

العدالة الصحية: بين التنظير وغبن الواقع

- دراسة للواقع الجزائري -

د. عدمان محمد

أ.د. بوحديدة محمد

أ.د. عدمان مريزق

المدرسة العليا للتجارة- الجزائر

الملخص

تهدف هذه الدراسة لكشف النقاب عن ظاهرة العدالة الصحية التي تؤرق العالم برمته؛ والتي تنعكس في تحسن الأوضاع الصحية في بعض ربوع العالم؛ في حين لا يتحقق ذلك في أجزاء أخرى منه؛ وامتدت هذه الفوارق لتشمل الدولة الواحدة. فعمل الباحثين على إبراز واقع العدالة الصحية في الجزائر وتم اقتراح مسارات للتحسين؛ تمثلت أساسا في إعداد خريطة صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية وإعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة.

Résumé

Cette étude a pour objectif de dévoiler le phénomène de la justice en matière de santé qui hante le monde entier, ce qui se traduit par une amélioration des conditions de santé dans certaines parties du monde, alors que ce n'est pas le cas dans d'autres. Les chercheurs ont travaillé pour mettre en lumière la réalité de la justice en matière de santé en Algérie et ont proposé des pistes d'amélioration, notamment l'élaboration d'une nouvelle carte de la santé qui aidera à rationaliser la couverture sanitaire et à reconsidérer les priorités en matière de dépenses de santé.

المقدمة

لقد تعهد العالم بتحقيق أهداف التنمية المستدامة والشاملة بحلول سنة 2030، لإزالة كل أشكال عدم الإنصاف، إلا أن موضوع العدالة في المجال الصحي يبقى قائما. فتعتبر العدالة الاجتماعية في المجال الصحي وتوفير الخدمات الصحية الملائمة حق لكافة البشر، بغض النظر عن طبقاتهم الاجتماعية ومستوياتهم المعيشية. فالصحة بمعناها الواسع هي التعافي من كل الأمراض والعاهات والأوبئة، ولا يمكن حصرها في الخلو فقط من المرض، بل يلزم مراعاة مقومات السلامة الجسدية والنفسية والعقلية وضمان الوقاية الشاملة والمستمرة من كل ما قد ما يسبب الأذى للفرد ويعيقه على ممارسة حياته اليومية بشكل عادي. ويعتبر الحق في الوصول لأعلى المستويات الصحية الممكنة محفوظ في دستور منظمة الصحة العالمية وفي العديد من المعاهدات الدولية. إلا أن مدى تلبية هذه الحقوق يفترق إلى الإنصاف والعدالة، ويتفاوت بصورة فاضحة من مكان إلى آخر حول العالم.

وبناء على ما سبق، تتمحور إشكالية البحث في الأسئلة التالية:

- ما هو مضمون العدالة الصحية؟ وما هي مبادئها؟
- فيما ينعكس غياب العدالة الصحية في بعض دول العالم؟
- ما هو واقع العدالة الصحية في الجزائر؟ وما هي سبل التحسين؟

ونرى من المفيد عرض بعض الدراسات التي تناولت موضوع العدالة الصحية؛ على النحو التالي:

- Berthélemy Jean-Claude et Seban Juliette, « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement », *Revue d'économie du développement*, 2009/1 Vol. 23.

هدفت الدراسة لكشف العدالة الصحية في البلدان النامية من خلال النظر في حالة الوصول إلى خدمات صحة الطفل والأم. وأظهرت النتائج أن الإنفاق على الصحة العامة فوائد أكثر أهمية للفقراء من الأغنياء، ولكن هذه الزيادة في النفقات تترجم في أحسن الأحوال إلى تحسن هامشي في نزاهة الحصول على الخدمات. كما تبين أن الوصول إلى الخدمات الصحية يتأثر بشدة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسر، وخاصة تعليم الأمهات. وبالتالي، يمكن لسياسة تعميم تعليم الفتيات أن تحسن بشكل كبير فرص حصول الفقراء على الصحة. وأخيرا وجد أن الحوكمة في كثير من أبعادها يمكن أن تسهم بطريقة حساسة للغاية في توزيع أكثر إنصافا للحصول على الخدمات الصحية.

- Lise Rochaix et Sandy Tubeuf, MESURES DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ Fondements éthiques et implications, Revue économique – vol. 60, N° 2, mars 2009

على الرغم من أن الكثير من الأبحاث الحديثة قد ساهمت في قياس وحتى تفسير التباينات الاجتماعية في الصحة والرعاية الصحية في فرنسا، إلا أنه لم يتم تسليط الضوء على جوانب الإنصاف بشكل منهجي. تناولت هذه المقالة مسألة وضع العدالة في السياق الحالي للعمل التجريبي واقترحت قراءة أخلاقية للبحوث الحديثة في مجال عدم المساواة الصحية، الاقتصادية والوبائية على حد سواء، لا سيما تلك المتعلقة بالطلب على الرعاية الصحية.

كما انصب التركيز على المساهمة الرئيسية للتحويل من عدم المساواة في الصحة إلى عدم المساواة في الفرص الصحية، والتي توفر نسخة مباشرة لمفهوم العدالة الصحية.

- Karin Z-Rcher et Andrea Lutz, L'équité en santé : un objectif de santé publique plus facile à dire qu'à faire !, Revue MÉDICALE SUISSE, volume 15., 27 fevrier 2019

أشار الباحث إلى أن النقاش حول المساواة ليس جديداً في مجال الصحة العامة. وقد أدى هذا الموضوع إلى تطورات مهمة في جدول الأعمال الدولي منذ 1970. فالتفاوتات الاجتماعية هي واحدة من الأسباب الرئيسية لعدم المساواة في الصحة.

وأكدت نتائج آخر مسح سويسري للصحة (سنة 2017) أن الأشخاص الذين لديهم مستوى منخفض من التدريب هم أقل عرضة لممارسة النشاط البدني بانتظام. وإتباع نظام غذائي متوازن أو غير المدخنين؛ هم أيضا أكثر عرضة لارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري أو السمنة. أيضا، حصة الأشخاص الذين يبلغون عن مشكلة صحية طويلة الأجل هم أعلى بين ذوي المستوى التعليمي المنخفض.

