

تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية - دراسة تحليلية قياسية -

إعداد:

أ. أزمو رشيد *

أ. علي دحمان محمد **

الملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى توضيح انعكاس الإنفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخير، وذلك من خلال تحليل أهم مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة. وقد توصلت الدراسة إلى أن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة المتحصل عليها باستخدام مؤشرات الخدمات الصحية وكذا مؤشرات توقع الحياة والوفيات لا تعكس المبالغ الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، حيث أنه وبالرغم من التحسن المسجل من سنة لأخرى إلا أن ذلك يبقى بعيدا عما تسجله دولاً أخرى تعيش نفس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وهذا راجع إلى تركيز هذه الأغلفة المالية على عدد الهياكل الصحية على حساب جانب الجودة في الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: النظم الصحية، الإنفاق العام على الصحة، مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة.

Summary:

This paper aims to clarify the reversal of public spending on health in Algeria on the productivity of this spending. By analyzing indicators that measure public spending on health. The study found that productivity of public spending on health obtained by using indicators of health services, as well as indicators of life expectancy and mortality does not reflect the large sums of money directed to this sector. Despite the improved results from year to year, they remain below the results of other countries live the same economic and social conditions. This is due to the concentration of these amounts on the number of health structures and not on the quality of health services.

Key-words: health systems, public spending on health, productivity indicators of public spending on health.

* أستاذ محاضر بكلية العلوم الاقتصادية - جامعة مستغانم - azm_rachid@yahoo.fr

** أستاذ محاضر بكلية العلوم الاقتصادية - جامعة عين تموشنت - mohammedali84@hotmail.fr

المقدمة:

في سبتمبر عام 2000 قامت الأمم المتحدة بعقد مؤتمر قمة الألفية حيث التزمت 189 دولة عضوا في الأمم المتحدة بالعمل من أجل إيجاد عالم يكون التخلص من الفقر وتحقيق التنمية المستدامة على قمة أولوياته وقد وقع على إعلان الألفية 147 رئيس دولة، وتم تقرير هذا الإعلان بإجماع أعضاء الجمعية العمومية للأمم المتحدة، وتمخضت عن هذا الإعلان الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة التي كانت أيضا نتيجة للمؤتمرات التي نظمتها الأمم المتحدة في التسعينات من القرن العشرين. وتطالب الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة المجتمع الدولي بتركيز جهوده على تحقيق تحولات في مختلف الجوانب الحيوية للمجتمعات البشرية التي يمكن قياسها وتتبعها وذلك من خلال تحديد مقاصد ومقاييس معيارية لقياس مختلف المجالات الحيوية التي لها تأثير على مستويات نمو وازدهار المجتمعات البشرية في البلدان النامية من جهة وفي البلدان الغنية التي تساعد في تمويل البرامج الإنمائية من جهة أخرى¹.

إن الأهداف التنموية مرتبطة ببعضها البعض، ولذلك نجد أنه في عدة دول قد يكون من المستحيل التخفيف من وطأة الفقر الناجم عن انخفاض الدخل من دون أخذ خطوات ضمان الصحة الأكثر للناس، وعلى نحو مشابه فإن إزالة التفاوت بين الجنسين وزيادة معدلات الانخراط بالتعليم الأساسي هو شرط أساسي من أجل تحسين النتائج الصحية²، ومن جهة أخرى لا يمكن أيضا لصحة الناس أن توضع بمعزل عن التساؤلات حول تدبير الموارد الطبيعية وضمان الاستدامة البيئية، ومن أجل ذلك لا ينبغي النظر إلى الأهداف التنموية للألفية ذات الصلة بالصحة بطريقة منعزلة. بل من الضروري النظر إلى هذه الأهداف كمحصلة لبرامج عمل التنمية³. ومن هنا يمكن صياغة الإشكالية التالية: ما مدى مساهمة الإنفاق العام الصحي في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بالجزائر؟

ان الإجابة على الإشكالية يتم تقديم الفرضية الرئيسية التالية:

- لقد ساهم الإنفاق العام الصحي في تحسين الوضع الصحي العام بالجزائر وبالتالي الاقتراب بخطى ثابتة من تحقيق أهداف الألفية .
- يمكن اعتبار أن الجزائر قد عجزت عن تحقيق بعض هذه الالتزامات ، نتيجة انعدام التركيز على الهدف المنشود وغياب المتابعة وعدم كفاية الإحساس بالمسؤولية بإمكانية تحقيق، تقدم مضطرد، أدى إلى إحداث قصور في مناطق كثيرة.

1. أهمية الدراسة: من خلال الأهداف والغايات المحددة في ميثاق الألفية (1990-2015) نلاحظ أن أسباب سوء الصحة لا تنحصر فقط في عوامل مرتبطة بالصحة، فالطرق التي يجب الأخذ بها لمعالجتها لا يجب أن تنحصر في التدخلات الصحية، فالصحة تتأثر بالعديد من العوامل، وهو ما يبرز أهمية أن يكون الاهتمام بالصحة بطريقة غير منعزلة عن العوامل التنموية الأخرى⁴.

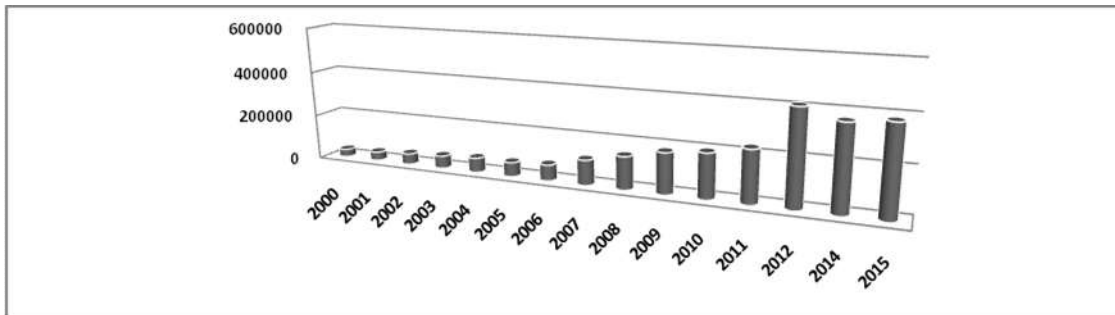
2. أهداف الدراسة: يهدف الموضوع إلى عدة نقاط يمكن إيجاز أهمها في ما يلي:

- تحديد أهم البرامج الصحية المقدمة ضمن ميثاق الألفية.
- تطور الحالة الصحية للأم والطفل.
- تقييم مدي فعالية المخصصات المالية الموجهة لقطاع الصحة.
- تحليل قياسي للعلاقة بين صحة الطفل والنفقات العامة للصحة.

I. تحليل التطور نفقات الصحة بالجزائر خلال الفترة (2000-2015)

لقد أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها بهدف التحكم فيها، وذلك باعتبار أن التحكم في الإنفاق يكون بهدف الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية. أما بالنسبة للجزائر فإذا كانت النسبة المخصصة للمنظومة الصحية لا تظهر وبصفة حقيقة حجم الإنفاق المعتمد، أو بطريقة أخرى طريقة توزيع الإعتمادات على القطاع، خاصة فيما يتعلق بجانب التسيير، وقد نجد هذا من خلال الاعتمادات الجد ثقيلة والتي زادت من شدة الأعباء الملقة على ميزانية الدولة⁵ والتي تطورت بشكل لافت حسب ما يبرزه الشكل الموالي:

الشكل رقم (01): تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من سنة 2000-2015 (مليون دج).



المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات 2000 إلى غاية 2015.

توضح البيانات الواردة في الجدول مدى التطور الملحوظ في نفقات تسيير القطاع الصحي، فبعدما كانت قيمة الاعتمادات لا تتعدى 1.3 مليار لسنة 1990 أصبحت خلال العشرية الأخيرة تتعدى 33.9 مليار دج سنة 2000 أي بمعدل نمو يتعدى 26 %، وقد استمرت هذه الزيادة في الإنفاق على القطاع من سنة لأخرى لتتعدى 381 مليار دج سنة 2015، ويجدر الإشارة أن أكبر زيادة شهدتها القطاع كانت سنة 2012 بنسبة ارتفاع تفوق 77 % باستثناء الانخفاض الذي كان في سنة 2005، بحيث انخفضت نفقات تسيير القطاع بنسبة 2.05 %. لكن ومن أجل إعطاء تحليل دقيق لهذه الزيادة في حجم الإنفاق الصحي سنستند على مؤشرين :

أ/ تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح: إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب المصالح يبين مدى استحواذ القطاعات الصحية (les secteurs sanitaires) على القسم الأكبر من الاعتمادات وذلك طيلة الفترة الممتدة من (2000 إلى 2010) بنسبة تتعدى 60 %. في حين أن المصالح المركزية فقد كانت تستحوذ على

نسبة لا تتعدى 40 % أما المصالح اللامركزية فقد خصص لها نسبة ضئيلة جدا لا تتعدى 10 % . لكن ابتداء من سنة 2010 فقد تم إعادة النظر في نفقات التسيير وذلك من خلال زيادة حجم الإعتمادات المالية المخصصة للمصالح المركزية لتقارب 54 % 2015. وعلى هذا الأساس فالإشكال المطروح يتعلق: بالأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد حجم الإنفاق الصحي على المصالح المركزية وبنسبة كبيرة خلال فترة ممتدة 2000-2015 ؟ إن الإجابة على هذه الإشكالية تستدعي منا الاستعانة بالجدول التالي:

الجدول (01): تطور النفقات الصحية حسب المصالح خلال فترة (2000-2015) الوحدة :

مليون دج

السنة	المصالح المركزية	المصالح اللامركزية	القطاعات الصحية
2000	33297.46	603.278	53584.558
2001	37707.49	617.299	58994.000
2002	48386.371	730.736	71986.201
2003	54680.020	750545	819221.00
2004	62979.386	791.066	89274.811
2005	61579.212	881.742	78699.442
2006	940.117	940.117	103385.220
2007	105.129	1134.453	142904.466
2008	122307.224	11171.276	164711.470
2009	176807.624	1515.205	212464
2010	195011.83	1515.205	187809.51
2011	225476.50	2383.035	218562.093
2012	402070.416	2874.93	391.340
2013	382860.66	2575.31	349568.23
2014	363650.911	2275.69	307796.476
2015	379589.913	1262.149	318898.086

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات خلال الفترة 2000-2015.

