من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر

أ. بومعراف إلياس جامعة سطيف
أ.د. عماري عمار جامعة سطيف

ملخص : يتناول هذا المقال بالتحليل واقع الصحة بالجزائر وعلاقاتها بالتنمية المستدامة. كما يقف على مجموعة العوائق التي تقف أمام تحقيق أهدافها والسبل الكفيلة بجعل الصحة مستدامة في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: الصحة، الفقر، الأمراض، العلاج، المراكز الاستشفائية، التنمية المستدامة، الصحية المستدامة.

تمهيد : لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء في تلك المتقدمة او المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها على حد سواء. ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية. فالتنمية الصحية تمثل عنصراً هاماً في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية، دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها، ذلك إن الإنسان المكتمل صحياً هو القادر على بناء تنمية صحيحة و مستدامة ؛ من جانب آخر، إذا ما كان العامل المباشر والرئيسي في مجال الصحة هو التحكم في المرض والتطبيب لمعالجته، فان هناك العديد من العوامل الحاسمة والتي تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة. ويقترن ذلك بقطاعات المياه والصرف الصحي والتعليم والحياة الحضرية والريفية والإسكان والطاقة والزراعة و خاصة البيئة.

لقد شهدت السنوات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري بعض النمو والانجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس. فقد شهدنا انجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول الى المياه العذبة والسكن اللائق وغيرها. كما شهدنا إحراز كبير في الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها. من جانب أخر طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانيات وكذا المعنيين العاملين في المجال الصحي على مدى العقد الماضي، خاصة مع ولوج القطاع الخاص مجال الصحة وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.

رغم كل أشكال هذا التقدم في المجال الصحي المؤكدة، يضل ضعف الحالة الصحية يشكل احد القيود التي تعوق العملية التنموية المستدامة. انطلاقا من هنا فان الإشكالية التي يمكن طرحها في هذا المجال تتمحور حول تساؤل أساسي وهو: ما هو واقع الصحة في الجزائر وما هي سبل تطويرها لتحقيق تنمية صحية مستدامة. للإجابة على هذا التساؤل فإننا سنعالج الموضوع في النقاط التالية:

1. التنمية والتنمية المستدامة؛
2. مفهوم التنمية الصحية المستدامة؛
3. واقع التنمية الصحية في الجزائر؛
4. معوقات التنمية الصحية في الجزائر؛
5. سبل التنمية الصحية المستدامة في الجزائر.

1– التنمية والتنمية المستدامة: لطالما ربط مفهوم التنمية بالنمو الاقتصادي، بل حتى أنها في مفهومها الضيق كانت تتماثل إلى حد كبير بمفهوم النمو الاقتصادي[1]. ومع صدور تقارير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، لم يعد مفهوم التنمية مقتصرا فقط على النمو الاقتصادي، بل تعداه للتأكيد على ضرورة تحسين ظروف ونوعية الحياة المادية والمعنوية والحريات السياسية وباقي الجوانب ذات العلاقة

بالحياة الإنسانية. وهكذا برزت نقلة إضافية في التعريف بمفهوم التنمية، بإضافة البعد الزمني لها من منطلق وجوب توفر العدالة في استفادة الأجيال القادمة من عوائد التنمية، وبذلك أصبحت التنمية المستدامة. لقد تم التطرق لأول مرة بشكل رسمي إلى مفهوم التنمية المستدامة سنة 1987 من خلال لجنة (Brundtland) التي عرفتها بأنها "تلبية احتياجات الجيل الحالي دون المساس باحتياجات الأجيال القادمة[2]"، فهي "مجموعة من السياسات والأنشطة الموجهة نحو المستقبل[3]". فالتنمية المستدامة ليست نقلة واحدة، ولكنها عملية مستمرة ومطردة تمكن جميع أفراد المجتمع من توسيع نطاق قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتوظيفها بما يكفل تحقيق محصلة يجني ثمارها الجيل الحاضر كما تجني ثمارها الأجيال القادمة[4].

إن استمرار وتصاعد التحسن في نوعية الحياة المادية والمعنوية، الحريات السياسية والاستفادة العادلة من نتائج التنمية للجيل الحاضر والأجيال القادمة، يعني أن التنمية المستدامة هي عملية مستمرة ونقلة نوعية في إطار مطرد مترابط حتى تصبح عملية التنمية المستدامة عملية تلقائية إلى حد كبير، كما هو سائد في معظم الدول المتقدمة.

من خلال تعريف التنمية المستدامة، نجد أن مفهومها أشمل من مفهوم التنمية الذي يركز على النظرة الثابتة للنمو الاقتصادي، فالتنمية المستدامة لها أبعاد تتجاوز الحدود الاقتصادية لتشمل الجوانب الصحية والاجتماعية والثقافية والسياسية وغيرها من الجوانب ذات الصلة بحياة الأفراد. إضافة إلى ذلك، نجد أن محاور التنمية المستدامة ذات علاقة متداخلة ومتفاعلة فيما بينها.
إن التنمية المستدامة هي عملية واعية ودائمة موجهة وفق إرادة مستقلة من اجل إحداث تغييرات اقتصادية وسياسية واجتماعية وثقافية وبيئية تسمح بتحقيق تصاعد مطرد لقدرات المجتمع وتحسين مستمر ومتواصل لنوعية الحياة فيه.

2- مفهوم التنمية الصحية المستدامة: لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها. فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء. ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. ذلك أن العديد من حالات التردي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية. ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية[5].

لقد نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن "البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة[6]". فلا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية. فعلى سبيل المثال، فتك فيروس نقص المناعة بملايين البشر في أكثر سنوات أعمارهم الإنتاجية، كما أنه لا يزال تلوث الماء والهواء يؤدي بحياة الملايين كل عام، أغلبهم من سكان الدول النامية[7]. في هذا الإطار أكدت الدكتورة مارغين تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية " أن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية[8]". فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية. لذلك فإنه من أهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل إنسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، خاصة وأن هناك اتساعا لمفهوم الصحة، فلم يعد مفهومها يقتصر على عدم وجود المرض، بل تعداه ليشمل حالة كاملة من الأداء العقلي والجسدي، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى ذات تأثير مباشر عليها، إذ إن العديد من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة والمرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن بالقطاعات البيئية والمياه والصرف الصحي والزراعة والتعليم والحياة الحضرية والريفية والتجارة والسياحة والإسكان والأمن. ويمثل التصدي لسلبيات هذه العوامل مفتاحا لقيام تنمية صحية مستدامة، بمعنى تحسن مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل.

