

إرساء دعائم التنمية الصحية المستدامة في الجزائر من أجل تحسين ظروف المعيشة وتحقيق رفاهية المجتمع

Laying the foundations for sustainable health development in Algeria in order to improve living conditions and achieve community well-being

محفوظ عرابي
أستاذ محاضر "ب"
mahfoud.arabi@ummtto.dz
جامعة مولود معمري - تيزي وزو

تاريخ النشر: 2020/12/31

تاريخ القبول: 2020/10/02

تاريخ الإيداع: 2020/09/03

الملخص

لقد شهد قطاع الصحة في الجزائر تطورا كبيرا خاصة خلال العقدين الاخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر، لكن على الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على هذا القطاع الحساس في سبيل تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام او الخاص الا ان هذه الخدمات لا زالت دون المستوى المطلوب اين يبقى القطاع عرضة للعديد من المشاكل ، هذا ما يتطلب ضرورة اتخاذ العديد من الاجراءات لتنمية القطاع الصحي الذي يعد من اهم القطاعات الامر الذي يتطلب ضرورة النهوض به ، وتنميته تنمية مستدامة حيث ان هذه الاخيرة تتطلب مشاركة كافة الاطراف ذات العلاقة في عملية التخطيط وبناء نظام صحي ووضع البرامج الكفيلة بالنهوض بالمستوى الصحي للجزائريين وتعزيز الشراكات والمسؤوليات في جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.

ولذلك هدفت هذه الدراسة الى التعرف على اهم الاليات اللازمة والضرورية لتفعيل القطاع الصحي والنهوض به نحو تنمية مستدامة، وتم ذلك من خلال التعرف على مفاهيم حول الصحة والتنمية الصحية ، مصادر وأنظمة تمويل قطاع الصحة، وواقع التنمية الصحية في الجزائر، اضافة الى اهم الاليات لتفعيل القطاع الصحي الجزائري.

الكلمات المفتاحية: التنمية الصحية، القطاع الصحي، التنمية المستدامة.

تصنيف JEL: I18، P36، Q01.

*المؤلف المراسل

ص:1

السنة: 2020

العدد: 02

المجلد: 03

المجلة الدولية للأداء الاقتصادي
ISSN: 2661-7161 EISSN: 2716-9073

Abstract

Algerian health sector has seen a great development, especially during the last two decades of the last century coinciding with the economic and social changes in Algeria, but in spite of the enormity of what government spends on this sensitive sector in order to meet the growing demand for health services provided by the public sector or the private , but These services are still below the required level where the sector remains vulnerable to many problems, this requires the need to take several measures for the development of the health sector which is considered one of the most important sectors, which requires the need to promote it, and to developing it sustainable development as the latter requires the participation of all relevant parties in the planning process and building a health system and putting programs to the advancement of the health level of Algerians and strengthen partnerships and responsibilities in all health related sectors.

Therefore, this study aims to identify the most important and necessary mechanisms necessary to activate the health sector and promote it towards sustainable development, This was done by identifying the concepts about health and healthy development, sources and systems financing the health sector, and the reality of health development in Algeria, in addition to the most important mechanisms to activate Algerian health sector.

Key words: health development, health sector, sustainable development.

JEL Classification Codes: I18, P36, Q01.

مقدمة

تتصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الإنسان، الأمن القومي والسياسات الخارجية مما أعطى الدول والمجتمع الدولي فرصة عظيمة وتحد جديدًا، أضاف التركيز العالمي على خفض الفقر وتحقيق الأهداف الانمائية وجود هيئات جديدة في مجال الصحة ومنظمات جديدة للتمويل مثل جيتس وغيرها.

يشكل التوافق العالمي في سياسات الصحة أحد أهم المشكلات الرئيسية حيث يعد قطاع الصحة قطاعا مركبا ومعقدا جدا في ادارته وتتشابك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة مما يفوق أي قطاع اخر ومع ذلك لا توجد هيكله جماعية أو تنسيق عالمي كافي .

يحتاج قطاع الصحة الى اليات تضمن التمويل طويل المدى المتكرر عكس الاستثمار قصير المدى لذا يوجب على الدول تديبر التمويل المحلي في الموازنة العامة يضمن الاستدامة والاستمرارية.