إن سبب زيادة هذه النفقات مرده إلى العوامل التالية :

1. زيادة نفقات المستخدمين: إن الارتفاع في نفقات المستخدمين يفسر بما يلي:

- ✓ 15: منصب مالي لفائدة المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية.
- ✓ 52: منصب لفائدة أساتذة التعليم والتكوين الشبه طبي.
- ✓ 50: منصب مالي لفائدة الوكالة الوطنية للدم (12 وكالة جهوية للدم).
- ✓ 08: مناصب للأعوان المتعاقدين.
- ✓ 20: منصب مالي لفائدة المعهد الوطني للصحة العمومية وذلك لوضع حيز الخدمة خمسة مراكز للمعاينة الجهوية (ORS)

2. زيادة نفقات الأدوات وتسيير المصالح: هذه النفقات مخصصة للتكفل بمصاريف المهمات بالخارج لإطارات هذا القطاع، وهذا بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 466/02 المؤرخ في 24 ديسمبر 2002 والمتعلق بالمكافآت المعوضة للمصاريف المترتبة عن المهمات المؤقتة بالخارج.

3. زيادة حجم النفقات المخصصة لأشغال الصيانة: هذه النفقات موجهة للصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري.

4. النشاط التربوي والثقافي: زيادة حجم النفقات يمكن تفسيرها أيضا بزيادة الإعتمادات المخصصة للتكفل بمصاريف التكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين، الشبه طبيين والإداريين.

5. النشاط الاجتماعي: في هذا الفصل تندرج النفقات التالية:

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية.

- الدعم المباشر لمداخليل الفئات الاجتماعية المحرومة.

- مساهمة الدولة في تكاليف تسيير مؤسسات الصحة.

6. النشاط الاقتصادي: هذه الزيادة موجهة بصفة حصرية للصيدلية المركزية للمستشفيات للتكفل ببرامج مكافحة السرطان والأمراض النادرة الخاصة بالطفولة.

7. النشاط الدولي: هذه النفقات تمثل قسط الجزائر في تمويل التكاليف المقتسمة لبرنامج تعاون الجزائر لبرنامج التحكم في النمو الديمغرافي.

8. نفقات أخرى: يحتوي هذا الباب على النفقات التالية:

- تشجيعات للخدمات الخاصة بحماية الصحة.

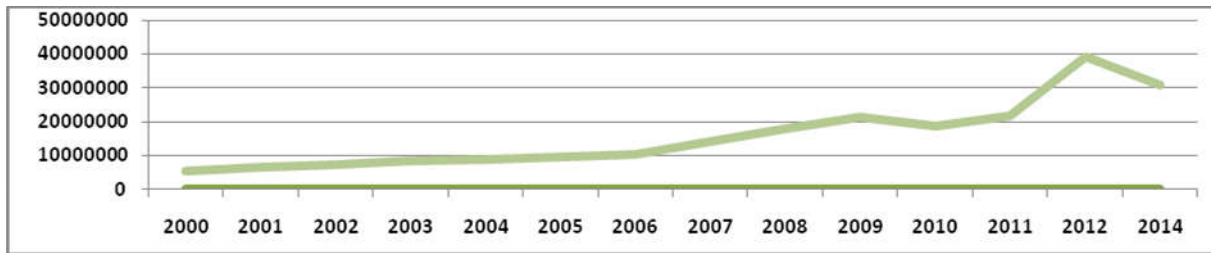
- المساهمة في تمويل نشاطات الهلال الأحمر الجزائري.

- مساهمة للجمعيات ذات المنفعة العمومية.

- المؤتمرات والملتقيات التي تعني بمواضيع تخص الأسرة والطفل.

ب - تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الإعتمادات: تعتبر المؤسسات الصحية النواة الأساسية في الهياكل الصحية القاعدية وأوسعها شمولاً وانتشاراً لمختلف الاختصاصات العلاجية والوقائية في الخريطة الصحية للبلاد فلا عجب أن توجه الاهتمامات والمجهودات إلى هذه الهياكل وهو ما يبرر بما يوجه للمؤسسات الاستشفائية، والهياكل الصحية من أرصدة مالية تتعدى نسبتها 45 % من ميزانية تسيير القطاع ، أما الباقي فهو يوزع على الهياكل الأخرى المتواجدة في ميدان الصحة العمومية.

الشكل (02): أهم الإعانات الممنوحة للمؤسسات الصحية والقطاعات الصحية الوحدة: ألف دج



المصدر: وزارة الصحة والسكان

إن الزيادة في حجم النفقات المخصصة للقطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية بقيمة تتعدى 262313 مليون دج (خلال فترة 2000-2015) كان نتيجة لزيادة حجم المساهمات التالية:

1. مساهمة الدولة/

2. المساهمة جزائية لصندوق الضمان الاجتماعي.

3. تسديد الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي

II. الدراسة التحليلية لانتاجية الانفاق العام من خلال مؤشرات الألفية

من أجل تقييم مدى تقدم الجزائر في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالجانب الصحي وبالتالي إبراز مدى فعالية الانفاق الصحي المبذول على القطاع فقد تم التطرق الى الأهداف التالية:

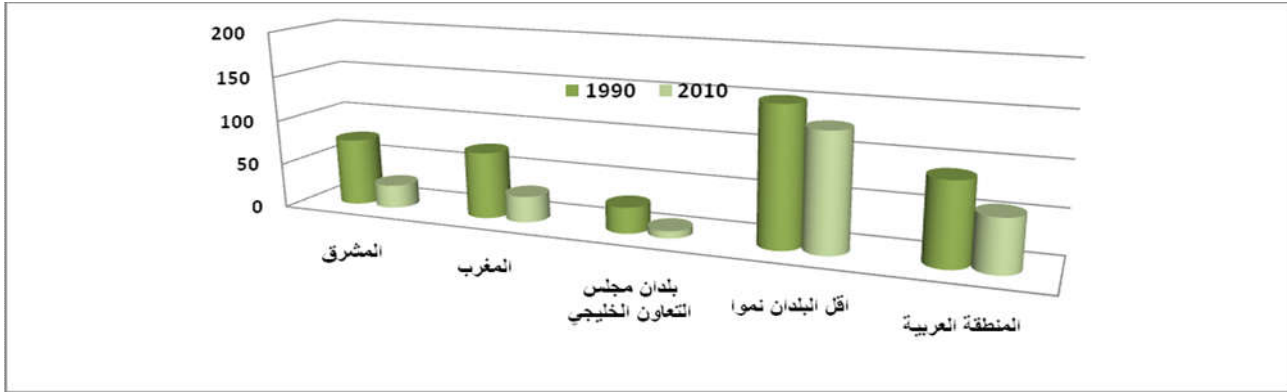
أولا تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين ولتحقيق ذلك تم إدراج ثلاثة مؤشرات أساسية وهي

أ/المؤشر الأول: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: تعد معدلات وفيات الأطفال مؤشرا حساسا لتطور بلد ما ودليلا معبرا عن أولوياتها وقيمها. ولا شك أن التقدم الذي تم إحرازه في مجال تحسين معدلات وفيات الأطفال وصحتهم من خلال تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر على المستوى العالمي من 90 وفاة في 1000 سنة 1990 إلى 43 وفاة في 1000 سنة 2010، أي أن عدد وفيات الأطفال قد انخفض من 13.7 مليون وفاة عام 1990⁶ إلى 06 ملايين وفاة عام 2010، هو إنجاز باهر باعتبار أن النسبة قد انخفضت بأكثر من ثلاثة أضعاف على المستوى العالمي إلا أن الوصول إلى الهدف المسطر من خلال تخفيض وفيات الأطفال إلى 03 ملايين طفل في عام 2010 لم يكن هدفا سهلا المنال⁷، لذلك عملت الدولة ولا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية⁸.

على مستوى المنطقة العربية فقد شهد هذا المؤشر انخفاضا بشكل كبير في 11 دولة من أصل 22 بلدا عربيا في العقد الأخير وكان ذلك نتيجة للجهود التي بذلتها هذه البلدان للوفاء بالتزاماتها حيال الأهداف الإنمائية للألفية، فارتفع معدل الانخفاض الذي سجلته تلك البلدان من 3.7 % في السنة خلال الفترة الممتدة بين (1990-2000) إلى 3.8 % في السنة في الفترة من (2000-2011)، لكن معدل الانخفاض لا يزال دون المتوسط

في جميع البلدان النامية وقدره 4.1 في المائة، ويلاحظ أن التقدم تسارع في بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية مع أن مجموعة أقل البلدان نموا سجلت أسرع وتيرة في التغيير. وللتوضيح أكثر الشكل الموالي يبين ذلك:

الشكل (03) معدل وفيات الأطفال بالمنطقة العربية دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة خلال سنتي (2010-1990)



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، جامعة الدول العربية 2010 ص 48.

بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت بتنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها تخفيض معدل وفيات الأطفال وبالتالي تحقيق الهدف المسطر لسنة 2015 ببلوغ نسبة 18.5 وفاة لكل ألف مولود حي.

الجدول (02): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر (خلال الفترة الممتدة سنة 1990-2012) (حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)

السنة	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
المعدل	50	44	35	26	22	21	20

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني: <http://www.world BANK.org office> national des statistiques

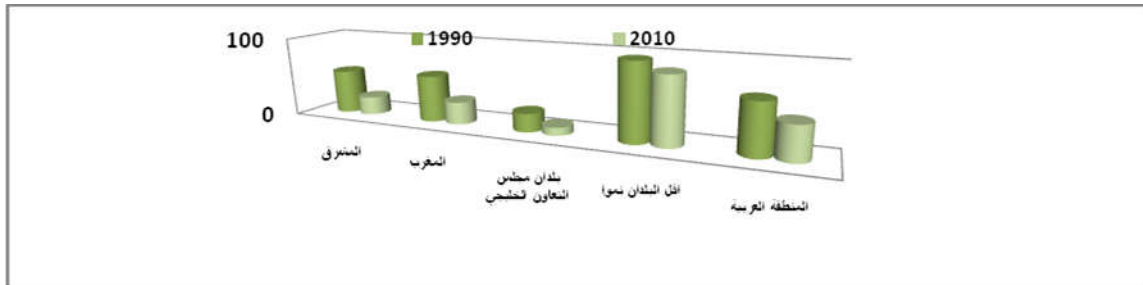
لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 50 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 20 وفاة سنة 2012، أي بمعدل متوسط 1.36 وفاة خلال كل السنة⁹. ويجدر الإشارة أن أكبر انخفاض لفئة الصبيان كان خلال الفترة (1990-2004) من 50 وفاة إلى 35.5 وفاة لكل 1000 مولود حي¹⁰. من خلال هذه النتائج يتضح أن الجزائر قد اقتربت كثيرا من تحقيق هدف الألفية، كما أنها قد اقتربت من المستويات التي حققتها بعض الدول المجاورة، على غرار مصر بـ 22 وفاة

لكل 1000 مولود حي¹¹، تونس 16 وفاة لكل 1000 مولود حي. لكن هل ستتحج في الاستمرار بنفس الوتيرة لبلوغ هذه الألفية ؟.

