اختلال التوازن بين النمو السكاني والتنمية الصحية في الجزائر: مقاربة سوسيولوجية تحليلية

د. تريكـي حسان

جامعة الطارف

ملخص:

عرفت الجزائر بعد الاستقلال تحولات عميقة في الميدان الصحي، وهذا بهدف إرساء نظام صحي عادل يضمن رعاية صحية نوعيةللجميع، واستجابة لنمو ديمغرافي مرتفع. إلا أنه، وبالرغم من المجهودات الجبارة والاستثمارات المعتبرة، لا يزال النظام الصحي الوطني يعاني من العديد من الاختلالات وأوجه قصور، لا سيما عدم وجود عدالة في الانتفاع بالخدمات الصحية، ووجود فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية الطبية وكذا الهياكل الصحية.وتأسيسا على ذلك وانطلاقا منه، يحاولهذا المقالتسليط الضوء على واقع النظام الصحي في الجزائر، وكشف الاختلالات ومواطن الضعف التي يعاني منها.

الكلمات الدالة: النمو، التنمية، التنمية الصحية، التوازن.

Résumé:

Après l’indépendance, l’Algérie a connu des transformations profondes dans le domaine de la santé; dans le but de mettre en place un système de santé équitable, garantissant un accès aux soins de qualité pour tous, et aussi pour faire face à une croissance démographique élevée. Toutefois, malgré les efforts énormes et les investissements considérables, il persiste des déficits sociaux préoccupants, notamment l’inégalité des chances dans l'accès aux soins, et les disparités dans la répartition du personnel médical et des infrastructures sanitaires. Sur cette base et à partir de ces considérations, notre étude tente de jeter la lumière sur la réalité du système de santé en Algérie, et de relever les

disfonctionnements et les défaillances persistantes du secteur sanitaire algérien.

Mots-clés: croissance, développement, santé, équilibre.

مقدمة:

شهد المجتمع الجزائري بعد الاستقلال انفجارا سكانيا ضخما. وكنتيجة لذلك تضاعف عدد سكان الجزائر ثلاث مرات تقريبا خلال ثلاثة عقود، وقد شكل النمو السريع في عدد السكان ضغطا إضافيا على الخدمات التعليمية والصحية والسكن وفرص العمل،وأصبحت الاحتياجات الاجتماعية تتجاوز بصفة دائمة التوقعات والبرامج المعدة لتلبيتها. ففي مجال الصحة،لايزال النظام الصحي الوطني غير قادر على الاستجابة للحاجيات الصحية المتزايدة للسكان، وهذا بالرغم من المشاريع الضخمة والانجازات الكبرى التي طرأت على المشهد الصحي، من حيث الهياكل والامكانيات والطاقم الطبي. وانطلاقا من كون الهدف من التنمية هوتوفير الحياة الكريمةوالرفاهية الاجتماعية للأفراد، من خلال توفير فرص عمل وسكن لائق ومستويات أفضل من الخدمات الصحية والتعليمية،يمكن القول أن الجزائر تشهد اختلالا بين النمو السكاني والتنمية مع عجزها على تحقيق التوازن الضروري الدائم بينهما. وهو ما يشكل محور مساهمتنا العلمية هذه، التي سنحاول فيها كشف وتحليل مظاهر الاختلال بين النمو السكاني والتنمية الصحية في الجزائر،حيث سنتطرق في المقام الأول إلى إشكالية العلاقة بين التنمية والنمو السكاني، وفي المقام الثاني سنتطرق إلى النمو الديمغرافي في الجزائر والآثار المترتبة عنه، بعدها سنحاول رصد وكشف مظاهر الاختلال بين النمو السكاني والتنمية الصحية في الجزائر، وفي الأخير نسعى لتسليط الضوء على الجهود الحثيثة التي تبذلها الدولة لتدارك هذا الاختلال.

أولا– إشكالية العلاقة بين التنمية والنمو السكاني

انطلاقا من كون "التنمية هي الجهود المنظمة التي تبذل وفق تخطيط مرسوم للتنسيق بين الامكانيات البشرية والمادية المتاحة في وسط اجتماعي معين، بقصد تحقيق مستويات أعلى للمعيشة والحياة الاجتماعية في نواحيها المختلفة كالتعليم، الصحة، الأسرة، الشباب.. ومن ثم الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الرفاهية الاجتماعية"(منى عطية خزام خليل، 2012، ص34.)، فإن الهدف الرئيسي من التنمية هو إشباع الحاجات الأساسية والمتنامية

لأفراد المجتمع، وتحسين نوعية الحياة في مختلف النشاطات البشرية، ولا يمكن لهذا الهدف أن يتحقق، إلا إذا كانت وتيرة التنمية متناغمة ومسايرة للنمو السكاني الحاصل في المجتمع.