تتدخل محددات غير صحية عديدة في مخرجات الصحة مما يدعو الى تناول الافقي والقطاعي المركب في ان واحد كما تتدخل السلوكيات الفردية في مخرجات الصحة والتي من الصعب التحكم فيها أو تغييرها، وأيضا يساهم القطاع الخاص بثقل في التمويل وتقديم خدمة الرعاية الصحية ومع ذلك يغيب دوره عند مناقشة ووضع السياسات .

وعليه مما سبق يمكننا طرح الاشكالية التالية: ماهي الاليات الممكنة لتفعيل القطاع الصحي في الجزائر نحو تنمية صحية مستدامة؟

أولا: مفاهيم حول الصحة والتنمية الصحية

1. تعريف الصحة: الصحة العامة هي علم وفن يهدف الى تعزيز صحة الأفراد من الناحية النفسية، البدنية، وكذا الاجتماعية ، من خلال تدابير انتقائية التي تتمتع ب:
- العدالة بين الاشخاص؛
- فعالية وجودة في الخدمات الصحية المقدمة؛
- ان يكون التمويل الصحي بما يلبي ويغطي احتياجات الافراد.

2. أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها: يمكن تحقيق الصحة العامة لدى الافراد من خلال ثلاثة اجراءات اساسية هي (سلوى عثمان الصديقي، 1999، صفحة 38):
-الوقاية العامة: وهي تشمل مجموعة من الاجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف الى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية، دون تركيز الاهتمام على فئة معينة.

-الاكتشاف المبكر للحالات المرضية: وهي تشمل مجموعة من الاجراءات التي نهدف الى علاج الأمراض في حالة ظهورها في أطوارها الأولى مما يساعد على تجنب حدوث اي مضاعفات وهذا من خلال :
- الفحوصات المستمرة والدورية للأفراد؛
- التحاليل الطبية؛
- الاشعاعات المختلفة.
-الاجراءات التأويلية: وهي مجموعة من الاجراءات التي تهدف الى تفادي حدوث أي مضاعفات بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للأفراد من خلال:
-التأهيل النفسي للأفراد
-التأهيل الاجتماعي من خلال اختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب مع طبيعة العجز.

3. مؤشرات الصحة العامة: تمكن مؤشرات الصحة من تحديد اهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي، ومن ثم تحديد اولويتها وبالتالي تحديد الامكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية ويمكن تقسيم هذه البرامج الى 3 أقسام:

1.3. المؤشرات التي تتعلق بصحة الافراد وهي مرتبطة بصحة الافراد حيث نجد:
-المؤشرات الايجابية: تتمثل فيما يلي: معدل الولادات والعمر المتوقع عند الحياة.
- المؤشرات سلبية: حيث نجد: المعدل العام للوفيات ومعدل انتشار الأمراض.

2.3. مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية: وهي مجموعة من العوامل قد تتسبب وبطريقة غير مباشرة² في حدوث مشاكل صحية ونجد منها: الفقر، الجهل، الانحراف والجريمة،
اضافة الى البيئة التي تشمل على مجموعة من الظروف والعوامل التي من شأنها ان تؤثر في تكوين الفرد ونموه وهذا من خلال العوامل الطبيعية والاجتماعية...الخ.
أما القسم الثالث فيشمل على مجموعة من المؤشرات ذات الارتباط بالجهود المبذولة من اجل تحسين صحة الافراد، حيث نجد العوامل التالية (أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، 2003، صفحة 44): الخدمات الطبية؛ خدمات الضمان الاجتماعي ونسبة الانفاق العام.

4. مفهوم التنمية الصحية المستدامة: لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة و أحد مؤشرات . فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء. ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي . ذلك أن العديد من حالات التردي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في

النمو والتنمية . ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية⁴. لقد نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن "البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة". فلا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية . فعلى سبيل المثال، فتك فيروس نقص المناعة بملايين البشر في أكثر سنوات أعمارهم الإنتاجية، كما أنه لا يزال تلوث الماء والهواء يؤدي بحياة الملايين كل عام، أغلبهم من سكان الدول النامية (منظمة الصحة العالمية، 2001، صفحة 11)، في هذا الإطار أكدت الدكتورة مارغرين تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية "أن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية". فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية .

لذلك فإنه من أهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل إنسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، خاصة وأن هناك اتساعا لمفهوم الصحة، فلم يعد مفهومها يقتصر على عدم وجود المرض، بل تعداه ليشمل حالة كاملة من الأداء العقلي والجسدي، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى ذات تأثير مباشر عليها، إذ إن العديد من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة والمرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن بالقطاعات البيئية والمياه والصرف الصحي والزراعة والتعليم والحياة الحضرية والريفية والتجارة والسياحة والإسكان والأمن. ويمثل التصدي لسلبات هذه العوامل مفتاحا لقيام تنمية صحية مستدامة، بمعنى تحسن مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل.

ثانيا: مصادر وأنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر

1. أنظمة التمويل: يتم تمويل الانفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فان الخصائص المحددة لها وطبيعة ادراك الناس للمخاطر الاجتماعية، والتكاليف المرتبطة بها تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لأليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه . وسواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي، فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة.

أما بالنسبة للجزائر فتتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الاضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والنتائج أساسا عن التحولات الديمغرافية والرياضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر الى تطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات، كل ذلك جعل الأفراد أكثر الحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته. ولذلك فان النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة معايير أساسية وهي: مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي والاسرة.

1.1. نظام التمويل 1962-1974: لقد تميز نظام التمويل خلال هذه الفترة بضعف الوسائل وهذا راجع الى الوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد حيث انها كانت تسعى الى اعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار هذا ما جعل من نسبة الانفاق على الخدمات الصحية ضئيلة حيث انها لم تكن تتجاوز 1.5% من الناتج القومي الخام (مقدم طارق، 2008، صفحة 45)، وعلى العموم فقد تميزت هذه الفترة بثلاثة مصادر أساسية للتمويل:

-التسبيقات: وهي عبارة عن مساهمة الهيئات العمومية أي الدولة والجماعات المحلية والتي كانت تقدر بحوالي 60%، حيث كانت النفقات الصحية التي تصرف على هؤلاء المرضى تسدد الى المؤسسات الصحية حسب النسب التالية (المرسوم رقم 01-74، 1974):

-85% من طرف الخزينة العامة

-15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات

-8% لحساب الدوائر

-7% لحساب البلديات.

-عائدات تسديد المصاريف: أي ان الضمان الاجتماعي يتحمل 30% من النفقات الاجمالية للهيئات العمومية لصالح المنخرطين (المؤمنين وذويهم)، وتحسب هذه التسبيقات على أساس التسعيرة (تعتمد على سعر اليوم) المحدد سنويا من طرف السلطات العمومية.

-الموارد الخاصة: تأتي هذه المساهم من قبل أصحاب المهن الحرة الذين لا يخضعون لأي نظام تأمين مقابل علاجهم (كأصحاب الأعمال الحرة، التجار، الحرفيون...الخ)، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من قبل الهيئات العمومية يقوموا بدفع نفقاتهم مباشرة عند مغادرة المؤسسة الصحية، وقد كانت تمثل هذه المساهمة حوالي 10% من النفقات العامة للصحة.

2.1. نظام التمويل من 1974 الى يومنا هذا: ان تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية

فلقد سمح هذا الاجراء الجديد بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى من أجل تلبية احتياجاتهم الصحية. بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية اجمالية في شكل جزافي (تحدد عن طريق قانون المالية) أين تحتوي على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل (مقدم طارق، 2008، صفحة 46): مساهمة الدولة؛ مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي؛ مساهمة الأسرة.

2. تحليل نفقات قطاع الصحة ضمن الموازنة العامة

1.2. تحليل نفقات التسيير لقطاع الصحة: لقد أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع الى معرفتها وتحليلها بهدف التحكم فيها وذلك باعتبار أن التحكم في الانفاق يكون بهدف الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية.

أما بالنسبة للجزائر فاذا كانت النسب المخصصة للمنظومة الصحية من اجمالي الناتج الداخلي الخام لا تظهر وبصفة دقيقة الانفاق المعتمد أو بعبارة أخرى طريقة توزيع هذه الاعتمادات على القطاع ، خاصة بما يتعلق بجانب التسيير وهذا باعتبار أن الهيئات العمومية الأكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الوطنية للصحة، وقد تجسد هذا من خلال الاعتمادات على القطاع، خاصة بما يتعلق بجانب التسيير وهذا باعتبار أن الهيئات العمومية الأكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الوطنية للصحة، وقد تجسد هذا من خلال الاعتمادات الجد ثقيلة والتي زادت من شدة الأعباء الملقاة على ميزانية الدولة.