ب/ المؤشر الثاني: معدل وفيات الأطفال الرضع

يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع (الأقل من سنة) مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية وقوية مع معدلات الخصوبة السائدة، حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا وزادت معدلات الخصوبة¹². وقد شهد هذا المؤشر انخفاضا من 29 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في 1990 إلى 21 وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2011، ويقصد بهذا المعدل وفيات الرضع في الشهر الأول بعد الولادة وقدر هذا الانخفاض بنسبة 27% وهي أدنى بكثير من نسبة الانخفاض المسجلة في معدل وفيات الرضع وقدرها 34% وهذا يعني أن نسبة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول بعد الولادة تتوافق مع الاتجاهات العالمية، وسجل العدد المطلق لوفيات الأطفال حديثي الولادة في المنطقة العربية انخفاضا بسيطا إذ تراجع من 212000 إلى 168000، كما هو مبين في الشكل أدناه:

الشكل (04) معدل وفيات الرضع من الولادة إلى عمر سنة لكل 1000 ولادة حية بالمنطقة العربية (خلالي سنتي 1990-2010)



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، مرجع سابق، ص 48.

توضح النتائج المبينة في الشكل أنه ثمة فوارق كبيرة بين معدلات وفيات الأطفال في سن الخامسة ومعدلات انخفاض وفيات الأطفال حديثي الولادة خصوصا في بلدان المشرق وبلدان المغرب، ففي بلدان المغرب تتزايد نسبة الوفيات من الأطفال حديثي الولادة بسرعة مذهلة إذ ارتفعت إلى 57 لكل ألف من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في عام 2011 بعد أن كانت 44 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1990¹³.

بالنسبة للجزائر فقد قدر عدد وفيات الرضع 22088 وفاة خلال سنة 2012 مع استمرار انخفاض معدل وفيات الرضع ب 0.5 نقطة ما بين سنتي (2011-2012). والملاحظ أن معدل الوفيات لهذه الفئة قد سجل انخفاضا ب 25 نقطة خلال الفترة ما بين سنتي (1990-2012) أي بمعدل انخفاض قدره -1.13 نقطة خلال كل سنة. مع العلم أن وتيرة هذا الانخفاض كانت أكبر خلال الفترة الممتدة ما بين (2002-2007)

بحيث تراجع معدل الوفيات بـ 8.2 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض بـ 1.7 نقطة/سنة، ومقارنة بالفترة الممتدة ما بين (1970-2000)¹⁴ "فقد انخفض معدل وفيات الرضع بـ 53.52 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض بـ 1.78 نقطة /سنة"¹⁵.

لكن الفترة الممتدة ما بين 2010-2015 قد بينت أن عدد وفيات الرضع قد قدر بـ 23150 وفاة (سنة 2015)، حيث ارتفع هذا المعدل بـ 0.3 نقطة ما بين 2014 و 2015. 22.3 ‰ (23.7 ‰ لدى الذكور و 20.7 ‰ لدى الإناث).

الجدول (03): يمثل تطور وفيات الرضع في الجزائر من سنة 2005-2015

المعدل بالألف	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2014	2015
الذكور	32.4	28.3	27.9	26.9	26.6	18	23.5	23.7
الإناث	28.2	25.3	24.4	23.9	22.9	15.4	20.4	20.7

Source : Office national STAT : Statistique, démographie algérienne 2010, n°09, Alger 2012, P06.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن العشرية الماضية (2000-2011) تميزت بتراجع وفيات الرضع بحوالي 15 نقطة فقط، وقد بينت الدراسات أن وفيات الرضع ما بعد الولادة تنخفض ببطء مقارنة بوفيات الأطفال من شهر إلى سنة، ولإشارة نسبة وفيات الأطفال الرضع التي كانت تمثل 43.03 في الألف في بنية الوفيات العامة في سنة 1990 فقد تقلصت إلى 18.05 في الألف خلال سنة 2000¹⁶، كما بينت الدراسات أن معدل وفيات المواليد الرضع الذين لا يتجاوز أعمارهم 38 شهرا شكل سنة 1970 حوالي 49.6 من مجموع وفيات الرضع وهي تقارب نصف وفيات الرضع الأقل من سنة في عام 1995¹⁷. وهذا الانخفاض ناتج من دون شك للسياسة الصحية التي انتهجتها الجزائر للحفاظ على صحة الأطفال وتجنب الأمراض الفتاكة، وعن تنفيذ وتوسيع عمليات التطعيم، وتحسين نظافة المحيط ومكافحة الأوبئة وتطهير مياه الشرب... الخ. رغم الانخفاض المسجل تبقى الوفيات عند الأطفال معتبرة بالمقارنة مع معدل وفيات الرضع في البلدان المتقدمة مثل اليابان وسنغفورة التي تدنى فيها معدل وفيات الرضع إلى دون 03 في الألف، كما أننا بعيدين عن المستوى الذي وصلت إليه بعض البلدان الشقيقة والمماثلة مثل تونس وليبيا اللتان لم يتجاوز فيهما معدل الوفيات 20 في الألف سنة 2009، بينما تجاوزت الجزائر في نفس السنة 25 في الألف. وعلى هذا الأساس لتحقيق الهدف الذي تم تحديده لسنة 2015 ينبغي التوصل بين (2000-2015) إلى تخفيض نسبة وفيات الأطفال بـ 25 نقطة وفيات الرضع بـ 21 نقطة

الجدول (04): تطور وفيات الأطفال حسب مختلف المراحل

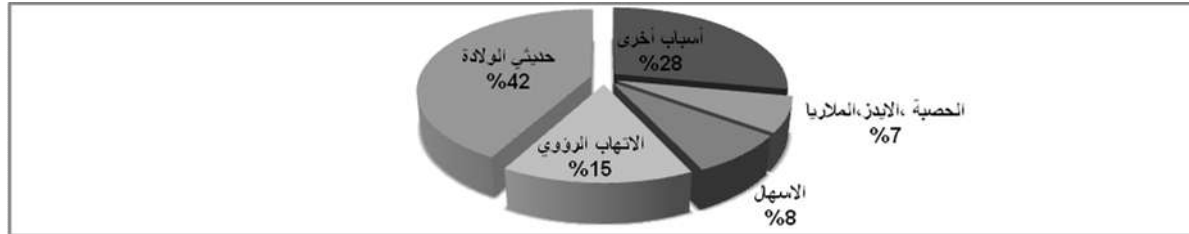
المعدل بالألف	2005	2006	2007	2008	2009
وفيات الرضع (0-1 شهر)	24.0	22.0	20.2	20.5	18.8
وفيات ما بعد الولادة (شهر-12 شهر)	27.0	18.6	14.1	10.7	10.6
وفيات الأطفال (0-عام)	50.9	40.6	34.3	31.2	30.4

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي

ج/المؤشر الثالث: نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة

تحسن معدل التغطية بالتلقيح ضد الحصبة في المنطقة العربية بحيث ارتفعت نسبة الأطفال المحصنين من 77% إلى 87% في العقدين الماضيين، وشملت هذه الزيادة مجموعات البلدان كافة وإن كان بنسبة أقل في بلدان المشرق، ففي عام 2011 فقد أفاد 15 بلدا من أصل 22 بأن معدل التلقيح باللقاح الثلاثي تجاوز 90 %، وهو الرقم المحدد في إطار هذه الغاية، وانتشار التلقيح ضد الحصبة في منطقة شرق المتوسط التي تضم معظم البلدان العربية أدى إلى انخفاض كبير بلغ 90% من الوفيات بسبب الحصبة. إن الالتهاب الرئوي والسعال هما من الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في المنطقة العربية، إذ يموت بسبب هذين المرضين واحد من كل أربعة أطفال تحت سن الخامسة، وعلى الرغم من ارتفاع عدد البلدان التي تعتمد على لقاحات جديدة تنقذ حياة الأطفال إلا أنه لا يزال تحسن نسبة الوفيات بطيئا ولا سيما في البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب ارتفاع أسعار اللقاحات.

الشكل (05): أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية (سنة 2010)



المصدر : التقرير العربي الثالث حول :الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها ، مرجع سابق، ص 48

بالنسبة للجزائر تعد صحة الأطفال من المجالات التي تولي له اهتماما خاصا سواء فيما يتعلق بالوقاية أو التكفل بأمراض الأطفال أو مكافحة الفقر ومشاكل سوء التغذية وآثارها على صحة السكان بشكل عام والأطفال بشكل خاص، ويتعلق أحد البرامج الفرعية للبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الذي تم المصادقة عليه سنة 1985 بتوسيع عمليات التلقيح لا سيما التلقيح ضد الحصبة. وقد أبرز التحقيق الجزائري حول صحة العائلة أن نسبة الأطفال الذين تم تلقيحهم ضد الحصبة تمثل نسبة 90.5 % سنة 2006 مقابل 86 % سنة 1992، بل وقد وصلت النسبة إلى حدود 95 % خلال الفترة (2010 - 2012)¹⁸ "من ناحية أخرى وحسب نتائج التحقيق فإن نسبة 97% من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12 و 23 شهرا يتوفرون على دفتر صحي مقابل 88.5 % سنة 1992 (التحقيق الجزائري حول صحة الأم والطفل، تقرير المجلس الاقتصادي) وأن نسبة 88 % من بينهم استفادوا من تلقيح كامل 2006 مقابل 83.3% 1992

الجدول (05): التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم خلال الفترة الممتدة من 1992-2012 (الأطفال من 12-23 شهرا)

2012	2006	2004	2002	2000	1995	1992	
98.3	99	99.5	97.9	93	93	97	الدرن BCG
91.0	94.8	96.6	92.3	89	83	89	السعال الديكي DTCP3
90.3	90.5	92.3	90.6	83	77	85.7	الحصبة VAR
89.1	83.3	90.6	88.9	87	84	83.3	التطعيم الكامل HBV3

المصدر : من إعداد الباحثين اعتمادا على البيانات التالية:

- المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2004، ص 78 تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول التنمية البشرية، مرجع سابق، ص 72.
- التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية: Mics4, Mics3, Mics2, Papfam, Mics1, Pap Chil.

يتضح من خلال الجدول أن ما نسبته 90.6% من الأطفال من الفئة العمرية (12-23 شهرا) ملقحين تلقيحا شاملا (سنة 2004) بعدما كانت هذه النسبة لا تتجاوز 89% سنة 2002، كما أبرزت النتائج الأولية للمسح الجزائري سنة 2006 أن 83.3% فقط من الأطفال الذين تلقوا التطعيم، أي أن النسبة قد انخفضت بـ 7.3% في ظرف سنتين فقط. لكن و خلال سنة 2012 فقد لاحظنا انخفاض في نسبة تطعيم الأطفال و الذي مكن إرجاعه الى ارتفاع معدل الولادات الخام خلال هذه السنة (2012) والذي بلغ نسبة 26.8%، والذي يكون قد أحدث بعض الاختلالات الطفيفة في عملية التطعيم.