1. من هنا أصبحت مسألة عدم التوازن بين النمو السكاني والتنمية تشكل هاجسا فعليا لدى عدد كبير من دول العالم، خاصة التي تعاني من نمو ديمغرافي مرتفع. فظهرت بذلك موجة فكرية واسعة حول طبيعة العلاقة بين الزيادة السكانية والتنمية، وأصبحت العلاقة المتبادلة بين المتغيرات الديمغرافية والتنمية من القضايا المهمة التي تحوز على اهتمام الكثير من العلماء والباحثين في مجال تنمية المجتمعات الانسانية، والذينانقسموا بين متشائمين ومتفائلين؛ فالمتشائمون من التزايد السكاني، يتخوفون من اتساع الفجوة بين حجم السكان والخيرات المادية المنتجة في المجتمع،ويرون أن النمو السكاني عامل يؤثر سلبا على النمو الاقتصادي،فمع تزايد أعداد السكان يزداد استنزاف الموارد المادية والطبيعية والاقتصادية، لهذا نجدهم يدعون إلى اتخاذ سياسة سكانية صارمة لكبح جماح التزايد السكاني السريع. أما المتفائلون حيال التزايد السكاني، فلا يتخوفون منهلإعتقادهم أن الزيادة السكانية تؤدي إلى زيادة اليد العاملة، ومن ثم لو أحسن استخدامها، تصبح عاملا محفزا يؤثر إيجابا على معدلات الدخل القومي(محمد حميل عمر، 2000، صص 224-225).

ما يمكن استخلاصه مما تقدم، هو أن المعدلات المرتفعة للنمو السكاني، تولد ضغوطا على التنمية، من خلال زيادة في متطلبات السكان المعيشية، وطلب اضافي على الخدمات الصحية والتعليمية وفرص العمل وغيرها من الخدمات الاجتماعية. في المقابليمكن للثروة البشرية المتدفقة نتيجة النمو الديمغرافي، أن تساهم في تحقيق تنمية فعلية، وتسهم بشكل ملحوظ في تقدم اجتماعي، واقتصادي لمصلحة بلدانها،إذا ما أحسن استثمارها، وفي هذا السياق توفر بلدان شرق آسيا نموذجا معاصرا يتناسب والتغيرات المتسارعة في كافة المجلات، ونموذجا يحتذى به إذا ما أرادت الدول النامية تحقيق الموائمة بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي والاجتماعي.

ثانيا - النمو الديمغرافي في الجزائر والآثار المترتبة عنه

شهد النمو الديمغرافي في الجزائر بعد الاستقلال منحى متغير، إذ ظل يرتفع باستمرار وبوتائر مختلفة، ففي فترة السبعينات عرفت الجزائر انفجارا سكانيا غير مسبوق، حيث وصلت معدلات النمو الديمغرافي خلالها إلى 3.6%، فتضاعف سكان الجزائر مرتين في ظرف 20 سنة، حيث ارتفع عدد السكان من 10.45 مليون نسمة سنة 1962 إلى 20.52 مليون نسمة سنة 1983. ومع بداية الثمانينات، انخفض معدل النمو الطبيعي إلى 3.4%،

وانتقل على إثره عدد السكان من18.6 مليون نسمة سنة 1980 إلى 25 مليون نسمة سنة 1990(ONS Série statistiques rétrospectives 1962-1990). وفي فترة التسعينات انعكست الأزمة المتعددة الأبعاد التي عاشتها الجزائر على النمو الديمغرافي، الذي انخفض معدله إلى 2.8%، إلا أنه يبقى مرتفعا مقارنة بمعدل النمو الطبيعي لكل من تونس والمغرب، والذي يقدر بـ 1.7%.

وابتداء من سنة 2000، عرف معدل النمو الديمغرافي في الجزائر استقرارا نسبيا، حيث بلغ 1.72%، ووصل معدل المواليد 20% بعدما كان 50% سنة 1970 و31% سنة 1990. كما انتقل العدد الإجمالي للسكان من 30.4 مليون نسمة سنة 2000 إلى 34.8 مليون نسمة، حسب آخر إحصاء للسكان سنة 2008(ONS, 2008, P 11).

وقد شكل النمو السريع في عدد السكان الذي شهدته الجزائر، ضغطا إضافيا على الموارد الطبيعية وأنظمة التعليم، الصحة، النقل والسكن..فعلى مستوى الفرد أدى ارتفاع معدل النمو السكاني إلى زيادة الإنفاق وانخفاض معدلات الادخار، أما على مستوى الحكومة أدى إلى زيادة الإنفاق، وبالتالي زيادة الضغط على استخدام الموارد النفطية، مما قد يؤدي إلى تقليص العمر الزمني لهذه الموارد، الأمر الذي يشكل تهديدا لمستقبل الأجيال الصاعدة.