الجدول رقم(01): تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة

السنة	نفقات التسيير لقطاع الصحة	نفقات التسيير لميزانية الدولة	النسبة
2002	49.117	1053.370	%4.66
2003	55.430	1097.386	%4.06
2004	63.770	1200.00	%5.31
2005	62.461	1255.270	%5.20
2006	70.337	1439.550	%5.48
2007	93.553	1652.700	%5.66
2008	143.967	2017.969	%7.13
2009	178.323	2593.741	%6.87
2010	195.012	2837.999	%6.87
2011	227.859	3434.307	%6.63
2012	325.980	3457.980	%9.42
2013	254.798	4567.872	%5.57
2014	423.650	4362.818	%9.71

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة واصلاح المستشفيات.

نلاحظ تطور ملحوظ في نفقات تسيير القطاع الصحي فبعدها كانت قيمة الاعتمادات لا تتعدى 1.3 مليار دج لسنة 1990 أصبحت خلال العشرية الاخيرة تفوق 4.9 مليار دج لسنة 2002 أي بمعدل نمو يتعدى

26% وقد استمرت هذه الزيادة في الانفاق على القطاع من سنة لأخرى أين بلغت نسبة الزيادة في سنة 2003 أكثر من 6.3 مليار دج بنسبة زيادة تتعدى 12% لكن بحلول سنة 2005 فقد عرفت قيمة الاعتمادات المخصصة لجانب التسيير انخفاضا طفيفا لم يتعدى 2.05% ونشير على أن هذا الانخفاض لم يستمر لفترة طويلة فبحلول سنة 2006 عرفت قيمة اعتمادات التسيير ارتفاعا ملحوظا بنسبة 7% كادنى حد الى 33% كأقصى حد لسنة 2010.

2.2. نفقات التجهيز لقطاع الصحة: لقد شهد القرن العشرين فترة نمو في الانجازات التي لم يسبق لها مثيل في مجال تحسين صحة الناس في الكثير من بلدان العالم لكن وبدرجة أقل بالنسبة للجزائر بحيث وجدت وزارة الصحة والسكان نفسها عاجزة عن القيام بأي اصلاح صحي عميق يقوم على أساس تقريب الصحة من المواطن، فالبرغم من مساعي الحكومة للنهوض بالقطاع غير تخصيص مبالغ هامة للمنشآت الصحية القاعدية والذي تجسد من خلال المخططات الاستعجالية التي بادرت بها الحكومة على غرار:

- المخطط الثلاثي (1967-1969): الذي خصص 772 مليون دج لقطاع الصحة
- المخطط الرباعي الأول (1970-1973): والذي خصص 1.249 مليار دج لقطاع الصحة
- المخطط الخماسي الأول (1980-1984): والذي خصص 13.6 مليار دج لقطاع الصحة.

لقد استطاعت هذه المخططات أن تعطي دفعا قويا لقطاع الصحة عبر خلقها لمشاريع جديدة والتي من شأنها أن توسع من النسيج الصحي بما يضمن العدالة في توزيع العلاج عبر كافة أقطار الوطن، لكن في الحقيقة هذه المشاريع هي تخفي جملة من النقائص التي ظل يعاني منها القطاع الصحي باعتبار أن التنمية لم تكن تهدف الى تحسين أوضاع المواطنين (الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية) بقدر ما كانت تستهدف تغيير هويتهم، وعلى هذا الأساس بادرت الحكومة الى انتهاج خطة لإصلاح القطاع تتضمن مجموعة من البرامج موزعة عبر ثلاثة مراحل أساسية:

1.2.2. البرامج المخصصة للقطاع الصحي 2001-2004: لقد تميزت هذه الفترة بتطبيق برنامج الانعاش الاقتصادي من أجل اعطاء دفع جديد لاقتصاد الوطني، ومن جهة أخرى فهو يعبر وبوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسة توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحيز الاستثمارات العمومية الكبرى وهذا راجع الى التجربة المبررة التي مرت بها خلال فترة التعديل الهيكلي وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج ب 14.7 مليار دج أي بنسبة 16.28% من الحصة الاجمالية للنشاطات الموجهة لتنمية الموارد البشرية (البالغ قيمتها ب 90.3 مليار دج). ولقد ساهم التطبيق

الفعلي لهذه البرامج من تعزيز القطاع الصحي ب 545 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع في كل سنة.