3- واقع التنمية الصحية في الجزائر: إذا كان الدخل الوطني يعد مؤشرا مباشرا للوقوف على ما تحقق من تنمية اقتصادية لبلد ما، فإن الأمر يختلف تماما بالنسبة للتنمية الصحية. ذلك أن التغيرات التي يعرفها المحيط، التطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمجتمع، والاهتمام المتزايد للسكان بالصحة، إضافة إلى طبيعة الخدمة الصحية باعتبارها تمثل أساسا خدمة اجتماعية كلها عبارة عن عوامل أدت إلى وجود تساؤلات حول واقع وأهمية التنمية الصحية. فلا يوجد هناك اختلافا حول مبدأ الرفع من مستوى التنمية الصحية ولكن الاختلاف يكمن حول الأهداف المرتبطة بها والأساليب المستعملة في تحقيقها وتقييمها.

3-1. واقع التنمية الصحية الوطنية حسب أسلوب التكلفة– الفعالية : عادة ما يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الأفراد. فكلما ارتفع معدل الأمل في الحياة كلما دل ذلك عن ارتفاع في مستوى التنمية الصحية. ومن بين الأساليب المستخدمة في تقييم مجهودات بلد ما في مجال التنمية الصحية نجد أسلوب التكلفة – الفعالية الذي يعد من الأساليب الأكثر استعمالا نظرا لسهولته وإمكانية تطبيقه. ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن هدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم صحة السكان (الفعالية) اعتمادا على الموارد المتوفرة (التكلفة)[9].

من اجل تقييم التنمية الصحية وفقا لهذا الأسلوب، يمكن اللجوء إلى تقسيم المعيارين السابقين إلى العديد من المعايير الفرعية:

- بالنسبة لتقييم الحالة الصحية للسكان، يمكن استخدام معاملات خاصة بالوفيات والحالات المرضية كمعدل الأمل في الحياة، معدل الوفيات حسب السن، معدل الإصابة بالأمراض، عدد الحالات المرضية، معدل العجز وغيرها.
- أما بالنسبة إلى مستوى نفقات الصحة، فإن المعايير المستخدمة عادة، تتمثل في نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي أو المبلغ الإجمالي للنفقات المخصصة للصحة.

والجدول رقم (1) يبين تطور معدل الأمل في الحياة ومؤشر النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي بالإنفاق الصحي في الجزائر.

على الرغم من التحسن في الحالة الصحية للسكان في الجزائر بسبب انخفاض معدل الوفيات وتحسن في الظروف المعيشية[10]، فإن ذلك لا يغطي على الارتفاع المتزايد للأمراض المختلفة في المجتمع الجزائري. فمعدل الأمل في الحياة يعكس فقط متوسط عدد السنوات التي يعشها الفرد ولا يظهر طبيعة الأمراض التي يعيشها مجتمع ما. فقد شهدت الجزائر نقلة في ما يخص طبيعة المرض خاصة بالنسبة للأمراض المتنقلة بفعل سوء شروط النظافة العامة وارتفاع في معدل المؤثرات الصناعية (حوادث المرور، الأمراض القلبية، السرطان، حوادث العمل والأمراض العقلية)[11]. فالأمراض المتنقلة مثلت 28% من أسباب الوفاة سنة 2002[12].

لقد شهدت الجزائر تغيرا واضحا في الهيكلة المرضية بفعل الارتفاع في الأمراض المتنقلة والأمراض المزمنة. فمن خلال إحصائيات وزارة الصحة والسكان، جدول رقم (3)، نجد ظهور العديد من الأمراض المزمنة كداء السكري، الأمراض القلبية، السرطان والأمراض العقلية. كما لا ننسى أن هناك ارتفاع في الأمراض المنتقلة عبر المياه[13]كالتفويد، الديفتريا، البوحمرون وغيرها والناتجة أساسا من أزمة السكن وارتفاع مستويات الفقر وضعف المؤسسات الاجتماعية والصحية للقيام بدورها. كما أن مرض السرطان أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في الجزائر، ذلك أن كل سنة يتم إحصاء 30000 حالة جديدة بارتفاع يقدر بـ 50% مقارنة بالعشرية الماضية[14]. هذا ما يدل على ضعف النظام الصحي الذي ما زال يبحث عن سياسة عامة لرفع المستوى الصحي للجزائريين. والجدول (رقم 2)،يبين تركز أهم الأمراض المزمنة حسب السن والجنس.

نلاحظ من خلال الجدول كذلك، أن معدل الأمراض المزمنة بلغ 10.5% سنة 2006. كما يلاحظ أيضا ارتفاع الإصابة بالأمراض المزمنة بالنسبة للفئة العمرية 60 سنة فما أكثر خاصة بالنسبة للجنس الأنثوي. ويرجع هذا بشكل أساسي ان هذه الفئة عانت كثيرا في الفترات

العصيبة التي عاشتها الجزائر.أما من حيث طبيعة الأمراض المزمنة نجد أن كل من مرض ارتفاع ضغط الدم ومرض السكر يمثلان أكثر الأمراض انتشارا خاصة بالنسبة للفئة العمرية بين 35 سنة وأكثر من 60 سنة. الجدول رقم (3)يبين طبيعة الأمراض المزمنة وتوزيعها حسب السن.

من جانب أخر، نلاحظ، ان مرض ارتفاع ضغط الدم وأمراض السكر تمثل أهم الأمراض المزمنة التي يعاني منها المجتمع الجزائري، والتي وصلت نسبتها 4.38% و2.10% على التوالي. أما من ناحية الانتشار، نجد ان الفئة السكانية التي يتجاوز سنها الستين السنة تمثل أكبر فئة تعاني من الأمراض المزمنة، فأكثر من 31% من هذه الفئة تعاني من الارتفاع في ضغط الدم وأكثر من 12.5% تعاني من أمراض السكر.إن الارتفاع في السن إضافة إلى ضعف تكفل النظام الصحي بالمرضى، أدى إلى ارتفاع متزايد في الأمراض المزمنة.