كما أدى النمو الديمغرافي السريع إلى توسيع القاعدة السكانية، وأفرز هيكلا سكانيا شابا. فحقيقة الشباب هو قوة البلد وفي نفس الوقت يشكل نقطة ضعفه، كون عدده لا يتوافق مع المؤسسات التي تستوعبه (مدارس، جامعات، مستشفيات، سكن، مراكز استقبال الشباب..) فطاقة الاستقبال تبقى محدودة، حتى الطريق نفسه أصبح مكان استقبال لهؤلاء الشباب، مثله مثل المؤسسات الأخرى، وأصبح ضيقا في بعض الحالات أمام هذا العدد الهائل، إنه "فيضان الهياكل" débordement des structures على حد تعبير مصطفى بوتفنوشات(Mostafa Boutefnouchet, 2004, P 69).

ثالثا - مظاهر الاختلالبين النمو السكاني والتنمية الصحية في الجزائر

بذلت الدولة الجزائرية بعد الاستقلال جهودا جبارة لتوفير خدمات صحية ملائمة لكافة أفراد الشعب. فالخيارالاشتراكي الذي تبنته النخبة السياسية الحاكمة، كان يضفي على التنمية بعدا اجتماعيا يرتكز على توفير مقاييس الحياة الكريمة للمواطن من صحة، تعليم، سكن

وعمل..انطلاقا من فكرة أن تقوم الدولة برعاية شاملة ومتعددة الأوجه للقوى الشعبية، تعويضا لها عن الحرمان والقهر والتشريد الاستعماري.

وانطلاقا من سنة 1965، سعى النظام الحاكم إلى تكوين مجتمعا حركيا مجندا حول مهام وطنية واسعة؛ العمل للجميع، السكن للجميع، الصحة للجميع... وهي مهام تعتمد كإطار مرجعي لها على قيم مثل: التشاركية المساوتية والتنمية والتقدم الاجتماعي والصناعي، قيم تعتبر النواة المركزية الفاعلة لإيديولوجية المرحلة (علي الكنز وعبد الناصر جابي، 1999، ص 257.). وتجسيدا لهذا التوجه شهدت هذه الفترة إنجازات كبرى وبعث مشاريع ضخمة في مختلف المجالات. إلا أن الاهتمام بالصحة يبدو من خلال الأرقام المسجلة في الاحصاءات الرسمية دون المستوى المطلوب، فلم يحظ القطاع الصحي بنفس الاهتمام الذي حظي به التعليم والقطاع الصناعي، وهو ما يعكسه النفقات المتواضعة التي خصصت لهذا القطاع الحيوي، مثلما توضحه البيانات الاحصائية الواردة في الجدول الآتي:

جدول رقم 1 : تطورمعدل النفقات الوطنية للصحة من الناتج المحلي الاجمالي من 1973 إلى 2010.

السنوات	1973	1980	1985	1987	1989	1991
النسبة المئوية من الناتج المحلي الاجمالي(%)	1.6	3.7	4.4	3.6	2.8	2.2
السنوات	1995	1997	1999	2001	2003	2010
النسبة المئوية من الناتج المحلي الاجمالي(%)	1.8	1.5	1.6	3.8	3.5	3.2

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص 175.
- OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2006, OMS, Genève, PP 199-201.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, La santé des algériennes et des algériens, Ed ANEP, avril 2002, P 65.

يتضح لنا من خلال المعطيات الاحصائية الواردة في الجدول، أن انفاق الدولة على الصحة كان جد ضعيفا في السبعينات، حيث لم يتجاوز مؤشر الانفاق الصحي إلى الناتج المحلي الاجمالي 1.7%.بالرغم من أن الدولة في تلك الفترة خصصت مبالغ مالية هامة للاستثمار بلغت 453 مليار دينار جزائري، نال التصنيع وحده 54,5% من المبلغ الإجمالي للاستثمارات(جبهة التحرير الوطني، 1983، 118.).

أما في فترة الثمانينات فقد ارتفع الانفاق الحكومي على الصحة،حيث بلغ هذا المؤشر4.4% سنة 1985، ويشكل ذلك انعكاسا لتوجه النخبة الحاكمة في تلك المرحلة، والمتمثل في إعطاء أهمية كبرى للجانب الاجتماعي، وتوجيه مداخيل الريع النفطي نحو قطاع الخدمات والاستهلاك الداخلي، تجسيد الشعار "من أجل حياة أفضل".

