جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية

السياسة الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق التنمية المستدامة 2016-2022

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د

تخصص: سياسة عامة

إعداد الطالب:
أحمد مسعودي

إشراف الأستاذ:
أ.د/ نور الصباح عكنوش

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
باري عبد اللطيف	أستاذ	جامعة بسكرة	رئيسا
نور الصباح عكنوش	أستاذ	جامعة بسكرة	مشرفا و مقررا
جحيش يوسف	أستاذ	جامعة باتنة 1	مناقشا
باي أحمد	أستاذ	جامعة باتنة 1	مناقشا
حروري سهام	أستاذ	جامعة بسكرة	مناقشا

السنة الجامعية: 2023-2024

عن رسول الله ﷺ أنه قال:

«مَنْ أصْبَحَ مِنْكُمْ آمِنًا في سربِهِ

مُعَافَىً في جَسَدِهِ

عِنْدَهُ قُوتُ يَوْمِهِ

فَكَأَنَّمَا حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا بِحَذَافِيرِهَا»

حديث حسن رواه الترمذي وابن ماجه.

كلمة شكـر

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف الأنبياء و المرسلين سيدنا محمد و على آله و صحبه و من تبعه بإحسان إلى يوم الدين، و بعد ..

فإني أشكر الله تعالى على فضله حيث أتاح لي إنجاز هذا العمل فله الحمد أولا و آخرا.

ثم أشكر أولئك الأخيار الذين مدوا لي يد المساعدة خلال هذه الفترة، و في مقدمتهم أستاذي المشرف على الأطروحة فضيلة الأستاذ الدكتور/ **نور الصباح عكنوش**، الذي لم يدخر جهدا في مساعدتي ولا يجد في ذلك حرج كما هي عادته مع كل طلبة العلم، حيث كان يحثني على البحث و يرغبني فيه و يقوي عزيمتي عليه، فله من الله الأجر و مني كل التقدير، حفظه الله و متعه بالصحة و العافية ونفع بعلومه.

كما أشكر القائمين على جامعة محمد خيضر–بسكرة، أخص بالذكر منهم القائمين على قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، وفقهم الله لكل خير لما يبذلونه من اهتمام بطلاب القسم بصفة عامة و طلبة الدكتوراه بصفة خاصة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل و الخاص إلى لجنة المناقشة على تفضلها بقبول مناقشة هذا البحث.

إهـــــــداء

إلى من ساندتني بكل عطاء و تضحية و صبر جميل

"**الزوجة الكريمة و رفيقة دربي**".

إلىولد َيالعزيز ين "**محمد لؤي**" و "**صالح قصي**" أسأل الله لهما الصحة و العافية و أن يجعلهما من ذرية القرآن و يرزقهما الأخلاق و العلم.

إلى التي قال فيها الحبيب المصطفى " .. فإن الجنة عند رجلها"

"**أمي الغالية**".

إلى منبع إعتزازي و فخري

"**أبي العزيز**".

إلى كل من يعرفني من قريب أو من بعيد.

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع.

مقدمـــة

تمهيد

يعتبر الإنسان محور و ركيزة العملية التنموية من منطق أن التنمية تتم حياكتها حول الناس بصفة الاستمرارية و الدوام بأجيالهم في الحاضر و المستقبل، و بصفة شاملة لجميع المجالات الحياتية التي تهمهم خاصة الصحية منها، باعتبار أن الصحة تمثل أساسا محوريا لباقي ضروريات الحياة (مالية و اقتصاد، تعليم، بيئة و غيرها)، مما صنف رعاية و ترقية صحة الإنسان من الأولويات القصوى للسياسات العامة للدول سواء في إطار التخطيط و البرمجة الخاصة بالبلدان أو المخططات و البرامج الإقليمية و الدولية، خاصة و أن مفهوم التنمية شهد تطورا بانتقال ديناميكي (فكريا و عمليا) وصلا إلى ظهور مفهوم التنمية المستدامة، الذي رافقه تطور و تصور جديد لمفهوم الصحة في كونها ترتقي لأن تكون من أهم المؤشرات القوية على التنمية المستدامة بمختلف أبعادها، ولا تنحصر في كونها أحد الحصائل و الشروط القبلية لتحقيقها.

وتسعى الجزائر منذ حصولها على العضوية الكاملة في منظمة الأمم المتحدة بتاريخ 1962/10/08 إلى تطويع و ملائمة مخططاتها و برامجها وسياساتها الوطنية الخاصة مع الفاعلين الدوليين في مختلف الميادين بغية الرقي و الاهتداء بمستوى التطلعات العالمية، على غرار تكييف سياساتها الصحية مع الخطط والأهداف التنموية لمنظمة الأمم المتحدة، وصولا إلى خطة التنمية المستدامة 2030 التي حظيت الصحة فيها بهدف موسوم بـ "ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"، تتصل به 13 غاية يتم رصد التقدم المحرز فيها من خلال 27 مؤشر قابل للقياس، منحتها الجزائر أهمية بالغة سواء من خلال سياساتها الصحية الوطنية أو في إطار التزاماتها الدولية التنموية.

- **أهمية الموضوع:**

تتحدد أهمية الموضوع في الأهمية العلمية و الأهمية العملية.

1- أهمية علمية (نظرية):

تتجلى الأهمية العلمية للموضوع في:

- الحاجة العلمية لفهم العلاقة بين السياسات الصحية و التنمية المستدامة وتعقيداتها، من منطلق أن الصحة لا تعد غاية فقط بل وسيلة تساهم و تلعب دورا في تحقيق بقية أهداف التنمية المستدامة

(تعليم، نمو اقتصادي، حد من الفقر وغيرها) من جهة، و من جهة أخرى تأثيرات التنمية المستدامة على الصحة (جودة البيئة، فرص العمل و الإنتاجية، مجتمع صحي).

– يساعد البحث في الموضوع على استطلاع و تحليل مستوى آداء مختلف السياسات الصحية المنتهجة وجودته في تحقيق غايات التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، و حصر جملة التحديات التي تعترض عملية التنفيذ و استشراف الفرص الممكنة.

– إمكانية مساهمة نتائج و مقترحات البحث في التأسيس لأرضية علمية لتقويم مختلف السياسات في قطاع لصحة لتكون أكثر جودة وفعالية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

2– أهمية عملية (تطبيقية):

تتجلى الأهمية العملية للموضوع في توفير معطيات (نتائج و مقترحات علمية) تساعد الفاعلين في عملية رسم السياسات و صنع القرار في قطاع الصحة أو في القطاعات المتداخلة معه من منطلق مبدأ "الديناميكية القطاعية" أو معادلة "الصحة في كل السياساتكإطار عملي لتعزيز الصحة وا ٍحراز تقدم في مؤشرات التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة، على غرار تعزيز آلية المساءلة في جميع مراحل صنع السياسات الصحية (ضبط المشكلات و الأولويات الصحية، الصياغة، تحديد البدائل التنفيذ، التقييم) و مدى ارتباطها بأهداف التنمية المستدامة خاصة الغايات المرتبطة بهدف الصحة ومؤشراته.

- **أهداف الدراسة:**

الإضافة التي أستهدف تحقيقها هي إحراز أسمى درجات التقدم في بلوغ أو تحقيق غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها المتعلقة بهدف الصحة بمختلف أبعادها (الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية)، بداية من التدرج في ضبط المفاهيم المشكلة لمتغيرات الدراسة (الصحة، السياسات العامة الصحية، التنمية المستدامة) و إثبات العلاقة المفاهيمية بينها و تأكيد اشتراكها مفاهيميا في الأبعاد الأساسية للتنمية المستدامة، ثم تحديد طبيعة هذه العلاقة بين مختلف المفاهيم المشكلة لمتغيرات الدراسة ومؤشراتها، في محاولة منا لتشخيص المكانة الحقيقية أو مستوى مخرجات السياسة العامة الصحية للجزائر أمام غايات التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة و مؤشراتها بمختلف أبعادها لغرض الإشارة إلى مواطن الخلل و القصور فيها، اقتراح ما من شأنه أن يكون دليلا للعمل على

تذليلها و معالجتها بغية الارتقاء بها إلى أعلى مستوى مطلوب يلبي التطلعات العالمية و يحافظ على خصوصية الطموح الوطني.

- **أسباب إختيار الموضوع:**

يرجع اختيار الموضوع إلى أسباب ذاتية و أخرى موضوعية.

1- أسباب ذاتية:

بحكم دارستي المتخصصة في مجال السياسات العامة حاولنا تناول الموضوع محل الدراسة باعتباره سياسة قطاعية تدخل في مجال التخصص، أماختيار ي لموضوع يتعلق بقطاع الصحة وعلاقته بالتنمية المستدامة فهو من باب:

- رغبتي في معالجة آليات صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر، كشف واقعها الحقيقي محاولة تشخيص مكانتها أمام نموذج التنمية المستدامة متعدد الأبعاد، في سبيل الرقي بها باعتبارها تستهدف الإنسان بصورة مباشرة و أساسية.

- إهتمامي الشخصي بالمظاهر غير التقليدية للسياسة العامة، و من بين هذه الظواهر تلك المتعلقة بعولمة السياسات العامة العالمية، من خلال دراسة السياسة العامة الصحية للجزائر في إطار الأهداف و الغايات الضابطة للتنمية المستدامة للأمم المتحدة.

- تجربة شخصية مررت بها بعد حالة مرضية مر بها الابن سنة 2018 تمثلت في مشكل على مستوى القلب، استلزم تدخل جراحي مستعجل، و إنطلاق رحلة البحث عن العلاج والمفاضلة بين القطاعين العام و الخاص، الخدمات الصحية بالداخل أو الخارج من حيث سرعة التكفل، جودة الآداء، إجراءات التكفل بالمصاريف و غيرها، كل ما سبق أثار فكرة البحث في موضوع السياسة الصحية في الجزائر و ربطها بأبعاد التنمية المستدامة، خاصة الاجتماعية و الاقتصادية منها.

2- أسباب علمية موضوعية:

- يعتبر موضوع السياسة العامة الصحية في الجزائر و علاقته بأهداف و غايات التنمية المستدامة من المواضيع المستجدة التي لم تلق بحثا كثيرا من طرف المتخصصين أقصد هنا الدراسات باللغة العربية التي لها علاقة بحقل السياسة العامة و ربطه بالعملية التنموية في إطار ضوابط التنمية المستدامة.

– الحاجة إلى التشخيص الموضوعي و التجريدي لدور السياسة الصحية للجزائر و أثرها على العملية التنموية في إطار ضوابط التنمية المستدامة.

- **أدبيات الدراسة:**

في هذا الجزء يتم استعراض أهم الدراسات التي تطرقت إلى موضوع علاقة السياسات الصحية بالتنمية المستدامة و تناولته بزوايا مختلفة، من خلال الإشارة إلى أبرز ملامحها تمهيدا لعرض الفجوة البحثية التي يهدف هذا البحث إلى معالجتها.

1- دراسة الباحثين عبد الحميد جفال و سيدي دريس عمار، و هي عبارة عن مؤلف كتاب موسوم بـ: "**التنمية الصحية و علاقتها بالتنمية البشرية**"، منطلقها يكمن في نشأة التنمية البشرية و تطورها، أبعادها، أهم مؤشراتها و العلاقة بينها، تسليط الضوء على الأسس الأيديولوجية لإستراتيجية التنمية و بداية الإهتمام بالتنمية الصحية و التخطيط الإستراتيجي لها في الجزائر، حيث خلصت هذه الدراسة إلى إثبات مساهمة التنمية الصحية في تحقيق التنمية البشرية في بعض جوانبها و أنها جزء لا يتجزء من التنمية (المختصين الصحيين إتجاه إيجابي نحو أهمية مؤشرات الصحة في تنمية الفرد) و أن مستوى البرامج التنموية و الإصلاحات الأخيرة في الجزائر لا تمتاز بالجودة مقارنة بما تملكه الجزائر من إمكانيات طبيعية و بشرية، و لا ترق إلى مصاف الدول المتقدمة كهدف تسعى الجزائر إلى الوصول إليه و تحقيقه.

2- دراسة الباحث نور الدين حاروش، و هي عبارة عن مؤلف كتاب موسوم بـ: "**الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**"، منطلقها يكمن في عرض مبادئ علم الإدارة و علاقتها بإدارة المنظمات الصحية، تطور النظم الصحية، تمويل الخدمات و التأمين الصحيين معايير جودة الخدمة الصحية، وصولا إلى تطور النظامين الصحيين الجزائري و الأردني و أوجه الإختلاف بينها، حيث خلصت هذه الدراسة إلى تحديد عناصر قوة كل نظام و آليات تدعيمهما، وكذا عناصر الضعف وسبل تحسينها و معالجتها، إضافة إلى استخلاص إيجابيات النظام الصحي الأردني للاستفادة منها في تفعيل النظام الصحي الجزائري و إقتراح السبل الكفيلة بذلك.

3- دراسة الباحث محمد ولد قادة، و هي عبارة عن مؤلف موسوم بـ: "**دليل التسيير الإستشفائي**"، منطلقها يكمن في عرض تفصيلي للتدابير و الإجراءات التنظيمية و التسييرية المتعلقة بمناجمنت المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة و السكان، حيث خلصت إلى مناقشة و إثراء السبل

الكفيلة بتحسين آداء المرافق الصحية العمومية و توحيد تدابير و إجراءات تنظيمها و تسييرها بغية ترقية الخدمة الصحية للزبائن طالبي الوقاية الصحية و العلاج.

- **إشكالية الدراسة:**

أدى تراكم المشكلات الصحية و تفاقمها في دول العالم من فترة زمنية إلى أخرى و تأثيراتها على استدامة التنمية إلى ظهور دراسات علمية في ميدان الصحة تواكبها في مختلف التخصصات على غرار السياسات العامة، كمحاولات لتشخيص تلك المشكلات و أسبابها و السياسات الصحية اللازمة لحلها، و فهم طبيعة و حقيقة العلاقة و التفاعل (مساهمة و تأثير) بين السياسات الصحية والتنمية المستدامة، أخذت حيز كبيرا من الاهتمام دوليا و وطنيا بغية الرقي بصحة و حياة الإنسان.

على ضوء ما سبق طرحه أحاول في هذه الدراسة تشخيص مساهمة السياسة الصحية في الجزائر و أثرها على العملية التنموية و أبعادها الأساسية، من خلال التساؤل الرئيسي التالي:

إلى أي مدى ساهمت السياسة الصحية الجزائرية في بلوغ غايات التنمية المستدامة بمختلف أبعادها خلال الفترة 2016-2022 ؟

تتفرع عن الإشكالية المطروحة التساؤلات الفرعية التالية:

1- ما هي حقيقة العلاقة بين قطاع الصحة أو السياسات الصحية و العملية التنموية في مفهومها المستدام ؟

2- فيما تتمثل أهم السياسات المنتهجة من طرف السلطات الجزائرية في قطاع الصحة ؟

3- ما هي درجة إسهام السياسات الصحية الجزائرية في إحراز التقدم المطلوب في مؤشرات غايات التنمية المستدامة ؟

انطلاقا من الإشكالية الرئيسية و تبعا للتساؤلات الفرعية للدراسة، تمت صياغة **الفرضيات** التالية:

1- هناك علاقة طردية بين قطاع الصحة أو السياسات الصحية و عملية التنمية المستدامة.

2- في سبيل ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية و بالرفاهية في جميع الأعمار، انتهجت الجزائر سياسة صحية عمومية بالاعتماد على تحقيق تغطية صحية شاملة.

3- تساهم السياسة الصحية في الجزائر في بلوغ غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها بدرجات متفاوتة دون آثار سلبية.

- **منهجية الدراسة:**

يفترض أن يتأسس كل بحث علمي على نهج أو مسلك أو طريق أو أسلوب محدد لبلوغ غايته اعتمدت في بحثي على الإطار المنهجي التالي:

1- المناهج:

- **المنهج الإحصائي:** باستخدام الطرق الرقمية و الرياضية في معالجة و تحليل البيانات، و إعطاء التفسيرات المنطقية المناسبة لها بالاعتماد أساسا على وصف و تلخيص الأرقام التي تم تجميعها حول موضوع السياسة الصحية في الجزائر و مدى إسهامه في العملية التنموية و تفسيرها في صورة نتائج.

2- الإقترابات:

- **مقترب النُظم** (System Approach): يعتبر مقترب النظم الأكثر ملائمة لفهم قطاع الصحة بتعدد مستوياته و تعقيد العلاقات المتبادلة بين مكوناته و وظائفها المكونة في مجموعها وحدة عضوية متناسقة من أسمى أهدافها تحقيق غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها بمختلف أبعادها، إضافة إلى ملائمة أسس التحليل النظمي لطبيعة الموضوع محل الدراسة، حيث يرتكز على أهمية الإطار النظري لأي بحث سياسي على اعتبار أن البحوث التجريبية أو الإمبريقية دائما في حاجة إلى خلفية نظرية تعتمد عليها إضافة إلى أساس العلاقة بين الصحة و السلوك الإنساني في أي تحليل للظواهر.

كما يعتبر مقترب النظم من بين الشروط الأساسية لإعداد خطط التنمية المستدامة و تنفيذها على أساس أن البيئة الطبيعية و البشرية للإنسان هي نظام فرعي من مجموع أنظمة فرعية أخرى مشكلة في تناسقها للنظام الكلي للكون، يؤثر أي تغيير في أجزاء و مضمون أي منها بصفة مباشرة على أجزاء و مضمون الأنظمة الفرعية الأخرى و بالتالي على النظام الكلي، و تسعى خطط التنمية المستدامة في هذا المقام إلى تحقيق هذا التناسق و التكامل الذي يسمح بالعمل السليم و المتوازن للنظام الكلي، من خلال الاستعانة في إعداد هذه الخطط و تنفيذها على أسلوب النظم كأسلوب

متكامل يهتم بالأبعاد الإقتصادية، الإجتماعية و البيئية للحياة البشرية دون تفاوت بين هذه الأبعاد أو تجاوز أحدها على الآخر.

3- الأساليب:

من أجل جمع البيانات و تحليلها للإجابة على إشكالية البحث و تساؤلاته تم إعتماد أدوات وأساليب البحث العلمي التالية:

- **الأسلوب الوصفي التحليلي:** باعتبار أن هذا البحث مقسم إلى فصلين نظريين و ثالث دراسة إمبريقية تحليلية، تم اعتماد الأسلوب الوصفي التحليلي بداية لتحديد أهم المفاهيم النظرية الأساسية لمتغيرات الدراسة (سياسة صحية، تنمية مستدامة و ضبط لحقيقة العلاقة بينهما)، حيث أن هذا الأسلوب يقوم على وصف كل الظواهر المشكلة لموضوع الدراسة ثم تفسير أسبابها و تحديد العوامل المتحكمة فيها، للوصول إلى نتائج موضوعية بشأنها يمكن تعميمها، من خلال أسلوب بحثي محدد يرتكز على تجميع و تنظيم البيانات و تحليلها.

- **أسلوب تحليل المضمون:** يعتبر أسلوب تحليل المضمون وسيلة علمية لجمع البيانات وأداة للتحليل الموضوعي لمحتوى المواد التي تتضمن معلومات محل البحث (دساتير، قوانين ..)، يلجأ الباحثون إليه خاصة في الدراسات السياسية، و تم إستخدامه في هذا البحث خاصة لتحليل مضمون محتوى نصوص مواد دستور 2020 و قانون الصحة 2018 الجزائريين التي لها علاقة بالصحة والسياسات الصحية، كذا تحليل المضمون الكمي للبيانات الرقمية التي تم تجميعها حول موضوع السياسة الصحية في الجزائر و مدى إسهامه في العملية التنموية.

- **حدود الدراسة:**

1- المجال الزماني للدراسة:

تم تحديد الفترة الضابطة زمنيا للدراسة من سنة 2016 إلى سنة 2022، و يعزو ذلك إلى حتمية التزامن و التكيف في إطار الممارسة المنهجية علميا و عمليا بالمجال الزمني لمؤشرات القياس المعتمدة في الدراسة لخطة التنمية المستدامة للأمم المتحدة 2030 التي تعتبر الصحة من أهم أهدافها، هذه الخطة بدأ العمل بها ودخلت حيز التنفيذ الفعلي في شهر جانفي 2016 كمرحلة جديدة

في التنظير والممارسة التنموية شاملة الأبعاد، و ذلك بعد اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة النص النهائي لخطة التنمية المستدامة [لما بعد 2015 – 2030] في شهر سبتمبر 2015.

2- المجال المكاني للدراسة:

إن دراسة موضوع السياسة الصحية و دورها في تحقيق التنمية المستدامة بكل أبعادها بطريقة تسمح بإصدار أحكام عامة أكثر دقة و تتصف بالموضوعية و الإلمام، خاصة بالنسبة لبلد كبير كالجزائر التي تملك شبكة كبيرة من المرافق الصحية، يفرض علينا عدم التركيز على ولاية أو منطقة معينة من الوطن أو مرفق صحي بعينه، لأن كل ولاية أو مرفق صحي يملك معطيات و بيانات لمؤشرات صحية قد لا تكون متوفرة في غيره، لذا حاولت دراسة و تحليل مخرجات السياسات الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها المتعلقة بالصحة دون التركيز على ولاية أو مرفق صحي بعينه و إهمال البقية، مع إشارات أو ومضات مقارنة بين الإحصائيات المرتبطة ببعض غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها في الجزائر المتعلقة بالصحة و نظيرتها لبعض الدول خاصة العربية،في سبيل استخلاص نتائج موضوعية و شاملة لكل متغيرات الدراسة و مؤشراتها يمكن تعميمها، كآلية لتشخيص المكانة و المستوى الحقيقي لسياسات الجزائر في مجال الصحة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة بمختلف أبعادها.

- **تقسيم الدراسة:**

إن طبيعة الموضوع اقتضت تقسيم هيكل الدراسة إلى ثلاثة فصول بعد تفكيك متغيراته إلى:

المتغير المستقل: السياسة الصحية.
المتغير التابـــع: التنمية المستدامة.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة

المتغير الوسيط: الدور أو المساهمة أو التأثير

الفصل الثاني: أهمية قطاع الصحة وأثره على التنمية المستدامة

المتغير الضابط:

المكان= الجزائر

الزمان= الفترة من 2016-2022.

الفصل الثالث: السياسة الصحية الجزائرية و مساهمتها في أبعاد التنمية المستدامة 2016-2022

- **الفصل الأول:** بعنوان "**التأصيل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة**"، خصص لضبط واستيعاب أهم المفاهيم المتعلقة بالمشكلة البحثية للموضوع ومتغيراتها المستقل والتابع، المتمثلة في: السياسة الصحية كمتغير مستقل و التنمية المستدامة كمتغير التابع، وبتفكيك المتغير المستقل (السياسة الصحية) إلى مؤشرات تم التأصيل في المبحث الأول لمفهوم الصحة (النشأة و التطور، التعريف، الأنواع المستويات و المحددات) و في المبحث الثاني لمفهوم جامع للسياسة الصحية انطلاقا من مفهوم السياسة العامة، نفس الأمر عند تفكيك مفهوم التنمية المستدامة (المتغير التابع) إلى مؤشرات، تم التأصيل في المبحث الثالث من هذا الفصل إلى مفهوم التنمية و عملية التحول إلى الاستدامة وتفاصيل حاولنا من خلالها تصور مفهوم شامل عن التنمية المستدامة (التعريف، النظريات و الأبعاد الأساسية).

- **الفصل الثاني:** بعنوان " **أهمية قطاع الصحة وأثره على التنمية المستدامة**"، حاولنا من خلال هذا الفصل –الذي يمثل من الناحية المنهجية المتغير الوسيط– الربط بين متغيري الدراسة، حيث خصص لدراسة و إثبات وجود العلاقة بين المتغير المستقل: السياسة الصحية أو ما يمثله من مؤشرات صحية و المتغير التابع: التنمية المستدامة ممثلة في أبعادها الأساسية الاقتصادي الاجتماعي و البيئي وتشخيص أو تحديد حقيقة هذه العلاقة، مع إضفاء الطابع الإمبريقي لها من خلال توظيف مرض كورونا المستجد في إثبات علاقة التأثير و التأثر الموجودة بين قطاع الصحة و أبعاد التنمية المستدامة (الاقتصادي، الاجتماعي و البيئي) بحكم تزامن المجال الزماني أو الفترة الضابطة للدراسة مع النطاق الزماني لفيروس كوفيد–19 (2019–2022)، و ذلك بمبحث أول تم دراسة و تحليل علاقة قطاع الصحة بالبعد الإقتصادي للتنمية المستدامة (نمو اقتصادي، مديونية، علاقة الأزمات الصحية "كوفيد–19" مع الأزمات الاقتصادية)، و مبحث ثاني تم فيه دراسة و تحليل علاقة قطاع الصحة بالبعد الاجتماعي للتنمية المستدامة (تعليم، بطالة، علاقة الأزمات الصحية "كوفيد–19" مع الأزمات الاجتماعية)، أما المبحث الثالث تم من خلاله دراسة و تحليل علاقة الصحة بالبعد البيئي والإيكولوجي للتنمية المستدامة (تأثير البيئة "ما، هواء و غذاء" على الصحة، تأثير مخلفات الرعاية الصحية على البيئة، علاقة الأزمات الصحية "كوفيد–19" بالأزمات البيئية).

- **الفصل الثالث:** حاولنا من خلال هذا الفصل –الذي يمثل من الناحية المنهجية المتغير الضابط (**المكان:** الجزائر، **الزمان:** الفترة 2016–2022)– إسقاط مضمون الفصلين الأول و الثاني على

الحالة المراد دراستها "**السياسة الصحية الجزائرية و مساهمتها في أبعاد التنمية المستدامة – تشخيص الواقع أمام التطلعات العالمية**–"، و التطرق بالوصف و التحليل للسياسات الصحية الجزائرية و مدى مساهمتها في تحقيق غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها المتعلقة بهدف الصحة من خلال توظيف مؤشرات هدف الصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة كمؤشرات قابلة للقياس تضفي الصبغة الكمية على الدراسة و ترتقي بها عن نمطية التحليل الوصفي، ثم تصنيف أهم تلك المؤشرات المختارة حسب خصائصها و طبيعتها بين بعد اجتماعي، و اقتصادي و بيئي ودراسة بالقياس و التحليل (أرقام و إحصائيات، معطيات و بيانات) لمدى مساهمة السياسات الصحية الجزائرية في تحقيق كل مؤشر من غايات التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة المتضمنة في كل بعد من أبعاد التنمية المستدامة المذكورة، لتشخيص مواطن الخلل و القصور فيها، لتيم في الختام استخلاص أهم النتائج و اقتراح ما من شأنه أن يكون دليلا للعمل على تذليل مواطن الخلل و القصور ومعالجتها بغية الارتقاء بالسياسات الصحية الجزائرية إلى أعلى مستوى مطلوب يلبي التطلعات العالمية و يحافظ على خصوصية الطموح الوطني في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

- **صعوبات الدراسة:**

تتلخص أهم الصعوبات التي واجهت الباحث في إعداد هذه الدراسة في:

– قلة الدراسات المتخصصة (في ميدان العلوم السياسية) التي عالجت دور السياسات الصحية الجزائرية في تحقيق غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها في مختلف الأبعاد من منظور السياسة العامة، مما يتطلب عمليات استقراء و تحليل متزامنة مع جمع البيانات و المعطيات – خاصة الكمية منها– من مصادر مختلفة (وطنية و خارجية).

– عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص أغلب مؤشرات غايات التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة الخاصة بالجزائر في مصادرها الوطنية (الديوان الوطني للإحصاء، المواقع الرسمية للوزارات الفاعلة مع قطاع الصحة و غيرها)، مما يحتم على الباحث اللجوء إلى تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية و قاعدة بياناتها أو تقارير البنك الدولي و قاعدة بياناته و غيرها من المصادر غير الوطنية أو الخارجية.

الفصل الأول

التأصيل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة

(سياسة صحية–تنمية مستدامة)

تمهيد

سنحاول من خلال الإطار المفاهيمي لهذا البحث ضبط واستيعاب أهم المفاهيم المتعلقة بالمشكلة البحثية ومتغيراتها المستقل والتابع، المتمثلة في:

- المتغير المستقل: السياسة الصحية.
- المتغير التابع: التنمية المستدامة.

وبتفكيك المتغير المستقل (السياسة الصحية) إلى مؤشرات، يتم التطرق فيه إلى:

- مفهوم الصحة.
- مفهوم السياسة العامة، وصولا إلى مفهوم جامع للسياسة الصحية.

نفس الشيء عندما يتعلق الأمر بتفكيك المتغير التابع (التنمية المستدامة) إلى مؤشرات يتم التطرق فيه إلى:

- مفهوم التنمية.
- التحول إلى الإستدامة، وتفاصيل نحاول من خلالها تصور مفهوم شامل عن التنمية المستدامة.

المبحث الأول: الصحــة، تحول وديناميكية المفهوم

إن مفهوم الصحة بغض النظر عن كونه تركيبا أو بناء يتغير كثيرا من حيث المعني بين فلثر ات لدى المجتمعات والثقافات المختلفة، [1] فما يمكن اعتباره صحي في هذه الفترة كان من غير الممكن أن نقوم به وفق معناه ودلالاته وقت مضى، فالشعور بالصحة في ظروف معينة وفي مجتمع بعينه قد لا يكون ذاته عند مجتمع مغاير، فالقضية مردها اختلاف ذو بعد زمكاني، ثقافيوا إجتماعي أو حتى داخل المجتمع ذاته، فالصحة تتعدى بان تكون حالة شعورية ومورفولوجية، فهي مفهوم مستحدث من طرف الإنسان في مجتمعات متعددة، يسعى من ورائه تفسير حالة الشعور الجيد.

المطلب الأول: نشأة و تطور الصحة

أخذ التأصيل لمصلح الصحة بمرور الزمن مفاهيم مختلفة و عديدة، فالمجتمعات القديمة ركزت على ثنائية العلاقة بين الصحة و الجسم و تحديدها في صفة الإكتمال (تمام الصحة البدنية) و استمر التركيز على ذلك حتى زمن غير بعيد، ليتم بعدها التركيز على ثنائية العلاقة بين العقل و النفس.

الفرع الأول: الصحة في الحضارات القديمة

الناس في قديم العصور كانوا يركزون على العلاج الروحاني بخلفيات عقائدية مختلفة، و ذلك من خلال اللجوء إلى السحرة، المشعوذين، العرافين و الكهنة، فأسباب المرض حسبهم ترتبط بعاملين أساسيين هما: الأرواح، العفاريت والأشباح وغيرها، وكذا سخط الآلهة والامتناع عن مدهم بالهدايا والقرابين. [2]

إن الأسباب و العوامل المذكورة لا تستند على قاعدة منطقية أو علمية، مما يفسر إعتماد الأفراد على المكتسبات الفردية المليئة بالأخطاء، مستعينين في ذلك على بعض اللوازم و المنتجات المتاحة حينها، وما غذى ذلكتدني مستويات التقدم والتطور، قلة الإدراك، الفهم و الوعي لديهم وا نعدام البدائل العلاجية المثلى لدى المرضى.

---

[1] عبد الحميد جفال و سيدي دريس عمار، **التنمية الصحية و علاقتها بالتنمية البشرية**، عمان، دار الأيام للنشر والتوزيع، 2015، ص 19.

[2] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، **التربية الصحية الواقع و سيناريوهات المستقبل**، الإسكندرية، دار التعليم الجامعي 2021، ص 18.

أولا: الحضارة المصرية القديمة

تميزت الحضارة المصرية القديمة في مجال الصحة بـ [3]:

– التقدم في مجال العلوم والممارسات الطبية حيث سجلوا علومهم الطبية منذ عام 3400 ق.م في المومياءات، المسلات وأوراق البردي، تقنيات التحنيط، التشريح، الصيدلة، و كذا التدرج في العلوم الطبية فيها من الطب العام إلى التخصص (الأمراض: الباطنية، النساء و الأسنان).

– إثراء التشريعات والتنظيمات الطبية بسن عقوبات ضد إساءة إستعمال التركيبات العلاجية في مرحلة الإختبار على المرضى وكذا لنظام الأجور الحكومية للأطباء.

– تشييد المنشآت العلاجية أين كان أول مشفي علاجي في المعمورة (حسب المؤرخ "المقريزي") قد شيد في مصر القديمة، تم بناؤه من الملك "مانكيوس".

على الرغم من اهتمام المصريين القدماء بالصحة بأبعاد أكثر تنوع و إختلاف إلا أنهم لم يركزوا على أسباب المرض والموت، و يعزوا ذلك إلى الخلفية العقائدية الروحانية ما يفسر احتفاظهم بالجسد.

ثانيا: الحضارة البابلية (الشام والعراق)

تميزت الصحة في بلاد العراق والشام خاصة سوريا حاليا بأسبقية على اليونانيين في [4]:

– تخصيص فضاءات لتقديم الخدمات الطبية و طلب العلاج.

– التنظير لعديد الممارسات العلمية المرتبطة بالطب مثل: السجل الطبي (أول سجل طبي في التاريخ للطبيب البابلي كاليدبنا) ، الطب الوقائي (التداوي بالأعشاب، إدارة إمدادت المياه، تفسير نقل الحشرات للأمراض والعدوى)، الإستشارات الطبية لفهم أسباب المرض و سبل العلاج، التنظير لعلم الكبد بخلفية معتقدهم بأنه محور باقي أعضاء الجسم وكذا الإستعانة بالحسابات الفلكية في حساب فترات العلاج والولادة.

– إثراء التشريعات الطبية بسن قوانين تحكم بالقصاص في حال الخطأ الطبي (عين بعين، سن بسن).

[3] المرجع نفسه، ص 19.

[4] المرجع نفسه، ص 20.

إضافة إلى تصور قدماء العراق وسوريا بنفوذ الكبد على أداء الجسم يلغي النسق البدني (تكامل الأعضاء ووضائفها) فإنهم يشتركون مع قدماء المصريين في تقييد الممارسة الطبية بسنهم لتشريعات عقابية لممتهني الصحة آنذاك في حال الخطأ الطبي، مما يكبح الإستفادة من التراكم المعرفي وخبرات الممارسة.

ثالثا: الحضارة الصينية القديمة

تميزت الحضارة الصينية القديمة بـ [5]:

– التفتح على البيئة في تفسيرها للصحة و المرض.

– التنظير للتجارب والمؤلفات الطبية من خلال تأسيس العالم الصيني "شوين يونج SHWEEN YOUNG" للطب الصينيالقديم، إضافة إلى تنظير ه عام 2000 ق.م لعلم الدوائيات الصينية وتأليفه لكتاب Pen Tao (الأعشاب الطبية) بعد تجربته للقيمة الدوائية لمئات الأعشاب الطبية.

– العلوم والممارسات الطبية بإستخدام طب التدليك، البصمات في التعريف بالأشخاص، التحصين الوقائي ضد مرض الجدري.

رغم تأسيس الحضارة الصينية القديمة لعديد علوم الطب القديم إلا أنها لم تخل من ربط الطب بالفلسفة.

رابعا: الحضارة الهندية

تميزت الحضارة الهندية بطفرة في التقنيات، الإبتكارات وممارسات الطبية والدوائية، أين برعوا في إجراء العمليات الجراحية والتدخلات الطبية أهمها: بتر الأرجل، ايقاف النزف بواسطة الكي الحرارى وغيرها دون إلمام كافي منهم بعلمالتشريح، معتمدين في ذلك على تراكم خبراتهم وا ٍستخدام حوالي 120 آلة جراحية اخترعوها أهمها: المقصات والمناشير، كما تعرفوا على خصائص الكثير من الأدوية والسموم. [6]

[5] سون جين تشيوان، **تأثير الثقافة الشرقية على النهضة الأوربية**، ترجمة يحي مختار، الجيزة، بيت الحكمة للثقافة، 2025، ص 23.

[6] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص 21.

خامسا: الحضارة الإغريقية

يعتبر قدماء اليونانيين السباقين في استخدموا التجريب العلمي لكشف حقائق الأمراض، حيث أسسوا لمفاهيم: إستخدام التفكير العلمي في المسائل الصحية، معرفة العلاقة بين الصحة والبيئة تطور مفهوم الصحة الشخصية الذي يرتكز على مبدأ الحياة المتوازنة، إضافة إلى استشراف أسس خدمات الصحة العامة المقدمةمن طر ف الحكومة، كما كان اليونانيون القدماء أول من وازن بين الصحة البدنية والنفسية من خلال إستخدامهم للموسيقى في خفض الضغط النفسي الناتج عن المرض. [7]

ساهم قدماء اليونانيين في التنظير لمفهوم الصحة في ثنائية البدن والروح، ومفهوم الصحة العامة في ثنائية الصحة الشخصية والبيئية.

سادسا: الحضارة الرومانية

أسست حضارة روما القديمة إلى التأسيس لنظام صحي مفصل للمستشفيات العمومية، يرتكز على نظامي مستشفيات، واحدة لعامة المدنيين وآخرى مخصصة للجيش، ويرجع هذا الإسهام في مجال الصحة العامة إلى تقدمهم في ميادين إدارة الصحة والهندسة، كما تحولت توجهات الصحة العامة لديهم من الصحة الشخصية إلى البيئة، مع إهتمام بالصحة البدنية خاصة في إعداد العسكريين والمحاربين. [8]

إضافة إلى ذلك سجل في روما القديمة التنظير لمفهوم أخلقة الممارسات الطبية والعلاجية بعدما أصبحت الكنيسة ورجالها فاعلا في ذلك، إلا أنهم أغفلوا مجال الوقاية من الأمراض وكذا الجوانب النفسية المرتبطة بالصحة.

[7] المرجع نفسه، ص 22.

[8] المرجع نفسه، ص 23.

الفرع الثاني: العصر الإسلامي

إن ما يميز العصر الإسلامي في جانب الصحة هو موازنته بين أهمية الصحة، تشجيع الأبحاث الصحية والطبية وأخلقة الممارسة الطبية والعلاجية.

أولا: أهمية الصحة

أولى الإسلام إهتماما فريدا يليق بالصحة من خلال التركيز الشامل على محدداتها و أبعادها نذكر أهمها فيما يلي:

– **التأكيد على الثقافة والممارسة الوقائية قبل المرحلة الإستشفائية:** من خلال التشريع لإعداد القوة و مكانة الفرد المسلم القوى، إستنادا لقول المولى عز وجل "وَأَعِدُّوا لَهُمْ مَا اسْتَطَعْتُمْ مِنْ قُوَّةٍ .. " (الأنفال: 60)، وتفسير القوة في عديد التأويلات المنسوبة للرسول صلى الله عليه لها بعد بدني **(القدرة على الرمي)** [9]، فوسم القوة هنا تشمل قوة المسلمين في أبدانهم وعقائدهم وأسلحتهم... إلخ.

وفي حديث أبي هريرة عن النبي صلى الله عليه و سلم: "**المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف**" دلالة على العناية بالجسم والبدن.

– **العناية بالصحة النفسية والعقلية:** نفس غاية الوقاية التي يعنيها حديثه صلى الله عليه وسلم لعبد الله بن عمرو وقد بلغه أنه يقوم الليل كله، ويصوم الدهر كله، ويختم القرآن في كل ليله فقال: "فلا تَفْعَلْ، قُمْ ونَمْ، وصُمْ وأَفْطِرْ، فإنَّ لِجَسَدِكَ عَلَيْكَ حَقًّا، وإنَّ لِعَيْنِكَ عَلَيْكَ حَقًّا .." وفيه أيضا عدم إغفال للجاتب الروحي و النفسي بتقرير العبادات التي تعود بالنفع على العقل أيضا. [10]

– **الإهتمام بالصحة الشخصية:** فإضافة إلى تأكيد الإسلام على النظافة والطهارة الجسدية بإستمرار أول تجلياتها الوضوء والإغتسال خاصة المرتبط بمختلف العبادات.

– **التأكيد على النظام الغذائي الصحي:** من خلال النهي عن الإسراف في الأكل وتأثيراته على الصحة البدنية، النفسية والعقلية للفرد (جالب لكثرة الشرب، النوم، البلادة، قصور الذهن، فتور الحواس وكسل الجسم)، إضافة إلى الحث الفرد على التنزه بحيث يعود إلى حاله.

---

[9] أنظر تفسير الطبري **الآية 60 من سورة الأنفال**، متوفر على موقع جامعة الملك سعود: http://quran.ksu.edu.sa/tafseer/tabary/sura8-aya60.html، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/15 الساعة 16:52.

[10] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص 24.

ثانيا: تشجيع الأبحاث الصحية والطبية (البحث عن العلاج).

شهدت الصحة والطب في العصر الإسلامي تقدما، حيث قام المسلمون بترجمة الكثير من المؤلفات الطبية اليونانية والرومانية في إطار الإنفتاح على ثقافات، معارف الحضارات الأخرى، وكذا الإسهام بقيمة مضافة و سد فجوات علمية في مشهد علمي تراكمي ساهد بدوره في تطور الصحة العامة ليس للمسلمين فقط بل للبشرية قاطبة على مدار قرون من الزمن.

من أبرز العلماء المسلمين في مجال الطب الملقب بطبيب العرب الأول وأحد أعظم أطباء البشرية أبو بكر محمد بن زكريا الرازي (840 م–925 م) [11]، الذي امتهن الطب في بلاد الفرس وبغداد، أعطت مؤلفاته قيمة مضافة و تدفق للعلوم الصحية للعالم أجمع خاصة الغرب ولازالت.

الجدير بالتنويه إليه، أن ممارسي الطب والعلاج في العصر الإسلامي كانوا حياديين من الناحية السياسة خاصة في شق علاقتهم بالحاكم (الخليفة)، وفر ذلك أرضا خصبة لنهل العلوم خاصة الطبية منها (صحة إجتماعية، بيئة، خدمات طبية، وقائية وعلاجية وصحة الرفاه) بموضوعية وتجريد بعيدين عن الإصطفافات للتيارات والخلافات داخل الأسر الحاكمة.

عكس الإسلام، عرف العصر المسيحي الأوسط تنامي اضطهاد و سطو الكنيسة على مكتسبات الطب في الحضارتين اليونانية والرومانية، بنفي المرض بوصفه مجرد غضب إلهي على المريض الذي ليس أمامه إلا الصبر نظير السعادة في الحياة الأبدية، في مشهد يروج لتعارض بين الرعاية الصحية و الدين حسبهم، أدى كل ذلك إلى تدهور صحة الفرد والمجتمع.

[11] المرجع نفسه، ص 25.

الفرع الثالث: العصر الحديث والقرن العشرين

أولا: عصر النهضة

عرف عصر النهضة تفعيل المكتسبات المعرفية والعلمية لليونانيين والرومان والمسلمين، كما باشرت مراكز البحث في باريس وأكسفورد أعمالها البحثية في تلك المدارس والمعارف والعلوم خاصة في مجالات الطب، القانون والفلسفة بل و أنتجوا فيها وأبدعوا، كما شهد هذا العصر تقبل المرض بصفته ظاهرة طبيعية يمكن فهمها وتشخيصها، كما ساهم إختراع الطباعة في توسيع دائرة المواضيع المرتبطة بالطب والصحة العامة. [12]

ثانيا: العصور الحديثة

إرتبطت نهضة علم الصحة في القرنين 17 و 18 و النصف الثاني من القرن 19 بتشييد المدن التي وصفت شققها بأنها منبع الأمراض للفئة العمال التي تشغل جزء كبيرا منها، حيت مارست هذه الفئة ضغوطا متنامية في نطاقات تفشي الأمراض مما دفع بالحكومات إلى تشييد عديد المنشئات الصحية التي تقدم لهم الرعاية الصحية، ساهم ذلك في خفض معدلات المرض وازدهار علم الصحة في النصف الثاني من القرن 19، يعتبر العالم الألماني ماكس "بيتينج كوفر Maks Beteng Kover" (1818م–1901م) مؤسس الصحة الحديثة والطرق العلمية للبحوث التجريبية الموضوعية كما أرز الدكتور "ميني – Meynne" في كتاب الطوبوغرافيا الطبية البلجيكية علاقة المرض بالجوانب المتعلقة بالصحة البيئية، في مقدمتها التربة، الجو والغذاء، موضحا العوامل المتعلقة بالمشكلات الصحية للإسكان[13]، إلى حد هذا العصر تم إغفال علاقة الكمال الجسدي، العقلي والاجتماعي.

ثالثا: القرن العشرون

إضافة إلى ما شهده القرن العشرين من طفرة علمية، تكنولوجية وتقنية هائلة كان لها دورا و أثرا إيجابيا على الصحة، العلوم والممارسات الطبية والصحية، عرف كذلك تأصيلا لمفاهيم صحية وطبية تشكلت بتراكم ما سبقه من حضارات وعصور، نذكر أهمها:

[12] المرجع نفسه، ص 26.

[13] المرجع نفسه، ص 27.

– إرتبطت الصحة الشخصية بالمؤشرات صحية عديدة، أهمها: الغذاء، النظافة، ممارسة أنشطة الرياضة الراحة والنوم.

– ظهور مرادفات للصحة العامة، تضمن عديد المؤشرات الصحية بأبعادها الاجتماعية والبيئية، عرفها ونسلر Wanslar عام (1920م) بأنها العلم والفن اللذان يهتمان بالأفراد والمجتمعات لغايات: مكافحة المرض، تحسين الصحة، إطالة العمر. [14]

– شملت الصحة البيئية مؤشرات: مياه الشرب، التغذية، تصريف النفايات و الإضاءة والتهوية.

– ظهور ما يمكن الاصطلاح عليه بالتأصيل و التنظير المؤسسي للمفاهيم الصحية والطبية، ففي شهر ماي من سنة 1977م قررت الجمعية العامة 30 لمنظمة الصحة العالمية بأن يكون للمنظمة والحكومات بحلول سنة 2000م هدفا اجتماعيا رئيسيا يتمثل في بلوغ جميع الشعوب مستوى من الصحة يمكنهم من الحياة المنتجة اقتصاديا دون إغفال البعد الاجتماعي.

– الصحة للجميع تعني أن يبلغ جميع الناس في العالم أعلى مستوى صحي ممكن أو التمكن على الأقل من عمل منتج يسهم في الحياة الاجتماعية للمجتمع، ولبلوغ ذلك لابد أن يكون الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية ومستويات النظام الصحي الشامل متاحا لجميع الأفراد.

– أصدرت منضمة الصحة العالمية سنة 1979م استراتيجية لتوفير الصحة للجميع، منطلقها أن مفهوم الصحة لا يقتصر على إنتفاء العجر أو المرض، بل يعنى باكتمال السلامة العقلية، البدنية والاجتماعية، وبلوغ أعلى مستوى صحي ممكن، إضافة لكونها حق من الحقوق الإنسانية، ولا يتأتى ذلك من غير ديناميكية ونسق قطاعي مشارك للقطاع الصحي.

– يرتبط مفهومالر عاية الصحية الأولية بثالوث تخلف الأمم: الجهل، الفقر والأمراض لبلوغ غاية الصحة للجميع. [15]

[14] المرجع نفسه، ص 28.

[15] صفاء توفيق الحاج صالح، **التربية الصحية في مدارس الأساسية**، عمان، مركز ديبونو لتعليم التفكير، 2015، ص.ص 15-16.

المطلب الثاني: تعريف الصحة

يعتبر مفهوم الصحة من أصعب المفاهيم تحديدا وتعريفا في مختلف العأزمة والعصور، فإذا كان لفظ الصحة يدرج للتعبير عن أحوالنا، فإنه لا يفهم بالمطلق لدى العموم بالمدلول والطريقة ذاتها والمسلم به أن الصحة تشغل الاهتمام والبال وعندها يلتقي الإنسان سواء في شكل أفراد أو جماعات إنها مفهوم يدل علىالكينونة و الوجود من ناحية، ومن ناحية أخرى هي مفهوم علمي تم تفسيره عن طريق علوم مختلفة الميادين: بيولوجية، اجتماعية، نفسية وغيرها، فسر إختلاف نظارات التحليل والنتائج المستخلصة حوله، كما أنه مفهوم يتغير من زماكانيا، وفي هذا الصدد ينفي عالم الأحياء **روني ديباس** Rene Dubas وجود مفهوم جامع مانع للصحة، يسانده في ذات التوجه **برغر كوليث** Berger Colette الذي يرى بأن مفهوم الصحة هو نسق و مفترق طرق، تساؤل غير متوقع و دائم ومعنى غني ومفتوح. [16]

الفرع الأول: التعريف اللغوي

عرف مصطلح الصحة عدة تعريفات لغوية

أولا: قواميس ومعاجم العرب

1- معجم اللغة العربية المعاصرة: [17]

- **الصحة كمفرد:** صحة مصدره اللغوي من صح، صح على أو صح لـ، ومن أمثلة ذلك في اللغة عبارات "الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى"، استعاد صحته: تعافى، في صحَّتك: تعني التحيَّة أو تعبير حسن النيَّة.

- **معنى لفظ الصحة في الميدان الطبي:** الصحة تعني الحالةالطبيعيّة للبدن، و قد يقصد بها فرعا من العلوم الطبية يهتم بالبحث في الممارسات الواجبة للوقاية الصحية من كل المؤثرات و حفظ

[16] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع 2012 ص.ص70-71.

[17] أنظر **معنى كلمة "صحة"**، متوفر بالرابط المختصر لموقع عرب ديكت: https://cutt.us/AgnKa، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/15 الساعة 10:23.

الصحة، كما يمكن أن تعني براءةالصِّحَّة: أيشِ هاتتُبَيِّن الحالةالصِّحِّيَّة لأمر معين (أفراد، غذاء أو تجارة وغيرها).

– **معنى لفظ الصحة في متغيرات الفقه:** تعني أن تكون النية، السلوك أو الفعلموافقا للشَّرع وعكسها البطلان، ومن أمثلة ذلك:صِّ حَّة الصَّلاة، البيع،صِ حة الحساب أو العقد: أي خلوه من أسباب البطلان أو الفساد.

2- معجم لسان العرب:

يمكن تلخيص لفظ الصحة في لسان العرب [18] في أهم المعاني التالية:

– خلاف المرض وزوال السقم.
– العلم بدقائق الأمور التي من شأنها الإخلال بالصحة و تعنى بإعادة إحلالها.
– الخلو من العيوب، العاهات، الأسقام، العلل و الأوبئة.
– استصح فلان أي نفض وبرأ من الأمراض التي أصابت بدنه وصح منها، أي عاد كما كان قبلها وأصبح سويا.
– الكمال والبراءة والسلامة من كل ريب، نقص أو عيب.
– الوقاية الصحية من مخالطة بؤر الأمراض و العاهات خشية العدوى.
– ممارسة السلوكات و الأفعال التي من شأنها تعزيز الصحة البدنية و النفسية.

3- معجم الفروق اللغوية

للصحة في اللغة العربية كلمات متقاربة في المعنى، نحاول تفسير لطائف الفروق بينها في النقاط التالية:

- **السلامة والصحة:**

السلامة: التخلص من الآفات.

[18] أنظر **معنى كلمة "صحة"**، متوفر بموقع لسان العرب:
https://www.lesanarab.com/kalima/%D8%B5%D8%AD%D8%AD، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/15 الساعة 11:00.

الصحة: البراءة من كل عيب والبرء من سقم.

- **الصحة والعافية:**

الصحة أشمل من العافية، إذ يقال شيء صحيح إذا كان ملتئم لا كسر فيه، ولا يقال معافا، كما يمكن إستعارة لفظ الصحة في بعض المعاني مثل قول: صححت القول، بينما لا يمكن استعمال لفظ العافية في مثل ذلك، والعافية مصدر فعل عفى وأصلها الترك كقول: عفى عنه أي ترك معاقبته، وهي مقترنة بالمرض و المساس بالصحة كأن يقال: خلقه الله صحيحا معافى، بينما تعني الصحة أكثر من ذلك، ومع ذلك فإنه لا يقال عوفي المرء ولا صح إلا بعد سقم أصابه، أي أن العافية تعني كل ما يتنافى مع الأمراض. [19]

ثانيا: قواميس ومعاجم العجم

1- **قاموس** TRAVAUX:

جاء قاموس TRAVAUX بتعريف للصحة عن جريدة العلماء Journal des savons سنة 1732م، ترى فيه بأن الصحة ليست إلا تكامل وانسجام، تناسق وتوازن عضوي مهما كانت طبيعته المادية (سائل أو صلب).

وفي تعريف آخر يضيفه القاموس، يفيد بأن الصحة هي حالة توازن إكلينيكي (عيادي) ظروف عمل وظيفية مثلى.

2- **قاموس لاروس** Larousse

يعتبر قاموس لاروس Larousse أن لفظ Santé صحة مصدره الكلمة اللاتنية Sanitas وتعني الحالة والوضع الطبيعي لعمل الجسم دون سقم. [20]

[19] أنظر **معنى كلمة "صحة"**، متوفر بموقع عرب ديكت، المرجع السابق، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/15 الساعة 11:18.

[20] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص.ص 71-72.

الفرع الثاني: التعريف الاصطلاحي والإجرائي للصحة

تساعد المواثيق والمنظمات الدولية في اثراء تعريف اصطلاحي وا ٍجرائي للصحة، بحكم خلفياتها ونسقها البنوي والوظيفي، نطاق نشاطها الميداني، غاياتها المتشابكة زمكانيا، وما يضفي صفة المصداقية عليها أساسها الذي يستند إلى أرضية قانونية ومؤسسية تمنحها سلطة تنسيقية وتوجيهية نتطرق فيما يلي لأهم تعريفاتها للصحة.

1- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة

أقر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) في فقرتي 01 و 02 من المادة رقم 25 [21] بالحق لكلٍّ شخص في مستوى معيشي يكفل صحته وعنايته طبيا، وتأمينه من العجز والأمراض والأسباب التي تؤدي إلى موته، إضافة إلى حق الأم والطفل في المساعدة، الرعاية والحماية الإجتماعية في كل الظروف، مصنفا ذلك في خانة الحقوق ذات الطابع الإجتماعي، على غرار: العمل والرفاه، الأكل واللباس، المسكن ومختلف الخدمات الاجتماعية الضرورية.

الحق المرتبطة بالصحة والحقوق الاجتماعية المذكورة في الإعلان هي في الأصل من الحقوق الإنسانية الضرورية لسلامة الصحة.

2- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

بدأت الصيغة التنفيذية للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في جانفي 1976، حظيت الصحة فيه في مواده 07 و 12 بمكانة الحق [22] الذي يكفل للناس التمتع بـ:

- ظروف وشروط عمل مرضية وعادلة صحية وسليمة.
- التمكين بمستوى أمثل من للصحة العقلية والبدنية.

---

[21] "**الإعلان العالمي لحقوق الإنسان**"، إعلان صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1948/12/10، (متاح على شبكة الانترنت: https://www.un.org/ar/udhrbook/pdf/UNH_AR_TXT.pdf)، ص 01.

[22] أنظر مضمون "**العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية**"، متوفر بموقع منظمة الأمم المتحدة: https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/16 الساعة 11:00.

تحقيق ما سبق لا يتأتى إلا بإجراءات وتدابير: خفض وفيات المواليد، الرضع التكفل بالنمو الصحي للطفل، ترقية الصحة الصناعية والبيئية في جميع جوانبها، الوقاية من جميع الأمراض مكافحتها وعلاجها وكذا ضمان العناية والخدمات الطبية في ظروف الأمراض.

ركز العهد على الصحة البدنية والعقلية بوصفه حقا شاملا، يتحقق بالحصول على الرعاية الصحية وكذا محددات الصحة الأساسية مثل: مياه الشرب الآمنة، الصرف الصحي الملائم، مصادر الغذاء الآمنة، الصحية والكافية، المسكن والظروف المهنية والبيئية الصحية.

3- مؤتمر ألما آتا (1978):

تم في المؤتمر ألما آتا الدولي بالإتحاد السوفيتي (سبتمبر / أيلول 1978) المشترك بين منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF ممثلة في مديرها التنفيذي و منظمة الصحة العالمية WHO ممثلة في مديرها العام [23]، التركيز على مفهوم الرعاية الصحية الأولية كمبد أساس لتحقيق غاية توفير الصحة للجميع بحلول سنة 2000، كما أنها أساس جوهري لتنمية صحية تسمح بحياة منتجة إقتصاديا وا إجتماعيا.

4- منظمة الصحة العالمية

حددت منظمة الصحة العالمية (WHO) بداية في دباجة دستورها لعام 1946م تعريفها للصحة بأنها: [24] ليست غاية الخلو من العجز والأسقام فحسب بل هي الوضع المكتمل والسليم للحالة البدنية النفسية والعقلية وكذا الإجتماعية، كما أنها حق تكفله الحكومات بمشاركة جميع الفاعلين في كنف المساواة بين الناس لما لها من بعد إجتماعي.

---

[23] "**المؤتمر الدولي للرعاية الصحة الدولية**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1978/12/10، وثيقة رقم (EB63/21)، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177477/EB63_21_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، ص 3.

[24] "**دستور منظمة الصحة العالمية**"، صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1948/04/07، (متاح على شبكة الانترنت: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/constitution-ar.pdf)، ص 01.

يعتبر هذا التأصيل بمثابة غاية صحية أكثر من كونه تعريفا للصحة، يصعب تحقيقها لسعيها إلى حالة الكمال بين عدة جوانب متشابكة أهمها البدنية، النفسية والعقلية والاجتماعية، بيد أن تعريف العالم بركنز Perkins [25] للصحة إستخدم فيه بدل حالة الكمال، حالة التوازن النسبي للنسق الوظيفي للبدن، التي تنتج عن تكيفه الإيجابي مع العوامل المضرة التي يتعرض لها، تمارسها أجزاء البنية الجسمية للحفاظ على توازن البدن ككل.

رغم ذلك يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة الأكثر اقتباسا وشيوعا، تبنته عديد الدول وقننته في دساتيرها ومنظوماتها القانونية، إلا أنه لا يعتبر شاملا كاملا، بل عرف –ولا يزال– تطورات تراكمية، شمل خلالها عدة مجالات وأبعاد أهمها البيئة، ليصبح معناه حق في حالة التوازن بين الإنسان وبيئتهالصحية بعدما اختُزل في حالة التوازن البيولوجي بين أجزاء البدن. [26]

عرف هذا التعريف تطورا وصولا إلى تأصيل منظمة الصحة العالمية سنة 1978 لمفهوم إستراتيجية الصحة للجميع، تلاها إعلان المنظمة في نفس السنة في مؤتمر ألما آتا بالحاجة إلى نظم رعاية صحية أولية للجميع، كما دخلت في أوقات لاحقة عديد التعديلات على المفهوم [27]، نذكر أهمها:

– إعتبار الصحة مورد للحياة اليومية، وليست هدفا من الحياة، إذ يعتبر هذا التأصيل إيجابيا إلى حد ما يؤكد على الموارد الشخصية والاجتماعية إضافة إلى القدرة الجسدية للفرد، والتنظير لمفهوم الصحة الإيجابية التي تتحقق من خلال وسيلة التمكين، وتحدد درجة الإيجابية من خلال مستوى المشاركة والسيطرة لدى الفرد.

– توسع التنظير للصحة إلى مستوى "تعزيز صحة" الذي أصل له ميثاق أوتاوا للصحة سنة 1986 من خلال تمكين الجميع من رفع درجات السيطرة على محددات صحة، ومن ثم تحسين حالة الصحة.

في تعريف جامع للصحة يمكن القول بأنها حق متساو للجميع في الحصول من طرف كل الفاعلين في مجال الصحة –خاصة الحكومات– على الوقاية من الأمراض ومسبباتها، الخدمات

[25] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، **الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي**، الإسكندرية، دار المعرفة الإجتماعية، 2004، ص 95.

[26] نور الدين حاروش، **المرجع السابق**، ص 73.

[27] شيراز محمد خضر، **ممارسة الصحة العامة**، لندن، دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع، 2022، ص 44.

والرعاية الصحية والتأمين والعلاجات في جميع جوانب الصحة البدنية، النفسية والعقلية، الإجتماعية وغيرها، مع مراعاة الظرف الإقتصادي للفرد وبيئته المحيطة.

أو يمكن القول أنها حالة من التكامل الصحي في جوانب الإنسان كلها (بدنية، عقلية ونفسية وغيرها)، تتحقق من خلال إجراءات وتدابير تشاركية تمكن الجميع دون تفاوت أو عسر مادي من حق الوقاية في حالة الصحة، والرعاية والعلاج والتداوي بما لا يضر الجسم في حالة المرض، يسبقه إلتزام يبدأ به الفرد على نفسه بتجنب كل ما يضره و يمرضه للحفاظ على صحته، بغية تحقيق معادلة تنمية صحية مستدامة، شاملة وآمنة، تضطلع بها منظومة صحية متناسقة بنيويا ووظيفيا بالكفاءة والجودة اللازمين، يساهم فيها جميع الفاعلين في جميع المستويات.

الفرع الثالث: النماذج التنظيرية للصحة

يلخص الجدول التالي النماذج التنظيرية للصحة مع التطور الزمني:

الجدول (1): *ملخص النماذج التنظيرية للصحة.*

النموذج	التعريف
1. النموذج الطبي	غياب المرض او العجز
2. نموذج (OMS)	حالة اكتمال السلامة البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية وليس فقط مجرد انعدام المرض أو العجز
3. نموذج الرفاهية	تعزيز الصحة، الطاقة، الراحة، تكامل العقل والجسد والروح
4. النموذج البيئي	التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة، توازن خالي من الألم غير المبرر وعدم الراحة أو العجز

المصدر: (بومعراف إلياس و صاولي مراد، **محددات الصحة لدول المغرب العربي – دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014)**-، مجلة الدراسات الإقتصادية والمالية، بجامعة حمة لخضر الوادي، العدد 02 (المجلد 10) 2017/04/10، ص 196).

شرح هذه النماذج التنظيرية في التفاصيل التالية:

أولا: النموذج الطبي

ساد هذا النموذج خلال القرن 20 في المجتمع الطبي، حيث ينظر من خلاله إلى البدن على أنه جهاز أو آلة لا يمكن مباشرة عملية تصليحها إلا إذا تعرضت إلى عطب أو خلل، من خلال الرجوع إلى علاج الأمراض البدنية المحددة في مصادر ومراجع الطب الباطني. [28]

لا يربط النموذج الطبي بين المشاكل الصحية العديدة، المتنوعة والمتشابكة إجتماعية كانت أو نفسية أو مشاكل صحية أخرى ناجمة عنها، وبالتالي يغفل عاملين مهمين في معادلة الصحة، ألا وهما: عامل التأثير و وعامل الوقاية، مقتصرا في نظره للصحة في ثنائية وجود المرض من عدمة.

[28] عبد العزيز الدايل، **الأجهزة الرياضية المنزلية لتطوير الصحة واللياقة البدنية**، م ع السعودية، الإتحاد السعودي للتربية البدنية والرياضة للجميع، 2017، ص 08.

ثانيا: النموذج الشامل

يتمظهر النموذج الشامل في تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة في دستورها سنة 1948 بإعتبارها ليست غاية الخلو من العجز والأسقام فحسب بل هي الوضع المكتمل والسليم للحالة البدنية النفسية والعقلية وكذا الإجتماعية، كما أنها حق تكفله الحكومات بمشاركة جميع الفاعلين في كنف المساواة بين الناس لما لها من بعد إجتماعي. [29]

هذا التنظير يشكل تأصيلا شاملا عن مفهوم الصحة، إلا أنه يشكل صعوبة وتعقيدا في عملية قياس مستوى الرفاه وتحديد حالة الرفاه الصحية، لأنها ببساطة مقترنة بحالة حسية وشعورية ذاتية عن الوضع النفسي والبدي.

أفكار هذا التنظير تختلف بشكل كبير مع ما يفضله النموذج الطبي من مؤشرات موضوعية كما أنه أغفل الأمراض الجسدية والأعراض الصحية، لذا يعد نموذجا تنظيريا غير موسع عن الصحة وهو ما يفسر المساعي الدائمة والمتواصلة لتوسيع زوايا النظر للصحة.

ثالثا: نموذج العافية

يتمثل هذا التنظير في مبادرات المنظمة العالمية للصحة من خلال ميثاق أوتاوا للصحة سنة 1986 لتحقيق مبدأ الصحة للجميع من خلال تعزيز الصحة، ينظر للصحة من خلاله إلى مدى مقدرة الأفراد والمجتمعات على تلبية الاحتياجات وتحصيل الطموحات، والقدرة على التكيف والتعامل مع البيئة دون تفاصيل حول أية محددات بعينها. [30]

يقصي هذا التنظير الغاية الحياتية للصحة وا ٍختزالها في كونها وسيلة أو آداة.

رابعا: النموذج البيئي

يتجسد هذاالنموذج في تنظير منفتح وديناميكي للصحة، إذ يعتبرها مكو ِنا يتشكل من متغيرات وعناصر داخلية مرتبطة بالفرد وخارجية مرتبطة بالبيئة، رغم أن هذه المتغيرات والعناصر المكونة

[29] المرجع نفسه، ص 08.

[30] المرجع نفسه، ص 09.

للصحة يتعامل معها ككيانات منفصلة، إلا أنها تشكل بناء مترابط من الأجزاء التي لا يمكن فصلها لتشكل في نهاية المطاف نسقا صحيا من العناصر والوظائف. [31]

في تمثيل لرؤية النموذج البيئي للصحة: إذا تعرض رياضي في أوج لياقته البدنية والتقنية إلى مشاكل وصعوبات اجتماعية، فإن حالته الصحية ستتأثر، ولن تكون في صورتها الطبيعية والمثلى، ما سينعكس بالتأثير السلبي على آدائه ونتائجه وأبعادها، وذلك ما يفسر تشابك المتغيرات والعناصر المكونة للصحة وتكاملها في النموذج البيئي.

[31] بومعراف إلياس و صاولي مراد، **محددات الصحة لدول المغرب العربي – دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014)**-، مجلة الدراسات الإقتصادية والمالية، بجامعة حمة لخضر الوادي، العدد 02 (المجلد 10) 2017/04/10، ص 196.

المطلب الثالث: أنواع ومستويات الصحة والعوامل المؤثرة

يتم التفصيل في هذا الجزء من البحث في أهم أنواع الصحة ومستوياتها، إضافة إلى أبز العوامل المؤثرة على الحالة الصحية.

الفرع الأول: أنواع الصحة

ساهم تعدد التأصيلات التعريفية والتنظيرية لمفاهيم الصحة في تحديد أنواع عديدة منها، إلا أن أهمها والأكثرها تداولا في جل الأدبيات التي تعنى بالشأن الصحي في شتى المجالات المعرفية والعلمية تطرقت على أنواع الصحة التالية:

أولا: الصحة الجسدية

في الميدان الفسيولوجي، يكون الإنسان السليم قادرا على التكيف مع الظروف المتغيرة للحفاظ على التوازن البدني، وتتحدد الحالة الصحية السليمة من خلال [32]:

- تقليل احتمالية الإصابة بكل ما من شأنه التأثير سلبا على الحالة الصحية السليمة للإنسان.
- استعادة التوازن والتكيف السريع، وهذا بعد مواجهة صعوبات أظهور أعراض الإصابة.

إذا لم تنجح إستراتيجية المواجهة الفيزيولوجية هذه، يكون المآل الإصابة والتحول من الحالة الصحية إلى المرضية.

ويرى آخرون بأن الصحة الجسمية هي اكتمال نمو أعضاء الجسم وتكاملها (نسق بنيوي ووظيفي)، سلامتها، إنعدام الأمراض والعيوب فيه وقوة مناعة الجسد في مواجهة المخاطر الصحية المتنوعة والعديدة، أساس هذه الصحة الجسمية هو معادلة: الغذاء الصحي المتوازن والرياضة البدنية.[33]

[32] Huber, M. A. S, Towards a new, dynamic concept of health : Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food, Doctoral Thesis, Maastricht University, 2014/2015, p.p 48-49, DOI: 10.26481/dis.20141217mh

[33] محمد زياد حمدان، **صحة الأسرة الوقائية والعلاجية**، دمشق، دار التربية الحديثة، 2015، ص 14.

هناك من يصطلح على الصحة الجسمية بالصحة الفردية:

وتشمل كل ما يرابط بصحة الفرد ونموه بدني وحركي، تغذية، فحوصات واختبارات طبية نشاطات ترفيهية لغاية تحقيق التوازن النفسي، البدني، وتحسن الحالة الصحية والإجتماعية. [34]

ثانيا: الصحة النفسية

في الميدان النفسي، يطلق العالم "أنتونوفسكي" Antonofsky (عالم في علم الإجتماع الطبي متخصص في البحوث الإجتماعية التطبيقية، ولد بالولايات المتحدة الأمريكية، عاش بين 1923-1994) وصف "الإحساس بالتماسك" في نظريته الموسومة بمشاعر التماسك (sense of coherence) بأنه: مقدرة الإنسان على فهم الضغوطات ثم المواجهة الفعالة لها باستخدام موارده النفسية (الوضوح، ملكة التدبير وفهم معنى الحياة)، مما يحقق له توازن نفسيا و صحيا. [35]

في أغلب الأحيان تحقق قدرة الإنسان على التكيفـالجيد مع المواقف وا ٍدارة النفسية بجودة مثلى إلى تعزيز الرفاه الذاتي و إحداث تناسق متفاعل إيجابيا بين البدن والعقل، والمثال على ذلك: التجارب الطبية والصحية الإيجابية التي أحدثها العلاج السلوكي المعرفي على مرضى متلازمة التعب المزمن (إدراك الآثار الإيجابية للرفاه الصحي) في تحسن جزء من الجهاز العصبي المركزي (زيادة المادة الرمادية في الدماغ).

هناك من يطلق عليها اصطلاح **الصحة العاطفية – وصحة الانفعالات** و هي [36]:

مقدرة الناس على شعورهم وا ٍحساسهم بإنفعالاتهم وعواطفهم، وترجمتها المناسبة حسب كل موقف، بسلوكات وأفعال متحكم فيها بما لا يسبب الأذى للآخرين (حسن تدبير الأحاسيس، الضغوط و الأفعال)، ينعكس ذلك بشعور يغذي الإحساس بالإنسانية وفهم الذات والتفاعل الجيد مع المحيط الإنساني.

[34] يوسف لازم كماش وآخرون، **الصحة و التربية الصحية**، عمان، دار الخليج، 2015، ص.ص 22-23.

[35] Huber, M. A. S, Op.cit, p 49

[36] محمد زياد حمدان، المرجع السابق، ص 28.

كما يصلح عليها بالصحة الروحية التي لها علاقة بالإنتماء، القناعة، الصدق بممارسة المعتقدات التي تترجم في سلوكات وأفعال الناس غير المتناقضة أو المتصارعة، وا ٍنعكاس ذلك على الشعور بالرضا والسعادة. [37]

ثالثا: الصحة الإجتماعية

المقصد من الصحة الاجتماعية واسع ومتشابك، يمكن توضيحه في مقدرة الناس على التكيف (إستراتيجية تأقلم) مع المتغيرات المختلفة للبيئة الاجتماعية والمؤشرات الصحية المتاحة، يحقق لهم مستوى من الشعور، الانتماء، الرضا والتفاعل المجتمعي الإيجابي، ينعكس بدوره على الآداء الصحي للجسم والعقل.

أظهر تقييم برنامج الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة في ستانفورد: بأن تحسن صحة المصابين بالأمراض المزمنة كان بفضل تلقيهم للرعاية اللازمة وفهم الأسلوب الأمثل لإدارة حياتهم المرضية إضافة إلى خفض تكاليف الرعاية الصحية. [38]

زيادة على هذه الأنواع الأساسية للصحة، هناك من أضاف واهتم بأنواع أخرى للصحة مهمة أيضا، أهمها:

رابعا: الصحة العقلية

هي مقدرة الناس على التفكير واتخاذ القرار الأمثل في الأوقات والمواقف المناسبة، ويعتبر ذلك مؤشرا للصحة العقلية التي تمكنهم من التكيف مع البيئة المحيطة وظروفها.

فمن يملك دماغا صحيا من الناحية الفسيولوجية والتناسق الحيوي في عمليات الذاكرة وأنواعها ترتفع لديه مؤشرات التأهيل في الصحة عقلية، خاصة عند حسن استغلاله في الوقت والمواقف المناسبة. [39]

[37] المرجع نفسه، ص 24.

[38] Huber, M. A. S, Op.cit, p 49

[39] محمد زياد حمدان، المرجع السابق، ص.ص 21-22.

خامسا: الصحة البيئية

هي التدبير الجيد مع الحيز المكاني غير المحدود الذي يستعمله الناس أو يعيشون فيه (الحيز النفسي، الاجتماعي، المادي وغيره) بغية البقاء، الاستمرار والازدهار في الحياة، والتكيف مع جميع البيئات المحيطة (الجوية، البرية والمائية) التي من شأنها التأثير على الصحة سواء بالسلب والإيجاب مثل: الآثار المتشابكة لكارثة محطة تشيرنوبيل للطاقة النووية سنة 1986 خاصة على التلوث البيئي والصحة العالمية، كما يؤثر التمكين من بعض المؤشرات البيئية الصحية (سلامة الغذاء، نقاء الهواء) حيث تعد المحافظة على البيئة المباشرة وغير المباشرة للإنسان مسؤوليات مشتركة وتضامنية. [40]

تشمل الصحة البيئية كل عوامل البيئية المحيطة بالإنسان، التي من شأنها التأثير المباشر أو غير مباشر عليه منذ بداية حياته ككائن حي، كما تساهم الصحة البيئية في القضاء على المخاطر والصعوبات الصحية للفرد وذلك لارتباطها بالعوامل الاجتماعية (مراقبة الموارد المائية، العناية بالطعام والغذاء وغيرها)، إضافة إلى مساهمتها في تحديد مواصفات الإنسان، نموه ودرجة نضجه. [41]

سادسا: الصحة المهنية

الصحة المهنية أو الوظيفية تبدأ بقناعة الشخص في الوظيفة أو المهنة أو العمل الذي إختياره والذي يلبي ميولاته النفسية كالرضا والولاء الوظيفي، الإقتصادية كالعائد والكفاف المادي وعدم الحاجة و الاجتماعية كتقدير الذات، التقدير المجتمعي، السعادة الأسرية وغيرها.

كما تؤثر عوائد الصحة المهنية على مكونات الأسرة في رفع مؤشرات الإستقرار، الرفاه والأمل وهذا ينعكس بدوره إيجابيا على المجتمع و الجانب الإقتصادي للدولة ككل. [42]

[40] المرجع نفسه، ص.ص 32-33.

[41] يوسف لازم كماش وآخرون، المرجع السابق، ص.ص 22.

[42] محمد زياد حمدان، المرجع السابق، ص.ص 32-33.

الفرع الثاني: مستويات ودرجات الصحة

توصف درجات ومستويات الصحة بأنها نسبية و لا يتحدد قياسها بسهولة، نظرا لتشابك خلفياتها، ظروفها وأبعادها، حيث اتفقت جل الأدبيات التي لها علاقة بالشأن الصحي بأن أهم درجات ومستويات الصحة هي:

أولا: الصحة المثالية

وهو مستوى المثالية ودرجة التكامل البدني والنفسي والاجتماعي للصحة، من النادر جدا بلوغ هذه الدرجة من الحالة الصحية، إلا أنها تبقى غاية بعيدة ضمن المخططات والبرامج البرامج الصحية في كل المستويات سعيا للوصول إليها وتحقيقها. [43]

وهو المستوى الذي تضمنه دستور منظمة الصحة العالمية للصحة بإعتبارها ليست غاية الخلو من العجز والأسقام فحسب بل هي الوضع المكتمل والسليم للحالة البدنية، النفسية والعقلية وكذا الإجتماعية، كما أنها حق تكفله الحكومات بمشاركة جميع الفاعلين في كنف المساواة بين الناس لما لها من بعد إجتماعي، وهذا درجة من الصعوبة بما كان أن يحققها الجميع بنفس الفرص.

ثانيا: الصحة الإيجابية

هي الدرجة التي تتوفر فيها لدى الأفراد والجماعات طاقة صحية إيجابية، تمكنهم من مواجهة الصعوبات،المشاكل، والمؤثرات النفسية، البدنية والاجتماعية، دون ظهور علامات وأعراض المرض أو العجز. [44]

كما ينظر لها بأنها ما يتوفر لدى الفرد مخزون من الإمكانات والقدرة الصحية التي تساعده على تجاوز مختلف المواقف المتنوعة التي من شأنها التأثير على صحته. [45]

[43] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 96.

[44] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص 13.

[45] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 96.

على سبيل المثال حسب هذا التحليل فإنه إذا واجه لاعب كرة القدم فريقا قويا، حينها يلجأ اللاعب إلى احتياط اللياقة البدنية والتحضير النفسي والذهني لديه للتعامل مع الموقف دون أعراض بدنية، نفسية أو اجتماعية سلبية.

إلا أن الطاقة الصحية الإيجابية المقصودة في هذا المستوى هي ما يمنح الإنسان تفاؤل، وروحا داخلية تكسبه شعور بالإرتياح النفسي، وشعورا بطاقة تدفعه إلى حياة أفضل وقدرة على مجابهة كل العقبات والتحديات وتخطيها، وهي تعتمد بالإساس على ايجابية التفكير، وتحييد من الذهن كل الأفكار السلبية، كما أنها طاقة مكتسبة، من أهم مواردها التنشئة والإعداد السليم.

ثالثا: سلامة متوسطة

هو المستوى الصحي الذي لا يتوفر فيه لدى الأفراد والجماعات طاقة إيجابية صحية، حيث لا يتمكنون من مواجهة الصعوبات، المشاكل، والمؤثرات النفسية، البدنية والاجتماعية التي يتعرضون لها فتظهر عليهم علامات وأعراض المرض أو العجز. [46]

في هذا المستوى يخلو الناس من الأمراض والعجز، إلا أن افتقادهم لمخزون الإمكانات والقدرة الصحيةيجعل من مرضهم وا إصابتهم بأزمات صحية سهلا مع أول صعوبات يواجهونها.

تمثل الدرجات والمستويات الصحية السابقة حالة الصحة السليمة طبيا والتي لم تصيبها الأمراض بعد.

رابعا: المرض غير الظاهر

لا يشكو الفرد في هذا المستوى من أي مرض، إلا أنه قد تظهر عليه أعراض حالة المرض بعد إجراء باختبارات معينة أو بظهور علامات خاصة، ويسمى بمرض المرحلة المبكرة للمرض الكامن [47] مثل: الصداع وسيلان الأنف وغيرها من الأعراض والعلامات الأولية للإصابة بفيروس كوفيد-19.

[46] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص 14.

[47] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، 2004، ص 96.

خامسا: المرض الظاهر

يشكو الفرد في هذا المستوى من المرض بعد ظهور أعراض وعلامات الحالة المرضية وا ٍحساسه بها، وتؤكدها الاختبارات الطبية [48]، مثل: فقدان حاسة الشم، ضيق التنفس، حمى، آلام في العضلات والمفاصل وغيرها من الأعراض والعلامات المرض الظاهر بفيروس كوفيد-19، تؤكدها التحاليل والإختبارات، يسعى بعدها الناس لطلب العلاجات والأدوية.

سادسا: مستوى الاحتضار

تسوء حالة الفرد الصحية في هذا المستوى إلى درجة كبيرة، تصبح فيها فرص استعادة المريض لدرجات التوازن والاستشفاء الصحي الطبيعية أو المقبولة صعبة.

إذا لم تقدم الرعاية العلاجية المناسبة للمريض في هذا المستوى، فإن وضعه الصحي سيتدهور ويموت، ويتوقف ذلك على درجة خطورة المرض وعوامل أخرى: كعمر المريض، حالته الصحية قبل المرض، جودة الخدمات الصحية وغيرها. [49]

[48] عبد القادر سمير و السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص 14.

[49] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 96-97.

الفرع الثالث: العوامل المؤثرة في الصحة

توجد عديد الدراسات التي درست مختلف العوامل التي تؤثر في الصحة، سواء بصورة مباشر أو غير مباشرة، والتي لها من أهمية بما كان على حياة الناس، وتعتبر أغلب العوامل سلاح ذو حدين، إستغلالها الصحيح ينعكس بالأثر الإيجابي على الصحة، والتعامل معها على الوجه الخاطئ ينعكس بالأثر السلبي على الحالة الصحية، ومن العوامل المهمة المؤثرة على الصحة نذكر:

أولا: عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض

يقصد بالمسبب النوعي: المادة، القوة، العنصر أو الكائن حيا كان أو غير ذلك، والذي في وجوده أو عدمه قد تبدأ الحالة المرضية أو تستمر [50]، وتشمل أهم المسببات النوعية للمرض في [51]:

1- مسببات الحيوية:

وهي المسببات الحية التي تكون سببا في الامراض المعدية، ومن أهمها المسببات من أصل عالم الحيوان، وهي عبارة عن أمراض معدية تقفز للإنسان من غير الإنسان، وقد تكون أسبابها فيروسية، طفيلية أو بكتيرية، أو بسبب مخالطة مباشرة أو غير مباشرة عن طريق المياه، البيئة أو الغذاء، أو الماء، وتشكل الأمراض من أصل حيواني النشأة نسبة معتبرة من مجموع الأمراض المعدية التي تم إكتشافها، والتي يمكن بتفشيها حدوث جوائح مثل فيروس إيبولا وداء السلمونيلات وغيرها، إضافة إلى مسببات أخرى من من أصل عالم البدائيات وعالم الفطريات كالفطريات والبكتريا والفيروسات.

2- **مسببات كيميائية:** قد تكون هذه المسببات خارجية عن الجسم ومصدرها البيئة، مثل: التعرض للفوسفور ومركبات الرصاص، وقد يكون منشؤها داخلي في البدن، مثل: المواد التي تتكون في تركيبة الدم بفعل بعض الأمراض كالبول السكري مثلا.

---

[50] المرجع نفسه، ص 133.

[51] أنظر موضوع فريق مركز وسائل الإعلام لمنظمة الصحة العالمية بشأن **الأمراض الحيوانية المنشأ**، في 2020/07/29، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/17 الساعة 14:23.

