جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت

كلية الحقوق

القسم: الحقوق

قانون الصحة العالمي وأثره على قانون الصحة الجزائري

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في الحقوق –تخصص: قانون عام

من إعداد الطالب:

- عويسي خديجة

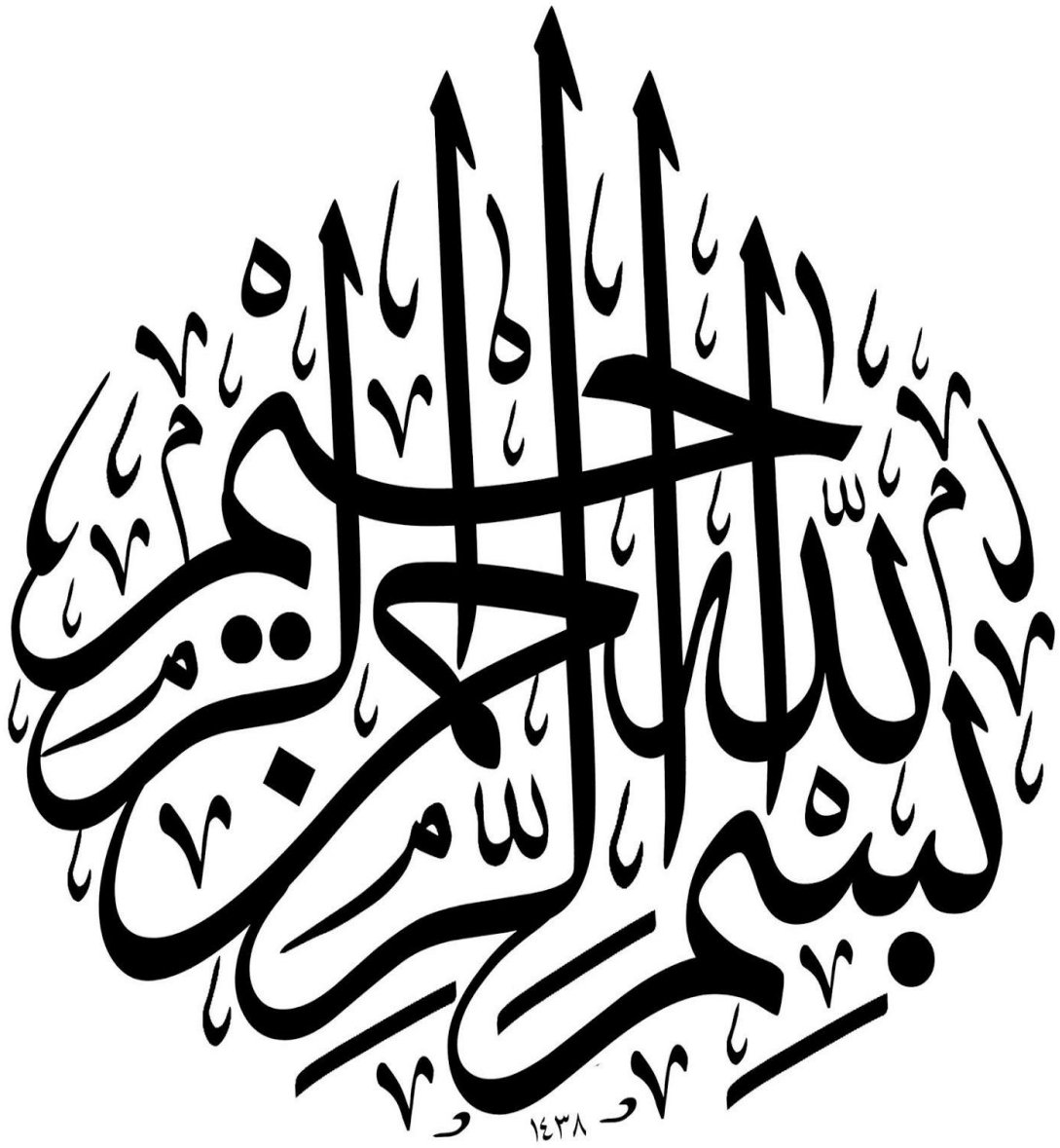
تحت إشراف الدكتور:

صانف عبد الإله شكري

لجنة المناقشة:

مشرفا	صانف عبد الإله شكري	أستاذ محاضر –أ–	جامعة عين تموشنت
رئيسا	بدير يحيى	أستاذ محاضر –أ–	جامعة عين تموشنت
ممتحنا	بن عزة محمد حمزة	أستاذ محاضر –ب–	جامعة عين تموشنت

السنة الجامعية:2023-2024


بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٣٨

شكر وتقدير

نحمد الله العلي القدير، ونشكر فضله وآلاءه، أن وفقنا إلى سبيل البحث والمعرفة ويسرهما لنا ، وألهمنا الطموح وسدد خطانا ..

نتقدم بخالص الشكر وجزيل الامتنان للأستاذ صانف عبد الإله شكري

الذي شرفنا بقبول الإشراف على هذه المذكرة، لم يدخر جهدا أو يبخل بنصيحة فله منا فائق الاحترام والتقدير والعرفان...

ولا يسعنا في هذا المقام إلا أن نتقدم بجزيل الشكر وفائق التقدير إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل ومد يد العون من أجل إتمامه ..

إهداء

قال الله تعالى: "قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون."

الحمد الله الذي وفقني لتثمين هذه الخطوة في مسيرتي الجامعية

أهدي ثمرة جهدي إلى صاحب السيرة العطرة، والفكر المستنير إلى من شجعني على المثابرة طوال عمري

إلى داعمي الأول "أبي الغالي"

إلى من أفضلها على نفسي، إلى من وضعتني على طريق الحياة موطن الحنان والحب

امي الغالية اطال الله في عمرها واعانني الله على رد جميلها.

إلى من كانت الأولى دوما في مساندتي وتشجيعي "أخواتي "

إلى من عشت معهم أجمل لحظات حياتي

إلى شموع دربي شهدوا معي متاعب الدراسة وسهر الليالي "صديقاتي"

إلى أسرتي و كل معارفي الذين شجعوني و كل أساتذة كلية الحقوق

إلى أستاذي المشرف على بحثي الأستاذ " صانف عبد الإله شكري " الذي لم يقصر في مد العون لي.

خديجة

قائمة أهم المختصرات :

-ج.ر.ج.ج: الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية

-ج: الجزء.

-د.ب.ن، دون بلد النشر.

-د.س.ن : دون سنة النشر.

-د.ع: دون عدد.

-د.م.ج: ديوان المطبوعات الجامعية.

-ص: الصفحة.

-ط: الطبعة.

-ف: الفقرة.

-م: المادة.

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الصحة العالمية من القضايا الأساسية التي أصبحت تتصدر إهتمامات مختلفة الفواعل الدولية خاصة في ظل تزايد التهديدات الصحية الناتجة عن الانتشار المفاجئ للأوبئة والأمراض العابرة للحدود، وباعتبارها تشكل تهديدا مباشر على حياة الأفراد وحقوقهم المتعلقة بالحياة والاستمرارية وهو ما تسعى كل الهيئات والمنظمات الدولية لضمانه والعمل لتحقيقه، على غرار منظمة الأمم المتحدة التي عملت على تقنين الجانب الصحي الإنساني دوليا ضمن إطار عمل منظم تلتزم به وكالتها للصحة، وهي منظمة الصحة العالمية والتي تعتبر الجهاز العالمي الأول المخول للحفاظ على الأمن الصحي العالمي وتعزيزه في ظل الجوائح والأوبئة والأزمات الصحية العالمية وذلك عن طريق الحفاظ على الفرد وسلامته الذي يعتبر الركيزة الأساسية لسلامة المجتمع والدولة.

كما يعتبر الحق في الصحة أو الرعاية الصحية، إحدى الحقوق الأساسية للمواطن ويعتبر التزام على عاتق الدولة، تسهر على ضمان حماية كل الأفراد دون تميز وهناك من يطلق عليه تسمية النظام العام الصحي، ولقد جسدت المادة 66 من التعديل الدستور لسنة 2016 هذا الالتزام حيث نصت على أن " الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدول بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها "، خاصة في ظل اتساع دائرة الأخطار المحدقة بالإنسان وتفاقم الأضرار الناشئة عنها، والتي تهدده في صحته وحياته، الأمر الذي يدفع بإلحاح للتدخل و أن يكون هذا التدخل بالأساس من الدولة وهياكلها ومؤسساتها بما تملك من وسائل وأدوات السلطة العامة لتوجيه نشاطات وسلوكيات الأفراد بما يتوافق ومتطلبات حماية الصحة العامة، وتجنب الأخطار التي تهددها وتحقيق التوازن بين مختلف المصالح والحقوق ،إن إعمال الحق في الصحة على جميع المستويات التي تضطلع بدور مركزي في تعزيز هذا الحق ، وإن مسؤولية الحكومة في تأمين هذا الحق ليست ذات آثر أهمية من معرفة المواطن بجوانب القوة والضعف في البنية الأساسية للصحة داخل النظام الوطني ، وبدرجة المسؤولية التي يتعين تحملها في المستوى من مستويات هذا النظام، إن توافر الرغبة لدى المواطنين في معرفة حقوقهم والمشاركة في تحديد الاحتياجات الصحية وفي عملية حل المشكلات هو أمر جوهري.

وبما أن الحق في الصحة موضوع عالمي، فالمشرع الجزائري اهتم كل الاهتمام بصحة وسلامة الأفراد والجماعات ، ويعتبر أسمى غاية تحاول الدولة بلوغها وذلك من أجل استمرار حياة البشرية، لأن هناك أضرار تلحق بالجمهور وبالتالي تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات من خلال ترشيد سياسات واستراتيجيات فعالة، تهدف من خلالها إلي وضع مخططات وطنية مندمجة و متعددة القطاعات لمكافحة عوامل خطر الأمراض المنتقلة وغير المنتقلة والوقاية من الأمراض ذات الانتشار الدولي.

ولتخوف الدولة من انتشار الأوبئة التي تهدد حياة البشرية فقد جاء المشرع الجزائري بنصوص قانونية أساسية ، وتدابير خاصة ضمن القانون 08-11 المتعلق بالصحة على غرار القانون 85-05 المعمول به سابقا المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم ، ولهذا فالمشرع كان حريصا من اجل مواكبة التطور و عصرنه قطاع الصحة ، فجاء بمجموعة من الأحكام، فمنها ما هو تدابير وقائية أو علاجية وتربوية وبيئية واقتصادية واجتماعية تستهدف تحقيق الوقاية العامة وحماية الأفراد من تفشي الأمراض المعدية الخطيرة الوبائية القاتلة.

كما تهدف حماية الصحة وترقيتها إلي مكافحة عوامل الخطر، وترقية أنماط حياة صحية عبر ترقية التغذية الصحية، وهذا بضمان حماية المستهلك من الغش في المواد الغذائية والطبية التي قد تلحق ضرر بكل شخص وتتسبب، إما في مرض أو عجز مستديم، ولذلك يحدد هذا القانون الأحكام والمبادئ الأساسية ويهدف إلي تجسيد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة و إلى حماية صحة المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية، كما ترتكز السياسة الوطنية للصحة إلى إعداد وتنفيذ برامج نوعية تمس جميع فئة المجتمع، كحماية صحة الأم والطفل وصحة المراهقين وصحة الأشخاص المسنين والأشخاص الذين هم في وضع صعب ومن جهة أخرى الأوساط الخاصة (الصحة في الوسط التربوي والجامعي وفي التكوين المهني وفي وسط العمل والبيئي وفي الوسط العقابي والمصابين باضطرابات عقلية ونفسية).

ولهذا يضمن التخطيط الصحي، في إطار التنمية الاقتصادية والاجتماعية والمخطط الوطني لتهيئة الإقليم، التوزيع المتناسق والعادل والعقلاني للموارد البشرية والمادية على أساس الاحتياجات الصحية بالنظر إلى التطور الديمغرافي والأنماط الوبائية وذلك عبر انتشار هياكل القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني، وتنظيم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة وكذا تشجيع وترقية الاتصال والإعلام و التحسيس في مجال الصحة كما ترتكز نشاطات الصحة على مبادئ تسلسل وتكامل نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة تكييف مختلف هياكل ومؤسسات الصحة، والتعاون والشراكة في مجال الصحة.

أهمية الدراسة:

إن دراسة موضوع قانون الصحة العالمي وأثره على قانون الصحة الجزائري له أهمية علمية بالغة وكذا قانونية، تنطوي على دراسة ومعرفة التدابير الوقائية والعلاجية الواجب إتباعها والمطالبة بالحقوق والالتزام بالواجبات التي تجسدها الدولة في مجال الصحة، مما يؤدي إلى تبيان الأهداف المسطرة ضمن الآليات والتدابير المجسدة في القانون من اجل تحقيق الحق في الصحة المقررة.

كما تتجلى أهمية الدراسة في محاولة فهم وتبيان التقاطع بين الثقافات داخل المنظمة الدولية ومواجهة منظمة الصحة العالمية لتحديات الصحة العالمية.

الدراسات السابقة:

-دراسة عزالدين الصغير، مناصرية هشام، الحق في الصحة في ظل القانون 18-11، مذكرة ماستر، تخصص قانون إداري، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العربي التبسي، تبسة، 2018-2019.

حيث هدفت هده الدراسة إلى تسليط الضوء على المفاهيم الأساسية للحق في الصحة، والتعرف على التدابير المتاحة للحفاظ على الصحة العمومية، والوصول إلى مدى تجسيد الآليات القانونية للحق في الصحة، والتركيز حول مدى تجسيد الحق في الصحة في التشريع الجزائر.

ومن خلال الاستطلاع والبحث توصل الباحث إلى أن هذا الموضوع لا يقتصر على الفرد فقط بل على أفراد المجتمع ككل، وهو موضوع تسعى كل دول العالم إلى وضع إستراتيجيات لتحقيق الحق في الصحة الماسة، بحياة البشرية.

–دراسة مسعود عبد الصمد، العمري وداد، النظام القانوني لمنظمة الصحة العالمية، مذكرة ماستر، تخصص قانون دولي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكر ة، الجزائر، 2021–2022.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى رصد الوضع الصحي وتقييم الاتجاهات الصحي؛ والعمل كسلطة توجيه وتنسيق البحوث المتعلقة بالخدمات الطبية الحيوية والخدمات الصحية؛ وتعزيز الأنشطة في مجال الصحة الفعلية وخاص ة الأنشطة التي تؤثر على الانسجام بين البشر، وترسيخ المعايير الدولية للمنتجات البيولوجية والصيدلانية والمنتجات المماثلة وتوحيد إجراءات التشخيص.

وقد لخصت هذه الدراسة إلى تشجيع التعاون من أجل منع والقضاء على الامراض، وتوفير الاحتياجات الصيدلانية وتشيع وتنسيق الأبحاث على نطاق واسع في المجالات المرتبطة بالصحة ولاسيما في مكافحة أمراض المناطق الحارة والايدز وحاليا مرض كوفيد 19 واخيرا مرض جدري القرود الذي ظهر في ماي 2022.

أهداف الدراسة:

من بين الأهداف المرجوة التي تطمح لها الدراسة نجد أنها تهدف في جانبها العلمي إلى إثراء البحوث المتعلقة بمنظمة الصحة العالمية حيث أن دورها مستمر ومتنامي في ظل تغير مفهوم التهديدات الصحية والأمنية وما تفرزه من انعكاسات خطيرة على كافة المجالات فالبحث في دور منظمة الصحة العالمية في ظل الجوائح يعتبر من البحوث المتواصلة التي تتطلب تراكمية عالمية.

الصعوبات:

من بين الصعوبات التي واجهتنا أثناء إعدادنا لهذه الدراسة:

- قلة الدراسات المتخصصة في هذا الموضوع.

- عدم توفر العناصر الكافية بالنسبة لبعض عناصر البحث.

المنهج المتبع:

من خلال هذه الدراسة يمكن إتباع منهجا يتماشى مع طبيعة الموضوع، وقد اقتضت طبيعة الدراسة الاعتماد علي المناهج الآتية:

المنهج الوصفي وذلك لرصد الإطار المفاهيمي لقانون الصحة العالمي بهدف معرفة تعريفه وطبيعته القانونية و كذا مجال الحق في الصحة بالإضافة إلى معرفة الآليات المعتمدة بالاستعانة بالنصوص القانوني ،وكذا المنهج التحليلي في دراسة هذا الموضوع، لأن دراسته تعتمد على تحليل أهم النصوص القانونية التي يمكن أن تحقق الحق في الصحة.

طرح الإشكالية:

إنطلاقا مما سبق نطرح الإشكالية التالية: ماهو قانون الصحة العالمي وما أثره على قانون الصحة الجزائري؟.

قصد الإجابة على هذا الموضوع قسمنا الدراسة إلى فصلين تمثل الفصل الأول في الإطار المفاهيمي لقانون الصحة العالمي، أما الفصل الثاني فتطرقنا إلى أثر قانون الصحة العالمي على قانون الصحة الجزائري.

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي لقانون الصحة العالمي

تمهيد:

تأسست منظمة الصحة العالمية عام 1948 للعمل على تمتع الأفراد بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وتتضمن ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، تعريفا للصحة باعتبارها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز وتعمل منظمة الصحة العالمية على تحسين طرق الرعاية الصحية، ووضع المعايير الدولية المتعلقة بالصحة، وعلى تطوير كفاءة وقدرة الجهات العاملة على توفير الرعاية الصحية في بلدان العالم النامي، ودعم المبادرات ذات الصلة بالإضافة إلى ذلك، تعنى منظمة الصحة العالمية بجمع وتوفير البيانات والإحصاءات الخاصة بالصحة باعتبارها ذلك يمثل أحد مهامها.

ولقد تناولنا في الفصل الأول مبحثين المبحث الأول تناولنا فيه مفهوم منظمة الصحة العالمية والمبحث الثاني تطرقنا فيه إلى علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الدولية.

المبحث الأول:

دور منظمة الصحة العالمية في بلورة تطوير قانون الصحة العالمي

كان علاج الأمراض – لآلاف السنين – متفرقا ومختلفا بين سكان العالم، دون أن يكون لهم حق في التطلع إلى العمل معا لتحسين الصحة فيما وراء الحدود الوطنية، وامتدت المحاولات الأولى في التعاون الدولي الصحي إلى عدد قليل من الدول، حيث حرصت الدول على إيجاد سبل لمكافحة الأمراض الوبائية مثل الكوليرا والجدري، وحاولت السيطرة عليها بواسطة استراتيجيات الحجر الصحي، وفي القرن العشرين بدأت الحكومات تتخذ تدابير لأول مرة في التاريخ، ليس فقط للحفاظ على سكانها من الأمراض، لكن أيضا من أجل العمل لحماية وتعزيز الصحة.

ومن الثابت أن التعاون الدولي الصحي سبق وجوده سنوات عديدة، المعرفة العلمية اللازمة لجعل هذا التعاون فعالا، ومنذ عصر الاكتشافات العلمية الأساسية في علم الجراثيم في نهاية القرن التاسع عشر، وضعت أسلحة جديدة تحت التصرف الوطني والدولي للصحة العالمية حيث قدمت دفعة كبيرة لتحقيق فكرة التنظيم الدولي الصحي، وتأسس على إثرها منذ فترة طويلة المكتب الدولي الصحي للبلدان الأمريكية عام 1902م، وواصل العمل في نصف الكرة الأرضية الغربي، وفي وقت لاحق أصبح معروف باسم منظمة الصحة للدول الأمريكية، وفي فترة ما بين الحربين العالمتين، تأسست منظمة عصبة الأمم، التي كان يقع مقرها في جنيف، حيث قامت بمحاولة أخرى لحل الكثير من المشاكل الصحية، وتنمية التعاون الدولي الصحي فأنشئت منظمة الصحة العالمية[1].

المطلب الأول:

تعريف منظمة الصحة العالمية

لم تكن نشأة منظمة الصحة العالمية وليدة الصدفة، بل جاءت على إثر تطور تاريخي طويل في مجال التعاون الدولي الصحي، وبها تغيرت نظرة المجتمع الدولي للصحة، حيث اهتمت منظمة الصحة العالمية بالصحة بوجه عام، فنصت ديباجة دستورها على ذلك.

[1] خالد سعد انصاري، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية،دار الجامعة الجديدة الأزاريطة،الاسكندرية،2012، ص17.