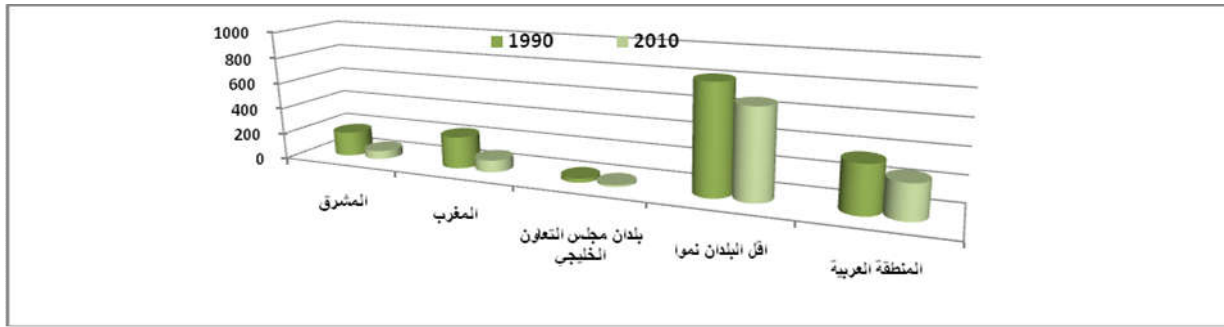
ثانيا. تحسين صحة الأمهات

تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية، وتأتي هذه الأهمية من كون صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط، وإنما تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع كله، الأمر الذي جعل من العناية بصحة المرأة، ولا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء النفاس هاجسا عالميا، وصار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف الائتمانية للألفية، لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية للأمهات قبل وبعد موعد الولادة، مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة.

أ. المؤشر الأول: نسبة وفيات الأمهات (خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع)

انخفض معدل وفيات الأمهات في المنطقة العربية بنسبة 27 في المائة بين عامي 1990-2010 وقد تجاوز انخفاض هذا المعدل في مجموعتي بلدان المشرق وبلدان المغرب 60%، وأصبحت هاتان المجموعتان قريبة من تحقيق الغاية التي تقضي بتخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع (يتعلق الأمر خاصة بمصر وسوريا اللتان تسيران على الطريق الصحيح للحد من وفيات الأمهات بمعدل 75%)، وتمكنت بلدان التعاون لدول الخليج من تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار النصف فأصبح 15 وفاة لكل 100000 ولادة حية، أي أقل من المتوسط الذي سجلته المناطق المتقدمة وهو 16 وفاة لكل 100000 ولادة حية "19". والشكل التالي يوضح ذلك بأكثر تفصيل:

الشكل (06) : معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، مرجع سابق، ص 48.

بالنسبة للجزائر تبقى ظاهرة وفيات الأمهات ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام موثوق لجميع الوفيات وتصنيفها حسب الأسباب. فخلال التسعينات قدم التحقيق الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) تقديرا لوفيات الأمهات بـ 215 حالة لكل 100000 ولادة حية. وللسماع بتعزيز برنامج مكافحة وفيات الأمهات أنجز في الفاتح من جانفي إلى 31 ديسمبر 1999 تحقيق قائم على الإحصاء الشامل لكل وفيات النساء اللواتي بلغت سن الولادة وتحديد في هذا الإطار كل وفيات الأمهات. حسب نتائج هذا التقرير تقارب نسبة وفيات الأمهات 117 حالة لكل 100000 ولادة حية، كما أبرز تحقيق 1999 فوارق هامة ما بين المناطق، بحيث تصل نسبة وفيات الأمهات إلى 84 حالة لكل 100000 ولادة حية في وسط وشمال البلاد وإلى 210 حالة في جنوب وشرق البلاد، كما تتراوح نسبة وفيات الأمهات ما بين 230 و 239 حالة لكل 100000 ما بين مختلف الولايات. كما أبرز التحقيق عوامل أخرى تحدد وفيات الأمهات والتي تتمثل في عامل السن بحيث أن 19% من النساء المتوفيات سنهم لا يقل عن 40 سنة، و 45% من اللائي بلغن سن 35 سنة، كما بينت نتائج التحقيق أن 47% من النساء المتوفيات هن 04 أطفال، و 35% منهم لم يستفدن من أي زيارة لدى طبيب أخصائي لمعاينة حملهن .

الجدول (06): معدل وفيات الأمهات في الجزائر لكل 100000 .

السنة	1989-1985	1990	1992	1995	1999	2005	2007	2008	2015
المعدل	230	220	215	180	117.40	110	88.9	86.2	57.5

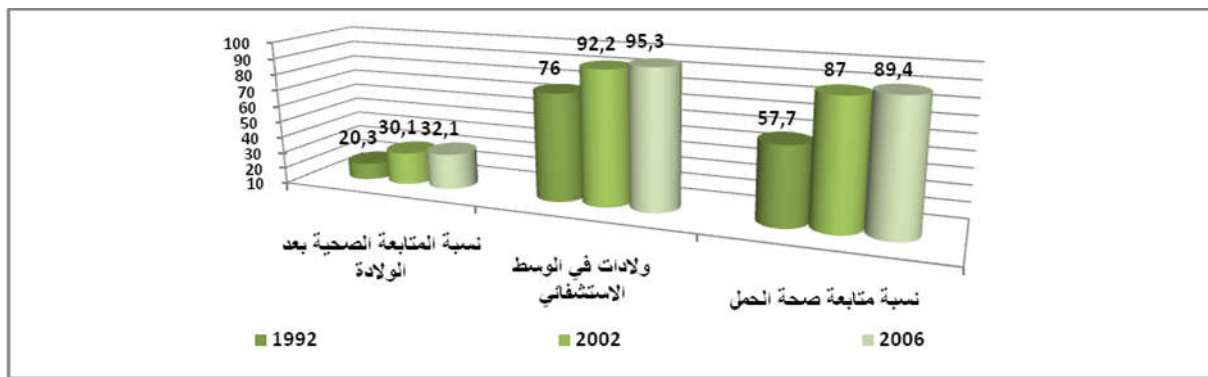
المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول: الأهداف الإنمائية للألفية ، نيويورك جوان 2013، ص 31.

سجلت الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين (1985-1989) 230 حالة وفات للأمهات، لتسجل بعد ذلك هذه النسبة تراجعاً ملموساً بنسبة 50% وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين (1989-1999)، بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2008 بمعدل 86.2%.

ب. المؤشر الثاني: نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة

من أجل تحقيق هدف الألفية والذي يقضي بتحسين صحة كل من الأم والطفل، فقد تم إحداث منجزات هامة بقطاع الصحة. تجسدت عبر مجموعة من البرامج كبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي والتي حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأم والطفل. كما سمح وجود مستخدمي موظفي الصحة من الجنسين، لبرامج حماية الأمومة والطفولة، واعتماد سياسة الصحة الجوارية وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية بتدعيم الخدمات في هذا المجال، إضافة إلى تخصيص نسبة 8.34% من ميزانية الدولة للصحة (سنة 2009)، كما تم رصد ميزانيات إضافية لفائدة عيادات التوليد²⁰.

الشكل (07): تطور نسبة الرعاية الصحية للمرأة الحامل

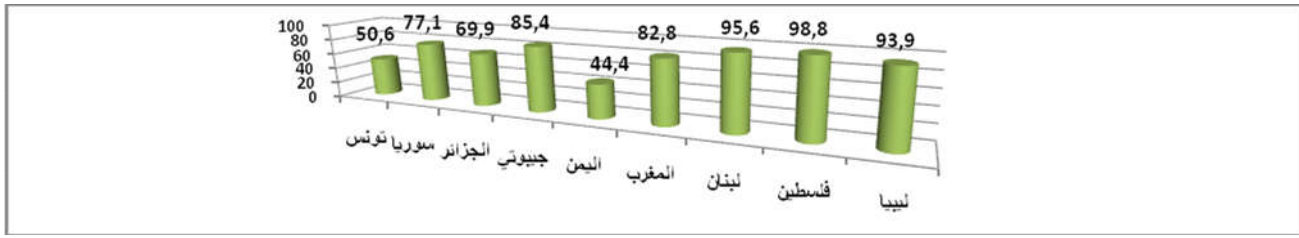


Source :Office National su statistique

رعاية الحمل: تعتبر الرعاية الطبية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المنخفضة لنسب وفيات الأمهات، وحسب تقارير المنظمة العالمية للصحة فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا تخفيض وفيات الأطفال حديثي الولادة وتقلل نسب الولادات ناقصي الوزن. تقدم المسوح القطرية لصحة الأسرة مؤشرات في غاية الأهمية²¹ حول الأمومة الآمنة في عدد من الدول العربية يمكن الاعتماد عليها واستغلالها في وضع البرامج وتطوير الخدمات. وقد أشارت نتائج المسوح أن الأمهات الصغيرات في السن وحالات الحمل ذات الرتب المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل من بقية النساء ، حيث تبين أن المولود الأول يحظى بأعلى نسب رعاية الحمل، ثم تقل هذه النسب تدريجيا ربما ذلك راجع لاكتساب الأمهات الخبرة التراكمية مع زيادة حالات الحمل، كما وأوضحت نتائج هذه المسوحات أهمية المستوى التعليمي للأمهات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة من غير المتعلقات.

