

أثر هجرة الكفاءات الطبية على التنمية الصحية في الجزائر.
.The impact of medical skills migration on health development in Algeria

بلخثيرنجية¹

¹جامعة أوبكريلقايد، تلمسان، nadjya.belkhatir @univ-tlemcen

تاريخ النشر: 2025/06/30

تاريخ القبول: 2025 /06/29

تاريخ الاستلام: 2025 /01/03

ملخص:

تعاني المنظومة الصحية في الجزائر الكثير من الاختلالات التي تؤثر سلبا على جودة مخرجاتها المتعلقة بالتغطية الصحية كواقع يرفضه المهنيين والمواطنين، وتعترف به الحكومة نفسها، وهو ما نحاول إلقاء الضوء عليه من خلال تحليل مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر، ومقارنتها بالمستويات العالمية، مع التركيز على واقع وتحديات العنصر البشري ممثلا في الكفاءات الوطنية في المجال الصحي، وإشكالية هجرة المهنيين الصحيين والأطباء الجزائريين، كمتغير مؤثر على مستويات وتحديات التنمية الصحية في الجزائر، الأمر الذي يؤكد مرة أخرى أهمية الإصلاح على مستوى الاهتمام بكفاءاتنا الوطنية والاهتمام بها كأحد أهم ركائز الإصلاح للسياسات العامة الصحية.

الكلمات المفتاحية: التنمية الصحية، الكفاءات البشرية الجزائرية، هجرة الأطباء الجزائريين، إصلاح السياسات الصحية.

ترميز JEL : (I12,I18 , FO,I180)

Abstract:

The health system in Algeria suffers from many imbalances that negatively affect the quality of its outputs related to health coverage as a reality that professionals and citizens reject, and the government itself acknowledges, which is what we are trying to shed light on by analyzing health development indicators in Algeria, and comparing them to global levels, with a focus on the reality and challenges of the human element represented by national competencies in the health field, and the problem of the migration of Algerian health professionals and doctors, as a variable affecting the levels and challenges of health development in Algeria, which confirms once again the importance of reform at the level of interest in our national competencies and interest in them as one of the most important pillars of reform for public health policies.

Keywords :Health development, Algerian human competencies, Algerian doctors' migration, health policy reform.

JEL Classification Codes: (I12,I18 , FO,I180)

1. مقدمة:

يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تلبي احتياجات الإنسان، فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته ومن هنا احتلت الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على صحة الإنسان بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، فهي ضرورة إنسانية واقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وفي هذا الإطار، عمدت الجزائر ومنذ الاستقلال إلى وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية ذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا وحق من حقوق المواطن.

لقد حققت الجزائر تحسنا كبيرا في نواتج الرعاية الصحية، ولاسيما من خلال تحسين مؤشر أمل الحياة وتخفيض معدلات الوفيات فيما بين الرضع والأطفال، إلا أنها تواجه تحديات صحية جديدة من شأنها التأثير على إنجازاتها متعلقة بالاحتياجات المتغيرة والمتزايدة للسكان، في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير الهرم السكاني وتغير خريطة المرض.

كما أن التحديات التي يواجهها مشروع التنمية الصحية الجزائرية خاصة على مستوى التسيير، أدى إلى استنزاف كوادرها الطبية وتوجههم إلى الهجرة للحصول على فرص عمل أفضل، الأمر الذي أثر سلبا على مسار الإصلاح في القطاع الصحي، وبالتالي التنمية الصحية.

في ظل ما تقدم يمكن طرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى أثر تسرب وهجرة الكفاءات الطبية الجزائرية على تحقيق، وبالتالي تراجع مؤشرات التنمية الصحية؟

الفرضية:

أسهم تسارع وثيرة هجرة الكفاءات الطبية الجزائرية إلى الخارج، بشكل أساسي في تراجع مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر، وتنقسم إلى فرضيات فرعية كالتالي:

1/ أسهم الاستعمار الفرنسي والارتباط به بعد الاستقلال، والعشرية السوداء، والسياسات الصحية في زيادة وثيرة هجرة الكفاءات الطبية الجزائرية.

2/ أسهمت العوامل الدولية خاصة التنافس على الكفاءات الطبية دوليا في استنزاف مهنيي الصحة الجزائريين نظرا للإغراءات المادية والمعنوية المقدمة.

3/ تُعدّ التحديات البنيوية التي يواجهها قطاع الصحة في الجزائر، كضعف ظروف العمل، وانعدام الحوافز المهنية، وسوء التسيير عاملاً رئيساً في تغذية ظاهرة هجرة الكفاءات الطبية، ما يُفضي إلى تراجع التنمية الصحية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر من خلال التركيز على تحديات استقطاب المتغير البشري والحفاظ على الكفاءات الوطنية من مهنين وأطباء ومسيرين. يعتبر موضوع المقال تحديات التنمية الصحية الجزائرية حديثا ومهما، وبالنظر إلى المتغيرات الصحية الراهنة، الأمر الذي يعتبر تحفيزا ذاتيا لتطوير الجانب المعرفي والمكتسبات الأكاديمية في هذا الجانب من الدراسة.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تحديد الطبيعة العلائقية بين متغيري الدراسة، وهو ما يعتبر عنصرا جديدا ونادر الدراسة عندما يتعلق الأمر بعنصر هجرة الكفاءات الطبية الجزائرية، خاصة فيما يتعلق بالإحصائيات الجديدة ومناقشتها

يطمح المقال إلى تقديم صورة أوضح عن التأثير الكبير لهجرة نخبة المجتمع الجزائري في المجال الصحي، على الأمن الصحي الجزائري في جانبه التنموي، والتالي تقديم رؤية أوضح لصانع القرار الجزائري بغية المعالجة الفعالة.

مناهج التحليل المعتمدة:

تم الاعتماد مبدئيا على المنهج التاريخي بشكل جزئي لتتبع تطور تاريخ هجرة المهنين في مجال الصحة، مع التركيز على حالة الجزائر.

كما تم الاستعانة بالمنهج التحليلي التفسيري لتبيان العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة: التنمية الصحية كمتغير تابع، وعلاقتها بالمتغير الثاني ممثلا في هجرة الكفاءات الوطنية، وتبيان أسبابها ونتائجها.

2. تحديد المفاهيم:

1.2. التنمية الصحية:

هي عملية تطوير وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للأفراد داخل المجتمع (Mwabu, Germano, 1993)، مع التركيز على جودة العتاد والوسائل التكنولوجية (بقة بن عرار، عبد العزيز سهام، 591)، ويعرفها نيل هالفون على أنها: عملية تكيفية مدى الحياة تعمل على بناء والحفاظ على القدرة الوظيفية المثلى للأفراد ومقاومة الأمراض (Neal Halfon, 2002, 439).



وبالتالي، تتضمن نظام معقدا من المداخل المتفاعلة لاستعادة وإدارة وتحسين صحة الإنسان (رزوقي نور الهدى، كلاش مريم، 56)، مما يعني أن الإنسان هو محور التنمية الصحية مع الإشارة إلى أن الصحة لا تمثل قيمة في حد ذاتها فقط، بل هي أساس الإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (بومعلاف الياس، عماري عمار، 28)، فالتنمية الصحية تتضمن حقوق الإنسان غير قابلة للتصرف وفقاً للإعلان العالمي لحقوق الإنسان، تمكن من تجسيد الحقوق الأخرى، كقدرة الأطفال الأصحاء على التعلم، وتجعل العمال الأصحاء أكثر إنتاجية والآباء أكثر رعاية لأطفالهم (government of canada, 2024).

96

المائة فوق مستويات عام 2019، وكان هذا الارتفاع بسبب إعطاء الحكومات الأولوية للصحة في إنفاقها (Kurowski and all ,2023,15).

2.2. هجرة الكفاءات أو الأدمغة:

يشير مصطلح هجرة الأدمغة إلى حركة المهنيين بين الشركات أو الصناعات للحصول على أجور أو فرص أفضل، وغالبًا ما تحدث بين البلدان حيث يوجد تباين حاد في الفرص المتاحة، إذ ينتقل الأفراد للبحث عن مستوى معيشة أفضل. (Julie Young,2024)، ويعرفها الموقع الرسمي للاتحاد الأوروبي بأنها: الخسارة التي تلحق ببلد نتيجة هجرة الكفاءات المؤهلة جدا (European Union ,2024).

يعرف مصطلح "هجرة الأدمغة" بعض الجدل حول التسمية، إذ هناك بعض العلماء، مثل ديفيد هارت الذي يفضل استخدام مصطلح "هجرة المهارات العالية" بدلاً من "هجرة الأدمغة" (Nadja Johnson,2008,2)، كما أثار الجدل عندما استبدل عبارة "هجرة الأدمغة" كمرادف لإدارة الموارد البشرية، واصفا إياها "حرب عالمية من أجل المواهب" (David Hart,2008,6)، فوفقاً لهارت، فإن هجرة المهارات العالية هي هجرة الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات أعلى من المهارة والتعليم، والذين إذا بقوا يمكنهم المساهمة بشكل كبير في تنمية بلدانهم. (Nadja Johnson,2008,2)

ويختلف معه جروبل وسكوت، حيث على أكد على إيجابية ظاهرة الهجرة، باعتبارها منفعة عامة دولية، وعلى مساهمة المهاجرين ذوي المهارات العالية في المعرفة، كما يرفض ادعاءات الخسائر المزعومة التي تكبدها البلدان النامية (Frédéric Docquier ,Hillel Rapoport ,2011).