وبناء على الدراسات المشار إليها سابقا؛ نلاحظ أن الدراسات العربية شحيحة؛ على حد علمنا في مجال العدالة الصحية، واقتصرت في شكل تقارير مترجمة صادرة عن المنظمة العالمية للصحة. وتنفرد هذه الدراسة كونها كشفت النقاب عن مظاهر عدم العدالة الصحية في الجزائر على وجه الخصوص. وللإجابة على الإشكالية المطروحة، ارتأينا تقسيم البحث إلى أربعة أقسام: سيتناول القسم الأول تحديات النظام الصحي العالمي ومجالات العمل. أما الجزء الثاني، فسيتعرض للصحة والتنمية الاقتصادية والتوجه الجديد في دليل التنمية البشرية. في حين سيتطرق القسم الثالث للعدالة الصحية. وسيخصص القسم الأخير لواقع العدالة الصحية في الجزائر.

أولاً: تحديات النظام الصحي العالمي ومجالات العمل

ارتأينا قبل التعرض لتحديات النظام الصحي العالمي ومجالات العمل الممكنة، أن نقدم الثغرات الحالية في مجال الصحة، على النحو التالي:

1- ثغرات النظام الصحي العالمي

تنقسم الثغرات الحالية في مجال الصحة إلى ثلاثة أنواع:

- **عدم مساواة جوهريّة:** الحصول على خدمات صحية ومياه نظيفة وصرف صحي: يفتقر ما يقرب من مليار فرد لفرص الحصول على الخدمات الصحية، وفرص ذلك غير كافية بالنسبة إلى مليارات أخرى. ومن تتوافر لهم فرص الحصول على هذه الخدمات يضطرون أحيانا لشراء خدمات غير مفيدة أو حتى ضارة- أدوية مغشوشة في بعض الأحيان. بالإضافة إلى هناك فوراق كبيرة في الوضع الصحي، حيث لا تزال هناك اختلافات ضخمة في النتائج الصحية بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية وفي داخل هذه البلدان، الكبيرة متوسطة الدخل التي تضم عددا هائلا من السكان.

- **جمع المعلومات ونشرها:** الإشراف العالمي على الأمراض ليس مهياً بشكل كامل لاكتشاف التهديدات والتصدي لها... كما أن الآليات العالمية لتقاسم المعرفة مازالت متخلفة.

- **قضايا الحوكمة:** التنسيق بين الوكالات العالمية: تواجه الحكومات التي تتطلع إلى معالجة المشاكل الصحية في بلدانها تحداً محيراً من الوكالات الدولية التي تستطيع أن تستمد منها الدعم؛ وكثيراً ما يشكو وزراء الصحة من القدر الكبير من الوقت الذي يضيع في كتابة الاقتراحات والتقارير لتقديمها للمانحين الذين تتداخل أحياناً مصالحهم وأنشطتهم وعملياتهم ولكنها كثيراً ما تختلف.

2- تحديات النظام الصحي العالمي

يواجه النظام الصحي العالمي جملة من التحديات، نعرضها فيما يليⁱⁱ :

- الاحتياجات الصحية لمجموعات محددة كالفقراء، والأطفال، والسكان الأصليين، حيث مازال أشد الناس فقراً يعانون بسبب عبء المرض الذي يتقل كاهلهم ولا يمكن تحمله، والناجم في معظمه عن مجموعة محدودة من الظروف والحالات، التي يمكن التدخل في القدر الأكبر منها.
- عدم المساواة في الصحة وفي الحصول على الرعاية الصحية وتفاقم عدم المساواة بين الجنسين، كما هو الحال بالنسبة للفجوات القائمة بين بلد وآخر، وكذلك بين مختلف المجموعات على صعيد العالم كله من حيث الوفيات في صفوف البالغين.
- مستوى الموارد اللازم لإجراء تغييرات ذات مغزى في صحة السكان، أي الموارد البشرية والمالية لجميع الأطراف الفاعلة . ويتعين إعادة تعريف الأدوار والمسؤوليات ذات الصلة بالوظائف الصحية الأساسية وإعادة توزيعها كي يتسنى استخدام الموارد بصورة ناجعة، بما في ذلك المساعدات الإنمائية الرسمية والمبادرات العالمية. كما يتعين دراسة الخيارات المتاحة لتضييق الفجوة في إتاحة الموارد والمساواة في توزيعها.
- وينبغي بحث قدرة النظم الصحية على توفير الخدمات الصحية المناسبة على نحو فعال ومستوى القيادة السياسية والإدارة الرشيدة في صياغة السياسات ودور القطاع الخاص أو الشركات في القوامة على الصحة.
- القدرة على وضع المعارف الحالية والجديدة موضع التطبيق العملي، حيث توجد ثغرة بين ما يعرف بأنه يؤدي وظيفته منها بفعالية وبين السياسات والممارسات الراهنة في هذا الإطار.
- تأثير أوضاع محددة على النظم الصحية وعلى التنمية بصورة عامة. ومنها الأيدز والعدوى بفيروسه، والعبء المزدوج المترتب على الأمراض السارية وغير السارية، وتقدم السكان في السن، والظروف البيئية، وغير ذلك من الأزمات وحالات الطوارئ.
- ضرورة التأثير على القطاعات الأخرى لتحسين العوامل المحددة الأساسية للصحة.
- القضايا الناشئة عن العولمة، ومنها تكنولوجيا المعلومات والإمكانيات الجديدة في مجال الاتصالات، والتأثير المحتمل لتحرير التجارة على الصحة (الأثر على الأدوية والحصول عليها وتكلفتها) وعلى السلع والخدمات الصحية.

وبناء على التحديات المذكورة سلفاً؛ توجد أربعة مجالات عمل عريضة لإحداث تغييرات أساسية وهيⁱⁱⁱ:

- **القضاء على التباينات في المجال الصحي بالتحرك صوب التغطية الشاملة .** وهذا يعني التحرك من أجل توفير عدد كاف من الشبكات الخدمية (التي تشمل ما يلزم من موارد بشرية وبنية تحتية و موارد وإدارة وتوجيه)، ليس فيها عوائق مالية أو أي عوائق أخرى، ولكن فيها حماية للأسر من التبعات المالية ومن الفقر بسبب تكاليف الرعاية. والتحرك صوب التغطية الشاملة يشكل الإستراتيجية الأساسية التي تضمن إسهام النظم الصحية في تحقيق المساواة في قطاع الصحة وإقامة العدالة الاجتماعية والتخلص من التهميش.
- **إحلال الإنسان في صميم عملية إيتاء الخدمات .** يجب أن تولي الخدمات الصحية اهتماماً أكبر بأولوية رعاية المرضى وباستمراريتها وتكاملها. ومن الضروري على وجه التحديد الاستمرار في تقديم الرعاية الشاملة طوال العمر، بحيث تشمل جميع الإجراءات الصحيةة، ابتداء من التوقي وتعزيز الصحة و انتهاء بتقديم العلاج والتسكين. علماً بأن تقديم الرعاية الصحية في القطاع العام، أو في القطاع الخاص لأغراض الربح، أو في القطاع الخاص لغير أغراض الربح ، أقل أهمية بكثير من مدى تنظيم إيتاء الخدمات في كل من هذه السياقات لاتخاذ هذه الإجراءات.

