الرعاية الصحية في الجزائر –بين مؤشرات التنمية البشرية والواقع

Health care in Algeria - between human development indicators and reality

أحمد قداري[1]، محمد ساعد[2]، سعيدة طيب[3]

Ahmed KADARI[1], Mohamed SAAD[2], Saida TAYEB[3]

[1] المركز الجامعي أحمد زبانة غليزان (الجزائر)، *kadari15med@yahoo.fr*

[2] جامعة ابن خلدون تيارت (الجزائر)، *kadari15med@yahoo.fr*

[3] المركز الجامعي أحمد زبانة غليزان (الجزائر)، *Saidatayeb48@gmail.com*

تاريخ الاستلام: 02-03-2019 تاريخ القبول: 31-01-2020 تاريخ النشر: 30-03-2020

ملخص:

تعد الرعاية الصحية من اهم اهداف الدولة الحديثة في خضم الألفية الثالثة، حيث تستخدم العديد من السياسات المختلفة للوصول الى خدمات صحية ذات جودة عالية، لكن يحتاج ذلك الى مواجهة العديد من المشاكل التي يمكن ان تصادف اهداف الدولة كالأمراض والاوبئة.

فالجزائر تعد من الدول التي حققت قفزات نوعية في التنمية البشرية من خلال الاهتمام بالقطاع الصحي، لكن تبقى هذه المجهودات ضئيلة مقارنة مع الامكانات التي تزخر بها الجزائر المادية والبشرية، والتي تحتاج الى سياسة اجتماعية رشيدة تمكن من الحصول تغطية شاملة للرعاية الطبية لكافة افراد المجتمع، وفي كافة مناطق الدولة الجزائرية مع مراعاة التكوين الذي ينبغي ان يخصص الكوادر الطبية وكذا المنشاة القاعدية الصحية وخاصة المستشفيات المتخصصة منها. لدراسة هذا الموضوع اتبعنا المنهج الوصفي التحليلي، باعتبار أن الرعاية الصحية هي أحد أهم أوجه الرفاهية الاجتماعية حيث نقيس من خلالها مدى توافق الإنجازات مع مؤشرات التنمية البشرية. أما فيما يخص الرعاية الصحية في الجزائر فتعد من أهم الأولويات لكن نسبة انفاقها من إجمالي الانفاق العام ضئيلة جداً مقارنة مع دول الجوار.

كلمات مفتاحية: التنمية البشرية، الرعاية الصحية، الخدمة الصحية.

تصنيفات JEL : O15, I10.

Abstract:

Health care is one of the most important goals of the modern state in the third millennium: many different policies are used to achieve quality health services.

Algeria is one of the countries to have made a quantum leap in human development, paying particular attention to the health sector, but these efforts remain limited compared to the material and human Algeria that needs In all areas of the Algerian state, given the composition of medical staff and health infrastructure, especially specialized hospitals. In the light of what has been addressed, we raise the following question: What is the reality of health care in Algeria under the indicators of human development?. In order to study this topic, we followed the analytical descriptive approach to its relevance to the nature of the subject, as health care is one of the most important aspects of social welfare, in which we measure the compatibility of achievements with human development indicators. As for the health care in Algeria, it is one of the most important priorities of human development in Algeria, but its proportion of total public expenditure is very small compared to neighboring countries.

Key words: *HealthCare, Human Development, Health Service*

JEL Classification Codes: *O15 ,I10*

المؤلف المرسل: سعيدة طيب، **الإيميل:** *Saidatayeb48@gmail.com*

1. مقدمة:

تسعى كثير من الدول إلى تحقيق الحماية الاجتماعية من خلال تفعيل وتطبيق سياسات مختلفة يمكنها أن تحقق أكبر قدر ممكن من التغطية على أفراد المجتمع حيث تستهدف الدولة في ذلك معدلات التنمية البشرية التي يتبناها برنامج الأمم المتحدة الانتمائي التابع لهيئة الأمم المتحدة، حيث تعتبر مؤشرات التنمية البشرية بارومتر يقاس من خلاله مدى تحقيق الدولة للتنمية الاجتماعية من عدمها فالجزائر تعد من الدول التي تجند كل أدوات السياسة الاقتصادية لديها، وهذا من أجل الوصول إلى معدلات مرتفعة من الرفاه الاجتماعي، وهذا مع مراعاة مختلف الأبعاد من الصحة، التعليم، المستوى المعيشي اللائق، ونجاح أدوات السياسة الاقتصادية في الجزائر مرهون بمدى توافق هذه الأخيرة مع مؤشرات التنمية البشرية حيث تسعى إلى إنشاء البنى التحتية والهياكل القاعدية في مجال التعليم، الصحة ومن خلال هذه الدراسة نود الوصول إلى وضع مقاربة بين الإنجازات المحققة في مجال الصحة ومدى توافقها مع مؤشرات التنمية البشرية والتساؤل المطروح:

ما هو واقع الرعاية الصحية في الجزائر في ظل مؤشرات التنمية البشرية؟

ومن أجل الإجابة على التساؤل تم اقتراح مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- ما مفهوم الرعاية الصحية؟
- ما هو التطور التاريخي لمفهوم التنمية البشرية؟
- ما واقع الرعاية الصحية في الجزائر"؟

فرضيات الدراسة:

من أجل الإجابة على الأسئلة الفرعية تم اقتراح الفرضيات الآتية:

- الرعاية الصحية هي أهم أولويات التنمية البشرية.
- تحقق الجزائر الرعاية الصحية المرتفعة.
- لم تتخلى الجزائر عن نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق العام.

أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الموضوع في اعتبار أن الرعاية الصحية هي أحد أهم أوجه الرفاهية الاجتماعية حيث نقيس من خلالها مدى توافق الإنجازات مع مؤشرات التنمية البشرية.

ومن أجل الوصول إلى اختبار الفرضيات تم اقتراح ثلاث محاور:

المحور الأول: الإطار التاريخي للتنمية البشرية والرعاية الصحية؛

المحور الثاني: التنمية البشرية في الجزائر؛

المحور الثالث: واقع الرعاية الصحية في الجزائر.

2. الإطار التاريخي للتنمية البشرية والرعاية الصحية

سوف نتطرق من خلال هذا المحور إلى مفاهيم حول التنمية البشرية وكذا الرعاية الصحية.

1.2. التنمية البشرية:

لقد تنامى الوعي بأهمية النفس البشرية، حيث استمرت العديد من الاجتماعات والمؤتمرات والدراسات التي تهدف إلى الوصول إلى أبعاد التنمية البشرية، إذ شكلت وثيقة الأهداف الاستراتيجية لتنمية إفريقيا خلال التسعينيات حرص الدول النامية إلى إعطاء دور هام وفعال للتنمية البشرية وقد تضمنت هذه الوثيقة ما يلي[1]:

أ- أن السلم وحسن الإدارة والاستقرار من العناصر المهمة لتحسين التنمية.

ب- تعتبر السياسيات السكانية الفعالة ضرورة لإدماج هذه الأخيرة في عملية التنمية.

ج- لابد من إعطاء الأهمية فيما يتعلق بالمسائل البيئية.

د- تعتبر السياسة الهادفة إلى تحقيق النمو ضرورة للتخفيف من حدة الفقر.

هـ- إن تمكين المرأة من النهوض بدور أكبر أمر ضروري لتفعيل التنمية المستدامة.

عرّف تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي سنة 1990 التنمية البشرية بأنها تهدف إلى توسيع الخيارات المتاحة أمام الناس، أما من حيث التطبيق فتنحصر الخيارات في ثلاث وهي أن يعيش الناس حياة طويلة خالية من العلل، وأن يكتسبوا معرفة وأن يحصلوا على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة.[2]

كما عرف تقرير التنمية البشرية لعام 1998 على أن الاستهلاك اليومي ينبغي أن يوفر للناس حياة أطول من حيث:

أ- الغذاء والرعاية الصحية.

ب- النقل والطاقة مدخلات حيويان بالنسبة للعديد من الأنشطة البشرية.

ج- التعليم المدرسي ووسائل الإعلام تمكن من تعلم الكتابة واكتساب اللغة.

1.1.2. مؤشرات التنمية البشرية: تستند مؤشرات التنمية البشرية إلى قياس التنمية الاجتماعية، وهي ما يعود على أفراد من منافع.[3]

أ- **المؤشرات الاقتصادية:** تعد المؤشرات الاقتصادية من بين المؤشرات التي يمكن أن تحقق التنمية البشرية وتتشكل من عدة مؤشرات:

- متوسط نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي.
- معدل النمو السنوي في الناتج الوطني الإجمالي.
- معدل النمو السنوي في نصيب الفرد في الناتج الوطني الإجمالي.

ب- المؤشرات الاجتماعية: يعود الاهتمام بالمؤشرات الاجتماعية إلى النصف الثاني من الستينيات من القرن العشرين، حيث ظهر كتاب بعنوان المؤشرات الاجتماعية 1966، وبعد ذلك انتشر هذا الوعي إلى أن أصبح محل دراسة لعديد كبير من علماء الاجتماع والاقتصاديين.[4]

ولعل من بين أهم المؤشرات الاجتماعية نجد:

ج- المؤشرات التعليمية: حيث تتضمن التعليم الأساسي والثانوي والتعليم العالي بالإضافة إلى محو الأمية للبالغين.

د- المؤشرات الصحية: تتضمن عدد الأطباء لكل مائة ألف نسمة من السكان، وكذا عدد الممرضين بالمؤشرات الصحية، تتضمن عدد الأطباء لكل مائة ألف نسمة من السكان، وكذا عدد الممرضين بالإضافة إلى المياه المأمومة.[5]

هـ- المؤشرات السكانية: تعتمد على المعدل السنوي للزيادة السكانية ونسبة سكان الحضر ومعدل الخصوبة.[6]

2.1.2. حساب دليل التنمية البشرية: تختلف مستويات استخدام مفهوم التنمية من دولة إلى أخرى، وذلك على حسب الاهتمامات المخصصة لمؤشر دون سواه.