3–2. واقع التنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة : لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة سنة 1970 على أنها " حالة لعدم المرض"، بمعنى أن المستوى الصحي حسب هذا التعريف يعكس أثر الأمراض الموجودة في المجتمع. ولكن بعد سنوات 1970 أصبح مفهومها أكثر اتساعا لأنها أصبحت تمثل "حالة كاملة للأداء المادي والعقلي[15]". وبالتالي أصبحت التنمية الصحية أكثر اتساعا وتعقيدا، لأنها تأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية والتي تعد صعبة للتقييم. وقد قدمت منظمة الصحة العالمية تقريرا سنة 2000 حول الصحة في العالم والمعنون بـ "تقرير حول أداء الأنظمة الصحية في العالم 2000، من أجل نظام صحي أكثر أداء" والذي تم نشره في 24 جوان 2000. لقد قامت المنظمة من خلاله بتوسيع معايير تقييم الأداء الصحي للمقارنة بين الأنظمة الصحية ووضع إستراتيجية عالمية للصحة هدفها[16]، وضع أنظمة صحية تسمح بعدالة الخدمات الصحية وتحسينها، الاستجابة للاحتياجات الشرعية للأفراد والعدالة في المساهمة المالية ".

3–2–1. معايير تقييم التنمية الصحية : عرفت المنظمة العالمية للصحة، النظام الصحي على أنه " مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية. والنشاط الصحي عبارة عن كل مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات[17]". فالنظام الصحي حسب تعريف منظمة الصحة العالمية يحتوي على كافة الأنشطة التي تهدف إلى تحسين الصحة، سواء كانت مؤسسات صحية عمومية أو خاصة، جماعية أو فردية.

3–2–1–1. تحسين المستوى الصحي : إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان. فحسب منظمة الصحة العالمية فإنه لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي لمجتمع معين في الوقت الذي يوجد فيه ارتفاع في نسبة الفوارق بين السكان في مجال الحصول على الخدمات الصحية، وأن التطور في متوسط المستوى الصحي يستفيد منه ميسوري الحال والذين هم في صحة جيدة. فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل متعلق بالجودة والتي تمثل أحسن مستوى صحي؛ وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة والتي يمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

لقد قامت المنظمة بتقييم المستوى الصحي بمعدل الأمل في الحياة مصحح من العجز (Espérance de Vie Corrigé de l'Incapacité). وتعرف المنظمة هذا المعدل بأنه "الأمل في الحياة مع وجود مساواة في صحة كاملة". فتقدير معدل الأمل في الحياة اعتمادا فقط على الوفيات سوف يسيء لعملية المقارنة بين الأنظمة الصحية. إن استبعاد الأفراد العاجزين في حساب معدل الأمل في الحياة له اهمية بالغة في تقييم المستوى الصحي بشكل عادل، ذلك أن حالات العجز والاعاقة جد منتشرة في الدول المتخلفة، أين يكون الأطفال والنساء عرضة للعديد من الأمراض كالشلل والعمى ومن أثار العجز بفعل العديد من الأمراض الاستوائية كحمى المستنقعات

وداء البقيرات (Paludisme, Schistosomiase). إضافة إلى ذلك نجد ان معظم الدول المتخلفة خاصة منها الدول الافريقية تعاني من الصراعات العرقية والحروب التي أدت إلى ارتفاع مستويات الاعاقة خاصة الاعاقات الجسدية والنفسية.

3-2-1-2. استجابة النظام الصحي : تعكس درجة استجابة النظام الصحي المعايير الخاصة بـ " الاستقلالية، العزة، الثقة وتوجه المريض التي تحكم العلاقات بين الأفراد ومختلف الوحدات المكونة للنظام الصحي[18]". فهذا المعيار يختلف عن معيار الرضى على الخدمات الصحية المقدمة والذي يعكس مدى توقع الأفراد من الخدمات الصحية. فلا تقيم درجة الاستجابة فقط بقدرة النظام الصحي على الاستجابة لحاجات السكان والتي تظهر نتائجها على الجانب الصحي، وإنما تقاس بأداء الأنظمة الأخرى ذات العلاقة بالصحة كالخدمات الوقائية والعلاجية. إذ تؤكد المنظمة العالمية للصحة على وجود أنظمة لها درجة استجابة جد ضعيفة. فالنظام الصحي الذي يستجيب لاحتياجات المرضى يساهم في تحسين الصحة لأن المرضى المرتقبين سوف يكونون أكثر تحفيزا للحصول على الخدمات الصحية إذا كانوا يعتقدون بأنهم سوف يعاملون بشكل جيد. ففي المجتمعات المصنعة، تختلف فترة الانتظار للتدخلات الجراحية غير المستعجلة من بلد إلى أخر، فمنظمة الصحة العالمية تعترف بأن التدخلات الجراحية تقدم بشكل فردي وتعتمد على حالة المريض، وبالتالي لا يمكن حصر درجة الاستجابة للنظام اعتمادا على الخدمات الصحية فقط. فالمفهوم العام لدرجة الاستجابة يمكن أن يصنف إلى عاملين: عامل متعلق باحترام المرضى والذي يمكن اعتباره، أنه غير موضوعي لأنه يقيم بالدرجة الأولى من طرف المرضى و يخص الجوانب المتعلقة ببعض الانشغالات التي يطرحها المرضى باستمرار باعتبارهم زبائن النظام الصحي. والعامل الثاني متعلق بكيفية استجابة النظام الصحي للانشغالات المتكررة للمرضى وعائلاتهم باعتبارهم زبائن النظام الصحي والتي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر في المؤسسات الصحية.

إن هدف تقييم هذا المعامل حسب تقرير منظمة الصحة العالمية هو العمل على تفادي تأثيرات الاختلاف في المستويات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، باعتبار أنه عادة ما يكون "الفقراء" أقل إلحاحا من "الأغنياء" في الطلب على الخدمات الصحية، ويكتفون بخدمات صحية قليلة مقارنة باحتياجاتهم. وبالتالي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار معيار درجة الاستجابة هذا التفاوت في المستوى الثقافي والاجتماعي للبلدان. ويعتمد هذا المعيار على توقعات واحتياجات السكان من النظام الصحي.