- **الإجراءات المتعددة القطاعات ودمج الصحة في جميع السياسات:** أكد مجدداً كل من مداولات اللجان، الإقليمية، وتقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة ، والتقرير الخاص بالصحة في العالم 2008 على

الحاجة إلى تعزيز الجهود الرامية إلى تحسين المستوى الصحي، وذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة إزاء الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية الأوسع نطاقاً التي تسبب اعتلال الصحة والتباينات في المجال الصحي.

- توفير قيادات شاملة وحكومات فعالة في المجال الصحي: ثمة حاجة في الكثير من البلدان إلى إعادة توظيف استثمارات كبيرة لبناء القدرات القطرية اللازمة لإدارة القطاع الصحي . ويجب أن تقتزن هذه المسؤوليات الأكبر بأشكال جديدة من القيادة في المجال الصحي، ولاسيما في ظل اللامركزية السياسية والإدارية التي تثير التحديات وتفتح الفرص في آن معاً.

وفي مجال الصحة العالمية تم إحراز تقدم كبير صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية إلا أن هناك العديد من التحديات التي لا تزال ماثلة في الطريق . إذ تم تقليص معدلات وفيات الأطفال وتحقيق مكاسب فيما يتعلق بعلاج وتوقي الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل والملاريا وشلل الأطفال وأمراض المناطق المدارية المنسية . وفي مقابل ذلك لم يطرأ تغيير كبير على معدلات وفيات الأمومة والأطفال ولاسيما في أفريقيا. كما أن التغذية قد عانت من إهمال نسبي . أما السكان الذين يمتلكون فرصة الاستفادة من وسائل الإصحاح الملائم أو الأدوية الأساسية في العديد من البلدان فإن أعدادهم لا تتجاوز النصف . وقد استفادت عدة بلدان، وخاصة في أفريقيا، من النمو الاقتصادي حتى تزيد الإنفاق المحلي على الصحة . كما أن حجم المعونة المقدمة من أجل الصحة قد جاوز الضعف في السنوات القليلة الماضية وذلك من مصادر تقليدية وابتكارية على حد سواء . إلا أن الآثار الاقتصادية المترتبة على الأزمة المالية العالمية تضع تلك الانجازات على كف عفريت كما أنها تشكل خطراً جسيماً يحول دون تذليل العقبات التي لا تزال ماثلة^{iv}.

ثانياً: الصحة والتنمية الاقتصادية والتوجه الجديد في دليل التنمية البشرية

سنتناول في هذا الجزء الثاني العلاقة بين الصحة والتنمية والتوجه الجديد في دليل التنمية البشرية، بحيث أصبح هذا الأخير معدلاً بعامل عدم المساواة.

1- الصحة والتنمية الاقتصادية: العلاقة الجدلية

أضحى من المسلم به استناداً إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياساً لمخرجات التنمية الشاملة. وقد أشار برنامج العمل التاسع 1996-2001 لمنظمة الصحة العالمية أن " الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية .. ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة".

وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة. كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة.

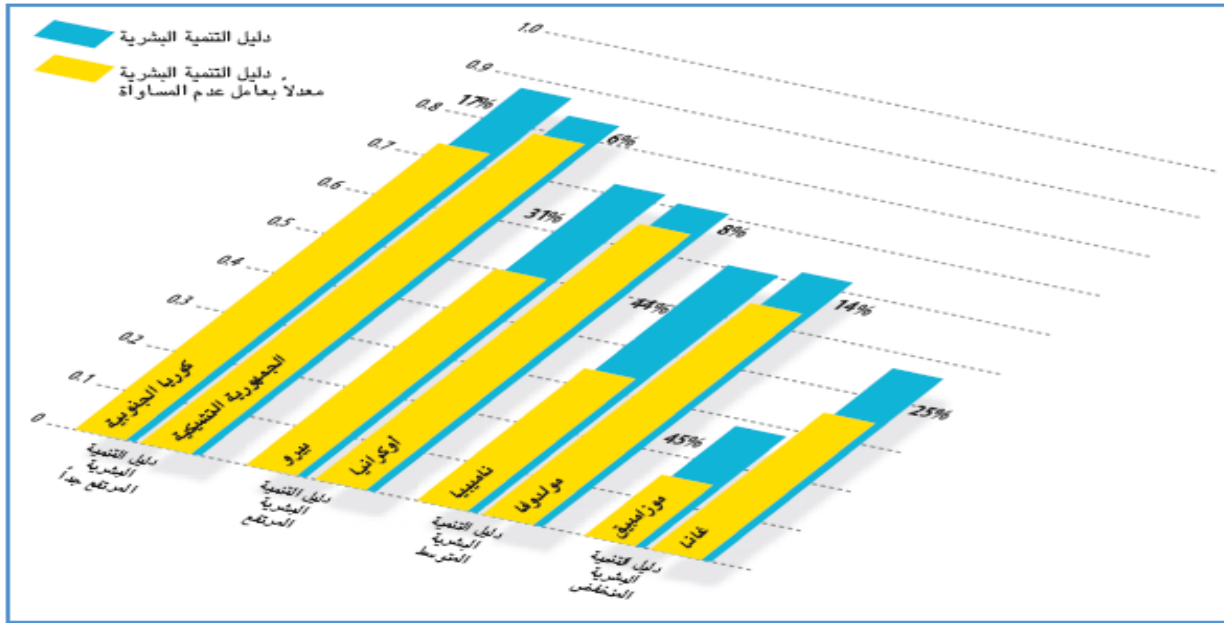
ونشير إلى أن معظم الأهداف التنموية للألفية لها علاقة بالصحة، حيث المطلوب بحلول عام 2015 خفض نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن دولار أمريكي واحد في اليوم وأيضاً الذين يعانون من الجوع إلى النصف، وخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين، ومعدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع، ووقف انتشار فيروس الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض السارية وبدء انحسارها من هذا التاريخ، وخفض نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على مياه الشرب الآمنة وأيضاً على خدمات الصرف الصحي إلى النصف، وتحقيق تحسن كبير لمعيشة ما لا يقل عن مائة مليون من سكان الأحياء الفقيرة، وإتاحة الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة في الدول النامية^v.

