مجلة العلوم الإنسانية —— عدد 50 ديسمبر2018، المجلد أ ،ص. ص 159-179 ——

المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة
ــ حالــة الجزائر ــ

د. نورالدين عياشي
كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير
جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2

ملخص:
بالنظرا لارتباطها الوثيق بأبعاد التنمية، فقد أولى المجتمع الدولي أهمية بالغة للمسألة الصحية في مختلف اللقاءات والمؤتمرات المنعقدة، من قمة الأرض في سنة 1992 إلى مؤتمر الأمم المتحدة بنيويورك في سنة 2015، والذي انبثقت عنه أهداف التنمية المستدامة 2016-2030، بجيل جديد من الأهداف تضمن 17 هدفا و169 غاية مرتبطة بها، والتي عوضت الأهداف التنموية للألفية التي تم تبنيها للفترة 2000-2015. وقد تناولت هذه اللقاءات مختلف القضايا المتعلقة بالتنمية بأبعادها الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، وبرز من خلالها العنصر البشري في قلب الانشغالات المتعلقة بالتنمية المستدامة، والتأكيد على أن التنمية الاجتماعية الاقتصادية، والبيئية، على المدى الطويل تكون مستحيلة بدون أفراد يتمتعون بمستويات صحية مقبولة، تكون منطلقا ودعامة لتحقيق أهداف التنمية بمختلف أبعادها.
وتأتي هذه الدراسة لإبراز المكانة التي حظيت بها المسألة الصحية في الأهداف التنموية للألفية (2000-2015)، وأهداف التنمية المستدامة المزمع تحقيقها في آفاق 2030. كما ستحاول هذه الدراسة أيضا تسليط الضوء على مختلف المؤشرات الصحية في الجزائر والوقوف على حجم التحديات المستقبلية.

الكلمات المفتاحية: الأهداف التنموية للألفية، أهداف التنمية المستدامة، المؤشرات الصحية في الجزائر.

Abstract:
Health issue is becoming closer than ever before to the objectives of the international community regarding its development. This can be observed from various meetings and conferences held over time, starting from the Earth Summit in 1992 to the United Nations Conference in New York in 2015. The latter has come out with new goals related to sustainable development for the period 2016-2030, as well as determining 17 main targets and other sub-targets reached a number of 169, which replacing those set and adopted before in the period of 2000-2015. The main interests of those meetings were to find and relate the various issues of development in terms of their economic, social and environmental dimensions.

مقدّمة:

تحتل أعمال البناء و التشييد مكانة هامة، سواء على الصعيد الاقتصادي أو الاجتماعـــي، فحاجة الفرد اليوم إلى السكن لا تقل أهمية عن حاجته إلى عمـــل يرتـــزق منه.

وإذا كانت أعمال البناء تتميز بهذه الأهمية البالغة، فإنه قد يترتب على إنجازها أضـــرارا في غايـــة من الخطورة، الأمر الذي جعل المشرعـــين لا يكتفون بإخضـــاع مسؤوليـــة المهندسيـــن المعماريين و المقاولين إلى القواعد العامة من مسؤولية تقصيرية و عقدية،بل أخضعـــوا مسؤوليتهما لقواعد أخـــرى خاصة بهما.

© جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، الجزائر2018

It seems that, the human factor has emerged as the principal core for any sustainable development objectives, where the level of individuals' health, regarding the long-term socio-economic and environmental developments, is more than important. Without an acceptable level of health, it would be impossible to achieve any of sustainable development goals.
Based on the above, this study aims to show the achieved health goals for the period (2000-2015), as well as shedding a light on those sustainable development objectives that would be achieved for 2030 horizons. As far as Algeria is concerned, the study will also attempt to find out, trough various health indicators, the magnitude of future challenges that it could be faced with.
Keywords: Development Objectives, Sustainable Development Objectives, Algerian Health Indicators

أدى التبلور الذي حدث في مفهوم الصحة، والنظر إليها كقضية اجتماعية، إلى تأسيس منظمة الصحة العالمية عام 1946، وعرف مفهوم الصحة في دستور هذه المنظمة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[1]. وحددت المنظمة منهجا متكاملا يربط بين كل العوامل المتعلقة بسلامة الأفراد (الجوانب المادية والاجتماعية المحيطة بهم)، والتي من شأنها أن تؤدي إلى تحقيق مؤشرات صحية جيدة.

كما حظي الاعتراف العالمي بالحق في الصحة بمزيد من التأكيد في إعلان ألما-آتا الخاص بالرعاية الصحية الأولية الصادر عام 1978، والذي تعهدت فيه الدول بوضع منظومات شاملة للرعاية الصحية لضمان التوزيع الفعال والمنصف للموارد سعيا للمحافظة على الصحة، وتحسين المؤشرات الدالة عليها. وهو ما يوضح الأهمية البالغة التي تحتلها المسألة الصحية ضمن دائرة انشغالات الرأي العالمي، وبروزها كأهم مؤشرات الأهداف التنموية للألفية (2010-2015)، وكذا أهداف التنمية المستدامة (2016-2030).

ولتجسيد التزاماتها الدولية، عمدت الجزائر إلى تحسين مختلف المؤشرات الاجتماعية، وخاصة تلك المتعلقة بالجانب الصحي، من خلال إيجاد آليات التمويل اللازمة، ومحاولة إشراك كافة القطاعات الفاعلة والمؤثرة، لتكون المحصلة النهائية هي تحسين مختلف المؤشرات الصحية، في ظل التحولات التي تعرفها بلادنا في المجال الاقتصادي، الديموغرافي (هرم السكان)، وتغير خريطة المرض.

وانطلاقا مما سبق يمكن صياغة التساؤل الرئيسي التالي:
ما هي أهم النتائج الصحية في الجزائر في ظل التزامها بالأهداف التنموية للألفية وآفاقها المستقبلية؟

ولتعزيز هذا الطرح يمكن صياغة الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي أهم المؤشرات الصحية التي تضمنتها أهداف التنمية للألفية؟
- ما مدى إيجابية النتائج المحققة في المجال الصحي على الصعيد العالمي مع نهاية عام 2015؟
- ما هي التحديات الصحية المستقبلية في ظل أهداف التنمية المستدامة 2016-2030؟

– ما مدى التزام الجزائر بالأهداف التنموية للألفية في المجال الصحي وتحدياتها المستقبلية؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة في تناولها لموضوع الصحة كأحد ركائز التنمية المستدامة، والتزاما دوليا تسعى مختلف الدول إلى تجسيده من خلال تحسين مختلف المؤشرات الصحية للسكان

أهداف البحث:

يهدف هذ البحث إلى توضيح الأهمية التي تحظى بها المسألة الصحية في مختلف اللقاءات والمؤتمرات الدولية، وإدراجها بشكل مباشر ضمن الالتزامات الدولية التي أقرتها الأهداف التنموية للألفية، أو أهداف التنمية المستدامة المقررة للفترة 2016-2030.

كما تهدف هذه الدراسة أيضا إلى إبراز النتائج التي حققتها الجزائر وحجم التحديات المستقبلية في ظل التحول الديموغرافي، خريطة المرض، والصعوبات المالية التي تعرفها.

منهج الدراسة:

بالنظر لطبيعة مثل هذه المواضيع، فقد اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة من أجل تحليل المعلومات الإحصائية المستقاة من مختلف المراجع ذات الصلة بالموضوع، ومحاولة إبراز الدور الذي تحتله المسألة الصحية على المستوى الدولي.

أدوات الدراسة:

تمت الاستعانة بأسلوب الدراسة الأكاديمي الذي يعتمد على مختلف المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وكذا المواقع الالكترونية المتخصصة بغرض الحصول على الإحصائيات المتعلقة بقطاع الصناعة الدوائية.

تقسيمات الدراسة:

1. الصحة مؤشر للتنمية البشرية
2. الصحة والأهداف الإنمائية للألفية (*OMD*)
3. أهداف التنمية المستدامة 2016 ــ 2030 (17 هدفا و169 غاية)
4. الجزائر وأهداف التنمية للألفية في المجال الصحي.