فقد تم إنشاء دليل التنمية البشرية في الصورة التي ينبغي من خلالها أن يظهر أهم أبعاد التنمية البشرية، ولاعتبار أن الإنسان يحتاج إلى العيش لمدة طويلة، والتمتع بمستوى معيشي لائق، وعلى هذا فدليل التنمية البشرية يمكن أن يوضح مدى جهود الدولة في تحقيق تلك الخيارات الأساسية لجميع الناس. ولهذا فدليل التنمية البشرية، لا يمكن اعتباره مقياس للرطوبة ولا حتى مقياسا للسعادة، بل هو مقياس للتمكين.[7]

ومن خلال هذه الدراسة سنركز على التمكين في الرعاية الصحية وهذا ما سنراه في العنصر الموالي.

3.1.2. التطور التاريخي لمفهوم التنمية البشرية: عرف مفهوم التنمية البشرية تطوراً ملحوظاً خلال محطات فكرية مختلفة:

- **التنمية البشرية في الخمسينات:** تعرف ظاهرة التنمية على انها من بين اهم الظواهر الحديثة، حيث كان مفهوم التنمية يتراوح بين مفاهيم ومصطلحات عديدة، اذ كانت تطغى على ذلك التفسيرات الاقتصادية، ومن خلال هذا فقد تشابك مفهوم التنمية مع العديد من المفاهيم الاخرى، حيث تشابهت مفاهيم التنمية الاقتصادية، التنمية والنمو وتم استخدامها دون تميز في وقت بات مفهوم التنمية متشابها بمفهوم النمو الاقتصادي.[8]

ومن خلال ذلك تم الاعتماد والتدقيق على تكوين راس المال الذي يمكنه ان يلعب دوراً مهما في الوصول الى نمو مستقر في الناتج المحلي الاجمالي، وكذا تحقيق نمو مستقر في دخل الفرد الاجمالي وان النمو قادر على توفير الحماية الاجتماعية لأفراد المجتمع.[9]

–**التنمية البشرية في الستينات:** تواصل الخلط فيما بين النمو والتنمية الاقتصادية فعلى الرغم من اختلاف الحاصل بين النمو والتنمية كونها متغير نوعي وهذا نتيجة لتعدد الانشطة الاقتصادية.

التنمية البشرية في السبعينات: على اثر المشاكل السياسية والاجتماعية التي صاحبت التركيز على التنمية الاقتصادية خلال مرحلة الخمسينات والستينات، حيث ارتفعت نسبة الفقر وعدم المساواة بين الطبقات، الجريمة، مشاكل الصحة والتلوث وغيرها من المشاكل.

من خلال هذا تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة استراتيجية الدول للتنمية عام 1970، حيث ظهر في ديباجة هذه الاستراتيجية ان التنمية ينبغي ان توجه الى رفاهية الانسان. [10]

وركز مؤتمر ستوكهولم 1972 على التنمية البيئية حيث تطرق الى النمو الاقتصادي، التنمية البشرية وحماية البيئة، مركزاً على ما يمكن ان يشكله النمو الاقتصادي من خطر على البيئة، كذلك تطرق الى الفقر وتهديداته اتجاه رفاهية المواطن.

ايضا طرح مؤتمر المنظمة الدولية الذي انعقد عام 1972،حيث قسم الحاجات الاساسية الى:[11]

- الحاجات الاساسية المادية الفردية: وتشمل عناصر الغذاء والملبس والمأوى.
- الحاجات الاساسية المادية العمومية: كالخدمات الصحية التعليمية والثقافية.
- الحاجات الاساسية المعنوية: كالحرية والمشاركة السياسية في حقوق الانسان.

–**التنمية البشرية في الثمانينات:** عرف عقد الثمانينات بانه عقد التنمية الضائعة حيث ان ما شهدته الدول النامية من مازق، والتي تعود الى التباطؤ الكبير الذي عرفة الاقتصاد العالمي فضلاً عن الازمات الاقتصادية المختلفة من ازمة نفطية وكذلك الازمة المديونية 1982، وغيرها، وهذا ما اثر سلبا على الدول النامية التي اصبحت تدفع الثمن غاليا على اثر ديونها المتراكمة.

2.2. عموميات حول الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية من اهم المخرجات التي تمكن قطاع الصحة من الرقي والوصول الى معدلات مقبولة من التنمية البشرية.

1.2.2. مفهوم الصحة:

تعرف الصحة على انها الحالة الصحية للإنسان والتي تظهر من خلال النشاط الطبيعي لأعضاء الجسم.

