

القنمية الصحية في الجزائر:

قراءة في السياسة الصحية الجزائرية

أ. منال بولفحة (*)

ملخص

تكمن أهمية التنمية الصحية في كونها الأساس لتحقيق التنمية بمختلف أبعادها ، حيث زاد الحديث عن موضوع الصحة خاصة مع توسع خريطة الأمراض وظهور أوبئة جديدة لم تكن من قبل ، إضافة إلى التحديات البيئية والتهديد الذي أصبحت تشكّله اليوم على صحة الإنسان .

سنحاول من خلال هذه الدراسة توضيح مكانة التنمية الصحية من خلال دراستنا للسياسة الصحية الجزائرية ، مبرزين أهم مؤشرات الحالة الصحية ، وتسلط الضوء على بعض العقبات التي تقف في طريق تحقيق التنمية الصحية ، محاولين الإجابة على الإشكالية التي سيطرحها موضوع الدراسة .

الكلمات المفتاحية : الصحة ، التنمية ، التنمية الصحية ، السياسة الصحية .

تصنيف

تشكّل التنمية الصحية موضع إهتمام كبير لدى جميع دول العالم التي تكافح من أجل المحافظة على الصحة وترقيتها واعتبارها ثروة لا بد من إستغلالها أحسن إستغلال ، فالفرد الذي يتمتع بالصحة الجيدة يُشكّل رأس مال بشري بدون له لا يمكن تحقيق التنمية مهما كانت أبعادها لأنّه أساس التنمية وهدفها ، بفضل التدابير والإجراءات ومختلف الإستراتيجيات التي تتخذها المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي على صعيد الصحة ومكافحة الجوع والفقر والأدوية واللقاحات خاصة في الدول النامية ثم تحقيق العديد من التطوّرات والإنجازات على المستوى الصحي مثل تراجع معدل الوفيات .

(*) طالبة دكتوراه ، بالمدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية – الجزائر .

لا يبرح هدف الجزائر عن الهدف العام وهو تحقيق التنمية الصحية لذلك تسعى إلى تحسين الوضع الصحي وخلق حياة صحية من خلال المجهودات التي تبذلها منذ الإستقلال ، بعد الخالة المزرية التي خلفها المستعمر من تشرد ، جهل ، الإنتشار الواسع للأمراض والأوبئة في وسط الجزائريين أي حالة يرثى لها ، هذا ما ساهم في تحسن بعض المؤشرات الصحية مثل تقليل نسبة الوفيات في أوساط الأطفال والأمهات ، تقدم على مستوى البهاكل والعمالة الصحية ، توسع التغطية الصحية مقارنة لما كانت عليه من خلال السياسة الصحية التي تنتهجها ، هذا ما يدفعنا إلى طرح الإشكالية التالية :

هل ساهمت السياسة الصحية الجزائرية في تحقيق التنمية الصحية؟ وما أهم التحديات التي تترضاها في سبيل ذلك؟

سنعالج هذه الإشكالية من خلال المحاور التالية :

- 1- مفاهيم نظرية حول التنمية الصحية .
- 2- السياسة الصحية : المفهوم والأهداف .
- 3- واقع التنمية الصحية في ظل السياسة الصحية الجزائرية .
- 4- تحديات تحقيق التنمية الصحية في الجزائر .

1- مفاهيم نظرية حول التنمية الصحية

قبل التعرف على ما تعنيه التنمية الصحية لا بد من الإشارة إلى معنى التنمية والصحة ، التي تعتبر مفاهيم أساسية يتمحور حولها موضوع البحث .

1. تعريف التنمية : إرتبط مفهوم التنمية بالعديد من المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ، وحضي بإهتمام واسع من قبل المهتمين بإعتبار الإنسان أساس هذه التنمية وهدفها مهما اختلف مجالها ، لهذا قدمت العديد من التعاريف لهذا المصطلح نذكر من بينها :

التنمية هي تغيير في المجتمع لتحقيق رفاه الفرد من جيل إلى جيل ، من أجل توسيع خياراته في الصحة والتعليم والدخل ، وتوسيع حرياته وفرض مشاركته الفعالة في المجتمع⁽¹⁾ .

من خلال هذا التعريف نستنتج أنَّ التنمية هي عملية مخطط هادفة وليست عشوائية ، الهدف منها تحقيق قدر كبير من الإتساق والتوازن بين عناصر الحياة الأساسية ، تساهم فيها الفئات الاجتماعية من أجل زيادة فرص التحسن .

2- تعريف الصحة : الصحة من المفاهيم المطاطية الديناميكية التي لا يمكن التحكّم في معناها أو تقديم تعريف شامل لها ، ذلك نتيجة إرتباطها بالعديد من العوامل وبهذا تعدّدت معانيها .

عرفها **بركنز (prekins)** : " أنّها حالة التوازن بين وظائف الجسم ، وأنّ هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرّض لها بصفة مستمرة . كما أنّ على أنّ تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على التوازن (الصحة) ⁽²⁾ .