1. الصحة مؤشر للتنمية البشرية:

تسهل عملية تحديد الدخل القومي أكثر من قياس التنمية البشرية، حيث يرى العديد من الاقتصاديين أن الدخل القومي مؤشر جيد للدلالة على رفاهية الفرد. ورغم وجود علاقة قوية بينهما، إلا أن التنمية البشرية لا تعتمد فقط على مدى النمو الاقتصادي المحقق، ومعه الدخل القومي، بل تتعداه إلى مجالات استعمال هذا الدخل المسجل في إطار التنمية. فمفهوم التنمية البشرية لا يمكن قياسه بالاعتماد على مؤشر واحد، انطلاقا من أنه يعطي دلالة أوسع مما يعطيه مؤشر الدخل في التعبير عن مستوى التنمية البشرية.

أولى المحاولات لإدراج الصحة كمؤشر للتنمية أطلقها برنامج الأمم المتحدة للتنمية *(PNUD)*، والتي تجسدت في وضع مؤشر التنمية البشرية بالتوليف بين ثلاثة عناصر أساسية[2]:

- مستوى المعيشة، ممثلا في الناتج الوطني الحقيقي لكل فرد مقيم بالقدرة الشرائية.

- مستوى التعليم، مستوى تعليم الكبار(البالغين)، والمعدل الخام للتمدرس.
- مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات.

ويقيس دليل التنمية البشرية إجمالي التقدم في بلد ما نحو تحقيق التنمية البشرية، وهو يركز على ثلاثة أبعاد رئيسية هي: متوسط العمر المتوقع عند الولادة، معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين، ومستوى تحقيق تعميم التعليم الابتدائي، الثانوي والعالي، والبعد الثالث يشمل مستوى المعيشة للسكان، معبرا عنه بالناتج المحلي للفرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي (*PPA*). ومن خلال قياس معدل الانجازات المحققة في مجالات الصحة، التعليم والدخل فإن دليل التنمية البشرية يكون أكثر دلالة من استعمال مؤشر متوسط دخل الفرد فقط.

إن النمو الاقتصادي هو وسيلة هامة لبلوغ هذه الغاية، وهنا تبرز أهمية السياسات المتبعة في ترجمة الثروة التي يستفيد منها الفرد الذي يعتبر الهدف الأول والأخير في عملية النمو والتنمية. فالسياسات المعدة والمتبعة بعناية، والخدمات الجيدة التي يمكن توفيرها من طرف الحكومات والمجتمع المدني بإمكانها أن تحقق تقدما ملموسا في مؤشرات التنمية البشرية، حتى في غياب مستويات عالية للنمو الاقتصادي.

وقد جاء مؤتمر الأمم المتحدة بنيويورك في سنة 2000 لتجسيد أبعاد التنمية بشقها الاقتصادي، الاجتماعي والبيئي، من خلال إعلان ما عرف بالأهداف التنموية للألفية التي اعتبرت ورقة طريق للمجتمع الدولي لتركيز الجهود، استجابة لتطلعات الشعوب وحاجياتها الأساسية، والسعي لتحسين ظروف العيش في البلدان المتخلفة والأقل نموا بحلول عام 2015.

2. الصحة والأهداف الإنمائية للألفية (*OMD*):

يرجع الاهتمام المتزايد بالبعد الاجتماعي والصحي في التنمية المستدامة على المستوى المحلي والدولي، إلى ارتفاع حالات الأمراض المزمنة والمكلفة، وما ترتب على ذلك من أعباء اقتصادية كان بالإمكان تفاديها من خلال الاستثمار في الصحة[3]. ففي مؤتمر الأمم المتحدة حول البيئة والتنمية المنعقد في ريو دي جانيرو بالبرازيل، أو ما عرف بقمة الأرض، خلال الفترة (3–14 جوان 1992)[4] ، خصص الفصل السادس لموضوع الصحة تحت عنوان "حماية وترقية الصحة". وتم إبراز الارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية، بدليل أن المبدأ الأول من قرار المؤتمر حول البيئة والتنمية ينص على أن " البشر هم محور التنمية المستدامة... ولا بد أن يعيشوا حياة سليمة ومنتجة، وفي تناسق مع الطبيعة"[5]مع ضرورة الاستجابة للاحتياجات الحالية للسكان دون التأثير على حقوق الأجيال القادمة. وقد أفرز هذه القمة، أو ما عرف بجدول أعمال القرن 21، برنامج عمل شامل لمواجهة التحديات المستقبلية المتعلقة بالتنمية المستدامة، وبرزت المسألة الصحية في المحاور التالية:

- تلبية الاحتياجات في ميدان العلاج الصحي الأولي، وخاصة في المناطق الريفية.
- محاربة الأمراض المتنقلة.
- حماية الطبقة الفقيرة.
- حماية صحة السكان في المناطق الحضرية.
- تخفيض المخاطر الصحية المتعلقة بالتلوث والأخطار البيئية.

وعلى الدول أن تباشر برامج نشاط ذات أولوية بالاعتماد على أساليب التخطيط، وإشراك مختلف مستويات القرار العمومية، المنظمات غير الحكومية، الجماعات المحلية، والمنظمات الدولية من خلال برامج عمل هادفة إلى تحسين صحة الإنسان وحمايتها، وخاصة البرامج الهادفة إلى تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للفئات الهشة من المجتمع. ويتضح من خلال ما ذكر أن توفير التغطية

الصحية الشاملة تساعد على حماية الأفراد من التكاليف المرتفعة في نقاط تلقي الخدمة الصحية، ومن ثم المساهمة في الحد من مستويات الفقر وتعزيز التماسك الاجتماعي.

وقد أفرز الترابط الكبير بين الصحة والمسألة البيئية (الصحة الجيدة تتطلب بيئة سليمة)، عديد القرارات التي أدرجت هذين العنصرين في صلب السياسات الحكومية الرامية إلى ترقية صحة السكان في ظل التغيرات الحاصلة في التركيبة العمرية، وخريطة المرض، توسع المدن وإفرازات الهجرة الداخلية. كما وأن البيئة السليمة (تلوث الهواء والمياه) تسمح إلى حد كبير بتفادي ربع الأعباء العالمية للأمراض.

بعد ثماني سنوات، أي في سبتمبر من عام 2000، تم عقد الجمعية العامة للأمم المتحدة في نيويورك، وتم تحديد مجموعة من الأهداف والغايات، والتي اعتمدت من قبل 191 دولة، والتي اعتبرت كاستمرارية للالتزامات التي تبنتها قمة الأرض. وحدد الإعلان مجموعة من ثمانية أهداف، و18 غاية، قابلة للقياس ومحاولة تحقيقها بحلول عام 2015. وتتراوح تلك الأهداف بين مكافحة الفقر والجوع، المرض، الأمية، التدهور البيئي، والتمييز ضد المرأة. وأطلق على هذه الأهداف والغايات، التي تمثل محور قائمة الاهتمامات العالمية، بالأهداف الإنمائية للألفية، والمتمثلة أساسا في المحاور التالية[6]:

1. تخفيض الفقر المدقع والجوع إلى النصف.
2. بلوغ هدف تعميم التعليم الابتدائي.
3. تعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة.
4. تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990-2015.
5. تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في العالم النامي. ولكن جميع البلدان تقريبا لديها الآن برامج أمومة مأمونة.
6. وقف انتشار الأمراض، لا سيما فيروس نقص المناعة البشرية، والملاريا.
7. ضمان الاستدامة البيئية، الحصول على مياه الشرب النقية، والمرافق الصحية.
8. إقامة شراكات عالمية لأغراض التنمية، مع وضع أرقام مستهدفة للمساعدة والتجارة والإعفاء من الديون، ومواجهة الاحتياجات الخاصة لأقل الدول نموا. حيث تنفق هذه الأخيرة على خدمة الديون أكبر مما تنفقه على الخدمات الاجتماعية.

وانطلاقا من أن التنمية المستدامة هي تلك التي تسمح بتلبية الاحتياجات الحالية للسكان دون التأثير على حقوق الأجيال القادمة، وهو ما يوجب وضع نظام ومجموعة من القواعد، تجعل من العولمة قوة أكثر إيجابية، لتحسين ظروف العيش لمجمل السكان، بغض النظر عن قدراتهم والمناطق التي يتواجدون بها. فهذا المحيط الجديد يجب أن يدعم العدالة، رفع مستويات التعاون الدولي وخاصة في مجال التمويل، نقل التكنولوجيا، تخفيف عبء المديونية، وتوسيع مجالات التبادل والتجارة.