كما يعرفها من خلال علم الصحة على انها ايضا حفظ للصحة وهذا من خلال احد اهم اقسام الطب، والذي يظهر جملة من التدابير الداعية لحفظ الصحة.[12]

2.2.2. تعريف الخدمة الصحية: تقوم الخدمة الطبية من خلال جهود فريق طبي داخل مستشفى او عيادة كأن يقوم طبيب بمعالجة شخص مريض، حيث يمكن للرعاية الطبية ان تصبح رعاية صحية وقائية وهذا من خلال الارشادات الوقائية التي يمكن ان يقدمها الطبيب للمريض.[13]

تعرف الخدمة الصحية على انها مستوى الاداء الذي يتوقعه المريض اتجاه الخدمة المقدمة له، وهذا اشارة الى دور المريض في تقييم مستوى ما يقدم له من خدمات.

كما يمكن ان نعرف الخدمة الصحية ايضاً: على انها ما يقدم للمنتفعين حيث تصبو الى تغطية حاجيات المستهلك النهائي اذ لا ترتبط ببيع سلعة او خدمة اخرى.[14]

3.2.2. تقسيم الخدمة الصحية : تقسم الخدمات الصحية الى جزئين:

اما الجزء الأول فيتعلق بالخدمات الصحية العلاجية والتي ترتبط بالخدمة الصحية الموجهة للفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواءاً كان ذلك من خلال العلاج الدوائي المباشر في المنزل او من خلال العلاج السريري اومن خلال التدخل الجراحي.

اما القسم الثاني فيتعلق بالخدمات الصحية الوقائية والتي ترتبط بصحة المجتمع، حيث يمكن تسميته بالخدمة الصحية البيئية حيث تهتم بالحماية من الامراض المعدية والاوبئة، وهذا بدوره يتضمن علاقة غير مباشرة مع صحة الفرد.[15]

4.2.2. خصائص الخدمة الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية من بين اهم الخدمات المنتجة والمقدمة وذلك كونها مرتبطة بصحة الافراد، ولهذا فيمكن للخدمات الصحية ان تتميز بمجموعة من الخصائص أهمها:

- يتم تقديم الخدمات الصحية لكل افراد المجتمع وبدون استثناء؛
- تهدف الخدمات الصحية الى تقديم منفعة عامة لمختلف الاطراف سواء كانوا افراداً، هيئات او تنظيمات؛
- ينبغي للخدمات الصحية ان تتوفر على معيار الجودة وذلك كونها مرتبطة بحياة افراد؛
- تخضع الخدمات الصحية للقوانين والتنظيمات الصادرة عن الدولة، وهذا فيما يخص طبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها؛
- تختص الخدمات الصحية بالاستمرارية وغير قابلة للتأهيل؛
- تستوجب الخدمات الصحية الحضور الشخصي للمستفيد؛
- يظهر معيار جودة الخدمات الصحية من خلال المريض، اذ ان ترابط بين جودة الخدمة ومدى استوعاب المريض لتلك الجودة في الخدمة هي العامل الرئيسي للحكم على جودة الخدمة الصحية؛

3. التنمية البشرية في الجزائر

1.3. دليل التنمية البشرية:

الجدول (1): ترتيب الجزائر ضمن دليل التنمية البشرية

السنوات	2012	2013	2014	2015	2016	2017
مرتبة الجزائر في دليل التنمية البشرية	93	93	83	83	83	85

المصدر: تقارير التنمية البشرية 2012-2013-2014-2015-2016-2017

من خلال الجدول (1) يظهر أن الجزائر عرفت ارتفاعا في معدلات التنمية البشرية خلال الفترة 2012-2016 حيث قفزت الجزائر بـ 10مراتب وذلك من 93سنة 2012 إلى 83سنة 2014، وهذا راجع إلى مجهودات الدولة الجزائرية من خلال سياستها الإنفاقية في كل من الصحة والتعليم والمستوى المعيشي، لكن هذا المستوى يبقى بعيد كل البعد على ما تزخر به الجزائر من إمكانيات مادية ومعنوية إلى تمكنها من الوصول إلى تنمية بشرية مرتفعة جدا.

2.3. قطاع التعليم في الجزائر:

يعتبر التعليم من أهم الأبعاد التي يعتمد عليها دليل التنمية البشرية، حيث يشكل ذلك من خلال التعليم في وزارة التربية الوطنية، وكذا التعليم والتمهين في وزارة التكوين المهني وأخيرا التعليم العالي في وزارة التعليم العالي.