الفرع الأول:

مدلول منظمة الصحة العالمية

يعتبر تعدد المنظمات الدولية و الوكالات المتخصصة خطوة جديدة في ظل التعاون الدولي وذلك في مواجهة الكثير من التحديات التي يصعب على الأمم المتحدة أن تعمل عليها بمفردها وضمن ميثاقها وفي ظل المتغيرات الدولية المختلفة. و بسبب تسارع الأحداث و تعدد أنواع المهددات، فكان أول ظهور لمصطلح التنظيم الدولي في فقه القانون الدولي سنة 1908 في ترجمة المقال الذي كتب باللغة الألمانية، ونشرت ترجمته الفرنسية في المجلة العامة للقانون الدولي، ثم ذاع استعماله من قبل فقهاء القانون الدولي الألمان، لذلك فهذا المصطلح يعتبر حديث العهد مقارنة بباقي مصطلحات ومفاهيم القانون الدولي والعلاقات الدولية ووظائفها وهياكلها، فقد تم تقديم تعاريف متعددة للمنظمات الدولية نذكر منها[1]:

كما عرف بطرس غالي المنظمة الدولية على أنها: "هيئة دائمة تشترك فيها مجموعة من الدول راغبة السعي في تنمية بعض مصالحها المشتركة ببذل مجهود تعاوني تتعهد بسببه أن تخضع لبعض القواعد القانونية لتحقيق هذه المصالح"، كما عرفها عبد الكريم علوان بأنها "هيئة تشترك فيها مجموعة من الدول على وجه الدوام، للإطلاع بشأن من الشؤون العامة المشتركة وتمنحها اختصاصا ذاتيا تباشره هذه المنظمة في امجتمع الدولي، هذا التعريف ركز على الجانب القانوني للمنظمة من حيث الإلتزام بالمجهودات والآليات التي تحقق الأهداف المرسومة لهذه الهيئة دون الإشارة إلى مدى الإستقلالية الذاتية لهذا الكيان المنشأ وقدرته على إتخاذ قرارات ملزمة للدول الأعضاء[2].

كما أن "المنظمة الدولية هو ذلك الكيان الدائم الذي تقوم الدول بإنشائه من اجل تحقيق أهداف مشتركة يلزم بلوغها منح هذا الكيان إدارة ذاتية مستقلة، حيث أن هذا التعريف أشار بوضوح إلى ضرورة توفر الإدارة الذاتية المستقلة للكيان من أجل تحقيق الأهداف المشتركة، ويتطابق مع هذا التوجه تعريف هادي الشيب ورضوان يحيى اللذان عرفا المنظمة الدولية على

---

[1] عائشة مساعدية، دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز الأمن الصحي العالمي في ظل جائحة كورونا، مذكرة ماستر، تخصص: دارسات إستراتيجية وأمنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العربي التبسي، تبسة، الجزائر، 2021-2022، ص.02.

[2] عبد الكريم علوان خضير، الوسيط في القانون الدولي العام ،المنظمات الدولية، ط.04، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 1997، ص.13.

أنها "هيئة تشترك فيها مجموعة من الدول على وجه الدوام للإضطلاع بشأن من الشؤون العامة المشتركة وتمنحها إختصاصا ذاتيا تباشره هذه الهيئات في المجتمع الدولي[1].

وقد جاء في أحكام المادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان "لكل شخص بوصفه عضو في المجتمع، حق في الضمان الإجتماعي ومن حقه أن يوفر له ،من خلال المجهود القومي والتعاون الدولي، وبما يتفق مع هيكل كل دولة ومواردها، الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية التي لا غنى عنها لكرامته ولتنامي شخصيته في حرية"، وكذا المادة 25 من نفس الإعلان التي نصت على "لكل شخص حق في مستوى معيشي يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطيبة، وصعيد الخدمات الإجتماعية الضرورية، وله الحق فيها يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو الشيخوخة أو العجز أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه[2].

انطلاقا مم جاء في هاتين المادتين تستنتج بان ضمان الحق في الصحة جاء مع بداية التنظيمات الدولية التي تدافع على حقوق الإنسان، وتزامن الحرص على المحافظة على الصحة كحق للأفراد مع تأسيس وظهور منظمة الصحة العالمية التي تعتبر الراعية الأولى للصحة العالمية، لذلك وجب علينا التطرق إلى مفهوم الصحة العالمية من منظور منظمة الصحة العالمية، كما قدمت منظمة الصحة العالمية (WHO) تعريفا اكثر اتساعات وشمولا حيث تعرف الصحة في دستورها المتبنى عام 1948 بأنها حالة السلامة والعافية الجسدية والإجتماعية والذهنية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز[3].

وفقا لأحكام المادة 57 من ميثاق منظمة الأمم المتحدة، فإن منظمة الصحة العالمية هي: "وكالة متخصصة ، مبدأها الأساسي العمل على التمتع بالرعاية الصحية لكل آدمي، بإعتباره من الحقوق الأساسية ايا كان جنسه أو دينه أو ميوله السياسي أو مركزه الإقتصادي والإجتماعي، ووفقا لنفس المادة: "هي المنظمة تابعة للأمم المتحدة مقرها جنيف في سويسرا تعني بالقضايا الصحية حول العالم، وترسي معايير مكافحة المرض والعناية الصحية والأدوية وتنفيذ برامج

[1] هادي الشيب، رضوان يحيى ،مقدمة في علم السياسة والعلاقات الدولية، المركز الديمقراطي العربي للنشر، د.ب.ن، ص.247.

[2] الإعلان العالمي لحقوق الإنسان :قرار الجمعية العامة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، 10 ديسمبر 1948.

[3] عائشة مساعدية، المرجع السابق، ص.06.

بحثية وتعليمية، وإرساء معايير لمكافحة الأمراض والأوبئة المختلفة، ونشر الأبحاث والأوراق العلمية الصحية ويعتمد تمويلها على مصدرين هما: الإشتراكات المقررة من الأعضاء والإشتراكات التطوعية من الأعضاء وغيرهم، وانطلاقا من هذين التعريفين نستنتج ان منظمة الصحة العالمية تعمل ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي، لذلك فهي تعتبر السلطة التوجيهية والتنسيقية التي تحقق من خلالها الأهداف الصحية العالمية عن طريق مجموعة من الآليات المحددة في دستورها وانطلاقا من مبادئ محددة مسبقا، وقد ورثت منظمة الصحة العالمية أسلوب عملها في مكافحة الأوبئة وتدابير الحجر الصحي، إضافة إلى توحيد المعايير المتعلقة بالأدوية عن منظمة الصحة العالمية التابعة لعصبة الأمم والتي تم تأسيسها عام 1923 والمكتب الدولي للصحة العامة في باريس الذي تم إنشاؤه عام 1907، كما تضم المنظمة في الوقت الراهن 194 دولة عضو، وافقت جميعها على الدستور الصحي للمنظمة، كما أن مجال الإنضمام يبقى مفتوحا أمام جميع الدول، وهذا بموافقة جمعية الصحة العالمية[1].

بناء على ما سبق، فإن الصحة تعتبر مفهوما مطاطيا، تطور عبر الزمن ومتطلبات الحياة الإنسانية، فأصبح ثريا ومتطورا وعاملا محوريا يحدد قوة الدولة في النظام الدولي، فهو يشمل الجوانب الجسدية والمادية والجوانب الإجتماعية المعنوية، ليكون مفهوما معياريا قيميا، يؤثر ويتأثر بطبيعة الحياة البشرية ومتطلباتها.

الفرع الثاني:

أهداف ومبادئ منظمة الصحة العالمية

تعمل منظمة الصحة العالمية على بلوغ أهدافها المحددة، من خلال وظائفها الأساسية المناطة بها فهي توفير القيادة فيما يتعلق بالمسائل ذات الأهمية الحاسمة للصحة، والدخول في الشراكات التي تقتضي القيام بأعمال مشتركة، وبلورة برنامج أعمال البحوث، وتحفيز توليد المعارف المفيدة وتجسيدها وبثها، وتوضح الخيارات السياسية الأخلاقية والمسندة بالبيانات، وإتاحة الدعم التقني وتحفيز التغيير وبناء القدرة المؤسسية المستدامة، ورصد الوضع الصحي وتقييم الاتجاهات الصحية[2].

[1] رجوح حنينة، كواشي عتيقة، "منظمة الصحة العالمية: البنية، الدور الوظيفي والأهداف"، مداخلة ضمن الملتقى الدولي :"تداعيات جائحة كورونا على منظمة الصحة: تراجع الدور وحتمية الإصلاح"، تبسة، الجزائر، 2022، ص.10.

[2] فريدة قاقي، دور منظمة الصحة العالمية في حفظ حق الإنسان في الصحة، مذكرة ماستر، التخصص: قانون دولي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2020-2021، ص.08.

كما تسعى المنظمة بحسب ما ورد في المادة الأولى من دستورها إلى أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي مستطاع، وتقدم منظمة الصحة العالمية نوعين من الخدمات هي خدمات إستشارية: تتمثل في نشر المعلومات والمساعدة في تدريب القائمين بعدة أعمال في مجال الصحة وتحسين المرافق الصحية، و خدمات فنية: تتمثل في توحيد دساتير الأدوية والقيام بمشروعات أبحاث دولية عن الأمراض، وتجميع المعلومات الخاصة بالأوبئة ونشرها، وينص دستورها على استخدام وسائل مختلفة في مجال التشريع، فعملية إعداد واعتماد القرار الذي تقوم به هذه المنظمة، لا يتم من قبل الجهاز التنفيذي لها، وإنما يمارسه الجهاز الأعلى وهو جمعية المنظمة، واستنادا إلى نص المادة 19 من دستور المنظمة منحت الجمعية حق إقرار الإتفاقيات في أي مسألة تدخل ضمن نطاق إختصاص المنظمة، ويتطلب إقرارها موافقة جمعية الصحة بثلثي الأصوات وتصبح نافذة بالنسبة لكل دولة عضو، متى قبلتها طبقا لقواعدها الدستورية أما المادة (33) فقد خولت الجمعية إصدار توصيات للدول الأعضاء بصدد المسائل التي تدخل ضمن صلاحيتها كافة[1].

كما أعطت المادة (41) الحق للجمعية العامة أو المجلس في الدعوة إلى عقد مؤتمر دولي للنظر في أي موضوع يدخل في إطار إختصاصها ويجوز لكل منهما اتخاذ الإجراءات التي تضمن تمثيل المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية وترك للجمعية أو المجلس تحديد الطريقة التي يتم بها هذا التمثيل بالإضافة إلى ذلك فان المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية أسندت إلى الجمعية العالمية للصحة بإعتبارها الجهاز الذي يضم الدول الأعضاء كافة الصلاحية لإصدار اللوائح المتعلقة بالتدابير الصحية الخاصة لمنع إنتشار الأمراض، والشروط الخاصة بكيفية تطبيق هذا التدبير، وكيفية استعمالها فضلا عن اللوائح المتعلقة بالحجر الصحي للنصوص المطبقة على الرحلات الدولية وغيرها كما تقوم بوضع اللوائح الصحية الدولية والغرض منها هو مساعدة المجتمع الدولي على مواجهة المخاطر الصحية العمومية القادرة على الإنتشار عبر الحدود وتهديد الناس في شتى أنحاء العالم[2].

[1] محسن إفكيرين، القانون الدولي للبيئة، د.ط، دار النهضة، القاهرة، مصر، 2006، ص.418.

[2] منظمة الصحة العالمية، اللوائح الصحية الدولية، مقال منشور على الإنترنيت على الرابط www.who.int/feature بتاريخ 2024/09/01.

مبادئ منظمة الصحة العالمية

تعلن الدول الأطراف في هذا الدستور، طبقا لميثاق الأمم المتحدة أن المبادئ الصحية التالية أساسية لسعادة جميع الشعوب ولانسجام علاقاتها وأمنها، فالصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض والعجز، والتمتع 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، كما أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول، وما تحققه أي دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهمية للجميع، كما أن تفاوت التنمية في البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة الأمراض، لاسيما الأمراض السارية التي تعتبر خطر على الجميع، والنشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية، والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة[1].

المطلب الثاني:

الميثاق المنشئ لمنظمة الصحة العالمية

عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية وما خلفته من دمار وخراب بدأ عصر جديد للتنظيم الدولي مع نشأة منظمة الأمم المتحدة لنبذ الحروب وتحقيق السلم والأمن الدوليين، وحال انعقاد مؤتمر سان فرانسيسكو عام 1945 المعني بإعداد ميثاق منظمة الأمم المتحدة، اقترح بعض مندوبي الدول الحاضرين ضرورة إنشاء منظمة دولية متخصصة في مجال الصحة لتحقيق سلامة ورفاهية الشعوب، وافق المؤتمر على الاقتراح وعهد بهذه المهمة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي.

الفرع الأول:

الطبيعة القانونية للميثاق المنشئ لمنظمة الصحة العالمية

يعتبر الميثاق المنشئ للمنظمة الدولية معاهدة دولية من حيث الشكل وفقا لقواعد القانون الدولي، ودستورا / نظام أساسي للمنظمة من حيث الموضوع، أن تصبح المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية ذات طبيعة مزدوجة أيضا ونوضح ذلك من خلال:

[1] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص.09.

أولا: المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية كمعاهدة دولية:

تخضع المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية لقواعد القانون الدولي من حيث الإبرام والنفاذ وكيفية التعديل والتفسير[1].

1- إبرام المعاهدة الدولية المنشئة لمنظمة الصحة العالمية

تم الإعداد للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية بالدعوة إلى مؤتمر دولي تناقش فيه نصوص هذه المعاهدة وكيفية وميعاد إقرارها بالتصديق أو القبول، هذه الدعوة قد تطرح من عدة دول مثل مؤتمرات دومبارتون أوكس لسنة 1944، ومؤتمر يالتا لسنة 1944 ، ومؤتمر سان فرانسيسكو لسنة 1945، لإعداد ميثاق الأمم المتحدة، ومؤتمر الإسكندرية الخاص بإعداد ميثاق جامعة الدول العربية[2].

المرحلة الأولى: المفاوضة

في مؤتمر سان فرانسيسكو 1945 وافقت وفود الدول بالإجماع على الإعلان المشترك المقدم من وفدي البرازيل والصين الذي دعا إلى الحاجة لإنشاء منظمة الصحة العالمية، وتضمنت التوصية بأن يكون لها علاقة مع المجلس الاقتصادي والاجتماعي، واعتمد المجلس الاقتصادي والاجتماعي في 15 فبراير 1942، القرار الذي نص فيه بالدعوة لمؤتمر دولي للنظر في مشروع إنشاء منظمة دولية للصحة تابع للأمم المتحدة، كما نص القرار على تشكيل لجنة تحضيرية تقنية مكونة من ستة عشر خبيرا دوليا من ست عشرة دولة، وممثلي المنظمات الدولية الصحية القائمة آنذاك بدرجة مراقب ليجتمعوا في باريس، لإعداد مشروع معاهدة دولية لإنشاء منظمة دولية صحية، وبالفعل اجتمعت اللجنة التحضيرية وقررت النقاط الآتية:

-يجب أن يكون هناك تغيير جذري في مفهوم التنظيم الجديد، أي أنه ينبغي أن يكون هناك وكالة متخصصة واحدة تتمتع بدرجة عالية من الاستقلال.

-العلوم الطبية تمر بفترة تغيير أساسية، من حيث ظهور احتياجات صحية جديدة، والأوامر متروك للمنظمة لتلبية الاحتياجات أو حتى التنبؤ بها.

-من المستحسن أن تضم المنظمة أكبر عدد ممكن من الدول في عضويتها، وأن يهدف إلى أن تصبح عالمية.

---

[1] خالد سعد أنصاري، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة الأزاريطة، الاسكندرية، مصر، 2012، ص8.

[2] خالد سعد أنصاري، المرجع نفسه، ص9.

-كما ينبغي أيضا إنشاء واقامة اتصال وثيق مع المنظمات العاملة في الميادين المتصلة بالصحة، لاسيما منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، ومنظمة العمل الدولية واليونسكو[1].

المرحلة الثانية: تحرير المعاهدة الدولية المنشئة لمنظمة الصحة العالمية

لقد افتتح المؤتمر الدولي للصحة في مدينة نيويورك يوم 19 يونيو ؛ واختتم في 22 يوليو 1942 وقدم الرئيس الأمريكي هاري ترومان رسالة ترحيب في الجلسة الافتتاحية مؤكدا على أهمية هذا الحدث التاريخي، ومشيرا بإلحاح إلى المهام التي تجعل من المستحيل على أي دولة أن تحمي نفسها ضد المرض عن طريق إدخال نظم الحجر الصحي، وهذا يجعل من الضروري أن يكون وضع الخدمات الصحية قويا في كل دولة وهو ما يجب أن ينسق من خلال العمل الدولي[2].

حيث قام المؤتمر بدراسة تفصيلية لمشروع المعاهدة المقترح والمقدم من اللجنة التحضيرية التقنية، وشكل المؤتمر خمس لجان عمل بخلاف اللجنة العامة ما يقرب من أربعة أسابيع (من 23 يوليو إلى 22 يوليو) وقد عقدت خمس لجان أربعين اجتماعا، وكان هناك بالإضافة إلى ذلك العديد من اجتماعات اللجان الفرعية للصياغة، وفي 22 يوليو 1942 اختتم المؤتمر أعماله بأربعة وثائق نهائية ورسمية باللغتين الانجليزية والفرنسية، وافق عليها المؤتمر وهي:

-المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية.

-بروتوكول بشأن إنهاء وجود المكتب الدولي للصحة العامة.

-الوثيقة الختامية للمؤتمر الدولي للصحة

-ترتيب لإنشاء لجنة مؤقتة تختص بتسيير الأعمال لحين الإقرار النهائي للدستور وعقد أول جمعية دولية للصحة، وقد خضعت المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية لهذه الإجراءات مثل أي معاهدة دولية جديدة. [3]

2- تعديل المعاهدة الدولية المنشئة لمنظمة الصحة العالمية

لما كان يتطلب للمنظمة الدولية صفة الديمومة، وما يترتب على ذلك من صلاحية النصوص المعاهدة المنشئة لها، لمواجهة تطور واقع العمل، وكان لابد من ضرورة النص على

[1] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص20.

[2] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص.08،

[3] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص.9.

كيفية تعديلها، وتنقسم طرق تعديل نصوص المعاهدات المنشئة للمنظمة الدولية؛ إلى التعديل الجامد والذي يتطلب موافقة ثاني أطراف المعاهدة بالإجماع، والتعديل المرن الذي يتطلب موافقة ثلثي أطراف المعاهدة الدولية، وتخضع غالبية المعاهدات المنشئة للمنظمات الدولية للتعديل المرن فيما عدا المعاهدة المنشئة لمنظمة حلف شمال الأطلسي التي تخضع للتعديل الجامد، وقد اتبع ميثاق الأمم المتحدة طريقة التعديل المرن بالنص عليه في المادة 101 منه، بأن التعديلات على الميثاق تسري على جميع الدول الأعضاء إذا صدرت بأغلبية ثلثي أعضاء الجمعية العامة، وصدق عليها ثلثي الدول الأعضاء بما فيهم الأعضاء الدائمون لمجلس الأمن وبذلك صار من الطبيعي أن تتبع الوكالات المتخصصة التابعة في منظمة الأمم المتحدة في التعديل ذات الطريقة الواردة بميثاقها، مثل المعاهدات المنشئة لمنظمة العمل الدولية ومنظمة الأغذية والزراعة ومنظمة اليونسكو[1].

3- نفاذ المعاهدة الدولية المنشئة للمنظمة الصحة العالمية

عادة ما يتكون الفصل الأخير من المعاهدات الدولية من سلسلة من المواد التي تحدد الشروط التي بموجبها يصبح نافذا، وكان اقتراح المؤتمرات القبول من قبل ستة عشر دولة لن يكون كافيا، وكذلك كان رأي أعضاء المجلس الاجتماعي والاقتصادي، مما يدل على الرغبة في عدد أكبر، وأوصت اللجنة القانونية بأن تكون إحدى وعشرين دولة من الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة، وقد اعتمد المؤتمر الدولي للصحة تعديلا توفيقيا للمادة الأولى من المعاهدة يفيد بأن المعاهدة يجب أن تدخل حيز النفاذ عندما تقبل ستة وعشرين دولة عضو بالأمم المتحدة ويصبحون أطرافا فيها[2].

كما نصت المادة 79 على أنه يجوز للدول ان تصبح طرفا بطريقة من ثلاث طرق وهي:

1-من قبل التوقيع دون تحفظ يتعلق بالموافقة.

2-التوقيع وهنا بموافقة تليها القبول.

3-القبول ويبقى الدستور مفتوحا أمام انضمام جميع الدول بالتوقيع المشروط بالموافقة او القبول المادة (79).

[1] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص.12.

[2] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص.9.

كما لم تنظم المعاهدة مسألة التحفظ عند القبول المحددة بالفقرة 3 بالمادة 20 من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات الدولية التي تنص على ضرورة موافقة الجهاز المختص في المنظمة على التحفظ الذي تقرره أي دولة طرف مالم تحظره المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذاتها[1].

4- تفسير المعاهدة الدولية المنشئة للمنظمة الصحة العالمية

يقصد بتفسير نصوص المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية توضيح معنى نص غامض، بالتالي تحديد التزامات وحقوق الدول الأطراف، وتثير مشكلة التفسير مسألتين هامتين هما: طريقة التفسير الجهة المختصة بالتفسير.