2. ومع بداية التسعينات عرفت الجزائر أزمة اقتصادية حادة، وأمام شح الموارد المالية انخفض الإنفاق العام الحكومي في مجال الصحة، ليستقر متوسط الانفاق في هذه الفترة، في حدود 1.7%. وبقي الانفاق على الصحة في الجزائر في مستويات متدنية، حتى بعد سنة 2000، بالرغم من ارتفاع أسعار النفط في الأسواق الدولية، وظهور مؤشرات جد ايجابية للاقتصاد الوطني، وكذا الشروع في برنامج الإنعاش الاقتصادي، الذي خصص له مبلغ 525 مليار دج كشطر أول في الفترة 2001 – 2004، على أن يستمر إلى غاية 2009(شهرزاد زغيب والجبوري عبد القادر، 2002، ص 152).

من خلال ما تقدم يتضح لنا أن التمويل الصحي في الجزائر ضعيف جدا، لا يسمح بالاستجابة لاحتياجات المواطنين المتزايدة بإستمرار، كما أن مستوى الانفاق الصحي الوطني، يبقى بعيدا عن المستويات المعتمدة في العديد من الدول العربية والدول المتقدمة، مثلما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 2 : تطور معدل النفقات الوطنية للصحة من الناتج المحلي الاجمالي للجزائر بالمقارنة بدول أخرى مختارة

السنوات	1999	2001	2003	2010
الجزائر	3.7	3.8	3.5	3.2
تونس	5.5	5.7	5.4	3.4
لبنان	11.3	11.7	10.2	2.8
المغرب	4.6	4.9	5.1	2.0
العراق	1.9	1.6	2.7	6.8
الولايات المتحدة الأمريكية	13.1	14	15.2	9.5
ألمانيا	10.8	10.8	11.1	9.0
فرنسا	9.3	9.4	10.1	9.3

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2006, OMS, Genève, PP 199-201.

تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص 174-176.

إن القراءة الأولية للجدول تجعلنا نقول أن الانفاق على الخدمات الصحية في الجزائر ضعيف مقارنة بالدول المتقدمة وبالعديد من الدول العربية،الأمر الذي يعكس وجود نقص في الاهتمام الذي توليه الدولة الجزائرية للقطاع الصحي، فمعدل الانفاق على الصحة لم يتجاوز في الجزائر 3.8% من الناتج المحلي الاجمالي، وهو أقل من مما هو لدى الجارتين تونس والمغرب. وفي الوقت نفسه نجد أن النفقات الصحية في الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية، ألمانيا وفرنسا مرتفعة، تعادل ثلاثة أضعاف ما تنفقه الجزائر، وهو ما يعكس اهتمام هذه الدول بصحة مواطنيها.

وكنتيجة لتدني مستوى الانفاق الصحي الوطني،كانت الانجازات التي تحققت في قطاع الصحة متواضعة، إذا ما قيمت في ضوء ما يلزم لتحقيق الصحة للجميع، الأمر الذي جعلها

غير قادرة على تلبية الاحتياجات المتنامية للسكان، مثلما تكشفه الأرقام الاحصائية الواردة في الجدول الآتي:

جدول رقم 3 : تطور عدد السكان وعدد الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة في الجزائر خلال الفترة (1966-2007)

السنوات	1966	1974	1979	1984	1986	1989	1998	2000	2007
السكان بالملايين	11.75	15.16	18.12	21.18	22.51	24.40	29.50	30.39	33.90
عدد الأسرة	39418	41728	44885	50210	60040	65000	59000	53315	5763
سرير/ساكن	298	363	408	418	375	375	500	570	588

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Ecole Nationale de Santé Publique, le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger, avril 2008, P 5.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, La santé des algériennes et des algériens, Ed ANEP, avril 2002, P 60.
- Ministère de la santé, de la population et de la réformehospitalière, statistique sanitaire année 2007, Alger 8008, PP 35-36

تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول، إلى تزايد مطردفي عدد الأسرة، خاصة في الفترة الممتدة من 1979 و1989، حيث قفز العدد من 44885 سريرا إلى65000 سريرا، ويعود ذلك إلى الانجازات المحققة في هذا الفترة، التي شهدت تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العمومية، إذ قفز عددها من 162 مستشفى إلى 261 مستشفى.

في المقابل لم يشهد عدد الأسرة خلال سنوات التسعينات أي تطور، بسبب الأزمة المتعددة الأوجه التي شهدتها الجزائر في تلك الفترة، بل بالعكس تم تسجيل انخفاضا في عدد الأسرة خلال هذه الفترة،حيث انتقل العدد من 65000 سريرا سنة 1989 إلى 53313 سريرا سنة 2000. ويعود هذا أساسا إلى الحالة الأمنية المتدهورة وغير المسبوقة التي عرفتها البلاد في التسعينات، ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل التحتية التربوية والتجارية والصناعية والهياكل الصحية، وجعلها خارج الخدمة، خاصة قاعات العلاج الموجودة في المناطق الريفية والنائية(خروبي بزارة عمر، 2010-2011، ص49).