3-2-1-3. التمويل العادل للنظام الصحي: إن التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على السداد وليس حسب درجة خطورة المرض، بمعنى أن هذا المعيار يقيم العدالة في توزيع الصحة حسب القدرة التمويلية للفرد وليس على أساس حالته المرضية. فالمبدأ العام القائل بأن "تتحصل بقدر ما دفعنا" يعد مبدأ عادلا في المعاملات التجارية، ولكنه لا يصلح على الإطلاق في مجال العناية الصحية. ويرى تقرير منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن " أن الخدمات الصحية تكون ممولة بشكل عادل إذا كانت هناك مساواة بين المصاريف الصحية والمصاريف غير الغذائية لكافة العائلات، بشكل مستقل عن مستويات دخولهم ومستويات صحتهم ومستويات استخدامهم للنظام الصحي[19]". وهذا يعني أن حصة المصاريف الصحية تكون نسبيا متساوية مع حصة المصاريف غير الصحية لكل عائلة. فالعائلات ذات مستويات دخول منخفضة لديها مصاريف غير غذائية منخفضة مقارنة بالعائلات ذات مستويات دخول مرتفعة وبالتالي يجب أن تتحمل مصاريف صحية منخفضة. فمعيار المساهمة المالية العادلة يعد هدفا اجتماعيا عن طريق البحث عن التوازن في الحصول على الخدمات الصحية بين مساهمة العائلات الميسورة ومساهمة العائلات الفقيرة ومساهمة الدولة لتفادي عدم قدرة المرضى من الاستفادة من النظام الصحي لأسباب مالية مما قد يعرضهم لمشاكل صحية كبيرة.

3-2-2. أداء النظام الصحي الجزائري حسب أسلوب المنظمة العالمية للصحة : حسب تقرير منظمة الصحة العالمية تحتل فرنسا المرتبة الأولى في مجال النظام الصحي جدول رقم (5). أما عُمان فتأتي على رأس القائمة في مجال المستوى الصحي. في حين أن معظم الدول الإفريقية تحتل المراتب الأخيرة حسب تقييم المنظمة. وبالنظر إلى ترتيب الدول حسب المنظمة نجد أنه لا يوجد هناك ارتباط بين المستوى الصحي، مستوى النظام الصحي والإنفاق الصحي. فالولايات المتحدة الأمريكية تحتل المرتبة الأولى في مجال الإنفاق الصحي على الفرد، نجدها في المرتبة 72 و37 في مجال المستوى الصحي ومستوى النظام الصحي على التوالي.

أما الجزائر فتحتل المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي (جدول رقم 4). وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية أخرى. حيث يلاحظ أن هناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي وفي مجال النظام الصحي. فقد احتلت الجزائر المرتبة 84 في مجال معدل الأمل في الحياة من بين 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية. وبالنظر لمستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث تحتل الجزائر المرتبة 110. كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث نجدها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول العضوة. أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي نجد أن الجزائر تحتل الرتبة 75. وهذا ما يؤكده السيد عبد اللطيف بن أشنهو في مقال له أن المؤسسات الصحية العمومية لازلت بعيدة عن مستويات الأداء، خاصة فيما يتعلق "بالظروف غير الجيدة لاستقبال وإقامة المرضى، ندرة الأدوية وارتفاع في معدل الانتظار"، إضافة إلى قلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى[20].

نشير هنا، انه مع الانخفاض المحسوس في نسبة وفيات الأطفال إلا أن هذه النسبة تبقى نوعا ما مرتفعة مقارنة ببعض الدول، كما أن هناك فوارق واضحة في مجال الحصول على الخدمات الصحية. أما في ما يخص إنجاز الأهداف نجد أن 98 دولة تتبوأ مراتب أحسن من الجزائر.نفس الشيء، فيما يخص مستوى الإنفاق الصحي نجد أن الجزائر تحتل المرتبة 114 من مجموع 192 دولة.

4- معوقات التنمية الصحية في الجزائر:

تعاني الجزائر من العديد من المعوقات التي أثرت سلبا على واقع التنمية الصحية. ويمكن إجمال هذه المعوقات – بالنظر لواقع القطاع الصحي- في النقاط التالية:

4-1. 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.

4-1-1. 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. فمن خلال الجدول رقم (6) نجد أن هناك نقصا في الاهتمام الذي تليه الجزائر للقطاع الصحي وهذا ما يتجلي في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية (الناتج المحلي الإجمالي)، وكذا انخفاض متوسط الفرد من الإنفاق الصحي بسبب ارتفاع عدد السكان.

فحسب مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة بالنسبة للعالم أجمع. إذ يمثل نصيب الصحة 13.1% سنة 1999 ليرتفع إلى 15.2% سنة 2003. كما أنه في معظم الدول المتقدمة يتراوح هذا المؤشر فيها بين 9% و15.2%. ففي ألمانيا مثلا تتراوح نسبة نفقات الخدمات الصحية من 10.8% إلى 11% للفترة الممتدة من سنة 1999 إلى سنة 2003. بينما صرفت فرنسا سنة 2003 ما يعادل 13.1% من ناتجها المحلي على الخدمات الصحية.

أما في الجزائر فإنه لم يتجاوز هذا المؤشر 3.8%، وهو أقل من الجارتين المغرب وتونس واللتان تجاوز معدل إنفاقهما على الخدمات الصحية 5% من الناتج المحلي الإجمالي وأقل مما هو لدى متوسط الدول العربية. في حين نجد أن الإنفاق الصحي للدول المتقدمة كالولايات المتحدة، ألمانيا، سويسرا وفرنسا في المتوسط يفوق نظيره في الدول العربية. وهذا ما يعكس عدم الاهتمام الذي توليه الجزائر للجانب الصحي مقارنة بالدول الأخرى. فمستوى تمويل القطاع الصحي الوطني ما زال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة وحتى في الدول العربية.

إن معدل النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي يعكس مدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها، إلا أنه لا يعكس مبدأ العدالة في توزيع الإنفاق الصحي أو ما يمكن أن نطلق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية والتي يمكن حسابها بمتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام. والجدول رقم (7) يبين متوسط الإنفاق الصحي في الدول العربية وبعض الدول المتقدمة للفترة الممتدة من 1999 إلى 2003.