1-**طريقة التفسير:** لم يتضمن دستور منظمة الصحة العالمية أي نص يوضح طرق تفسيره لذا فهو يخضع لطرق تفسير المعاهدات الدولية الواردة بالمادة 31 باتفاقية فيينا لقانون المعاهدات، وهي[2]:

أ-الطريقة النصية: هي التي تتعلق بمبدأ إعمال النص، فنصوص المعاهدة هي القوالب التي وضعت فيها الإرادة المتطابقة للدول الأطراف، فيجب تفسير المعاهدة بحسن نية وفقا للمعنى العادي لأحكامها.

ب-الطريقة الشخصية: وهي التعرف على إرادة النص عند وضعه وذلك بالرجوع للأعمال التحضيرية ومعرفة إرادة ونية الأطراف عند إبرام المعاهدة.

ج-الطريقة الوظيفية: وهي التعرف على إرادة النص وقت تطبيقه، وذلك بالبحث عن الغرض الأساسي من المعاهدة ووظيفتها.

2-**الجهة المختصة بالتفسير** : المبدأ العام هنا أن لكل الدول - أطراف المعاهدة - حقوقا متساوية في تفسير نصوص المعاهدة، ويرجع ذلك لعدم وجود سلطة عليا في المجتمع الدولي تختص بالتفسير الملزم للجميع، وتفاديا لهذه المشكلة، نصت المادة 75 من المعاهدة المنشئة المنظمة الصحة العالمية صراحة على ترتيب الآليات والجهات التي يسند إليها سلطة التفسير[3].

---

[1] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص.13.

[2] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص9.

[3] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص14.

الفرع الثاني:

أجهزة منظمة الصحة العالمية

يرتكز بنيان الهيكلي لمنظمة دولية حكومية على مجموعة من أجهزة يشترك في عضويتها مجموعة من الدول الأعضاء، لتعبر المنظمة من خلالها عن إرادتها المستقلة بقصد إحداث أثر قانوني لدى أعضائها.

أولا: تشكيل جمعية الصحة العالمية

هي السلطة العليا لمنظمة الصحة العالمية، فهي التي تحدد السياسات الصحية للمنظمة، وتقرر ماهي المشاكل التي يجب التعامل معها من قبل المنظمة، والطريقة التي يتعين التصدي لها، كما لديها سلطة اتخاذ أية إجراءات مناسبة لتعزيز وتحقيق هدف المنظمة، تجتمع الجمعية مرة كل عام، وفي الحالات الاستثنائية بناء على طلب المجلس التنفيذي أو أغلبية الدول الأعضاء.

كما تتشكل من جميع الدول الأعضاء فتنص المادة العاشرة من الدستور على أن جمعية الصحة العالمية تتكون من مندوبين يمثلون الدول الأعضاء وهم[1]:

1-المندوبون لكل دولة عضو الحق في إرسال وقد لحضور دورات جمعية الصحة العالمية ويتكون الوفد من مندوبين لا يزيد عددهم عن ثلاث مندوبين، وفقا للمادة 11 من دستور منظمة الصحة العالمية، ويجوز أن يرافق المندوبون عدد غير محدود من المناوبين والمستشارين.

2-الممثلون وفقا للمادة 1 من دستور المنظمة، فإن الأعضاء المنتسبون لهم الحق في تعيين ممثلين لحضور دورات جمعية الصحة، وكما هو الحال بالنسبة للمندوبين بحيث ينبغي أن يكونوا مؤهلين من ذوي الكفاءة الفنية في مجال الصحة.

3-المراقبون: تنقسم فئة المراقبون لفترة محدودة ومراقبون دائمون[2].

ثانيا: وظائف جمعية الصحة العالمية

-رسم سياسات المنظمة.

-تسمية الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل في المجلس.

-تعيين المدير العام.

---

[1] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص.09.

[2] محمد سامي عبد الحميد، قانون المنظمات الدولية، الجزء الاول: الامم المتحدة، ط 8، دار المطبوعات الجامعية، د.ب.ن، 1997، ص287.

– النظر في تقارير وأعمال المجلس والمدير العام والموافقة عليها وإعطاء المجلس تعليمات فيما يتعلق بالأمور التي يمكن أن يكون من المرغوب فيه اتخاذ إجراء بشأنها أو إعداد دراسة أول استقصاء أو تقرير عنها.

–إنشاء اللجان التي قد تراها ضرورية لأعمال المنظمة.

–الإشراف على السياسات المالية للمنظمة والنظر في الميزانية واعتمادها.

–تكليف المجلس والمدير العام بتنبيه الدول الأعضاء و المنظمات الدولية الحكومة أو غير الحكومية إلى أي مسألة تتعلق بالصحة وتراها جمعية الصحة جديرة بالاهتمام.

–دعوة أي منظمة دولية أو قومية حكومية أو غير حكومية تتولى مسؤوليات ذات صلة بمسؤوليات المنظمة إلى تعيين ممثلين للاشتراك دون حق التصويت في اجتماعات الجمعية أو اجتماعات اللجان والمؤتمرات التي تعقد تحت سلطتها، وذلك بالشروط التي تحددها جمعية الصحة غير أن المنظمات القومية لا تدعى إلا بموافقة الحكومية المعنية.

–النظر فيما يصدر عن الجمعية العامة أو المجلس الاقتصادي والاجتماعي أو مجلس الأمن أو مجلس الوصاية للأمم المتحدة من توصيات تتعلق بالصحة وموافاة هذه الجهات بتقارير عن الخطوات التي تتخذها المنظمة لتنفيذ تلك التوصيات[1].

ثالثا: تشكيل المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية

تعرض دستور منظمة الصحة العالمية لتنظيم عمل المجلس التنفيذي، بحيث يتألف من أربعة وثلاثين شخصا يعينهم مثل هذا العدد من الدول الأعضاء، وتقوم جمعية الصحة مع مراعاة التوزيع الجغرافي العادل بانتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضوا في المجلس، على أن تنتخب ثلاث على الأقل من هذه الدول الأعضاء من كل من المنظمات الإقليمية التي أنشئت طبقا للمادة 44، وعلى كل هذه الدول الأعضاء أن تعين للمجلس شخصا مؤهلا فنيا في ميدان الصحة، ويجوز أن يرافقه بدلاء ومستشار، وتنتخب هذه الدول الأعضاء لمدة ثلاث سنوات ويجوز إعادة انتخابها، على أن تكون للدولة الإضافية التي تنتخب من بين الأعضاء الذين ينتخبون في أول دورة لجمعية الصحة تنعقد بعد نفاذ هذا التعديل الذي أدخل على دستور، وزيد بمقتضاه عدد أعضاء المجلس من اثنين وثلاثين إلى أربعة وثلاثين عضوا، ومدة عضوية قصيرة إلى الحد اللازم لتسيير انتخاب دولة عضو واحدة على الأقل من كل منظمة إقليمية في كل عام[2].

[1] المادة 18، من دستور منظمة الصحة العالمية.

[2] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص15.

1- وظائف المجلس التنفيذي

-تنفيذ قرارات جمعية الصحة وسياساتها.

-العمل كجهاز تنفيذي لجمعية الصحة.

-القيام بأية وظائف أخرى تعهد بها إليه جمعية الصحة.

-تقديم المشورة إلى جمعية الصحة في المسائل التي تحال إليها من قبلها وفي المسائل التي يعهد بها إلى المنظمة بموجب الاتفاقيات والأنظمة.

-تقديم المشورة أو المقترحات إلى جمعية الصحة من تلقاء نفسه.

-إعداد جدول أعمال دورات جمعية الصحة.

-تقديم برنامج عمل عام لفترة معينة إلى جمعية الصحة للنظر فيه واقراره.

- دراسة جميع المسائل التي تدخل في اختصاصه[1].

2- الأمانة العامة

تشكل الأمانة العامة الجهاز الثالث للمنظمة بالمعنى المقصور في المادة 9 من دستورها، وهي أحد الأجهزة الدائمة للمنظمة، وتنشأ وتصون العلاقات مع الدول الأعضاء من أجل الاضطلاع بمهامها، وتتألف الأمانة العامة من المدير العام والإدارات الفنية للمنظمة وبها عدد من الموظفين التقنيين والإداريين التي قد تحتاج إليهم، وينص دستور المنظمة بالمادة 35 على الاعتبارات الرئيسية في استخدام الموظفين، وهي: ضمان الحفاظ على أعلى مستوى من الكفاءة والنزاهة، الموظفون ذو طابع دولي في تمثيل الأمانة العامة، أهمية مراعاة اختيار الموظفين على أوسع نطاق جغرافي ممكنة.

وتتكون الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية من[2]:

أ-المدير العام: تعين جمعية الصحة المدير العام بناء على ترشيح من المجلس، وبحكم منصبه فهو الأمين العام لجمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، وجميع اللجان التابعة للمنظمة، وجميع الجلسات التي تعقدها، ويجوز له التفويض في هذه المهام، مدة ولاية المدير العام خمس سنوات، ويمكن إعادة تعيينه مرة واحدة.

[1] المادة 24 من دستور منظمة الصحة العالمية

[2] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص16.

ب-الموظفون: التوظيف بالأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية يمر بثلاث مراحل أساسية: أولها الفترة الانتقالية مع اللجنة المؤقتة، والثانية هي فترة النمو اعتبارا من إنشاء المنظمة، أما الثالثة فهي واحدة من فترات الاستقرار النسبي.

أصدرت جمعية الصحة العالمية لائحة النظام الأساسي لموظفي منظمة الصحة العالمية بقرارها رقم: (4-51)، المعدل بالقرار رقم (12-33) والذي يتضمن ديباجة واثنا عشر قسما[1].

الفرع الثالث:

وظائف منظمة الصحة العالمية

تمارس منظمة الصحة العالمية، لتحقيق أهدافها، الوظائف التالية:

-العمل كسلطة التوجيه مع الأمم المتحدة والوكالات المخصصة والإدارات الصحية الحكومية والجماعات المهنية وغير ذلك من المنظمات حسبما يكون مناسبا والحفاظ على التعاون.

-مساعدة الحكومات بناء على طلبها في تعزيز الخدمات الصحية.

-تقديم المساعدة الفنية المناسبة وفي حالات الطوارئ تقديم العون اللازم بناء على طلب الحكومات أو قبولها.

-تقديم أو المساعدة في تقديم الخدمات والتسهيلات الصحية بناء على طلب الأمم المتحدة الجماعة خاصة، كشعوب الأقاليم المشمولة بالوصاية.

-إنشاء ما قد يلزم من الخدمات الإدارية والفنية، بما في ذلك الخدمات الوبائية والإحصائية والحفاظ عليها.

- تشجيع واستحثاث الجهود الرامية إلى استئصال الأمراض الوبائية والإحصائية والحفاظ عليها.

-تشجيع واستحثاث الجهود الرامية إلى استئصال الأمراض الوبائية والمستوطنة وغيرها من الأمراض[2].

-التشجيع بالتعاون مع الوكالات المتخصصة الأخرى عند الاقتضاء على تحسين التغذية والإسكان والإصلاح والترفيه والأحوال الاقتصادية وأحوال العمل وغيرها من نواحي صحة البيئة.

-تشجيع التعاون بين الجماعات العلمية والفنية التي تسهم في النهوض بالصحة.

---

[1] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص112.

[2] فريدة قاقي، المرجع السابق، ص.18.

-اقتراح الاتفاقيات والاتفاقات والأنظمة ووضع التوصيات حول الشؤون الصحية الدولية والقيام. النهوض بصحة ورعاية الأم والطفل وتعزيز القدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة. بالمهام التي قد تستند بمقتضاها إلى المنظمة وتكون متفقة وهدفها.

-تشجيع الأنشطة في ميدان الصحة العقلية، لاسيما ما يتصل منها بانسجام العلاقات الإنسانية.

-تشجيع وتوجيه البحوث في مجال الصحة بها[1].

-العمل على تحسين مستويات التعليم والتدريب في المهن الصحية والطبية والمهن المرتبطة

-دراسة التقنيات الإدارية والاجتماعية المتصلة بالصحة العالمية والرعاية الطبية من الناحيتين الوقائية والعلاجية، بما في ذلك خدمات المستشفيات والضمان الاجتماعي وتقديم تقارير عنها وذلك بالتعاون مع الوكالات الأخرى عند الاقتضاء.

-تقديم المعلومات والمشورة والمساعدة في حقل الصحة.

-المساعدة في تكوين رأي عام مستنير لدى جميع الشعوب في شؤون الصحة.

-وضع تسميات دولية للأمراض ولأسباب الوفاة ولممارسات الصحة العامة ومراجعة هذه التسميات كلما دعت الضرورة.

-توحيد طرق التشخيص بالقدر اللازم.

-وضع معايير دولية للمنتجات العدائية والحياتية والصيدلية ماشا بهها وتقريرها ونشرها.

- وبصفة عامة اتخاذ كل ما يلزم لبلوغ هدف المنظمة[2].

المبحث الثاني:

علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الدولية

إن منظمة الصحة العالمية تربطها علاقات مختلفة مع المنظمات والهيئات الدولية الأخرى فهي تتعاون مع هذه المنظمات والهيئات حسب الاقتضاء وتتولى تنسيق أنشطتها معها فيما يخص تنفيذ اللوائح بما في ذلك التعاون وتنسيق الأنشطة من خلال ابرام الاتفاقيات وغير ذلك من الترتيبات المماثلة.

وعليه قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين تمثل المطلب الأول في علاقة منظمة الصحة العالمية مع منظمة الأمم المتحدة ، أما المطلب الثاني ففي علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية والغير حكومية

[1] خالد سعد انصاري، المرجع السابق، ص112.

[2] المادة 02 من دستور منظمة الصحة العالمية.

المطلب الأول:

علاقة منظمة الصحة العالمية مع منظمة الأمم المتحدة

إن منظمة الصحة العالمية هي منظمة تابعة للأمم المتحدة وعضو في برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، فهي تربطها علاقات مع الأمم المتحدة بوصف المنظمة احدى الوكالات المتخصصة المشار اليها المادة 57 من ميثاق الأمم المتحدة، ويجب أن توافق جمعية الصحة العالمية بأغلبية ثلثي الأصوات على الاتفاق أو الاتفاقات التي تقام بمقتضاها العلاقة بين المنظمة ومنظمة الأمم المتحدة، وتعترف الأمم المتحدة بمنظمة الصحة العالمية بوصفها الوكالة المتخصصة المسؤولة عن اتخاذ كافة التدابير التي تتفق مع دستورها لتحقيق الأهداف المحددة في ذلك الدستور، وبناء عليه فإن منظمة الصحة العالمية تربطها مع الأمم المتحدة علاقات مختلفة وهي[1]:

أولا : تبادل التمثيل

يدعى ممثلون من الأمم المتحدة لحضور اجتماعات جمعية الصحة العالمية ولجانها والمجلس التنفيذي وأية مؤتمرات عامة أو إقليمية أو خاصة تعقدها المنظمة والاشتراك بدون تصويت في مداولات هذه الأجهزة، كما يدعى ممثلون لمنظمة الصحة العالمية لحضور اجتماعات المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة المسمى فيما يلي بالمجلس ولجانه وللاشتراك في مداولات هذه الأجهزة فيما يختص بموضوعات جدول الأعمال التي لها صلة بالمسائل الصحية. يدعى ممثلون لمنظمة الصحة العالمية لحضور اجتماعات الجمعية العامة بقصد القيام بدور استشاري في المسائل التي تدخل في اختصاص المنظمة[2].

كما يدعى ممثلون منظمة الصحة العالمية لحضور مجلس الوصاية وللاشتراك في مداولاته دون تصويت في مداولاته. وتتولى الأمانة العامة للأمم المتحدة توزيع البيانات المكتوبة التي تصدرها منظمة الصحة العالمية على جميع الدول الأعضاء في الجمعية على جميع الدول الأعضاء في الجمعية العامة والمجلس واللجان التابعة ومجلس الوصاية حسبما يكون مناسبا.

---

[1] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، النظام القانوني لمنظمة الصحة العالمية، مذكرة ماستر، تخصص قانون دولي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكر ة، الجزائر، 2021–2022، ص.58.

[2] أقرته جمعية الصحة العالمية الأولى في 10 جويلية 1948، التسجيلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، رقم.13.

وبالمثل توزع منظمة الصحة العالمية البيانات المكتوبة التي تصدرها الأمم المتحدة على جميع أعضاء جمعية الصحة العالمية أو المجلس التنفيذي حسبما يكون مناسبا[1].

ثانيا: إقتراح بنود في جدول الأعمال

مع مراعاة أية مشاورات تمهيدية قد تكون ضرورية تقوم منظمة الصحة العالمية بإدراج البنود التي تقترحها عليها الأمم المتحدة في جدول أعمال جمعية الصحة أو المجلس التنفيذي حسبما كون مناسبا. وبالمثل يدرج المجلس واللجان التابعة له ومجلس الوصاية في جدول أعمالها البنود التي تقترحها منظمة الصحة العالمية[2].

ثالثا: توصيات الأمم المتحدة

لقد توافق منظمة الصحة العالمية على الدخول في مشاورات مع الأمم المتحدة عند الطلب، بشأن تلك التوصيات وعلى أن تقدم في الوقت المناسب تقريرا الى الأمم المتحدة عما اتخذته المنظمة أو أعضاءها من تدابير لتنفيذ هذه التوصيات أو بشأن أية نتائج أخرى ترتبت على بحث هذه التوصيات، تؤكد منظمة الصحة العالمية عزمها على أن تتعاون في أية تدابير أخرى ضرورية الضمان التنسيق الفعال بين أنشطة الوكالات المتخصصة وأنشطة الأمم المتحدة[3].

رابعا : تبادل المعلومات والوثائق

يتم تبادل المعلومات والوثائق مع مراعاة أية ترتيبات قد يقتضيها الأمر للحفاظ على سرية بعض المواد على أكمل وجه وبأسرع ما يمكن بين الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية. مع عدم المساس بالطابع العام الأحكام الفقرة1:

–توافق منظمة الصحة العالمية على أن ترسل للأمم المتحدة تقارير منتظمة عن أنشطة المنظمة.

–توافق منظمة الصحة العالمية على أن تلبي الى أقصى حد ممكن أي طلب تقدمه الأمم المتحدة لتزويدها بتقارير أو دراسات أو معلومات خاصة مراعاة الشروط الواردة في المادة السادسة عشر. يوافي الأمين العام المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بناء على طلب بأية معلومات أو وثائق أو مواد أخرى يتفق عليها بينهما بين حين وآخر[4].

---

[1] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.59.

[2] الوثائق الأساسية ،منظمة الصحة العالمية، الطبعة الثامنة والاربعون، ص.45.

[3] الوثائق الأساسية ،منظمة الصحة العالمية، الطبعة الثامنة والاربعون، ص.46.

[4] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.60.

خامسا: الإعلام

بالنظر الى وظيفتي منظمة الصحة العالمية المشار اليهما في الفقرتين (ف) (ص) من المادة 2 من دستور منظمة الصحة العالمية وهما تقديم المعلومات في حقل الصحة والمساعدة في تكوين رأي عام مستنير لدى جميع الشعوب في شؤون الصحة ورغبة في تعزيز التعاون وفي انشاء خدمات مشتركة في مجال الإعلام بين المنظمة والأمم المتحدة، يبرم اتفاق فرعي بشأن هذه المسائل في أقرب وقت ممكن بعد دخول هذا الاتفاق حيز التنفيذ[1].

سادسا : تقديم المساعدة الى مجلس الأمن:

توافق منظمة الصحة العالمية على التعاون مع مجلس الوصاية بتزويده بأية معلومات وتقديم أية مساعدة يطلبها لصيانة السلم والأمن الدوليين أو لإعادتهما.

سابعا : تقديم المساعدة الى مجلس الوصاية

توافق منظمة الصحة العالمية على التعاون مع مجلس الوصاية في قيامه بوظائفه وتوافق بوجه خاص على أن تقدم الى أقصى حد ممكن أية مساعدة قد يطلبها مجلس الوصاية، فيما يختص بالمسائل التي تهم المنظمة.

ثامنا: الأراضي التي لا تتمتع بالحكم الذاتي:

توافق منظمة الصحة العالمية على التعاون مع الأمم المتحدة في تنفيذ المبادئ والالتزامات الواردة في الفصل الحادي عشر من الميثاق فيما يختص بالمسائل التي تؤثر على رفاهية وتنمية شعوب الأراضي التي لا تتمتع بالحكم الذاتي[2].

المطلب الثاني:

علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية والغير حكومية

ان منظمة الصحة العالمية تربطها علاقات مع مختلف المنظمات الدولية سواء منها الحكومية أو غير الحكوميةّ، وعليه سنتطرق في هذا المطلب إلى علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية كفرع أول، و علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات غير الحكومية كفرع ثاني.

[1] الوثائق الأساسية لمنظمة الصحة العالمية. الطبعة الثامنة والأربعون، ص.47.

[2] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.61.