كما يشير تعريف **منظمة الصحة العالمية (who)** إلى الصحة أنّها : " حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية ، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز " ⁽³⁾ .

قد يجد الباحث تعاريف أخرى للصحة مغايرة ومختلفة عن التعاريف التي تمّ تقديمها ، لكن على العموم الصحة إضافة لكونها الخلو من المرض هي قدرة الجسم على مواجهة العوامل التي قد تؤثر أو تعيق عملية أدائه لوظائفه .

فالصحة حق أساسي من حقوق الإنسان حيث يحق لكل إنسان التمتع بمستوى صحي أعلى وهذا ما تسعى إليه مختلف المنظمات الحقوقية والدول من خلال صياغتها لسياساتها الصحية ، كما لم تعد هذه العملية - صياغة السياسة الصحية - شتناً داخلية يخصّ الدولة فقط وأنّما تتدخل فيه أطراف وقواعل خارجية بحكم إرتباطها بقضية عالمية وهي الحق في الصحة .

جرى العرف أنّ الصحة تدخل في دائرة الشؤون الخاصة لا العامة فكانت الصحة تفهم على أنّها عدم وجود مرض ، فقد نشأ الحق في الصحة والضمان الصحي خارج المنظومة الفكرية الأولى لحقوق الإنسان قادمًا من الأوساط النقابية والمهنية التي بدأت تطور برامج مطلّبة تتناول ما نسميه اليوم بحق الصحة ⁽⁴⁾ . وبهذا بدأ ينظر إلى الصحة كقضية اجتماعية لا تخصّ كل فرد على حدى ، حيث زكت العديد من القوانين والاتفاقيات الدولية هذا الحق واعتبرته أساسى لا بد من أن تصونه مختلف السياسات الصحية والأطر التشريعية والقانونية المعبرة عنها .

على سبيل المثال نصّ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) من خلال (المادة 25) على الحق في الصحة : " لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته خاصّة على صعيد المأكّل والملبس والسكن والعناية الطبية ، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية ... " ⁽⁵⁾ إضافة إلى العديد من الاتفاقيات الدولية كاتفاقية إلغاء كافة أشكال التمييز ضدّ المرأة (سيداو) (1979) من خلال المواد (10 ، 12 ، 14) ، إتفاقية حقوق الطفل 1989 من خلال (المادتين 23 ، 24) .

3- تعريف التنمية الصحية : " هي مجموعة البرامج التي تعنى بالقطاع الصحي على اختلاف أنواعه (نوعية الخدمات، العتاد المستعمل، التكنولوجيا المعتمدة...)، والتي يكون هدفها تنمية القطاع الصحي والرفي به إلى درجات أعلى مما عليه"⁽⁶⁾.

حيث تستخدم مجموعة من المؤشرات للتعريف بالحالة الصحية، ويكون لها دور في قياس مستوى التنمية الصحية لأي بلد. تختلف هذه المؤشرات من مؤسسة دولية لأخرى، مثلاً تعتمد اليونيسيف على معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية، بينما تعتمد منظمة الصحة العالمية على العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر ثم تعديله ليأخذ في الإعتداد المعلومات المتوفرة حول بيئة الصحة وتاريخ الأمراض، إضافة إلى تلك المؤشرات هناك معدل وفيات الرضع، معدل الحصول على الخدمات الصحية، نسبة الإنفاق الصحي⁽⁷⁾.

2- السياسة الصحية: المفهوم والأهداف

1- تعريف السياسة الصحية: تعددت التعاريف الخاصة بالسياسة الصحية والتي يمكن ذكر بعضها على سبيل المثال وليس الحصر:

تعريف منظمة الصحة العالمية للسياسة الصحية أنها: " الإجراءات المحددة اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الوقاية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة"⁽⁸⁾.

كما عرّفت على أنها: " تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"⁽⁹⁾.

بناءً على ما سبق وكتعريف إجرائي لسياسة الصحية يمكن القول أنها: مجموعة البرامج والإجراءات والخطط التي تهدف الدولة من خلالها إلى تحسين الوضع الصحي.

2- أهداف السياسة الصحية: تسعى السياسة الصحية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، التي تم تبنيها بناءً على الواقع وما يتطلبه، كما تعتبر أولويات لا بد من تحقيقها، يمكن تقسيم تلك الأهداف إلى قسمين كالتالي⁽¹⁰⁾:

أهداف تركز على إيجاد حلول للمشاكل الصحية :

- تقليل حجم معدلات الإعتلال والوفيات بسبب :
- (• الأمراض المزمنة (القلب، الأوعية الدموية...).

- الأمراض غير المعدية (السرطان ..).
- القضاء على الحصبة شلل الأطفال والدفتيريا .
- الحد من الإصابة وعواقب الحوادث (المنزلية ، السفر) .

أهداف تركز على تحسين البهاكل والخدمات الصحية :

- تحسين وتوفير المعلومات حول الوقاية والتشخيص والعلاج .
- تعزيز التثقيف الصحي .
- تطوير الرعاية والمساعدة المنزلية .
- توفير المرافق المناسبة مثل مرافق للمسنين .