3- مسببات غذائية:

يصاب الإنسان ببعض الأمراض التي تكون نتيجة نقص أو زيادة في بعض الأغذية في الجسم مثل: البروتينات والدهون، المعادن والفيتامينات والماء، فضلا عن كونها أغذية صحية و بيولوجية بالأساس.

إضافة إلى مسببات أخرى [52]:

4- مسببات طبيعية وميكانيكية:

المسببات الطبيعية مثل عوامل الرطوبة، البرودة والحرارة وغيرها، ما الميكانيكية مثل: الأعاصير، الزلازل والفيضانات وغيرها.

5- مسببات وظيفية:

هي حالة طبية تتميز بحدوث عدم إتزان في النتسق الوظيفي العادي لأحد الوظائف البدنية ومثيلتها حدوث إختلال في هرمونات الجسم كالتي تفرزها الغدة الدرقية.

6- مسببات نفسية واجتماعية [53]:

تؤدي إلى إختلالات وا ضطراب في التحكم بالمشاعر، السلوكات والتفكير، ومن أمثلة ذلك الضغط النفسي، الإدمان و عدو الرضا الوظيفي وغيرها.

ثانيا: عوامل تتعلق بالإنسان العائل (المضيف)

في العلوم الطبية والحيوية العائل هو عنصر حي، يأوي كائنا متعايشا، متقايضا أو طفيلي حيث تقاوم العوامل المتعلقة بالإنسان العائل المسببات النوعية [54]، وتتكون من أهم العناصر التالية:

[52] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، 2004، ص 134.

[53] Huber, M. A. S, Op.cit, p 49

[54] Grutter, Alexandra S, « Cleaning symbioses from the parasites' perspective», In Parasitology, Volume 124, Issue 7, October 2002, pp. 71, DOI: https://doi.org/10.1017/S0031182002001488

1- المقاومة الطبيعية غير النوعية:

تحظى بمكانة الخط الأول للدفاع ضد الإصابات بالعدوى، من خلال سرعة حدوث الاستجابة المناعية، لا تتمتع بذاكرة ولا تمنح حصانة طويلة ضد أسباب المرض، كما أنها ليست محددة للأمراض، وتتخذ عدة أشكال مثل: المقاومة الآنية (افرازات الغشاء المخاطي)، حموضة الإفرازات (الحموضة المعوية)، خلايا المقاومة (الخلية البلعمية) إضافة إلى الدم والبلازما القادرة بمساعدة مواد خاصة على مواجهة المسبب النوعي للمرض.

2- المناعة النوعية

وهي المناعة في مواجهة مرض محدد، يمكن أن تكون مناعة مكتسبة بصورة طبيعية كمناعة المولود الذي يكسبها من والدته، أو بعد إصابة الأطفال بعدى تفاعل مع مسبباته النوعية الجديد الذى يكتسبها عن طريق أمه، أو مناعة إنجابية عن طريق تعرض الطفل للعدوى وتفاعله مع المسببات النوعية)، كما يمكن أن تكون مناعة مكتسبة بصورة صناعية عن طرق الحقن والأمصال التي يتفاعل معها البدن بتكوين الأجسام المضادة. [55]

3- عوامل الوراثة الجينية

يرث الإنسان الصفات من كلا الوالدين بواسطة الجينات، كبعض الأمراض أو الاستعداد لأمراض أخرى مثل أمراض السكري وضغط الدم وغيرها. [56]

4- عوامل اجتماعية

وتشمل في الغالب التقاليد والعادات والثقافة، خاصة ما تعلق منها بالغذاء والطعام وأسلوب تجهيزه، مثل أكل اللحوم النيئة أو غير المطبوخة جيدا، شرب الألبان غير المعقمة وغيرها، إضافة إلى الثقافة الجنسية و الممارسات المتعلقة بالصحة الشخصية خاصة النظافة. [57]

[55] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 135.

[56] يوسف لازم كماش وآخرون، المرجع السابق، ص 35.

[57] إبراهيم عبد الهادي المليجي وسلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 136.

5- السن والنوع والجنس

يرتبط الإصابة ببعض الأمراض بسن معين كالطفولة (اضطرابات البكاء والنوم والرضاعة) أو المراهقة، والشيخوخة لدى كبار السن، كما توجد أمراض تصيب الذكور وأخرى تصيب الإناث بصفة خاصة.

ثالثا: عوامل تتعلق بالبيئة

البيئة هي جملة العوامل والمسببات الخارجية المؤثرة في الفرد العائل للأمراض، ومنه تعتبر المسببات النوعية جزء من البيئة التي تؤثر بدورها في التفاعل بين الفرد العائل للأمراض والمسبات النوعية.

وتتكون البيئة من عدة مجالات أهمها: البيئة الطبيعية (المناخ، الارتفاع عن سطح البحر، نوع التربة وغيرها)، بيئة بيولوجية (التنوع الحيواني والنباتي) وكذا بيئة اجتماعية وثقافية أساسها العلاقة التفاعلية بين الفرد والمجتمع (كثافة السكان، توزيعهم، مستوى التعليم، درجة الرفاه الإقتصادي) إضافة إلى الاستعدادات الطبيعية والصحية (مدى توفرها والإقبال عليها رقابةً، كشفا وعلاجا). [58]

[58] المرجع نفسه، ص 36.

المبحث الثاني: مفهوم السياسات العامة الصحية

شكلت السياسة العامة جدالاً موضوعاتي ومفاهيمي لدى الباحثين في ميدان العلوم الإجتماعية وهو ما يفسر تعدد المفاهيم والتعريفات حولها والإحاطة بزواياها المتشابكة عددا ونوعا.

المطلب الأول: مفهوم السياسة العامة

سيتم خلال هذا المطلب تحديد مفهوم السياسات العامة من خلال التطرق إلى المنظورات الفكرية الحديثة والفاعلين في صنعها ثم مراحل صنعها وأبعادها.

الفرع الأول: التعريف و المنظورات الفكرية الحديثة

أولا: تعريف السياسة العامة

للإحاطة بزوايا مفهوم السياسة العامة، يمكن تسليط الضوء على التعريفات التي أضفت عليه جوانب التشريع، الصبغة التنفيذية وكذا جانب الترابط السلطوي، هذا الأخير الذي مزج بين سلطات الدولة خاصة سلطتي التشريع والتنفيذ، حيث أن:

– **السياسة العامة وفق الإطار التشريعي:** هي شكل معالم الأسس الضابطة لأسلوب وطريقة الوصول إلى الأهداف العامة، وهو بمثابة الكاشف والدليل الذي تسترشد به أجهزة الحكومة للرقي بخططها وبرامجها. [59]

– **السياسة العامة وفق الإطار التنفيذي:** يقصد بها كل ما تقوم به الحكومة –أو من يمثلها– من قرارات أو أفعال تدخل في الشأن المجتمعي وا إيجاد حلول للمشاكل الداخلية والخارجية للدولة. [60]

– **السياسة العامة في إطار الترابط المؤسسي:** هي نتاج تفاعل كل سلطات الدولة خاصة التشريعية والتنفيذية لمواجهة مشاكل وقضايا المجتمع، لتصبح السياسة العامة عبارة عن نوايا الحكومة التي تم التعبير عنها وسنها في تشريعات، ثم تمت المصادقة عليها وا إكتسابها صفة الصيغة التنفيذية سارية

[59] يزن خلوق محمد ساجد، **السلطة التشريعية وصنع السياسة العامة في النظام البرلماني (دراسة مقارنة)**، عمان شركة دار الأكاديميون، 2021، ص 40.

[60] وصال نجيب العزاوي، **السياسة العامة دراسة نظرية في حقل معرفي جديد**، بغداد، مركز الدراسات الدولية، 2001، ص 16.

المفعول، وتتم هذه العملية بين السلطتين التنفيذية والتشريعية، هذه الأخيرة تقوم علاوة على ما سبق بتحديد الجهات المسؤولة عن التنفيذ وتخصيص الموارد الكفيلة بذلك لتحقيق الأهداف المسطرة. [61]

فالسياسة العامة تتم صياغتها إما لبلوغ أهداف، إشباع حاجات أو سن قيم، كما تعد نهجا مؤطرا لأداء حكومي يقوم على تشخيص المشاكل المهددة للعامة، إيجاد الحلول واتخاذ القرار حيالها، تنفيذ الخطط والبرامج وتقييم حصائل ذلك الآداء. [62]

رغم تعدد التأصيل التعريفي لمصطلح السياسة العامة على غرار غيره من مصطلحات العلوم الإنسانية والإجتماعية، إلا أنها تتلخص في كونها عملية البرمجة والتخطيط وتسطير الغايات المحددة لآداء النظام السياسي في نطاق زماني محدد، يعبر عنها في شكل قرارات، أحكام قضائية أو لوائح وقوانين، لتشمل تحديد الأهداف ووسائل تحصيلها. [63]

من خلال ما سبق من تعريفات لمصطلح السياسة العامة، فإنها تتسم بكونها: نشاط هادف ومقصود ذو طابع مجتمعي شمولي، تتم في اطار تنظيمي محدد له صفة دستورية قانونية مكتوبة كانت أم غير مكتوبة، تتميز بالواقعية والعقلانية، الإستمرارية والتجدد. [64]

ثانياً : المنظورات الفكرية الحديثة

حاول المفكرون بمختلف تخصصاتهم العلمية ربط مفهوم السياسة العامة بقضايا ومشكلات الشأن العام المجتمعي ومجالاته المختلفة، وبسبب صلة القضايا المجتمعية وتشابكها، اختلفت وتباينت، منطلقاتهم، مواقفهم، آرائهم ووجهات نظرهم حول مفهوم السياسة العامة، ومن أهمها [65]:

---

[61] عبد الفتاح ياغي، **السياسات العامة النظرية والتطبيق**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010، ص 05.

[62] يزن خلوق محمد ساجد، المرجع السابق، ص 41.

[63] ريتشارد هيجوت، **نظرية التنمية السياسة**، عمان، المركز العلمي للدراسات السياسة، 2021، ص 253.

[64] ثامر الخزرجي، **النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة معاصرة في إستراتيجية إدارة السلطة**، عمان دار مجدلاوي، 2004، ص.ص 31-32.

[65] فهمي خليفة الفهداوي، **السياسية العامة منظور كلي في البيئة والتحليل**، عمان، دار الميسرة، 2001، ص. ص 32-34.

1- السياسة العامة من منظور ممارسة القوة

تفسر القوة حسب هذا المنظور في ثنائية القدرة في التأثير المتميز على البيئة الخارجية ومصدر تلك القدرة (مال، علم، علاقات أو إكراه وغيرها).

توسع التعريف لعلم السياسة حسب رواد هذا المنظور من "هارولد لاسويل" الذي إعتبرها: ممارسة التأثير بمصادر القوة في آداء مهام توزيع المكتسبات المجتمعية وتقاسم النفوذ، إلى "مارك ليندنبيرك" و"بنيامين كروسبي" حين منحاها صبغة ميدانية وعملية، ديناميكية وبراغماتية، بوصفها نسق منظم وديناميكي للمساومة والمبادلة.

منظور القوة يؤصل لقدرة النخبة في تحصيل القيم المهمة من خلال التأثير، ويفسر السياسة العامة في كونها أفكار وممارسات المسؤولين في مؤسسات النظام السياسي، و يمثل هذا المنظور نموذجي الجماعة والنخبة في عملية صنع السياسة العامة.

إلا أن هذا المنظور إختزل متغير القوة المتداول في الأدبيات السياسة وغيرها كمفسر وحيد للنسق البنائي والوظيفي لنطاق لسياسة العامة.

2- السياسة العامة من منظور الحكومة

يصف هذا المنظور الحكومة بأنها السلطة الممارسة لمفهوم السيادة الداخلية والخارجية، فضلا عن كونها بنية تنظيمية من أجهزة ومؤسسات تشريعية، تنفيذية وقضائية متناسقة، تمارس عملية رسم السياسات العمومية واتخاذ القرارات.

يستوعب هذا المنظور طبيعة الحكومة المفصل والديناميكي، إلا أن السياسة العامة وبيئتها لا تختزل فقط فاعل الحكومة، و يمثل هذا المنظور النموذج المؤسسي في عملية صنع السياسة العامة.

3- السياسة العامة من منظور تحليل النظام

يفسر النظام حسب هذا المنظور في كونه مجموعة أجزاء و وظائف تشكل فيما بينها وحدة بنوية ووظيفية كلية متناسقة ومنتظمة.

من أبرز رواد هذا المنظور دافيد إستون، جابريل الموند، ميشيل روسكن وغيرهم ممن ينظر للسياسة العامة كنتيجة متحصلة من تفاعل البيئة الشاملة للنظام السياسي، نتيجة إستغلال ومعالجة طلبات المواطنين (المدخلات) التي تتمظهر في شكل أنظمة وعمليات وقرارات سلطوية (مخرجات) تستعين بتقنية رصد رد الفعل (تغذية راجعة) لغاية تقويم الساسة العامة، ويعد هذا المنظور أيضا نموذجا يصطلح عليه بنموذج النظم كأحد أهم نماذج صنع السياسة العامة وأكثرها إستخداما في الميدان السياسي والدراسات التحليلية المرتبطة به.

الفرع الثاني: الفاعلين في صنع السياسة العامة

يصنف صناع السياسة العامة الرئيسيين إلى رسميين وغير رسميين [66]، نذكر أهمهم فيما يلي:

أولا: الفاعلين الرسميين في صنع السياسة العامة

هم الفئة التي تحوز وتملك سلطة قانونية لعملية صنع السياسات العمومية، ومن أهمهم:

1- **السلطة التشريعية**

هي الجهة المشرعة للقوانين والتشريعات، تتشكل منها المجالس البرلمانية والتشريعية في الدولة إضافة إلى أدوار النقاش والتشاور، إقتراح التعديلات والمصادقة على مشاريع السياسة العامة.

2- **السلطة التنفيذية**

هي الجهة المكلفة بتنفيذ التشريعات والقوانين وعن آداء الحكومة وتصريف أعمالها، ويمثلها المسؤولون السياسيون.

3- **السلطة الإدارية**

هي المنظومة الإدارية أو الجهاز البيروقراطي الذي يتشكل من الإدارات والمؤسسات الحكومية وموظفيها، التي تؤثر على عملية صنع السياسات العمومية، و من أهم هذه الإدارات: الجهاز القضائي الذي يساهم بدوره في السهر على التفسير القانوني السياسات الجديدة، دستوريتها، الرقابة والتنفيذ القانوني.

ثانيا: الفاعلين غير الرسميين في صنع السياسة العامة

هم الفئة التي تملك من الصفة ومصادر القوة والتأثير (مال، مكانة ..إلخ) ما يمكنها من ممارسة الأدوار في صنع السياسات العمومية والمشاركة فيها، رغم فقدانها للسلطة القانونية الملزمة في ذلك، ومن أهم تلك الفئات:

[66] المرجع نفسه، ص 215-229.

1- **المواطنون**

تعتبر أفكار ونظريات المواطن الخاصة أساسا لبعض السياسات العامة مثل فئة الأكاديميين (النظرية الإقتصادية)، كما يشارك المواطن في تأثيره على مستوى السياسات العمومية [67] عن طريق الإنتخابات:التصويت، التعديلات الدستورية وا ٍختيار ممثليهم على مستوى الهيئات التشريعية.

2- **الأحزاب السياسية**

تؤثر الأحزاب في الساسة العامة من حيث إمتلاكها لقاعدة شعبية ووعاء إنتخابي و ولاءات في المجتمع، كما أن بعض السياسات العامة تعكس وتعبر عن أيديولوجية الحزب الحاكم أو صاحب الأغلبية والقرار في الساحة السياسية العمومية، كما أن الممارسة التشريعية تتأثر بحجم وقوة المنظومة الحزبية وينكس كل ذلك على السياسة العامة. [68]

3- **المجتمع المدني**

يفسح المجتمع المدني المجال للمواطن ويمنحه الفرصة في المشاركة السياسية عن طريق تعزيز الثقافة السياسية الإيجابية والتوعية السياسية الراقية والتحضير لمناخ سياسي يسوده جو من الثقة بين المواطنين، يسمح لهم بممارسة دورهم الرقابي والضاغط على الحكومات قصد إحداث التغيير المستهدف وتحصيل مستوى مقبول من الديمقراطية. [69]

4- **جماعات المصالح**

مجموعة منظمة تمارس نوع من الضغوطات والتأثير على الفاعلين الرسميين في صناعة السياسة العامة بإستخدام وسائل مشروعة بعيدة عن الفوضى، بهدف تحقيق مصالح معينة، منها

---

[67] عمر طيب بوجلال، **إدماج المقاربة التشاركية في الإصلاحات السياسية**، الأردن، مركز الكتاب الاكاديمي، 2018، ص 69.

[68] فهمي خليفة الفهداوي، المرجع السابق، ص 225.

[69] عمر طيب بوجلال، المرجع السابق، ص 67.

جماعات مصالح مادية كالنقابات والمنظمات العمالية، وأخرى معنوية كدور العبادة والنوادي الاجتماعية مثلا. [70]

أفرزت العولمة خاصة في بعديها المؤسساتي والتكنولوجي فواعل أخرى تضاف إلى بيئة صناعة السياسات العامة والمشاركين فيها، من أهمها:

5- وسائل الإعلام التقليدية والحديثة

تعتبر وسائل الإعلام وبخاصة شبكات التواصل الاجتماعي (اعلام بديل) سلطة أثبتت مكانتها[71]، خاصة مع مؤشرات وصول وتغطية تكنولوجيات الإعلام والإتصالات الحديثة التي ساهمت في انتشارها الواسع، جعلت منها منصة رئيسية لتشكيل وعرض مواقف المواطن وآرائه تجاه السياسات العامة، وأحد أهم مدخلات النظام السياسي في الإطلاع على مطالب المواطن وكذا في التغذية الرجعية (رصد ردود الفعل)، ويشترط فيها أن تكون محتوياتها موضوعية وصادقة لتفادي تضليل الرأي العام و ممارسة ضغط سلبي على صناع السياسة، لما لها من دور في المتابعة، الرقابة و المساءلة.

6- المؤسسات الإقليمية والدولية

تعاظم الدور الذي تلعبه هذه المؤسسات في مختلف السياسات العامة للدول، ومن بين أهم تمظهراته تشجيع المواطن على الإنخراط في إعداد السياسة العامة لحكومة بلده، تدريب مختلف الشرائح الإجتماعية خاصة فئة الشباب على المشاركة السياسية في بلدانهم، إضافة إلى تمرير أسلوب التظاهر، كما تقوم هذه المؤسسات والمنظمات بالتمويل (الأجنبي) لفعاليات المجتمع المدني[72]، إضافة إلى المشاركة في صياغة السياسات ذات الخلفيات، الآثار والأبعاد الدولية على غرار ما قامت به مؤخرا منظمة الصحة العالمية للأمم المتحدة من سياسات صحية دولية حيان فيروس كورونا المستجد.

تلعب منظومة الفواعل الرسمية وغير الرسمية دورها في صناعة السياسة العامة كل حسب بنيته، أسلوبه وأهدافه، إذ لا يمكن الحديث عن دور فعال في غياب بيئة ديمقراطية وتشاركية، و من

---

[70] فهمي خليفة الفهداوي، المرجع السابق، ص 223.

[71] جمال سند السويدي، **وسائل التواصل الاجتماعي ودورها في التحولات المستقبلية من القبيلة إلى الفيسبوك**، د ب ن، زاوية المعرفة للنشر، 2013، ص 35.

[72] المرجع نفسه، ص 36.

خلال هذا الفواعل، يمكن تصور بيئة ومستويات السياسة العامة [73] في: مستوى تشريعي، مستوى تنفيذي، مستوى إداري وآخر شعبي.

[73] فهمي خليفة الفهداوي، المرجع السابق، ص 32.

الفرع الثالث: مراحل صنع السياسة العامة وأبعادها

أولا: مراحل صنع السياسة العامة

تعتبر عملية وضع وتشكيل السياسة العامة متشابكة التركيب ومعقدة، تكونها مجموعة متمازجة من الحلقات والمراحل أهمها: تحديد المشكلة، التداول حول المشكلة، التشاور، المشروع، الإجازة والتنفيذ [74]، نوجزها في الآتي:

1- مرحلة تحديد المشكلة

أو برمجة المشكل (بؤرة اهتمام السياسة العامة) في الأجندة المؤسساتية، ويمكن أن يتم تحديده بمبادرة من الجهاز التنفيذي للدولة (الحكومة)، أو بمطالب تدخله من طرف الجهاز التشريعي، أحزاب سياسية، إعلام وغيرهم من المتدخلين في شان السياسة العامة، تتخذ المشكلة عدة أوجه، من صورها أن تكون جديدة على الساحة أو نتاج خلل بسياسة عامة سابقة ظهر بعد عملية تقييمية لها.

2- مرحلة التداول حول المشكلة

يتم فيها طرح البدائل بمختلف التظاهرات السياسية حسب تحليلها لتبعات المشكلة وانعكاساتها على التوجهات والمصالح.

3- مرحلة التشاور

هي عملية تفاوضية بين مختلف التشكيلات السياسية المؤثرة في ساحة السياسة العامة بهدف تذليل الإختلافات والتوافق على الحلول المناسبة لبلورة وصياغة السياسة العامة.

4- مرحلة مشروع القانون

وفيها أن يبادر الجهاز التنفيذي (الحكومة) بمشروع القانون أو يتم ذلك باقتراح من الجهاز التشريعي (برلمان) حتى يتم التحاور والتشاور حوله بين مختلف التشكيلات السياسية.

[74] حسن أبشر الطيب، **الدولة العصرية دولة مؤسسات**، القاهرة، الدار الثقافية للنشر، 2000، ص 155.

5- مرحلة الإجازة

ومعنى الإجازة أيضا المصادقة على غايات السياسة العامة من طرف الجهاز التشريعي كما تم تقديمها، أو إحداث بعض التعديلات عليها، كما يتم تحديد المبادئ الأساسية لتنفيذها.

6- مباشرة التنفيذ

وفيها يفوض للحكومة مباشرة الإجراءات الضرورية لتنفيذ السياية العامة.

نرى بأن المراحل المذكورة منطقية من حيث التوالي والتناسق والقابلية العملية، ما يجعلها تمثل نموذجا ميدانيا مقبولا في صنع السياسة العامة، فالعديد من عمليات صنع السياسات العامة المختلفة نجد فيها هذه المراحل تلعب دور المحور ولو جاءت متداخلة ومتمازجة مع مراحل أخرى.

ثانيا: أبعاد السياسة العامة

تتداخل جملة من الأبعاد في مشهد تفعلي متناسق لتشكل لنا سياسة توصف بالعامة لإرتباطها بكل المجالات الحياتية سياسية كانت، إجتماعية أو إقتصادية ومالية [75]، وفيما يأتي إيجاز لأهم هذه الأبعاد.

1- البعد السياسي

يتلخص البعد السياسي في أن السياسة العامة في حد ذاتها هي محصلة إرادة سياسية وقرار سياسي، يتم في هذا المقام مناقشة موضوع الشرعية، أي درجة توافقها مع منظومة المعتقدات التي يؤمن بها الشعب لتقبلها ولا يعارضها.

2- البعد الاجتماعي

كل السياسات العمومية لها وظيفة توزيعية للموارد المعبأة في المجتمع بإسم الصالح العام، وهو بعد اجتماعي يشكل مركز تقاطع مصالح كل الفاعلين وشرائح المجتمع.

[75] يزن خلوق محمد ساجد، المرجع السابق، ص 45-46.

3- البعد المالي والاقتصادي

السياسة العامة من المال وا ٍليه، فلا تنفيذ لأي ساسة بدون موارد مالية، كما ان من أسمى غايات الساسات العامة هي تحقيق الأهداف المسطرة بأسرع الآجال وأقل التكاليف خاصة المالية، كما أن النظام السياسي يقتطع نصيبا من الموارد المالية (ضرائب) ليعيد سياسة توزيعها (أجور).

المطلب الثاني: مفهوم السياسة العامة الصحية

تعد السياسة الصحية أحد أهم أنواع السياسات العامة للدول، كونها مرتبطة بحياة الإنسان ورفاهه، كما أن أوضاعها تنعكس على إستقرار ونمو الدول وشعوبها، وذلك ما أكده "ميشيل فوكو" عندما وصف السياسات الصحية بالمجال الحيوي (Biopolitique)، أضحت الدول تملك فيه إمكانية زيادة معدلات جودة الحياة أو الوفيات. [76]

الفرع الأول: تعريف السياسة الصحة

تعددت تعريفات السياسة العامة الصحية، إذ يمكن في هذا المجال رصد تعريفات مختلفة ومتقاطعة، ولفهم هذا النوع من السياسيات نعرض أهم تعريفاته التالية:

أولا: تعرف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية

تعرف السياسة الصحية بأنها [77]: المجموعة المعلنة من الخطط والبرامج في مجال الصحة العمومية، ترافقها حزمة الأفعال والإجراءات العملية والميدانية التي تظهر في شكل تشريعات وقرارات تنفيذية تجسيد مقترح برامج عمل الحكومة، كما تضبط أسلوب رسم الغايات الصحية العمومية وطريقة تنفيذ وتدبير الخدمة الصحية، ومدى مشاركة الحكومة وتأثيره في الممارسة العمومية والخاصة لقطاع الصحة في سبيل تحصيل الأهداف المسطرة بفعالية وكفاءة.

إذ من خلال التعريف السابق تحديد ملامح السياسات الصحية في كونها:

- **نشاط هادف ومقصود:** من خلال الخطط والبرامج، تضبط أسلوب رسم الغايات الصحية العمومية في سبيل تحصيل الأهداف المسطرة بفعالية وكفاءة، يكون ذلك بإستمرار وتجدد.
- **ذو طابع مجتمعي شمولي:** من خلال الخدمة في مجال الصحة العمومية، رسم الغايات الصحية العمومية، تنفيذ وتدبير الخدمة الصحية، تجسيد مقترح برامج عمل الحكومة.

---

[76] مغراوي لقمان، **صناعة السياسات الصحية في عالم متغير دراسة حالة الجزائر**، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، الجزائر، العدد 1 (المجلد 1)، جوان 2014، ص 29.

[77] المرجع نفسه، ص 29.

يكون ما سبق في إطار يتميز بالواقعية والعقلانية في إطار القدرة على التنفيذ، تحقيق الأهداف والتقييم.

– **تتم في اطار تنظيمي محدد له صفة دستورية قانونية:** تكون في شكل تشريعات معلنة وقرارات تنفيذية (تنظيمات، قرارات، قوانين) أفعال وا ٍجراءات عملية ميدانية، ضبط مشاركة الحكومة في الممارسة العمومية والخاصة لقطاع الصحة.

ثانيا: تعريف مشترك للمنظمات العالمية للصحة، للتجارة الدولية والملكية الفكرية

يقصد بها منظومة البرامج، الإجراءات والقرارات المتخذة لغايات محددة في ميدان رعاية صحية للمجتمع، إما أن تكون في شكل مرجع وثائقي رسمي واحد تساعده عمليات مؤسسية يتم مراجعته بإنتظام، أو تكون موزعة في وثائق عديدة ومختلفة تتضمن ملاحظات، توجيهات تقنية، قرارات، خطط استراتيجيات تعتبر هي الأخرى من مكونات السياسة الصحية. [78]

ما أضافه هذا التعريف للسياسات الصحية تفصيل يتعلق بـ:

– التأكيد على ديناميكية السياسة العامة الصحية ووحدتها المؤسسية والوظيفية.
– التأكيد بإنفتاح السياسة الصحية و بنائها المؤسسي على السياسات الأخرى وبناءاتها المؤسسية وتكاملها في إطار نسق وظيفي، كما تضمن إشارة بأن السياسة الصحية تتكون من سياسات أخرى تابعة لها وجزء لا يتجزء منها، يرمي بالأساس إلى خدمة صحية عمومية مجتمعية.

يرى آخرون بأن السياسة الصحية عبارة عن نظام تسيير مجتمعي معياري وطموح يهدف لتذليل عدم المساواة في مجال الصحة [79]، أي أنها الدستور أو المرجع أو المعلم التسييري في مجال الصحة، يهدف بالأساس إلى خدمة عمومية صحية للجميع دون تفاوتات، أو أنها: المرجع (قيم مبادئ ومفاهيم)الذي يـُستند عليه في تحديد مجالات الخدمة الصحية و أهدافها الإستراتيجية والفئات

[78] المنظمة العالمية للملكية الفكرية وآخرون، **تعزيز النفاذ إلى التكنولوجيا والابتكارات الطبية – المجالات المشتركة بين الصحة العامة والملكية الفكرية والتجارة** ، جنيف، منشورات الويبو، 2012، (متاح على االرابط: https://tind.wipo.int/record/35313?ln=en&v=pdf) ص 46.

[79] مغراوي لقمان، المرجع السابق، ص 29.

المستهدفة. [80] لآاء خدمة صحية راقية، وذلك من خلال: التأسيس لنظام صحي محكم، الرعاية الطبية للمواطن وتمكينه من تكاليف الخدمات الصحية، التمكين من الأدوية والعلاجات والتكنولوجيا الطبية موارد بشرية طبية كفؤة وتشجيع البحوث الطبية. [81]

يتم التأكيد في كل مقام على ما يصطلح عليه "الصحة في كل السياسات" أو كل السياسات في الصحة" أو ما يعرف بالديناميكية القطاعية أو الترابط المؤسسي، حيث تشمل السياسات العامة للصحة سياسات أخرى تؤثر بشكل أو بآخر على الحالة الصحية للإنسان، مثل ذلك سياسات: التعليم، السكن النقل، الشغل وغيرها. [82] كما أن السياسات الصحية للدولة تسترشد وتراعي النسق الدولي (قانوني وسياسي) في إطار تشاركي إيجابي بخلفية أن بعض القضايا الصحية ذات الطابع العابر للحدود الكلاسيكية مثل تفشي الجوائح الصحية وغيرها. [83]

من خلال تعريفات السياسات الصحية العديدة، يمكن القول بأنها [84]: تتضمن أنواعا متشعبة من السياسات الأخرى، أهما: سياسات الوقاية الصحية، سياسات علاجية، سياسات الرعاية الصحية سياسات دوائية، وغيرها، إضافة إلى سياسات أخرى تتعلق بالصحة العامة أهمها: سياسة التطعيم مكافحه التبغ وغيرها، كما أن السياسات العامة الصحية تحيل إلى التمويل الصحي وغيرها من المواضيع.

ثانيا: السياسة الصحية والمفاهيم المشابهة

1- سياسات صحية عامة وسياسات صحية فرعية

في الغالب تملك القطاعات الصحية الفرعية المختلف سياساتها الخاصة، تشكل بدورها جزء لا يتجزء عن السياسة الصحية الوطنية، مثالا على ذلك: السياسة الوطنية الدوائية عادة ما تملك وثيقة خاصة تتضمن معالم جلية حول ضمان التمكين من الدواء الفعال والآمن، إلا أن هذه السياسة الوطنية الدوائية مستوحات من السياسة الصحية الوطنية وتسترشد بها.

---

[80] حامد يحي حسين، **الصحة والسياسات الصحية في العالم العربي**، العراق، دار الذاكرة للنشر، 2021، ص 55.

[81] مغراوي لقمان، المرجع السابق، ص 29.

[82] المرجع نفسه، ص 29.

[83] المنظمة العالمية للملكية الفكرية وآخرون، المرجع السابق، ص 46.

[84] مغراوي لقمان، المرجع السابق، ص 29.

2- السياسة الصحية والنظام الصحي

يعد النظام الصحي أوسع نطاقا من السياسة الصحية، لتغطيته كل الفاعلين (أفراد، منظمات) والنشاطات الهادفة بالأساس إلى: تعزيز الصحة، المحافظة عليها أو على الأقل إستردادها في حالة تأثرها السلبي، تخطيط، إدارة ورسم السياسات الصحية، تحديد نسق التعاون القطاعي لمعالجة محددات الصحة خاصة ذات البعد الإقتصادي والإجتماعي الخارجة عن بيئة قطاع الصحة والتعاون الدولي في مجال الصحة. [85]

[85] المنظمة العالمية للملكية الفكرية وآخرون، المرجع السابق، ص 46.

الفرع الثاني: شروط ومتطلبات كفاءة السياسات الصحية

من خلال التفصيل التعريفي للسياسات الصحية وما تضطلع به من مخطط أعباء، عناصر (مياه، تغذية وظروف عمل صحية)، مهام وغايات عديدة ومتشعبة تساعد على حياة صحية، جوانب أخرى إجتماعية وا إقتصادية وغيرها، أهمها الحق الشامل الصحة، يحتم عليها تسوفي شروط ومتطلبات الكفاءة بحسب مستوى تطلعات كل دولة ونظام صحي، تلك الشروط والمتطلبات مرتبطة بالبيئة الداخلية للنظام الصحي وكذا البيئة الخارجة عنه التي تشكل مجمل بيئة محددات ونشاط وأهداف السياسات العامة الصحية.

من أهم تلك الشروط والمتطلبات نذكر [86]:

– تبني نظام سياسي فاعل وحاضن له قدرات تحويلية تعضدها قدرة اقتصادية.
– الإلمام بالتغيرات في سلوكات أفراد المجتمع والتفاعل المستمر معها بإعتبار الظاهرة الإجتماعية غير ثابتة.
– تحيين عمليات التشخيص العلمي للواقع الصحي.
– الإلمام بمستجدات البيئة والتفاعل المستمر معها دون إغفال خصوصية السياسات العامة للدولة.

ولكفاءة السياسات الصحية يجب أن تتميز أو تستجيب لأهم متطلبات التشاركية والديناميكية وتعدد الأبعاد [87]:

1– التشاركية وتعدد الأبعاد: يتمثل ذلك في عدم كفاية السياسة الدوائية بكونها فرعا من السياسة العامة الصحية في جودة الرعاية الصحية، حيث يساعدها في تحقيق تلك الغاية منظومة متكاملة من عمليات مؤسسات المرفق العام ودوائر وزارية أخرى (تثقيف صحي، غذاء صحي، صرف صحي ومصادر مياه أمنة وصحية و تمويل مالي)، من خلال تنسيق جهود كل القطاعات.

[86] مغراوي لقمان، المرجع السابق، ص 30.
[87] المرجع نفسه، ص.ص 30–31.

2- ديناميكية: من أهم متطلبات الآداء في السياسات العامة الصحية القدرة على التكليف و المرونة في التعامل مع مستجدات البيئة المحلية والدولية، يتم ذلك من خلال خبرة خاصة مصقولة بإستخلاص التجارب المحلية والدولية والإسترشاد بها لبناء تصور إستشرافي مبني على أسس علمية موضوعية.

3- تفاعلية: من خلال تبني صناع السياسات الصحية لنظام نسقي ينطلق من عملية الرصد الآني والدقيق للحاجيات والمطالب الصحية، إستغلالها ومعالجتها ثم الإستجابة لحق الرعاية الصحية للجميع بالفعالية و الكفاءة والجودة المطلوبين.

جل الشروط والمتطلبات التي تم سردها من طرف المهتمين والباحثين والفاعلين في مجال السياسات الصحية مستوحات من الجوانب الأساسية للحق في الصحة التي حددت منظمة الصحة العالمية حلقات شروط ومتطلبات كفاءتها التالية:

1- المشاركة: إنخراط الفئات المستهدفة بمخرجات السياسات العمومية في عمليات الرصد والتقييم وصياغة أعمالها وكل جوانبها، كونها تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في مستوى الخدمة الصحية.

وتشمل العملية أيضا مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمة الصحية. [88]

2- الاستحقاقات: من بين أهم الحقوق التي يجب أن يحصل المواطنون عليها هو الحق في الصحة بكل جوانبها (وقاية، علاج ورعاية، خدمات، أدوية وتعزيز الصحة وغيرها) تستهدف الجميع دون تفاوت أو لا مساواة على أساس الجنس، السن أو العرق.

3- الحريات: تتمظهر في التمتع بالحرية في عدم الخضوع للعلاج الطبي بالإكراه أو فرض الإرادة كالتعقيم الإجباري، التجارب الطبية القسرية وغيرها.

4- التوافر: وجوب توفر الكم الكافي من المرافق والخدمات والمنتجات الطبية والصحية.

[88] "**الإطار التشريعي للرعاية الصحية الأولية: تحول الرؤية إلى عمل**"، تقرير مشترك بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، شركة وسائل الإعلام، مصر، بتاريخ 2021، ص 05، متوفر على الرابط: https://www.ohchr.org/ar/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions

5- إمكانية الوصول: يقصد بها القدرة على الوصول إلى المرافق والخدمات والمنتجات الطبية والصحية من منظور جواري للمواطنين (تغطية صحية) أو القدرة المادية وكذا مدى الإتاحة لجميع شرائح المجتمع دون تمييز أ(لطفال وكبار سن، ذكور وا إناث، ذوي الإحتياجات الخاصة وغيرهم).

6- المقبولية: تتجسد في مراعاة المرافق والخدمات والمنتجات الطبية والصحية للمعطى الجنساني والثقافي، الذي يجب أن يكون متضمنا في مواثيق أخلاقيات المهنة وتطبيقه بموضوعية.

7- النوعية الجيدة:لزوم المطابقة الصحية والعلمية للمرافق والخدمات والمنتجات الطبية وا إستجابتها لمعايير الجودة في العمل والنتائج.

يتحقق ذلك بالتركيز على [89]:

- تشجيع البحوث الصحية والطبية.
- دمج التكنولوجيا الرقمية الخاصة بالمجال الصحي والطبي خاصة في مجال الرصد والتقييم، بما في ذلك أنظمة الدفع والشراء.
- بيئة تحتية مادية ملائمة بتوفر المرافق الصحية على شروط الأمان اليسر والموثوقية (إمدادات الكهرباء والمياه والصرف الصحي، الإتصالات والنقل وغيرها).
- ملائمة القوى العاملة في ميدان الصحة من حيث الكم والنوع (التوزيع والتخصص)

8- المساءلة: من خلال الخضوع لأوجه تحمل المسؤولية والمحاسبة حول مدى الالتزام بالحق الإنساني في الصحة أو إمكانية التعويض عن الأخطاء والتجاوزات والحرمان منها. [90]

أخذ الشروط والتغيرات المذكورة في ورقة طريق السياسات الصحية الوطنية، يجعل من هذه الأخيرة ملتقى اعمال و نشاطات مؤسسات الدولة المختلفة وينقلها من التفرد والإنطواء القطاعي إلى مستوى السياسات الشاملة من حيث التكامل والتفاعل، ومن الناحية العملية والميدانية يلزم على أغلب الدول خاصة المنضوية تحت لواء منظمة الصحة العالمية العمل بمبدأ "الصحة في كل السياسات"

---

[89] المرجع نفسه، ص.ص 04-05.

[90] أنظر موضوع المفوضية السامية لحقوق الإنسان "**الحق في الصحة: الجوانب الأساسية والمفاهيم الخاطئة الشائعة**"، متوفر على موقع المفوضية السامية لحقوق الإنسان: https://www.ohchr.org/ar/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/21 الساعة 14:36.

أي أن تكون مخرجات كل مؤسسات الدولة تشريعية كانت أو تنفيذية أو مالية وا إقتصادية مساهمة في غاية الحق في الرعاية الصحية والصحة للجميع والرفاه للمواطن أو في حدها الأدنى عدم التأثير عليها سلبا، كمطلب أساس للمواطن لضمان الإستقرار والإزدهار له وللدول. [91]

[91] مغراوي لقمان، المرجع السابق، ص 30.

الفرع الثالث: أهداف السياسة الصحية

بصفة عامة تهدف السياسات الصحية إلى تحسين كفاءة أداء النظام الصحي عموما وترقية مستوى ورعاية صحة السكان على وجه الخصوص، تم تقسيم هذه الأهداف إلى مستويين، أهداف عالمية وأخرى وطنية.

أولا: أهداف السياسة الصحية العالمية

سطرت منظمة الأمم المتحدة التي تظم في عضويتها 193 دولة الأهداف الإستراتيجية للسياسة الصحية العالمية في آجال 2023 لضمان معيشة صحية وتدعيم حياة كريمة في جميع المراحل السنية للناس [92]، وتشمل ما يلي:

– **الوفيات:** خفض الأمومة والوفيات الناتجة عن الأمراض غير المعدية وحوادث المرور، ووضع حد لوفيات الأطفال والوفيات الناتجة عن التلوث المواد الكيميائية الخطرة.

– **الأوبئة والأمراض:** الحد من الأوبئة والأمراض المنقولة والمعدية، وتحسين الوقاية من الأمراض والمخدرات والكحول ومكافحة التبغ.

– **الخدمات والتغطية الصحية:** تمكين الجميع من خدمات الرعاية الصحية النفسية والجنسية والإنجابية (تنظيم النسل، دمج الثقافة والصحة الإنجابية ضمن الخطط الوطنية)، وتغطية صحية للجميع وشاملة بما فيها التمكين من التطعيم والدواء (الأمان، الجودة والفعالية دون عجز مالي).

– **تطوير الأبحاث:** تشجيع التقدم والأبحاث الطبية والدوائية والصحية.

– **المخاطر الصحية:** تدعيم إمكانات الإنذار المبكر وتحييد المخاطر عن الفضاء الصحي وحسن وتدبيرها.

إضافة للأهداف المذكورة، تؤكد السياسات الصحية العالمية على إدماج الصحة في كل السياسات أو التشارك القطاعي مثل: الأمن الغذائي وجودة النظام الغذائي، التعليم الصحي، المياه الصالحة للشرب وغيره، كما يتم التأكيد على الشراكات في مجال الصحة العالمية.

---

[92] "**تحول عالمنا: خطة التنمية المستدامة 2030**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 2015/10/21، وثيقة رقم (RES/A/70/1)، (متاح على الرابط: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_ar.pdf)، ص.ص21-22.

ثانيا: أهداف السياسة الصحية الوطنية

رغم قيمة الأهداف الإستراتيجية للسياسة الصحية العالمية، إلا أن السياق الوطني يبقى له أهمية مؤكدة من حيث حالة صحة المواطنين ومدى نضج ورصانة النظام الصحي، التي تؤثر بشكل كبير على ما يمكن إستهدافه من تلك الأهداف ومدى القابلية العلمية للتجسيد.

توجد عديد الأهداف الصحية الوطنية المتنوعة التي تحددها الأنظمة الصحية في مستويات مختلفة، أهمها [93]:

– **تعزيز الوصول إلى الرعاية الصحية:** من أهم ما يحقق ذلك، كفاية عدد ممتهني خدمات الرعاية الصحية أو التأمين الصحي الشامل.

– **الرفع من جودة الرعاية:** من أهم ما يحقق ذلك، تمكين الجميع من رعاية غير مشكوك في مصداقيتها، أو الرفع من مؤشر سلامة المرضى كأن تدمج التكنولوجيات الطبية الحديثة في مجال الرعاية الصحية مثلا.

– **خفض تكاليف الرعاية الصحية:** من أهم ما يحقق ذلك، الرفع من كفاءة نظمالر عاية الصحية وتجنب الفحوصات والتحاليل والإجراءات الطبية غير الضرورية.

– **الحد من عدم المساواة الصحية:** من أهم ما يحقق ذلك، النسب المرتفعة من عدد الفئات التي تمثل الأثلية في المجتمع الذين يستفيديون من خدمات الصحة الوقائية، أو مدى كفاءة مقدمي الرعاية الثقافية نحو المرضى أصحاب القيم والمعتقدات المتنوعة، بغض النظر عن عن الجنس، العرق، اللغة أو المعتقد والأيديولوجية.

– **تحسين تنسيق الرعاية:** من أهم ما يحقق ذلك، زيادة عدد مراجعات المرضى لأطبائهم ومقدمي الرعاية الطبية بصفة منتظمة أو عدد الاستشارات الطبية المنزلية والأطباء المنزليين.

[93] أنظر موضوع جاك مالندر بشأن "**ما هي أهداف النظام الصحي؟ دليل بسيط**"، بتاريخ 2022/11/12، متوفر بموقع الاقتصاد حسب التصميم: https://www.economicsbydesign.com/ar/what-are-health-system-goals/، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/21 الساعة 23:15.

يضيف بعض المهتمين في مجال السياسات الصحية ونظم الإدارة الصحية نوعا آخر من الأهداف تتعلق بالسياسة الصحية المحلية، تحددها احتياجات مجموعة سكانية معينة أو مجتمع محلي داخل القطر الوطني، إلا أن بعض الأهداف المشتركة في هذا المستوى تشمل: الحد من عدم المساواة الصحية، تحسين تنسيق الرعاية وزيادة عدد المتلقين لخدمات الرعاية الوقائية (تم التفصيل فيها في العنصر السابق).

المبحث الثالث: مفهوم التنمية المستدامة

نتطرق من خلال هذا المبحث إلى مفهوم التنمية المستدامة

المطلب الأول: تعريف التنمية المستدامة

تعتبر التنمية المستدامة من أهم المواضيع المهمة والحيوية في حياتنا، التي لقيت إهتماما كبيرا خاصة بعد الحرب العالمية الثانية إلى وقتنا الحالي، وحتى يتم فهم التنمية المستدامة بوضوح سنقوم بتفكيك متغيراته وجزئياته للوصول إلى مدلولاته المتمثلة في معنى التنمية ومعنى الإستدامة، إلى أن يتشكل لدينا تصور دقيق حول وحدة المفهوم.

الفرع الأول: من التنمية إلى الاستدامة

أولا: مفهوم التنمية و سياقه التاريخي

أصل كلمة تنمية في اللغة من فعل نمي، ويعني الزيادة والكثرة والوفرة والنماء في الأشياء وارتبطت اصطلاحا بالحرب العالمية الثانية مع ظهور دول حديثة كانت مستعمرة، للدلالة على التنمية الاقتصادية وتوصيف مدى توفير اقتصاداتها القومية لبيئةو أجندات اقتصادية طويلة الأمد وتسجيل زيادات في ناتجها الإجمالي السنوي، وكان أول استخدام لكلمة تنمية بمعناها الحديث عام 1939 من طرف "يوجين ستيلي Eugene Stalye"، لترد سنة 1947 في واحدة من الإصدارات الوثائقية للأمم المتحدة بمعنى الرفاه القومي في إشارة إلى توسع المفهوم، وصولا إلى مفهومه الأكثر شمولا على أنها: عملية ترمي إلى الرقي بالاقتصاد الوطني في جميع فروعه و الحد من التخلف عبر إستخدام التكنولوجيا في عمليات الإنتاج لتحصيل مكاسب إجتماعية، إقتصادية وثقافية.

اجتهد العديد من الباحثين والمفكرين خاصة المختصين في ميدان الإقتصاد في ضبط تعريف التنمية، إلا أنه يصعب تحديده في تعريف شامل مانع، والتعريف الأقرب بينهم يفيد بأنها: عملية تلبية حاجيات الإنسان الراهنة دون التأثير على رصيد حاجات الأجيال القادمة من الناس، أي الموازنة بين

الموارد الطبيعية والبشرية وصونها من مسببات و أفعال الاهتلاك، التلوث والإستنفاذ لإحقاق العدالة الاجتماعية، أو القصد منها نموا اجتماعي، اقتصادي وبيئي ونحوه. [94]

يفهم من خلال تعريفات التنمية المذكورة بأن لها دلالات:

– **سياسية:** إرتبطت بالفترة بعد الحرب العالمية الثانية والدول التي كانت مستعمرة ثم بعملية تخطيط الموارد.

– **إقتصادية:** إرتبطت بالبيئة الإقتصادية للدول التي كانت مستعمرة، الناتج الإجمالي الوطني السنوي الدخل الفردي، تحصيل الإنتاج.

– **إجتماعية:** الرفاه والحد من التخلف.

– **تكنولوجية:** إستخدام التكنولوجيا في الإنتاج.

ثانيا: التحول نحو التنمية المستدامة

المتغير الثاني المكون لمفهوم التنمية المستدامة يتمثل في مطلح الإستدامة، وأصله من فعل استدام، ويدل على معان عديدة أهمها: التأني والتريث في الشيء والمثابرة فيه وطلب استمراره ودوامه وبدايات ظهور المصطلح كانت في ميدان علم البيئة القديمة أو علم "التبيؤ" (paléoécologie) ويعد فرعا من علم الأحياء الذي يدرس المتغيرات الوسيطة بين البيئة والكائنات الحية التي تعيش فيها ثم اتسع نطاقه إلى تخصصات وميادين عدة، كما يستخدم مصطلح الاستدامة في علم البيئة أو الإيكولوجيا (Ecologie)، للدلالة على تكوين وتطور أنظمة ديناميكية تتغير هيكليا ومن حيث النسق التفاعلي مع الكائنات الحية المحيطة بسبب الديناميكية التي تعيشها هي أيضا. [95]

يفهم من خلال ما سبق، بأنه بين التنمية والإستدامة انفتاح وا ٍقتباس ُ تفاعلية وتكيف من علم الأحياء والبيئة، سواء من حيث ديناميكية المفهوم أو تناسقه مع العناصر الأخرى المشكلة للبيئة المحيطة به لغاية الديمومة والإستمرار.

[94] رائد رمثان حسين و حسن حيال محيسن، **التنمية التعليمية المستدامة أفكار ودراسات**، عمان، دار صفاء للنشر 2020، ص.ص 7–8.

[95] لمرجع نفسه، ص 9.

تعدت تعريفات التنمية المستدامة في الأدبيات العلمية نتيجة تراكم الفكر البشري وتطور المفهوم لذا سنعرض أهم التعريفات وأقلها شوائب مفاهيمية –لما يلمس فيها من تلاق في زوايا معينة بين المفكرين والباحثين– في تصنيفاتها التالية:

1– لدى الباحثين:

عرفها المفكر الإقتصادي "ادوارد باربر" – وهو أول من إستخدم مفهوم التنمية المستدامة – بأنها: نشاط اقتصادي يرمي إلى رفاه إجتماعي بأقل ضرر بيئي [96]، في هذا التعريف جمع بين العوائد الإقتصادية والمكاسب الإجتماعية وضمان إيكولوجي بيئي، إلى أنه يشكل توليفة ومعادلة فيها مستو من التعقيد الذي يتطلب إمكانات تدبيرية تشاركية وتكنولوجية عالية الكفاءة والتقدم والجودة.

2– لدى المنظمات الدولية:

أكد مؤتمر ريو دي جانيرو للأمم المتحدة عام 1992م بأن الإنسان محور الاستدامة، وحقه في معيشة صحية منتجة في تناغم مع البيئة، والعدل في تلبية إحتياجاته التنموية والبيئية حاضرا ومستقبلا [97]، هذا التعريف لم يهمل البيئة والعدالة الإجتماعية والتنمية البشرية والوفاء بالإحتياجات مع ضمان حق الأجيال القادمة، وهذه أبعاد ضرورية للإستدامة.

عرضنا في محاولتنا لضبط مفهوم التنمية المستدامة سياقا تاريخيا بين التنمية والإستدامة ويلخص الجدول التالي مراحل تطور مفهوم التنمية المستدامة من التنمية إلى الإستدامة:

[96] المرجع نفسه، ص 10.

[97] عبد الله بن عبد الرحمان البريدي، **التنمية المستدامة مدخل تكاملي لمفاهيم الاستدامة وتطبيقاتها مع التركيز على العالم العربي**، الرياض، العبيكان للنشر، 2015، ص 51.

الجدول (2): من مفهوم التنمية إلى التنمية المستدامة (مراحل تطور منذ نهاية الحرب العالمية الثانية)

المرحلة	الفترة	مفهوم التنمية
01	نهاية الحرب العالمية الثانية إلى منتصف ستينات القرن العشرين.	التنمية = **النمو** الاقتصادي.
02	منتصف الستينات إلى منتصف سبعينات القرن العشرين.	**التنمية** = النمو الاقتصادي + التوزيع العادي.
03	منتصف السبعينات إلى منتصف ثمانينات القرن العشرين.	**التنمية الشاملة** = تحقيق مستوى حياة كريمة وصحية للإنسان.
04	سنة 1990.	**التنمية البشرية** = الاهتمام بجميع الجوانب الاقتصادية و الاجتماعية.
05	منذ قمة الأرض سنة 1992.	**التنمية المستدامة** = النمو الاقتصادي + التوزيع العادل للنمو الاقتصادي + الاهتمام بجميع جوانب الحياة الاقتصادية و الاجتماعية و البيئية.

المصدر: (عثمان محمد غنيم و ماجدة أحمد أبو زنط، **التنمية المستدامة فلسفتها و أساليب تخطيطها وأدوات قياسها** ، عمان، دار صفاء للنشر، 2007، ص.ص 286-287).

بعد تجوال في تعريفات بحثية ومؤسسة عديدة للتنمية المستدامة، يفهم من نقاط لقاء أغلبها إهتمام بمسلمة صون رصيد الأجيال القادمة، تكامل إقتصادي وأجتماعي وبيئي بنسب تقتضيها كل حاجة ودور، وتركيز على العدل والإنخراط الشعبي، وفي هذا المقام نرى بأن التنمية المستدامة هي: ترتيب الأولوية في الحياة (بعد إداري) من السعي لكسب العوائد المادية من خلال الإنتاج وأرباحه (بعد إقتصادي) إلى إلتزام الإنسان بأمانة إعمار البيئة المسخرة لخدمته ورفاهه وا إصلاحها وا إحيائها (بعد بيئي وا إجتماعي) في إطار التخطيط لحياة كريمة إلى أبعد مدا ممكن (حق الأجيال القادمة).

من خلال السياق التعريفي والمفاهيمي للتنمية المستدامة، تلخصت أهم خصائصها [98] في:

- متكاملة وشاملة، متوازنة، عادلة ومستمرة.
- تولي أهمية كبيرة لمشاركة المواطن في كل مراحل ومستويات العملية التنموية.
- تحافظ على البيئة في كل نشاطاتها.
- الترابط العضوي والوظيفي بين البعد الإقتصادي والإجتماعي والبيئي.
- التدبير الرشيد للموارد و المكاسب لصون حق الأجيال المستقبلية (دوت إستغلال أو تبذير أو سوء إستعمال).

[98] مدحت أبو النصر وياسمين مدحت محمد، **التنمية المستدامة مفهومها أبعادها مؤشراتها**، القاهرة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2017، ص 83.

الفرع الثاني: مبادئ التنمية المستدامة

إن العلاقة بين البيئة و النمو تكاملية ويؤثر فيها كل واحد في الآخر، فالنمو الإقتصادي لا يتحقق إلا بموارد طبيعية كافية وسليمة تسمح له بالإنتاج والكسب، كما أن التدبير الرشيد لتلك الموارد من خلال المحافظة عليها، صيانتها من الضرر والنضوب ونمائها يسهم في نمو إقتصادي بيئي فالضابط لهذه العلاقة بين البيئة و النمو هو الذي حدد مبادئ التنمية المستدامة التالية:

أولا: المشاركة المجتمعية والشعبية

تعتبر المشاركة الشعبية (popular participation) أو المجتمعية (Community Participation) أساسا ترتكز عليها خطط وأجندات التنمية المستدامة في تحقيق أهدافها [99]، إذا يعد مستوى إنخراط المجتمع و مدى مشاركته في صناعة السياسة التنموية وا ٍتخاذ القرارات بشأنها مؤشر قياس لدرجة نجاح تلك الخطط والقرارات الموجهة بالأساس لخدمة جميع الناس في المجتمع، والعكس يحصل إذ تم غياب أو تغييب المجتمع عندها يصطدم صانعي ومقرري التنمية المستدامة برد فعل سلبي (عدم تفاعل أو رفض) مع مشاريعهم التنموية لعدة أسباب أهمها عدم تعبيرها عن رغباتهم وطموحاتهم أو لعدم إنخراطهم في مرحلة صنعها إما لغياب أو تغييب.

فالتنمية المستدامة ميثاق ينطلق من القاعدة إلى الهرم (لا مركزية)، يعتمد على مشاركة الشعب في كل المستويات المكانية للتجمعات البشرية (صغيرة أو كبيرة، رسمية أو غير رسمية)، ومن أشكاله الدور المتعاظم للسلطات المحلية ممثلة في الحكومة، المجالس البلدية وغيرها في التشريع لعديد البرامج والخطط لخدمة المجتمع المحلي وحاجياته الضرورية، ومن أمثلة ذلك:

– معالجة وتسيير النفايات الصناعية والتجارية التي تؤثر على البيئة والمحيط.

– إجراءات وتدابير لها علاقة بخفض درجة حرارة الأرض وطبقة الأوزون (النقل وترشيد الطاقة والإستهلاك الصحي). [100]

---

[99] ساجد احميد عبل الركابي، **التنمية المستدامة ومواجهة تلوث البيئة وتغير المناخ**، برلين، المركز الديمقراطي العربي، 2020، ص 105.

[100] عثمان محمد غنيم و ماجدة أحمد أبو زنط، **التنمية المستدامة فلسفتها و أساليب تخطيطها و أدوات قياسها** عمان، دار صفاء للنشر، ط2، 2014، ص 34.

ثانيا: **استخدام أسلوب النظم**

إن استخدام أسلوب المنظومات أو النظم (Systems approach) شرط أساس في صناعة وتطبيق خطط وأجندات التنمية المستدامة، أساسه أن بيئة أي مجتمع إنساني سواء بشرية أو طبيعية لا تعدُ أن تكون إلا نظام فرعي من النظام الكلي للكون، وأي تغيير في تركيبة أي نظام فرعي بغض النظر عن حجمه ومستواه ودوره في النظام الكلي للأرض يؤثر مباشرة على هذا الأخير، وبالتالي يؤثر بطريقة أو بأخرى على الأنظمة الفرعية الأخرى. [101]

لذا فإن خطط وأجندات التنمية المستدامة تقوم من خلال استخدامها لأسلوب المنظومات أو النظم بتدبير رشيد لعملية توازن وتناسق وتكامل مضبوط بيت جميع الأنظمة الفرعية، وهذا يؤدي باللزوم لوحدة التوازن العضوي لبيئة الأرض كلها.

إضافة إلى المبدأين الأساسيين السالفي الذكر، هناك مبادئ أخرى مهمة وهي [102]:

– عدم تخطي نسب الإستغلال الطبيعي لموارد البيئة الطبيعية معدلات تجددها، والإكتفاء بإستعمال الموارد المتجددة.

– عدم تجاوز مخلفات رأس المال الصناعي للإنسان (نفايات وفضلات) قدرة البيئة الطبيعية على إعادة تمثيلة والتخلص منه، وا ٍنتاج المواد القابلة لإعادة التدوير عوضا عن المواد التي تهتلك وتنفذ بعد أول عملية إستهلاك.

– عدم التفاوت الجهوي والإجتماعي في عملية توزيع المكاسب التنموية.

من خلال ما سبق، تمثل مبادئ التنمية المستدامة مثلا تؤسس لأخلقة تدبير العملية التنموية من رشادة التسيير والإنفتاح على الحوار والتشاور المجتمعي لتحقيق قيم إنسانية راقية أساسها العدالة والمساواة والحياة الكريمة ونبذ الإسراف والفساد والتغول على موارد الطبيعة.

[101] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص 105.

[102] المرجع نفسه، ص.ص 105-106.

الفرع الثالث: أهداف التنمية المستدامة وأنواعها

أولا: أهداف التنمية المستدامة

من خلال مضمون وميكانيزمات التنمية المستدامة فهي تسعى إلى تحصيل لأهم الأهداف التالية [103]:

1- المحافظة على نظم الطبيعة البيئة:

تعطي الأولوية في عملية التنمية للنظم الطبيعية والبيئة بإعتبارها حاضنة للحياة البشرية، وتركز برامجها وخططها وآدائها على ضبط هذه العلاقة بين الإنسان وبيئته، وتطويرها في تكامل وتفاعل إيجابي لكل منهما.

2- تحقيق استغلال واستخدام عقلاني للموارد:

تهدف التنمية المستدامة إلى الحيلولة دون نفاذ ونضوب الموارد الطبيعية التي تعتبرها من حيث المبدأ محدودة، و ذلك بعدم إستنزافها والإسراف في إستهلاكها غير المدروس برشد وعقلانية.

3- تحسين جودة الحياة:

يتحقق ذلك من خلال عمليات البرمجة للمشاريع والسياسات التنموية وتنفيذها بالتركيز على نوعية النمو وليس حجمه، و إستهداف غاية تحسين جودة أفضل لحياة السكان جميعا في كنف العدالة والمساواة والمقبولية والمشاركة من النواحي الإقتصادية، الإجتماعية والنفسية محاولات.

4- إحداث تغيير دائم ومناسب في الأولويات والحاجات:

تسعى التنمية المستدامة إلى التغير المستمر في أولويات وحاجات المجتمع بالأسلوب الذي يتناسب مع موارده الطبيعية، بما يسمح بتوازن بين النمو الإقتصادي والتحكم في أثاره على البيئة، مع إدراج بدائل مناسبة لحال المشكلات البيئية المحتملة الوقوع.

[103] مدحت أبو النصر وياسمين مدحت محمد، المرجع السابق، ص 88.

5- التوعية بالمشكلات البيئية المستقبلية:

وهي غاية توعوية تحسيسية تنمي حس الإلتزام والمسؤولية حول البيئة وما قد يواجهها أو تفرزه من مشكلات على الإنسان، كما تدفع إلى الإنخراط الفعال في عملية الإستشراف والتحليل لإيجاد الحلول والبدائل والخطط المناسبة للمشاريع التنموية المستديمة، وتنفيذها بالوجه الذي يعود بالفائدة على البيئة والنظم الطبيعية والإنسان.

6- إستخدام التكنولوجيا لأهداف تنموية ومجتمعية:

توظف التكنولوجيا في جميع جوانب العملية التنموية المستدامة، حيث تستخدمها في تنفيذ برامجها بأسرع الأجال وأقل التكاليف وكفاءة الآداء وجودة المحاصيل والمكاسب، دون ضرر على البيئة والموارد الطبيعية، ويمكن إستخدامها في حماية البيئة وصون مواردها من أي آثار كانت قد تصيبها أو التقليل منها قدر الإمكان، كما أن التكنولوجيا وتقنياتها الحديثة تستخدم من طرف الإنسان مما يستوجب تحسيسه بإستخدامها بما ينفعه في تحسين جودة حياته، دون أخطار وا ٍفرازات سلبية على البيئة وموردها الطبيعية وبما يفيد العملية التنموية المستدامة في جميع جوانبها.

لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المهمة والثقيلة والدقيقة من حيث ترابط منطلقاتها، أسلوب آدائها ونتائجها على رفاه الإنسان ونمو الإقتصاد وسلامة البيئة ومواردها الطبيعية، ينبغي توفر نظم ثابتة أهمها [104]:

- **نظام إجتماعي:** من خلال الشاركة الفعالة وا ٍقتراح الحلول والبدائل لغرض الإستدامة.
- **نظام سياسي:**من خلال فاعليته وكفاءته الإدارية وا ٍنفتاحه على مشاركة بقية الفاعلين في رسم السياسات التنموية المستدامة وفي عمليات إتخاذ القرارات فيها.
- **نظام إقتصادي:**من خلال قدرته على تحقيق وفرة الإنتاج و الربح بإستدامة و بنسب ذاتية عالية (إقتصاد أخضر مستدام).
- **نظام تجاري وتمويلي:** يراعي شروط الاستدامة في كل أنماطها ومستوياتها.

[104] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص 22.

ثانيا: أنواع التنمية المستدامة

من خلال تأسيس المبادئ الأساسية للتنمية المستدامة لأسلوب تدبير العملية التنموية وا ٍرتكازها على المورد البشري وموارد الطبيعية كآداة وغاية لرفاه كل الأجيال، في تصور لميزان المساواة بين عناصر: الناس، الطبيعة والنمو، يمكن أن تحدد تلك القيم والغايات اهم أنواع الإستدامة المتمثلة في الإستدامة الإقتصادية، إستدامة إجتماعية وا ٍستدامة بيئية [105]، نذكرها فيما يلي:

1- تنمية مستدامة اقتصادية:

يقصد بها نشاطات دعم الاقتصاد ونموه المستمر في مخططات تنموية طويلة الأجل ومستدامة مع مراعاة عدم الضرر بالبيئة والجوانب الثقافية والاجتماعية لجميع الناس، من خلال الاستثمار الأمثل والحديث لرأس المال الاقتصادي وتحقيق قيمة أرباح مستمرة لتحسين جودة الحياة البشرية وا ٍستمرارها لكل الأجيال مع الحفاظ على الموارد والنظم الطبيعية والبيئة وتشجيع البحث والتطوير.

2- تنمية مستدامة بشرية:

تهدف التنمية البشرية إلى راحة الإنسان بوصفه رأس مال بشري مهم في المعادلة التنموية وعدم معاناته من النواحي الإقتصادية، الإجتماعية والبيئية بما يحقق سلامة وصحة المجتمع ككل ويمكن أن تتحقق التنمية البشرية من خلال تطوير معارف أفراد المجتمع ومهارتهم في إنتهاج نمط معيشة صحي ورفاه للجميع، في كنف الترابط المتوازن بين غايات الفرد، قضايا المجتمع والبيئة وكذا أصحاب المسؤولية الأخلاقية في تحصيل الأهداف التنموية المستدامة.

3- تنمية مستدامة بيئية:

تساعد الممارسات المستدامة في الحفاظ على الموارد الطبيعية وسلامة النظم البيئية والتنوع الإيكولوجي، والتركيز على مصادر الطاقة المتجددة، والتكنولوجيا والبحوث البيئية والإقتصاد الأخضر من خلال ثالوث معادلة: النظم البيئية و الموارد الطبيعية و رشادة التدبير بما فيها تسيير الأزمات والمخاطر، إذ الغاية من ذلك رفاه الإنسان بأقل التكاليف.

---

[105] بايزيد علي، **التنمية المستدامة مفهومها، أبعادها ومؤشراتها حالة مؤشر الآداء البيئي العالمي**، مجلة المقريزي للدراسات الإقتصادية والمالية، الجزائر، العدد 2 (المجلد 6)، ديسمبر 2022، ص 276.

يمكن إضافة نمط آخر من التنمية المستدامة يصطلح عليه بالتنمية المؤسساتية المستديمة [106] التي تمثلها المؤسسات الرسمية للدولة ومستوى كفاءة إدارتها وتسييرها للأنواع الأخرى من أنماط التنمية المستدامة بالتشارك مع كل الفاعلين في العملية التنمية المستدامة (حكومة، قطاع خاص مجتمع مدني ومنظمات دولية وغيرها)

تشكل أنواع التنمية المستدامة الاقتصادية، البشرية والبيئية وحتى المؤسساتية في تفاعلها وتكاملها، مفهوما شاملا للتنمية المستدامة، التي تتكون من ثلاثة ركائز أساسية وهي [107]: البيئة (طبيعية ومستحدثة)، الاقتصاد والاجتماع.

[106] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص 108.

[107] عبد الله بن عبد الرحمان البريدي، المرجع السابق، ص 52.

المطلب الثاني: نظريات التنمية المستدامة

نستحسن قبل عرض نظريات التنمية المستدامة فهم تصور وسياق وتراكم الفكر التنظيري التنموي، من خلال الإشارة إلى موجز أهم نظريات العمل التنموي التقليدي [108] التالية:

الفرع الأول: نظريات العمل التنموي التقليدي

تتلخص نظريات العمل التنموي التقليدي فيما يلي:

1- نظرية التحديث:

تمثله الدول المستقلة حديثا بعد الحرب العالمية الثانية وسعي نخبها المناضلة إلى تحقيق التنمية الموعودة ببناء دولها وا إقتصاداتها ورفاه مجتمعاتها.

2- **نظرية التبعية:** تفسير تنمية وتخلف الدول النامية بدرجة إعتمادها وتبعيتها إلى الدول المتقدمة، التي تقوم بتكريس هذه التبعية.

3- نظرية النظام العالمي:

جاءت لتفسر مسألة نمو دول شرق آسيا ومنها بقية الدول النامية بعيدا عن التشدد الأيديولوجي الإشتراكي الذي عاش أزمة فشل الماركسية الثورية والرأسمالي الذي خلف أزمة الفجوة بين الدول النامية والمتقدمة.

نرى بأن نظريات العمل التنموي التقليدي تركز على التفسيرات السياسية للبعد الإقتصادي وأبوة البعد السياسي على النمو، وبظهور مفهوم الإستدامة ظهرت نظريات التنمية المستدامة، وأهمها:

[108] مدحت أبو النصر وياسمين مدحت محمد، المرجع السابق، ص.ص 72-74.

الفرع الثاني: نظرية الصيغة الضعيفة للاستدامة:

يركز مفكري ورواد نظرية الصيغة الضعيفة للاستدامة على رأس المال المصنوع من طرف الإنسان كونه أساسا ومحورا للإستدامة، بإعتقادهم أنه يمكنه تعويض رأس المال الطبيعي والخدمات التي توفرها البيئة في ذلك.

وا عتبر سولو solow في عام 1992 بأن النهج المستدام للإقتصادات الوطنية هو الذي يضمن عدالة الفرص بين الأجيال، ودافع داسجوبتا وهيل Dasgupta and heal عام 1979 على ذات الرؤية بإعتبار أنه إذا حل رأس المال المصنوع من الإنسان محل رأس المال الطبيعي فإن الموارد الطبيعية الآيلة للزوال والنضوب لن تكون عائقا أمام الإنسان والتنمية الاقتصادية. [109]

الفرع الثالث: نظرية الصيغة القوية للاستدامة

يرى مفكري ورواد هذا المنظور بأنه لا يمكن تعويض رأس المال الطبيعي والخدمات التي توفرها البيئة برأس المال الذي يصنعه الإنسان، وحججهم في ذلك [110]:

– **عدم اليقين:** وصعوبة التنبؤ الدقيق بنتائج الفعل الإنساني ومدى ضرره على رأس المال الطبيعي يشكل ذلك صعوبة في تقدير حجم الإستثمارات المناسبة من رأس المال المصنوع من الإنسان المطلوبة لتعويض تكاليف الضرر.

– **عدم الإنعكاس:** المساس برأس المالي الطبيعي كالتنوع الإيكولوجي غير قابل بالمفهوم الفيزيائي لتغير اتجاه الموجة إلى النحو الذي كان عليه (إزالة الأضرار التي تعرض لها وعودته إلى حالته الأولى)، في حين يمكن إعادة بناء رأس المال المصنوع من الإنسان.

– **التأثر المستمر:** بين رأس المال المصنوع من طرف الإنسان و رأس المال الطبيعي والخدمات التي توفرها البيئة يحتم نهجا مستداما للتنمية (تنمية مستدامة).

---

[109] عدنان داود محمد العذاري، **الاستثمار الأجنبي المباشر على التنمية والتنمية المستدامة في بعض الدول الإسلامية**، عمان، المجموعة دار غيداء للنشر والتوزيع، 2016، ص.ص 40-41.

[110] المرجع نفسه، ص 41.

تشكل نظريتي التنمية المستدامة تنافسا وسجالا بيئي وا ٍقتصادي ومنهجي (سبل الإستدامة)، إلا أنهما يلتقيا في غاية الحق المتكافئ للأجيال في رأس مال بشري وطبيعي، وتفسر أولوية الإقتصادي على البيئي.

المطلب الثالث: أبعاد التنمية المستدامة ومؤشرات قياسها

يتشكل مفهوم التنمية المستدامة من ثلاثة أبعاد أساسية هي: البعد الإقتصادي و البعد الإجتماعي والبعد البيئي، من الناحية العملية والميدانية والعلمية فأن هذه الأبعاد متداخلة ومتكاملة بنيويا و من حيث دور كل منها في نسق التنمية المستدامة و أثره ودروه في الأبعاد الأخرى، ولغرض توضيح ذلك يأتي عرض كل منها على حد.

أما بخصوص مؤشرات قياس تلك الأبعاد فإستخدامها يكون لغرض ضبط عملية الرصد والتقييم لمدى التقدم المحرز في أهداف وغايات التنمية المستدامة في أبعادها المذكورة، ما يساعد صناع السياسات العامة في إتخاذ القرارات والحلول والبدائل والإجراءات التنموية المستدامة الرشيدة والمناسبة كما تساهم جودة المؤشر خاصة من حيث: الموضوعية، الدقة، الوضوح وتوفر البيانات المحينة والموثوقة في جودة عملية القياس والنتائج.

الفرع الأول: البعد الإقتصادي و مؤشرات القياس

أولا: البعد الإقتصادي للتنمية المستدامة

تحتاج التنمية المستدامة إلى دوام نمو إقتصادي يحقق إنتاجا وفيرا للخدمات والسلع، من خلال توفر بيئة وموارد طبيعية سليمة، يكفل ذلك رفاها ومستوى حياة جيد يساعد على التحسن المستدام للوضع الإجتماعي والإقتصادي.

ويعني البعد الإقتصادي للتنمية المستدامة حرية الإنتاج الدائم المقيدة بسلامة البيئة والطبيعية من كل أشكال الضرر لتلبية حاجات وأولويات الإنسان ورفاهه، إذ يسمح بإستغلال موارد الطبيعة شريطة المحافظة عليها وا ٍدارتها بالشكل الحكيم الذي يكفل حق وفرص إستغلالها للجميع ولكل الأجيال دون تفاوتات، ويركز البعد الإقتصادي للتنمية المستدامة على تاثيرات الإقتصاد وا ٍنعكاساته في الوقت الراهن وفي المستقبل على البيئة والموارد الطبيعية، و البحث الدائم عن إستعمال التقنية الصناعية الأمثل في مجال الإستغلال الأسلم لموارد الطبيعة، دون الغفلة عن استدامة النمو المالي والاقتصادي.[111]

[111] رائد رمثان حسين و حسن حيال محيسن، المرجع السابق، ص.ص 33-35.

ثانيا: مؤشرات قياس البعد الإقتصادي للتنمية المستدامة

يمكن تقسيم مؤشرات قياس البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة إلى [112]:

1- مؤشرات البنية الاقتصادية:

يمكن تحديد البنية الإقتصادية عن طريق قياس:

- حجم الاستثمار في معدل الدخل الوطني.
- الفائض أو العجز في الميزان التجاري.
- قيمة المساعدات الدولية.
- معدلات الإستدانة من الدخل الوطني.
- معدل نصيب الفرد من الناتج المحلى.

2- مؤشرات أنماط الإنتاج والاستهلاك:

يسجل إستنزاف متسارع ومتعاظم وا ٍعتباطي للموارد بسبب تبني أنواع إنتاج واستهلاك غير مستدام، يمكن قياس هذا الأخير بـ:

- حجم الموارد المستخدمة في عملية الإنتاج.
- حجم النفايات ونوعها ومدى وتدويرها.
- مدى توفر خدمات النقل والمواصلات.
- معدلات استهلاك الطاقة.

[112] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص 110.

الفرع الثاني: البعد الإجتماعي ومؤشرات القياس

أولا: البعد الإجتماعي للتنمية المستدامة

تمثل مكونات المجتمع (الدين، المعتقدات والأعراف، العادات والتقاليد، انماط السلوك والنظم الاجتماعية وغيرها) البعد الاجتماعي، إضافة إلى علاقة ذلك بإعداد الإنسان والبعد الحقوقي خاصة في نصيبه من موارد الطبيعة وتلبية أولوياته من الحاجات والخدمات وكذا تنمية بشرية مستديمة و رفاه العيش في بيئة سليمة وآمنة، فإستدامة المجتمع تعني بقاؤه وا ٍستتمراره من جيل إلى جيل بفضل مقوماته ونظمه التي تجعل منه مجتمعا متماسكا وقويا.

كما أن التنمية المستدامة تعتمد في جميع أبعادها على مشاركة جميع الفاعلين خاصة المشاركة المجتمعية سواء في الدولة الواحدة أو إذا تعلق الأمر بمجموعة من الدول في حال المصير المسترك كما أن أنها تستهدف العدالة في تلبية طلبات وحاجات وأولويات جميع الناس في جميع المجالات، أي أن الإنسان هو محور البعد الإجتماعي للتنمية المستدامة، والعدالة والمساواة جوهره. [113]

ثانيا: مؤشرات قياس البعد الإجتماعي للتنمية المستدامة

ومن أهم مؤشرات البعد الاجتماعي في التنمية المستدامة [114]:

1- الإدارة في الحكم بأسلوب ديمقراطي:

تعتبر طريقة الإدارة في السلطات العليا للبلاد ورقة عمل ونهج وهوية العملية التنموية المستدامة، حيث ترتكز هذه الأخيرة على المشاركة الشعبية والمجتمعية من خلال الحوار والتشاور وعلى مبدأ الحق في التنمية المستدامة والعدالة والمساواة من خلال الإحتكام للنظم والقوانين.

[113] رائد رمثان حسين و حسن حيال محيسن، المرجع السابق، ص.ص 32-33.

[114] المرجع نفسه، ص 33.

2- الصحة والتعليم:

يمكن قياسه بمدى توفر خدمات الصحة والتعليم في كل مستوياتها وتخصصاتها ومدى وصولها إلى الفئات التي تحتاجها في الوقت والمكان المناسبين وفي كنف العدالة والمساواة، وذلك يعكس مستوى التنمية الإجتماعية المستدامة.

3- تثبيت النمو السكاني:

ويمكن قياسة بأثر زيادة النمو السكاني وكثافته على نسب التضخم وتوفر الموارد المستخدمة في العملية الإنتاجية للسلع والخدمات، ونسب الإفرازات والنفايات والفضلات المترتبة عن ذلك وكذا الرصيد المتبقي من الموارد الطبيعية.

وهناك من يرى بأن أهم مؤشرات قياس البعد الإجتماعي هي [115]:

- **مستوى التعليم والتدريب:** من خلال نسب الالتحاق بالمدارس أو التسرب المدرسي وكذا معدلات الكتابة والقراءة لدى فئة البالغين،
- **الصحة الإنسانية:** من خلال عدد الحاصلين على الخدمة الصحية، جودة الخدمات الصحية، عدد الحاصلين على المياه الصالحة للشرب من مصادر آمنة وصحية وكذا متوسط العمر المتوقع عند الولادة وغيرها.
- **مستوى الفقر:** من خلال عدد السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر و كذا معدلات البطالة.

[115] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص 110.

الفرع الثالث: البعد البيئي ومؤشرات القياس

أولا: البعد البيئي للتنمية المستدامة

ويعني هذا البعد بتدبير إستدامة الموارد الطبيعية والبيئية كما ونوعا، والمحافظة عليها وترشيد إستخدامها الأمثل القابل للتجدد، وتلافي إستنزافها لصون حق الأجيال القادمة. [116]

يعتبر البعد البيئي جوهر وأساس وقلب التنمية المستدامة، فلولا إضافة متغير البيئة والإهتمام بجميع جوانبها إلى كل من متغيرات النمو الاقتصادي و التوزيع العادل للنمو الاقتصادي و الاهتمام بجميع جوانب الحياة الاقتصادية و الاجتماعية لما تحققت معادلة التنمية المستدامة بالتحديد منذ قمة الأرض سنة 1992.

ثانيا: مؤشرات قياس البعد البيئي للتنمية المستدامة

ومن أهم مؤشرات البعد البيئي في التنمية المستدامة:

1- حماية المناخ:

من مؤشراته معدلات تغيير المناخي و تحول الغلاف الجوي مثل الاحتباس الحراري وتأثر طيفة الأوزون.

2- تضرر التربة:

من أهم أسباب تدهور التربة ظواهر إنجرافها وتصحر، أضرار الأسمدة والنبابات الضارة إضافة إلى تقلص مساحتها نتيجة توسع العمران، ويتم التحكم في ذلك بتنمية بيئية مستدامة.

3- التنوع البيولوجي:

التنوع البيولوجي هو تنوع الحياة في كوكب الأرض الذي يجعل منها قابلة لعيش صحي للإنسان [117]، بما فيها النباتات والحيوانات والنظم الإيكولوجية الحاضنة لهم وكذا التنوع الجيني، والغذاء والهواء وغيرها، فهو نسق معقد ومترابط من العناصر التي يلعب فيها كل واحد دوره الذي قد يكون خفيا وغير

[116] رائد رمثان حسين و حسن حيال محيسن، المرجع السابق، ص.ص 35-36.

[117] المرجع نفسه، ص.ص 36-37.

مرئي بالعين المجرة، تؤدي كل محاولة تغيير فيها أو تحييد لأي عنصر من هذا النسق إلى التأثير على نظام الحياة في الكوكب بأكمله وما قد يفرزه من مخاطر على الحياة البشرية بالخصوص، وبوادر ذلك بدأت بالظهور بسبب الأنشطة البشرية.

فأهمية البعد البيئي للتنمية المستدامة وحسن تدبيره المستدام له أثر مباشر على الوجود البشري والصحة الإنسانية ووفرة الموارد الموجهة للإستخدام الإقتصادي وعوائدها الإجتماعية.

ويمكن قياس البعد البيئي من خلال المؤشرات التالية:

– **مصادر المياه الصالحة للشرب الصحية والآمنة:** من خلال قياس نسبة استخدام المياه من الاحتياطات المتجددة وكذا نسبة الموارد المتجددة.

– **انبعاث الغازات الدفيئة:** من خلال قياس مستوى تضرر طبقة الأوزون وكذا نسب انبعاثات الغازات الضارة.

– **الغطاء النباتي والتصحر**، من خلال قياس نسبة التصحر وكذا التغير في مساحات الغابات.

– **الزراعة والتنمية الريفية:** من خلال نصيب الفرد من الأراضي الزراعية والأراضي الصالحة للزراعة والأراضي المزروعة بصورة دائمة وكذا معدلات استخدام الأسمدة. [118]

بالإضافة إلى الأبعاد الثلاث الأساسية للتنمية المستدامة (إقتصادي، إجتماعي وبيئي)، يضيف آخرون ثلاث أبعاد ثانوية تتمثل في البعد التكنولوجي، الزمني و الآدائي[119]، موضحة في الآتي:

– **بعد تكنولوجي:** تحتاج التنمية المستدامة إضافة للتقدم المتزامن في البعد الإقتصادي والإجتماعي والبيئي تقدما مسايرا في التكنولوجية وبصفة مستمرة للمساهمة في الإستعمال العلمي للموارد دون إسراف أو ضرر على البيئة وحق الأجيال المستقبلية، إضافة إلى تحقيق وفرة في إنتاج السلع والخدمات بجودة تساهم في رفاه الإنسان، إضافة إلى مساهمة البعد التكنولوجي في تكامل وتناسق الأبعاد الأخرى.

