادر التلوث والطاقة والتحكم في استهلاك الثروة وضمانها للأجيال المستقبلية ، أي وضع مخططات تنموية على المدى البعيد[2].

كما يعرفها Edward barbier بأنها ذلك النشاط الذي يودي إلى الارتقاء بالرفاهية الاجتماعية اكبر قدر مع الحرص على الموارد الطبيعية المتاحة، وبأقل قدر ممكن من الأضرار والإساءة إلى البيئة، ويوضح بان التنمية المستدامة تختلف عن التنمية في كونها أكثر تعقيدا وتداخلا فيما هو اقتصادي واجتماعي وبيئي[3].

وفي التعاريف الأحادية:

- التنمية المستدامة هي التنمية المتجددة والقابلة للاستمرار.
- التنمية المستدامة هي التنمية التي لا تتعارض مع البيئة.

وفي التعاريف الواسعة:

التنمية المستدامة هي التنمية التي تفي باحتياجات الحاضر دون الإضرار بقدرة أجيال المستقبل على الوفاء باحتياجاتها الخاصة، وهي تفترض حفظ الأصول الطبيعية لأغراض النمو والتنمية في المستقبل.

1- القانون رقم 03-10 مؤرخ في 19 جويلية 2003، يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 43 المؤرخة بتاريخ 20 جويلية 2003، ص 9.

2- أحسن بن ميسي، الديناميكية الحضرية و التنمية المستدامة، مجلة التهيئة العمرانية، جامعة منتوري، مخبر التهيئة العمرانية، العدد 01-2004، ص 54.

3- عماري عمار، إشكالية التنمية المستدامة وأبعادها، مداخلة في المؤتمر العلمي الدولي (التنمية المستدامة والكفاءة الإستخدامية للموارد المتاحة)، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس -سطيف-، ص 4.

التنمية المستدامة هي التنمية التي تقوم أساسا على وضع حوافز تقلل من التلوث وتقلل من حجم النفايات والمخلفات وتقلل من حجم الإستهلاك الراهن للطاقة وتضع ضرائب تحد من الإسراف في استهلك الماء والموارد الحيوية.

أما التعريف ذو الطابع البيئي

التنمية المستدامة هي التي تحمي الموارد الطبيعية والزراعية والحيوانية . وهي تمثل الاستخدام الأمثل للأرض الزراعية والموارد المائية في العالم لزيادة المساحات الخضراء في الكرة الرضية[1].

ليس هناك اتفاق حول تعريف التنمية المستدامة، ويمكن تعريفها بأنها الإدارة الحكيمة للموارد الطبيعية المتاحة بشكل يكفل الرخاء الاقتصادي والاجتماعي، وتحقيق الاحتياجات الإنمائية والبيئية للأجيال الحالية والمقبلة[2].

التنمية الحقيقية ذات القدرة على الاستقرار والاستمرار والتواصل من منظور استخدامها للموارد الطبيعية، والتي يمكن أن تحدث من خلال إستراتيجية تتخذ التوازن البيئي كمحور ضابط لها، ذلك التوازن الذي يمكن أن يتحقق من خلال الإطار الاجتماعي البيئي، والذي يهدف إلى رفع معيشة الأفراد من خلال النظم السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تحافظ على تكامل الإطار البيئي، من خلال استخدام الأساليب العلمية والعملية التي تنظم استخدام الموارد البيئية وتعمل على تنميتها في نفس الوقت[3].

ومن أكثر التعريفات شمولية وانتشارا هو تعريف اللجنة العالمية للبيئة والتنمية "لجنة برانتلاند"، التي تطرقت لأول مرة بشكل رسمي لمفهوم التنمية المستدامة سنة 1987 وقد تم تبني هذا التعريف في المحافل الدولية على نطاق واسع حيث تم تعريف التنمية المستدامة على أنها:

تنمية تسمح بتلبية احتياجات ومتطلبات الأجيال الحاضرة دون الإخلال قدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها[4].

1- عز الدين آدم النور، التنمية المستدامة بين النظرية والتطبيق، د ط، 2014، ص 5.

تحميل الكتاب من الموقع:

https://www.noor-book.com/كتاب-التنمية-المستدامة-بين-النظرية-والتطبيق-pdf

2- وزارة الصحة السعودية، البوابة الإلكترونية لوزارة الصحة، الوزارة، الاستراتيجية الوطنية للصحة الإلكترونية، التنمية المستدامة.

زيارة الموقع: 2023/10/09.

https://www.moh.gov.sa/Ministry/nehs/Pages/SustainableDevelopment.aspx

3- عاشور مريزيق، بن نافلة قدور، "التنمية المستديمة في الوسط الصناعي بين الزامية التشريعات البيئية كالالتزام المؤسسي، الملتقى الوطني الأول حول آفاق التنمية المستدامة في الجزائر ومتطلبات التأهيل البيئي للمؤسسة الاقتصادية، جامعة قالمة، 17-18 ماي 2010، ص 2.

4- إكرام بلباي، التنمية الصحية المستدامة، مجلة القانون العام والجزائري والمقارن، العدد الثامن، العدد 01، ماي 2022، ص 277.

أما الاهتمام الدولي بمسألة التنمية المستدامة، فتعتبر قمة ستوكهولم أول إطار قانوني يتم فيه طرح انشغالات الدول بتدهور البيئة، كما إن نقاش الدول حول حماية البيئة أدى إلى تجسيد مفهوم التنمية المستدامة، في قمة ريو دي جاني رو كأحد المبادئ السياسة التي تقوم عليها حماية البيئة على المستوى الدولي، وقد أشارت العديد من الاتفاقيات الدولية في أحكامها إلى التنمية المستدامة، حيث تضمن إعلان ريو في سنة 1992، إذ ورد تضمن تعريف للتنمية المستدامة :"يجب أن يتجسد الحق في التنمية بصورة يضمن تلبية حاجات التنمية والمحافظة على البيئة للأجيال الحاضرة والمستقبلية".

ثانيا: أبعاد التنمية المستدامة

– **الركن البيئي:** ويتعلق بتحقيق التنمية البيئية عن طريق الاهتمام بالتنوع الحيوي والمحافظة على تنوع بيئتها وحماية الموارد والثروات، مع منع أو خفض إنتاج النفايات بجميع أنواعها الغازية، السائلة والصلبة.

– **الركن الاقتصادي:** وهو عبارة عن تحقيق التنمية الاقتصادية بأسلوب فعال وثابت دون هدر الموارد على حساب الجوانب الأخرى والأجيال اللاحقة مع وضع سياسات الاقتصادية السليمة بيئيا و التي من أهدافها خفض استهلاك المواد والموارد وبالتالي خفض إنتاج النفايات.

– **الركن الاجتماعي:** تحقيق التنمية الاجتماعية من خلال تحقيق العدالة والمساواة بين الجيل الحالي من جهة والأجيال القادمة من جهة أخرى من خلال التوزيع العادل للثروات والمحافظة على سلامة ومكونات البيئة، وخفض مستويات الفقر والمحافظة على التراث الفكري للمجتمعات وتغير أنماط الإنتاج والاستهلاك[1].

الفرع الثاني: التنمية الصحية المستدامة

سنقوم في هذا الفرع بتقديم بعض التعريفات، المؤشرات، تحديات وأسس للتنمية الصحية المستدامة.

أولا: تعريف التنمية الصحية المستدامة

تعرف التنمية الصحية المستدامة أنها نظام معقد من المدخل المتفاعل للاستعادة وإدارة وتحسين صحة الإنسان، التي لها قاعدة إيكولوجية قابلة للاستمرار بيئيا واقتصاديا واجتماعيا إلى أجل غير مسمى، التي تعمل انسجام مع الجسم البشري والبيئة غير البشرية على حد سواء، والذي لا ينتج عنه آثار غير عادلة أو غير متناسبة على أ ي عنصر هام يساهم في نظام الرعاية الصحية، إضافة إلى

1– خلادي عبد الغني، هزلة أنيس، سباع أحمد الصالح، واقع تسيير النفايات الطبية في القطاع الصحي الخاص وأثره على تعزيز التنمية المستدامة مصحة الرمال نموذجا، مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد 03، العدد:01، 2020، ص 107.

الحفاظ على البيئة، كما ينبغي للمنشأة المستدامة أن تمكن مقدمي الرعاية الصحية من تحقيق أهداف الصحة والسلامة مع الحفاظ على الجدوى الاقتصادية والحد من استهلاك الموارد[1].

تسهم مؤشرات التنمية المستدامة في تقييم مدى تقدم الدول والمؤسسات من تحقيق أهداف التنمية المستدامة بصورة فعلية، وتتمحور هذه المؤشرات حول توصيات أجندة القرن الحادي والعشرين التي حددتها الأمم المتحدة، حيث تتمثل في الرعاية الصحية المناسبة لجميع أفراد المجتمع، خاصة المناطق النائية، والأرياف، من السيطرة على الأمراض المتوطنة والوبائية الناجمة عن تلوث البيئة (العمر المتوقع عند الولادة، معدلات وفيات الأمهات والأطفال، والرعاية الصحية الأولية[2].

أما الإستدامة الصحية فيمكن تعريفها بالمفهوم الصحي بأنها: "تخطيط وإدارة وتقديم الرعاية الصحية المنصفة التي تتسم بالكفاءة والفعالية، والتي تساهم في التنمية الطويلة الأجل بطريقة مستدامة"[3].

ثانيا: مؤشرات التنمية الصحية المستدامة

لقد أكدت العديد من التقارير والدراسات; أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين مختلف الدول، ما هي إلا انعكاس للتفاوت في مجال التنمية الاقتصادية والإجتماعية، وهذا يعني أنه لا يمكن للإنسان أن يعيش في صحة جيدة دون وجود تنمية مستدامة تمس جميع النواحي الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، وتشتمل مؤشرات قياس التنمية الصحية على ما يلي:

- **العمر المتوقع عند الولادة:** عبارة عن السنوات التي يتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة، في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

- **معدل وفيات الرضع:** عبارة عن مؤشر يقيس عدد وفيات الأطفال دون عمر السنة الذين ولدوا أحياء، ويكون ذلك المؤشر لكل ألف ولادة حية لفترة زمنية تعادل السنة الواحدة.

- **معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:** هو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة.

1- رزقي نور الهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2000-2018 بالمقارنة مع تونس والمغرب، دراسة تحليلية، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10، العدد 02، 2020، ص 55.

2- وزارة الصحة السعودية، مرجع سابق.

3- تغريد حسن الغوطي، شادي محمد أبو بريك، واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، مجلة الاقتصاد والمالية، المجلد 09، العدد 02، 2023، ص 135.

– **نسبة وفية الأمهات:** عبارة عن مؤشر لعدد وفيات الأمهات خلال فترة الحمل أو بعدها ب 42 يوما بغض النظر عن فترة ومكان الحمل، ويكون ذلك المؤشر لكل 100000 ولادة حية خلال مدة سنة واحدة.

– **نسبة الإنفاق الصحي:** أي الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوبا إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الإنتاج المحلي الإجمالي.

– **الحصول على الخدمات الصحية:** وهو النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيرا على الأقدام أو استخدام وسائل الانتقال المحلية فيما لا يزيد عن ساعة[1].

ثالثا: تحديات التنمية الصحية المستدامة

إن تحقيق الأهداف الإنمائية يواجه أربعة تحديات وهي:

1– تغيرات في الهياكل العمرية للدول

البلدان ذات عدد السكان المرتفع ومستوى دخلها منخفض، حيث يمكن للشباب دون السن 24 القيام يقوموا باستثمارات مناسبة، على العكس من ذلك فإن الدول ذات الدخل المرتفع تواجه شيخوخة السكان حيث تؤدي إلى جانب نمط الإستهلاك واحد من أهم التحديات التي تواجه التنمية المستدامة في القرن الحادي والعشرين.

2– تطوير الذهنيات بشكل مبتكر لتوفير الصحة

وهي مسؤولية على عاتق كل شخص في جميع أنحاء العالم.

3– مواصلة تطوير مؤسسات الصحة العامة الوطنية والعالمية وصيانتها وتحديد أولوياتها، وجمع البيانات والتحليل والقدرات التقنية.

4– زحف السكان من الأرياف إلى المدن

وهي ظاهرة تعددت أسبابها، ولكن آثارها تتمثل في نقص الخدمات، إلى جانب المخاطر البيئية والاجتماعية مثل تلوث الهواء، والاكتظاظ ونقص مياه الشرب والصرف الصحي، وظروف العمل السيئة[2].

رابعا: أسس تحقيق تنمية صحية مستدامة

1– لامية حمايزية، عبود زرقين، التنمية الصحية المشتدامة و نتائجها على المورد البشري، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 9، ديسمبر 2015، ص 258.

2– علي عبودي نعمه الجبوري، التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي، مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، المركز الديمقراطي العربي، العدد السادس، أكتوبر 2019، برلين ألمانيا، ص 34.

تقوم المؤسسات الصحية بتدابير من أجل تقديم الخدمات الصحية للوقاية من الأمراض والآفات باعتبارات إنسانية بما يتفق مع القوانين المحلية والدولية، حيث تقوم الأمم المتحدة عن طريق دوراتها الإستثنائية بتقديم تقارير تؤكد فيها ما يلي:

– تطوير إدارة الموارد البشرية العاملة في خدمات القطاع الصحي

– تفعيل الحصول على الخدمات الصحية الضرورية وتضمن الوقاية والحصول عل الأدوية الضرورية بأقل التكاليف.

– تبني الاستراتيجيات والسياسات للمشاكل الصحية والقضاء على الفقر لتحقيق التنمية المستدامة.

– تعزيز الجهود البحثية للمسائل الصحية، وبالأخص البحوث التي لها علاقة بالفئات السكانية الضعيفة والمعرضة للأمراض.

– المساواة في تقديم الخدمات الصحية وكذا في التعليم والمعالجة والتكنولوجيا الطبية والاهتمام بالآثار الجانبية لسوء الصحة.

– القيام بمبادرات وفعاليات للمساعدة على تقييم الروابط بين الصحة والبيئة من أجل تهيئة استجابات أكثر لمواجهة الأخطار البيئية التي تهدد صحة الإنسان.

– تفعيل أدوار القطاعين العام والخاص لتقديم خدمات صحية أفضل لإقامة شراكات متعددة المجالات عن طريق نقل التكنولوجيا ونشرها[1].

خامسا: الصحة ضمن خطة التنمية المستدامة 2030

اجتمع في 2015 رؤساء دول في مقر الأمم المتحدة; من أجل اتفاق حول صياغة أهداف جديدة للتنمية المستدامة تتضمن 17 هدف محل الأهداف الإنمائية للألفية، حيث تبنت الجمعية العامة النص النهائي للتنمية المستدامة لعام 2030، لتطبيقها في جانفي 2016.

وباستقراء للهدف الثالث من النص المصاغ وهو تحت عنوان الصحة الجيدة والرفاه، ويتعلق بخطة لإنهاء وباء السل والملاريا والإيدز بحلول سنة 2030، ومن أجل تحقيق هذا الهدف يجب توفير التغطية الكاملة والحصول على الأدوية بأسعار مناسبة، والبحث في مجال اللقاحات وتوفيرها، وكذا ركز الاتفاق على الأهداف المتعلقة بقضايا الجوع وصحة الأم والطفل والإيدز التي وضعت على رأس جدول أعمال الإتفاقية; بحضور الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية وشركات القطاع الخاص.

ومن من الأهداف كذلك هناك:

1– أميرة خلف لفتة، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري (العراق حالة دراسية)، المؤتمر العلمي الثالث للبيئة والتنمية المستدامة، بغداد، 15–16 تشرين الثاني 2017، مجلة الهندسة والتكنولوجيا، مجلد 36، العدد الخاص 3، 2018، ص 277.

– خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70حالة وفاة لكل 000 100 مولود حي بحلول عام 2030.

– وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها حلول عام 2030 بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12حالة وفاة في 1000 مولود حي.

– وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030.

– تتخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام 2030.

– تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، ما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول.

– خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف بحلول عام 2020.

– ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030.

تحقيق الحصول التغطية الصحية الشاملة، ما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.

– الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030.

– تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء.

– دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقا لإعلان الدوحة شأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية والصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة الكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة التجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولاسيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.

– زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستباقها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة.

– تعزيز قدرات جميع البلدان، ولاسيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر الصحية الوطنية والعالمية[1].

الفرع الثالث: واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر

مع التغيرات التي تحيط بالتطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمجتمع، والاهتمامات بالصحة، فإن التنمية المستدامة تعتبر تحديات صعبة، ويكمن الإشكال حول الأساليب المعتمدة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

أولا: واقع التنمية الصحية المستدامة

تولي الجزائر أهمية بالغة لتنمية قطاع الصحة; بوصفها من العوامل التي تساهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراها، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء; فهي تعتبر مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، فحالات تردي الصحة تؤثر سلبا على النمو والتنمية، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية[2].

وتحتل الجزائر المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية أخرى، حيث يلاحظ أن هناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي وفي مجال النظام الصحي، فقد احتلت الجزائر المرتبة 84 في مجال معدل الأمل في الحياة من بين 192 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية، وبالنظر لمستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث تحتل الجزائر المرتبة 110 كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث نجدها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول الأعضاء[3].

ثانيا: واقع التنمية البيئية المستدامة

إن الجزائر مثل الكثير من دول العالم معرضة للأخطار البيئية، وعلى هذا الأساس أصبحت القضية البيئية من بين القضايا الراهنة التي يجب صياغة آليات حول أخطارها والعمل على حماية البيئة من خلال وضع أطر للمحافظة على العناصر البيئية ومنها التشريعات والنصوص القانونية في

1– إكرام بلباي، مرجع سابق، ص 285.

2– أمال غنو، التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدما نحو2030، مجلة القانون الدستوري والمؤسسات السياسية، المجلد 5، العدد 2، جامعة وهران – 2محمد بن أحمد– (الجزائر)، ص 108.

3– بيطار سميرة، التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر، مقال منشور بتاريخ 2018/01/10.

تاريخ الزيارة: 2023/09/14

على الرابط :

https://www.hopital-dz.com/?app=article.show.339

إطار التنمية البيئية المستدامة، كذلك من خلال إنشاء هيئات تعمل في هذا الإطار، أو إعادة تفعيل ومؤسسات أخرى للوصول لبيئة سليمة خالية من التلوث[1].