تبرز الأهداف التنمية للألفية المكانة التي أولاها المجتمع الدولي للمسألة الصحية، حيث أن ثلاثة أهداف تناولت بشكل مباشر المؤشرات الصحية، في حين ترتبط بها الأهداف الأخرى بصورة غير مباشرة، ويتعلق الأمر هنا بمستويات الفقر، تعميم التعليم، الاستدامة البيئية وضمان الحصول على المياه المأمونة والصرف الصحي.

في ديسمبر سنة 2001[7] بعث التفكير من جديد حول محور الصحة والتنمية المستدامة بفضل التقرير المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية تحت عنوان "الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية". هذا التقرير يلح على ضرورة تقاسم أعباء الاستثمار في هذا القطاع الحيوي على المستوى الدولي لمعالجة الفروقات الكبيرة في المنظومات الصحية، والتي أدت إلى اتساع الهوة وتكريس اللامساواة في ظل محدودية الموارد المالية للبلدان الفقيرة. وموضوع الصحة تجاوز

إطار أهداف التنمية البشرية التي قررت في مؤتمر الأرض، وأصبحت الصحة دعامة وركيزة أساسية للتنمية الاقتصادية، والحد من مستويات الفقر. ولإضافة حركية في التنمية المستدامة لدى مجمل الدول فإنه يتوجب معالجة موضوع الصحة بأكثر شمولية من خلال المجموعة الدولية ككل، بالنظر إلى ضعف الإمكانيات الاقتصادية والمالية للكثير من الدول التي تعاني مشاكل صحية كبيرة، تبرزها المؤشرات الصحية المتردية (أمل الحياة عند الولادة، وفيات الأطفال، الأمراض المتنقلة، الأمراض الطفيلية..).

وقد عرفت الفترة من 26 أوت إلى 04 سبتمبر 2002، انعقاد القمة العالمية من أجل التنمية المستدامة في جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا[8] والتي تبنت قرارا سياسيا، وخطة عمل لجملة من النشاطات والإجراءات التي يجب تفعيلها من أجل الوصول إلى تنمية تراعي المشاكل البيئية التي يعيشها العالم، إضافة إلى عدة قرارات تخص العديد من المجالات كمشكلة المياه، الطاقة، الصحة، الفلاحة، والتنوع البيولوجي.

إن هدف قمة جوهانسبورغ، هو إعادة بعث الالتزام العالمي لفائدة التنمية المستدامة، الشراكة شمال-جنوب. وقد برز موضوع الصحة أيضا في قمة جوهانسبورغ من خلال التوصيات التي تمت، والداعية إلى بعث مبادرات دولية لتحديد العلاقة بين الصحة والبيئة، واستغلال المعارف المكتسبة لإيجاد الحلول الناجعة على المستوى الوطني والجهوي، لمواجهة الأخطار البيئية على الصحة. وقد ألح رؤساء الدول والحكومات على ضرورة احترام الالتزامات من طرف الدول المتطورة فيما يتعلق بالمساعدات المالية، وتجسيدها على أرض الواقع، ولا تبقى مجرد التزام على الورق وشعارات ترفع في مختلف المؤتمرات واللقاءات الدولية.

ومن خلال ما ذكر يمكن إبراز حجم الجهود المبذولة والمساعي الرامية لتخفيض مستويات الفقر، وتأثيرها على صحة الأفراد، وكذا دور البيئة السليمة على المستوى المحلي والعالمي في تحسين المؤشرات الصحية، ومعها يبرز الدور الفعال للمصالح الصحية في تجسيد طموحات وأهداف التنمية المستدامة.

من جهة أخرى، تبرز الأهداف التنموية للألفية، الأولوية التي أعطاها المجتمع الدولي للبلدان الأقل نموا، فقد كانت أوضاع هذه الأخيرة حاضرة في خلفية التفكير عند وضع، وصياغة هذه الأهداف. لذلك فإن البلدان ذات مستوى التنمية المتوسط تشعر بأن هذه الأهداف لا تعنيها بشكل كامل على عكس الدول الأقل نموا، حيث نجد نسبة الفقر مرتفعة، مع تردي مستويات التعليم والصحة، وهو ما قد يجعل هذه الأهداف تشكل الإطار العام الموجه لاستراتيجية التنمية.

الاستعراض الموجز لهذه المؤتمرات واللقاءات، على المستوى الدولي، يوحي بالأهمية المتنامية التي أصبحت تحتلها الصحة ضمن دائرة انشغالات الرأي العالمي، والدور الكبير الذي يلعبه تحسين الوضع الصحي في تجسيد طموحات المجتمع الدولي. غير أن الملاحظ هو تردي الوضع الصحي في العديد من مناطق العالم، وبروز تفاوت كبير في مجال التغطية والمؤشرات الصحية التي تبرزها مختلف التقارير الدورية في هذا المجال، مما يطرح عديد التساؤلات حول نجاعة المنظومات الصحية من حيث الإمكانيات المسخرة، وأساليب التمويل المعتمدة.

1.2 قراءة في نتائج الأهداف التنموية للألفية في المجال الصحي

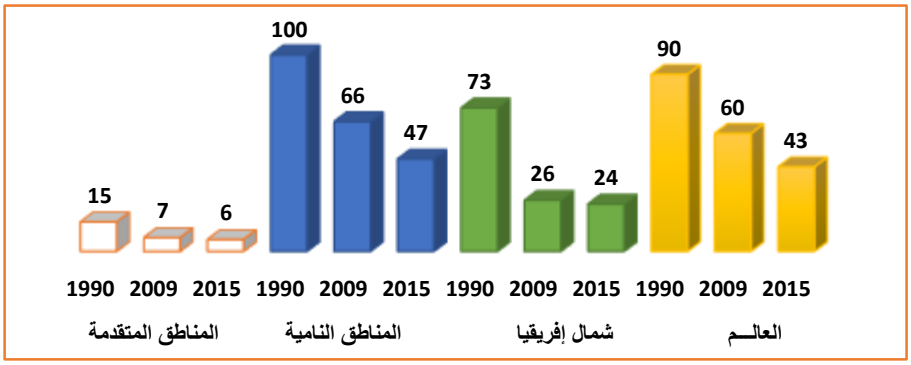
أفرز الالتزام الدولي بأهداف التنمية للألفية العديد من النتائج الإيجابية التي تجسدت في العديد من المناطق والدول، رغم التفاوت الكبير المسجل. فعلى الصعيد العالمي يمكن القول أن الجهود التي بذلت خلال الفترة المحددة مكنت من تقليص دائرة الفقر المدقع، وتراجع عدد الأفراد الذين يعيشون بأقل من 1,25 دولار من 1,9 بليون الى 836 مليون شخص خلال الفترة 1990-2015، وجاءت أهم النتائج

منذ سنة 2000. أما القراءة المتعلقة بالأهداف التنموية للألفية في المجال الصحي فيمكن تحليلها وفق المعطيات التالية:

1.1.2 الهدف الرابع: تقليل وفيات الأطفال

تشير المعطيات المتعلقة بهذا الهدف الى انخفاض وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر بأكثر من النصف على المستوى العالمي، حيث انتقل من 90 الى 43 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بين 1990 و2015. أي أن وفيات هذه الفئة العمرية قد تراجع من 12,7 مليون إلى 6 ملاين طفل دون سن الخامسة خلال نفس الفترة 1990-2015.