كما يُستخدم مصطلح "هجرة الأدمغة" عادةً كمرادف لحركة رأس المال البشري، حيث يتجه صافي تدفق الخبرة بشكل كبير في اتجاه واحد. (Pierpaolo Giannoccolo)

أما على مستوى التأصيل النظري، نجد الليبراليين الدوليين كجوزيف كارينز، يدافعون عن سياسة الحدود المفتوحة للهجرة وحق الأفراد في التنقل (Hafner, paula, 2016, 4)، وذلك باعتبار الهجرة نتيجة لاحتياجات السوق العالمية، وللاقتصاد الكلي، مع التركيز على المزايا كتحويلات المغتربين واكتساب العقول الذي يشمل التفاعل المتبادل للمفاهيم الجديدة والتكنولوجيا (Douglas s. Massey ,1993,400)، إذ يؤكد الليبراليون على المزايا المستمدة من حركة الأطباء، والفوائد التي يجنيها المهاجرون أنفسهم وأسرهم، خاصة التحويلات المالية تعوض عن العواقب السلبية للهجرة الأدمغة (Taqiyeddine benfifi, 2024, 403)، ووفقاً لإيسترليونياركو، فإن التحويلات المالية تتجاوز نفقات تعليم الأفراد المهاجرين من بلدانهم الأصلية بسبب مستواهم التعليمي المرتفع (William Easterly, Yaw Nyarko , 2008, 33)، وتفترض النظرية أن تصدير الأطباء يعزز قيمة التعليم

مما يزيد من الدافع والاستعداد للإنفاق على التعليم الطبي، وبالتالي، فإن هذا يعود بمزايا كبيرة على الدولة المرسله من خلال التخفيف من العواقب السلبية لهجرة الأدمغة. (Taqiyeddine benfifi, 2024, 403)

ومع ذلك، تصر نظرية العولمة على أنه لا ينبغي تناول الموضوع من خلال قضية التحويلات المالية فقط، وتزعم بيجي ليفيت (2006) أن العلاقات بين الهجرة والتنمية ليست مالية فحسب، بل يجب أن تشمل أيضًا التحويلات المالية الاجتماعية. (Musette, Mohamed Saib, 2017, 164)

3. الخريطة العالمية لهجرة الكفاءات في القطاع الصحي:

حددت منظمة الصحة العالمية، أن القوى العاملة الصحية تتألف من أفراد تتمثل وظيفتهم الجماعية في تعزيز وحماية وتحسين الصحة العامة (Dal Poz, and all, 2006, p12)، وتؤكد أن سوق العمل للعاملين في مجال الصحة تعاني من النقص المستمر (Lawrence B. Dacuycuy, 2008, p 5).

مع تكثيف العولمة، لم تعد القوى العاملة الصحية مقيدة بالعرض المحلي، حيث يمكن للدولة الاستفادة بشكل مباشر من أسواق العمل الدولية لزيادة النقص وتصحيح الاختلالات (Lawrence B. Dacuycuy, 2008, p 11).

وبالتالي، فإن المساهمة القيمة التي يقدمها العاملون الصحيون الذين يهاجرون للعمل في بلدان أخرى لا تقبل الجدل، فهي تعوض النقص المحلي في الموظفين، وتحسن جودة الرعاية الصحية (J. Eaton and all, 2023, p 254). خاصة داخل أنظمة الرعاية الصحية في البلدان ذات الدخل المرتفع، كالولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأستراليا والمملكة المتحدة التي لا طالما عانت من نقص في الموظفين المدربين محلياً (J. Eaton and all, 2023, p 254).

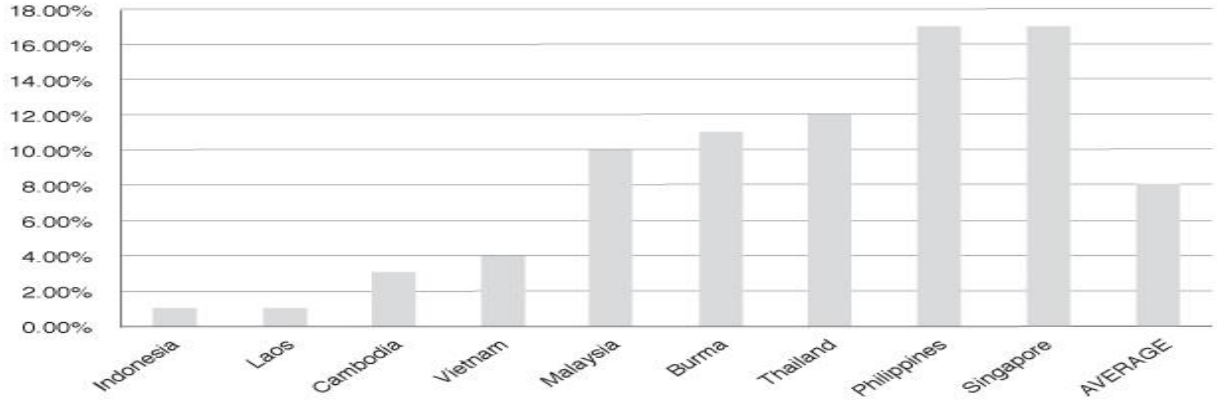
في المقابل، يتألف نظام الرعاية الصحية في البلدان النامية من مزيج من مقدمي الخدمات المملوكة للقطاع العام والخاص، وأغلبهم مملوك للقطاع العام، حيث، تبلغ نسبة المستشفيات العامة حوالي 79% في آسيا، و84% في أفريقيا، و71% في أميركا اللاتينية (Hamid Beladi and ad, 2015, p392)، وبالتالي يهاجر نخبة الكفاءات الصحية إلى الخارج إلى البلدان ذات الدخل المرتفع (ما يسمى هجرة الأدمغة الخارجية)، وفي هذا الإطار، أثار مكتب العمل الدولي والمنظمة الدولية للهجرة، مخاوف بشأن الآثار الضارة المحتملة لهجرة مهنيي الصحة من الدول النامية الطاردة إلى الدول المتقدمة المستقبلية (Stephen Bach, 2003).

تقدر منظمة الصحة العالمية نقصاً قدره 18 مليون عامل صحي بحلول عام 2030، وخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مما سيزيد من اتساع الفجوات العالمية في الرعاية الصحية عالية الجودة (World Health organization, 2016).

أثر هجرة الكفاءات الطبية على التنمية الصحية في الجزائر

وتعاني جنوب شرق آسيا وأفريقيا من أكبر نقص في العاملين الصحيين على أساس الاحتياجات عند 6.9 مليون و4.2 مليون على التوالي، ولكن مع الأخذ في الاعتبار حجم السكان في هذه المناطق، فإن نقص العاملين الصحيين في أفريقيا أمر يفرض تحديات صحية خطيرة (Paul Ikhurionan and al ,2022 , p 4).

الشكل 2: معدلات هجرة الأطباء من دول رابطة دول جنوب شرق آسيا، 2010.

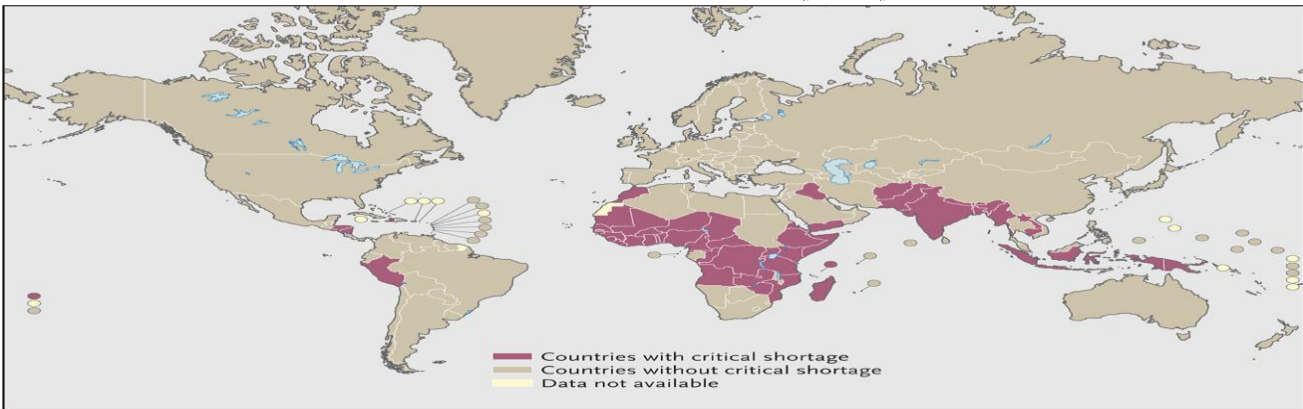


المصدر:

Nicola Suyin Pocock, Double Movement: Health Professionals and Patients in Southeast Asia, Éditions de la Maison des sciences de l'homme. <https://books.openedition.org/editionsmsmh/10763?lang=fr>

ففي أفريقيا وحدها، حيث تشتد الاحتياجات والمشاكل الصحية، هاجر أكثر من 70٪ من مقدمي الخدمات الطبية الأفارقة على الرغم من أنهم يشكلون ما يقارب خمس الأطباء فقط في البلدان المتقدمة (Dohlman L and al ,2019, p118)، وتشير المعلومات الواردة من كليات الطب في جنوب أفريقيا إلى أن ثلث إلى نصف خريجها يهاجرون إلى العالم المتقدم (Tikki Pang and al ,2002, p499).

الشكل 3: نقص حاد في مقدمي الخدمات الصحية (الممرضات والأطباء والقابلات). 2022.



المصدر:

Allyn I. Taylor, J.D., J.S.D., Leniashwenda, Ph.D., Bjørn-Inge Larsen, Stemming the Brain Drain — A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1108658> M.D., and Nils Daulaire, M.D.

بلخثير نجية

كما يعمل في الخارج أكثر من 150 ألف ممرضة فلبينية في 2002 (Carcega, T. F and al, 2002, p7) و240 ألف ممرضة فلبينية حسب إحصائيات 2020 باعتبار الفلبين أكبر مورد للممرضات على مستوى العالم (hospital management asia, 2024)، أما الجهات الرئيسية لهجرة العاملين الصحيين هي المملكة المتحدة والولايات المتحدة وكندا ونيوزيلندا وأستراليا، حيث تتراوح نسبة الأطباء والممرضات المدربين في الخارج والذين يعملون في هذه البلدان بين 20% - 25% و8% - 16% على التوالي.

الشكل 4: تقديرات النقص في العاملين الصحيين على أساس احتياجاتهم (بالملايين) في البلدان التي تقع تحت عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة حسب المنطقة، 2013 و2030.

Table A1.3: Estimates of health worker needs-based shortages (in millions)^a in countries below the SDG index threshold by region, 2013 and 2030

Region	2013				2030				% Change
	Physicians	Nurses/ midwives	Other cadres	Total	Physicians	Nurses/ midwives	Other cadres	Total	
Africa	0.9	1.8	1.5	4.2	1.1	2.8	2.2	6.1	45%
Americas	0.0	0.5	0.2	0.8	0.1	0.5	0.1	0.6	-17%
Eastern Mediterranean	0.2	0.9	0.6	1.7	0.2	1.2	0.3	1.7	-1%
Europe	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	-33%
South-East Asia	1.3	3.2	2.5	6.9	1.0	1.9	1.9	4.7	-32%
Western Pacific	0.1	2.6	1.1	3.7	0.0	1.2	0.1	1.4	-64%
Grand total	2.6	9.0	5.9	17.4	2.3	7.6	4.6	14.5	-17%

المصدر:

World Health Organization (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.