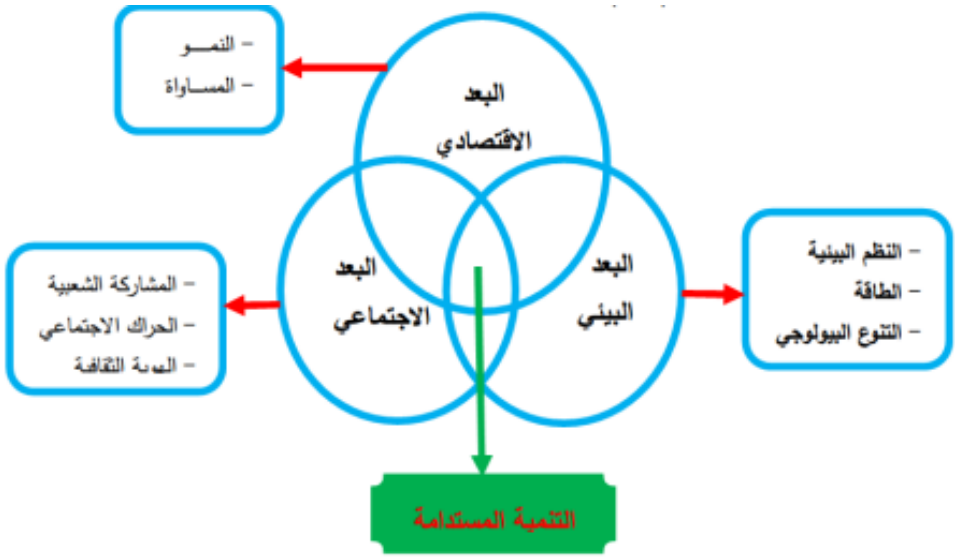
[118] ساجد احميد عبل الركابي، المرجع السابق، ص. 110-111.

[119] رائد رمثان حسين و حسن حيال محيسن، المرجع السابق، ص.ص 36-37.

– **بعد زمني:** يعد غير ظاهر لكنه مهم جدا يرتبط به نجاح الأبعاد الأخرى، خاصة البعد الإقتصادي المتعلق بغير الأسعار وتقلبات السوق وغيرها، فضلا عن كون التنمية المستدامة خطة وبرنامج لأجل وأهداف محددة.

– **بعد آدائي:** إن أي خلل في آداء أي بعد من الأبعاد سيؤثر على البقية، وهناك من يطلق عليه بالبعد المؤسساتي أو السياسي.

الشكل (1): ***ترابط وتداخل أبعاد التنمية المستدامة***



المصدر : (محمد مسعودي وآخرون، **العلاقة بين أبعاد التنمية المستدامة إطار تحليلي**، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي المنظم بجامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الموسوم بالإتجاهات الحديثة للتجارة الدولية وتحديات التنمية المستدامة، يومي 03/02 ديسمبر 2019، ص 206.).

ويوضح الشكل التالي تداخل وترابط أبعاد التنمية المستدامة، إذ لا يمكن فصل واحدا منها على الآخر في نسق متكامل، ويتجلى ذلك في العلاقة بين الإقتصاد والمجتمع والبيئة التي كان التأكيد عليها في كل مناسبة، فكل منها يؤثر و يتأثر بالآخر.

خلاصة

من خلال هذا الفصل، تعددت مفاهيم السياسة الصحة والتنمية المستدامة، ويعزو ذلك أساسا إلى طبيعة الظاهرة الإجتماعية غير الثابتة ثم إلى التطور والتراكم التاريخي والحضاري للإنسان والظروف المحيطة به، خاصة السياسية والإقتصادية والإجتماعية، إضافة إلى التطور والتراكم البحثي في الفكر السياسي، الإجتماعي والتنموي بكل أبعاده.

رغم ذلك، إلا أن هذا التراكم والتحول أسهم في إنتاج صيغ مفاهيمية تلتقي فيها مختلف الإجتهادات والإسهامات في نسبة من التوافق الإصطلاحي والإجرائي المقبول.

فالصحة والسياسة الصحية والتنمية المستدامة تشترك في أبعادها الأساسية من خلال:

- **البعد الإقتصادي:** في كون

– **الصحة:** حق للإنسان دون عسر مادي يراعى فيها ظرفه الاقتصادي.
– **السياسة الصحية:** تمكين السكان من تكاليف الخدمات الصحية الأدوية والعلاجات الجيدة.
– **التنمية المستدامة:** السعي لكسب العوائد المادية من خلال الإنتاج وأرباحه.

- **البعد الإجتماعي:** في كون

– **الصحة:** تمكن الجميع دون تفاوت من الحق في الصحة كخدمة إجتماعية بمساهمة الجميع.
– **السياسة الصحية:** مساهمة الجميع في تذليل عدم المساواة في مجال الصحة للجميع، أو في كونها خدمة عمومية صحية للجميع دون تفاوتات.
– **التنمية المستدامة:** خدمة جميع الناس ورفاههم.

- **البعد بيئي:** في كون

– **الصحة: تراعى فيها البيئة المحيطة** بالإنسان من حيث أن الصحة السليمة من البيئة السليمة.
– **السياسة الصحية:** من حيث **إنفتاحها على السياسات الأخرى على غرار السياسات البيئية، أو ما يصطلح عليه "الصحة في كل السياسات" كالسياسات الصحية البيئية أو السياسات البيئة الصحية.**
– **التنمية المستدامة:** من خلال**التزام** الإنسان بأمانة إعمار البيئة وا إصلاحها وا إحيائها.

كما أن كل من الصحة وسياساتها العامة وكذا التنمية المستدامة، تشترك في البعد الإداري أو السياسي في كونها: **إجراءات وتدابير تشاركية، تضطلع بها منظومة صحية متناسقة بنيويا ووظيفيا بالكفاءة والجودة اللازمين، يساهم فيها جميع الفاعلين في جميع المستويات، وأنها** نظام تسيير مجتمعي معياري وطموح، **إضافة لكونها** ترتيب الأولوية في الحياة والتخطيط المستدام لحق كل الأجيال.

إضافة لما سبق فإن مفاهيم الصحة، سياساتها العامة والتنمية المستدامة تعتمد إعتمادا كبيرا على التكنولوجيا وتقنياتها الحديثة وعلى تشجيع البحث العلمي، من أجل تنمية صحية مستدامة تشخص طبيعة العلاقة بين عملية إستغلال ومعالجة مدخلات البيئة المرتبطة بكل محددات وواقع الصحة وأبعادها وكذا مخرجات السياسات العامة في مجال الصحة من التخطيط إلى التنفيذ من جهة وبين التنمية المستدامة في جميع أبعادها، غاياتها و مؤشراتها الصحية.

الفصل الثانـي

أهميـة قطاع الصحة

و أثره على التنميـة المستدامـة

تمهيد

سبق من خلال الفصل الأول إثبات العلاقة المفاهيمية بين الصحة والسياسة الصحية والتنمية المستدامة، و تأكيد اشتراكها مفاهيميا في الأبعاد الأساسية: الاقتصادي، الاجتماعي و البيئي، إضافة إلى البعد الإداري أو السياسي و كذا البعد التكنولوجي.

سنحاول من خلال هذا الفصل –الذي يمثل من الناحية المنهجية المتغير الوسيط– إثبات وجود علاقة بين المتغير المستقل: السياسة الصحية أو ما يمثله من مؤشرات صحية، و المتغير التابع: التنمية المستدامة ممثلة في أبعادها الأساسية الاقتصادي، الاجتماعي و البيئي، و تشخيص أو تحديد حقيقة هذه العلاقة.

المبحث الأول: علاقة قطاع الصحة بالبعد الإقتصادي للتنمية المستدامة

ترمي السياسات الإقتصادية الكلية في كل بلد (نام أو متقدم) إلى أربعة مقومات أو أهداف رئيسية كحد أدنى، تتمثل في [120]:

- المحافظة على أعلى المستويات في توظف قوة العمل.
- المحافظة على أعلى مستويات الانفاق الاستثمارى (خاص أو عام).
- تقويض الفقر والحفاظ على مستوى معيشي للمواطنين ورفاههم.
- الحد من نسب عجز ميزان المدفوعات.
- مجابه والسيطرة على ضغوط التضخم في الاقتصاد الوطني.

و إضافة إلى إشارتنا السابقة بأن أهم المؤشرات الإقتصادية لقياس البعد الإقتصادي المستدام للصحة تتمثل في:

- حجم الاستثمار في معدل الدخل الوطني.
- الفائض أو العجز في الميزان التجاري.
- قيمة المساعدات الدولية.
- معدلات الإستدانة من الدخل الوطني.
- معدل نصيب الفرد من الناتج المحلى.

ومن خلال مقومات الإقتصاد ومؤشراته المذكورة، سنحاول تحليل طبيعة العلاقة بين قطاع الصحة والبعد الإقتصادي للتنمية المستدامة، إنطلاقا من أهم المؤشرات الإقتصادية المختارة المتمثلة أساسا في معدل النمو الإقتصادي و معدل المديونية.

[120] "**سياسات الاقتصاد الكلى والنمو فى المنطقة العربية**"، تقرير صادر عن بعثة الأمم المتحدة في جنوب السودان بتاريخ سبتمبر 2014، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2014/09/StrategiesArabRegion.pdf)، ص 3.

المطلب الأول: علاقة قطاع الصحة بالنمو الإقتصادي

يعبر النمو الاقتصادي عن الزيادة المستمرة المحققة في إجمالي الناتج الوطني الحقيقي، وفي متوسط دخل الفرد من هذا الناتج في فترة معينة، بالتالي فإن تلك الزيادة ليست نقدية بل حقيقية ومستمرة، إذ لا تعتبر الزيادة العابرة نموا من المنظور الإقتصادي [121]، ويفضل معدل النمو الإقتصادي المتوسط ومستدام، الذى يوجد فرص عمل ويخفض معدلات الفقر ويزي من فرص مقاومة الأزمات والتقلبات على معدل النمو الأعلى المبني عدم التفاوتات بين السكان في المداخيل [122]، ومن أبرز محددات النمو الإقتصادي: معدل الإستثمار، الإنفاق الحكومي ورأس المال البشري.

تسعى معظم الدول إلى مستوى راقي من الخدمة الصحية لسكانها، وهذه الأخيرة هي جملة الإجراءات والتدابير التي تهدف إلى المشاركة في تحسن الحالة الصحية، تشخيصها، وتقديم خدمات الوقاية والعلاج وا ٍعادة التأهيل، إضافة لكونها سلعة تعرض للبيع والشراء في سوق الخدمات الصحية وتنتج من: عنصر رأس المال البشري أو العمل (طاقمطبي و تمريضي وا ٍداري)، وعنصر رأس المال الإقتصادي أو الثابت (منشآت، عتاد وتجهيزات، أدوية وغيرها)، فالخدمة الصحية هي أحد أهم مدخلات إنتاج الصحة التي تهدف إلى رعاية صحية للإنسان [123]، والأكيد أن ذلك يحتاج إلى نظام إداري جيد لتسيير الخدمة الصحية بالأسلوب الأمثل، من خلال بلوغ الغايات الصحية بإستغلال الموارد الإقتصادية والإجتماعية المتاحة[124]، ويشمل الإنفاق الصحي مجموع النفقات على جميع العمليات المذكورة (الخدمة الصحية، تكوين رأس المال، الرعاية الصحية والنظام الإداري).

ويحصل قطاع الصحة في ذلك على تمويلاته من مصادر عامة وخاصة، إلا أن سوق الخدمات الصحية كونه يتداول سلعة ضرورية و يتصف بأنه قطاع حيوي فإنه لا يرتبط بشكل مطلق بلآلية السوق، وهو ما يبرر إتساع نطاق تدخل الحكومة ومشروعيته، كما سوقا كباقي الأسواقيُ حكم

---

[121] نجلاء علي حسن علي، **المنظومة الصحية ودورها في النمو الإقتصادي بمصر**، مجلة العلوم البيئية، جامعة عين شمس، العدد 06 (المجلد 51)، جوان 2022، ص 232.

[122] "**سياسات الاقتصاد الكلى والنمو فى المنطقة العربية**"، المرجع السابق، ص 2.

[123] خالد عبد العزيز حسن محمد، **اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان**، مجلة العلوم الإقتصادية و الإدارية و القانونية، غزة، العدد 15 (المجلد 2)، 2018، ص 69.

[124] المرجع نفسه، ص 67.

بجانب الطلب الذي يمثله المرضى بصفتهم مستهلكين، وبجانب العرض الدي يمثله المنتجين [125] بينما يُعد الربح محددا لمستوى وحجم إنتاج قطاع الصحة للخدمة الصحية، سواء في القطاع الخاص (التساوي بين إيراد الخدمة وتكاليف إنتاجها) أو القطاع العام (التساوي بين الإيراد الحدي الاجتماعي وتكلفته). [126]

وفي الجدول الآتي توضيح لإختلاف سوق الخدمة الصحية عن السوق النمطية.

الجدول (3): *ملخص الاختلافات بين سوق الصحة و الأسواق النمطية*.

الأسواق النمطية	سوق الصحة
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات (خارج المدن الكبيرة)
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات لا تعتمد حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس الخدمات
كمال المعلومات لدى المستهلكين ومعرفتهم	عدم معرفة المستهلكين الكاملة بالمعلومات ذات العلاقة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

المصدر: (منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط (فيفيان ستون)، **الصحة في كل السياسات دليل تدريبي**، المعهد العربي للتخطيط، **إقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية الكويت، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 08، متاح على الرابط: (https://applications.emro.who.int/docs/97892902296031-ara.pdf.

من خلال الجدول السابق، يتلخص الاختلاف بين السوق النمطي وسوق الخدمة الصحية في أن الأخير يتصف بعدم كمال التنافس و المعلومات، مما يؤدي في العادة إلى فشل آلية السوق (العرض والطلب) في بلوغ تخصيص الموارد بكفاءة ويستدعي تدخل الحكومات. [127]

[125] المرجع نفسه، ص 69.

[126] المرجع نفسه، ص 71.

[127] المعهد العربي للتخطيط، **إقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، الكويت، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 08.

الفرع الأول: قطاع الصحة ومعدلات الإنتاجية

ينتظر صناع السياسات الصحية إدراج الإنتاجية في أماكن العمل ضمن مخططاتهم وبرامجهم وأهدافهم وتوفير كل الإمكانات والظروف اللازمة لذلك، وذلك لدرجة إرتباط الحالة الصحية بالإنتاجية في مكان العمل أو المهنة.

أولا: العائد من الحالة الصحية الجيدة على الإنتاجية

أظهرت دراسة بريطانية بإحدى الجامعات أن نحو 40% من العمال المرضى بأمراض مزمنة تقيَد إنتاجيتهم في العمل، إذ يتصف رأس المال البشري المنتج بمستوى جيد من السلامة الصحية كون هذه الأخيرة أيضا تعد عاملا مؤثرا في درجة الرفاهية الاقتصادية، وبالنسبة لتحسن إنتاجية الأفراد فإنها مرتبطة بمدى تحسن حالته الصحية، التي تنعس أيضا على زيادة دخلهم ورفاههم، والعكس بالعكس عندما تنخفض إنتاجية الأفراد فإن ذلك مرتبط بسوء حالتهم الصحية النى تنعكس على دخلهم إلى حد الفقر في حال إستمرار الوضع، وعلى ذلك فإن دور قطاع الصحة محور ي في معدلات إنتاجية الأفراد الموظفين أو العاملين وعلى الإقتصاد الوطي ككل. [128]

وتتمظهر أهمية قطاع الصحة عموما وصحة الأفراد على الخصوص في الأثر والدور الذي تلعبه هذه الأخيرة في العملية الإنتاجيةإ ستمرارها بإنتظام، حيث أن العلاقة بين حالة السكان الصحية و عنصر العملإ نتاجيتة داخل الاقتصاد المحلي إيجابية، وحصائل تأثير قطاع الصحة في الإنتاجية تتجسد في المكاسب العائدة على الموظفين أوالعمال وأصحاب العمل أو مسؤوليهم، حيث أن العمال يظهر هذا التأثير في شكل إرتفاع الأجور، أما أصحاب العمل فيظهر في شكل أرباح متعاظمة. [129]

يمكن أن تؤثر الحالة الصحية على الإنتاجية من خلال أربعة مسارات [130]:

- **تحسن الحالة الصحية للعمالة:** كلما كانت قوة وطاقة العمال النفسة والجسدية عالية كلما كانوا أكثر إنتاجية في عملهم.

[128] ميادة المرسى، **انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية**، مجلة البحوث الإقتصادية و القانونية جامعة المنصورة، العدد 75 (المجلد 11)، 2021، ص.ص 12-13.

[129] المرجع نفسه، ص 13.

[130] المرجع نفسه.

– **معدلات الغياب والثابرة:** يؤثر معدل التغيب لدى العمال بشكل مباشر على الإنتاجية، فيمكن لعدم حضورهم أن يؤدي تأخير المشاريع، عدم رضا العملاء وعلى النتيجة النهائية (المعنويات، الإنتاجي والإيرادات) في حال عدم العودة إلى مسار المثابرة سواء طوعا أو تأديبا.

– **معدل أعلى من العمر المتوقع:** يجعل من الأفراد يستهدفون غاية تلقي مكاسب أكثر في استثماراتهم من خلال استثمارهم في التحصيل العلمي والتعليم.

– **متوسط العمر المتوقع:** يقصد به عدد سنوات تمتع الأفراد بحالتهم الصحية الجيدة، ويكون من خلال ادخار أكثر لمرحلة تقاعدهم.

ونتيجة لصحة الأطفال حديثي الولادة، تحسن معدل البقاء على قيد الحياة وتراكم رأس المال الجسدي الصحي، يمكن ذلك من رفع معدلات القوى العاملة وتحسن الدخل الفردي لو دفع بهم إلى سوق العمل.

ثانيا: تكاليف تردي الحالة الصحية على إنتاجية العامل

وفي دراسة لجامعة روتجرز Rutgers University الأمريكية [131]، أشارت إلى التكاليف الكبيرة بما قيمته 226 مليار دولار سنويا التي يتكبدها أصحاب العمل بسبب سوء الحالة الصحية للعمال نتج عنها حوالي 70% من انخفاض في الإنتاجية، وجاء الباقي أي حوالي 30% بسبب الغيابات عن العمل لأسباب مرضية، إضافة إلى النفقات التجارية الكبيرة الناتجة عن توفير التغطية الصحية والفوائد للموظفين والمعالين، فإن ما يصطلح عليه بالإنتاجية المفقودة الناتجة عن المشاكل الصحية النفسية والجسديةيقدَ ر بأن تكون تكلفتها أكثر عند أصحاب العمل، فالإنتاجية المفقودة تكون من خلال الحضور المفقود بلا فائدة و الغياب الفعلي عن العمل، فالعامل المفقود يكون فيه حضور جسدي للعامل الذي يعيش حالة صحية جسديا أو عقليا تؤثرعلى العمل نوعا وكمَ ا بالسلب (عدم التشغيل الكامل "Presenteeism").

وأكدت دراسات وأبحاث متخصصة بوجود علاقة مباشرة بين الصحة العامة للقوى العاملة ومستويات إنتاجيتها، حيث أن 34% تمثل نسبة المعدل الدولي للوقت غير المستخدم في الإنتاجية وا ٍنخفاض إنتاجية العمل لدى العمال الذين يعيشون حالة صحية متدهورة بنسبة 25% بالمقارنة مع

[131] المرجع نفسه، ص 14.

نضرائهم الأصحاء، لذا ينصح من أجل الرفع من آداء العمال وكفاءته عمل صناع السياسة العامة على توافق الأهداف والإنتاجية المطلوبة من العمال مع خدمات والرعاية الصحية الموفرة لهم، لخفض التكاليف و زيادة الإنتاجية وتحقيق معدلات نمو إقتصادي مستدام. [132]

من خلال ما سبق، فإن للحالة الصحية للفرد علاقة مباشرة على إنتاجيته ليس في صورتها الكمية فقط بل بمستواها وكفاءتها أيضا، حيث أن الغاية الإقتصادية لدى المؤسسات وأرباب العمل والحكومات ليست في إنتاجية الفرد فحسب بل في جودة وكفاءة تلك الإنتاجية، والصحة عامل حاسم من العوامل المهمة في منظومة الإنتاجية التي وا ن غابت يؤثر على الكفاءة المثلى لإنجاز أي عمل أو إنتاج أي قيمة. [133]

[132] أنظر موضوع "**الإنتاجية وثقافة الصحة**"، متوفر على موقع البيان: https://www.albayan.ae/economy/opinions/2011-09-08-1.1499216، 2011/09/08، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/31 الساعة 15:18.

[133] ميادة المرسى، المرجع السابق، ص 13.

الفرع الثاني: الإستثمار أو الإنفاق على قطاع الصحة والنمو الإقتصادي

كان قطاع الصحة ينظر له فيما سبق بأنه قطاع غير منتج وأن الإنفاق أو الاستثمار فيه بمثابة الإنفاق الإستهلاكي أو التحويلي، ليصبح مع بداية الألفية الثالثة رافدا للتقدم الاجتماعي والاقتصادي للدول، التي أولته أهمية كبيرة تجسدت في حجم النفقات المخصصة له من إجمالي الموازنات العامة.[134]

وتعد الصحة والإستثمار والإنفاق عليها من أهم ما يؤثر على النمو الاقتصادي، حيث أن المستوى الجيد لصحةالأفراد ينعكس على المجتمعات وآدائها وا ٍنتاجيتها الاقتصادية ومعدلات النمو التي تحققها، والعكس عند إنتشار المرض الذي يؤخر مستويات التنمية خاصة في بعدها الإقتصادي.[135]

وأثبتت دراسات عديدة بأن الإستثمار أوالإنفاق على قطاع الصحة من أهم المؤشرات التي تعكس اهتمام صناع السياسات العامة بالصحة و تأثيراتها السكان و إنتاجيتهم وبالتالي زيادة في معدل النمو الاقتصادي وخفض الطلب على نفقات الصحة، لما للإنفاق من إرتباط بجودة الخدمات والرعاية الصحية وأثارها الاقتصادي المباشرة وغير المباشرة، حيث أن متوسط الإنفاق على قطاع الصحة في الدول النامية يبلغ 5% بينما يتجاوز في نظيرتها المتقدمة 9.5%، ويبلغ متوسط الإنفاق العالمي كنسبة من الإنفاق العام للحكومات في الدول النامية حوالي 8% بينما يبلغ 16% في نظيرتها المتقدمة. [136]

---

[134] بحوصي مجدوب وآخرون، **نمذجة قياسية للعلاقة السببية بين الإنفاق العام على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي في ظل قانون فاجنر(دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1995-2013)**، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الوادي، العدد 02 (المجلد 7)، ديسمبر 2017، ص 15.

[135] بوسالم فاطمة، **تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي بالجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة الجلفة، العدد 2 (المجلد 4)، أوت 2010، ص 139.

[136] حكيمة العوفي، **اختبار فرضية العلاقة السببية بين النفقات الصحية و النمو الاقتصادي في الجزائر-دراسة قياسية-**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة الجلفة، العدد 02 (المجلد 03)، أكتوبر 2017، ص 207.

أولا: الإنفاق أوالإستثمار العام

يشير الإنفاق العام على الصحة إلى إنفاق المال العام من مؤسسات الحكومة –محلية كانت أو إقليمية– وكذا برامج الضمان الاجتماعي على الرعاية الصحية، وتمويل الاستثمار في المنشآت الصحيّة من القطاع العام، إضافة إلى تحويلات مالية لإنشاء مستشفياتوا إقتناء معدات نحو القطاع الخاص. [137]

هناك العديد من الدراسات التي تطرقة لعلاقة قطاع الصحة بالنمو الإقتصادي، نذكر أهمها في الآتي:

1- دراسات نظرية حول علاقة الإستثمار أو الإنفاق على قطاع الصحة والنمو الإقتصادي:

تعتبر Selma J. Mushkin * أول المفكرين الإقتصاديين الذين تطرقوا إلى دور الإستثمار أوالإنفاق على قطاع الصحة والرعاية الصحية بوصفها رأس مال في زيادة مستويات النمو الاقتصادي.[138]

أخذ بذلك الإقتصادي Grossman * وطوره من خلال فكرة نموذج الطلب على الصحة الجيدة بعد تطرق عام 1972 للمفهوم الاقتصادي لرأس المال الصحي، بإفتراضه بأن الصحة سلعة رأسمالية معمرة، حيث أن كل إنسان يهب عند ولادته جزءا من مخزونه الصحي، وهذا الأخير ينقص ويهتلك بتقد العمر مثل السلع الرأسمالية، إلا أن إمكانية نمائه وزيادته يقف على تفاعل صحة الإنسان مع مستجدات الاستثمار في الصحة. [139]

---

[137] أنظر تعريف **الإنفاق العام على الصحة**، متوفر على موقع لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (إسكوا): https://www.unescwa.org/ar/sd-glossary/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D9%86%D9%81%D8%A7%D9%82-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%85-%D8%B9%D9%84%D9%89-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/30 الساعة 04:58.

[138] بحوصي مجدوب وآخرون، المرجع السابق، ص 16.

[139] بوسالم فاطمة، المرجع السابق، ص 140.

* Mushkin: خبيرة اقتصادية ومعلمة صحية أمريكية.

* Michael Grossman: اقتصادي أمريكي من أوائل المتخصصين في الاقتصاد المنزلي الجديد.

إضافة إلى اقتصاديين آخرين، توصل Barro * عام 1996 من خلال دراسته حول العلاقة بين مؤشرات رأس المال البشري والمادي من بينها مستوى الإنفاق العام على قطاع الصحة، إلى أن زيادة رأس المال الصحي يحسن الحالة الصحية، ويحقق معدلات إيجابية في النمو الاقتصادي ومنحت نظرية النمو الداخلي أهمية كبيرة لمتغير الإستثمار والإنفاق في القطاع الصحي،وا عتبرت بأن الصحة مزدوجة الوظيفة بالنسبة للفرد من حيث أنها تمثل قيمة بالنسبة له، كما ترزيد من رفاهه وتمنحه تحسن من دخله المادي. [140]

2- دراسات تطبيقية حول علاقة الإستثمار أو الإنفاق على قطاع الصحة والنمو الإقتصادي:

ساهمت عديد الدراسات في تأكيد الأثر الإيجابي لتحسن الحالة الصحية الإنسان في زيادة الإنتاج والنمو الاقتصادي، وأهم تلك الدراسات نذكر:

- **دراسة** Weil **و** Moyer **سنة 2001:** خلصت إلى أن 17% من التغير في نصيب الفرد من الدخل في كل من المكسيك والبرازيل تفسره صحة الفرد، وأنه لتحسن مستوى معيشة السكان علاقة بزيادة معدلات النمو الاقتصادي.

- **دراسة** Maureen Lewis **و** William Jack **سنة 2009:** تهدف إلى تشجيع الإنفاق والإستثمار في قطاع الصحة كونها تؤثر مباشرة في تحقق زيادات في الدخل المحلي الإجمالي ورفاهية الفرد في المدى الطويل، حيث أكدت الدراسة على قوة العلاقة بين مستوى الدخل والإنتاجية والإستثمار في قطاع الصحة، والإشارة إلى الإنفاق العام المشروط على قطاع الصحة بمستوى الإدراة الفعالة وجودة الخدمة الصحية وهذا على المستوى الجزئي، بينما أشارت إلى غموض العلاقة بين النمو الاقتصادي والصحة وذلك على المستوى الكلي، ويعزو ذلك إلى صعوبة تقدير وقياس الصحة.

- **دراسة** Francesco Moscone **و** Badi H, Baltagi **سنة 2010:** خلصت إلى تأكيد العلاقات الاقتصادية طويلة الأجل الدخل والإنفاق على قطاع الصحة والرعايةالصحية، وا عتبار هذه الأخيرة ليست من الكماليات بل ضرورة حتمية لبلوغ زيادة في معدلات النمو الاقتصادي. [141]

---

[140] بحوصي مجدوب وآخرون، المرجع السابق، ص 16.

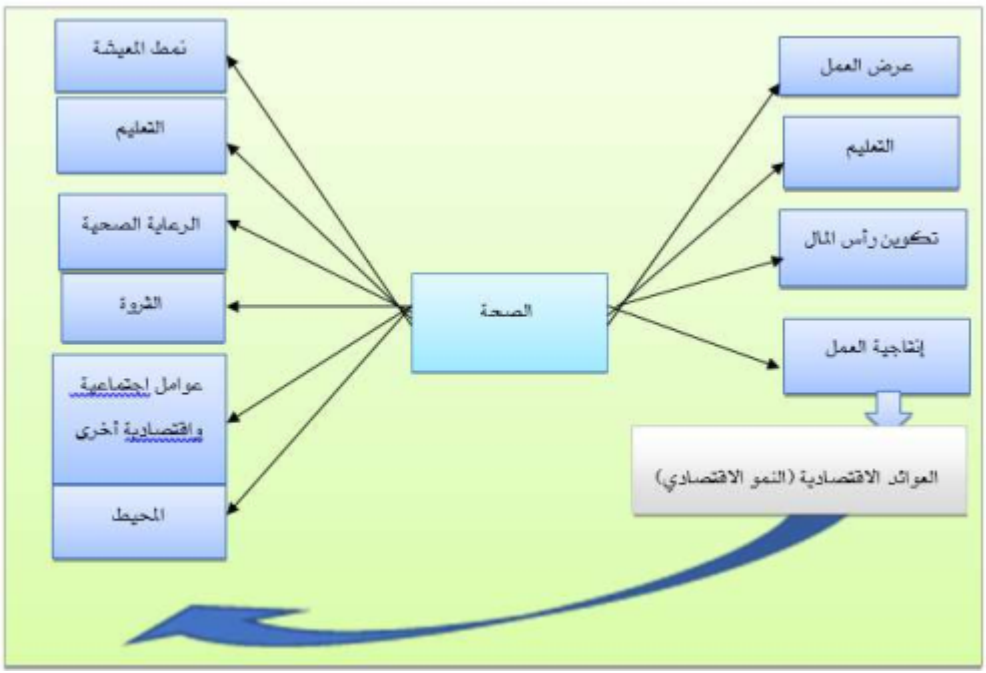
[141] المرجع نفسه، ص 17.

* Robert J. Barro: عالم وأستاذ اقتصاد أمريكي، أحد مؤسسي الاقتصاد الكلي الكلاسيكي الجديد.

- **دراسة** ERCELIK **سنة 2018:** توصلت نتائجها إلى تأكيد العلاقة الإيجابية بين نصيب الفرد من اجمالي الناتج المحلي والانفاق على قطاع الصحة (خاص وعام) في دولة تركيا، الفترة من 1980 إلى 2015. [142]

خلاصة مضمون الدراسات المذكورة تفيد بأن الإتجاه العام لنتائجها –رغم إختلاف أساليب القياس والتقدير وتباين عينات الدراسة والإطار الزماني– يؤكد العلاقة الطردية والسببية الإيجابية بين الإنفاق والإستثمار العام في خدمات الرعاية بقطاع الصحة والنمو الاقتصادي، من خلال قياس الناتج المحلى الإجمالي أو نصيب الفرد منه. [143]

الشكل (2): ***قنوات تأثير الإنفاق العام على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي.***



المصدر: (بحوصي مجدوب وآخرون، **نمذجة قياسية للعلاقة السببية بين الإنفاق العام على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي في ظل قانون فاجنر(دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1995-2013)**، مجلة رؤى اقتصادية جامعة الوادي، العدد 02 (المجلد 7)، ديسمبر 2017، ص 15).

---

[142] وفاء سبكي، **آثر الصحة على النمو الاقتصادي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دراسة قياسية باستخدام منهجية نماذج الانحدار الذاتي للسلاسل المقطعية**، المجلة الدولية للدراسات الاقتصادية، المركز الديمقراطي العربي برلين، العدد 17 (عدد خاص)، 2021، ص 35.

[143] هاني محمد علي الدمرداش، **العلاقة بين الإنفاق على الصحة و الناتج المحلى الإجمالي في مصر**، المجلة العلمية للتجارة و التمويل، جامعة طنطا مصر، العدد 2 (المجلد 37)، مارس 2017، ص 17.

حسب آخر تقديرات سنة 2022 تشير بأنه يتم الإنفاق على قطاع الصحة 8.5 تريليون دولار كل سنة بما يعادل 10٪ من الناتج المحلي الإجمالي العالمي، وفي تقدير آخر تم إجراؤه على بلدان: الصين، الهند، الولايات المتحدة الأمريكية، فنزويلا والبرازيل يشير إلى زيادة قيمة رأس المال الصحي ضعفي أشكال رأس المال الأخرى جميعها، أكد ذلك قيمة قطاع الصحة بإعتباراستثمارا، وا ٍدراك عوائد الإنفاق على القطاعات ذات الحصائل طويلة الأجل للمواطنين. [144]

ورغم رفع البلدان من معدلات إنفاقها على قطاعاتها الصحية، إلا أنه يبقى السكان يدفعون من مالهم الخاص الكثير، إذ توفر الحكومات 51% من النفقات على قطاع الصحة، بينما تتجاوز 35% منها في كل بلد من الأموال الخاصة للسكان، خلف ذلك وقوع 100 مليون شخص سنويا في براثن الفقر، ويؤكد المدير العام للمنظمة العالمية للصحة (منذ سنة 2017) "تيدروس أدهانوم غيبريسوس" على ضرورة زيادة معدلات الإنفاق المحلي لبلوغ تغطية صحية شاملة، كون الإنفاق على قطاع الصحة لا يعد من التكاليف بل هو استثمار يهدف لإيجاد مناصب عمل، الرفع من معدلات الإنتاجية والنمو الإقتصادي الشامل، تقويض الفقر وتشييد مجتمعات صحية أكثر مساواة وأمان، كما تمت الإشارة إلى التمويل الخارجي لقطاع الصحة، حيث أن إرتفاع معدلات التمويل المحلي جعل من نسبة المساعدات الخارجية لقطاع الصحة تنخفض إلى أقل من 1% من الإنفاق العالمي، حيث يخصص حوالي نصف هذه المساعدات المالية الخارجية لأمراض: السل، الملاريا والإيدز والعدوى بفيروسها. [145]

---

[144] **"عائد صحي، جدوى الإستثمار في التمويل المستدام لمنظمة الصحة العالمية"**، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، سنة 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362009/9789240057180-ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، ص 08.

[145] أنظر موضوع "**رغم زيادة إنفاق البلدان على قطاع الصحة، ما زال الناس يدفعون الكثير من أموالهم الخاصة**" متوفر بموقع منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/31 الساعة 16:02.

ثانيا: الإدخار والدخل الفردي

إن إرتفاع متوسط العمر المتوقع للسكان أو تمتعهم بحالة صحية جيدة إلى غاية مرحلة الشيخوخة أو ما يصطلح عليه "الشيخوخة الصحية" أو "البقاء الصحي"، يجعل من قدرتهم على الادخار مرتفعة وكذلك بالنسبة للاستثمار الفكري والمادي [146]، ومن جهة أخرى فأن زيادة دخل الفرد بالخصوص تحسن دخول الفقراء بسبب زيادة إنفاق الحكومة على قطاع الصحة كأحد مجالات الرعاية الاجتماعية يخفض لديهم الميل الحدي للادخار ويرتفع الميل الحدي للاستهلاك، لأن الكثير من حاجاتهم خاصة ذات الأولوية غير مشبعة عكس الأغنياء، ويزيد ذلك بدوره من الطلب الفعال. [147]

ومن بين العوامل المؤثرة في نسب الإدخار تركيبة عمر الأفراد في المجتمع التي تتأثر بصورة مباشرة بالحالة الصحية التي يساهم فيها النظام الصحي والسياسات الصحية من خلال الرعاية والتغطية الصحية، حيث ترى شريحة كبيرة من المهتمين بعلم الرياضيات بأنه من بين العوامل المؤثرة سلبا على الأدخار هي الشيخوخة، التي بزيادتها تنخفض فيها معدلات الإدخار (الوقائي) عن الفترة الذهبية في مراحل الشيخوخة الأولى نتيجة النقص المستمر في الدخل الفردي لكبار السن مع تقدم أعمارهم، كما أنه من منظور تنموي يعتبر التقدم في نظم وعمليات المعاشات والتأمين الطبي عاملا مهما وكبيرا في ضعف إنخفاض دوافع الإدخار الوقائي.

وكشف بنك الشعب الصيني في أحد استطلاعاته للرأي عام 2012 عن إرتفاع الميل للإدخار بنسبة 82.5% لدى السكان أمام الحفاظ على إنخفاظ الرغبة الشرائية الخاصة، ويعزو ذلك إلى الإحتياط من الطوارئ المرضية بصفة خاصة أو ما يصطلح عليه بالإدخار الوقائي. [148]

يمكن القول بأن تمتع الفرد بحالة صحية جيدة كعامل مهم في زيادة متوسط عمره المتوقع (العمر المأمول) ترفع من فرص إدخاره للمال (معدلات الإدخار) كجزء من الدخل الفردي بسبب القدرة

---

[146] إيهاب محارمة وآخرون، **إدارة الأزمات بين النظرية والتطبيق: الاستجابة الاستراتيجية لدولة قطر لأزمة الحصار** الدوحة، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، 2022، ص 332.

[147] بشير كمال عابدين، **السياسة الاقتصادية والمالية للخليفة الراشد عمر بن عبد العزيز**، عمان، دار المامون للنشر والتوزيع، 2006، ص 149.

[148] تيان شويه يوان، **التحول الديموغرافي في الصين**، ترجمة محمد عبد الحميد حسين، الجيزة، دار صفصافة للنشر 2017، ص 153.

على الإنتاجية ومن ثم الإدخار، الذي يعتبر هو الآخر حافز للدافع الاستثماري في سبيل تعزيز موارده المالية الموجهة للعيش والإدخار لفترة تقاعده.

وبحسب نظرية الدخل عبر الحياة، فإن ميل الفرد لزيادة مدخراته يرتفع في مرحلة العمر الإنتاجي، لتلبية حاجاته في مرحلة تقاعده التي يتوقع أن تكون أطول في حال الوضح الصحي الجيد وارتفاع العمر المتوقع أو المأمول. [149]

كما يمكننا أن نعتبر التأمين الإجتماعي الذي تسيره الوحدات الحكومية عن طريق نظم وصناديق الضمان الإجتماعي شكلا من أشكال الإدخار (نسب الإشتراكات من الدخل التي يدفعها الفرد سواء بصفة مباشرة أو بواسطة صاحب العمل)، من خلال مجموعة البرامج التي تقدم منافع عينية ونقدية في فترات المرض، الولادة، الإصابات والعجز عن العمل، الشيخوخة (تقاعد)، الوفاة والورثة (معاشات)، وفي حالات المرض أو الولادة، البطالة والرعاية الصحية وغيرها. [150]

من خلال ما سبق، يمكن أن تؤثر السياسات ومؤسسات الرعاية الصحية على الإنفاق من خلال العرض والطلب، ففي جانب العرض يكون التأثير على الإنفاق مباشرا من خلال النفقات المؤدات للعيادات الصحية العمومية أو غير مباشر بواسطة نظام التأمين الصحي العمومي إلى المستشفيات الخاصة وأطبائها، و في جانب الطلب، تحدد السياسات الصحية المنافع العامة أو التكاليف المشتركة مع المرضى كنفقات وصفات الأدوية أو زيارات الأطباء. [151]

---

[149] ميادة المرسى، المرجع السابق، ص.ص 8-9.

[150] "**إحصاءات دين القطاع العام مرشد لمعديها ومستخدميها**"، تقرير صادر عن صندوق النقد الدولي، سنة 2013 (متاح على شبكة الانترنت http://tffs.org/pdf/method/2013/arabic/psdsa.pdf)، ص 12.

[151] بنيديكت كليمنس وآخرون، **التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الإقتصادات المتقدمة لا يرجح أن يدوم**، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 4 (المجلد 51)، ديسمبر 2014، ص 23.

الفرع الثالث: علاقة قطاع الصحة بنشاطات وقطاعات اقتصادية منتجة

يعتبر الإستثمار الأجنبي المباشر و السياحة من النشاطات والقطاعات الإقتصادية المنتجة التي لها علاقة بقطاع الصحة.

أولا: علاقة قطاع الصحة بالإستثمار الأجنبي المباشر

يعتبر الاستثمار الأجنبي مساهمة غير وطنية (خارجية) في التنمية الاقتصادية للدولة المضيفة التي تنعكس على أبعاد تنموية أخرى خاصة الإجتماعية منها، يهدف إلى تحصيل عوائد مربحة محددة قانونا، ويكون هذا الإستثمار مباشرا في شكل معامل ومنشآت صناعية، مشاريع إنتاجية معدات وآلات وغيرها. [152]

من بين أهم المحددات التي يستند إليها المستثمرين في قرارهم للإستثمار في دولة معينة من عدمه هو الحالة الصحية السائدة تلك الدولة، وتفسير العلاقة بين الإستثمار الأجنبي المباشر وصحة السكان في أن تحسن الحالة الصحية لعمالة الدولة المضيفة ووضعها الصحي الجيد والذي يعكس مستواها المعيشي وجودة الحياة يكون عامل جذب أساسي للاستثمار الأجنبي المباشر في تلك الدولة والعكس بالعكس في المناطق التي تعرف إنتشار وتفشي أوبئة وأمراض وجوائح، فإن القائمين على الإستثمار الأجنبي المباشر يعملون على تفاديها.

وعند التطرق لتأثير الصحة على الاستثمار الأجنبي المباشر كحافز لتحقيق زيادة في معدلات النمو الإقتصادي وكعامل من عوامل التنمية الإقتصادية خاصة في اقتصادات الدول النامية، يمكن تحديد إتجاهات هذا التأثير في العوامل التالية [153]:

- **تأثير التقصير في رعاية صحة السكان على المستوى الكلي:** يعد هذا الإتجاه رغم تأثيره على المدى الطويل وغير السريع أومباشر على النمو الاقتصادي أكثر أهمية حيث يعكس مستوى كفاءة

[152] علي شهاب أحمد صباحي، **الاستثمار الأجنبي الخاص الواقع والآفاق – دراسة قانونية مقارنة**، عمان، دار الأكاديميون للنشر والتوزيع، 2019، ص.ص 34-35.

[153] ميادة المرسى، المرجع السابق، ص.ص 9-10.

وفعالية الآداء الحكومي في الدولة المستضيفة، ويتمظهر ذلك من خلال عدم إيلاء الأهمية اللازمة لقطاع الصحة وتبعاته على مستويات رأس المال البشري للدولة.

– **التأثير طويل المدى للأمراض المعدية والمتوطنة:** يتجلى ذلك في التأثيرات طويلة الأجل مثل تلك الناتجة عن بعض الأمراض المعدية كالملاريا مثلا.

– **تأثير الأزمات أو الصدمات الصحية:** يظهر في تعرض منطقة معينة إلى وباء مؤقت كإنفلونزا الخنازير أو الطيور، حيث يكون تأثيره قصير الأجل، يتجلى في تسجيل انخفاض تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر بصفة مفاجئة سرعان ما تعود إلى طبيعتها فور السيطرة على الوباء أو المرض.

يمكن للإستثمار الخارجي المباشر أن يساعد في لعب دور مهم وتوفير تمويلا مناسبا لعلاج الهشاشة في مختلف أبعادها على غرار الصحية منها، وتعويض الاقتصاد الكلي الذي يتصف بالقيود وكذا الإستثمار المحلي الخاص الذي يتصف بمحدودية مستويته، كما يمكن أن يلعب دورا محوريا في بعض حالات الجوء للمساعدات الإنمائية الرسمية، إضافة إلى زيادة فرص العمل، الإنتاجية، الدخل المحلي والرقي بالغايات ذات الطابع الإجتماعي على غرار الرعاية الصحية وغيرها.

ومن خلال عملية قياس مدى التقدم المحرز في تلبية الدول لإحتياجات سكانها من بينها الصحية، باستخدام بيانات مؤشر التقدم الاجتماعي، توصلت شركة ديلويت * سنة 2015 إلى وجود علاقة إيجابية بين التقدم الإجتماعي للفرد والاستثمار الأجنبي المباشر، لذا على صانعي السياسات العامة في الحكومات تركيز الجهود لجذب الاستثمارات التي تحقق عوائد إنمائية أعلى واستهداف القطاعات المنتجة لعمالة ماهرة كقطاع الصحة، ومن جهة أخرى يلتزم المستثمر الأجنبي بالمسؤولية الإستثمارية والإقتصادية. [154]

[154] منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية تحت مسؤولية أمينها العام، **تطلعات سياسات الاستثمار في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا**، باريس، منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية، 2021، ص.ص 203-204.

* شركة ديلويت Deloitte منظمة محاسبة بريطانية متخصصة في تقديم الخدمات المالية المهنية.

ثانيا: علاقة قطاع الصحة بالسياحة

بين قطاع الصحة وقطاع السياحة علاقة متلازمة، تتجلي في الإتجاهات التالية:

1- تأثير صناعة السياحة على الصحة:

يعتبر الهدف الرئيس للسياحة هو تعزيز وتحسين الصحة الجسدية والنفسية للفرد أو إساعادتها لذا فإن تأثير السياحة على صحة الأفراد يكون بصورة مباشرة، كما أنه من محددات جودة ونوعية السياحة الحالة الصحية السائدة في بلدان أو مناطق معينة سياحية، فالسائح في مواجهة الحالة الصحية التي يلقاها في بلد العبور أو المقصد، ومن جهة أخرى له حق الحصول على الخدمات والرعاية الصحية اللازمين أثناء فترة إقامته، وكلما كانت المرافق السياحية متوفرة على مناخ صحي (مرافق رياضية، ترفيهية وتسهيلات الصحية الجيدة وغيرها) تزيد فيها إحتمالات الصحة، وعليه فإن للصحة علاقة كبيرة بالسياحة، من أبرز تجلياتها مستوى الخدمات الصحية كعامل جذب سياحي مهم خاصة وأنه من أبرز دوافع السفر تحسين الصحة وتعزيزها، ومن جهة أخرى قد يؤدي نشاط السياحة إلى انتشار بعض مسببات المرض أو الأمراض نتيجة تنقل السواح بين المناطق. [155]

من أهم أنماط السياحة; السياحة العلاجية التي تتميز بارتفاع إيراداتها بسبب إرتفاع إنفاق قاصديها أو زبائنها إضافة إلى مؤشر طول إقامة السائح طلبا لخدمات السياحة العلاجية، مما يزيد من إهتمام الدول والمستثمرين بهذا النوع من السياحة وا ٍستغلال المناطق السياحية لجذب السواح إلى خدمات أخرى طبية مرافقة، من شأن ذلك ترقية الآداء الطبي والعلاجي وحتى السياحي والتنموي بجميع أبعاده خاصة الإجتماعي والإقتصادي للفرد والدولة، إذ يهتم هذا النمط من السياحة بأنواع من الأمراض التي لا يسهل علاجها بالأساليب العادية أو التقليدية، على غرار: التهابات المفاصل وأمراض مزمنة للجهاز التنفسي، أمراض جلدية و مناعة، الأكتئاب وغيرها، كما تغطي السياحة العلاجية خدمات طبية عديدة ومتنوعة لمؤسسات طبية متخصصة وكذا منتجعات تنشط في مجال

[155] فؤاد بن غضبان، **الجغرافيا السياحية**، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2020، ص.ص 130-131.

حصص النشاطات الرياضية بإشراف طواقم طبية، يتم خلالها تقديم علاجات دوائية وظيفية، جراحات متقدمة أو استشفاء، حسب نوع خدمات السياحة العلاجية; وقائية كانت، طبية أو استشفائية. [156]

2- تأثير قطاع الصحة على قطاع السياحة:

يتمظهر تأثير قطاع الصحة على قطاع السياحة من خلال تأثير الحالة الصحية على إنتاجية عمال الخدمات السياحية، إذ أن قطاع السياحة ينتج نشاطات والخدمات عديدة ومتنوعة يلزم عمالتها بسلامة حلتهم الصحية وحسنها وا ٍرتفاع معدلات وحصائل إنتاجيتهم. [157]

وفي الوجه الآخر لأثر قطاع الصحة على الإقتصاد، فإن التكاليف الإقتصادية لسوء الوضع الصحي للبلاد يؤثر على دخل الفرد وأسرته، الديمغرافيا والنمو الإقتصادي وأعباء المرض التي تؤثر على آداء الفرد واجبه الإجتماعي الطبيعي بالقوة والجودة اللازمين. [158]

من خلال ما سبق، فإن علاقة قطاع الصحة بقطاع السياحة هي علاقة مباشرة، متلازمة وثنائية، من حيث إسهام وأثر كل منهما على الآخر، يغلب عليها الطابع الإيجابي في كل أبعاده خاصة الإقصادي والإجتماعي.

---

[156] محمد عبد المنعم شعيب، **إدارة المستشفيات منظور تطبيقي**، القاهرة، دار النشر للجامعات، 2014، ص.ص 105-111.

[157] ميادة المرسى، المرجع السابق، ص.ص 10-11.

[158] المرجع نفسه، ص.ص 23-24.

المطلب الثاني: علاقة قطاع الصحة بالمديونية

تضفي المديونية إنطباعا شاذا على طبيعة العلاقة بين السياسة الصحية أو ما يمثلها من مؤشر ات صحية، حيث تتحدد في كونها علاقة سلبية بين قيمة المتغيرين.

الفرع الأول: تأثير المديونية على الصحة

في دراسة للباحثين كاثرين لاو (Catherine Lau) و لي آن ليونج (Leigh Ann Leung) سنة 2014 بعنوان: تأثير المديونية العقارية على صحة الأمريكيين أصحاب المنازل" [159]، بحثا من خلالها درجة تأثر صحة أصحاب المنازل الأمريكيين بالمديونية العقارية العالية من عام 1992 إلى 2008 يتم خلالها قياس الحالة الصحية بالرفاه الشخصي، درجة إنتشار الإصابات بارتفاع الضغط الدموي وعدد علامات الحالة الاكتئابية، وذلك باستخدام متوسط السعر السنوي للمنازل بالولاية كأداة في محاولة لتحديد العلاقة السببية (بين تأثر صحة أصحاب المنازل الأمريكيين بالمديونية العقارية العالية) حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود نسبة عالية من قروض الرهن العقاري القريبة إلى القيمة الحقيقية للمسكن (تساوي أو تفوق نسبة 80٪)، والتي تخلف إرتفاع معدلات الإصابة بالضغط الدموي وعدد أعراض حالات الإكتئاب.

وفي دراسة أخرى للباحثين هيكي هيلامو (Heikki Hiilamo) و إلينا تورونين (Elina Turunen) سنة 2014 بعنوان: تأثر الصحة بالمديونية: مراجعة منهجية [160]، إستند الباحثان في دراستهما على خلفية آثار الأزمة العالمية المالية التي خلفت الملايين من العائلات المستدينة بديون تضعها في حالة عجز، مع إحتمالية إستمرار تأثيرها على رافاه الأفراد لسنوات قادمة، والتركيز على عواقب الديون على الصحة في المدى الطويل من خلال البحث على البيانات والدراسات السابقة في هذا المجال، حيث توصل الباحثان بعد مراجعة منهجية لعينة من 33 دراسة إلى إثبات أن وجود آثار خطيرة على صحة الإنسان مرتبطة بالديون، من أهمها الأفكار الإنتحارية لدى الأفراد العاجزين عن تسديد أقساط القروض من ديونهم، إضافة إلى معاناتهم من حالة الاكتئاب أكثر من الذين لا يعيشون

[159] Leung, L.A., Lau, C. « Effect of mortgage indebtedness on health of U.S. homeowners». Review of Economics of the Household, 15, 2017, p 01. https://doi.org/10.1007/s11150-014-9250-0

[160] Elina Turunen and Heikki Hiilamo. « Health effects of indebtedness: a systematic review». BMC Public Health, 14, 2014, p 01, https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489

مثل وضعهم المالي المتأزم، كما أن التأخر عن دفع الالتزامات المالية يرتبط أيضا بتدني الصحة الشخصية (الجسدية) وسوء السلوكات المتصلة بالصحة (النفسية)، مما يتطلب المرافقة والتأطير بشأن إدارة الديون وكذا تخفيف حدة السلوكات السلبية المرتبطة بالديون (الإكتئاب أو التوتر) للوقاية أو التخفيف من آثار المديونية على صحة الإنسان، وخلصت الدراسة في الأخير إلى تأكيد علاقة الديون بالصحة من خلال الآثار الصحية الخطيرة للديون على صحة الإنسان.

وفي بحث آخر لكل من سانتياغو بودريا (Santiago Budría) و مايتي بلاسكيز كويستا (Maite Blázquez Cuesta) عام 2015، بعنوان: تأثر الصحة الفردية بفرط المديونية [161]، عن مخلفات الأزمة الاقتصادية التي إستمرت منذ عام 2008 وآثارها النفسية التي تظهر في مخاوف أعداد كبيرة ومتزايدة من العائلات التي تصارع مشاكل مالية شديدة بسبب الديون وتبعاتها على الحالة الصحية للإنسان، حيث قدرت الخسائر والتكاليف المالية للاكتئاب وحده في منطقة الإتحاد الأوربي بـ 136.3 مليار يورو محوالي ثلثها يُنفق على نظام الرعاية الصحية.

ومن خلال استغلال الدراسة لبيانات مسح مالية لعدد من الأسر الإسبانية، تبين بأن إحتمالية الشكاوى من أعراض الأمراض والمشاكل الصحية تزيد لدى الفئة التي تكافح وتغالب لتسديد ديونها كما أن للديون غير العقارية تأثيرا أكبر على صحة الشخص من الديون العقارية إضافة إلى تأثيرات أخرى ذات بعد إجتماعي، كما أشارت نتائج الدراسة إلى ضرورة إيلاء الأهمية إلى ديون الأسر أكثر من دخلها المادي، لأن عامل الوضع الإيجابي (المادي والصحي) يتحدد بمدى النجاح أو الفشل في مواكبة وا إدارة مدفوعات الديون، حيث أثبتت الدراسة أيضا بأن المعرفة والثقافة المالية للفرد تقلل من أعراض الإصابة بحالات الارتكاب نتيجة الأخطاء المالية.

وتتفق في جزء كبير مع هذا التوجه دراسة للباحثين سارة والين (Sara Wallin)، ويل ديفيز (Will Davies) و جونا مونتغمري (Johnna Montgomerie) سنة 2015، بعنوان: الكآبة المالية: الصحة العقلية والمديونية [162]، التي تشير إلى زوايا دراسة آثار الديون على الإكتئاب كجزء

[161] Maite Blázquez Cuesta et Santiago Budría. « The Effects of Over-Indebtedness on Individual Health». Discussion paper series, 8912, 2015, p.p 25-26.

[162] Will Davies et all, Financial Melancholia: Mental Health and Indebtedness, Political Economy Research Centre, London, 2015, p 5, lien : https://research.gold.ac.uk/id/eprint/16269/1/FinancialMelancholiaMentalHealthandIndebtedness.pdf

من الصحة العقلية التي يجب أن تتعدى النطاق الطبي المحدود إلى فهم السياق الإقتصادي والسياسي، حيث أن الإقتصاد المعتمد على الديون ستزيد فيه مشاكل الديون على الأسر ومن ثم تتوفر أرضية خصبة لإرتفاع الإصابة بالإكتئاب، حيث نوصلت الدراسة إلى إثباتات كمية تفيد بوجود علاقة سببية بين الديون وأزمات الصحة العقلية، إضافة إلى تأثير التفاوتات على تعاضم ديون الأسر ومن ثم إرتفاع معدلات الإكتئاب.

الفرع الثاني: تأثير الحالة الصحية على المديونية

وحاولت دراسة للباحثة ميليسا جاكوبي (Melissa B. Jacoby) عام 2022 الإجابة على التساؤل: هل تتأثر الصحة بالمديونية؟ [163]، وفي تحقيقها الأولي أثبتنت بأنه:

– حوالي نصف الأفراد الذين يقدمون طلبات الإفلاس كانوا يتعاملون مع الأمراض والمشكل الصحية التي جرتهم إلى ديون طبية كبيرة.

– فئة من الذين يعيشون مشاكل الديون يكون سبب وضعهم المالي (التزامات مالية أو إنقطاع الدخل أو غيرها) هو تكاليف وأعباء تمويل العلاج أو الرعاية الصحية.

لم تنف هذه الدراسة العلاقة العكسية بين المديونية والصحة (تأثير الميونية على صحة الفرد) بل إعترفت بأنها العلاقة الغالبة والأكثر شمولا بين المتغيرين من حيث أن المديونية يمكن أن تؤدي إلى الإجهاد و العجز في الحصول على رعاية وقائية ما يزيد من إحتمالية حدوث مشاكل صحية.

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي أشارت إلى إتجاه علاقة التأثير أو السببية من الصحة إلى الميديونية، كما أقرت بالعلاقة ثنائية الإتجاه أو تبادلية بين المتغيرين (صحة ومديونية) أي تأثير الحالة الصحية على معدل الدميونية وتبعاتها وكذا تأثير الديون على الصحة.

من خلال ما سبق، يتضح بأنه بين الديون أو المديونية و الصحة علاقة سببية ثنائية الإتجاه حيث أن تأثير الديون يكون على الصحة الجسدية (ضغط دموي) و النفسية (إكتئاب)، و أن أثر الديون ليس على الجانب الإقتصادي والمالي فحسب بل يشمل صحة الإنسان، وتتعدى تكلفته الفردية إلى تكاليف وخسائر على الحكومات، كما أن المرض والمشاكل الصحية وأعبائها وتكاليفها المادية من شأنها دفع الفرد إلى الإستدانة ووضع مالي حرج، مما يلزم الحكومات خلال صناعة سياساتها الصحية والمالية وحتى التعليمية بأن تهتم بالأسر التي عليها ديون متراكمة كبيرة خاصة غير العقارية، إضافة إلى الإهتمام بالدخل المادي والتعليم المالي لتفادي غلبة الدين وتبعاتها السلبية على الصحة العامة (النفسية، العقلية والجسدية).

[163] Melissa B. Jacoby. « Does Indebtedness Influence Health? A Preliminary Enquiry». The Journal of Law Medicine & Ethics, Volume 30, Issue 4, 2022, p 560.

من خلال ما تم التطرق إليه في العلاقة بين قطاع الصحة و أهم المؤشرات الاقتصادية من نمو اقتصادي (معدلات الإنتاجية، الاستثمار والإنفاق) ومديونية، إلا أنه من خلال هذه المؤشرات الاقتصادية المختارة وعلاقتها بباقي مؤشرات الاقتصاد الكلي، يمكن تصور علاقة هذه الأخيرة بقطاع الصحة، حيث أن العلاقة بين النمو الاقتصاديو الدين الخارجي هي علاقة عكسية، من حيث أنه كلما انخفضت مستويات الدين العام الخارجي كلما ارتفعت معدلات النمو الاقتصادي، ما من شأنه أن ينعكس بالإيجاب على قطاع الصحة من حيث الاستثمار و الإنفاق على القطاع، عدد العمالة الصحية وكفاءة آدائها وجودة الخدمات والرعاية الصحية، ارتفاع أجور موظفي وعمال القطاع وأثره على إنتاجية عملهم ومستوى التغطية والرعاية الصحية لمواطن، والعكس في حال ارتفاع مستويات الدين العام الخارجي.

كما نشير إلى أنه بين معدلات التضخم و النمو الاقتصادي علاقة سببية، يؤدي فيها إنخفاض معدل التضخم إلى زيادة معدلات نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي وما لهذا الأخير من علاقة إيجابية على قطاع الصحة.

المطلب الثالث: علاقة الأزمات الصحية بالأزمات الاقتصادية

يعتبر أنطونيو غوتيريش * بأن العالم يواجه بالتزامن مع تفشي فيروس كوفيد-19 أزمة عالمية صحية وا نسانية لم يسبق لها مثيل [164]، وفي ذلك اعتراف من أعلى مسؤول إداري بالأمم المتحدة، هذه المنظمة الدولية التي تسترشد في عملها ومهامها بالسياسات والبرامج والأهداف والمقاصد الواردة في ميثاق تأسيسها، والتي يتم تحيينها (السياسات والبرامج، الأهداف والمقاصد) حسب الحاجة والظروف بمشاركة 193 دولة عضو مشكلة للمنظمة، ما يمنحها أرضية قانونية ومؤسسية تعطيها سلطة تنسيقية وتوجيهية، كما أن الأمين العام لمؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد) موخيسا كيتويي يعتبر بأن تفشي فيروس كوفيد-19 إضافة لكونه تهديدا كبيرا لحياة البشرية فإنه يشكل خطرا كبيرا على إقتصاد العالم أجمع. [165]

وبعيدا عن خصائص مرض كورونا المستجد كظاهرة ميكروبيولوجية، طرق العدوى والإنتشار الأعراض، التدابير الوقائية، الإجراءات اللازمة في حالة اشتباه الإصابة والتوقيت المناسب لمباشرة عملية الرعاية الصحية، يعتبر مرض كوفيد-19 أو كورونا المستجد معديا، تتسبب فيه آخر السلالات المكتشفة من فيروسات كورونا فور بداية تفشيه بمدينة ووهان بجمهورية الصين الشعبية شهر ديسمبر من عام 2019 [166]، تحول هذا المرض وسلالاته الفيروسية بعدها إلى جائحة عالمية خلقت آثارا على

---

[164] أنظر موضوع أنطونيو غوتيريش"**تواجه اليوم أزمة صحية انسانية عالمية لم يسبق لها مثيل**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/health/unemployment-bad-your-health?fbclid=IwAR1r0bNXDrOpIXk5f0sz1wytjCXuzvQ6M942iTGj2VE_hoQZKCtVJtx_MIs، 2015/01/22، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/01 الساعة 15:22.

* أنطونيو غوتيريش: شخصية برتغالية، تولى مهام منصبه بصفته أمين عام تاسع للأمم المتحدة بتاريخ 01 جانفي 2017.

[165] أنظر "**كلف تفشي فيروس كورونا سلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات**"، متوفر على موقع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد): https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports، 2020/03/04، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 17:56.

[166] أنظر موضوع فريق منظمة الصحة العالمية بشأن "**مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)**"، في 28 مارس 2023، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 11:04.

كل أبعاد التنمية المستدامة، خاصة الإقتصادية منها وما لها من تداعيات على البعد الإجتماعي، لذا سنركز في هذا المطلب على أثر أزمة مرض كوفيد-19 كمؤشر صحي على الأزمة الإقتصادية العالمية (مؤشرات اقتصادية مختارة)، كتمظهر واقعي وحقيقي يجسد العلاقة بين الأزمات الصحية والأزمات الاقتصادية.

قبل التطرق إلى تفاصيل تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على مختلف المؤشرات الإقتصادية، نرى أنه من المهم تشكيل تصور حول بيئة الإقتصاد العالمي في بداية إنتشار فيروس مرض كورونا المستجد (كوفيد-19)، وتحول هذا المرض من النطاق الصحي إلى أزمة إقتصادية بتبعات على البعد الإجتماعي، حيث أن تفاعل الحكومات والنظم السياسية والصحية مع المرض كان على أساس السيطرة على وباء وجائحة بأسلوب مواجهة خلف تداعيات إقتصادية لها تبعات إجتماعية، تغذيها العولمة بكل أبعادها إضافة إلى عدم القدرة على التعامل الفوري والإحتواء بسبب حالة عدم اليقين وضبابية التوقع والإستشراف، طرح هذا الوضع معادلة "الصحة مقابل الإقتصاد شكلت حالة من التعقيد على صناع السياسات العامة وأصحاب القرار.

ومن بوادر تأثيرات مرض كوفيد-19 على الإقتصاد العالمي حالة الركود، التراجع والإنكماش الحاد إلى أدنى المستويات منذ الأزمة المالية والإقتصادية العالمية، مع توقعات المختصين بأن يتم التعافي الاقتصادي شريطة تحسن الحالة والسيطرة على الوضع الصحي. [167]

الفرع الأول: الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 وأثرها على الناتج المحلي الإجمالي

أشار التقرير السنوي لأفاق التنمية الأسيوية الصادر شهر أفريل 2020 بأن تكلفة كوفيد-19 العالمية بوصفها خسارة اقتصادية كبيرة لم يسبق أن شهدها العالم، ساهمت فيها صدمة الحكومات وردة فعلها المتسارعة في الاستجابة لآثار المرض، والاستعجال في أخذ بعض التدابير على غرار الدعم المباشر لتعويض خسائر الإيرادات والمداخيل وزيادة معدلات الإنفاق على قطاع الصحة، كما تمت الإشارة في التقرير إلى تأكيد العلاقة بين الصحة والبعد الإقتصادي من خلال ما تبذله الحكومات من جهود مستمرة في سبيل تحسين الوضعية الصحية التي من شأنها التخفف من آثار كورونا المستجد إلى 40%، لتذليل الخسائر الاقتصادية العالمية الناتجة عن الجائحة ما بين 4.1 تريليون إلى

[167] فطيمة الزهراء قباني، **أثر جائحة كورونا على الاقتصاد العالمي للفترة 2019-2021**، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2 ، العدد 03 (المجلد 16)، أكتوبر 2021، ص.ص 153-157.

5.4 تريليون دولار، كما أشارت توقعات عام 2021 حسب التقارير الإقتصادية إلى خسارة الاقتصاد العالمي بسبب تفشي فيروس كوفيد-19 حوالي 5.8 إلى 8.8 تريليون دولار، وفي تقرير بعنوان "التقييمالمحدّث للأثر الاقتصادي المحتمل لكوفيد -19" قدرت الخسائر الاقتصادية لمناطق المحيط الهادئ وآسيا في ظروف الإغلاق قصير المدى (03 أشهر) بحوالي 1.7 تريليون دولار إلى 2.5 تريليون دولار في ظروف الإغلاق طويل المدى (06 أشهر). [168]

وعن تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 وأثرها على الناتج المحلي الإجمالي كأحد أهم المؤشرات الإقتصادية، فإن هذا الوضع الصحي أو المرض تسبب في تعطل مستمر لعدة قطاعات اقتصادية في العالم خاصة في مناطق الإتحاد الأوربي والولايات المتحدة الأمريكية، كما أثبتت دراسات استقصائية عديدة لقادة الأعمال انخفاض في الأعمال لمستويات غير مسبوقة وقياسية سنة 2021 مقارنة بالسنة 2020، مع تسجيل آثار سلبية مؤكدة على الناتج المحلي الإجمالي، ترتب عنها ردود فعل قوية وسريعة لبعض البنوك المركزية كالبنك الأوربي المركزي والاحتياطي الأمريكي الفيدرالي، حيث أقرت الحكومة الأمريكية حزمة لتحفيز الناتج المحلي الإجمالي بنسبة 10%، كما تبنت حكومات أوربية عديدة تدابير تعزز بها دعم الشركات والعائلات، خففت مثل هذه القرار ات والتدابير الحكومية نسبيا من آثار وا ٍرهاصات الأزمة الصحية ومدتها المرتبطة بتفشي مرض كورونا المستجد على الناتج المحلي الإجمالي كأحد أهم المؤشرات الاقتصادية، إلا أن التعافي السريع منها لقي بعض العقبات المرتبطة بمصدر أو ظهور المرض في مدينة ووهان بجمهورية الصين الشعبية كأحد أكبر الإقتصادات العالمية وأكثرها تأثيرا، إضافة إلى صعوبة التنبؤ والاستشراف لداعيات الأزمة وسرعة إنتشار المرض المفاجئة للعالم أجمع، أرهقت قطاعات الاقتصاد العالمي وزادت من ضغوطها على مجالات حيوية كقطاع النقل والسوق العالمي المالي والبورصات على غرار بورصة مواد الطاقة تسببت الظروف المذكورة في ركود الإقتصادات العالمية وصعوبات تجاوزت أبعادها الصحية والاقتصادية إلى البعد الاجتماعي. [169]

[168] المرجع نفسه، ص 158.

[169] المرجع نفسه، ص.ص 158-159.

الجدول (4): ***تقدير أثر أزمة كوفيد-19 الصحية على الناتج المحلي الإجمالي (آثار أولية سنة 2020)***

	النسبة من الناتج الداخلي الخام GDP					
القطاعات / البلدان	الو.م.أ	كندا	فرنسا	ألمانيا	إيطاليا	المملكة المتحدة
قطاع النقل والمواصلات	−1.5%	−1.4%	−1.4%	−5.5%	−1.6%	−1.5%
قطاع البناء	−1.8%	−3.7%	−2.8%	−2.2%	−2.1%	−3.0%
تجارة الجملة والتجزئة	−8.1%	−8.4%	−8.2%	−7.4%	−9.0%	−7.8%
الفندقة الإطعام والنقل الجوي	−2.3%	−2.1%	−2.3%	−1.3%	−2.9%	−2.6%
الخدمات العقارية	−9.2%	−5.9%	−8.6%	−9.2%	−7.6%	−7.9%
أنشطة أخرى	−2.4%	−1.8%	−2.7%	−3.5%	−3.0%	−3.6%
المجمـــــوع	−26.3%	−23.2%	−25.9%	−29.2%	−26.3%	−26.4%

المصدر : (فطيمة الزهراء قباني، **أثر جائحة كورونا على الاقتصاد العالمي للفترة 2019-2021**، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2 ، العدد 03 (المجلد 16)، أكتوبر 2021، ص 160).

تشير التحليلات الإقتصادية المتخصصة حول بيانات الجدول أعلاه، بتقدير أن الشعور بمعظم تأثيرات أزمة كوفيد-19 الصحية على الناتج المحلي الإجمالي (آثار أولية سنة 2020) يكون في الربع الثاني من سنة 2020، تحدث بعدها إرتدادت مختلفة الأحجام، ومعاناة اقتصاد المملكة المتحدة خلال هذه الفترة على أن يسجل حالة تعاف قوية، إلا أن إقتصاد جمهورية الصين الشعبية كان تأثره مختلفا بسبب تسجيله لتأثر بشكل أساسي ومحسوس في الناتج المحلي الإجمالي في الربع الأول من سنة 2020 على أن ينتعش في ربعها الثاني، بينما يسجل نمو الناتج المحلي الإجمالي لعدة دول مثل كندا، دول أمريكا الوسطى، أوروبا وجنوب شرق آسيا تباطؤا بين 0.7% و 0.9%، في حين تكون قدرة التعافي في أقل درجاتها لدى الحكومات التي تجمعها بالصين علاقات مالية قوية. كما أن الدول التي يعتمد إقتصادها بنسة كبيرة على إيرادات تصدير المواد الأولية سيتأثر إقتصادها ممثلا في ناتجها المحلي بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 بسبب المديونية وتدني مكاسب التصدير لارتفاع سعر الدولار في سوق العملات العالمية. [170]

[170] أنظر "**الأونكتاد: أزمة بقيمة تريليون دولار قد يتسبب بها فيروس كورونا، فهل يمكن تجنبها؟**"، متوفر على موقع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد): https://news.un.org/ar/story/2020/03/1050871 2020/03/09، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/07 الساعة 22:06.

وأشارت تحليلات أخرى لأثر الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الناتج المحلي الإجمالي بأنه هذا الأخير سيعرف تراجعا كبيرا، حيث بلغت تقديرات صندوق النقد الدولي للنمو الاقتصادي العالمي بسالب 3 (-3) للعام 2020، وخسارة بقيمة 9 تريليون دولار في المخرجات التراكمية خلالهذه الأزمة الصحية والإقتصادية، و ُصف ذلك بالإنحدار الأكبر منذ ما يصطلح عليه الكساد الكبير (عام 2009) مع انخفاض 6.3 نقطة مئوية في النمو الاقتصادي قبل الجائحة [171]

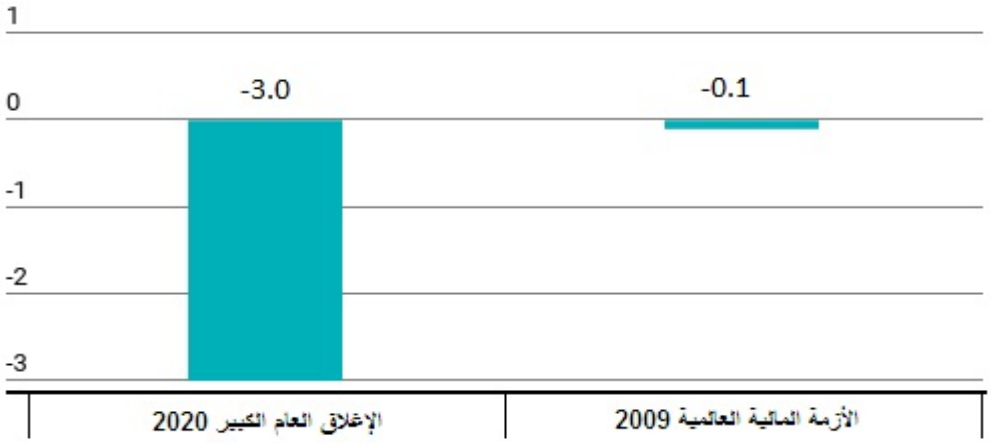
يشكل الوضع المذكور صدمة في اقتصادات الدول النامية التي تعيش حالة من القيد بسبب إلتزامات الدين الخارجي وما يقابله من محدودية في الحيز المالي، إضافة إلى إنخفاض دخول البلدان المصدرة بسبب أسعار المنتجات الأقل ما يؤدي إلى ضغوط إستهلاكية على العملاء بشبب رتاجع الموقع التجاري لتلك الدول، كما أن التوجه نحو زيادة الاقتراض سيكون ملجأ لتخفيف آثار الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الناتج المحلي الإجمالي. [172]

[171] غيتا غوبيناث، **الإغلاق العام الكبير: أسوأ هبوط اقتصادي منذ الكساد الكبير**، 14 أفريل 2020، متوفر على موقع البنك الدولي: https://www.imf.org/ar/Blogs/Articles/2020/04/14/blog-weo-the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/24 الساعة 05:42.

[172] "**إطار عمل الأمم المتحدة للاستجابة الاجتماعية والاقتصادية الفورية لكوفيد- 19**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ أفريل 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_framework_immediate_se_response_to_covid_ar_0.pdf)، ص 23.

ويعطي الشكل التالي توضيحا لهذا التحليل.

الشكل (3): *أثر الإغلاق العام الكبير على نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي (التغير السنوي %)*



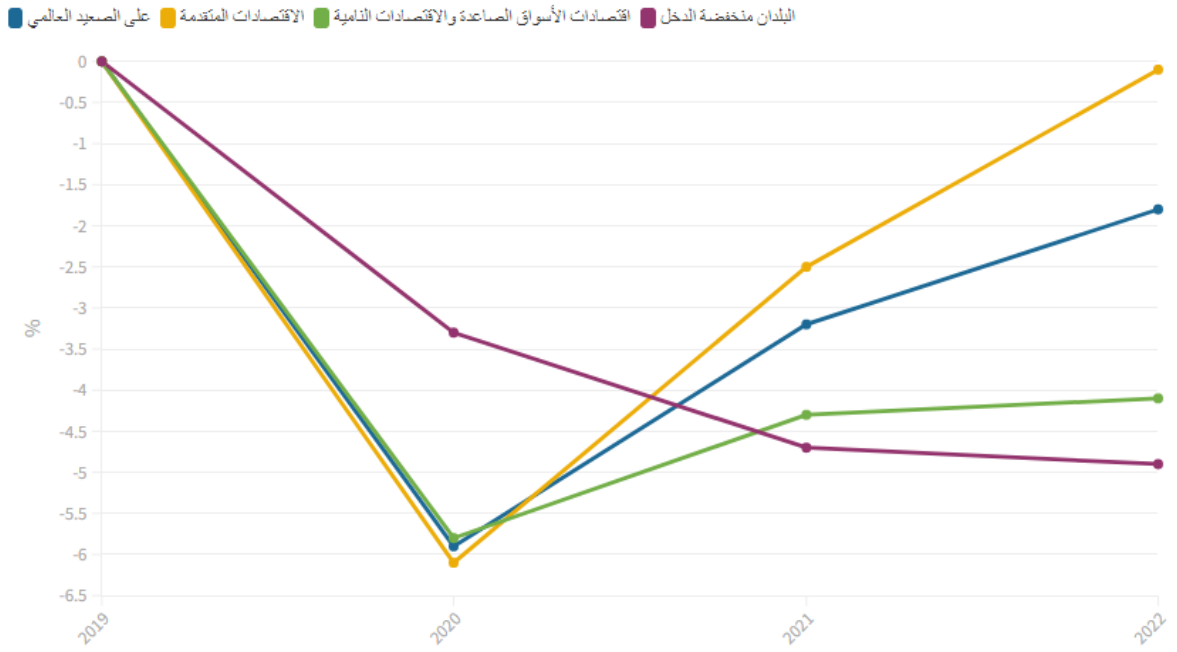
المصدر: (أنظر "**الإغلاق العام الكبير: أسوأ هبوط اقتصادي منذ الكساد الكبير**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://www.imf.org/ar/Blogs/Articles/2020/04/14/blog-weo-the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/24 الساعة 05:42).

تم بناء هذه التقديرات على افتراض أن يبلغ تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على نمو الإقتصاد العالمي والناتج المحلي الإجمالي بمعظم دول العالم ذروته وبداية التعافي واحتوائه في الربع الثاني من عام 2020، وفي النصف الثاني من نفس السنة تعرف حالة إنحسار، حيث أن النسب والنقاط المئوية المذكورة في الشكل 3 جعلت من المحللين والمختصين في الإقتصاد يصفون الإغلاق العام الكبير بأنه أسوأ ركود منذ الكساد الكبير، وأسوأ من الأزمة العالمية المالية بكثير. [173]

ومع بداية عام 2022 أشارت تحليلات البنك الدولي ببقاء انخفاض الناتج العالمي بحوالي 2% عن توقعات الفترة التي تسبق تفشي فيروس كوفيد-19، وهو ما يوضحه الشكل الموالي.

[173] غيتا غوبيناث، المرجع السابق.

الشكل (4): *نسبة الانحراف بين مستويات إجمالي الناتج المحلي عام 2021 وتنبؤات سنة 2020*



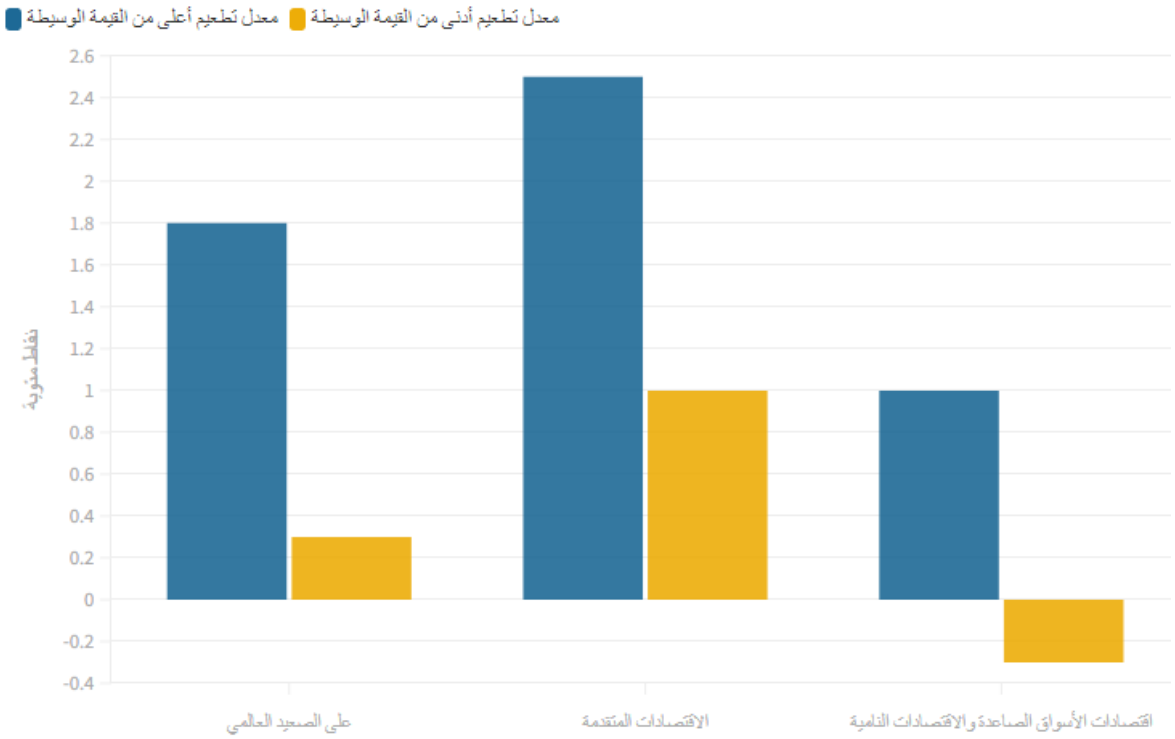
المصدر: (أنظر "**الآفاق الاقتصادية العالمية في خمسة رسوم بيانية**"، متوفر على موقع البنك الدولي https://blogs.worldbank.org/ar/voices/alafaq-alaqtsadyt-alalmyt-fy-khmst-rswm-byanyt 2021/08/06، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 21:10).

الملاحظ تسجيل تفاوت في قوة التعافي، ويعزو ذلك حسب مختصين إلى مواجهة العديد من الاقتصادات النامية والصاعدة إرتفاع تكاليف الإصابة بمرض كورونا المستجد وعراقيل في عمليات التطعيم ضد الفيروس.[174]

وتؤكد العلاقة بين سيرورة عملية التطعيم ضد فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) كمؤشر صحي ومعدلات نمو الناتج المجلي الإجمالي الصلة أو العلاقة بين هذا الأخير كمؤشر إقتصادي (البعد الإقتصادي) و الظروف الصحية، حيث أثبتت التحليلات بأن زيادة نمو إجمالي الناتج المحلي مرتبط بنسب التلقيح ضد فيروس كورونا، وهذا ما يوضحه الشكل التالي.

[174] أنظر "**الآفاق الاقتصادية العالمية في خمسة رسوم بيانية**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/alafaq-alaqtsadyt-alalmyt-fy-khmst-rswm-byanyt 2021/08/06، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 21:10.