شكل رقم (1): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب المناطق لكل ألف ولادة حية 1990 – 2015



المصدر: تم إعداد الشكل اعتمادا على:

- *Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, éliminer la pauvreté 2015 c'est possible, rapport de 2011, New York, p 24.*
- *Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, 2015 : année mondiale pour les peuples et la planète, Rapport 2015, New York, p 32.*

لقد كان لبرامج التطعيم والتلقيح الأثر الإيجابي في تخفيض هذا المعدل بمستويات قياسية خصوصا على مستوى البلدان النامية والفقيرة، غير أن الفجوة لا تزال كبيرة بين مختلف البلدان والمناطق، حيث يبرز الشكل أعلاه أن هذا المعدل لم يتجاوز 6 وفيات لكل 1000 ولادة حية في البلدان المتقدمة مقابل 47 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في البلدان النامية. وبقاء هذا المعدل في مستوى مرتفع على المستوى العالمي يرجع أساسا إلى النتائج السلبية التي ما زالت تسجلها بعض المناطق الفقيرة، وخاصة إفريقيا جنوب الصحراء التي تسجل أضعف النتائج بواقع 86 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2015 مقابل 179 حالة في سنة 1990، في حين سجل هذا المؤشر بجنوب آسيا مستويات سلبية أيضا، حيث بلغ 50 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2015 مقابل 126 حالة في سنة 1990[9].

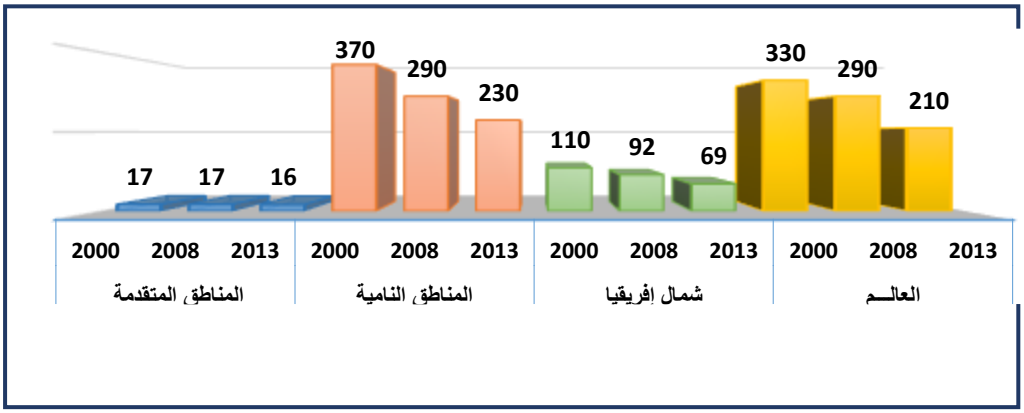
بالرغم من التحسن الكبير الذي طرأ على هذا المعدل على المستوى العالمي فإن الجهود التي بذلت لم تكن كافية لبلوغ الهدف الرابع من أهداف الألفية للتنمية. وهو ما يبين أن تخفيض وفيات هذه الفئة يستوجب بذل جهود إضافية، وتبني استراتيجيات واضحة تمكن من تخفيض معدل وفيات الأطفال خصوصا إذا علمنا أن هناك 11 طفلا يموتون قبل بلوغ سن الخامسة كل دقيقة في مختلف مناطق العالم، ولأسباب يمكن الوقاية منها وتفاديها.

ونفس الملاحظة يمكن استخلاصها بالنسبة للأطفال حديثي الولادة حيث انتقل هذا المؤشر من 33 حالة إلى 19 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية على المستوى العالمي. حيث يعتبر اليوم الأول، الأسبوع الأول، والشهر الأول من الحياة هي الفترة الأكثر حسما في فرض بقاء الطفل على قيد الحياة. فمن بين العدد الإجمالي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي بلغ 6 ملايين طفل في سنة 2015، فإن مليون طفل يتوفون في اليوم الأول من ولادتهم، ومليوني طفل يتوفى في الأسبوع الأول، وحوالي 2,8 مليون طفل يتوفون خلال 28 يوم الأولى من الولادة[10]. كما تشير الإحصائيات العالمية المتعلقة بسنة 2015 أن النسبة الأكبر من وفيات الأطفال دون سن الخامسة تم تسجيلها في الشهر الأول من الولادة بواقع 45%[11].

2.1.2 الهدف الخامس: تخفيض وفيات الأمهات (الصحة النفاسية):

يتطلب تخفيض وفيات الأمهات على المستوى العالمي، وخاصة في البلدان النامية، ضرورة تفعيل سياسات وبرامج الصحة الإنجابية، سواء تلك المتعلقة ببرامج تنظيم الأسرة، أو توفير الإطار الطبي. وقد تراجع معدل وفيات الأمهات المرتبط بالحمل والولادة بنسبة 45% على المستوى العالمي خلال الفترة 1990-2015، وقد تحقق هذا التحسن بالأساس منذ سنة 2000، بحيث انتقل من 330 إلى 210 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية خلال الفترة 2000-2013. ونفس الملاحظة يتم استنتاجها دائما، وهي الفوارق الكبيرة المسجلة على مستوى المناطق الجغرافية مثل ما توضحه بيانات الشكل الموالي.

شكل رقم (2): وفيات الأمهات في سن الإنجاب حسب المناطق لكل 100 ألف ولادة حية 1990 – 2013



المصدر: تم إعداد الشكل اعتمادا على:

- *Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport 2011, éliminer la pauvreté 2015 c'est possible, op.cit, p 28.*
- *Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, 2015 : année mondiale pour les peuples et la planète, op.cit, p 38.*

يرجع هذا التحسن المسجل بالأساس إلى تزايد الاهتمام ببرامج صحة الأم والطفل، وخاصة تلك المتعلقة بانتشار وسائل منع الحمل وتحسن مؤشر الولادات التي تتم بحضور الإطار الصحي المؤهل. وهو ما ساهم في انخفاض محسوس لهذا المعدل على المستوى العالمي، بانتقاله من 330 في سنة 2000 إلى 210 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2013. كما تم تسجيل تزايدا في نسبة الولادات التي تتم بحضور عمال مؤهلين (أطباء، قابلات، ممرضين)، بحيث ارتفعت هذه النسبة على المستوى العالمي من 59% في سنة 1990 إلى 71% في سنة 2014[12]، ومع ذلك لا تزال ربع الولادات تتم دون رعاية صحية. وتتركز معظم الوفيات المرتبطة بالحمل والولادة في إفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، حيث مثلت هاتين المنطقتين لوحدهما 86% من إجمالي الوفيات في سنة 2013. وبالرغم من التحسن الذي عرفه هذا المؤشر فإن الفجوة لا تزال كبيرة بين البلدان المتقدمة والنامية، ففي الوقت الذي سجلت البلدان النامية بشكل عام 230 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2013 لم يتعد هذا المؤشر 16 حالة فقط في المناطق المتقدمة في نفس السنة. أما بالنسبة لبلدان شمال أفريقيا، فقد كان للبرامج المعتمدة في مجال صحة الأم والطفل الأثر الإيجابي، وسمحت بتخفيض معدل وفيات الأمهات بواقع 57%، حيث انتقل من 160 حالة في سنة 1990 إلى 110 حالة في سنة 2000، ليستقر في حدود 69 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2013[13].

3.1.2 الهدف السادس: معالجة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض:

لقد تسببت هذه الأمراض القاتلة في إلغاء المكاسب الإنمائية لجيل كامل على مستوى العديد من البلدان النامية، وبخاصة إفريقيا-جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وقد كان للجهود التي بذلت الأثر الإيجابي على انخفاض نسبة الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بما يقارب 40% بين 200 و2014.

كما انخفض معدل انتشار الملاريا بنسبة 37% على المستوى العالمي، وتراجعت معه نسبة الوفيات بواقع 57%، وهو ما يشير إلى تحقيق الغاية العالمية المتعلقة بالملاريا الواردة في الأهداف التنموية للألفية. وقد سمحت التدخلات في مجال مكافحة هذا الداء خلال الفترة 2000-2015 من تفادي 6,2 مليون حالة وفاة، وغالبيتهم من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعيشون في إفريقيا-جنوب الصحراء. ويبقى هذا المرض يشكل تحديا كبيرا، على اعتبار أن عدد الإصابات بلغ 214 مليون إصابة، وعدد الوفيات الناجمة عنه 472 ألف حالة وفاة على المستوى العالمي في سنة 2015[14].