2.2.2. البرامج المخصصة لقطاع الصحة خلال الفترة 2005-2009: دائما وتحت اطار مواصلة مجهود الانعاش وتكتشفه فقد بادرت الحكومة الى اعتماد مخطط اخر يتعلق الأمر بمخطط دعم النمو الاقتصادي ليتم النقائص التي نتجت عن برنامج الانعاش الاقتصادي خلال الفترة ما بين 2005-2009 ، وباعتبار ان قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والاستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت الى 85 مليار دج أي بنسبة 4% من الحصة الاجمالية المخصصة للبرنامج ككل. بالإضافة الى هذا وقصد تنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب وكذا الهضاب العليا فقد تعزز القطاع بحصة معتبرة من هذه البرامج:

-في سنة 2007 وصلت اعتمادات الدفع الخاصة بتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب الى ما يقارب 6 مليار دج، أما فيما يخص تنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا فقد خصص له 10.56 مليار دج لنفس السنة.
-اما في سنة 2009 فقد انتقلت اعتمادات الدفع للقطاع الصحي بمناطق الجنوب الى 5.8 مليار دج، و7.88 مليار دج، بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.

3.2.2. البرامج المخصصة للقطاع الصحي 2010-2014: من اجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 الى غاية 2009 فقد التزمت الحكومة على الاخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت اطار برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جراحة سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر ب 286 مليار دولار (أي ما يعادل 21.214 مليار دج). وبالتالي القطاع الصحي من ان يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج ب 619 مليار دج (أي ما يعادل 155 مليار دج في كل سنة (عبو عمر، عبو هدة، 2010، صفحة 9).

ثالثا: واقع التنمية الصحية في الجزائر واليات تفعيله نحو تنمية مستدامة

1. واقع التنمية الصحية في الجزائر: اذا كان الدخل الوطني يعد مؤشرا مباشرا للوقوف على ما تحقق من تنمية اقتصادية لبلد ما، فان الأمر يختلف تمام بالنسبة للتنمية الصحية، ذلك أت التغيرات التي يعرفها المحيط الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمجتمع، والاهتمام المتزايد للسكان بالصحة، اضافة الى طبيعة الخدمة الصحية باعتبارها تمثل اساسا خدمة اجتماعية .

1.1. واقع التنمية الصحية الوطنية حسب أسلوب التكلفة-الفعالية: عادة ما يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد، فكلما ارتفع معدل الأمل في الحياة كلما دل ذلك عن ارتفاع في مستوى التنمية الصحية، ومن بين الأساليب المستخدمة لتقييم جهود بلد ما في مجال التنمية الصحية نجد أسلوب التكلفة-الفعالية، الذي يعد م الأساليب الأكثر استعمالا نظرا لسهولة تطبيقه وإمكانية تطبيقه، ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن هدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم صحة السكان (الفعالية) اعتمادا على الموارد المتوفرة (التكلفة). والجدول الموالي يوضح تطور معدل الأمل في الحياة ومؤشر النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي بالإنفاق الصحي في الجزائر (بومعروف الياس، عماري عمار، 2010، صفحة 29):

الجدول رقم (02): تطور معدل الأمل في الحياة ومؤشر النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي بالإنفاق

الصحي في الجزائر

السنوات	1990	1992	1995	1997	2000	2002	2005
معدل الأمل في الحياة	67.157	67.916	68.649	69.138	70.22	70.94	71.734
النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي	2.8	2,9	3.1	3.3	3.3	3.5	4.3

Source: Conseil national économique et social; rapport sur le développement humain; Algérie; 2006; p21.

لقد شهدت الجزائر تغيرا واضحا في الهيكلة المرضية بفعل الأمراض المتنقلة والأمراض المزمنة، فمن خلال إحصائيات وزارة الصحة والسكان نجد ظهور العديد من الأمراض المزمنة كداء السكري، الأمراض القلبية، السرطان والأمراض العقلية، كما لا ننسى أن هناك ارتفاعا في الأمراض المتنقلة عبر المياه، كما أن مرض السرطان أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في الجزائر، وذلك إن كل سنة يتم إحصاء 30000 حالة جديدة بارتفاع يقدر ب 50% مقارنة بالقرن الماضي، هذا ما يدل على ضعف النظام الصحي الذي مازال يبحث عن سياسة عامة لرفع المستوى الصحي للجزائريين.