بناءً على ما سبق نستنتج أنَّ السياسة الصحية التي تتبناها أي دولة هدفها حماية الصحة وترقيتها ، من أجل ضمان هذا الحق الدستوري والقانوني لمختلف المواطنين ، وذلك بإعتماد مبدأ المساواة وعدالة الحصول على الرعاية الصحية ، وذلك بتوفير مختلف الوسائل سواء المادية أو البشرية .

3- واقع التنمية الصحية في ظلّ السياسة الصحية الجزائرية

تبثت الجزائر منذ الإستقلال إلى اليوم ، سياسة صحية لها أهدافها ومبادئها ومقتضياتها التي اختلفت من فترة لأخرى بحكم إستجابتها لمتطلبات كل فترة ، هدفها تحقيق التنمية الصحية من خلال البرامج والإجراءات التي وضعتها لمواجهة الأمراض وحل المشاكل الصحية المختلفة وكل ما من شأنه التأثير على الوضع الصحي للمواطنين ، يمكن دراسة السياسة الصحية في الجزائر بناءاً على تقسيمها إلى ثلاثة مراحل وهي :

1- السياسة الصحية من (1962 - 1984)

إنطلقت بداية هذه المرحلة من الدمار والخراب والوضع الصحي الهش الذي خلفه المستعمر ، فكانت هناك ضرورة لاستجابة الدولة الجزائرية لهذا الوضع من خلال سياسة صحية أخذت العلاج الوقائي ومجانية العلاج من أهم مبادئها ، وهذا ما تضمنه دستور (1976) من خلال (المادة 67) "في إطار تعزيز مبدأ الحق في الصحة وذلك يكون من خلال مجانية الحصول على الخدمات الصحية والطب المجاني"⁽¹¹⁾ . وكان ذلك من خلال الحملات التلقيحية لحماية الطفولة والأمومة والحد من انتشار بعض الأمراض التي كانت حاصلة ما تسببه من وفيات مثل الشلل والتيتانوس والدفتيريا .

فرضت الظروف المعيشية السيئة للجزائريين مجانية العلاج بهدف حصول الجميع على الخدمات الصحية أي توسيع التغطية الصحية في ظل دعم مبدأ الصحة للجميع، حيث جاء في الميثاق الوطني 1976 "تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وتحسين مستوى صحة السكان....." (12)، وما زاد من تأكيد مجانية العلاج هو الأمر (رقم 73-65) المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية الذي جاء في مضمون (المادة الأولى) منه "التشخيص ومعالجة المرضى يكون مجانيًا في جميع القطاعات الصحية" (13)، ومن أجل مواجهة الأمراض والأوبئة التي كانت منتشرة على نطاق واسع كان لابد من إجراء يعزز ذلك والذي تمثل في إجبارية العلاج الذي تضمنه (المرسوم 96-69) المؤرخ في 01 يوليو 1969 تضمن معالجة السل بصفة إجبارية مجاناً.

من أجل الوصول إلى تحقيق كل ما نصّت عليه هذه الأطر القانونية والتشريعية كان لا بد من تعزيز البنية التحتية التي كانت من أولويات هذه المرحلة بعد النقص الفاحش في عدد الهياكل الصحية الموروثة عن المستعمر، كما يقتصر وجودها على المدن الكبرى فقط، فالفترة (1967-1969) عرفت مضاعفة لفاعات العلاج في محاولة لمنح أولوية للعلاج الأولي الذي لا يتم إلا بتوفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي، إضافة إلى إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974 (14)، فسجل تقدم على المستوى العددي للهياكل الصحية هذا ما يوضحه (الجدول رقم 01).

فالتحسن على مستوى الهياكل الصحية رافقه تحسن في الهيئة الطبية التي كانت غالبيتها أجنبية، لهذا الهدف تم إنشاء المعهد الوطني للصحة الذي من بين وظائفه تكوين موظفي الصحة، كل هذه الجهود انعكست في التحسن الذي سجلته العديد من المؤشرات حيث قدرت وفيات الأطفال بـ (142/1000) سنة 1970 لتتراجع إلى (84.7/1000) سنة 1980، كما بلغت نسبة التلقيح ضد الحصبة (52%) سنة 1980 (15)، وكان لمجانبة العلاج دور في إفساح نطاق التغطية الصحية بعد أن كانت الفحوصات الطبية لا تشمل سوى 06 ملايين سنة 1974 إرتفعت لتشمل حوالي 17 مليون مع سنة 1979 (16).

2- السياسة الصحية من (1985 - 1998)

عرفت هذه الفترة صدور قانون (رقم 85-05) المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها الذي مزال معمولاً به إلى غاية اليوم، إستمّر في دعم الحق في الصحة وحمايته من خلال الوقاية والعلاج إضافة إلى التربية الصحية التي تعتبر ضرورية ولها دور في التثقيف الصحي الذي يمكن المواطن من حماية صحته والمحافظة عليها، هذا ما نلتصمه من (المادة 97) "تستهدف التربية الصحية المساهمة في رفاهية السكان من خلال إكتسابهم المعلومات الضرورية لذلك.