بناءً على الشكل، قُدِّر النقص القائم على الاحتياجات في العاملين في مجال الرعاية الصحية في عام 2013 بنحو 17.4 مليون منهم نحو 2.6 مليون طبيب، وأكثر من 9 ملايين ممرضة وقابلة، والبقية تمثل جميع كوادرات العاملين في مجال الرعاية الصحية الأخرى (World Health Organization, 2016, p44).

ويوجد أكبر نقص في العاملين في مجال الرعاية الصحية على أساس الاحتياجات في جنوب شرق آسيا بنحو 6.9 مليون وأفريقيا بنحو 4.2 مليون، ويبلغ النقص من حيث القيمة المطلقة أعلى مستوياته في جنوب شرق آسيا بسبب الأعداد الكبيرة من البلدان في هذه المنطقة، ولكن من حيث القيمة النسبية (أي مع الأخذ في الاعتبار حجم السكان)، فإن أكبر التحديات توجد في المنطقة الأفريقية، ومن المتوقع أن يظل النقص العالمي

في العاملين في مجال الرعاية الصحية على أساس الاحتياجات أكثر من 14 مليون بحلول عام 2030 (انخفاض بنسبة 17%) فقط، ومن ثم، فإن الاتجاهات الحالية لإنتاج العاملين في مجال الصحة وتوظيفهم لن يكون لها تأثير كاف على الحد من النقص القائم على الاحتياجات في العاملين بحلول عام 2030، ولا سيما في المنطقة الأفريقية، التي من المتوقع أن يتفاقم النقص القائم على الاحتياجات فيها في الفترة ما بين 2013 و2030. (World Health organization , 2016).

4. مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر:

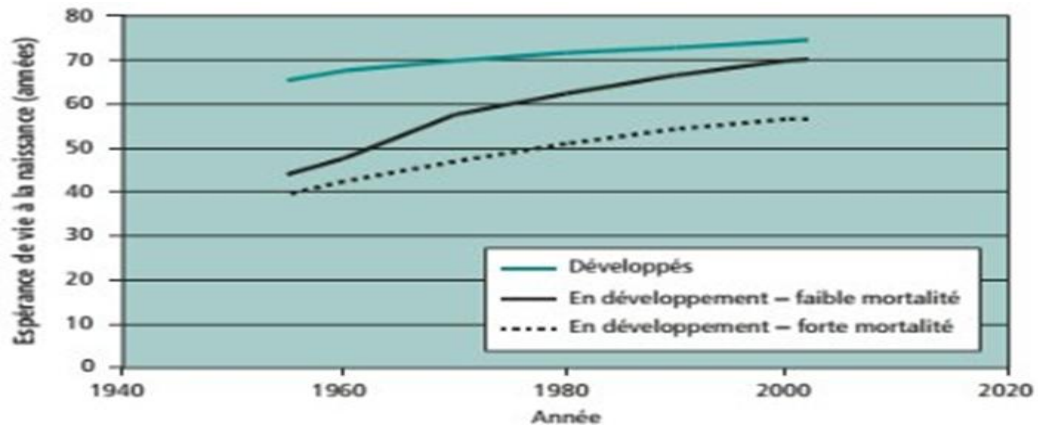
يمكن الاعتماد على مجموعة من المؤشرات المهمة، مثل متوسط العمر المتوقع ومعدلات الوفيات العامة، فضلاً عن معدلات وفيات الرضع والأطفال حديثي الولادة والأمهات.

1-1 متوسط العمر المتوقع:

حددت منظمة الصحة العالمية في عام 2003، متوسط العمر المتوقع عند الولادة على أنه متوسط عدد السنوات التي يتعين على الفرد أن يقضيها على الأرض، الذي يسير في نفس اتجاه الإنفاق الصحي للفرد، كما أن معدل وفيات الرضع لديها قدرة التأثير على الحالة الصحية، والقيم المرتفعة لهذا توضح السلوك الصحي السيئ للسكان

يوضح هذا الشكل أيضاً أن متوسط العمر المتوقع يختلف باختلاف مستوى التنمية في البلدان، التي تعد واحدة من أكثر الأدوات الديموغرافية استخداماً لتحليل معدلات الوفيات وتوقع اتجاهات السكان. (Rodrigue n tchoffo , 2020 , 44)

الشكل 5: التطور المقارن لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة في العالم بين 1940 و2020.



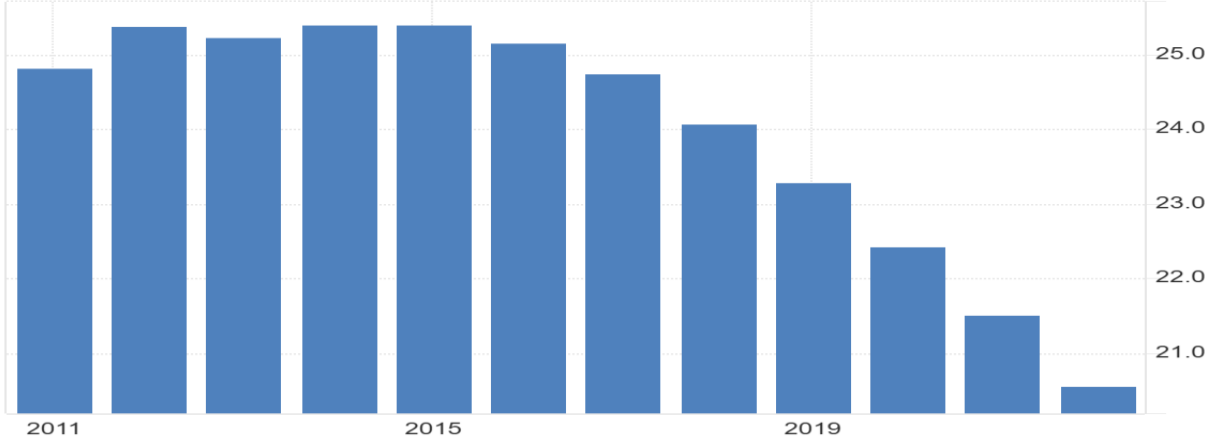
المصدر:

Rodrigue n tchoffo1, dany t dombou 1, achille t tanga 1, guivis z nkemgha, proposition of a macro health index in the world. Journal of economics, finance and management studies, volume 3 issue 03 march 2020 page no. – 41

بلخشير نجية

بلغ معدل المواليد الخام (لكل 1000 نسمة) في الجزائر 20.57% في عام 2022، وفقًا لمجموعة مؤشرات التنمية التي جمعها البنك الدولي

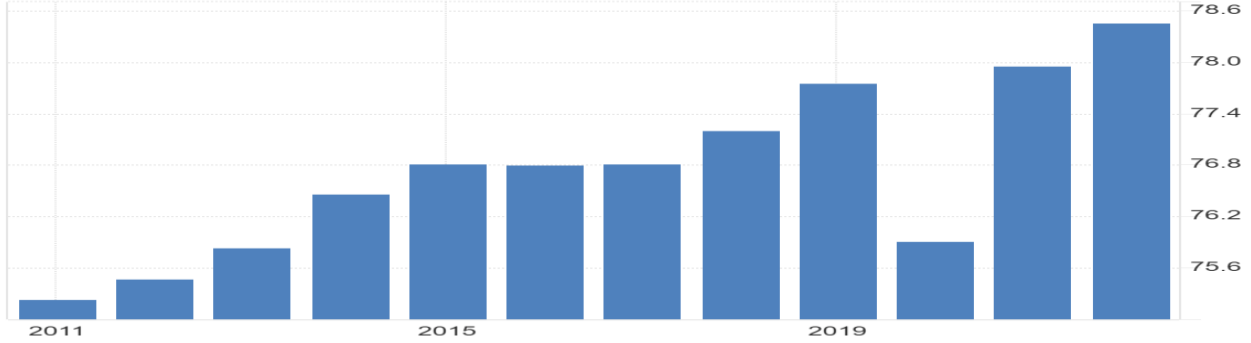
Algeria Birth rate, crude (per 1,000 people) - %



Source: tradingeconomics.com | World Bank

بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة، الإجمالي (بالسنوات) في الجزائر 77.13 سنة في عام 2022، وفقًا لمجموعة مؤشرات التنمية التي جمعها البنك الدولي من مصادر معترف بها رسميًا.

Algeria Life expectancy at birth, female (years) - years

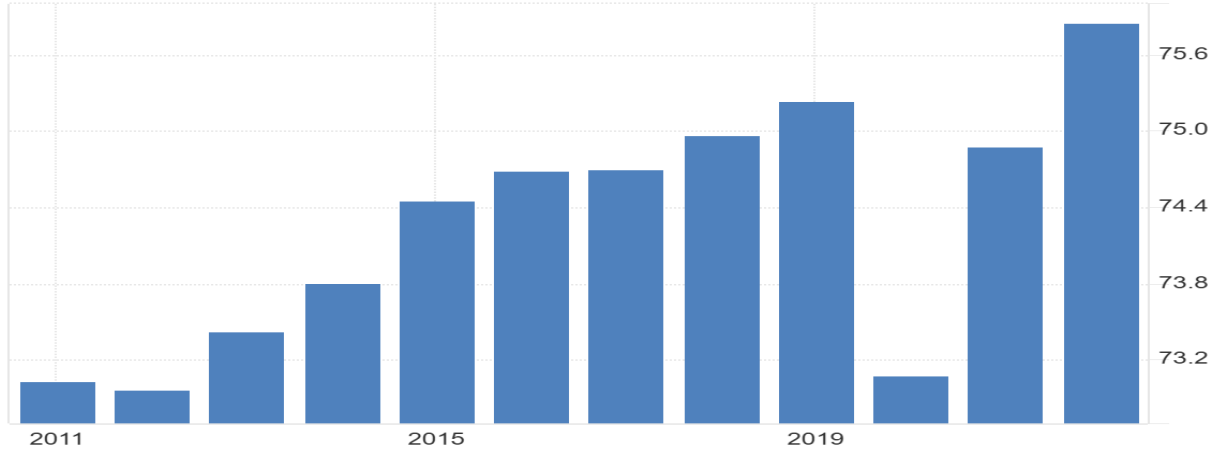


Source: tradingeconomics.com | World Bank

بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث في الجزائر 78.46 سنة في عام 2022، وفقًا لمجموعة مؤشرات التنمية التي جمعها البنك الدولي من مصادر معترف بها رسميًا، بينما بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة للذكور في الجزائر 75.85 سنة في عام 2022 أيضًا. (Algeria:World Bank Development Indicatorsh, 2024)