وترتبط جميع أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة بطريقة ما بالبيئة، وذات صلة مباشرة بالبيئة وهي: مياه نظيفة وصرف صحي، طاقة نظيفة وبأسعار معقولة، مدن ومجتمعات مستدامة، استهلاك وإنتاج مسؤولان، عمل مناخي، حياة تحت الماء وحياة على الأرض[2].

ومن بين النصوص القانونية نجد المادة 64 من التعديل الدستوري 2020 التي نصت على: "للمواطن الحق في بيئة سليمة في إطار التنمية المستدامة".

– والمادة 75 التي نصت على: "تعمل الدولة على ترقية البحث العلمي وتثمينه خدمة للتنمية المستدامة للأمة".

– والمادة 210 التي نصت على: "يتولى المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، على وجه الخصوص، مهمة :

– توفير إطار لمشاركة المجتمع المدني في التشاور الوطني حول سياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية في إطار التنمية المستدامة.

وقوانين أخرى وهي:

– قانون 03–10 المؤرخ في 19 جويلية 2003 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة.

– قانون 01–19 المؤرخ في 12 ديسمبر 2001 المتعلق بتسيير النفايات و مراقبتها و إزالتها.

– قانون 02–02 المؤرخ في 05 فيفري 2002 المتعلق بحماية الساحل و تثمينه.

– قانون 04–20 المؤرخ في 24 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى و تسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة.

– قانون 01–20 المؤرخ في 12 ديسمبر 2001 المتعلق بتهيئة الإقليم و التنمية المستدامة.

– قانون 11–02 المؤرخ في 17 فيفري 2011 المتعلق بالمناطق المحمية في إطار التنمية المستدامة.

– قانون 07–06 المؤرخ في 13 ماي 2011 المتعلق بتسيير، حماية و تطوير المساحات الخضراء.

– قانون 04–03 المؤرخ في 23 جوان 2004 المتعلق بحماية المناطق الجبلية في إطار التنمية المستدامة.

1– فوزية برسولي، بولحية شهيرة، التنمية البيئية المستدامة في الجزائر قراءة للتدابير القانونية محليا وإقليميا، مجلة المنار للبحوث والدراسات القانونية والسياسية، العدد الخامس، جوان 2018، ص 318.

2– موقع الأمم المتحدة، مؤتمرات، البيئة والتنمية المستدامة.

تاريخ الزيارة 2023/09/25.

https://www.un.org/ar/conferences/environment

أما فيما يخص الهيئات التي تعمل في إطار الحفاظ على التنمية المستدامة نجد:

وزارة التهيئة العمرانية والبيئة والتي تمثل المؤسسة الرئيسية المكلفة بحماية البيئة، وتم على إثرها إنشاء واستحداث مؤسسات عمومية مرفقية وهياكل جهوية وولائية مهمتها جمع المعطيات والمعلومات المتصلة بالبيئة، وتطبيق استراتيجية وطنية لتهيئة الإقليم والبيئة وكذا تنفيذ السياسات العامة للبيئة.

وتتمثل الهيئات التابعة لها في:

- المركز الوطني لتنمية الموارد البيولوجية.
- المعهد الوطني للتكوينات البيئية.
- المركز الوطني لتقنيات الأكثر نقاء.
- الوكالة الوطنية للنفايات.
- الوكالة الوطنية لتغير المناخ.
- المحافظة الوطنية للساحل.
- المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة.

المطلب الثاني: دور تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تعزيز التنمية الصحية المستدامة

يشهد القرن الحالي الكثير من التطورات; أبرزها التقنيات الحديثة للإعلام والإتصال، والأجهزة الحديثة التي تستخدمها، وتعددت تطبيقاتها، مما أدى إلى حصول تحولات كبيرة في العديد من المجالات حيث نتج عن هذا التطور زوال العوائق الزمانية والمكانية، وتغيرت مظاهر الحياة البشرية، وأساس إنجاز مختلف الأعمال يتم بالحصول على المعلومات، وقد وفرت كذلك هذه التقنية; اتصالا سريعا وتدفقا للمعلومات; حيث أصبحت هذه الأخيرة ميزة أساسية لنجاح أو فشل أي منظمة، كما يؤدي إنتاج المعلومات وتوصيلها إلى متخذي القرارات في الوقت المناسب; إلى اتخاذ قرارات سليمة، ما يساهم في تحقيق ودفع عجلة التنمية المستدامة، لذلك اتجهت معظم دول العالم إلى التحول الرقمي نظرا لما تتمتع به من مرونة.

ويعد قطاع الصحة من أهم القطاعات التي تستهدفها التنمية الصحية المستدامة; باعتبار أن صحة الفرد وسلامته تعد من ركائزها، لأن الفرد هو منطلق التنمية وهدفها، كذلك الاستعانة ونشر تكنولوجيا المعلومات والاتصال والتطبيقات المرتبطة بها; ضروري للتنمية الصحية المستدامة. وفي هذا الإطار; تحتاج جميع الدول وخاصة النامية على غرار والجزائر; إلى استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال بهدف الوقوف لمختلف التحديات التي تواجه التنمية الصحية إذ أن تحقيق التنمية المستدامة من أبرز الرهانات التي تواجه الدول وكذا الجزائر.

وتتميز تكنولوجيا المعلومات والاتصال وتطبيقاتها المختلفة بتقديم حلول لتحقيق التنمية المستدامة في العديد من المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، وكذا الكثير من جوانب الحياة البشرية المختلفة كالبحث العلمي، تحسين ظروف العمل وتطوير مجالات التعليم والصحة.

كما إن الإبتكارات في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ساهمت في تطوير مجال الصحة، كتوفير خدمات الرعاية الصحية، الصحة العمومية، البحوث الطبية، وأنشطة أخرى متصلة بالصحة.

سنقوم في هذا المطلب إلى إبراز العلاقة بين تكنولوجيا المعلومات والاتصال والتنمية الصحية المستدامة، وكذا مساهمتها في تعزيز التنمية البيئية المستدامة.

الفرع الأول: تكنولوجيا المعلومات والإتصال والتنمية الاجتماعية

وتعني التنمية الاجتماعية تحقيق العدالة في توزيع ثروة أفراد المجتمع وتوفير الخدمات الضرورية كالصحة والتعليم والسكن إلى الفئات الفقيرة في المجتمع، وإتاحة المشاركة السياسية، والقضاء على جميع الفوارق بين سكان الأرياف والمدن، بالإضافة إلى تحدي الزيادة الديمغرافية السريعة وغير المتوازنة[1].

كما أن ميزة نقل المعلومات لتكنولوجيا المعلومات والإتصال بشكل سريع تجعلها تقوم بالكثير من المهام ومنها الحد من المخاطر المهنية والحوادث، توفير الخدمات للمواطنين، تقليل المهام الإدارية المتكررة وفي مجال الصحة الإلكترونية أو الطب الإلكتروني أحدثت طفرة كالتداوي عن بعد ما ساعد المستشفيات و المصحات والمراكز الصحية على مواقع الإنترنت في مختلف بقاع العالم على الإستفادة من خدماتها، وفي مجال التعليم عملت تكنولوجيا المعلومات والإتصال على زيادة فرص التعلم والتفاعل مع البرامج التعليمية[2].

ويعتبر مفهوم الصحة الالكترونية جديد نسبيا; ذلك أن استخدامه يكون من أجل زيادة كفاءة الخدمات الصحية وتحسن إمكانيات الحصول على خدمات الرعاية، وخاصة في المناطق النائية، كذلك تساعد الصحة الإلكترونية في التشغيل البيني بين الأنظمة والأجهزة، وضمان السرية والأمن وتمكن الأطباء من تقييم وعلاج الحالات المرَضية من بعيد عن طريق التفاعل مع المريض بالوسائط المتعددة في الوقت الحقيقي، وتحسين رعاية المرضى ويستطيع المكلفون بتقديم الخدمات الطبية متابعة الحالة الصحية للمرضى إلكترونيا.

كذلك تقوم أنظمة الهواتف المتنقلة بخدمات صحية متعلقة بخدمات الطوارئ، توفير المعلومات الصحية، تحديد المواعيد، ونظام الطلب من الصيدليات، وتوفر البيانات الصحية الإجمالية عدد من المنافع المتعلقة بالصحة العامة، كالمساعدة في الأبحاث الصحية، أو تقييم كفاءة المنتجات

1- هدى بن محمد ، ابتسام طوبال، تأثيرات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق البعد البيئي للتنمية المستدامة، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 20، العدد 02، 2020، ص 302.

2- غوال نادية، عدالة العجال، دور تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة بالجزائر، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 09، العدد 16، 2019، ص 220.

الصيدلانية، أو توفير صورة عامة عن المرضى المهتمين بعلاجات معينة، أو مساعدة الحكومات في رصد الأحوال الصحية العامة[1].

وتم في الجزائر القيام بمبادرة تتمثل في إنشاء شبكة "الجزائر صحة"، Algeria Health سنة 1999 من طرف الوكالة الوطنية لترقية الصحة "ANDS" التي قامت باستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في مؤسساتها، والهدف هو استفادة الأشخاص الذين يرغبون الحصول على الثقافة الصحية وأساليب الوقاية من الأمراض، وفي سنة 2008 تم توفير شبكة معلوماتية تربط 662 مؤسسة إستشفائية على مستوى التراب الوطني لرقمنة هذا القطاع، كما قامت بوضع نظام التطبيب عن بعد بمستشفى بئر طرارية بالعاصمة بمصلحة طب الأطفال ليتم عرضها كل يوم ثلاثاء من أجل تبادل المعلومات وتشخيص الحالات المرضية بواسطة الفحص عن بعد[2].

كما قامت وزارة التشغيل والضمان الاجتماعي بالتنسيق مع وزارة الصحة على عصرنة هيئة الضمان الاجتماعي باستصدار بطاقة إلكترونية للمؤمن لهم اجتماعيا ومن أهدافها:

1- بالنسبة لهيئة الضمان الاجتماعي

- متابعة ومراقبة للأداءات المقدمة عن طريق عصرنة التسيير، وبالتالي سهولة التحكم في النفقات مما يسهل التكفل الأحسن بالمؤمنين لهم اجتماعيا.
- تسهيل تطبيق نظام التعاقد مع الهياكل الصحية ونظام التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة.
- إنشاء بنك معلومات دقيقة للضمان الاجتماعي.
- تسهيل الدراسات الإستشرافية على المدى البعيد لمنظومة الضمان الإجتماعي.

2- بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا

- الإلغاء التدريجي عن الوثائق الورقية في التكفل بالعلاج، وبالتالي تفادي بطئ المعاملات.
- السرعة في الحصول على التعويضات المستحقة.

1- حسين العلمي، دور الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق التنمية المستدامة، دراسة مقارنة بين ماليزيا، تونس والجزائر، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير -تخصص الاقتصاد الدولي والتنمية المستجامة، جامعة فرحات عباس سطيف 1، 2012-2013، ص 86.

2- غوال نادية، الإستثمار في تكنولوجيا المعلومات والإتصالات ودوره في تحقيق التنمية المستدامة دراسة قياسية باستخدام بيانات البانل لعينة من الدول العربية (2000-2017)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تحليل إقتصادي وتقنيات كمية، 2018-2019، ص 207.

– التوسيع المتواصل لنظام الدفع من قبل الغير بهدف الوصول إلى تعميم هذا النظام بالنسبة لكل المؤمنين اجتماعيا كمرحلة ثانية[1].

أما دوليا وفي سبتمبر 2000، اجتمع قادة العالم في مقر الأمم المتحدة في قمة أطلق عليها قمة الألفية، وكان من نتائجها إعلان سمي بإعلان الألفية، حيث تضمن أهدافا تعرف باسم الأهداف الإنمائية للألفية لتحقيقها على مدى السنوات الخمس عشرة المقبلة، وبعد نهاية صلاحيتها تم تصميم جدول أعمال جديد للتنمية لما بعد العام 2015، حيث إستند البرنامج الجديد بشكل أساسي على تمويل التنمية، والذي يهدف إلى المساهمة في الحد من نقاط الضعف الإجتماعية والبيئية والإقتصادية، وتمكين البلدان من منع أو مكافحة حالات الأزمات المزمنة المتعلِّقة بالنزاعات أو الكوارث الطبيعية.

وتم عقد اجتماع لرؤساء دول وحكومات في عاصمة أثيوبيا –أديس أبابا– في جويلية 2015، لمواجهة تحدي التمويل وجعل بيئة مناسبة للتنمية المستدامة، وكذا إنهاء الفقر والجوع وتحقيق التنمية المستدامة من خلال تعزيز النمو الإقتصادي الشامل، وحماية البيئة وتعزيز الإدماج الاجتماعي.

وبعد هذا الاجتماع تم عقد اجتماع في مقر الأمم المتحدة في سبتمبر 2015، حيث تم وضع 17 هدفا جديدا للتنمية المستدامة و169 غاية، والهدف هو استكمال ما لم يتحقق في قمة الألفية لسنة 2000 وتوازن بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة المتمثلة في الأبعاد الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، حيث دخلت حيز التنفيذ في جانفي ليتم تنفيذها بحلول سنة 2030[2].

وتتمثل الأهداف المتعلقة بالصحة فيما يلي:

* **الهدف 1 القضاء على الفقر**: لا يمتلك أكثر من ملياري نسمة من سكان العالم حسابات مصرفية، على الرغم من أن النفاذ إلى الخدمات المالية الرقمية أثبت أنه يساعد على انتشال السكان من الفقر. وتقوم المبادرة العالمية للشمول المالي التي أطلقها الاتحاد في 2017 والبنك الدولي واللجنة المعنية بالمدفوعات والبنى التحتية للسوق بدعم من مؤسسة بيل وميليندا غيتس، بتسريع وتيرة الشمول المالي الرقمي في البلدان النامية.

* **الهدف 2 القضاء التام على الجوع:** .من خلال جعل الممارسات الزراعية قائمة بشكل أكبر على البيانات وأكثر كفاءة، يمكن للحلول المفعلة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات أن تساعد المزارعين على زيادة المحاصيل المنتجة مع خفض استهلاكهم من الطاقة، وعملت منظمة الأمم المتحدة للأغذية

1– سهام إيريري، كريم بيشاري، بطاقة الشفاء كآلية لرقمنة قطاع الضمان الاجتماعي بالجزائر، مجلة الأبحاث الإقتصادية، المجلد 17، العدد02، 2022، ص 208.

2– دور التكنولوجيا في تحقيق أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، إتحاد المصارف العربية.

مقال منشور بتاريخ فبراير 2021.

تاريخ الزيارة: 2022/12/19.

https://uabonline.org/ar/ا-الأمم-أهداف-تحقيق-في-التكنولوجيا-دور/

والزراعة بشكل وثيق مع الاتحاد منذ 2017 لتعزيز ابتكارات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الزراعة.

* **الهدف 3 الصحة الجيدة والرفاهية:** يمكن تحسين التفاعل المباشر للمرضى والمعلومات الصحية والطب عن بعد من خلال توصيلية أفضل. وأتاحت شراكة" الصحة الرقمية من أجل إفريقيا "التي أطلقها الاتحاد ومنظمة الصحة العالمية في 2017 تنمية القدرات القيادية في مجال الصحة الرقمية لأكثر من 15 بلدا في إفريقيا، وتقوم مبادرة "تمتع بصحة جيدة بفضل الاتصالات المتنقلة"، وهي جهد تعاوني آخر بين الاتحاد ومنظمة الصحة العالمية بتنفيذ مشاريع في عدة بلدان بشأن الصحة المتنقلة، بالإضافة إلى الحفاظ على مركز المعرفة والابتكار في مجال الصحة المتنقلة في أوروبا.

وستدعم معايير الاتحاد الحالية والمقبلة المتعلقة بأنظمة الوسائط المتعددة التي وضعت بالتعاون مع منظمات أخرى، النشر واسع النطاق لتطبيقات الصحة الإلكترونية، بما في ذلك الطب عن بُعد والتصوير الطبي عن بعد.

* **الهدف 4 التعليم الجيد:** يقود الاتحاد ومنظمة العمل الدولية حملة المهارات الرقمية من أجل فرص العمل اللائق التي تهدف إلى تزويد 5 ملايين شاب وشابة بالمهارات الرقمية التي تؤهلهم للعمل بحلول عام 2030 دعماً لأول جهد شامل على نطاق منظومة الأمم المتحدة من أجل تشجيع توظيف الشباب في العالم أجمع، وتقوم مبادرة المشتركة بين الاتحاد واليونيسيف بمراقبة وتعزيز التوصيلية في المدارس.

* **الهدف 5 المساواة بين الجنسين:** حسب إحصاءات الاتحاد، كان عدد النساء الموصولات بالإنترنت أقل من عدد الرجال بمقدار 250 مليون في 2017، وعلى الصعيد العالمي، يستخدم 62 في المائة من الرجال الإنترنت مقابل 57 في المائة من النساء، وعلى الرغم من أن الفجوة الرقمية بين الجنسين تضيق في جميع مناطق العالم وتم القضاء عليها تقريباً في العالم المتقدم، لا تزال هناك فجوات واسعة في أقل البلدان نمواً (31 في المائة من الرجال مقارنةً بنسبة 19 في المائة فقط من النساء) وفي البلدان النامية غير الساحلية (38 في المائة من الرجال مقابل 27 في المائة من النساء، ولرأب الفجوة الرقمية بين الجنسين، ينظم أعضاء الاتحاد سنوياً اليوم الدولي للفتيات في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتشجيع المزيد من النساء والفتيات على السعي نحو مزاولة مهن في مجال العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات، وتشمل مبادرات المساواة بين الجنسين التي يشارك فيها الاتحاد مباشرة الشراكة، وهي شبكة عالمية لبناء قاعدة قائمة على الشواهد وتحسين نفاذ النساء إلى التكنولوجيا وبناء المهارات الرقمية والمهارات الأخرى ذات الصلة وتشجيع شغل الإناث للمناصب القيادية في قطاع التكنولوجيا.

* **الهدف 7 طاقة نظيفة وبأسعار ميسورة:** تساهم زيادة استعمال التكنولوجيا في انبعاثات ثاني أكسيد الكربون وغيره من غازات الاحتباس الحراري. غير أن هذه الصناعة تستكشف طرقاً لاستخدام الطاقة

على نحو أكثر مراعاة للبيئة، وجعل الأجهزة أكثر كفاءة من حيث استهلاك الطاقة، ودمج مصادر الطاقة الشمسية والرياح وغيرها من المصادر المتجددة في سلسلة القيمة. وفي الوقت نفسه، ستكون التكنولوجيات أساسية للحد من الانبعاثات العالمية، وبناء الشبكات والمدن الذكية، وكهربة النقل، وبناء اقتصادات ومجتمعات مستدامة. وساعد الاتحاد في وضع معايير أكثر صرامة من حيث كفاءة استخدام الطاقة ومراقبة الانبعاثات في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وحدد كيف يمكن للشبكات الذكية أن تساعد في بناء أنظمة طاقة أكثر قابلية للتحكم وأكثر كفاءة والحد من انبعاثات الكربون.