لاسيما ما يتعلق بالنظافة الفردية والجماعية، حماية البيئة، التغذية السليمة والمتوازنة، الوقاية من الأمراض والحوادث، إستهلاك الأدوية، مكافحة الممارسات الضارة، ترقية التربية البدنية والرياضية⁽¹⁷⁾. لكن هذه المرحلة شهدت العديد من المشاكل التي كان لها تأثير واضح على الوضع الصحي وبالتالي على التنمية الصحية بشكل عام، حيث عرفت أسعار البترول تراجع كبير ما بين (1986-1987) وانعكس ذلك على مختلف القطاعات، تدنت القدرة الشرائية للمواطن الجزائري بـ (25%) حيث تراجعت من (4500) دولار للفرد سنة 1987 إلى أقل من (2000 دولار) سنة 1997 لتصل إلى حدود (1350 دولار) سنة 1998 وتفاقم ظاهرة البطالة التي انتقلت من (6.12%) سنة 1988 لتصل إلى (29%) سنة 2000 بهذا وصلت ظاهرة الفقر مع سنة 1999 إلى (22%)⁽¹⁸⁾، ترك هذا أثر على الحالة الصحية للمواطنين نتيجة العلاقة القائمة بين الصحة والجوانب الاجتماعية والإقتصادية وحتى الثقافية، فتدهور القدرة الشرائية من شأنه أن يؤثر على نسبة إنفاق الفرد على صحته، كما أن الفقر يكون سبب في ظهور العديد من الأمراض، كما لا ننسى المشكلة الأخر الذي عرفته هذه المرحلة بداية التسعينات وهو الإنفلات الأمني الذي دفع الجزائريين ثمنه غاليا، راح ضحيته آلاف المواطنين لا ننسى التشرد والحرمان وتدني مستوى المعيشة، وكان ذلك السبب في تفشي الأمراض والأوبئة، تدمير العديد من الهياكل الصحية مثل المستشفيات.

لكن رغم كل المشاكل استمرت الجهود من أجل تحسين الوضع الصحي، فتم في هذه المرحلة فتح المجال امام القطاع الخاص الصحي بعد أن كان يحضى بدور محتشم من قبل، وبدأت ملامح تشجيع الدولة لهذا القطاع من خلال القانون (رقم 88-15) المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتم للقاءون (رقم 85-05) المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، إضافة إلى المرسوم (رقم 88-204) المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 الذي يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، إضافة إلى الإجراءات والبرامج التي تستهدف الطفل والأم ومكافحة إنتشار الأمراض والأوبئة والاهتمام بالبيئة الطبية والهياكل الصحية، بناءً على ذلك عرفت المؤسسات الصحية تحسنا مقارنة بالسنوات الماضية، حيث بلغت نسبة الزيادات 1000/25.3 أما نسبة وفيات الأطفال 1000/44 وسجل متوسط الحياة 68 سنة⁽¹⁹⁾.

3- السياسة الصحية من 1999 إلى يومنا

تزامنت هذه المرحلة مع حملة الإصلاحات التي شملت مختلف القطاعات بما فيها القطاع الصحي، إضافة إلى البهجة المالية نتيجة الإرتفاع الذي سجلته أسعار البترول، فعرفت هذه المرحلة مجموعة من البرامج التنموية منها برنامج دعم الإنعاش (2001-2004)، وبرنامج تعزيز النمو (2005-2009) وغيرها التي كانت الصحة من بين أولوياتها إضافة إلى تحسين الوضع المعيشي من خلال توفير السكن والمياه الصالحة والتعليم وغيرها من متطلبات الحياة الأساسية. بدأت الميزانية المخصصة للقطاع الصحي في التحسن حيث إستفاد هذا القطاع من (619 مليار دينار) جزائري في

إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة المحددة (2010-2014) ⁽²⁰⁾ . بدأت النفقات الصحية للفرد تأخذ منحى تصاعدي ابتداء من سنة 1998 كما يوضحه (الشكل رقم 01 الموالى) .

ولمّ التركيز على ثنائية الأم والطفل خاصة مع اعتبارها أولوية ومحور إستراتيجي في مجال مكافحة وفيات الأمهات والرضع ضمن استراتيجية التعاون بين الجزائر ومنظمة الصحة العالمية (2002-2005) التي كان لها أثر كبير في الحد من بعض الأمراض التي حصدت العديد من الأرواح منها حمى الملاريا ⁽²¹⁾ ، يمكن القول أنّ الإهتمام بالأمهات والأطفال كانت أولوية من أولويات السياسة الصحية حيث تمّ التركيز عليها منذ الإستقلال .