الجدول (2): التعليم في مختلف الأطوار والقطاعات في الجزائر

السنة الدراسية / القطاع	2009-2008	2012-2011	2014-2013	2015-2014
قطاع التربية الوطنية	7.381962	7614477	7835740	7989546
قطاع التكوين المهني	637948	687327	684800	728082
قطاع التعليم العالي	1186046	1231576	1283707	/

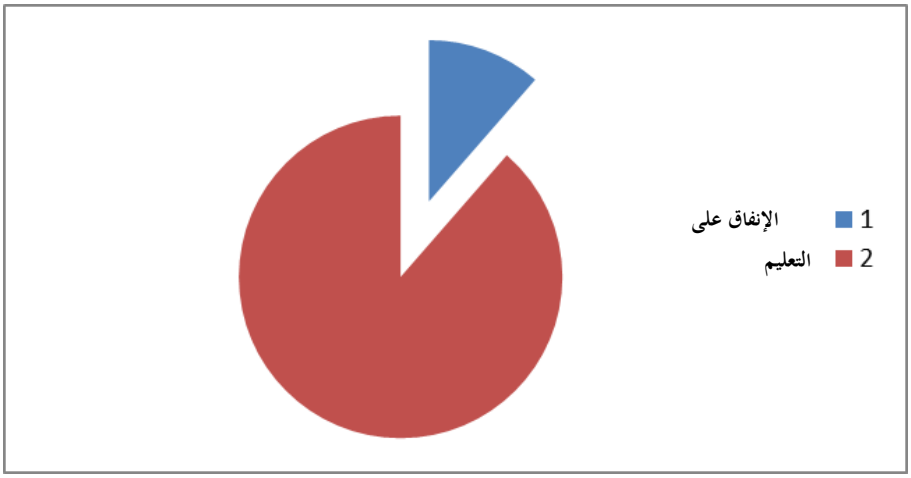
المصدر: **www.cnes.dz التوقيت: 13:54 التاريخ: 2018/09/20.**

من خلال الجدول يظهر أن عدد الطلبة عرف أعدادا مرتفعة خلال الفترة 2008-2015.

حيث شهد قطاع التربية الوطنية أعدادا متزايدة من التلاميذ، إذ ارتفعت نسبة التلاميذ خلال السنة الجامعية 2011-2012 بما يقارب 3.14% مقارنة بالسنة الجامعية 2008-2009، واستمر الارتفاع إلى أن وصلت النسبة خلال السنة الدراسية 2014-2015 بـ 8.23% مقارنة بالسنة الدراسية 2008-2009، وهذا راجع لجهود الدولة في توفير المقاعد البيداغوجية اللازمة التلاميذ من أجل رفع من نسبة التعليم داخل المجتمع.

أما فيما يتعلق بالتعليم العالي فقد عرف بدوره قفزات نوعية، حيث عرفت نسبة زيادة الطلبة خلال السنة الجامعية 2013-2014 بما يقارب 8.23% مقارنة بالسنة الجامعية 2008-2009، وهذا دليل على أن الوزارة الوصية تسعى نحو توفير مقاعد بيداغوجية إضافية لترقى بالتعليم الجامعي.

الشكل (1): يوضح الإنفاق على التعليم كنسبة من إجمال الإنفاق العام لسنة 2017



المصدر: من إعداد الباحث بناء على التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2017

عرف الإنفاق على التعليم نسبة مستقرة خلال الفترة 2008-2015، حيث تنفق الجزائر ما يقارب 11.4 % من إجمالي النفقات العامة، وتم ذلك من خلال نفقات التعليم والمتمثلة في أجور الأساتذة والإداريين والعمال وكذا نفقات التجهيز، حيث تتم من خلال بناء مدارس والجامعات على العموم لا تزال هذه النسبة ضئيلة مقارنة مع تزايد السكان، حيث أن نصيب التلميذ أو الطالب في انخفاض مستمر.

الجدول (03): تطور الهياكل القاعدية في قطاع التعليم:

	2015/2014	2016/2015	2017/2016
التعليم العالي	48	50	50
الجامعة	10	13	13
المراكز الجامعية	06	10	11
المدرسة العليا للأساتذة	01	01	51
المدرسة العليا للتعلم المهني	20	20	01
المدرسة التحضيرية	12	12	
التربية والتعليم			
الثانويات	2141	2251	2355
عدد إكماليات التعليم المتوسط	5239	5339	5419
عدد المدارس الابتدائية	18333	18588	18770

المصدر: إعداد الباحثين بناء على ww.ons.dz الجزائر بالأرقام، ص 28 إلى 30 التوقيت: 15:39 بتاريخ 2017/09/20

من خلال الجدول(3) يظهر أن الجزائر سحرت مبالغ صغيرة من ميزانية التجهيز.

فيما يتعلق بالتعليم العالي فقد عرف عدد الجامعات ارتفاعا حيث وصلت نسبة الزيادة خلال السنة الجامعية 2016/2015 بما يقارب 4% مقارنة للسنة الجامعية 2015/2014 وذلك بجامعتين إضافيتين.

أما المدارس الوطنية العليا فقد عرفت بزيادة فوق 50% خلال الفترة 2014–2017.

أما بالنسبة لقطاع التربية والتعليم، فقد عرف بدوره نشأت جديد في الأطوار الثلاثة.

بالنسبة للثانويات فقد ارتفعت عدد الثانويات بنسبة تقارب 10%.

أما الإكماليات فقد عرفت النسبة تزايدا وصل إلى 3.43%.