2.1. واقع التنمية الصحية حسب المنظمة العالمية للصحة: لقد قامت المنظمة بتوسيع تسيير تقييم الأداء الصحي للمقارنة بين الأنظمة الصحية ووضع استراتيجية عالمية للصحة هدفها، وضع أنظمة صحية تسمح بعدالة الخدمات الصحية وتحسينها، الاستجابة للاحتياجات الشرعية للأفراد والعدالة في المساهمة المالية.

1.2.1. معايير تقييم التنمية الصحية: عرفت المنظمة العالمية للصحة النظام الصحي على أنه "مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية. والنشاط الصحي عبارة عن كل مجهود هدفه

الاساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في اطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في اطار متعدد القطاعات . وتتمثل هذه المعايير فيما يلي:

-تحسين المستوى الصحي: لقد قامت المنظمة بتقييم المستوى الصحي بمعدل الأمل في الحياة مصحح من العجز (espérance de vie corrigé de l'incapacité) وتعرف المنظمة هذا المعدل بأنه: " الأمل في الحياة مع وجود مساواة في صحة كاملة"، فتقدير معدل الأمل في الحياة اعتمادا فقط على الوفيات سوف يسيء لعملية المقارنة بين الانظمة الصحية، ان استبعاد الأفراد العاجزين في حساب معدل الأمل في الحياة له أهمية بالغة في تقييم المستوى الصحي بشكل عادل .

-استجابة النظام الصحي: تعكس درجة استجابة النظام الصحي المعايير الخاصة ب"الاستقلالية، العزة، الثقة وتوجه المريض التي تحكم العلاقات بين الافراد ومختلف الوحدات المكونة للنظام الصحي ، فهذا المعيار يختلف عن معيار الرضى على الخدمات الصحية المقدمة والذي يعكس مدى توقع الأفراد من الخدمات الصحية ، فلا تقييم درجة الاستجابة فقط بقدرة النظام الصحي على الاستجابة لحاجات السكان والتي تظهر نتائجها على الجانب الصحي، وانما تقاس بأداء الأنظمة الأخرى ذات العلاقة بالصحة كالخدمات الوقائية والعلاجية.

ان هدف تقييم هذا المعامل حسب تقرير منظمة الصحة العالمية هو العمل على تفادي تأثيرات الاختلاف في المستويات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، باعتبار أنه عادة ما يكون الفقراء أقل الحاحا من الأغنياء في الطلب على الخدمات الصحية، ويكتفون بخدمات صحية قليلة مقارنة باحتياجاتهم، وبالتالي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار معيار درجة الاستجابة هذا التفاوت في المستوى الثقافي والاجتماعي للبلدان، ويعتمد هذا المعيار على توقعات واحتياجات السكان من النظام الصحي (بومعراف الياس، عماري عمار ، 2010، صفحة 30).

-التمويل العادل للنظام الصحي: ان التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي يفترض ان المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على سداد وليس حسب درجة خطورة المرض، بمعنى ان هذا المعيار يقيم العدالة في توزيع الصحة حسب القدرة التمويلية للفرد وليس على اساس حالته المرضية، فالمبدأ العام القائل بأن "تتحصل بقدر ما دفعنا" يعد مبدأ عادلا في المعاملات التجارية، ولكنه لا يصلح على الاطلاق في مجال العناية الصحية ، وهذا يعني أن حصة المصاريف الصحية تكون نسبيا متساوية مع حصة المصاريف غير الصحية لكل عائلة. فمعيار المساهمة المالية العادلة يعد هدفا اجتماعيا عن طريق البحث عن التوازن في الحصول على الخدمات الصحية بين مساهمة العائلات الميسورة ومساهمة العائلات الفقيرة ومساهمة الدولة لتفادي عدم قدرة المرضى من الاستفادة من النظام الصحي لأسباب مالية مما قد يعرضهم لمشاكل صحية كبيرة.

3.1. أداء النظام الصحي الجزائري حسب أسلوب منظمة الصحة العالمية: حسب تقرير منظمة الصحة العالمية تحتل فرنسا المرتبة الأولى في مجال النظام الصحي، أما عمان فتأتي على رأس القائمة في مجال المستوى الصحي، في حين أن معظم الدول الأفريقية تحتل المراتب الأخيرة حسب تقييم المنظمة. وبالنظر الى ترتيب الدول حسب المنظمة نجد أنه لا يوجد هناك ارتباط بين المستوى الصحي، مستوى النظام الصحي والانفاق الصحي، فالولايات المتحدة الأمريكية تحتل المرتبة الأولى في مجال الانفاق الصحي على الفرد، نجدها في المرتبة 72 و73 في مجال المستوى الصحي ومستوى النظام الصحي على التوالي.