* **الهدف 8 العمل اللائق والنمو الاقتصادي:** تتيح التكنولوجيا فرص عمل جديدة وتوفر القدرة على الصمود في مجال العمل والتجارة وتحفز التنمية الاجتماعية والاقتصادية على نطاق أوسع ويساعد إطار الابتكار الرقمي للاتحاد البلدان والمدن والأنظمة الإيكولوجية الأخرى على تسريع وتيرة تحولها الرقمي وتحفيز ريادة الأعمال المبتكرة المتمحورة حول تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والشركات الصغيرة والمتوسطة المتسمة بالحيوية.

* **الهدف 9 البنية التحتية المحسنة:** تهدف معظم أعمال الاتحاد بشكل مباشر إلى تحسين مدى وجودة البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والشبكات الأساسية وتوسيع نطاق الشبكات ليشمل المناطق النائية والريفية التي تعاني من نقص الخدمات. وتعمل معايير الاتحاد على تحسين كفاءة استخدام الطاقة وأداء شبكات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وفي شبكات التوصيل السلكية واللاسلكية وشبكات الاتصالات الراديوية.

* **الهدف 10 الحد من أوجه عدم المساواة:** يعمل الاتحاد على الحد من عدم المساواة داخل البلدان والمجتمعات وقطاعات السكان وبينها بتمكين الشرائح المحرومة بالمجتمع من النفاذ إلى التكنولوجيات والمعارف.

* **الهدف 11 المدن والمجتمعات الذكية:** أطلق الاتحاد ولجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا مشروع "متحدون من أجل مدن ذكية مستدامة" في 2016، ويساعد هذا المشروع المدن في اتخاذ خطوات لتصبح ذكية ومستدامة. وانضمت خمسون مدينة إلى المشروع حتى الآن من عدد من البلدان في العالم.

* **الهدف 12 الاستهلاك والإنتاج على نحو يتسم بالمسؤولية:** تتزايد المخلفات الإلكترونية، بما في ذلك المخلفات التي تتولد عن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في شتى أنحاء العالم، وأطلق الاتحاد تحالفاً لإنتاج المرصد العالمي للمخلفات الإلكترونية وتعزيز التعاون والتصدي للتحدي العالمي المتمثل في المخلفات الناتجة عن المعدات الكهربائية والإلكترونية. ويقوم الاتحاد أيضاً بوضع استراتيجيات ومعايير وسياسات عالمية توفر مبادئ توجيهية من أجل الإدارة المستدامة للمخلفات الإلكترونية.

* **الهدف 16 السلام والعدل والمؤسسات القوية:** تساعد خدمات الحكومة الإلكترونية على تحسين العلاقة بين المواطنين والدولية وتحسين كفاءة تقديم الخدمات الحكومية. ويساعد الاتحاد على دفع تمكين المواطنين من خلال عمله بشأن المدن الذكية المستدامة ومؤشرات الأداء الرئيسية (KPI) التي تقيس الشمول الاجتماعي مثل المشاركة في التصويت أو عدد الخدمات الحكومية المقدمة عبر وسائل إلكترونية.

* **الهدف 17 قدرة الشراكات:** تعد الشراكات بين القطاعين العام والخاص عاملاً رئيسياً لجلب تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لجميع الأمم والشعوب والمجتمعات. والشراكات مطلوبة بشكل خاص لإقامة البنى التحتية المادية اللازمة لتوصيل خدمات الإنترنت في المناطق التي يصعب الوصول إليها وإلى السكان المحرومين حالياً وكذلك لتيسير الاستثمار والشمول والابتكار وهي كلها أمور تنادي بها أهداف التنمية المستدامة[1].

أما تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، الصادر في فيفري 2014 المتعلق بالآليات التكنولوجية الداعمة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، فقد إلى أشار إلى أن تكنولوجيا المعلومات سهلت التواصل بين المجتمعات الريفية والنائية والناطق الحضرية، ودعمت أنظم الرقابة الصحية الفعالة، وسهلت النفاذ إلى أحدث النتائج المستخلصة في مجال البحوث الطبية، حيث ظهرت الصحة الإلكترونية كمصطلح عام يشمل جميع جوانب استخدامات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الرعاية الصحية وتم توفير خدمات المؤتمرات الصوتية والمرئية في بعض المستشفيات بهدف التشخيص عن بعد وتوفر شبكات الصحة العالمية سبل الوصول إلى المجلات الطبية والعديد من المكتبات الإلكترونية على شبكة الإنترنت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا[2].

وحسب منظمة الصحة العالمية فإن من مزايا تكنولوجيا المعلومات والاتصال:

– توسيع النطاق الجغرافي للإتاحة: بتجاوز المسافة بين المريض والطبيب (مؤتمرات الفيديو مع المرضى في المناطق النائية، خطوط المساعدة، التراسل الفوري مع ممارسي الصحة من أجل لنصح الطبي).

1– الاتحاد الدولي للاتصالات، التكنولوجيات الرقمية من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، ديسمبر 2021.

تاريخ الزيارة: 2023/10/10.

https://www.itu.int/ar/mediacentre/backgrounders/Pages/icts-to-achieve-the-united-nations-sustainable-development-goals.aspx

2– شنافي نوال، مساهمة تكنولوجيا المعلومات في تحقيق التنمية المستدامة، حوليات جامعة بشار في العلوم الإقتصادية، 2019، المجلد 06، العدد 02، ص 52.

– تسهيل اتصالات المرضى: والغاية منها تسهيل الاتصال بين العاملين الصحيين البرامج الصحية والمرضى خارج أوقات الزيارات المكتبية النظامية وتشمل (التثقيف الصحي الشامل، إتاحة خدمات الرعاية في حالات الطوارئ وحماية الخصوصية).

– التخفيف من الغش وسوء الاستخدام: كاستخدام المعطيات البيولوجية من كون عالم الصحة قد قام فعليا بزيارة المريض، كما تتضمن المزايا الفرعية (التحقق من المنتجات الطبية، التحقق من هوية المرضى، التحقق من المعاملات المالية، تتبع الموارد البشرية والعمليات الطبية).

– تبسيط المعاملات المالية: تسهيل دفع المريض تكاليف الرعاية وتسهيل تلقي الطبيب للدفعات.

– تحسين إدارة المعطيات: تحسين جمع المعطيات وتنظيمها وتحليلها[1].

وكما أن لتكنولوجيا المعلومات والاتصال الكثير من المزايا; فهي لا تخلو كذلك من الآثار السلبية والتي تؤثر وبشكل خاص على الصحة النفسية والبدنية وكذا على العلاقات الاجتماعية، ومنها كسر العلاقات الاجتماعية في المجتمع; وتوجهه أفراده نحو الذاتية، كذلك تعمل وسائل التكنولوجيا على الحد من التفكير وتسبب الخمول العقلي، وتقطيع العلاقات الاجتماعية والأسرية وانشغال أفراد العائلة، وإعلاء لقيم الأنانية وحب الذات على حساب قيم التضامن والتفاعل الاجتماعي عن بعضهم، كذلك سببت تراجع في الخبرات الفنية والمهارات خاصة مع ظهور الذكاء الاصطناعي[2].

أما الإشعاعات الصادرة من الإنترنت اللاسلكية أو ما يسمى الواي فاي (WIFI) فهي تسبب أمراضا تم إثباتها علميا، ولهذا تم إنشاء بديل له وهو اللاي فاي (LIFI) الذي هو قيد الاستخدام في الدول الكبرى، حيث أثبت نجاعة وسرعة، وتعتبر هذه التقنية غير مضرة بصحة الانسان لأنها لا تستخدم الاشعاعات، بل أضواء (LED) في نقل البيانات.

الفرع الثاني: تكنولوجيا المعلومات والإتصال والتنمية البيئية المستدامة

قامت تكنولوجيا المعلومات والإتصال من خلال استخدامها في شتى مجالات الحياة; بتغيير أنماط الحياة للدول والأفراد، إذ أدت تطوراتها الهائلة إلى تخزين ونقل المعلومات بصورة أكبر. وقد تم استعمالها في المجال البيئي لمعالجة القضايا البيئية; مثل تغير المناخ من خلال رقمنة العمليات; لترشيد استخدام الطاقة والموارد وحسن إدارة نظم المعلومات. وباعتبار التنمية البيئية المستدامة مجال خصب لإعداد الأبحاث، قامت مراكز البحوث والدراسات بوضع خطط واستراتيجيات من أجل إيجاد

1– سحانين الميلود، مساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة –دراسة حالة الجزائر– أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجيلالي اليابس– سيدي بلعباس، 2016–2017، ص 170.

2– إلهام يحياوي، نسرين اسماعيل، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيق التنمية المستدامة، التجربة الجزائرية، ملتقى الدولي: الاتجاهات الحديثة للتجارة الدولية وتحديات التنمية المستدامة نحو رؤى مستقبلية واعدة للدول النامية 02 و 03 ديسمبر 2019، ص 237.

حلول لإستمرارية أنجع للحياة على هذا الأرض، والحد من الآثار السلبية التي أوجدها الإنسان على البيئة، وبالتالي الوصول للتنمية البيئية المستدامة وما يسمى بالإقتصاد الأخضر.

ويمكن تقسيم برامج الإستدامة البيئية إلى مجالين الأول يتمثل في زيادة الوعي بالإستدامة البيئية، والثاني تقليل النفايات، وتعني الإستدامة البيئية هي الكيفية التي يجب العمل بها على أن تكون المخرجات البشرية الناتجة عن عمليات التصنيع والإستهلاك صديقة للبيئة، أما الضمني لها; هو أن حصاد الموارد الطبيعية يجب أن لا يكون أسرع مما يمكن تجديده; بينما يجب أن تنبعث النفايات بشكل أسرع مما يمكن أن تستوعبه البيئة[1].

يمكن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال للعمل كأداة إستشعار عن بعد لرصد وتحسين الاتصالات للمساعدة في التعامل مع الكوارث الطبيعية، ودعم إدارة النفايات، حيث تشمل هذه العملية جمع وتجهيز والتخلص وإدارة ورصد المواد، كذلك استخدامها في مجال التوقعات المناخية مثل الفيضانات وموجات المد، وفي تقرير في مبادرة استدامة البيئة العالمية حيث أكد على ضرورة العمل على تخفيض الانبعاثات العالمية لثاني أكسيد الكربون بنسبة 20 % في المائة بحلول عام 2030، بمعنى إبقاء مستويات الانبعاثات على ما كانت عليه سنة 2015.

كما يعتمد انخفاض إنبعاثات ثاني أكسيد الكربون بحلول عام 2030 على مساهمة ثمانية قطاعات اقتصادية في التخفيف من الإنبعاثات العالمية وهي النقل، الخدمات اللوجستية، الصناعة، البناء، الصحة، التعليم، العمل، الأعمال التجارية والأغذية[2].

كما تتيح تكنولوجيا المعلومات والإتصال بعض من المزايا البيئية ومنها:

- **رصد البيئة:** تتضمن أنظمة لرصد البيئة والمناخ والإنذار المبكر وهي (سواتل ورادارات للأرصاد الجوية، أنظمة مساعد للأرصاد الجوية) حيث تعمل هذه الأنظمة على جمع البيانات المتعلقة بأحوال الطقس وكذا على حماية الغابات من الحرائق وتتبع مستوى العواصف والزوابع ومعلومات أخرى متعلقة بالبيئة).

- **معالجة الأمن الغذائي والنقل المائي والتزود بالمياه:** تتمثل في رصد الإمدادات الغذائية ووضع خرائط للإنتاج الزراعي، ورصد الموارد المائية وشبكة توزع على المزارعين والمستهلكين والباحثين.

- **إدارة النفايات:** حيث تساعد تكنولوجيا المعلومات والاتصال في التخلص الآمن من النفايات المتعلقة بالتكنولوجيا; للحد من تغير المناخ وتفعيل الاستدامة في الصناعة التقنية.

1- أرادن حاتم خضير، دور الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في تحقيق التنمية المستدامة (دراسة تطبيقية في وزارة الاتصالات العراقية)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 131، كانون الأول، 2021، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرة، العراق، ص 47.

2- غوال نادية، عدالة العجال، مرجع سابق، ص 220.

– **الكفاءة من إمدادات الطاقة:** تساعد تكنولوجيا المعلومات في وضع نماذج لحالة الطاقة المتجددة في الوقت الفعلي.

– **نظم المعلومات الجغرافية:** حيث تهدف نظم المعلومات الجغرافية في تمكين المؤسسات المعنية بالبيئة في أداء مهامها تجاه النظام العام للبيئة ومراقبة الوسط البيئي[1].

كذلك نجد بعض آثار الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصال في دولة ماليزيا من خلال:

– **نظام مراقبة طاقة الإضاءة:** حيث تعمل أجهزة خاصة على استشعار الضوء في النهار، بحيث يتم إطفاء الأنوار آليا في حالة عدم وجود أي شخص في المكان، أو في حالة وجود إضاءة طبيعية كافية، وكل هذه الأجهزة مربوطة مع النظام الأساسي من خلال شبكة لتبادل المعلومات.

– **معدات مكتبية أقل استهلاكاً للطاقة:** تغيير أجهزة الحاسوب القديمة ذات الشاشات الكبيرة بحواسيب محمولة تستهلك طاقة أقل وأقل إنتاجاً للحرارة، وبالتالي توفير في الاستهلاك العام للطاقة.

– **الطابعات المشتركة:** بحيث تتم أعمال الطباعة من خلال طابعات مشتركة، وهذا بدوره يؤدي إلى المحافظة على الطاقة من خلال تقليص عدد الطابعات الفردية التي غالبا ما تكون في وضع الاستعداد وهي لا تستعمل إلا مرات قليلة.

– **شبكة التوزيع اللاسلكية:** حيث تمثل الأجهزة مرتبطة بشبكة معلومات لاسلكيا، ومن فوائد هذا النظام أنه يسهل الحركة والعمل من أي مكان في البناية، سهولة الإدارة والتخلص من تعقيد وتشابك الأسلاك، تخفيض التكاليف من خلال تقليص المعدات والموصلات، وتقليص الطاقة المستهلكة.

– **نظام إدارة المبنى:** وهو نظام أوتوماتيكي لإدارة مختلف العمليات في المباني، بحيث يقوم بمراقبة تهوية وحرارة ورطوبة المبنى والإنذار في حالة الحوادث، تقديم تقارير دورية عن استهلاك الطاقة بالإضافة إلى التحويل بين الطاقة الشمسية والكهربائية. كما يمكن الوصول والتحكم في هذا النظام عن بعد من أي مكان عن طريق شبكة الإنترنت، وهو النظام الأساسي لإدارة البيوت الذكية.

أما الأهداف المتعلقة بالتنمية البيئية المستدامة، فنصت عليه المواد 6، 13، 14، 15 في اجتماع رؤساء دول وحكومات في عاصمة أثيوبيا –أديس أبابا– في جويلية 2015، لمواجهة تحدي التمويل وجعل بيئة مناسبة للتنمية المستدامة، من خلال تعزيز النمو الإقتصادي الشامل، وحماية البيئة وتعزيز الإدماج الاجتماعي.

فكانت الأهداف

* **الهدف 6 المياه النظيفة والصرف الصحي:** تيسر التكنولوجيات الرقمية الجديدة والناشئة الإدارة الذكية للمياه والصرف الصحي، ويتبع الفريق المتخصص المعني بالمدن الذكية المستدامة التابع

1– سحانين الميلود، مرجع سابق، ص ص 203–205.

للاتحاد الاتجاهات الرئيسية في إدارة ذكية للمياه في الحضر، بما في ذلك، تسخير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في إدارة مياه الصرف الصحي.

* **الهدف 13 الإجراءات المتعلقة بتغير المناخ:** تتيح الأدوات الرقمية نمذجة مناخية متطورة بشكل متزايد، وييسر الاتحاد التعاون الدولي بشأن سياسات ومعايير دولية للمساعدة على الحد من كمية الطاقة اللازمة لتوفير منتجات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وخدماتها. وتعزز معايير الاتحاد الرئيسية مراكز البيانات المراعية للبيئة وأنظمة التغذية بالطاقة المراعية للبيئة .ويقوم الاتحاد بتنفيذ مشروع مشترك لنمذجة المدمن باستعمال النمذجة المزدوجة.

* **الهدف 14 الحياة تحت الماء:** تستخدم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على نطاق واسع لرصد البيئة البحرية المتغيرة (مثل حركة التدفقات الجليدية وحركات الأنهار الجليدية)، ويمكن تجهيز العوامات بمراقبة عن بعد لرصد الظروف المتغيرة في البحر (مثل مستويات ملوحة المياه عبر العوامات)، ويمكن استخدام شبكات الاستشعار وشرائح RFID لحماية الحيوانات المهددة بالانقراض (مثل الحيتان والدلافين) للتعرف على أنماط هجرتها واحتياجاتها.

* **الهدف 15 الحياة في البر:** يمكن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتحديد مجموعات الحياة البرية ومراقبتها وتصويرها وتتبعها، ويمكن استخدام شبكات الاستشعار وشرائح RFID لحماية الحيوانات المهددة بالانقراض (مثل الأسود والفيلة والنمور) لمعرفة المزيد عن أنماط هجرتها واحتياجاتها للحماية.

وبالعودة إلى القانون المؤرخ في 19 يوليو 2003 الذي يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة:

حيث أشارت المادة 2 منه على أن الهدف من هذا القانون هو حماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، على الخصوص إلى ما يأتي:

- تحديد المبادئ الأساسية وقواعد تسيير البيئة.
- ترقية تنمية وطنية مستدامة بتحسين شروط المعيشة، والعمل على ضمان إطار معيشي سليم،
- الوقاية من كل أشكال التلوث والأضرار الملحقة بالبيئة، وذلك بضمان الحفاظ على مكوناتها.
- إصلاح الأوساط المتضررة.
- ترقية الإستعمال الإيكولوجي العقلاني للموارد الطبيعية المتوفرة، وكذلك استعمال التكنولوجيات الأكثر نقاء.
- تدعيم الإعلام والتحسيس ومشاركة الجمهور ومختلف المتدخلين في تدابير حماية البيئة.