وفي إطار تحقيق المساواة والإنصاف في حصول المواطنين ومختلف الشرائح الإجتماعية على الخدمات الصحية تم إعادة هيكلة المنظومة الصحية بموجب المرسوم التنفيذي (رقم 07-140) المؤرخ في 20 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية . وبهذا تمّ فصل العلاج والفحص الذي أصبح من اختصاصات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية عن الإستشفاء الذي أصبح من مهام المستشفيات العمومية .

وفيما يخصّ تحسين التكتّل بالأمراض المستعصية وتطوير العلاج المتخصص تم تنفيذ المخطط الوطني للسرطان (2015-2019) والمخطط الوطني (2014-2018) لمكافحة عوامل الخطر للأمراض غير المنتقلة ⁽²²⁾ . بعد أن عرفت بعض المؤشرات تنامي الأمراض غير المنتقلة خاصة ضغط الدم الشرياني ، الأمراض القلبية وداء السكري ، الأمراض التنفسية المزمنة والسرطان ، كما تشكّل مواجهة مرض السل الذي يتميّز بمقاومة شديدة للعلاج والعديد من الأدوية ، حيث وصل إلى (0.73%) ما بين سنة 2002 و 2007) رغم ذلك اعتبر معدل بعيد عن خط الخطر حسب معايير منظمة الصحة العالمية المحدّد بـ (3% ⁽²³⁾) . يمكن الإشارة إلى بعض المؤشرات الصحية التي تعبّر عن الحالة الصحية لهذه المرحلة من خلال (الجدول رقم 02 الموالى) .

4- تحديات تحقيق التنمية الصحية في الجزائر

من خلال عرض السياسة الصحية الجزائرية وأهم مبادئها نجد أنّ هناك العديد من النقص والمساكن التي تعرقل عملية التنمية الصحية والتي نذكر من بينها :

- **على مستوى السياسة الصحية :** هنا نتساءل عن الفواعل والأطراف الذين لهم دور في صنع هذه السياسة ، وهل هناك وعي بحقيقة الوضع الصحي وما يعانيه من مشاكل؟ هل حقيقة تعبّر السياسة الصحية عن إنشغالات ومطالب المواطن الجزائري في ظل عدم رضى هذا الأخير عن ما يقدم له من خدمات وعن الوضع الصحي بصفة عامة ، لأنّ المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي توجي بغياب الشراكة فيما يتعلّق بصنع السياسة الصحية

وبالتالي تغيب قاعلية ورشادة هذه الأخيرة حيث تبنى على غير الأولويات التي من المفترض أن تبنى عليها وهذا ما ينعكس على النتائج الواقعية وتظهر هناك فجوة بين حقيقة ما يتطلبه الوضع الصحي وما تم التوصل إليه من خلال تطبيق هذه السياسة .

-على مستوى الأطر القانونية: مزال العمل بالقانون (85-05) المتعلق بحماية الصحة وترقيتها إلى غاية اليوم . في سنة 1999 تم تشكيل لجنة من أجل إعداد مشروع قانون جديد للصحة . وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة كذلك لنفس الهدف والتي قدمت مشروع القانون إلى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في فيفري 2011، لكن إلى غاية اليوم لم يظهر أي قانون⁽²⁴⁾ ، القانون (85-05) جاء في ظل ظروف إقتصادية وإجتماعية مختلفة عن الوضع اليوم الذي نلاحظ فيه العديد من التغيرات والتعقيدات التي لا بد لها من قانون جديد . قانون يستجيب لمطالب اليوم التي تختلف عن سابقتها في ظل الكثافة السكانية التي قدرت بحوالي 39 مليون نسمة سنة 2014 (41 مليون و200 ألف بداية 2017)، التغير في الخريطة الوبائية وظهور العديد من الأمراض التي لم تكن موجودة من قبل، مع إرتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل القلب، السكري، السرطان وغيرها وإرتفاع نسبة الوفيات بسبب تلك الأمراض . التطورات العالمية وضرورة الإستجابة كل هذا يتطلب إطار قانوني جديد . (المادة 04 الموالي) يثل توزيع الأمراض غير المعدية .

-على مستوى البناكل الصحية : من المفروض أن يتم العمل على حماية الصحة والحفاظ عليها إنطلاقاً من مبدأ المساواة في الحصول على الخدمات الصحية لكل مواطن جزائري سواء في الشمال أو الجنوب، الشرق أو الغرب لكن ما نلاحظه هو غياب التوزيع العادل للمرافق الصحية سواء العمومية أو الخاصة وحتى الهيئة الطبية وهذا ما أدى إلى غياب الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية، حيث نجد أنّ نسبة المستشفيات في الشمال يقدر بـ(61%) أي حوالي (172 مستشفى) مقارنة بالجنوب الذي قدرت فيه نسبة المستشفيات بـ(11%) ما يعادل (33) فقط، هذا ما يوضحه (المادة 05 الموالي) .