وفي ظل الأوضاع الاجتماعية وشح الموارد المالية التي تعاني منها البلدان الفقيرة، تبرز أهمية المساعدات الإنمائية الرسمية كعامل أساسي ومفصلي لتحسين المؤشرات الاجتماعية في تلك البلدان، وخاصة في المجال الصحي الذي يعتبر شرطا أساسيا لتحقيق أهداف التنمية ومؤشرا لقياسها.

مع نهاية الفترة المحددة للأهداف التنموية للألفية، برزت نتائج الجهود التي بذلت، وحجم التحديات المستقبلية التي يتوجب على المجتمع الدولي مواجهتها في خطة التنمية لما بعد 2015، وهو ما جسدته أهداف خطة التنمية المستدامة المقررة للفترة 2016-2030.

3. أهداف التنمية المستدامة 2016 ــ 2030 (17 هدفا و169 غاية)

تم البدء في العمل بشأن خطة التنمية لما بعد عام 2015 انطلاقا من سنة 2010، أي قبل التاريخ المحدد لانتهاء الأهداف الإنمائية للألفية بخمس سنوات. وفي سبتمبر من سنة 2015، اجتمع رؤساء 193 دولة في المقر الرئيسي للأمم المتحدة بنيويورك، وتم اعتماد النص النهائي لخطة التنمية المستدامة في آفاق 2030، والتي تضمنت جيلا جديدا من الأهداف تضمن 17 هدفا من أهداف التنمية المستدامة و169 غاية مرتبطة بها. وجاءت هذه الأهداف لتحل محل الأهداف الإنمائية للألفية، ودخلت حيز التنفيذ في الفاتح من فيفري 2016، لتكون منطلقا لتجسيد جهود التنمية بأبعادها الثلاث إلى غاية سنة 2030. وبالرغم من أن هذه الأهداف والغايات المدرجة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030 تتسم بطابعها العالمي وبقابلية التطبيق الشامل، غير أن تجسيدها على مستوى الدول والحكومات يتم انطلاقا من مراعاة الظروف الوطنية لكل دولة وتحديد أولوياتها. حيث جاء في الإعلان" كل دولة يعود لها قرار تحديد الغايات الخاصة بها على المستوى الوطني، ومراعاة خصوصياتها من أجل الاستجابة للطموحات العالمية"[15]

تتميز أهداف التنمية المستدامة بتوسع نطاقها، لأنها تعالج الأبعاد المترابطة للتنمية المستدامة وهي النمو الاقتصادي، المسألة الاجتماعية وحماية البيئة، وجاءت صياغة الأهداف الـ 17 كالتالي:

1. القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان.
2. القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحّسنة وتعزيز الزراعة المستدامة.
3. ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية، وبالرفاهية في جميع الأعمار.
4. ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع، وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع.
5. تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات.
6. ضمان توافر المياه وخدمات الصرف الصحي للجميع وإدارتها إدارة مستدامة.
7. ضمان حصول الجميع على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة بتكلفة ميسورة.
8. تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل والمستدام للجميع، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع.
9. إقامة بنى تحتية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع الشامل والمستدام، وتشجيع الابتكار
10. الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها.
11. جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة.
12. ضمان وجود انماط استهلاك وإنتاج مستدامة.
13. اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغيير المناخ وآثاره.
14. حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة.
15. حماية النظم البيئية البرية وترميمها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقدان التنوع البيولوجي.
16. السلام والعدل والمؤسسات.
17. تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة.

1.3 الاختلافات المسجلة بين الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة

لقد تم صياغة الأهداف الإنمائية للألفية (2000-2015) لتستهدف البلدان النامية بالأساس من خلال السعي إلى تحقيق نتائج أفضل في مؤشرات التنمية البشرية (الفقر، التعليم، الصحة)، وتم إعداد

تلك الأهداف في شكل اتفاق بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية، والتي يبرزها الهدف الثامن الذي يكرس البعد العالمي للشراكة كأحد الوسائل الهامة لإنجاح مختلف المساعي. في حين تمت صياغة أهداف التنمية المستدامة (2016-2030) لتكون ملاءمة لجميع البلدان، ومن ثم فهي تعنى بالمسألة التنموية ولكنها لا تتعلق بالبلدان النامية فحسب[16].

نقطة الاختلاف الأخرى التي يمكن استنتاجها هي أن الأهداف الإنمائية للألفية لم تتناول التأثيرات السلبية للعوامل السياسية والأمنية التي تعيشها عديد المناطق والدول، بحيث أن معظم البلدان التي مازالت بعيدة عن بلوغ تلك الأهداف، هي تلك التي مرت وتمر بفترة من الاضطرابات السياسية وعدم الاستقرار. ومن هنا جاء الهدف 16 من أهداف التنمية المستدامة ليبين أهمية السلام والأمن كشرطين ضروريين لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

في الوقت الذي تركزت الأهداف التنموية للألفية على مجموعة محدودة من غايات التنمية البشرية، تتميز أهداف التنمية المستدامة باتساع نطاقها وشموليتها لجميع القضايا والمشكلات التي يتوجب على الحكومات مواجهتها مستقبلا، حيث برزت فيها مختلف الجوانب الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية. فالأهداف السبعة عشر تتمحور حول 5 مجالات رئيسية وهي الإنسان، كوكب الأرض، الازدهار، السلام، والشراكة الإيجابية. وهي المجالات التي تغطي الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة المتعلقة بالنمو الاقتصادي، الاندماج الاجتماعي، وحماية البيئة، بالإضافة إلى مجالات جديدة تتعلق بمسألة العدالة، السلم والحوكمة الرشيدة.

2.3 المسألة الصحية في أهداف التنمية المستدامة

يشير الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة إلى المسألة الصحية بصورة واضحة، بحيث نص على "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية، وبالرفاهية في جميع الأعمار"، ومن ضمن الغايات 169 المدرجة، نجد 13 غاية متعلقة بموضوع الصحة والتي وردت ضمن الهدف الثالث كما يلي[17]:

1-3 خفض النسبة العالمية لوفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي بحلول عام .2030

2-3 وضع حد لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي.

3-3 وضع حد لأوبئة الإيدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض السارية الأخرى بحلول عام .2030

4-3 تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام .2030

5-3 تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.

6-3 خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على المستوى العالمي إلى النصف بحلول عام .2020

7-3 ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات وأنشطة التوعية الخاصة بتنظيم الأسرة، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030.

8-3 تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الاساسية الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة التكلفة.

9-3 الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030.

(3.أ) تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء.

(3. ب) دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والادوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تتأثر بها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام التي ترد في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية تتعلق بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية، ولاسيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.

(3.ج) زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة.

(3.د) تعزيز قدرات جميع البلدان، ولاسيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية.

توضح هذه الغايات الدور الكبير الذي تحتله المسألة الصحية ومحدداتها كجزء لا يتجزأ من أهداف التنمية المستدامة، ومساهم رئيسي في بلوغها، بالإضافة إلى وجود تأثيرات متبادلة بحكم أن تحسين مختلف المؤشرات الصحية يكون لها الأثر الإيجابي على تجسيد الأهداف والغايات الأخرى، كما أن التقدم المحرز في باقي أهداف التنمية المستدامة يكون له الأثر الإيجابي على الحالة الصحية للسكان.