وكذلك الابتدائيات بدرها عرفت تزايدا وصل 2.38% خلال السنة الدراسية 2017/2016 مقارنة بالنسبة الجامعية 2015./2014

3.3. المستوى المعيشي في الجزائر

الجدول (04): سبب المياه المأمومة في الجزائر

السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
نسبة المياه المأمومة في الجزائر	92.8	83	83	83.6	83.8

المصدر: تقرير التنمية البشرية 2003

الجدول (05): معدل البطالة في الجزائر

السنوات / المعدل	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
معدل البطالة	11.0	9.8	9.8	11.2	10.5

المصدر: www.ons.dz الجزائر بالأرقام، ص 04 التوقيت: 23:39 التاريخ: 2018/09/20

من خلال الجدول يظهر أن معدلات البطالة في الجزائر عرفت مستويات متقاربة خلال الفترة 2012–2016 حيث انخفضت خلال سنة 2013 إلى 9.8 وهذا على الرغم من الأزمة النفطية 2014 والتي جعلت الجزائر تخفض من النفقات العامة.

4. الرعاية الصحية في الجزائر

تسعى الجزائر من خلال السياسة الإنفاقية إلى النهوض بقطاع الصحة، ودلك بتوفير الخدمات الصحية اللازمة للفرد، حيث يشعر بالأمان الصحي.

1.4. الإنفاق الصحي:

الجدول (06): الإنفاق الصحي نسبته من إجمالي الإنفاق العام.

السنوات / النسبة	2012	2013	2014	2015	2016	2017
الإنفاق الصحي كنسبة من إجمالي الإنفاق العام	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1

المصدر: من إعداد الباحث بناء على التقرير الاقتصاد العربي الموحد 2014، 2015، 2016، 2017.

من خلال الجدول رقم 06 يظهر أن الجزائر أنفقت على الصحة خلال الفترة 2012-2017 بنسب متساوية، ويعتبر ذلك غير كاف مقارنة بالدول المتقدمة، أو حتى الدول المجاورة، حيث يعرف فيها قطاع الصحة انتعاشا سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص، ومن خلال نسبة الإنفاق على الصحة، تبقى هذه النسبة ضئيلة مقارنة مع جهود تدفع إلى المضي بهذا القطاع إلى الأمام من أجل الرفع من مستويات التنمية البشرية في الجزائر.

2.4. الرعاية الصحية

الجدول (07): نسبة التغطية للأطباء والممرضين.

السنة	2012	2013	2014	2015	2016	2017
عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة	162	120	173	183	/	/
عدد الممرضات لكل 100.000 نسمة	253	190	259	244	/	/

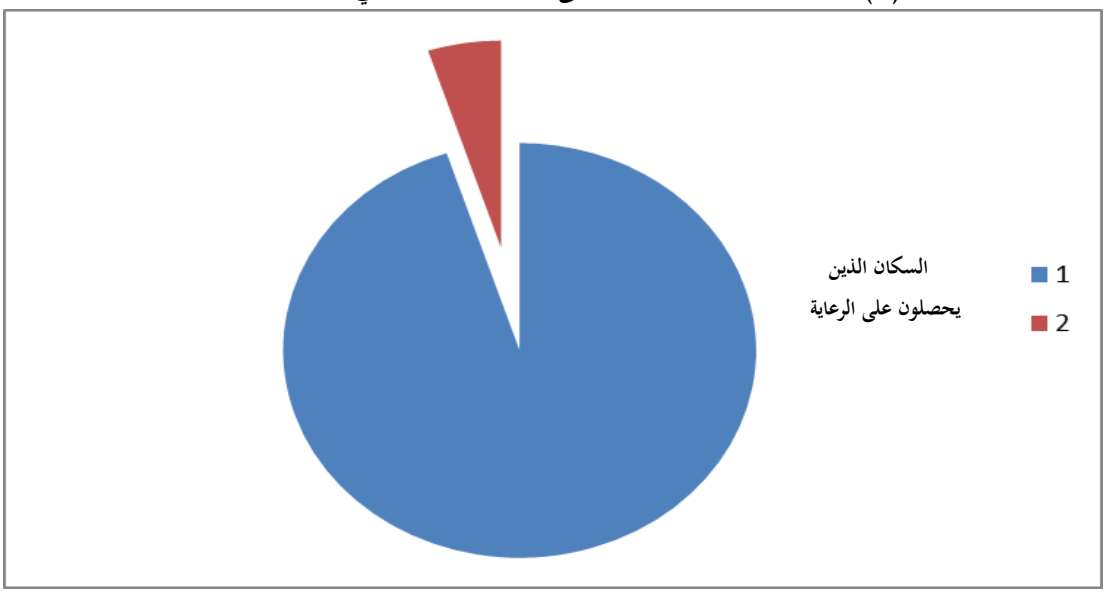
المصدر: من إعداد الباحث بناء على معلومات التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2013، 2014، 2015، 2016، 2017 الملاحق الإحصائية.