أثر هجرة الكفاءات الطبية على التنمية الصحية في الجزائر

Algeria Life expectancy at birth, male (years) - years



Source: tradingeconomics.com | World Bank

أما بالنسبة للجنسين، شهد متوسط العمر المتوقع لكلاهما، ارتفاعاً من 66.9 عاماً في عام 1990 إلى 79.6 عاماً في عام 2022، ويعد الارتفاع الملحوظ في متوسط العمر المتوقع والتركيب السكانية المتزايدة للأفراد المسنين مؤشرات حاسمة لتطور الوضع الصحي، مما ينعكس بشكل مباشر على الصحة العامة، تؤثر الحالة الصحية للفرد بشكل عميق على قدراته العقلية والجسدية، مما يبرز أهمية تعزيز الخدمات الصحية المخصصة لكبار السن. (Fawzia Seghairi, 2024, 871)

1-2 معدل الوفيات العام في الجزائر:

ضلت معدلات الوفيات في الجزائر مستقرة نسبياً من عام 2012 إلى عام 2018، ومع ذلك، كانت هناك زيادة ملحوظة إلى 5.45% في عام 2019، وهو ما يمثل ذروة معدل الوفيات على مدى السنوات الخمس الماضية ويعزى ذلك في المقام الأول إلى جائحة كوفيد-19.

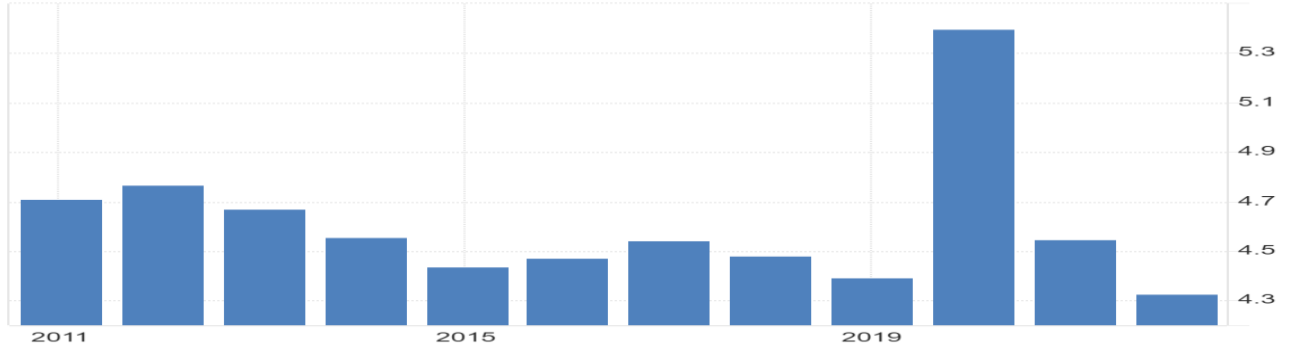
أدت هذه الأزمة الصحية العالمية إلى ارتفاع معدلات الوفيات في جميع أنحاء العالم، حيث كان كبار السن والأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة سابقة معرضين للخطر بشكل خاص، وشهدت التدابير اللاحقة للسيطرة على الوباء انخفاضاً تدريجياً في هذه المعدلات، وبلغت ذروتها بانخفاض إلى 4.15% بحلول عام

2022. (Fawzia Seghairi, 2024, 871)

الشكل 6: معدل الوفيات العام في الجزائر بين 2011 و 2022.

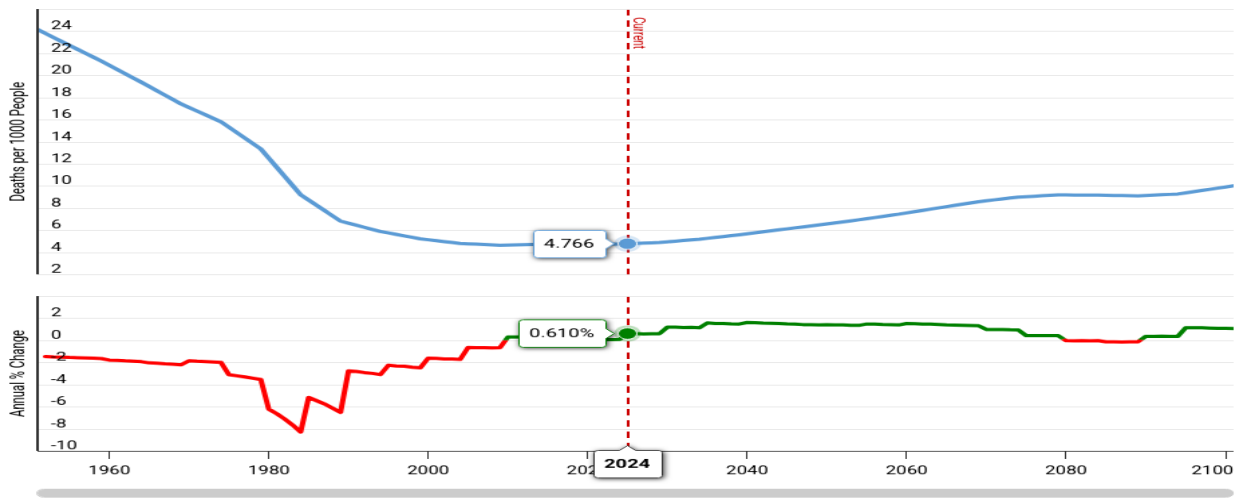
بلخشير نجية

Algeria Death rate, crude (per 1,000 people) - %



Source: tradingeconomics.com | World Bank

الشكل 7: مخطط وجدول لمعدل الوفيات في الجزائر من عام 1950 إلى عام 2024، ويتضمن أيضًا توقعات الأمم المتحدة حتى عام 2100.



المصدر: الأمم المتحدة - توقعات سكان العالم

[a href='https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/DZA/algeria/death-rate'>Alge>](https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/DZA/algeria/death-rate)

3-1 وفيات الرضع

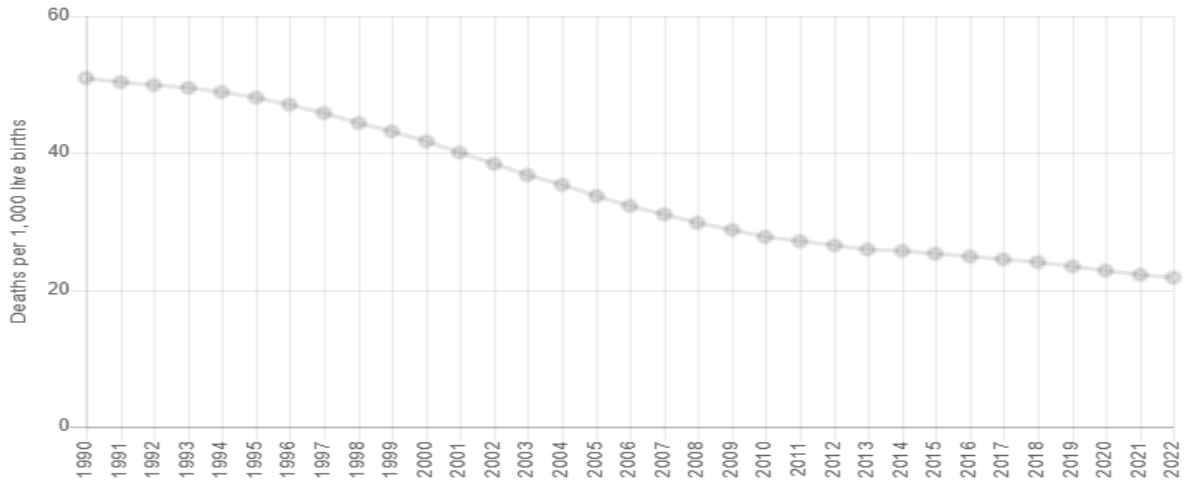
وفقًا للبنك الدولي، تشمل وفيات الرضع، المعدل قبل بلوغهم عامًا واحدًا من العمر خلال فترة زمنية محددة، أو معدل وفيات الرضع، الذي يُقاس بعدد الرضع الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأول لكل 1000 ولادة حية خلال نفس الإطار الزمني، يعمل كمؤشر حاسم لتطور النظام الصحي في أي بلد ومستوى الرعاية الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. (مجموعة البنك الدولي، 2024)

يتم تصنيف وفيات الرضع إلى فئتين:

معدل وفيات حديثي الولادة، والذي يشمل وفيات الرضع الذين تقل أعمارهم عن أربعة أسابيع أو أقل من شهر واحد سنويًا لكل 1000 ولادة حية، وتنقسم هذه الفئة إلى وفيات مبكرة ومتأخرة لحديثي الولادة.

أثر هجرة الكفاءات الطبية على التنمية الصحية في الجزائر

الشكل 8: اتجاهات معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر



المصدر: [Algeriadata.unicef/https://data.unicef.org/country/dza](https://data.unicef.org/country/dza)

وبحسب المكتب الوطني للإحصاء ومديرية السكان بوزارة الصحة، انخفض معدل الوفيات بين الأطفال من 108 حالة لكل ألف ولادة حية في السنوات الأولى للاستقلال إلى 18.9 حالة في عام 2022. (Life expectancy in Algeria increases from 47 to over 76 years in six decades)

لا يزال هذا المعدل بعيداً عن الهدف الإنمائي للألفية، الذي يحث على خفضه إلى 12 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، كما حددته منظمة الصحة العالمية. (Kettaf Rezki, 2024, p421)

جاء هذا التطور بفضل الرعاية الصحية المجانية في الجزائر التي تم تقديمها ابتداءً من عام 1974، وفي عام 1984، قدمت الحكومة إصلاحات حولت النظام الصحي من علاجي إلى وقائي أكثر ملائمة لسكانها الشباب آنذاك مع مستويات عالية من الأمراض المعدية، وكانت النتائج جيدة، كما تم توضيحه بالمقارنة مع عام 1970، عندما كان معدل وفيات الرضع 106 لكل 1000 ولادة حية. (Stagnation or Growth? Algeria's development pathway to 2040)

وبشكل عام، تحتل الجزائر المرتبة 45 في الحالة الصحية والمرتبة 81 في النظام الصحي، مما يشير إلى أن الحالة الصحية للسكان مرتبطة بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أكثر من ارتباطها بالنظام الصحي نفسه، هناك عدم مساواة بين ترتيب الجزائر في الحالة الصحية والنظام الصحي، بالإضافة إلى ذلك، تحتل الجزائر المرتبة 84 من حيث متوسط العمر المتوقع من بين 192 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية، وفيما يتعلق بمستوى توزيع خدمات الرعاية الصحية، فإنها تحتل المرتبة 110 من حيث الاستجابة لاحتياجات السكان، و91 بين جميع الدول الأعضاء (Kettaf Rezki, 2024, p414).