2- عدم المساواة في قلب التوجه الجديد في دليل التنمية البشرية

يقدم دليل التنمية البشرية معدلات إجمالية تحجب فوارق كبيرة في توزيع التنمية البشرية بين السكان في أي بلد. وكانت التقديرات التي تضمنتها تقارير سابقة لقياس عدم المساواة جزئية (تقتصر على الدخل فقط مثلاً) أو تغطي عدداً قليلاً من البلدان (15 بلداً في عام 2006). ويطلق تقدير هذا العام دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل عدم المساواة، مسترشداً بفكرة جديد أطلقها تقرير التنمية البشرية للمكسيك عام 2002، ثم تبناها التقرير الإقليمي لمنطقة أمريكا اللاتينية. وهذا الدليل الجديد يقارن بدليل التنمية الأصلي. ويبين عدم المساواة في كل بعد من أبعاد دليل التنمية البشرية في عدد كبير من البلدان^{vi}.

ويمكن عرض الخسائر في قيمة التنمية البشرية بسبب عدم المساواة في مختلف الأبعاد في الشكل التالي:

الشكل(1): الخسائر في قيمة التنمية البشرية بسبب عدم المساواة في مختلف الأبعاد



ملاحظة: الأرقام الحادية للحانات هي النسب المئوية للخسائر الناجمة عن عدم المساواة في الأبعاد (انظر الجدول الإحصائي 5).
المصدر: حسابات مكتب تقرير التنمية البشرية، بالاستناد إلى قاعدة بيانات المكتب.

المصدر: تقرير التنمية البشرية 2010، الفصل الخامس، ابتكارات في قياس عدم المساواة والفقر، ص 88.

ثالثاً: العدالة الصحية

سيتطرق القسم الثالث للعدالة الصحية من حيث المفهوم، الخلفية التاريخية، والمبادئ. بالإضافة إلى عرض مؤشرات تعكس عدم المساواة الصحية في بعض دول العالم.

1- العدالة الصحية: المفهوم والخلفية التاريخية

تشير العدالة في مجال الصحة والأنظمة الصحية إلى غياب الفوارق المنهجية في مجال الصحة والتي يمكن تفاديها من خلال الوقاية والرعاية؛ والتوزيع العادل لعبء تكاليف الرعاية الصحية بحسب قدرة الأفراد على الدفع؛ والاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات والحقوق والتوقعات الشخصية للذين يسعون إلى الرعاية الصحية عبر التفاعل القائم على الكرامة مع مقدم الخدمة والنظام الصحي^{vii}.

وللعدالة جوانب وتعريفات عدة منها القانوني والعقائدي الديني والأخلاقي، أو المنطقي العقلاني، التي تتفق جميعها على أن العدالة مطلب إنساني، وركن أساسي في تكوين وبناء المجتمعات الحديثة. وهذه الصفات الأساسية المرتبطة بمفهوم العدالة تتضح في فكرة العدالة الاجتماعية، التي تهدف إلى بناء مجتمع على أسس من المساواة والتضامن، يقدر أفراد قيمة حقوق الإنسان، ويؤمنون كرامة كل فرد فيه. وأحد أهم جوانب هذه العدالة الاجتماعية يتضح بشكل جلي في العدالة الصحية، أو بالأحرى في حالة فقدانها، لتنتج عنها الحالة المعروفة باللامساواة أو الاختلال المرضي (Inequality in disease).

فعلى رغم أن معدلات الإصابة بالعديد من الأمراض تختلف تبعاً للعوامل البيولوجية الحيوية، والصفات الوراثية، إلا أنه كثيراً ما تشهد هذه المعدلات تبايناً وتباعداً شديداً بين المجموعات العرقية، والفئات الاقتصادية، والطبقات الاجتماعية، بدرجة لا يمكن معها تفسير هذا الاختلاف الشديد في معدلات الإصابة، بناء على الاختلافات البيولوجية والوراثية فقط. بمعنى أن درجة التباين في معدلات الإصابة ببعض الأمراض بين فئات

وطبقات المجتمع الواحد، لا يمكن أن تكون ناتجة من عوامل بيولوجية أو وراثية، بل هي نتيجة اختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية.

وبدا مثل هذا المفهوم الشمولي في التعامل مع الحالة الصحية منذ منتصف عقد السبعينيات، مع إصدار لجنة كندية برئاسة وزير الصحة حينها، لتقرير عرف بتقرير "لالوند LaLonde Report"، انتقل بمفهوم الصحة الشخصية والمجتمعية إلى أفق جديد، من خلال زيادة إدراك أفراد المجتمع الطبي، وصناع القرار، وواضعي السياسات، لمحددات الحالة الصحية، التي لخصها التقرير في أربعة عوامل رئيسية، هي الخصائص البيولوجية والفسولوجية، والبيئة المحيطة، ونمط الحياة الشخصية، ومستوى الرعاية الطبية المتاحة. وبين هذه العوامل الأربعة الرئيسية، نجد أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية تؤثر على ثلاثة منها، وهي البيئة، ونمط الحياة، ومستوى الرعاية الطبية المتاحة، من خلال نظام صحي قومي، أو من خلال تأمين صحي خاص.