وعلى هذا الأساس فقد أشارت هذه التقارير أن الجزائر قد وفرت 69.9% من الرعاية الصحية للنساء الحوامل 2006 وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنسب المتدنية التي وفرتها بعض الدول العربية على غرار تونس 50.6%، واليمن 44.4%

الشكل (08): نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال فترة (2002-2010)

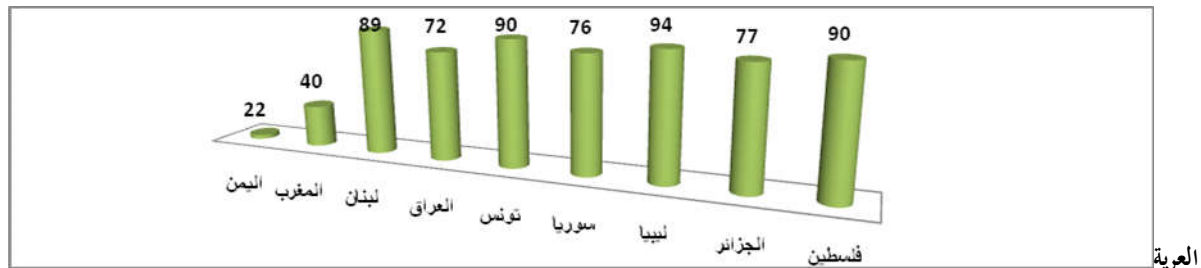


المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2006

كذلك ومن أجل توفير الرعاية الصحية اللازمة للمرأة الحامل فقد تم توفير نسبة 97.2 % من الأطباء المتخصصين بهذا المجال (2002-2008)، وهي نسبة معتبرة أين كانت النسبة لا تتعدى 76% سنة 1992. وعلى هذا الأساس فقد استفاد حوالي 90.4% من النساء الحوامل من استشارة طبية واحدة على الأقل لفترة ما قبل الولادة في سنة 2006 مقابل 57.6% سنة 1992²². وتشمل المتابعة ما قبل الولادة سيما التلقيح المضاد لكزاز الأمهات الذي قدر سنة 2002 بـ 44% من النساء المعنيات مقابل 21% سنة 1992، كذلك تشمل الرعاية الصحية للمرأة الحامل تلقيها للتطعيم ضد التيتانوس بحيث استفادت 43.9 % من النساء الحوامل من هذا اللقاح، وهي نسبة معتبرة من شأنها ضمان صحة الأم والجنين. لكن هذه الجهود دون المستوى المطلوب كون أن دول عربية أخرى محدودة من حيث الإمكانيات قد استطاعت أن توفر تغطية 85 % من النساء الحوامل بهذا اللقاح (خلال نفس الفترة).

✚ الرعاية أثناء الولادة: تشير الدراسات والبحوث أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادة بالمراكز الصحية، أو تحت إشراف كادر طبي مؤهل ولكن بعض الدول الأخرى لا تزال نسب الولادة في المنازل مرتفعة مثل اليمن وبدرجة أقل المغرب، مع العلم أن كل الدول قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها، خاصة وأن هذا السلوك سوف يساهم في تحقيق أحد الأهداف التنموية للألفية والخاص بتخفيض مستويات وفيات الأمهات. كما يعتبر الوعي والمستوى التعليمي للزوجين وامتلاكهما للقرار داخل الأسرة من المحددات الهامة في القضاء على الظاهرة أو التقليل منها، وهنا يكون للحكومات دورا أساسيا في تسهيل تقديم الخدمات مجانا أو بتكلفة رمزية، مع توفير الإطارات المختصة وتأمين برامج تثقيفية كبرى لتغيير العقلية التي لا تزال حاجزا أمام تحول السلوكيات في هذا المجال في بعض المجتمعات والأوساط الريفية خاصة²³.

الشكل (09): نسبة السيدات اللاتي وضعن حملهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول



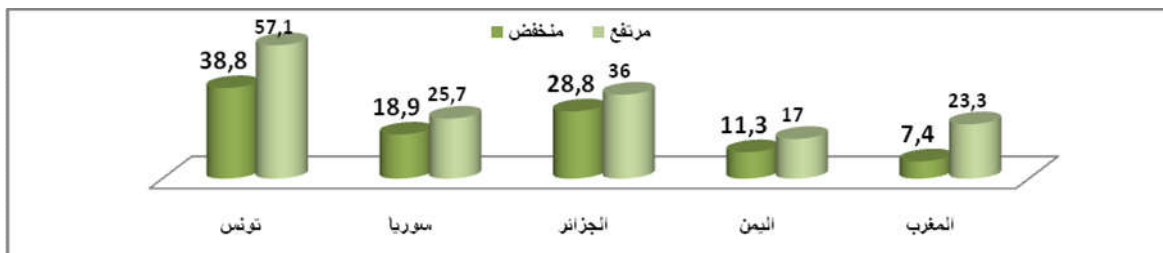
المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

وفي الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة وتحقيق حياة آمنة للأمهات أثناء الولادة، وقد نتج عن هذه الإرادة السياسية جملة من الإنجازات في مجال رعاية صحة المرأة، حيث أن معدلات وفيات الأمهات تشهد تراجعاً واضحاً مقارنة ببعض الدول العربية، كما شهدت معدل المواليد الأموات تراجعاً من 16444 إلى 15480 خلال الفترة الممتدة من 2010-2012 بحيث انتقل معدل الوفيات من 16.7 وفاة لكل ألف إلى 15.9 وفاة لكل ألف مولود حي. ويعود هذا التراجع إلى شمولية التغطية الصحية للنساء، بحيث أشارت تقارير مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أن 77% من النساء الحوامل قد وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل، وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنتائج التي حققتها كل من اليمن بنسبة 22% والمغرب بنسبة 40% لكن وفي المقابل تظل هذه النسبة دون المستوى المطلوب مقارنة بالنتائج التي حققتها بعض الدول العربية الأخرى كتونس بنسبة 90 % ، لبنان 89% وليبيا 94% .

كما بينت نتائج المسح الصحي انخفاض نسبة الولادات في المنزل بين النساء المتعلّقات والغير متعلّقات بحيث أظهرت النتائج أن 2.1% فقط من النساء المتعلّقات (الحاصلات على التعليم الثانوي على الأقل) يضعن مولودهن الأخير في المنزل بينما النساء الغير متعلّقات 15.5% منهم يضعن مولودهن في المنزل، وهي نسب معتبرة مقارنة بالمغرب 52.4% بالنسبة للمتعلّقات و 7.6% لغير المتعلّقات، وكذلك تونس 22.5% بالنسبة للمتعلّقات و 1.5% لغير المتعلّقات

➤ **الرعاية بعد الولادة:** تعتبر الرعاية ما بعد الولادة ضرورية لكل من الأم والمولود وخاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسات الصحية، ويعرض الشكل الموالي نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية بعد الولادة لمولودهن الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح (سنة 2006):

➤ **الشكل (10): نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المستوى الاقتصادي للأسرة في بعض الدول العربية**



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

يتضح من خلال الشكل أن نصف الأمهات في تونس تلقين رعاية بعد الولادة ، تليها الجزائر ثم سوريا والمغرب واليمن، كما يتضمن وجود علاقة إيجابية بين المستوى الاقتصادي مقاساً بملكية السلع المعمرة وخاصة المسكن ونسبة تلقي الرعاية الصحية ما بعد الولادة. بحيث تنخفض نسبة النساء اللاتي استفدن من استشارات بعد الولادة كلما ارتفع عدد ولادات الأطفال، بالنسبة للجزائر تخص المتابعة ما بعد الولادة 30 % من النساء المعنيات (

34 % في المناطق الحضرية و 26 % في الأرياف). وعلى الرغم من انخفاض نسبة النتائج المحققة إلا أنها تظل معتبرة مقارنة ببعض الدول المجاورة كالمغرب التي لم تتجاوز 8 % من الخدمات الصحية لفترة ما بعد الولادة. لكن ومن وجهة أخرى فهناك تفاوت في مستوى الخدمات الصحية بين الحضر والريف مما يستدعي ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية²⁴.

ثالثا. مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، الإيدز، الملاريا وغيرهما من الأمراض

ترتيب عن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العقدين الماضيين بالعديد من دول العالم الدعوة إلى ضرورة إدراج وقف ومحاربة هذا المرض المعدي والمدمر ضمن أولويات الأمم والمجموعة الدولية، بحيث جاء ذلك بعدما تعددت طرق انتشاره عبر العالم ليتزايد عدد المصابين بهذا الفيروس، مما تطلب إدراج مكافحته وتعميم فرص العلاج للمصابين ضمن أولويات المؤسسات الدولية وجعله هدفا من الأهداف الإنمائية للألفية بالإضافة إلى ذلك فقد أكدت الأمم المتحدة ضرورة انتشار أمراض معدية أخرى تضر بالصحة العامة للشعوب والمجتمعات كالمالاريا وغيرها من الأمراض الفتاكة والمضرة بحياة البشر وجعلتها كذلك ضمن أولوياتها.

أ. المؤشر الأول: انتشار فيروس نقص المناعة لدى الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهم ما بين 15-24 سنة: تدعو منظمة الصحة العالمية وشركائها إلى الاعتقاد بأن الاستجابة العالمية والشاملة لحالة الطوارئ من الأمور الضرورية، إذ يجب أن تشمل على الوقاية من أجل حماية الملايين من البالغين الشباب والأطفال الذين يواجهون أكبر الخطر ولكنهم لم يصابوا بعد بالمرض، أما العلاج فهو الخيط الذي يفصل بين الحياة والموت.

بالنسبة للدول العربية فقد أشارت التقديرات الحديثة الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية أنه منذ عام 2001 قد ازداد عدد المصابين بهذا الفيروس بنسبة تجاوزت 35% فارتفع المجموع من 27000 إلى 37000 مصاب. ويبين عام 2005 و 2011 ارتفع عدد الوفيات بسبب الإيدز بنسبة 27 % من 14000 إلى 17000 حالة وفاة، ولا تزال التغطية بالعلاج من الفيروس غير كافية لكنها في ازدياد، كما لا يزال التمييز والوهم النمطي للمصابين من العوائق الرئيسية أمام الحصول على الخدمات والوقاية من العلاج²⁵.

بالنسبة للجزائر فقد قدر عدد الإصابات بفيروس السيدا 1526 حالة إصابة سنة 2009 وهي نسبة مرتفعة جدا، وذلك باعتبار أن حالات الإصابة بهذا الداء قد ارتفعت بـ 210 حالة مقارنة بسنة 1999 أي بمعدل زيادة يقارب 16%.

الشكل (11): تطور معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ، الايدز في الجزائر



Source: Rapport national sur les: **objectifs millénaire pour le développement Algérie** rapport établi par le gouvernement algérien, Juillet 2005, Algérie, P 60.