بحسب مؤشر متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي تأتي الولايات المتحدة على رأس دول العالم أجمع، حيث يبلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي 5711 دولار سنة 2003، تليها ألمانيا بـ 5035 دولار ثم فرنسا بـ 3204 دولار بنفس السنة. ولا مجال للمقارنة بين الدول المتقدمة ومتوسط الدول العربية في مجال الإنفاق الصحي بالنسبة للفرد والذي لم يتجاوز في المتوسط 241 دولار بين سنة 1999 وسنة 2003.

أن نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي في الدول المتقدمة مرتفعة، كما نصيب الفرد من النفقات الصحية هو كذلك في ارتفاع. وهذا ما يعكس المستوى الصحي والعدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه البلدان. ففرنسا مثلا احتلت المرتبة الأولى عالميا في مجال النظام الصحي. مع أن بعض الدول النامية ذات الدخل المرتفع لديها مستويات منخفضة من النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي إلا أنها تشهد مستويات مرتفعة في نصيب الفرد من النفقات الصحية بفعل انخفاض عدد السكان، حيث يقترب هذا المؤشر من 900 دولار سنويا. فقطر تصرف في المتوسط 862 دولار لكل فرد سنة 2003، وتصل الإمارات العربية المتحدة إلى مستوى 661 دولار، تليها لبنان بـ 573 دولار. بالنسبة للجزائر يبلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي 71 دولار للفترة الممتدة من 1999 إلى سنة 2003، بانخفاض يقدر بـ 171 دولار عن متوسط الدول العربية، أي ما يعادل 70.66%.

4-1-2. قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية: بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر،فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية. حيث شهد عدد السكان ارتفاعا من 30416000 نسمة سنة 2000 إلى 31848000 نسمة سنة 2003 بنسبة تقدر أكثر من 4.07%[21]، في حين نجد أن ارتفاع الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة لم يتجاوز حدود 2.8%. فالمراكز الاستشفائية الجامعية لم يتغير فقط حجمها منذ سنة 2000 وإنما عرفت انخفاضا في عدد الأسرة هذا من جهة. ومن جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا لتوزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد ذلك في الشرق نسبة 22%، الغرب نسبة 20%، بينما في الجنوب الشرقي نسبو 2% والجنوب الغربي 1%، مثلما يوضحه الجدول رقم (8).

لقد أشار مجلس الوزراء المنعقد يوم الأحد 13 أبريل 2008 في اجتماعه برئاسة السيد عبد العزيز بوتفليقة رئيس الجمهورية حول ملف السياسة الصحية الوطنية، أن 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[22]. إن قلة 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.

4-2. معوقات مرتبطة ببيئة القطاع الصحي : تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد. وما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر. ويمكن ذكر الخصائص التالية للوضع البيئي في الجزائر[23]:

- انحسار الغلاف النباتي وزيادة التصحر؛
- النضوب السريع للموارد المائية السطحية والباطنية بسبب الاستغلال المفرط لها، لاسيما في السنوات الأخيرة بسبب فترة الجفاف. وقد بلغت نسبة السكان المحرومون من الإمكانية المستدامة للوصول إلى مصدر مياه محسّن 15% سنة 2004 بعدما كانت تمثل 13% سنة 2002[24].
- تدهور البيئة الساحلية والبحرية؛
- التلوث الصناعي بسبب المصانع غير المراقبة (مصانع الأسمنت بمفتاح ،مصنع البرايت بتسمسيلت ومركب اسمدال بعنابة ... الخ)؛ النفايات الخطرة والسامة دون مراعاة الأساليب العلمية للتخزين. حيث بلغ حجم النفايات 325100 طن سنويا[25]؛
- الزيادة المفرطة في التعمير والبناء نتيجة الضغط الديموغرافي وما نتج عنه من مشاكل حضرية.

كل هذه العوامل مجتمعة، أثرت سلبا على حياة وصحة الجزائريين. فقد شهدت الجزائر في الآونة الأخيرة ارتفاعا حادا في أمراض التفوئيد بسبب اختلاط مياه المجاري بالمياه الصالحة للشرب، ارتفاعا في حالات التسمم الغذائي[26] ارتفاعا في أمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاعا في حوادث المرور،.... إلخ.

4-3. ارتفاع في معدل الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل : تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية[27] (2007) لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية المرتبة 104، بمعدل تنمية بشرية يبلغ 0.733 سنة 2005، بعدما كانت تحتل المرتبة 108 في سنة 2002 بمعدل 0.704[28]، حيث تحتل الجزائر عادة المراكز الأخيرة للبلدان ذات تنمية بشرية متوسطة. الجدول رقم (9) يظهر تطور معدل التنمية البشرية في الجزائر خلال سنوات 1975/2005. أما فيما يخص الفقر، فإن الجزائر تحتل المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة 21.5%[29]، بعدما كانت تحتل المرتبة 43 سنة 2002 بمعدل 21.5%[30]. أما معدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد في اليوم فقد بلغ 2% خلال الفترة (1990-2005) و14.4% بالنسبة للسكان الذين يعيشون بـ 2 دولار في اليوم لنفس الفترة[31]. أما بالنسبة لتوزيع للدخل، فقد بلغ مؤشر جيني[32] حسب إحصائيات الأمم المتحدة سنة 2003 أي ما مقداره 35.5، وهذا ما يدل على وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل. من جانب آخر، فإن عدد السكان الذين يعيشون تحت عتبة الفقر حسب تقرير التنمية البشرية سنة 2007 فقد بلغ 22.6% من عدد السكان (2004) مقابل 12% سنة 1988. فمستوى الفقر ارتفع بشكل كبير خلال العشرية الأخيرة، أين تراجعت القدرة الشرائية للمواطن محدود الدخل، ويظهر ذلك بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، مما يرفع من مسؤولية القطاع الصحي اتجاه هذه الفئات. فالفقر يؤدي إلى عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تفشي الأمراض[33]. إن انخفاض مستوى التعليم وسوء التغذية وتوزيع الدخل تعد من دون شك، من عوامل أساسية في التأثير المباشر على المستوى الصحي للجزائريين.