الفرع الأول:

علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية

حسب ما جاء في المادة 70 من دستور منظمة الصحة العالمية فإن منظمة الصحة العالمية تقيم علاقات فعالة، وتتعاون تعاونا وثيق مع من يرغب فيه من المنظمات الدولية الحكومية الأخرى. وتشترط موافقة جمعية الصحة بأغلبية ثلثي الأصوات على أي اتفاق رسمي يعقد مع أي هذه المنظمات[1].

ونظرا لأن الفصل الحادي عشر من دستور منظمة الصحة العالمية يقضي بأن تندمج المنظمة الصحية للبلدان الامريكية التي يمثلها المكتب الصحي للبلدان الأمريكية والمؤتمر الصحي للبلدان الأمريكية في منظمة الصحة العالمية في الوقت المناسب وأن يتم هذا الاندماج فور امكان تحقيقه عمليا بإجراء مشترك يقوم على قبول متبادل من السلطات المختصة تعبر عنه المنظمات المعنية، ونظرا لأن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية قد اتفقا على أن تتخذ التدابير التي تهدف الى اتمام هذا الاندماج بأبرام اتفاق حين يصدق أربعة عشر بلدا أمريكيا على الأقل على دستور منظمة الصحة العالمية، اتفق بمقتضى هذا الأمر على ما يلي: "المادة 2 من الاتفاقية" يقوم المؤتمر الصحي للبلدان الأمريكية عن طريق مجلس ادارة المنظمة الصحية للبلدان الأمريكية والمكتب الصحي للبلدان الأمريكية على التوالي بدور كل من اللجنة الاقليمية والمكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية لنصف الكرة الغربي طبقا لأحكام دستور منظمة الصحة العالمية، ومراعاة للتقليد المتبع تحتفظ كل من المنظمتين بإسمها على أن يضاف الى إسم الأولى عبارة (اللجنة الاقليمية لمنظمة الصحة العالمية) والى اسم الثانية عبارة (المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية)[2].

ومن أمثلة المنظمات الحكومية التي تربطهم علاقة مع منظمة الصحة العالمية في هذا السياق، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، التي تعتبر من بين المنظمات المختصة في مجال الطب الإشعاعي والأمان والأمن والطوارئ الإشعاعية. وتركز الأنشطة المشتركة بين هذه المنظمات على أمريكا اللاتينية والكاريبي على وجه الخصوص، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، التي تعمل كمكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي في الأمريكيتين، هي وكالة متخصصة في مجال

[1] المادة 70 من دستور منظمة الصحة العالمية.

[2] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.62.

الصحة داخل منظومة البلدان الأمريكية. وما انفكت تعمل منذ أكثر من 110عاماً مع دولها الأعضاء من أجل تحسين صحة سكان الأمريكيتين وجودة حياتهم[1].

وقد دأبت الوكالة ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية منظمة الصحة العالمية على العمل معاً لأكثر من أربعة عقود في مجال الأمان الإشعاعي وما يتصل به من مجالات الاهتمام لدى دولها الأعضاء. ويُرسي ترتيب عملي وقع في تشرين الأول / أكتوبر 2012 وجيد في عام 2017) الأساس اللازم لمواصلة التعاون بين الوكالة ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية، ويشمل الترتيب التعاون في كفالة الجودة والأمان في الطب الإشعاعي العلاج الإشعاعي، والتصوير الإشعاعي التشخيصي، والطب النووي، والأمان والأمن والطوارئ الإشعاعية، وتقاسم المعلومات، وغير ذلك من الأنشطة المشتركة في البلدان الأعضاء في منظمة الصحة للبلدان الأمريكية منظمة الصحة العالمية، ولا سيما في أمريكا اللاتينية والكاريبي، وتنطوي مجالات التعاون العامة الأخرى في إطار الاتفاق على الفيزياء الطبية ومكافحة السرطان، والأمراض غير المعدية، والتغذية والصحة البيئية، وتنمية قدرات موظفي القطاع الصحي في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وإدارة المعلومات والمعارف المتعلقة بالصحة.

كما وستعمل هذه الوكالات معا في إطار الاتفاق على تقديم المساعدة إلى البلدان في التدريب وبناء القدرات، بما في ذلك من خلال إعداد دورات تعليمية وتدريبية مشتركة، والمشاركة في بعثات الخبراء من أجل تقييم طلبات البلدان لتلقي الدعم، وجهود البحوث المعززة، وتبادل المعلومات ونشرها، ولدى منظمة الصحة للبلدان الأمريكية والوكالة كذلك شبكات تكميلية في دولهما الأعضاء تستطيع تيسير الإجراءات المشتركة في المجالات ذات الاهتمام المشترك من أجل التوصل إلى ترويج الصحة والرفاهية في منطقة الأمريكيتين[2].

[1] منظمة الصحة العالية، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، مقال منشور على الإنترنيت على الرابط www.iaea.org، بتاريخ 02-09-2024 على الساعة 20:36.

[2] خالد سعد أنصاري، المرجع السابق، ص.79.

الفرع الثاني:

علاقة منظمة الصحة العالمية بالمنظمات الغير حكومية:

لمنظمة الصحة العالمية أن تتخذ في المسائل التي تدخل في اختصاصها الترتيبات المناسبة للتشاور والتعاون مع المنظمات الدولية الغير حكومية[1].

كما تحكم علاقات منظمة الصحة العالمية مع المنظمات غير الحكومية مبادئ وهذا حسب ما جاء في المادة 2 من الدستور فان من الوظائف الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية العمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي. ودعما لهذه الوظيفة ووفقا للمادة 71 من الدستور، فانه يجوز للمنظمة أن تتخذ في تنفيذ عملها الصحي الدولي الترتيبات المناسبة للتشاور والتعاون مع المنظمات الغير حكومية، وينبغي للمنظمات أن تعمل، فيما يتعلق بالمنظمات الغير حكومية، وفقا لأي قرارات ذات صلة تصدر عن الجمعية العامة أو المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة، وتتمثل أهداف تعاون المنظمة مع المنظمات الغير حكومية في تشجيع السياسات والاستراتيجيات والبرامج الناشئة من قرارات الأجهزة الرئاسية للمنظمة والتعاون مع مختلف برامج منظمة الصحة العالمية في اطار أنشطة يتفق عليها بصور مشتركة لتنفيذ هذه الاستراتيجيات والقيام بدور مناسب في تأمين الاتساق بين المصالح المشتركة بين القطاعات في مختلف الأجهزة القطاعية المعنية في الإطار الوطني والإقليمي والعالمي[2].

كما يمثل التعاون مع المنظمات الغير الحكومية تقليدا راسخا لمنظمة الصحة العالمية، التي اعتبرت هذه المنظمات منذ البداية شريكا محتملا على المدى ما زاد عدد المنظمات غير الحكومية المشتركة في أنظمة منظمة الصحة العالمية زيادة كبيرة، وتشير المادة 71 من دستور المنظمة الى إمكانية اتخاذ الإجراءات المناسبة للتشاور والتعاون مع المنظمات الغير الحكومية في تنفيذ العمل العالمي من أجل الصحة. وتعد علاقات الدعم المتبادل مفتاح العلاقة بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات الغير حكومية. وقد وضع أساس هذا التعاون بواسطة الدول الأعضاء في" مؤتمر الصحة العالمي الأول في العام 1948، والذي أسفر عن إقرار مجموعة من المبادئ المنظمة لهذه العلاقات تحت مسمى العلاقات الرسمية مع منظمة الصحة العالمية" وحددت الإجراءات الازمة للحصول على هذه العلاقة، وقد تم تعديل المبادئ المنظمة الإنشاء العلاقة الرسمية مع منظمة الصحة العالمية في مؤتمر الصحة العالمي 1987، بما يتيح توسيع هذا

[1] المادة 2 من دستور منظمة الصحة العالمية.

[2] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.64.

التعاون، ويهدف التعاون بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية الى تطوير السياسات والاستراتيجيات والبرامج التي تتبناها أجهزة منظمة الصحة العالمية والمنظمات الغير الحكومية والتعان فيما بينها في البرامج المتفق عليها، وضمان تنسيق وتكييف المصالح المتشابكة على المستوى المحلي والإقليمي والدولي حول هذه السياسات[1].

الى جانب ذلك تحتفظ منظمة الصحة العالمية باتصالات غير رسمية مع عدد كبير من المنظمات غير الحكومية الوطنية والإقليمية والدولية في صورة تبادل معلومات واجتماعات مشتركة أو تعاون على مستوى المشروعات، وتنشأ العلاقات الرسمية حينما تصل الاتصالات والأنشطة المشتركة الى مستوى البرامج المتفق عليها بين الجانبين، ويعد المجلس التنفيذي للمنظمة، المسؤول عن قرار انشاء هذه العلاقة وفقا لمعايير معينة من بينها[2]:

وأيضا إتفاق أهداف وأنشطة المنظمة مع روح مبادئ وأهداف دستور منظمة الصحة العالمية، والعمل في مجالات الصحة أو المجالات المرتبطة بها دون اعتبار المصالح تجارية أو ربحية، ووجول أن تكون المنظمة ذات بعد دولي في تشكيلها، ومشكلة منت أعضاء لهم حق التصويت على سياساتها وعلاقاتها، وعدد كبير من هذه المنظمات له بناء فدرالي، بالإضافة الى مؤسسات تخصص ميزانيات الأنشطة تحسين الصحة في مناطق معينة أو في العالم ككل، ويجب أن تمر سنتين من التعاون الرسمي غير الرسمي مع المنظمة قبل حصولها على صفة "العلاقة الرسمية "، وتراجع أنشطة المنظمة كل سنة بعد حصولها على صفة العلاقة الرسمية"، وتتشعب تخصصات المنظمات غير الحكومية ذات العلاقة الرسمية " مع منظمة الصحة العالمية فتشمل[3]:

1- المنظمات "البيو طبية" والمنظمات العالمية ذات الصلة بتحسين الصحة.

2-المنظمات المهنية المهتمة بتحسين الصحة.

3-المنظمات ذات الأنشطة الواسعة.

4-منظمات التنمية ذات الأهداف المرتبطة بالصحة.

5-المنظمات ذات الوحدات المتعددة، مثل منظمات الصناعة الصحية والمستشفيات.

---

[1] المجلس التنفيذي ، الدورة الثالثة والتسعون، القرارات والمقررات الاجرائية، منظمة الصحة العالمية ، جنيف 1995 م، ص.99.

[2] الوثائق الأساسية لمنظمة الصحة العالمية ،الطبعة التاسعة والأربعون، ص.99.

[3] مسعود عبد الصمد، العمري وداد، المرجع السابق، ص.66.

6-بعض المنظمات المهتمة بموضوعات أو أمراض محددة. تقوم مكاتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية وممثلو الدول بعمل مشترك في المجال الميداني لتحسين الصحة بتنظيم التعاملات مع ممثلي الحكومات وممثلي المنظمات الغير حكومية، عن طريق قسم الشؤون بين الوكالات وتصدر نشرات عن تعاونها مع المنظمات غير الحكومية على شبكة الانترنت.

الفصل الثاني

أثر قانون الصحة العالمي على قانون الصحة الجزائري

تمهيد:

إن الصحة موضوع عالمي، وتحتل مكانة أساسية، لدى كانت محل اهتمام كل فرد بها، ولو بدرجات متفاوتة؛ كل حسب تاريخه، ووضعه، فهي معتبرة كحق من حقوق الدائنية المعترف بها، ويتجلى ذلك من خلال تطور التشريع والاجتهاد القضائي في السنوات الأخيرة، اللذان انصبا حول الحقوق الأساسية[1].

وهذا الشيء الذي دفع بالجميع إلى المطالبة بشرعية تطبيق القوانين المتعلقة يتلك الحقوق، من خلال الرجوع إلى المبادئ المؤسسة لها، وقد لوحظ من أن النظام القانوني الجزائري، تضمن الكثير من المبادئ السياسية والإجتماعية والإقتصادية الضرورية في دستور 1996، ومبادئ أخرى تندرج ضمن المعايير التشريعية. ويتلخص غرضنا، في الكشف والتعرض لأهمية هذه الحقوق، فيما إن كان قدتم وضعها وترتيبها بشكل ناجح، بغض النظر عن التساؤل حول دلالتها أو مدى فعاليتها، ولعل التناقض الذي يمكن تسجيله والوقوف عنده، هو أن المبادئ العليا تم ترتيبها حسب ترتيب القيم في المجال التشريعي، تبعا لتصنيف دساتير الدول. من هنا يبدو التخوف من عدم الأخذ بشكل جدي الحق في حماية الصحة؛ مع أنه حق طبيعي من جهة، ووضعي من جهة أخرى[2].

وعليه سنتطرق في هذا الفصل إلى حق الصحة في القانون الدولي والأوروبي والجزائري كمبحث أول، و كمبحث ثاني.

[1] محمد بودالي: الضمانات القضائية للحريات الأساسية والحقوق، مجلة الجامعة والمجتمع، ع.01، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي اليابس، سيدي بلعباس، الجزائر، 2008، ص.18.

[2] قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري –دراسة تحليلية مقارنة–، مجلية دفاتر السياسية والقانون، ع.06، جامعة بشار، الجزائر، جانفي 2012، ص.218.

المبحث الأول:

حق الصحة في القانون الدولي والأوروبي والجزائري

تحتل الانشغالات المتعلقة بالصحة مكانة كبرى في حياة الأفراد والأمم. وتبدو اليوم أنها نتيجة العديد من المعطيات؛ فردية أولا le capital reçu par chacun à sa naissance، علمية وبيئية واقتصادية فالبرغم من المجهودات المبذولة التي تبعث على الأمل في تحسين الأوضاع الصحية، إلا أن هناك أسباب أخرى تدعو للقلق، نتيجة ما يحصل من تطور وتقدم قد تكون له تبعات صحية يصعب التحكم فيها. فهي إما ناتجة عن الأفراد أنفسهم، أو المؤسسات التي يعملون بها، أو المحيط البيئي والتكنولوجي الذي يعيشون فيه، والواقع غني بالأحداث التي تؤكد ذلك. ويتم تعزيز سلطان مبدأ الحق في الصحة من خلال مرجعية قياسية للنصوص التي تفرض نفسها، فالمبدأ الأساسي لم ينشأ من العدم؛ بل يكفي أن قراءته تعيدنا إلى أصوله الأولى من حيث الجوهر والقيمة.

وعليه سنتطرق إلى القانون الدولي الأوروبي كمطلب أول، والتشريع الوطني الجزائري كمطلب ثاني.

المطلب الأول:

حق الصحة في القانون الدولي والأوروبي

للصحة ارتباط وثيق بالحياة، وجدارتها بالحماية لا يماري فيها أحد، بحكم كونها من جملة مقومات الحياة والمحافظة عليها وحمايتها تدخل في دائرة حقوق الإنسان لاتصال هذا الحق بأصل حقوق الإنسان جميعا، وهو الحق في الحياة، فحماية هذا الحق شرط لازم لحماية حق الإنسان في الحياة، وأساس لتأمين ممارسة دوره فيها وقد تأكدت فكرة الحق في الصحة من خلال مرجعين اثنين فعلى المستوى الدولي، صار مطالبا به من خلال الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي أصدرته الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 10 ديسمبر 1948 في المادة 25ف/1[1].

بحيث يؤكد هذا الإعلان على الحق في الصحة من خلال إشباع الحاجات الضرورية المأكل، الملبس والسكن)، وكذا العيش الكريم. لكن وبرغم قوة المبدأ، إلا أن هذا الحق – الصحة، لا يجب أن يخفي هشاشته على مستوى النظام القضائي، لأنه كيفما كانت أهميته إلا أنه لا يعدو من

[1] تنص المادة 25 فقرة أولى من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة، يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولآسرته خاصة على صعيد...العناية الطبية...، وله الحق في ما يأمن به الغوائ ل، في حالات البطالة أو المرض، أو العجز أو الشيخوخة، أو غير دلك من الظروف الخارجة عن إرادته".

أن يكون سوى توصية؛ لا تصنع ضرورة تكفل الدولة به، بمعنى؛ لا يمكن أن يؤخذ على أن مصدره قانون[1].

وفي الحقيقة، فإن الحق في الصحة مضمون بشكل فعلي في العهد الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المقترح للدول من طرف الأمم المتحدة سنة 1966[2]، والذي اعتمدته الدول – الجزائر سنة 1989م، وفي نفس الاتجاه، أكد إعلان " ألما – أناAlma Ata على حق الجميع في بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن، وواجب الحكومات في أن تعتبر هذه المهمة أحد الأهداف الاجتماعية الهامة للغاية. وفي هذه الحالة بالضبط، يتعلق الأمر بالحق في الصحة من خلال مصدر ومظهر هذا الحق، وهنا تطرح مسألة مراقبة احترام التزامات الدولة فالمعايير العالمية المعبر عنها ترافقها تهيئة سياسية الضمان المتابعة التي ليست بقضائية. فالدولة تلتزم فقط بوضع تقارير حول الإجراءات المتبناة والتقدم الحاصل في تنفيذيها من أجل احترام القوانين المعروفة[3].

أما على المستوى الأوروبي، فقد تم تأكيد الحق في الصحة، من خلال الميثاق الأوروبي المؤرخ في 18 أكتوبر 1961 والذي انضمت إليه فرنسا في 1972 وتم التأكيد عليه، مع ضرورة إعطاءه دفعا يتماشى ومقتضى المتغيرات الاجتماعية التي حصلت عند اعتماده من خلال ندوة القرارات المتعلقة بحقوق الإنسان المنعقدة بروما بتاريخ 05 نوفمبر 1990، كما خضع للتعديل والمراجعة (الميثاق الأوروبي)، بستراسبورغ بتاريخ 3 مارس 1996؛ خاصة في الشق المتعلق بالإجراءات العملية الخاصة بكل حق، وكذا نظام النزاعات الجماعية الذي يمكن الشركاء الاجتماعيون، والمنظمات غير الحكومية، من لفت الإنتباه في حالة عدم كفاية تطبيقات هذا الميثاق، على مستوى لجنة الخبراء المستقلة التي تقدم اقتراحات للجنة الوزارية، وفي الأخير صرحت الدول الأعضاء في المجلس الأوروبي المنعقد بأمستردام بتاريخ 02 أكتوبر 1997، تمسكهم فقط بالحقوق الاجتماعية الأساسية المعبر عنها في الميثاق الاجتماعي الأوروبي الممضى في زوريخ بتاريخ 18 أكتوبر 1961، وكذا ميثاق الحقوق الاجتماعية الأساسية للعمال لسنة 1989[4].

---

[1] منصف مرزوقي: الإنسان الحرام، قراء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، مقال منشور على الإنترنيت على الرابط www.Moncefmaerzouk.net، بتاريخ 03-09-2024، على الساعة 22:44.

[2] تنص المادة 105 فق01 على "كل شخص له الحق في التمتع والحصول على حال لصحته الجسدية والعقلية".

[3] قندلي رمضان، المرجع السابق، ص.220.

[4] تؤكد المادة 11 من الميثاق الأوروبي من حق استفادة الأشخاص من كل الإجراءات التي تمكنهم من التمتع بأحسن حالة صحية يمكن الوصول إليها.

فإذا كان المرجعان السابقان قد أسهما في تحديد برنامج نشاط المجموعة، فإن التساؤل عن القيمة التشريعية الحقيقية مسموح به، لأن القيمة التشريعية للاتفاق والمبادئ التي يتضمنانها يجب أن تقدر بمقاييس تسمح بضمان واحترام هذا الرأي. لأن الأعضاء لم يعترفوا إلا بالقيمة التصريحية له فقط، والتي قد تتعارض وميثاق 1961، وكذا بالصفة التي قد لا تتعارض مع ما ورد سنة 1989، الذي ما هو إلا برنامج عمل. ولا زال نفس السؤال يطرح بالنسبة لميثاق الحقوق الأساسية للإتحاد الأوروبي المعلن عنها بنيس بتاريخ 18 ديسمبر 2000 والذي خصصت المادة 35 منه لحماية الصحة على أن نقطة ضعف الميثاق تكمن في مراقبة التنفيذ، إلى جانب أن أجهزة الأمم المتحدة لا تسمح بالطعون الفردية أمام المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، بخلاف ما هو موجود في الاتفاقيات الأوروبية لحقوق الإنسان، وتبدو الأهمية في كثير من الأحيان نسبية ومرهونة بضمان احترام كيفيات العمل فالنصوص العالمية توضح على الأقل أن الحق الأساسي المتعلق بصحة الإنسان موجود خارج حدود الوطن الحق المبرمج والحق الإجباري فالعديد من المعايير العالمية والأوروبية المتعلقة بالصحة تطرح بإلحاح مسألة القيمة القانونية الفعلية وكيفيات تنفيذها ومن قبل كل هذه الإعلانات والمواثيق والدساتير، اعتبر الإسلام الصحة والعافية نعمة تلى نعمة الهداية والإيمان، وطالب المسلم بحفظ صحته، والمجتمع بوقاية نفسه من الأمراض وهي فيه ضرورة إنسانية، وحاجة أساسية، تفضيها خلافة الإنسان في الأرض وعمارتها[1].