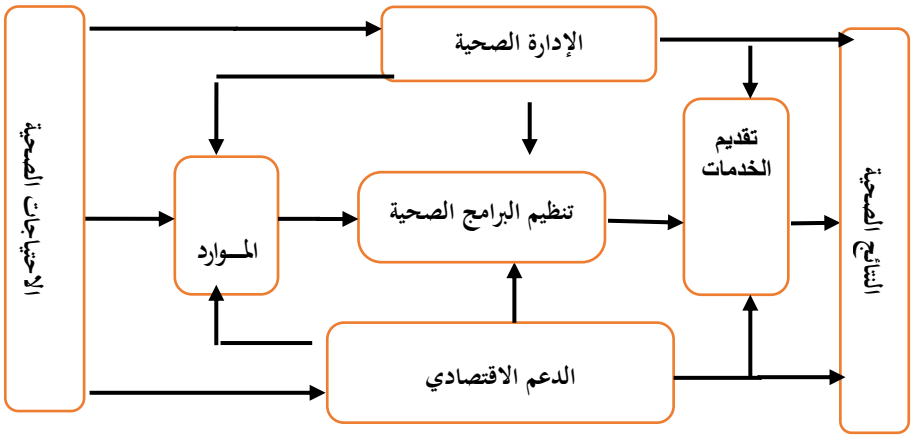
إن تحليل الغايات المدرجة في الهدف الثالث يوضح بأن بعضها هو استمرار لما ورد في الأهداف التنموية للألفية، وخاصة المتعلقة بوفيات الأمهات، الأطفال دون سن الخامسة والأطفال الرضع، مكافحة الأوبئة والأمراض. كما تشير الغاية الثامنة إلى نقطة جوهرية وهي ضرورة السعي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وضمان الحماية من المخاطر المالية، ومن ثم تجسيد مبدأ العدالة والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية. ومفهوم العدالة يعني أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على دخلهم، ولا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. ومن ثم فإن هذه الغاية تؤكد أهمية النفقات العمومية في تمويل المنظومة الصحية، من خلال الدور المحوري للدولة وهيئات الضمان الاجتماعي في تسهيل وصول الفئات الهشة إلى مختلف الخدمات الصحية.

1.2.3 المنظومة الصحية ومكوناتها:

تعتبر المنظومة الصحية الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحية العامة للسكان والعمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكاملة، من خلال إيجاد موارد التمويل اللازمة، وبتكلفة مقبولة يمكن تحملها من قبل الأفراد والمجتمع، مع ضرورة إشراك جميع القطاعات الفاعلة. فبالنظر لمحورية المحددات الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية في المجال الصحي، تبرز أهمية الإجراءات التي يجب أن تتخذ في مختلف المجالات ذات الارتباط بالمسألة الصحية، وتشمل هذه المجالات، الدخل، التعليم، الأمن الغذائي، المياه المأمونة والصرف الصحي، ظروف السكن، المسألة البيئية والطاقات المتجددة.

لقد بدأ الاهتمام بالمنظومات الصحية، وتحليلها، بعد الحرب العالمية الثانية[18]. وبالرغم من اختلاف أشكالها التنظيمية، والبيئة التي تتواجد فيها، يمكن التذكير بعناصر **المنظومة الصحية** في الشكل الموالي.

شكل رقم (3): عناصر المنظومة الصحية

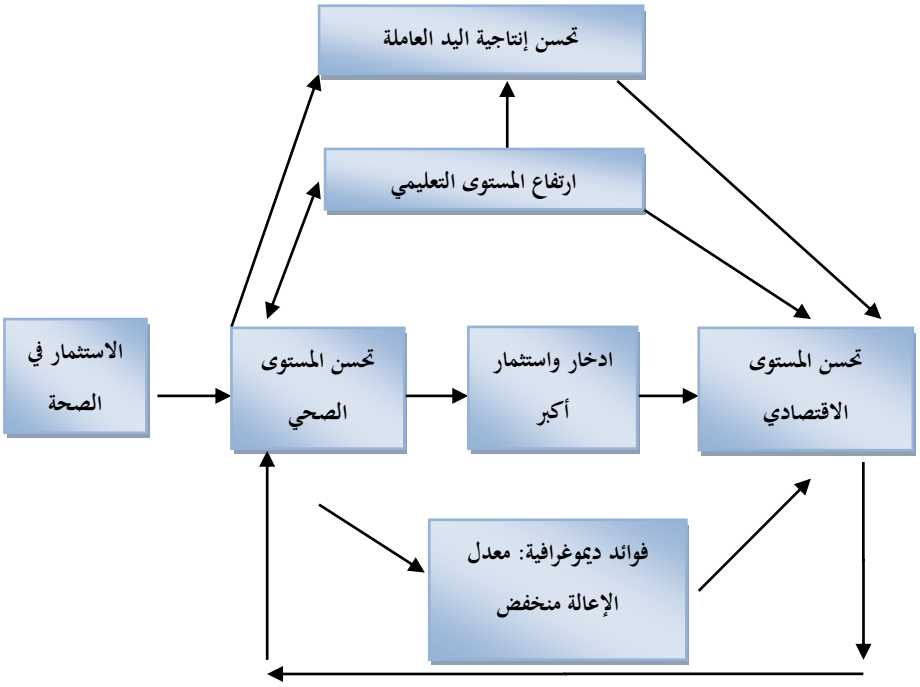


Source : OMS, Comité Régional De La Méditerranée Orientale, Discussions techniques, développement des systèmes de santé, Quarante-huitième session, Point 9 de l'ordre du jour, Juillet 2001, p6.

ومهما يكن فإن المنظومات الصحية لا يمكن تصورها بشكل منعزل، فهي في تفاعل مع المجالات السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية التي تنتمي إليها، وكذا السياسات والبرامج المعتمدة لتحقيق الأهداف المسطرة. ورغم اختلاف المنظومات الصحية من مجتمع لآخر، فإنها تلتقي في أهداف مشتركة يبرزها السعي الدائم لتحسين المستوى الصحي للأفراد، وترقيته باستمرار، أخذا بعين الاعتبار لخصوصية كل دولة، وإمكانياتها المتاحة. ومن جهة أخرى، تشير مختلف التقارير الصادرة عن الهيئات

الدولية إلى الدور الكبير الذي قد يلعبه الاستثمار في المجال الصحي وتأثيره على تحسن المستوى الاقتصادي.

شكل رقم (4): الاستثمار في الصحة والتنمية الاقتصادية



Source : OMS, Bureau régional de l'Afrique, La santé des populations : le rapport sur la santé dans la région Africaine, 2006, p 07.

مما سبق، تتضح الأهمية الكبيرة التي تحظى بها المسألة الصحية، بوصفها من العوامل الأساسية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها. فإذا كانت الصحة الجيدة هي غاية في حد ذاتها، فإنها في المقابل تساهم في تعزيز مستويات النمو الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي.

4. الجزائر وأهداف التنمية للألفية في المجال الصحي

بالرغم من جملة النقائص، وحجم التحديات التي لا تزال تنتظرها، فقد حققت الجزائر على مدى العقود الثلاثة الأخيرة نتائج مشجعة وتحسنا كبيرا في مختلف المؤشرات الاجتماعية التي تدعمها مختلف التقارير الدولية. فحسب تقرير التنمية البشرية الأخير، الصادر عن هيئة الأمم المتحدة في سنة 2016[19] فقد سجلت الجزائر أحسن النتائج على مستوى دول شمال إفريقيا، وانتقلت بذلك إلى فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة باحتلالها المرتبة 83 من أصل 188 دولة، واحتلت تونس المرتبة 97، وبقيت مصر والمغرب في فئة الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة باحتلالهما للمرتبتين 111 و123 على

التوالي. هذه النقلة النوعية توضح الجهود التي تبذلها الجزائر على الجبهة الاجتماعية في محاولاتها الجادة لتحسين مختلف المؤشرات، وخاصة الصحية منها. ويبقى الإشكال الكبير الذي تواجهه المنظومة الصحية الجزائرية هو معالجة الاختلالات الموجودة في مستويات التغطية الطبية بين مختلف المناطق، والسعي لتقليل الفوارق الجهوية وبما يحقق مبدأ العدالة والانصاف في مجال عرض وتلقي العلاج.

لقد سمحت الجهود التي بذلتها الجزائر من تحسين معظم المؤشرات الصحية، سيما في مجالات وفيات المواليد، الأطفال دون سن الخامسة، وفيات الأمهات، مع ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات، فحسب أرقام الديوان الوطني للإحصاء، فقد انتقل هذا المؤشر خلال الفترة 1990-2016 من 66,9 سنة إلى 77,6 سنة. وعلى الرغم من هذه الإنجازات، تواجه الجزائر جملة من التحديات المستقبلية في ظل التحول الديموغرافي وتغير خريطة المرض مع تنامي الإصابة بالأمراض غير المتنقلة، تضاف إليها الصعوبات المالية التي تعرفها بلادنا جراء الصدمة النفطية العكسية لسنة 2014. وللوقوف على حجم الجهود المبذولة، سنتطرق فيما يلي إلى أهم المؤشرات الصحية في الجزائر ومقارنتها مع بعض دول شمال إفريقيا.