5. متطلبات التنمية الصحية المستدامة في الجزائر:

على الرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة لدى الجزائريين، إلا انه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من طرف العديد من الدول، فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة. كما أن التحسن في معدل الأمل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع للأمراض المتفشية في المجتمع الجزائري سواء كانت متنقلة أو غير متنقلة. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل أهم أسباب الوفاة في الجزائر. وبالنظر للتنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة، نجدها متدنية، فالجزائر تحتل المرتبة 45 حسب المستوى الصحي والمرتبة 81 حسب ترتيب أداء النظام الصحي. وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للجزائريين غير مرتبط بالقطاع الصحي، فالعديد من العوامل الرئيسية الحاسمة لقطاع الصحة والحلول الفعالة للمشاكل والمعوقات التي يعاني منها القطاع الصحي الجزائري تقع خارج نطاق قطاع العناية الصحية. بمعنى أن تحقيق تنمية صحية مستدامة تقترن بقطاعات ذات العلاقة المباشرة والتأثير القوى على المستوى الصحي للجزائريين. وترتبط هذه القطاعات أساسا بالجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد. ويمثل التصدي لهذه العوامل الأساسية مفتاحا لقيام تنمية صحية وطنية مستدامة وتحسن مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل.

ففي مجال الصحة، ترى السلطات الجزائرية أن الرفع من التنمية الصحية الوطنية يتطلب الاعتماد على الآليات التالية[34]:

- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي.
- التعيين المتوازن للأطباء الأخصائيين خاصة في مناطق الجنوب والهضاب العليا وتطوير التكوين وتدعيم التأطير؛ التكفل بالانتقال الوبائي الذي يعرفه المجتمع الجزائري من خلال 26 برنامج وقاية و 8 برامج علاج و4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دج؛
- إعداد خارطة صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية؛
- إصلاح منظومة تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة ومحاربة الأدوية المزيفة.

إن جودة الرعاية الصحية تتأثر كذلك بالعوامل البيئية المختلفة. لذا يتطلب الأمر مساهمة العديد من الأطراف ذات العلاقة في ضمان حماية البيئة من اجل تخفيض معدل تعرض السكان للعوامل البيئية التي تؤثر سلبا على الصحة. ان تحقيق ذلك يتوقف على مجموعة من الإجراءات لعل من أهمها[35]:

- الرقابة المستمرة على العوامل التي تؤثر في الصحة خاصة العوامل الصناعية، وتحسسيها بأهمية التخلي عن العوامل التي تؤثر على البيئة؛
- الرقابة المستمرة للأمراض المتأتية من التلوث البيئي كالربو والأمراض القلبية؛
- إعداد استراتيجيات لتحسين جودة الهواء في المساكن وأماكن العمل و في المؤسسات العمومية؛
- إعلام الجمهور بمخاطر العوامل البيئية السيئة على الحياة عن طريق ترقية الممارسات الطبية الوقائية؛
- إنجاز استقصاءات وبحوث صحية وإقامة تحقيقات لتحليل الآثار على الصحة المتأتية من العوامل البيئية المعروفة والجديدة. فالتنمية الصحية ينبغي أن تستند إلى قرائن موثوقة تستمد من البحوث الصحية التي تقيس المزايا والمخاطر في مجال البرامج الصحية. لأن تجاهل هذه القرائن يعيق جهود التنمية ويبدد الموارد الاقتصادية.
- الأخذ بعين الاعتبار التغيرات الجوية في التخطيط الصحي الطويل الأجل خاصة فيما يتعلق ببرامج تهيئة الهياكل والمنشآت القاعدية ذات العلاقة بالصحة كالمستشفيات، المؤسسات الصحية، المؤسسات التعليمية والتربوية، هياكل صرف المياه، ....

- تهيئة المحيط للحد من التوسع العمراني، وتفضيل خلق الأماكن الخضراء في المناطق الحضرية التي تسمح بخلق تفاعلات إيجابية بين المحيط الاجتماعي وتحسين جودة الحياة؛
- تفضيل وسائل النقل الجماعية الأكثر تكيفا مع احتياجات السكان لخفض حدة التلوث البيئي؛
- وضع أنظمة للمعلومات تسهل من الرقابة على فعالية الإجراءات واتخاذ القرارات؛
- ضمان الوصول إلى الموارد المائية النظيفة؛
- دعم التثقيف في مجال الصحة.

كما أن تخفيض الفوارق بين الأفراد في مجال الدخول والتعليم والصحة والتشغيل تعد عاملا أساسيا في الرفع واستدامة التنمية الصحية. لهذا فان المنطلقات الأساسية لحل المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة يجب ان تركز على:

- اعتبار الاستقرار الاقتصادي شرطا أساسيا في عملية تحقيق التنمية الصحية المستدامة على الخصوص؛
- التركيز على التخفيف من حدة الفقر من خلال العمالة وتوفير الوظائف الدائمة؛
- إعطاء الأولوية للاستمارات في الصحة والتعليم والتدريب والزراعة؛
- إذكاء الوعي بالإنتاج والاستهلاك للرفع من مستوى دخول الأفراد وتحسين مستوى التغذية؛

من جانب أخر، ينبغي أن تحتل الصحة مكانة مركزية في برامج العمل الاجتماعي والاقتصادي والسياسي. فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاجتماعية والإنتاجية الاقتصادية، وتُساهم في الاستقرار السياسي وتحقيق التنمية المستدامة. ويتطلب ذلك:

- وضع سياسة صحية وطنية واضحة
- إيجاد نظام وطني للرعاية الصحية؛
- تعزيز دور القطاع العام والمستشفيات الحكومية؛ وإعطاء الأهمية للقطاع الخاص باعتباره سندا لجهود الدولة في المجال الصحي وداعما لها؛
- توفير قيادة تملك الرؤية والتبصّر والالتزام والقدرة على العمل الهادف في المجال الصحي؛
- السعي لإشراك فئات المجتمع المختلفة في عمليات تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الصحية؛
- تمويل البحوث الصحية الإستراتيجية، التي تركّز على المنتجات الصحية والتي تشتد الحاجة إليها أكثر من سواها، وليس تلك التي تُحقق أكبر قدر من المبيعات بالضرورة؛
- الاهتمام بالتأطير الصحي في القطاع العمومي، خاصة الأطباء والممرضين، ذلك أنهم هم المنفذون ومحركو التنمية الصحية المستدامة؛
- ترسيخ مبدأ تعاون القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي – التعليم ، المياه والصرف الصحي، الإسكان والحياة الحضرية والريفية، الطاقة، الزراعة، والبيئة وغيرها– في تنفيذ نشاطات وفعاليات التنمية الصحية.