الشكل (5): *معدل النمو العالمي في 2021 بحسب سير عمليات التطعيم ضد كوفيد-19*



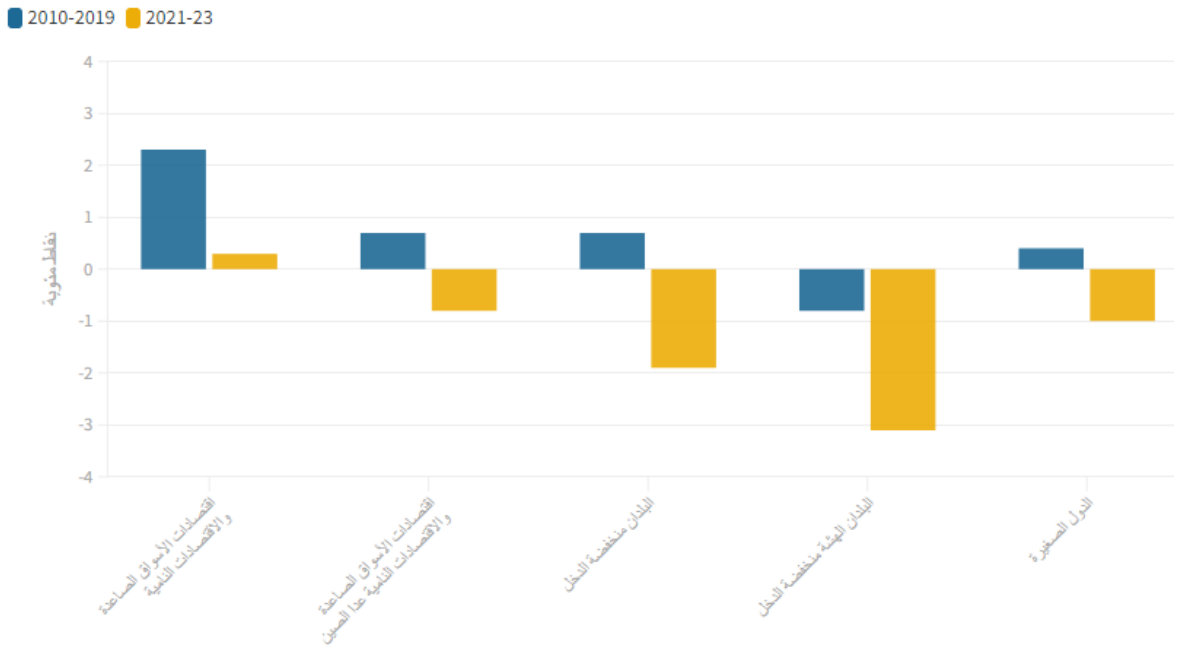
المصدر: (أنظر "**الآفاق الاقتصادية العالمية في خمسة رسوم بيانية**"، متوفر على موقع البنك الدولي https://blogs.worldbank.org/ar/voices/alafaq-alaqtsadyt-alalmyt-fy-khmst-rswm-byanyt 2021/08/06، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 21:10).

يُظهِر الشكل 5 دراسة شملت عينتها إقتصادات 36 دولة متقدمة و132 من الاقتصادات النامية والصاعدة، أثبتت وجود علاقة إرتباط بين زيادة أو إنخفاض إجمالي الناتج المحلي العالمي لعام 2019 ونسبة السكان الملقحين على الأقل بجرعة أولى ضد فيروس كورونا المستجد حتى شهر جوان 2021.[175]

كما أن نمو إجمالي الناتج المحلي يحدد نسبة نمو نصيب الفرد من الدخل، وأكدت الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كوفيد-19 تأثر مؤشري النمو الإقتصادي المذكورين بهذه الأزمة وهو ما يوضحه الشكل التالي.

[175] المرجع نفسه.

الشكل (6): *تأثر نمو نصيب الفرد من الدخل في مرحلة تفشي كوفيد-19*



المصدر: (أنظر "**الآفاق الاقتصادية العالمية في خمسة رسوم بيانية**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/alafaq-alaqtsadyt-alalmyt-fy-khmst-rswm-byanyt 2021/08/06، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 21:10).

الملاحظ من الشكل 6 أن نصيب الفرد من نمو الدخل الإجمالي مرتبط بمستوى الدخل (بعد إقتصادي) ووتيرة التعافي من وباء كورونا المستجد (بعد صحي)، وهو ما يعزز علاقة تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كوفيد-19 ونمو الناتج المحلي الإجمالي.

الفرع الثاني: أزمة تفشي مرض كوفيد-19 وأثره على التجارة الدولية وأسعار المواد الأولية

إن من أكثر الآثار الاقتصادية التي أفرزتها أزمة تفشي مرض كوفيد-19 كانت في مجالي التجارة الدولية وأسعار المواد الأولية، خاصة بفعل التدابير الوقائية الرامية إلى احتوائه (إغلاق، حجر صحي، تباعد إجتماعي و غيرها).

أولا: التجارة الدولية

اعتمد المحللين والمختصين في المجالين الاقتصادي وحتى الصحي على مؤشرات أشارت أغلبها إلى الانخفاض المستمر في وتيرة التجارة الدولية خلال الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي مرض كورونا المستجد، وذلك بصفة أكثر مقارنة بالأزمة العالمية المالية، وأرجع ذلك إلى تعطل سلاسل

القيمة العالمية التي تسيطر على حوالي نصف التجارة في العالم، وكذا توقيف وتعطل رحلات السفر في المعمورة، إضافة إلى تداعيات تباطؤ إنتاج الصين على الدول والإقتصادات التي تعتمد عليه حيث أن جمهورية الصين تعتبر مركز و ورشة التصنيع في العالم لعديد الصناعات العالمية لما تمثله صادراتها من إجمالي صادرات السلع العالمية بنسبة تقدر بـ 12.8% كمرتبة ثانية بعد الولايات المتحدة، هذا التباطؤ في إنتاج الصين وتداعياته على الصناعات والإقتصادات التي تعتمد على موردي جمهورية الصين الشعبية يؤدي إلى ضعف في السلاسل العالمية للتوريد، وما شركة Foxconn Technology Group الصينية التي تعتبر أكبر شركة صناعة تكنولوجيا معلومات وا ٍلكترونيات في العالم إلا مثالا يا وميدانيا على ذلك، تورد هذه الشركة عدة شركات أخرى في نفس مجالها في كل من: اليابان، فنلندا، كندا والولايات المتحدة الأمريكية، خاصة في مجال تصنيع الهواتف الذكية وأجهزة الكمبيوتر المحمولة (Mottorolla, Intell, Del,l Apple) وغيرها. [176]

وبحسب تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد) بتاريخ 04 مارس 2023 تحت عنوان "تكلفة تفشي وباء كوفيد-19 لسلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات" [177] تطرق إلى ما وصفه بالآثار المحسوسة لفيروس كورونا المستجد على طول سلاسل القيمة العالمية بالتزامن مع تباطؤ الصناعة في الصين، الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض الصادرات عبر سلاسل القيمة العالمية بقيمة 50 ملياردولار، وا ٍنخفاض بحوالي 22 نقطة في أحد أهم مؤشرات الإنتاج المسمى مؤشر مديري المشتريات الصناعي في الصين ليبلغ 37.5، وهي الأدنى منذ 2004، وهو يمثل إنخفاض سنوي بنسبة 2% في إنتاج الصادرات، ووفقا لذات لتحليلات مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية فإن القطاعات الأكثر تضررا تشمل السيارات، الأجهزة الدقيقة ومعدات الاتصالات، وأكثر الاقتصاديات المتضررة تمثل: 65% من التصنيع العالمي، 60% من الصادرات الصناعية العالمية

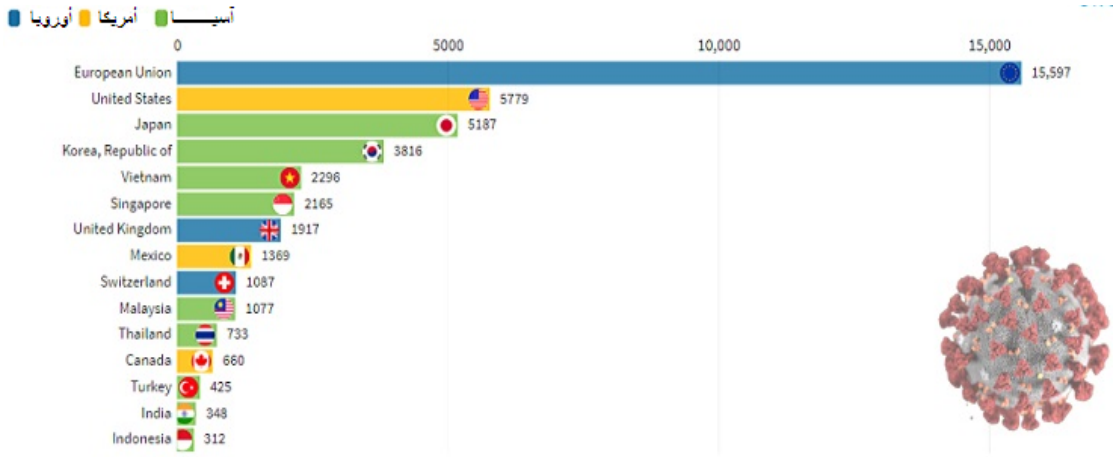
[176] إبتسام سلاطنية و شريف غياط، **الآثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا (كوفيد- 19 المستجد) محليا عربيا وعالميا**، مجلة المنهل الاقتصادي، جامعة حمة لخضر الوادي، العدد 01 (المجلد 05)، ماي 2022، ص.ص 99-100.

[177] أنظر "**كلف تفشي فيروس كورونا سلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات**"، متوفر على موقع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد): https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports، 2020/03/04، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 17:56.

و60% من العرض والطلب العالميين [178]، وأهمها الإقتصاد الياباني بخسارة تقدر بـ 5.2 مليار دولار ثم الإقتصاد الأمريكي بخسارة تقدر بـ 5.8 مليار دولار، ويأتي الإقتصاد الأوربي (الاتحاد الأوروبي) بخسارة تقدر بـ 15.6 مليار دولار، وتخضع تأثيرات فيروس كورونا المستجد لاحتواء الفيروس أو مصادر الإمداد، وهذا ما يوضحه الشكل الآتي.

الشكل (7): ***التأثير التجاري لفيروس كورونا المستجد (بملايين الدولارات)***

أعلى 15 اقتصاد الأكثر تضررا



المصدر: (أنظر "**كلف تفشي فيروس كورونا سلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات**" متوفر على موقع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد): https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports، 2020/03/04، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 17:56).

ومن جانب آخر فإن الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد جعل من الحكومات في منحها لأولوية للرعاية الصحية لمواطنيها تنخرط في ما يصلح عليه "سياسات إفقار الجار"من خلال وا ٍجراءات جمركية مفروضة وأخرى غير الجمركية، قيود على التصدير خاصة ما تعلق بالمنتجات الطبية، وصفت هذه التدابير والإجراءات بأنها ذات الأثر السلبي على دول الجوار أو سياسات إنقاذ الذات واحتواء الوباء والتعافي من الأزمة. [179]

[178] مثنى فائق مرعي وآخرون، **أزمة جائحة كورونا والنظام العالمي**، القاهرة، العربي للنشر والتوزيع، 2021، ص 110.

[179] "**إطار عمل الأمم المتحدة للاستجابة الاجتماعية والاقتصادية الفورية لكوفيد- 19**"، المرجع السابق، ص 23.

ثانيا: أسعار المواد الأولية العالمية

وفقا للبنك الدولي، فإن [180]:

- **أسعار النفط:** تأثرت بشكل كبير وانخفضت بشكل حاد في بداية تفشي فيروس كوفيد-19، إلى أنها بدأت تدريجيا في استعادت مستويات أسعارها التي كانت عليها قبل أزمة الجائحة، حيث سجل انخفاضا كبيرا في أسعار الغاز الطبيعي عام 2020، بينما كانت أسعار الفحم أقل تأثر بسبب التأثر القليل في مستويات الطلب على الكهرباء.

وصرح مدير مجموعة آفاق التنمية المكلف بنيابة رئيس مجموعة البنك الدولي لشؤون النمو المنصف والتمويل والمؤسسات (أيهان كوسي) بأن تأثير تفشي فيروس كوفيد-19 كان متفاوتا على السلع الأولية، إلا أن تأثيراته على أسواق الطاقة يمكن أن تكون دائمة، داعيا البلدان التي تعتمد إقتصاداتها على المحروقات بأن تكون بعد إحتواء فيروس كورونا المستجد أكثر صرامة في تنويع مصادر دخلها واقتصادها.

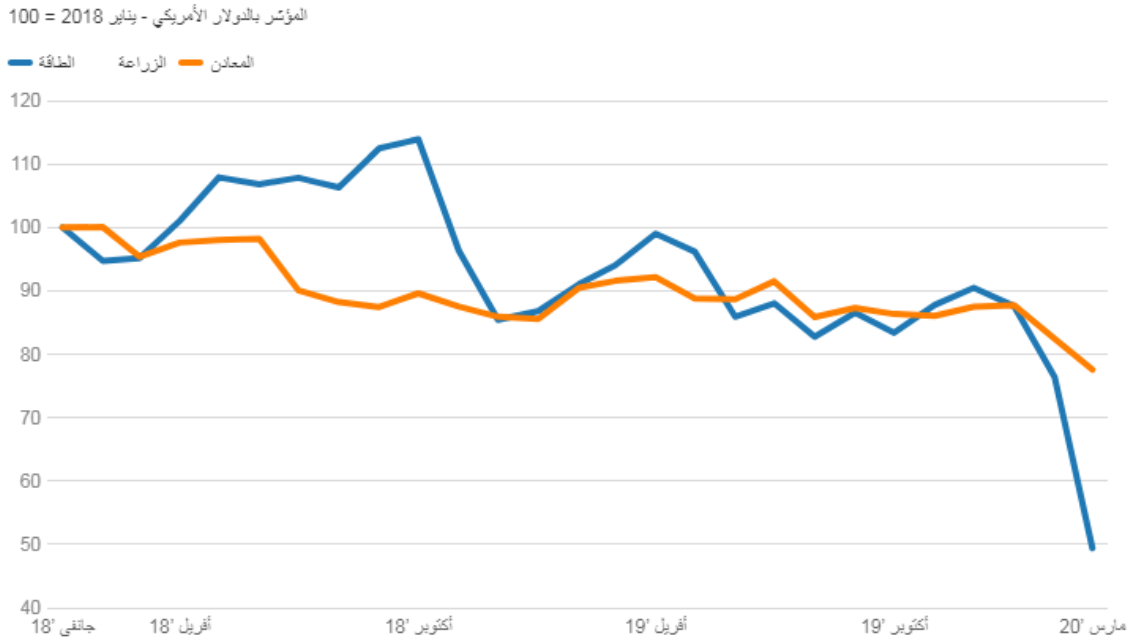
- **أسعار المعادن:** كان انخفاضها طفيفا نسبيا وعادت هي الأخرى إلى مستوياتها السابقة، حيث أن توقف الأنشطة الاقتصادية خاصة في الصين أثر سلبا على أسعار المعادن بوجه عام مثل: الزنك والنحاس، بينما ارتفع سعر الذهب بسبب موجة البحث عن الأمان المالي في فترة عرفت بتقلبات سوق المال العالمية.

- **أسعار المحاصيل الزراعية:** لم تتأثر بصورة نسبية بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد، بسبب عدم إرتباطها بالنمو الإقتصادي إضافة إلى الإرتفاع القياسي في مستويات الإنتاج والتخزين، إلا أن عدد الناس المهددين بأخطار الخروج من دائرة الأمن الغذائي ارتفع بسبب آثار الركود الاقتصادي في العالم، كما أن أسعار الأرز شهدت إرتفاعا بينما المطاط انهارت أسعاره.

يوضح الشكل التالي ما سبق بتأكيد انخفاض أسعار المواد الأولية الأساسية مع تفاقم تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).

[180] أنظر موضوع "**صدمة منقطعة النظير: جائحة فيروس كورونا تزلزل أسواق السلع الأولية**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2020/04/23/coronavirus-shakes-commodity-markets، 2020/04/23، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 23:51.

الشكل (8): *تأثر أسعار المواد الأولية الأساسية مع تفاقم تفشي فيروس كورونا المستجد*



المصدر: (أنظر موضوع "**صدمة منقطعة النظير: جائحة فيروس كورونا تزلزل أسواق السلع الأولية**" متوفر على موقع البنك الدولي https://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2020/04/23/coronavirus-shakes-commodity-markets، 2020/04/23، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 23:51).

الملاحظ من خلال الشكل الأسبق بأن أسعار الطاقة هي الأكثر تذبذبا أو تقلبا والأكثر انخفاضا وتأثرا شديدا بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد، ويرجع ذلك بالأساس إلى تراجع حاد في الطلب، ساهمت فيه شكوك منتجي النفط في معدلات الإنتاج، إضافة إلى قيود السفر العالمي، إلى أن وصل الانخفاض في الطلب على النفط أكثر من مستوياته التي كان عليها في فترة الركود العالمي السابق، ويوضح الشكل التالي ذلك.

الشكل (9): *تأثر أسعار النفط بسبب أزمة تفشي فيروس كورونا المستجد*



المصدر: (أنظر موضوع "**صدمة منقطعة النظير: جائحة فيروس كورونا تزلزل أسواق السلع الأولية**" متوفر على موقع البنك الدولي: https://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2020/04/23/coronavirus-shakes-commodity-markets، 2020/04/23، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 23:51).

يعد تفشي فيروس كورونا المستجد بمثابة آخر صدمة تتلقاها أسواق السلع الأولية منذ تاريخ صدماتها، وحسب دراسة للبنك الدولي سنة 2020 رصدت طبيعة الصدمات التي تعرضت لها أسعار السلع الأولية على 27 سلعة بالفترة من 1970 إلى 2019 [181]، وتوصلت إلى أن الصدمات العابرة (قصيرة الأجل) وكذا الدائمة (المتواصلة بشدة) قد أثرت كلها بشكلٍشبه متساوٍ في عدم إستقرار أسعار السلع الأولية وتقلبها برغم تنوعها الكبير، وترتبط الصدمات العابرة بأسعار السلع الصناعية بشكل أكبر، بينما معظم تذبذبات أسعار السلع الزراعية تتسبب فيها الصدمات الدائمة.

[181] أنظر موضوع "**تأثير جائحة كورونا على أسواق السلع الأولية أشد وطأة على أسعار الطاقة؛ وترجيح استمرار الطلب المنخفض على النفط لما بعد 2021**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://www.albankaldawli.org/ar/news/press-release/2020/10/22/impact-of-covid-19-on-commodity-markets-heaviest-on-energy-prices-lower-oil-demand-likely-to-persist-beyond-2021، 2020/10/22، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 23:14.

الفرع الثالث: أزمة تفشي مرض كوفيد-19 وأثرها على المؤسسات الصغيرة والمتوسطة

أثبتت دراسة أجريت عام 2020 من طرف الباحثين رولو (Rollo) و بورينو (Borino) بعنوان: استطلاع تأثير كوفيد-19 على الأعمال التجارية في ميدان تكنولوجيا المعلومات والاتصال بأن الآثار الاقتصادية لفيروس كورونا المستجد قريبة من الآثار الصحية ولا تقل عنها من حيث الأهمية، إذ تم تسجيل معاناة شديدة للمقاولات المتوسطة والصغيرة في العالم أجمع ولم تستثن المناطق التي كانت خارج نطاق تأثير الفيروس.

وقام مركز التجارة الدولية بدراسة مسحية إبتداء من تاريخ 20 أفريل 2020 إلى غاية 04 ماي 2020 يستهدف بها قياستأثر المؤسسات الصغيرة بفيروس كورونا المستجد، شاركت في هذه الدراسة 1200 مؤسسة أو شركة من 109 بلد من خلال إجابتها على الاستقصاء، وتم التوصل إلى النتائج التالية [182]:

- نسبة 60% من تلك المؤسسات أو الشركات المشاركة في الدراسة أثر عليها وباء كورونا المستجد تأثيرا اقتصادياشديدا، أي ثلث أرباع تلك المؤسسات والشركات واهتها تهديدات ومخاطر كبيرة.
- المؤسسات والشركات الناشطة فينتطاق إفريقيا كانت الأكثر تضررا بالأزمة الصحة لفيروس كورونا المستجد.
- تختلف درجة تأثر المؤسسات والشركات حسب حجم هذه الأخيرة، حيث أن تأثر ثلث الشركات الصغيرة يكون شديدا بالمقارنة مع 42% من الشركات الكبيرة.
- انخفاض كبير في مبيعات مديري الأعمال يقابله صعوبات كبيرة في الوصول إلى المواد الأولية الأساسية (عرض وطلب).
- نصف المؤسسات الصغيرة والمتوسطة وجد القائمون عليها صعوبات وضبابية في الإستفادة من برامج مساعدات الحكومات المرتبطة بوباء كورونا المستجد.

ويرجع التأثر الخاص والشديد للمؤسسات الصغيرة والمتوسطة بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا إلى عدة أسباب وعوامل أهمها:

[182] رانيا عواد بشير و عمر جابر، **واقع المشاريع الصغيرة في ظل حالة الطوارئ (جائحة كورونا) دراسة تطبيقية على محافظة بيت لحم**، المجلة العربية للنشر العلمي، جامعة القدس المفتوحة فلسطين، الإصدار 34، أوت 2021، ص 38.

– سياسات الاحتواء لفيروس كورونا المستجد كتدابير الحجر الصحي والاغلاق وتداعياتها على العمليات التجارية محليا ودوليا.

– إختصاص النشاط والممارسة الإقتصادية للشركات الصغيرة والمتوسطة في قطاعات كانت الأكثر تأثرا بالسلب وتضررا خلال فترة الجائحة (الخدمات الغذائية، سكن وا إنشاء، تجارة تجزئة وجملة وغيرها).

ويمكن الإشارة إلى أهم المخاطر والصعوبات التي عاشتها المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في ظل الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كورونا المستجد بأنها تعلق: بالمورد البشري في حد ذاته الذي لم يحض بالاهتمام الكافي خلال الأزمة، صعوبة التواصل مع الموردين محليا وعالميا، صعوبات في التدفقات المالية خاصة في شق التحصيل من الزبائن والديون، إضافة إلى الفجوات الرقمية مما يرفع من هامش تهديدات ومخاطر القرصنة بعد إنخراط ولجوء هذه المؤسسات إلى تكثيف النشاط السيبراني والإفتراضي بسبب قيود النشاط الميداني بتدابير الحجر الصحي. [183]

[183] خالد بريش، **آثار جائحة كورونا (كوفيد-19) على المؤسسات الصغيرة والمتوسطة وحتمية إندماجها في التجارة الإلكترونية في الجزائر**، مجلة إقتصاد المال والأعمال، جامعة الشهيد حملة لخضر الوادي، العدد 02 (المجلد 06)، ديسمبر 2021، ص.ص 192-193.

المبحث الثاني: علاقة قطاع الصحة بالبعد الإجتماعي للتنمية المستدامة

يربط قطاع الصحة بمؤشرات البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة علاقة تكامل يؤثر كل متغير في الآخر بشكل كبير، حيث أن الجودة الاجتماعية لحياة الناس تتأثر بعامل الصحة، كما أن الحالة الصحية للإنسان تتأثر بمستوى التنمية الاجتماعية.

المطلب الأول: علاقة قطاع الصحة بالتعليم

ركيزة الرفاه والصحة هي التعليم الجيد، حيث يحتاج الناس إلى العلم والمعرفة حتى يتمكنوا من عيش حياة منتجة وصحية وتجنب المرض بمختلف أنواعه، ومن جهة أخرى ضرورة تمتع الأطفال والشباب بحالة صحية جيدة كشرط أساسي لتعلمهم، كما تؤكد إحصائيات ودراسات منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) بأن جودة التغذية والتلقيح لدى الأطفالوا إمكانية تقليل عدد وفياتهم ووفيات الأمهات والإصابة بأمراض فيروسية مرتبط ببلوغ الأمهات مستويات أفضل من التعليم، حيث أن هذا الأخير يعتبر في حد ذاته مشجعا على التنمية و التشخيص الصحي من خلال تمكين الفرد من معرفة أسلوب الحياة الصحية السليمة. [184]

الفرع الأول: تأثير التعليم على الصحة

أثبتت عديد الدراسات تأثير التعليم على الصحة من خلال ثلاثة قنوات رئيسية، منها ما يتعلق بالعوامل الإقتصادية من خلال علاقة مستوى التعليم بالوظائف الأقل إجهادا والأكثر دخلا وصحة، أما بخصو العوامل الصحية تتمثل في:

- **السلوك المتعلق بالصحة:** كنظام التغذية، إستهلاك المواد الكحولية والتدخين، فقد أثبتت الدراسات بأن الفئة الأقل إدمانا على التدخين هم المتعلمون وهم أيضا الأقل تدخينا من بين المدخنين.

- **عوامل اجتماعية نفسية:** المكانة الإجتماعية للمتعلمين تمنحهم ثقة في أنفسهم أكثر تنعكس على حالتهم الصحية السليمة جسديا نفسيا.

[184] أنظر موضوع "**التعليم من أجل الصحة والرفاهية**"، متوفر بموقع منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة: https://ar.unesco.org/themes/education-health-and-well-being، أطلع عليه بتاريخ: 2023/9/08 الساعة 20:24.

كما أن للتعليم أثر على صحة كل من الفرد وأسرته، حيث يزداد التأثير الإيجابي على صحة الأبناء كلما إرتفع مستوى تعليم الأبوين خاصة الأمهات.

أولا: تعليم المرأة وتقليص وفيات الأطفال

إن انخفاض معدل وفيات الأطفال في أي مجتمع له علاقة بالمستوى التعليمي، فكلما إرتقى مستوى الأمهات التعليمي كلما تنخفض إحتمالات تسجيل وفيات أطفال في الفئة العمرية لأقل من خمسة (05) سنوات، حيث تشير أحد الدراسات التي أجريت في 87 بلدا ضمن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية عام 2000 بأن البلدان التي يسجل بها معدلات أكثر لوفيات الأطفال هي التي ينخفض فيها معدل تعليم النساء في مراحلة التعليم الثانوي على غرار دول بريطانيا، تركيا، المجر والمكسيك، بينما تدنت وفيات الأطفال في البرتغال منذ سنة 1990 بمعدلات معتبرة بسبب إنتهاج هذا البلد سياسات توسيع معدلات تسجيل البنات في الطور الثانوي.

وتعزز هذا الطرح دراسة أخرى أجريت سنة 2002، حيث توصلت إلى أن إنخفاض بمعدل بين 5% و 10% في وفيات الأطفال يعزو إلى إرتفاع المستوى التعليمي للأمهات بسنة دراسية واحدة سواء في مدن أو أرياف البلدان منخفضة الدخل. [185]

وثبت أيضا بأن الصحة تتأثر بدرجة ومستوى القراءة والكتابة خاصة عند الإناث عموما والأمهات خصوصا، وكذا من خلال تمكين جميعهن بغض النظر على التفاوتات المزعومة المتعلقة بالعرق أو المستوى المعيشي أوغيرها من معرفة جميع المعلومات، ثقافة الدواء والخدمات الصحية وغيرها، إذ يعتبر ذلك مهما على جميع مستويات المداخلات الصحية من السلوك الشخصي للأفراد إلى غاية النظام الرسمي للرعاية الصحية، كما أن النساء يخصصن جزءا من دخل الأسرة أو مواردها الإقتصادية حتى لو كانت محدودة في تعليم ورعاية أطفالهن الصحية أكثر من أقرانهن الرجال

[185] فيصل بوطيبة، **العائد من الاستثمار في التعليم**، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة المسيلة، العدد 07 (المجلد 05)، جوان 2012، ص.ص 76-77.

والنتيجة العكسية تتمظهر في سوء الحالة الصحية في حال تقييد المجتمعات لتعليم البنات وما له من تبعات إجتماعية أخرى وعلى البعد الإقتصادي أيضا. [186]

ثانيا: تأثير التعليم على الخصوبة

تؤكد النتائج العملية والعلمية بأن لتعليم المرأة دور وأثر إيجابي على استعمال موانع الحمل والخصوبة، حيث أن هناك علاقة بين إرتفاع المستوى التعليمي و زيادة فرص أكثر لإنخراط المرأة في سوق العمل على حساب نشاطها داخل المنزل بما فيها تربية الأولاد ومن ثم تحديد النسل أو التقليل من الإنجاب. [187]

توصلت دراسة للباحثين كاثلين بيجل (Kathleen Beegle)، أندرو نياميتي (Andrew Nyamete) و مارثا أينسوورث (Martha Ainsworth) عام 1996، بعنوان: تأثير تعليم المرأة على الخصوبة واستخدام وسائل منع الحمل: دراسة لأربعة عشر دولة في أفريقيا جنوب الصحراء [188] إلى النتائج التالية:

– في جميع الحالات يوجد دور محدود لتعليم الزوج على استعمال موانع الحمل مقارنة بالزوجة، وفي جل الحالات بالنسبة للخصوبة.

– في كل الأطوار التعليمية هناك أثر إيجابي لتعليم المرأة على استعمال موانع الحمل.

– التعليم الثانوي دون غيره يؤثر بشكل قوي على الخصوبة في جميع الدول التي أجريت فيها الدراسة.

---

[186] "**الإقتصاد الكلي والصحة: الإستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ ديسمبر 2001، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_framework_immediate_se_response_to_covid_ar_0.pdf)، ص.ص 89–90.

[187] فيصل بوطيبة، المرجع السابق، ص 75.

[188] Martha Ainsworth et all. « The Impact of Women's Schooling on Fertility and Contraceptive Use: A Study of Fourteen Sub-Saharan African Countries». The World Bank Economic Review, Washington. vol. 10, issue 1, 1996, p 85.

ثالثا: أثر تعليم الكبار على الصحة

يعتبر تعليم وتعلم الكبار مهما في خفض تكلفة ميزانية الرعاية الصحية للحكومات، من خلال رفع درجات الوعي بأساليب الوقاية من الأمراض وممارسة سلوكيات صحية، إضافة إلى مساعدتهم في ضمان جودة حياة أمثل والتكيف مع ضغوطها في إطار مفهوم الرفاه الصحي.

في حالة كبار السن من النادر أن يتوافق مسار الوضع الصحي السليم مع تحسين التعليم حيث أن للتقدم في السن أحكامه على درجات تعلم المعرفة والمهارة والسلوك الصحي السليم.

أكدت أحد الدراسات الاستقصائية لمعهد منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة للتعلم مدى الحياة سنة 2016 بأن [189]:

– 89% من الدول وافقت على نهج تعلم وتعليم الكبار كونه يساهم بدور كبير في الصحة والرفاه الشخصي وبالتالي الإقرار بمسلمة العلاقة الإيجابية بين التعليم والصحة.

– 65% من الدول أقرت بأنه من بين أكبر التحديات المرتبطة بالصحة والتي تؤثر في الحالة الصحية السليمة لكبار السن هي الأمية التي تعيق تعلمهم وتعليمهم.

حيث أنه على المستوى الفردي تساهم جودة الحالة الصحية في مستوى التحصيل العلمي وتبعاته الإجتماعية (أسرة وعمل وغيرها)، كما تساهم على المستوى المجتمع في الرقي برأس المال البشري الإيجابي ودوره التنموي بجميع أبعاده، ومن أهم المكاسب والحصائل الإيجابية لتعلم وتعليم الكبار:

– تصرفات وممارسات وسلوكات صحية سليمة.
– زيادة متوسط العمر المتوقع أو المأمول في وضع صحي سليم وبعيد عن الإعاقة والعجز والآلام.

[189] **"تأثير تعلم الكبار وتعليمهم في الصحة والرفاه في العمالة وسوق العمل وفي الحياة الإجتماعية والمدنية وحياة المجتمعات المحلية"**، تقرير صادر عن معهد اليونسكو للتعلم مدى الحياة، عام 2016، (متاح على شبكة الانترنت (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245917_ara/PDF/245917ara.pdf.multi)، ص.ص 11-12.

بالإضافة إلى تأثير تعلم وتعليم مختلف الفئات المجتمعية على الحالة الصحية للفرد والمجتمع تجدر الإشارة أيضا إلى أهمية تعلم وتعليم وتكوين وتدريب القوى العاملة والمهنيين في ميدان الصحة لما له من أثر على الوضع الصحي العام والحالة الصحية للسكان، وتركيز الجهود على النوع والجودة بدل الكم والعدد في مواجهة النقص العالمي في هذا المجال ومحاولات تعويضه في سبيل تغطية صحية شاملة، حيث تحتاج المؤسسات الصحية العصرية في سبيل ذلك بالإضافة إلى البنى التحتية الصحية إلى رصيد من المورد البشري الصحي المناسب، توازي تلبية العدد مع الكفاءة ومعايير الجودة، التحيين والإصلاح المستمر لمناهج وطرق التعليم والتكوين والتدريب للمورد البشري الصحي لتعزيز النظم الوطنية للصحة، وبالتالي تحصيل جودة في الصحة بما يواكب النمو السكاني. [190]

[190] أنظر موضوع "**تعليم أصحاب المهن الصحية**"، متوفر بموقع منظمة الصحة العالمية: https://www.emro.who.int/ar/health-workforce/education/index.html، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/10 الساعة 21:08.

الفرع الثاني: تأثير الصحة على التعليم

يكون تعليم الفرد جيدا من خلال الأثر الإيجابي للحالته الصحية السليمة، حيث أكدت دراسة لإيمانويل بالداتشي (Baldacci Emanuele) وآخرون سنة 2005 بعنوان: ما يجب القيام به من أجل الإنفاق على التعليم والصحة [191]، بأن 1.3 من مرونة تراكم رأسمال التعليمي يساهم فيها رأسمال الصحي، حيث أن الزيادة بـ 10% في رأسمال الصحة سيرفع من رأسمال التعليم بنسبة 13% وبالتالي فإن الحالة الصحية السليمة والجيدة في البلدان النامية تساهم في تحسين النتائج تعليمية.

وفي دراسة أخرى حول تأثير الصحة على التعليم، قام الباحث جيري بيرمان (jere R. Behrman) سنة 1996، بعنوان: تأثير الصحة والتغذية على التعليم [192]، أشار من خلالها إلى بعض الأدلة المنهجية التي تفيد بـ:

– أن نقص أو إنخفاض نسبة الحديد في الجسم والإصابة بالالتهابات الطفيلية من شأنها التأثير على التحصيل العلمي والمعرفي.
– تأكيده على وجود كثير من الأدلة التي تثبت الارتباطات الإيجابية القوية بين التحصيل العلمي أو التعليمي والصحة.
– التأكيد على الأثر الإيجابي لتحسين التغذية و تعزيز الصحة على النجاح التعليمي.

وفي دراسة أخرى للباحثين مارك سوهركي (Marc Suhrcke) وكارمن دي باز نيفيس (Carmen de Paz Nieves) عام 2011، بعنوان: تأثير الصحة وسلوكيات الصحة على نتائج التعليم في البلدان ذات الدخل المرتفع [193]، إفترض في تحليله إتجاها يؤدي من الحالة الصحية مثل الربو و السلوكات والممارسات الصحية مثل التدخين إلى التحصيل العلمي من خلال المستوى

[191] Emanuele Baldacci et all. « Que faire pour Les dépenses d'éducation et de santé ..». Finances & Développement Journa , IMF. vol. 5, N° 1, 2005, p 22.
[192] Jere R. Behrman. « The impact of health and nutrition on education». The World Bank Research Observer, Volume 11, Issue 1, February 1996, p.p 32-33.
[193] Suhrcke, Marc & de Paz Nieves, Carmen, « The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence », World Health Organization. Regional Office for Europe., 2005, p vi, https://apps.who.int/iris/handle/10665/345467

التعليمي وكذا الآداء التعليمي من خلال العلامات أو الدرجات العلمية، وخلص البحث الذي شمل 53 دراسة حول بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إلى أهم الأدلة والنتائج التالية:

– التأثير الإيجابي للحالة الصحية العامة للطفل على آدائه التعليمي و من ثم تحصيله العلمي، حيث أثبتت دراسة بأن الحالة الصحية السليمة والمثالية للطفل ترتبط بسنة دراسية إضافية في مساره التعليمي، في المقابل يؤثر إرتفاع إحتمالات التعرض للأمراض بشكل سلبي على التحصيل الأكاديمي وأن مرض الشخص تؤثر سلبا على انخفاض معدل التعليم في المتوسط.
– التأثير الإيجابي لممارسة التمارين الرياضية على الآداء التعليمي.
– الإرتباط السلبي لزيادة الوزن والسمنة بالنتائج التعليمية.
– التأثير السلبي للإكتئاب والقلق على التحصيل العلمي.
– تأكيد وجود التأثير السلبي للتدخين وسوء التغذية على نتائج التعليم.
– إحتمالية تأثير اضطرابات النوم على الأداء التعليمي.
– لم يتم إثبات التأثير السلبي للإصابة بمرض الربو في المتوسط على الآداء الأكاديمي.

بناء على كل ما تقدم، يمكن تشخيص العلاقة بين الصحة والتعليم بوصفها علاقة سببية ثنائية المسار أو الإتجاه.

حيث يؤثر التعليم في الصحة من خلال أن التعليم الجيد للفرد يساهم أو يؤثر في سلامته الصحية (الجسدية والنفسية) وكذا في الممارسات والسلوكات المتعلقة بالصحة، ومن خلال ذلك يكون التأثير على المجتمع ككل، كما أن التعليم الجيد لضروري لجميع فئات المجتمع دون تفاوتات مزعومة (أطفال، أمهات وكبار السن) وفي جميع الأطوار التعليمية، لما لذلك من إسهام وأثر على الخصوبة تقليص معدلات وفيات الأطفال التي يمكن تفاديها وزيادة معدل العمر المتوقع أو المأمول.

وتؤثر الصحة على التعليم من خلال إسهام أو تأثير الحالة الصحية السليمة (الجسدية والنفسية) والتغذية الصحية والسلوكات ولاممارسات المتعلقة بالصحة في نتائج التعلم والتعليم، من تحصيل علمي ومستوى دراسي وآداء تعليمي ودرجات علمية.

لذلك من الأهمية البالغة فهم صناع السياسات العامة وأصحاب القرار لحقيقة العلاقة بين الصحة والتعليم من أجل صياغة سياسات مناسبة.

المطلب الثاني: علاقة قطاع الصحة بالبطالة

البطالة هي توقف إجباري عن العمل لجزء من العمال يملكون قدرة وميولا للعمل، ويقصد بفئة العمال هنا عدد السكان من القوى العاملة في بلد معين بالغين وغير عاجزين أي لهم القدرة والراغبة في العمل، و تحتسب معدلات البطالة في بلد ما بقسمة حاصل عدد العاطلين عن العمل على مجموع القوة العاملة ضرب 100. [194]

يفهم من تعريف البطالة هذا بأنه من بين شروط العمل وبالتالي تقليص معدلات البطالة هو القدرة أي السلامة الجسدية والرغبة أي السلامة النفسية أو النفسية الإيجابية، ومن هنا تبدأ ملامح العلاقة بين الحالة الصحية أو قطاع الصحة و البطالة.

والمعروف أن شبح البطالة هو من أكثر المشكلات الاقتصادية المعقدة التي تواجه الأفراد والمجتمعات، والتي لها تبعاد على أبعاد أخرى نفسية وغيرها، خاصة لدى شريحة الشباب من التركيبة الإجتماعية بوصفهم فئة العمل والانتاج والإنتاجية، لإمتلاكهم الطاقة والقوة والمعرفة والمهارة، وتعطيل تلك الإمكانيات لدى فئة الشباب من شأنه أن تكون له آثار سلبية خاصة على الجانب النفسي والسلوكي. [195]

الفرع الأول: أثار البطالة على الصحة العامة

تؤثر البطالة على الصحة من حيث:

1- أثار البطالة على الصحة النفسية

أثبتت الدراسة التي قام بها كل من الباحثين فيذر (Feather) و دافنبورت (Davenport) عام 1981 بعنوان: البطالة وتأثر الحالة المزاجية: تحليل الدافعية والسببية [196]، بوجود علاقة ارتباط كبيرة حاجة الإنسان إلى العمل وحالته النفسية وحالة الإلتئاب لديه، وأكدت أن الاستمرار في وضع البطالة

---

[194] إسماعيل علي شكر و مجيد جواد مهدي، **مشاريع القطاع الخاص ودورها في الحد من البطالة**، عمان، مركز الكتاب الأكاديمي، 2015، ص 42.

[195] المرجع نفسه، ص 57.

[196] Feather, N. T., & Davenport, P. R. (1981). « Unemployment and depressive affect: A motivational and attributional analysis ». Journal of Personality and Social Psychology, 41(3), 1981, p 422

وتبعاتها على الإنسان خاصة من الجانب المادي والإجتماعي من شأنه إصابته بحالة إكتئاب واغتراب.

حيث أنه وبناء على نظرية التكافؤ أو القيمة، إفترض الباحثان بأن الأفراد الذين يملكون دوافع قوية للحصول على عمل يكونون أكثر تأثرا بعد فشل مساعيهم من أولئك الذين تقل عندهم الدافعية وبإختبارهم لإفتراضهم هذا على 212 شاب بطال متوسط أعمارهم بين 19 و 76 سنة (إستبانة)، أين أكدت نتائج المشاركين في تقييماتهم بأن لديهم: دافعية أعلى للحصول على منصب عمل ومستويات أعلى من التأثير بالإكتئاب، وأن الأشخاص الذين مستويات أعلى من التأثر بالإكتئاب هم أقل إحتمالية في لوم أنفسهم على عطالتهم عن العمل وأكثر إحتمالية في إلقاء اللوم على العوامل خارجية في ذلك، مثل الوضعية الاقتصادية وغيرها.

كما أكدت دراسات لباحثين بمعهد التخطيط الحضري، بأن بعد الفرد عن مهنته أو وظيفته (العطالة عن العمل) لمدة ستة أشهر أو أكثر، يؤدي إلى التعرض للتوتر والضغط و خفض مستوى الرفاه لديه ولعائلته، بسبب تراجع دخلهم المادي. [197]

وفي دراسة أخرى للباحث جينيفر فار (Jennifer R. Pharr) سنة 2012 بعنوان: تأثير البطالة على الصحة العقلية والجسدية [198]، لغرض فحص تأثير حالة العمل وفترة البطالة على الحالة الصحية، وا إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، والسلوكيات الناتجة عن التهديدات الصحية، توصل في دراسته عند المقارنة بين فئات المشاركين في الدراسة: الذين كانوا بطالين لفترة بين أكثر و أقل من سنة مع آخرين من فئة العاملين، وفئة أخرى كانوا خارج الفئة العاملة بطواعيتهم، بأن فئة البطالين كان لديهم ملامح صحة عقلية أسوء وبشكل واضح، مع زيادة إحتمال تأجيلهم لخدمات الرعاية الصحية بسبب تلكاليفها أكثر من غيرهم، بينما تفردت نتائج هذه الدراسة في نفي إحتمالية تعرض فئة العاطلين عن العمل لآفة إدمان التدخين أو شرب الخمور أو نقص النشاط البدني، وأن الدافع لفقدان

---

[197] أنظر موضوع باتريشيو ماركيز "**هل تضر البطالة بصحتك؟**"، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/health/unemployment-bad-your-health?fbclid=IwAR1r0bNXDrOpIXk5f0sz1wytjCXuzvQ6M942iTGj2VE_hoQZKCtVJtx_MIs، 2015/01/22، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/01 الساعة 15:22.

[198] Jennifer R. Pharr et all. (2011). « The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors». ISRN Public Health, Volume 2012, Article ID 483432, 2011, p.p 1-6.

الوظيفة والتحول نحو حالة البطالة سواء كان طوعي أو لا يزيد من إحتمالية تأثر الصحة النفسية والعقلية للفرد بكل كبير.

2- أثار البطالة على الصحة الجسدية

أكدت دراسات أخرى بأن أثر البطالة لا يشمل الصحة النفسية فقط بل تأثيرها يكون على الصحة العامة أيضا، وهذا ما أثبتته دراسة للباحثين Hoffman وآخرون عام 1988 [199]، التي أكدت الآثار السلبية للعطالة عن العمل على الصحة العامة نتيجة غلق مصانع سيارات لعلامة جنرال موتورز في ولاية ميشيغان الأمريكية على العمال وعائلاتهم، وقابلية تعرض الإنسان البطال إلى عديد الأمراض النفسية منها والجسدية كزيادة إحتمالية العدوى بعديد الأمراض، إرتفاع ضغط الدم، السكري الأمراض الصدرية والتنفسية، أمراض المعدة والقولون العصبي، متاعب التغذية وارتفاع نسب الوفيات إضافة إلى الإكتئاب وا ٍرتفاع القابلية لمحاولات الإنتحار وسط هذه الشريحة.

إضافة إلى التأثير على النشاط البدني واستهلاك الطعام و وزن الجسم بعد خفض الإنفاق على استهلاك الطعام بسبب البطالة، وكذا إرتفاع إحتمالات التدخين أو العودة للتدخين لدى فئة النساء إضافة إلى تأجيل الفحوصات الطبية واستهلاك العقاقير لأسباب تتعلق بالدخل وآثار ذلك على الصحة. [200]

العامل المشترك بين مختلف الدراسات حول تأثير البطالة على الصحة النفسية هو التأكيد بأن هذه الأخيرة تتأثر بشكل مباشر و في كل الحالات بحالة البطالة لدى الفرد، إلا أن السلوكيات السلبية التي تتبع ذلك (تدخي، خمور، درجة النشاط البدني وغيرها) تبقى تصرفات معزولة عن الحالة، تتحكم فيها عوامل أخرى أبرز ها درجة وعي وصفات شخصية للفرد.

لذا يحتاج صناع السياسات العامة الصحية إلى قدر من الفهم لتأثير فقدان العمل على الحالة الصحية للسكان، بغية إعداد برامج وخطط لإحتواء تبعاتها السلبية خاصة على الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع.

---

[199] إسماعيل علي شكر و مجيد جواد مهدي، المرجع السابق، ص.ص 65-66.

[200] أنظر موضوع باتريشيو ماركيز "**هل تضر البطالة بصحتك؟**"، المرجع السابق.

الفرع الثاني: أثار الحالة الصحية على البطالة وفقدان العمل

تتناول دراسة للباحث جينيفر ستيوارت (Jennifer M. Stewart) سنة 2001 بعنوان: تأثير الحالة الصحية على مدة فترة البطالة وتبعاتها على دراسات تأثر الحالة الصحية بالبطالة [201]، ركز فيها على تأثير الحالة الصحية للفرد على مدة فترة البطالة، وتوصل إلى أن الأفراد الذين يعانون من سوء الحالة الصحية تزيد من إحتمالية بأن يعيشوا فترات بطالة أطول، هذا الأخيرة تؤدي إلى أن تكون نسبة مخزون العاطلين عن العملمشكَلة من الأفراد الذين يعانون من سوء الحالة الصحية بشكل أكبر منه عند العاملين.

الملاحظ أن أغلب الدراسات التي تناولت العلاقة بين قطاع الصحة أو الحالة الصحية والبطالة أو العطالة عن العمل، كانت نسبتها الكبيرة تركز على علاقة البطالة على الوضع الصحي أو الحالة الصحية للفرد والمجتمع أي علاقة أحادية (بطالة–صحة)، إلا أنه إضافة لذلك، فإن المرض أو سوء الحالة الصحية يبقى ويعد من أهم أسباب البطالة أو فقدان منصب العمل والوظائف، من حيث أن:

– الحالة والوضعية الصحية للفرد تزيد من فرصه في الحصول على عمل وقابلية التوظيف، فأصحاب العمل أو المؤسسات والإدارات يستهدفون رأس المال البشري الصحي كخيار للتوظيف بدلا من غير الصحي.

– تعتبر الحالة والوضعية الصحية للمجتمع بمثابة الأرضية الخصبة أو المناسبة لجذب الإستثمار وا ٍنشاء مناصب عمل للسكان.

– كما تساعد الحالة والوضعية الصحية للمجتمع في النشاط الإقتصادي الإبداعي، الذي من مظاهره إنشاء مؤسسات صغيرة تساهم بدورها في إمتصاص معدلات البطالة والتنمية الإقتصادية، والخروج من دائرة الإتكالية على الحكومات والقطاع العام في التشغيل وخفض نسبة البطالة.

– كما أن الحالة والوضعية الجيدة للمجتمعات في جانب الصحة النفسية والعقلية يزيد فيها إهتمام السكان بمختلف أنواع وأنماط العمل على غرار الزراعة، المهن والحرف الضرورية للنمو الإقتصادي المنتج، وبالتالي ينخفض فيها إهمال هذا الجانب المهم في خلق إقتصاد منتج ومتوازن تتنوع فيه مصادر الإيرادات.

[201] Jennifer M. Stewart. (2001). « The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status». Journal of Health Economics, Volume 20, Issue 5, September 2001, p 1.

– كما أن الصحة المهنية تساهم في التقليل من إحتمالات فقدان الوظائف و إرتفاع عدد العاطلين عن العمل.

وبالتالي فإنه ينبغي على صناع السياسات العامة الصحية إدراج ضمن خططهم وبرامجهم وأهدافهم تحسين الخدمات والرعاية الصحية الجيدة للفرد والمجتمع بما فيهم الموظفين والعمال وتوفير الإمكانيات والبدائل اللازمة لذلك، التي تساهم بدورها في تعزيز فرص التوظيف والتشغيل والقابلية للخدمة والبقاء أطول مدة في الوظائف والمناصب للرفع من نسب ومعدلات القوة العاملة في المجتمع.

المطلب الثالث: علاقة الأزمات الصحية بالأزمات الإجتماعية

تؤثر الأزمات الصحية تأثيرا قويا على الأزمات الاجتماعية خاصة ما تعلق بمؤشرات الصحة والتعليم، الجوع و الفقر و الوظائف و المساواة بين الفئات باختلاف عامل السن و الجنس و الشرائح المجتمعية.

الفرع الأول: تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الجوع والفقر

يعتبر الفقر والجوع من أهم مؤشرات البعد الإجتماعي للتنمية المستدامة، و يرتبطان ارتباطا قويا في كون حالة الفقر تتحقق عند عجز الإنسان عن الوصول إلى حدد الكفاف المالي للتكفل بأساسيات الحياة على غرار التغذية أو الخروج من دائرة الجوع، هذا الأخير الذي يعتبر حالة عجز الإنسان عن تحصيل الاكتفاء في التغذية لسد حاجة جسمه، حيث أثبتت جائحة كورونا المستجد هذا الارتباط بينهما من جهة و العلاقة بين كل منهما و بين الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 من جهة أخرى.

أولا: تأثير كوفيد-19 على الجـوع والأمن الغذائي

حتى قبل جائحة كورونا المستجد كان ملايين الناس يعيشون معاناة سوء التغذية والجوع والإنعدام المزمن للأمن الغذائي حيث كان عددهم يفوق 820 مليونإنسان صُنف منهم حوالي 135 مليون في خانة الأسوء أو الأزمة [202]، إلا أن تقديرات الأمم المتحدة أشارات إلى إمكانية أن يتضاعف هذا العدد بسبب آثار الأزمة الصحية و الإنسانية التي أحدثها تفشي فيروس كوفيد-19 إلى الضعف حيث شكلت تهديدا كبيرا على تغذية الملايين من البشر عبر العالم و على أمنهم الغذائي بسبب [203]:

- تأثير الإجراءات الوقائية من تفشي المرض على سلاسل الإمداد العالمية للغذاء.
- عمليات وا ٍجراءات الإغلاق العام و تقييد الحدود.

---

[202] "**موجز سياساتي: أثر جائحة كوفيد-19 على الأمن الغذائي والتغذية**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_brief_food_security_arabic.pdf)، ص 03.

[203] المرجع نفسه، ص 01.

– إرتفاع أسعار المواد الغذائية الأساسية واسعة الإستهلاك بسبب إضطرابات السوق و ما يقابله من إرتفاع في معدلات البطالة.

أثر الجوع وا ٍنعدام الأمن الغذائي المرتبط بتفشي فيروس كوفيد–19 على [204]:

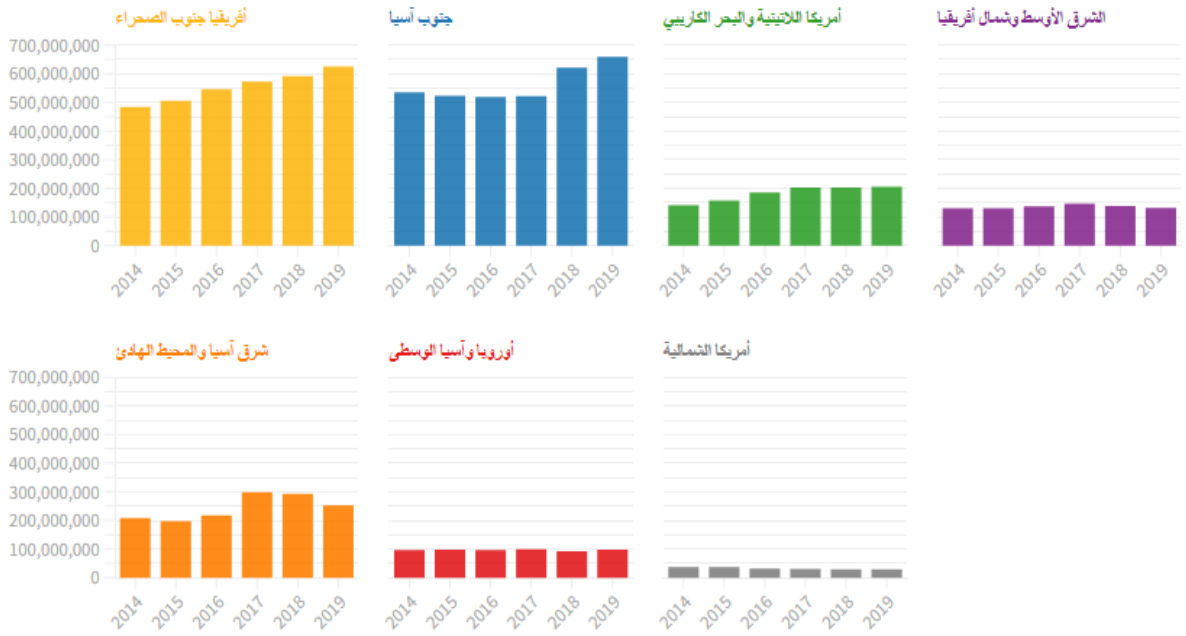
– **فئة الأطفال:** حيث بلغ عدد الذين يعانون من توقف النمو من فئة الأطفال دون سن الخامسة 144 مليون (خمس أطفال في العالم)، 47 مليون طفل مصابين بالهزال، و 368 مليون طفل فقد وجباته المدرسية، إضافة إلى توقعات بإصابات بتفزم الأطفال لحوالي 0.7 منهم بسبب تدني الناتج المحلي الإجمالي العالمي بنقطة واحدة مئوية.

– **الفقراء من الناس:** حسب تقديرات عام 2020 بأن يقع حوالي 49 مليون شخص في براثن الفقر الشديد.

إضافة إلى تأثر مكونات منظومة الغذاء العالمية و تدفق النقد و الأموال لمصادر الإنتاج والتجار في ميدان الزراعة خاصة أصحاب المؤسسات الصغيرة والمتوسطة.

[204] المرجع نفسه، ص 03.

الشكل (10): *نقص معتدل في الأمن الغذائي بحسب المنطقة، 2014-2019*



المصدر: (أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/astrad-hsad-am-2020-tathyr-fyrws-kwrwna-almstjd-fy-12-shklaan-byanyaan، 2020/12/14، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/11 الساعة 07:08).

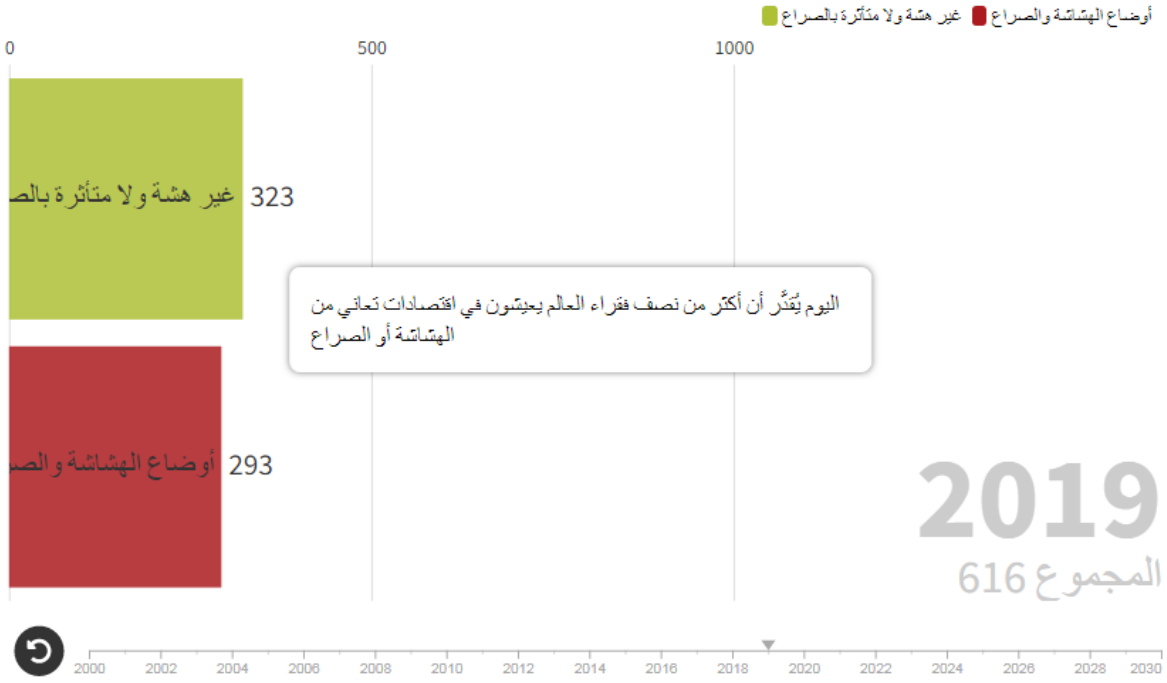
حسب تقديرات عام 2020 لمنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو)، قد يؤدي تفشي مرض كووروونا المستجد إلى الزيادة في العدد العالمي للذين يعانون من نقص التغذية بين 38 و 132 مليون.[205]

ثانيا: تأثير كوفيد-19 على الفقـر

أدى تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في مناطق عديدة من العالم إلى أزمات تغذوية ساهمت هذه الظروف في زيادة آثار الصراعات و الهشاشة و العنف على الفقراء ومعدلات الفقر.

[205] " أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/astrad-hsad-am-2020-tathyr-fyrws-kwrwna-almstjd-fy-12-shklaan-byanyaan، 2020/12/14، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/11 الساعة 07:08.

الشكل (11): مجموع فقراء العالم في بداية تفشي فيروس كوفيد-19 عام 2019



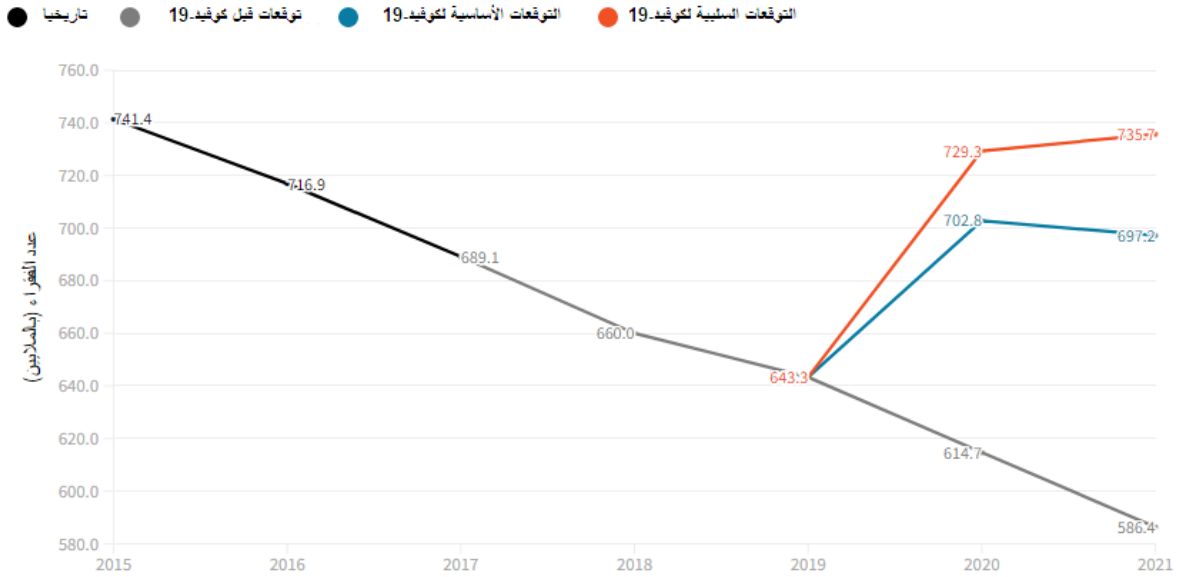
المصدر: (أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/astrad-hsad-am-2020-tathyr-fyrws-kwrwna-almstjd-fy-12-shklaan-byanyaan، 2020/12/14، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/11 الساعة 07:08).

من خلال الشكل السابق، قدر عدد الفقراء في العالم مع بداية تفشي فيروس كورونا المستجد عام 2019 بحوالي 616 مليون شخص، سواء بسبب أوضاع الهشاشة والصراعات التي بلغ فيها عدد الفقراء حوالي 293 مليون شخص أو في البيئات غير المتأثرة بالهشاشة والصراعات التي بلغ فيها عدد الفقراء بحوالي 323 مليون إنسان، حيث يسجل عدد الفقراء عبر العالم إنخفاضا نسبيا كل عام حسب الإحصائيات المسجلة منذ سنة 2000 و تقديرات 2030، يمكن أن يعزو ذلك إلى الجهود العالمية والشراكات الإنمائية والتنموية الرامية إلى خفض معدلات الفقر العالمي.

وتشير التقديرات بأن تفشي فيروس كوفيد-19 أثر على معدلات الفقر في العالم، حيث كان سببا في الفقر الشديد لما بين 40 و 60 مليون إنسان، وذلك بخلفية شدة الضغوط المالية وما شهدته المعدلات العالمية للنمو من انكماش وصل إلى ما يقارب الـ 5% عام 2020، و أشارات التوقعات

بأن تفرز الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد حوالي 71 مليون إنسان فقير عبر العالم قياسا بـ 1.90 دولار للفرد في اليوم كمقياس خط الفقر الدولي [206]

الشكل (12): إرتفاع معدلات الفقر *بسبب جائحة فيروس كورونا*.



المصدر: (أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، متوفر على موقع البنك الدولي: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/astrad-hsad-am-2020-tathyr-fyrws-kwrwna-almstjd-fy-12-shklaan-byanyaan، 2020/12/14، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/14 الساعة 05:44).

يتجلي من خلال الشكل السلبي درجة التأثير السلبي الذي ألحقه تفشي فيروس كورونا المستجد خاصة على المحتاجين و الفقراء و محدودي الدخل (أقل من 1.90 دولار للشخص يوميا)، حيث حذرت التحليلات الإقتصادية الأولية من إستمرار زيادة معدلات الفقر إلى 115 مليون بعد أن وصلت إلى 88 مليون إنسان علم 2020، حيث يعمل عدد كبير من حديثي السقوط في براثن الفقر بقطاعات كانت أشد تأثرا بتداعيات فيروس كورونا المستجد كقطاع البناء والأعمال غير الرسمية. [207]

[206] فطيمة الزهراء قباني، المرجع السابق، ص 171.

[207] " أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، المرجع السابق.

الفرع الثاني: تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الصحة والتعليم

تعتبر الصحة و التعليم أهم عوامل الحياة و أساس كل أبعاد التنمية المستدامة، و كان تأثير كوفيد-19على الصحة من خلال تفشي الفيروس نفسه و ما ترتب عنه من أمراض أخر ى جسدية و عقلية نفسية، كما أثر على التعليم خاصة ما تعلق بإغلاق المدارس، الإنقطاع و التسرب وكذا التفاوت في فرص التعليم.

أولا: تأثير كوفيد-19 على الصحـة

أثر كوفيد-19 على الصحة من خلال تفشي الفيروس نفسه و ما ترتب عنه من أمراض أخرى عقلية نفسية، إضافة إلى التأثير على الخدمات والنظم الصحية.

1- التأثير على الخدمات والنظم الصحية

أربك تفشي مرض كورونا المستجد النظم الصحية العالمية، التي لم تعد قادرة على إدارة وفيات فيروس كوفيد-19 و الوقاية منها. [208] حيث أن من شأن الحصول و الإستفادة من خدمات الوقاية و معالجة المرض التأثير على الصحة [209]، كما تعتبر خدمات الصحة النفسية و العقلية جزء مهم من مجموع مخرجات النظام الصحي لمكافحة تفشي المرض. [210] ، حيث عاشت النظم الصحية و الحكومات موقفا معقدا بين مدخلات الوضع الصحي مع تفشي فيروس كورونا المستجد و متطلبات الإستجابة له (تدابير الوقاية و العلاج) و مطالب و إحتياجات الخدمات الصحية الضرورية، يتطلب هذا الوضع إستغلال و معالجة من خلال قرارات رشيدة و جيدة لتحقيق التوازن من أجل الحفظ على النظام الصحي و حمايته من الإنهيار. [211]

---

[208] **"إطار عمل الأمم المتحدة للاستجابة الاجتماعية والاقتصادية الفورية لكوفيد- 19"**، المرجع السابق، ص 13.

[209] منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط (فيفيان ستون)، **الصحة في كل السياسات دليل تدريبي** القاهرة المكتبة الطبية القومية (ISBN 978-92-9022-607-9)، 2019، (متاح على الرابط: https://applications.emro.who.int/docs/97892902296031-ara.pdf) ص 12.

[210] أنطونيو غوتيريس، **الحاجة إلى اتخاذ إجراءات بشأن الصحة العقلية**، 13 ماي 2020، متوفر على موقع الأمم المتدة: https://www.un.org/ar/coronavirus/articles/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19، أطلع عليه بتاريخ: 2023/05/25 الساعة 20:47.

[211] **"إطار عمل الأمم المتحدة للاستجابة الاجتماعية والاقتصادية الفورية لكوفيد- 19"**، المرجع السابق، ص 13.

و تتأثر خدمات الرعاية النفسية بالعدوى و خاطر الإصابة في مصحات الرعاية النفسية طويلة الأجل، التباعد الإجتماعي، إنتشار العدوى و الإصابات في صفوف ممتهني الصحة النفسية، الإغلاق لمؤسسات الصحة النفسية و تخصيصها كمراكز رعاية للمصابين بفيروس كورونا المستجد. [212] مما اضطرتإلى طلب الر عاية النفسية عن بعد أو الرقمية التي لا تمكن الجميع من رعاية في كنف المساوات و دون تفاوتات (الأميين، كبار السن، والفقراء). [213]

2- التأثير على الصحة النفسية والعقلية

قبل ظهور مرض كورونا المستجد، كانت أغلب الإعتلالات المتعلقة بالجانب النفسي و العقلي للصحة نتيجة ممارسات و سلوكات سيئة متعلقة بالصحة كتعاطي المخدرات وما يترتب عنها من أخطار (إعاقة عقلية، إنتحارات و غيرها)، حيث كان العالم يخسر من الناحية الإقتصادية كل سنة ما يفوق تريليون دولار نتيجة القلق و الحالات الإكتئابية التي تصيب حوالي 264 مليون شخص عالميا و كان الإنتحار بمثابة ثاني أسباب وفيات الشباب في الفئة العمرية بين 15 و 29 سنة و غيرها من الإحصائيات و البيانات المتعلقة بالصحة النفسية و العقلية. [214]

لا يشكل مرض كورونا المستجد خطرا على الصحة الجسدية فقط، حيث شكلت أيضا تدابير الحجر الصحي و العزلة، قيود التواصل العائلي و الإجتماعي، الإكتئاب و الشعور السيئ نتيجة فقدان العمل و القلق من المستقبل، الحزن على الوفيات الناتجة عن الإصابة بمرض كورونا المستجد عبئ و ضغط نفسي كبيرا و إضافي على الفرد و الأسر و المجتمعات المحلية، جاء بعد عدم إعطاء الإهتمام اللازم لخدمات الصحة النفسية و العقلية خاصة في جانب الإستثمار فيها.

---

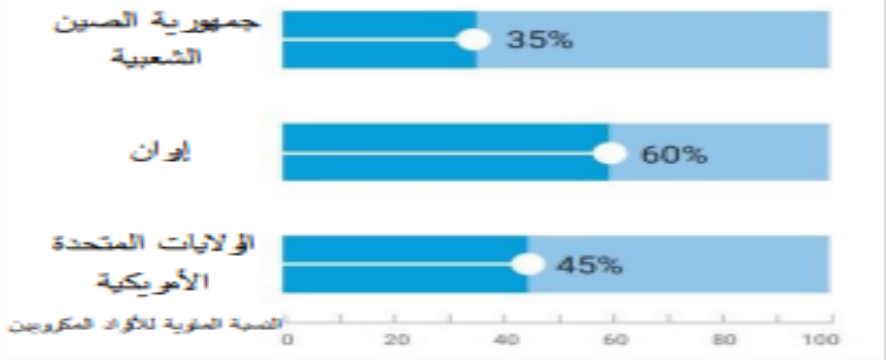
[212] **"موجز سياساتي: كوفيد-19 والحاجة إلى إتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية"**، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_arabic_0.pdf)، ص 08.

[213] المرجع نفسه.

[214] المرجع نفسه، ص 05.

أكدت الأدلة الاستقصائية للدراسات التي تمت في البلدان المتضررة من فيروس مرض كورونا المستجد بأن المصابين و المتضررين بالفيروس إنتشر في أواسطهم كرب نفسي بصورة واسعة. [215]

الشكل (13): *إرتفاع معدل إنتشار الشعور بالكرب بين السكان خلال تفشي كوفيد 19 سنة 2020*



المصدر: "موجز سياساتي: كوفيد-19 والحاجة إلى إتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_arabic_0.pdf)، ص 06.

تشير معطيات الشكل السابق، بأن نسبة الشعور بالكرب النفسي بسبب تفشي فيروس كورونا المستجد لا تحدد بكثرة العدد الإجمالي للسكان أو نسبة الإصابة بالفيروس من إجمالي عدد السكان حيث شهدت ذروة إنتشار الفيروس أعداد أكبر في الصين و الولايات المتحدة الأمريكية منها عن إيران، إلا أن نسبة الكرب النفسي في إيران أكثر بنسبة 60% بينما قدرت في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 45% تليها الصين بنسبة 35%، و قد يعزو ذلك إلى معدل الثقة في التدابير و الإجراءات الحكومية سواء الوقائية أو العلاجية أو درجة و جودة التكفل النفسي و الإجتماعي بالمصابين و غيرهم، إضافة إلى الطبيعة النفسية للشعوب و كذا درجات التكافل الإجتماعي التي من شأنها تخفيف من وطأة الضغط النفسي و التقليل من نسب الكرب النفسي.

يمكن تفهم الشعور بالكرب النفسي بسبب جائحة كورونا المستجد لما خلفه هذا الأخير من أثار نفسية كبيرة على السكان، أهمها: العزل الاجتماعي، نشر الأخبار الكاذبة حول الفيروس و الوقاية منه واللقاحات، إضافة إلى التداول الإعلامي للمصابين و الوفيات التي تدفن دون وداع أو جنائز وغيرها هاجس العدوى و الموت وفقدان الأهل و العائلة، إرتفاع معدلات العنف على الأطفال و النساء، فقدان

[215] المرجع نفسه، ص 06.

مصادر القوت أو ضغوط التهديد بفقدها، و للتخفيف من هذه الآثار و تبعاتها على الصحة تنتشر ممارسات و سلوكات صحية سلبية أهمها شرب الكحول و إستهلاك المخدرات و المؤثرات العقلية الإفراط في الألعاب الإلكترونية و التدخين، حيث أفادت البيانات الإحصائية بأن زيادة بحوالي 20% من تعاطي المشروبات الكحولية لدى الفئة العمرية بين 15 و 49 سنة من سكان كندا.

أشارت دراسة شهر أفريل 2020، في منطقة أمهرة الأثيوبية إلى إرتفاع أعراض اضطراب الاكتئاب بثلاثة أضعاف الفترة التي سبقت إنتشار فيروس كورونا المستجد، حيث بلغ زيادة معدل الإنتشار بـ 33 في المائة.

أما بخصوص آثار مرض كورونا المستجد على دماغ الإنسان فقد رصدت عديد البلدان آثار وأعراض عصبية عند المصابين بفيروس كوفيد-19 من شأنها التأثير على نمو الصحة الدماغية للأطفال وعمليات الإدراك لدى الكبار، من أهم تلك الآثار: أعراض عصبية (صداع، هذيان و هياج التهاب السحايا والسكتة الدماغية)، نمو الدماغ و صحته لدى الأطفال و عصبية كبار السن بسبب الحجر الصحي و التباعد الإجتماعي. [216]

و يعتبر أكثر الفئات عرضة للتأثر بالأمراض و الأزمات النفسية بسبب تفشي فيروس كورونا المستجد هي عمال الإسعاف والعاملون بقطاع الصحة كغيرهم من الخطوط الأمامية إضافة إلى عمال الرعاية طويلة الأجل [217]، فئة الأطفال، أصحاب الأمراض، الذين يعيشون حالات صراع و طوارئ إنسانية و كبار السن [218].

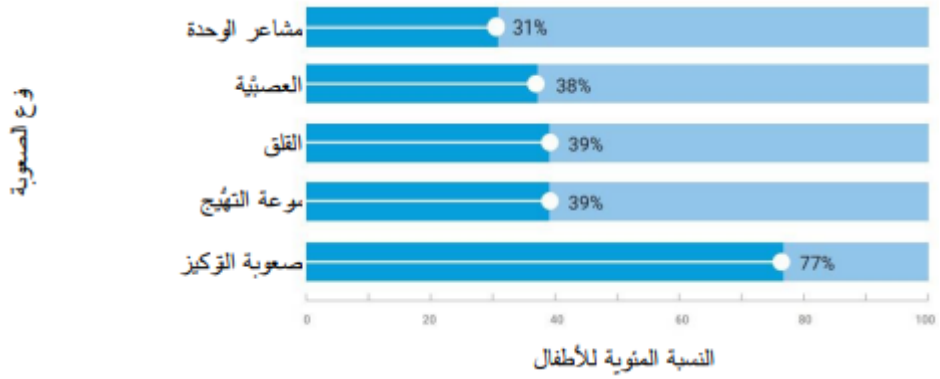
---

[216] UN, Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children, 2020, p.10, lien: https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children

[217] أنظر موضوع لورنا برين بشأن **الوفيات المرتبطة بتفشي COVID-19 في دور الرعاية: أدلة دولية مبكرة** 2020/04/28، متوفر على موقع جريدة الجارديان: https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/28/dr-lorna-breen-new-york-er-coronavirus، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/13 الساعة 16:57.

[218] "**موجز سياساتي: كوفيد-19 والحاجة إلى إتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية**"، المرجع السابق، ص.ص 11-12.

الشكل (14): *إفادات الأولياء حول المشاكل النفسية و العصبية التي يعانيها الأطفال بسبب تداعيات كوفيد-19 (إيطاليا و إسبانيا)*



المصدر: "موجز سياساتي: كوفيد-19 والحاجة إلى إتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_arabic_0.pdf)، ص 12.

يوضح الشكل الأخير المشاكل النفسية و العصبية التي يعانيها الأطفال بسبب تداعيات فيروس كوفيد-19 في كل من إسبانيا و إيطاليا، حيث تشكل صعوبة التركيز أعلى نسبة مئوية للأطفال بنسبة 77%، تليها سرعة التهيج و القلق بنسبة 39% ثم العصبية بنسبة 38% و أخيرا مشاعر الوحدة بنسبة 31%.

ثانيا: تأثير كوفيد-19 على التعليم والتعلم عن بعد

قبل مرض كورونا المستجد كان حوالي 800 مليون من البالغين الأميين وما يفوق 250 مليون من الأطفال خارج المدرسة [219]، وحوالي387 مليون من الأطفال في طور التعليم الإبتدائي تتدنى لديهم كفاءة القراءة [220]، مع إستمرار فجوة التمويل الذي يمكن من جودة التعليم في الدول المتوسطة

[219] **"موجز سياساتي: التعليم أثناء جائحة كوفيد-19 وما بعدها"**، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ أوت 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_brief_c19_people_on_the_move_arabic.pdf)، ص 04.

[220] **"أكثر من نصف الأطفال والمراهقين في جميع أنحاء العالم لا يتعلمون"**، تقرير صادر عن معهد اليونسكو للإحصائيات، بتاريخ سبتمبر 2027، وثيقة رقم (UIS/FS/2017/ED/46)، ص 02، (متاح على الرابط: https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs46-more-than-half-children-not-learning-en-2017.pdf)

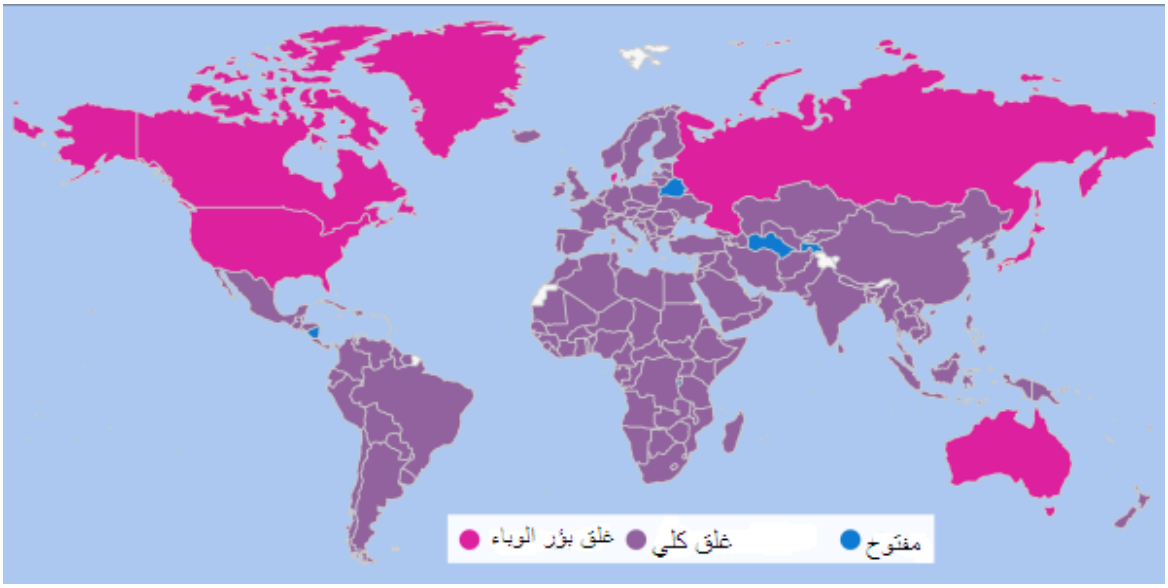
ومنخفضة الدخل من 147 بليون دولار في السنة بداية عام 2020 إلى زيادة عن هذا المبلغ بثلثه بسبب تفشي فيروس كورونا المستجد [221].

تتجلي تأثيرات الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كوفيد-19 على التعليم في:

1- إغلاق المدارسوا إنقطاع التعليم

كان تفشي فيروس كورونا المستجد سببا في أكبر وضعية إنقطاع تاريخي في التعليم أثر على المعلمين و 94% من المتعلمين (تقديرات شهر أفريل 2000) في كل أنماط و أطوار التعليم ولكل الفئات العمرية من شرائح المجتمع، حيث بلغ عدد المتأثرين من المتعلمين بين مرحلة ما قبل الطور الإبتدائي إلى الجامعة 1.58 بليون شخص في 200 دولة. [222]

الشكل (15): *خريطة توضح الإغلاق العالمي للمدارس بسبب جائحة COVID-19 سنة 2020*



المصدر: لوحات معلومات منظمة اليونيسكو 2020 حول المراقبة العالمية لعمليات إغلاق المدارس التي تسببها جائحة COVID-19.

[221] UNISCO, Act Now: Reduce The Impact Of Covid-19 On The Cost Of Achieving SDG 4, September 2020, p.01, lien: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374163
[222] UNDP, COVID-19 and Human Development: assessing the crisis, envisioning the recovery, United Nations, USA, 2020, p.15, lien: https://hdr.undp.org/content/covid-19-and-human-development-assessing-crisis-envisioning-recovery

في ذروة عمليات الإغلاق العام في أزيد 160 دولة بسبب تفشي فيروس كوفيد-19، أثر على حوالي 1.5 مليار متمدرس في مختلف الأطوار. [223]

2- تفاقم أوجه التفاوت في الحصول على فرص التعليم

خلال الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد لم يلق المتمدرسون و الطلبة المهددين بخطر الأزمة دعما بسبب إخفاق حوالي 40% من الدول الأكثر فقرا في ذلك [224]، وأكثر فئات الطلبة ضعفا هم من لا يملك المعرفة الرقمية و البنية التحتية الرقمية اللازمين للتمكن من الإنخراط في التعلم عن بعد بالتزامن مع إجراءات غلق المؤسسات التربوية و التعليمية. [225]

كما أن التفاوت في المهارات حسب باحثين كنديين يحتمل أن يتسع بسبب تفشي فيروس كورونا المستجد إلى ما يزيد عن 30%، و حسب البنك الدولي فإنه بسبب إغلاق المؤسسات المدرسية يحتمل إرتفاع عدد المتمدرسين الذين يتدنى مستواهم إلى ما تحت المتوسط بحوالي 25% [226]، و إذا لم يتم إصلاح الوضع سيفقد الطلبة ثلث التحصيل العلمي خلال صفهم الثالث، وهم ما يكافئ تخلف بنسبة 72% من الطلبة بسبب إغلاق المؤسسات التربوية لمدة 03 أشهر فقط، قد يؤدي ذلك إلى التسرب أو عدم القدرة على إكتساب تعلم جديد عند وصولهم إلى الصف العاشر [227].