ما يمكن استخلاصه أيضا من الجدول رقم2 هو عدم موائمة السياسات المنتهجة في مجال الصحة لاحتياجات البلاد المتزايدة باستمرار،بسبب الضغط السكاني الكبير الناتج عن النمو الديمغرافي السريع. فالارتفاع المتزايد في عدد السكان لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة، ففي الوقت الذي ارتفع فيه عدد السكان من 11.5 مليون نسمة سنة 1966 إلى 33.90 مليون نسمة سنة 2000 بنسبة تقدر بـ158.63%، فيحيننجد أن الهياكل الصحية المعبر عنها بعدد الأسرة ارتفعت خلال هذه الفترة بنسبة تقدر بـ35.25%. وكنتيجة لذلك تدهور المؤشر المتعلق بعدد الأسرة بصفة ملحوظة، حيث انتقل من سرير لكل 268 ساكنا سنة 1966 إلى سرير لكل588 ساكنا سنة 2000، ويعبر هذا التغير عن ارتفاع العجز في الهياكل الصحية، وعدم قدرتها على استيعاب التدفق البشري الناتج عن النمو الديمغرافي،وهو ما يجعل المؤشر المتعلق بعدد الأسرة في الجزائر بعيدا عن المعدلات المحققة في الدول المتقدمة، مثلما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 4: التغطية الصحية في الجزائر بالمقارنة مع دول أخرى مختارة لسنة 2007.

البلد	طبيب لكل 10000 ساكنا	سريرلكل 10000 ساكنا	البلد	طبيب لكل 10000 ساكنا	سرير لكل 10000 ساكنا
الجزائر	11	17	ألمانيا	34	83
لبنان	24	34	فرنسا	34	75
مصر	24	21	النرويج	38	40
قطر	26	25	اسبانيا	33	34
تونس	13	18	سويسرا	40	55
البحرين	27	27	ايطاليا	37	39
السعودية	14	22	الصين	14	22
الامارات العربية المتحدة	17	19	الولايات المتحدة الأمريكية	26	31

Source : OMS, Statiques Sanitaires Mondiales 2009, OMS, Genève, PP 96-103.

تشير الأرقام الواردة في الجدول إلى وجود عجز كبير على مستوى الامكانيات البشرية الطبية والهياكل الصحية في الجزائر، فبالرغم مما تحقق من انجازات في هذا المجال، الا أنها

لم تكن مسايرة للزيادة السريعة في عدد السكان، فبالنسبة لمؤشر الاطارات الطبية نجد أن المعدلات المحققة في العديد من الدول العربية كلبنان، مصر، قطر،تعادل ضعف المعدل المحقق في الجزائر، والذي يقدر بـ 11 طبيبا لكل 10000ساكنا،أما فيما يتعلق بالمعدلات المتعلقة بالهياكل الصحية المعبر عنها بعدد الأسرة، فلا مجال للمقارنة بين الدول المتقدمة والجزائر، ففي الوقت الذي بلغ المعدل 83 سريرا لكل 10000 ساكنا في ألمانيا و75 في فرنسا، لم يتجاوزهذا المعدل في الجزائر17سريرا لكل 10000 ساكنا. وما يلفت الانتباه كذلك في الجدول، هو المعدلات المحققة من طرف الصين في مجال الموارد البشرية الطبية والهياكل الصحية، فبالرغم من عدد سكانها الذي تجاوز المليار والنصف المليار نسمة، إلا أنها استطاعت أن تحقق مؤشرات أفضل من تلك التي حققتها الجزائر في هذا المجال، وهذا ما يدل على أن الأمر ليس متعلق بالمسألة الديمغرافية، بقدر ما يتعلق بفشل السياسات التنموية المنتهجة.

وبالنظر إلى اختلال التوازن بين معدل النمو السكاني ووتيرة التنمية الصحية في الجزائر، برزت عدة اختلالات على مستوى النظام الصحي الوطني، مما تسبب في معاناة كبيرة للمواطنين، تتجلى في الشواهد الواقعية التالية:

1. مشكلة الاكتظاظ الشديد والازدحام في المستشفيات: تشهد أغلب المستشفيات العمومية في الجزائر اكتظاظا رهيبا، فلم تعد مختلف المصالح الاستشفائية قادرة على استيعاب الأمواج البشرية الهائلة، التي تتوافد عليها، الأمر الذي يجعل الطاقم الطبي يصطدم بواقع مرير يصعب تجاوزه، في ظل غياب الإمكانيات والتجهيزات الطبية الضرورية. ويزداد الوضع حدة في المراكز الاستشفائية الجامعية - التي لم يتجاوز عددها 13 منذ سنة 1986-حيث تشهد أقسام الاستعجالات بها، اكتظاظا كبيرا وفوضى عارمة، من جراء الكم الهائل من المواطنين والمواطنات الوافدين عليها طلبا للعلاج، وغالبا ما يتسبب هذا الضغط المستمر في وقوع مناوشات بين المواطنين الراغبين في العلاج أو مرافقيهم من جهة، وبين العاملين في المجال الصحي من جهة أخرى، حيث سجلت عدة مستشفيات في الفترة الأخيرة حالات اعتداء على الأطباء من قبل أقارب المرضى، وتحولت مصالح الاستعجالات الطبية إلى ساحات عراك استعملت فيها الأسلحة البيضاء بسبب سوء التكفل بالمريض.وفي ظل هذا الوضع الكارثي الذي تتخبط فيه معظم المستشفيات، أصبح الظفر بسرير في المستشفيات