أخيرا إن التصورات السابقة لواقع للتنمية الصحية في الجزائر تبقى ناقصة ومبهمة ذلك ان التنمية المستدامة ليست عملية ميكانيكية، بل هي إرادة وتصور وإستراتيجية متعددة الأبعاد يكون الإنسان فيها هو غايتها والأداة المبرمجة والمنفذة لها.

الخلاصة: إن اتساع مفهوم الصحة وسع من مفهوم وأبعاد التنمية الصحية. إذ انتقل من البعد الخاص بالمستوى الصحي إلى مجموع الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ذات الصلة بحياة السكان. وبالتالي فإن عملية النهوض بالتنمية الصحية واستدامتها تتطلب أولا تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر بشكل كبير على حياة الأفراد. ما يلاحظ على واقع التنمية الصحية الوطنية

ورغم التطور الذي شهدتها في السنوات الأخيرة إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها لعل من أهمها، ضعف مخصصات تمويل مؤسسات العناية الصحية مقارنة بالدول المتقدمة والعديد من الدول العربية، كما أن النظام الصحي الوطني غير قادر على الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم أو النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها. إضافة إلى ذلك، نجد أن هناك العديد من العوامل البيئية السلبية التي أثرت على المستوى الصحي للجزائريين كالتلوث، نقص المياه وزحف الاسمنت في المناطق العمرانية وغيرها.

إن مسالة التنمية الصحية المستدامة تتطلب مشاركة كافة الأطراف ذات العلاقة في عملية تخطيط وبناء نظام صحي ووضع البرامج الكفيلة بالنهوض بالمستوى الصحي للجزائريين، وتعزيز الشراكات المسئولة والابتكارات في جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.

ملاحق الجداول

جدول رقم (1). تطور معدل الأمل في الحياة اعتمادا على الإنفاق الصحي في الجزائر بين سنة 1990 و2005

السنة	1990	1992	1995	1997	2000	2002	2005
معدل الأمل في الحياة	67.157	67.916	68.649	69.138	70.22	70.94	71.734
النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي	2.8	2.9	3.1	3.3	3.5	3.5	3.4

Source: Conseil National Economique et Social, Rapport National sur Le Développement Humain, Algérie 2006, p.21

جدول رقم (2). درجة تركز أهم الأمراض المزمنة حسب السن والجنس لسنة 2006

كنسبة مئوية

السن	الذكور	الإناث	المجموع
18-0	2.9	2.4	2.6
24-19	3.4	3.0	3.2
35-25	3.6	5.1	4.3
59-35	12.7	24.3	18.5
60 فما فوق	42	60.4	51
المجموع	8.4	12.6	10.5

Source: Ministère de la Santé, Office National des Statistiques, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Rapport 2007, p.32.

جدول رقم (3). درجة انتشار أهم الأمراض المزمنة حسب السن والنوع لسنة 2006

كنسبة مئوية

السن	18-0	24-19	34-25	59-35	60+	**المجموع**
ارتفاع ضغط الدم	0.06	0.13	0.57	7.82	31.15	4.38
أمراض السكر	0.16	0.23	0.42	4.13	12.52	2.10
أمراض المفاصل	0.22	0.26	0.46	2.91	10.59	1.70

الربو	0.7	0.8	0.91	1.80	3.09	1.20
أمراض القلب	0.24	0.26	0.31	1.65	6.98	1.100
أمراض أخرى	1.27	0.26	0.31	1.65	6.98	1.11

Source: Ministère de la Santé, Office National des Statistiques, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Rapport 2007, p.32.

جدول رقم (4). ترتيب الجزائر حسب منظمة الصحة العالمية لعام 2005

إنجاز الأهداف						الأداء	
الصحة		درجة الاستجابة					
معدل الأمل في الحياة	التوزيع	الدرجة	التوزيع	العدالة في المساهمة المالية	الإنجاز الكلي للأهداف	مصاريف الصحة لكل فرد بالدولار	الترتيب حسب المستوى الصحي	ترتيب الأداء الكلي للنظام الصحي
84	110	91-90	52-50	75-74	99	114	45	81

Source: OMS: Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève,, p.175

جدول رقم (5).ترتيب بعض الدول العربية في المجال الصحي وبعض الدول المتقدمة حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة

المستوى الصحي			النظام الصحي		
الرتبة	البلد	العلامة	الرتبة	البلد	العلامة
1	عمان	0.992	1	فرنسا	0.994
4	فرنسا	0.984	8	عمان	0.961
10	العربية السعودية	0.936	20	سويسرا	0.916
16	الإمارات العربية المتحدة	0.907	25	ألمانيا	0.902
17	المغرب	0.906	26	العربية السعودية	0.894
26	سويسرا	0.879	27	الإمارات العربية المتحدة	0.886
30	البحرين	0.867	29	المغرب	0.882
41	ألمانيا	0.836	37	الولايات المتحدة الأمريكية	0.838
43	مصر	0.829	42	البحرين	0.824
45	الجزائر	0.829	44	قطر	0.812
46	تونس	0.824	45	الكويت	0.810
53	قطر	0.813	52	تونس	0.785
72	الولايات المتحدة الأمريكية	0.774	81	**الجزائر**	0.701
75	العراق	0.770	83	الأردن	0.698

0.683	ليبيا	87	0.761	اليمن	82
0.664	لبنان	91	0.733	سوريا	91
0.637	العراق	103	0.723	ليبيا	94
0.628	سوريا	108	0.719	لبنان	97
0.524	السودان	134	0.519	السودان	149

Source: OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, Pour un système de Santé Plus Performant, Genève 2000,, pp175-174.

جدول رقم (6). تطور نسبة النفقات الصحية الكلية إلى الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003
الجزائر	3.7	3.5	3.8	3.5	3.5
المغرب	4.6	4.7	4.9	5	5.1
تونس	5.5	5.6	5.7	5.6	5.4
السعودية العربية	4.3	4.2	4.7	4.5	4
البحرين	4.7	3.9	4.2	4.2	4.1
الامارت العربية المتحدة	3.8	3.2	3.7	3.4	3.3
قطر	3.6	2.8	2.9	3.3	2.7
مصر	5	5.2	5.4	5.9	5.8
لبنان	11.3	11.7	11.7	10.8	10.2
العراق	1.9	1.7	1.6	1.8	2.7
الولايات المتحدة	13.1	13.3	14	14.7	15.2
فرنسا	9.3	9.3	9.4	9.7	10.1
ألمانيا	10.8	10.6	10.8	10.8	11.1

Source: OMS: Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, pp.199-201.