ويبدو أن الصحة انشغال مشترك داخل الإتحاد الأوروبي، وبمعادلات مختلفة فهي حق أساسي في 06 بلدان على الأقل بالإضافة إلى فرنسا، غير أن النصوص الدستورية الأكثر وضوحا هي إسبانيا والبرتغال. ويعترف دستور المملكة الإسبانية الصادر بتاريخ 17/12/1978 في المادة 43 بحق حماية الصحة؛ من خلال توضيح أنه من واجب السلطات العمومية تنظيم وحماية الصحة العمومية، باتخاذ تدابير وقائية وضمان خدمات ضرورية بخلاف نصوص أخرى جعلت من هذا الحق عام خاص بالعلاج، فإن هذا النص يهتم بالجانب الوقائي للسلطات العمومية التي لا تلتزم بضمان هذا الحق، ولكن على القانون أن يضمن الحقوق والواجبات وفي نفس السياق، فإن دستور الجمهورية البرتغالية المعتمد بتاريخ 2 أبريل 1976 يقوم على نفس الفكرة ويؤكد في المادة 64 منه على أن: « كل شخص له الحق في حماية صحته وواجب الحفاظ عليها وتحسينها، ويتحقق ذلك من خلال برنامج نشاط واقعي، وخدمة صحية وطنية، تأخذ بعين

[1] قندلي رمضان، المرجع السابق، ص.221.

الاعتبار الشروط الاجتماعية والاقتصادية وظروف العمل، وكذا ترقية الثقافة الجسدية والرياضية، وتطوير التربية الصحية للشعب[1].

ومن هنا، يتضح أنه لا يكفي تأكيد الحقوق، ولكن، وجب ضرورة الترجمة الفعلية والعملية للمبادئ ويبدو أن إجراء دراسات قانونية مقاربة approche أصبحت أكثر من ضرورية، وهو ما سنتولاه بالبحث في المطلب التالي، من خلال التطرق إلى التشريع الجزائري.

المطلب الثاني:

الحق في الصحة في التشريع الجزائري

إن قانون الصحة الجزائري، من خلال روح الدستور يدعو إلى التأمل والتفكير حول ثلاثة مسائل رئيسية: الجوهر أولا، القيمة ثانيا، والمبدأ ثالثا وهو ما سنعالجه في الآتي:

الفرع الأول:

معنى الحق في الصحة في التشريع الجزائري

إن روح ومعنى الحق في الصحة يفترض وجود صعوبات كيفما كانت الهيئة التي تبادر إلى احترامه، ويكفي التأكيد على أن نص الدستور الجزائري لا يضمن الصحة وإنما يضمن حماية رعاية الصحة وهما أمران مختلفان، وقد تم تفعيل هذا على مستوى التشريعات العادية المتعلقة بالصحة، الشيء الذي يجعل الأمر مختلف بين فرنسا والجزائر، ففي حين يعبر التشريع الفرنسي عن سياسة الصحة العمومية، فإن التشريع الجزائري لا يكرس سوى الأحكام العامة المتعلقة بسير وعمل المنظومة الصحية المعبرة عن هدف أساسي هو حماية وترقية صحة الأفراد خاصة والسكان عامة، " ضف إلى ذلك أن جميع الدساتير والنصوص القانونية الدولية تعبر عن تحفظها بصيغ مختلفة وتؤكد على العموم على أحسن وضعية صحية يستطيع الفرد الوصول إليها؛ فهذه الأخيرة لا تضمن الصحة إلا من خلال الحفاظ على الحياة، ومن خلال تقليص عدد الوفيات، الأمر الذي ليس بالإمكان الوصول إليه دائما أو بالأحرى حاليا. فدساتير الدول العربية تؤكد على نفس الأمر من خلال حماية الصحة[2].

---

[1] تنص المادة 54 ف/ 1 من الدستور الجزائري لسنة 1996 المعدل والمتمم على أن: "...الرعاية الصحية حق للمواطنين..."

[2] يؤكد الدستور البحريني في المادة 8 منه، على عناية الدولة بالصحة العامة، وكفالتها لوسائل الوقاية والعلاج، بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية. كما نص الدستور السوري الصادر في 5 سبتمبر 1950 في المادة 27 ف/ 2 على أن تحمي الدولة صحة المواطنين وتنشئ لهم المستشفيات والمصحات، ودور التوليد...".

إن الحق في الصحة هو المعادلة الأكثر صوابا، لكن شريطة أن لا يختلط هذا المفهوم بالحق في الضمان الاجتماعي. فإذا كان الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في المادتين 22 و 25، والميثاق الاجتماعي الأوروبي المادتين 11 و 13، ومختلف الدساتير الأجنبية (إسبانيا، برتغاليا، إيطاليا، البحرين، سوريا...) يؤكدون على فصل الحق في الصحة عن الحق في الضمان الاجتماعي، فإن الخلط بينهما موجود في القانون الدستوري الجزائري حيث أن كلاهما يدعم الآخر ، بكيفية أو بأخرى. وفي واقع الأمر، إذا كانت حماية الصحة مضمونة بكل وضوح في المادة 54 فإن عبارة ضمان اجتماعي لا تظهر في مجموعة الأحكام الأساسية للدستور التي تستعرض مجموعة الحقوق الاجتماعية فلا وجود لأثر في النص الدستوري للحق في الضمان الإجتماعي، إلا إذا اختصرنا وجوده في الضمان المادي الذي يضمنه نفس النص. وقد ظهر الضمان الإجتماعي بشكل واضح في المواد 55، 58 59 بمناسبة إصدار المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المتعلق بإصدار نص تعديل الدستور، على أنه من غير المؤكد أن تكون المادة 54 قد خصصت في نفس الوقت[1].

وفي أن معا، لكل من الحق في الصحة والحق في الضمان الإجتماعي صحيح أن الحق في الحماية الصحية نتج أو اتضح في دستور 1996، لكن الحق في الضمان الإجتماعي برز من خلال الأحكام غير الملغية من قانون 78-12 الذي يتضمن القانون الأساسي للعمال[2] .

والقانون رقم 83-11 المتعلق بالتأمينات الإجتماعية المعدل والمتمم[3]. وهو ما يسمح بتوضيح لماذا الحق في الصحة يقدم على أساس أنه مصدر الحق في الضمان الاجتماعي، فالحق في الحماية يفترض أن لا يكون له معنا في الواقع، إلا إذا كان عضو الجماعة قادر على تحمل

[1] المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب عام 1417 الموافق 7 ديسمبر سنة 1996 ، المتعلق بإصدار نص تعديل الدستور، المصادق عليه في استفتاء 28 نوفمبر سنة 1996 ، منشور في: ج. ر. ج. ج، عدد 76، لسنة 1996.

[2] المواد من 180 إلى 198 المتعلقة بالخدمات الاجتماعية وتشريع وتنظيم الضمان الاجتماعي، من القانون رقم 78-12 المؤرخ في 1 رمضان عام 1398 الموافق 5 غشت سنة 1978 الذي يتضمن القانون الأساسي العام للعامل، ج. ر. ج. ج، عدد 32 لسنة 1978.

[3] القانون 83-11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالمرسوم التشريعي رقم 94-04 مؤرخ في 30 شوال 1414 الموافق 11 أبريل سنة 1994، ج.ر.ج.ج، عدد 20 لسنة 1994، والأمر رقم 96-17 مؤرخ في 20 صفر عام 1417 الموافق 6 يوليو سنة 1996 ج.ر.ج.ج، عدد 42 لسنة 1996

تكلفة الحصول على العلاج له ولذويه، لأن الصحة لها تكلفتها وهي مشروطة بالضمان الإجتماعي، وهو ما أشار إليه نص المادة 116 من القانون رقم 02-11 المؤرخ في 24 ديسمبر 2004 المتضمن قانون المالية لسنة 2003، الذي يحدد كيفيات مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية[1].

كما يبدو أن هناك صعوبة في التفرقة بين الحق في الصحة وقانون الصحة، وتدور المصطلحات القانونية حولهما، حتى نقف عند قانون الصحة، مع عدم تحديد المفاهيم والمعاني التي يفرضها مصطلح "الصحة" والتي من خلالها يمكن تجسيد الحق في الصحة، والمرجع في ذلك تعريف المنظمة العالمية للصحة، مع خشية وجود خلفية وإمكانية فتح الباب أمام مصطلح الصحة الجيدة)، والصحة في واقع الأمر هبة من الله، لا يمكن لأي نص أو أية محكمة وطنية كانت أو دولية، أن تمنح أو تعطي ما هو غير موهوب، أو تضمن ما هو غير مضمون أصلا. من هنا كان الحديث عن الحق في الصحة أكثر صوابا[2].

إن ما يمكن استخلاصه مما سبق، أن النصوص القانونية والدولية تهتم بضمان الرعاية الصحية وليس بضمان الصحة بالمفهوم العام. وأن الحق في الصحة يمكن أن نجد له معنى في النظام القانوني[3]، وبالتأكيد توجد علاقة بين الحق في الصحة وقانون الصحة؛ كالتي نجدها بين الحق في العمل وقانون العمل، والحق في الشغل وقانون التشغيل. فلا مجال للمقارنة لأن الصيغة الأولى تعني المبدأ الذي يمنح القيمة الدستورية والقانونية، والصيغة الثانية هي المواد ومجموع القواعد التي يمكن تنفيذها في شكل نشاطات وخدمات من شأنها الحفاظ على صحة الإنسان، وحمايتها

---

[1] تنص المادة 116 من القانون رقم 02-11 على أن: " تخصص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة(بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية) للتغطية المالية للأعباء الطبية لصالح المؤمن لهم اجتماعيا ودوي حقوقهم. يطبق هدا التمويل على أساس المعلومات المتعلقة بالمؤمن لهم اجتماعيا ودوي حقوقهم المتكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية، في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. تحدد كيفيات تطبيق هدا الحكم عن طريق التنظيم. تحدد هده المساهمة، على سبيل التقدير، في سنة 2003 ، بمبلغ خمسة وعشرين مليار دينار".

[2] قندلي رمضان، المرجع السابق، ص.223.

[3] القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بالقانون 90-17 المؤرخ في 31 جويلية 1990، ج.ر.ج.ج، عدد 35 لسنة 1990، وتبعته تعديلات أخرى كالمرسوم التنفيذي رقم 92-236 المؤرخ في 19 أكتوبر 1990 المبين لكيفية تطبيق المادة 201 من القانون 85-05 وكذلك القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت المعدل والمتمم.

والوقاية من تدهورها، وحقيقة الأمر لا وجود لتعارض، ولكن المسألة تكمن في تحديد أهداف كلا الصيغتين. ويبقى أن الحق في الصحة يجد مكانه ضمن الحقوق المشروعة، ويضمن خصوصية أيضا في القوانين الإجتماعية والقوانين الخاصة التي تعالج ومنذ مدة مسألة الصحة، فقانون الصحة الذي هو إضافة للقانون الخاص أكثر منه للقانون العام يدعو إلى تجديد التفكير في تقسيم الحقوق [1].

الفرع الثاني:

قيمة مبدأ الحق في الصحة في التشريع الجزائري

إن تحديد قيمة أي مبدأ، ترجع إلى الوضع المسبق لمجموع الخصائص التي تمكن من إثارته أو الدفاع عنه، وهي قياس قوة وفعالية المعيار المبدئي في الإطار القانوني. فالصحة في حد ذاتها قيمة من منظور الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في 1948/12/10، لدى أنشأت اليونسكو بتاريخ 1947 لجنة تحضيرية مكلفة بالتفكير في المنطلقات النظرية لحقوق الإنسان، وكان المعنى الذي أعطي للحق في أشغال هذه اللجنة أن ذاك؛ هو الوضعية والشروط التي لا يمكن بدونها للإنسان، أن يعطي أحسن ما لديه للمجموعة التي ينتمي إليها إلا في حدود ما يمتلكه من وسائل وإمكانيات[2].

كما يضمن مبدأ الحق في الصحة قيمة دستورية ذلك أن دستور 1989 المعدل سنة 1996، وضع حيز التنفيذ مبدأ ضروري في وقتنا الحالي خاص بحرية إنشاء الجمعيات في المادة 40 منه، وبنفس الكيفية وفي الوقت ذاته تم الاستغناء عن احتكار الحزب الواحد، ثم بعدها تم الأخذ بعين الاعتبار الحق في حماية الصحة الذي تم تداوله في كثير من النصوص من منظور الحماية الاجتماعية كمبدأ له قيمة دستورية. فالحماية الصحية كهدف ذو قيمة دستورية، فكرة تم تبيانها من قبل الدستور، كإجراء لتحديد الحقوق الأساسية المعبرة عن المصالح الخاصة التي يمكن أن تتعارض مع المصلحة العامة، مع فرض نوع من الرقابة الدستورية، خاصة وأن هذه

[1] وهو ما جاءت به الفقرة الثانية من المادة 54 من الدستور الجزائري لسنة 1996 بنصها على أن: "... تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها".

[2] تكريسا لهدا الحق وبيانا لمداه، نصت المادة 16 من الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب على أن: "..لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها، تتعهد الدول الأطراف في هدا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها، وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض".

الفكرة تهتم مباشرة بصراع المعايير بين القانون والدستور؛ أي صبغ الصفة الدستورية على القانون حتى يكون في مأمن من تصرفات المشرع العادي[1].

ما يلاحظ، أنه من الصعب اعتبار الحق في حماية الصحة في شموليته الهدف الوحيد ذا القيمة الدستورية لهذا نجد الدستور الجزائري، قد أقر هدفين وليس هدفا واحدا الأول خاص بحماية الصحة العمومية والثاني التحكم في مصاريف الصحة الذي يطرح التساؤل حول العلاقة بين الأهداف ذات القيمة الدستورية والنصوص الدستورية، ففي نفس نص المادة (54)، نجده يضم مختلف الأهداف، التي قد لا تسمح بتغطية كاملة ودقيقة للمبدأ المتضمن له[2] .

فالمبدأ الدستوري، الذي يتحول إلى هدف ذو قيمة دستورية، هل هو دائما نفسه، أم يتحول بتحول أبعاد البرهنة عليه الذي يسعى إلى إشباعه وتحقيقه؟ هل المسألة الموجودة بين المبدأ والهدف هي نفسها الموجودة بين النتائج الضرورية والوسائل الضرورية؟ في الحالة الأولى يمكن النجاح، وفي الثانية السعي إلى ما هو أحسن. هل من الحتمي أن تكون حماية الصحة مجرد هدف؟ أم أنها مضمونة كما أكد النص الدستوري السابق الرعاية الصحية حق المواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها »، هذه معادلة تضمنتها المادة المذكورة أعلاه، والتي توضح تنوع المبادئ والأهداف المتوخاة، والتي لا تكون دائما نفسها في مضمون النص. وعموما فإن المبدأ يأتي في شكل عناية الدولة بالصحة العامة، وكفالتها لوسائل الوقاية والعلاج، وتعتبر الرعاية الصحية حق لكل المواطنين، وكفالتها عن طريق الضمان الاجتماعي، اللازم للمواطنين في حالة الشيخوخة، أو المرض، أو العجز عن العمل، وتوفير خدمات التأمين الاجتماعي والرعاية الصحية ... بمعنى متضمنا لمختلف العناصر الضرورية ليحصل على نوع من الانسجام[3].

الفرع الثالث:

أهمية مبدأ الحق في الصحة في التشريع الجزائري

إنما يجلبه المبدأ هو السلوكيات التي تنتج عن تأثيراته بعيدا عن المعيار الأولي، فهو القدرة على إنتاج مسبباته القانونية أو انعدامها، والترجمة العملية للمبدأ المعبر عنه علنا، ترجع أولا إلى ماذا يريد أن يقرر في حد ذاته ؟ وماذا نريد أن نعني به أو لا ؟ خاصة إذا كان المبدأ

[1] محمد طفة، المجلس الدستوري، ط.01، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2001 ، ص.89.

[2] وهو ما يمكن استنباطه من خلال الفقرة الثانية من نص المادة 54 بنصها: "...تتكفل الدولة...".

[3] قندلي رمضان، المرجع السابق، ص.224.

عاما في محتواه، ثم إن ما يتناوله أو يجلبه يعود بنا إلى طبيعة القانون الذي ينتجه ثانيا ، لأن طبيعته هي التي تسمح بقياس ضرورته[1].

أولا : مضمون الحق في الصحة

رغم أن مصدر الحق في الصحة يستخلص من النص، إلا أنه يوصف في هذا الأخير كمصطلح عام، حتى لا نقول واسع فهو أقرب إلى الإعلان منه إلى الوصف، وليس كمثل التعاريف التي نصادفها في النصوص، وهو ما يدعو القاضي حتما إلى التدخل من أجل تحديد معنى الحق؛ وقد عرف المبدأ العديد من التأويلات كالحق في العلاج الحق في بعض الخدمات الاجتماعية، منع تداول المواد المضرة بالصحة في الإشهار[2]، وقد يكون دور للمجلس الوطني لحماية المستهلكين في الإعلام، الذي أعطي بموجب المرسوم التنفيذي رقم 92-272 الإدلاء برأيه فيما يخص الأعمال المتعلقة بإعلام المستهلكين وتوعيتهم وحمايتهم، كما أن القضاة الإداريون مدعوون إلى وضع وتحديد المعالم المتعلقة بالصحة، ومن أجل تحقق ذلك، وجب عليهم ترك المبدأ على عموميته أو إطلاقه، لكي ليتمكنوا من تأسيس وبناء قراراتهم، نظرا لما قد يجدوه من تداخل يمنعهم من تحديد محتواه[3].

كما إن نص المادة 54 من دستور 1996، رغم عموميتها وإطلاقها، إلا أن أبعادها كمبدأ لا يمكن اختزالها. والمثير للانتباه في هذا، هو إثبات ما أتى به من جديد بغرض تسهيل الفهم وفق أحد العوامل التالية : « عامل الصحة العمومية » مثلا، هو الأكثر ورودا ولكن ليس وحده بل يضاف إليه أيضا عامل قانون التأمينات » المتداول، وغير الاستثنائي، وعليه لا يمكن حصر محتوى المبدأ بشكل عشوائي، ذلك أنه يتضمن أبعاد وقائية وعلاجية فردية وأخرى جماعية[4].

---

[1] وأكدت المادة 18 من الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب على أن: " للمسنين أو المعوقين الحق -أيضا- في تدابير حماية خاصة، تلاءم حالتهم البدنية أو المعنوية".

[2] المادة 6 من المرسوم التنفيذي رقم 92-386 المتعلق بالإعلام الطبي والعلمي الخاص بالمنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، ج. ر. ج. ج، عدد 53 لسنة 1992.

[3] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.21.

[4] المرسوم تنفيذي رقم 97-425 المؤرخ في 11 نوفمبر 1997 ، يحدد كيفيات تطبيق المادة 163 من الأمر رقم 95-27 المؤرخ في 30 ديسمبر 1995 والمتضمن قانون المالية لسنة 1996 والمتعلقة بتخفيض حصة اشتراك صاحب العمل في الضمان الاجتماعي بالنسبة للمستخدمين الذي يشغلون الأشخاص المعوقين، ج.ر.ج.ح، ع.75، لسنة 1997.

-1-الأبعاد الفردية والجماعية

لقد كانت أزليا الصحة تخدم دوما البعدين الفردي والجماعي، فقواعد التطبيقات الطبية، التقنية والأخلاقية التي وضعها أبقراط (حوالي 460-380 قبل الميلاد) هي فردية من حيث العلاقة بين المريض والطبيب، وهي علاقة شخصية أيضا بين الطبيب وطالبه، وفي المقابل يوجد العامل الجماعي الذي تحدده المؤسسات الاستشفائية (منذ القديم مرورا بالإغريق والرومان والعصور الوسطى). بلا شك أن ما يؤكد ارتباط البعدين هو أن فعاليته الوقائية التي تعود إلى إمكانية التحكم فيما هو عمومي – عزل المصابين بالأمراض المعدية، التلقيح الإجباري والذي تعتريه كثير من الصعوبات نظرا لارتفاع تكاليف إجراءات الوقاية الصحية في المستشفيات[1].

وتتضح معالم العامل الفردي، في إطار الطب العلاجي الخاص الذي يتم من خلاله الاتفاق بين الطبيب المعالج والمريض في إطار خاص. فالدخول ضمن علاقة طبية سواء كانت عقدية أو تنظيمية – عقد طبي، عقد علاج ترتب على عاتق الطبيب التزاما رئيسيا بالعلاج يلتزم فيه ببدل عناية obligation de moyen)، لكنه وعلى الرغم من تكفل المشرع الجزائري بالمهنة الطبية، إلا أنه لم يعرف العقد الطبي، بل اكتفى بذكر أهداف العلاج التي حصرها في نص المادة 8 من قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها[2].