1.4 مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر:

يمثل هذا المؤشر متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة. وتعتبره منظمة اليونيسيف من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للسكان، ومدى فعالية المنظومة الصحية لأي دولة في سعيها لتحسين المستوى الصحي للسكان عامة، ولفئة الأطفال بشكل خاص. هذه المساعي والجهود تجسدها البرامج الوطنية التي تتبناها مختلف الدول والموجهة لحماية صحة الأم والطفل، في مجال التلقيح والتطعيم، وكذا متابعة مراحل الحمل.

ويمكن تتبع تطور مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر، ومقارنته ببلدان شمال إفريقيا من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (1): مقارنة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في بلدان شمال إفريقيا 1990-2016 (‰)

	1990	2000	2005	2010	2015	2016
الجزائر	49,00	39,70	33,50	27,30	25,50	25,20
المغرب	79,60	49,80	40,50	33,50	28,00	27,10
تونس	56,80	31,7	23,00	17,40	14,00	13,60
مصر	85,90	46,90	36,10	29,10	23,70	22,80

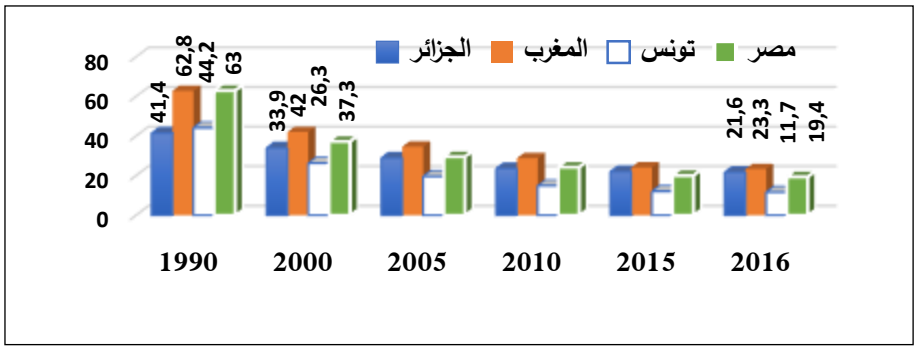
Source : https://data.albankaldawli.org/indicator/country

تظهر معطيات الجدول حجم الجهود التي بذلتها الجزائر لتحسين هذا المؤشر، وقد استطاعت تخفيضه إلى النصف تقريبا خلال الفترة 1990-2015، بانتقاله من 49 إلى 25,5 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، ليستقر في حدود 25,2 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2016. وبالرغم من التحسن الكبير الذي طرأ على هذا المعدل، لم تستطع الجزائر تحقيق الهدف الرابع من أهداف التنموية للألفية الذي نص على ضرورة تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بواقع الثلثين، بمعنى أن الجزائر كانت ملزمة بخفض هذا المعدل إلى حدود 16,3‰. هذا الوضع يستوجب تظافر كل الفاعلين لتمكين الجزائر من تخفيض هذا المعدل إلى أقل من 20 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي بحلول سنة 2020[20]. وبمقارنة هذا المعدل مع بلدان شمال إفريقيا، يبقى المغرب يسجل أضعف النتائج في المنطقة أين بلغ فيه هذا المعدل 28‰، مقابل 23,7‰ في مصر، 14‰ في تونس خلال سنة 2015[21].

2.4 تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

سجلت الجزائر في سنة 2016 عدد مواليد بلغ 1,067 مليون ولادة حية، وهي السنة الثالثة على التوالي التي يتجاوز فيها عدد الولادات عتبة المليون. وقد عمدت الجزائر منذ الاستقلال إلى تبني سياسات وطنية لتحسين الوضع الصحي للسكان، من خلال البرامج الموسعة لعمليات التلقيح والتطعيم، إضافة إلى البرامج الموجهة لصحة الأم والطفل. هذه الجهود كان لها الأثر الإيجابي على مختلف المؤشرات. حيث انتقل عدد وفيات الرضع من 36270 حالة وفاة في سنة 1990 إلى 23150 حالة في سنة 2015، لينزل إلى حدود 22271 حالة وفاة في سنة 2016[22].

شكل رقم (5): مقارنة معدل وفيات الأطفال الرضع في بلدان شمال إفريقيا 1990-2016



Source : https://data.albankaldawli.org/indicator/country.

توضح معطيات الشكل السابق انتقال هذا المعدل في الجزائر من 41,4 إلى 21,9 ‰ خلال الفترة 1990-2015، وتفسير ذلك يكمن في تزايد مستويات التغطية في مجال التلقيح التي بلغت 90% على المستوى الوطني[23]. ورغم هذه النتائج المحققة، يبقى التحدي كبيرا أمام السلطات الوصية لتحسين هذ المؤشر، وخاصة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول من الولادة، فتحليل هيكل وفيات الرضع في الجزائر يظهر أن حالات الوفاة تحدث بشكل كبير في الأسبوع الأول من الولادة[24]، وهو ما يستوجب

تكثيف البرامج المتعلقة بمتابعة صحية الأم قبل، أثناء وبعد الحمل، وتوجيه الجهود أكثر نحو المناطق التي تعاني من نقائص كبيرة في مجال التغطية الطبية (المناطق الجنوبية، والهضاب العليا).

النقطة الأخرى التي أثارتها أرقام الديوان الوطني للإحصاء تتعلق بوفيات المواليد الجدد، فخلال ربع قرن (1990-2016) لم يتراجع هذا المعدل سوى بنسبة 7% فقط، بحيث انتقل عدد المواليد الأموات من 16691 حالة في سنة 1990 إلى 14236 حالة في سنة 2016. أما من حيث النسبة، فقد انتقل هذا المعدل من 21,4‰ إلى 13,2‰[25] خلال نفس الفترة، وهي نتائج غير كافية بالنظر لحجم الإمكانيات المسخرة والنتائج المسطرة.

3.4 تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر:

يعتبر معدل وفيات الأمهات مؤشرا هاما لقياس أداء المنظومات الصحية، ونجاعة البرامج المعتمدة لتوفير الرعاية الصحية اللازمة للأمهات قبل، أثناء وبعد الولادة. وقد سجل هذا المعدل تحسنا كبيرا ببلادنا بانتقاله من 117,4 في سنة 1999 إلى 57,5 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2015، وهو ما توضحه معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (2): مؤشر وفيات الأمهات في الجزائر لكل 100 ألف ولادة حية 1990-2015

	1999	2001	2004	2007	2009	2011	2013	2014	2015
المعدل	117,4	113,8	99,5	88,9	84	73,9	69,9	60,3	57,5

Source : MSPRH, Direction Générale De La Prévention Et De La Promotion De La Santé, plan national de réduction de la mortalité maternelle, 2015 – 2019, www.unicef.org/algeria/Rapport. Consulté le 12/02/2018.

بالرغم من هذه إيجابية الإنجازات المحققة في مجال التكفل بصحة الأم والطفل، فإن هذه والنتائج تخفي الاختلالات الكبيرة المسجلة في هذا المؤشر على مستوى المناطق، إضافة إلى أن الأرقام السالفة الذكر لا تعكس حقيقة وحجم الامكانيات التي سخرتها الجهات الوصية في هذا المجال. وتبقى مبادئ وقيم الرعاية الصحية الأولية، كما وردت في إعلان ألما-آتا في سنة 1978 الإطار المحدد للصحة العامة، وبروز صحة الأم والطفل في قلب الأولويات التي تم إقرارها. وهو ما يستدعي إدراج صحة هاتين الفئتين على جميع المستويات في منظومة صحية قادرة على تقديم خدمات عالية الجودة لمختلف شرائح المجتمع، تكون أكثر إنصاف لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

كما تظهر المقارنة الدولية لبعض المؤشرات الصحية حجم التحدي الذي ينتظر الجزائر للوصول بهذه المؤشرات إلى المستويات المطلوبة، خصوصا إذا قارنا هذه الإنجازات مع ما هو مسجل في الدول المتطورة، أو بعض البلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة.