من خلال الجدول يظهر أن تغطية الأطباء والممرضين عرفت مستويات متذبذبة تراوحت من الارتفاع والانخفاض، حيث انخفضت نسبة التغطية فيما يتعلق بالأطباء سنة 2013 بما يقارب 24 % وهذا ناتج عن الزيادة في عدد السكان التي تقابلها نفس النسبة للزيادة في توظيف الأطباء لترتفع فيما بعد النسبة سنة 2015 بما يعادل 12.96 % مقارنة بـ 2012 وهذا على الرغم من أزمة التغطية التي تعرض لها الاقتصاد الجزائري.

أما عدد الممرضين فعرف بدوره انخفاضا وارتفاعا خلال الفترة محل الدراسة.

لكن هذا يبقى غير كاف في ظل التوزيع غير العادل لهذه الكوادر الصحية، حيث تختفي المناطق الصحراوية وتنخفض فيها نسبة التغطية للأطباء، وكذا الممرضين أو حي في المناطق الداخلية، حيث نجد في كثير من مصالح الاستعجالات في المستشفيات العمومية طوابير الانتظار تفوق 200 مريض أمام طبيبين على الأكثر، وهنا ننظر للرعاية الطبية على أنها غير متوازنة وتحتاج إلى تسيير فعال، حتى تتمكن الجزائر من تغطية هذا القطاع على أكمل وجه ممكن.

الشكل (2): السكان الذين يحصلون على الرعاية الصحية في الجزائر خلال 2015



المصدر: من إعداد الباحثين بناء على التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2017

من خلال الشكل يتضح أن نسبة التغطية الصحية في الجزائر لم تكتمل، والسبب يعود إلى أن الرعاية الصحية في الريف لا تزال منخفضة نوعا ما مقارنة ما يعيشه العالم من اهتمام بالجانب الصحي، حيث وصلت نسبة التغطية الصحية في الريف الجزائري سنة 2015 إلى ما يقارب 88% هذا كله يشير إلى أن الجزائر أمام تحدي في الوصول إلى نسبة تغطية 100% مثلما هو موجود على الأقل في بعض الدول العربية

3.4. المشاكل التي تعترض الرعاية الصحية في الجزائر:

الجدول (08): الأمراض المسجلة في الجزائر خلال الفترة 2012-2016

الأمراض / السنة	2012	2013	2014	2015	2016
التهاب السحايا	3455	3313	6563	3967	5051
التيفوئيد	232	177	123	97	137
الحمى المالطية	4500	3936	5533	6456	8575
مرض الإيدز	93	95	101	90	119
مرض السل	21413	21973	22449	23562	22226

المصدر: www.ons.dz الجزائر بالأرقام، ص 27 التوقيت: 17:50 التاريخ: 2018/09/21.

من خلال الجدول يفهم أنه هناك العديد من الأمراض والأوبئة التي تقف أمامهم رعاية صحية مرتفعة، حيث عرفت الفترة 2012-2016 العديد من الأمراض، فمثلا نجد أن مرض التهاب السحايا أرتفع بما يقارب 46،19 % سنة 2016 مقارنة بنسبة 2012، وهذا إشارة على أن الخدمات الصحية

المستخدمة لم تستطع كبح جمال هذا الوباء نفس الشيء بالنسبة للتيفوئيد التي تنتج في الغالب على انعدام النظافة وكذا تلوث المياه، أو عدم الحصول على المياه المأمومة أما بالنسبة للحمى المالطية فقد عرفت بدورها مستويات مرتفعة والتي تمركزت بدرجة كبيرة في الأماكن الريفية. ومن اهم المشاكل:

-**نقص المستشفيات المتخصصة:** لازالت الجزائر تفتقر إلى المستشفيات المتخصصة خاصة العمومية منها، خاصة في المناطق الداخلية والجنوبية منها، حيث نجد أن المواطنين الذين مصابون بأمراض السرطان ينقلون إلى الولايات الكبرى حيث تتواجد المستشفيات المتخصصة بأمراض السرطان وهذا ما يجعل المرض في .... كبير نتيجة ما يتلقونه من مشاق، كذلك نجد الكثير من المرضى يذهبون للعلاج إلى خارج الوطن نتيجة للنقص الفادح للمصحات المنخفضة في طب العيون وكذا أمراض المعدة وغيرها.

-**نقص تكوين الكوادر الطبية:** تختلف الكوادر الطبية الجزائرية عن مثيلاتها في دول الجوار مثلاً: حيث ينعدم الكادر الطبي الكادر الطبي الجزائري وفي كثير من الحالات إلى المسؤولية، ويعود إلى نقص في التكوين وكذا الخبرة بالإضافة إلى عدم توفير الظروف المادية والمعنوية التي يمكن أن تزيد من مردودية الكادر الطبي.

وفي الأخير يبقى قطاع الصحة في الجزائر مترديا ما لم تكف سياسات فعلية تمكن لرفع من مستوى الرعاية الصحية التي ينبغي أن تكون متوازنة عبر كامل التراب الوطني ووفق لجميع المستويات.