بخلاف القضاء الفرنسي الذي أرسى مبدءا عاما، بإقراره على أن: «إن لم يكن التزام الطبيب بشفاء المريض، فعلى الأقل يسدي له سبل العناية الوجدانية اليقظة فيما عدا الظروف الاستثنائية المطابقة للمعطيات العلمية الثابتة، في قرار ميرسييه الشهير Arret Mercier) المحكمة النقض الفرنسية الصادر بتاريخ 20 ماي 1936، ولا شك أن علاقة الطبيب بالمريض قد عرفت تغيرا واضحا من خلال طبيعتها أو مسارها أو أهدافها، حيث كان لهذه المعطيات بالغ الأثر في تكريس معالم التوجه التعاقدي الجديد على أساس الحرية التعاقدية liberté) (contractuelleوفقا لمبدأ سلطان الإرادة بين الطبيب ومريضه مسايرة الأهداف يتوجب تحقيقها تماشيا مع النظرة الحديثة لعلاقة الطبيب بالمريض، وفق عقد طبي قائم بذاته. في إطار

[1] تنص المادة 60 فق 02 من القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المرجع السابق، على أنه "... ويمكن أن يفرض العزل الصحي على الشخص المصاب بمرض معد أو المضنون إصابته به. كما يمكن، إن دعت الضرورة، إتلاف الأشياء أو المواد التي انتقلت إليها العدوى، ولا يترتب على هدا الإجراء أي تعويض."

[2] تنص المادة 08 من قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المرجع السابق، على أهداف العلاج بأنها: – الوقاية الصحية؛ –تشخيص المرض؛ – إعادة تكييف المرض والتربية الصحية.

الانفتاح الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والعالمي، الذي يقوم على فكرة تقديس الحريات الفردية العامة. فالطبيب والمريض لهما مطلق الحرية في إبرام العقد الطبي بينهما، وتضمينه ما شاءا من الشروط، شريطة عدم مخالفتهم للقواعد الآمرة والنظام العام [1].

كما يمكن إقامة مساواة بين رضا المريض ورضا الطبيب، إذ غالبا ما يجد هذا الأخير نفسه مجبرا على تقديم العلاج كون عمله يقوم على اعتبار إنساني محض، كما أن أخلاقيات المهنة تملي عليه ذلك، وأن اختياره يخضع للقواعد المنصوص عليها في المادة 42 وحريته مقيدة بضوابط نصت عليها المادة 09 من مدونة أخلاقيات الطب، غير أن التوجه التعاقدي في علاقة الطبيب بالمريض شدد في كثير من التدخلات الطبية من طبيعة التزام الطبيب، حيث ارتقى التزام الطبيب من بذل عناية إلى التزام بتحقيق نتيجة، إلى التزام بالسلامة في كثير من الأحيان[2].

كما إن صيغة المادة 54 من الدستور الجزائري، تضمن رعاية الصحة للجميع، لكن ليس هناك ما يوحي إن كان مصطلح لكل" موجه للمجموعة عامة أو للأفراد الذين يكونونها، أم أنها تخاطب الكل أم كل فرد على حدا ؟ ما يلاحظ أن أغلب القوانين المتعلقة بعامل الصحة العمومية لاسيما عند حصرها، تكون في فائدة الأفراد باسم الصحة للجميع، لكننا عندما نريد استهداف محتوى حماية وترقية الصحة العمومية، نجد عامل الوقاية الذي اعتنى بمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها [3]، كما جاءت المادة 65 من قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، تمنع الإشهار لأنواع التبغ والكحول، ويبدو أن مضمون قانون الصحة في هذا الإطار يخضع للمصلحة العامة، ويرتكز على الجماعة منه على الفرد، وهو ما يبغي من السلطات العمومية الحماية الجماعية للشعب ضد الأخطار التي تهدد صحتهم.

---

[1] بن صغير مراد، التوجه التعاقدي في العلاقات الطبية، مجلة دراسات قانونية، مخبر القانون الخاص الأساسي، ع.04، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2007، ص.284.

[2] تنص المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب على أن : " للمريض حرية اختيار طبيبه أو جراح أسنانه أو مغادرته، وينبغي للطبيب أو جراح الأسنان أن يحترم حق المريض هدا، وأن يفرض احترامه وتمثل حرية الاختيار هده مبدأ أساسيا تقوم عليه العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين جراح الأسنان والمريض. ويمكن للطبيب أو جراح الأسنان مع مراعاة أحكام المادة 9 أعلاه، أن يرفض لأسباب شخصية تقديم العلاج".

[3] القانون 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج. ر. ج. ج، ع.83 لسنة 2004

مع العلم أن تحديد البعد الشخصي للمبدأ وتوضيحه، ليس معناه أبدا تأكيد وجود قانون شخصي للعيش في صحة جيدة تسمح لكل واحد بالاستمتاع به ولكن هي دعوة لإيجاد نوع من المساواة بين الأفراد في هذا المجال. وهو ما ذهبت إلى تأكيده المواد : 4 فق2، 9، 11 من قانون حماية الصحة وترقيتها وإلا سيفتح المجال للنزاعات الفردية التي قد تنشأ عن بعض الأخطاء في العمل الطبي وحيث أن المادة 239 من القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بمقتضى القانون 17-90 قد نصت على إمكانية متابعة كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي، أو مساعد طبي، على كل تقصير أو خطأ مهني يرتكبه، خلال ممارسته مهامه أو بمناسبة القيام بها ويلحق ضررا بالسلامة البدنية لأحد الأشخاص أو بصحته أو يحدث له عجزا مستديما أو يعرض حياته للخطر، أو يتسبب في وفاته، وإذا لم يتسبب الخطأ المهني في أي ضرر يكتفي بتطبيق العقوبات التأديبية. كما أن المادة 167 من الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25 جانفي 1995 المتعلق بالتأمينات نجدها توجب على المؤسسات الصحية المدنية وكل أعضاء السلك الطبي والشبه الطبي والصيادلة والممارسين لحسابهم أن يكتتبوا تأمينا لتغطية مسئوليتهم[1].

ويقصد بالتأمين من المسئولية: « العقد الذي بموجبه يؤمن المؤمن المؤمن له من الأضرار التي تلحق به جراء رجوع الغير عليه»، كما إن فكرة تطور الحق في الصحة تتناسب مع تطور العلم الذي سيفتح مجالات للتشريع والذي سيخدم المبدأين العام والخاص على حد سواء[2].

وعليه فإن الحق في الصحة ليس حق شخصي مطلق للحالة الصحية المثلى، بل هو حق في الحماية والرعاية، للوضعية الصحية التي يرغب الفرد الوصول إليها.

-2-البعد الوقائي والبعد العلاجي

لقد رأينا أن الحق في الصحة يرتكز على البعد الجماعي أكثر منه البعد الفردي، غير أننا نسجل هنا أن البعد الوقائي للقانون في غالب الأحيان مهمل (شرح وجيز في الأمر) ، ومهما يكن التعريف الذي يعطى للصحة، فإن الحق لا يمكن أن ينظر إليه على أنه حق في الصحة فقط وإنما حق في العلاج كذلك، فإذا أخذنا هذا المصطلح فإنه من السهل القول أن العبارة خالية من

[1] تنص المادة 167 من الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25 جانفي 1995 المتعلق بالتأمينات على أنه: يجب على المؤسسات الصحية المدنية وكل أعضاء السلك الطبي والشبه الطبي والصيدلاني والممارسين لحسابهم الخاص، أن يكتتبوا تأمينا لتغطية مسؤوليتهم المدنية المهنية اتجاه مرضاهم واتجاه الغير".

[2] سعيد مقدم، التأمين والمسؤولية المدنية، كليك للنشر، ط 1، الجزائر، 2008 ، ص 47

محتواها، ذلك أن لا أحد بمنأى عن المرض، فالأمر في الواقع يقتضي الحق في العلاج الطبي. مما يعني أن الحق هنا هو الحق في العلاج رغم أنه يتضمن الوقاية من المرض فالنص الدستوري يقرر أن: « الرعاية الصحية حق ... تكفل الدولة بالوقاية...»، والرعاية تعني الحفاظ والحماية والتأمين من المخاطر، فحماية الصحة أولا وقبل كل شيء، هي العمل على عدم التعرض للأذى، وإذا ما تفحصنا قانون حماية الصحة وترقيتها، نجد المادة 52 منه وما يليها تؤكد على البعد الوقائي، الأمر الذي جعل أهمية الوقاية الصحية أحد أهم مقومات منظومة الصحة، بحيث تحرص الجماعات المحلية ممثلة في الولاة ومسئولي الهيئات العمومية والمصالح الصحية ورؤساء المجالس الشعبية البلدية، على التكفل في الوقت المناسب باتخاذهم التدابير التي تحول دون انتشار الأوبئة والقضاء عليها، إذن فهي تمارس في إطار ممارسة السلطة العامة[1]. يضاف إليها المصالح الرقابية على مستوى الحدود والتي تقوم بنفس العمل (المادة 56 وما يليها من قانون حماية الصحة وترقيتها).

إن فكرة الوقاية تطرح بحدة حاليا وليس في الماضي فقط، من خلال تطور الأمراض المعدية والجرثومية ومحدودية وسائل العلاج اللذان يفرضان الرجوع إلى أساليب وقائية جديدة تفاديا المضاعفات صحية لا يمكن التحكم فيه، فالحق في الصحة يقوم على عاملين، إحداهما الحفاظ على الصحة التي هي رأس المال الذي ورثه الفرد، والثاني إعادتها إلى وضعها الطبيعي إن هي تعرضت للأذى. بمعنى، الأول هو الحماية ضد المرض والثاني ، توفير مصدر العلاج المسألة التي تطرح هنا كيف يتجسد هذان البعدان الوقاية والعلاج؟ فالبعد العلاجي معروف ويمكن حصره ولكن البعد الوقائي ليس من السهل حصره فقانون الصحة العمومية من جهته يعكس بصورة غير متساوية البعدين الوقائي والعلاجي، ومن البديهي أن تتضمن حماية الصحة مجموعة التدابير التي تتجه نحو المراقبة وتوخي الأخطار الوبائية والنشاطات التي تستدعي اليقظة عبر تحليل البيئة ومراقبة التلوث[2].

[1] تنص المادة 52 من قانون حماية الصحة وترقيتها على أنه: " يتعين على الولاة ومسئولي الهيئات العمومية والمصالح الصحية ورؤساء المجالس الشعبية البلدية أن يطبقوا، في الوقت المناسب، التدابير الملائمة للوقاية من ظهور الوباء والقضاء على أسباب الأمراض في أصلها".

[2] تنص المادة 27 من قانون حماية الصحة وترقيتها بأن: " تستهدف الوقاية العامة تحقيق المهمات التالية: اتقاء الأمراض والجروح والحوادث؛ الكشف عن الأعراض المرضية في الوقت المناسب لمنع حدوث المرض؛ الحيلولة دون تفاقم المرض لدى حدوثه، تفاديا للآثار المزمنة وتحقيقا لإعادة تكييف سليم.

ويتوسط البعد الوقائي والعلاجي فكرة الأمن الصحي التي تضاف إلى القطبين السابقين – الوقاية من الأخطار، والتكفل بالعلاج في حالة الإصابة ؛ ويعرف الأمن الصحي بأنه، أمن الأشخاص ضد الأخطار المرضية بكل أنواعها، كالأخطار المرتبطة باختيار العلاج العمل الوقائي، التشخيص والعلاج، عن طريق الاستغلال الحسن لها، لأن تدخلات وقرارات السلطات الصحية تهدف إلى تخفيف الأخطار الوبائية، والحوادث المرتبطة بالعلاج، والتشخيص كحل وقائي[1].

فالأمن الصحي يجعل العمل الوقائي ضروري لأنه حتى في حالات العلاج قد نصادف أخطاء. فالبعد الوقائي في الحماية الصحية وجد مكانته في هذه المنظومة لاسيما بعد إصدار قانون 88–08 المتعلق بنشاطات الطب البيطري وحماية الصحة الحيوانية، وكذا القانون – رقم 8717 المتعلق بحماية الصحة النباتية، وهو تدعيم لليقظة الصحية ومراقبة الأمن الصحي للمنتجات الموجهة للإنسان والحيوان والنبات السابق الإشارة إليهما)، كما تعد كل هذه الأحكام والقوانين تجسيدا فعليا لما جاءت به المنظومة الصحية في مجال حماية الصحة العمومية، خاصة في ظل انتشار الإنتاج الضخم والتوزيع الواسع النطاق للسلع، الذي جعل دائرة الأضرار تمتد لتشمل إقليما بكامله، بل وكثيرا ما لا تقف حدود الدول عائقا أمامها، وتتم الحماية لصحة الحيوان والنبات من الأخطار الناشئة عند دخول أو انتشار الأوبئة والأمراض، أو تلك الناتجة عن المواد المضادة، أو الملوثات، أو السموم، أو الكائنات العضوية المسببة للأمراض الموجودة في المواد الغذائية والمشروبات أو الأعلاف[2].

وقد أصبحت الوقاية كبرنامج عمل، نظرا للعلاقة الموجودة بين البيئة والصحة، فعلى سبيل المثال حماية البيئة تحمل في طياتها حماية صحة الأفراد والجماعات الدى صارت عنصر هام في قانون الصحة، وهي في تصاعد مستمر من خلال الجهود المعتبرة التي تتخذ على المستوى العالمي منذ بيان الأمم المتحدة لسنة 1972 المعروف ببيان ستوكهولم الذي عالج العلاقة بين حماية البيئة وحماية الصحة وكرامة الإنسان، وهو ارتباط يتطلب مبدأ الحذر فالانشغالات المرفوعة من خلال مجموع التطورات والأحداث التي مست حياة الإنسان وصحته، تجعلنا من

[1] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.228.

[2] ثروت عبد الحميد: الأضرار الناشئة عن الغداء الفاسد أو الملوث(وسائل الحماية منها–ومشكلات التعويض عنها)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2007، ص.3.

الناحية البيئية نعيد النظر فيما ينتج عن مختلف التقنيات والعلوم على مستوى تقدم المجتمعات[1]، ونتساءل فيما إذا كان هذا إيجابي ؟ خاصة إذا لم يتم تأطير هذه العملية ومراقبتها، أو لم ينتبه إلى أهمية الأخطار التقنية والاقتصادية التي تفرضها. فلابد من التساؤل إذن حول مبدأ الحيطة الذي تقتضيه الوقاية، والتي تجعلنا نقبل بأقل الأخطار؛ لأنه بالوقاية تراقب الأخطار وبالحيطة ينتقص منها أو بالأحرى يحد من خطورتها، ورغم اتفاق النصوص والفقه والقضاء على أن مبدأ الحيطة يوجه مباشرة وأصلا للإدارة باتخاذ التدابير اللازمة من أجل تفادي أضرار المخاطر المشبوهة إلا أن المحاكم الإدارية لحد الآن لم تصرح بمسئولية الإدارة على أساس الإخلال بهذا المبدأ[2].

كما إن العلاقة بين الحق في الرعاية الصحية ومبدأ الوقاية مازال لم يتأسس بشكل كاف، ومع ذلك فما من شك أن مثل هذا التقارب بين الصحة كمبدأ ذي قيمة دستورية، ومفهوم الوقاية يبرهن باستمرار على أهميته، بحيث يمكن أن يفضي إلى هياكل هامة، يمد أحدهما الآخر في المجال الصحي بالقوة والشرعية الفردي والجماعي، الوقائي والعلاجي، وتلك هي الأركان الأربعة التي يقوم عليها الحق في الصحة.

ثانيا : طبيعة الحق في الصحةla nature du droit à la santé

لقد قدم نص المادة 54 من الدستور، باعتباره النص الرمز (النموذجي)، التأكيد على حقوق الدائنية لكن من دون ورود المصطلح، ومن دون أن يحدد مفهومه بشكل واضح. غير أن التمييز بين حقوق الدائنية والحريات تم التنصيص عليه ضمنيا في صدر المادة. فإذا كان الحق في الحريات المعترف بها الحقوق والحريات الأساسية، كحرية الرأي (التعبير)، حرية المعتقد، وحق الملكية يتأسس من منطلق الدفاع عن الحريات الفردية، ضد تجاوزات السلطة العامة، فإن الأمر لم يعد يتعلق بمجرد الحريات، ولكن بتوفير مزايا وفوائد للأفراد أيضا. فهل الحق في الصحة حق ذاتي؟ وهل حق الرعاية الصحية حق دائنية أم حرية؟ إنه لمحال حق دائنية، من دون تحديد دقيق، فليس لحقوق الدائنية الصفة القانونية ولا المدى الذي تتمتع به الحقوق والحريات، فلتكن طبيعة الحق متجهة نحو الزاوية التشريعية – المتعلقة بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية أو نحو الزاوية المدنية والسياسية. فكلا التحليلين يقعان في مشكلة واحدة وهو تحديد المدين ! ما هو

[1] المرسوم التنفيذي رقم 03–451 المؤرخ في 1 ديسمبر سنة 2003 ، يحدد قواعد الأمن التي تطبق على النشاطات المتصلة بالمواد والمنتوجات الكيميائية الخطرة وأوعية الغاز المضغوطة ج. ر. ج. ج، عدد 75 لسنة 2003.

[2] يوسف جيلالي، أثار تطبيق مبدأ الحيطة، مجلة القانون الاقتصادي والبيئة، مخبر القانون الاقتصادي والبيئة، ع.1، جامعة وهران–الجزائر، 2008، ص.112.

الحق الذاتي؟ سلطان الإرادة مصلحة محمية قانونا؟ وهكذا يجيب بعض المنظرين القانونيين بالقول أن الخطر يكمن في أن كل شيء مطلوب بأن يكون معترف به كحق سيكون خطأ قانوني إذا لم يتم تحديد صاحبه. والكثير من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية من الجيل الثاني قد عرفت الفشل من هذا المنطلق[1].

إن المدين الأساسي هو الذي حدده النص الرعاية الصحية حق ... تتكفل الدولة ..... الدولة فقط وليس، الأمة وهي نظرية موجودة في القانون الفرنسي الذي يدمج الدولة في الأمة، والجدير بالملاحظة أن مشروع بناء واستكمال الدولة الجزائرية الحديثة، جاء في سياق التحرر من الاستعمار و استرداد السيادة الوطنية، بحيث أسند للدولة الحديثة مهمة تكوين الأمة خلافا لما حصل في الغرب[2].

وإذا انطلقنا من السيادة الوطنية التي تؤكد أن الدولة والفرد ما هما إلا القانون وسلطة الوطن في آن واحد، والمعادلة معروفة الدولة هي الشخصية القانونية للوطن"، لكنه في عام 1989 لم يفصل المؤسس الدستوري بين التأويلين للسيادة الوطنية والسيادة الشعبية على أنه يوجد اتفاق على أن السيادة للشعب الجزائري وحده، وهنا تطرح معادلة، الوطن يساوي الدولة. ما هو الوطن؟ رغم أنه لا يوجد إجماع عالمي على الإجابة على السؤال؛ إلا أنه يمكن أن نقول أن الوطن هو : مجموعة أفراد يكونون شعب، خاضع لسلطة حكومية. والمجتمع على العموم يوجد داخل رقعة تجمعه خصائص دينية لغوية، ثقافية ... وكل العوامل التي تنمي الإحساس بالانتماء لواقع سياسي بمنظور سيادي. ولا يتوخى القانون الدولي، هذا التصور عن الوطن، الذي يولد الشعور بالتضامن للعيش معا بروح الجماعة. ومنه فإن الحق في الصحة لا يتطلب إلا أن يكون لصالح الكل وفي خدمة الجميع، من خلال تخصيص ما يحتاجه كل واحد منهم. وتبعا لهذا المنظور فإن الحق في الصحة له أربعة أركان أو أعضاء الدولة مهنيو الصحة، المؤسسات الأشخاص[3]:

[1] عبد الفتاح مراد، موسوعة حقوق الإنسان، د.ط، د.د.ن، مصر، د.س.ن، ص.790.

[2] وليد أحمد خميس، إشكالية الشرعية في الأنظمة السياسية العربية مع إشارة إلى تجربة الجزائر، المجلة العربية للعلوم السياسية، ع.13، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان ، 2007، ص.193.

[3] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.230.

1-الدولة:

لقد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها، فعليها أخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة » ففي عديد من الدول الإفريقية وبخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الإشتراكي كالجزائر، فإن المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقاربة الصحة من منظور الخدمة العامة، وعلى الرغم من توجه الجزائر نحو الانفتاح منذ سنة 1989، وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع الخاص في المجال الصحي، إلا أن قانون حماية الصحة وترقيتها، لازال يحمل بعض ترسبات النهج الاشتراكي[1].