جدول رقم (3): مؤشر وفيات الأطفال في دول مختارة في سنة 2016 (‰)

معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) في دول مختارة لسنة 2016												
	السويد	النرويج	فنلندا	ألمانيا	فرنسا	اليابان	و م أ	روسيا	البرازيل	الصين	كوبا	العالم	العالم العربي
‰	02	02	02	03	03	02	06	07	14	09	04	31	29
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية لسنة 2016													
	السويد	النرويج	فنلندا	ألمانيا	فرنسا	اليابان	و م أ	روسيا	البرازيل	الصين	كوبا	العالم	العالم العربي
‰	03	03	02	04	04	03	07	08	15	10	06	41	38

Source : https://data.albankaldawli.org/indicator/country.

تبين معطيات الجدول المستويات التي وصلتها البلدان المتطورة التي استطاعت تخفيض معدلات الوفيات إلى مستويات دنيا، كما هو الشأن في الدول الاسكندنافية. ونفس الملاحظة تسجل على مستوى بعض البلدان النامية مثل كوبا، الصين والبرازيل التي استطاعت تحسين هذين المؤشرين، والاقتراب من المعدلات السائدة في البلدان المتقدمة. والملاحظة الثانية هي أن مؤشري وفيات الأطفال الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات التي سجلتها الجزائر في سنة 2016 هي أحسن من المعدل المسجل على مستوى بلدان العالم العربي أين تم تسجيل 29 ‰ و38 ‰ في هذين المؤشرين على الترتيب.

مما سبق، يمكن القول أن المؤشرات الاقتصادية الكلية (معدل النمو الاقتصادي، مستويات البطالة، حجم الديون) هي من العوامل المؤثرة على حجم الإنفاق العام في مختلف المجالات الاجتماعية (الصحة، التعليم، السكن، التشغيل...)، وعليه فإن الصعوبات المالية التي تمر بها الجزائر جراء الصدمة النفطية العكسية لسنة 2014، والسياسات التقشفية التي تبعتها، قد تكون لها انعكاسات سلبية على الجبهة الاجتماعية التي بدأت بوادرها تلوح في الأفق، من خلال ارتفاع مستويات التضخم إلى حدود 6,4% في سنة 2016[26] وبلوغ معدل البطالة 11,7% في سبتمبر 2017[27].

الخاتمة:

من الأمور الثابتة حاليا أن تحسن المؤشرات الصحية يساهم بشكل فعال في التنمية الاقتصادية بشكل عام، ومن جانب آخر، لا يمكن تجاهل ضرورة مساهمة النمو والتنمية الاقتصادية في توفير المصادر المالية الضرورية للحفاظ على الصحة العامة وترقيتها باستمرار، من خلال ضمان التغطية الصحية الشاملة وتحقيق مبدأ العدالة والانصاف في توزيع الخدمات الصحية بين مختلف المناطق والفئات السكانية. فالملاحظ على المستوى العالمي أنه وبالرغم من التحسن المسجل في جل المؤشرات الصحية، التي يجسدها انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع، الأطفال أقل من خمس سنوات، ووفيات الأمهات، فلا تزال هناك تباينات واضحة على مستوى المناطق والأقاليم.

بالنسبة للجزائر، فالمؤكد أن حاجيات السكان ستتزايد مستقبلا، في ظل جملة من العوامل، أهمها تزايد عبء الأمراض المزمنة مع تغير هيكل التركيبة العمرية، توسع التغطية الاجتماعية إلى حدود 85% من إجمالي السكان، النمو الكبير في شبكات عرض العلاج، إضافة إلى التطور التكنولوجي في المجال الطبي. وكلها عوامل ضغط على المنظومة الصحية الجزائرية، تستوجب تبيني سياسة استشرافية فعالة، ومكانيزمات جديدة تدرج كل هذه العوامل سعيا للتحكم في النفقات الصحية من جهة، ومن جهة أخرى تحقيق وتجسيد أهداف التنمية المستدامة المقررة للفترة 2016-2030.

تبذل الجزائر جهودا معتبرة في سعيها لتحسين مؤشرات الجبهة الاجتماعية، من خلال المخصصات المالية التي تحظى بها قطاعات التعليم، الصحة والسكن، إلا أن الاستفادة من ثمار هذه التنمية في شقها الاجتماعي تظهر العديد من الفوارق وعدم المساواة في توزيعها بين مختلف مناطق الوطن.

والملاحظة الأساسية المستخلصة بالنسبة لحالة للجزائر، هي وجود فجوة بين الطب العلاجي والوقائي داخل المنظومة الصحية الجزائرية، فالأول يتكفل بالمرض والبحث عن سبل تلبية الاحتياجات الصحية الفردية بالتركيز على الفحوصات الطبية واستهلاك الدواء. في حين يهتم الطب الوقائي بالمجتمع ككل، من خلال التطرق لمشاكله الصحية، وتركيزه على مفهوم الصحة والمحافظة عليها، بدلا من الاهتمام بالأمراض وعلاجها. وفي ظل التحديات التي تعرفها الجزائر على المستويين الاقتصادي والاجتماعي، تبرز أهمية وضرورة أن تتركز الاستراتيجية الصحية في الجزائر على مفهوم الصحة وليس المرض، ومن ثم تجسيد المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية التي تم الاتفاق عليها منذ سنة 1978 في إعلان آلما-آطا.

الهوامش:

(1)- www. who.int/fr
(2)-Denis – clair Lambert, La santé, clé de développement économique : Europe de l'Est et Tiers monde, édition l'harmattan, Paris, 2001, p 24.
(3)- GRO HARLEM BRUNDTLAND, santé et développement : une approche durable, Revue ISUMA, volume 3, N° 02, Automne 2002, p 04.
(4)- Rapport de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio de Janeiro, 3 -14 Juin 1992), http://www.ayora21.org/rio92/A21_html/A21fr/a21_06.html
(5)-OMS : Conseil Exécutif, Quatre-vingt-onzième session, Conférence Des Nations Unies Sur L'environnement Et Le Développement, Rapport du directeur général, p 4.
(6)-OMS, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, tenir les promesses, 2005.
(7)-Université internationale du développement durable, santé et développement durable : http://www.uidd.org/fr/thematique/sante_durable.htm.
(8)- Nations Unies, Rapport du Sommet mondial pour le développement durable, Johannesburg (Afrique du Sud), 26 août-4 septembre 2002, New York, 2002.
(9)- Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, 2015 : année mondiale pour les peuples et la planète, Rapport 2015, New York, p 32.
(10)-Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, 2015 : année d'action mondiale pour les peuples et la planète, Rapport 2015, New York, p 33.
(11)-Nations Unies, Rapport sur les objectifs de développement durable, 2016, Publication des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES), New York, p16.
(12)-Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, 2015 : année d'action mondiale pour les peuples et la planète, op. cit, p 39.
(13)-IDEM, p 38.
(14)-IDEM, p 47.
(15)-OMS, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Rapport du Secrétariat, soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé, Point 13.2 de l'ordre du jour provisoire, 8 avril 2016, p2.

(16)-OMS, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, op.cit, p1.
(17)-IDEM, p14.
(18)-OMS, Comité Régional De La Méditerranée Orientale, Discussions techniques, développement des systèmes de santé, Quarante-huitième session, Point 9 de l'ordre du jour, Juillet 2001, p 05.
(19)-PNUD, Rapport sur le développement humain 2016, le développement humain pour tous, pp 26, 27.
(20)-République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Programme National Périnatalité, Programme quinquennal 2016 – 2020, p7.
(21)-https://data.albankaldawli.org/indicator/country.
(22)-ONS, Démographie Algérienne 2016, www.ons.dz.
(23)-Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Profil de pays 2016 – Algérie, Addis-Abeba, Éthiopie, Mars 2017, p24, www.uneca.org/publications, consulté le 15/12/2017, p24.
(24)-IDEM.
(25)-ONS, Démographie Algérienne 2016, op. cit, p 21.
(26)-Fonds Monétaire International, Algérie, département de la communication, Communiqué de presse n° 17/201, 01 juin 2017, p1.
(27)-ONS, Activité, Emplois & Chômage en Avril 2017, N° 796, novembre 2017, p12.