وبناء على قوة التفاعل بين الظروف الاقتصادية والاجتماعية وبين الحالة الصحية، يصبح من السهل إدراك حقيقة كون فقدان العدالة الاجتماعية يؤدي بالضرورة إلى ضياع العدالة الصحية، وهو ما ينتج عن حالة اللامساواة المرضية، أو بالتحديد الاختلال الهائل في معدلات الإصابة ببعض الأمراض بين طبقات المجتمع المختلفة. ففي حالة التعليم مثلاً، وهو أحد أهم مكونات الحالة الاجتماعية، نجد أنه كلما انخفض مستوى التعليم، كلما زادت احتمالات الإصابة بأمراض القلب والشرابيين، إلى درجة أن الأشخاص الذين لم يكملوا دراستهم الثانوية، ترتفع لديهم احتمالات الوفاة بنسبة 2,4 في المئة مقارنة بمن أكملوا دراستهم الثانوية. ويرتبط مستوى التعليم أيضاً في علاقة عكسية مميّنة، بالعديد من السلوكيات الصحية السيئة، مثل التدخين، وانعدام ممارسة الرياضة، وفرط الأكل، حيث يزداد انتشار تلك السلوكيات وما ينتج عنها من أمراض مثل السرطان والسكري، كلما انخفض مستوى التعليم.^{viii}

2- المحددات الاجتماعية للصحة ومبادئ العدالة الصحية

جرى العرف على أن يتطلع المجتمع إلى القطاع الصحي للتصدي للهواجس المتعلقة بالصحة والمرض. ويعد سوء توزيع خدمات الرعاية الصحية، أي عدم توفير الرعاية لمن هم في أمس الحاجة إليها، أحد المحددات الاجتماعية للصحة بالتأكيد. ولكن ارتفاع عبء المرض المسؤول عن الخسارة الفادحة في الأرواح قبل الأوان يعزى إلى حد بعيد لظروف ولادة الناس ونموهم وحياتهم وعملهم وكذلك أعمارهم. ويعد تدهور ظروف المعيشة والظلم السائد بدورهما من نتائج السياسات العامة والبرامج الاجتماعية الهزيلة والترتيبات الاقتصادية المجحفة والسياسات السيئة^{ix}.

وتتمثل المبادئ الأساسية لتحقيق العدالة الصحية في النقاط التالية^x:

- تحسين ظروف الحياة اليومية، أي الظروف التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويعملون وكذلك أعمارهم.
- التصدي لظاهرة الإجحاف في توزيع النفوذ والمال والموارد، أي القوى المحركة الهيكلية لظروف الحياة اليومية تلك على مستوى العالمي وعلى المستويات والوطنية والمحلية.
- قياس أبعاد المشكلة وتقييم العمل وتوسيع قاعدة المعارف وتنمية القوى العاملة المدربة في مجال المحددات الاجتماعية للصحة وتوعية الجمهور بخصوص المحددات الاجتماعية للصحة.

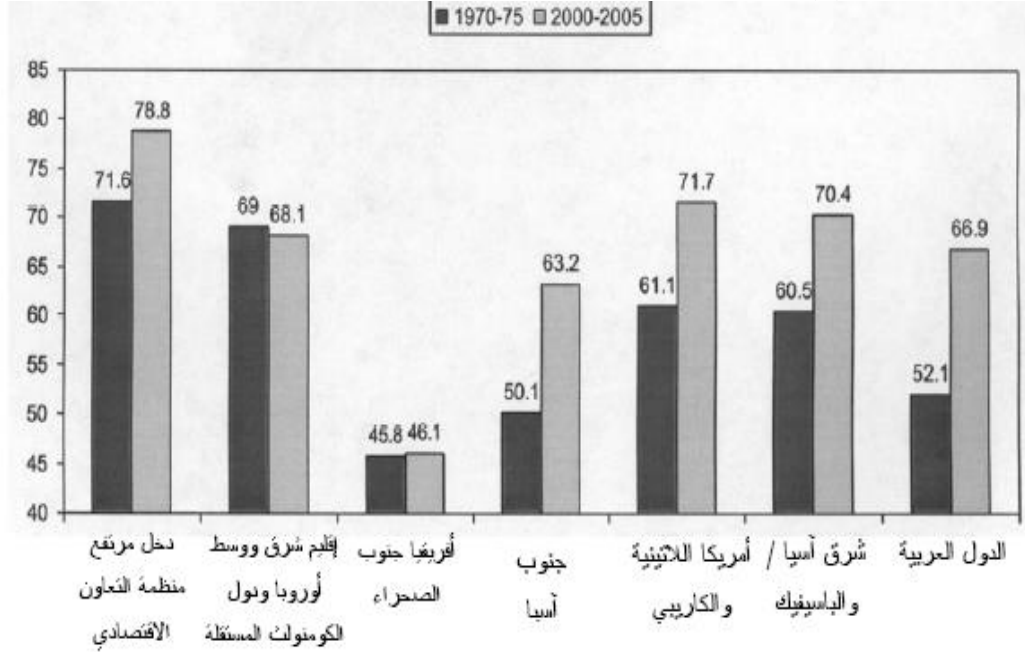
3- انعدام العدالة في الأوضاع الصحية عالمياً

أصبحنا جميعاً نألف الموت المبكر والإصابة بالأمراض، واعتدنا الأوضاع المسببة لتلك الظواهر. بيد أنه من الممكن تحاشي شطر كبير من العبء العالمي للمرض والموت المبكر، وهو ما يجعل هذا الأمر غير مقبول. وللعدالة الصحية وجهتان لأزمتان: تحسين متوسط الصحة لدى البلدان، والقضاء على حالات انعدام العدالة الصحية التي يمكن تلافيها فيما بين البلدان. وينبغي في كلتا الحالتين- متوسط الصحة لدى البلدان، وتحسين توزيع الصحة فيما بين البلدان أن يتمثل الهدف المنشود في الارتقاء بصحة الأدنى منزلة إلى مستوى الصحة التي ينعم بها الأعلى منزلة. فإذا انطبق معدل وفيات الرضع في أيسلندا على العالم بأسره، فسوف يتوفى رضيعان فقط من بين كل 1000 مولود حي. ويسفر ذلك عن تراجع وفيات الرضع على مستوى العالم بمقدار 6.6 مليون حالة وفاة نسبياً.

غير أن أقصى درجات انعدام العدالة تتجلى في وفيات الرضع داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان...حيث نسجل حالات انعدام العدالة المأسوية داخل البلد الواحد، إذ يرتبط فرص بقاء الرضيع على قيد الحياة ارتباطا وثيقا بمستوى تعليم الأم. ففي بوليفيا يتجاوز معدل وفيات الرضع المولودين لأمهات غير متعلّقات 100 حالة وفاة، في حين يقل هذا المعدل عن 40 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي لدى الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي على الأقل.