2-مهنيو الصحة

لا يقتصر الأمر على الأطباء، فالمواد القانونية والقرارات القضائية الحالية في مجال الخطأ الطبي، تجبر إعلام المرضى بالأخطار الصحية، والانشغال بضمان الحماية الصحية للكل، لذلك فإنه يقع على عاتق الطبيب الإلتزام بإحاطة المريض علما بطبيعة العلاج ومخاطر العملية الجراحية وإلا كان الطبيب مسئولا عن كافة النتائج التي تنتج جراء تدخله ولو لم يرتكب خطأ في عمله، وقد ورد مصطلح يجب doit في نص المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب، ليفيد بأن الالتزام بالإعلام يجب أن يتوخى فيه الطبيب الوضوح والصدق بل يكون متبصرا، بمعنى يسبق إعلام الطبيب موافقة المريض بكل جوانب العمل الطبي الذي سيقوم به[2].

وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية التي أصدرت حكما تتلخص وقائعه في أنه أجريت عملية جراحية لشخص على مستوى المعدة أسفرت عن إصابته بثقب في الأمعاء، فرفع دعوى مسئولية الطبيب مطالبا بالتعويض عما لحقه من ضرر بسبب عدم إعلامه، فرفضت المحكمة دعواه استنادا إلى أن عبئ إثبات إخلال الطبيب بالتزامه يقع على المريض الذي لم يقدم دليلا على ما يدعي، لكن محكمة النقض الفرنسية ألغت هذا الحكم باعتبار أن الطبيب هو الملزم بالقيام بإثبات تنفيذ التزامه بالإعلام. وهذا يعني أنه لا يرتب الجزاء عن الإخلال il n'y a pas

[1] المرسوم التنفيذي رقم 05-257 المؤرخ في 13 جمادي الثانية عام 1426 الموافق 20 يوليو سنة 2005، يتضمن كيفيات إعداد المدونة العامة للأعمال المهنية للأطباء والصيادلة وجراحو الأسنان والمساعدين الطبيين وتسعيرها، ج.ر.ج.ج، ع.52 ، لسنة 2005.

[2] المادة 43 من المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب. تقابلها المادة 1111 ف/ 2 من القانون 2002-303 المتعلق بحقوق المرضى ومكانة المنظومة الصحية الفرنسي.

d'action en responsabilité sans بالالتزام بالإعلام إلا إذا مس مصلحة محمية قانونا prejudice . ، كما ألزم الطبيب بالسر المهني ومنعه من إفشائه إلا في أحوال معينة، وفي حالة المخالفة فإن ذلك يوجب مسؤوليته الجزائية والمدنية. كما أن عدم الامتثال لأوامر تسخير السلطة العمومية يعرض الطبيب للمساءلة والمسؤولية[1].

3-المؤسسات

تعتبر المؤسسات معنية بالحق في الصحة، من وجهين من وجهة أولى، باعتبارها منتجة للسلع ومقدمة للخدمات، وبخاصة إذا كانت مسئولية المنتج، أثر من آثار تقرير مبدأ الالتزام بالسلامة، لأنها مرتبطة بالضرر الذي يسببه المنتوج الذي عرضه -المنتج- للتداول وسبب أضرارا جسمانية تصيب جمهور المستهلكين، ومن جهة ثانية باعتبارها هيئة مستخدمة خاضعة لقواعد الحماية والأمن والنظافة، وهي الترجمة الحقيقية للحق في الصحة داخل المؤسسات[2].

4- الأفراد:

ويتعلق الأمر بما يحتاجه الأفراد وبما يضمنوه لأنفسهم، لأن الحق في الصحة حق دائنية في ذاته، اللهم إلا إذا تعلق الأمر بالحرية – الحق في الحياة فإعلان حقوق الإنسان أكد على أن: « لكل فرد الحق في مستوى معيشي كاف من أجل ضمان صحته ، وكذلك الكثير من الدساتير التي نصت على ذلك بصورة دقيقة بإقرارها : « كل فرد له الحق في حماية صحته ومن واجبه أن يحفظها ويحسنها، ...وهو الأمر الذي لا نجده في القانون الجزائري أو القانون الفرنسي.

وقد ذهب بعض المختصين إلى استحداث الواجب الصحي، على المعنيين الأخذ به، كونه قد تصدر عن الفرد سلوكيات خطيرة تمس وقاية الحياة، من استهلاك الكحول والمخدرات وغيرها ... أو نتيجة إهمال إشارات الخطر الدالة على السمنة وارتفاع الضغط. والبعض الآخر حذر من خطر تبعات تحميل المسئولية للأفراد. ويبدوا الحق الذاتي مطلوبا أكثر فأكثر، من أجل معالجة وإصلاح الإصابات إثر الصدمات والاعتداءات . وبقدر ما يكون الفرد معني بهذه الحقوق بقدر ما يكون ضحية، لأن الخطر والضرر قد يأتي من الخارج من هنا وجب الإشارة إلى غياب المادة المفصلية، التي تحدد لنا ما يتعلق بالفرد وما يتعلق بالمجتمع، فلا بد إذن من جعل الحق في

[1] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.231.

[2] محمد بودالي، مسئولية المنتج عن منتجاته المعيبة(دراسة مقارنة)، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2005، ص.20.

الصحة مبدئيا حق ذاتي، لكي يتمكن كل فرد من التمتع بالصحة الجيدة الممكنة، ومنه يمكن الحديث عن الصحة العمومية باعتبارها حق جماعي[1].

ومن منظور متجدد ينظر للحق في الصحة كامتياز وحق قانوني للفرد والمجتمع، ويأتي ذلك بتجديد في آن واحد للنشاط الاجتماعي وللقانون الذي ينظمه. وبهذا يصبح الحق في الصحة يغلب عليه الطابع التضامني، وقد شكلت الوقاية في المجتمعات الصناعية دوما حجر الأساس في قانون العمل واحتلت المرتبة الأولى حاليا في الحق الاجتماعي للجماعات المحلية، فقانون العمل وبصفة عامة والحق الاجتماعي يؤكدان على الدور الوقائي والعلاجي، وإن كان في وقتنا الحالي الاهتمام منصب حول الهاجس الوقائي من الأخطار المهنية أكثر من توفير الاهتمام بالحوادث والأمراض المهنية التي يتعرض لها العمال[2].

كما يقيم قانون العمل من جانب آخر مسؤولية رب العمل، بحيث وجب عليه أن يدرج في بنود عقد العمل ضمان التأمينكما يفرض على العامل الالتزام بسلامته وسلامة الآخرين بتجنب الخطر عن طريق الحيطة والحذر. فالتأمين مسألة الجميع من رب العمل إلى طبيب العمل النقابة، ممثلي المستخدمين والمصالح المختصة، من أجل الحد من خطورة حوادث العمل والأمراض المهنية[3].

المبحث الثاني:

فاعلية المبدأL'effectivité du principe

تقاس فعالية المبدأ، بمدى واقعيته وإمكانياته في النجاح عند تطبيقه، وإلا ماذا يبقى من القانون إن هو فقد فعاليته، ثم ماذا يتبقى بعد ذلك من الحقوق؟ إن هاجس الفعالية يتضح من خلال النص الدستوري ... تتكفل الدولة .... الذي يضمن تنفيذ الأوامر والالتزامات، نفس الهاجس يحمله القانون رقم 85-05 المتعلق بالصحة وحمايتها، الذي يؤكد في مادته الأولى على أن: «يحدد هذا القانون الأحكام الأساسية في مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة

[1] تنص المادة 25 من قانون حماية الصحة وترقيتها بان: " يعني مفهوم الصحة العمومية مجموع التدابير الوقائية والعلاجية والتربوية والاجتماعية، التي تستهدف المحافظة على صحة الفرد والجماعة وتحسينها".

[2] القانون رقم 83-13 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يونيو سنة 1983 ، يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، المعدل والمتمم، بالأمر رقم 96-19 المؤرخ في 20 صفر عام 1417 الموافق 6 يوليو سنة 1996، ج.ر.ج.ج، عدد 42 لسنة 1996.

[3] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.231.

بالصحة»، لقد تم تخطي خطوة هامة بين هذين التأكيدين في حين يضمن النص الدستوري رعاية الصحة، فإن المشرع العادي يضمن المدخل الفعال لحماية الصحة، فالنص القانوني بدون فعالية هو ببساطة قانون في حالة سكون يحتاج إلى شيء من الفعالية، وهنا نتساءل كيف يمكن الانتقال من وجود قانون فقط إلى قانون فعال؟ ثم من تأكيد وجوده إلى تنشيط المبدأ الذي يقوم عليه؟ لابد إذن من تقدير شروط هذه الفعالية في مطلب أول وقياس بعدها وعيوبها في مطلب ثان.

المطلب الأول:

شروط الفاعليةCondition de l'effectivité

إن الاندماج داخل القانون يتحقق من خلال التقرب من المبدأ الأساسي لصاحب الحق، وباحترام القانون وتطبيقاته ومدى احترام القاضي له، ومدى تحقيقه للحاجات المطلوبة التي يمكن أن تتطور. وسنتطرق إلى كل هذا تفصيلا كما يلي.

الفرع الأول:

الفاعلية من خلال القانون

تعود إلى المشرع والسلطة التنظيمية حسب الاختصاص، إلى السهر على احترام المبادئ المعروضة فيها الأهداف العامة المتعلقة بالحق في الصحة، انطلاقا من المبادئ الدستورية والعمل على تفعيلها في النص القانوني والتي يحرص المجلس الدستوري على احترامها على مستوى الإجراءات. العملية. بهذا المعنى يمكن اعتبار الحقوق الأساسية شبيهة بالتوجيهات الصادرة عن المؤسس الدستوري لكي تصبح ذات فاعلية من خلال تأكيدها بنصوص تشريعية. فالمشرع يجتهد من أجل تجسيد الحق في حماية الصحة قبل وضع حيز التنفيذ العلاقة بين القوانين والمبادئ التشريعية من خلال جملة من القوانين التي تم إصدارها فقانون العمل مثلا، فعل مبدأ الحق في الصحة من خلال الإجراءات المتعلقة بالوقاية والأمن وظروف العمل، والقواعد المتعلقة بالراحة والعطل والمدة القصوى للعمل، وهي كلها إجراءات وقواعد تحمي صحة العامل الماجور، وهو حق، يأخذ صيغة حق الصحة في مجال العمل المأجور. كما يتضمن الحق في التأمين هو أيضا مبدأ الحق في الصحة[1]، ويطرح في نفس الوقت قضية تمويل المصاريف الصحية، ومنه نظام الضمان الاجتماعي الذي يستهدف تأمين فعالية قانون الخدمات الصحية الذي هو حق دستوري.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 84–27 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984 ، يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم83–11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية. ج. ر. ج. ج، عدد 7 لسنة 1984.

فالحق في حماية الصحة يفترض الحصول على العلاج، فبدون الحق في الضمان الاجتماعي فإن مبدأ الحق في الصحة محكوم عليه بالفشل وعدم الفاعلية على الأقل في بعده العلاجي[1].

أما الأمر رقم 96-17 الداعي إلى عدم الإقصاء خصص فصل كامل لعلاج المعوزين وجاء فيه الرعاية الصحية لفائدة الفئات المحرومة والمعوزة. هناك قوانين أخرى تهتم بمجموع السكان لا بفئة خاصة أكدت فعالية البعد الوقائي منها قانون 87-17، المتعلق بتقوية اليقظة الصحية ومراقبة الضمان الصحي للمنتوجات الذي تم من خلاله تفعيل ما وردفي قانون حماية الصحة وترقيتها[2].

كما يمكن استعراض أيضا المادة 09 من قانون حماية المستهلك التي تنص على أن: « يجب أن تكون المنتوجات الموضوعية للاستهلاك مضمونة وتتوفر على الأمن بالنظر إلى الاستعمال المشروع المنتظر منها، وأن لا تلحق ضررا بصحة المستهلك وأمنه ومصالحه، وذلك ضمن الشروط العادية للاستعمال أو الشروط الأخرى الممكن توقعها من قبل المتدخلين .. وهذه أمثلة في بعض القوانين التي تبين الترجمة الفعلية للمبادئ التي تم الإعلان عنها في مقدمة القانون وآخر ما يمكن التطرق إليه هو الفصل التاسع من قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها ، فقد عالج تدابير حماية الأشخاص المعوقين، ومسائل مختلفة منها التضامن مع المعاقين ديمقراطية الصحة نوعية الخدمة الصحية معالجة الأخطار الصحية[3].

- كما عالج المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الذي أسس العلاقة بين الطبيب والمريض، ضمان العلاج والاستمرار فيه، عدم التمييز في العلاج والوقاية من المرض، الحق في الإعلام والشفافية في العلاج. فعندما يشخص المرض، يقوم الطبيب بوصف العلاج للمريض وعادة ما يقدم الطبيب وصفة للمريض تحتوي على عدة بيانات واضحة، ويجب أن تكون الأدوية المقدمة معتمدة من وزارة الصحة، أما القانون رقم 90-17 المعدل لقانون ترقية الصحة وحمايتها فقد عالج، المسئولية الطبية التي تثار إذا اتضح مثلا، عن إهمال، ولا مبالاة، ودون إتباع الأصول والمعارف الطبية المتعارف عليها - الأخطاء الطبية كل هذا في

[1] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.232.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 92-285 المتعلق بعملية صنع الأدوية واستيرادها وتوزيعها، وكدا المرسوم التنفيذي المتعلق بضمان المنتوجات والخدمات. رقم 90-266.

[3] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.233.

إطار تأسيس عقد طبي ونظام صحي فعال يسمح للمريض من تنفيذ القانون خاصة مساهمة القضاة في تنفيذ الأوجه المتعددة للحق في الصحة[1].

الفرع الثاني:

الفاعلية من طرف القاضي

عندما يتدخل القاضي لتنفيذ القانون الخاص بحماية الصحة تكون الصحة قد أصابها ما أصابها ويقتضي التدخل هنا: الإصلاح التعويض العقاب، فالقاضي يساهم في فاعلية القانون على الأقل من خلال احترامه وتطبيقه، وإذا كان التشريع يتماشى والمستجدات في الصحة العمومية، فإن دوره مهم في مجال الصحة العمومية أو الفردية من خلال تحديد المسئولية الطبية ، فالحق في حماية الصحة حاضر في كل قراراته. فالقاضي الإداري له الدور الفعال والبالغ الأثر، دونما الاعتماد على نص محدد بالذات فيكفي أن " الأمن الصحي يمده بمشروعية اتخاذ إجراءات احتياطية ضد المخاطر، بل أكثر بكثير نحو الوقاية، المتعلقة بمبدأ الحق في الرعاية الصحية الذي يوجب إجراءات وقائية تفرض نفسها في منظومة الصحة العمومية الإنتاج، الاستيراد التداول في السوق، واستعمال المنتوج من قبل المستهلك. إن الخطأ الذي يرتكبه الطبيب وهو يمارس نشاطه الطبي، يعد خطأ مهنيا من الدرجة الأولى كما أن المسئولية التي تترتب عن هذا الخطأ المهني، هي مسئولية مهنية. لذلك فإن التقسيم الثنائي – مسؤولية تقصيرية مسئولية عقدية لا ينطبق في كثير من الحالات على المسؤولية الطبية. ضف إلى ذلك أن الخطأ المهني يختلف عن الخطأ العقدي الذي يقدر بمعيار موضوعي طبقا لنص المادة 172ف/1 من القانون المدني الجزائري، بتقدير سلوك المدين ومقارنته بسلوك الرجل العادي لا تكفي معيارا للخطأ المهني ذلك أن المتعامل مع الطبيب، ينتظر منه أكثر مما ينتظر من الشخص العادي[2].

ونافلة القول أن الفقه يجنح إلى الاعتقاد أن جل التزامات المهنيين ومنها التزامات الطبيب، تجد مصدرها في أعراف المهنة وعاداتها القديمة المتواترة، التي يتم تقنينها بواسطة قواعد أخلاقيات المهنة. وينبني على القول السابق أن مخالفة قاعدة من قواعد أخلاقيات الطب، تمثل إخلالا بالتزام سابق تقوم به المسؤولية المدنية للطبيب. بالإضافة إلى المسؤولية التأديبية

[1] محمد بودالي، المرجع نفسه، ص.233.

[2] رايس محمد : المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2007 ، ص 406.

أمام الجهات المختصة بالتأديب، مسؤولية مدنية تقتضي الجبر أمام القضاء المدني، باعتبارها تمثل الحد الأدنى من الحيطة والحذر الذي يتعين على الطبيب الالتزام به.

فتقدير المسئولية المدنية للطبيب يعد من المسائل التي تدخل ضمن حدود السلطة التقديرية للقاضي ما دام التقدير مستمد من وقائع الدعوى. فهو يتحقق من ثبوت الوقائع التي قدمها المريض المضرور من عدمها، وفق ما تمليه عليه سلطته التقديرية دون رقابة المحكمة العليا، غير أن تثبته من توافق وصف الخطأ على تلك الوقائع من عدمه بمعنى تكييف الفعل الذي على أساسه يطالب المضرور بالتعويض، وإعطاء الوصف القانوني لسلوك الطبيب واعتباره خطأ بسبب انحرافه عن السلوك المألوف، يخضع فيه الرقابة المحكمة العليا، فالتكييف القانوني يعد من المسائل القانونية[1].

فإذا كان مؤدى نص المواد 130 131 182 من القانون المدني أن التعويض يخضع تقديره لسلطة القاضي، فإن عدم الإشارة من إلى الظروف الملابسة للضحية وقيامه بتحديد الخسارة، يجعل حكمه غير سليم[2].

وبالموازاة مع ما سبق ذكره فيما يخص الصحة الطبيعية لمبدأ الحيطة والحذر .... نجد في ميدان البيئة القانون رقم 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، يتوفر على مجموعة من النصوص التي تضمن الوقاية، كما نجد القانون رقم 01-20 المتعلق بتهيئة الإقليم وتنميته المستدامة، قد رتب بعض المبادئ في هذا الشأن (مبدأ الحذر، الفعل الوقائي، مبدأ المشاركة...) للحماية والوقاية من أخطار البيئة وتأثيرها على صحة الإنسان، كما أن مسئولية التعويض عن الأضرار تستدعي معرفة مدى تطور المسئولية الطبية المتعلقة بالمخاطر والخطأ وهنا نلمس بعض الفراغات القانونية والإجرائية المتعلقة بالطبيب والمؤسسة الاستشفائية والمريض، والتي يمكن التفريق فيها بين المسئولية بدون خطأ والمسئولية على أساس الخطأ والخطر في التشريع الجزائري[3].

وهو ما ذهب إليه المشرع الفرنسي بموجب القانون رقم 2002-303 المتعلق بحقوق المرضى ومستوى النظام الصحي المعدل والمتمم بمقتضى القانون رقم 2002-1577، المتعلق

---

[1] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.234.

[2] محمد حسين منصور: الخطأ الطبي في العلاج (المجموعة المتخصصة في المسئولية القانونية للمهنيين)، ج.01، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2004 ، ص.131.

[3] القانون رقم 03-10 10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، وأنظر كذلك القانون رقم 01-20 المتعلق بتهيئة الإقليم وتنميته المستدامة.

بالمسئولية المدنية الطبية الذي دعم الأسس التي تضمنها قانون الصحة الفرنسي، ويكتسي هذا القانون طابعا خاضا ومستقلا بحيث لا يمكن للقاضي عملا بأحكامه تطبيق قواعد المسئولية وفقا للقواعد العامة لأنه لم يشر أبدا إلى المواد 1382 و 1147 وما يليها من القانون المدني الفرنسي، ولم يؤسس المسئولية الطبية لا على أساس عقدي ولا على أساس تقصيري؛ بل بناها على أساس قانوني جديد هو الأساس الشرعي الخاص. لتوفير أكبر حماية ممكنة للمريض أسوة بما توصل إليه القاضي الإداري الفرنسي في باب المسئولية بدون خطأ la responsabilité sans faute مند عام 1998 والدي يعد خطوة جريئة في مجال القضاء الإداري، أين أدينت مؤسسة استشفائية حتى ولو لم يثبت أي خطأ من جانبها. وهو ما كرس صراحة في قرار المحكمة الإدارية للاستئناف بمدينة ليون بتاريخ 26-12-1990 في قضية Gomez ثم تبعه قرار مجلس الدولة الفرنسي في قضيةBianchi بتاريخ1993/04/09.[1]

المطلب الثاني:

حدود الفاعليةLimites de l'effectivité

إن الحق في حماية الصحة ، من حيث المبدأ غير قابل للنقاش؛ لأنه يفيد الجميع، وهو ليس كغيره من المبادئ التي تتداخل فيها المفاهيم وتتعارض، فمثلا حق الملكية يقابله أحيانا الحق في السكن والحق في الإضراب يقابله مواصلة الخدمة العمومية، والحق في الحرية محدد وفقا لحرية الآخرين. فهو حق واضح – الحق في الصحة ولا يعني أبدا، الصحة الجيدة بالمفهوم المطلق، لكنه يعني الحق في الحماية (الرعاية)، غير أن فعاليته تعرف حدود وتقييدات مختلفة منها، صعوبة التحديد والتفرقة بين الخطأ والقوة القاهرة، وبين مسئولية الفرد في الخطأ ومسئولية رب العمل . ويمكن أن تتدخل الدولة وتفرض قيودا وحدود ذات صبغة جماعية لدواعي اقتصادية محضة، وقد يكون الفرد كذلك وراء تقيد فعالية الحق في الصحة[2].