وقد أظهرت تحقيقات مختلفة أن الجزائر هي ذات انتشار محدود للسيدا ، بحيث أنه من أصل 70468 مائي الدم (سنة 2000) هنالك سبعة (07) أفراد حاملين للفيروس، وبالتالي تبلغ نسبة انتشار حاملي الفيروس 0.009 %، ويبلغ انتشار فيروس المناعة المكتسبة لدى مائي الدم 0.014 % . وقد أظهر التحقيق الذي تم إنجازه خلال الفترة الممتدة 2005-2009 أنه من أصل 1526 حالة إصابة هنالك نسبة 48.42% من حالات النساء، وتتراوح فئة السن الأكثر تعرضا ما بين 20-49 سنة بنسبة 42 % من الحالات، ونجد الانتشار الأوسع بين فئات السن الذين تتراوح أعمارهم بين 20-49 سنة بنسبة 80 % من حالات، كما تم تسجيل 6.35 % من حالات الإصابة لدى الأطفال (فئة من 0 إلى 15 سنة) ²⁶ . وفي حين كانت العدوى عبر الدم المهيمنة أصبحت العدوى من خلال الجنس الأكثر انتشارا اليوم بنسبة 54.03 % مقابل 23.5 % عن طريق الدم، وفي نسبة 1.56 % من الحالات يتم انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. وحسب المناطق تم تسجيل نسبة 29% من الحالات بمنطقة الوسط لا سيما الجزائر العاصمة، تيزي وزو وبجاية، 12% في منطقة الغرب سيما وهران، تلمسان وسعيدة 13% بمنطقة قسنطينة، عنابة وسطيف، 16% بمنطقة ورقلة وتمنراست . ومع ذلك فإن المعطيات لا تعكس الواقع فعلا بحيث لا يتم انتساب حالات السيدا التي يتم تحويلها نحو المستشفى وحالات حاملي الفيروس الذين يتم كشفهم انطلاق من التبرع بالدم وعدد من الدراسات الظرفية ، وهو ما يستوجب حذرا مستمرا ومتزايدا إذ لا يمكن استبعاد خطر انتشار سريع للعدوى. وعلى هذا الأساس فقد تم مباشرة أعمال هامة تتعلق بهذا الجانب بحيث خصصت الجزائر 19.9 مليار دج لاتخاذ كل الإجراءات الكفيلة لمواجهة هذا الداء، كإنشاء 61 مركز وطني لإجراء التحاليل والفحوصات، إنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة جنسيا ومرض نقص المناعة ، إضافة إلى تشكيل فوج عمل مكلف بتنفيذ برنامج متوسط المدى بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، بحيث تم اعتماد خطط عمل قطاعية لفترة 2007-2011 ²⁷ تهدف إلى:

- حماية السكان خاصة الفئات الهشة.
- التكفل بالأشخاص حاملين فيروس السيدا.
- تجنيد الحركة الجمعوية والمجتمعية.
- دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا.

ب. المؤشر الثاني: معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر: يستخدم حوالي نصف النساء المتزوجات وسائل منع الحمل غير أن الفوارق كبيرة بين البلدان، إذ يزداد استخدام الوسائل بسرعة كبيرة في بعض منها ويتراجع في أخرى، ومن الممكن أن يساهم على الحصول وسائل منع الحمل الآمنة والمتيسرة الكلفة والفعالة في تخفيض وفيات الأمهات والرضع لأنها تساعد في تجنب حالات الحمل الغير المقصود وفي المبالغة بين الولادات. ولقد أثبتت التقارير أن أغلب الدول العربية قد حققت تقدما في هذا المؤشر وذلك من خلال رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة منها: مصر، الأردن، الجمهورية العربية السورية، العراق، لبنان، الكويت واليمن في حين حافظت بعض الدول الأخرى مثل: تونس والجزائر على معدلاتها المرتفعة أصلا. وعلى جانب آخر يظل المستوى العام لهذا المعدل في دول عديدة مثل: اليمن، الإمارات العربية المتحدة، المملكة العربية السعودية، جزر القمر، جيبوتي، عمان وموريتانيا منخفضا نسبيا. وبشكل عام لا تزال معدلات الإنجاب في غالبية الدول العربية مرتفعة نسبيا مقارنة بالدول الأكثر تقدما، الأمر الذي يؤدي إلى الاستنتاج بأن غالبية النساء في هذه الدول لا تزال أكثر عرضة للمخاطر الصحية المتعلقة بالحمل والإنجاب بسبب تكرار الحمل

يهدف قياس انتشار وسائل منع الحمل في إطار هدف الألفية خصوصا إلى قياس نسبة استخدام الواقي الذكري مقارنة بالوسائل الأخرى لارتباطه بالوقاية من الايدز، ولكن في الواقع أن الواقي الذكري غير مستخدم كثيرا في مجتمعاتنا العربية في العلاقات الجنسية الشرعية ، حيث يقع عبئ الحمل في الغالب على المرأة²⁸.

الجدول (07): معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

السنوات	1992	1995	2000	2002	2006	2014
المعدل	51	57	64	57	61	64

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الالكتروني: <http://www.worldbank.or>

تماشيا مع الأهداف التي حددت في استعراض نتائج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1996) وجهت الإستراتيجية العالمية لصندوق الأمم المتحدة نحو مساعدة الحكومات في تعزيز قدراتها على كفالة أن تكون جميع مرافق الرعاية الصحية الأساسية وتنظيم الأسرة قادرة بحلول عام 2015 على أن توفر بصورة مباشرة، أوسع طائفة ممكنة من الوسائل الفعالة لتنظيم الأسرة ومنع الحمل والوقاية من المرض.

وعلى هذا الأساس نجد أن التخطيط العائلي (تنظيم النسل) في المجتمع الجزائري قد تحسن خلال السنوات العشر الأخيرة ، إذ بلغت نسبة استعمال حبوب منع الحمل 61% سنة 2006 بالنسبة للنساء المتزوجات وتبقى نسبة استعمال الكندم ضعيفة بنسبة 6.8%. ويبلغ معدل انتشار الوسائل الرحمية حاليا 3.6% وكان من المتوقع أن يصل إلى 15%²⁹ وهو ما أكدته بعض الإحصائيات من خلال مؤشر الخصوبة الذي حققت فيه الجزائر نسبة 3.2% سنة 2000 مقابل 4.6% سنة 1990 (أي بنسبة انخفاض تقدر بـ 1.4%) بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2009 بمعدل خصوبة قدر بـ 2.3%³⁰. وعلى هذا الأساس بؤادر نقص التقدم في هذا المؤشر تبدو واضحة خاصة على مستوى بعض المناطق الجغرافية (الحضر والريف)، إذ أصبح مسلما حاليا

بأنها تعاني من نقص فادح في هذه الخدمات، يتبين من خلال استشراف غايات وأهداف الألفية الإنمائية، أن الجزائر قد خطت خطوة كبيرة في تحقيق أهداف الألفية لفترة 1990-2015. خاصة فيما يتعلق بجانب الأهداف الصحية، مما يدل على فعالية السياسة المنتهجة، كون أنها تركز جهودها بصفة خاصة على المجالات القطاعية. لكن السؤال المطروح هل: أن الجزائر قادرة على تحقيق الأهداف المعلن عنها في آجالها المحددة؟ أم أنها تستلزم مدة أطول من ذلك في الوقت الذي تكون بلدان أخرى قد وجهت أنظارها لتحقيق الأهداف التي تم تحديدها خلال فترة 2016-2020³¹.

III. التحليل القياسي لدراسة أثر الإنفاق العام الصحي على المؤشرات الصحية في الجزائر.

من خلال هذا النموذج حاولنا دراسة مدى تأثير الإنفاق الصحي على إنتاجية القطاع، وعلى هذا الأساس فقد حددنا مجموعة من المؤشرات الصحية ويتعلق الأمر بـ:

1. نفقات الصحة: **COV**.
2. أمل في الحياة عند الولادة: **EVN**.
3. أمل الحياة عند الولادة بالنسبة للإناث **EVNF**.
4. أمل الحياة عند الولادة بالنسبة للذكور: **EVNO**.
5. الأطفال الملقحين ضد الدفتيريا: **DTC P3**.
6. الأطفال الملقحين ضد الحصبة: **VAR**.
7. معدل وفيات الأطفال بالنسبة لكل 1000 ولادة حية: **TMEV**.
8. معدل الوفيات بالنسبة لكل 1000 ساكن **TMEH**.
9. معدل الخصوبة **TS**.

سيتم الاستعانة بأدوات تحليل السلاسل الزمنية لتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة بدل الأساليب التقليدية التي يؤدي استخدامها إلى نتائج مضللة (Spurious Regression)، نظرا لكون المتغيرات الاقتصادية الكلية تتسم بعدم الاستقرار (تتسم بعدم الاستقرار)

في إطار تقصي آثار وانعكاسات سياسة الإنفاق العام³² Granger-Newbold 1974 على الصحة، تقوم هذه الدراسة باختبار أثر الإنفاق العام في الصحة على المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985-2013)، تم اختيار متغيرات الدراسة بما ينسجم مع النظرية الاقتصادية والدراسات السابقة، إذ يقدم نموذج الدراسة كالتالي:

DTC(-1) EVN(-1) VAR(-1)=GOV

من خلال هذا النموذج سوف نحاول دراسة العلاقة بين أثر زيادة الإنفاق العام على المؤشرات الصحية، حيث استندنا من خلال هذه الدراسة على المتغيرات التالية:

GOV: الإنفاق الحكومي **DTC** : الأطفال الملقحين ضد الدفتيريا **EVN** : أمل الحياة عند الولادة.
VAR: الأطفال الملقحين ضد الحصبة.

أولاً. اختبار استقرارية السلاسل الزمنية: ويتم استخدام اختبار فيليبس بيرون من أجل اختبار استقرارية متغيرات الدراسة، ونتائج الاختبار الموضحة في الجدول الموالي، تثبت أن متغيرات النموذج كلها متكاملة من الدرجة الأولى، أي أنها مستقرة عند الفرق الأول. حيث تم قبول الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند المستوى عند درجة معنوية 1% و 5%، وعند أخذ الفروق الأولى تم رفض الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند الفروق الأولى، أي أنها أصبحت مستقرة عند الفروق الأولى عند درجة معنوية 1% و 5%. ومن هنا تظهر ضرورة تقصي وجود علاقة تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة. باستعمال برنامج « **EViews** » نحصل على نتائج اختبار (ADF) الممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): اختبار الإستقرارية.

المتغيرات	Adf			
	عند المستوى level	t-Statistic المحسوبة	الفروق الأولى	t-Statistic المحسوبة
GOV	2.703261	-2.991878***	-6.131282	-2.976263***
DTC	1.640868	-1.953381***	-3.857683	-2.981038***
EVN	-2.040981	-3.612199***	-4.236453	-3.612199**
VAR	1.330403	-1.953381***	-4.578567	-1.953858***

المصدر: من إعداد الباحثين مخرجات برمجية Eviews8

*, **, *** تشير إلى مستوى معنوية عند 10% ، 5% ، 1% على التوالي .

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن $t_{\phi j} < t_{tab}$ وبالتالي نقبل الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أن السلسلة الزمنية الخاصة بالإنفاق العام والمؤشرات الصحية، وذلك لوجود جذر أحادي وهذا عند المستوى، وعليه قمنا بتطبيق طريقة الفروقات من الدرجة الأولى وحصلنا على $t_{\phi j} > t_{tab}$ وبالتالي نرفض الفرضية العدمية (H_0). أي أن السلسلة الزمنية لمتغيرات الدراسة لا يوجد بها جذر أحادي، وبالتالي فهي مستقرة.

بما أن متغيرات دراسة كلها مستقرة عند الفرق الأول وهذا ما ستوجب تطبيق نموذج "التكامل المتزامن".