3- زيادة معدلات التسرب:

أشارت تحليلات منظمة الأمم المتحدة للتربية، والعلم، والثقافة، "اليونسكو" بأن تسرب 23.8 مليون متمدرس إضافي إبتداء من الطور الإبتدائي إلى الجامعة أو إنقطاعهم عن الدراسة في السنة

---

[223] " أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، المرجع السابق.

[224] UNISCO, Inclusion and education: all means all, 2020, p.61, lien: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373878

[225] "**موجز سياساتي: التعليم أثناء جائحة كوفيد-19 وما بعدها**"، المرجع السابق، ص 07.

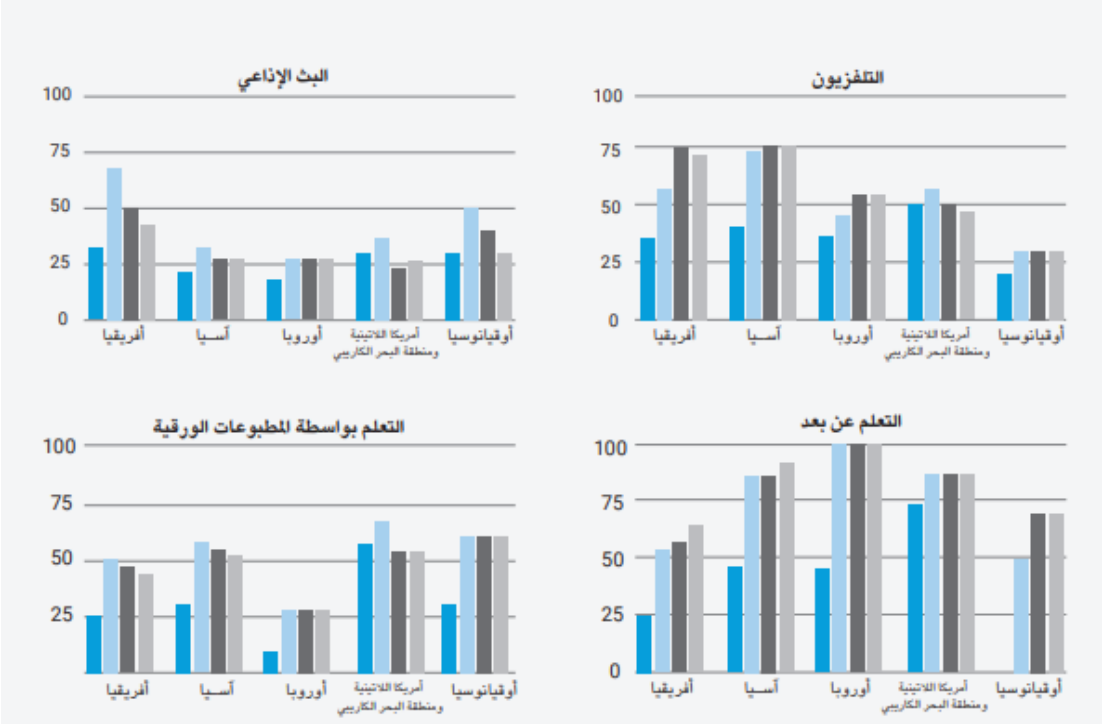
[226] WBG, Simulating the potential impacts of COVID-19 school closures on schooling and learning outcomes: a set of global estimates, JUNE 2020, p. IV, lien : https://documents1.worldbank.org/curated/ar/329961592483383689/pdf/Simulating-the-Potential-Impacts-of-COVID-19-School-Closures-on-Schooling-and-Learning-Outcomes-A-Set-of-Global-Estimates.pdf

[227] Kaffenberger Michelle, "Modelling the long-run learning impact of the Covid-19 learning shock: Actions to (more than) mitigate loss, International Journal of Educational Development", United Kingdom, Volume 81, March 2021, 102326, p. 04

المقبلة يكون بسبب تأثير تفشي فيروس كورونا المستجد على البعد الإقتصادي، كما يؤثر على شريحة الفتيات بسبب تدابير إغلاق المؤسسات التربوية من خلال زيادة العوامل التي تزيد من إحتمال إنقطاعهن عن الدراسة، أهمها الزواج المبكر. [228]

أما بخصوص التعلم عن بعد أو التعلم الإلكتروني أثناء جائحة كورونا المستجد، فقد أحصت اليونيسكو إنقطاع مدرسي وجامعي لأكثر من 1.5 مليار متمدرس في أزيد من 160 بلد، مما فرض على المهتمين بالشأن التربوي و التعليمي و كذا المتمدرسين إلى الإهتمام بنمط التعلم عن بعد أو التعليم الإلكتروني، الذي يعد من أهم المكاسب التي غنمها قطاع التربية و التعليم العالي رغم تكاليفها و صعوباتها. [229]

الشكل (16): تأثر اختيار البلدان للتعلم عن بعد أثناء إغلاق المدارس بمستوى التعليم والمنطقة (نسبة مئوية)



المصدر:

UN, Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond, 2020, p.13, lien : https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-education-during-covid-19-and-beyond

[228] "**موجز سياساتي: التعليم أثناء جائحة كوفيد-19 وما بعدها**"، المرجع السابق، ص 07.

[229] أنظر موضوع الأثر الأكاديمي بشأن **كوفيد-19 والتعليم العالي: التعليم والعلوم لقاح للجائحة**، 2021/07/07 متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية: https://www.un.org/ar/121944، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/16 الساعة 01:14.

ويوضح الشكل الأخير بأن التعلم عن بعد زاد في فترة الجائحة أكثر من أنماط التعلم الأخرى (بواسطة التلفزيون، البث الإذاعي أو بالمطبوعات الورقية)، و يزيد في البلدان المتقدمة أكثر منها في البلدان متوسطة و منخفضة الدخل، بسبب الأرضية الرقمية و أثر مستوى الدخل الفردي والقدرة على التعامل مع التكنولوجيا و الرقمية على اختيار نمط التعلم عن بعد أو التعلم الإلكتروني.

الفرع الثالث: تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الوظائف والمساواة

أثر تفشي كوفيد-19 بشكل كبير على فئات المجتمع خاصة الهشة منها، كما تأثرت بيئة الوظائف بشكل كبير أيضا.

أولا: تأثير كوفيد-19 على الوظائف

كانت بيئة الوظائف و العمل قبل مرض كورونا المستجد تتسم بالتفاوتات و عدم المساواة، حيث كان 2,0 بليون رجل و 1,3 بليون امرأة يشكلون نسبة 57% من العمال في سن العمل الذين يعمل أغلبهم في الاقتصاد غير المنظم (تدني الأجور، حقوق مسلوبة في غياب الحماية الإجتماعية).

وأثرت بالتزامن مع تفشي فيروس كوفيد-19 إجراءات الإغلاق العام وغيرها من تدبير إحتواء المرض بشكل كبير على أسواق العمل التي كانت في وضعية ضعف و ما لذلك من تأثير سلبي على الإنتاج و الاستهلاك، حيث سجل في كثير من البلدان إرتفاع في كبير معدلات البطالة، كما تدنت ساعات العمل على المستوى العالمي بـ 10.7% حسب تقديرات المنظمة الدولية للعمل في الربع الثاني من عام 2020 بالمقارنة مع الربع الأخير من سنة 2019.

و يشتغل ما نسبته 38% من العمال في العالم (1.25 بليون) في قطاعات مخاطرها عالية هي قطاع التجارة الذي يوظف 482 مليون عامل، الصناعة الذي يوظف 463 مليون عامل، الخدمات الذي يوظف 157 مليون عامل و الفنادق و المطاعم الذي يوظف 144 مليون عامل، حيث كانت متضررة أكثر من تداعيات تفشي فيروس كوفيد-19 خاصة في جانب سوق الوظائف و العمل وكذا تدني الإنتاجية، و هو ما يوضحه الجدول التالي. [230]

[230] " **موجز سياساتي: عالم العمل و كوفيد-19**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ جوان 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_policy_brief_world_of_work_and_covid_19_arabic.pdf)، ص.ص 12-13.

الجدول (5): *العمالة المعرضة للخطر حسب القطاعات (آثار أولية سنة 2020)*

القطاع الاقتصادي	الأثر الحالي للأزمة على الناتج الاقتصادي	الحالة الأساسية للعمالة (التقديرات العالمية لعام 2020 قبل كوفيد-19)			
		مستوى العمالة (بالآلاف)	النسبة من العمالة العالمية (بالنسبة المئوية)	نسبة الأجور (معدل الإيرادات الشهرية في القطاع/معدل إجمالي الدخل)	نسبة النساء (بالنسبة المئوية)
التعليم	منخفض	176560	5,3	1,23	61,8
الصحة البشرية والعمل الاجتماعي	منخفض	136244	4,1	1,14	70,4
الإدارة العامة والدفاع؛ الضمان الاجتماعي الإلزامي	منخفض	144241	4,3	1,35	31,5
المنافع العامة	منخفض	26589	0,8	1,07	18,8
الزراعة؛ الحراجة وصيد الأسماك	منخفض – متوسط*	880373	26,5	0,72	37,1
التشييد	متوسط	257041	7,7	1,03	7,3
الخدمات المالية والتأمينات	متوسط	52237	1,6	1,72	47,1
التعدين واستغلال المحاجر	متوسط	21714	0,7	1,46	15,1
الفنون والترفيه والاستجمام، وغيرها من الخدمات	متوسط–مرتفع*	179857	5,4	0,69	57,2
النقل؛ التخزين والاتصالات	متوسط–مرتفع*	204217	6,1	1,19	14,3
خدمات الفنادق والمطاعم	مرتفع	143661	4,3	0,71	54,1
العقارات؛ الأنشطة التجارية والإدارية	مرتفع	156878	4,7	0,97	38,2
الصناعة	مرتفع	463091	13,9	0,95	38,7
تجارة الجملة والتجزئة؛ إصلاح السيارات والدراجات النارية	مرتفع	481951	14,5	0,86	43,6

المصدر: (موجز سياساتي: عالم العمل و كوفيد-19"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ جوان 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_policy_brief_world_of_work_and_covid_19_arabic.pdf)، ص 09).

الملاحظ من خلال الجدول الأخير بأن القطاعات الأكثر تضررا بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد هي القطاعات التي تظم مستوى عمالة كبير و نسب مرتفعة من العمالة العالمية، في المقابل تتقاضى هذه العمالة نسبة أجور زهيدة مقارنة بعمالة القطاعات التي يكون فيها التأثر متوسط أو منخفض.

وكانت أكثر فئات القوى العاملة تضررا بالأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد هي فئات [231]:

- **النساء:** ربما بسبب إرتفاع نسبة النساء العاملات بقطاع الخدمات.
- **الشباب:** كان قبل تفشي فيروس كورونا المستجد من كل 10 شباب 04 منهم يعملون في القطاعات ذات المخاطر العالية (تجارة، صناعة، خدمات وفنادق و مطاعم) التي تأثر بعد تفشي الفيروس الذي رفع من معدلات البطالة خاصة بين الشابات، ما أدى إلى ظهور ما إصطلح عليه "شباب الإغلاق العام".
- **العمال المهاجرون و اللاجئون:** المعروف أن هذه الفئة تعمل في أعمال غير منتظمة و وظائف مؤقتة، ما يزيد من إحتمال فقدانهم لمناصب عملهم وكذا إنخفاض التحويلات المالية إضافة إلى صعوبات و غموض في إمكانية الوصول إلى سوق العمل و الحماية الإجتماعية وغيرها.

إضافة إلى أهم الفئات المذكورة المتضررة من الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كورونا المستجد، فإن سوق العمل عرفت في مجملها ضعفا لعدة فئات أخرى على غرار: كبار السن و ذوي الإحتياجات الخاصة و الأقليات وغيرهم.

و في دراسة مسحية إستقصائية قام بها البنك الدولي شهري ماي و أوت 2020 [232] أوضحت بياناتها بأن ما يتعدي عن ثلث المؤسسات و الشركات رفعت من إستخدامها لتكنولوجيات المعلومات والإتصال و الرقمنة في سبيل التأقلم مع الأزمة الصحية التي هوت فيها نسب المبيعات إلى النصف مما دفعها إلى خفض ساعات العمل و أجور العمال و إلتماسها للدعم مالي من الحكومات.

ثانيا: تأثير كوفيد-19 على المساواة

ساهم إنتشار مرض كورونا المستجد و تفشي فيروس كوفيد-19 في أزمة صحية عالمية لها أبعاد إقتصادية و تبعاتها الإجتماعية كتعميق التفاوت و عدم المساواة و هشاشة الساكنة، حيث قدر

[231] المرجع نفسه، ص.ص 05-10.

[232] " أنظر موضوع " **استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً** "، المرجع السابق.

البنك الدولي سنة 2020 وقوع حوالي 100 مليون إنسان في براثن الفقر الشديد بسبب الأزمة الصحية التي تأثر بها بصفة أكثر الأفراد ضحايا التمييز و التفرقة. [233]

و أهم الفئات السكانية الأكثر عرضة للتهميش بتأثير فيروس كورونا المستجد نذكر:

1- فئة الأطفال

أفادت الدراسات و التقديرات بأن تفشي فيروس كوفيد-19 لم يؤثر بصفة مباشرة على زيادة معدل وفيات الأطفال، إلا أنه ساهم في عدم إستقرار السير الحسن لعمليات التطعيم، الرعاية الصحية الأولية و التغذية، و في ذلك خطر مستقبلي على إستمرار الحياة الصحية.

2- فئة النساء

أشارت الأمم المتحدة من خلال عديد منظماتها بأن تدابير الحماية والوقاية من تفشي فيروس كوفيد-19 وعلى رأسها الإغلاق العام والحجر الصحي وتبعاته الإجتماعية و الإقتصادية ساهمت في:

-تصاعد حالات العنف داخل الأسر في كل الدول العالم وا رتفاع بلاغات العنف ضد المرأة بحوالي 60% شهر أفريل 2020 بالمقارنة مع شهر أفريل 2019. [234]

[233] **"الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها**، تقرير صادر عن المجلس الإقتصادي والإجتماعي والبيئي للمملكة المغربية، بتاريخ 2020/10/22 وثيقة رقم (2020/28) ص 27، (متاح على الرابط: http://www.cese.ma/media/2020/11/E-book-Etude-covid-VA.pdf)

[234] أنظر موضوع وكالة فرانس برس بشأن **الحجر و العنف المنزلي: منظمة الصحة العالمية تحذر من زيادة المكالمات بنسبة تصل إلى 60٪**، 2020/05/07، متوفر على موقع غرب فرنسا: https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/confinement/confinement-violences-conjugales-l-oms-alerte-sur-une-hausse-des-appels-allant-jusqu-60-6827805، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/06 الساعة 00:06.

– زيادة أعباء المنزل وتبعاته الإقتصادية والصحية بسبب التعلم و العمل عن بعد. [235]، حيث تمثل مناصب عمل النساء 54% من إجمالي المناصب المفقودة. [236]

3- تأثير كوفيد –19 على فئة الشباب

تأثرت فئة الشباب كثيرا بالأزمة الصحية الناجمة عن تفشي جائحة كورونا المستجد، حيث تسبب المرض في بطالة 23٪ من الشباب في الفئة العمرية من 18 إلى 24 سنة، إضافة إلى خفض توقيت العمل و ما يقابله من خفض في الدخل، كما ساهم في حالة التوجس وعدم اليقين لدى فئة الطلبة حول مستقبلهم الدراسي و المهني. [237]

4- فئة المسنين

تقود فئة المسنين قاطرة الفئات المتأثرة بالأزمة الصحية الناتجة عن تفشي فيروس كوفيد-19 وحسب تقديرات منظمة الأمم المتحدة و المنظمة العالمية للصحة فإن الوفيات الناجمة عن الجائحة كان أغلبها من فئة المسنين بالمقارنة مع الفئات الأخرى، بنسبة 95% أعمارهم 60 سنة وأكثر. [238]

5- فئة الأشخاص المتنقلين (اللاجئين، النازحين والمهاجرين)

كان تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي مرض كورونا المستجد شديدا على عديد الأشخاص المرتحلين أو المتنقلين، على غرار المهاجرين غير النظاميين، المهاجرين من العمال غير المستقرين

---

[235] "**الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها**"، المرجع السابق، ص 28، (متاح على الرابط: http://www.cese.ma/media/2020/11/E-book-Etude-covid-VA.pdf)

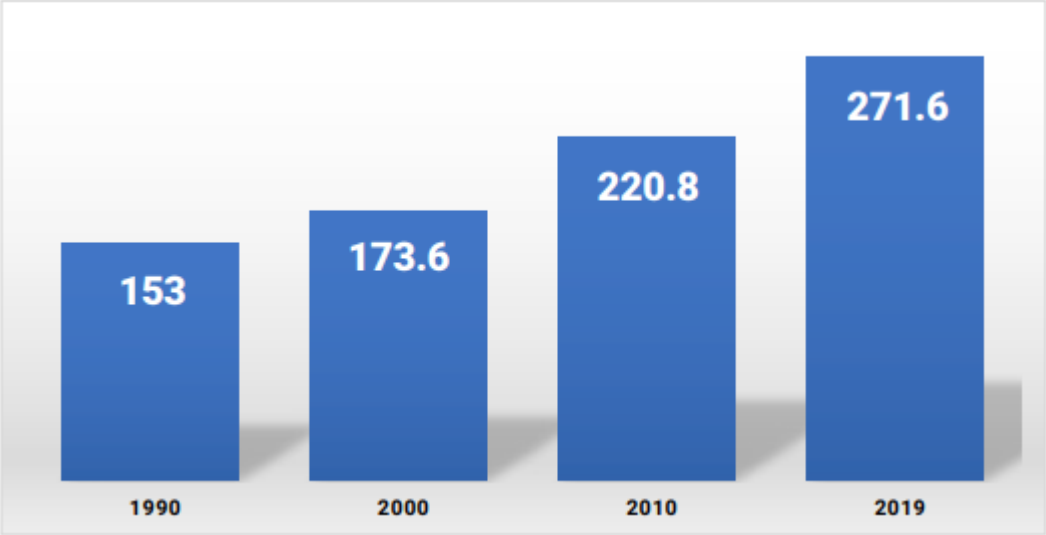
[236] Anu Madgavkar et al, COVID-19 and gender equality: Countering the regressive effects, Finland, McKinsey Global Institute, July 15, 2020, lien: https://www.mckinsey.com/featured-insights/future-of-work/covid-19-and-gender-equality-countering-the-regressive-effects.

[237] أنظر موضوع الأثر الأكاديمي بشأن **COVID-19 والشباب: التعلم والتوظيف**، 2021/07/15، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية: https://www.un.org/ar/139758، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/15 الساعة 23:07.

[238] أنظر موضوع إدارة التواصل العالمي بشأن **كوفيد –19: كبار السن يدفعون ثمنا باهظا، الأمم المتحدة تحذر** في ماي 2020، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية: https://www.un.org/fr/%C3%A9quipe-de-communication-de-la-riposte-de-l%E2%80%99onu-au-covid-19/covid-19-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-paient-un، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/13 الساعة 00:51.

أو العاملين في الإقتصاد غير المنظم، ضحايا المتاجرة بالبشر، النازحين بسبب الحروب و النزاعات والقهر و التضييق والكوارث، سواء بصفة مشردين و نازحين داخل حدود دولهم أو خارجها أو بصفة لاجئين. [239]

الشكل (17): تطور *عدد المهاجرين الدوليين (بالملايين)*



المصدر:

UN, Policy Brief: COVID-19 and People on the Move, 2020, p.05, lien : https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-people-move

يوضح الشكل السابق ارتفاع عدد المهاجرين الدوليين بين سنة 1990 و 2019 (بداية تفشي فيروس كورونا المستجد) بزيادة 118.6 مليون مهاجر دولي، أي إرتفع عددهم بسبة 77.52%.

ويتمظهر تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي مرض كورونا المستجد على فئة المتنقلين أو المرتحلين في:

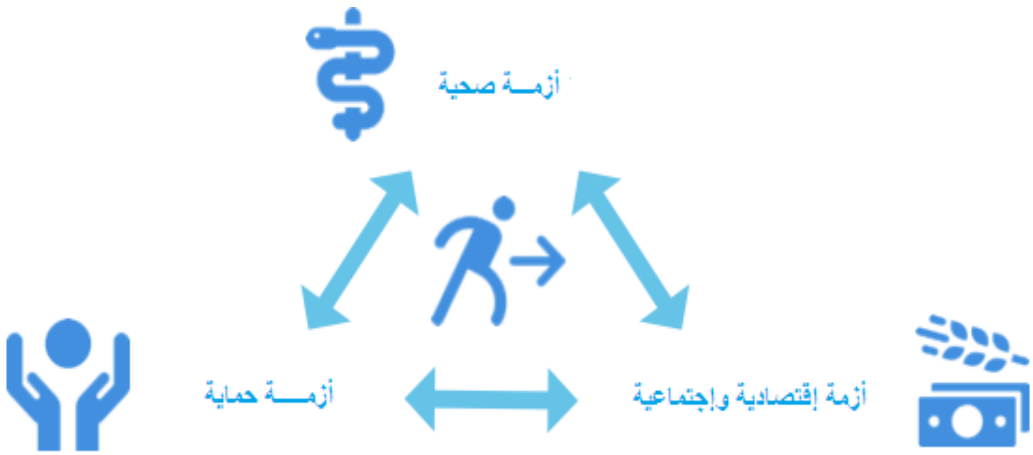
[239] "**موجز سياساتي: مرض كوفيد-19 و الأشخاص المتنقلين**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_brief_c19_people_on_the_move_arabic.pdf)، ص 01.

- **أزمة الصحية:** من خلال مواجهة مرض كورونا المستجد بغية حماية صحتهم بإمكانيات قليلة ومحدودة.

- **أزمة اجتماعية واقتصادية:** من خلال زيادة الهشاشة و البطالة و فقدان سبل العيش ومصادر الدخل. [240]

- **أزمة في مجال الحماية:** تؤثر إجراءات إغلاق الحدود وتقييد التنقلات كتدابير وقاية و حماية من مرض كورونا المستجد على الحقوق في التنقل رغم الحاجة الملحة لذلك. [241]، و يوضح الشكل التالي ما سبق ذكره.

الشكل (18): *الأزمات المؤثرة في فئة المرتحلين من الناس*



المصدر:

UN, Policy Brief: COVID-19 and People on the Move, 2020, p.04, lien: https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-people-move

[240] المرجع نفسه.

[241] المرجع نفسه، ص 02.

و يمكن تلخيص أثار كوفيد-19 كمؤشر صحي على الأبعاد التنموية لفئة المتنقلين في النقاط التالية [242]:

- **التأثير من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية:** يتجلى ذلك من خلال معدلات البطالة المرتفعة وفقدان مصادر الدخل، التأثير على الفئات الهشة (أطفال، نساء، ذوي الاحتياجات الخاصة و كبار السن)، التحويلات المالية المنخفضة.

- **التأثير من الناحية الإنسانية و الصحية:** و يتمظهر ذلك في الوسط المعيشي غير الصحي والمكتظ، صعوبة التمكن من الخدمات الضرورية و الصحية و المساعدات و زيادة معدلات الجوع.

- **التأثيرات المترتبة على الحماية و حقوق الإنسان:** من خلال القيود المفروضة على نتائج طلبات الحماية واللجوء، عمليات التجميع، الترحيل و الإعادة القسرية، عدم التمكن من بلوغ بلدان المقصد والتشرد، الإتجار بالبشر و غيرها.

[242] UN, Policy Brief: COVID-19 and People on the Move, 2020, p.20, lien: https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-people-move

المبحث الثالث: علاقة الصحة بالبعد البيئي والإيكولوجي للتنمية المستدامة.

لا يمكن بأي شكل من الأشكال عزل الصحة عن البيئة، حيث يرتبط المتغيران ببعضهما البعض ارتباطا وثيقا، فصحة الإنسان تعتمد اعتمادا مباشرا على البيئة الصحية و النظيفة و الآمنة في المقابل يؤدي التدهور البيئي إلى تهديدات صحية يمكن أن تسبب مخاطر على صحة الإنسان.

المطلب الأول: تأثير البيئة على الصحة

ترتبط صحة الإنسان بسلامة الهواء الذي يتنفسه و الماء الذي يشربه و الغذاء أو الطعام الذي يتناوله و أي تأثر في هذه العوامل المهمة لحياة الإنسان فإن صحته تتأثر أيضا، فحسب تقديرات عام 2012 للمنظمة العالمية للصحة، فإن الأسباب البيئية أدت إلى 12.6 مليون وفاة في العالم أي بنسبة 23% من إجمالي الوفيات العالمية، [243] و تحدث حوالي 13 مليون وفاة سنويا بسبب المخاطر البيئية، حيث تتسبب هذه الأخيرة أيضا في ربع أعباء المرض في العالم [244]، و أجمعت النتائج العلمية على أن إختلالات البيئة الطبيعية تؤثر تأثيرا كبيرا و بشكل سلبي على أهم محددات الصحة الإنسانية الأساسية، المتمثلة في: **الهواء، الماء و الغذاء.** [245]

تجد الإشارة بأنه تمت معاينة خلط بين استخدام مصطلحي السلامة و الجودة للتعبير عن قيمة عوامل و محددات الحياة الصحية للإنسان (هواء، ماء و غذاء)، فالتمييز بين المصطلحين ينعكس على السياسات العامة في هذا المجال خاصة من حيث مضمونها و نظم الرقابة الأنسب لها لتحقيق الغايات القطرية والعالمية منها، فدلالة مصطلح السلامة تشير إلى كل مصادر الخطر التي قد تجعل من تلك العوامل و المحددات (هواء، ماء و غذاء) مضرة بالحياة الصحية للإنسان، و سلامتها لا تقبل التفاوض، أما مصطلح جودة فيعني باقي المواصفات المساعدة في عملية تقييم العوامل و المحددات المذكورة كالتلوث، التلف، تغيير في الرائحة و اللون و الطعم، الاضطراب و غيرها.

---

[243] أنظر موضوع "**لماذا تعتبر البيئة والصحة والتلوث مهمة؟**"، متوفر على موقع برنامج الأمم المتحدة للبيئة: https://www.unep.org/explore-topics/chemicals-waste/what-we-do/environment-health-and-pollution/why-does-environment، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/25 الساعة 05:25.

[244] "**الصحة و البيئة و تغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 09 أفريل 2018، وثيقة رقم A71/10، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_10-ar.pdf)، ص 01

[245] "**حماية الصحة من تغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، 2008، (متاح على شبكة الانترنت http://www.healthinternetwork.com/world-health-day/toolkit/dyk_whd2008_general_public_ar.pdf)، ص 07.

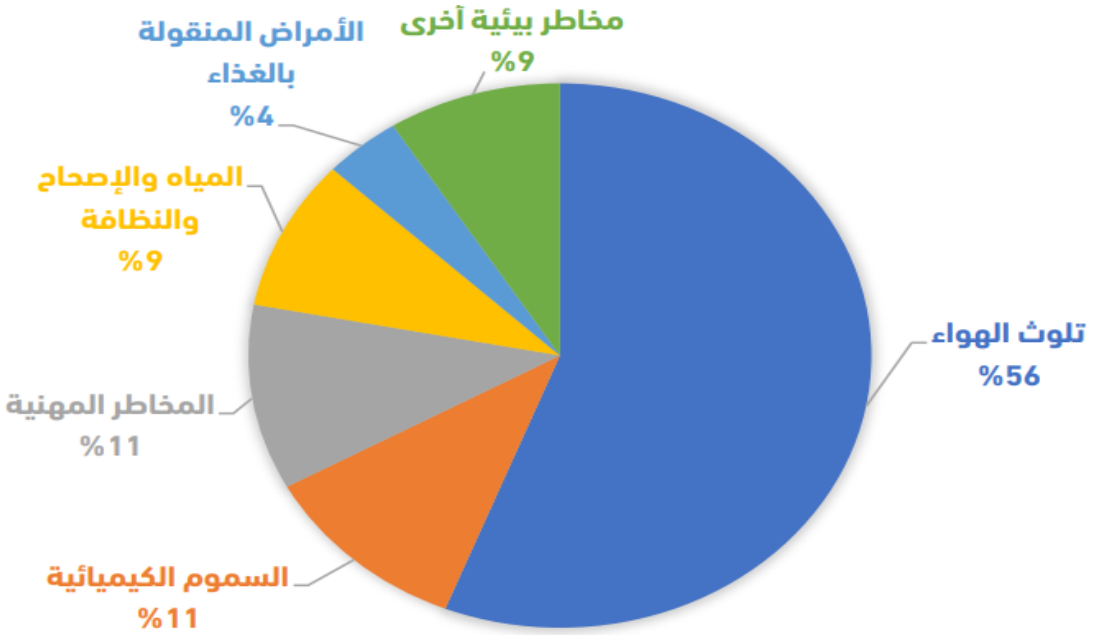
الفرع الأول: أثر سلامة الهواء و المناخ على الصحة

تعتمد أجسام الكائنات الحية خاصة الإنسان على الهواء السليم و المناخ الآمن و المستقر و أي مساس بهما يؤدي إلى أمراض أو مشاكل صحية.

أولا: أثر سلامة الهواء على الصحة

يعتبر تلوث الهواء من أخطر التهديدات الصحية و المتسبب في وفيات تتجاوز الستة (06) ملايين إنسان سنويا (من 01 حالة إلى 08 حالات من مجموع الوفيات)، و المسؤول على نحو ربع وفيات نوبات القلب و حوالي ثلث وفيات سكتات الدماغ، أمراض سرطان الرئة والجهاز التنفسي المزمن، كما أنه من أهم مسببات تغير المناخ و ما يخلفه من تداعيات سلبية خطيرة على كوكب الأرض.[246]

الشكل (19): *الوفيات السنوية الناتجة عن مخاطر البيئة*



المصدر: "تأثير جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة البيئية (جودة الهواء- الطقس والمناخ- السلامة الكيميائية)"، تقرير صادر عن المركز السعودي للوقاية من الأمراض و مكافحتها، بتاريخ 01 ماي 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://covid19.cdc.gov.sa/wp-content/uploads/2020/05/AR_Effect-of-COVID-19-Pandemic-on-Environmental-Health-v2.pdf)، ص 02.

[246] أنظر موضوع "**نبذة عن الهواء**"، متوفر على موقع برنامج الأمم المتحدة للبيئة: https://www.unep.org/ar/about-alhwa، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/25 الساعة 05:25.

يؤكد الشكل السابق بأن تلوث الهواء هو أخطر التهديدات البيئية التي تواجه الصحة العامة للإنسان و المتسبب في أكبر نسبة وفيات سنوية ناتجة عن مخاطر البيئة بنسبة 56% من مجموع المخاطر البيئية الأخرى على غرار الأمراض المنقولة عن طريق الغذاء و الماء و السموم الكيميائية.

في المقابل تشير التقديرات إلى أن خفض التلوث الهوائي يقلل من أعباء المرض بسبب التهاب الجهاز التنفسي و الإعتلالات القلبية والإصابات بسرطان الرئة في العالم، و هذا ما أشارت إليه دراسة الباحث بيرس (Pearce) سنة 1996 بعنوان "التقييم الاقتصادي والأضرار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء في العالم النامي" [247]، حول تقييم أضرار تلوث الهواء بأكسيد النيتروجين، الكبريت الرصاص الأوزون (بمستويات منخفضة) و الجسيمات الدقيقة على صحة الإنسان، حيث خلصت إلى خطورة التلوث الهوائي خاصة بسبب الرصاص و الجسيمات الدقيقة التي يستنشقها الإنسان على الصحة وضررها الكبير صحيا و ماديا.

إضافة إلى العوامل الطبيعة و الجيوفيزيائية، يعتبر الإنتاج البشري للغازات الملوثة و مركبات المواد العضوية و أكاسيد النيتروجين و التجارب النووية و الإشعاعية عبر العالم مدمرا لطبقة الأوزون.

إن تأثر آداء طبقة الأوزون في تصفية الضوء الشمسي من الأشعة فوق البنفسجية عالية الطاقة المضرة بصحة الكائنات الحية خاصة الإنسان يؤدي إلى إرتفاع أمراض تلف الحمض النووي، سرطان الجلد، أمراض المناعة و ضعف التصدي للأمراض المعدية و مختلف الأورام، تسمم الدم، أمراض الجهاز التنفسي و القلب، الشيخوخة المبكرة و تعكر مياه العينين و الإرهاق العصبي [248]

و أفادت معظم الدراسات التي تتعلق بأثر تلوث الهواء على الصحة بأن خفض التلوث الهوائي يساهم في تجنب عديد الأمراض و الوفيات و تذليل الخسار المالية.

ثانيا: أثر تغير المناخ على الصحة

للمناخ و الطقس علاقة تأثير مع موسمية الأمراض و أعداد المرضى و الوفيات و المواليد و ما لذلك من إنعكاس و تأثير على موسمية إستخدام الموارد المخصصة للخدمات الصحية، وعرف تأثير المناخ على الصحة منذ القديم حيث أكد أبقراط في أحد فصول كتبه المعنون بـ "الهواء، الماء

[247] Kyriaki Remoundou and Phoebe Koundouri, "Environmental Effects on Public Health: An Economic Perspective", Int J Environ Res Public Health, 6(8), 2009 Jul 31, p.p 2165-2167

[248] امال فكيري و عائشة طيب، **تأثير المخاطر البيئية على الصحة العامة في الدول النامية**، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية و السياسية، جامعة محمد بوضياف مسيلة، العدد 01 (المجلد 06)، جوان 2021، ص 1868.

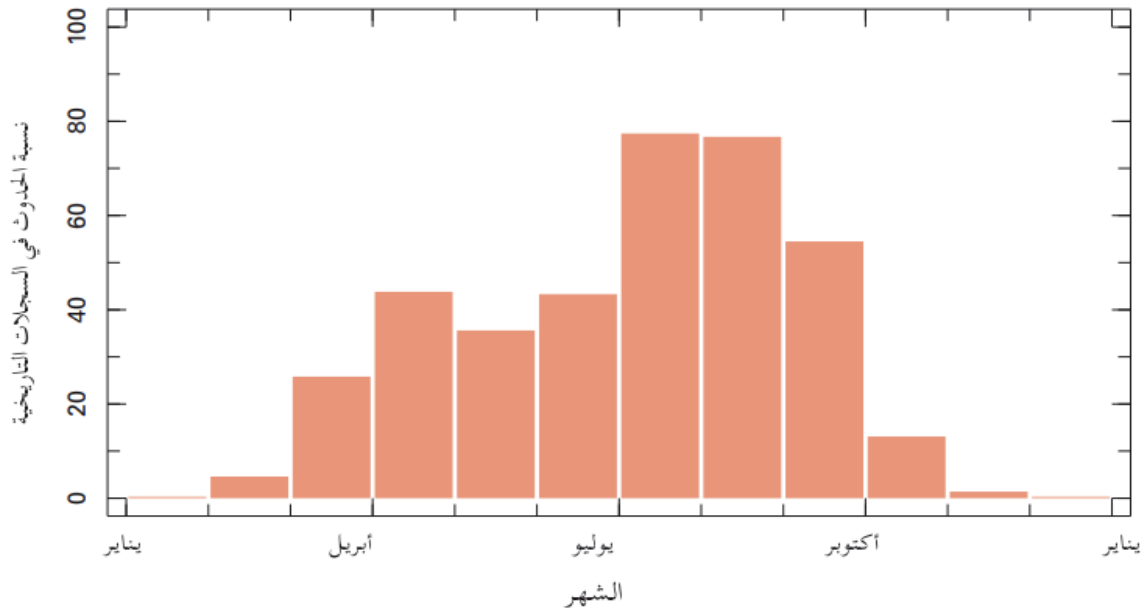
الأماكن" تأثر صحة الإنسان بفصول السنة و أن ممارس الطب تستوجب دراسة الفصول و أمراضها نوع الرياح و إتجاهاتها في المدينة. [249]

و ما يشهده العالم في السنوات الأخيرة من تغير مستمر في المناخ له إنعكاسات سلبية مهددة للبيئة و خطيرة على صحة الإنسان و حياته، من خلال زيادة موسم الأمراض الناشطة في الأجواء و البيئات الدافئة، فبإرتفاع درجة حرارة الجو في الأرض يزداد عدد الكائنات و الحشرات الناقلة للعدوى والأمراض كانت في السابق تموت بفعل برودة الشتاء، من بين تلك الأمراض الملاريا الذي تنقله حشرة البعوض الناقل للعدوي. [250]

تعددت الدراسات المؤكدة لعلاقة المناخ بصحة الإنسان، من أهمها:

- دراسة Dutta سنة 1978 حول ايكولوجية مرض الملاريا، أكدت على علاقة الظروف المناخية بالدورة حياتية لحشرة البعوض الناقلة للأمراض.

الشكل (20): *نسبة حدوث الأوضاع المناخية الملائمة لنقل الملاريا*



المصدر: "الصحة و المناخ"، مطبوع مشترك لمنظمة الصحة العالمية و المنظمة العالمية للأرصاد الجوية للأمم المتحدة، 2012، ص 11.

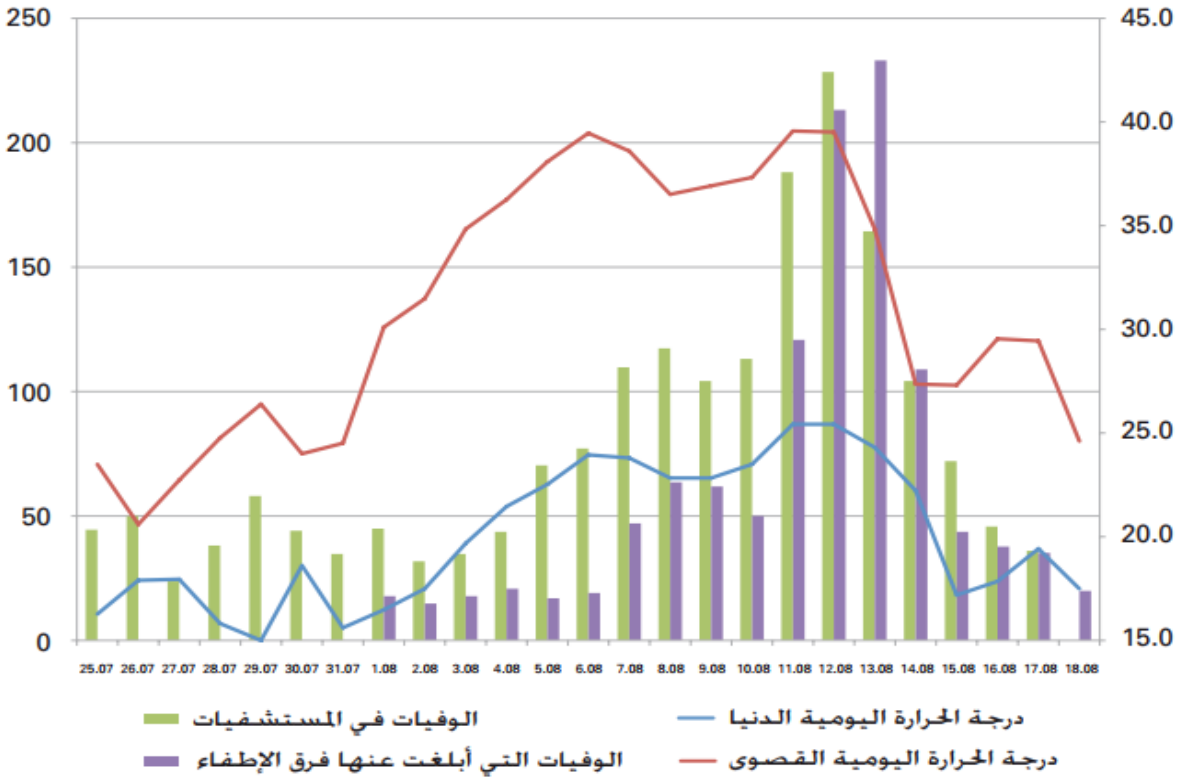
[249] خلف الله حسن محمد اللبان، **الصحة و البيئة في التخطيط الطبي**، المنيا، دار المعرفة الجامعية، 1999، ص 18.

[250] امال فكيري و عائشة طيب، المرجع السابق، ص 1867.

يشير الشكل الأخير إلى أن نسبة حدوث الأوضاع المناخية الملائمة لنقل الملاريا تكون من شهر أفريل إلى غاية شهر أكتوبر، و تعرف ذروتها خلال شهري أوت و سبتمبر و على العموم في المناطق التي تعرف فترات ارتفاع درجات الحرارة خلال فصل الصيف بالخصوص، إضافة إلى متغيرات مناخية أخرى كالرطوبة و الأمطار المساعدة على تكاثر، بقاء و انتشار حشرة البعوض الناقل للمرض.

و يوضح الشكل التالي العلاقة بين الدرجات اليومية القصوى و الدنيا للحرارة في باريس صيف سنة 2003 و أعداد الوفيات، حيث يؤكد هذه العلاقة من خلال زيادة عدد الوفيات في فترات إرتفاع درجات الحرارة الدنيا القصوى.

الشكل (21): *علاقة الدرجات اليومية للحرارة بأعداد الوفيات (باريس صيف سنة 2003)*



المصدر: "**الصحة و المناخ**"، مطبوع مشترك لمنظمة الصحة العالمية و المنظمة العالمية للأرصاد الجوية للأمم المتحدة، 2012، ص 41.

يؤكد الشكل الأخير بأنه كلما ارتفعت درجات الحرارة في باريس سنة 2003 عن 15° مئوية (دنيا) كانت هناك زيادة في أعداد الوفيات سواء في المستشفيات أو التي أبلغت عنها فرق الإطفاء

لتصل ذروتها عند درجة الحرارة القريبة من 40° مئوية (قصوى)، و في ذلك تأكيد على علاقة درجات حرارة الجو بصحة الإنسان و أعداد الوفيات.

بينما في المناطق الباردة توصلت دراسة An سنة 1980 حول إختلاف نسب الوفيات بين فصول السنة في دولة كندا إلى أن شهر جانفي من فصل الشتاء يعرف تزايدا في عدد الوفيات تصل إلى 11 وفاة في الألف بالمقارنة مع فصل الصيف حيث يسجل شهر أوت أقل معدل وفيات بـ 06 في الألف.

– دراسة Owe بعنوان "الاختلافات العالمية في معدلات الإصابة والوفيات بالسرطان"، تناولت إرتباط إختلاف البيئات الجغرافية و تأثير عواملها في العالم بأنواع معينة من أمراض السرطان.

– دراسة Antie سنة 1987 حول إرتباط إختلاف الفصول بموسمية المواليد و أوزانهم، حيث أثبتت الدراسة العلاقة بين عنصر الأمطار في المناخ و الطقس التنزاني و معدل الولادات ووزن المواليد.

– دراسة Aulicies وBarnes سنة 1987 بعنوان "الطقس الصافي في مناطق البيئة شبه المدارية والموت المفاجئ للأطفال" التي ربطت بين وفيات الرضع خاصة المواليد الجدد أقل من يوم إلى 28 يوم، أثبتت العلاقة بين موت الأطفال الأقل من عمر شهر المفاجئ و برودة فصل الشتاء القاسية و بين درجة الحرارة، بخار الماء، درجة الرؤية وسرعة الرياح وفيات الرضع.

– دراسة Bentham سنة 1992 بعنوان "تغير البيئة العالمية و الصحة" حول أثر تغيرات المناخ العالمي على الصحة و التنمية، أشار فيها إلى العلاقة بين أشعة الشمس و سرطان الجلد، حيث تم إثبات الزيادة المستمرة في الوفيات الناجمة عن هذا النمط من الأورام في الفترة بين 1958 و 1989 في ويلز و إنجلترا، وأن كبار السن و الرضع هم أكثر الشارح المجتمعية تأثر بتغيرات المناخ. [251]

من خلال الدراسات السابقة، تم التأكيد على علاقة صحة الإنسان، الأمراض، الوفيات والمواليد بالمناخ و عناصره المختلفة.

إضافة إلى خسارة التنوع البيولوجي يؤثر المناخ على الصحة العامة للإنسان من خلال تغيرات في أساليب تنقل الأمراض المعدية عن طريق الغذاء و المياه أو ذات المصدر الحيواني لأسباب عديدة أهمها الارتفاع المتواتر في درجات الحرارة، حدة الجفاف و الأعاصير الشديدة التي كانت سببا في

[251] خلف الله حسن محمد اللبان، المرجع السابق، ص.ص 18-22.

حوالي 90% من أصل 1000 كارثة الأكثر سوء منذ عام 1990 [252]، و رغم المساعي الكثيفة لتذليل الأخطار البيئية على صحة الإنسان إلا أن بعض المخاطر الكلاسيكية مثل الإصحاح السيئ و المياه الشروب غير الآمنة لا تزال مصدر تهديد حقيقي، زيادة على قضايا البيئة و المناخ والصحة الناشئة حديثا على غرار النفايات الإلكترونية الأسرع تزايدا حيث خلف العالم حوالي 42 مليون طن متري منها عام 2014 [253]، وبعض اللدائن الدقيقة و الجسيمات النانوية المسببة لعديد الأمراض مثل خلل في آداء الغدد الصماء. [254]

[252] United Nations, "Water and Disaster Risk: A contribution by the United Nations to the consultation leading to the Third UN World Conference on Disaster Risk Reduction"2014, p. 02, lien: https://www.preventionweb.net/files/38763_water.pdf

[253] Baldé, C.P. and others, The global e-waste monitor – 2014, United Nations University, IAS-SCYCLE, Bonn, Germany, WHO, 2015, p. 38, lien: https://i.unu.edu/media/ias.unu.edu-en/news/7916/Global-E-waste-Monitor-2014-small.pdf

[254] "**الصحة والبيئة وتغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2019/04/18، وثيقة رقم (A72/15)، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_15-ar.pdf) ص.ص 02-03.

الفرع الثاني: أثر سلامة المياه على الصحة

رغم ما تغطيه المياه من كوكب الأرض و المقدرة بـ 70% من مساحته الإجمالية، و ما توفره من أكسجين و عوائد إقتصادية و إجتماعية، إلا أنها تشكل ما نسبته 01% من مصادر العالم من المياه العذبة التي يمكن الوصول إليها بسهولة في البحيرات وخزانات المياه الباطنية و الأنهار، و أهم ما يؤثر سلبا على هذه المصادر [255]:

– تعطيل الدورة الطبيعية للمياه بسبب زيادة نشاط الإنسان و التغيرات في المناخ و ما يفرزه من ضغوط على النظام الإيكولوجي للمياه العذبة.

– النمو الديمغرافي أو الزيادة المستمرة في عدد سكان العالم و ما يقابله من زيادة الطلب العالمي على المياه (شرب، صرف صحي، إنتاج زراعي و طاقوي).

– تداعيات إستخراج الموارد و التلوث و أنشطة ترقية البنى التحتية.

إضافة إلى كمية النفايات البلاستيكية في المحيطات التي تقدر بـ ثمانية (08) مليون طن سنويا عبر العالم، الضرر الذي تتعرض له النظم الإيكولوجية و الشعب المرجانية بسبب التغيرات المناخية وكذا تصريف حوالي 80% من مياه العالم غير المعالجة للصرف الصحي. [256]

يزيد مؤشر الخطر على صحة الإنسان بسبب إستعمال المياه غير الآمنة (للشرب أو الاستحمام)، و التي يعد أخطرها المياه الجوفية الملوثة بالصرف الصحي أو إرتفاع المغذيات في المياه بسبب الجريان الزراعي في البحار و السواحل، حيث و حسب إحصاءات منسوبة للمفوضية الأوروبية، فإن تهديد التلوث يشمل 20٪ من الحجم الكلي للمياه السطحية الأوربية، حيث أنه في دراسة للباحثين موراتو (Murato S) و ماتشاتو (Machato FS) عام 2002 بعنوان "تقييم فوائد تحسين نوعية مياه البحر: إلى أي مدى يحد من مخاطر الصحة؟"، حول خطر الإستحمام في المياه البحرية الملوثة على صحة الإنسان دراسة حالة بساحل إستوريل البرتغالي، أشارت النتائج إلى المكاسب الإجتماعية و الإقتصادية المترتبة عن خفض الخطر الصحي في تحسين نوعية المياه

[255] أنظر موضوع "**نبذة عن المياه**"، متوفر على موقع برنامج الأمم المتحدة للبيئة: https://www.unep.org/ar/explore-topics/water/about-almyah#overview، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/29 الساعة 19:23.

[256] أنظر موضوع "**لماذا المحيطات والبحار مهمة؟**"، متوفر على موقع برنامج الأمم المتحدة للبيئة: https://www.unep.org/explore-topics/oceans-seas/why-do-oceans-and-seas-matter، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/29 الساعة 19:31.

ونفقات الوقاية من الأمراض كإلتهابات الأمعاء و المعدة، و أكدته دراسة للباحثين فينتن (Vinten AJA)، موران (Moran D) و جونسون (Johnson EK)، عام 2008، بعنوان "تقييم المكاسب الصحية لتحسين جودة مياه الاستحمام في مستجمع نهر إيرفين"، حول فوائد جودة مياه الاستحمام على صحة الإنسان في اسكتلند، من خلال دراسة علاقة مدى احتمال الإصابة بالتهاب الأمعاء والمعدة بتركيز المعوية البرازية في مياه الاستحمام، أين تم التوصل إلى أن تقليل مخاطر المرض الناتج عن السباحة في المياه يحقق مكاسب لصحة الإنسان إضافة إلى عوائد مالية سنوية تصل إلى 348 ألف يورو في إنجلترا، كما أشارت دراسات أخرى حول تقدير الأعباء الصحية للمرض الناجم عن الإتصال بالمياه الملوثة للسواحل إلى أن حوالي ثلاثة ملايين إصابة بالمرض والإعاقة في السنة سببها تلوث مياه البحر بالصرف الصحي غير المعالج إضافة إلى 11.16 مليار يورو سنويا تكلفة الخسائر الإقتصادية. [257]

أما في الدول النامية، و حسب دراسة للباحث داسغوبتا (Dasgupta P) عام 2004 بعنوان "تقييم ضرر تلوث مياه المناطق الحضرية على الصحة في دلهي"، أثبتت ضرر تلوث مياه الشرب على صحة الإنسان من خلال إجمالي تكلفة الإصابة بمرض الإسهال و التكاليف الإجمالية السنوية للرعاية الصحية المقدرة بـ 2,821,587 يورو في المناطق الحضرية للهند، أما دراسة الباحث ماديسون (Maddison D) و أخرون عام 2005 بعنوان "تقييم أثر التلوث الكيميائي للمياه الجوفية بعنصر الزرنيخ في بنغلاديش"، أكدت أيضا على ضرر تلوث مياه الشرب على صحة الإنسان من خلال إجمالي تكلفة الإستعداد لتفادي حالات وفيات السرطان الناجمة عن إستهلاك المياه الجوفية الملوثة بعنصر الزرنيخ في دولة بنغلادش المقدرة بـ 2.7 مليار دولار في العام. [258]

فتدهور البيئة من شأنه التأثير على تلوث المياه الباطنية و التربة (مواد كيماوية أو صرف صحي)، إذ يعتبر التلوث المائي من بين أسباب تلوث الغذاء المسؤولين عن أكثر من 1.7 مليون وفاة بشرية سنويا بسبب الأمراض الناتجة عن شرب المياه الملوثة أو تناول الأطعمة المسقية بها (إسهال كوليرا و جهاز هضمي، التيفوئيد، فشل كلوي، سرطان المثانة و الدم). [259]

[257] Kyriaki Remoundou and Phoebe KoundouriOp.cit, p.p 2167-2168.
[258] Ibid, p 2168.
[259] امال فكيري و عائشة طيب، المرجع السابق، ص 1868.

الفرع الثالث: أثر سلامة الغذاء على الصحة

يكون الغذاء سليما إذا لم يتسبب بأضرار أو آثار سلبية على الحالة الصحية للإنسان في مرحلة استهلاكه، لذا يعتبر الغذاء السليم من أهم القضايا الأساسية في الصحة العمومية العالمية، في المقابل يكون الغذاء غير السليم أو غير المأمون سببا في عديد الأمراض أهمها [260]:

– الاضطرابات المعوية المسببة لآلام البطن، القيء، الغثيان و الإسهال.

– التسممات الغذائية الناتجة عن الأطعمة الملوثة بالفيروسات أو البكتيريا أو الطفيليات.

– الأمراض المنقولة عن طريق الغذاء من إنسان إلى آخر، و عديد الأمراض كإلتهاب الرئتين و السحايا والسرطانات.

و تصنف الأغذية في خانة الملوثة إذا امتزجت بكائنات أو أشياء تجعلها غير صالحة للاستهلاك البشري (جراثيم، كيماويات أو مواد مشعة) تسبب تسممات غذائية و أمراض حادة لمستهلكيها، ويتلوث الغذاء عن طريق الملوثات الطبيعية المتواجدة في الغذاء، كائنات حية ميكروبية و إفرازاتها (بكتيريا، فيروسات، فطريات وطفيليات)، إضافة إلى ملوثات كيماوية و إشعاعية.

و تشكل الأمراض المنقولة عن طريق الغذاء خطرا على الصحة العامة لشريحة كبيرة من البشر عبر العالم سواء بسبب سموم فطرية بيولوجية، مخلوقات ميكروبية أو ملوثات كيميائية، كما تشكل عبئا على نظم الرعاية الصحية و على الإنتاجية و المكاسب الاقتصادية، و يمكن فهم علاقة الغذاء بالصحة من خلال تشخيص المخاطر التي يمكن أن يشكلها الغذاء على صحة الإنسان أو ما يصطلح عليه بمصادر الخطر الغذائي التالية:

أولا: مصادر أخطار الغذاء الميكروبيولوجية

تشمل أخطار الغذاء الميكروبية للغذاء السموم أو عوامل العدوى الناتجة عن الكائنات الدقيقة الحية بعد تناول الغذاء [261]، وازداد الوعي بذلك مع بداية القرن 20 م بعد تأكيد خطر الإصابة بالسلمونيلا Salmonella و نقل السل بسبب اللبن غير المبستر، إذ تبقى الأمراض المنقولة بالغذاء

---

[260] عبد القادر سامي، **سلامة الغذاء فى الضيافه**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر، 2023، ص.ص 10-13.

[261] **"تقييم المخاطر الميكروبيولوجية على الأغذية"**، مصنف مشترك لمنظمة الأغذية و الزراعة و منظمة الصحة العالمية للأمم المتحدة، 2021، وثيقة رقم (CB5037AR/1/07.21)، (متاح على الرابط: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/f611be73-d448-46ab-b1f9-51c664480b7f/content)، ص 01.

– إضافة إلى تبعاتها الاقتصادية – من بين أسباب زيادة الأمراض في العالم، إضافة إلى التزايد المستمر في أعداد و أنواع الكائنات الميكروبية المسببة لتلك الأمراض المسببة لعديد الوفيات التي يمكن تفاديها رغم التطور الكبير في علوم الأغذية و تكنولوجياته.

أكدت دراسات أجريت في ألمانيا، الولايات المتحدة، الهند و أستراليا حول الأمراض المنقولة بالغذاء أن هذه الأخيرة تكون سببا محتملا في إصابة سنوية لما يقارب 30% من ساكنة الدول المصنعة، و حسب تقديرات سنة 1998 أدت أمراض الإسهال إلى وفاة حوالي 2.2 مليون إنسان من بينهم 1.8 طفل، إضافة إلى تكاليف اقتصادية كبيرة بسبب الأمراض الناتجة عن الكائنات الممرضة التكاليف الطبية و الوفيات بسبب الإصابات الناتجة عن الغذاء غير السليم و حالات التسمم الغذائي كما أن مؤشر ثقة المواطن من سلامة الغذاء آيل للإنحدار المستمر بسبب نقص حالة اليقين من الرعاية الصحية الناتج عن تفشي بعض الأمراض أهمها الإشريكية القولونية (E. coli) و السالمونيلا التي تشكل أخطار على سلامة الغذاء و نظمه المختلفة (الزراعة، التجهيز و التسويق)، فعلى سبيل المثال تعتبر السالمونيلا من أهم مصادر التسمم الغذائي بسبب نطاق الإنتشار الواسع و القدرة على مقاومة المضادات الحيوية، حيث يكون ثلث المصابين بها في حاجة إلى المكوث بالمشافي و تشكل نسبة الوفيات بها 3%. [262]

ثانيا: مصادر أخطار الغذاء الكيميائية

تعتبر مصادر الخطر الكيميائية للغذاء سواء الناتجة عن سوء استخدام المبيدات في مرحلة إنتاج مختلف الأغذية أو تخزينها أو بسبب امتزاجها بمواد ملوثة كالمعادن الثقيلة من خلال المياه أو التربة أو غيرها من الملوثات البيئية كثنائي الفينيل متعدد الكلور من بين أهم أسباب الأمراض المزمنة المنقولة عن طريق الغذاء التي قد يظهر تأثيرها بعد مدة من استهلاكه، ومن أمثلة ما يشكل قلقا دوليا على سلامة الغذاء انتشار مواد نووية نشطة، تلوث الأعلاف ذات المصدر الحيواني بالديوكسينات مخلفات العقاقير البيطرية، الاستخدام السيئ أو غير القانوني لمضافات الأغذية و احتواء أغذية الأطفال الرضع على حمض الفثاليك، هذه أمثلة عن الأغذية المنتجة في البر أما أهم الأمثلة عن مصادر الخطر الكيميائي على الأغذية المنتجة في المياه الطحالب السامة المنتجة

[262] " أنظر موضوع "**ضمان سلامة الأغذية وجودتها**"، متوفر على موقع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: https://www.fao.org/3/y8705a/y8705a02.htm#add3، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/17 الساعة 21:57.

للتوكسينات التي تؤدي إلى نفوق كائنات مائية مثل الأسماك، استخدام المواد الكيماوية في تربية أو تنمية الأحياء المائية سواء الحيوانية منها أو النباتية المزارع المائية، إضافة إلى ملوثات كيميائية أخرى بيولوجية المصدر مثل الميكوتوكسينات (سموم فطرية) السامة أهمها الأفلاتوكسين الذي يمكن أن يلوث محاصيل بعض المكسرات كالجوز و الفول السوداني و الفستق، الذرة، حيث أثبتت الدراسات علاقة استهلاك الأفلاتوكسين بسبب تلويثه لغذاء الإنسان أو لعلف الحيوانات بالإصابة بمرض سرطان الكبد الأولي.

إضافة إلى مصادر الأخطار الميكروبيولوجية و الكيميائية للغذاء على صحة المستهلك و أمواله يتعرض هذا الأخير أيضا لمخاطر تتعلق بالغش المتعمد في الأغذية، التحوير أو الهندسة الوراثية للغذاء باستخدام التكنولوجيا الحيوية الحديثة بعيدا عن العملية الطبيعية و مخاطرها على سلامة الغذاء و قيمته الغذائية و تأثيراته على البيئة و كذا تحديات و مخاطر زيادة النمو الديمغرافي و توسع المدن على سلامة النظم الغذائية و التأثير على أساليب إنتاج الغذاء و تسويقه الذي من شأنه أن يطيل في السلسلة الغذائية و زيادة خطر تنقل الأمراض عن طريق الأغذية.

إضافة إلى ما سبق، فإن أنماط إنتاج الغذاء و توزيعه عبر العالم تغيرت بسبب عولمة تجارة الغذاء و كذا علاقة التكامل التي تميز عملية صناعة مختلف الأغذية، حيث أن ارتفاع مؤشر انتشار العلف و الغذاء في مناطق شاسعة من العالم يساهم بشكل كبير في ملائمة ظروف انتشار الأمراض المنقولة بالغذاء، ففي إحدى الأزمات التي حصلت فيها أزيد من 1500 مزرعة أوربية على أعلاف ملوثة بالمادة الكيماوية ديوكسين (Dioxin)، انتشر الغذاء المشتق من الحيوانات التي تغذت على هذه الأعلاف عبر دول العالم خلال أسبوعين فقط مسببا عديد الأمراض ناهيك عن الآثار الإقتصادية والنفسية على المستهلكين. [263]

و حسب منظمة الصحة العالمية فإنه من بين أهم المشاكل المتنامية التي تتعرض لها الصحة العمومية تتشكل من الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية و المخاطر المهددة لسلامة الغذاء، حيث يودي الإسهال المتنقل عن طريق المياه و الأغذية بحوالي 2.2 مليون إنسان منهم 1.9 طفل، كما أن الغذاء يتسبب في نقل عديد الأمراض السارية خاصة المستجدة التي يكون منشؤها حيواني، و عدة أمراض خاصة السرطانية التي كون مصدرها إمدادات الغذاء الملوث بمواد كيماوية وذيفانية، إضافة

[263] المرجع نفسه.

إلى التغير المناخي الذي يرفع من نسبة الإصابات بالأمراض المنقولة عن طريق الغذاء، فعلى سبيل المثال تساعد درجات الحرارة المرتفعة في نمو و إنتشار تلوث المياه و الأغذية بالكائنات المجهرية وما تسببه من أمراض على المستهلك. [264]

إضافة إلى محددات صحة الإنسان و عوامل حياته التي سبق ذكرها، المتمثلة أساسا في الهواء الذي يتنفسه، الماء الذي يشربه و الغذاء أو الطعام الذي يتناوله، يضيف تقرير برنامج الأمم المتحدة للبيئة المعنون بـ: "بيئة صحية، شعب صحي" [265] عامل النظم الإيكولوجية التي تساعد الإنسان على الإستدامة و البقاء، حيث أن تدهور المحددات و العوامل المذكورة مجتمعة يمثل تدهور البيئة المتسبب في ربع عبء المرض في العالم.

فالنظم الإيكولوجية (مصادر الغطاء النباتي و المياه) توفر للإنسان جودة الهواء، الغذاء و الماء و تحسن صحته النفسية و العقلية و تقيه من كوارث الطبيعة (انجراف التربة و انهيار الأرض).

فالمحافظة على النظم الإيكولوجية يساهم في حماية صحة الإنسان و وقايته من الأمراض، فعدة أمراض بشرية مصدرها حيواني من أهم أسبابها تغير مواطن الحيوانات الناتج عن اضطراب النظم الإيكولوجية (نقل الأمراض و مستودعاتها) مثل: حمى الوادي المتصدع، إيبولا، أنفلونزا الطيور وكورونا، كما أنه من شأن أي ضغط يمارس على النظم الإيكولوجية أن يؤثرا سلبا على صحة الإنسان على المدي القريب أو البعيد، من أمثلة ذلك التأثير على النظام الايكولوجي البحري بسبب عدم تحلل جزيئات البلاستيك المجهرية في أعماق البحار نتيجة عدم وصول أشعة الشمس إليها، و تلوث المياه البحرية و العذبة نتيجة اختلاطها بمغذيات المياه المستعملة. [266]

و يلخص الجدول التالي أهم العوامل البيئية المسببة لأكبر الأعباء الصحية من أمراض إصابات و إعاقات و وفيات.

---

[264] "**السلامة الغذائية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2010/03/25، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_11-ar.pdf)، وثيقة رقم (A63/11) ص.ص 01-02.

[265] أنظر موضوع "**بيئة صحية، شعب صحي**"، متوفر على موقع برنامج الأمم المتحدة للبيئة: https://translate.google.com/?sl=en&tl=ar&text=Healthy%20Environment%2C%20Healthy%20People%0A&op=translate، أطلع عليه بتاريخ: 2023/10/21 الساعة 11:45.

[266] امال فكيري و عائشة طيب، المرجع السابق، ص 1870.

الجدول (6): *أهم العوامل البيئية المسببة لأكبر أعباء صحية (أمراض، إعاقة و وفيات) عام 2012*

إصابة أو المرض	سنوات الحياةالمعدّلة حسب الإعاقة	نسبة عبء المرض	أهم المخاطر البيئية
الإسهال	57 مليونا	%57	تدني جودة المياه و منشآت الصرف الصحي.
الربو	11 مليونا	%44	التلوث الهوائي، دخان التبغ الرطوبة و الفطريات.
الملاريا	23 مليونا	%42	سوء الموارد المائية، النفايات وتزايد نواقل الأمراض.
التهابات الجهاز التنفسي السفلي	51 مليونا	%35	التلوث الهوائي.
الانسداد الرئوي المزمن	32 مليونا	%35	التلوث الهوائي، الغبار و الطهي بالوقود الملوث.
أمراض الأوعية الدموية و القلب	119 مليونا	%30	التلوث الهوائي، التبغ و الرصاص.
السرطان	49 مليونا	%20	التلوث الهوائي، المواد الكيميائية و المشعة.
ظروف السابقة للولادة	26 مليونا	%11	التلوث الهوائي، دخان التبغ، المواد الكيميائية و المبيدات، مياه الشرب غير المأمونة و نقص خدمات الصرف الصحي الذي تتعرض له الأمهات.

المصدر:

Annette Prüss-Üstün and others, Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks, WHO, 2016, p. xiv

أكد الجدول السابق الصلة الواضحة بين الصحة و جودة البيئة و علاقة السبب و النتيجة بينهما، حيث توجد بعض الأمراض التي كانت سببا في أكبر الأعباء الصحية السنوية على غرار عدد سنوات العمر الضائعة و نسب أعباء المرض (أمراض، إعاقات و وفيات) الناتجة عن أهم عوامل الخطر البيئية، فعلى سبيل المثال، نسبة 57% من إجمالي حالات عدد سنوات العمر الضائعة التي بلغت 57 مليونا الناتجة عن الإصابة بمرض الإسهال كانت بسبب تدني جودة النظافة الشخصية الصحية، المياه و منشآت الصرف الصحي، حيث يشكل التلوث الهوائي سببا من مجموع أسباب 06 أمراض و إصابات من أصل 08.

المطلب الثاني: تأثير مخلفات الرعاية الصحية على البيئة

رغم أن الناس الأصحاء يمكنهم أن يستهلكوا موارد طبيعية (مياه، غذاء و طاقة) بكميات أقل و باختيار مستدام و بالتالي إنتاج أقل قدر من النفايات و إمكانية التخلص منها بفاعلية (إعادة تدوير و استخدام) إلا أن السلوكيات غير الصحية للإنسان كالسلوك الاستهلاكي غير المتوازن لموارد الطبيعة، الطعام غير الصحي، عدم معالجة الصرف الصحي، التدخين و عدم ممارسة الرياضة و غيرها تعد عاملا فاعلا في منظومة المخاطر و المؤثرات السلبية على البيئة، و من أبرز المؤثرات السلبية المرتبطة بالصحة على البيئة النفايات الطبية أو نفايات الرعاية الصحية أو مخلفات الرعاية الصحية.

الفرع الأول: مخلفات الرعاية الصحية الخطرة

تشير النفايات الطبية أو مخلفات الرعاية الصحية أو نفايات الرعاية الصحية إلى جميع مخلفات الممارسات الطبية أو النشاطات المتصلة بها في منشآت رعاية الصحة (رعاية منزلية صحية و دور المسنين، عيادة طبية أو جراحية، مستوصف، مستشفى، بنك دم و مخبر طبي، مختبرات، صيدلية مشارح)، حيث أن مصدر حوالي 80% من هذه المخلفات أو النفايات يعزو إلى خدمات الصحة العامة التي لا تمثل خطرا محددا على البيئة و الصحة البشرية، بينما يشكل 20% من مخلفات أو نفايات التطعيم و تشخيص الإصابات والأمراض و علاجها خطرا حقيقا إذا لم تدار بالأسلوب الآمن [267]، و من أهم النفايات الطبية أو مخلفات الرعاية الصحية أو نفايات الرعاية الصحية الخطرة نذكر[268]:

– مواد كيميائية: مطهرات، مذيبات، بطريات و كذا فلزات ثقيلة متواجدة في أجهزة طبية تالفة كالزئبق المتواجد بجهاز قياس درجة حرارة الجسم و غيرها.

– أشياء حادة: حقن، إبر، شفرات و غيرها من الأجسام الطبية الحادة التي تستخدم لمرة واحدة فقط.

– مستحضرات أو منتجات دوائية و صيدلانية: منتهية الصلاحية أو ملوثة.

---

[267] "**الآثار الضارة لنقل و إلقاء المنتجات و النفايات السمية و الخطرة على التمتع بحقوق الإنسان**"، تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة، بتاريخ 2011/07/04، وثيقة رقم (A/HRC/18/31) ص 05، (متاح على الرابط: https://docs.un.org/ar/A/HRC/18/31).

[268] أنظر موضوع "**مخلفات الرعاية الصحية**"، متوفر بموقع منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste، بتاريخ: 2028/02/08، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/25 الساعة 23:32.

– مخلفات تنقل العدوى: أهمها البقايا الملوثة بسوائل الجسم بعد أخذ العينات، بقايا أنشطة المختبرات و المشارح، بقايا المرضى و المعدات الطبية المستعملة غير القابلة للاستعمال مرة ثانية.

– بقايا سامة للخلايا و الجينات: بقايا العلاج السامة للخلايا غالبا ما تكون تلك المستخدمة في جلسات علاج مرض السرطان.

– بقايا مشعة: و هي منتجات ملوثة بنظائر مشعة سواء استخدمت في مرحلة التشخيص أو العلاج.

– بقايا باثولوجية: أجنة و بقايا بشرية أو أنسجة، سوائل الجسم، بقايا الجسم من العمليات الجراحية بقايا كائنات حية أخرى استخدمت في تجارب طبية.

الفرع الثاني: تأثيرات مخلفات الرعاية الصحية الخطرة على البيئة

ينتج يوميا كل سرير علاج في الدول ذات الدخل المرتفع ما يعادل نصف كيلوغرام من النفايات الطبية أو مخلفات الرعاية الصحية أو نفايات الرعاية الصحية الخطرة يقابله إنتاج 0.2 كيلوغرام في الدول ذات الدخل المنخفض، و قد تكون هذه المخلفات أو النفايات مضرة بالصحة لما تحتويه من كائنات مجهرية يبقى إحتمال نقلها للعدوى بين مرتادي مرافق الرعاية الصحية واردا (عاملين، مرضى أو عوام)، ناهيك عن خطر إنتشارها في البيئة بعد إكتسابها لمقاومة ضد الأدوية و كذا مخاطر الحروق، تلوث و إصابات و تسممات بفعل الأشعة، الأشياء الحادة، مستحضرات أو منتجات دوائية و صيدلانية، مياه الصرف الصحي و مخلفات حرق البقايا الصحية، إضافة إلى المخاطر الصحية المذكورة لمخلفات الرعاية الصحية يمكن أن تشكل عملية معالجتها أو التخلص منها مسببات أمراض و مخلفات سامة ملوثة للبيئة أهمها:

- تلوث التربة و مياه الشرب بسبب الأماكن المخصصة لرمي المخلفات أو النفايات الصحية الغير مصصمة أو غير المسيرة أو التي لا تتم صيانتها وفق معايير الجودة و الكفاءة اللازمة.
- تلوث الهواء بسبب حرق النفايات أو المخلفات الصحية على نحو نطاق واسع غير ملائم.
- تلوث البيئة بسبب انتشار الفلزات الثقيلة السامة الناتج عن حرقها خاصة الزئبق و الرصاص. [269]

على العموم تؤثر النفايات الطبية على البيئة من خلال تلويث المياه الجوفية والتربة بسبب عمليات ردمها و طمرها تحت الأرض، تصريف مرافق الرعاية الصحية للمواد الكيماوية (الكادميوم و الزئبق) في شبكات الصرف الصحي، تلويث الهواء بسبب المخلفات السامة و غازات (Co2. Co) لمحارق النفايات و المخلفات الطبية. [270]

[269] المرجع نفسه.

[270] فتيحة عبيد، **أثر النفايات الطبية على البيئة وطرق التخلص منها**، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، جامعة ابن خلدون تيارت، العدد 01 (المجلد 12)، 2022، ص 69.

المطلب الثالث: علاقة الأزمات الصحية بالأزمات البيئية

يعتبر كوفيد-19 من أهم الأزمات الصحية التي مر بها العالم التي يمكن من خلاله تشكيل تصور حول العلاقة بين الأزمات الصحية و الأزمات البيئية.

الفرع الأول: أثر الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الهواء و تغير المناخي

أدت الإجراءات و التدابير المتخذة من طرف جميع الفاعلين في دول العالم الرامية إلى السيطرة على جائحة كورونا المستجد و التحكم في الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 و ما تبعها من مواقف التكيف مع هذا الوباء إلى [271]:

- تسجيل تحسن في جودة الهواء في بعض المناطق و لو بصفة مؤقتة بسبب الكميات القليلة من بخار الماء، CH (الميثان)، CO2 (ثاني أكسيد الكربون) و N20 (أكسيد النيتروز) بالغلاف الجوي.
- تسجيل انخفاض في نسبة غاز CO (أول أكسيد الكربون) بمدينة الرياض السعودية بـ 56% عن الفترة التي تسبق جائحة كورونا المستجد.
- تسجيل إنخفاض غاز H2S (كبريتيد الهيدروجين) بمعدل 38 عن الفترة التي تسبق كوفيد-19.
- تسجيل انخفاض ملحوظ في نسبة تركيز الجسيمات الدقيقة (PM) بعديد المدن في العالم خلال الربع الأول من عام 2020 مقارنة بالفترة ذاتها من عام 2019، حيث بلغت 60% في مدينة نيودلهي الهندية، 54% في مدينة سيول الكورية الجنوبية و 44% في مدينة ووهان الصينية.
- أكدت صور الأقمار الصناعية على غرار قمر الوكالة الأوربية للفضاء SENTINEL-5P انخفاض نسبة تركز غاز NO2 (ثاني اكسيد النيتروجين) المنبعث من المنشآت الصناعية و العتاد السيار بنسبة 60%. [272]

رغم الآثار الإيجابية للأزمة الصحية المرتبطة بتفشي فيروس كوفيد-19 على بعض قضايا البيئة العالمية، نوهت رئيسة قسم أبحاث بيئة الغلاف الجوي في منظمة WMO (منظمة الأرصاد

---

[271] **"تأثير جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة البيئية (جودة الهواء- الطقس والمناخ- السلامة الكيميائية)"** تقرير صادر عن المركز السعودي للوقاية من الأمراض و مكافحتها، بتاريخ 01 ماي 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://covid19.cdc.gov.sa/wp-content/uploads/2020/05/AR_Effect-of-COVID-19-Pandemic-on-Environmental-Health-v2.pdf)، ص 02.

[272] مثنى فائق مرعي، المرجع السابق، ص 181.

الجوية العالمية) "أوكسانا تاراسوفا" (Oksana Tarasova) إلى احتمالية التأثير الضئيل جدا لنسب CO2 (ثاني أكسيد الكربون) على الغلاف الجوي بسبب توقيف النشاطات الإقتصادي، مفسرة ذلك بنفي أن يكون الإنبعاث السنوي هو المتحكم في هذه النسب بل التراكم الإجمالي منذ الفترة التي تسبق العصر الصناعي. [273]

[273] المرجع نفسه، ص 183.

الفرع الثاني: أثر الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على السلامة الكيميائية

خلال الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 لجأ الناس في دول العالم إلى التعامل مع المواد الكيميائية و استخدامها بكثرة في التطهير و التنظيف في محاولة منهم إلى الوقاية و الحد من انتشار فيروس كورونا المستجد و قيامهم في بعض الحالات بعملية مزج عدة مواد كيماوية مما يزيد من احتمالات انتشار الغازات السامة التي تهدد البيئة و التسممات الكيماوية الخطرة على الصحة العامة، حيث أن نسبة الإخطارات لمراكز السموم بالولايات المتحدة الأمريكية إرتفعت إلى 20.4% في الربع الأول من عام 2020 بعد أن كانت 16.4 % خلال السنوات الثلاث السابقة ويعزو ذلك إلى التعرض لمواد التطهير و التنظيف. [274]

على العموم، لخص "كريستين هوجل" (CHRISTIAN HUGGEL) و ثلة من مجموعة باحثين مختصين في المناخ و البيئة بجامعة زيورخ السويسرية آثار وباء كوفيد-19 على البيئة من خلال أبعاد الإستدامة خاصة البيئية منها، حيث خلص إلى أن الوباء قد ساهم في تقييد رقابة الحكومات على البيئة مما أدى إلى [275]:

- ارتفاع معدلات قطع الأشجار و إزالة الغابات.
- ارتفاع معدلات الصيد غير النظامي.
- نتيجة الأوضاع الإقتصادية الصعبة بسبب جائحة كورونا المستجد خاصة أعباء الديون عمدت البلدان المتضررة إلى رفع اليد على الالتزامات البيئية مما زاد من أخطار العمليات الصناعية التي تعتمد على استخراج الموارد الطبيعية غير المتجددة من الأرض و التقليل من أولوية المشاريع و البرامج المستدامة الملتزمة بالبعد البيئي و المناخ.
- ضبابية تعقد من حكامة السياسات المناخية الوطنية و العالمية بسبب أزمة فجوة البيانات المترتبة عن تعثر برامج الرقابة و الاستعراض و التقييم و الشراكات المناخية و البيئية.

[274] **"تأثير جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة البيئية (جودة الهواء- الطقس والمناخ- السلامة الكيميائية)"** المرجع السابق، ص 05.

[275] أنظر موضوع "**ما الذي يمكن أن تعلمنا إياه مكافحة فيروس كورونا بشأن معالجة أزمة المناخ**"، متوفر بموقع منظمة الأمم المتحدة: https://www.un.org/ar/127629، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/26 الساعة 22:16.

الفرع الثالث: تأثير المتغيرات البيئة على الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19

رغم إشارة المنظمة العالمية للصحة إلى عدم توفر أدلة تفيد بتأثير المناخ و الطقس على أسلوب انتشار فيروس كورونا المستجد، بدليل انتقال مرض كوفيد - 19 في مناطق من العالم تختلف من حيث المناخ و الطقس الحار أو البارد، الجفاف أو رطوبة. [276] إلا أن بعض الدراسات استعرضت علاقة تأثير متغيرات الطقس (رياح، درجات الرطوبة، كميات الأمطار و غيرها) و المناخ (طول فترة سطوع الشمس، أشعة الشمس فوق البنفسجية و غيرها) إضافة إلى متغير درجة الحرارة المشترك بينهما و كذا معدلات تلوث الهواء و التهوية في البيئة الحضرية على عدد حالات الإصابة بفيروس كورونا المستجد، ديناميكيات انتقاله و معدل وفيات المصابين به، و ذلك بعد عزل تدخلات الصحة العامة عن المعادلة التفاعلية بين ثنائي المتغيرات البيئية المذكورة و مرض كوفيد-19.

أولا: تأثير متغيرات المناخ و الطقس على مرض كوفيد-19

أشارت بعض الدراسات إلى تأثر مرض كوفيد-19 و فيروس كورونا المستجد من حيث الوبائية، البقاء، الانتقال و عدد حالات الإصابة بظروف الطقس و المناخ، درجات الحرارة و الرطوبة الدفء و قصر فصل الشتاء، الأشعة فوق البنفسجية، تلوث الهواء و مستويات ثاني أكسيد الكبريت والضغط الجوي، إضافة إلى متغيرات سكانية و زمكانية تتعلق بمستوى الكثافة السكانية و الانتشار المجتمعي، الخصوصية المناخية لبعض المناطق، مدة الزمن المقضي داخل المباني، و يمكن تلخيص ذلك من خلال ملخص الأبحاث التي تناولتها دراسة للباحث ديميتريوس باراسكيفيس و آخرون (Dimitrios Paraskevis et all) سنة 2021 الموسومة بـ "مراجعة لتأثر كوفيد-19 بمتغيرات المناخ و الطقس" في النقاط التالية:

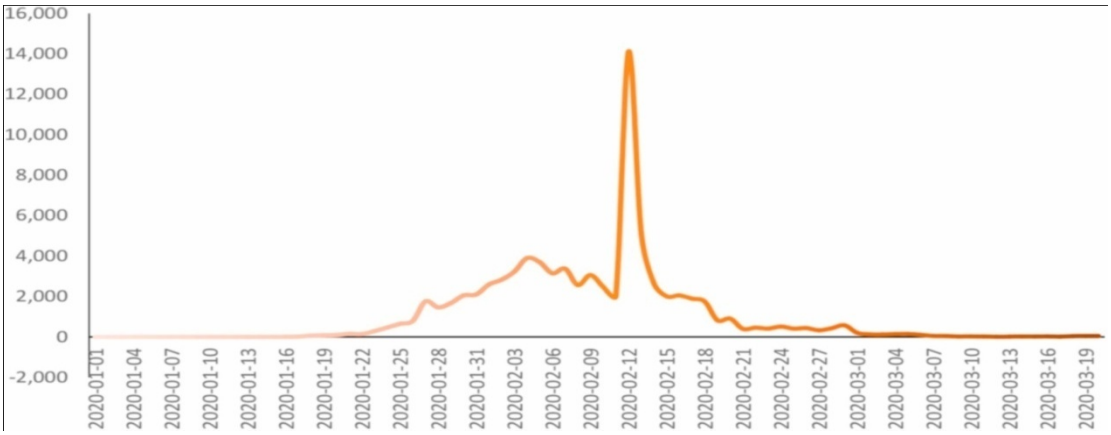
1- درجة الحرارة و الرطوبة:

- تتأثر وبائية فيروس كورونا المستجد بعوامل المناخ و الطقس من حيث موائمة المناخ البارد لبقاء الفيروس، إذ توفر برودة الجو بيئة سانحة لاستمرار حياته بينما يقلل ارتفاع درجات الحرارة و الرطوبة

[276] **"تأثير جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة البيئية (جودة الهواء- الطقس والمناخ- السلامة الكيميائية)"** المرجع السابق، ص 06.

من انتقاله من خلال عامل انتشار قطرات التبخر التي تساهم في عرقلة تنقله، و هذا ما تؤكده معطيات الشكل التالي:

الشكل (22): *الحالات الجديدة المؤكدة لإصابات كوفيد-19 (الصين شتاء 2019)*



المصدر:

Ruofei Lin et all. « The influence of weather conditions on the COVID-19 epidemic: Evidence from 279 prefecture-level panel data in China». Environmental Research, Volume 206, 112272, 2022, p 3.