أما الجزائر فتحتل المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية أخرى، حيث يلاحظ أن هناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي وفي مجال النظام الصحي، فقد احتلت الجزائر المرتبة 84 في مجال معدل الأمل في الحياة من بين 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية، وبالنظر لمستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث تحتل الجزائر المرتبة 110، كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث نجدها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول العضوة، أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي نجد ان الجزائر تحتل الرتبة 75، ولذلك فان المؤسسات الصحية العمومية لازلت بعيدة عن مستويات الأداء.

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

1.2. معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية : على الرغم من المجهودات التي قامت بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان، إلا أنها تبقى محدودة بالنظر للمجهودات التي بذلتها البلدان الأخرى. ويمكن إجمال هذه المعوقات في ضعف تمويل القطاع الصحي وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية على التراب الوطني.

1.1.2. ضعف تمويل القطاع الصحي : على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي.

2.1.2. قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية: بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية. حيث شهد عدد السكان ارتفاعا من 30416000 نسمة سنة 2000 إلى 31848000 نسمة سنة 2003 بنسبة تقدر أكثر من 4.07 %، في حين نجد أن ارتفاع الهياكل

الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة لم يتجاوز حدود 21% فالمراكز الاستشفائية الجامعية لم يتغير فقط حجمها منذ سنة 2000 وإنما عرفت انخفاضا في عدد الأسرة هذا من جهة. ومن جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا لتوزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد ذلك في الشرق نسبة 22%، الغرب نسبة 20%، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي 1%.

2.2. معوقات مرتبطة ببيئة القطاع الصحي: تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد. وما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر. ويمكن ذكر الخصائص التالية:

- انحسار الغلاف النباتي وزيادة التصحر؛

- النضوب السريع للموارد المائية السطحية والباطنية بسبب الاستغلال المفرط لها، لاسيما في السنوات الأخيرة بسبب فترة الجفاف. وقد بلغت نسبة السكان المحرومون من الإمكانية المستدامة للوصول إلى مصدر مياه محسن 15% سنة 2004. بعدما كانت تمثل 13% سنة 2002.

- تدهور البيئة الساحلية والبحرية؛

- التلوث الصناعي بسبب المصانع غير المراقبة (مصانع الإسمنت بمفتاح، مصنع البرايت بتسمسيلت ومركب اسمدال بعنابة ... الخ)؛ النفايات الخطرة والسامة دون مراعاة الأساليب العلمية للتخزين. حيث بلغ حجم النفايات 325100 طن سنويا؛

- الزيادة المفرطة في التعمير والبناء نتيجة الضغط الديموغرافي وما نتج عنه من مشاكل حضرية. كل هذه العوامل مجتمعة، أثرت سلبا على حياة وصحة الجزائريين. فقد شهدت الجزائر في الآونة الأخيرة ارتفاعا حادا في أمراض الجهاز التنفسي، التفوئيد بسبب اختلاط مياه المجاري بالمياه الصالحة للشرب، ارتفاعا في حالات التسمم الغذائي وأمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاعا في حوادث المرور،.... إلخ.

3.2. ارتفاع في معدل الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل: تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية المتحدة للتنمية البشرية 2007 لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية المرتبة 104، بمعدل تنمية بشرية يبلغ 0.733 سنة 2005، بعدما كانت تحتل المرتبة 108 في سنة 2002 بمعدل 70.4%، حيث تحتل الجزائر عادة المراكز الأخيرة للبلدان ذات تنمية بشرية متوسطة. أما فيما يخص الفقر، فإن الجزائر تحتل المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة 21.5% بعدما كانت تحتل المرتبة 43 سنة 2002. أما معدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد في اليوم فقد بلغ 2% خلال الفترة (1990-2005) و14.4% بالنسبة

للسكان الذين يعيشون بـ 2 دولار في اليوم لنفس الفترة حسب إحصائيات الأمم المتحدة سنة 2003 أي ما مقداره 35.5%.