وتم في الجزائر وبالضبط في مدينة وهران في فيفري 2012; افتتاح مركز تطوير الأقمار الصناعية تابع للوكالة الفضائية الجزائرية، حيث يشتمل على بناية موجهة لإدماج الأقمار الصناعية وآخر موجه للتجارب البيئية، تسمح بإدماج وإجراء التجارب على أقمار صناعية، كما تتوفر المؤسسة

على عدة قاعات وتجهيزات لتخزين المكونات وتنظيفها، للمراقبة، الاختبارات الحرارية إلى جانب المخابر الميكانيكية، الكهربائية، والإلكترونية، كذلك خصصت بنايات أخرى للاستشعار عن بعد، الجيوديسيا، والتوقعات المناخية، والتكنولوجيات الفضائية[1].

أما القانون 04-20 الذي يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى و تسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، فيهدف حسب المادة 7 إلى:

- تحسين معرفة الأخطار وتعزيز مراقبتها وترقبها، وكذا تطوير الإعلام الوقائي عن هذه الأخطار
- مراعاة الاخطار في استعمال الأراضي وفي البناء، وكذا في التقليل من درجة القابلية الإصابة لدى الأشخاص والممتلكات.
- وضع ترتيبات تستهدف التكفل المنسجم والمندمج والمتكيف مع كل كارثة ذات مصدر طبيعي أو تكنولوجي.

أما الإعلام والتكوين في مجال الوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث فقد أشار له الفصل الرابع وتحديدا المادة 11 حيث نصت على : "تضمن الدولة للمواطنين اطلاعا عادلا ودائما على كل المعلومات المتعلقة بالأخطار الكبرى.

ويشمل حق الاطلاع على المعلومات ما يلي:

- معرفة الأخطار والقابلية للإصابة الموجودة مكان الإقامة والنشاط.
- العلم بترتيبات التكفل بالكوارث.

أما التكوين، فأشارت له المادة 13 حيث نصت : "يحدث بموجب هذا القانون تعليم حول الأخطار الكبرى في جميع أطوار التعليم".

حيث تهدف برامج التعليم إلى:

- تقديم إعلام عام عن الأخطار الكبرى.
- تلقين إعلام عن معرفة المخاطر ودرجات القابلية للإصابة ووسائل الوقاية الحديثة.
- إعلام وتحضير مجمل ترتيبات الواجب اتخاذها خلال وقوع الكوارث[2].

ومن خلال ما تقدم يمكن تقديم حوصلة عن مساهمة فيها تكنولوجيا المعلومات والاتصال في مواجهة تحديات جمة وتقديم الكثير من الحلول فيما يخص التحديات الصحية والبيئية والاجتماعية والاقتصادية التي تواجه العالم ودورها في تعزيز التنمية المستدامة، ومنها الذكاء الاصطناعي وتحقيق التنمية المستدامة، حيث أن الذكاء الاصطناعي يمتلك كميات كبيرة من البيانات التي تساعد في العديد من المجالات مثل الزراعة والصحة والتعليم، ويمكن استخدامه في التنبؤ بالكوارث الطبيعية والتغير

1- حسين العلمي، مرجع سابق، ص 149.

2- أنظر المادة 13 من القانون رقم 04-20 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 ، يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى و تسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 84 مؤرخة في 29 ديسمبر 2004، ص 16-17.

المناخي، مما يسهل عملية الاستجابة السريعة لتلك الكوارث، كما يمكن استخدام التكنولوجيا المعلومات في إدارة الموارد المائية، حيث يمكن استخدام أنظمة المراقبة والمعالجة الذكية لتحسين كفاءة استخدام المياه وتوجيهها بشكل أفضل، مثل استخدام أنظمة الري الذكية التي تستند إلى تقنيات الاستشعار عن بعد وتحليل البيانات لتحديد احتياجات الري وتوفير الماء بكفاءة أكبر، كذلك يعد التحول الرقمي أحد العناصر الأساسية في تحقيق التنمية المستدامة، فيمكن استخدامه في تحسين البنية التحتية للنقل والاتصالات مثل استخدام تقنيات الاتصالات والشبكات الذكية لتحسين نظم النقل العام وتقليل الازدحام وانبعاثات الكربون، كذلك تستخدم تكنولوجيا المعلومات في تحسين الخدمات الصحية وتحقيق التنمية المستدامة، مثل استعمال أنظمة التسجيل الإلكتروني لتحسين إدارة الملفات الطبية وتسهيل التواصل بين المرضى والممارسين الصحيين، واستعمال تطبيقات الهاتف المحمول والأجهزة القابلة للارتداء لمراقبة الصحة واللياقة البدنية وتعزيز الوعي الصحي، كذلك يتم استعمال تكنولوجيا في تحسين الأمن الغذائي، حيث تقوم التكنولوجيا بالمساعدة في تحقيق الأمن الغذائي وتلبية الاحتياجات الغذائية المتزايدة، وتحسين تقنيات الزراعة لزيادة الإنتاجية وتحسين إدارة الموارد الزراعية مثل المياه والتربة والمبيدات الحشرية، وكذا استعمال التقنيات الحديثة المتعلقة بالإستشعار عن بعد ونظم المعلومات الجغرافية لرصد المحاصيل والتنبؤ بالمخاطر ومكافحة الآفات، كذلك استعمال التكنولوجيا في تعزيز الاستدامة البيئية وتحقيق التنمية المستدامة، مثل تطوير تقنيات الطاقة النظيفة وإدارة النفايات وتحسين كفاءة استخدام الموارد الطبيعية، وكذا استخدامها في رصد وتقييم التأثير البيئي وتطوير حلول مستدامة للتحديات البيئية المستقبلية، كذلك تخفف التكنولوجيا من الفقر العالمي وتعزيز التنمية المستدامة خاصة في البلدان النامية، ويمكن استخدامها في توفير فرص العمل وتحسين البنية التحتية وتوفير الخدمات الأساسية مثل المياه والصحة والتعليم، تستخدم التكنولوجيا في المراقبة والتنبؤ لمكافحة الكوارث الطبيعية، حيث تساعد على مكافحة الكوارث الطبيعية وإدارة الطوارئ، واستخدام أنظمة المراقبة والتنبؤ الجغرافي وتحليل البيانات لتحسين الاستعداد والاستجابة للكوارث الطبيعية كالزلازل، الفيضانات والأعاصير، كذلك تساعد التكنولوجيا في حل التحديات العالمية الصحية حيث تساعد على تطوير لقاحات وعلاجات جديدة، وتحسين رعاية المرضى وتشخيص الأمراض، وتعزيز الصحة العامة من خلال رصد الأمراض والتوعية الصحية.

ونستنتج من هذا الفصل; الذي قمنا فيه باستعراض مفهوم وأهمية نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته وكذا نظم وتكنولوجيا المعلومات في تحقيق التنمية الصحية المستدامة، بالإستعانة بالدراسات التي تم الارتكاز عليها في المبحث الثاني المعنون مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة; أن نظم وتكنولوجيا المعلومات تلعب دورا رئيسيا في تحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة، ذلك لان النظام الصحي الحديث يعتمد بشكل مباشر على تقنيات الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات الصحية المحوسبة التي تساعد على التنمية المستدامة.

وتعتبر نظم المعلومات الصحية المحوسبة من المواضيع التي تلقى اهتماما كبيرا من الهيئات والمؤسسات التي ترتبط بالصحة، حيث تقوم بالاحتفاظ بالبيانات الرقمية وهي البيانات النصية، الصوتية والصورية، وتقوم كذلك بمعالجة البيانات بفعالية لمستخدمي الأنظمة الصحية، كما تضم نظم المعلومات الصحية المحوسبة تطبيقات مثل نظم إدارة معلومات المستشفيات والتطبيب عن بعد ونظم المعلومات الوظيفية ونظم تسجيل المرضى الكترونيا وتطبيقات أخرى التي تساعد العاملين والمهنيين في المجال الصحي على التدريب، التعليم والبحث العلمي.

كما تم التركيز على مساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال وتطبيقاتها المختلفة في تحقيق التنمية المستدامة في المجالات الاجتماعية والبيئية.

ومن خلال ما سبق ذكره، يمكن أن نستخلص النتائج التالية:

– تساهم تكنولوجيا المعلومات والإتصالات ودورها في تحقيق التنمية وخاصة التنمية الإجتماعية والإستدامة البيئية.

– إن حسن استغلال وتوظيف قطاع تكنولوجيا معلومات والاتصال يساهم في التنمية الاجتماعية وبالتالي رفاهية المواطنين.

– إن الالتفات لقضايا البيئة التي تشمل المناخ والإقتصاد الأخضر بترشيد استخدام الطاقة ورقمنة العمليات كافي للوصول للتنمية المستدامة.

– تعتبر تكنولوجيا المعلومات والاتصال هدف ينبغي الوصول إليه من خلال استغلالها على مستوى الخدمات الحكومية والرعاية الصحية والتعليم والبيئة.

– أظهرت الدراسات إن التحكم الإلكتروني في الإنبعاثات الغازية الدفيئة باستخدام أجهزة الإستشعار عن بعد واستعمال نظم المعلومات يؤدي إلى حماية البيئة.

– يلاحظ تحسن في استخدام المعلوماتية في الجزائر، عن طريق الجهود التي تقوم بها من خلال تعميم استعمال الرقمنة وتكنولوجيا المعلومات والاتصال وتبادل المعلومات الكترونيا، وتغيير نمط الخدمات الحكومية عن إنشاء البوابات والمواقع والمنصات، على مستوى الإدارات والوزارات ومختلف

الهيئات الحكومية وكذا استحداث هيئة خاصة هدفها رقمنة الصحة، إلا أنه وبالرغم من هذه الجهود، تبقى بعيدة عن تحقيق التنمية المستدامة بمفهومها الشامل.

وكحوصلة لما سبق ومن خلال تطرقنا لمفهوم نظام المعلومات الصحي المحوسب كنظام تسعى معظم المؤسسات لتطبيقه لضمان السير الحسن لمختلف المصالح، وكذا مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة، حيث يعتبر نظام المعلومات الفعال أحد أهم الأدوات التي تساهم في زيادة كفاءة التسيير في أي منظمة، بما فيها المنظمات الصحية كالمستشفيات، فنظام المعلومات الصحي الجيد سيمكن أي مؤسسة أو هيئة من تقديم الخدمات بجودة عالية وبتكاليف أقل.

وتعتبر نظم المعلومات المحوسبة فرع من فروع تكنولوجيا الإعلام والإتصال حيث تساعد العاملين على مستوى المؤسسات والهيئات العاملين بها على تسيير المعلومات; حيث تكون هذه المعلومات في شكل نصوص مكتوبة أو مسموعة أو لقطات فيديو، وباعتبار أننا بصدد مناقشة موضوع الصحة، فكان لابد من التحدث عن نظم المعلومات الصحية; حيث هي مكون أساسي من أي نظام صحي, فهي تتعلق بالمريض والعاملين في المجال الصحي; لإصدار الإحصائيات والتقارير; لمساعدتهم على اتخاذ القرارات الطبية العلاجية والإدارية، كما أن هذه المهام تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء الوظيفي.

كذلك تتعلق هذه المعلومات بالوقاية من الأمراض والرعاية الصحية، والمنتجات الصحية والخدمات الصحية، كما تلجأ معظم هذه المؤسسات إلى تطبيق الحوسبة في نظام المعلومات لتسهيل العمليات وتنسيقها بين مختلف مصالح،

ويمكن أن نستخلص أهم أهداف استخدام نظم المعلومات الصحي المحوسب:

– تقديم خدمات مباشرة للمرضى بفعالية.

– تقديم خدمات الرعاية الطبية بشكل موثوق وآمن عن طريق استخدام نظم المعلومات المحوسبة.

– الوصول إلى توفير بيئة خالية من الورق لمقدمي الرعاية الصحية.

ومن خلال ما سبق، يمكن استشراف مستقبل استخدام نظم المعلومات الصحي المحوسبة فيما يلي:

– صنع وتفعيل القرارات الصحية مثل معرفة حالة الموارد من الأدوية والمستلزمات الطبية في وقتها المناسب، وكذا الإطلاع على مستوى الإستجابة للأوامر والقرارات.

– تحسين الأداء الوظيفي من خلال إنجاز الأعمال بسرعة وكفاءة.

– تحسين جودة اتخاذ القرارات يدفعها لزيادة فعالية عملية الاتصالات الإدارية وبالتالي تحسين عملية التنسيق بين مختلف مستويات الوحدات الإدارية.

وقد ظهرت تقنيات ومفاهيم جديدة تدعمها تكنولوجيا المعلومات والاتصال، مثل نظام المعلومات الخضراء، وتعني استخدام أجهزة الكمبيوتر وتقنيات الحواسيب مع أخذ في الإعتبار المسؤولية البيئية للتخلص من الأدوات المعلوماتية والإتصالية بطرق غير مضرة بالبيئة، وتغيير طرق الإنتاج والإستهلاك لتلقيص النفايات والتلوث.

ونظام أخر متمثل في نظام المعلومات الجغرافية حيث تتمثل استخداماته في:

- الخدمات الطبية الطارئة.
- إدارة الأزمات والكوارث.
- حماية البيئة.
- تطبيقات مكافحة الحريق.
- تطبيقات الإسعاف ونقل المصابين.
- التطبيقات الصحية في اختيار المكان المناسب للمصحات والمستشفيات وتوزيعها حسب الكثافة السكانية.
- تطبيقات السيطرة على الكوارث الطبيعية: مثل تحديد المناطق المهددة بالفيضانات.
- استعمال نظم المعلومات الجغرافية والإستشعار وإستغلاله في الإنذار المبكر.

الخاتمة

"إن التركيز على حقوق الإنسان في العصر الرقمي أساسي، فجمع البيانات يجري في الواقع على نطاق واسع، حيث تجمع الدول والأحزاب السياسية ومختلف المنظمات، ولاسيما الأعمال التجارية، معلومات مفصلة وشخصية عنا، كما يتم رصد العديد من جوانب حياتنا وتخزينها واستخدامها وإساءة استخدامها رقميا، فجميع من يحمل هاتفا ذكيا في هذه القاعة اليوم مثلا، قد خلق مسارا رقميا يؤدي مباشرة إلى هذه القاعة بالذات، كما وتقدم التكنولوجيا الرقمية في الواقع العديد من الفوائد، فقيمتها بالنسبة إلى حقوق الإنسان والتنمية لا تقدر بثمن، فهي تمكننا من التواصل والترابط مع الناس في جميع أنحاء العالم بشكل غير مسبوق، ومن التعبئة والإعلام والتحقيق، ومن استخدام الإتصالات المشفرة وصور الأقمار الصناعية وتدفق البيانات من أجل الدفاع مباشرة عن حقوق الإنسان وتعزيزها، ويمكننا حتى أن نستخدم الذكاء الاصطناعي كي نتوقع انتهاكات حقوق الإنسان الممكنة ونتصدى لها"[1].

كان هذا جزء من كلمة مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان; ميشيل باشيليت، في 17 أكتوبر 2019، المعنونة حقوق الإنسان في العصر الرقمي.

إن دراسة حقوق الإنسان من المنظور التقني; يستوجب البحث في تأثير التقنية على هذه الحقوق، حيث كان للثورة المعلوماتية تأثير كبير عليها; من خلال ما وفرته من أدوات حديثة تتجاوز المفاهيم التقليدية للحدود الدولية، وقد قمنا في هذه الدراسة بالتطرق لأحد الحقوق الرئيسية من حقوق الإنسان، ويتعلق الأمر بالحق في الصحة وتأثيرات تكنولوجيا الإعلام والاتصال في ترقيتها، بسبب أن الصحة تعتبر كمفهوم عام من أهم المقومات والاهتمامات العالمية في الوقت الحالي، حيث يتقاطع هذا الحق مع الكثير من الحقوق الأخرى ويرتبط به; كالحق في الحصول على مياه الشرب المأمونة، الحصول على الغذاء الكافي والآمن، الحق في المسكن، الحق في الظروف الصحية في أماكن العمل، الحق في العيش في بيئة نظيفة والحق في التوعية والحصول على المعلومات الصحية; وحقوق أخرى كثيرة، ما يجعل حكومات الدول ملزمة بانتهاج سياسة صحية فعالة تشمل جميع أفراد المجتمع. وقد قمنا في هذه الدراسة بالتطرق لتأثير تكنولوجيا الإعلام والاتصال على الحقوق السالفة الذكر.

لقد أحدثت تكنولوجيا الإعلام والاتصال طفرة في التغيير في شتى المجالات على كافة الأصعدة حيث أدت إلى ظهور الكثير من المفاهيم التقنية كمفهوم الصحة الالكترونية، نظام المعلومات الصحي المحوسب، نظام المعلومات الخضراء، نظام المعومات الجغرافية ...الخ.

1- موقع الأمم المتحدة، حقوق الإنسان في العصر الرقمية.
تاريخ الزيارة: 2022/12/23.
https://www.ohchr.org/ar/2019/10/human-rights-digital-age

لقد أحدثت التقنية المعلوماتية تحولا كبيرا لمهنيي قطاع الصحة، حيث جعلتهم أكثر فاعلية باستخدام الحاسوب ومواجهة الصعوبات التي كانت ترافقهم في أعمالهم التقليدية.

كما أحدثت أيضا ثورة تكنولوجيا الإعلام والاتصال تطورات كبيرة في القطاع الصحي، حيث أثرت هذه التقنية على نشاطات هذا القطاع، كما ترتبط فعالية هذا النشاط بجودة هذه التكنولوجيات، من حيث إدارتها وحسن استعمالها، ويعلب كذلك محيط العمل دورا أساسيا في فعالية نشاط القطاع الصحي كمستوى وعي إدارة المنظمة وأساليب تسييرها وتأطيرها للنظم.

كذلك يعد استخدام تكنولوجيا الإعلام والاتصال أحدث نقلة في الاتصال عبر الشبكات الإلكترونية المختلفة ما بين الأفراد مع مقدمي الخدمة العامة، من حيث استخدام مختلف الأجهزة ، والمعدات، وبرامج تكنولوجيا المعلومات والاتصال، لتتجاوز هذه النقلة المشاكل التي كانت تعترض الإدارة في عملها التقليدي، كما تؤدي إلى تحسين الكفاءة والفعالية والجودة في تقديم الرعاية الصحية، وتعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية عبر الإنترنت.