حيث تشير إلى بداية إرتفاع حالات الإصابات المؤكدة الجديدة بفيروس كوفيد-19 بداية من تاريخ 20 جانفي 2020 إلى غاية 28 فيفري 2020 أي طيلة فصل الشتاء البارد، أين وصلت ذروتها بتاريخ 12 فيفري 2020 بحوالي 15152 حالة مؤكدة جديدة.

- تأكيد العلاقة السلبية لدرجة الحرارة مع معدلات تكاثر الفيروس، حيث أن كل 01° تتعدى 25° مئوية ترتبط بانخفاض 3.8% في معدل تكاثر الفيروس.

- بالنسبة للرطوبة فإن تأثيرها على الحالات اليومية الجديدة لكوفيد-19 يكون عند عتبة 70٪ حيث يكون التأثير سلبي عندما تقل عليها و إيجابي عندما تزيد بمقدار 1٪ حيث تساهم في خفض ما نسبته 2.28٪ من الحالات الجديدة اليومية. [277]

[277] Jie Yuan et all. « Non-linear correlation between daily new cases of COVID-19 and meteorological factors in 127 countries». Environmental Research, Volume 193, 110521, 2021, p.p 4-5.

2- الظروف المناخية الموسمية:

تتباطأ ذروة العدوى بالفيروس و تتناقص في المناطق الأدفأ و الأقصر شتاء، حيث أن زيادة برودة و طول الشتاء يزيد من مدة البقاء في الداخل مما يوفر بيئة أنسب لزيادة انتقال العدوى، كما أن معدلات انتقال الفيروس تتسارع في فصل الشتاء بالأماكن المعتدلة كثيفة السكان. [278]

- بالنسبة لسرعة الرياح فإن تأثيرها على الحالات اليومية الجديدة لكوفيد-19 يكون عند عتبة 7 متر في الثانية، حيث يكون التأثير سلبي عندما تقل عليها و إيجابي عندما تزيد بمقدار 01 متر في الثانية حيث تساهم في خفض ما نسبته 10.85٪ من الحالات الجديدة اليومية. [279]

ثانيا: تأثير تلوث الهواء على مرض كوفيد-19

يعتبر تلوث الهواء من العوامل المتسببة في الإصابة بمرض كورونا المستجد، و من أنواع التلوث الهوائي جسيمات PM2.5 الخطيرة الناتجة بالأساس عن المحروقات بصفة عامة التي تشكل عبئا على الجهاز التنفسي لما تحمله من ملوثات، إضافة إلى مساهمتها في الإصابة بحالات حادة من فيروس كوفيد-19، زيادة سرعة انتشاره، ارتفاع نسبة حاجة المصابين لأسرة العناية المركزة و ارتفاع معدلات الوفيات به.

- إضافة إلى الأعراض الصحية المباشرة فإن زيادة مستوى ثاني أكسيد الكبريت (العاكس لضوء الشمس) و جسيمات PM2.5 (التي تمتص الحرارة من الشمس) بالغلاف الجوي تساهم في الحد المؤقت من ارتفاع درجة الحرارة و توفير بيئة مناسبة لارتفاع معدلات تكاثر الفيروس وانتشاره.

- تأكيد علاقة الارتباط بين كوفيد-19 و الكثافة الحضرية و تلوث الهواء في إنجلترا من خلال العلاقة بين الأعداد التراكمية للإصابات و الوفيات و تركيز الملوثات (أكسيد النتروجين، ثاني أكسيد الكبريت و جسيمات PM2.5).

- إضافة إلى ارتفاع متوسط العمر لسكان منطقتي إميليا رومانيا ولومباردي شمال إيطاليا، ساهم عامل التلوث الهوائي سنة 2020 في شراسة فيروس كورونا المستجد و رفع معدل الوفيات بنسبة 12%.

[278] Dimitrios Paraskevis et all. « A review of the impact of weather and climate variables to COVID-19: In the absence of public health measures high temperatures cannot probably mitigate outbreaks». Science of The Total Environment, Volume 768, 144578, 2021, p.p 6-7.

[279] Jie Yuan et all. Op.cit, p 5.

– أكدت النتائج حدوث 83٪ من مجموع وفيات حالات كورونا المستجد في ألمانيا، فرنسا، إسبانيا وا يطاليا كانت في المناطق التي يرتفع فيها تركيز ثاني أكسيد النيتروجين.

– أكدت النتائج بخصوص الأشعة فوق البنفسجية الاصطناعيةوا شعاع الشمس فوق البنفسجي بعدة مناطق في العالم و في أوقات متفاوتة من السنة بأن أشعة الشمس لها تأثير على خصائص جائحة كورونا المستجد من حيث الحدوث، معدل الانتشار و المدة، حيث أن إمكانية طول بقاء العدوى تزيد في فصل الشتاء بالمناطقالمعتدلة و تُعطل بسهولة نسبية في فصل الصيف. [280]

و أكدت دراسة للباحث مونتسي ماركيز و آخرون (Montse Marquès et all) سنة 2021 الموسومة بـ "تأثير التلوث الهوائي على إحتمالية انتقال كوفيد–19 والوفيات الناجمة عنه" [281] التي أجراها على مدينة تاراجونا بمقاطعة كتالونيا الإسبانية التي تحتضن مصادر تلوث صناعي و حضري متنوعة بأن ذروة تركيز جسيمات PM10 المنبعثة من المصانع، مدفئات الخشب، المركبات وغيرها إلى الهواء قد تسببت في بلوغ حالات كوفيد–19 الإيجابية ذروتها بعد أسبوع أو اثنين من فترة الحجر الصحي و الإغلاق مع فرضية نقلها للفيروس، و بالتالي العلاقة بينهما علاقة سببية و ارتباط، كما تم إثبات الارتباط الإيجابي بين التعرض لمدة طويلة إلى ملوثات الجو بالتحديد جسيمات PM10 و NO2 (ثاني أكسيد النيتروجين) و بين معدل الوفيات بمرض كوفيد–19.

[280] Dimitrios Paraskevis et all. Op.cit, p.p 7-8.

[281] Montse Marquèset all. « Effects of air pollution on the potential transmission and mortality of COVID-19: A preliminary case-study in Tarragona Province (Catalonia, Spain)». Environmental Research, Volume 192, 110315, 2021, p.p 3-6.

خلاصة

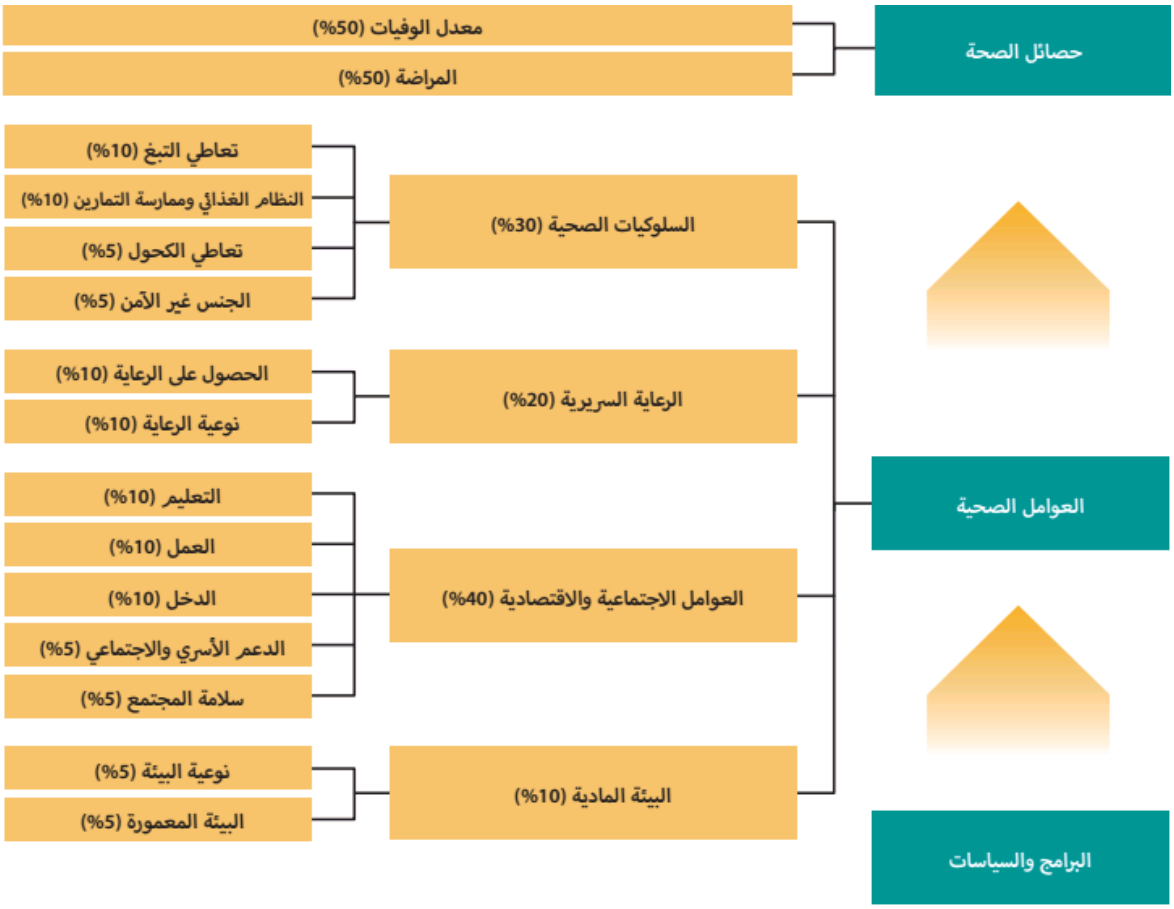
تم من خلال هذا الفصل إثبات وجود علاقة بين السياسة الصحية أو ما يمثلها من مؤشرات صحية، و التنمية المستدامة ممثلة في أبعادها الأساسية الإقتصادي، الإجتماعي و البيئي، حيث تحدَ دَ تشخيصها أو حقيقتها في:

– **الصحة و البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة:** يغلب عليها أنها علاقة إيجابية تفاعلية، تتميز بزيادة قيمة الصحة مع زيادة قيمة مؤشرات البعد الاقتصادي (عوائد الحالة الصحية الجيدة على الإنتاجية) نفس الشيء في حال تبادل أدوار الاستقلال و التبعية بينهما (تكاليف تردي الحالة الصحية على إنتاجية العامل)، و تكون سلبية تتميز بزيادة قيمة الصحة مع انخفاض قيمة بعض مؤشرات البعد الاقتصادي القليلة على غرار المديونية التي كلما انخفضت يكون أثرها إيجابيا على الصحة النفسية و الجسدية.

نفس الأمر بالنسبة لعلاقة **الصحة بالبعد الاجتماعي للتنمية المستدامة،** تتميز بزيادة قيمة الصحة مع زيادة قيمة مؤشرات البعد الاجتماعي و من أمثلة ذلك أن تعليم الفرد يكون جيدا من خلال الأثر الإيجابي لحالته الصحية السليمة، كما أن التأثير الإيجابي على صحة الأبناء يزداد كلما ارتفع مستوى تعليم الأبوين خاصة الأمهات، في حين تزيد قيمة الصحة مع انخفاض قيمة بعض مؤشرات البعد الإجتماعي القليلة على غرار البطالة التي كلما انخفضت يكون أثرها ايجابيا على الصحة النفسية والجسدية.

– **الصحة و البعد البيئي للتنمية المستدامة:** وهي علاقة إيجابية تتميز بزيادة قيمة الصحة مع زيادة قيمة مؤشرات البعد البيئي خاصة الماء و الهواء و الغذاء، و يلخص الشكل التالي هذه العلاقة الإيجابية التفاعلية بين الصحة و أبعاد التنمية المستدامة الاقتصادي و الاجتماعي و البيئي.

الشكل (23): *التفاعل بين الصحة وأبعاد التنمية المستدامة (اقتصادية، اجتماعية وبيئية)*



المصدر: (متاح على شبكة الانترنت: https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-health-rankings-model، أطلع عليه بتاريخ: 2023/02/23، 21:04).

الفصل الثالث

السياسة الصحية الجزائرية و مساهمتها في أبعاد التنمية المستدامة

-تشخيص للواقع أمام التطلعات العالمية-

تمهيد

إن العلاقة الإيجابية التفاعلية بين السياسات الصحية أو ما يمثلها من مؤشرات صحية والتنمية المستدامة ممثلة في أبعادها الأساسية الاقتصادية، الاجتماعية و البيئية، يحتم على الجزائر –على غرار دول العالم– تبني نسق من الخطط، البرامج، الإستراتيجيات و السياسات التي تساهم في إحراز التقدم المطلوب لبلوغ أهداف و غايات التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة من أجل تجاوز التحديات الصحية الكبرى على غرار:

– إنهاء وفيات المواليد والأطفال و توفير خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية (بعد اجتماعي).
– التغطية الصحية الشاملة مع الحماية من الضوائق المالية في مجال الصحة (بعد اقتصادي).
–الحد من آثار التعرض للمواد الكيميائية والتلو ّ ث (بعد بيئي).

المبحث الأول: ملامح السياسة الصحية في الجزائر

يمكن القول بأن المكونات الأساسية لأي سياسة صحية وطنية سواء في الجزائر أو غيرها من دول العالم تتكون من ثالوث: النظام الصحي، الضمان الإجتماعي أو الحماية الإجتماعية إضافة إلى الدواء الذي يعتبر بمثابة الرابط بين الأنظمة الصحية و الضمان الإجتماعي، من هذا المنطلق سيتم التطرق في هذا المبحث إلى المبادئ الأساسية للنظام الصحي الجزائري، سياسة الضمان الإجتماعي في الجزائر ثم السياسة الدوائية الوطنية حتى يتشكل لدينا تصور عام و شامل عن ملامح السياسة الصحية في الجزائر منذ تأسيس النظام الصحي الجزائري بعد وضع صحي صعب في فترة ما قبل الإستقلال.

المطلب الأول: تعميم العلاج الوقائي و الطب المجاني 1962–1979

قبل التأسيس لنظام صحي وطني غداة الإستقلال عن الإحتلال الفرنسي، عرف الوضع الصحي الجزائري منذ العهد العثماني (1514–1830 م) على مستوى القاعدة الشعبية إهتماما كبيرا بالعلوم الطبيعية و التصديق بالتداوي بإستخدام الأعشاب و النباتات و العسل الذي كان غاليا آن ذاك للوقاية و العلاج الطبي بخلفية دينية إسلامية بدل الطب التجريبي، كما تم تأليف عديد الكتب في علوم الطب و شعبه التي لم ترق إلى الكتب العلمية، و على مستوى الحكومة كان التوجه الوقائي للصحة هو الغالب بإعتماد الحجر الصحي للوقاية من الأمراض الشائعة على رأسها الطاعون الذي يجتاح البلاد بسبب العلاقات مع بلدان أخرى، كما إهتم المسؤولون (الباشاوات و البايات) بإستقدام أطباء أجانب خاصة الأوروبيين للعناية بصحتهم بسبب عدم كفاءة الأطباء المحليين، إضافة إلى إنشاء المصحات إلى جانب دكاكين الطب التي كانت موجودة و السماح للمنظمات المسيحية ذات الطابع الديني بإنشاء المستشفيات لفائدة الأسرى. [282]

و كانت بداية الوضع الصحي في فترة الإحتلال الفرنسي بالعدد الكبير في جرحى الغزو والإستعانة في علاجهم برصيد الأطباء المحليين و بعض الأطباء الأسرى الأجانب، لتتميز هذه الفترة في البداية بالتغطية الصحية العسكرية إلى جانب إنجاز منشآت صحية (عيادات و مراكز إسعاف) ثم التوجه التنظيمي التدريجي وصولا إلى مرحلة الإصلاح من خلال تنفيذ قانون الحماية الإجتماعية الفرنسي بالجزائر سنة 1958، أما خلال بداية الثورة التحريرية كان النظام الطبي يمتاز بالثورية في

[282] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، الجزائر، دار الأمة للطباعة و النشر و التوزيع، 2017، ص.ص 225–234.

العلاج و الدواء و التكوين، و الشعبية بشموله مجانا لكافة أفراد الشعب الجزائري رغم إنعدام التنظيم في المرافق الصحية و شح الموارد البشرية و المادية، إلا أنه و بعد مؤتمر الصومام سنة 1956 تم إنتهاج سياسة مركزية للتنظيم الصحي و توحيده سمحت بتنسيق فعال بين مختلف وحدات القطاع الصحي و بتكوين أنجع للأفراد و بحسن تدبير للدواء نتيجة نظام وقائي و رقابي أكثر حكامة، وا ٍنتهاج نظام العلاج حسب المنطقة (خارطة صحية) و حسب الحاجة سمح بدوره في التحكم في المقدرات البشرية و المادية و نجاعة الإجراءات الصحية و الطبية العلاجية. [283]

الفرع الأول: التأسيس لنظام صحي وطني و تبني مقاربة العلاج الوقائي 1962–1965

إستلمت الجزائر عقب الإحتلال الفرنسي سنة 1962 إرثا صحيا متدهورا، تركزت فيه المنظومة الصحية بالمدن الكبرى بخدمة طبية عمومية و مجانية تشرف عليها البلديات من خلال عيادات طبية و كذا خدمة الصحة المدرسية (طبية و نفسية) بإشراف من وزارة التربية و التعليم، إضافة إلى القطاع الطبي الخاص المتكون من حوالي 600 طبيب جلهم من جنسيات أجنبية. [284]

و يمكن إجمال أهم الإشكالات التي كانت تعاني منها الحالة الصحية في الجزائر غداة الإستقلال فيما يلي:

– هجرة جماعية للمستخدمين الطبيين و الشبه طبيين الفرنسيين (2200 أطباء و 2700 ممرضين).
– قلة الكوادر الإدارية الوطنية المتخصصة في مجال تسيير المؤسسات الصحية.
– إختلال و تفاوت في توزيع المؤسسات و المراكز الصحية.
– حالة صحية متدهورة بسبب عجز في التغطية الصحية المتعلقة بعدد الكوادر الصحية الوطنية و ما يقابله من عدد السكان، حيث بلغت 08 أطباء لكل 100 ألف ساكن، إضافة إلى 30 طبيب أسنان و 50 صيدلي.

و لتجاوز الإشكالات التي كانت تعاني منها الحالة الصحية في الجزائر غدات الإستقلال، تبنت الجزائر خطة إصلاحية للمنظومة الصحية الوطنية ترتكز على:

[283] المرجع نفسه، ص.ص 235–248.

[284] نور الدين حاروش، **إدراة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الجزائر، دار كتامة للنشر، 2007، ص 69.

– **الوقاية:** من خلال تدعيم و تكثيف إجراءات النظافة، حملات التلقيح و تطويق الأمراض و حصرها بهدف الوقاية منها قبل وقوعها أو تفشيها.

– **توزيع عقلاني للموارد:** بهدف تحقيق تغطية صحية منتشرة بكامل التراب الوطني و شاملة لجميع السكان، و ذلك من حيث إنجاز المنشآت الصحية، العتاد الصحي و الطبي الالزم و الكوادر المسيرة و الطبية الكافية و المناسبة.

– **معالجة الأمراض:** من خلال تسخير عدة مستويات لتقديم مختلف الخدمات الصحية و الطبية اللازمة للمرضى من مراكز صحية قاعدية إلى مستشفيات حسب الحالة العلاجية. [285]

و يمكن القول بأن المنظومة الصحية الوطنية خلال هذه الفترة كانت [286]:

– موجهة بسياسة صحية ذات خيارات محدودة بسبب قلة الإمكانيات المادية و البشرية المتاحة.
– تتميز بطب عمومي عن طريق المؤسسات الإستشفائية، مراكز مسيرة من طرف البلديات مختصة بتقديم الخدمة الطبية المجانية (AMG) و كذا مراكز مسيرة من طرف وزارة التربية و التعليم مختصة بتقديم خدمات النظافة المدرسية، إلى جانب خدمات الأطباء الخواص سواء على مستوى عياداتهم أو المؤسسات العمومية.

[285] توفيق بوستي، **السياسة الصحية و التنمية المستدامة في الجزائر**، مطبوعة أكاديمية، قسم العلوم السياسة جامعة 08 ماي 1945–قالمة، ص 11.

[286] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق ص.ص 253–254.

الفرع الثاني: الطب المجاني و الهياكل القاعدية 1965–1979

أخذت الحالة الصحية خلال هذه المرحلة في التحسن التدريجي و الملحوظ بفضل إنجاز بعض مشاريع الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و 1969، السياسة التكوينية للمستخدمين الطبيين و الشبه طبيين خاصة بعد بداية المخطط الوطني ودخول المعهد الوطني للصحة العمومية حيز النشاط بعد إنشائه سنة 1964، إضافة إلى صدور الأمر المنظم لمهنة الصيادلة و الأطباء سنة 1966. [287]

و أبرز ما ميز هذه الفترة هو إنجاز الهياكل القاعدية و المنشآت العلاجية والمراكز الصحية بمختلف ولايات الوطن بين سنتي 1967 و 1969، إضافة إلى العيادات المتعددة الخدمات على مستوى كل ولاية بداية من سنة 1974، كانت الغاية منها تعزيز الوقاية من الأمراض قبل حدوثها.

كما تميزت هذه الفترة بالطب المجاني من خلال التكفل بمجانية طب الأطفال سواء على مستوى مراكز حماية الأمومة و الطفولة أو من خلال خدمة الصحة المدرسية، فضلا عن صدور المرسوم رقم 69–96 المؤرخ في 1969/07/09 المتعلق إلزامية التلقيح ومجانيته، إضافة إلى التكفل المجاني من طرف الدولة بمكافحة و علاج بعض الأمراض كالشلل و السل، و تنظيم الولادة بمراكز حماية الولادة كل ذلك يأتي تكيفا مع الوضعية الصحية التي كانت تشهدها البلاد آن ذاك خاصة في ظل إنتشار الأمراض المتنقلة عبر المياه بسبب أن نسبة تغطية السكان بخدمة المياه الصالحة للشرب بلغت حوالي 37% فقط، بينما نسبة التغطية بخدمات الصرف الصحي للسكان بلغت حوالي 23% فقط. [288]

و يمكن إجمال ما تميزت به هذه الفترة فيما يلي [289]:

– **الشروع في حملات التلقيح الوطنية 1969–1970:** و أبرز هذه الحملات الوطنية تعلقت بالتلقيح ضد الحصبة، الشلل و الملاريا التي شرع فيها إبتداء من سنة 1965.

– **نهج الإنفتاح و الشراكات مع الفاعلين الدوليين و العالميين للصحة:** من خلال حملات التلقيح المدرجة في البرامج المسطرة من قبل منظمة صحة العالمية OMS، حيث تكللت حملات التلقيح المذكورة بخفض معدلات الإصابة بالسعال الديكي و مرض الجدري سنة 1979.

---

[287] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، المرجع السابق، 2007، ص 73.

[288] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق ص.ص 254–255.

[289] توفيق بوستي، المرجع السابق، ص 12.

– **عدم إغفال التوجه الإرشادي و التوعوي:** بإنتهاج السلطات المعنية و الفاعلين المشاركين في المجال الصحي لمقاربة التثقيف الصحي.

– **الشروع في تنفيذ مخطط حكومي تنموي صحي:** من خلال تشجيع القطاع الخاص و إشراك الفاعليين في المجتمع المدني (منظمات، فعاليات فكرية و دينية و غيرها) في الخدمة الصحية لمرافقة مصالح الصحة العمومية بغية تحقيق تغطية صحية شاملة للجميع.

المطلب الثاني: تطوير التنظيم الهيكلي و التخطيط التنموي 1979–2014

جاءت هذه المرحلة على أنقاض فترة عرفت عدم ترتيب دقيق للأولويات و الغايات الصحية حسب الأهمية بسبب التركيز على تلبية أكبر قدر من الطلبات الصحية للسكان.

الفرع الأول: تطوير التنظيم الهيكلي 1979–2009

تم خلال هذه الفترة تبني أسلوب التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي لمنظومة الصحة الجزائرية سواء في قطاعيها العام أو الخاص، كما تم التوجه إلى مفهوم التنمية في بعديها الإجتماعي والإقتصادي في المنظومة الصحية الوطنية من طرف اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني من خلال التخطيط إلى [290]:

– عصرنة و توحيد المنظومة القانونية و النظم الصحية لضمان الإنسجام بين الـضية القانونية و الغايات المعلنة في الميثاق الوطني لسنة 1976.
– حتمية التكامل القطاعي وتحديد أدوار و وظائف كل قطاع.
– التأكيد على التكامل بين جميع الهياكل بإختلاف طبيعتها القانونية في تنفيذ برامج الصحة ذات البعد الوطني أو الجهوي.

و تميزت هذه الفترة بإنجاز منشآت و هياكل صحية سنة 1986 تمثلت في المراكز الجامعية الاستشفائية، ليحدد دستور 1989/02/23 دور الدولة و تدخلها في ميدان وقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما لم يغفل الجانب التقييمي فكانت فترة 1980–1995 مرحلة تقييم لسياسات التنمية الوطنية على غرار السياسة الصحية، من خلال تخطيط الحكومة الجزائرية للإطار العام للسياسة المستقبلية المنتهجة ساهم في تحقيق تحكم مقبول في القطاع الصحي، حيث وصلت أعداد الكوادر الطبية الوطنية 7350 سنة 1982 مقابل 2401 من أجانب، إضافة إلى 2171 أخصائي جراحة أسنان و 1093 صيدلي جزائريين.

و في مواصلة للنهج التنظيمي تميزت هذه الفترة بمستوى من اللامركزية بهدف تعزيز مؤشر الوصول للخدمة العلاجية و تبني مقاربة جوارية للمنشآت الإستشفائية إلى السكان من خلال إعادة

[290] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق، ص 265.

تنظيم مؤسسات الصحة بداية من سنة 1997 بمراسيم تنفيذية خاصة بالمؤسسات الجامعية الاستشفائية، كما أعيد سنة 2007 تنظيم القطاع الصحي بظهور المؤسسات العمومية الاستشفائية والصحة الجوارية، مما سمح بتحسن نسبي في المؤشرات الصحية لسنة 2005 المتعلقة بالتغطية الصحية بالتلقيحات (81% لإلتهاب الفيروس الكبدي و 87% للسعال الديكي و الكزاز 98% للسل) و بالكوادر الطبية (طبيب ككل 1000 ساكن) و كذا بمعدل الحياة (74.8%)، و بالمؤسسات الصحية من خلال مخبر مراقبة المواد الصدلانية و معهد باستور الذي يعد مرجعا للمنظمة العالمية للصحة في المراقبة و التكوين المتخصص في مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية، إلا أن مستوى الخدمة الصحية المتعلقة بوفيات الأطفال عرف تدنيا ببلوغه 40.5 من الألف رغم المخصصات المالية لقطاع الصحة من الموازنة العامة التي بلغت 9.1% حسب تقارير منظمة التجارة العالمية، تم تفسير ذلك بالخلل في البرمجة و التخطيط الصحي في هذا المجال. [291]

تجدر الإشارة أيضا إلى أن هذه المرحلة تميزت بتوجه إصلاحي سنة 2002 بداية بتغيير إسم الوزارة الوصية بالصحة في الجزائر من وزارة الصحة و السكان إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، شمل هذا التوجه الإصلاحي ملفات: الهياكل الإستشفائية، الموارد المادية، المالية والبشرية، الحاجيات الصحية و طب العلاج و أخيرا ملف الشراكات مع القطاعات الأخرى، و ذلك من أجل [292]:

– إيلاء أهمية لمصادر تمويل المؤسسات الصحية و كذا للموارد البشرية المؤهلة مع توفير كل الإمكانيات الضرورية لها بغية آداء خدمة صحية راقية تلبي حاجات السكان.
– التأكيد على حماية الصحة وترقيتها و الحق في العلاج المجاني القائم على الإنصاف و التضامن والعدالة الاجتماعية بالتركيز على الصحة و الطب الوقائي و تطوير الصحة القاعدية (مراكز صحية و قاعات علاج).
– إنتهاج الأسلوب الكمي و الإحصائي في عملية تكييف العلاج وفق الحاجة الصحية للسكان.
– إشراك كافة الفاعلين في الشأن الصحي (قطاع عام، شبه عمومي و خاص).
– تحسين المؤشرات الصحية.

[291] توفيق بوستي، المرجع السابق، ص.ص 13-14.
[292] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص.ص 293-294.

الفرع الثاني: التخطيط التنموي 2009–2014

من أبرز ما ميز هذه المرحلة هو إستمرار الحكومة الجزائرية في سياسة مبادرات التخطيط من برنامج 2001–2009 إلى البرنامج الخماسي للتنمية 2010–2014، هذا الأخير خصص له غلاف مالي كبير قدر بـ 21.214 مليار دينار (286 مليار دولار) جعل من متتبعي الشأن السياسي و السوسيو إقتصادي يطلقون وصف الجرأة على سياسة الحكومة آنذاك، حيث إستفاد قطاع الصحة من حصة معتبرة قدرت بـ 619 مليار دج بمعدل سنوي يقدر بـ 155 مليار دج، و ذلك لتغطية نفقات 172 مستشفى، 45 مركب صحي متخصص، 337 عيادة متعددة الخدمات، 1000 قاعة للعلاج و 17 مدرسة لتكوين الشبه الطبي. [293]

يمكن الإشارة إلى أهم مبادى منظومة الصحة الوطنية في هذه الفترة من خلال عرض أبرز السياسات المنتهجة في قطاع الصحة الرامية إلى تأمين حالة صحية ذات جودة، المتمثلة في [294]:

– **في ميدان الإدارة و التسيير:** من خلال التأكيد على إصلاح المستشفيات و إعادة تنظيمها بما يتوافق مع التسيير السليم الرامي إلى العصرنة و أنسنة الخدمة الصحية و الطبية.

– **ما تعلق بالمورد البشري:** من خلال الحاجة الكمية و الكيفية للمورد البشري، تحفيزه بعد تكوين و تقييم مستمرين بغية آداء صحي و طبي راق.

– **فيما يخص الدواء:** بالتركيز على ترشيد الإنفاق الدوائي من خلال تشجيع الصناعة الدوائية المحلية و توفير الدواء الجنيس و إعطاء أولوية للمنتوج الدوائي المحلي من خلال تسجيل الأدوية و منع إستيراد الأدوية المنتجة محليا.

– **الخدمات الصحية:** من خلال تحسين المؤشرات الصحية خاصة ما تعلق بالأم و الطفل، السكان والأسرة.

– **الخريطة الصحية:** من خلال توسيع شبكة إنجاز المراكز الصحية، مستشفيات عمومية ومؤسسات إستشفائية متخصصة و خاصة، عيادات.

---

[293] توفيق بوستي، المرجع السابق، ص.ص 14–15.

[294] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق ص.ص 295–297.

المطلب الثالث: التأمين الاجتماعي و سياسة الدواء في الجزائر

سبق الإشارة إلى مكانة التأمين الإجتماعي و الدواء إلى جانب النظام الصحي في الوحدة العضوية للسياسات الصحية، لذا سيتم خلال هذا المطلب دراسة سياسة الضمان الإجتماعي و الدواء في الجزائر من أجل تجميع مكونات السياسة الوطنية للصحة و إكمال صورتها.

الفرع الأول: سياسة الضمان الإجتماعي في الجزائر

يعبّر النظام الوطني للضمان الإجتماعي سواء على الصعيد العالمي أو في الجزائر عن درجة الرقي الاجتماعي و التطور الاقتصادي كما يعكس مدى تشاور و التنسيق بين الفاعلين في مختلف المجالات، و ذلك لما يكتسيه من أهمية كبيرة في حماية المستخدمين و ذويهم بسبب تبعاته الإيجابية المتجلية في حكامة توزيع الدخل و جودة آداء الاقتصاد الوطنيين، حيث عرف نظام الضمان الإجتماعي الجزائري عبر تاريخه تطورا مستمرا، تمظهر في إستهداف توسيع نطاق الحماية الاجتماعية للسكان و تبسيط إجراءات تخويل الحق في الضمان الاجتماعي (إجراءات الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري الصحي الأساسي عن الأمراض).

أولا: حالة الضمان الاجتماعي قبل و بعد الإستقلال

1- الضمان الاجتماعي خلال فترة الاحتلال الفرنسي

كون الضمان الإجتماعي مؤسسة جعله من أهم المنظومات التي تشغل الفاعلين في مختلف المجالات، إلا أن أبرز ما يتصف به في فترة الإحتلال الفرنسي هو تكريس سياسة التفاوت و التمييز بين الفرنسيين و الشعب الجزائري، أفرز علاقة نضال معقدة و عدائية بين العمال الجزائريين و أرباب العمل المحتلين خلفيته مكافحة في سبيل الإستقلال و الحرية، رسخ ذلك لدى إدارة المستعمر الخلفية السياسية لمطالب العمال الجزائريين، تمخض عنها انتزاع أول قانون متعلق بالضمان الاجتماعي سنة 1945 بفرنسا، كما توجت حركية الفئات العمالية الجزائرية بين سنتي 1947 و 1949 بـ [295]:

– إصدار أمر شهر جوان 1949 مكن الجزائر من الضفر بنظام ضمان اجتماعي لم يتم تجسيده إلا سنة 1950 و كذا نظام تقاعد (شيخوخة) لم يتم تجسيده إلا سنة 1957 بسبب إنتهاج إدارة المستعمر و أرباب العمل الفرنسيون لسياسة إرجاء و تقييد متعمد لهذه القوانين.

[295] أنظر "**السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي**"، متوفر على موقع وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي بالرابط المختصر: https://bitly.ws/3fgwv، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/07 الساعة 22:33).

– إدراج المنح العائلية سنة 1949 التي حرمت منها فئة أجراء القطاع الفلاحي التي تمثل أغلبية الشعب الجزائري عكس الإمتيازات الممنوحة للقطاعات المهمة والحساسة للمؤسسات الاستعمارية (المناجم، الغاز والكهرباء، الوظيف العمومي، التأمينات والبنوك، النقل السككي وغيرها) حيث إستمر هذا الإقصاء إلى غاية سنة 1956.

وعلى سبيل التأكيد على السياسة التمييزية للعمال الجزائريين في تنفيذ الأمر الصادر جوان 1949 نذكر:

–التشريعات والشروط المعقدة لتخويل الحق.

– المركزية في القرار و تعقيد النسق البيروقراطي.

– التعامل بخلفية الشك و الرقابة المتعددة أماما المطالب المرفوعة من طرف العامل الجزئري بغية ثني المؤمن له اجتماعيا حقه.

2- الضمان الاجتماعي بعد الاستقلال

ورثت الجزائر بعد الإستقلال منظومة حماية إجتماعية منهكة بسبب تخريب الإحتلال الفرنسي قبل رحيله لحوالي 80% من هيئات الضمان الإجتماعي و حرق ملفات و أرشيف المؤمن لهم اجتماعيا، إضافة إلى تفاقم وضعها المال جراء نهب الأموال و كذا الهجرة الجماعية لمعظم موظفي القطاع تركت فراغا إداريا خاصة من حيث التسيير و التأطير، إلا أن سياسة السلطات الجزائرية بداية من سنة 1962 المرتكزة أساسا على القاعدة العمالية الجزائرية و تجديد ملفات المؤمن لهم و دفع الأداءات لفائدتهم إضافة إلى الهيكل التنظيمي الذي إعتمد فيه على تنصيب مجالس إدارية و لجان مؤقتة في كل هيئة للضمان الاجتماعي، أثمر ذلك بإعادة بعث هيئات الضمان الاجتماعي في ظرف وجيز [296].

ثانيا: تطور نظام الضمان الاجتماعي 1962-1983

عرفت منظومة الضمان الاجتماعي الجزائرية خلال هذه الفترة تطورا قانونيا و تنظيميا، حيث تتصف بتعدد الأنظمة (11 نظاما)، أهمها [297]:

[296] المرجع نفسه.

[297] المرجع نفسه.

1- مركز ميكانوقرافي لصندوق الضمان الإجتماعي

حسن هذا التنظيم بالدرجة الأولى امتيازات المؤمن لهم اجتماعيا و التطبيق الواسع للضمان الاجتماعي خاصة لصالح الفئات المعوزة، حيث تم دمج و ضم صناديق النظام العام القديمة في 03 صناديق جهوية كبرى سنة 1963 (صندوق لناحية قسنطينة، ناحية وهران و ناحية الجزائر).

2- ارشيف الصندوق الجزائري للتأمين على الشيخوخة (1970)

في حدود السنة 1964 كانت هذه الهيئة مكلفة بتعويض أعباء الأداءات و القيام بنشاطات مختلفة لحساب صناديق الضمان الاجتماعي و الرقي بالنشاط الصحي و الاجتماعي و العائلي، كما أن هياكل أنظمة التقاعد شهدت حركية من خلال حل كل أنظمة التقاعد التكميلي و إستحداث نظام وحيد مسير من الصندوق الجزائري للتأمين على الشيخوخة، إضافة إلى دمج الصناديق الثلاثة الجهوية لنظام التقاعد لغير الأجراء في صندوق موحد، كذا دمج كل صناديق الإنقاذ المنجمي بصندوق الضمان الاجتماعي للمناجم سنة 1970.

و تم في سنة 1970 التشريع بمنع حجر أو المساس بموارد الضمان الاجتماعي و دمج الأنظمة السابقة لصناديق للتضامن ضمن صناديق النظام العام، كما تم في مطلع سنة 1974 التشريع بتوحيد الوصاية على كل أنظمة الضمان الاجتماعي و إسنادها إلى الوزارة المكلفة بالعمل و الشؤون الاجتماعية، [298] و إستحداث لجنة تضطلع بإصلاح منظومة الضمان الاجتماعي، كما تم في سنة 1977 تبني نمطر التسيير اللامركزي من خلال إستحداث هيئة للضمان الاجتماعي في كل ولاية.

إستندت عملية إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي في سبيل حماية إجتماعية قوية من خلال توسيع دائرة المستفيدين لتلبية حاجياتهم التنموية خاصة في الجانبين الإقتصادي و الإجتماعي على مبادئ توحيد الهياكل و الإميازات و توسيع نطاق المستفيدين، إلا أن ذلك لم يكن كافيا خلال الفترة الممتدة من سنة 1970 إلى غاية سنة 1980، لذا تم تبني سياسة إصلاحية لمنظومة الضمان الإجتماعي الجزائرية. [299]

---

[298] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق، ص 317.

[299] أنظر "**السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي**"، المرجع السابق.

ثالثا: السياسة الإصلاحية للمنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي

تم في شهر فيفري سنة 1975 إستحداث لجنة تضطلع بإصلاح منظومة الضمان الاجتماعي تتشكل من ممثلي المؤسسات المستخدمة و ممثلين نقابيين، تمكنت في ظرف سنتين من دراسة جوانب الإصلاح من خلال سن تشريعات مؤطرة لعملية سير الضمان الاجتماعي بجميع فروعه تستجيب للسايات العامة و مطالب المستفيدين من الخدمات، حيث أن قوانين سنة 1983 الخاصة بالضمان الاجتماعي (القانون رقم 83–11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، القانون رقم 83–12 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بالتقاعد، القانون رقم 83–13 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، القانون رقم 83–14 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق التزامات الخاضعين في مجال الضمان الاجتماعي و القانون رقم 83–15 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي) كلها كرست مبادئ المنظومة الوطنية الضمان الاجتماعي الأساسية المتمثلة في مبدأ وحدة التمويل و التسيير، الاستقلالية المالية و مشاركة للعمال المباشرة في التسيير، توحيد المزايا و مبدأ التضامن. [300]

رابعا: إنجازات الفترة الممتدة من 1983–1999

كانت المنظومة الوطنية للضمان الإجتماعي خلال هذه الفترة تتميز بوحدة أنظمة التضامن والتوزيع، إجبارية الإنتساب للعمال الأجراء وغير الأجراء الفئات الخاصة المؤمن لها اجتماعيا، وحدة قواعد الوجبات و الحقوق بين المستفيدين و وحدة التمويل، و تتضح هذه الإنجازات من خلال [301]:

1– الأشخاص المعنيون بالتغطية الاجتماعية:

يستفيد عديد الأشخاص لا يمارسون نشاطا مأجورا من حماية الضمان الاجتماعي و يكتسبون صفة المؤمن لهم اجتماعيا، حيث تغطي فئات العمال الأجراء و غير الأجراء الممارسين لأنشطة مهنية خاصة، فئات خاصة تضم عمالا شبيهين بالأجراء (مستخدَمون لدى الخواص، الفنانون، البحارة و غيرهم)، العمال الممارسون لنشاطات خاصة، الأشخاص الذين لا يمارسون نشاطا مهنيا (الطلبة المجاهدون، المعاقون و غيرهم) و كذا فئة المستفيدون من أجهزة الإدماج المهني والاجتماعي، كما تستفيد الفئات الخاصة من تغطية اجتماعية بالتامين على الأمومة و المرض، إضافة إلى إستفادة الفئات المعرضة لخطر مهني من تعويض عن حوادث العمل و الأمراض المهنية، كما أن كل فئة

[300] المرجع نفسه.

[301] المرجع نفسه.

حائزة على دخل بديل مقدم من قبل الضمان الاجتماعي (امتيازات التقاعد، منحة العجز و غيرهم) تستفيد كذلك من الأداءات العائلية و تغطية تكاليف العلاج و يمكن لها أيضا الإستفادة من التأمين عن الوفاة، إضافة إلى إستفادة ذوي حقوق المؤمن لهم إجتماعيا من التغطية الاجتماعية و كذا منح تغطية على عاتق الدولة لعلاج المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا، لتغطي بذلك منظومة الضمان الاجتماعي الوطنية أكثر من 80 % من السكان.

2- تمويل نظام الظمان الإجتماعي:

تعتبر الاشتراكات المدفوعة من طرف أصحاب العمل و العمال أساس تمويل المنظومة الوطنية للضمان الإجتماعي، و يوضح الجدول التالي توزيع نسبة الاشتراك الوحيد للعمال الأجراء من الأجر الخاضع للاشتراك على النحو التالي:

الجدول (7): ***توزيع نسبة الاشتراك الوحيد للعمال الأجراء من الأجر الخاضع للاشتراك***

الفروع	أصحاب العمل	العمال	حصة الخدمات الاجتماعية	المجموع
تأمينات الاجتماعية	12.50%	1.50%	–	14%
حوادث العمل والأمراض المهنية	1.25%	–	–	1.25%
التقاعد	10%	6.75%	0.50%	17.25%
التقاعد المسبق	0.25%	0.25%	–	0.50%
التأمين عن البطالة	1%	0.50%	–	1.50%
المجموع	25%	9%	0.50%	34.50%

المصدر: (أنظر "**السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي**"، متوفر على موقع وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي بالرابط المختصر: https://bitly.ws/3fgvV، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/07 الساعة 22:36).

إضافة إلى الاشتراكات المدفوعة من طرف أصحاب العمل و العمال فإن المنظومة الوطنية للضمان الإجتماعي تمول بتدخل ميزانية الدولة من خلال المنح العائلية، و نفقات التضامن الوطني إضافة إلى مصادر التمويل الأخرى (الاستثمارات، الهبات والوصايا، اشتراكات أرباب العمل الخاصة بالتأمين عن البطالة والتقاعد المسبق، زيادات وعقوبات على أرباب العمل بسبب عدم الوفاء بإلتزامات الضمان الاجتماعي) و كذا التزامات أرباب العمل.

3- التنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي بالجزائر

ساهمت الترسانة القانونية الخاصة بالضمان الاجتماعي في الجزائر بتطوير بنية المنظومة المتكونة من 04 صناديق وطنية لها صفة المؤسسة العمومية ذات التسيير الخاص وهي:

– الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء: ويختص بتحصيل الاشتراكات، التأمينات الاجتماعية، حوادث العمل والأمراض المهنية، المنح العائلية لفئة العمال الأجراء.

– الصندوق الوطني للتقاعد: يختص بتسيير تقاعد و التقاعد المسبق لفئة العمال الأجراء.

– الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء: يختص بتسيير الضمان الاجتماعي لفئة غير الأجراء.

– الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة [302]: يختص بتسيير أداءات التأمين عن البطالة، و هناك من يضيف الصندوق الوطني للعطل المدفوعة و البطالة و سوء الأحوال الجوية الخاص بقطاعات البناء و الأشغال العمومية و الري.

4- المخاطر التي يغطيها تشريع الضمان الاجتماعي الجزائري

تتكفل منظومة الضمان الاجتماعي الوطنية بتأمين جميع الفروع المحددة ضمن الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية وهي: الأمومة، البطالة، المرض، الأداءات العائلية، حوادث العمل الأمراض المهنية، التقاعد، العجز و التأمين على الوفاة.

خامسا: الإصلاحات الكبرى لمنظومة الضمان الاجتماعي ابتداء من سنة 2000

منذ سنة 2000 تم التخطيط و تنفيذ لبرنامج إصلاحي للمنظومة الوطنية للضمان الإجتماعي يهدف إلى تحسين الفاعلية و جودة آدائها من خلال [303]:

1 – تحسين نوعية الأداءات: إستهدف الإستمرار في تطوير النشاطات الصحية و الاجتماعية و الهياكل الجوارية، تعميم نظام الدفع من قبل الغير و كذا جهاز التعاقد مع الطبيب المعالج.

[302] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق، ص 318.

[303] أنظر "**السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي**"، المرجع السابق.

2- عصرنة منظومة الضمان الاجتماعي: من خلال تركيز النشاطات على تعميم "بطاقة الشفاء" الإلكترونية و استعمال تكنولوجيات الإعلام و الاتصال الحديثة في العمليات الإدارية، افتتاح المدرسة العليا للضمان الاجتماعي و الإستمرار في سياسة تكوين المورد البشري و تثمينه.

3 –الحفاظ على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي: من خلال القيام بتنصيب الصندوق الوطني لتحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي، إستمرار دراسة تطوير النظام الوطني للتقاعد، التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة، الإستمرار في إصلاح إصلاح التعاضدية الاجتماعية و تمويل الضمان الاجتماعي و كذا تعزيز السياسة الوطنية لتعويض الدواء.

الفرع الثاني: السياسة الدوائية في الجزائر

يمكن تحليل المنظومة الجزائرية للدواء من خلال مكوناتها الرئيسية التالية:

أولا: التنظيم الإداري للدواء في الجزائر

تضطلع بمهمة إدارة الدواء في الجزائر إلى [304]:

01- وزارة الصحة:

لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات في الجزائر صفة المتدخل المباشر في العملية التسييرية و التنظيمية لسوق الدواء.

02- وزارة العمل و التشغيل والضمان الاجتماعي:

تكتسب وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي مكانتها في المنظومة الوطنية للدواء في كونها متدخلا فاعلا من خلال الوصاية على صندوق الضمان الاجتماعي بصفته أهم زبائن الدواء في السوق الوطني.

03- وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني:

تعتبر وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني هي الهيئة المكلفة بصفة مباشرة بمهام التسيير والتطوير للنسيج الوطني الصناعي بما في ذلك شعبة صناعة الأدوية، و ذلك بمشاركة فاعلين آخرين يتعلق الأمر بكل من وزارة اقتصاد المعرفة والمؤسسات الناشئة والمؤسسات المصغرة، اضافة الى مجلس مساهمات الدولة الذي يتولى مهام الإشراف على تسيير المؤسسات العمومية لصناعة الأدوية حيث أن كل من وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني و وزارة اقتصاد المعرفة والمؤسسات الناشئة والمؤسسات المصغرة و مجلس مساهمات الدولة يكون تدخلها بتنسيق مع وزارة الصحة و السكان وا إصلاح المستشفيات.

[304] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق ص.ص 322-323.

04– المتعاملون في مجال إنتاج وتوزيع الدواء:

أ– متعاملي القطاع العام:

– **على مستوى الانتاج:** تتولي المؤسسة العمومية "صيدال" مهمة توزيع الدواء في الجزائر و هي شركة ذات أسهم و المخبر الصيدلاني الأول في الجزائر الذي أنشئ سنة 1982 المختص بإنتاج الدواء الجنيس، إرتقى ليصبح مجمعا صناعيا لإنتاج، تسويق و تطوير المنتجات الصيدلانية الموجهة للاستهلاك الآدمي، و يعتبر لبنة مهمة لتأسيس صناعة صيدلانية وطنية لها القدرة على تلبية الحاجة الدوائية للمواطنين، إضافة إلى السعي ليكون شريكا فاعلا في السوق الأفريقية و منطقة الشرق الأوسط. [305]

– **على مستوى التوزيع بالجملة:** تتولى الشركة الوطنية DIGROMED توزيع الأدوية بالجملة منذ سنة 1997 بدلا عن المؤسسات الجهوية العمومية الثلاثة، إنخرطت خلال السنوات القليلة الماضية في شراكات أجنبية لإنتاج الدواء الجنيس إضافة إلى نشاط التوزيع بالجملة.

– **على مستوى التوزيع بالتجزئة:** تتولى الشركة الوطنية ENDIMED لتوزيع الأدوية بالتجزئة مهمة إدارة الحظيرة الوطنية للصيدليات العمومية التي يفوق عددها عن 900 صيلدلية عمومية.

– **الصيدلية المركزية للمستشفيات** PCH: تتولي الصيدلية المركزية للمستشفيات بمهام التنسيق و ترشيد عملية إمداد المرافق الصحية العمومية بالدواء من خلال استيراده، إذن فهي مؤسسة عمومية تتصف بالطابع الصناعى و التجاري أيضا.

ب – المتعاملون الخواص في مجال الإنتاج:

يتولى مهمة الصناعات الدوائية الصغيرة خاصة عملية التعبئة عدد قليل من المؤسسات، أهمها مخبر BIOPHARM، L'ADPHARMA و LPA.

جـ – المتعاملون الخواص في مجال الإستيراد: يكتسب صفة مستورد للمنتجات الصيدلانية كل مؤسسة صيدلانية تتولى شراء لغرض التوزيع للمنتجات الصيدلانية بعد التأكد من تسجيلها في قائمة الأدوية.

[305] أنظر "**مجمع صيدال**"، متوفر على موقع وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني بالرابط: https://www.industrie.gov.dz/saidal/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/14 الساعة 21:16).

د– المتعاملين الخواص في مجال التجارة بالجملة: يتولون عملية تمون الصيدليات الخاصة عبر الوطن.

هـ – الصيدليات الخاصة: تتولى عملية البيع بالتجزئة للمنتجات الدوائية المختلفة الصالحة للإستهلاك البشري.

ثانيا: التنظيم القانوني لسوق الدواء و المنتجات الصيدلانية

إنتهجت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات في الجزائر عدة إجراءات للحد من الصعوبات و العقبات التي تواجه سوق المنتجات الصيدلانية في الجزائر رامية إلى وفرة الدواء الآمن و إتاحته للمواطنين في كل جهات الوطن، و من أهم هذه الإجراءات هي التنظيم القانوني خاصة ما تعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية [306]، حيث قام التنظيم القانوني الجزائري بضبط المنتجات و المواد الصيدلانية حصرا بأحكام المواد 207 من القانون رقم 18–11 المتعلق بالصحة، إضافة إلى تحديد مفهوم الدواء و ضبط أنواعه قصد حصر التعامل فيها حكرا على فئة مهنية محددة دون غيرها و ذلك لا يتأتى إلا بمنظومة رقابية دائمة أحد الفاعلين فيها إجراءات تسجيل المواد الصيدلانية خاصة الأدوية الجنيسة التي تساهم في الرقي بالصحة العمومية ما يسمح بعملية تسويقها و توزيعها. [307]

كما أن سنة 2005 جاءت محملة بترسانة قانونية تنظيمية جديدة أهمها: القرارات المؤرخة في 2005/06/25 المتعلقة بـ [308]:

– تنظيم وتسيير اللجنة التقنية للتقييم.
– تنظيم وتسيير اللجنة التقنية للأطباء الخبراء.
– الإجراءات و الأهداف و مراحل سيرورة الفحوصات على المنتجات الصيدلانية الخاضعة للتسجيل.

---

[306] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق، ص 323.

[307] مصطفى أمين بوخاري، **الإجراءات المتبعة لتسجيل المنتجات الصيدلانية وفقا لقانون الصحة في الجزائر – الأدوية الجنيسة نموذجا–**، المجلة الجزائرية للحقوق و العلوم السياسية، المركز الجامعي تسمسيلت، العدد 06 (المجلد 03)، ديسمبر 2018، ص 31.

[308] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**، المرجع السابق، ص 323.

و بتاريخ 2005/07/14 تم الإمضاء على قائمة جديدة لخبراء لجان تسجيل المنتجات الصيدلانية كما حدد تنظيم وتسيير اللجنة الاقتصادية وفقا لمضمون القرار 137/05 المؤرخ في 2005/10/18، ليتم بعدها مراجعة مدونة الأدوية المتضمنة قائمة تشجع صنفي الدواء الأساسي والجنيس خدمة للصحة العمومية، و سعيا لتحقيق الغايات التالية [309]:

– ضمان التغطية و إمكانية الوصول للأدوية الأساسية.

– تعزيز مهام تفتيش و مراقبة المنتجات الدوائية و نوعيتها.

– ترشيد الإنفاق في فاتاورة الدواء من خلال ترويج استخدام الدواء الجنيس و ضبط التعويضات بالخدمة الطبية المقدمة.

– ترقية التكوين في تسيير المستشفيات و الصناعة الصيدلانية.

يمكن الإشارة أيضا إلى بعض المبادى المنتهجة في سياسة تسجيل الأدوية و تسعيرتها أهمها[310]:

– منع إستيراد الأدوية المنتجة محليا.

– تطوير الإنتاج الوطني للأدوية من خلال الحفاظ على وفرة الأدوية المحلية في السوق الوطنية بإجبار الموزعين على الإنتاج و الترويج لإستهلاك الدواء الجنيس لتقليص فاتورة الإستراد.

– على العموم يشرف القطاع العام ممثلا قي مجمع صيدال على ميدان الصناعات الصيدلانية الوطنية بمرافقة معهد باستور و مؤسسة SOCOTHYD المتخصصة في صناعة الضمادات والمنتجات الطبية.

– إشراك القطاع الخاص في ميدان الصناعات الدوائية كان في مطلع التسعينات بفرض إنشاء وحدات صناعية في السوق الوطنية للأدوية على الخواص و ذلك بعد سنتين من الإستيراد.

– التوجه نحو الإنعتاق من التبعية الدوائية من خلال تبني صناعة محلية لمتعاملين عموميين أو خواص بشراكة مخابر أجنبية، ساهم ذلك في نمو الإنتاج الوطني للدواء المصنع محليا من حوالي 38% إلى 70% من الإستهلاك المحلي بين سنتي 2011 و 2014.

[309] المرجع نفسه، ص 324.

[310] المرجع نفسه، ص.ص 324–326.

– التوجه نحو زيادة تصنيع الأدوية الجنيسة كونها مرحلة مصيرية لتعزيز إمداد و وفرة في الأدوية [311] سمح ببلوغ الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة 80% من الإنتاج الإجمالي ساهم فيه أكثر من 60 مؤسسة إنتاج، 20 مؤسسة تعليب و 560 مؤسسة توزيع.

بناء على ما سبق يمكننا تلخيص توجهات (خطط و برامج) سياسة الدواء الوطنية في [312]:

– **تأمين الوفرة المستمرة للمواد الصيدلانية خاصة الادوية الأساسية:** بإنشاء مرصد يقظة وطني لمتابعة وفرة المواد الصيدلانية و برامج الإنتاج الوطني و الاستيراد حسب حاجة السوق و وضعية المخزون، و إيلاء أهمية لتسجيل و ضبط سعر الإنتاج الوطني من المواد الصيدلانية.

– **التأسيس لأرضية تنظيمية و أدوات لضمان مواد صيدلانية آمنة و فعالة و ذات جودة:** من خلال دعم الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية بالموارد المادية و البشرية و مرافقة لجان التصديق على الأدوية و المستلزمات الطبية للجنة القطاعية الاقتصادية للأدوية و لجنة الخبراء العياديين، إضافة إلى التشريع لتنظيم خاص بالممارسات الحسنة للإنتاج ة تبني برامج تفتيش و مراقبة للمؤسسات الصيدلانية خاصة من حيث مسار كل الأدوية بالأخص ذات المؤثرات العقلية.

– **ضمان القدرة المالية للمواطنين في الوصول إلى المواد الصيدلانية:** بإدارة سليمة لعمليات استيراد المواد الأولية و منح الأولوية لتسجيل الأدوية الجنيسة المنتجة محليا إضافة إلى سن تدابير جديدة لضبط الأسعار.

– **التوجه نحو مساهمة قطاع الصناعة الصيدلانية الوطنية في إنتاج الثروة:** بتبسيط و تسريع إجراءات منح إعتمادات للمؤسسات الصيدلانية، تشجيع الرفع من نسب المناولة المحلية و كذا تشجيع الإستثمار في الإنتاج المحلي للتوجه نحو التصدير.

---

[311] أنظر "**منظمة الصحة العالمية ترحب بزيادة تصنيع الأدوية الجنيسة** .."، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط المختصر: https://2u.pw/JB1COir، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/15 الساعة 11:06).

[312] أنظر "**خطة عمل وزارة الصناعة الصيدلانية**"، متوفر على موقع وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني بالرابط: https://miph.gov.dz/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/15 الساعة 11:58).

إجمالا يمكن القول بأن السياسة الصحية في الجزائر تتبنى منظومة صحة وطنية ترتكز على[313]:

1– **بالنسبة للمبادئ الأساسية للسياسة العامة للصحة:** فهي مصونة في تشريعات الدولة التي يعتبر الدستور أسماها، حيث:

– يؤكد مضمون المادة 62 من دستور سنة 2020 [314] على أنه للمواطنين حق الحماية بشكل يضمن لهم الصحة من طرف السلطات العمومية، كما أن المادة 63 تنص على أنه للمواطنين حق التمكين من رعاية صحية أساسها وقائي من الأمراض المعدية و الوبائية ثم علاجي من خلال مكافحتها وتسهر عليها الدولة في إطار مبدأ تكافؤ الفرص و المساواة و عدم التفاوت الذي يضمن حق الفئة الهشة والأشخاص المعوزين أيضا ، حيث يعبر ذلك على مبدأ تسهيل إمكانية الوصول للعلاج بعدل ومناصفة و تضامن بين مكونات المجتمع في ميدان الصحة والسكان.

– تأكد البرامج الحكومية على أولوية مبدأ الصحة في كل السياسات من خلال تكامل مختلف القطاعات أو السياسات العمومية مع الصحة و السياسة الصحية (سكن، شغل، حماية البيئة، تغذية نشاط إجتماعي و غيرها) بغية حماية الصحة و ترقيتها في كنف المساواة.

– التأكيد المستمر على وحدة و تكامل و تناسق بين مختلف الفاعلين و المتدخلين في المنظومة الصحية الوطنية (قطاع عام، شبه عمومي و خاص).

– التأكيد على التوزيع العادل لخدمة الصحية العمومية تضمن إنتشارها و تمكين المواطن من الوصول إليها من خلال تبني نظام لا مركزي بإعتماد المناطق الجهوية للصحة التي يساهم فيه كل الفاعلين والمتدخلين في مجال الصحة بمقترحات حسب حاجة كل منطقة.

– إيلاء مخططات عمل وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات أهمية للموارد المادية (نظام معلوماتي صحي موثوق) و البشرية (التكوين المستمر للموظفين) إضافة إلى ترقية التواصل الاجتماعي.

---

[313] محمد ولد قادة، **دليل التسيير الإستشفائي**، الجزائر، د د ن، 2017، ص.ص 07–09.

[314] دستور الجزائر لسنة 2020، المؤرخ في 2020/12/30، صادر الجريدة الرسمية العدد 82، بتاريخ 2020/12/20.

و يمكن إجمال أولويات الصحة في السياسة الصحية في الجزائر و منظومة الصحة الوطنية فيما يلي:

– الإلتزام بالوقاية الصحية فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، صحة الأم والطفل، الشباب، الشيخوخة الفئات الخاصة أو الهشة، الصحة العقلية، حوادث المرور والإعاقة.
– ترقية العلاج الجواري (القاعدي) و تقنين مجانية العلاج لمختلف الفئات.
– تنمية مؤشرات صحة المواطنين و إدماج البعد البيئي من خلال خفض المخاطر البيئية.
– تطوير الصناعة الصيدلانية لخفض التبعية و تقليص فاتورة الإستيراد.

2– **بالنسبة للمنظومة الصحية الوطنية:** لا تزال خاضعة للقانون رقم 85–05 المؤرخ في 1985/02/16 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها المعدل و المتمم، حيث اعتبرها المادة 4 من هذا القانون بأنها: مجموعة النشاطات و الإمكانيات (مادية أو بشرية) التي تعمل على ضمان حماية وترقية صحة السكان، و تنظيم الكيفية التي تمكن من التوفير الشامل و الموحد و المنسجم لحاجياتهم الصحية في إطار نظام الخريطة الصحية [315]، و من أهم ما تتميز به منظومة الصحة الوطنية حسب هذا القانون:

– التأكيد على الطابع العمومي لقطاع الصحة.
– إيلاء أهمية لتطوير موارد قطاع الصحة (بشرية، مالية و مادية).
–التأكيد على معايير الحوكمة في التسيير الصحي من خلال مبدأ الشراكة مع قطاعات أخر ى في مجال التسيير خاصة ما تعلق برسم و تنفيذ الخطط و البرامج الصحية.
– التأكيد على البعد التنموي للتسيير الصحي (أبعاد إقتصادية و إجتماعية وطنية).
– تجسيد الواجبات و الحقوق المتعلقة بحماية و ترقية صحة السكان و ضمان لرفاههم الجسدي والنفسي و إنفتاحهم على المجتمع لتحقيق أهداف و غايات التنمية الوطنية.

03– **بالنسبة للأهداف المسطرة في مجال الصحة:** الغاية الأسمى لمنظومة الصحة الوطنية هي جماية حياة الساكنة من كل الأمراض و المخاطر، و تحسين ظروف العيش و بيئة الشغل من خلال:

[315] قانون رقم 85–05، مؤرخ في 1985/02/16 يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، صادر بالجريدة الرسمية العدد 08 بتاريخ 1985/02/17.

– ضمان وفرة العلاجات حسب حاجة السكان و تكاملها مع نشاطات الوقاية و إعادة تكييف المرضى.

– شمولية الخدمة الصحية لجميع السكان دون تفاوت مع إعطاء الأولوية في الحماية الصحية للفئات الأكثر عرضة للمخاطر.

– إيلاء أهمية لتعميم التربية و التثقيف الصحي و ممارسة الرياضة بمشاركة السكان.

– إنتهاج أسلوب تسيير لامركزي و قطاعي هرمي لتلبية الحاجات الصحية للسكان.

مصالح صحية لامركزية قطاعية وسلمية، قصد التكفل بكل حاجيات السكان الصحية.

04– بالنسبة للخريطة الصحية: تعتبر بمثابة التصميم و المخطط الإرشادي الموجه لمنظومة الصحة الوطنية الضابط للشبكة الصحية الوطنية بالشكل الذي يمكن تغطية صحية شاملة لجميع السكان من خلال:

– الوقاية من الأمراض، تشخيصها، علاجها و إعادة تكييف المرضى و تفعيل التربية الصحية.

– يخضع نمط الهياكل الصحية إلى خصوصية المناطق من حيث خصائصها الإجتماعية والإقتصادية و كذا إلى الحاجات الصحية للسكان.

– ضرورة توفر مؤشر إنتشار الهياكل الصحية و قابلية الوصول إليها من طرف جميع السكان، على أن تكون الخدمة الصحية المقدمة فعالة في كنف الكرامة الإنسانية، إضافة إلى مساهمتها في البعد التكويني و البحثي.

– تخضع الهياكل الصحية تقنيا و رقابيا إلى سلطة وزير الصحة (مبدأ وحدة القيادة).

05– بالنسبة لمجانية العلاج: يوفره القطاع العمومي من خلال تسخير جميع الإمكانيات اللازمة لحماية الصحة و ترقيتها على مستوى جميع هياكل الصحة العمومية و تقديم خدمة صحية عمومية فحوصات و تشخيص و علاج و استشفاء.

06– بالنسبة للتخطيط الصحي:يندر ج ضمن مخططات التنمية الوطنية، و يضمن ضبط توزيع عادل و متناسق لمقدرات قطاع الصحة (بشرية، مالية و مادية) في إطار الخريطة الصحية الوطنية كما يحدد الأهداف الصحية و الوسائل الكفيلة بتحقيقها في مجال:

- الهياكل و تجهيزاتها.
- الموارد البشرية.
- برامج الصحة و التكوين.

و فيما يلي شكل توضيحي لتركيبة منظومة الصحة الوطنية:

الشكل (24): *مخطط يوضح الهيكل التنظيمي لتركيبة منظومة الصحة الوطنية*

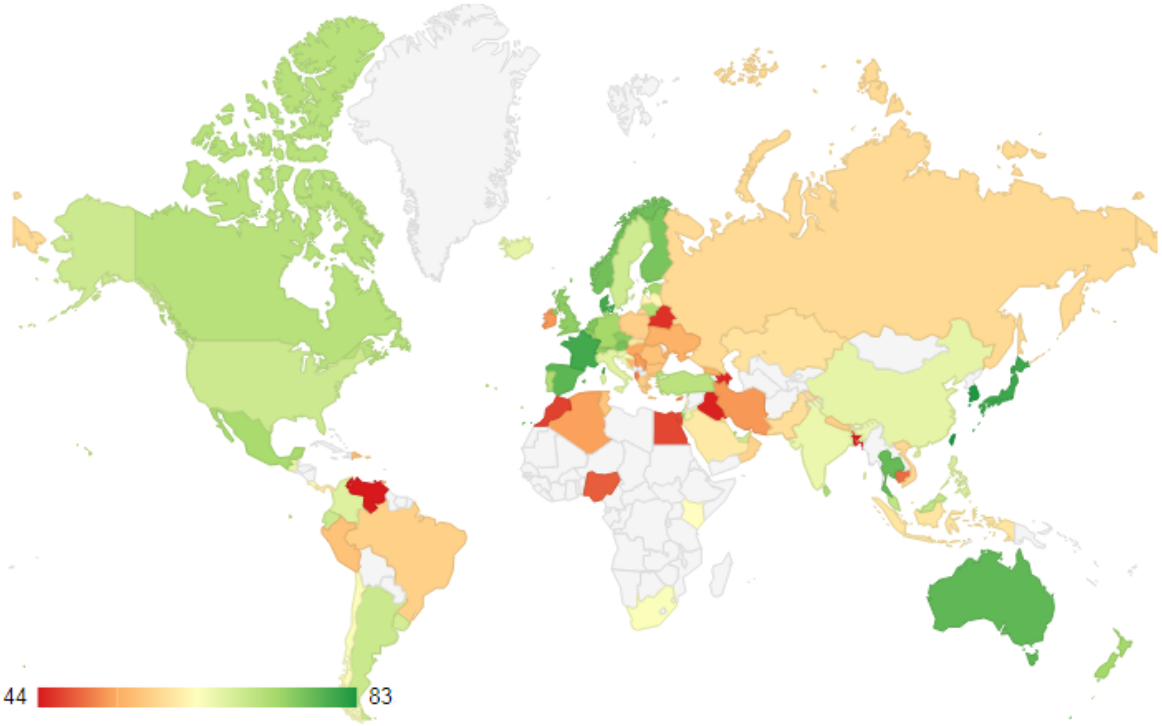


المصدر: محمد ولد قادة، دليل التسيير الاستشفائي، الجزائر، د د ن، 2017، ص 10.

إن الجهود المبذولة من طرف الحكومات الجزائرية المتعاقبة لتطوير منظومة الصحة الوطنية المتجلية في السياسات الصحية المنتهجة، أثمر ترتيبها في المراتب المقبولة عموما على الأقل على الصعيدين العربي و الأفريقي حسب مؤشر الرعاية الصحية (Indice des soins de santé) الذي

يستند على مدى جودة نظام الرعاية الصحية من حيث: أريحية الهياكل و المؤسسات الصحية كفاءة المورد البشري الطبي، حداثة الموارد المادية الطبية، السرعة و الدقة في الفحوصات و التقارير الطبية جودة معاملة الزبائن و مدى رضاهم عنها و عن تكلفتها، إذ توضح الخريطة التالية مستوى المنظومة الصحية الجزائرية حسب هذا المؤشر.

الشكل (25): *مستوى المنظومة الصحية الجزائرية حسب مؤشر الرعاية الصحية (2018-2022)*



المصدر: أنظر ترتيب أفضل الأنظمة الصحية حسب جودة نظام الرعاية الصحية فيها، متوفر بقاعدة المعطيات العالمية نومبيو Numbeo، على الرابط:

https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp، أطلع عليه بتاريخ 2023/03/25 الساعة 21:39.

حسب قاعدة معطيات نومبيو Numbeo، يظهر موقع المنظومة الصحية الجزائرية بين 2019 و 2022 وفقا لمؤشر جودة الرعاية الصحية باللون البرتقالي في المستوى دون المتوسط من بين 95 نظام صحي لبلدان العالم، بين مجال 44 نقطة كمستوى أضعف و 83 نقطة كمستوى أعلى، و يظهر الجدول التالي هذا الترتيب حسب السنوات و عدد النقاط بالمقارنة مع 95 دولة تتوفر عليها قاعدة المعطيات.

الجدول (8): *ترتيب المنظومة الصحية الجزائرية ضمن دول العالم (الفترة 2019–2022)*

السنة	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
النقطة	غير مدرج	غير مدرج	غير مدرج	54.1	54.9	55.0	52.9
الترتيب	غير مدرج	غير مدرج	غير مدرج	69	74	74	80

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة المعطيات العالمية نومبيو Numbeo، على الرابط: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title أطلع عليه بتاريخ 2023/03/25 الساعة 00:00.

تؤكد معطيات الجدول السابق بأن ترتيب المنظومة الصحية الجزائرية فيما يتعلق بعدد نقاط مؤشر الرعاية الصحية كان دون المتوسط بمعدل 54.2 نقطة ضمن مجال التنقيط بين 44 و83 نقطة، نفس الأمر يتعلق بالترتيب، حيث كان دون المتوسط بمعدل ترتيب في المرتبة 74 من مجموع 95 دولة تتوفر عليها قاعدة المعطيات (بين 2019 و 2022)، حيث سبقها سنة 2019 عديد الدول العربية و الأفريقية [316]، أين جاءت في المرتبة الرابعة أفريقيا بعد الأولى جنوب أفريقيا، تونس ونيجيريا والسابعة عربيا بعد الأولى قطر، الإمارات العربية المتحدة، المملكة الأردنية، لبنان، تونس المملكة العربية السعودية و الكويت، بينما احتلت تايوان المرتبة الأولى عالميا و المملكة المغربية المرتبة الأخيرة في الترتيب 84 حسب الدول التي تتوفر عليها قاعدة المعطيات لسنة 2019.

كما يلاحظ بأن ترتيب المنظومة الصحية الجزائرية حسب مؤشر الرعاية الصحية بين 2019 و2022 عرف انحدارا من المرتبة 69 إلى 80 مع تسجيل استقرار سنتي 2020 و 2021 في المرتبة 74، نفس الأمر يتعلق بعدد نقاط مؤشر الرعاية الصحية بين 2019 و2022 الذي هوى من النقطة 54.1 إلى 52.9 نقطة رغم ما شهده من ارتقاء لمدة 03 سنوات متتالية بين 2019 و2021 يمكن وصف حالة مؤشر الرعاية الصحية في الجزائر بأنها غير معتدلة، تعزو في المقام الأول إلى مدى تمتع السكان بالصحةوا ٍمكانية وصولهم إلى الخدمات الضرورية لتعزيز صحتهم، وكذا مدى مساهمة القطاعات الأخرى الفاعلة في النظام الصحي (مالية، تشريع، تعليم وتنمية بشرية و غيرها)

[316] أنظر ترتيب أفضل الأنظمة الصحية حسب جودة نظام الرعاية الصحية فيها، متوفر بقاعدة المعطيات العالمية نومبيو Numbeo، على الرابط: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp أطلع عليه بتاريخ 2023/03/25 الساعة 01:21.

دون إغفال إرهاصات فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) الذي عرف أوجه في مجال زمن هذا التقييم (2019-2022).

وحسب آليات استعراض التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة سنة 2022 الخاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المعتمدة في عملية التقييم [317]، ساهمت الجهود المبذولة من الحكومات الجزائرية لتطوير منظومة الصحة الوطنية في تبوء الجزائر للترتيب 64 عالميا من أصل 163 دولة، بنسبة نجاح بلغت 71.5 من المائة، حيث حلت في المرتبة الأولى إفريقيا و عربيا متقدمة على عديد الدول ذات الصيت في مجال التنمية المستدامة على غرار دولة تركيا، الإمارات العربية المتحدة، قطر، الكويت و جنوب أفريقيا وغيرها.

وبخصوص الهدف المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030، فإنها تُظهر [318] "السهم المتجه أفقيا نحو اليمين ذو اللون البرتقالي" ➔ الذي يعبر عن وجود "ركود" في التقدم، وذلك يعني بأن نتيجة التقدم تبقى بطيئة أو أنها تزيد بمعدل يقل عن 50% من معدل النمو الضروري لتحقيق هذا الهدف بحلول عام 2030، كما تُظهر "النقطة ذات اللون البرتقالي" ● التي تعبر على أنه "لا تزال هناك تحديات كبيرة" صوب تحقيق هدف الصحة الجيدة و الرفاه من خلال ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

[317] Jeffrey D et all, Sustainable Development Report 2022. Cambridge: Cambridge University Press, p 15.

[318] Ibid,, p 25.

.

المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق غايات البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة.

تبنت الجزائر في رحلة كفاحها لانتزاع استقلالها سياسة متفتحة، متعاونة و توافقية مع الفاعلين في النظام الدولي وبرامجهم و خططهم، تمظهر ذلك في إقرار إعلان مؤتمر طرابلس بوصفه النص التأسيسي للجمهورية الجزائرية الذي اعتمده المجلس الوطني للثورة بالإجماع شهر جوان 1962 لبند يتعلق بـ "الكفاح من أجل التعاون الدولي" [319]، كما نص مضمون المادة 11 لأول دستور جزائري سنة 1963 الذي أقر بموافقة الجزائر على الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، و تعبيرا عن قناعتها بأهمية "التعاون الدولي" و ضرورتيه، أقر أيضا "انضمامها إلى كل المنظمات الدولية" شريطة استجابتها لطموحات الشعب الجزائري [320].

في هذا الإطار سعت الجزائر فور الظفر باستقلالها عن المحتل الفرنسي بتاريخ 1962/07/05 للانضمام إلى المنظمات الدولية ذات الطابع العالمي، لتكون أول منظمة تنظم إليها كدولة كاملة العضوية في مستوى هذا النطاق هي منظمة الأمم المتحدة بتاريخ 08 أكتوبر 1962 (أي بعد 03 أشهر فقط من الاستقلال)، و هذا ما أقره المجتمع الدولي [321] حول المجهودات والشراكة الدائمة، الجادة والفعالة للجزائر في المساعي الدولية الرامية إلى تشريع و تنفيذ خطة التنمية المستدامة 2030 و غيرها من الخطط و البرامج التنموية الدولية في مختلف المجالات (اجتماعية، اقتصادية وبيئية)، و منذ ذلك التاريخ تحرص الحكومات الجزائرية المتعاقبة على تحديد و تكييف سياساتها وبرامجها و غاياتها التنموية الوطنية التي تراعي خصوصية إمكانياتها وظروفها المحلية مع مستوى التطلع العالمي، وصولا إلى ما أقره دستور سنة 2020 في مضمون دباجته ومادته رقم 33 على تمسك الجزائر بالتنمية و توجيه سياستها صوب تعزيز الحضور والنفوذ في المحافل الأممية وفق

---

[319] "**إعلان مؤتمر طرابلس**"، صادر عن المجلس الوطني للثورة، بتاريخ جوان 1962، (متاح على شبكة الانترنت https://www.el-mouradia.dz/assets/texts/Congres_Tripoli.pdf)، ص 38.

[320] دستور الجزائر لسنة 1963، المؤرخ في 1963/09/10، صادر الجريدة الرسمية العدد 895، بتاريخ 1963/09/10.

[321] "**يوم تحسيسي حول أهداف التنمية**"، تقرير صادر عن المجلس الإقتصادي و الإجتماعي و البيئي، الجزائر بتاريخ 2016/03/06، (متاح على شبكة الانترنت https://www.cnese.dz/ar/cnese-portal/publications/autres)، ص 01.

مقاربة تشاركية برغماتية تنسجم و خصوصياتها الوطنية في كل المجالات في ظل احترام أهداف ومبادئ منظمة الأمم المتحدة و السعي لدعم التعاون الدولي و تبني ميثاق الأمم المتحدة و أهدافه [322] هذا و كما سبق القول في سياساتها وبرامجها و غاياتها التنموية الوطنية على غرار سياساتها الصحية من خلال استرشادها بأهداف وغايات الخطط التنموية لمنظمة الأمم المتحدة كأهم مظاهر التنسيق الدولي للاستجابة إلى حاجيات و مطالب الإنسانية المتجددة الاجتماعية والاقتصادية و البيئية، و التي جاءت في إطار نسق تراكمي لمسيرة إثراء أجندات التنمية بمفهومها الحديث المتمثل في التنمية المستدامة، حيث كانت آخر هذه الخطط التنموية "خطة التنمية المستدامة 2030".

تتطلب عملية انتقال الجزائر –وبشكل عام الدول الغنية بالموارد الطبيعية– إلى التنمية المُستدامة بذل المزيد من الجهود لتحسين إدارة المخاطر وتعزيز المرونة في أبعادها الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.

و لكون خطة التنمية المستدامة لعام 2030 للأمم المتحدة تتصف بطابعها العالمي الملائم لكل الدول و بشمولية تطبيقها، إضافة إلى تأثيرها على خطط التنمية المحلية و الدولية منذ سريان تنفيذها بتاريخ 2016/01/01 التي تدوم إلى غاية سنة 2030، من خلال 169 غاية لـ 17 هدف تعكس المعايير الدولية المتعلقة بـ: الفقر، الجوع، التعليم، المساواة بين الجنسين، المياه، الطاقة، العمل الصناعة، التفاوتات، المدن، الاستهلاك و الإنتاج، المناخ، الحياة البرية و المائية، السلام و العدل والشراكات، حظيت الصحة فيهم بالهدف الثالث بعنوان "الصحة الجيدة و الرفاه" الموسوم بـ "ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"، الذي يتكون من 28 مؤشر قياس لـ 13 غاية (موضحة في الجدول رقم 08)، لذلك سيتم الاعتماد عليها في التشخيص الكمي لمدى مساهمة السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق التنمية المستدامة خلال الفترة 2016–2022 خصوصا و أن القانون الجزائري للصحة الأخير لسنة 2018 أقر بـ [323]:

– **إنشاء مختلف هياكل و مؤسسات الصحة** (المادة 272): و يكون ذلك وفقا لضروريات التنمية.
– **حماية الصحة و ترقيتها** (المادة 02): تشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية.

[322] دستور الجزائر لسنة 2020، المرجع السابق.

[323] قانون رقم 18–11، مؤرخ في 2018/07/02 يتعلق بالصحة، صادر بالجريدة الرسمية العدد 46 بتاريخ 2018/07/29.

– **التخطيط الصحي الوطني** (المادة 07): الذي يمثل أحد مستويات السياسة الوطنية للصحة، ويكون في إطار التنمية بأبعادها الاقتصادي، الاجتماعي والبيئي (تهيئة الإقليم)، ليعبر بذلك على انخراط السياسة الصحية للجزائر في مسعى تحقيق أهداف و غايات التنمية المستدامة بمختلف أبعادها.

و يوضح الجدول التالي الغايات المتصلة بالصحة ضمن الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة 2030.

الجدول (9): ***الغايات المتصلة بالصحة ضمن الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة 2030***

1.3	خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة لكل 000 100 من المواليد الأحياء.
2.3	وضع حد لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها.
3.3	لقضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة، ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المعدية الأخرى.
4.3	خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث.
5.3	تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد المخدرة وعلاجها.
6.3	خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف.
7.3	ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية.
8.3	تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
9.3	د بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعر ّض للمواد الكيميائية الخطرة لو ّث الهواء والماء والتربة.
3.أ	تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان.
3.ب	دعم البحث والتطوير في مجال للقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة.
3.ج	تحقيق زيادة كبيرة في تمويل قطاع الصحة، وتوظيف قوى عاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية.
3.د	زيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وا ٍدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية.

المصدر: "الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030"، تقرير صادر عن أمانة منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2016/04/08، وثيقة رقم (A69/15)، ص 14.

هذه المقاصد المتعلقة بالصحة المذكورة في الجدول أعلاه قابلة للقياس، حيث أن لكل منها مؤشرات قياس تسمح بإعداد التقارير و استعراض التقدم المحرز بشأنها على الصعيدين الإقليمي

والوطني (الرصد و التتبع و التقييم)، الغرض منها تعزيز معايير الشفافية، المساءلة و المحاسبة والشراكة لاتخاذ الإجراءات التقويمية المناسبة، سيتم تصنيف أهم هذه الغايات المختارة المتعلقة بالصحة حسب أبعاد التنمية المستدامة الاجتماعي، الاقتصادي و البيئي في عملية التشخيص الكمي لمدى مساهمة السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق التنمية المستدامة خلال الفترة 2016–2022.

و لأن الأرقام التي يتم التبليغ عنها من طرف الدول إلى شعبة الإحصائيات في المنظمات التابعة للأمم المتحدة تحظى بالأولوية –تليها من حيث القيمة بيانات الوحدات الإقليمية للإحصاء ثم الأجهزة الوطنية للإحصاء في حال عدم توفرها أو افتقارها إلى للتحيين–[324]، سيتم الاعتماد بشكل كبير على بيانات و أرقام و إحصائيات الأمم المتحدة خاصة منظمة الصحة العالمية لقياس التقدم المحرز في تحقيق السياسة الصحية في الجزائر لغايات التنمية المستدامة و مؤشراتها خلال الفترة 2016–2022.