الفرع الأول:

الحدود الجماعية

إن العقبات المرتبطة بالظروف الاقتصادية والمالية التي تعترض تطبيق القانون ومدى التحكم في مصاريف الصحة هي انشغالات تضمنتها بعض المواد القانونية خاصة قانون الضمان الاجتماعي الذي جاءت لتحديد تناسب المصاريف الصحية مع نوعية الخدمة ومع قانون أخلاقيات

[1] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.234.

[2] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.235.

المهنة، ويمكن الرجوع إلى المواد : 1-2-3-4-5-6 من المرسوم التنفيذي رقم 04-101 الذي يحدد كيفيات مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، والتي تضمنت هذه المعاني[1].

ولكن يبقى التساؤل حول ترتيب المبادئ والأهداف القانونية وهنا يأتي دور المشرع لتأكيد أن مبدأ حماية الصحة العمومية يعني المبدأ والهدف الوقائي ، أما مبدأ التحكم في مصاريف الصحة يتوجه إلى الجانب العلاجي هذا الترتيب للمبادئ والأهداف يأتي بصيغة ضمان الحصول على العلاج مع تطوير سياسة التحكم في المصاريف الصحية وهذا ما أكده قانون حماية الصحة وترقيتها، الذي ذكر أن الحق في الصحة يتطلب أن يكون الهدف التقديري لمصاريف الصحة يتناسب مع مستوى تغطية الحاجات الصحية، إن مبدأ التحكم في المصاريف الصحية يمنع أن يكون الحق في الصحة للجميع ، حتى وإن كانت هناك صعوبات مالية وجب ضمانها قانونا عن طريق المساواة في الحقوق والمساواة في الحصول على هذه الحقوق وهي مسألة تبقى محل تساؤل ؟ إن الصعوبة الحقيقية التي تعوق فعالية تطبيق الهدف والمبدأ تعود إلى ما طرح سابقا عندما تمت معالجة القضية على أساس أن هناك دائن ومدين[2].

الفرع الثاني:

العوائق الفردية

إن العائق الجدي والحساس هو الفرد في حد ذاته؛ لأنه قد يعتقد أن صحته أمر خاص به لوحده فقد لا يتبع أساليب وقائية أو علاجية، نظرا للحكم الذي قد يبديه اتجاه الخدمات التي يمكن أن تقدم له، أو لاعتقاده أنه لا وجود لما يلزمه على حماية صحته. فالإدمان على التبغ وغيره، ضار لصحة الفرد ولصحة الآخرين، وعليه تحمل المسئولية تجاه نفسه واتجاه الآخرين، فالوعى بالخطر ضروري لتفاديه، حتى وإن صار الحديث حاليا على تحقق الأولى من خلال استيفاء

[1] المواد: 2-34-5-6 من المرسوم رقم 84-27 مؤرخ في 09 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984 ، يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 83-11 المؤرخ في 21 رمضان 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم، ج. ر. ج. ج، عدد 7 لسنة 1984

[2] وفي هدا السياق تنص المادة 04 من قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على أن: " المنظومة الوطنية للصحية هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها. وتنظم كيفية توفر حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا شاملا ومنسجما وموحدا، في إطار الخريطة الصحية".

الدين من طرف المدين (التدخل الفعال من الدولة أو المصالح العمومية، بينما الثانية هي سلطة مباشرة من الفرد وتتحقق بشكل مباشر، دون الحاجة إلى وسيط[1].

ولا يمكن أن يكون التمييز مطلقا أو نهائيا حاسما، فمن جهة أخرى لا يتقاطع التمييز إلا بشكل ناقص بين الحقوق المدنية والسياسية والحقوق الاجتماعية والاقتصادية حق الإضراب مثلا هو حق متعلق بالحريات أكثر من الواجبات ولكن كثيرا من الحقوق الأساسية هي حقوق متعلقة بالحريات والواجبات في آن واحد بشكل متلازم مثل حق استعمال المصالح العمومية. ويفترض حق الواجب في كثير من الحالات المشاركة الفعالة للمستفيدين لتنفيذ حقوقهم[2].

وعليه يبدو أن الحق في الصحة مزيج، ولا يمكن أن نستبعد أو ننفي عليه جزء معينا من الحرية، وإن بدت أنها في طبيعتها الأساسية والتكوينية حق وواجب، هل الحق في الصحة حق ذاتي ؟ هو امتياز يخول لصاحبه حق التصرف، ويفرض أو يمنع أمرا في صالحه، أو و أحيانا في صالح الآخرين؟ وهنا يؤخذ المبدأ أيضا بشكل خاطئ من أجل إجابة عامة وحصرية نعم يمكن أن يكون كذلك على نحو ما، ولكن ليس هناك سوى هذا الوجهة، علاوة على ذلك، فإن التمييز بين الحقوق الشخصية والحريات العامة أو الحقوق الأساسية ليس في كل الأوقات أمرا يسيرا [3].

ويجب أن نعترف أنه كلما اقتربنا أكثر من وضعية الفرد الإنسانية كما هي، في حياته الشخصية والعائلية، كانت المعالم الأهلية في الحق الذاتي أخف، دون أن ينتقص من الامتياز المعترف به في القانون. وفي الواقع لا يتعلق الأمر بالتساؤل حول إذا ما كان الحق في الصحة حقا ذاتيا، أكثر منها التساؤل حول ما إذا كان الإعلان الرسمي للمبدأ يجد له امتداد في الحقوق الذاتية؟ ويشكل امتيازات كثيرة يعاقب عليها القانون الموضوعي الجواب إذا واضح، شريطة أن يتم وضع محددات دقيقة لهذه الحقوق الذاتية: مدين صاحب الحق عقوبات ... إلخ[4].

---

[1] تقرر المادة 64 من قانون حماية الصحة وترقيتها بأنه يخضع بيع أنواع التبغ لإثبات لصيقة على العلبة" التدخين مضر بالصحة".

[2] عبد الفتاح مراد: المرجع السابق، ص 91.

[3] محمد بودالي، المرجع السابق، ص.236.

[4] القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 8 دي القعدة عام 1407 الموافق ل 04 يوليو سنة 1987 ، يتضمن تحديد القيمة النقدية للحروف الرمزية المتعلقة بالأعمال المهنية التي يمارسها الأطباء وجراحو الأسنان والصيادلة والمساعدون الطبيون. ج. ر. ج. ج، عدد رقم 52 لسنة 2005

خاتمة

خاتمة:

تعتبر منظمة الصحة العالمية الجهاز العالمي المخول للحفاظ على الأمن الصحي العالمي حيث تهدف إلى تعزيز الصحة والحفاظ على سلامه العالم من الأوبئة وخدمه المستضعفين، بالإضافة إلى التركيز على الرعاية الصحية الأولية لتحسين الوصول إلى الخدمات الأساسية عالية الجودة وكذلك تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية والمنتجات الصحية بطريقه عادلة.

ومما سبق دراسته يمكننا القول أن منظمة الصحة العالمية هي منظمة تابعة للأمم المتحدة متخصصة بالمعنى الدقيق لهذا المصطلح، لكن نشاطها يقتصر على قطاع الصحة بحيث أنها تسعى للمحافظة على حياة الانسان من خلال رفع المستوى الصحي وأن تمتع كل الشعوب با على مستوى من الصحة هو الهدف الذي أنشأت من أجله منظمة الصحة العالمية وتعمل على تعزيز أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه لجميع الناس دون النظر إلى العرق أو الدين أو نوع الجنس او المعتقد السياسي أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعاون الدولي أمر ضروري لتعزيز الصحة فلمنظمة الصحة العالمية دور مهم في تشجيع التعاون الدولي وتشجيع الأنشطة الدولية في ميدان الصحة. إضافة إلى هذا فان أول ما تكلم عليه دستور منظمة الصحة العالمية هو أن الصحة هي حالة اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض وأن ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهمية للجميع وصحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن وهذا ما يبين وجوب التعاون الأكمل للأفراد والدول ويمكننا القول أن منظمة الصحة العالمية لا تعتبر قراراتها الزامية وهذا راجع لأنها لا تحتوي على هيئة مخصصة لهذا الغرض.

أولا: النتائج

-تعتبر منظمة الصحة العالمية وكالة الأمم المتحدة المعنية بالصحة.

-يتمثل الدور الأساسي لمنظمة الصحة العالمية في الحفاظ على حياة الانسان. من بين أهداف منظمة الصحة العالمية الوصول لأعلى مستوى صحي لجميع الناس دون تمييز.

-أن منظمة الصحة العالمية تسعى لمواجهة الأوبئة والأمراض المختلفة.

-أن عضوية منظمة الصحة العالمية مفتوحة لجميع الدول دون استثناء.

-ان منظمة الصحة العالمية تربطها روابط مع باقي المنظمات الحكومية والغير حكومية.

ثانيا : التوصيات

وفي الأخير نخلص إلي مجموعة من التوصيات وهي كالتالي:

-المساعدة في أداء موظفي وعاملي منظمة الصحة العالمية.

-المساهمة في وصول منظمة الصحة العالمية الى جميع انحاء العالم.

-توفير الجو المناسب لأداء وظائف منظمة الصحة العالمية من خلال توفير الجو الملائم الأداء مهامهم.

-تعزيز دور منظمة الصحة العالمية في الكشف والقيام بالية الإنذار المبكر

- نشر الوعي لدى الفرد و اطلاعه على كل ما هو مستجد في المجال الصحي.

- إنشاء مراكز للبحث في مجالات ترقية الصحة.

- استحداث لجان للحق في الصحة تسهر على الرقابة المستمرة في جميع المجالات الصحية.

قائمة المراجع والمصادر

قائمة المصادر والمراجع:

أ-بخصوص المراجع:

1-المراجع الفقهية:

بن صغير مراد، التوجه التعاقدي في العلاقات الطبية، مجلة دراسات قانونية، مخبر القانون الخاص الأساسي، ع.04، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2007.

ثروت عبد الحميد: الأضرار الناشئة عن الغداء الفاسد أو الملوث(وسائل الحماية منها-ومشكلات التعويض عنها)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2007.

خالد سعد أنصاري، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة الأزاريطة، الاسكندرية، مصر، 2012.

رايس محمد : المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2007.

سعيد مقدم، التأمين والمسؤولية المدنية، كليك للنشر، ط 1، الجزائر، 2008.

عبد الفتاح مراد، موسوعة حقوق الإنسان، د.ط، د.د.ن، مصر، د.س.ن.

عبد الكريم علوان خضير، الوسيط في القانون الدولي العام ،المنظمات الدولية، ط.04، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 1997.

محسن إفكيرين، القانون الدولي للبيئة، د.ط، دار النهضة، القاهرة، مصر، 2006.

محمد بودالي، مسئولية المنتج عن منتجاته المعيبة(دراسة مقارنة)، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2005.

محمد حسين منصور: الخطأ الطبي في العلاج (المجموعة المتخصصة في المسئولية القانونية للمهنيين)، ج.01، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2004.

محمد سامي عبد الحميد، قانون المنظمات الدولية، الجزء الاول: الامم المتحدة، ط 8، دار المطبوعات الجامعية، د.ب.ن، 1997.

محمد طفة، المجلس الدستوري، ط.01، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2001.

هادي الشيب، رضوان يحيى ،مقدمة في علم السياسة والعلاقات الدولية، المركز الديمقراطي العربي للنشر، د.ب.ن.

المذكرات والرسائل العلمية:

عائشة مساعدية، دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز الأمن الصحي العالمي في ظل جائحة كورونا، مذكرة ماستر، تخصص: دارسات إستراتيجية وأمنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة العربي التبسي، تبسة، الجزائر، 2021-2022.

فريدة قاقي، دور منظمة الصحة العالمية في حفظ حق الإنسان في الصحة، مذكرة ماستر، التخصص: قانون دولي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2020-2021.

مسعود عبد الصمد، العمري وداد، النظام القانوني لمنظمة الصحة العالمية، مذكرة ماستر، تخصص قانون دولي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2021-2022.

المقالات العلمية:

قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري -دراسة تحليلية مقارنة-، مجلة دفاتر السياسية والقانون، ع.06، جامعة بشار، الجزائر، جانفي 2012.

محمد بودالي: الضمانات القضائية للحريات الأساسية والحقوق، مجلة الجامعة والمجتمع، ع.01، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي اليابس، سيدي بلعباس، الجزائر، 2008.

وليد أحمد خميس، إشكالية الشرعية في الأنظمة السياسية العربية مع إشارة إلى تجربة الجزائر، المجلة العربية للعلوم السياسية، ع.13، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان ، 2007.

يوسف جيلالي، أثار تطبيق مبدأ الحيطة، مجلة القانون الاقتصادي والبيئة، مخبر القانون الاقتصادي والبيئة، ع.1، جامعة وهران-الجزائر، 2008

المداخلات:

رجوح حنينة، كواشي عتيقة، "منظمة الصحة العالمية: البنية، الدور الوظيفي والأهداف"، مداخلة ضمن الملتقى الدولي :"تداعيات جائحة كورونا على منظمة الصحة: تراجع الدور وحتمية الإصلاح"، تبسة، الجزائر، 2022..

مواقع الإنترنيت:

منصف مرزوقي: الإنسان الحرام، قراء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، مقال منشور على الإنترنيت على الرابطwww.Moncefmaerzouk.net ، بتاريخ 03-09-2024، على الساعة 22:44.

منظمة الصحة العالمية، اللوائح الصحية الدولية، مقال منشور على الإنترنيت على الرابط www.who.int/featureبتاريخ 2024/09/01.

منظمة الصحة العالية، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، مقال منشور على الإنترنيت على الرابط www.iaea.org، بتاريخ 02-09-2024 على الساعة 20:36.

ب-بخصوص القوانين:

1-النصوص التشريعية:

المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب عام 1417 الموافق 7 ديسمبر سنة 1996 ، المتعلق بإصدار نص تعديل الدستور، المصادق عليه في استفتاء 28 نوفمبر سنة 1996 ، منشور في: ج. ر. ج. ج، عدد 76، لسنة 1996.

القانون رقم 78-12المتعلقة بالخدمات الاجتماعية وتشريع وتنظيم الضمان الاجتماعي، المؤرخ في 1 رمضان عام 1398 الموافق 5 غشت سنة 1978 الذي يتضمن القانون الأساسي العام للعامل، ج. ر. ج. ج، عدد 32 لسنة 1978.

القانون رقم 83-13 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يونيو سنة 1983 ، يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، المعدل والمتمم، بالأمر رقم 96-19 المؤرخ في 20 صفر عام 1417 الموافق 6 يوليو سنة 1996، ج.ر.ج.ج، عدد 42 لسنة 1996.

القانون 83-11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالمرسوم التشريعي رقم 94-04 مؤرخ في 30 شوال 1414 الموافق 11 أبريل سنة 1994، ج.ر.ج.ج، عدد 20 لسنة 1994، والأمر رقم 96-17 مؤرخ في 20 صفر عام 1417 الموافق 6 يوليو سنة 1996 ج.ر.ج.ج، عدد 42 لسنة 1996

القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بالقانون 90-17 المؤرخ في 31 جويلية 1990، ج.ر.ج.ج، عدد 35 لسنة 1990، وتبعته تعديلات أخرى كالمرسوم التنفيذي رقم 92-236 المؤرخ في 19 أكتوبر 1990 المبين لكيفية تطبيق المادة 201 من القانون 85-05 وكذلك القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت المعدل والمتمم.

القانون رقم 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، وأنظر كذلك القانون رقم 01-20 المتعلق بتهيئة الإقليم وتنميته المستدامة.

القانون 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج. ر. ج. ج، ع.83 لسنة 2004.

2-النصوص التنظيمية:

المرسوم التنفيذي رقم 84-27 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984، يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم83-11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية. ج. ر. ج. ج، عدد 7 لسنة 1984.

المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب. تقابلها المادة 1111 ف/ 2 من القانون 2002-303 المتعلق بحقوق المرضى ومكانة المنظومة الصحية الفرنسي.

المرسوم التنفيذي رقم 92-386 المتعلق بالإعلام الطبي والعلمي الخاص بالمنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، ج. ر. ج. ج، عدد 53 لسنة 1992.

المرسوم التنفيذي رقم 92-285 المتعلق بعملية صنع الأدوية واستيرادها وتوزيعها، وكدا المرسوم التنفيذي المتعلق بضمان المنتوجات والخدمات. رقم 90-266.

المرسوم التنفيذي رقم 97-425 المؤرخ في 11 نوفمبر 1997 ، يحدد كيفيات تطبيق المادة 163 من الأمر رقم 95-27 المؤرخ في 30 ديسمبر 1995 والمتضمن قانون المالية لسنة 1996 والمتعلقة بتخفيض حصة اشتراك صاحب العمل في الضمان الاجتماعي بالنسبة للمستخدمين الذي يشغلون الأشخاص المعوقين، ج.ر.ج.ح، ع.75، لسنة 1997.

المرسوم التنفيذي رقم 03-451 المؤرخ في 1 ديسمبر سنة 2003 ، يحدد قواعد الأمن التي تطبق على النشاطات المتصلة بالمواد والمنتوجات الكيميائية الخطرة وأوعية الغاز المضغوطة ج. ر. ج. ج، عدد 75 لسنة 2003.

المرسوم التنفيذي رقم 05-257 المؤرخ في 13 جمادي الثانية عام 1426 الموافق 20 يوليو سنة 2005، يتضمن كيفيات إعداد المدونة العامة للأعمال المهنية للأطباء والصيادلة وجراحو الأسنان والمساعدين الطبيين وتسعيرها، ج.ر.ج.ج، ع.52 ، لسنة 2005.

القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 8 دي القعدة عام 1407 الموافق ل 04 يوليو سنة 1987، يتضمن تحديد القيمة النقدية للحروف الرمزية المتعلقة بالأعمال المهنية التي يمارسها الأطباء وجراحو الأسنان والصيادلة والمساعدون الطبيون. ج. ر. ج. ج، عدد رقم 52 لسنة 2005

3- الأنظمة والإتفاقيات:

دستور منظمة الصحة العالمية

الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان :قرار الجمعية العامة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، 10 ديسمبر 1948.

جمعية الصحة العالمية الأولى في 10 جويلية 1948، التسجيلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، رقم.13.

المجلس التنفيذي، الدورة الثالثة والتسعون، القرارات والمقررات الاجرائية، منظمة الصحة العالمية، جنيف 1995م.

الوثائق الأساسية لمنظمة الصحة العالمية.

الفهرس

الفهرس:

بسملة:

شكر وتقدير:

إهداء:

قائمة أهم المختصرات :

مقدمة: .....أ

الفصل الاول

الإطار المفاهيمي لقانون الصحة العالمي

تمهيد: 1

المبحث الأول: دور منظمة الصحة العالمية في بلورة تطوير قانون الصحة العالمي 2

المطلب الأول: تعريف منظمة الصحة العالمية 2

الفرع الأول: مدلول منظمة الصحة العالمية.....3

الفرع الثاني: أهداف ومبادئ منظمة الصحة العالمية 5

المطلب الثاني: الميثاق المنشئ لمنظمة الصحة العالمية.....7

الفرع الأول: الطبيعة القانونية للميثاق المنشئ لمنظمة الصحة العالمية.....7

الفرع الثاني: أجهزة منظمة الصحة العالمية.....12

الفرع الثالث: وظائف منظمة الصحة العالمية.....15

المبحث الثاني: علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الدولية 16

المطلب الأول: علاقة منظمة الصحة العالمية مع منظمة الأمم المتحدة 17

المطلب الثاني: علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية والغير حكومية.19
الفرع الأول: علاقة منظمة الصحة العالمية مع المنظمات الحكومية.....20
الفرع الثاني: علاقة منظمة الصحة العالمية بالمنظمات الغير حكومية: 22

الفصل الثاني:

أثر قانون الصحة العالمي على قانون الصحة الجزائري

تمهيد: 26
المبحث الأول: حق الصحة في القانون الدولي والأوروبي والجزائري 27
المطلب الأول: حق الصحة في القانون الدولي والأوروبي 27
المطلب الثاني: الحق في الصحة في التشريع الجزائري 30
الفرع الأول: معنى الحق في الصحة في التشريع الجزائري 30
الفرع الثاني: قيمة مبدأ الحق في الصحة في التشريع الجزائري 33
الفرع الثالث: أهمية مبدأ الحق في الصحة في التشريع الجزائري.....34
المبحث الثاني: فاعلية المبدأL'effectivité du principe 45
المطلب الأول: شروط الفاعليةCondition de l'effectivité 46
الفرع الأول: الفاعلية من خلال القانون 46
الفرع الثاني: الفاعلية من طرف القاضي 48
المطلب الثاني: حدود الفاعليةLimites de l'effectivité 50
الفرع الأول: الحدود الجماعية 50
الفرع الثاني: العوائق الفردية.....51

خاتمة: 54

قائمة المصادر والمراجع: 57

الفهرس: 64