كما أن رقمنة المعلومات من الشكل الورقي التقليدي مثل الملفات الطبية والتقارير الطبية والمعلومات الصحية الأخرى إلى صيغة رقمية قابلة للتخزين والاستخدام وكذا استخدام البرامج والتطبيقات لإدارة هذه المعلومات، وتحديث الأنظمة الصحية وتدريب مستخدمي القطاع على استخدام هذه التقنيات.

وتعتبر تكنولوجيا الإعلام والاتصال مطلبا حقيقيا للحكومات، حيث بادرت الجزائر إلى تبنيها وهو ما يظهر في برامجها الإصلاحية حيث شملت الإطار القانوني وكذا الهيكلي والمؤسساتي في إطار تحسين الخدمات الصحية، البيئة النظيفة، تحسين المستوى المعيشي للأفراد وتحقيق التنمية المستدامة.

لقد تطرقنا في هذه الدراسة إلى واقع تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر وتطورها في ضوء مختلف مؤشرات تكنولوجيا الإعلام والاتصال والمتمثلة أساسا في الهاتف الثابت، الهاتف النقال، الانترنت.

وقد قامت الجزائر بمجموعة من الإصلاحات في مختلف قطاعاتها من خلال توفير الإمكانات المادية والبشرية وذلك من خلال فتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في قطاع الاتصال المتعلق بالهاتف النقال واستغلال الجيل الثالث والرابع للإنترنت واستخدامها في الهيئات الصحية لتحسين الخدمات وتطوير القطاع المتعلق بالصحة.

وقد سمحت لنا هذه الدراسة بالوقوف على واقع الصحة في الجزائر في ظل البيئة التقنية الحالية وتحتاج النتائج المتوصل إليها إلى التعمق أكثر فيها لاستكمال جوانبها الناقصة.

وفي إطار تجسيد مشروع الحكومة الالكترونية في الجزائر خاصة على مستوى الهيئات التي لها علاقة بالصحة حيث قامت بمبادرات تتعلق:

– رقمنة خدمات الضمان الاجتماعي المتمثلة في بطاقة الشفاء الالكترونية الشفاء.
– تحديث أجهزة المعلوماتية على مستوى المؤسسات والهيئات التي لها بالصحة.
– وضع شبكات معلوماتية ل225 مؤسسة صحية.
– رقمنة مصالح الإستعجالات كانت هناك تجربة في مدينتي الشلف وجيجل وأعطت ثمارها في انتظار تعميمها عبر كافة الولايات.
– إنشاء وكالة وطنية لرقمنة الصحة من أجل مراقبة وتسيير القطاع الصحي إلكترونيا، حيث تكلف هذه الوكالة الجديدة بمهام ذات طابع استراتيجي بهدف عصرنة قطاع الصحة ، بالإعتماد على حوسبة ورقمنة النشاطات الصحية، وتسيير الموارد البشرية والوسائل المالية والتجهيزية.
– إنشاء مؤسسة "صحتك" التي تقوم بتقديم حلول رقمية في الصحة الإلكترونية في خدمة المريض والطبيب التي تعتبر من أهم الأرضيات العاملة في مجال رقمنة الصحة الالكترونية.

وعليه ومن خلال ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة من خلال تحليل موضوع تكنولوجيا الإعلام والاتصال وتأثيرها على الحق في الصحة; كانت النتائج المتوصل إليها في ما يلي:

– إن الإدارة الالكترونية في قطاع الصحة غيرت في علاقة الفرد بالمؤسسات الحكومية، وتحولت نحو الروابط الافتراضية.
– قامت تكنولوجيا الإعلام والإتصال برفع مستوى الفعالية لدى المؤسسات أثناء تأدية الخدمات العمومية وكذا في شكل الخدمة العمومية في استخدامها المعدات التقنية والتكنولوجية.
– يساهم تطبيق تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تطبيق المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.
– أصبحت تكنولوجيا الإعلام والاتصال أداة فعالة في العديد من القطاعات الخدماتية وقد أحدثت فيها تطورا ملحوظا انعكس على الخدمة الصحية المقدمة.
– تساهم الرقمنة في تسهيل اكتشاف الثغرات, واستخدامها في الاستعجالات يساعد على الإطلاع على نوعية الأمراض.
– تساهم تكنولوجيا الإعلام والاتصال في وضع خارطة طبية للأمراض المنتشرة سواء كانت مزمنة أو وبائية على مستوى المستشفيات وكذا بوضع خارطة صحية بالنسبة لتوزيع الهياكل الصحية والتوزيع الرشيد للتخصصات الطبية.
– تساهم المنصات الإلكترونية للولوج إليها والبحث عن أي تخصص مطلوب واخذ مواعيد طبية مع تجنب عناء الطوابير الطويلة.
– تؤثر تكنولوجيا الإعلام والاتصال على قطاعات كثيرة لها علاقة بصحة الإنسان من خلال مختلف أدواتها والمتمثلة أساسا في الحواسيب المرتبطة بشبكة الانترنت، وكذا أجهزة المحمول وتطبيقاته المختلفة ومعدات التكنولوجية أخرى.

– تساهم تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في تحقيق التنمية وخاصة التنمية الإجتماعية والإستدامة البيئية و رفاهية المواطنين.

وبناء على النتائج المتوصل اليها في هذا الدراسة تم اقتراح بعض التوصيات الآتية:

– ضرورة إعادة هيكلة وصياغة جديدة للتشريعات القانونية في الرقمنة في الجزائر.

– القيام بدورات تدريبية في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصال لتأهيل الكادر الطبي.

– ضرورة رقمنة العيادات المتعددة الخدمات وطلبات التداوي بالأشعة لتقليص الآجال.

– القيام بإنجاز شبكات المعلومات على مستوى المؤسسات الصحية وربطها فيما بينها وبين مديريات الصحة والسكان والإدارة المركزي..

– يجب استغلال النمو الملحوظ في قطاع تكنولوجيا الإعلام والاتصال وتبني هذه التقنية واستغلالها في مجال الصحة، حيث يزيد المشتركين في استخدام الحواسيب والهواتف المرتبطة بشبكة الانترنت وذلك بناء على مؤشرات الهاتف الثابت والهاتف النقال.

– القيام برقمنة الهياكل الصحية سيؤدي إلى تسريع انتقال المعلومات الصحية بين الأقسام الطبية المختلفة والمرضى لتحسين الرعاية الصحية وبالتالي تقليل الأخطاء الطبية والتكلفة الإجمالية للرعاية.

– ضرورة رقمنة مراكز العلاج من السرطان لتفادي البيروقراطية المنتشرة.

قائمة المراجع:

*** المراجع العربية**

أولا: النصوص القانونية و التنظيمية

أ- الدساتير:

1- المرسوم الرئاسي 89-18 المؤرخ في 22 رجب عام 1409 الموافق 28 فبراير 1989 يتعلق بنشر نص تعديل الدستور الموافق عليه في استفتاء 23 فبراير 1989، الجريدة الرسمية العدد 9، المؤرخة في 01 مارس 1989.

2- المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب عام 1417 الموافق 7 ديسمبر 1996 يتعلق بالتعديل الدستوري، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الجريدة الرسمية العدد 76، المؤرخة في بتاريخ 8 ديسمبر 1996.

3- المرسوم الرئاسي رقم 20-442، المتضمن التعديل الدستوري المؤرخ في 2020/12/30، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 82، المؤرخة في 30 ديسمبر سنة 2020.

ب- القوانين:

1- القانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 8، الموافق 17 فبراير سنة 1985.

2- القانون رقم 88-07 المؤرخ في 7 جمادى الثانية 1408 الموافق 26 يناير 1988 يتعلق بالوقاية الصحية و الأمن و طب العمل، الجريدة الرسمية العدد 11 المؤرخة في 27 يناير 1988.

3- القانون رقم 02-09 المؤرخ في 25 صفر عام 1423 الموافق 8 مايو 2002، يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين و ترقيتهم، الجريدة الرسمية العدد 34 المؤرخة في 14 مايو 2002.

4- القانون رقم 03-10 مؤرخ في 19 جويلية 2003، يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 43 المؤرخة بتاريخ 20 جويلية 2003.

5- القانون رقم 15/04 المؤرخ في 27 رمضان عام 1425 الموافق 10 نوفمبر 2004، يعدل ويتمم الأمر رقم 156/66 المؤرخ في 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية العدد 71 مؤرخة في 10 نوفمبر 2004.

6- القانون رقم 04-20 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 ، يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى و تسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية العدد 84 مؤرخة في 29 ديسمبر 2004.

7- القانون رقم 05-04 المؤرخ في 27 ذي الحجة عام 1425 الموافق 6 فبراير 2005، يتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الإجتماعي للمحبوسين، الجريدة الرسمية العدد 10 المؤرخة في 13 فبراير 2005.

8- القانون رقم 11/84 المتضمن قانون الأسرة، ج ر عدد 24، المؤرخة في 9 يونيو 1984، المعدل والمتمم بالأمر 02/05 المؤرخ في 27 فيفري 2005، الجريدة الرسمية العدد 15، المؤرخة في 27 فيفري 2005.
9- القانون 08-19 المؤرخ في 17 ذي القعدة عام 1429 الموافق 15 نوفمبر 2008 المتضمن التعديل الدستوري 2008، الجريدة الرسمية العدد 63 المؤرخة في 16 نوفمبر 2008.
10- القانون رقم 09-03 مؤرخ في 25 فبراير 2009، يتعلق بحماية المستهلك و قمع الغش، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، مؤرخة في 8 مارس 2009.
11- القانون رقم 04/09 المؤرخ في 14 شعبان 1430 الموافق 05 أوت 2009 يتضمن القواعد الخاصة للوقاية من الجرائم المتصلة بتكنولوجيات الإعلام والإتصال ومكافحتها، الجريدة الرسمية، العدد 47 سنة 2009.
12- القانون رقم 11-83، المؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، الجريدة الرسمية العدد 28، المؤرخة في 5 يوليو 1983، المعدل والمتمم بالقانون رقم 11-08، المؤرخ في 2011/06/05، الجريدة الرسمية العدد 32 ، المؤرخة في 08 يونيو 2011.
13- القانون رقم 15/15 المؤرخ في 28 رمضان عام 1436 الموافق 15 يوليو 2015 يعدل و يتمم الأمر رقم 04/03 المؤرخ في 19 جمادى الأولى عام 1424 الموافق 19 يوليو 2003 والمتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع و تصديرها، الجريدة الرسمية العدد 41 المؤرخة في 29 يوليو 2015.
14- القانون رقم 16-01 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1437 الموافق 6 مارس سنة 2016 يتضمن التعديل الدستوري، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 14، المؤرخة في 7 مارس 2016.
15- القانون رقم 04/17 المؤرخ في 17 جمادى الأولى عام 1438 الموافق 16 فبراير 2017 الذي يعدل و يتمم القانون 07/79 المؤرخ في 26 شعبان عام 1399 الموافق 21 يوليو 1979 والمتضمن قانون الجمارك، الجريدة الرسمية العدد 11 المؤرخة في 19 فبراير 2017.
16- القانون رقم 04/18 المؤرخ في 24 شعبان 1439 الموافق 10 مايو 2018، الذي يحدد القواعد العامة المتعلقة بالبريد والإتصالات الإلكترونية، الجريدة الرسمية العدد 27 المؤرخة في 13 مايو 2018.
17- القانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو سنة 2018، يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46 المؤرخ في 29 يوليو سنة 2018.
18- القانون 02/19 المؤرخ في 14 ذي القعدة 1440 الموافق 17 يوليو 2019 المتعلق بالقواعد العامة للوقاية من أخطار الحريق و الفزع، الجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخة في 21 يوليو 2019.

ج- الأوامر:

1- الأمر رقم 73-65 مؤرخ في 3 ذي الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الموافق 1 يناير سنة 1974.

2- الأمر رقم 66-156 المعدل بالأمر 75-47 المؤرخ في 17 يونيو 1975 المتضمن قانون العقوبات الجزائري، الجريدة الرسمية العدد 53 المؤرخة في 4 يوليو 1975.

3- الأمر رقم 76-57 مؤرخ في 7 رجب عام 1396 الموافق 5 يوليو سنة 1976، يتضمن نشر الميثاق الوطني، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61، مؤرخة بتاريخ 1976/07/30.

4- الأمر رقم 76-97 المؤرخ في 30 ذي القعدة عام 1396 الموافق 22 نوفمبر 1976 يتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 94، المؤرخة في 24 نوفمبر 1976.

5- الأمر رقم 06-03 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006، يتضمّن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

6- الأمر رقم 11/21 المؤرخ في 16 محرم 1443 الموافق 25 أوت 2021 الذي يتمم الأمر رقم 155/66 المؤرخ في 18 صفر 1386 الموافق 8 يونيو 1966، المتضمن قانون الإجراءات الجزائية، الجريدة الرسمية العدد 65، المؤرخة في 26 أوت 2021.

د- المراسيم الرئاسية:

1- المرسوم الرئاسي رقم 183/04 المؤرخ في 8 جمادى الأولى 1425 الموافق 26 يونيو 2004 يتضمن إحداث المعهد الوطني للأدلة الجنائية وعلم الإجرام للدرك الوطني وتحديد قانونه الأساسي، الجريدة الرسمية العدد 41 المؤرخة في 27 يونيو 2004.

2- المرسوم الرئاسي رقم 158/20 مؤرخ في 21 شوال 1441 الموافق 13 يونيو سنة 2020 يتضمن إحداث وكالة وطنية للأمن الصحي، الجريدة الرسمية، العدد 35 المؤرخة في 14 يونيو 2020.

3- المرسوم الرئاسي رقم 20-435 المؤرخ في 15 جمادى الأولى 1442 الموافق 30 ديسمبر 2020، والتي توضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي و تنظيم سيرها، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة في 2 جانفي 2021.

هـ- المراسيم التنفيذية:

1- المرسوم التنفيذي رقم 05/91 المؤرخ في 03 رجب 1411 الموافق 19 يناير 1991 يتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة و الأمن في أماكن العمل، الجريدة الرسمية العدد 04 المؤرخة في 23 يناير 1991.

2- المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 05 محرم عام 1413 الموافق ل 6 يوليو يتعلق بمدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية رقم 52 المؤرخة في 08 يوليو 1992.
3- المرسوم التنفيذي رقم 120/93 المؤرخ في 23 ذي القعدة 1413 الموافق 13 مايو 1993، الجريدة الرسمية العدد 33 المؤرخة في 19 مايو 1993.
4- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها، الجريدة الرسمية، العدد 81 ، المؤرخة في 1997/12/10.
5- المرسوم التنفيذي رقم 09/05 المؤرخ في 27 ذي القعدة 1425 الموافق 8 يناير 2005، يتعلق باللجان المتساوية الأعضاء و مندوبي الوقاية الصحية و الأمن، الجريدة الرسمية العدد 04 المؤرخة في 09 يناير 2005.
6- المرسوم التنفيذي 467/05 المؤرخ في 8 ذي القعدة الموافق 10 ديسمبر 2005، يحدد شروط مراقبة مطابقة المنتوجات المستوردة عبر الحدود و كيفيات ذلك.
7- المرسوم التنفيذي رقم 154/06، المؤرخ في 13 ربيع الثاني 1427، الموافق لـ 11 مايو 2006، يحدد شروط وكيفيات تطبيق أحكام المادة 07 مكرر من القانون رقم 11/84، المؤرخ في 09 رمضان 1404، الموافق لـ 09 يونيو 1984، المتضمن قانون الأسرة، الجريدة الرسمية العدد 31 المؤرخة في 14 مايو 2006.
8- المرسوم التنفيذي رقم 207/06 مؤرخ في 17 جمادى الأولى 1427 الموافق 13 يونيو 2006 يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 39 ، المؤرّخة في 2006/06/14.
9- المرسوم التنفيذي رقم 324/06 مؤرخ في 25 شعبان 1427 الموافق 18 سبتمبر 2006 يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 465-97 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية ، العدد 58 ، المؤرخة في 2006/09/20.
10- المرسوم التنفيذي رقم 204/07 مؤرخ في 15 جمادى الثانية عام 1428 الموافق 30 يونيو سنة 2007، يتمم قائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية ، العدد 43 ، المؤرخة في 2007/07/01.

11- المرسوم التنفيذي رقم 142/14 مـؤرخ في 20 جمادى الثانية عام 1435 الموافق 20 أبريل سنة 2014 يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 24 ، المؤرخة في 2014/04/30.

12- المرسوم التنفيذي رقم 69/20 المؤرخ في 26 رجب عام 1441 الموافق 21 مارس 2020، يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 15 الصادر بتاريخ 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020.

13- المرسوم التنفيذي رقم 70/20 المؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس 2020 يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 16 المؤرخة في 24 مارس 2020.

14- المرسوم التنفيذي رقم 86/20 المؤرخ في 08 شعبان عام 1441 الموافق 02 أبريل 2020 المتضمن تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية العدد 19 المؤرخة في 02 أبريل 2020.

و- القرارات:

1- القرار الوزاري رقم 410 بتاريخ 1990/01/15 المتعلق بإنشاء المجالس الصحية بالمؤسسات التعليمية إجباريا.

2- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 20 رجب 1427 الموافق 15 غشت 2006 يتضمن تحديد سير الأقسام الإقليمية للتجارة و مفتشيات مراقبة الجودة و قمع الغش عند الحدود.

3- القرار المؤرخ في 22 رجب عام 1428 الموافق 6 أوت 2007، المتضمن إنشاء مركز وطني يتعلق بالتنظيم الصحي الدولي لاستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي وتنظيمه وسيره.

ي- المواثيق:

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ميثاق الجزائر 1964م، مجموع النصوص المصادق عليها من طرف المؤتمر الأول لحزب جبهة التحرير الوطني 16-21 أفريل 1964، جبهة الوطني، اللجنة المركزية للتوجيه، المطبعة الوطنية الجزائرية ، الجزائر، 1964.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ميثاق الصحة، وزارة الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية للصحة 28/27/26 ماي 1998، قصر الأمم.

ثانيا: المؤلفات

أ- المؤلفات العامة

1- رزق الله عبد المجيد، تنظيم النسل، د ط، تونس، الشركة القومية للنشر والتوزيع، 1963.