على الرغم من أن الجزائر استمرت في الاستثمار في قطاعها الصحي، إلا أنها تواجه ضغوطاً كبيرة حيث تحتاج فئة المسنين إلى رعاية أكثر تكلفة بطبيعتها للأمراض غير المعدية، وهذا الأمر معقد بسبب نقص المتخصصين في الرعاية الصحية والتفاوت الاجتماعي. (Mahfoud and B Brahamia, 2014, 44)

يُقدَّر معدل وفيات الأمهات في الجزائر حاليًا بنحو 129.7 لكل 100000 ولادة حية، والجزائر في طريقها لتحقيق هدف التنمية المستدامة المتمثل في أقل من 70 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في حوالي عام 2033. (Stagnation or Growth? Algeria's development pathway to 2040).

كما يمكن تحديد أهم اختلالات المنظومة الصحية والتي تؤثر على كل من أداء وفاعلية مهنيي الصحة من جهة، ومستوى التنمية الصحية في الجزائر فيما يلي:

- صعوبة الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة كون معظم الأطباء الأخصائيون متركزون في المدن الكبرى، ولا يستطيعون تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، إضافة إلى مشكلة الصيانة والأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية. (مشري محمد، بن عطة محمد، 2023، 147)

- تسجيل نقائص كبيرة فيما يتعلق بالاستقبال على مستوى الهياكل الاستشفائية، أبرزها غياب العلاقة بين المريض والطبيب والظروف الصعبة المتعلقة لإقامة في المستشفيات. (Nasreddine Aissaoui, 2017, 7)

- عدم رضا الموظفين عن ظروف أداء عملهم ولا المقابل المالي الذي يتحصلون عليه مقارنة مع القطاع الخاص. (عميروش بوشلاغم، شرفي منصف، 2017، 12)

- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.

- اختلالات متعلقة بالتسيير المالي، حيث لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية وإنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، فهيكلة النفقات والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات. (عميروش بوشلاغم، شرفي منصف، 2017، 13)

- غياب التحكم في النفقات والتسيير وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها (دريسي أسماء ، 2015 ، 146)

- اختلالات متعلقة بوسائل التسيير: أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير ناتج عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي، وكذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى: النظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية (Aissaoui, 2017, 6 Nasreddine Aissaoui, 2017, 7)، وعدم مرونة السجلات

الإدارية وانعدام تكوين الموظفين في مجال ترميز وترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يهتم بمتطلبات القطاع الصحي، وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي وكذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة (دريسي أسماء، 2015، 146).

4. هجرة الكفاءات الطبية الجزائرية:

بلغ عدد العمال في السلك الطبي الجزائري حوالي 109589، حسب إحصائيات المكتب الوطني للإحصاء لسنة 2021، منهم أطباء يقدر بـ 81751، وجراحو أسنان بعدد يقدر بـ 15008، وصيادلة 12890. (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021)، كما بلغت كثافة العاملين في التمريض والتوليد 37.7 لكل 10000 نسمة في عام 2022، بينما بلغت في كثافة الأطباء 17.2 لكل 10000 نسمة في عام 2022. (World Health Organization Data, 2022)

4.1. أسباب هجرة الكفاءات الطبية الجزائرية:

العوامل المحلية:

يمكن تحديدها في أسباب متعلقة بانخفاض الأجور، حيث يُقدر إجمالي الأجر الذي يتقاضاه الطبيب بمبلغ 82,418 دينار جزائري شهرياً حسب إحصائيات (Doctor salaries in Algiers, Algeria, 2024)، وهو راتب زهيد جداً مقارنة مع دكتور جزائري مهاجر يعمل في أحد المستشفيات الفرنسية بأجر شهري قدره 1400 يورو. (THE MAGHREB TIMES, 2024)، إضافة إلى التهميش وقلة التقدير على الجهود التي بذلها في قيادة القطاع الصحي (مانع فاطمة، 2016، 280)، أما الأسباب الهيكلية، فسيتم مناقشتها بشيء من التفصيل في المحور الأخير.

كما ساهمت العشرية السوداء بشكل كبير في هجرة الأطباء والأكاديميين والمحامين (Alaoui, 2007, 24)، كما كرست سياسة "الهجرة المختارة"، على يد الرئيس الفرنسي السابق نيكولا ساركوزي، التي ينظر إليها في الجزائر على أنها "تهب منظم جديد لمهارات إفريقيا خاصة والبلدان النامية عامة"، وما يزيد من إثارة هذه الظاهرة أن التحويلات المالية من هذه النخب لا تزال مثيرة للسخرية، حيث لا تتجاوز 200 ألف دولار (Baghzouz, 2017, 42).

العوامل الخارجية الدولية:

أصبح جذب المواهب والاحتفاظ بها أولوية في الأجندة السياسية للدول المتقدمة، فقد تطور جذب المواهب إلى سباق أو حرب مواهب، والدول التي لا تنضم إلى المنافسة العالمية على المهاجرين ذوي المهارات العالية تخاطر بفقدان أحد أدوات المنافسة العالمية (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2023)، ووفقاً لمنظمة التعاون الاقتصادي

والتنمية، فإن أكثر الدول جاذبية للكفاءات والأدمغة هي السويد وسويسرا وكندا والنرويج ونيوزيلندا وفيما يتعلق بجذب الطلاب الدوليين، فإن الولايات المتحدة وألمانيا والمملكة المتحدة والنرويج وأستراليا هي الأفضل. (Samir Djelti1, 2023, 400)

وبشكل أكثر دقة، تعد الجزائر واحدة من أكبر خمس دول مصدرة للمهاجرين الأفارقة المهرة إلى العالم بنسبة (369,518) مهاجر من ذوي الكفاءات مقارنة مع المغرب (470,593)، ونيجيريا (367,233)، ومصر (256,393)، وكينيا (137,745). (Samir Djelti1, 2023, 400).

أما على مستوى الفضاء الإقليمي الجزائري، خلق توسع الاتحاد الأوروبي فرصًا جديدة للمتخصصين في الرعاية الصحية - من الدول الأعضاء الجديدة للهجرة للحصول على وظائف أفضل - مناصب في الدول الأعضاء الأكثر تقدمًا في الاتحاد الأوروبي (Simona Andreea Apostu, 2022, 505)، حيث أثرت عوامل الدفع والجذب على العمل في الخارج، كمتطلبات الترخيص الخاصة، وتصاريح العمل المهنية، وإجراءات التسجيل للأطباء الأجانب، فعلى سبيل المثال نجد ثلاثة أرباع الأطباء الأجانب في المملكة المتحدة، هم من خارج الاتحاد الأوروبي وهم عمومًا من البلدان النامية بما فيها الدول المغاربية. (Miguel A García-Pérez, 2007, 3).

كلها عوامل تجذب الأطباء المغاربة إلى المزايا النسبية التي تقدمها بلدان الاتحاد الأوروبي، فالأرباح الأفضل تسمح لهم بعيش حياة أفضل وأكثر راحة، إضافة إلى المزايا غير النقدية، كفرصة النمو المهني وبناء مهنة. (Nathalie Colombier, 2012).

4.2. تطور هجرة الأطباء ومهني الصحة الجزائريين:

اتسمت ظروف الهجرة الجزائرية بالتعقيد والتحول، بفعل المتغيرات التاريخية والجغرافية والسياسية، فقد شهدت الجزائر هجرة عمالية ضخمة إلى أوروبا منذ ستينيات القرن العشرين، وتتزامن هذه الهجرة مع ظهور الأدبيات العلمية حول هجرة الأطباء على المستوى الدولي ومراجعة سياسات الهجرة في الدول الغربية، مع التركيز بشكل خاص على المهنيين المؤهلين تأهيلا عاليا. (Ahcene Zehnati, 2021, 37).

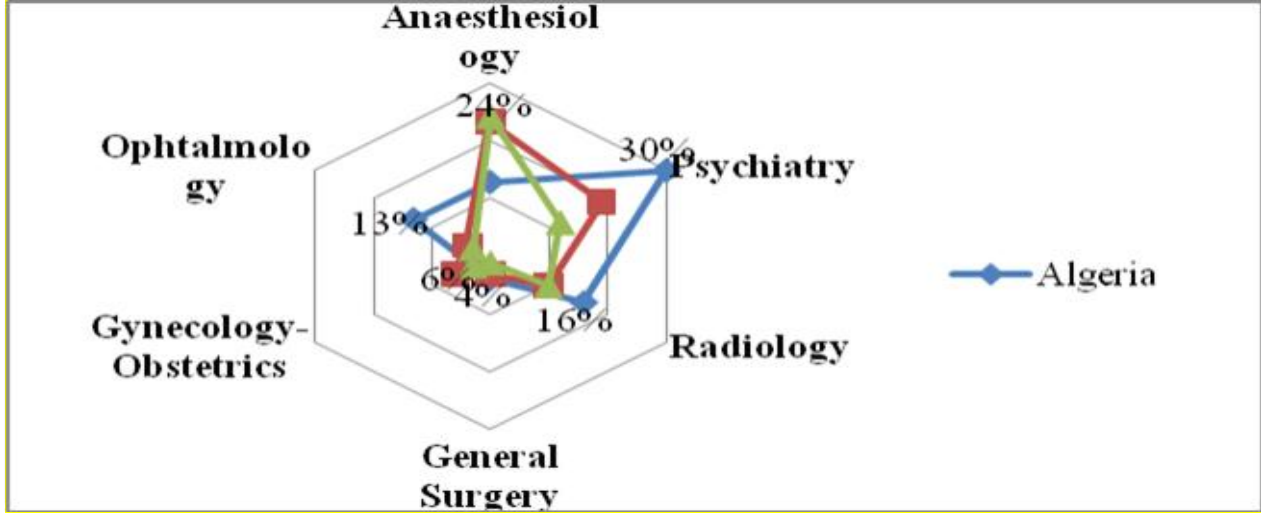
ومع ذلك، لم يتم تناول ظاهرة هجرة الأطباء إلا مؤخرًا باعتبارها قضية متنامية في الجزائر، وخاصة في حالة الأطباء اليوم، يختلف سياق الهجرة الجزائرية بشكل كبير عما كان عليه من قبل، وخاصة منذ نهاية الحرب الأهلية في عام 2002. (Ahcene Zehnati, 2021, 37).