-على مستوى الإنفاق الصحي : الإنفاق على الصحة يكلف العديد من الدول مخصصات مالية كبيرة وكلما تحصل المواطن على طلب أو خدمة معينة يتجه إلى طلب أخرى بمعنى الإنفاق لن يتراجع وهو في تزايد مستمر، لكن الإنفاق بشكل كبير على الصحة لا يعكس دائماً جودة الخدمات الصحية التي تقدم، من الممكن أن يكون الإهتمام بالكلفة على حساب الكيف أي المهم أن يتم الحصول على الخدمات الصحية ليس المهم كيف يحصل عليها وهل المواطن راضى عن الطريقة التي يحصل بها على ما يقدم له من خدمات؟ وهل قد تعود عليه بالفائدة أو العكس؟ وبالتالي نسبة الإنفاق الصحي في الجزائر حتى وإن كانت في اتجاه تصاعدي لا تعبر عن جودة الخدمات هذا من جهة ومن جهة أخرى إذا قارنا نسبة النفقات الصحية للجزائر مع ما تنفقه دول عربية أخرى قد نجد قليل جداً . هذا ما يوضحه (المادة 06 الموالي) .

وإذا كان لمجانية العلاج طابع تضامني يكفل العلاج لأغلب شرائح المجتمع بإعتبار الدولة ضامن للجانب الانساني المتمثل في التضامن الوطني والانسجام الإجتماعي من جهة وإستمرارية إمتيازات السلطة العامة فيما يخص التخطيط من جهة أخرى، هو سبب في غياب أليات لتنظيم النفقات وبالتالي غياب الرصادة، فالميزانية تمنح مسبقاً ولا تعكس حجم وطبيعة النشاطات الصحية المنجزة⁽²⁵⁾.

- على مستوى التنظيم والتسيير : غياب إستراتيجية شاملة ومتوازنة لإدارة الموارد المالية والبشرية⁽²⁶⁾، إضافة إلى التسبب والمحسوبية وعدم إحترام القوانين والأنظمة الداخلية للمستشفيات والمراكز الصحية بالنسبة لعمال القطاع، القيام بالعديد من التجاوزات والتلاعب بصحة المرضى وغيرها .

- على مستوى المحددات الصحية : تتأثر الصحة بمختلف العوامل الاقتصادية والإجتماعية والبيئية وحتى الثقافية وبالتالي عدم إستقرارها يعيق عجلة التنمية الصحية، عانت الجزائر ومازالت من تدهور الوضع الإقتصادي الذي أثر على دخل الفرد وبالتالي القدرة الشرائية إضافة إلى صعوبة الحصول على الحاجات الأساسية مثل السكن والصرف الصحي، والبطالة التي بلغت (15.2%) في سنة 2005 فحوالي (2.671 مليون) شخص بطال و(2.2 مليون) يعيشون في فقر مطلق منهم (518 ألف شخص) يعيشون حالة قصوى من الحرمان، الأمية التي قدّرت بـ (23.7%) لنفس السنة، إضافة إلى الفروقات وغياب المساواة الإقتصادية والإجتماعية بحيث تأكد الإحصائيات الرسمية أنّ (10%) الأكثر غنى يستهلكون (32%) من الدخل الوطني في حين أنّ (40%) الآخرين يستهلكون فقط (6%) من الناتج الوطني⁽²⁷⁾. التدهور وزيادة المشاكل البيئية مثل التلوث، زيادة الكثافة السكانية بشكل كبير، نقص الوعي والثقافة الصحية التي تزيد من فرص إنتشار الأمراض.

كل هذا يعرقل عملية التنمية الصحية في الجزائر لذلك لا بد من :

- سياسة صحية رشيدة تقوم على مبدأ الشراكة مع مختلف الفواعل ذات العلاقة بالصحة، سواء على المستوى المحلي أو العالمي .

- لا بد من الإعتماد على المعلومات والبحوث بهدف تطوير المجال الصحي وتحديثه للتمشي مع المستجدات.

- لا بد من إطار قانوني يستجيب للمتغيرات والتحديات التي من شأنها التأثير على الوضع الصحي للأفراد وتهتدّد مثل النمو السكاني المرتفع، زيادة معدلات الإصابة ببعض الأمراض المزمنة وغير المعدية التي لها دور في إرتفاع نسبة الوفيات.

-الإعتماد على ثنائية القطاع العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية والنموض بالقطاع بشكل عام . لكن بناءا على مبدأ التكامل لا التعارض لأنّ الهدف هو واحد أي صحة المواطن .
-الإرتقاء بالخدمات الصحية سواء تعلّق الأمر بنوعيتها أو وفرتها أو تكلفتها وحتى العدالة في تقديمها .