ثانيا. اختبار جوهانسون للتكامل المشترك **Johansen technique** : يقدم جوهانسون طريقة مختلفة لاختبار التكامل المشترك للمتغيرات، حيث يعتبر هذا الاختبار أعم وأشمل من خلال تقديم نتيجة اختبارا لآثر λ_{trace} واختبار القيمة العظمى λ_{max} ، فإذا كانت قيمة الاختبار المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية نرفض الفرض القائل بعدم وجود متجه تكامل للمتغيرات الدراسة، ونقبل الفرض القائل بوجود على الأقل متجه تكامل واحد. وإذا تم حدث العكس فالنتيجة تكون من خلال قبول الفرض القائل بعدم وجود تكامل مشترك.

الجدول (09): نتائج اختبار التكامل المشترك بطريقة جوهانسون

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Trace Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885983	96.54977	47.85613	0.0000
At most 1 *	0.570025	42.26451	29.79707	0.0011
At most 2 *	0.448711	21.16379	15.49471	0.0063
At most 3 *	0.222021	6.276379	3.841466	0.0122

Trace test indicates 4 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

المصدر: من إعداد الباحثين مخرجات برمجية Eviews8

نتائج الاختبار المعطاة في الجدول توضح أن عدد المتجاهات يساوي عدد المتغيرات فإننا نرفض وجود تكامل في المدى الطويل ما بين متغيرات النموذج. وبما أنه لا توجد علاقة في المدى الطويل سنقوم بدراسة العلاقة في المدى القصير وعليه سنقوم باستخدام نموذج الانحدار الذاتي الموجه **var**. إن عدم وجود علاقة بين متغيرات النموذج على المدى الطويل إنما هو راجع بالأساس إلى ارتباط المؤشرات الصحية بعدة عوامل تحدد أهداف وأولويات المنظومة الصحية وذلك حسب المخططات والبرامج الصحية المعتمدة، أما بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي كمتغير مستقل فهو مرتبط بمتغيرات أخرى تتعلق أساسا بالسياسة المالية والأوضاع الاقتصادية للبلاد على الرغم من أننا أثبتنا من خلال النموذج السابق أن الإنفاق الصحي لا يتحدد بمستوى النمو الاقتصادي.

ثالثا. نموذج الانحدار الذاتي الموجه **var**

أ. النموذج العام لشعاع الانحدار الذاتي:

$$Y_t = A_0 + \sum_{i=1}^n A_i Y_{t-i} + \varepsilon_t$$

بحيث:

$$Y_t = (Y_{1t}, Y_{2t}, \dots, Y_{ut})$$

ويمكن كتابة هذا النموذج بشكل آخر بإدخال معامل التأخير "33" opérateur retard (D)

$$\phi(D)Y_t = A_0 + \varepsilon_t$$

$$\phi(D) = 1 - \sum_{i=1}^n A_i D^i$$

بحيث:

$$D_i X_i = X_{t-i}$$

بشكل عام إن نموذج VAR ذو الدرجة (P) décalages، والمتكون من K متغير، يرمز له بـ VAR(P) والذي يكتب على شكل المصفوفة التالية:

$$Y_t = A_0 + A_1 Y_{t-1} + A_2 Y_{t-2} + \dots + A_p Y_{t-p} + U_t$$

مع:

$$y_t = \begin{bmatrix} y_{1t} \\ y_{2t} \\ \vdots \\ y_{Kt} \end{bmatrix}; \quad A_p = \begin{bmatrix} a_{11}^p & a_{12}^p & \dots & a_{1K}^p \\ a_{21}^p & a_{22}^p & \dots & a_{2K}^p \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{K1}^p & a_{K2}^p & \dots & a_{KK}^p \end{bmatrix}; \quad A_0 = \begin{bmatrix} a_{10}^0 \\ a_{20}^0 \\ \vdots \\ a_{K0}^0 \end{bmatrix}; \quad U_t = \begin{bmatrix} U_{1t} \\ U_{2t} \\ \vdots \\ U_{Kt} \end{bmatrix}$$

حيث:

- Y_t : شعاع بعده (K,1).
- A_p : مصفوفة المعالم ذات البعد (K,p).
- A_0 : شعاع ذو البعد (K,1) للقيم الثابتة.
- U_t : شعاع التشويش الأبيض bruit blanc ذو البعد (K, 1) الذي يحقق الفرضيات التالية:

$$E(U_t) = 0$$

$$E(U_t, U_{t'}) = 0$$

$$E(U_t, U_{t'}) = 0 \quad \forall t \neq s$$

وباستعمال معامل التأخير D يمكن كتابة النموذج على الشكل التالي:

$$A(D)Y_t = A_0 + U_t$$

$$I - A_1 D - A_2 D^2 - \dots - A_p D^p) Y_t = A_0 + U_t \quad \text{أو:}$$

نموذج الانحدار الذاتي المعتمد عليه في الدراسة هو مفسر للظاهرة بنسبة 85 %، وهو ، ولا يعاني من المشاكل القياسية . ويعطى بالعلاقات التالية:

- $GOV = 0.8728005367*GOV_{(-1)} + 1179103.50632*DTC_{(-2)} + 6960801.74388*EVN_{(-2)} - 81746.5008147*VAR_{(-2)} - 551448549.644$
- $DTC_{(-1)} = 8.56742994136e-09*GOV_{(-1)} + 1.00709421283*DTC_{(-2)} + 0.114648904957*EVN_{(-2)} - 0.337684057162*VAR_{(-2)} + 20.4971893624$
- $EVN_{(-1)} = 6.53792525894e-10*GOV_{(-1)} - 0.0104927797618*DTC_{(-2)} + 0.94249365672*EVN_{(-2)} - 0.00401051105478*VAR_{(-2)} + 5.38884860035$
- $VAR_{(-1)} = 9.35327213955e-09*GOV_{(-1)} + 0.625692882955*DTC_{(-2)} - 0.359096779086*EVN_{(-2)} + 0.304973448502*VAR_{(-2)} + 29.035565941$

مع العلم أن :

R-squared 0.853646

Adj. R-squared 0.827036

F-statistic 32.08009

S.D. dependent 1.01E+08

سنقوم بتحليل العلاقة في المدى القصير بالاعتماد على اختبار تحليل التباين.

2/ تحليل التباين Variance Décomposition: خلصت نتائج تحليل التباين Variance Décomposition إلى ما يلي:

بالنسبة للإنفاق الصحي: كما ذكرنا سابقا بأن الإنفاق الصحي هو متغير مستقل وبالتالي لا يتأثر بأي متغيرات الدراسة، وإنما تحدده عوامل أخرى.

إن النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة كذلك لا تتطابق مع النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة على أنه النفقات الصحية لا تساهم في النمو الاقتصادي ونفسر هذا بأن تطور النفقات الصحية لا تؤثر على النمو الاقتصادي في الجزائر لأن الاهتمام فقط بإنتاجية العامل دون تحديد العوامل المؤثرة فيه للعمل على تحسينها وتوظيفها لرفع إنتاجية تنعكس سلبا على المنشآت العاملة في الاقتصاد وعلى النمو الاقتصادي. كما أن تطور النفقات الصحية لا تسبب النمو الاقتصادي في الجزائر لأن الإنفاق على الرعاية الصحية على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين لا يراعى فيها الكفاءة في الإنفاق والتوزيع العادل للخدمات الصحية على مستوى الدولة لتصبح في متناول جميع طبقات المجتمع وبالجودة نفسها.

الجدول (10): تأثير الإنفاق العام

Variance Décomposition of GOV: Période	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	28835465	100.0000	0.000000	0.000000	0.000000
2	31591399	95.06110	3.062989	1.226700	0.649207
3	65901582	97.55380	1.974847	0.282196	0.189156
4	76396449	94.71375	3.884893	0.983210	0.418147
5	1.43E+08	97.80801	1.648518	0.305295	0.238172
6	1.77E+08	96.65220	2.166456	0.798931	0.382415
7	3.12E+08	98.53191	0.893265	0.312014	0.262815
8	4.11E+08	97.87543	1.078846	0.667654	0.378066
9	6.96E+08	98.94842	0.440601	0.326803	0.284173
10	9.60E+08	98.51137	0.543149	0.575016	0.370466

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة للأطفال الملقحين ضد الدفتيريا: إن التلقيح ضد الدفتيريا يعتبر من الأهداف الأساسية التي شملتها المنظومة الصحية وذلك من خلال تخصيص نسبة معتبرة من الإنفاق الصحي لتعميم الاستفادة من هذا التلقيح، وهو فعلا ما تؤكدته نتائج الدراسة وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي ساهم بنسبة كبيرة في تعميم هذا نوع من التطعيم بنسبة كبيرة وصلت إلى ما يقارب 92%. والجدول الموالي يبين ذلك بأكثر تفصيل:

الجدول(11): تأثير الإنفاق العام على التلقيح ضد الدفتيريا

Variance Période	Décomposition of DTC(-1):	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1		2.188375	1.094511	98.90549	0.000000	0.000000
2		2.719755	0.921163	96.67305	0.542235	1.863550
3		3.033891	12.75403	81.22008	1.207072	4.818815
4		3.066545	12.51252	79.80312	1.235450	6.448911
5		3.486835	31.26130	61.79546	0.970239	5.973007
6		3.629895	35.80370	57.38390	1.273349	5.539045
7		4.767586	62.47957	33.40162	0.741857	3.376954
8		5.568658	71.23268	24.89581	1.231802	2.639707
9		8.628377	87.85780	10.42861	0.524707	1.188889
10		11.28388	91.73115	6.418407	0.876155	0.974289

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة لأمل الحياة عند الولادة: يعتبر أمل الحياة عند الولادة من المؤشرات الصحية الهامة التي تعبر عن مدى فعالية السياسة الصحية أو بالأحرى البرامج الصحية. وعلى هذا الأساس فقد بينت نتائج الدراسة التحليلية أن هذا المؤشر هو في تحسن مستمر بالنسبة للجزائر ، إلا أنه يظل دون المستوى المطلوب وهذا بمنظار التصنيف المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية وقد خلصت الدراسة التحليلية بأن تحسن مؤشر الحياة عند الولادة مرتبط بحجم الموارد المالية المخصصة للقطاع ، أي أن تحسن الوضع الصحي يرتبط ارتباطا وثيقا بنسبة الإنفاق العام التي تخصصها الدولة للقطاع الصحي. إلا أن الدراسة القياسية أثبتت عكس ذلك وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي لا يؤثر إلا بنسبة 8% كأقصى حد في أمل الحياة عند الولادة، في حين أن تعميم برامج التلقيح يؤدي إلى تحسن كبير في هذا المؤشر.