5. خاتمة:

يعتبر قطاع الصحة من أهم أبعاد التنمية البشرية حيث لا يمكن أن تصل إلى تنمية بشرية مرتفعة ما لم تتمكن من تغطية فعلية وشاملة لقطاع الصحة، ويبقى ذلك مرهون بمدى فعالية السياسات الانفاقية التي نبغي أن يتخصص منها لقطاع الصحة مبالغ معتبرة كفيلة بتهيئة العديد من المنشآت الطبية، وكذا توظيف العديد من الكوادر والموظفين في مجال الصحة، فالجزائر تعرف تطورا في مجال الصحة من حيث المنشآت وكذا الكوادر، لكن يبقى ذلك غير كاف مقارنة مع ما تمتلكه الجزائر من إمكانيات مادية ومعنوية، وكذا نتيجة التزايد السكاني المعتبر من سنة إلى أخرى ولهذا من الضروري أن يتم مراعاة التوزيع السكاني وذلك من اجل توفير رعاية صحية منتشرة عبر كافة أنحاء الوطن .

من خلال هذه الدراسة توصلنا إلى النتائج التالية:

- عرفت الجزائر قفزة نوعية في مجال التنمية البشرية .
- تحتاج الجزائر إلى إعادة توجيه الموارد نحو الخدمات الاجتماعية بصفة عامة من صحة وتعليم ومستوى مهني لائق.
- يعتبر الانفاق على الصحة نسبة من إجمالي الانفاق العام ضئيلا مقارنة مع دول الجوار.
- نقص فادح للمستشفيات المتخصصة العمومية في الجزائر.
- انتشار كبير للعديد من الأمراض كالسل مثلا الذي بات في سبيل الماضي لكثير من الدول الأخرى.
- نقص فادح في عدد الأطباء والممرضين خاصة المناطق الداخلية و الجنوبية.

التوصيات:

- تخصيص أموال معتبرة لبناء مستشفيات متخصصة وكثير من الولايات.

- التكوين العالي للأطباء وذلك من خلال احتكاكهم بالأطباء في الدول المعروفة في مجال الطب وذلك لفترة تفوق السنة.

- توفير المواد الصيدلانية عبر كافة المصحات والعيادات الجوارية.

- الزيادة في الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق العام في الجزائر.

- التكثيف من المؤتمرات والملتقيات في مجال الطب وذلك على مستوى المعاهد والجامعات المختلفة.

- التحسين من أداء الخدمة الطبية بالنسبة للمستشفيات وذلك بتوفير كل عوامل الراحة للمريض مثلا: مراعاة عدم اكتظاظ المرضى في قاعة استشفائية حيث نجد وفي كثير من المستشفيات أن القاعة الواحدة تستوعب أكثر من ستة مرضى.

6. الإحالات والمراجع:

[1]فرج عبد الفتاح: برنامج التكييف والتثبيت الهيكلي ومسار التنمية العربية ورقة مقدمة لمؤتمر العلمي السنوي التاسع عشر الاقتصادي المقربين تحت عنوان التنمية العربية والتطورات الإقليمية، الدولية والجمعية المصرية للاقتصاد السياسي والإحصاء والتشريع، القاهرة، 21، 23 ديسمبر 1995.

[2]قداري أحمد، فعالية النفقات العامة في تحقيق الرفاهية الاجتماعية في الجزائر خلال الفترة 2000، 2008، ماجيستير، جامعة تيارت، ص 27.

[3]إسماعيل صبري عبد الله، التنمية البشرية، المفهوم، القياس والدلالة بدون تاريخ، ص 18.

[4]تقرير التنمية البشرية لعام 2003، ص 66.

[5]تقرير التنمية البشرية لعام 2003، ص 66.

[6] تقرير التنمية البشرية لعام 2003 ص 67.

[7]تقرير التنمية البشرية لعام 2003 ص 66.

[8]رياض عزيز الهادي، المشكلات السياسية في العالم الثالث، جامعة بغداد 1989، ص 111.

[9]رياض عزيز الهادي، المشكلات السياسية في العالم الثالث، جامعة بغداد 1989، ص 111.

[10] محمد عابد الجادري، واخرون، التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز الدراسات للوحدة العربية لبنان 1995، ص، 83.

[11]محمد عدنان وديع، مفهوم التنمية جسر التنمية، المعهد العربي للتحقيق، الكويت، العدد الاول 2002، ص،4.

[12]حسين محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990–2012، ماجيستير علوم السياسية، ورقلة، ص 49 .

[13]عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، جامعة تلمسان ص،35

[14]عتيق عائشة، (مرجع سابق)، ص36.

[15]الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية واثرها على التنمية، مجلة امراباك، الاكاديمية الامريكية العربية للعلوم وتكنولوجيا، مجلد الرابع العدد العاشر،2013، ص 124 .