خلاصة

بناءا على ما سبق يمكن القول أنّ التنمية الصحية تقوم على ثلاثة عناصر أساسية وهي :
العدالة (Equity) ، المشاركة (Empowerment) ، والإستمرارية (Sustainability) . بمعنى ضمان الوصول العادل لكل أفراد المجتمع إلى الخدمة الصحية من ناحية والمشاركة في تحقيقها من ناحية أخرى ، لأنّ الفرد هو أساس التنمية وهدفها لا تقوم بدونه ، ولأنّها عملية تحتاج إلى العديد من الجهود والخطط والبرامج الشاملة سواء تعلّق الأمر بالموارد المادية البشرية أو المالية . كما أنّها لا ترتبط بالقطاع الصحي فقط ولأنّها تبني على إستراتيجية الصحة في كل السياسات ، حيث لا يمكن الحديث عن الصحة في ظلّ تدهور المستوى المعيشي والفقر والبطالة وتدني دخل الفرد إضافة غياب السكن اللائق والتعليم أو الصرف الصحي والبيئة النظيفة ، كما لا بد أن تشمل المنفعة الأجيال الحالية والمستقبلية لأنّ هذا ما يضمن إستمرارية التنمية الصحية .

جدول (رقم 01) يوضح التطور العددي للمنشآت القاعدية الصحية 1974-1984.

المنشآت/ السنوات	1974	1976	1978	1980	1982	1984
المستشفيات	143	183	183	193	196	197
مراكز صحية	558	590	664	662	820	869
عيادات متعددة الخدمات	106	139	162	161	228	279
قاعات العلاج	1402	1295	1364	1364	1660	2197
عدد أسر المستشفيات	43404	44594	45168	43028	45830	49280
دور الولادة	50	40	54	54	/	/

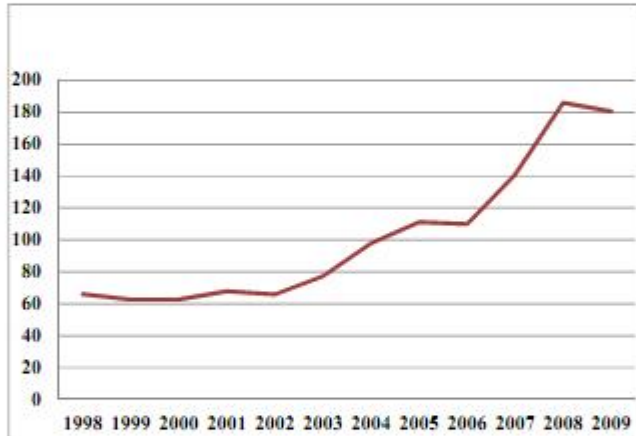
Source : office national des statistiques, rétrospective statistique 1962-2011, Alger : la direction des publications de la diffusion de la documentation et de l'impression, juin 2013,p 115.

جدول (رقم 02) تطور المؤشرات الصحية في الجزائر بين 1999-2009 .

المؤشرات/ السنوات	1999	2000	2005	2009
اسر المستشفيات لألف نسمة	1.00	1.61	1.93	1.96
عدد السكان لكل طبيب عام	1887	1177	969	1490
عدد السكان لكل طبيب أخصائي	3080	3464	2240	2052
عدد السكان لكل صيدلي	11725	6273	5389	4341
عدد السكان لكل جراح أسنان	3476	3761	3641	3269
نسبة وفيات الأمهات من أصل 100.000	215.0	117.0	99.5	81.4
نسبة وفيات الأطفال من أصل 100.000	57.8	36.9	29.7	24.9
الأمل في الحياة (سنة)	76.3	72.5	74.6	75.5

المصدر : عبد الرحمان ، تومي ، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر واقع وآفاق . الجزائر : دار
الخطونية للنشر والتوزيع ، 2011 ، ص 282 .

الشكل (رقم 01) تطور النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي في الجزائر 1998-2009



Source : nabni group, cinquante chantiers de rupture pour
bâtir l'Algérie de 2020, rapport nabni 2020 , nabni notre Algérie
bâtie nouvelles idées , janvier 2013, p 31.

جدول (رقم 03) تطور معدل التغطية بالتحصين (%) .

2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	
98	98	97	97	97	95	94	94	94	93	87	92	91	BCG
93	93	92	92	91	89	88	88	86	86	82	91	88	DTCP1
90	89	88	89	87	85	84	83	80	81	78	85	86	DTCP2
87	86	83	85	83	80	79	77	74	75	73	78	82	DTCP3
84	81	78	79	78	75	74	75	69	69	69	68	74	Anti-rougeoleux

Source:comite des droits de l'enfant, réponses Ecrites du gouvernement de l'Algérie a la liste des points, deuxième rapport périodique de l'Algérie par le comite des droits de l'enfant, 25 aout 2005, p 02.

جدول (رقم 04) يمثل توزيع وفيات الامراض غير المعدية حسب السبب .

النسبة %	عدد الحالات	الأمراض
44.5	3485	اضطرابات القلب والأوعية الدموية
16.0	1256	الأورام الخبيثة
7.6	596	اضطرابات في الجهاز التنفسي
7.4	582	داء السكري
5.1	403	اضطرابات الجهاز الهضمي
4.4	348	التشمعات الخلقية
4.4	346	اضطرابات الجهاز البولي التناسلي
2.5	197	الاضطرابات العصبية والنفسية

Source : Projet TAHINA , Analyse des causes de décès Année 2002 , Novembre 2008, p64.

الجدول رقم 05 ، يوضح التفاوت في توزيع الهياكل الصحية لسنة 2013 .