بدأت تتوفر الإحصائيات بشكل أفضل مع بداية الموجة الثالثة لهجرة النخب - وهو ما دلل بعض صعوبات البحث -، وبدأ يتضاعف عدد الأطباء المتخصصين المتقدمين للسفر إلى وجهات مثل فرنسا أو دول الخليج أو

أثر هجرة الكفاءات الطبية على التنمية الصحية في الجزائر

آسيا، ففي فرنسا وحدها، تقدم 6000 طبيب سنة 2017 لاختبارات الامتحانات التي تسمح لهم بمزاولة المهنة في حين استقر هناك بالفعل 1200 طبيب جزائري متخصص (Arab Fatima Aït Khaldoun, 2017).

الشكل 9: معدل هجرة الأدمغة للأطباء المولودين والمتدربين في دول المغرب العربي والجزائر المهاجرين إلى فرنسا (%).



المصدر:

Mohamed Saib Musette. Medical Brain Drain from Africa: case of central Maghreb doctors to France. Afkar wa Affak, numéro 10, année 2017.

ارتفعت نسبة الأطباء المتدربين المهاجرين من الجزائر بنسبة 47% بين عامي 2011 و 2019، (Musette, 2017, 8). وارتفع معدل هجرة الأطباء المولودين والمتدربين حصرياً في المغرب العربي، ويظل الطب النفسي هو التخصص الذي يعرف أعلى معدل هجرة: 30% و 19% و 12% على التوالي للجزائر والمغرب وتونس، كما يشكل شمال إفريقيا ما مجموعه 63.9% من الأطباء النفسيين المدربين خارج الاتحاد الأوروبي وتصدرت الجزائر القائمة بنسبة 41%. (Musette, Mohamed Saib, 2017, 164, 2017, 8).

يأتي التخدير في المرتبة الثانية بمعدل هجرة 13% للجزائر، نصف أطباء التخدير المغاربة الممارسين في فرنسا تخرجوا في بلدهم الأصلي، يأتي علم الأشعة في المرتبة الثالثة بنسبة 16% في الجزائر، تخرج ما يقرب من 50% من أطباء الأشعة الجزائريين في الجزائر، وطب العيون يحتل المرتبة الرابعة بمعدل هجرة 13% للجزائر (Musette, Mohamed Saib, 2017, 164, 2017, 8).

لقد ساهمت أحداث الحراك الجزائري في زيادة معدلات هجرة المهنيين في مجال الصحة في الجزائر، فبعد أن خلقت فرنسا ما يقرب من 2000 وظيفة في نظامها الصحي مفتوحة للأجانب غير الأوروبيين، والجزائريون الذين اجتازوا "اختبارات التحقق من المعرفة" (EVC)، المؤهلون للتقدم لهذه الوظائف. (Riad Mazzouzi, 2022).

حيث غادر الجزائر حوالي 1200 طبيب وممرض بعد اجتياز هذه الاختبارات في فرنسا، وكما أوضح الدكتور مرابط، رئيس النقابة المستقلة لمهن الصحة العامة (SNPSP)، لصحيفة الوطن حول النتائج أنه من بين 1993 مهنيًا اجتازوا اختبارات EVC، هناك 1200 من الجنسية الجزائرية. (Atalayar, 2022)

وتضمنت قائمة الأطباء الذين حصلوا على ترخيص للعمل في القطاع الصحي الفرنسي - حسب بيان النقابة الوطنية للأطباء والباحثين الجزائريين - أغلبهم يعملون في المستشفيات الجزائرية منذ سنوات ويتمتعون بخبرة عالية (Riad Mazzouzi, 2022)، وعلى مستوى أوسع، تشير التقديرات إلى أن أكثر من 16 ألف طبيب ومتخصص جزائري في الدول الأوروبية، (Atalayar, 2022) منهم 14000 طبيب جزائري يعملون حاليًا في فرنسا لوجودها. (Tin Hinane EL Kadi, 2020)

وفي هذا السياق، يمكن القول إن فرنسا تستمر في استنزاف الأطباء الجزائريين من خلال استراتيجية التوظيف النشطة التي تنفذها، مع الإشارة إلى مساهمة دول أخرى في هذه الأزمة، إذ أن وجهة الأطباء الجزائريين المهاجرين تتجه أيضا نحو دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، حيث بلغ معدل الأطباء الجزائريين العاملين في هذه البلدان بحلول عام 2000 10793 طبيبًا، في عام 2009، كان 36% من الأطباء الأجانب في فرنسا من المهاجرين من الجزائر. (Taqiyeddine benfifi, 2024, 10)

ومع ذلك، وبسبب ارتفاع نسبة الأطباء الذين تخلو عن بلدهم الأم الجزائر، فإن نسبة الأطباء الذين تلقوا تدريبهم في الجزائر ثم هاجروا إلى فرنسا لممارسة وظائفهم في سلك الصحة تبقى نسبة عالية، والتأثير الناتج عن هذه النسبة المذهلة من الهجرة الجماعية من الجزائر كدولة مصدرة يشكل اختلالاً خطيراً في التوازن الصحي وقلقاً بشأن المساواة بين الجزائر وفرنسا. (Ahcene Zehnat, 2021, 37)

في السياق الجزائري، يمثل نقص الأطباء أزمة بارزة تضع النظام الصحي في حالة ضعف، ففي عام 2007 كان لدى الجزائر 1.2 طبيب لكل 1000 نسمة، ومع النمو السريع للسكان، في عام 2018، بلغ معدل كثافة الأطباء 1.7 طبيب لكل 1000 فرد وتساهم هجرة الأدمغة الطبية في هذا النقص النسبي في الأطباء في الجزائر. (World Bank data, 2018)

إحصائيات أخرى أكثر حداثة تقدر أن متوسط التدفق السنوي للأطباء الجزائريين إلى فرنسا من عام 2011 إلى عام 2019 بنحو 177 طبيبًا سنويًا، وفي الآونة الأخيرة، بلغت نسبة هجرة الأطباء 23.35%، مع الأخذ في الاعتبار نهج مكان الميلاد في رصد الهجرة (Taqiyeddine benfifi, 2024, 42).

حيث مثل الطب النفسي التخصص الأكثر تضرراً من هجرة الأدمغة بمعدل هجرة 40.27%، يليه أمراض الكلى (24.85%) الأشعة والتصوير الطبي (24.69%)، أمراض القلب (18.21%)، التخدير - العناية المركزة

(16.11%) وطب العيون (12.31%) وأمراض الرئة (11.51%) والأطفال (10.03%). (ahcene zehnati,2015,p11)

5. استنتاج العلاقة بين تحديات التنمية الصحية في الجزائر وهجرة الكفاءات الطبية الجزائرية:

تتشارك كل دول الوطن العربي في إشكالية التنمية الصحية، وارتباطاتها بهجرة الكفاءات الطبية، فمعدل هجرة الكفاءات يقدر بـ 50% من الأطباء و 23% من المهندسين و 15% من العلماء من مجموع الكفاءات العربية المتخرجة، يهاجرون إلى أوروبا والولايات المتحدة، وكندا. (هدى منالة، 2024)

أما بالنسبة للجزائر، فعشرات الآلاف من الأطر والباحثين والمهندسين والأطباء المكونين بجهد وإمكانات الدولة الجزائرية يغادرون البلاد كل سنة بحثا عن مستقبل أفضل في الخارج، ما يُشكل نزيفا حقيقيا لاقتصاد الجزائر ولمستقبل التنمية فيها (هجرة الأدمغة من الجزائر، 2024).

صحيح أن ارتفاع نسبة الشباب الجزائري -خاصة ذوي المهارات والكفاءات- الراغب في الهجرة، يعطي صورة سوداوية عن واقع التنمية الصحية بشكل خاص والتنمية بمفهومها الشامل في الجزائر، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن السبب الرئيس وراء رغبتهم في الهجرة هو تحسين مستواهم المعيشي (صالح زيان، منير مباركية، 2015، 319) إلا أن سلوك الهجرة تحول إلى سلوك متطرف وهاجس لدى الكفاءات الوطنية من أجل تحسين المستوى المعيشي على حساب الإحساس بمسؤولية قيادة القطاع الصحي الجزائري. فمن شأن الهجرة القوية التي تواجهها النظم الصحية في البلدان النامية والجزائر خصوصا، أن تعزز الصعوبات ونقاط الضعف هيكلية. (ahcene zehnati,2015,p11)

إذ يؤدي انتقال الكفاءات الطبية الجزائرية إلى فرنسا -التي تمثل 24% من أطباء الجزائر-، إلى تفاقم النقص الحالي في القوى العاملة، وبالتالي تردي خدمات الرعاية الصحية المقدمة للسكان، وكل ما تتضمنه من تراجع لمؤشرات التنمية الصحية (L, Rezaig L.Ihammichene S.Bekrar S.Habel A.Mahi, 2024). مما يؤكد على أهمية الموارد البشرية كغاية للتنمية، خاصة وأن الثورة التقنية والمعلوماتية أدت إلى المنافسة الشديدة في سوق العمل على حاملي المؤهلات وأصحاب المهارات. (رمضاني حمزة، بن غنام لخضر، 2023، 145) كما أنه يزيد من الحاجة إلى الإسراع في وضع سياسة تنموية تدرج الهجرة في مسار التنمية وتجعل التنمية عاملا للتحكم الإيجابي في ظاهرة هجرة الشباب الجزائري لاسيما المؤهلين (صالح زيان، منير مباركية، 2015، 319)

من جهة أخرى، على صانع القرار الجزائري أن يدرك أن الواقع التنموي في الجزائر أصبح عاملا منفرا للكفاءات، ودافعا لها للهجرة والبحث عن فرص وأوضاع معيشية أفضل في دول أخرى، حتى أنه في عشرية التسعينات من القرن الماضي صنفت الجزائر ضمن الدول العشر الأولى التي تعرف موجات مرتقعة لهجرة الكفاءات (rafik bouklia-hassane,2010,p07)، وقد قدر البنك الدولي عام 2000 أن نسبة الهجرة بين

المتعلمين تعليماً عالياً بلغت % 4.9 في الجزائر، وبلا شك تمثل تلك النسب حجم الهدر والنزيف في الكفاءات (صالح زيان، منير مباركية، ، 2015، 319).