[324] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، تقرير صادر عن اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغرب آسيا (UNESCWA)، بتاريخ 2023/03/31، (متاح على شبكة الانترنت https://www.unescwa.org/sites/default/files/inline-files/AR_Metadata-03-07-02_202303.pdf)، ص 02.

المطلب الأول: السياسة الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق غاية إنهاء وفيات المواليد والأطفال التي يمكن تفاديها

تندرج هذه الغاية ضمن الهدف الثالث المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 و تقاس بمؤشري معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة وكذا معدل وفيات المواليد.

الفرع الأول: السياسة الصحية المتعلقة بإنهاء وفيات المواليد والأطفال في الجزائر

تولي الجزائر منذ استقلالها في مبادئ و خطط و برامج سياساتها التنموية و الصحية المتوالية أهمية بالغة لغاية إنهاء وفيات المواليد و الأطفال، و خصت حماية الأطفال في القانون الجزائري للصحة الأخير لسنة 2018 بقسم بعنوان "حماية صحة الأم و الطفل"، من خلال تبني مقاربة قائمة على ثنائية الحماية و المكافحة، حيث نصت المادة 70 على أن أولية الصحة العمومية تتمثل في برامج مكافحة وفيات الأمهات و الأطفال التي تنفذها الهياكل و المؤسسات الصحية، و كإجراء وقائي سبقت المادة 69من خلال إجراء الحماية للطفل بواسطة جميع التدابير لضمان الظروف الصحية له و لنموه [325] إضافة إلى الالتزام بتنفيذ التعهدات والمواثيق الدولية المتعلقة بخفض معدل وفيات الأطفال والرضع.

و من أهم برامج مكافحة وفيات المواليد والأطفال التي انتهجتها السياسات الصحية الجزائرية منذ الاستقلال تبني مجانية و إجبارية تطعيم الأطفال ضد مختلف الأمراض ضمن البرنامج الوطني للتطعيم لسنة 1969 الذي جاء به المرسوم رقم 69–88 المؤرخ في 1969/01/17 بغية الحد من وفيات الأطفال المرتفعة بعد الاستقلال، تم تجديد هذا البرنامج سنة 1974، ليطلق سنة 1978 برنامج موسع للتلقيح ضد أمراض الأطفال الذي تم إحياؤه سنة 1986 بغية بلوغ الأهداف العالمية لبرنامج التحصين الموسع سنة 1990 لحماية الأطفال من عديد الأمراض خاصة في المناطق النائية و من أهم البرامج الوطنية للحد من وفيات المواليد و الأطفال دون سن الخامسة نذكر [326]:

---

[325] دستور الجزائر لسنة 2020، المرجع السابق.

[326] علي شميني و زينت فاصولي، **البرامج الصحية و دورها في خفض وفيات الرضع و الأطفال**، مجلة الأسرة والمجتمع، جامعة الجزائر 2، العدد 02 (المجلد 11)، 2023/12/31، ص.ص 22–26.

– البرنامج الوطني الموسع للتلقيح سنة 1977.

– البرنامج الوطني لتباعد الولادات سنة 1983.

– البرنامج الوطني لمكافحة الإسهال سنة 1984.

– البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الرضع سنة 1984.

– البرنامج الوطني لمكافحة قبل و ما حول الولادة سنة 1986، تلاه برنامج وطني لمكافحة أمراض التنفس.

– البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة 2006–2009: بالتركيز على الفترات التي تسبق الولادة و أثناءها و ما بعدها بغية تحقيق رعاية شاملة للأطفال حديثي الولادة من قبل أطباء مختصين في طب الأطفال و نمو الجنين و الطفل و خفض وفيات ما قبل الولادة.

كل البرامج الوطنية المذكورة تأتي ضمن المساعي المستمرة للسياسة الصحية الجزائرية الرامية إلى خفض معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة في إطار شراكة مع فاعلين دوليين في مجال الصحة، كان آخرها:

– برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة لسنة 2016:

يمكن تلخيص مضمون البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة في الجزائر لسنة 2016 في الجدول التالي:

الجدول (10): مضمون البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة لسنة 2016

الهدف	إستراتيجية العمل
1- تطوير طب المواليد الجدد من خلال تحديث كل الهياكل و المؤسسات الصحية المتخصصة في طب المواليد الجدد في جميع النواحي (منشأة موارد مادية و بشرية) و تنظيمها ضمن شبكة وطنية للرعاية الصحية.	1- تعزيز الرابطة بين الطفل و الأم من خلال إنشاء وحدات أو خدمات لطب المواليد الجدد داخل الهياكل و المؤسسات الصحية المتخصصة في التوليد.
2- إنشاء وحدات "الكنغر": و هي طريقة مستخدمة لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة منخفضي الوزن (أقل من 1800غ) من خلال إبقائهم مع أمهاتهم لتوفير الدفء، الرضاعة الطبيعية، شعور الحنين و الحماية، مع المحافظة على جودة الرعاية للطرفين.	2- استبعاد الأطفال حديثي الولادة المصابين بضيق كبير أو علامات سريرية رئيسية للعدوى.
3- إنشاء شبكات رعاية صحية ما حول الولادة قائمة على احتياجات السكان في قطاع صحي محدد تكون في شكل سلسلة لا يمكن فصل أي جزء منها تحت أي ظرف، تسمح بعمل مستخدمي الصحة في كل التخصصات ضمن شبكة متكاملة و متناسقة لصالح الزوجين والطفل.	3- تبني مقاربة عمل طبي جماعي لمستخدمي الصحة بغية الاستجابة الفعالة للاحتياجات الصحية الضرورية.
4- التقليل من حالات عدم توافق الأم و الجنين في عامل "رايزيسي" إلى نسبة 75% الذي يساهم في تقليل حالات الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومرض الأطفال حديثي الولادة (اليرقان)	4- الحد من هذه الحوادث يكون من خلال إجراء الفحوصات اللازمة للأبوين منذ الاستشارة الطبية الأولى و الاختبارات الضرورية للحامل حول "العامل الرايزيسي"، و في حال كانت النتيجة إيجابية تتم مراقبة الحمل ورعاية الولادة في بيئة خاصة، إضافة إلى الوقاية باستخدام اللقاحات المناسبة لمنع المضاعفات الخطيرة على الأم والطفل.

5– تمكين مستخدمي الصحة المنخرط في البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة على الالتزام بتدابير ضمان الرعاية المناسبة للمواليد الجدد و الشروط الأساسية لاستقبالهم في غرف الولادة.	5– الالتزام بتدابير و شروط: نظافة اليدين التجفيف الجيد للمولود، وضع جلد المولود على جلد أمه (التلامس الجلدي)، العناية الفورية بالحبل السري التقيد بالتوصيات الخاصة بعملية شفط مجرى الهواء العلوي لغرف الولادة الرضاعة الطبيعية المبكرة والعناية الأساسية بعدها، تطهير العينين، الفحص الأولي في غرف الولادة و متابعة وزن الطفل حديث الولادة.
6– مكافحة الاختناق المرتبط بظروف الإنعاش عند الولادة.	6– توحيد عناصر رعاية الولادة لجميع الأطفال حديثي الولادة في جميع مستوياتها (مستشفيات جامعية، عمومية، متخصصة، مراكز صحية أو مؤسسات عمومية للصحة الجوارية).
7– الوقاية من انخفاض حرارة جسم المولود الجديد من خلال تعزيز رابطته بأمه منذ الولادة وتوفير درجات حرارة مناسبة بالمستشفى (غرف دافئة بشكل صحي، حاضنات و غيرها).	7– تدريب جميع المستخدمين الطبيين المشاركين في الولادة ورعاية المواليد الجدد (أطباء، قابلات وممرضين) على مبادئ وتقنيات "سلسلة الدفء".
8– خفض نسبة وفيات المواليد الجدد بسبب مرض نزفي (داخل الدماغ) إلى 75%.	8– حقن المواليد الجدد خاصة الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية منهم بفيتامين K في العضلة في غرفة الولادة.
9– خفض نسبة وفيات المواليد الجدد بسبب العدوى الأم–الجنين إلى 30%.	9– التشخيص الفعال لعدوى الأم–الجنين بتحديد فئة الأطفال حديثي الولادة المهددين بالعدوى ومباشرة العلاج باستخدام المضادات الحيوية.
10– تعزيز الرضاعة الطبيعية المبكرة للمواليد الجدد بالسماح للأمهات بالبقاء معهم طيلة اليوم.	10– عمل مستشفيات التوليد العمومية و الخاصة على توفير كل الشروط الضرورية للأمهات لضمان رضاعة مثالية لأولادهم الجدد.
11– تفادي الإصابات العقلية لأطفال حديثي الولادة من خلال الوقاية و البدء في العلاج المبكر.	11– الكشف بقياسات و اختبارات و فحوصات على عينات من دم جميع الأطفال في الـ 3 أيام الأولى من ولادتهم.

12- تكييف سياسة رعاية ما حول الولادة مع المعايير و المؤشرات الصحية للدول المتقدمة.	12- توافق الجوانب التنظيمية الخاصة بالوفيات ما حول الولادة مع توصيات المنظمة العالمية للصحة وكذا تسجيل جميع الأطفال المولودين أحياء أو قابلين للحياة في السجل المدني حتى لو ماتوا مبكرا.
13- إعداد شهادة طبية خاصة بوفاة الأطفال حديثي الولادة في جميع الفترات المحيطة بالولادة.	13- إدراج جميع بيانات و محينة بإستمرار حول المتوفى وأسباب وفاته وكل ما تعلق برعاية ما حول الولادة.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Programme National Périnatalité 2016-2020, 2016, p.p 10-20.

جاء هذا البرنامج بمبادرة من مصالح وزارة الصحة والسكانوا إصلاح المستشفيات من خلال اتخاذها لخيار بأن تكون جزء من عملية الشراكة مع مجموعة من خبراء منظمة الصحة العالمية وبدعم منها ومن منظمة اليونيسيف بغية خفض معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة إلى ما دون 20٪ من المواليد الأحياء بحلول عام 2020 و تحسين نمو الجنين وتطوره، مسترشدة في ذلك بالتطلعات العالمية مع الحفاظ على الخصوصية الوطنية، حيث اعتمد هذا البرنامج على تقنية تحديد الأهداف بصفتها مجالات التدخل و ما يقابلها من إستراتيجيات العمل حيالها في مجال خفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ضمن منظومة وطنية منسجة و متكاملة في كل المجالات المتدخلة في هذه الغاية تستهدف الزوجين والطفل بداية من شبكة الهياكل و المؤسسات الصحية المتخصصة، وفي الجانب الإداري من خلال توثيق مفصل لوفيات الأطفال سواء ورقيا أو معلوماتيا، و من الناحية التأطيرية من خلال مورد بشري طبي وفق الشروط الصحية العالمية المطلوبة، و في الجانب المتعلق بالخدمة الصحية و الطبية المتخصصة تكون بداية بالوقاية من المسببات الرئيسية الأولية للوفيات ومكافحتها و التركيز على غرفة الولادة كأول حلقة وقاية وعلاج للمواليد الجدد ثم تعزيز الرابطة والتوافق الطبي بين ثالوث الطفل و الأم و الأب، و من ناحية الفاعلين في هذه الغاية تم الإقرار بأهمية الشراكة مع الفاعلين الدوليين من خلال التكيف مع المعايير و المؤشرات الصحية العالمية.

و حسب إطار المؤشرات العالمية لأهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام 2030 فإن غاية إنهاء وفيات المواليد والأطفال التي يمكن تفاديها يمكن قياسها بمؤشري معدل وفيات الأطفال

دون سن الخامسة و كذا وفيات المواليد، الذين سيمكنان من قياس كمي لحقيقة المستوى وواقع السياسات الصحية المنتهجة من طرف الحكومة الجزائرية، في سبيل إنهاء وفيات المواليد والأطفال وفق المعايير المطلوبة.

الفرع الثاني: مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يندرج هذا مؤشر ضمن الغاية رقم 3–2 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة الموسومة بـ "وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دونسن ّ الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد علىالأقل ّ إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي".

أولا: البيانات الوصفية لمؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يعبر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عن وفاة الطفل المحتملة من بين كل 1000 مولود حي ُ لِد في سنة أو فترة زمنيةمعي ّنة قبل بلوغه سن الخامسة.

1– مصادر البيانات و طرق جمعها: تستمد التقديرات النموذجية الوطنية لوفيات الأطفال من مصادر مختلفة يمكن ترتيبها حسب الأهمية و الجودة إلى [327]:

– **السجل المدني:** تعتبر بياناته هي الأفضل كونها مستمدة من جدول حياة مختصر وموحد في السجل المدني.

– **تعداد السكان وبيانات مسح الأسر المعيشية:** تستند على تساؤلات توجه للأمهات حول تاريخ الولادة الكامل و مختصر تاريخ الولادة، و يتم اللجوء إليها في حال غياب منظومة شاملة وفعالة للسجل المدني و تسجيل مستمر للأحوال الشخصية، و يتم اللجوء إلى مخططات المسوح الأسرية كالمسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) بوصفها برنامج دولية مؤسسة و مدعومة من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) و مصادر رئيسية للبيانات.

و تقوم كل من منظمة الأمم المتحدة للطفولة من خلال المكاتب الوطنية التابعة لها مع الفريق المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأطفال بجمع هذه البيانات من كل المصادر المتاحة التي رفعتها وزارة الصحة إلى منظمة الصحة العالمية، تم تطوير قاعدة البيانات بغية الرفع من مؤشر الشفافيـ ّة في عملية التقدير.

[327] **"البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة"**، المرجع السابق، ص 2.

2- **طرق حساب المؤشر**: رغم اختلاف مصادر البيانات المتعلقة بوفيات الأطفال إلى أن طرق حساب هذا المؤشر تم تحديدها حسب مصادرها التالية [328]:

– يستمد الفريق المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة تقديراته حول وفيات الأطفال من البيانات الوطنية من خلال تطبيقه لطريقة تركيب منحنية للبيانات التجريبية بعد خفض عدد الأخطاء الواردة ضمن كل تقدير والتوفيق بينها للوصول إلى تقديرات جديدة، و ذلك بتطبيق النموذج الافتراضي لمنحنيات B التنازلية (B-splines) على البيانات التجريبية للحصول على تقديرات كل بلد حول وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

– بالنسبة للسجل المدني من خلال حساب عدد السكان لكل فئة عمرية ثم حساب معدلات الوفيات فيها، تحو ّ ل بعدها إلى احتمال الوفيات حسب كل فئة على غرار الأطفال ما دون الخامسة.

– في التعدادات والمسوح يتم فيها استخدام طريقة غير مباشرة تستند على أسئلة تطرح على كل امرأة بلغت مرحلة الإنجاب حول عدد ولاداتها و عدد من بقي منهم حيا ليستعمل بعدها نموذج "براس" وجداول الحياة النموذجية لتقدير معدل وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع.

– بالنسبة للمسوح يتم فيها استخدام طريقة مباشرة تستند على أسئلة حول تاريخ الولادة لتقدير معدل وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع.

و تتم عملية حساب المؤشر من خلال المعادلة التالية [329]:

$$\text{معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة \%} = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة}}{\text{عدد المواليد أحياء خلال سنة}} \times 1000$$

[328] المرجع نفسه.

[329] أنظر "**أهداف التنمية المستدامة دولة قطر**"، على الرابط: https://sdg-ar-psaqatar.opendata.arcgis.com/pages/t-0302، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/29 الساعة 21:50).

ثانيا: قياس التقدم المحرز لسياسة خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر

حسب تقديرات فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال انخفض عدد وفيات الأطفال قبل بلوغهم سن الخامسة في العالم إلى مستوياته الدنيا سنة 2022 ببلوغه 4.9 مليون، و يعزو ذلك حسب المدير التنفيذي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) Catherine Russell بالدرجة الأولى إلى كفاءة و مهارة المورد البشري الصحي المتخصص (قابلات ومستخدمين صحيين) في تيسير الولادة الآمنة للأمهات، تطعيم الأطفال لتحصينهم من مختلف الأمراض و دعمهم صحيا و غذائيا من خلال خدمات صحية جيدة و فعالة و بتكاليف منخفضة، إلا أنه و رغم هذا التقدم المحرز لا تزال الجهود الدولية مجتمعة غير كافية لإنهاء الخسائر المؤسفة في وفيات الأطفال قبل بلوغهم سن الخامسة في العالم، التي ترجع أسبابها الأساسية التي يمكن تفاديها إلى أسباب تتعلق بالولادة مثل الولادة المبكرة و مضاعفات الولادة، و كذا بعض الأمراض أهمها الالتهاب الرئوي، الملاريا والإسهال، إضافة إشكالات الحصول على رعاية صحية أولية جيدة (لقاحات، مستخدمين صحيين مهرة عند الولادة، تعزيز الرضاعة الطبيعية المبكرة، تشخيص أمراض الأطفال و علاجها). [330]

و حسب آخر تقديرات حكومية جزائرية رسمية لاحتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر لسنة 2016، سجل المعدل العام تراجعا معتبرا ما بين سنتي 2015 و 2016 بانخفاض قدره 0.3 نقطة بعد بلوغه 25.4 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي، أرجع ذلك إلى تراجع وفيات الرضع. [331]

هذه القيمة العددية لامست عتبة المعدل المطلوب لتحقيق مؤشر خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة

---

[330] أنظر "**وفيات الأطفال على مستوى العالم تحقق انخفاضاً تاريخياً في عام 2022**"، متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية على الرابط: https://www.who.int/ar/news/item/03-09-1445-global-child-deaths-reach-historic-low-in-2022---un-report، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/27 الساعة 20:39).

[331] "**ديموغرافيا الجزائر 2016**"، تقرير صادر عن الديوان الوطني للإحصاء (ONS)، سنة 2016، (متاح على شبكة الانترنت https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demog16ar.pdf)، ص 22.

2030 للأمم المتحدة، و يوضح الجدول التالي وضعية معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر بالفترة من 2016 إلى 2022.

الجدول (11): *معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر بين 2016 – 2022*
(وحدة القياس: 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1 000 مولود حي)

السنوات		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	جنس أنثى	23.08	22.65	22.18	21.67	21.14	20.58	20.02
	جنس ذكر	26.66	26.21	25.71	25.15	24.60	24.00	23.36
	المعدل العام	24.91	24.47	23.98	23.46	22.91	22.33	21.75

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، على الرابط المختصر: https://2u.pw/02VLGpep، أطلع عليه بتاريخ 2023/03/27 الساعة 21:41.

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

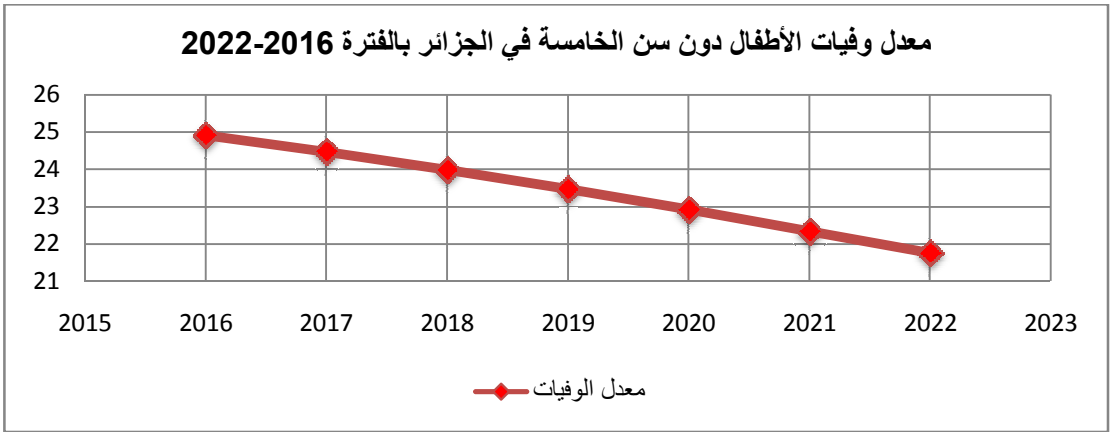
– أول ما يلفت الانتباه هو أن أعلى معدل عام لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر بالفترة بين 2016 و 2022 بلغ 24.91 وفاة في كل 1000 مولود حي، أي أنه حقق هدف مؤشر خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، بتحقيق نتيجة نجاح في التقدم بكسب 0.09 نقطة عن العتبة المحددة ما يعادل نسبة 0.36%.

– أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر بالفترة بين 2016 و 2022 سواء لدى الذكور أو الإناث أو المعدلات العامة سجلت تحسن باعتدال (استمرار بثبات) أو أن التقدم المحرز فيها كان ثابتا، و ذلك بتسجيل انخفاض متدرج و مستمر في المعدل العام للوفيات في كل 1000 مولود حي من 24.91 حالة سنة 2016 إلى 21.75 حالة سنة 2022، بتراجع معتبر بانخفاض قدره 3.16 نقطة، أي بنسبة نجاح في التقدم قدرت بـ 12.6%، و هي نسبة جد قيمة تحسب لبرامج وخطط الحكومات الجزائرية خلال الفترة بين 2016 و 2022 بغية تحقيق مؤشر خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، و هذا ما أكدته آليات استعراض التقدم المحرز في تحقيق هذا

المؤشر سنة 2022 الخاص بالمنطقة العربية المعتمدة في عملية التقييم [332]، التي تظهر "السهم ذو اللون الأخضر المتجه عموديا نحو الأعلى"، الذي يشير إلى أن الجزائر "على المسار الصحيح لتحقيق أهداف التنمية المستدامة" وذلك يعني بأن نتيجة التقدم تتماشى مع المعدل المطلوب أو أنها تجاوزت بالفعل العتبة المطلوبة لتحقيق مؤشر خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، كما تُظهر "النقطة ذات اللون الأخضر" ● التي تعبر على أنه "تم تحقيق مؤشر هدف التنمية المستدامة" بنجاح.

و يؤكد المنحنى البياني التالي معاينة التحسن المعتدل (استمرار الانخفاض المتدرج بثبات) والتقدم الثابت في انخفاض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي أحرزته الجزائر في الفترة بين 2016 و 2022.

الشكل (26): *التحسن المعتدل والتقدم الثابت في انخفاض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة (في الفترة بين 2016 و 2022)*

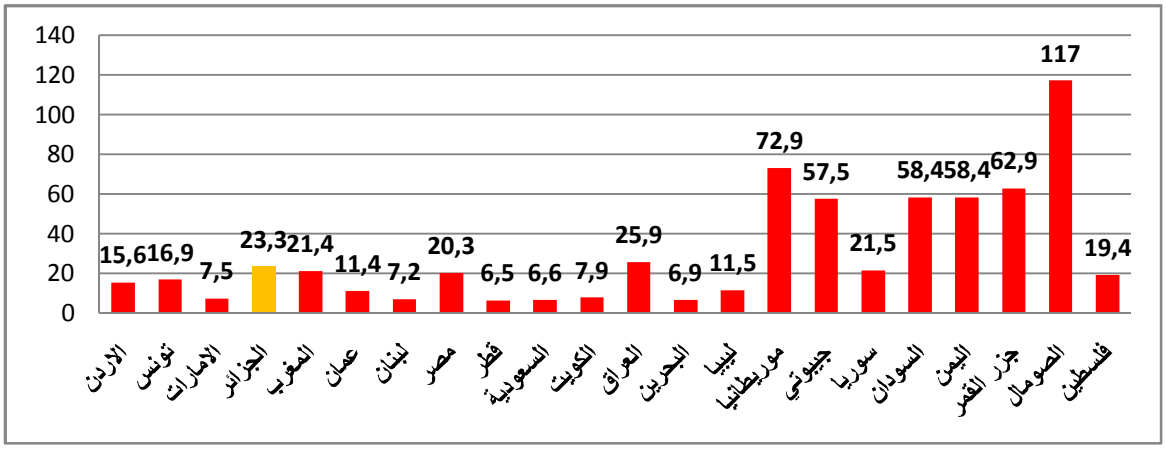


المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، على الرابط المختصر: https://2u.pw/02VLGpep، أطلع عليه بتاريخ 2023/03/27 الساعة 21:41.

[332] Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p 95.

و رغم هذا التحسن و الثبات في التقدم نحو خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي أحرزته الجزائر في الفترة بين 2016 و 2022، إلا أنه و حسب تقديرات سنة 2022 [333] لم تأت الجزائر في الترتيب الذي يلبي تطلعاتها على الصعيدين الدولي و الإقليمي، و يوضح المخطط الشريطي التالي معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا و موقع الجزائر فيها.

الشكل (27): *معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا (تقديرات 2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات:

Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p 95, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/arab-sdg-index-and-dashboard-report-2022/

في قراءة تحليلية للمعطيات المدونة بالشكل أعلاه، جاءت الجزائر في المرتبة 15 في مؤشر خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي في المنطقة العربية و ما قبل الأخيرة في منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا، متقدمة على موريتانيا التي جاءت في المرتبة 21 عربيا، حيث تبوأت قطر المركز الأول بمعدل 6.5 حالة، في حين تذيلت الصومال ترتيب الدول العربية بمعدل 117.0 حالة وفاة.

[333] Ibid,p.95.

تشير هذه الأرقام و التصنيفات إلى أن عدد سكان الدولة ليس بالمؤشر الحاسم في تحديد المعدلات المذكورة، بدليل أن مصر بصفتها أكبر دولة عربية من حيث التعداد السكاني جاءت متقدمة على الجزائر في المرتبة 12 بـ 20.3 حالة (بفارق 03 نقاط كاملة)، نفس الأمر يتعلق بعامل الاستقرار الأمني و المؤسساتي للدولة، حيث أن كل من فلسطين، ليبيا و سوريا تقدمت على الجزائر رغم ما تعانيه و لا تزال من حالات عدم الاستقرار خاصة من الناحية الأمنية والسياسية، ليتأكد بذلك بأن جودة و فاعلية البرامج والخطط والسياسات الصحية المنتهجة من طرف الدول (خاصة ما تعلق بالتغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الجيدة و المستدامة للجميع) هي المتغير الفارق في بلوغ غاية خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي، سواء من حيث مستوى التخطيط الصحي، كفاية الإمكانيات المالية، المادية و البشرية و كفاءتها و جودتها، التناسق بين مضمون البرامج الوطنية لمكافحة وفيات الأطفال وعملية تنفيذها، أو مدى شمول أهداف وا ٍستراتيجيات هذه البرامج لتفاصيل و تشعبات مقصد خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

و رغم هذا الترتيب الذي لم يلب تطلعات الجزائر على الصعيدين الدولي و الإقليمي، إلا أن حالة الجزائر تميزت بالانخفاض الجلي في عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة، و يرجع الدور الكبير في ذلك حسب رئيس الجمعية الجزائرية لطب الأطفال "معوش هاشمي" [334]، إلى البرنامج الوطني للتلقيح الذي قضى على عديد أمراض الطفولة أهمها شلل الأطفال، كما ساهم بشكل كبير في خفض الإصابات بأمراض الالتهابات الرئوية القاتلة، الحصبة، التهاب السحايا والجدري.

[334] أنظر "**انخفاض ملحوظ" في عدد وفيات الأطفال بفضل التلقيح**"، بتاريخ 2023/12/20، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/algerie/153910، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/28 الساعة 00:40).

الفرع الثالث: مؤشر وفيات المواليد

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3–2 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

أولا: البيانات الوصفية لمؤشر وفيات المواليد

معدل وفيات المواليد يقصد بها وفيات الأطفال حديثي الولادة أو المواليد الجدد، و تعنى بدراسة احتمال وفاة الأطفال المولودين في سنة أو مدة زمنية معينة خلال 28 يوم الأولى من عمرهم لكل 1000 ولادةحيّة، ويمكن تقسيم وفيات المواليد إلى وفيات الأطفال حديثي الولادة المبكرة التي تحدث خلال السبعة أيام الأولى من العمر، ووفيات الأطفال حديثي الولادة المتأخرة التي تحدث بعد اليوم السابع ولكن قبل اليوم 28 من العمر. [335]

1– مصادر البيانات و طرق جمعها: تستمد التقديرات النموذجية الوطنية لوفيات المواليد من نفس مصادر وفيات الأطفال دون سن الخامسة التالية [336]:

- السجل المدني.
- تعداد السكان وبيانات مسح الأسر المعيشية.

و يتم جمع هذه البيانات من كل المصادر المتاحة التي رفعتها وزارة الصحة إلى منظمة الصحة العالمية من طرف منظمة الأمم المتحدة للطفولة من خلال المكاتب الوطنية التابعة لها بمرافقة الفريق المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأطفال، حيث تم تطوير قاعدة البيانات بغية الرفع من مؤشر الشفافية في عملية التقدير.

2– **طرق حساب المؤشر:** رغم اختلاف مصادر البيانات المتعلقة وفيات المواليد إلى أن طرق تقنيات حساب هذا المؤشر هي نفسها بالنسبة لمعدل وفيات المواليد دون 5 سنوات، يتم تحديدها حسب مصادرها التالية [337]:

---

[335] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص 1.

[336] المرجع نفسه، ص 2.

[337] المرجع نفسه، ص 4.

– بالنسبة للفريق المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة، يستمد تقديراته حول وفيات المواليد من البيانات الوطنية بتطبيقه لطريقة تركيب منحنية للبيانات التجريبية بعد خفض عدد الأخطاء الواردة ضمن كل تقدير والتوفيق بينها للوصول إلى تقديرات جديدة، و ذلك بتطبيقه لنموذج الافتراضي لمنحنيات B التنازلية (B-splines) على البيانات التجريبية للحصول على تقديرات كل بلد.

– بالنسبة للسجل المدني من خلال حساب معدل وفيات الأطفال المواليد الجدد من عدد المتوفين 28 يوم الأولى من أعمارهم وعدد المواليد.

– في التعدادات والمسوح من خلال طرح أسئلة عن وفيات المواليد بسبب الوضعية المعيشية للأسر (فقر أو ثراء) خلال مدة سنة.

و تتم عملية حساب المؤشر من خلال المعادلة التالية [338]:

$$\text{معدل وفيات المواليد الجدد (0 – 28 يوم) \%} = \frac{\text{عدد الوفيات بين حديثي الولادة (أقل من 4 أسابيع بعد الولادة)}}{\text{عدد المواليد الأحياء خلال سنة}} \times 1000$$

ثانيا: قياس التقدم المحرز لسياسة خفض وفيات المواليد في الجزائر

رغم ما يشهده العالم من تقدم محرز في الإبقاء على حياة الأطفال من خلال الجهود المبذولة لخفض العدد العالمي لوفيات المواليد الجدد من 05 مليون حالة سنة 1990 إلى 2,3 مليون سنة 2022 خلال 28 يوم الأولى من حياتهم (بنسبة حوالي 47% من إجمالي وفيات الأطفال دون 5 سنوات أي ما يعادل 6500 حالة وفاة يومية بين المواليد)، إلا أن هذا التحسن كان بطيء بالمقارنة مع خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من نفس الفترة، حيث يتوفى ما يعادل 75% من المواليد الجدد خلال الأسبوع الأول من حياتهم، كما أن حوالي مليون مولود يموتون خلال 24 ساعة الأولى، و ترجع أهم الأسباب الرئيسية لوفيات المواليد في العالم إلى الولادة المبكرة، المضاعفات المرتبطة بالولادة كإختناق الوليد، العدوى، التشوهاتالخِلقية التي تتسبب في قرابة نصف الوفيات لدى الأطفال دون 5 سنوات، كما أن بلد أو مكان الولادة يعتبر مؤشرا مهما لمعدلات وفيات المواليد حيث

[338] أنظر "**أهداف التنمية المستدامة دولة قطر**"، المرجع السابق.

تسجل منطقة وسط وجنوب آسيا ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أعلى المعدلات سنة 2022 بـ 27 حالة لكل 1000 مولود حي. [339]

لم توفر آخر تقديرات حكومية جزائرية رسمية لسنة 2021 للفترة بين 2016 و 2018 إحصائيات بخصوص احتمال وفيات المواليد الجدد في الجزائر، حيث اكتفت في محور المؤشرات الديموغرافية بالتطرق إلى المعدل الخام للوفيات (ارتفع بـ 0.11 نقطة من 4.42‰ سنة 2016 إلى 4.53‰ سنة 2018 أي بنسبة زيادة 2.43%)، معدل وفيات الأطفال (ارتفع بـ 0.1 نقطة من 20.9‰ سنة 2016 إلى 21.0‰ سنة 2018 أي بنسبة زيادة 0.4%) و المواليد أموات (إنخفض بـ 1.1 نقطة من 13.2‰ سنة 2016 إلى 12.1‰ سنة 2018 أي بنسبة تحسن 8.3%). [340]

تجدر الإشارة في هذا المقام إلى أن غياب الإحصائيات و البيانات الوطنية المحينة بخصوص وفيات المواليد الجدد في الجزائر من شأنها إجبار القائمين على إدارة العملية التنموية المتعلقة بخفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي إلى اللجوء إلى إحصائيات وتقديرات عبر وطنية قد تكون حاملة في بياناتها تحيزا وعدم موضوعية.

يوضح الجدول التالي وضعية معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر بالفترة من 2016 إلى 2022.

الجدول (12): *معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر بين 2016 – 2022*

(وحدة القياس: 12 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي)

السنوات	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
معدل وفيات المواليد الجدد	15,16	15,39	15,81	16,03	15,9	15,56	15,15

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، على الرابط المختصر: https://2u.pw/uzfjkV1Z، أطلع عليه بتاريخ 2023/03/30 الساعة 01:39.

[339] أنظر "**وفيات المواليد**"، متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية على الرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/30 الساعة 00:03).

[340] "**ديموغرافيا الجزائر 2016**"، المرجع السابق، ص.ص 22-23.

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

- أول ما يلفت الانتباه هو أن أدنى معدل عام لوفيات المواليد الجدد في الجزائر بالفترة بين 2016 و2022 بلغ 15,15 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي (سنة 2022)، أي أن الجزائر خلال هذه الفترة لم تحقق هدف مؤشر خفض وفيات المواليد علىالأقلّ إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، بل عجزت عن إحراز التقدم نحوه بـ - 3.15 نقطة (سالب) و هو ما يعادل نسبة عجز 22.6% عن العتبة المحددة (12 حالة).

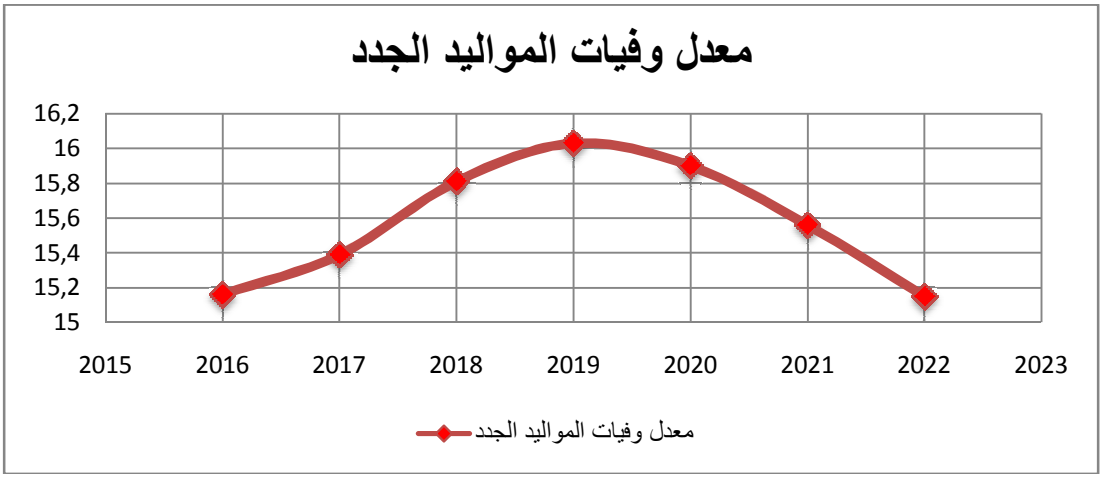
- أن معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر بالفترة بين 2016 و 2022 انتهت أعداد حالاتها سنة 2022 بمثل ما بدأت به تقريبا سنة 2016، مع تسجيل فارق مكسب غير معتبر تماما قدر بـ 0.01 نقطة بنسبة تعادل 0.06%، تخلل هذه الفترة ارتفاع بسيط باعتدال في معدلات وفيات المواليد الجدد أو أن التخلف عن التقدم فيها كان شبه ثابتا، لتصل إلى ذروتها سنة 2019 بتسجيل 16,03 حالة أي بخسارة 0.87 نقطة بنسبة تعادل 5.42%، و تعاود الانخفاض البسيط باعتدال أو استعادة ما كانت عليه سنة 2016 لتستقر عند معدل 15.15 حالة سنة 2022، أي بتسجيل فارق مكسب بسيط قدر بـ 0.88 نقطة بنسبة تعادل 5.48%، إلا أنه لا يرقى إلى تحقيق هدف مؤشر خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

هذه القراءة التحليلية لمعدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر بين 2016 – 2022 أكدتها آليات استعراض التقدم المحرز في تحقيق هذا المؤشر سنة 2022 الخاص بالمنطقة العربية المعتمدة في عملية التقييم[341]، التي تُظهر "السهم ذو اللون الأحمر المتجه عموديا نحو الأسفل" ↓ الذي يشير بأن أداء الجزائر نحو إحراز التقدم المطلوب لخفض أو إنهاء وفيات المواليد الجدد "منخفض أو دون المستوى المطلوب" وذلك يعني بأن نتيجة التقدم في الاتجاه غير الصحيح نحو تحقيق مؤشر خفض وفيات المواليد علىالأقلّ إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، كما تظهر "النقطة ذات اللون البرتقالي" ● التي تعبر على أنه "لا تزال هناك تحديات و صعوبات كبيرة وجب تجاوزها".

[341] Bayoumi M et all, Op.cit, p 94.

و يؤكد المنحنى البياني التالي معاينة عدم الاستقرار في التقدم المحرز للجزائر بين الارتفاع والانخفاض في معدلات وفيات المواليد الجدد بين 2016 و 2022، دون تحقيق مستوى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي.

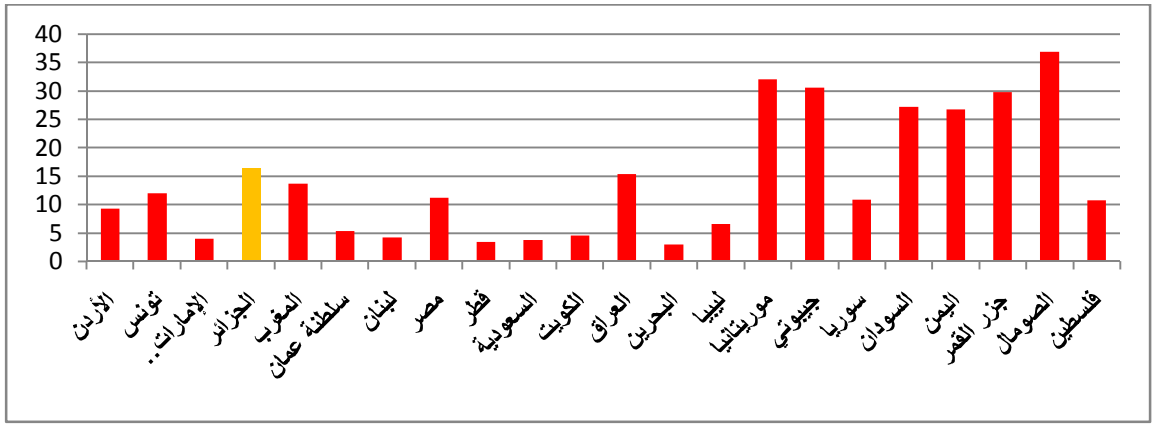
الشكل (28): *مستويات الآداء نحو إحراز تقدم في خفض معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر (في الفترة بين 2016 و 2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، على الرابط المختصر: https://2u.pw/uzfjkV1Z، أطلع عليه بتاريخ 2023/03/30 الساعة 01:39.

هذا الأداء "المنخفض أو دون المستوى المطلوب" نحو إحراز التقدم اللازم لخفض وفيات المواليد الجدد إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي في الجزائر في الفترة بين 2016 و2022 انعكس على ترتيب الجزائر صوب هذا الاتجاه الذي لم يلب تطلعاتها على الصعيدين الدولي والإقليمي، و يوضح المخطط الشريطي التالي معدلات وفيات المواليد الجدد في المنطقة العربية ومنطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا و موقع الجزائر فيها.

الشكل (29): معدلات وفيات المواليد الجدد في المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا (تقديرات سنة 2022)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات:

Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p 94, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/arab-sdg-index-and-dashboard-report-2022/

في قراءة تحليلية للمعطيات المدونة بالشكل أعلاه، جاءت الجزائر في المرتبة 16 في مؤشر خفض معدلات وفيات المواليد الجدد لكل 1000 مولود حي في المنطقة العربية و ما قبل الأخيرة في منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا، متقدمة على موريتانيا التي جاءت في المرتبة 21 عربيا، حيث تبوأت البحرين المركز الأول بمعدل 2,9 حالة، في حين تذيلت الصومال ترتيب الدول العربية بمعدل 36,9 حالة وفاة، و يؤكد هذا الترتيب و ما تعلق به من أرقام بأن جودة و فاعلية البرامج والخطط والسياسات الصحية المنتهجة من طرف الدول (خاصة ما تعلق بالتغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الجيدة و المستدامة للجميع) هي المتغير الفارق في بلوغ غاية خفض معدلات وفيات المواليد الجدد، سواء من حيث مستوى التخطيط الصحي، كفاية الإمكانيات المالية، المادية و البشرية وكفاءتها و جودتها، التناسق بين مضمون البرامج الوطنية لمكافحة وفيات الأطفال وعملية تنفيذها، أو مدى شمول أهداف وا إستراتيجيات هذه البرامج لتفاصيل و تشعبات مقصد خفض معدلات وفيات المواليد الجدد، خاصة و أن نسبة إجمالي المواليد الأحياء لكل 1000 ساكن في الجزائر قد ارتفعت من 19,36 إلى 25,40 بين سنتي 2000 و 2017، وهي من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم

حسب دراسة أجرتها مديرية السكان لوزارة الصحة والسكانوا إصلاح المستشفيات [342]، كما أكد هذا التصنيف بأن مؤشري عدد سكان الدولة والاستقرار الأمني والمؤسساتي للدولة ليسا بالعاملين الحاسم في تحديد معدلات وفيات المواليد الجدد بدليل أن مصر بصفتها أكبر دولة عربية من حيث التعداد السكاني جاءت متقدمة على الجزائر في المرتبة 12 بـ 11,1 حالة (بفارق 5.2 نقاط كاملة)، كما أن كل من ليبيا، سوريا، العراق و فلسطين تقدمت على الجزائر رغم ما عانته و لا تزال من حالات عدم الاستقرار خاصة من الناحية الأمنية والسياسية.

و حسب رئيس الجمعية الجزائرية لطب حديثي الولادة البروفسور حريدي فإن أهم أسباب الأداء "المنخفض أو دون المستوى المطلوب" نحو إحراز التقدم اللازم لخفض وفيات المواليد الجدد إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي في الجزائر في الفترة بين 2016 و2022 تعزو حسب الأهمية والتأثير إلى [343]: الولادة المبكرة حيث أن المواليد قبل الأسبوع 33 عن موعد الوضع ترتفع إحتمالات وفاتهم، و يأتي في المقام الثاني المواليد بصعوبات التنفس، ثم بسبب الاختناقات، إضافة إلى الإشارة إلى أسباب تتعلق بنقص الوسائل عبر الوطن على غرار مصالح إنعاش المواليد الجدد، مقترحة في سبيل خفض معدلات وفيات المواليد الجدد التركيز على تحديث مصالح المواليد الجدد إضافة إلى إعطاء أهمية للتكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين و الشبه طبيين العاملين بمصالح المواليد الجدد.

[342] أنظر "**نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم**"، بتاريخ 2018/07/13، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-03-16-16-13، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/31 الساعة 03:30).

[343] أنظر "**صحة: 70 بالمائة من وفيات الأطفال عبر الوطن خاصة بحديثي الولادة**"، بتاريخ 2019/09/26، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/76944-70، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/31 الساعة 04:08).

المطلب الثاني: السياسة الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق غاية ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية

تندرج هذه الغاية ضمن الهدف الثالث المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة و تقاس بمؤشري نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتيلُبّيتحاجتُهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة و معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 امرأة.

الفرع الأول: السياسة الصحية المتعلقة بخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية في الجزائر

يمكن تحقيق جودة الصحة الجنسية والإنجابية ببلوغ حالة السلامة الكاملة (جسديا، نفسيا واجتماعيا) في كل ما يتعلق بالجهاز التناسلي، أي المقدرة على بلوغ حالة من الرضا و الأمان في حياة إنجابية (الإنجاب، موعدة و عدد مراته)، لذا تسعى الدول بمشاركة الفاعلين في المنظومة الصحية على استدامة الحقوق والرعاية الجنسية والإنجابية في صلب العملية التنموية [344]، رغم أن المؤشرات المتعلقة بغاية ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية تركز على الصحة الإنجابية مع استمرار المساعي الرامية إلى إحراز تقدم في ميدان الصحة الجنسية في فترة خطة التنمية المستدامة 2030. [345]

في هذا السياق، أولت الجزائر اهتماما خاصا –في إطار تحسين الوضع الصحي لجميع فئات السكان بما فيهم الأم و الطفل– بتغطية خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية شاملة و آمنة للجميع، و ذلك من خلال منظومة مؤسسية و إجرائية متكاملة و متناسقة.

---

[344] أنظر "**الصحة الجنسية والإنجابية**"، متوفر على موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان بالرابط المختصر: https://2u.pw/vmifXfi، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 01:24).

[345] "**الصحة الجنسية و ارتباطها بالصحة الإنجابية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2019، (متاح على شبكة الانترنت https://applications.emro.who.int/docs/9789290222910-ara.pdf?ua=1)، ص 10.

أولا: المنظومة الإجرائية لخدمات رعاية الصحة الجنسية و الإنجابية

تضمنت سياسات الصحة الإنجابية الوطنية في مخططات و برامج الصحة العمومية المتعلقة بحماية صحة الأم و الطفل، و التي تتضح ملامحها في الآتي [346]:

– ركزت بعد الاستقلال مباشرة على المقاربة الوقائية.

– اعتماد مبدأ التخصص الهيكلي لحماية الأم و الطفل بافتتاح أول مركز لتنظيم الولادات على مستوى المستشفى الجامعي مصطفى باشا سنة 1967.

– الاعتماد منذ سنة 1969 على برامج التلقيح الإجباري ضد مختلف الأمراض (الخناق، التيتانوس شلل الأطفال، الجدري و السل وغيرها) إضافة إلى إنشاء شبكة وطنية لمراكز حماية الأمومة والطفولة حتى سن السادسة.

– تكريس مجانية العلاج و إدماج مهام منع الحمل بمراكز حماية الأمومة و الطفولة منذ سنة 1973 من خلال إجراء توحيد المنشأة و المستخدمين الصحيين المتكفلين بصحة الأم في مجال الإنجاب والمباعدة بين الولادات، التي تم تعميمها على الهياكل الصحية القاعدية سنة 1974 ليتمخض عنها برنامج وطني لحماية الأمومة و الطفولة و تباعد الولادات يهدف بالأساس إلى تعزيز صحة الأم والطفل من خلال تنظيم الحمل والمباعدة بين الولادات.

– التشريع لأول برنامج وطني لتنظيم النمو الديموغرافي سنة 1980الذي شُرع في تنفيذه سنة 1983 يهدف إلى رعاية الأم و الطفل عن طريق تطوير الهياكل الصحية القاعدية وتنظيمها لتصبح دعامة أساسية لخدمات تنظيم الأسرة، تنشئة و تثقيف و تحسيس السكان لاستعمالهم وسائل التنظيم الأسري والسعي على توفيرها في كافة أرجاء الوطن لضبط الخصوبة إضافة إلى تشجيع البحث في هذا المجال و تحديد أبعاده الاجتماعية والاقتصادية.

– تكثيف الخدمات في مجال وسائل منع الحمل في الفترة بين 1974 و 1983 من خلال تدعيم المنظومة الوطنية الصحية بـ 440 مركز متخصص في حماية الأمومة و الطفولة والمباعدة بين الولادات، و توظيف 400 مستخدم طبي و قابلات من المناطق الريفية.

---

[346] أحمد دردیش، **الصحة الإنجابية في الجزائر**، أطروحة دكتوراه، جامعة سعد دحلب البليدة، كلية الآداب و العلوم الإجتماعية، قسم علم الإجتماع و الديموغرافيا، 2011، ص.ص 121–124.

– التوجه خلال سنوات التسعينات نحو النوعية في مجال الصحة الإنجابية و التخطيط العائلي من خلال رعاية الأمومة، أسباب وفيات النساء في سن الإنجاب وتطوير الجانب التقني للمورد البشري حيث أهل تعديل القانون رقم 85–05 المتعلق بحماية و ترقية الصحة لسنة 1990 فئة القابلات وتمكينهم من وصف وسائل منح الحمل التي تم توسيع أنواعها و وفرتها بمختلف الهياكل القاعدية للصحة العمومية إضافة إلى تأهيلهم في مجال طرق حماية الأمومة.

– بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994 تم إنشاء اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية و التخطيط العائلي و إدماج مفهوم الحق في الإنجاب في أنشطة الإعلام و التوعية مع مراعاة الخصوصية الوطنية، و تعزيز خدمات الصحة الإنجابية برعاية أمراض الأمراض المتنقلة جنسيا، سرطان الجهاز التناسلي و العقم.

– الشروع منذ سنة 1997 في إدماج مخططات تنظيم الأسرة في السياسات العامة للحكومات الجزائرية لحماية الأمومة و الطفولة و خفض معدلات النمو الديموغرافي المتسارع كغاية تنموية وطنية، وكذا إضافة أنواع جديدة من وسائل منع الحمل (وسائل هرمونية، حبوب منع الحمل جديدة أنواع جديدة من اللولب) إضافة إلى إدماج أخصائيي طب النساء و ضم قطاع الحماية الاجتماعية والتضامن الوطني إلى قطاع الصحة.

– الشروع في الفترة بين 1994 و 1999 في برنامج إدماج خدمات رعاية الأمومة والتوليد مع التنظيم العائلي (الصحة الإنجابية) في مختلف المراكز الصحية، المستشفيات والمستشفيات الجامعية من خلال إنشاء 363 مركز تخطيط عائلي بمصالح التوليد على المستوى الوطني و تدعيمها بموارد مادية، تقنية و بشرية متخصصة تتولى مهام الخدمات المدمجة (توليد و تنظيم عائلي).

– التوجه في الفترة بين 1999 و 2001 إلى تعزيز وقاية و علاج مرض السرطان لدى النساء (الرحم و الثدي)، من خلال تنظيم دورات الكشف المبكر و كذا إنجاز قرابة 100 مركز متخصص في الكشف عن السرطان عبر التراب الوطني.

– بخصوص عملية بيع و توزيع وسائل منع الحمل تم ضبطها بين سنتي 1994 و 1995 بعد تحويل عملية التمويل بها بداية من سنة 1994 على عاتق ميزانية التسيير لوزارة الصحة بعد أن كانت من ميزانية الضمان الاجتماعي منذ سنة 1989، إضافة إلى إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات حيث تمنح وسائل منع الحمل مجانا و تعوض تكاليفها بنسبة 100% في حال اقتنائها من الخواص.

ثانيا: المنظومة المؤسسية المكلفة بخدمات رعاية الصحة الجنسية و الإنجابية

تتشكل المنظومة المؤسسية المكلفة بخدمات رعاية الصحة الجنسية و الإنجابية في الجزائر من [347]:

1- المجلس الاقتصادي و الاجتماعي و البيئي: يعنى بعملية التقييم لمخرجات السياسات الاجتماعية منذ تأسيسه سنة 1993 من خلال أحد الهيئات المشكلة لمخططه التنظيمي المكلفة بتقييم و تلبية احتياجات الساكنة ذات الطابع الاجتماعي.

2- اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية و التخطيط العائلي: تعد بمثابة هيئة استشارة تخضع لوصاية وزارة الصحة و السكان وا إصلاح المستشفيات، تتشكل من أطباء بمختلف التخصصات، قابلات وفعاليات المجتمع المدني التي تعنى بالصحة الإنجابية، تضطلع منذ إنشاؤها سنة 1995 بالدور التحسيسي التوعوي للسكان بغية تخطيط عائلي وفق مقاربة الرقي بالخدمة الصحية و العلاج المتعلق بالإنجاب.

3- اللجنة الوطنية للسكان: منذ تنصيبها سنة 1996 تتكفل هذه اللجنة بإعداد البرامج الخاصة بالسكان (تشريع السياسات الوطنية للسكان، برامج وطنية للنمو الديمغرافي و التخطيط العائلي، تقييم آداء مختلف القطاعات الفاعلة في مجال السكان) و ذلك وفق مقاربة تشاركية متعددة القطاعات (هيئات وزارية، مؤسسات وطنية و فعاليات المجتمع المدني).

إضافة إلى كل من اللجان الولائية للسكان و مديريات الصحة و السكان لولايات الوطن التي تعتبر امتداد محلي في التنظيم و المهام للهيئات المركزية لكل من اللجنة الوطنية للسكان و وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

سبق الإشارة إلى اعتراف المجتمع الدولي بمجهودات الشراكة الدائمة، الجادة والفعالة للجزائر في المساعي الدولية الرامية إلى تشريع و تنفيذ خطة التنمية المستدامة 2030، ترجمه تعاون الحكومة الجزائرية مع صندوق الأمم المتحدة للسكان على غرار البرنامج الوطني السادس 2017-2021 بين صندوق الأمم المتحدة للسكان في الجزائر و الحكومة الجزائرية، الهادف إلى ضمان الحصول على

[347] المرجع نفسه، ص.ص 120-121.

صحة جنسيةوا ٍنجابية وحقوق الإنجابية للجميع، خفض الوفيات النفاسية و تحسين حياة المراهقين الشباب والنساء، بالتركيز على أولويات وحاجات التنمية الوطنية المتعلقة بالمخططات الخماسية للتنمية، خطط الشراكة الإطارية و الإستراتيجية مع صندوقي التنمية و السكان للأمم المتحدة والمساعدات الإنمائية إضافة إلى الخطط و الإستراتيجيات الوطنية للحد من المخاطر و التخطيط الأسري في الجزائر، و في ميدان رعاية الصحة الجنسية و الإنجابية و الشباب في الجزائر بالشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان في الجزائريوضح الجدول التالي أهداف هذا البرنامج وا ٍستراتيجيات العمل [348]، لتحقيق تعزيز الوفرة و الجودة و الاستعمال الشامل و العادل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة بما فيها التخطيط العائلي، صحة الأم و فيروس الإيدز في كنف حقوق الإنسان.

الجدول (13): برنامج *UNFPA Algérie* ***و الحكومة الجزائرية المتعلق برعاية الصحة الجنسية و الإنجابية 2017-2021***

الهدف	إستراتيجية العمل
1- تحسين الميكانيزمات الوطنية لتقديم مجموعة متكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة.	1- إجراء عملية تقييمية للبرنامج الوطني للصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة لاستخلاص أفضل الممارسات إضافة إلى تحليل نظام تأمين المنتجات الصحية الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة لشمول الخيارات المتاحة لوسائل منع الحمل وتحسين جودة برنامج تنظيم الأسرة.
	2- دعم البرنامج الوطني للحد من الوفيات النفاسية.
	3- متابعةوا ٍدارة وتقييم الاستخدام الشامل و الميسور لمجموعة متكاملة من خدمات عالية الجودة للصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة.

[348] Fonds des Nations Unies pour la population Bureau Algérie, Recrutement d'une compagnie nationale pour l'évaluation technique du programme pays 2017-2021 entre UNFPA Algérie et le Gouvernement algérien, UNFPA Bureau Algérie, 21/09/2021, p.p 05-07 (RFQ Nº UNFPA / ALG / RFQ / 20/001), lien: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/vacancies/lancement_rfq_._alg.20.001.pdf

	4- دعم مختلف المؤسسات الشريكة و الفاعلة (وزارة الصحة، وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي وغيرها) لتجميع التدخلات في حالات الطوارئ و تعزيز الجاهزية و الاستجابة بما في ذلك تأمين المنتجات الصحية الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة اللازمة.
2- تلبية حاجيات الشباب في ميدان الصحة الجنسية والإنجابية (دعم و مهارات فنية).	1- دعم بالتعاون بين الحكومة، القطاع الخاص، المجتمع المدني وصندوق الأمم المتحدة للسكان للجمعيات الوطنية المتخصصة بالصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة والعنف الممارس بخلفية الجنس من أجل تعزيز الوعي والثقافة في هذا المجال.
	2- تعزيز قدرات المؤسسات التي تعنى بالشباب (وزارة الشباب والرياضة، مراكز الشباب) في تحليل البيانات الخاصة بفئة الشباب ونشر المعطيات المتعلقة بالمجموعة المتكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة إضافة إلى العنف الممارس على الشباب بخلفية الجنس.
	3- الدعم الفني لوزارة التربية الوطنية من أجل تحديث المناهج الدراسية بتضمين ميدان الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في إطار بحافظ على الخصوصية الوطنية.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

Fonds des Nations Unies pour la population Bureau Algérie, Recrutement d'une compagnie nationale pour l'évaluation technique du programme pays 2017-2021 entre UNFPA Algérie et le Gouvernement algérien, UNFPA Bureau Algérie, 21/09/2021, p.p 05-07 (RFQ Nº UNFPA / ALG / RFQ / 20/001), lien: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/vacancies/lancement_rfq_._alg.20.001.pdf

الفرع الثاني: مؤشر نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3-7 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

أولا: البيانات الوصفية لمؤشر نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة

يقصد بهذا المؤشر نسبة النساء في سن الإنجاب بين 15 و 49 سنة من يستخدمن وسيلة منع حمل حديثة سواء رغبة منهن في عدم تجديد الإنجاب أو تأجيل حملهن، و يعبر عنه أيضا بطلبات تنظيم الأسرة التي تمت تلبيتها بطرق حديثة، و يتكون هذا المؤشر من نسبة أو مدى انتشار و قابلية الوصول إلى وسائل منع الحمل (للشريكين حتى لو كانت وسيلة واحدة مهما كانت) و كذا نسبة الطلبات التي لم يتم تلبيتها لتنظيم الأسرة (النساء الراغبات في عدم تجديد الإنجاب أو تأجيل حملهن و لا يستخدمن وسائل منع الحمل). [349]

1- مصادر البيانات و طرق جمعها: يستمد هذا المؤشر مصادر حسابه من بيانات المسوح الأسرية الوطنية (المسح الصحي والديموغرافي، مسوح الخصوبة والصحة الإنجابية، مسوح شيوع وسائل منع الحمل، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات و دراسات استقصائية) إضافة إلى مسوح أخرى دولية، ويتم جمع هذه البيانات من خلال عمليات بحث منهجي بالمواقع المتخصصة في قواعد بيانات و معطيات برامج المسح إضافة إلى منصات المسح الدولية. [350]

[349] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص 01-02.

[350] المرجع نفسه، ص 03-04.

2- طرق حساب المؤشر:

تتم عملية حساب المؤشر من خلال المعادلة التالية [351]:

نسبة النساء في سن الإنجاب بين 15 و 49 سنة اللاتيلُبّ يتحاجتُهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة % =

$$100 \times \frac{\text{عدد المتزوجات من النساء في سن الإنجاب (15–49 سنة) اللاتي يستخدمن أو يستخدم شريكهن وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل}}{\text{عدد النساء في سن الإنجاب (بين 15 و 49 سنة)}}$$

ثانيا: قياس التقدم المحرز في سياسة تلبية حاجة النساء في سن الإنجاب لتنظيم الأسرة بوسائل حديثة لمنع الحمل في الجزائر

تمكن إتاحة وسائل منع الحمل لجميع السكان من ضمان عديد الحقوق (الحياة، الحرية، التعليم و العمل) زيادة على القيمة الصحية العالية بالوقاية من مخاطر الحمل على صحة النساء والمراهقات إضافة إلى خفض مخاطر وفاة الرضع بين 60٪ إلى 10٪ حسب مدة المباعدة بين الولادات من سنة إلى 03 أعوام، هذه القيمة ساهمت في رفع عدد المتطلعات لتنظيم الأسرة من 900 مليون سنة 2000 إلى حوالي 1.1 مليار سنة 2021، و رفع عدد اللائي يستخدمن وسيلة منع الحمل حديثة من 663 مليون سنة 2000 إلى 851 مليون سنة 2020، كما ارتفع معدل انتشار وسائل منع الحمل خلال نفس الفترة من 47.7٪ إلى 49٪، إضافة إلى ارتفاع نسبة النساء في سن الإنجاب من لبيت حاجتهن بطرق حديثة إلى تنظيم الأسرة من 67% سنة 1990 إلى 77.5% سنة 2022، وهي زيادة بطيئة ترجع أسبابها إلى محدودية اختيار الأساليب و الخدمات المتاحة و جودتها إضافة إلى خشية مضاعفاتها أو مشقتها، فضلا عن أسباب تتعلق بالخلفية المنسوبة للدين و الثقافة و الميل لبعض الوسائل على حساب أخرى، و بمعالجة هذه الصعوبات أدى إلى رفع نسبة الطلب على الوسائل الحديثة لمنع الحمل. [352]

---

[351] أنظر "**أهداف التنمية المستدامة دولة قطر**"، المرجع السابق.

[352] أنظر "**تنظيم الأسرة/ وسائل منع الحمل**"، بتاريخ 2023/09/05، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/08 الساعة 00:04).

و حسب آخر تقديرات حكومية جزائرية رسمية لسنة 2021 للفترة بين 2016 و 2018 [353] بلغ إجمالي النساء في سن الإنجاب بين 15 و 49 سنة من السكان المقيمات سنة 2016 ما يقارب 10 مليون و 852 ألف (10.852.000) من مجموع 40 مليون و 836 ألف نسمة (40.836.000) مشكلا نسبة 26.8% من إجمالي السكان المقيمين، ليبلغ سنة 2018 ما يقارب 10 مليون و 976 ألف (10.976.000) من مجموع 42 مليون و 577 ألف نسمة (42.577.000) مشكلا نسبة 25.8% من إجمالي السكان المقيمين، مسجلا زيادة بـ 124 ألف ما يعادل نسبة 1.1%، يقابله معدل خام للزيجات 8.73‰ سنة 2016 و 7.79‰ سنة 2018 و هي معدلات قليلة جدا بالمقارنة مع إجمالي النساء في سن الإنجاب من السكان المقيمات فضلا التراجع المسجل الذي بلغ نسبة 0.94% في معدل خام للزيجات بين سنتي 2016 و 2018.

أما بخصوص نسبة النساء المتزوجات أو ممن هن في علاقة مستقرة في سن الإنجاب و اللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022، يتم توضيحها في الجدول التالي:

الجدول (14): ***نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي لُبّيت حاجةُ هن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة الجزائر في الفترة 2016 – 2022***

السنوات (إحصائيات الصحة العالمية)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
النسبة %	بيانات غير متوفرة	77.2	77.2	74.7	77.2	بيانات غير متوفرة	بيانات غير متوفرة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

[353] "**الجزائر بالأرقام نتائج 2016–2018**"، تقرير صادر عن الديوان الوطني للإحصاء (ONS)، رقم 49 نشرة 2021، (متاح على شبكة الانترنت https://www.ons.dz/IMG/pdf/aqc2016-2018ed2021-ara.pdf) ص.ص 06–09.

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

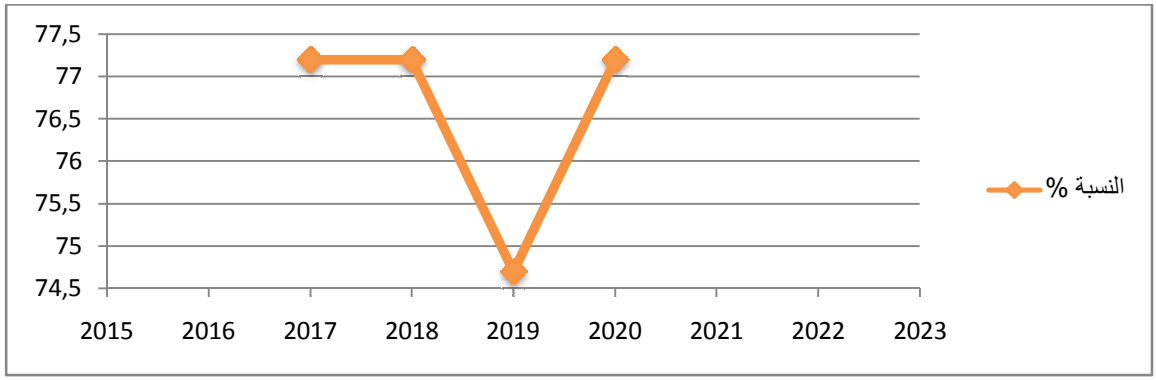
– أول ما يلفت الانتباه هو عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بنسبة النساء المتزوجات أو ممن هن في علاقة مستقرة في سن الإنجاب و اللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة في الجزائر لسنوات 2016، 2021 و 2022 (سواء الوطنية أو عبر الوطنية)، رغم تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية [354] لسنة 2016 التي تشير إلى نسبة 77.2% خلال الفترة بين 2005 و 2015، أما سنتي 2021 و 2022 تشير إلى نفس النسبة (77.2%) خلال الفترة بين 2011 و 2020، مما يضع عقبة لإدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– يوجد استقرار نسبي في نسبة النساء المتزوجات أو ممن هن في علاقة مستقرة في سن الإنجاب واللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة في الجزائر في الفترة من 2016 إلى 2022 عند نسبة 77.2%، مع تسجيل انخفاض سنة 2019 عند نسبة 74.7% بخسارة 2.5% (أكثر من نصف النساء في سن الإنجاب يستعملن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة)، يمكن إرجاع هذا الانخفاض إلى تأثير صدمة كوفيد–19 سنة 2019 [355] على أسواق تنظيم الأسرة و مبيعات وسائل منع الحمل بسبب تدابير الحجر الصحي و الأعباء الثقيلة الملقاة على نظم الرعاية الصحية وخشية الإصابة بالمرض و الفيروس بمناسبة الحصول على الخدمات، و يوضح المنحنى البياني التالي البيانات و النسب الخاصة بالنساء المتزوجات أو ممن هن في علاقة مستقرة في سن الإنجاب واللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة في الجزائر في الفترة من 2016 إلى 2022.

[354] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world–health–statistics.

[355] MOMENTUM, The Impact of COVID-19 On Contraceptive Supplies Through Private Sector Pharmacies, USAID MOMENTUM, Washington, 2023, p 01, lien: usaidmomentum.org/wp-content/uploads/2023/07/COVID-19-FP-Seeking-Report_MPHD_FINAL_upload.pdf

الشكل (30): *النساء في سن الإنجاب اللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة (الجزائر في الفترة من 2016 إلى 2022)*

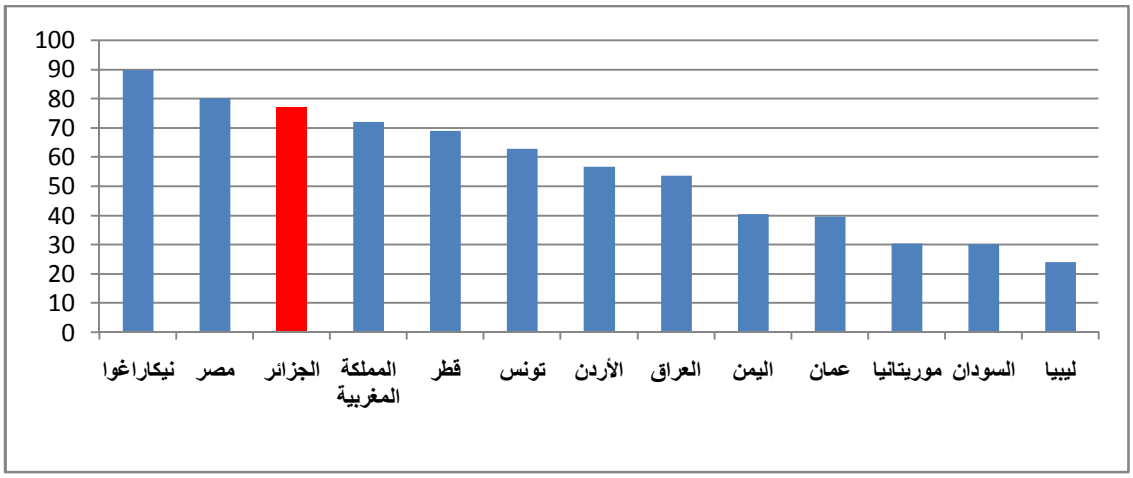


المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

و يوضح المخطط الشريطي التالي نسب تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا خلال الفترة من 2016 إلى 2022:

الشكل (31): *نسب تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة (المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا في الفترة بين 2016 و 2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

World Health Organization, World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Geneva: World Health Organization, 2022, p.p 98-104 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

النسب الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة الأولى في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا و الثانية في المنطقة العربية بعد صاحبة الصدارة مصر التي سجلت نسبة 80.0% (فارق 2.8%) سنة 2022 في نسب تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة، (07 دول عربية بياناتها غير متاحة: البحرين، جيبوتي، الكويت لبنان، السعودية، سوريا والإمارات)، و بفارق 12.6% عن دولة نيكاراغوا المصنفة الأولى عالميا بنسبة 89.8%، مما يؤكد حجم التحديات التي لا تزال على عاتق الجزائر لرفع نسبة تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة.

و يمكن تفسير هذا الترتيب المحرز من طرف للجزائر بـ [356]:

– كون منتجات و وسائل منع الحمل مسجلة و متوفرة بدون وصفة طبية (تشكل الوسائل الحديثة منها نسبة 82.7%)، خاصة ما تعلق بحبوب منع الحمل و اللولب باعتبارها أشهر وسائل تنظيم الأسرة في الجزائر.

– الطلب المرتفع على وسائل تنظيم الأسرة في الجزائر.

هذه القراءة التحليلية لنسب النساء المتزوجات أو ممن هن في علاقة مستقرة في سن الإنجاب واللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة في الجزائر بين 2016 – 2022 أكدتها آليات استعراض التقدم المحرز في تحقيق هذا المؤشر سنة 2022 الخاص بدول العالم في عملية التقييم [357]، التي تظهر "النقطة ذات اللون الأصفر" ● للإشارة بأنه لا تزال هناك التحديات قائمة أمام الجزائر نحو إحراز التقدم المطلوب من أجل رفع نسبة تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة، كماتُظهر "النقطة ذات اللون الرمادي" ● التي تعبر على عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص هذا المؤشر.

[356] **"الصحة الإنجابية و الجنسية في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا"**، تقرير صادر عن المكتب المرجعي للسكان واشنطن، بتاريخ 2008، (متاح على شبكة الانترنت https://www.prb.org/wp-content/uploads/2008/05/media-guide-MENA-2008-arabic.pdf)، ص.ص 17–18.

[357] Jeffrey D et all, Op.cit, p 89.

و حسب بديعة حميدوش المسؤولة عن برنامج صندوق الأمم المتحدة للسكان بالجزائر[358]، فإن الجزائر تملك تجربة كبيرة في مجال تنظيم الأسرة من خلال البرامج المسطرة لبلوغ غاية تعميم فكرة التنظيم العائلي.

[358] أنظر "**وزارة الصحة تنظم يوم دراسي حول التنظيم العائلي بالجزائر**"، بتاريخ 2022/12/06، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/societe/135716-2022-12-06 -06-12-42 ، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/10 الساعة 03:20).

الفرع الثالث: مؤشر معدل الولادات لدى المراهقات

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3-7 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

أولا: البيانات الوصفية لمؤشر معدل الولادات لدى المراهقات

يقصد بمؤشر معدل الولادات لدى المراهقات عدد الولادات السنوي لدى الإناث في الفئة العمرية بين 10 و 14 سنة أو 15 و 19 سنة لكل 1000 أنثى، حيث يمثل هذا المعدل مستوى الإنجاب ويشار له أيضا بمعدل الخصوبة حسب الفئة العمرية المقصودة. [359]

1- مصادر البيانات و طرق جمعها: يستمد مؤشر معدل الولادات لدى المراهقات بياناته المتعلقة بالولادات حسب عمر الأم من السجل المدني الذي تغطي أنظمته أكثر من 90% من مجموع المواليد الأحياء، و في حال عدم موثوقيته يتم اللجوء إلى التعدادات والمسوح الأسرية التي تعتبر مصادر مكملة و بديلة.

بالنسبة لبيانات السجل المدني المتعلقة بمعدل الولادات لدى المراهقات، يتم جلبها من البيانات الوطنية التي تم الإبلاغ عنها من شعب الإحصاءات المختلفة، أما بيانات المسوح يم جلبها من المسوح الوطنية الأسرية التي تم إجراؤها بتنسيق دولي كالمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، مسوح الصحة الإنجابية و دراسات صحية وديموغرافية استقصائية و غيرها، في حين يستحسن جلب بيانات التعداد من تقارير التعدادات مباشرة إضافة إلى المواقع الإلكترونية للأجهزة الوطنية للإحصائيات الوطنية. [360]

[359] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص 01.

[360] المرجع نفسه، ص 02.

2- طرق حساب المؤشر:

تتم عملية حساب المؤشر من خلال المعادلة التالية [361]:

معدل الولادات لدى المراهقات (من 15 إلى 19 سنة) =

$$\text{1000 X} \frac{\text{العدد السنوي للمواليد أحياء من نساء أعمارهن بين 15 و 19 سنة}}{\text{عدد النساء (من 15 إلى 19 سنة)}}$$

معدل الولادات لدى المراهقات (من 10 إلى 14 سنة) =

$$\text{1000 X} \frac{\text{العدد السنوي للمواليد أحياء من نساء أعمارهن بين 10 و 14 سنة}}{\text{عدد النساء (من 10 إلى 14 سنة)}}$$

ثانيا: قياس التقدم المحرز في سياسة الحد من معدل الولادات لدى المراهقات في الجزائر

تحمل سنويا 21 مليون مراهقة (بين 15 و19 سنة) في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث تلدِ منهن حوالي 12 مليون، وسجل انخفاضا في المعدل العالمي لولادات المراهقات من 64,5 حالة ولادة سنة 2000 إلى 42,5 حالة ولادة سنة 2021 لكل 1000 امرأة (-34.1%)، رغم التباين في معدلات التغير حيث تسجل منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى المعدلات العالمية بـ 101 حالة ولادة سنة 2021 لكل 1000 امرأة (000 114 6 حالة)، بينما كان العدد الأقل في آسيا الوسطى بـ 000 68 حالة، فضلا عن تسجيل تباينات داخل المنطقة الواحدة و كذا داخل البلد الواحد. [362]

و حسب آخر تقديرات حكومية جزائرية رسمية لسنة 2021 للفترة بين 2016 و 2018 [363] بلغ إجمالي المراهقات في عمر بين 10 و 14 سنوات سنة 2016 مليون و 515 ألف فتاة

---

[361] أنظر "**أهداف التنمية المستدامة دولة قطر**"، المرجع السابق.

[362] أنظر "**حمل المراهقات**"، بتاريخ 2022/09/15، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/12 الساعة 00:30).

[363] "**الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018**"، المرجع السابق، ص.ص 07-09.

(1515000) من إجمالي عدد السكان المقيمين البالغ 40 مليون و 836 ألف نسمة (40836000)، مشكلا نسبة 7.5% من إجمالي النساء المقيمات البالغ عددهن 20 مليون و 155 ألف نسمة (20155000)، مسجلا ارتفاعا بنسبة 9.3% سنة 2018 بمليون و 671 ألف نسمة (1671000)، مشكلا نسبة 7.9% من إجمالي النساء المقيمات البالغ عددهن 21 مليون و 7 آلاف نسمة (21007000) و 3.9% من إجمالي عدد السكان المقيمين البالغ 42 مليون و 577 ألف نسمة (24577000)، بينما بلغ إجمالي المراهقات في عمر بين 15 و 19 سنوات سنة 2016 مليون و 482 ألف فتاة (1482000)، مشكلا نسبة 7.3% من إجمالي النساء المقيمات، مسجلا انخفاضا بنسبة 3.2% سنة 2018 بمليون و 434 ألف نسمة (1434000)، مشكلا نسبة 6.8% من إجمالي النساء المقيمات و 3.3% من إجمالي عدد السكان المقيمين سنة 2018، في حين لم تتوفر بيانات حول معدل الولادات لدى هذا الفئة (المراهقات).

أما بخصوص معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15 و19 سنة لكل 1000 إمرأة في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022، يتم توضيحها في الجدول التالي:

الجدول (15): ***معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة الجزائر في الفترة 2016 – 2022***

السنوات (إحصائيات الصحة العالمية)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
النسبة %	9.0	12.4	9.5	12.0	12.0	بيانات غير متوفرة	بيانات غير متوفرة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

– أول ما يلفت الانتباه هو عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بمعدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة في الجزائر لسنتي 2021 و 2022 (سواء الوطنية أو عبر الوطنية)

رغم تقديرات التقريرين السنويين لإحصائيات الصحة العالمية [364] لسنتي 2021 و 2022 التي تشير إلى نسبة 12.0 حالة لكل 1000 إمرأة خلال الفترة بين 2019 و 2020 بالنسبة لتقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية 2021 و الفترة بين 2012 و 2020 بالنسبة لتقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية 2022، مما يضع عقبة لإدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– عرف معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة في الجزائر ارتفاعا بين سنتي 2016 و 2022 بنسبة 25%، بخسارة 3 نقاط كاملة بعد الإنتقال من 9.0 حالة لكل 1000 إمرأة سنة 2016 كأدنى معدل له في هذه الفترة وصولا إلى 12.0 حالة لكل 1000 إمرأة سنة 2022 حسب تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية 2022، مع حالة من عدم الإستقرار النسبي في المعدلات المسجلة بعد بلوغه أعلى معدل سنة 2017 بـ حالة 12.4 بنسبة إرتفاع 27.4% و بخسارة 3.4 نقطة كاملة، و يعاود الانخفاض سنة 2018 بتسجيل 9.5 حالة ثم يستقر عند معدل 12.0 حالة لكل 1000 امرأة طيلة الفترة بين 2019 و 2022.

– الملاحظ أن الارتفاع المسجل في معدل الولادات لدى المراهقات في الفئةالعمر ية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و 2022 كان رغم تسجيل انخفاض ثابت في عدد المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و 2018 (–48000 مراهقة) إضافة إلى تسجيل انخفاض ثابت في المعدل العام للزيجات بنفس الفترة (–0.94‰ حالة).

و ترجع الدراسات المتخصصة في هذا المجال أهم الأسباب العامة لارتفاع معدلات الولادات لدى المراهقات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل –على غرار الجزائر– إلى [365]:

– عدم إدماج الصحة الجنسية و الإنجابية للمراهقات في مناهج التعليم، أو تراجع في الوضع الاقتصادي و الاجتماعي لدى هذه الفئة.

---

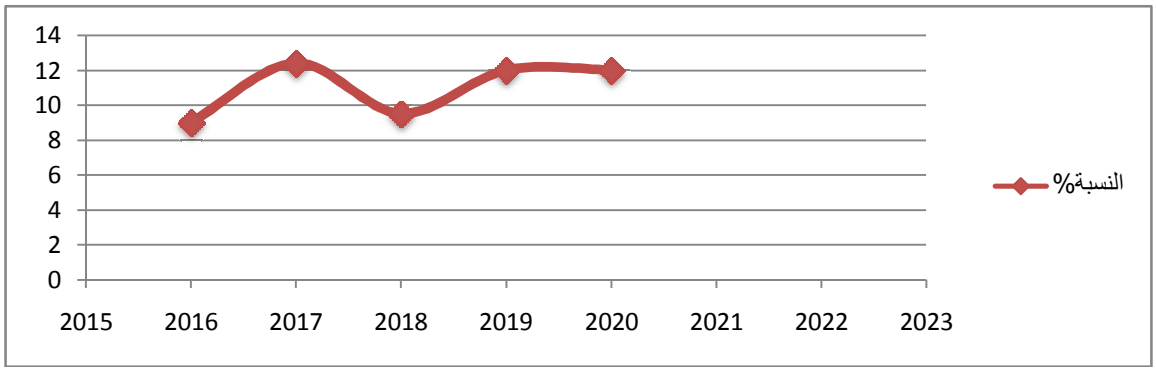
[364] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics.

[365] أنظر "**حمل المراهقات**"، المرجع السابق.

- تعرضهن إلى ضغوط الزواج والإنجاب.
- تعرضهن لصعوبات تتعلق بوسائل منع الحمل (الحصول عليها، دفع ثمنها، معرفة مصادرها طريقة استخدامها الصحيح، آثارها الجانبية و احتمالية تعرضهن للوصم عند محاولة الحصول عليها)
- حالات الحمل غير المقصود بسبب تعرضهن إلى الاعتداءات الجنسية.

و يوضح المنحنى البياني التالي حالة عدم الاستقرار النسبي في معدلات الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 سنة لكل 1000 إمرأة في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و2022.