ويمكن عرض الاختلافات الجوهرية في مأمول أو توقع الحياة عند الولادة في مجموعة من الأقاليم في الشكل التالي:

الشكل(2): مأمول الحياة عند الولادة للأقاليم / 1975-1970 و 2000-2005



المصدر : UNDP, 2005

ونجد حتى اختلافات بينة في مؤشرات الأداء الصحي في دول متطورة مثل بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية خلال الفترة الممتدة من 1990-2005. ويمكن عرض ذلك من خلال الجدول أدناه:

الجدول(1): تطور توقع الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات في بريطانيا

السنة	1980	1990	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
توقع الحياة	73.67	75.88	79.04	79.24	79.44	79.6	80.05	80.40	80.95	80.90	81.00	81.30	80.95	80.95
معدل الوفاة	11.7	11.2	9.6	9.4	9.4	9.4	9	8.9	8.7	8.9	9	8.8	9.2	9.1

المصدر: موقع قسم الإحصاء بالبنك الدولي

يتضح من الجدول أعلاه أن توقع الحياة عند الولادة في بريطانيا قد عرف تطورا مطردا خلال الفترة 1980 إلى 2016.

أما معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن، فقد عرف انخفاضا خلال الفترة 1980 إلى غاية 2011، ليرتفع حتى سنة 2013، ليعاود الانخفاض ثم الارتفاع مرة أخرى سنة 2015.

في حين يمكن عرض تطور توقع الحياة عند الولادة و معدل الوفاة في أمريكا، من خلال الجدول أسفله:

الجدول(2): تطور توقع الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات أمريكا

السنة	1980	1990	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
توقع الحياة	73.60	75.21	77.48	77.68	77.98	78.03	78.39	78.54	78.64	78.74	78.74	78.84	78.69	78.69
معدل الوفاة	8.8	8.6	8.3	8.1	8	8.1	7.9	7.99	8.07	8.10	8.21	8.23	8.44	8.4

المصدر: موقع قسم الإحصاء بالبنك الدولي

يتجلى من الجدول رقم 02 أن توقع الحياة في أمريكا أقل من ذلك المسجل في بريطانيا، كما أنه عرف زيادة مطردة خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى غاية 2014، لينخفض ثم يستقر إلى غاية 2016. أما معدل الوفاة الإجمالي؛ فقد عرف انخفاضا ما بين سنة 1980 و 2007؛ ليرتفع سنة 2008 ثم ينخفض ما بين 2009 و 2010، ليرتفع مجددا.

كما يمكن عرض الحقائق التالية^{xi}:

ينخفض مأمول الحياة عند الميلاد بين سكان استراليا الأصليين بصورة ملموسة (59.4 عاما للذكور و 64.8 عاما للإناث على مدار الفترة من 1996 إلى 2001) مقارنة بالمواطنين الأستراليين عموما (76.6 عاما و 82 عاما للجنسين على التوالي على مدار الفترة من 1998 إلى 2000). وفي أوروبا يتراوح الخطر المتزايد للموت بين البالغين في أوسط العمر لدى أدنى الفئات الاجتماعية الاقتصادية من 25% إلى 50% بل و 150% . وترصد أمثلة انعدام العدالة الصحية بين المسنين الطاعنين في السن، حيث تبلغ نسبة انتشار حالات العجز طويل المدى لدى الرجال الأوروبيين في الثمانين وما فوقها 58.8 % بين الحاصلين على تعليم أقل و 40.2 % بين الحاصلين على تعليم أعلى. وكان من الممكن أن تتم الحيلولة في الولايات المتحدة الأمريكية دون 886202 حالة وفاة على مدار الفترة من 1991 إلى 2000 إذا صارت معدلات الوفاة بين البيض والأفريقيين الأمريكيين متعادلة. ويأتي هذا في مقابل 176633 روحا تم اتقادها بفضل التقدم الطبي.

وتأتي الأمراض القلبية الوعائية في طليعة الحالات المرضية الأولى المتسببة في الوفاة على مستوى العالم. ويقدر عدد الذين وافتهم المنية بسبب هذه الأمراض سنة 2005 بنحو 17.5 مليون، يشكلون 30 % من إجمالي الوفيات في العالم. وتقع أكثر من 80 % من حالات الوفاة الناجمة عن هذه المجموعة من الأمراض في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

ويعيش 80% من المصابين بمرض السكر في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ومن المنتظر أن ترتفع حالات الوفاة الناجمة عن السكر بنسبة 50% خلال السنوات العشر القادمة ما لم يتم الإسراع باتخاذ الإجراءات اللازمة.

وسوف تتزايد خطورة مشكلات الصحة النفسية. زمن المقدر أن تصبح الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب السبب الرئيسي في عبء المرض في البلدان المرتفعة الدخل بحلول 2030 وأن تمثل السبب الرئيس الثاني والثالث في ذلك العبء في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل على الترتيب.

وفي الوقت الذي يشكل فيه خطر وفاة الأمهات على امتداد العمر حالة وفاة من كل ثمانية حالات في "أفغانستان". نجد أنه يسجل حالة واحدة مقابل كل 17400 حالة في "السويد". وتبلغ معدلات وفيات الأمهات بين الفقراء ثلاثة أمثال نظيراتها أو أربعة أمثالها بين الأغنياء في "إندونيسيا".

ويلقى يوميا 13500 شخص حتفهم حول العالم من جراء التبغ. وسوف يرتفع إجمالي عدد الوفيات الناجمة عن التدخين من 5 ملايين حالة وفاة إلى 8 ملايين خلال العشرين سنة القادمة. وسوف يصبح التدخين في وقت قريب السبب الرئيس الأول للوفاة في البلدان النامية.

وتتسبب المسكرات في 1.8 مليون حالة وفاة على مستوى العالم (3.2% من إجمالي الوفيات)، وتشكل الإصابات غير المتعمدة وحدها حوالي ثلث هذه الحالات.

4- عدم المساواة في الصحة داخل البلدان

هناك مشكلة ثانية لعدم المساواة في الصحة داخل البلدان: الاختلافات المثيرة داخل البلدان. وتحدث هذه الاختلافات الصحية على عدد من محاور التقسيم الاجتماعي إلى طبقات من اجتماعية اقتصادية، وسياسية، وثقافية.