العمومية في الجزائر،يتطلب وساطات وتدخل شبكة العلاقات، الأمر الذييعكس عدم وجود عدالة في الانتفاع بالخدمات الصحية.

2. ارتفاع معدل الانتظار: يعاني العديد من المرضى في الجزائر من طول الانتظار للحصول على موعد للإستشفاء، خاصة المواعيد المتعلقة بالعمليات الجراحية والعلاج بالأشعة، والتي قد تمتد لعدة أشهر، وفي بعض الأحيان يفارق المريض الحياة دون تمكنه من العلاج، فبخصوص مرض السرطان، تشهد الجزائر عجزا كبيرا فيمراكز مكافحة السرطان، حيث يوجد حاليا 7 مراكز عبر الوطن، وهي غير كافية للتكفل بـ 45 ألف حالة إصابة بهذا المرض تسجل سنويا بالجزائر.

3. سوء توزيع المرافق الصحية عبر التراب الوطني: تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة المستشفيات الجامعية(*)، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية في حين لا يتعدى ذلك في الشرق 22%، الغرب 20%، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي1%(بومعراف إلياس وعماري عمار، 2009-2010، ص33). اضافة إلى ذلك هناكفوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية والمادية، إذ نجد معدل الأطباء في الجزائر العاصمة 1 طبيب لكل 416 ساكنا، يقابله 1 طبيب لكل 1766ساكنا في الهضاب العليا و1 طبيب لكل 2109 ساكنا في الجنوب(CNES, 2008, P 60).

فضلا عن ذلك، من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى، وغيابها تقريبا في المناطق الريفية، وهذا ما يدل على عدم وجود عدالة في الاستفادة من العلاج.

4. ضعف مستوى الخدمات الصحية: انعكستمشكلة الاكتظاظ الناتجة عن عدم استيعاب الهياكل الصحية المنجزة للتزايد المطرد في أعداد السكان سلبا على مستوى الخدمات الصحية، حيث أصبح الهاجس بالنسبة للسلطات هو الكمية-لاستيعاب تدفق بشري ناتجعن النمو الديمغرافي-على حساب النوعية، وفي هذا الاطار تعاني المستشفيات في الجزائر من نقص وندرة في الأدوية وتعطل الأجهزة، إضافة إلى نقص كبير في الكفاءات الطبية المتمرسة، والتي فضلت مغادرة قطاع الصحة العمومية والالتحاق بالقطاع الخاص أوالتوجه نحو الخارج، مما أثر بشكل سلبي على نوعية الخدمات الصحية، وأنشطة التكوين والبحث

العلمي(**). وقد أفرز هذا الوضع حالة تذمر وعدم الرضا عن الخدمات الصحية لدى المواطنين الجزائريين، مثلما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 5 :الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الجزائر بالمقارنة مع دول أخرى مختارة لسنة 2009.

البلد	الجزائر	تونس	السعودية	الأردن	فرنسا	بلجيكا	اسبانيا	سويسرا	النمسا
نسبةالمجيبين بالرضا (%)	52	80	69	66	84	88	84	81	89

المصدر: تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص 178-180.

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة الرضا عن الخدمات الصحية في الجزائر متدنية مقارنة بما هو موجود في الدول المتقدمة، وهذا ما يدل على عدم فعالية المنظومة الصحية في الجزائر، وابتعادها الكبير على المقاييس الدولية المعمول بها في هذا المجال.

5. التموقع المتأخر للجزائر في الترتيب الدولي: تحتل الجزائر مراتب متأخرة في المجال الصحي حسب تقرير منظمة الصحة العالمية، فقد احتلت الجزائر المرتبة 81 في مجال النظام الصحي، والمرتبة 91 في معيار الاستجابة لحاجات السكان، والمرتبة 75 بالنسبة لعدالة تمويل القطاع الصحي، والمرتبة 110 بالنسبة لمعيار توزيع الخدمات الصحية، والمرتبة 114 من مجموع 192 دولة، فيما يخص مستوى الانفاق الصحي(بومعراف إلياس وعماري عمار، ص32). والجدير بالذكر، أن في الوقت الذي احتلت فيه الجزائر مراتب متأخرة، نجد دول عربية استطاعت بإمكانياتها المتواضعة أن تحتل مراتب متقدمة مقارنة بالجزائر، حيث احتلت تونس المرتبة 52 واحتل المغرب المرتبة 29 في مجال النظام الصحي، وهو ما يعكس الوضعية المتأزمة التي تعيشها المنظومة الصحية في الجزائر.