المستشفيات	العيادات وغرف العلاج	العيادات الخاصة	
%61	%58	%73	الشمال
%27.3	%30	%21	الجناب العليا
%11.7	%12	%5	الجنوب

Source: consiel national economique et social(c.n.e.s),op cit, p89.

جدول (رقم 06) نسبة الاتفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي في الجزائر مقارنة ببعض الدول العربية 1999-2003 (%)

الدول/ 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

المصدر : بومعروف الياس ، عماري عمار ، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر" ، مجلة الباحث ، العدد 07 ، 2009 ، ص 39.

هوامش

- (1) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، **نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم متنوع** ، تقرير التنمية البشرية 2013 ، ص 68.
- (2) أمين مزاهرة ، **الصحة والسلامة العامة** ، الأردن ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، 2000 ، ص 13 .
- (3) عبد الرزاق ، محدث قاسم ، **الحياة الصحية** ، القاهرة ، عالم الكتب نشر وتوزيع وطباعة ، 2005 ، ص 19 .
- (4) فيوليت ، داغر ، **حق الصحة من حقوق الإنسان ، الحق في الصحة محاولة إستقراء للمفاهيم في الواقع العربي** ، دمشق : المؤسسة العربية الأوروبية للنشر ، اللجنة العربية لحقوق الإنسان الأهالي للنشر والتوزيع ، 2004 ، نقلا عن <http://www.achr.eu/kt13.htm> : drte 12/09/2016 heur 12.22
- (5) مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان ، **المعاهدات الدولية الأساسية لحقوق الإنسان** ، نيويورك ، جنيف 2006 ، ص 06 .
- (6) عبد الحميد ، جفال ، عمار ، سيدي دريس ، **التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية** ، عمان : دار الأيام للنشر والتوزيع ، 2014 ، ص 23 .
- (7) علي عبد القادر علي ، **إقتصاديات الصحة** ، الكويت المعهد العربي للتخطيط ، العدد 22 ، أكتوبر 2003 ، ص 11 .
- (8) منظمة الصحة العالمية ، **الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى** ، التقرير الخاصة بالصحة في العالم 2008 ، جنيف ، ص 75 .

- (9) عثمان مختار، الفاتح محمد، "إقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية"، مجلة أمازيك، المجلد 04، العدد 10، 2013، ص 126.
- (10) Nouara, Kaid, Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête dans la wilaya de Béjaïa. pour le doctorat d'état, université d'alger, faculté des sciences économiques, Des sciences commerciales et de gestion, p23.
- (11) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976.
- (12) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 76-57) مؤرخ في 07 رجب 1396 الموافق ل 05 يوليو 1976 يتضمن نشر الميثاق الوطني، **الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة في 03 شعبان 1396 الموافق ل 30 يوليوز 1976**، ص 968.
- (13) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 73-65) مؤرخ في 03 ذي الحجة 1393 الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، **الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادرة في 07 ذو الحجة الموافق ل 01 يناير 1974**، ص 03.
- (14) عبد الحميد، جفال، عمار، سيدي دريس، مرجع سابق، ص 71.
- (15) نور الدين، حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 207.
- (16) conseil national économique et social(c.n.e.s), quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie?, rapport national sur le développement humain 2013-2015, p30.
- (17) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون (رقم 85-05) المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بالصحة، **الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادرة 27 جمادي الأولى 1405 الموافق ل 17 فبراير 1985**، ص 184.
- (18) مبارك، بن زايد، ثورية، بلقايد، ظاهرة الفقر في الدول العربية: المظاهر وسبل العلاج (حالة الجزائر)، مجمع مداخلات الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الإقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة، جامعة الجزائر 03، 08-09 ديسمبر 2014، ص 423.
- (19) نور الدين، حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: (ب. د. ن)، 2008، ص 154.
- (20) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي (2010-2014)، بيان إجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010، ص 18.
- (21) الامم المتحدة، "خمس سن من التعاون من أجل حالة صحية مزدهرة للسكان"، الامم المتحدة الجزائر، أكتوبر 2012، ص 12.
- (22) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، **السياسة الحكومية في مجال الصحة**، سبتمبر 2015، ص 03.

23) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء، الأربعاء 27 فبراير 2008 - 07 ديسمبر 2008، (ص ص 19-20).

24) Farid Chaoui, Michel, Legros, autre, " les systèmes de santé en Algérie Maroc et Tunisie :défis nationaux et enjeux partagés", les notes ipemed études et analyses, institut de prospective économique du monde méditerranéen, N13, avril 2012, p p 45-55.

25) عديلة، العلواني، **تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائري**. الجزائر: دار مومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2014، ص 25.

26) نور الدين، جاروش، مرجع سابق، ص 223.

27) بوعلام، مولاي، "سياسة تعديل وتوزيع الدخل في البلاد العربية"، **مجلة المعارف، الجزائر، العدد 11، ديسمبر 2011**، (ص ص/ 76-77).