يجب أن يكون هناك إدراك من قبل الحكومة الجزائرية بحجم وخطر المنافسة الدولية على المهارات والكفاءات العلمية الطبية كسلعة يتنافس عليها، خاصة في ظل تفاقم النقص العالمي على مستوى متخصصي الرعاية الصحية، (Saxon D Smith , 2008,2)، وأن المنظومة الصحية الجزائرية خارج المنافسة، الأمر الذي يعرضها إلى فقدان كفاءاتها كل سنة، أو ما يعرف باستغلال و نقل الثروة ممثلة في الكفاءات من دول المحيط الى المركز، حيث يعتبر "سمير أمين" أن الهجرة عامل أساسي لتحويل فائض القيمة من دول المحيط إلى دول المركز.(فوزية مشاور و اخرون، 2018، 215)

وبالتالي، فإن الأرقام التي تتفقهها الدولة الجزائرية على القطاع الصحي والمقدرة بـ 238 مليار دينار جزائري تم تخصيصها للوقاية، مع تخصيص خاص قدره 45 مليار دينار يهدف إلى تحسين الخدمات الصحية وتقريبها من المواطنين، خلال سنة 2024 (Unicef.Algeria Country Brief ,2024)، يجب أن تسير بالموازاة وبنفس الوتيرة مع تخصيص غلاف مالي يتضمن الرفع من أجور الأطباء ومهنيي الصحة بما يساعد على الاقتراب من مستويات الأجور العالمية خاصة في الدول الجاذبة للأطباء الجزائريين، فالزيادات التي مست الأطباء وشبه الطبي والصيادلة العاملين في المستشفيات الحكومية خلال أزمة كورونا، لا تزال بعيدة عن المستوى المطلوب.(مشري محمد، بن عطة محمد، 2023، 147 ، 2023، 147).

من العوامل التي يمكن أن تساعد في منع هجرة الكفاءات في مجال الرعاية الصحية من البلدان الطاردة كالجزائر وتشجيعهم على البقاء والمساهمة في نظام الرعاية الصحية الجزائري، هو مستويات التوظيف الكافية والوصول إلى الإمدادات والمعدات الطبية الأساسية، وبيئات العمل الآمنة، والرواتب التنافسية. (A. Poppe and al,2016,129)، حيث تم اعتبار الحوافز المالية (دوافع مرتبطة بالأجور) والتقدم الوظيفي (أي الفرص) كأحد أهم عوامل جذب أجنبي ودفع محلي بين سنتي 1970 و 2022 على المستوى العالمي. (Cleverson Alex Leitão and al,2024 ,1190)

تقديم فرص التدريب وتنمية المهارات، بما يحقق الرضا الوظيفي، والاستثمار في البنية التحتية للرعاية الصحية وتطوير مرافق الرعاية الصحية،(P. Toyin-Thomas , 2023, 4)

معالجة التحديات النظامية مثل الفساد وانعدام الكفاءة وسوء الإدارة داخل نظام الرعاية الصحية يمكن أن يساعد في استعادة الثقة في النظام.(Cleverson Alex Leitão and al,2024 ,1190)

توفير الأساس التكنولوجي وفرصة المساهمة في البحث والابتكار وأدوار القيادة داخل الجزائر (A. Poppe and al,2016,129)

من المؤكد أن النظام الصحي الجزائري من بين الأفضل في إفريقيا، ومع ذلك فهو لا يزال بعيد عن معايير الدول الأكثر تقدماً، إذ لطالما واجه الممارسون الصحيون تحديات رهيبة تبدأ من الافتقار إلى المعدات

المناسبة والمرافق القديمة، والمراقبة البيروقراطية، والعزلة في الصحاري المنتشرة عبر الأراضي الوطنية الشاسعة. (thomas serres.2021.)

تجدر الإشارة إلى ضرورة العناية بجانب الثقافة الاجتماعية للمواطنين، وضرورة رفع مستوى الوعي الصحي تجاه الأدوار والمسؤوليات، وعدم تحميل الأطباء والمهنيين الصحيين مسؤولية إخفاقات وعيوب المسؤولين والمسيرين المؤدية إلى النقص الصارخ في الإمكانيات الطبية والموظفين، وحتى سوء إدارة الإمكانيات (Aissaoui Nasreddine, 2020, 7)، وغياب الاتصال أو مكاتب المعلومات والتوجيه (Nasreddine Aissaoui, 2017, 7 Nasreddine, 2017, 6)، وهو ما يطلق شرارة العنف ضد الممارسين الصحيين والتهديد بالقتل أحيانا (فقيه عبد الرحمن، عزوني سمير، 2023، 438)، مما يبرز ضرورة توفير الحماية الكاملة (العنف في المؤسسات الاستشفائية: تحسين الخدمات وتكوين الأعوان لتفادي تفاقم الظاهرة)، لتفادي ما سمي بالعنف المضاد من خلال احتجاجات الأطباء والمسعفون، في 2011 وانطلاق حركة إضراب تاريخية في عام 2018، للمطالبة بتحسين ظروف العمل وإصلاح خدمتهم المدنية. (thomas serres.2021.)

5. خاتمة:

رغم الجهود الحثيثة للجزائر في مجال التنمية الصحية من خلال الانجازات الهيكلية ودفع عجلة التكوين نحو التطور ومواكبة البرامج الصحية الجديدة التي يتطلع لها العالم، إلا أن القطاع الصحي الجزائري لا يزال يعاني من تحديات تنموية كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير خريطة المرض، فالمنظومة الصحية الجزائرية لا تستجيب بالشكل الذي يحل المشاكل التي تعاني منها الكوادر الطبية، الأمر الذي يتطلب تحسين مستويات التسيير والإصلاحات، وكذا إدراك التحديات المحلية والدولية على مستوى المنافسة العالمية على الكفاءات الطبية.

لاسيما فيما يتعلق بإدارة هذه الكوادر والكفاءات بتوفير ظروف عمل مادية ومعنوية مناسبة تزيد من إنتاجهم وجهودهم ورفع كفاءاتهم الإنتاجية، بالإضافة إلى وضع هيكل أجور يتماشى وحجم المسؤوليات والمخاطر التي يواجهونها، وإيجاد أنظمة للحوافز والتدريب، وأنظمة وسياسات للمحافظة عليها.

5. المراجع:

Références

- A. Poppe, S. Wojczewski, K. Taylor, R. Kutalek, W. Peersman. «The views of migrant health workers living in Austria and Belgium on return migration to sub-Saharan Africa.» *Hum Resour Health* 14.1 (2016): 129.
- Ahcene Zehnati, «. «The Emigration of Algerian Doctors: A Normal Phenomenon or a Real Exodus? » *Revue internationale de politique de développement* 13.1 (2021): 37.

- ahcene zehnat,2015,p11. «the emigration of algerian doctors: a normal phenomenon or a real exodus?» *international development policy* s.d.: 11.
- Aissaoui, Nasreddine. «Violence in Healthcare Settings during the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian.» *HEALTH SCIENCES* 1.212 (2020): 7.
- Alaoui, Myriam Hachimi. *Les chemins de l'exil : les Algériens exilés en France et au Canada depuis les années 1990*. Paris: L'Harmattan, 2007.
- Algeria / Right to health: "More efforts needed to ensure that no one is left behind" – UN expert . s.d.
- Algeria:World Bank Development Indicatorsh, 2024. s.d. <<https://tradingeconomics.com/algeria/indicators-wb-data.html?g=health>>.
- alina botezat, raul ramos,2020,p22. «, physicians' brain drain - a gravity model of migration flows, botezat and ramos globalization and health .» s.d.
- Arab Fatima Aït Khaldoun. *Les médecins spécialistes fuient le pays*. 27 septembre 2017.
- Atalayar. *Nearly 1,200 doctors and health professionals leave Algeria*. 16 02 2022. 27 10 2024. <<https://www.atalayar.com> > society>.
- Baghzouz, A. «. (2017). L'Algérie face aux questions migratoires et de mobilité. 30–49.» *OutreTerre* 53.4 (2017): 42.
- Carcega, T. F and al. «Nurse supply and demand in the Philippines.» *Manila Journal* 5.1 (2002): 1-7.
- christiane wiskow, carim research reports, 2011. «international migration of health personnel challenges and opportunities for northand west- african countries.» s.d.
- Cleverson Alex Leitão, Gabriel Lucca de Oliveira Salvador, Bukunmi Michael Idowu, Farouk Dako,. «Drivers of Global Health Care Worker Migration.» *Journal of the American College of Radiology* 21.8 (2024): 1190.
- Dal Poz,and all. «Counting health workers:definitions, data, methods and global results.» Background paper prepared for The world health report 2006. 2006.
- David Hart,2008,6. «From brain drain to mutual gain: Sharing the benefits of high-skill migration.» *Issues in Science and Technology*, (2006): 6.
- Doctor salaries in Algiers, Algeria, 2024. s.d. <https://www.glassdoor.com.hk/Salaries/algiers-algeria-doctor-salary-SRCH_IL.0,15_IM960_KO16,22.htm>.
- Dohlman L and al. «How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration.» *Int J Environ Res Public Health* 16.7 (2019): 118.
- Douglas s. Massey, joaquin arango, graeme hugo, ali kouaouci, adela pellegrino, j. Edward taylor. «Theories of international migration: a review and appraisal . , vol. 19, no. 3 pp. 431-466.» *Population and development review* 19.3 (1993): 400.
- European Union. *brain drain*. s.d. 2 01 2025. <https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/brain-drain_en>.
- Fawzia Seghairi, 2024, 871. «p 871. Evolution Of Health Indicators In Algeria: An Analytical Statistical Study From 1990 To 2023, pp. 870-881.» *Migration Letters* 21.8 (2024): 871.
- FACTS ABOUT HEALTHCARE IN ALGERIA.<https://borgenproject.org>. s.d.
- The World Health Report,2008. s.d.
- Frédéric Docquier, Hillel Rapoport,2011. «Globalization, Brain Drain and Development.» *Discussion Paper No. 5590*. s.d.
- government of canada. *Health and development*. s.d. 28 12 2024. <https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_developpement-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/health_developpement-sante_developpement.aspx?lang=eng>.