إن أحد طرق وصف حجم عدم المساواة هو الفجوة بين القمة والحضيض في المجموعات الاجتماعية الاقتصادية. ففي "السلفادور" على سبيل المثال، إذا كانت الأمهات محرومات من التعليم فإن لدى أطفالهن الرضع احتمال 100 في الألف للوفاة خلال العام الأول من العمر؛ وإذا كانت النساء لديهم تعليم ثانوي على الأقل يصبح معدل وفيات الرضع ربع ذلك.

عدم المساواة في الصحة داخل البلدان وفيما بينها تنبع من عدم المساواة داخل المجتمعات وفيما بينها: عدم مساواة في الظروف الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على حياة الناس الذي يحدد خطر الإصابة بالمرض والإجراءات التي تتخذ لمنع أو معالجة ما يحدث من أمراض. وأوجه عدم المساواة هذه ليست حتمية ولا ثابتة. فهناك حالات كثيرة من التوسع في عدم المساواة. فنحن نرى، على سبيل المثال، اختلافات متزايدة في مأمول الحياة في الاتحاد الروسي طبقاً لمستوى التعليم لدى كل الرجال والناس^{xii}.

كما يمكن أن نتلمس غياب العدالة الصحية من خلال التحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية، الذي يوضح بصورة متكاملة الأوصال مدى اعتماد السلطات المشرفة على الصحة العقلانية في توزيع الموارد الصحية^{xiii}.

رابعاً: واقع العدالة الصحية في الجزائر

بالرغم من التحسن في بعض المؤشرات الصحية منذ بداية التسعينات من القرن الماضي، إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح الذي تبنته وزارة الصحة والسكان سابقاً، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

لكن بعدد مرور تقريبا عشر سنوات من الإصلاح، مازالت المؤشرات الصحية تنذر بوجود عدم مساواة على المستوى الهيكلي أو في توزيع الموارد البشرية.

1- تنظيم النظام الصحي في الجزائر

يشمل التنظيم العام للنظام الصحي في الجزائر على ثلاثة مستويات أساسية هي^{xiv}:
المستوى المركزي: تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة عن طريق الأمين العام. بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان. تقوم هذه اللجان بالفحص، لكن تلعب غالباً دوراً مهماً في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة. في المقابل، توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

المستوى الجهوي: من أجل تحقيق الملاءمة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995.

يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الإستراتيجية، اتخاذ القرار، وعلى الخصوص تجنيد (تخصيص) الموارد.

وعلى المستوى القانوني والوظيفي، يمكن اعتبار (المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية).

توجد خمس مناطق صحية. منطقة الوسط (11 ولاية)، منطقة الشرق (14 ولاية)، الغرب (11 ولاية)، جنوب شرق (07 ولايات)، جنوب غرب (05 ولايات).

والجدير بالإشارة أن المستوى الجهوي يبقى افتراضياً، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

المستوى الولائي: تتكون الجزائر من 48 ولاية. تسير مديرية الصحة والسكان بالمرسوم التنفيذي رقم 97-

261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والمتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47. وتتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها. فمديرية الصحة والسكان تنسق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية؛ وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر، عيادات خاصة...)

إلى جانب المنشآت الصحية العمومية والممثلة من طرف المنشآت الصحية المتخصصة* والقطاعات الصحية♦، والمراكز الاستشفائية الجامعية♥.

2- مظاهر عدم العدالة الصحية في الجزائر

سيتم عرض مظاهر عدم العدالة الصحية في الجزائر من خلال المعوقات التي تقف أمام التنمية الصحية، على النحو الآتي:

ت تعاني الجزائر من العديد من المعوقات التي أثرت سلبا على واقع التنمية الصحية. ويمكن إجمال هذه المعوقات في النقاط التالية^{xv}:

- **معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية:** على الرغم من المجهودات التي قامت بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان، إلا أنها تبقى محدودة بالنظر للمجهودات التي بذلتها البلدان الأخرى. ويمكن إجمال هذه المعوقات في ضعف تمويل القطاع الصحي وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية على التراب الوطني مقارنة باحتياجات المجتمع الصحي.
- **ضعف تمويل القطاع الصحي:** على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي.

ويمكن عرض تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر في الجدول التالي:
الجدول (3): نفقات الصحة كنسبة من PIB

الجزائر	المغرب	تونس	ليبيا	
3,70	3,55	5,86	3,28	1995
3,35	3,49	5,43	3,35	1996
3,59	3,71	5,14	3,46	1997
3,59	3,92	5,40	3,90	1998
3,43	3,99	5,43	3,65	1999
3,49	4,18	5,40	3,41	2000
3,84	4,44	5,29	4,06	2001
3,73	5,31	5,32	4,57	2002
3,60	5,25	5,36	4,06	2003
3,54	5,22	5,63	3,46	2004
3,24	5,06	5,57	2,71	2005
3,36	5,23	5,64	2,51	2006
3,82	5,48	5,64	2,63	2007
4,20	5,41	5,63	2,04	2008
5,36	5,67	6,18	3,16	2009
5,12	5,86	6,54	3,05	2010
5,29	5,99	7,15	4,77	2011
6,14	6,15	7,18	4,30	2012
7,12	5,94	7,26	4,33	2013
7,21	5,91	7,00	4,97	2014
7,65	6,08	7,52	5,34	2015
8,11	6,12	7,70	5,69	2016*
8,57	6,17	7,88	6,05	2017*
9,03	6,21	8,06	6,40	2018*

المصدر:

perspective monde, Dépenses en santé (total) (% du PIB) Algérie
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=TUN&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2=x> (آخر إطلاع: 2019/09/28)

يلاحظ من خلال الجدول أن نفقات الصحة كنسبة من PIB في الجزائر شكلت أكبر نسبة وعرفت زيادة مطردة.

- **قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية:** بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية... كما شهدت وتشهد الجزائر سوء توزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني. فالعاصمة تستحوذ لوحدها على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد في الشرق نسبة 22%، الغرب نسبة 20% / بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي 1%.