2- عماد الصباغ، نظم المعلومات، ماهيتها ومكوناتها، د ط، جامعة قطر -الدوحة- ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2000.
3- عبد الغفار حنفي القزاز (2008) السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد، الإسكندرية، الدار الجامعية.
4- سلامة عبد الفتاح حلبية، أحكام عقد العلاج بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي دراسة مقارنة، د ط، الإسكندرية مصر، دار الجامعة الجديدة، 2009.
5- جمال شعبان، حسين علي، معاملة المجرمين وأساليب رعايتهم، دراسة مقارنة، ط 1، الإسكندرية مصر، دار الفكر الجامعي، 2012.
6- سيد محمد جاب الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المخاطر والأزمات، د ط، مصر، مؤسسة الجوهري للتجليد الفني، 2015.
7- أبي الأفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري: لسان العرب، المجلد الثاني، دار صياد، بيروت-لبنان.
8- عمر سعد الله ، معجم في القانون الدولي المعاصر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة الثانية، الجزائر.
9- أحمد السيد علي حسين، نظم المعلومات المحاسبية الإطار الفكري والنظم التطبيقية، د ط، الإسكندرية، مصر، الدار الجامعية.
10- عفاف محمد الباز، دور القيادة في إدارة الأزمات، د ط، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.

ب- المؤلفات المتخصصة

1- أحمد شوقي الفنجري، الطب الوقائي في الإسلام، تعاليم الإسلام الطبية في ضوء العلم الحديث، الطبعة الثالثة، مصر، 1991.
2- إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، دار الشروق، 1998.
3- محمد الخزامي عزيز، نظم المعلومات الجغرافية أساسيات وتطبيقات الجغرافيين، ب ط، منشأة الناشر المعارف بالإسكندرية مصر، 1998.
4- توفيق أحمد خوجة، الرعاية الصحية الأولية، مطابع الفرزدق، الرياض، 2001.
5- محمد منير حجاب، المعجم الإعلامي، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، دار الفجر، 2004.
6- عبد الملك ردمان الدناني، تطوير تكنولوجيا الاتصال وعولمة المعلومات، 2005.
7- عبد الرزاق الديلمي، الإعلام المتخصص، د ط، عمان، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005.
8- جعفر الجاسم، تكنولوجيا المعلومات. ط 1، عمان الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2005،.

9- محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي، د ط، الإسكندرية مصر، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2006.
10- أبو السعود ابراهيم، تكنولوجيا الإتصال ووسائله الحديثة، ط 1، المدير العام لمركز الأهرام للترجمة والنشر، 2007.
11- أحمد صالح الشمسي، نظم المعلومات الجغرافية من البداية، ط 1، العراق، 2007.
12- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن عمان، 2008.
13- فايز عبد المقصود شكر، الصحة المدرسية، د ط، مصر، عالم الكتب، 2007.
14- محمد جمال الفار، المعجم الإعلامي، ط 1، الأردن، دار أسامة المشرق الثقافي، 2010.
15- رحيمة الطيب عيساني، الوسائط التقنية الحديثة وأثرها على الإعلام المرئي والمسموع (الرياض)، جهاز إذاعة وتلفزيون الخليج، 2010.
12- عبد الرزاق محمد الديلمي، المدخل إلى وسائل الإعلام والإتصال، د ط، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2011.
19- محمد الفاتح حمدي وآخرون، تكنولوجيا الإعلام والاتصال الحديثة الاستخدام والتأثير، ط 1، الجزائر الحكمة للنشر والتوزيع، 2011.
20- محمد الفاتح حمدي، مسعود بوسعدية، ياسين قرناني، تكنولوجيا الإتصال والإعلام الحديثة الاستخدام والتأثير، ط 1، 2011.
21- الهاشمي مجد، 2012.تكنولوجيا وسائل الاتصال الجماهيري، ط 1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
22- بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، ط 1، عمان الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2012.
23- عبد الرزاق محمد الديلمي، مدخل إلى وسائل الإعلام الجديد، ط 1، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع والطباعة، 2012.
24- أشرف السعيد أحمد، تكنولوجيا المعلومات وإدارة الأزمات، د ط، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، 2013.
25- عز الدين آدم النور، التنمية المستدامة بين النظرية والتطبيق، د ط، 2014.
26- زهير إحدادن، مدخل لعلوم الإعلام والإتصال، ط 5، جامعة الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2014.
27- بسام عبد الرحمن المشاقبة، نظريات الإعلام، ط 1، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2014.

28- محمد الحفناوي، الصحافة والتوعية الصحية، د ط، مصر، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، 2014.
29- فضيل دليو، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الجديدة، بعض تطبيقاتها التقنية، ط 1، دار الحكمة، 2014.
30- جبريل بن حسن العريشي، سلمى بنت عبد الرحمان محمد الدوسري، الشبكات الإجتماعية والقيم، "رؤية تحليلية" ط 1، الدار المنهجية للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.
31- يوسف لازم كماش، الصحة والتربية الصحية، ط 1، دار الخليج للنشر و التوزيع، 2015.
32- ماهر عودة الشمايلة، محمود عزت اللحام، مصطفى يوسف كافي، تكنولوجيا الإعلام والإتصال، ط 1، عمان، الأردن، دار الإعصار للنشر والتوزيع، 2015.
33- خالد منصر، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة وإغتراب الشباب، ط 1، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة عباس لغرور، خنشلة، 2016.
34- توماس فيرنون ريد، الحياة الرقمية: الثقافة والسلطة والتغير الاجتماعي في عصر الإنترنت، ط 1، الرياض، ترجمة نشوى ماهر كرم الله، ، العبيكان للنشر، 2017.
35- عبد الله ثاني محمد النذير، ابستمولوجيا علوم الاعلام و الاتصال، د ط، منشورات دار الأديب، 2017.
36- بوعزيز بوبكر، محاضرات في مقياس مدخل إلى علوم الإعلام والاتصال، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم علوم الإعلام والاتصال، الموسم الجامعي 2017-2018.
37- حسيبة قيدوم، الأنظمة المعلوماتية، مطبوعة محاضرات، كلية علوم الإعلام والاتصال قسم علوم الاتصال، جامعة الجزائر3، 2020-2021.
38- محمود عبد السلام السيد، تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة، ط 1، مصر، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
39- الكتاب الطبي الجامعي، طب المجتمع، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، أكاديميا.
40- تالا قطيشات، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، د ط، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن.

رابعا: الرسائل العلمية

أ- أطروحات الدكتوراه

1- عبد الكريم منصور بن عوف، أثر تكنولوجيا الإعلام والإتصال على النظام المحاسبي، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان الجزائر، 2009-2010.

2- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، جامعة الجزائر 1، كلية الحقوق بن عكنون، 2012-2013.

3- ذهبي ريمة، الاستقرار المالي النظامي، بناء مؤشر تجميعي للنظام المالي الجزائري للفترة (3003 -2011) أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة قسطينة، الجزائر، 2013.

4- ديدوش الهاشمي، استخدام تكنولوجيات الإعلام والاتصال الحديثة في المؤسسة الاقتصادية الخاصة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم الإعلام والاتصال تخصص وسائل الإعلام والمجتمع، السنة الجامعية 2017/2016.

5- سحانين الميلود، مساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة – دراسة حالة الجزائر- أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجيلالي اليابس- سيدي بلعباس، 2016-2017.

6- غوال نادية، الإستثمار في تكنولوجيا المعلومات والإتصالات ودوره في تحقيق التنمية المستدامة دراسة قياسية باستخدام بيانات البانل لعينة من الدول العربية (2000-2017)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تحليل إقتصادي وتقنيات كمية، 2018-2019.

7- مريم منال بسعود، أثر تطبيق تكنولوجيا المعلومات الخضراء بعناصر مزيج التسويق الأخضر على الأداء البيئي للمؤسسة الإقتصادية، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه تخصص تسويق صناعي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة غرداية، 2022/2021.

ب- رسائل الماجستير:

1- علاء الدين عوض الطراونة، تطوير نظام إنذار مبكر لتوقع الأزمات الاقتصادية في الأردن، أطروحة ماجستير. الجامعة الأردنية، 2004.

2- باريان، أحمد، دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودي، 2005.

3- زلماط مريم، دور تكنولوجيا الإعلام والاتصال في إدارة المعرفة داخل المؤسسة الجزائرية دراسة حال بسوناطراك فرع STH، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير بمدرسة الدكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، 2010/2009.

4- مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية "دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي، الجامعة الإسلامية-غزة عمادة الدراسات العليا كليـة التجارة قسم إدارة الأعمال، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، 2010.

5- قشنيطي منيرة، فعالية إستخدام تكنولوجيا المعلومات في تطوير نظام المعلومات بالمؤسسة الإقتصادية الجزائرية دراسة حالة شركة الخطوط الجوية الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم الإعلام والإتصال، تخصص مجتمع المعلومات، جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم علوم الإعلام والإتصال، السنة الجامعية 2011-2012.

6- قادة حياة، دور تكنولوجيا الإعلام و الإتصال الجديدة في تحسين الخدمة العمومية بالمؤسسة القضائية، مذكرة تخرج من أجل نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الإتصال، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، السنة الجامعية 2011-2012.

7- فريحة كمال، المسؤولية المدنية للطبيب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2012.

8- مريم ماضوي، تأثيرات الهاتف النقال على أنماط الاتصال الاجتماعي لدى الطالب الجامعي، طلبة جامعة قسنطينة أنموذجا، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير (جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، 2012- 2013.

9- حسين العلمي، دور الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق التنمية المستدامة، دراسة مقارنة بين ماليزيا، تونس والجزائر، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير -تخصص الاقتصاد الدولي والتنمية المستجامة، جامعة فرحات عباس سطيف 1، 2012-2013.

10- معكوف أسماء، الرقابة على المنتوجات المستوردة في ظل قانون حماية المستهلك في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام فرع التنظيم الاقتصادي، جامعة قسنطينة 1 ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، السنة 2012-2013.

11- دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013.

12- مصعب عبد السلام المعايطة، رسالة ماجستير بعنوان : دور التلفزيون الأردني في التثقيف الصحي، دراسة في برنامج "صحتك بالدنيا، رسالة قدمت استكمالا للمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، جامعة البترا، كلية الآداب والعلوم تخصص الصحافة والإعلام، 2013-2014.

13- وافي حاجة، جهود المنظمات الدولية غير الحكومية في مجال حماية البيئة-منظمة السلام الأخضر والصندوق العالمي للطبيعة نموذجا، شهادة ماجستير في القانون، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم ، 2014/2013.

14- عبد الرحمن ديدوح : الأمن المائي ، الإستراتيجية المائية، الجزائر نموذجا، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية تخصص علاقات دولية وأمن دولي، جامعة وهران، كلية الحقوق، قسم العلوم السياسية، السنة الجامعية 2013-2014.

15- محمود حسن الغرباوي، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، برنامج ماجستير إدارة الأعمال، جامعة الأزهر، غزة فلسطين، 2014.

16- وفاء يحي بنات، "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على الأداء الوظيفي-دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي بغزة"-، مذكرة ماجستير، تخصص القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين، 2014.

17- (نقلا عن محمود حسن الغرباوي، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، 2014)، جبر عبد الرحمن 2010 "الابداع الإداري وأثره على الأداء الوظيفي – دراسة تطبيقية على مدارس وكالة الغوث الدولية بقطاع غزة ، " رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة.

18- محمود حسن الغرباوي، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالاداء الوظيفي ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، 2014.

19- كحلوش كهينة، ظروف العمل الفيزيقية وأثرها على صحة العامل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة مولود معمري تيزي وزو، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، 2014-2015.

20- رشا عبد الحليم الخطيب، اتجاهات الجمهور الأردني نحو البرامج الصحية في الإذاعة الأردنية، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإعلام، كلية الإعلام، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2015، رسالة ماجستير.

21- بيان إبراهيم الشبلي، أثر قدرات تكنولوجيا المعلومات على إدارة الأزمات، دراسة ميدانية على قطاع البنوك التجارية الأردنية، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الأعمال الإلكترونية، قسم الأعمال الإلكترونية، كلية الأعمال جامعة الشرق الأوسط 2018.

22- أسماء المنير عبد القادر، أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية، من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء)، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة، كلية الاقتصاد، جامعة الزاوية، 2019-2020.

خامسا: المقالات العلمية

1- زاهر راضي، استخدام مواقع التواصل الاجتماعي في العالم العربي، مجلة التربية، ع 15، جامعة عمان الأهلية ،عمان الأردن، 2003.

2- أحسن بن ميسي، الديناميكية الحضرية و التنمية المستدامة، مجلة التهيئة العمرانية، جامعة منتوري، مخبر التهيئة العمرانية، العدد 01-2004.

3- العيد صوفان، الطيب بولحية، فعالية نظم الإنذار المبكر في التنبؤ بالأزمات المالية، الأزمة المالية العالمية 2007 نموذجا، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي-33(02)، جامعة زيان عاشور بالجلفة.

4- سحر قدوري الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها مدخل إستراتيجي، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد السابع، 2009.

5- سلاطنية بلقاسم، عرعور مليكة، مداخلة بعنوان "معالجة تصويرية لمفهوم الأمن الغذائي وأبعاده"، قسم علم الإجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة محمد خيضر بسكرة (الجزائر)، جوان 2009.

6- محمد الغبين، "النظام الصحي حسب معايير منظمة الصحة العالمية، "المجلة العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية"، العدد الرابع، السنة الأولى، الرياض، 2011.

7- عادل طالب سالم، حفصة عطا الله حسين، نظم المعلومات وعلاقتها في تقويم الأداء الإستراتيجي للمنظمات الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة العدد السابع و الثلاثون، 2013.

8- عمر بن شريك، زعتر نور الدين، نحو ترقية دور "وحدة الكشف والمتابعة الصحية S.D.U" في تعزيز حقوق الطفل من وقاية وعلاج وتثقيف صحي في الوسط المدرسي، جامعة زيان عاشور الجلفة، 2014.

9- نور الدين حاروش، حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مجلة الإجتهاد للدراسات القانونية والإقتصادية، عدد 08، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، 2015.

10- محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين)، دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015.

11- لامية حمايزية، عبود زرقين، التنمية الصحية المشتدامة و نتائجها على المورد البشري، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 9، ديسمبر 2015.

12- فيساح جلول، التزامات الهيئات المستخدمة في مجال طب العمل في القانون الجزائري، أطروحة دكتوراه علوم في الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الجزائري 1، بن يوسف بن خدة، 2015-2016.

13- ربيعي حسين، آليات البحث والتحقيق في الجرائم المعلوماتية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الحقوق تخّصص -قانون العقوبات و العلوم الجنائية، كلـية الحـقوق و العلوم السياسية قسم الـحقوق، جامعة باتنة 1، 2015-2016.

14- مغربي خيرة، اقتصاديات الموارد المائية في الجزائر، دراسة تحليلية للموارد المائية (الامكانيات والتحديات)، مجلة دفاتر بوادكس، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف ، العدد رقم 06 سبتمبر 2016.

15- سي يوسف زهية حورية، رقابة المنتوجات المستوردة آلية لحماية المستهلك، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي لتامنغست، جامعة مولود معمري، تيزي وز، جانفي 2017.

16- منيرة بلورغي، حركة حماية المستهلك في التشريع الجزائري، جامعة محمد خيضر، بسكرة، مجلة الحقوق والحريات، مخبر الحقوق والحريات في الأنظمة المقارنة، تاريخ قبول المقال للنشر 2017/03/16، العدد الرابع.

17- رجم خالد، عوني بوجمعة، لحول آسيا، أثر نظام المعلومات الصحي على القرارات الطبية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات، تقرت ورقلة، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 12، جوان 2017.

18- محمد محمود حامد الملاحسن، قياس مدى إسهام نظام المعلومات الصحي المحوسب في تعزيز جودة الخدمة الصحية، دراسة استطلاعية في عدد من مستشفيات مدينة الموصل، مجلة تنمية الرافدين، العدد 119، المجلد 37، 2018.

19- بلخير اسية، "الأمن الصحي العالمي: متطلبات الترشيد و ضرورات الاستدامة"، مجلة العلوم السياسية و القانونية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية و السياسية و الاقتصادية، المجلد (2)، العدد (6)، يناير 2018.

20- بوخرص عبد العزيز، علوطي لمين، العمل على انشاء نظام إنذار مبكر للازمات بالاستعانة بمقاييس ومؤشرات لوحدة القيادة المستقبلية (دراسة تحليلية)، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد (14)، العدد (19)، 2018.

21- أميرة خلف لفتة، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري (العراق حالة دراسية)، المؤتمر العلمي الثالث للبيئة والتنمية المستدامة، بغداد، 15-16 تشرين الثاني 2017، مجلة الهندسة والتكنولوجيا، مجلد 36، العدد الخاص 3، 2018.

22- أبوبكر الشريف خوالد، خير الدين محمود بوزرب، واقع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الجزائر، دراسة وصفية تحليلية باعتماد منهجية تقرير تكنولوجيا المعلومات العالمي، المجلة العربية للأرشيف والتوثيق والمعلومات، س 22، ع 43 (يونيو 2018).
23- فوزية برسولي، بولحية شهيرة، التنمية البيئية المستدامة في الجزائر قراءة للتدابير القانونية محليا وإقليميا، مجلة المنار للبحوث والدراسات القانونية والسياسية، العدد الخامس، جوان 2018.
24- الأزهر ضيف، التوعية الإعلامية ودورها في مكافحة المخدرات والوقاية منها، مجلة المجتمع والرياضة، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، المجلد 1، العدد 2، ديسمبر 2018.
25- سعيدة بوزنون، مكافحة الجريمة الالكترونية في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، كلية الحقوق جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، عدد 52، 2019.
26- حمودي، وجدان، وابراهيم، بسمة، وامين، تغريد (2019)، اليقظة الإستراتيجية ودورها في تعزيز النضج الوظيفي دراسة تحليلية لآراء عينة من المدراء في شركة الاتصالات النقالة (زين العراق)، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية.
27- وليد عبدلي، بشرى برش، أثر الإعلانات الإلكترونية عبر موقع الفايسبوك في قيم الطلبة الجامعيين الجزائريين، محكمة الحكمة للدراسات الإعلامية والإتصالية، المجلد 7، العدد 1، 2019.
28- عدنان كاظم جبار الشيباني، خالد جاسم محمد الحجيمي، المنظمات البيئية غير الحكومية ودورها في قوة الدولة، مجلة أوروك للعلوم الإنسانية، جامعة المثنى، العدد 02، المجلد 12، 2019.
29- علي عبودي نعمه الجبوري، التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي، مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، المركز الديمقراطي العربي، العدد السادس، أكتوبر 2019، برلين ألمانيا.
30- مفيدة بن عثمان، زينب شطيبة، جاهزية قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الجزائر – دراسة مقارنة–، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، 2019.
31- غوال نادية، عدالة العجال، دور تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة بالجزائر، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 09، العدد 16، 2019.
32- شنافي نوال، مساهمة تكنولوجيا المعلومات في تحقيق التنمية المستدامة، حوليات جامعة بشار في العلوم الإقتصادية، 2019، المجلد 06، العدد 02.
33- شاطرباش أحمد، بن زعمة عبد القادر، الإطار القانوني لتطبيق الحكومة الإلكترونية في الجزائر، مجلة العلوم السياسية والقانون، المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا برلين، العدد 15، ماي 2019.
34- سليمة ذياب، الجريمة الإلكترونية: الأسس والمفاهيم، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، العدد 13، 2020.