- Hafner, paula, 2016, 4. «(2016) "the varying degrees of liberalism in migration and immigration policy within the european union: causes, consequences and clashes.» *conspectus borealis* 1.4 (2016): 4.
- Hamid Beladi and ad. «Medical tourism and health worker migration in developing countries,» *Economic Modelling* 46 (2015): 391.396.
- hospital management asia. *Tackling the 'nursing exodus' in the Philippines*. 28 march 2024. 28 12 2024. <<https://www.hospitalmanagementasia.com/talent-skills/tackling-the-nursing-exodus-in-the-philippines/>>.
- J. Eaton and all. «The negative impact of global health worker migration, and how it can.» *Public Health* (2023): 254.257.
- Julie Young,2024. *Brain Drain: Definition, Causes, Effects, and Examples*. 20 6 2024. 2 1 2025. <https://www.investopedia.com/terms/b/brain_drain.asp>.
- Kettaf Rezki. «The Reality of Health Development in Algeria inLight of the Current Challenges.» *journal of legal and economic research* 7.1 (2024): 414.
- Kurowski and all. «Health Financing in a Time of Global Shocks: Strong Advance, Early Retreat.» World Bank., 2023. <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/39864>>.
- L, Rezaig L.Ihammichene S.Bekrar S.Habel A.Mahi. *Overview of the Health System for the Maghreb countries: Issues and Progress*. Algeria: Axelys Santé DZ, Algiers, 2024.
- Lawrence B. Dacuycuy. «The Migration of Health Professionals.» Working Paper No.7. 2008.
- Life expectancy in Algeria increases from 47 to over 76 years in six decades*. 15 September 2022. <<https://www.aps.dz/en/health-science-technology/>>.
- Mahfoud and B Brahamia, 2014, 44. «The Problems of Funding the Health System in Algeria, » *nternational Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences* 4.2 (2014): 44.
- Menafn. «, road accidents kill 3 275 in algeria in 2019.» 22 1 2020.
- Miguel A García-Pérez, Carlos Amaya and Ángel Otero. «Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation.» *BMC Health Services Research* 7.201 (2007): 3.
- Musette, Mohamed Saib. *Brain Drain in South Mediterranean Countries*. s.d. <https://www.iemed.org/publication/brain-drain-in-south-mediterranean-countries/?lang=fr#_ftn1>.
- Musette, Mohamed Saib, 2017, 164. «Medical Brain Drain from Africa: case of central Maghreb doctors to France.» *Afkar wa Affak* 10 (2017): 164.
- Mwabu, Germano. «Health Development in Africa.» *ECONOMIC RESEARCH PAPERS*. Vol. 38. African Development Bank, 1993.
- Nadja Johnson,2008,2. «Analysis and Assessment of the “Brain Drain” Phenomenon and its Effects on Caribbean Countries.» *FLORIDA ATLANTIC COMPARATIVE STUDIES JOURNAL* 11 (2008): 2.
- Nasreddine Aissaoui, 2017, 7. «L’implantation et le management d’un nouveau système d’information hospitalier ; Réalité et défis du système 3COH à l’hôpital Ibn Sina OEB/Algérie.» *Annales des sciencesde la santé* 1.12 (2017): 6.
- Nathalie Colombier. *Why do doctors of the Middle East, North Africa and Eastern Europe migrate to Europe?* 7 June 2012. 41 11 2024. <<https://www.femise.org/en/articles-en/pourquoi-les-medecins-du-moyen-orient-du-maghreb-et-des-pays-de-lest-emigrent-vers-leurope/Posted on >>>.
- Neal Halfon, Miles Hochstein. «Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research.» *The Milbank Quarterly Journal* 80.3 (2002): 439. 433–479.
- P. Toyin-Thomas, P. Ikhurionan, E.E. Omoyibo, et al. «Drivers of health workers’ migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: a systematic review.» *BMJ Glob Health*, 8 (2023), 8.1 (2023): 4.

- Paul Ikhurionan and al. «Understanding the trends, and drivers of emigration, migration intention and non- migration of health workers from low- income and middle- income countries: protocol for a systematic review.» *BMJ Open journal* 10.11 (2022): 4.
- Pierpaolo Giannoccolo. «The Brain Drain. A Survey of the Literature.» Alma Mater University of Bologna, Department of Economic. s.d.
- rafik bouklia-hassane,2010,p07. «'la migration hautement qualifiée de, vers et a travers les pays de l'est et du sud de la méditerranée et d'afrique subsaharienne : recherche transversale : document algerie.» No 33 (Institut Universitaire Européen, RSCAS. 2010: 07.
- Riad Mazzouzi. Algeria Faces a Potential New Exodus of Doctors to France. 16 02 2022. 12 11 2024. <<https://www.al-fanarmedia.org/2022/02/algeria-faces-a-potential-new-exodus-of-doctors-to-france/>>.
- Rodrigue n tchoffo, dany t dombou , achille t tanga , guivis z nkemgha. «proposition of a macro health index in the world.» *Journal of economics finance and management studies* 3.3 (2020): 44-45.
- Samir Djelti1, Yasmine Musette2, Hafida Lahmeri. «The Diagnostic of Skilled Migration between Algeria and Germany: The Osmosis Theory Analysis. 398-414.» *Quarterly on Refugee Problems* 62.4 (2023): 400.
- Saxon D Smith. «The global workforce shortages and the migration of medical professions: the Australian policy response.» *Aust New Zealand Health Policy*. 2008 May 29;5:7. 5.7 (2008): 29.
- Simona Andreea Apostu, Valentina Vasile „Erika Marin , andElena Bunduchi Elena Bunduchi. «Factors Influencing Physicians Migration—A Case Study from Romania.» *Mathematics* 10.3 (2022): 505.
- Stagnation or Growth? Algeria's development pathway to 2040.* s.d. <<https://futures.issafrica.org/special-reports/country/algeria/#footnote-49>>.
- Stephen Bach. *International migration of health workers: Labour and social issues* . Working papers are preliminary documents circulated to stimulate discussion and obtain comments . Geneva : International Labour Office , 2003.
- Taqiyeddine benfifi. «Exploring the Global and Algerian Crisis of Physicians Emigration.» *Algerian Review of Security and Development* 13.2 (2024): 10.
- Taqiyeddine benfifi, 2024, 403. «Physicians emigration between the right to emigration andpatients right to health care: a comparative study. Indonesian journal ofsocial science research , 399–414.» 5.2 (2024): 403.
- THE MAGHREB TIMES, 2024. *Algerian Doctors in France: €1,400 Salary, Oqtf...Here Is Everything They Endure*. MY 2024. <Algerian Doctors in France: €1,400 Salary, Oqtf...Here Is Everything They Endure>.
- the world health report,2008. s.d.
- thomas serres.2021. « the algerian healthcare system in the time of covid-19the algerian healthcare system in the time of covid-19.» s.d.
- Tikki Pang and al. «Brain drain and health professionals.» 2002.
- Tin Hinane EL Kadi, Peer reviewer. «London School of Economics.» 15 June 2020.
- Unicef.Algeria Country Brief. «Policy and Implementation Landscape Mapping in the Middle East and North Africa Region 2024.» *Community Health*. 2024.
- William Easterly, Yaw Nyarko , 2008, 33. «IS THE BRAIN DRAIN GOOD FOR AFRICA?» *GLOBAL ECONOMY & DEVELOPMENT.WORKING PAPER* 19. 3 2008. 33.
- World Bank data, 2018. s.d.
- World Health Organization Data. «World Health Organization Data. Algeria 2022 .» 2022.
- World Health organization. «WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030.» 2016.

World Health Organization(. «2016).Global strategy on human resources for health: Workforce.» 2016.

أسماء دريسي"، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال 2004-2013، " (المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية 2015): 146.

الديوان الوطني للإحصائيات. 2021. العنف في المؤسسات الاستشفائية: تحسين الخدمات وتكوين الأعوان لتفادي تفاقم الظاهرة. 28 12 2024. s.d. <<https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/76889-2019-09-25-13-41-07>>.

بقة بن عرعار، عبد العزيز سهام». واقع التنمية الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية بولاية سطيف «مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. 591: (2023) 8.4

بوراجعة، أمال 2021 أمال بوراجعة. "التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية". 2021. بومعلاف الياس، عماري عمار». من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر «مجلة الباحث. 28: (2010) 7

رزوقي نور الهدى، كلاس مريم». دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2102-2111 «مجلة الجزائرية للمالية العامة. 56: (2022) 10.2

رمضاني حمزة، بن غنام لخضر. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية 6.1 (2023): 145. سميرة، بيطام. 2016 بيطام سميرة. "التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر". 2016.

صالح زياتي، منير مباركية. "نحو سياسة جزائرية لدمج الهجرة في مسار التنمية". دفاتر السياسة والقانون 2015: 319. عميروش بوشلاغم، شرفي منصف، 2017، 12. "واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر". (مجلة دراسات اقتصادية) المجلد 4، 2017: 12.

عياشي، نور الدين 2009، 204 نور الدين عياشي. "تطور المنظومة الصحية الجزائرية". (مجلة العلوم الانسانية) جوان جوان، 2009: 204.

فقير عبد الرحمن، عزوني سمير». العنف ضد الطاقم الطبي في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية دراسة مقارنة في الأشكال والمظاهر بين المناطق الحضرية والريفية (مجلة السائرة للدراسات). 438: (2023) 9.1

فوزية، سعد الدين مشاور، شنافي». طور مفهوم الهجرة : من ظاهرة سوسيو - اقتصادية إلى ظاهرة أمنية «». الحوار الفكري. 2015: (2018) 13.15

مانع فاطمة، 2016، 280. أسباب هجرة الكفاءات الجزائرية وأثارها السلبية على التنمية «مجلة الاقتصاد الجديد: (2016) 2.15 280.

مجموعة البنك الدولي، 2024. (s.d.). مشري محمد، بن عطة محمد، 2023، 147. اشكالية الانفاق على الصحة ورهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة

الممتدة 1990 إلى 2020 «مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية. 147: (2023) 7.1 منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. 2023.

هجرة الأدمغة من الجزائر». متى يتوقف النزيف؟ <-.> 2024. <<https://www.dw.com/ar>>. هدى منالة، هجرة الكفاءات العربية. <<https://sada.pro/Home/Detailstudies/1623>> s.d. 12 10 2024. «.