- مستوى التغطية الصحية مازال بعيدا عن الاحتياجات الوطنية بسبب قدم التجهيزات والبنى التحتية ونقص الأسرة والعاملين في المجال الصحي وعدم توافق نظام الخريطة الصحية والاحتياجات المطروحة. فقلة الهياكل الصحية، إضافة إلى سوء توزيعها سوف يؤثر في آن واحد على كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، مما ينجر عنه سوء العدالة والاستجابة للاحتياجات الصحية وبالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان.

- الوفاة عند الأمهات، فيمكن ذكر الحقائق التالية^{xvi}:

لقد أكد بحث سنة 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق، حيث قدر معدل وفاة الأمهات بـ 84 لكل 100.000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن، و 210 في المنطقة الجنوبية الشرقية. ويتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100.000 مولود حي في مختلف الولايات.

بالإضافة إلى ذلك تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها (في الشمال أو الجنوب).

الخاتمة

في الوقت الذي ننظر فيه إلى الصحة على أنها قيمة في ذاتها، تسود الحالة الصحية في العالم عدم مساواة درامية، وتشمل أوجه عدم المساواة البلدان الغنية والفقيرة على حد سواء.

ويعاني النظام الصحي في الجزائر، على غرار الكثير من النظم الصحية في العالم العربي خصوصا، من عدة نقائص، تشكل معاقل الداء الذي يؤزم الصحة، والتي يمكن عرضها فيما يلي:

- نقائص مخرجات النظام الصحي: تتمثل فيما يلي:

. لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعا، إذا ما قورن بالمعدلات المسجلة في الدول المجاورة.

. لا يزال معدل وفيات الأطفال مرتفعا.

. لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائم.

. ازدياد الأمراض المزمنة مثل أمراض الأوعية القلبية، السرطان.

- نقائص تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الرعاية: وتتمثل في الآتي:

. هناك تفاوت جغرافي بالنسبة لوفيات الرضع والأطفال والأمهات، وحتى في توزيع الموارد البشرية.

. عجز المؤسسات الصحية العمومية من تتبع تطور طلب العلاج.

وعليه، نرى أن الرفع من التنمية الصحية وتحقيق العدالة في الجزائر، يتطلب الاعتماد على الآليات التالية:

- التعيين المتوازن للأطباء الأخصائيين، خاصة في مناطق الجنوب والهضاب العليا وتطوير التكوين وتدعيم التأطير.

- إعداد خريطة صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية.

- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

ويتطلب رفع الكفاءة في الإنفاق تعظيم الاستفادة من البنية الأساسية المتوفرة حاليا بقطاع الصحة، الأمر الذي يستلزم التنسيق بين قطاعات الخدمة المختلفة (العمومية والخاصة) للحد من تكرار الخدمات وتمركزها في مناطق بعينها دون الأخرى وتوجيه المبالغ الكبيرة التي تنفق على إنشاء المستشفيات والوحدات والمراكز الجديدة إلى بنود أخرى لها أولوية.

- وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقا للفئات العمرية.

- مراجعة الخطة الاستثمارية للتوسع في المنشآت الصحية ووقف بناء أي وحدات أو مستشفيات جديدة إلا بعد إجراء دراسات وإفافية، مع زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حالياً وتطويرها.
- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي.

ⁱ دافيد إي بلوم، تنظيم وإدارة الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية، يصدرها صندوق النقد الدولي كل ثلاثة أشهر، ديسمبر 2007، المجلد 44، العدد 4، ص 33.

ⁱⁱ منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، الدورة الخامسة عشر بعد المائة، البند 4-5 من جدول الأعمال المؤقت، 9 كانون الأول/ ديسمبر 2004، برنامج العمل العام 2006-2015 استعراض عملية الإعداد ومسودة الخطوط العريضة.

ⁱⁱⁱ منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الثانية والستون، البند 4-12 من جدول الأعمال المؤقت، 5 نيسان/ أبريل 2009، الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك تعزيز النظم الصحية.

^{iv} منظمة الصحة العالمية، المشاورة الرفيعة المستوى حول الأزمة المالية والاقتصادية والصحة العالمية، الأزمة المالية والصحة العالمية، مذكرة إعلامية/ 2009، 16 كانون الثاني/يناير 2009.

^v ب. محمد عثمان عبد المالك، الصحة والتنمية والفقر

Sudanese journal of public health : octobre 2007, vol2(4), p232-235.

^{vi} تقرير التنمية البشرية 2010، الفصل الخامس، ابتكارات في قياس عدم المساواة والفقر، ص 88.

^{vii} العدالة والمساواة: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، البنك الدولي إستراتيجية قطاع الصحة والتغذية والسكان (2013-2018)، البنك الدولي للإنشاء والتعمير / المؤسسة الدولية للتنمية أو البنك الدولي، 2013، ص 39.

viii العدالة الاجتماعية ومحددات الحالة الصحية

(آخر تصفح 2019/09/20) <http://www.alittihad.ae/wajhatdetails.php?id=62390>

^{ix} منظمة الصحة العالمية، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة ، تضيق الفجوة في غضون جيل واحد، العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة-الموجز، ص 1.

^x تضيق الفجوة في غضون جيل واحد العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، منظمة الصحة العالمية، 2008

^{xi} منظمة الصحة العالمية، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تضيق الفجوة في غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة. التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة-الموجز، ص 29-30.

^{xii} اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تحقيق العدالة الصحية من الأسباب الجذرية إلى النتائج العادلة، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ص 7-9.

^{xiii} لمزيد من التفاصيل فيما يتعلق بالتحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية، راجع: عجيل تركي الظاهر، التحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة الجهاد- الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلة فصلية محكمة تعنى بحقول الاقتصاد والسياسة والاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس والأنثروبولوجيا الاجتماعية والجغرافيا وعلوم المكتبات والمعلومات، جامعة الكويت، المجلد 32، العدد 3، 2004، ص 661-699.

^{xiv} Ministère de la Santé et de la population, Développement du Système National de Santé:Stratégie et perspective, Mai 2001

(آخر تصفح 2019/09/12) <http://www. Ands. Dz. / Système de Santé. htm#1>

* الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

♦ الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الاستشفائية الجامعية.

♥ الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-466، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل القطاعات الصحية.

^{xv} بومعروف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة، مجلة الباحث، مجلة دورية تصدر عن جامعة ورقلة، الجزائر، عدد 07، 2010-2009، ص ص 32-33.

^{xvi} Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annuel, édition ANEP, 7 avril 2002, p23