35- سعيدة حركات، سارة بن غيدة، تطبيقات تكنولوجيا المعلومات والاتصال في مجال الخدمات الصحية -إشارة إلى القطاع الصحي في الجزائر، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد 07، العدد 02، ديسمبر 2020.

36- أحمد طيلب، الأمن الصحي في الظروف الاستثنائية بين تكريس الحق وصناعة الوعي، مجلة دفاتر البحوث العلمية، العدد 2، 2020.

37- جمال الدين مدفوني، مواقع التواصل الاجتماعي والتوعية الصحية من مخاطر فيروس كورونا دراسة ميدانية على عينة من المستخدمين في الجزائر، مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية، العدد 05، المجلد 03، السنة 2020.

38- خلادي عبد الغني، هزلة أنيس، سباع أحمد الصالح، واقع تسيير النفايات الطبية في القطاع الصحي الخاص وأثره على تعزيز التنمية المستدامة مصحة الرمال نموذجا، مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد 03، العدد:01، 2020.

39- رزقي نور الهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2000-2018 بالمقارنة مع تونس والمغرب، دراسة تحليلية، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10، العدد 02، 2020.

40- هدى بن محمد ، ابتسام طوبال، تأثيرات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق البعد البيئي للتنمية المستدامة، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 20، العدد 02، 2020.

41- بريش محمد عبد المنعم، أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني (أزمة كوفيد 19أنموذجا)، كلية الحقوق يوسف بن خدة جامعة الجزائر 1، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد 01، 2021.

42- أرادن حاتم خضير، دور الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في تحقيق التنمية المستدامة (دراسة تطبيقية في وزارة الاتصالات العراقية)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 131، كانون الأول، 2021، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرة، العراق.

43- صدام رايس، التواصل، التوعية الصحية واشكاليات السياق إطار تحسين فاعلية التواصل في مجال التوعية الصحية، المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 90 /العدد (02) (2021).

44- رجم جنات، حملات التوعية الصحية، في مجال التدخين بين النظرية والتطبيق، دراسة ميدانية للحملة الإعلامية الخاصة بديوان مؤسسات الشباب لولاية سطيف، مجلة دراسات وأبحاث، المجلة العربية في العلوم الإنسانية، مجلد 13 عدد 1 جانفي 2021.

45- توفيق بن الشيخ، الدراجي لعفيفي، المرتكزات الاستراتيجية لتحقيق الأمن الغذائي في الجزائر، مجلة الدراسات الإفريقية وحوض النيل- العدد الحادي عشر، أبريل 2021.

46- صاري محمد فايزة ، عواج بن أعمر، أداء النظام الصحي في الجزائر "دراسة تحليلية للمؤشرات"، مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، المجلد السابع، العدد 10، جوان 2021.
47- لخضر سلامي، ضحايا الجريمة الإلكترونية عبر مو اقع التواصل، الفايسبوك أنموذجا، مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف، المجلد 06، العدد 01، 2021.
48- سعاد بلحورابي، ربيعة صبايحي، دور مطابقة المنتوجات في حماية المستهلك، مجلة معارف، كلية الحقوق جامعة تيزي وزو، المجلد 17، العدد 1، جوان 2022.
50- بالمشري راضية، قندوز نادية، الفحص الطبي قبل الزواج بين الضرورة الحتمية والإشكالات القانونية في تطبيقه، المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية، المجلد السادس، العدد الثاني، تاريخ قبول المقال 2022/30/61.
51- آسية بلخير، رهان الأمن الصحي في الجزائر في ظل الأزمات الممتدة: قراءة نقدية في أدوار الوكالة الوطنية للأمن الصحي، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر، مجلة أبحاث قانونية وسياسية المجلد 07، العدد 01، جوان 2022.
52- خالد أونيسي، تأثير الفايسبوك على التوعية الصحية الأسرية في ظل انتشار فيروس كورونا كوفيد 19، دراسة ميدانية لعينة من أرباب الأسر بولاية سكيكدة، مجلة المعيار، مجلد 26، العدد 4، (رت 66)، 2022.
53- سليمة قاصدي، مساهمة الفايسبوك في ترسيخ ثقافة التغذية الصحية لدى الشباب الجزائري (دراسة استطلاعية، المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات، المجلد 05، العدد 02، أفريل 2022.
54- قادة بن عبد الله نوال، بن حمو محمد، الجريمة الإلكترونية، قراءة سوسيولوجية لأهم النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي، مجلة روافد، للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 06، ديسمبر 2022.
55- شاين نوال، الجريمة الإلكترونية في التشريع الجزائري، ماهيتها، موضوعها، خصائصها، ومظاهر تحدياتها، مجلة سوسيولوجيا، المجلد 06، العدد 02، 2022.
56- راضية عيمور، الجريمة الإلكترونية وآليات مكافحتها في التشريع الجزائري، المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية، المجلد 06، العدد 01، 2022.
57- ديدة كمال، كاوجة بشير، دور نظم المعلومات الصحية ببعديها المادي والبرمجي على تحسين الأداء الوظيفي للعاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية ورقلة –الجزائر–، مجلة اقتصاد المال والأعمال، المجلد 07 العدد 02 سبتمبر 2022.
58- أكرم عبد اللطيف سالم عوض الله، أهمية إستخدام نظم المعلومات الجغرافية، المجلة العربية للنشر العلمي، الإصدار الخامس، العدد خمسون، 2022.

59- إكرام بلباي، التنمية الصحية المستدامة، مجلة القانون العام والجزائري والمقارن، العدد الثامن، العدد 01، ماي 2022.
60- سهام إيريري، كريم بيشاري، بطاقة الشفاء كآلية لرقمنة قطاع الضمان الاجتماعي بالجزائر، مجلة الأبحاث الإقتصادية، المجلد 17، العدد02، 2022.
61- عمارة مسعودة، مناصرية حنان، دراسة كرونولوجية تطبيقية و تشريعية للتحول الرقمي في الجزائر، المجلة الجزائرية للحقوق والعلوم السياسية، المجلد 07، العدد 02، 2022.
62- تغريد حسن الغوطي، شادي محمد أبو بريك، واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، مجلة الاقتصاد والمالية، المجلد 09، العدد 02، 2023.
63- فيصل محمد عبد الباري توتو، دور شبكات التواصل الاجتماعي في التوعية الصحية حول فيروس كورونا، دراسة سوسيولوجية لعينة من المستخدمين في السودان، مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، المجلد 3، العدد 02، 2023.
64- سميحة بلقاسم، حميد بوشوشة، الجريمة الإلكترونية بعد جديد للإجرام في الجزائر .. واقعها وآليات مجابهتها، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 10، العدد 01، جوان 2023.
65- خالدة ذنون مرعي، محمد حسن خمو، دلير اسماعيل أحمد، نظام الإنذار المبكر ودوره في الحد من مخاطر الكوارث، دراسة في إطار القانون الدولي العام.
66- ممدوح الرفاعي، وماجدة جبريل، إدارة الأزمات، كلية التجارة، التعليم المفتوح، جامعة عين شمس، مصر.
67- علي عبد الجليل الغزالي، نظم المعلومات الصحية الالكترونية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، محاضر مساعد بقسم إدارة الخدمات الصحية، كلية الصحة العامة جامعة بنغازي، مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية.
68- طارق علي جاسم، تخضير تكنولوجيا المعلومات للاستدامة البيئية، جامعة النهرين، كلية اقتصاديات الأعمال، العدد الرابع عشر.
69- موقع درع الوطن، مقال للكاتب البروفيسور محمد بن هويدن بعنوان الأمن الصحي والأمن الوطني.
70- العدوي، محمد أحمد علي، "الأمن الإنساني ومنظومة حقوق الإنسان: دراسة في المفاهيم والعلاقات المتبادلة".
71- إدريس عطية، مكانة الأمن السيبراني في منظومة الأمن الوطني الجزائري، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العربي التبسي، تبسة.

72- علي عبد الجليل الغزالي، نظم المعلومات الصحية الالكترونية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، محاضر مساعد بقسم إدارة الخدمات الصحية، كلية الصحة العامة جامعة بنغازي، مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية.
73- بخاخشة موسى، معاذ ذويب، محمد فراس، دور نظام المعلومات الصحي في الرفع من كفاءة التسيير، دراسة حالة المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور –سطيف–.
74- أمينة بن علي ، دور اليقظة الإستراتيجية في خلق ميزة تنافسية في السوق المستهدف لمؤسسة تيليكوم الجزائر، مجلة العلوم الإقتصادية والإدارية و القانونية.
75- أمال غنو، التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدما نحو 2030، مجلة القانون الدستوري والمؤسسات السياسية، المجلد 5، العدد 2، جامعة وهران – 2محمد بن أحمد– (الجزائر).
76- محمد الطعامنة ،"إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، منشورات جامعة اليرموك، المجلد 12، العدد 1، أربد، الأردن.
77- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبدالله شتيت، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، –البصرة–.
78- حفصة عطا الله حسين، ادلة بين المنفعة المالية والممارسة الأخلاقية في الشركات المساهمة العامة الكويتية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة العدد السابع و الثلاثون.
79- عماري عمار، إشكالية التنمية المستدامة وأبعادها، مداخلة في المؤتمر العلمي الدولي (التنمية المستدامة والكفاءة الإستخدامية للموارد المتاحة)، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس –سطيف–.

سادسا: ملتقيات علمية

1- شهيرة حسن أحمد وهبي، "الأمن البيئي في المنطقة العربية"،المؤتمر العربي السادس للإدارة البيئية بعنوان: التنمية البشرية و آثارها على التنمية المستدامة ،المنظمة العربية للتنمية أعمال المؤتمرات، شرم الشيخ ،مصر ، ماي 2007.
2- عاشور مريزيق، بن نافلة قدور، "التنمية المستديمة في الوسط الصناعي بين الزامية التشريعات البيئية كالالتزام المؤسسي، الملتقى الوطني الأول حول آفاق التنمية المستدامة في الجزائر ومتطلبات التأهيل البيئي للمؤسسة الاقتصادية، جامعة قالمة، 17-18 ماي 2010.
3- كرومي سعيد، عمر ستي أحمد، أهمية اليقظة الإستراتيجية في تحسين القرارات الإستراتيجية والتنافسية للمؤسسة، الملتقى الدولي المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسة الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة الشلف، (08-2010/11/09).

4- إلياس بومعراف وحسين بورغدة، "محددات الصحة في الجزائر للفترة من 2000 إلى 2010 الملتقى الدولي الخامس حول "التنمية المستدامة: الصحة، التضامن، الأقاليم"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير وكلية الطب، جامعة فرحات عباس سطيف 1، الجزائر، يومي 2 و 3 فيفري 2014.

5- إلهام يحياوي، نسرين اسماعيل، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيق التنمية المستدامة، التجربة الجزائرية، ملتقى الدولي: الاتجاهات الحديثة للتجارة الدولية وتحديات التنمية المستدامة نحو رؤى مستقبلية واعدة للدول النامية 02 و 03 ديسمبر 2019.

6- مانع بن محمد الأسمري، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وتأثيرها على القرارات الإدارية والطبية، الملتقى العلمي الدولي المعاصر للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية والادارية والطبيعية "نظرة بين الحاضر والمستقبل"، جامعة الملك عبد العزيز/كلية الآداب والعلوم الانسانية، 30 و 31 ديسمبر 2019 .

7- بلعموري نادية، مداخلة بعنوان "الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة آلية لعصرنة القطاع وحسن التكفل بالمرضى" في إطار ملتقى دولي المعنون "الملف الإلكتروني، المدخل لرقمنة قطاع الصحة" بتاريخ 21 و 22 نوفمبر 2023، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

8- فوزي الحسوني أبو غفة، تكنولوجيا المعلومات الخضراء، وتطبيقات الحوسبة السحابية، قسم الحاسوب، كلية الاداب والعلوم قصر خيار، جامعة مرقب، الخمس، ليبيا، المؤتمر الهندسي الثالث لنقابة المهن الهندسية بالزاوية.

سابعا: الاتفاقيات الدولية

1- الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان ، سان خوسيه 1969/11/22،

2- البروتوكول الإضافي الأول الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور) 1988/11/17.

3- منظمة الصحة العالمية ، اللوائح الصحية الدولية مقدمة موجزة 2005 : معايير التمديدات الإضافية، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط، 2013 ، رقم الوثيقة ، ش م / ل إ ، 8/60 ، 8/RC60/EM.

4- الوثائق الأساسية، منظمة الصحة العالمية ، الطبعة السابعة و الأربعون ، سويسرا 2008.

ثامنا: مؤتمرات وندوات دولية

1- نظم المعلومات الصحية الداعمة للمرامي الإنمائية للألفية منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، الدورة الثامنة عشرة بعد المائة، البند 8-3 من جدول الأعمال المؤقت، ماي 2006.

2- نظم الإنذار المبكر بالأخطار المتعددة ، نتائج المؤتمر الأول للإنذار المبكر بالأخطار المتعددة 22 و 23 أيار/مايو 2017 ، كانكون ، المكسيك ، أعدها شركاء الشبكة الدولية لنظم الإنذار المبكر بالأخطار المتعددة .

3- استعمال الاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل التأهب للكوارث والتخفيف من آثارها والتصدي لها، فترة الدراسة 2014-2017، الاتحاد الدولي للاتصالات ITU)، قطاع تنمية الاتصالات، لجنة الدراسات 2، المسألة 5/2.

4- الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان لعام 1948 القرار رقم 30، المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية 1948 (منظمة الدول الأمريكية).

5- الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان لعام 1948 القرار رقم 30 ، المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية 1948 (منظمة الدول الأمريكية).

6- الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب 1981.

7- الميثاق العربي لحقوق الإنسان 2004.

8- منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط (1988)، (نموذج المنهج الصحي المدرسي، (مرشد المعلم)، الإسكندرية، مصر، 1988.

9- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، حقوق الإنسان تدعم الحق في الصحة ، تقرير عن الإجتماع المشترك بين البلدان حول الصحة و حقوق الإنسان ، منظمة الصحة العالمية ، القاهرة 2006.

10- تقرير التنمية الإنسانية، ما هو أبعد من الندرة ،القوة الفقر وأزمة المياه العالمية '،برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، PNUD.

7- تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، تحديات امن الإنسان في البلدان العربية ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، برنامج الأمم المتحدة ، شركة كركي للنشر 2009 ، بيروت لبنان.

تاسعا: المواقع الالكترونية

1- الإتحاد الدولي للاتصالات، تاريخ التصفح: 2023/10/25.
www.itu.int/ar/Pages/default.aspx#/ar

2- موقع الجمهرة، تاريخ التصفح: 2022/09/17.
https://islamic-content.com

3- جامعة بابل، تاريخ التصفح: 2022/09/21.
https://www.uobabylon.edu.iq

4- موقع المرسال، تاريخ التصفح: 2022/09/17.
www.almrsal.com/

5- موقع منظمة الصحة العالمية، تاريخ التصفح: 2022/09/17.
https://www.who.int/ar

6- موقع الأمم المتحدة، تاريخ التصفح: 2022/09/18.
https://www.un.org/ar
7- موقع الأمم المتحدة، حقوق الإنسان، تاريخ التصفح: 2022/09/21.
https://www.ohchr.org/ar/ohchr_homepage
8- موقع أورونج، تاريخ التصفح: 2022/09/25.
https://orange.ngo
9- جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، تاريخ التصفح: 2022/09/26.
http://hrlibrary.umn.edu/arabic/index.html
10- موقع رصين، تاريخ التصفح: 2021/06/17.
http://rasseen.com
11- اللجنة الدولية للصليب الأحمر، تاريخ التصفح: 2022/10/26.
https://www.icrc.org/ar
2- الهيئة العامة للاستعلامات، تاريخ التصفح: 2022/10/27.
https://www.sis.gov.eg/?lang=ar
3- جريدة الوطن، تاريخ التصفح: 2022/09/19.
https://alwatannews.net
4- وزارة التعليم السعودية، تاريخ التصفح: 2021/09/22.
https://moe.gov.sa/ar/Pages/default.aspx
5- الجلفة أنفو، تاريخ التصفح: 2022/09/20.
https://www.djelfainfo.dz/ar/
6- موقع الميادين، تاريخ التصفح: 2021/10/10.
https://www.almayadeen.net
7- الإذاعة الجزائرية، تاريخ التصفح: 2022/12/16.
https://news.radioalgerie.dz/ar
8- موقع الإسلام سؤال و جواب، تاريخ التصفح: 2022/12/24.
https://islamqa.info/ar
9- DZDOC، تاريخ التصفح: 2022/12/24.
https://dzdoc.com/
20- المديرية العامة للجمارك، تاريخ التصفح: 2022/01/12.
https://douane.gov.dz/
21- مديرية التجارة لولاية بسكرة، تاريخ التصفح: 2022/01/24.
https://www.dcwbiskra.dz
22- مركز الدراسات الإستراتيجية، تاريخ التصفح: 2022/12/01.
http://kerbalacss.uokerbala.edu.iq/wp/
23- جريدة الوطن، تاريخ التصفح: 2022/09/19.
https://alwatan.ae
24- الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، تاريخ التصفح: 2022/01/23.

https://www.politics-dz.com/
25- The Atlantic، تاريخ التصفح: 2022/10/15.
https://www.theatlantic.com/world/
26- الحوار المتمدن، تاريخ التصفح: 2022/07/16.
https://www.ahewar.org
27- موقع الاقتصادية، تاريخ التصفح: 2022/11/12.
http://www.aleqt.com
28- وكالة الأنباء الجزائرية، تاريخ التصفح: 2022/08/01.
https://www.aps.dz/
29- موقع وزارة الموارد المائية والأمن المائي، تاريخ التصفح: 2022/08/02.
https://www.mre.gov.dz
30- Agence Canadienne de Développement International، تاريخ التصفح: 2022/09/03.
www.ACDI.ca
31- ويكيبيديا، الموسوعة الحرة، تاريخ التصفح: 2023/08/02.
https:// ar.wikipedia.org
32- santemaghre ، تاريخ التصفح: 2022/08/07.
http://www.santemaghreb.com/
33- مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث.
https://www.undrr.org/ar
34- مجلة الشعب، تاريخ التصفح: 2023/08/27.
https://www.echaab.dz/
35- المستثمر، تاريخ التصفح: 2023/09/01.
https://almostathmir.dz/
36- الإخبارية، تاريخ التصفح: 2023/09/03.
https://elikhbaria.dz
37- أمازون، تاريخ التصفح: 2023/09/04.
https://aws.amazon.com/
38- سلطة البريد والإتصالات السلكية والإلكترونية، تاريخ التصفح: 2023/08/02.
https://www.arpce.dz/ar/file/s4q1n0
39- webmedy، تاريخ التصفح: 2023/09/01.
https://webmedy.com
40- جزايرس، تاريخ التصفح: 2023/08/22.
https://www.djazairess.com/
41- مجلة الجودة الصحية، تاريخ التصفح: 2022/12/19.
https://m-quality.net
42- جامعة بسكرة، تاريخ التصفح: 2023/09/14.

http://elearning.univ-biskra.dz/

43- الفايسبوك.

https://www.facebook.com

44- المجموعة الدولية لخدمات التدريب، تاريخ التصفح: 2023/09/25.

https://igtsservice.com/ar

45- موقع العراقية، المجلات الأكاديمية العلمية، تاريخ التصفح: 2023/09/27.

www.iasj.net

46- موقع ميدكونتكس، تاريخ التصفح: 2023/09/01.

https://medcontx.com

47- موقع المكتبة، تاريخ التصفح: 2023/09/03.

https://books-library.net

48- البوابة الجزائرية للمجلات العلمية.

https://www.asjp.cerist.dz

49- وزارة الصحة السعودية، تاريخ التصفح: 2023/10/09.

https://www.moh.gov.sa/

50- فضاء التسيير الاستشفائي، تاريخ التصفح: 2023/09/14.

https://www.hopital-dz.com/

51- إتحاد المصارف العربية، تاريخ التصفح: 2022/12/19.

https://uabonline.org/ar

*المراجع الاجنبية

1- Michael.(1990), national center for geographic information and analysis.California, Santa Barbara: national center for geographic information and analysis.