رابعا - مساعي الدولة الجزائرية لتدارك الاختلال القائم بين النمو السكاني والتنمية الصحية:

أحست الدولة الجزائرية في السنوات الأخيرة بضخامة الأزمة، وتفاقم الاختلالات التي يعاني منها القطاع الصحي سواء من ناحية العجز المسجل في الهياكل الصحية أو من ناحية التغطية، خاصة وأن الشارع الجزائري أصبح في السنوات الأخيرة، يسجل بصفة شبه دورية

تشنج واحتجاجات وقطع الطرقات العمومية وتارة أعمال تخريبية، تعبيرا عن عدم الرضا عن الوضعية التي يعيشها، حيث أظهرت دراسة مسحية للحركات الاحتجاجية في الجزائر لسنة 2003 أن 87.49% من المشاكل المطروحة من خلال هذه الاحتجاجات، هي ذات علاقة بالوضع الاقتصادي والاجتماعي كالسكن، البطالة، توزيع المياه، تعبيد الطرقات والاستفادة من الخدمات الصحية والتعليمية ...إلخ. وهي مطالب تطرح بحدة مسألة أداء القطاع العمومي في الجزائر(عبد الناصر جابي، ص20). فضلا عن ذلك هناك صعود ملفت للاحتجاجات من طرف سكان الجنوب، بسبب الفوارق الكبيرة في التنمية بين الشمالوالجنوب،خاصة في المجال الخدمات الصحية.

ولتدارك هذه الحالة المربكة، هناك جهود حثيثة في العقدين الأخيرين من طرف الدولة لتوسيع وتدعيم شبكة المنشآت الصحية،وتحقيق تغطية صحية أفضل، وكذا تحسين جودة الأداء في الرعاية الصحية. ولبلوغ ذلك برمجت الحكومة الجزائرية برامج مستعجلة وطموحة في المجال الصحي ولعل أبرزها:

رصدت الدولة في اطار برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 مبلغا ضخما لقطاع الصحة، قدر بـ 679 مليار دج، موجه لإنجاز 172 مستشفى و45 مركبا صحيا متخصصا و377 عيادة متعددة الاختصاصات و1000 قاعة علاج و17 مدرسة للتكوين الشبه الطبي (http://pogar.org/localuser/pogarp/civil/md15-djabi.pdfبتاريخ2011.08.18).

❖ في سباق مع الزمن، أعلن وزير الصحة عن عزم الحكومة الجزائرية إنجاز 18400 سريرا في ظرف سنتين، تمثل ثلث القدرة الاستيعابية للمؤسسات الاستشفائية التي تملكها الجزائر منذ الاستقلال. وقد أعطيت تعليمات صارمة للمؤسسات التي أوكلت إليها أشغال الإنجاز هذا الكم الهائل من الأسرة، من أجل احترام آجال التنفيذ وتسليمها في المدة القانونية المقدرة بسنتين(بيان مجلس الوزراء المنعقد بتاريخ 24 ماي 2010، المتعلق ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014.). كما برمجت الحكومة الجزائرية انجاز. سبعة مراكز استشفائية جامعية CHUعبر الوطن، وتعتزم استحداث 15 مركزا جديدا لمكافحة السرطان في القريب العاجل.

خاتمة:

إن الأبحاث العلمية والدراسات التي تناولت موضوع النمو الديمغرافي، أفضت إلى أن الآثار المترتبة عن التغيرات السكانية متعددة، متنوعة، معقدة ومتراكمة عبر الزمن. ولكن بالنسبة للجزائر، النمو الديمغرافي في حد ذاته من المفترض أن لا يشكل مشكلة، فبحكم شساعة المساحة والثروات الطبيعية التي تزخر بها، فإنّ الثروة البشرية تصبح الحاجة لها ماسة لتحقيق التقدم والرخاء. فإذا ما قارنا عدد سكان الجزائر بسكان دولة كالصين والهند، فإنّ المسألة السكانية يفترض أنها لا تطرح أبدا ولا تشكل عائقا للتنمية. إلا أن الإشكال بالنسبة للجزائر هو وجود نمو ديمغرافي مرتفع وسريع، لم ترافقه تنمية بنفس الوتيرة والسرعة. وبالتالي تحولت الثروة البشرية إلى عبء ثقيل، وأصبحت تشكل مصدر إزعاج للسلطات باحتياجاتها الملحة والمتنامية.