جدول رقم (7). النفقات الصحية للفرد في بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003 مقيمة بمتوسط معدل الصرف – الدولار الأمريكي–

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003
الجزائر	61	63	68	75	89
المغرب	56	54	57	60	72
تونس	122	114	118	120	137

السعودية العربية	329	372	387	373	366
المتحدة العربية الامارت	681	704	737	650	661
قطر	773	816	808	871	862
مصر	68	71	63	71	55
لبنان	578	574	582	566	573
العراق	14	17	12	11	23
الولايات المتحدة	4335	4588	4934	5324	5711
فرنسا	2730	2404	2425	2637	3204
ألمانيا	3881	3572	3774	4220	5035

Source: OMS: Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, pp.199-201

جدول رقم (8). عدد المؤسسات الصحية الجزائرية بين سنة 2000 و2003

البيـان	2000		2001		2002		2003	
	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد
القطاعات الصحية	35115	224	34770	217	33319	187	31004	177
العيادات الاستشفائية[36]	–	–	–	–	962	14	600	8
المراكز الاستشفائية الجامعية	13087	13	13465	13	13236	13	13466	13
المستشفيات المتخصصة	6416	31	2661	32	5960	32	6046	32
عيادة الولادة العامة	3393	392	3132	395	4244	412	3517	359
عيادة الولادة الخاصة	450	38	494	42	470	35	439	30

Source**:** Office National des Statistiques, www.ons.dz/santé

جدول (9).تطور معدل التنمية البشرية في الفترة (1975–2005)

السنوات	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
معدل التنمية البشرية	0.511	0.562	0.613	0.652	0.672	0.702	0.733

Source: Human Report Development (2007-2008), United Nation Development Programm, New york,

الإحالات والمراجع :

[1] أسامة عبد الرحمن، تنمية التخلف وإدارة التنمية، الطبعة الأولى، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت 1997، ص.15.

[2] Gélinier., O, Simon., F-X., Billard., J-P, Muler., J-L, Développement durable: Pour une entreprise compétitive et responsable, éd:ESF, 3ème éd, Paris 2005, p.21.

[3] Gélinier., O, Simon., F-X., Billard., J-P, Muler., J-L, (2005), Ibid, p.19.

[4] أسامة عبد الرحمن(1997)، المرجع السابق، ص.16.

[5] تقرير منظمة الصحة العالمية، الصحة والتنمية المستدامة، جينيف2001، ص.11.

[6] تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ريو دي جانيرو، 1992، ص.46.

[7] كاظم الشبيب، معوقات التنمية الصحية، صحيفة العكاظ، العدد 2202، الخميس 28 يونيو 2007، ص.5.

[8] كاظم الشبيب، (2007)، مرجع سابق، ص.8.

[9] Castiel., D, Economie de la Santé : Quel Avenir, 2d : Management Société, Paris 1999, p.83.

[10] Conseil National Economique et Social (2006), Ibid, p.23.

[11] Kadar,M, Système et politique de Santé Au Magreb, Le 02 Juin 2003, le guide de la médecine et de la santé en Algérie, www.santémaghreb.com..

[12] Kadar,M, (2003), Ibid.

[13] بلغت نسبة السكان من دون إمكانية الحصول المستدام على مصادر ماء محسن 15% سنة 2004، بعدما كانت تمثل 11% سنة 2000. حسب تقرير التنمية البشرية (2007–2009)، ص.239.

[14] Kourta., D, El, Concer: l'une des causes essentielles des décès en Algérie, El Watan, 10 avril 2005.

[15] Santé et services sociaux, La Santé dans une perspective de Développement durable, Mémoire présenté au ministère de l'environnement dans le cadre de la consultation publique sur le Plan de Développement durable du Québec, Février 2005, p.17.

[16] OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, Pour un système de Santé Plus Performant, Genève 2000, p.8.

[17] OMS (2000), Ibid, p.9.

[18] OMS (2000), Ibid, p.85.

[19] OMS (2000), Ibid, p.86.

[20] Kourta., D, (2005), Ibid.

[21] www.ons.dz/santé.

[22] موقع وزارة الشؤون الخارجية الأحد 13 أبريل 2008 .

[23] Kadi., A, La Gestion de l'Eau en Algérie, Journal des Sciences Hydrauliques, Vol 42, n°2, Avril 1997, p.196.

[24] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي www.pogar.org.

[25] Samir., R, L'urgence de la mise en place en Algérie d'une stratégie pour une gestion efficace des déchets dangereux et la lutte contre la pollution industrielle, l'Expression jeudi 17 août 2006

[26] عزوز كردون و آخرون : البيئة في الجزائر، التأثير على الأوساط الطبيعية واستراتيجيات الحماية ، مخبر الدراسات و الأبحاث حول المغرب و البحر البيض المتوسط، جامعة منتوري – قسنطينة 2001 ، ص14، 15.

[27] Human Report Development (2007-2008), United Nation Development Programm, New york, p.245.

[28] Human Report Development (2004), United Nation Development Programm, New york, p.141

[29] Human Report Development (2007-2008), Ibid, p.254.

[30] Human Report Development (2004), Ibid, p.148.

[31] Human Report Development (2007-2008), Ibid, p.254.

[32] يقيس مؤشر جيني اللامساواة في توزيع الدخل أو الاستهلاك. حيث تمثل القيمة 0 المساواة الكاملة وتمثل القيمة 100 اللامساواة الكاملة.

[33] Kadi., A, (1997), p.196.

[34] موقع وزارة الشؤون الخارجية أحد 13 أفريل 2008 .

[35] Kaid Tlilane., N, Espace, Emploi et Environnement: Cas de l'Algérie, Laboratoire Economie et Dévelopement,(2005), Université Abderrhmane Mira, p.7.

[36] بالنسبة لسنتي 2000 و2001 تم تجميع العيادات الاستشفائية مع القطاعات الصحية.