أما بالنسبة لتوزيع للدخل، فقد بلغ مؤشر جيني وهذا ما يدل على وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل. من جانب آخر، فإن عدد السكان الذين يعيشون تحت عتبة الفقر حسب تقرير التنمية البشرية سنة 2007 فقد بلغ 22.6% من عدد السكان (2004) مقابل 12% سنة 1988. فمستوى الفقر ارتفع بشكل كبير خلال العشرية الأخيرة، أين تراجعت القدرة الشرائية للمواطن محدود الدخل، ويظهر ذلك بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، مما يرفع من مسؤولية القطاع الصحي اتجاه هذه الفئات. فالفقر يؤدي إلى عدم القدرة على التحمل. إن انخفاض مستوى التعليم وسوء التغذية وتوزيع الدخل تعد من دون تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تفشي الأمراض من عوامل أساسية في التأثير المباشر على المستوى الصحي للجزائريين.

3. متطلبات التنمية المستدامة للقطاع الصحي الجزائري: ان تطور المنظومة الصحية بالجزائر يتطلب القيام بالعديد من الاجراءات وذلك بالاعتماد على الاليات التالية (علي دحمان محمد، 2011، الصفحات 156-157):

- مضاعفة عدد الهياكل الصحية مع تأهيل الامكانيات التقنية بها؛
- فتح الاستثمار في وجه القطاع الخاص وكذا الاجنبي بهدف تخفيف العبء على القطاع العمومي
- التعيين المتوازي للأطباء والاختصاصيين خاصة في مناطق الجنوب والهضاب العليا؛
- تأهيل العمال السلك الطبي من خلال تطوير التكوين وتدعيم التأطير؛
- تفعيل من دور القطاع الخاص باعتباره السند لجهود المدراء ومساعدتها في المجال الصحي؛
- تمويل البحوث الصحية الإستراتيجية التي تستند الحاجة اليها أكثر من غيرها؛
- توفير القيادة التي تملك الرؤية والتبصر والالتزام نحو وضع سياسة وطنية واضحة وهادفة في المجال الصحي.

الخلاصة:

ان التنمية الصحية واستدامتها تتطلب اولاً تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ذات الصلة بحياة السكان، التي تؤثر بشكل كبير على حياة الأفراد، ما يلاحظ على واقع التنمية الصحية ورغم التطور الذي شهدتها في السنوات الاخيرة إلا انها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول، نظراً للعديد من العوامل التي أثرت سلباً على تطورها لعل أهمها ضعف مخصصات تمويل المؤسسات العناية الصحية مقارنة بالدول المتقدمة والعديد من الدول العربية، كما ان النظام الصحي الوطني غير قادر على الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم او النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها، اضافة الى ذلك نجد ان هناك العديد من العوامل السلبية التي اثرت على المستوى لصحي للجزائريين. ومن اهم النتائج التي تم التوصل اليها ما يلي:

-المشاكل والمعوقات التي يعاني منها القطاع الصحي تقع خارج قطاع العناية الصحية وبالتالي فان تحقيق تنمية صحية مستدامة قد يقترن بقطاعات اخرى ذات علاقة مباشرة والتأثير القوي على القطاع الصحي؛
- يمكن اعتبار الفعالية الاجمالية للقطاع الصحي نسبية بالنظر الى ايجابية المؤشرات الصحية المسجلة ، الا ان هذه النتائج لا يجب ان تخفى جملة النقائص التي لا تزال تعانها منظومتنا الصحية والتي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلاً.

-ان مسألة التنمية الصحية المستدامة تتطلب مشاركة كافة الاطراف ذات العلاقة في عملية تخطيط وبناء نظام صحي ووضع البرامج الكفيلة بالنهوض بالمستوى الصحي للجزائريين وتعزيز الشراكات المسولة والابتكارات في جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.

الهوامش:

1. المرسوم رقم (1974). 01-74مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفاقات المساعدة الطبية الاجتماعية .الجزائر :الجريدة الرسمية.
2. أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي (2003). علم اجتماع الصحة .عمان، الأردن :دار اليازوري.
3. بومعراف الياس، عماري عمار (2010). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر .الجزائر :مجلة الباحث، العدد.07
4. سلوى عثمان الصديقي (1999). مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية .الإسكندرية، مصر :المكتب الجامعي.
5. عيو عمر، عيو هدة (2010). جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة .الجزائر :مداخلة مقدمة إلى الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر، جامعة الشلف.
6. علي دحمان محمد (2011). تقييم نفاقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان .الجزائر :مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان.
7. مقدم طارق (2008). اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال اعادة النظر في تمويلها .الجزائر :مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير.
8. منظمة الصحة العالمية (2001). الصحة والتنمية المستدام