فسكان الجزائر تضاعف ثلاث مرات تقريبا خلال 30 سنة، والملاحظ أن هذه الزيادة تتم بهذه السرعة في ظل غياب أية خطة لتغطية الاحتياجات الضرورية بصفة منتظمة، وفي ظل تقهقر شبه تام للإنتاج الوطني، وهذا ما أدى إلى وضع كارثي ليس في المجال الصحي فقط، بل في كل المجالات ليصبح الاكتظاظ - الذي هو علامة من علامات التخلف- قدر محتوم على الجزائريين، إذ أصبحنا نرى اكتظاظا في المدارس، في المستشفيات، في السجون، في مكاتب البريد... وحتى في المقابر!

- المـراجــع:

(1) منى عطية خزام خليل، التنمية الاجتماعية في إطار المتغيرات المحلية والعالمية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية 2012، ص34.

(2) محمد حميل عمر، المسألة السكانية والأبعاد الحقيقية لاختلال التوازن بين معدلات النمو السكاني ومعدلات النمو الاقتصادي في الدول النامية، في مجلة جامعة دمشق، المجلد 16، العدد 2، 2000، صص 224-225.

(3) ONS Série statistiques rétrospectives 1962-1990.

(4) ONS, Bulletin N° 496, Données Statistiques, 2008, P 11.

(5) Mostafa Boutefnouchet : la société Algérienne en transition, OPU, Alger 2004, P 69.

(6) علي الكنز وعبد الناصر جابي: الجزائر في البحث عن كتلة اجتماعية جديدة، في كتاب الأزمة الجزائرية، الخلفيات السياسية والاجتماعية والاقتصاديةوالثقافية، مركز دراسات الوحدة العربية ط 2، بيروت، 1999، ص 257.

(7) جبهة التحرير الوطني، التخطيط والتنمية، الجزء الأول، 19 سبتمبر 1983، 118.

(8) شهرزاد زغيب والجبوري عبد القادر: الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر... معالمها، في مجلةالتواصل لجامعة عنابة، عدد10، ديسمبر2002، ص 152.

(9) خروبي بزارة عمر،إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2009)، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الإخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية والاعلام، جامعة الجزائر 3، 2010-2011، ص49

(10) بومعراف إلياس وعماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، في مجلة الباحث، قسم علم الاجتماع بجامعة قسنطينة عدد 07، 2009-2010، ص33.

(11) CNES: Rapport national sur le développement humain Algérie 2007, Alger, juillet 2008, P 60.

(12) بومعراف إلياس وعماري عمار، مرجع سابق، ص32.

(13) عبد الناصر جابي: تقييم وطني لمشاركة المواطنين والمجتمع المدني في إصلاح القطاع العام في الجزائر، ص20، على الموقع:

(14)http://pogar.org/localuser/pogarp/civil/md15- djabi.pdf.2011.08.18بتاريخ

(15) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء المنعقد بتاريخ 24 ماي 2010، المتعلق ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014.

(16) جريدة الخبر، العدد7385 الصادر بتاريخ 2014.03.27.

- الهوامش:

(*) في هذا السياق نضرب مثال بالمستشفى الجامعي ابن رشد بعنابة،الذي يغطي خمس ولايات وهي؛ عنابة، الطارف، قالمة، سوق أهراس وتبسة، حيث تشهد مصلحة الاستعجالات الجراحية بهذا المستشفى، استقبال يومي لحالات خطيرة قادمة من تلك الولايات، خاصة ضحايا حوادث المرور، حيث يسجل تأخر كبير للتكفل بالحالات القادمة من الولايات البعيدة،

إذ تقطع سيارة الاسعاف مثلا مسافة تفوق 300 كلم، لنقل الجرحى من تبسة إلى عنابة، يضاف إلى ذلك الاختناق المروري الذي تشهدهمداخل المدينة،مما يتسبب في تأخر وصول سيارات الاسعاف إلى المستشفى.

(**)تعاني المستشفيات العمومية في الجزائر من نزيف كبير للكفاءات الطبية، والتي فضلت مغادرة قطاع الصحة العمومية والالتحاق بالقطاع الخاص، حيث أصبح أكثر من 60% من الممارسين الأخصائيين يعملون في القطاع الخاص،في ما فضل عدد كبير من الاطارات الطبية الجزائرية، التوجه نحو الخارج، ففي المركز القومي للبحوث العلمية في فرنسا يعمل 7000 طبيبا جزائريا من ذوي الكفاءات العالية. ويؤثر هذا النزيف بشكل سلبي على نوعية الخدمات الصحية، وأنشطة التكوين والبحث العلمي، اذ تعاني المستشفيات الجامعية، من قلة الاستشفائيين الجامعيين في العديد من التخصصات الطبية، مما أثر سلبا على تأطير الطلبة وعلى مستوى تكوينهم.