2- A.Jacquerye ,la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, valuation,Accreditation Editions Maloine,1999.

3- Commission on human security , Human security now , commission on human security, New York, 2003.

4 -(1) MEDPAC. Information technology in health care ; report to the congress, New Approaches In Medicare,2004,p 159.

5- Gérald Dussouy, Les Théories de L'interétatique :traité de Relation internationales (II), Paris, L'harmattan, 2007.

6- Robert Reix, "Systèmes d'information et management des organisations", Vuibert, Paris, France, 6ème ED, 2011.

7- Mostafavi, E. (2017). Health Security. (Epidemiology and Biostatistics 41.DVM, Éd.) Iran: Pasteur Institute

8- Robert :Le petit Ropert Dictionnaire de la langue Française.

9- Elizabeth L .Chalecki, ''Environmental Security : A case study of climate change'', Politic Institute for studies in Devlopment, Environment, and security.

الفهرس

الملخص
كلمة شكر و تقدير
الإهداء
قائمة المختصرات
مقدمة.....1
الباب الأول: الحق في الصحة في التشريعين الدولي و الجزائري.....9
الفصل الأول: إطار مفاهيمي للحق في الصحة و أساسها القانوني.....10
المبحث الأول: ماهية الحق في الصحة في الفقه وفي التشريع الدولي.....11
المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة.....11
الفرع الأول: التعريف الفقهي والتشريعي للصحة.....11
أولا: التعريف الفقهي للصحة.....11
ثانيا: مكونات الصحة العامة.....14
ثالثا: التعريف التشريعي للصحة.....16
الفرع الثاني: عناصر الحق في الصحة.....17
أولا: التوافر.....18
ثانيا: عدم التمييز.....18
ثالثا: إمكانية الوصول المادي.....18
رابعا: الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها.....18
خامسا: إمكانية الوصول إلى المعلومات.....18
سادسا: المقبولية.....19
سابعا: الجودة.....19
المطلب الثاني : الأساس القانوني للحق في الصحة في التشريعين الدولي والإقليمي.....19
الفرع الأول الحق في الصحة في التشريع الدولي.....19
أولا : الصكوك الدولية.....19
ثانيا : الإتفاقيات الدولية.....28
الفرع الثاني: الحق في الصحة في الإتفاقيات الإقليمية.....34
أولا: الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان 1948.....34
ثانيا: الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1996 (المعدل).....35
ثالثا: الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب 1981.....37

رابعا: الميثاق العربي لحقوق الإنسان 2004.....37
خامسا: منظمة الصحة العالمية.....39
المبحث الثاني: الحق في الصحة في التشريع الجزائري و حمايتها.....40
المطلب الأول: الإطار القانوني للحق في الصحة في التشريع الجزائري.....41
الفرع الأول: الحق في الصحة من خلال المواثيق.....41
أولا: ميثاق الجزائر 1964.....41
ثانيا: الميثاق الوطني 1976.....41
ثالثا: الميثاق الوطني 1986.....41
رابعا: ميثاق الصحة الجلسات الوطنية للصحة 1998.....42
الفرع الثاني: من خلال الدساتير.....43
أولا: دستور 1976.....43
ثانيا: دستور 1989.....43
ثالثا: دستور 1993.....43
رابعا: دستور 1996.....43
خامسا: دستور 2008.....44
سادسا: دستور 2016.....44
سابعا: دستور 2020.....44
ثامنا: أمر رقم 73-65 مؤرخ في 1973/12/28، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.....44
تاسعا: القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.....44
عاشرا: القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018 يتعلق بالصحة.....45
المطلب الثاني: حماية الصحة في التشريع الجزائري.....45
الفرع الأول: الحماية الصحية العامة.....45
أولا: حماية الأفراد بصفتهم مستهلكين.....46
ثانيا: حماية الأفراد بصفتهم مرضى.....47
ثالثا: الحماية الصحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني.....50
رابعا: الحماية الصحية خاصة بفئة معينة.....56
الفصل الثاني: الأمن الصحي ومجالاته.....98
المبحث الأول: ماهية الأمن الصحي.....99
المطلب الأول: مفهوم الأمن الصحي.....99

الفرع الأول: مفهوم الأمن الصحي.....99
أولا: تعريف الأمن الصحي.....99
ثانيا: أهمية الأمن الصحي.....104
ثالثا: أبعاد الأمن الصحي.....106
رابعا: علاقة الأمن الصحي بالأمن الإنساني.....107
المطلب الثاني: مجالات أخرى لها علاقة بالأمن الصحي.....108
الفرع الأول: الأمن الغذائي.....109
أولا: تعريف الأمن الغذائي.....109
ثانيا: ركائز الأمن الغذائي.....110
ثالثا: الأمن الغذائي في الجزائر.....111
الفرع الثاني: الأمن البيئي.....111
أولا: تعريف الأمن البيئي.....112
ثانيا: الجهود الدولية في حماية الأمن البيئي.....113
الفرع الثالث: الأمن المائي.....117
أولا: تعريف الأمن المائي.....118
ثانيا: المعالم الرئيسية للإعتراف بحقوق الإنسان في المياه والصرف الصحي.....119
ثالثا: الواقع المائي في الجزائر.....120
المبحث الثاني: المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر.....123
المطلب الأول: هيئات الصحة في الجزائر.....125
الفرع الأول: الهيئات الإستشفائية العمومية في الجزائر.....126
أولا: المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.....126
ثانيا: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.....127
ثالثا: المراكز الإستشفائية الجامعية Centre Hospitalo-universitaire.....129
الفرع الثاني: المؤسسات الإستشفائية الخاصة.....130
أولا: تشريع المؤسسات الإستشفائية الخاصة.....130
ثانيا: النظام القانوني للمؤسسات الإستشفائية الخاصة وشروط إنشاءها.....130
المطلب الثاني: الوكالة الوطنية للأمن الصحي.....132
الفرع الأول: إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي.....133
الفرع الثاني: دور الوكالة الوطنية للأمن الصحي.....135
أولا: في مجال تحقيق الأمن الصحي.....135

ثانيا: في مجال إصلاح المنظومة الوطنية للصحة.....135
الفرع الثالث: اليقظة الإستراتيجية ونظام الإنذارات المبكرة.....138
أولا: الإنذارات المبكرة.....139
ثانيا: اليقظة الإستراتيجية.....146
الباب الثاني: ترقية الصحة من خلال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال.....153
الفصل الأول: واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال و آلياتها الوقائية في مجال الصحة.....154
المبحث الأول : مفاهيم عامة حول تكنولوجيا الإعلام و الاتصال.....155
المطلب الأول : أساسيات و مفاهيم حول تكنولوجيا الإعلام والاتصال.....155
الفرع الأول : مفهوم الإعلام والإتصال.....155
أولا: الإعلام.....156
ثانيا: الإتصال.....159
الفرع الثاني : مفهوم تكنولوجيا الإعلام والاتصال.....161
أولا: تعريفات مختلفة لتكنولوجيا الإعلام والإتصال.....162
ثانيا: تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة.....165
ثالثا: خصائص تكنولوجيا الإعلام والإتصال الحديثة.....166
المطلب الثاني : الرقمنة في الجزائر.....167
الفرع الأول: التحول الرقمي في الجزائر.....168
أولا: متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية الصحية.....169
ثانيا: الرقمنة في القطاع الصحي.....170
الفرع الثاني: الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة.....173
أولا: مهام الوكالة الوطنية لرقمنة قطاع الصحة.....175
ثانيا: التنظيم والتسيير.....176
المبحث الثاني: تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر.....179
المطلب الأول : واقع تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر.....180
الفرع الأول: تطور تكنولوجيا الإعلام والاتصال في الجزائر.....181
أولا: سوق الهاتف الثابت.....183
ثانيا: سوق الأنترنت.....183
ثالثا: سوق الهاتف النقال.....184
الفرع الثاني: جاهزية الجزائر لاستخدام قطاع تكنولوجيا الإعلام والإتصال.....184
أولا: المقاييس الجزئية.....184

ثانيا: المقاييس المركبة.....185
ثالثا: المؤشر الفرعي للبيئة العامة.....186
رابعا: المؤشر الفرعي للإستعداد.....187
خامسا: المؤشر الفرعي للاستخدام.....188
المطلب الثاني : آليات الوقاية الصحية في مجال تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في الجزائر.....189
الفرع الأول : الوقاية من خلال التوعية.....190
أولا: مفهوم التوعية الصحية.....190
ثانيا: التوعية الصحية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.....194
الفرع الثاني: الوقاية من خلال مكافحة الجريمة الإلكترونية.....195
أولا : مفهوم الجريمة الالكترونية.....197
ثانيا: آليات مكافحة الجرائم الإلكترونية في التشريع الجزائري.....200
الفصل الثاني: تكنولوجيا الإعلام والاتصال والأنظمة الصحية.....209
المبحث الأول: نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب وفعالياته.....210
المطلب الأول: نظام المعلومات الصحي ونظام المعلومات الصحي المحوسب.....211
الفرع الأول: نظام المعلومات الصحي.....214
الفرع الثاني: نظام المعلومات الصحي المحوسب.....217
المطلب الثاني: فعالية نظام المعلومات الصحي المحوسب.....219
الفرع الأول: نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية.....221
أولا: تعريف جودة الخدمات الصحية.....221
ثانيا: قياس جودة الخدمات الصحية.....223
الفرع الثاني: نظام المعلومات الصحي والقرارات الطبية.....225
أولا: تعريف نظام مساندة القرار الطبي.....225
ثانيا: أثر نظام المعلومات الصحية في دعم القرارات الطبية.....225
الفرع الثالث: نظام المعلومات الصحي والأداء الوظيفي.....227
أولا: تعريف الأداء الوظيفي.....227
ثانيا: نظام المعلومات و تقويم الأداء الوظيفي.....228
الفرع الرابع: نظام المعلومات الخضراء.....229
أولا: تعريف تقنية المعلومات الخضراء.....230
ثانيا: أهمية نظام المعلومات الخضراء.....230
ثالثا: مزايا نظام المعلومات الخضراء.....231

الفرع الخامس– نظام المعلومات الجغرافية GIS.....232
أولا: تعريف نظام المعلومات الجغرافية.....233
ثانيا: استخدامات نظام المعلومات الجغرافية.....234
ثالثا: بعض تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية.....234
المبحث الثاني: مساهمة تكنولوجيا المعلومات والإتصال في التنمية الصحية المستدامة.....237
المطلب الأول : التنمية الصحية المستدامة.....237
الفرع الأول: مفهوم التنمية الصحية المستدامة.....238
أولا: تعريف التنمية المستدامة.....238
ثانيا: أبعاد التنمية المستدامة.....240
الفرع الثاني: التنمية الصحية المستدامة.....241
أولا: تعريف التنمية الصحية المستدامة.....241
ثانيا: مؤشرات التنمية الصحية المستدامة.....241
ثالثا: تحديات التنمية الصحية المستدامة.....242
رابعا: أسس تحقيق تنمية صحية مستدامة.....243
خامسا: الصحة ضمن خطة التنمية المستدامة 2030.....243
الفرع الثالث: واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر.....245
أولا: واقع التنمية الصحية المستدامة.....245
ثانيا: واقع التنمية البيئية المستدامة.....246
المطلب الثاني: دور تكنولوجيا الإعلام والإتصال في تعزيز التنمية الصحية المستدامة.....247
الفرع الأول: تكنولوجيا المعلومات والإتصال والتنمية الاجتماعية.....248
الفرع الثاني: تكنولوجيا المعلومات والإتصال والتنمية البيئية المستدامة.....255
الخاتمة.....265

أثر تكنولوجيا الإعلام و الاتصال في ترقية الحق في الصحة

الملخص

إن الحق في الصحة هو حق إنساني لا يتضمن فقط الحصول على الرعاية على مستوى المؤسسات المكلفة بذلك، بل أن لكل شخص الحق في التمتع بأعلى قدر من الصحة الجسدية والنفسية، ويشمل مجموعة واسعة من العوامل التي تساعد الفرد على الحياة في صحة جيدة; عن طريق توفير الظروف الصحية المناسبة لذلك; على مستوى حياة الإنسان الإجتماعية، الدراسية والمهنية، وهي تشمل توفير سكن ملائم، الحصول على تغذية صحية، العيش في بيئة سليمة خالية من التلوث، توفير ظروف دراسية ومهنية صحية; وظروف أخرى، على هذا الأساس تم تشريع الحق في الصحة في مختلف التشريعات والاتفاقات الدولية والإقليمية; وكذا الدساتير والتشريعات الوطنية ومنها التشريع الجزائري.

كما عرف قطاع الصحة بمفهومه الشامل; مثله مثل بقية المجالات الحيوية الأخرى; عصرنة وتحديثات; تمثلت في استخدام الرقمنة; عن طريق إدراج تكنولوجيا الإعلام والاتصال في مختلف مهامه وعمليات، وظهرت على إثر ذلك تقنيات وآليات جديدة مساعدة; في مجالات متعلقة بصحة الإنسان كالطب والبيئة; عبر مختلف المؤسسات الحكومية، ولم يقتصر الأمر على القطاع العمومي، بل امتد إلى القطاع الخاص، حيث شجعت تقنية المعلومات; الخواص على الإستثمار في الصحة الرقمية; وذلك بإنشاء تطبيقات ومواقع إلكترونية متخصصة; الأمر الذي ساهم في تطور هذه التقنية.

الكلمات المفتاحية:

الحق في الصحة، الأمن الصحي، تكنولوجيا الإعلام والإتصال، نظام المعلومات الصحية المحوسب، التنمية الصحية المستدامة.

The Impact of information and communication technology on the promotion of the right to health

Summary:

The right to health is a human right that not only includes access to care at the institutional level, but everyone has the right to the enjoyment of the highest physical and mental health. It also encompasses a wide range of factors that help the individual to live in good health by providing appropriate sanitary conditions. At the level of human social, academic and professional life, the latter includes providing adequate housing, obtaining healthy nutrition, living in a healthy environment free from pollution and providing healthy study and occupational conditions. Under other circumstances, the right to health has been legislated in various international and regional legislations and agreements; as well as national constitutions and legislations, including Algerian legislation.

The health sector is also known "like other vital areas" as modernization and updates. It is the use of digitization; through the inclusion of information and communication technology in its various functions and processes. New auxiliary techniques and mechanisms have emerged in areas related to human health such as medicine and the environment; across various government institutions, not only the public sector, but also the private sector, where it encouraged private individuals to invest in digital health by

creating specialized apps and websites. Indeed, This has contributed much to the development of this technology.
Keywords: Right to health, health security, information and communication technology, computerized health information system, sustainable health development.

Impact des technologies de l'information et de la communication sur la promotion du droit à la santé

Résumé:

Le droit à la santé est un droit de la personne qui comprend non seulement l'accès aux soins au niveau institutionnel, mais aussi le droit de toute personne de jouir de la santé physique et mentale la plus élevée, et qui englobe un large éventail de facteurs qui aident la personne à vivre en bonne santé; en fournissant des conditions sanitaires appropriées; Au niveau de la vie sociale, académique et professionnelle humaine, ce qui comprend fournir un logement adéquat, obtenir une alimentation saine, vivre dans un environnement sain et exempt de pollution, Dans d'autres circonstances, le droit à la santé a été légiféré dans diverses législations et accords internationaux et régionaux, ainsi que dans les constitutions et législations nationales, y compris la législation algérienne.

Le secteur de la santé est également connu sous le nom de comme d'autres domaines vitaux; la modernisation et les mises à jour; l'utilisation de la numérisation; l'inclusion des technologies de l'information et de la communication dans ses diverses fonctions et processus, à la suite de quoi de nouvelles techniques et mécanismes auxiliaires ont émergé; dans des domaines liés à la santé humaine comme la médecine et l'environnement; dans diverses institutions gouvernementales, non seulement le secteur public, mais aussi le secteur privé, où la technologie de l'information a été encouragée; les propriétés sur l'investissement dans la santé numérique; en créant des applications et des sites Web spécialisés. » Cela a contribué au développement de cette technologie.
Mots clés: Droit à la santé, sécurité sanitaire, technologies de l'information et de la communication, système informatisé d'information sanitaire, développement durable de la santé.