مما سبق يمكن استخلاص أن الإنفاق الحكومي المسخر لقطاع الصحة ليس له تأثير كبير في تحسين المستوى الصحي للجزائريين، وهذا ما يدل على عدم كفاءة عوامل الإنتاج سواء كان العمل أو عامل رأس المال. والجدول الموالي يبين ذلك بأكثر تفصيل:

الجدول (12): تأثير الإنفاق العام على أمل الحياة عند الولادة

Variance Decomposition of EVN(-1): Period	S.E	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	0.012865	6.054283	0.166874	93.77884	0.000000
2	0.026990	8.029121	1.038571	88.86200	2.070308
3	0.042921	7.342501	5.433304	81.68176	5.542435
4	0.060949	6.933377	10.55132	72.99781	9.517493
5	0.079334	5.724898	13.93217	66.76486	13.57807
6	0.097323	5.012745	15.17790	62.33605	17.47331
7	0.113406	3.830887	15.23076	59.84038	21.09798
8	0.127970	3.053015	14.36351	58.24823	24.33524
9	0.141111	3.325838	13.01904	56.86698	26.78815
10	0.153015	3.644148	11.44293	56.07518	28.83774

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة لتأثير الإنفاق العام على التلقيح ضد الحصبة: تظهر نتائج الدراسة بأن الإنفاق الصحي يؤثر بنسبة كبيرة على توسع نسبة التلقيح ضد الحصبة بنسبة 97%. ويمكن إرجاع سبب ذلك إلى أن القضاء على هذا الداء كان من بين الأهداف المسطرة من قبل منظمة الصحة العالمية في إطار ميثاق الألفية والذي صادقت عليه الجزائر، وهو ما استدعى ضرورة رصد مبالغ هامة لتجسيد هذا الهدف قبل حلول سنة 2015. وللتوضيح لأكثر الجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول (13): تأثير الإنفاق العام على عملية تعميم التلقيح ضد الحصبة

Variance Decomposition of VAR(-1): Period	S.E	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	3.033035	0.002841	61.77092	5.514389	32.71185
2	3.596857	1.041224	70.45047	3.947423	24.56089
3	4.444481	31.31270	49.37205	3.181490	16.13376
4	4.554262	32.72233	48.82188	3.060012	15.39578
5	6.746364	67.86447	23.15250	1.598393	7.384630
6	7.489865	71.70158	20.78817	1.508150	6.002105
7	12.54764	89.00444	7.972649	0.621213	2.401700
8	15.40514	91.15595	6.311679	0.831009	1.701362
9	26.33974	96.52549	2.331275	0.368145	0.775090
10	34.91581	96.92162	1.813585	0.637552	0.627244

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

الخاتمة:

اعتبرت منظمة الصحة العالمية بأن الصحة الإنجابية هي أحد أهم أركان الصحة العامة وهي حالة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس فقط غياب المرض، ومن هذا المنطلق ترتبط الصحة الإنجابية ارتباطا وثيق بوجود المرأة وكيانها ودورها في المجتمع مما يجعلها مؤثرة ومتأثرة بكل مراحل حياتها ابتداء من الطفولة وصولا إلى الشيخوخة، لكل طفل الحق في أن يتمتع بأفضل حالة صحية بدنية وذهنية وروحية ممكنة، وتتعهد الدول بأن تسعى إلى ممارسة هذا الحق بالكامل وتعد نسبة وفيات الأمهات انعكاسا عن التكفل الصحي بالحمل في جوانبه الوقائية أولا ثم الشفائية، كما يعد مؤشرا عن الاستفادة من العلاج وتجهيزات مصالح طب التوليد، ولا يزال

مستوى وفيات الأمهات، أي وفيات النساء بسبب الحمل أو الولادة، يشكل على غرار وفيات الأطفال، مشكل صحة عمومية في الجزائر ومن النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية ما يلي:

- تعميم برامج التلقيح الوطنية والرعاية الصحية المتكاملة للطفل بالإضافة إلى المتابعة الطبية للأم قبل، أثناء وبعد الولادة مجانا.
- تحسين الرعاية الصحية للأم والطفل في المناطق الريفية بنسب مماثلة بتلك التي يستفيد منها سكان المناطق الحضرية بعدما كانت الفارق كبيرا في السنوات الماضية.
- ساهمت برامج الاستثمارات العمومية وكذا النفقات العمومية إلى تحسين مؤشرات التغطية الصحية، وامتصاص الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.
- أظهرت العلاقة في المدى الطويل أن الإنفاق العام على الصحة له تأثير إيجابي مفسر إحصائي على المؤشرات الصحية.
- من هنا يجب العمل على زيادة الانفاق على الصحة وليس العكس وذلك لمعالجة المشكلات العديدة التي يعاني منها المجتمع، وهو ما يتطلب وضع الاسس الضرورية لإصلاح الانفاق العام وجعله يصب في صالح الاهداف الرئيسية التي تقرر من اجلها.

التوصيات:

انطلاقا من النتائج المتوصل اليها و من أجل الرقي بهذا القطاع بما يتماشى والأهداف المعلن عنها في ميثاق الألفية فقد ارتأينا ادراج التوصيات التالية:

- باعتبار أن النظام الميزاني لا يتماشى و التطورات الحاصلة فلا بد من اصلاح نظم تسيي الموازنة العامة للمؤسسات الصحية حتى يكون هنالك رشادة في تسيير موارد القطاع.
- العمل على الاستفادة من خبرات دول الجوار (المغرب و تونس مثلا) كونها استطاعت أن تحقق نتائج مرضية بموارد مالية محدودة.
- الاهتمام أكثر بمجال الرعاية الصحية الأولية .
- إصلاح النظام الصحي و ذلك لكون أن المنظومة الصحية بالجزائر مازالت تعاني من قصور كبير في عدة ملفات (التمويل،التخطيط،القوانين...الخ).
- العمل على تحسين هذه المؤشرات الى فترة ما بعد 2019 حتى يكون هنالك استدامة في تحسين المؤشرات الصحية.

الاحالات والمراجع:

- ¹ - مجلس التخطيط ، مؤشرات التنمية المستدامة في دولة قطر، الدوحة : 2006، ص 02.
- ² - وزارة التنمية والتعاون الدولي، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية: دعم ووضع إستراتيجية مستدامة وخطة تنفيذية لتطوير الموارد البشرية ، سوسة تشرين الأول 23- 25 سنة 2007 ، ص 02.
- ³ - WhO (world health organisation) 2003 : The world Health report 2003 shaping futur, Geneva, , pp12,13.
- ⁴ - , 2003 , Humane dévalment, report 2003 , New York oxford university press , PP 85,86
- ⁵ - زميت خدوجة ، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير، جامعة الجزائر، 1999 - 2000، ص 59.
- ⁶ - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول :صحة الأم والطفل ،الدورة التاسعة، 28-29 أكتوبر 1997، ص 15.
- ⁷ -التقرير الصادر عن يونيسيف (إقليم للشرق الأوسط وشمال إفريقيا) حول: وضع الأطفال في العالم ، جامعة الدول العربية للنشر ، ديسمبر 2008 ، ص 08.
- ⁸ - د.عبد القادر لطرش ، سمح البستاني ، موزة السلم ، الأهداف الإنمائية للألفية في دولة قطر ، تقييم و استشراف ، مجلة دراسات سكانية ، الإصدار رقم 04 ، الطبعة الأولى ، الدوحة، 2009، ص 15.
- ⁹ - زينب فصولي ،الواقع الصحي للأطفال في الجزائر ومجهودات الدولة من أجل الرعاية ، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى دولي الأول خاص بالصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري ، 21-22 أبريل 2014 ، الطارف ، ص 14.
- ¹⁰ - le rapport national sur les objectifs millénaire pour le développement ,Algérie ,op.cit, P 48
- ¹¹ بوسالم فاطمة، بوسالم زينة، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات ترشيد الإنفاق الصحي ، 24/25 نوفمبر 2015، ص 14.
- ¹² - عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، بحوث اقتصادية، الصادرة في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، جوان 2009، ص 298.
- ¹³ - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول:صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 56
- ¹⁴ - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي:المشروع التمهيدي للتطوير الوطني الخامس حول التنمية البشرية ل 2003، مرجع سابق، ص 70
- ¹⁵ - وزارة الصحة والسكان،البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة،(اليونيسيف)الجزائر،جوان 1986، ص 09
- ¹⁶ -المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي:المشروع التمهيدي للتطوير الوطني الخامس حول التنمية البشرية لسنة 2003،مرجع سابق ص 70
- ¹⁷ -- بيانات البنك العالمي حول : مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الالكتروني: <http://www.worldbank.org>

- 18 - التقرير العربي الثالث حول:الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها،جامعة الدول العربية 2010، ص 31..
- 19 - التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : لمحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة،الجزائر،2010، ص 10.
- 20 - أحمد عبد المنعم، ماجدة محمد ، أوضاع الأطفال والأمهات في المناطق الحضرية لبعض الدول العربية، ورقة عمل خاصة بالمؤتمر العربي حول الإدارة الصحية من 3-5 ماي 2008 ، جامعة الشمس (القاهرة)، ص 22.
- 21 - الإحصائيات الصحية العالمية،الصادرة عن منظمة الصحة العالمية 2009، ص 74.
- 22 - المشروع العربي لصحة الأسرة ، جامعة الدول العربية ،المجلد الثاني والثالث،القاهرة 2006، ص 08
- 23 - التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية حول:الصحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ، مرجع سابق، ص 09.
- 24 - التقرير الخاص بالصحة في العالم ،الصادر عن منظمة الصحة العالمية، جنيف،ماي 2004 ، ص 11
- 25 - rapport national sur les objectifs du milliaire pour le développement, op cit, P 90
- 26 - التقرير الوطني للجمهورية الديمقراطية الشعبية:لمحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة مرجع سابق،ص 11
- 27 - فاطمة بوسالم ، زينة بوسالم :الأهداف التنموية للألفية في آفاق 2015 ، مرجع سابق،ص 10.
- 28 - تقرير المجلس التنفيذي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي صندوق الأمم المتحدة للسكان حول :سبل الصحة الإنجابية وتنفيذ البرامج القطرية ، نيويورك ، جوان 2001 ، ص 07.
- 29 - التقرير العربي الموحد ،إحصائيات خاصة بالدول العربية ، لسنة 2009 ، ص 293.
- 30 - ناتالي راميريز: أهداف التنمية المستدامة لفترة من 2016-2020 ،مجلة التمويل والتنمية ،العدد 52، يونيو 2010، ص 25.
- 31 - مديحة مديحة محمود خطاب،تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر ، ص 18.

³³ -Regis Bourbonnais : **Econométrie manuelle et exercice corrigées** , 5^{ème} édition Dunod, Paris 2006.