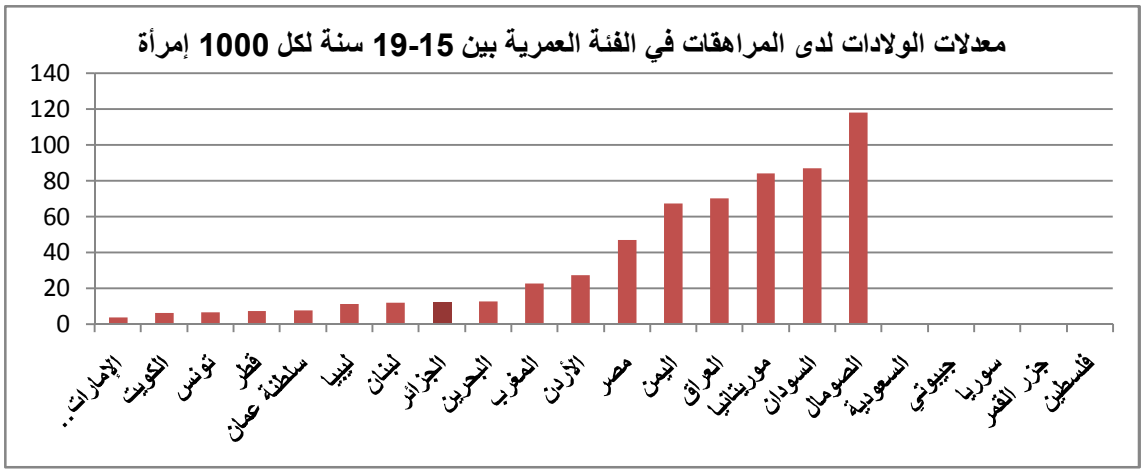
الشكل (32): *معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 لكل 1000 إمرأة الجزائر في الفترة 2016 – 2022*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:
.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

و يوضح المخطط الشريطي التالي معدلات الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 سنة لكل 1000 إمرأة خلال الفترة بين 2016 و2022 بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا:

الشكل (33): *معدلات الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة (المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا في الفترة بين 2016 و 2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

World Health Organization, World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Geneva: World Health Organization, 2022, p.p 98-104 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

النسب الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة الثامنة في المنطقة العربية و الثانية في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا بعد كل من لبنان، ليبيا، سلطنة عمان قطر، تونس الكويت و الإمارات العربية المتحدة، حيث سجلت هذه الأخيرة معدل 3.7 من الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة سنة 2022 أي بفارق 8.3 نقطة عن الجزائر وهو ما يعادل تأخر الجزائر عن صاحب الصدارة الإمارات العربية المتحدة بفارق نسبة 69.1% (05 دول عربية بياناتها غير متاحة: السعودية، جيبوتي، سوريا، جزر القمر، فلسطين) وبفارق 92.5% عن جمهورية كوريا المصنفة الأولى عالميا بمعدل 0.9% حالة ولادة لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة سنة 2022.

بين الجزائر و الدول العربية و بين جمهورية كوريا المصنفة الأولى عالميا في معدلات الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة فوارق شاسعة و تأخرات كبيرة رغم ما يعرف عن المنطقة العربية من قيم أسرية قوية و ثقافة أبوة مفيدة بشكل كبير للمراهقين وحامية لرفاهيتهم، إلا أن بعض العادات الشائعة و القيود الثقافية في الدول العربية – على غرار الجزائر– قد تشكل صعوبات لدى الفتيات نحو بلوغهن معرفة كافية عن المخاطر الصحية للعلاقات الجنسية (الحمل غير المرغوب والأمراض المنقولة جنسيا) و اتخاذ قرارات سليمة حول الصحة الجنسية

والإنجابية، مما يدفعهم حسب إشارة بعض الأدلة بغية إضفاء الشرعية على علاقاتهم الجنسية إلى اللجوء لأساليب زواج غير تقليدية. [366]

و أظهرت آليات استعراض التقدم المحرز في معدلات الولادات لدى المراهقات سنة 2022 الخاص بدول العالم [367] بأن تقييم أداء الجزائر يشير إلى "النقطة ذات اللون الأخضر" ● أي أنها حققت هدف التنمية المستدامة المتعلق بمعدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة (رغم الفوارق و التأخرات المسجلة بالمقارنة مع المعدلات المسجلة في المنطقة العربية و على الصعيد العالمي)، و أن إتجاه الآداء يشير إلى "النقطة ذات اللون الرمادي" ● التي تعبر على عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص هذا المؤشر.

و ترجع أهم أسباب تحقيق الجزائر لهدف التنمية المستدامة المتعلق بمعدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15–19 سنة لكل 1000 إمرأة إلى [368]:

– إيلاء أهمية كبيرة للاستثمار في مجال التعليم من خلال المتابعة المسؤولة لضمان مثابرة الفتيات لمسارهن التعليمي بالمدارس (رغم ميل الفتيات ذوات المستوى التعليمي المنخفض و اللائي يعشن في أسر فقيرة إلى الزواج و الإنجاب المبكر لعدد أكبر من الأطفال في فترة المراهقة).

– تحديد السن القانوني لزواج كلى الجنسين بـ 19عام ً ا.

– عدم تقييد وصول الجميع بما في ذلك المراهقات و حتى غير المتزوجات إلى وسائل منع الحمل في السياسات و التنظيمات الجزائرية (رغم ارتفاع احتياجات المراهقات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة بالمقارنة مع إجمالي النساء في سن الإنجاب).

---

[366] **"الصحة الإنجابية و الجنسية في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا"**، المرجع السابق، ص 45–46.

[367] Jeffrey D et all, Op.cit, p 89.

[368] Fonds des Nations Unies pour la population Bureau Algérie, Investir dans la jeune fille adolescente en Algerie, UNFPA Bureau Algérie, 2016, p 02, lien: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Investir%20dans%20la%20jeune%20fille%20adolescente%20en%20Algerie%20%281%29.pdf.

المبحث الثالث: السياسة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق مؤشرات غاية التغطية الصحية الشاملة من البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة.

يقصد بالتغطية الصحية الشاملة حصول جميع السكان على كل الخدمات الصحية الضرورية (الوقاية، العلاج، التأهيل، تعزيز الصحة والرعاية الملطفة) في كل زمان و مكان وبالجودة المطلوبة دون التعرض إلى ضوائق مالية بسبب دفع تكاليف هذه الخدمات من أموالهم و مدخراتهم و أملاكهم الخاصة قد تدفعهم إلى حد الاقتراض و الفقر [369]، أي تحقيق معادلة "الحماية المالية في ميدان الصحة" [370] من خلال حصول جميع السكان على خدمات الرعاية الصحية دون المعاناة من عبء مالي بسبب ذلك.

من الضروري التأكيد على أن مؤشرات التقدم المرتبطة باقتصاديات الرفاه لا تركز على النمو حصرا، بل تهتم أيضا بالاحتياجات بمختلف جوانبها خاصة الاجتماعية والبيئية لتحسين نوعية الحياة [371]، إي أن البعد الاقتصادي للسياسات الصحية لا يعنى فقط بالمؤشرات الاقتصادية بل يشمل أيضا مؤشرات تبدو في ظاهرها اجتماعية إلا أنها ترتبط ارتباطا وثيقا بالبعد الاقتصادي للسكان في إطار تنموي مستدام، حيث أن ارتباط الصحة بالاقتصاد أو العكس أو كما يطلق عليه الاقتصاد الصحي أو الصحة في بعدها الاقتصادي يبحث عن إجابات محددة حول تكلفة الرعاية الصحية

---

[369] أنظر "**التغطية الصحية الشاملة**"، بتاريخ 2023/10/05، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: (https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/10 الساعة 18:49).

[370] "**التقرير العالمي لرصد الحماية المالية في مجال الصحة لعام 2019**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي، 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331748/9789240024410-ara.pdf)، ص vii.

[371] "**تحقيق الرفاه إطار عالمي لإدماج الرفاه في الصحة العامة باستخدام نهج تعزيز الصحة**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، 2022، (متاح على شبكة الانترنت https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/arabic_framework4wellbeing_05092023.pdf?sfvrsn=c602e78f_29&download=true)، ص 16.

وطريقة توزيع الخدمة الصحية [372]، حيث تجيب مؤشرات غاية التغطية الصحية الشاملة من الهدف المتعلق بالصحة في خطة التنمية المستدامة 2030 على ذلك، و المتمثلة في مؤشر نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية (طريقة توزيع الخدمة الصحية) و مؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة (تكلفة الرعاية الصحية)، لتعرف هذه الغاية بتلقي جميع السكان لخدمات صحية جيدة دون صعوبات مالية، يتم رصدها بالمؤشرين الذكورين بهدف قياس تغطية الخدمة و الحماية المالية. [373]

المطلب الأول: مؤشر نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية

يندرج مؤشر نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية ضمن الغاية رقم 3-8 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة –بوصفها الغاية الكفيلة بتحقيق هدف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة بأكمله و غيرها من أهداف التنمية المستدامة– [374] الموسومة بـ "تحقيق التغطية الصحية الشاملة بما في ذلك الحماية من المخاطر الماليةوا إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدةوا إمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة".

الفرع الأول: السياسة الصحية في الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

يعتبر مؤشري التغطية بالخدمات و الإنفاق على الصحة أحدث المقاييس المنتهجة في عملية رصد و تتبع مخرجات السياسات العمومية في مجال التغطية الصحية الشاملة [375]، لذا سنحاول فهم

---

[372] سليمان بوفاسة و محمد ساعد، **تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية – دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى**–، مجلة المالية و الأسواق، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم، العدد 01 (المجلد 04) 2017/03/01، ص 195.

[373] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، متوفر على موقع اللجنة الإقتصادية و الإجتماعية لغرب آسيا UNESCWA، بالرابط المختصر: https://2u.pw/p7d1iONZ، أطلع عليه بتاريخ: 2024/08/08 الساعة 20:59).

[374] "**التغطية الصحية الشاملة**"، تقرير صادر عن المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2019/03/25، وثيقة رقم (A72/14)، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/handle/10665/328608) ص 02.

[375] المرجع نفسه، ص 02.

ملامح السياسة الصحية الوطنية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال التوجهات الوطنية في مجال التغطية بالخدمات، التغطية السكانية و كذا الحماية المالية في مجال الصحة.

أولا: التغطية بالخدمات الصحية

تتضح السياسة الوطنية في مجال **شمول** الخدمات الصحية الأساسية الجيدة للجميع من خلال:

1- مواد الدستور الجزائري لسنة 2020 [376]:

- إسقاط مضمون المادة 27 المتعلقة بخدمات المرافق العمومية على الخدمات الصحية يشير إلى التأكيد على ضمان شمول الخدمات الصحية لكل السكان و توفيرها من طرف المرافق العمومية الصحية وفق مبدأ الاستمرارية في كل الظروف، المساواة دون تفرقة الشمول بإنصاف لكل التراب الوطني و مراعاة الحالات الاستثنائية التي تتطلب ضمان الحد الأدنى للخدمة الصحية.

2- قانون الصحة الجزائري لسنة 2018 [377]:

- تؤكد المادة 03 بأن هدف قطاع الصحة في الجزائر هو الاستمرار في تمكين جميع المواطنين من خدمات الصحة العمومية من الوقاية إلى العلاج وفق مبدأ التسلسل والتكامل.
- تؤكد المادة 06 على مبدأ الشمول و الانسجام والاستمرار في التكفل بالاحتياجات الصحية لجميع المواطنين دون استثناء.
- تؤكد المادة 07 بأن التغطية بالخدمات الصحية في الجزائر تتأسس على الإحتياجات الصحية وعدالة توزيع الموارد الصحية (مادية و بشرية) و تتجسد من خلال تخطيط صحي يستند إلى خطط التنظيم الصحي و نظام الخريطة الصحية الذي يتكيف مع متطلبات التنمية بكل أبعادها و مخطط تهيئة الإقليم و التطور الديمغرافي و الوبائي للبلاد.
- يؤكد الفصل الخامس على تولي السلطات العمومية كل الخدمات المتعلقة بتدبير المستلزمات الطبية و المواد الصيدلانية.
- تؤكد المادة 265 على تكامل القطاعين العام و الخاص في مجال الخدمات الصحية.

[376] دستور الجزائر لسنة 2020، المرجع السابق.

[377] قانون رقم 18-11، المرجع السابق.

– تؤكد المادة 311 إلى إشراك المرافق الخاصة للصحة في التغطية بالخدمات الصحية في المناطق التتي تنقص فيها التغطية الصحية و ذلك بصفة مستمرة و في كنف مساواة، مع الإشارة إلى أن هذا الإشراك ضرفي و مؤقت و أن المسؤولية على عاتق القطاع العمومي في مجال الخدمة العمومية المتعلقة بالصحة.

– تشير المادة 316 إلى نمط الخدمة الصحية عن بعد للمواطنين في مناطق يكون فيها نقص التغطية الصحية، وذلك من خلال اتفاقية تعاون بين مختلف المرافق الصحية.

ثانيا: التغطية السكانية

تتضح السياسة الوطنية في مجال **الوصول** إلى الخدمات الصحية الأساسية لكل السكان من خلال:

1– مواد الدستور الجزائري لسنة 2020 [378]:

– أشار مضمون المادة 27 من الدستور الجزائري لسنة 2020 على ضمان وصول الخدمات الصحية لجميع السكان في كل التراب الوطني بإنصاف، وفق مبدأ الاستمرارية في كل الظروف المساواة وعدم التفاوت، مراعاة الحالات الاستثنائية التي تتطلب ضمان الحد الأدنى للخدمة الصحية.

2– قانون الصحة الجزائري لسنة 2018 [379]:

– أكدت المادة 03 بأن هدف قطاع الصحة في الجزائر هو حصول جميع المواطنين على خدمات الصحة العمومية و العلاج دون استثناء أو تمييز.

– تؤكد المادة 12 على التغطية بالخدمة الصحية العمومية بكامل التراب الوطني بصفتها من حقوق الإنسان الأساسية.

– يؤكد الفصل الثالث بأن البرامج الصحية النوعية تستهدف فئات مختلفة من السكان أهمها الأم والطفل، المراهقين، المسنين، الأشخاص في وضع صعب، المتمدرسن و العمال.

[378] دستور الجزائر لسنة 2020، المرجع السابق.

[379] قانون رقم 18–11، المرجع السابق.

– تؤكد المادة 196 على تولي السلطات العمومية التغطية بالخدمات الصحية في كافة التراب الوطني خاصة في ولايات الهضاب العليا و الجنوب من خلال توفير كل الإمكانيات لحسن سير نظام الخدمة المدنية بمرافق الصحة العمومية و ذلك حسب الاحتياجات و الخريطة الصحية.

– تؤكد المادة 266 على تكفل النظام الصحي بالأحواض السكانية من خلال مؤشر انتشار شبكة المرافق الصحية بكل التراب الوطني وفق نسق التكامل في النشاط و التسلسل في الخدمات.

ثالثا: الحماية المالية في مجال الصحة

1– مواد الدستور الجزائري لسنة 2020 [380]:

تتضح السياسة الوطنية في مجال حماية السكان من الضوائق المالية بسبب دفع تكاليف الخدمات الصحية من خلال:

– يؤكد مضمون المادة 63 من الدستور الجزائري لسنة 2020 على أولوية فئة المعوزين (المحتاجين أو من يعيشون ضائقة مالية) في تكفل الدولة باحتياجاتهم في مجال خدمات الرعاية الصحية من الوقاية إلى مكافحة الأمراض.

2– قانون الصحة الجزائري لسنة 2018 [381]:

– أكدت المادة 13 على تكفل الدولة في المرافق العمومية للصحة بضمان مجانية كل الخدمات العمومية للصحة من الوقاية و العلاج لجميع المواطنين بكل التراب الوطني.

– تؤكد المادة 90 على تولي المرافق الصحية التي تقدم خدمات صحية عمومية سواء عمومية أو خاصة مهمة التغطية الصحية بالمجان لجميع السكان الذين يعيشون وضعا صعبا بالخصوص من يعيش منهم في وسط مؤسساتي.

– أكدت المادة 31 على تكفل الدولة ببرامج حماية الصحة و التكاليف المالية اللازمة لها عبر كامل التراب الوطني.

– تؤكد المادة 329 على تولي الدولة بتمويل التكفل الصحي بالمعوزين (المحتاجين أو من يعيشون ضائقة مالية) و الفئات التي تعيش وضعا صعبا.

[380] دستور الجزائر لسنة 2020، المرجع السابق.

[381] قانون رقم 18–11، المرجع السابق.

– تؤكد المواد من 330 إلى 333 على انتهاج نظام التعاقد بين وزارة الصحة و هيئات الضمان الاجتماعي يضمن حق المؤمن له اجتماعيا و ذوي حقوقه لدى تلك الهيئات مساهمتها في التغطية المالية لتكاليف الخدمة الصحية العمومية، إضافة إلى مقاربة المساهمة من الجماعات المحلية المؤسسات الاقتصادية و التأمينات الاقتصادية في تمويل الصحة.

من خلال ما سبق، أثمرت التوجهات الوطنية في مجال التغطية بالخدمات الصحية، التغطية السكانية وكذا الحماية المالية في مجال الصحة حسب وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات السابق (2017–2019) "مختار حسبلاوي" [382] في إحراز تقدم في مجال التغطية الصحية لجميع السكان بالتركيز على الرعاية الصحية المجانية، التضامن، المساواة في الخدمات الصحية العمومية و إعتبار الصحة حق من حقوق الإنسان إضافة إلى ضمان حماية السكان و الفئات الهشة في وضع معيشي أحسن، ساهم ذلك في زيادة متوسط العمر بحوالي 28 سنة (من 50 سنة في 1962 إلى 78 سنة في 2017)، و إضافة إلى مساهمة ذلك في إحراز الجزائر لتقدم في مؤشر التغطية الصحية حسب منظمة الصحة العالمية، و تتلخص فلسفة السلطات الجزائرية و مساعيها في التغطية الصحية في تمكين السكان على غرار ساكنة الجنوب من الرعاية الصحية في ولاياتهم بدل نقل مرضاهم للحصول على الخدمات الصحية في ولايات الشمال [383]، من خلال [384]:

– إنجاز العديد من المرافق الصحية.

– توظيف المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين في مختلف التخصصات و تحفيزهم ماديا.

---

[382] أنظر ""**التغطية الصحية الشاملة عنصر أساسي للتنمية المستدامة**""، بتاريخ 2018/04/07، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/55251-2018-04-07-15-47-40، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/04 الساعة 23:42).

[383] أنظر "**سايحي يبرز مجهودات الدولة في توفير الرعاية الصحية لسكان الجنوب**"، بتاريخ 2024/02/29، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/158055-2024-02-29-16-52-25، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/04 الساعة 23:20).

[384] أنظر "**الصحة: ضمان التغطية الصحية الشاملة في مناطق الجنوب والهضاب العليا**"، بتاريخ 2022/04/07، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/sante-science-technologie/138275-sante-assurer-une-couverture-sanitaire-universelle-dans-les-regions-du-sud-et-des-hauts-plateaux، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/05 الساعة 00:07).

– آلية الخدمة المدنية الإلزامية و ما يرافقها من تحفيزات مادية (أجور و سكنات) و مهنية (شهادات) كآلية لتوفير الأطقم الطبية.

– آلية إتفاقيات التوأمة مع المؤسسات الإستشفائية لولايات الشمال و ولايات الهضاب العليا والجنوب بهدف ضمان التغطية الطبية المتخصصة و تعزيزها.

إضافة إلى الرفع من ميزانية قطاع الصحة بهدف ضمان مجانية الخدمات الصحية و إبعاد العوائق المادية [385]، التي تعيق السكان في حصولهم على الرعاية الطبية الضرورية.

[385] أنظر "**الصحة: الجزائر تطبق سياسة وطنية تقوم على الإنصاف وحقوق الإنسان**"، بتاريخ 2023/05/23 متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/sante-science-technologie/156093-sante-l-algerie-applique-une-politique-basee-sur-l-equite-et-les-droits-de-l-homme، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/05 الساعة 00:17).

الفرع الثاني: البيانات الوصفية لمؤشر السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية

يقصد بهذا المؤشر توفر التغطية بالخدمات الأساسية للصحة: الإنجابية، الأمهات، المواليد الجدد، الأطفال، الأمراض المعدية وغير المعدية إضافة إلى القدرة على توفير الخدماتوا مكانية وصول السكان إليها خاصة الفئات المحرومة منهم، يتم احتساب هذا المؤشركمتوسّط هندسي لـ 14 مؤشر تتبع مصنفة إلى أربع فئات من تغطية الخدمة الصحية التالية [386]:

– الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال (تنظيم الأسرة، الرعاية بالحمل والولادة تحصين الأطفال و علاجهم).
– الأمراض المعدية (السل، فيروس نقص المناعة البشرية، الملاريا، المياه والصرف الصحي).
– الأمراض غير المعدية (ارتفاع ضغط الدم، السكري، التبغ).
– قدرة الخدمات والوصول (دخول المستشفى، القوى العاملة في القطاع الصحي، الأمن الصحي).

وتعد الفئات الأربعة المذكورة من مؤشرات التتبع الـ 14 الخاصة بتغطية الخدمات الصحية الأساسية الأسلوب الأمثل لمتابعة التقدم المحرز في توفير خدمات التغطية الصحية الشاملة للتخفيف من عبء جمع البيانات و إنجاز التقديرات و التقارير بشأنها كون إعتماد مؤشر صحي واحد لرصد التغطية الصحية الشاملة غير كاف.

1– مصادر البيانات و طرق جمعها: يتم قياس الفئات الأربعة المذكورة من مؤشرات التتبع الـ 14 الخاصة بتغطية الخدمات الصحية الأساسية عن طريق المسوح الأسر المعيشية، إضافة إلى اللجوء إلى المعطيات الإدارية و بيانات المرافق و مسوحها ونظم المراقبة لبعض المؤشرات، و من أجل الاحتساب تؤخذ القيم من البيانات الوطنية المجمعة وتقديرات وكالات الأمم المتحدة المختلفة، لتقوم هذه الأخيرة بعدها بالتشاور الرسمي مع الحكومات قبل إنجاز تقديرات بشأنها أو عرضها. [387]

2– طريقة احتساب المؤشر:

يتم حساب مؤشر نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية باستخدام المتوسطات الهندسية استناد إلى الأسلوب المعتمد في مؤشر التنمية البشرية، و تتطلب عملية الحساب تحضير

[386] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، المرجع السابق.
[387] المرجع نفسه.

مؤشرات التتبع الـ 14 الخاصة بتغطية الخدمة الصحية المصنفة إلى أربع فئات حتى يمكن دمجها في المؤشر، ثم حساب المؤشر من تلك القيم حسب الخطوات التالية:

– توحيد مقياس المؤشرات الفرعية (مؤشرات التتبع لـ 14) تكون فيها القيمة 0% هي الأدنى و 100% هي الأعلى و الأمثل (نسبة تطعيم الرضع من 0% إلى 100%).

– إعادة تقييم إضافي لبعض المؤشرات للحصول على قيمة التي تتناسب مع المجال من 0% إلى 100%.

– استبعاد بعض المؤشرات في بعض الحالات، على غرار مؤشر شبكات معالجة المبيدات الحشرية الذي يتم إلغاؤه من الحساب في حالة البلدان التي ينخفض فيها عبء الملاريا.

– ضبط الحد الأقصى لمؤشرات المعدل التي تزيد عن هذه العتبة تثبت عند 100 على غرار مؤشري كثافة القوى العاملة الصحية و كثافة أسرة المستشفى بالاستناد إلى القيم الدنيا المرصودة عبر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية [388]، و في ذلك تأكيد على ارتباط الاحتياجات بمختلف جوانبها خاصة الاجتماعية والبيئية بمؤشرات النمو لتشكل بذلك مفهوم اقتصاديات الرفاه لتحسين نوعية الحياة من خلال تلقي جميع السكان لخدمات صحية جيدة دون صعوبات مالية.

[388] أنظر "**تغطية الخدمات الصحية الأساسية**"، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://rho.emro.who.int/ar/node/263، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/10 الساعة 18:21).

الفرع الثالث: قياس التقدم المحرز في سياسة زيادة نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر

عرفت نسبة السكان غير المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية في الفترة بين سنة 2000 و2021 انخفاضا بحوالي 15% بعد إحراز تقدم طفيف عقب سنة 2015، ساهم ذلك في الرفع من مؤشر الخدمات المقدمة في نفس الفترة من 45° إلى 68° رغم أن كل هذه الخدمات لم تشمل حوالي 4.5 مليار شخص في العالم سنة 2021، أي بنسب تتراوح بين 14% و87% من السكان في مختلف دول العالم. [389]

و حسب التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022 بخصوص نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022 تظهر مايلي:

الجدول (16): ***درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر (متوسط درجة 14 مؤشر تتبع) خلال الفترة 2016 – 2022***

التقرير السنوي	سنة التقدير المعتمدة	الدرجة/100
2016	لا توجد تقديرات	بيانات غير متوفرة
2017	لا توجد تقديرات	بيانات غير متوفرة
2018	تقديرات تعود لسنة 2015	°76
2019	تقديرات تعود لسنة 2015	°76
2020	تقديرات تعود لسنة 2017	°78
2021	لا توجد تقديرات	بيانات غير متوفرة
2022	تقديرات تعود لسنة 2019	°75

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

[389] أنظر "**التغطية الصحية الشاملة**"، المرجع السابق.

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

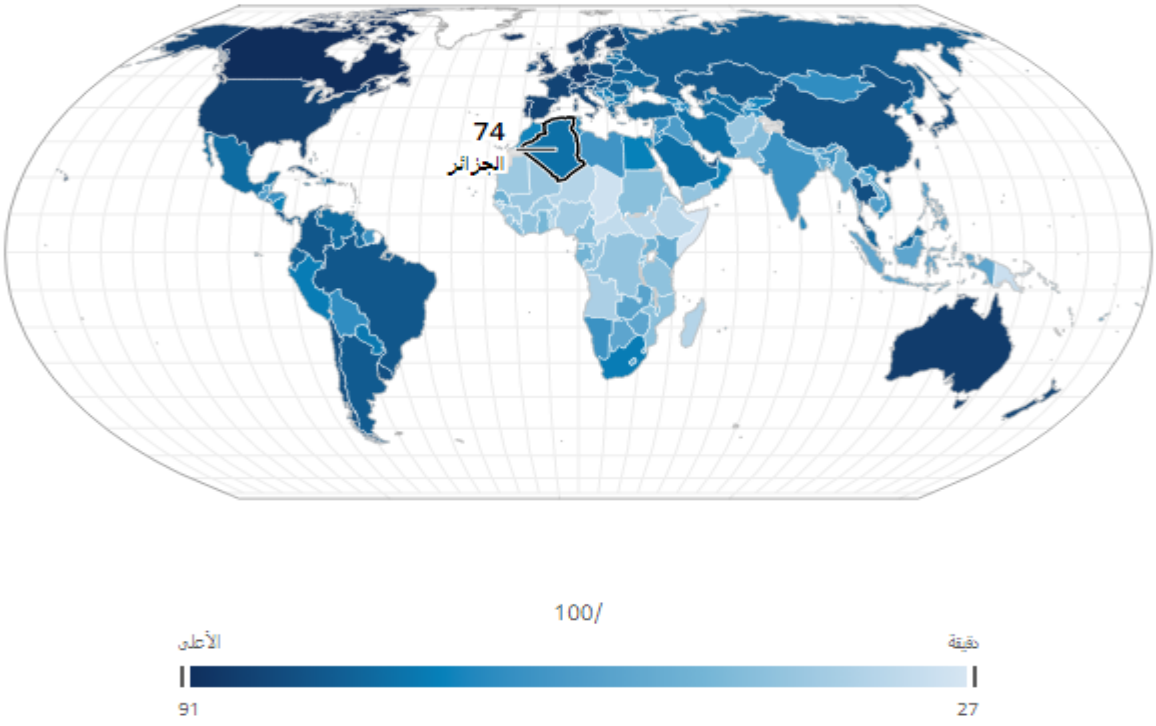
– أول ما يلفت الانتباه هو عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بنسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر سنوات 2016، 2018، 2020، 2021 و 2022 (سواء الوطنية أو عبر الوطنية) رغم تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية [390] لسنتي 2018 و 2019 التي تشير إلى الدرجة 76 اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2015، أما تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2020 أشارت إلى الدرجة 78 اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2017 بإحراز درجتين (02) في التقدم، ليسجل تراجعا بثلاث (03) درجات في التقدم حسب تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2022 التي أشارت إلى الدرجة 75 اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2017، أي أن نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر المسجل سنتي 2017 هي 78°، و 2019 هي 75° بدلا عن 76° حسب الإحصائيات المعتمدة في تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2019 التي تعود لسنة 2015، يشير ذلك إلى غموض في البيانات المدرجة المتعلقة نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر الذي قد يكون مصدره الجهات التي تخطر منظمة الصحة العالمية بتلك الأرقام والإحصائيات خصوصا في ظل غياب البيانات الوطنية المتعلقة بهذا المؤشر في الفترة بين 2016 و 2022، و هو ما يضع عقبة لإدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– إذا ما تم الاستناد على تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2016 إلى سنة 2022 يمكننا القول بأن نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر عرفت ارتفاعا بنسبة 2.57%، بإحراز تقدم بدرجتين (02) بعد الإنتقال من 76° حسب تقديرات التقارير السنوية 2018 و 2019 إلى 78° كأعلى نسبة مسجلة حسب تقدير التقرير السنوي 2020 ثم تتراجع بنسبة 3.85% إلى 75° بخسارة ثلاثة (03) درجات حسب تقديرات التقرير السنوي 2022 وهي الدرجة الأقل حتى من تقديرات سنة 2015 (76°)، و يعزو ذلك إلى ظروف السياق العالمي

[390] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics.

التي زادت فيه ذروة مرض كورونا المستجد سنتي 2021 و 2022 في تعطيل الخدمات الصحية الأساسية عند 92% من دول العالم و تسجيل اضطرابات فيها لدى 84% من دول العالم [391]، أي أنه تم تسجيل تقدم غير ثابت عقبه تراجعا، إضافة إلى تسجيل فجوة و عدم يقين في البيانات أكدته تقديرات قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر لسنة 2021 [392]، التي أشارت إلى تقديرات مختلفة تماما ثابتة عند الدرجة 74 خلال الفترة من سنة 2016 إلى 2021 من أصل 91° كأعلى درجة مسجلة بدولة كندا المصنفة أولى عالميا وتوضح الخريطة التالية ترتيب و موقع الجزائر حسب مؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية وفقا لتقديرات قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية سنة 2021.

الشكل (34): ***خارطة توضح درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر***
خلال الفترة 2016 –2021



المصدر: بيانات منظمة الصحة العالمية حول مؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية كما يعبر عنها بمتوسط درجة 14 مؤشرا تتبعيا لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر لسنة 2021، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://data.who.int/ar/indicators/i/9A706FD.

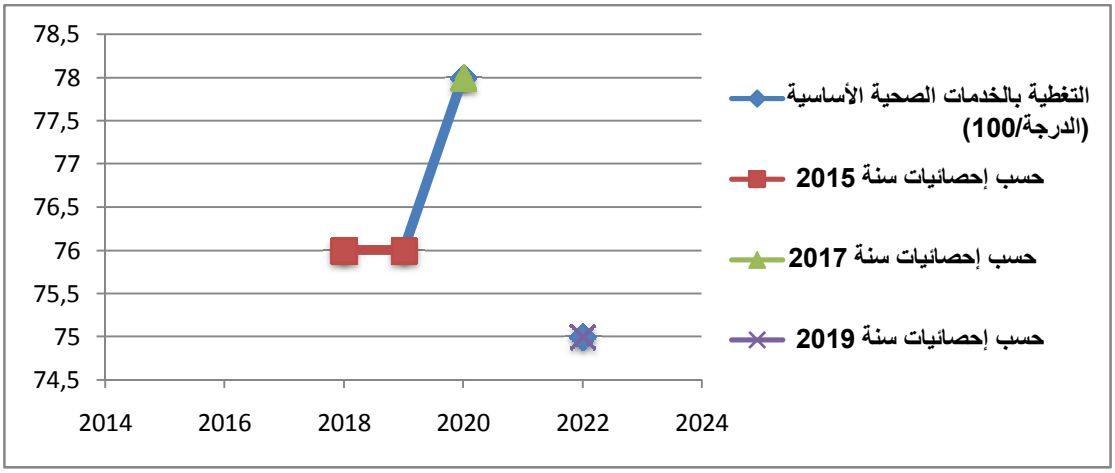
[391] أنظر "**التغطية الصحية الشاملة**"، المرجع السابق.

[392] أنظر "**مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة**"، متوفر على موقع بيانات منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://data.who.int/ar/indicators/i/9A706FD، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/12 الساعة 00:27).

و يوضح المنحنى البياني التالي حالة المعطيات المتعلقة بنسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر بالنظر إلى تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2016 إلى سنة 2022.

الشكل (35): *السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر*

الفترة 2016 – 2022



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

في هذا الإطار أشار السيد/ عبد الرحمان بن بوزيد وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات خلال الفترة من سنة 2020 إلى 2022 بأن مصالحه تسعى بإستمرار إلى تمكين جميع السكان خاصة في مناطق الجنوب والهضاب من تغطية شاملة بالخدمات الصحية الأساسية من خلال[393]:

– حشد الوسائل الضرورية اللازمة بإنجاز المرافق الصحية و تخصيص مناصب مالية لتوظيف الأطباء و المساعدين الطبيين و تحفيزهم ماليا.

– اتفاقيات التوأمة بين المؤسسات الإستشفائية بالمناطق الشمالية للبلاد مع نضيرتها في مناطق الهضاب العليا والجنوب بهدف تعزيز التغطية الطبية المتخصصة.

[393] أنظر "**الصحة: ضمان التغطية الصحية الشاملة في مناطق الجنوب والهضاب العليا**"، المرجع السابق.

– فرض الخدمة المدنية في مناطق الجنوب والهضاب العليا لضمان توفر الأطباء.

– تبني سياسة عامة تحفيزية لمستخدمي القطاع في هذه المناطق.

– إمكانية الاستفادة المشروطة للأطباء من تدريب متخصص لنيل شهادة دراسات متخصصة في العلوم الطبية في الميادين ذات الأولوية (أمراض النساء و التوليد، طب الأطفال، الطب الباطني والتخدير و الإنعاش)، مكن ذلك من تحسين الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر من خلال [394]:

– الرفع من مستوى معدلات الأعمار عند الجنسين بفضل برامج تحسين الحالة الصحية للسكان، نتج عنه تراجع الأمراض المعدية في المقابل زيادة في بعض الأمراض غير المعدية.

– ارتفاع في الحوادث و الإصابات بسبب العنف.

– الحد من الموت الجماعي و التقليص من عدد الوفيات.

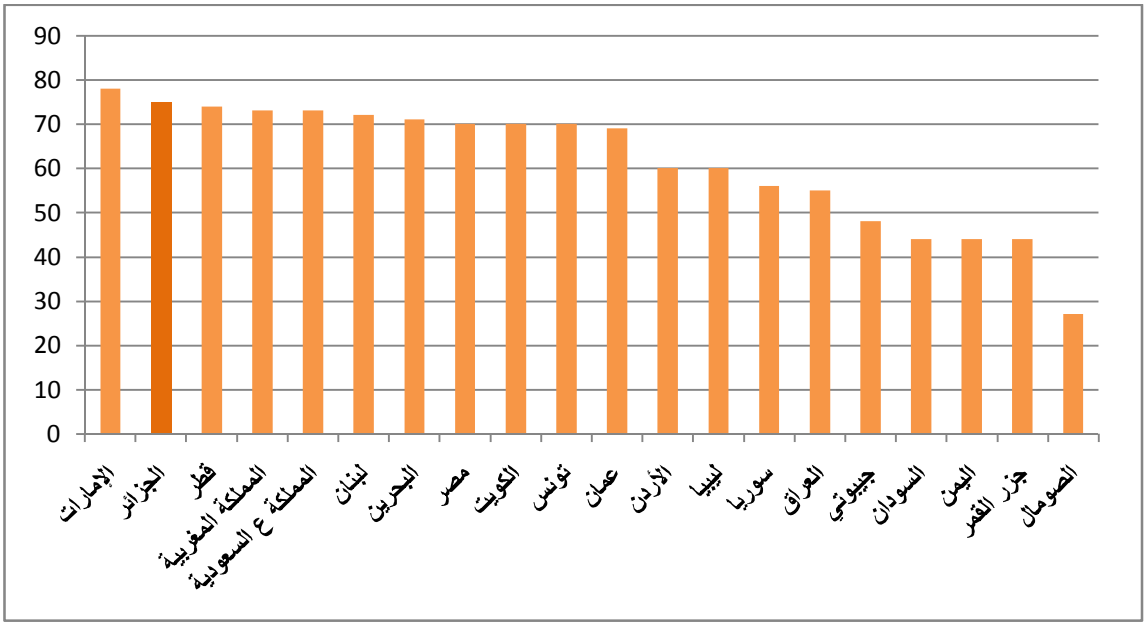
أما بخصوص مؤشر انتشار الخدمات الصحية في الجزائر –و علاقته الطردية مع مؤشر الوصول إليها– يعتبر الأمثل في الدول النامية رغم أنه لم يصل إلى درجة التوافق التام مع المعايير المعتمدة من طرف منظمة الصحة العالمية و معايير وزارة الصحة الرامية إلى توزيع عادل للجميع.

و يوضح المخطط الشريطي التالي درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر حسب تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا:

[394] سعيدة رجامنية، **وضعية الصحة و الخدمات الصحية في الجزائر**، مجلة الباحث الإجتماعي، قسم علم الاجتماع جامعة قسنطينة 2، العدد 11 (المجلد 01)، مارس 2015، ص.ص 231–232.

الشكل (36): درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر

(المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا حسب آخر إحصائيات WHO لسنة 2019)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

البيانات الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة الثانية في المنطقة العربية في درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية بعد الإمارات العربية المتحدة صاحبة المرتبة الأولى بـ 78°، أي بفارق 03 درجات عن الجزائر، و في المرتبة الأولى في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا، و بفارق 14 درجة عن دولة كندا المصنفة الأولى عالميا التي حققت الدرجة 89 في التغطية بالخدمات الصحية الأساسية، وهو ما يعادل تأخر الجزائر بفارق نسبة 15.8%، أي أن الجزائر أحرزت تقدما بثبات في درجة التغطية بالخدمات الصحيةالأساسية إلا أنه يُنتظر منها مزيدا من الجهود لتحسين الأداء في هذا المجال.

و أكدت آليات استعراض التقدم المحرز في سنة 2022 [395] بأن تقييم أداء الجزائر يشير إلى"النقطة ذات اللون الأصفر" ● للإشارة بأنه لا تزال هناك تحديات قائمة أمام الجزائر نحو إحراز

[395] Jeffrey D et all, Op.cit, p 89.

التقدم المطلوب من أجل الرفع أو تحسين درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية، وأن إتجاه الآداء يشير إلى "السهم ذو اللون البرتقالي المتجه أفقيا نحو اليمين" ➔ الذي يعبر عن وجود "ركود" في التقدم، وذلك يعني بأن نتيجة التقدم تبقى بطيئة أو أنها تزيد بمعدل يقل عن 50% من معدل النمو الضروري لتحقيق هذا الهدف بحلول عام 2030.

المطلب الثاني: مؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3–8 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

الفرع الأول: البيانات الوصفية لمؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة

نسبة السكان الذين تنفق أسرهم مصاريف كبيرة على الصحة من مجموع دخل أو إنفاق الأسرة و يحدد بعتبة أكثر من 10% و أكثر من 25% لقياس الصعوبات المادية، و يقصد بإنفاق الأسرة على الصحة بأنه كل المصاريف في شكل مدفوعات مباشرة يتحملها جميع أفراد الأسرة من مجموع دخلها المعيشي بما في ذلك التحويلات المالية، قروض و مدخرات، وذلك وقت الخدمة الصحية للحصول على الرعاية الصحية مهما كان نوعها (وقاية، علاج تأهيل وغيرها)، لقاحات، أدوية مستحضرات صيدلانية وكل منتج صحي مهما كان مصدر التموين، و لا تشمل هذه المصاريف أو النفقات أي مدفوعات من طرف آخر خارج عن تضامن الأسرة المعيشية، أي أنها تمكن من الوصول إلى الخدمة و المنتج الصحي الذي يستطيع الفرد دفع ثمنه دون تضامن خارجي عن الأسرة المعيشية، و يشير إلى استعداد و قدرة الأسرة على الإنفاق، بينما يقصد باستهلاك الأسرة المعيشية مجموع القيم النقدية للخدمات والسلع المستهلكة من طرف الأسرة في فترة محاسبة محددة بما فيها التي تم تحصيلها بطرق استهلاك أخرى ولم يتم شراؤها، و يعتبر الدخل المتاح هو الأقرب من حد إنفاق الأسرة المعيشية على استهلاك الخدمات و السلع خلال فترة محاسبة محددة، و هو إجمالي الدخل بعد تحييد الضرائب المباشرة، الرسوم و الغرامات، ونظرا لتقلب الدخل وصعوبة قياسه الدقيق ينصح بإستخدام إستهلاك الأسر المعيشية بحكم استقراره النسبي وسهولة قياسه بالمقارنة مع دخل الأسر المعيشية. [396]

1- مصادر البيانات و طرق جمعها: يتم جمع البيانات الخاصة بنسبة السكان الذين تنفق أسرهم مصاريف كبيرة على الصحة من مجموع دخل أو إنفاق الأسرة بتعاون منظمة الصحة العالمية مع وكالات الأمم المتحدة المختلفة و البنك الدولي وغيرها من أصحاب المصلحة من [397]:

[396] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، المرجع السابق.

[397] المرجع نفسه.

– المسوح الأسرية التي يتم إجراؤها دوريا من طرف الهيئات الوطنية للإحصاء حول مجموع نفقات استهلاك الأسر المعيشية و نفقات استهلاكها على الصحة.

– المسوح الاجتماعية و الاقتصادية و دراسات المستوى المعيشي.

2– طريقة احتساب مؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة:

تتم عملية حساب مؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة من خلال عملية حسابية يعبر عنها رياضيا بالمعادلة التالية:

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1\left(\frac{\text{الإنفاق الصحي للأسر المعيشية}}{\text{إجمالي إنفاق الأسر المعيشية}} > \text{عتبة 10\% أو 25\% لإنفاق الأسر المعيشية الكبير على الصحة}\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

حيث تشير 1 () إلى دالة المؤشر، و تقابل w_i ترجيحات عينة الأسرة المعيشية x حجم الأسرة للحصول على أرقام تمثيلية لكل شخص. [398]

[398] المرجع نفسه.

الفرع الثاني: قياس التقدم المحرز في نسبة سكان الجزائر الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة

يعتبر القطاع الصحي على المستوى العالمي أحد أهم القطاعات الاقتصادية، حيث يساهم بمعدل 11% من إجمالي الناتج المحلي للدول، فضلا عن توفيره لملايين من الوظائف لكلى الجنسين كما تساهم الأنظمة الصحية التي توفر رعاية صحية للسكان ذات جودة و معقولة التكاليف في تحسين النمو الاقتصادي و الاجتماعي للدول على غرار التجربة اليابانية سنة 1961، فضلا عن استقرار التقدم المحرز في ترقية الوضع الصحي العام على المدى البعيد، و العكس بالعكس، حيث قدر الإنفاق السنوي لسكان الدول النامية على خدمات الرعاية الصحية –حسب تقرير للبنك الدولي سنة 2019– بـ 500 مليار دولار، و هو ما يزيد عن 80 دولار للفرد الواحد من ماله الخاص و تشير التقديرات بأن سنة 2030 ستشهد فجوة بـ 176 مليار دولار في الـ 54 دولة الأفقر في العالم بين التمويل المتاح لتوفير رعاية صحية للسكان ذات جودة و معقولة التكاليف و ما يلزم فعليا لتحقيق هذه الغاية، و ذلك في حال عدم اتخاذ تدابير إستعجالية لتحقيق هذا الهدف و تفاديا لتلك الفجوة.[399]

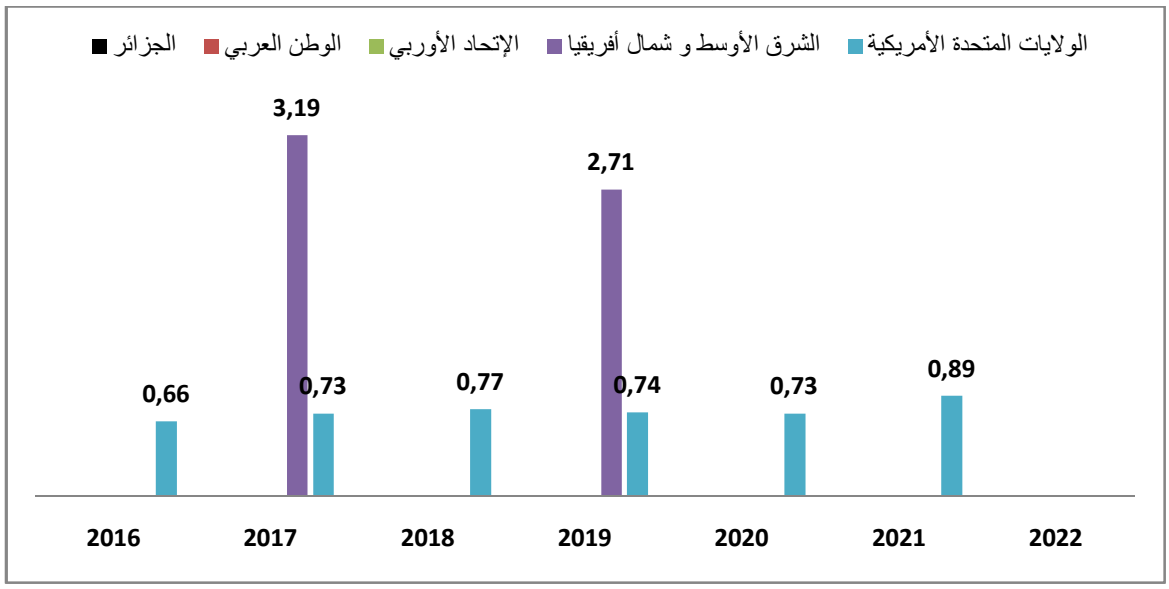
و رغم أن عدد سكان العالم الذين ينفقون على الصحة أكثر من 25% من نفقات أسرهم المعيشية قفز من 131 مليون شخص سنة 2000 إلى 290 مليون شخص سنة 2017 [400]، أي بارتفاع قدر بـ 159 مليون شخص و هو ما يعادل زيادة بنسبة 54.9%، أي بمعدل زيادة بـ 09 مليون شخص سنويا، إلا أن هذا المؤشر من أبرز المؤشرات التي تشهد عدم توفر البيانات والإحصائيات و تسجيل فجوة فيها و قيم مفقودة عند أغلب مناطق و دول العالم، و من أهم أسباب

[399] أنظر "**سكان البلدان النامية ينفقون نصف تريليون دولار من أموالهم الخاصة على الرعاية الصحية سنوياً** " بتاريخ 2019/06/27، متوفر على موقع صندوق النقد الدولي بالرابط: https://www.albankaldawli.org/ar/news/press-release/2019/06/27/world-bank-people-spend-half-a-trillion-dollars-out-of-pocket-on-health-in-developing-countries-annually، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/20 الساعة 12:38).

[400] "**تقرير الرصد العالمي للحماية المالية في مجال الصحة لعام 2021**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي، 2022، (متاح على شبكة الانترنت https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352891/9789240045262-ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، ص 06.

ذلك [401] أن أغلب المسوح الأسرية أخفقت في تحديد مصادر تمويل الأسرة التي تقوم بالإخطار أو التبليغ عن إنفاقها أو مصاريفها الصحية، و يؤكد المخطط الشريطي التالي ذلك في عينة من مناطق و دول العالم.

الشكل (37): *نسبة السكان الذين يصرفون من مالهم الخاص على الصحة أكثر من 25% من نفقات الأسرة (عينة من مناطق و دول العالم 2016-2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات الصحة والتغذية والإحصاءات السكانية للبنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2022، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني:

https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-.#statistics

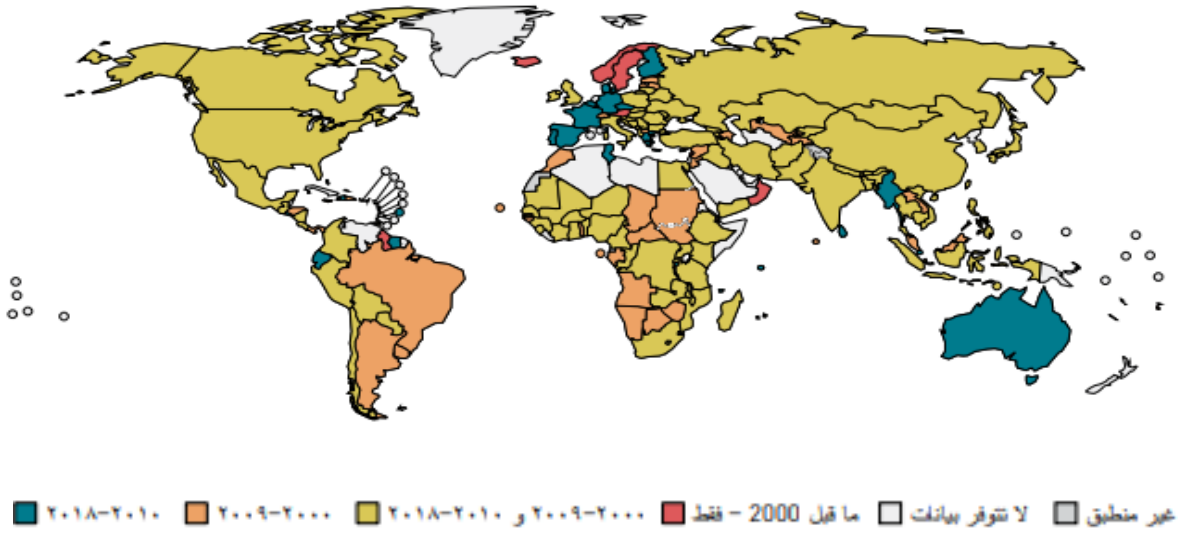
من خلال معطيات المخطط الشريطي السابق تأكد عدم توفر بيانات و إحصائيات حول عدد السكان الذين يصرفون من مالهم الخاص على الصحة أكثر من 25% من نفقات الأسرة طيلة الفترة من 2016 إلى 2022 تتعلق بكل من الإتحاد الأوربي، الوطن العربي و كذا الجزائر، بينما تم تسجيل فجوة في البيانات و الإحصائيات و قيم مفقودة تتعلق بالوطن العربي و شمال أفريقيا، حيث سجلت بلدانها نسبة 3.19% من السكان الذين يصرفون من مالهم الخاص على الصحة أكثر من 25% من نفقاتهم الأسرية سنة 2017 بينما تم تسجيل سنة 2019 نسبة 2.71% وهو تحسن طفيف بنسبة

[401] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، المرجع السابق.

0.48% في نسبة المصاريف الصحية من إنفاق أو دخل الأسر (عبء تكاليف الرعاية الصحية على السكان)، بينما لم تتوفر البيانات و الإحصائيات لسنوات 2016، 2018، 2020، 2021 و 2022 أما بخصوص الولايات المتحدة الأمريكية فبياناتها و إحصائياتها متوفرة و لم تسجل فجوة أو فقدان لقيم هذا المؤشر خلال هذه الفترة عدى ما تعلق بسنة 2022، حيث سجلت نسب متقاربة بين 0.66% كأدنى نسبة و 0.89% كأعلى نسبة بين 2016 و 2021، أي بإرتفاع في نسبة السكان الذين يصرفون من مالهم الخاص على الصحة أكثر من 25% من نفقاتهم الأسرية قدرت بـ 0.23%.

أما بالنسبة للجزائر، لم تتوفر قيم أو تقديرات حول نسبة السكان في الجزائر التي يكون فيها إنفاق كارثي أو مـُ فقر على الصحة من إجمالي ميزانية الأسرة (10% أو 25% من دخلها أو نفقاتها) خلال الفترة من 2016 إلى 2022، سواء من خلال مسح وطني أو حتى ضمن تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية و قاعدة بياناتها أو تقارير البنك الدولي حول الرصد العالمي للحماية المالية في مجال الصحة و قاعدة بياناته لسنوات هذه الفترة بوصفها المصادر الأساسية الموثوقة للبيانات و جمعها بالنسبة لهذا المؤشر، و توضح الخريطة التالية تصنيف الجزائر في خانة "لا تتوفر بيانات" في قاعدة البيانات العالمية المتعلقة بتقديرات الحماية المالية.

الشكل (38): *خريطة توضح مدى توافر تقديرات الحماية المالية في مجال الصحة بقاعدة البيانات العالمية (الجزائر و دول العالم من سنة 2000 إلى 2018)*



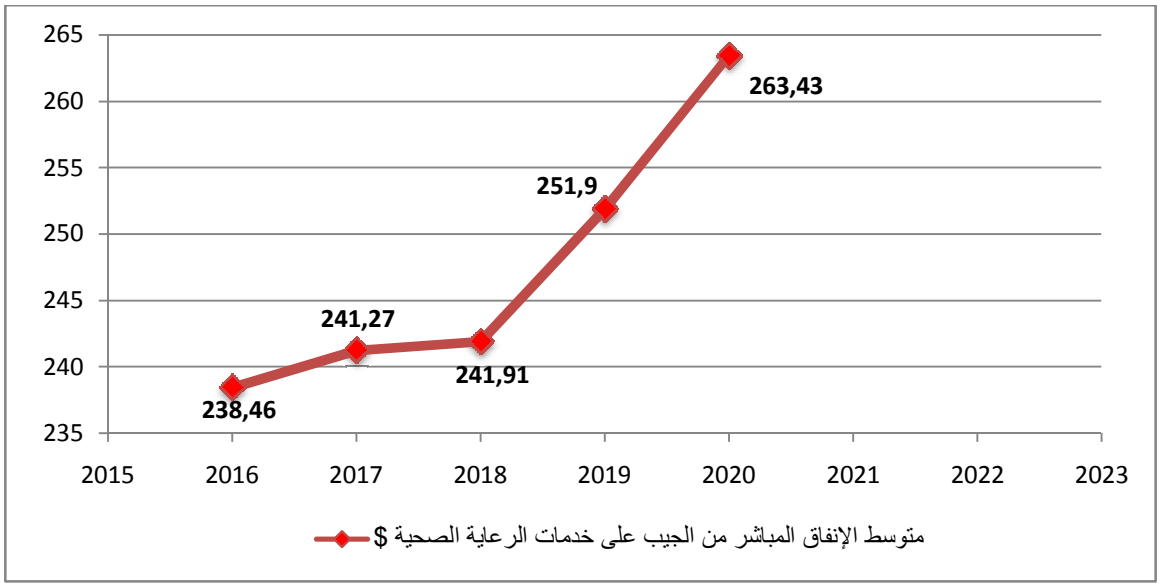
المصدر: التقرير العالمي لرصد الحماية المالية في مجال الصحة لعام 2019"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي، 2020، (متاح على شبكة الانترنت https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331748/9789240024410-ara.pdf)، ص 06.

إلا أنه يمكن قياس رصد التقدم في الحماية المالية في مجال الصحة في الجزائر من خلال مؤشرات الضائقة المالية ذات الصلة بهدف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة التي تتوفر بشأنها بيانات و تقديرات و إحصائيات، و من أهم هذه المؤشرات [402] إنفاق السكان على الصحة أو الرعاية الصحية من أموالهم الخاصة.

أولا: متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية

حسب قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بمؤشرات الإنفاق على الصحة، يوضح المنحنى البياني التالي متوسط المبالغ المالية التي ينفقها السكان في الجزائر من جيوبهم مباشرة على خدمات الرعاية الصحية (بعيدا عن البرامج الحكومية أو التأمين الصحي) خلال الفترة بين 2016 و 2022.

الشكل (39): *متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن في الجزائر من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية (بالدولار الدولي الجاري 2016-2022)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات البنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2022، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني:

.https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?end=2020&locations=DZ&start=2016

الملاحظ من خلال أرقام المنحنى البياني السابق حول متوسط المبالغ المالية التي ينفقها السكان في الجزائر من جيوبهم مباشرة على خدمات الرعاية الصحية (بالدولار الدولي الجاري) بأنها ارتفعت

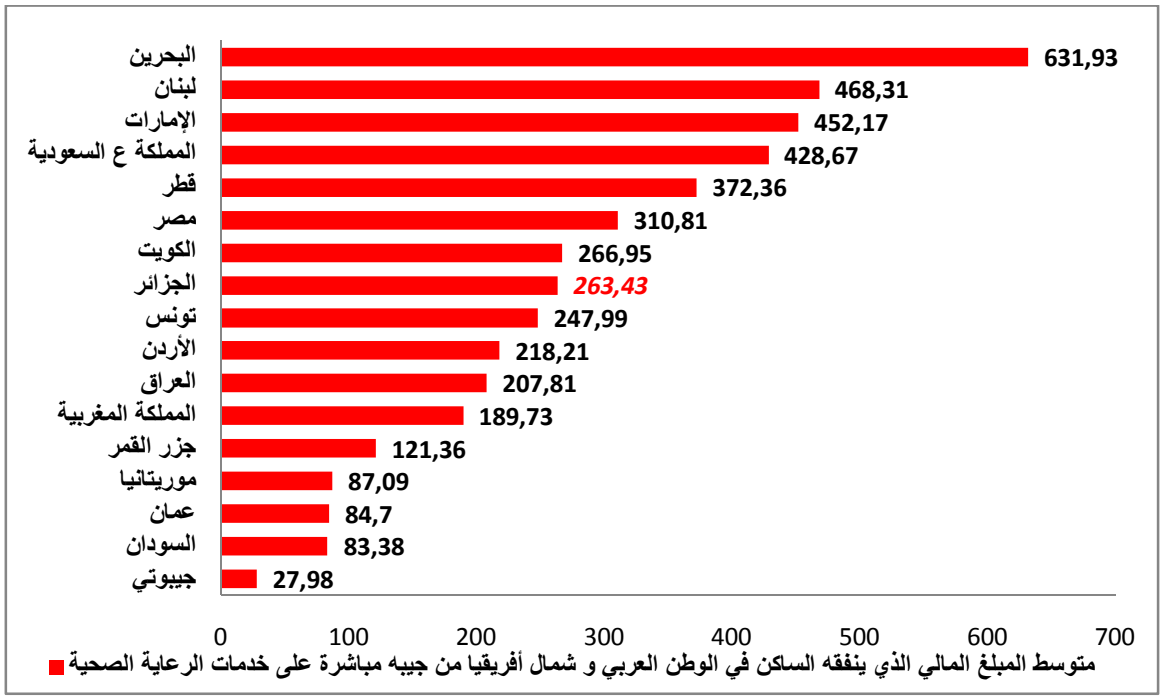
[402] "**تقرير الرصد العالمي للحماية المالية في مجال الصحة لعام 2021**"، المرجع السابق، ص 06.

بين 2016 و 2020 (في ظل عدم توفر بيانات خاصة بسنتي 2021 و 2020) بحوالي 25 $ من 238,46$ سنة 2016 إلى 263,43$ سنة 2020 وهي أعلى قيمة مسجلة منذ سنة 2000 وأن 2018 كانت بمثابة المعلم أو السنة الفارقة في منعرج إرتفاع الإنفاق، حيث كان الارتفاع في مبلغ إنفاق الفرد في الجزائر من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية بين 2016 و 2018 حوالي 5,45$، في حين بلغ حوالي 21,52$ بين 2018 و2020، أي بزيادة تقدر بـ 16,07$ وهو ما يعادل ارتفاع في نسبة الإنفاق تقدر بـ 74.68%.

و احتلت الجزائر –حسب آخر إحصائيات لقاعدة بيانات البنك الدولي لسنة 2020– المرتبة العاشرة عربيا (من أصل 17 دولة عربية تتوفر على معطيات بقاعدة البيانات) في متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية، حيث ضفرت جيبوتي بالمرتبة الأولى بأقل متوسط إنفاق قدر بـ 27,98$ أي بفارق 235,45$ كاملة، في حين قبعت البحرين المرتبة الأخيرة بأعلى متوسط إنفاق بلغ 631,93$ بفارق 603,95$ عن جيبوتي متصدرة الترتيب و بفارق 368,5$عن الجزائر، بينما احتلت الجزائر المرتبة الرابعة في منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا بعد كل من تونس، المملكة المغربية و موريتانيا صاحبة الترتيب الأول بأقل متوسط إنفاق قدر بـ 87,09$، و يوضح المخطط الشريطي التالي هذا الترتيب بالتفصيل.

الشكل (40): *متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن في الوطن العربي و منطقة شمال أفريقيا من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية*

(بالدولار الدولي الجاري سنة 2020)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات البنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2022، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني: https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?end=2020&locations=DZ&start=2016.

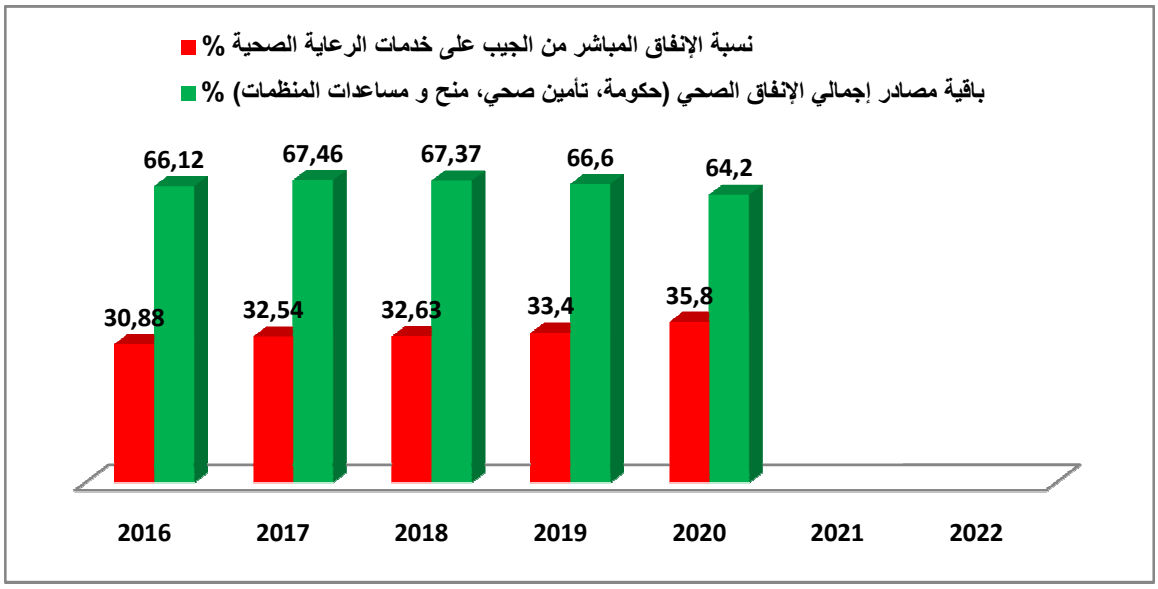
على العموم يبقى ترتيب الجزائر مقبول نسبيا بالمقارنة مع المعدل العالمي لمتوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية لبلدان العالم المقدر بـ 300,71$ سنة 2020.

و يمكن توضيح أكثر حول مستوى إنفاق الفرد في الجزائر من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية من خلال نسبة (%) الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و 2022.

ثانيا: نسبة الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي

حسب قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بمؤشرات الإنفاق على الصحة، يوضح الخطط الشريطي التالي نسبة (%) الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و 2022.

الشكل (41): *نسبة الإنفاق المباشر للفرد الجزائري من جيبه من إجمالي الإنفاق الصحي (% 2016-2022)*



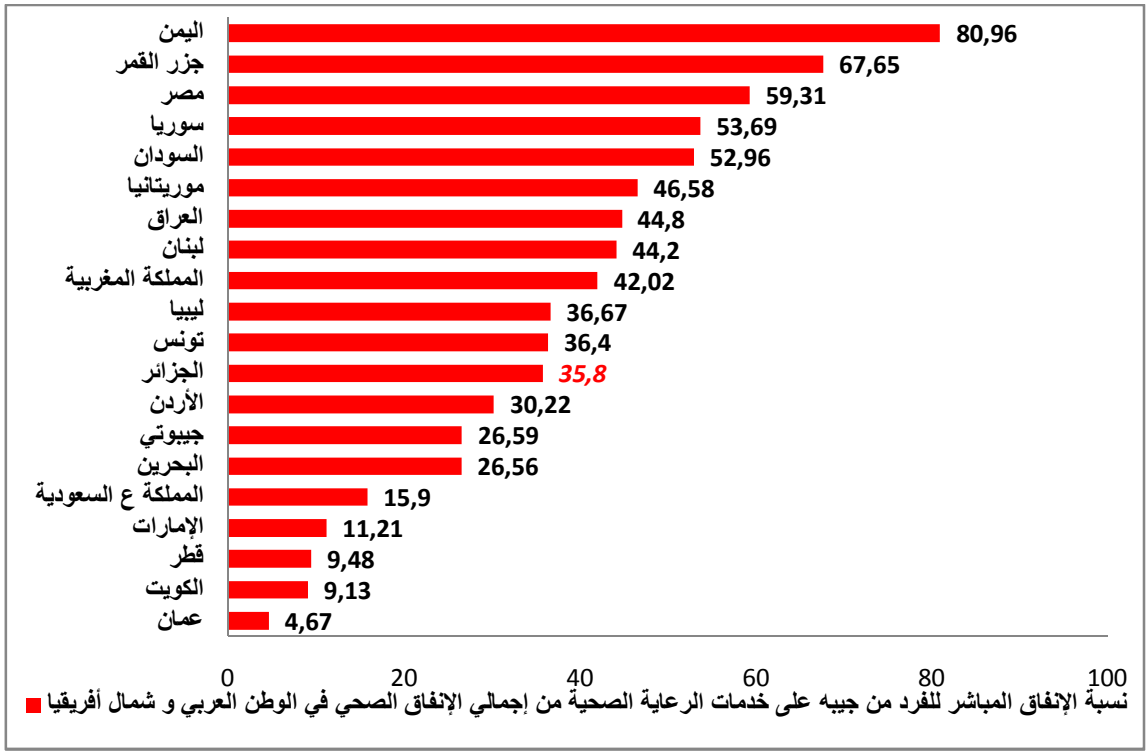
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات البنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2022، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني: https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2020&locations=DZ&start=2000.

الملاحظ من خلال أرقام المنحنى البياني السابق بأن معدل الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و2020 (في ظل عدم توفر بيانات خاصة بسنتي 2021 و 2020) هو الثلث (3/1) بنسبة 33.34% من إجمالي الإنفاق الصحي مرتفعا بنسبة 4,92% من 30,88% سنة 2016 إلى 35,8% سنة 2020، بينما معدل نسبة باقي الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي (حكومة، تأمين صحي، منح ومساعدات المنظمات) هو 65,83% منخفضا بنسبة 1.92% من 66.12% سنة 2016 إلى 64.2% سنة 2020.

و احتلت الجزائر –حسب آخر إحصائيات لقاعدة بيانات البنك الدولي لسنة 2020– المرتبة التاسعة عربيا (من أصل 20 دولة عربية تتوفر على معطيات بقاعدة البيانات) في نسبة الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية بـ 35,8% من إجمالي الإنفاق الصحي، حيث ضفرت عمان بالمرتبة الأولى بأقل نسبة إنفاق قدرت بـ 4,67% أي بفارق نسبة 31,13% كاملة، في حين قبعت اليمن في المرتبة الأخيرة بأعلى نسبة إنفاق بلغت 80,96% بفارق نسبة تأخر عن الجزائر 45,16%، بينما احتلت الجزائر المرتبة الأولى في منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا، و يوضح المخطط الشريطي التالي هذا الترتيب بالتفصيل.

الشكل (42): *نسبة الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي في الوطن العربي و شمال أفريقيا*

(% سنة 2020)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات البنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2022، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني:
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=20 .20&locations=DZ&start=2000

على العموم يبقى ترتيب الجزائر متوسطا بالمقارنة مع المعدل العالمي لنسبة الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي لبلدان العالم المقدر سنة 2020 بـ 16,36%.

و من أهم أسباب ارتفاع في متوسط المبالغ المالية التي ينفقها السكان من جيوبهم مباشرة على خدمات الرعاية الصحية و نسبة (%) الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي في الجزائر على غرار دول العالم خاصة الدول ذات الدخل المنخفض خلال الفترة بين 2016 و 2022 نذكر ما يلي [403]:

– زيادة النمو الديمغرافي (عدد السكان) يقابله ارتفاع في عدد المسنين وفي معدل الإصابة بالأمراض و خاصة كوفيد–19 وتداعياته الصحية و الاقتصادية (انكماش في الإقتصاد العالمي و تداعياته الإجتماعية).
– الفجوات في توفير الأدوية.
– السياسات العامة التي تحد من الشراكات في مصادر الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية.

أما بالنسبة للجزائر بصفة خاصة، رغم أنها تنتهج سياسة صحية تتميز بمجانية الطب و العلاج إلا أن الفترة بين 2016 و 2020 (في ظل عدم توفر بيانات خاصة بسنتي 2021 و 2020) شهدت انخفاضا في مدفوعات الحكومة لتغطية تكاليف ونفقات الفرد على خدمات الرعاية الصحية بنسبة 5.1% من 67.69% سنة 2016 إلى 62.59% سنة 2020 وهي أدنى قيمة مسجلة منذ سنة 2000 [404]، ساهم ذلك في تحمل السكان لجزء من تلك المدفوعات التي شكلت عبئا ماليا عليهم بارتفاع متوسط المبالغ المالية التي ينفقها السكان من جيوبهم مباشرة على خدمات الرعاية الصحية وكذا في نسبة (%) الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي –و هو ما يفسر العلاقة الطردية بين الإنفاق العام والإنفاق المباشر للفرد على خدمات

[403] المرجع نفسه، ص.ص 04–06.

[404] قاعدة بيانات البنك الدولي في الفترة من سنة 2016 إلى 2020، صادرة عن البنك الدولي، متوفرة على الموقع الرسمي للبنك على الرابط الإلكتروني:
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?end=2020&locations=DZ&start=2000.

الرعاية الصحية-، رغم أن منظومة التأمين الصحي في الجزائر تتميز بشمول و تغطية لشريحة كبيرة من السكان بلغت 85.2% (سنة 2011) [405]؛ و هي من بين الأفضل في الوطن العربي والعالم.

من خلال تحليل المعطيات و البيانات المتعلقة بنسبة سكان الجزائر الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة خلال الفترة من سنة 2016 إلى 2022، يمكن تقييم التقدم المحرز لأداء السياسة الوطنية الصحية بأنه لا يزال أمامها تحديات و صعوبات قائمة في ظل حالة الكود تتطلب بذل المزيد من الجهود نحو إحراز التقدم المطلوب في هذا المجال، و أن إتجاه آدائها يشير إلى عدم إتاحة البيانات بخصوص هذا المؤشر.

[405] أنظر "**نسبة السكان المشمولين بالتأمين الصحي**"، متوفر على موقع Our World in Data بالرابط: https://ourworldindata.org/grapher/health-protection-coverage، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/23 الساعة 01:14).

المبحث الرابع: دور السياسة الصحية الجزائرية في تحقيق مؤشرات غاية الحد من آثار التعرض للمواد الكيميائية والتلوث من البعد البيئي للتنمية المستدامة.

تشمل الصحة البيئية الجوانب المتعلقة بصحة السكان بما فيها نوعية الحياة التي تتأثر بالعوامل الفيزيائية، الكيميائية و البيولوجية، النفسية، الإجتماعية و الجمالية للبيئة، و تشمل مجالاتها: الهواء المياه و التسممات التي تؤثر في صحة الإنسان. [406]

و تندرج غاية الحد بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عنالتعر ض للمواد الكيميائية الخطرة، وتلوث الهواء والماء والتربة ضمن الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة، و هي الغاية الوحيدة ضمن الهدف المتعلق بالصحة التي تعنى بالبعد البيئي من التنمية المستدامة، و يمكن قياسها بثلاثة (03) مؤشرات التالية: معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء في الأسر المعيشية والهواء المحيط، معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة و كذا معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد.

المطلب الأول: مؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء في الأسر المعيشية والهواء المحيط

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3–9 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

الفرع الأول: سياسة الحد من آثار التعر ض للمواد الكيميائية الخطرة والتلو ّث في الجزائر

تندرج السياسة الوطنية للحد من آثار التعر ض للمواد الكيميائية الخطرة والتلوث في الجزائر ضمن ديناميكية السياسات العامة في الجزائر بين قطاعي البيئة و الصحة، و تتحد ملامحها من خلال المنظومة القانونية و كذا المنظومة المؤسسية التي تعمل في نسق المنظومة البيئية للبلاد.

أولا: المنظومة القانونية للسياسة البيئية في الجزائر

يحدد القانون رقم 03–10 المؤرخ في 2003/07/19 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة ملامح ديناميكية السياسات العامة في الجزائر بين قطاعي البيئة و الصحة

[406] أنظر "**البيئة الصحية**"، متوفر على موقع المعهد الوطني للصحة العمومية بالرابط: https://www.insp.dz/index.php/Non-categorise/sante-environnement.html، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/29 الساعة 22:43).

(التناسق وتكامل)، و تحدد نصوصه التطبيقية [407] غاية الحد من آثار المواد الكيميائية و تلوث الماء و الهواء والتربة (سواء أمراض أو وفيات) و السياسة المنتهجة في هذا المجال أهمها:

– المرسوم التنفيذي رقم 2006–02 المؤرخ في 2006/01/07 المحدد للقيم القصوى و مستويات الإنذار و أهداف نوعية الهواء في حالة تلوث جوي (تلوث الهواء).

– المرسوم التنفيذي رقم 2006–138 المؤرخ في 2006/04/15، المنظم لانبعاث الغاز والدخان والبخار والجزيئات السائلة أو الصلبة في الجو وكذا الشروط التي تتم فيها مراقبتها (الإنبعاثات الجوية)

– المرسوم التنفيذي رقم 2006–141 المؤرخ في 2006/04/19 الضابط للقيم القصوى للمصبات الصناعية (المصبات الصناعية السائلة).

– المرسوم التنفيذي رقم 13–110 المؤرخ في 2013/03/17، المنظم لاستعمال المواد المستنفذة لطبقة الأوزون وأمزجتها والمنتجات التي تحتوي عليها (استخدام، استرجاع أو رسكلة).

– المرسوم التنفيذي رقم 2008–327 المؤرخ في 2008/10/21، المنظم لإلزام ربابنة السفن التي تحمل على متنها بضائع خطيرة سامة أو ملوثة بالإخطار عن وقوع أي حادث في البحر (الإخطار عن الحوادث البحرية المتعلقة بالمواد الخطيرة السامة أو الملوثة).

– المرسوم التنفيذي رقم 19–227 المؤرخ في 2019/08/13، المتعلق بتنظيم مكافحة التلوثات البحريةوا ٍحداث مخططات استعجاليه لذلك. (التدخلات أمام التلوث البحري)

إضافة إلى ما سبق، لم تغفل الأرضية القانونية البعد الإداري الذي يؤكد على مبدأ التخطيط البيئي في إطار تنموي مستدام، من خلال التشريع للمرسوم التنفيذي رقم 207–15 المؤرخ في 2015/07/27، المحدد لكيفيات المبادرة بالمخطط الوطني للنشاط البيئي و التنمية المستدامة وا ٍعداده (تقرير وطني للبيئة، تحديد تكاليف الأضرار و العجز، استدراكها و التقييم الدوري)، إضافة إلى مبدأ التحفيز البيئي من خلال المرسوم التنفيذي رقم 2005–444 المؤرخ في 2005/11/14 المحدد لكيفيات منح الجائزة الوطنية من أجل حماية البيئة.

---

[407] أنظر "**البيئة (قوانين)**"، متوفر على موقع وزارة البيئة والطاقات المتجددة، الرابط: https://www.me.gov.dz/reglementation/%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%8A%D8%A6%D8%A9/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:35).

بالإضافة إلى القوانين المتعلقة بالبيئة، تتكفل وزارة البيئة والطاقات المتجددة بـ:

– **الكوارث** [408]: استنادا إلى القانون رقم 04–20، المؤرخ في 2004/12/25، المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، من خلال ضبط كيفيات إعداد وتنفيذ المخططات الداخلية للتدخل من طرف المستغلين للمنشآت الصناعية و شروط وكيفيات إعداد هذه المخططات.

– **النفايات** [409]: استنادا للقانون رقم 01–19 الممضى في 2001/12/12، المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها إزالتها (نفايات التغليف، النفايات الخاصة و الخطرة، نفايات النشاطات العلاجية، المغلفات المخصصة لاحتواء مواد غذائية مباشرة أو أشياء مخصصة للأطفال، منشآت معالجة النفايات النفايات المنزلية).

إضافة إلى عناوين أخرى لها علاقة بالنظام البيئي على غرار نصوص تشريعية وتنظيمية خاصة بالجبل، الساحل، المجالات المحمية، المساحات الخضراء و المواد البيولوجية.

ثانيا: المنظومة المؤسسية للسياسة البيئية في الجزائر

بالإضافة إلى الوزارة الوصية بالبيئة في الجزائر المتمثلة في وزارة البيئة و الطاقات المتجددة حيث أنه اقترنت حقيبة البيئة في وزارات الحكومات المتعاقبة على الجزائر منذ الإستقلال بقطاعات الري، إصلاح الأراضي، الغابات، البحث و التكنولوجيا، الجامعات و البحث العلمي، الداخلية والجماعات المحلية و الإصلاح الإداري، الأشغال العمومية و تهيئة الإقليم و العمران، السياحة والمدينة، و تم إنشاء المجلس الأعلى للبيئة والتنمية المستديمة شهر ديسمبر من سنة 1994 كتوجه تنموي مستدام يجمع البعد البيئي بالإقتصادي و الإجتماعي و التكنولوجي في نسق متكامل، وصولا

[408] أنظر "**الكوارث (قوانين)**"، متوفر على موقع وزارة البيئة والطاقات المتجددة، الرابط: https://www.me.gov.dz/%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%ae%d8%a7%d8%b7%d8%b1-%d8%a7%d9%84%d8%b1%d8%a6%d9%8a%d8%b3%d9%8a%d8%a9/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:56).

[409] أنظر "**النفايات (قوانين)**"، متوفر على موقع وزارة البيئة والطاقات المتجددة، الرابط: https://www.me.gov.dz/reglementation/%D9%86%D9%81%D8%A7%D9%8A%D8%A7%D8%AA/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:58).

إلى التسمية الحالية للوزارة "وزارة البيئة والطاقات المتجددة" الذي يؤكد على التوجه التنموي المستدام وعوائده الإقتصادية و الإجتماعية فضلا عن البيئية.

هناك مؤسسات تحت وصاية وزارة البيئة و الطاقات المتجددة تعنى بالمنظومة البيئية في الجزائر، أهمها:

– **المركز الوطني لتقنيات الإنتاج الأكثر نقاء:** يعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري أنشئ بموجب المرسوم التنفيذي 02–262 المؤرخ في 2002/08/17، لتعزيز التنمية المستدامة ومواجهة التحديات البيئية، يعنى بالمساهمة في تحقيق التنمية المستدامة من خلال تعزيز استخدام التكنولوجيات والممارسات الأنظف جميع القطاعات على غرار الصناعة، الزراعة والطاقة المساعدة على الحد من الآثار البيئية لنشاطات الإنتاج، من خلال خدمات التدريب، الدعم الفني، البحث والتطوير و التوعية والتثقيف في مجال تقنيات الإنتاج الأنظف ومكاسبها. [410]

– **الوكالة الوطنية للنفايات:** تم إنشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 02–175، المؤرخ في 202/05/20، تعنى بتقديم المعلومات ونشر المعرفة حول تقنيات فرز، جمع، نقل، معالجة، إعادة تدوير و التخلص من النفايات، من خلال السعي إلى تجميعوا إنشاء قاعدة بيانات وثائقية حول تسيير النفايات ثم نشرها على أصحاب المصلحة في مجال النفايات. [411]

– **المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة:** أنشئ بموجب المرسوم التنفيذي رقم 02–115 المؤرخ 2002/04/03، في إطار نسق دولي (بروتوكولات واتفاقيات صدقت عليها الجزائر) لتفسير تأثيرات الأنشطة البشرية والصناعية على البيئة، يعنى بإدارة شبكات رصد التلوث وقياسه ورصد البيئات الطبيعية من خلال جمع و تحليل و نشر المعطيات المتعلقة بالبيئة والتنمية المستدامة في الجزائر

[410] أنظر "**حول المركز الوطني لتقنيات الإنتاج الأكثر نقاء**"، متوفر على موقع المركز الوطني لتقنيات الإنتاج الأكثر نقاء الرابط: https://cntpp.dz/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:04).

[411] أنظر "**حول الوكالة الوطنية للنفايات**"، متوفر على موقع الوكالة الوطنية للنفايات الرابط: https://and.dz/presentation/apropos/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:15).

وكذا مراقبة وضعية البيئات الطبيعية (ماء، هواء و تربة)، تحليل التصريفات الصناعية، تحاليل الفضاءات المائية المخصصة للسباحة، التدخل في حالة التلوث غير المتعمد، إعداد دراسات بيئية.[412]

– **الوكالة الوطنية لتغير المناخ:** هي مؤسسة ذات طابع إداري، تعنى بدمج كل ما يتعلق بتغير مناخ ضمن المخططات التنموية و المساهمة في حماية البيئة الوطنية و مهام أخرى تتعلق بالتوعية والتحسيس، الدراسات و التلخيصات في جميع المواضيع المتعلقة بالتغيرات المناخية. [413]

إضافة إلى المركز الوطني لتنمية الموارد البيولوجية، المحافظة الوطنية للساحل و المعهد الوطني للتكوينات البيئية.

أما بخصوص آداء السياسة الوطنية للبيئة فيتحدد من خلال الإستراتيجية الوطنية للبيئة و خطة العمل الوطنية للبيئة والتنمية المستدامة [414]، حيث جاءت الإستراتيجية الوطنية للبيئة من رحم التزام الجزائر بمخرجات مؤتمر سنة 2015 للأمم المتحدة حول التنمية المستدامة، أثمرت إستراتيجية وطنية للتكفل بـ 14 هدف من أصل 17 من أهداف خطة التنمية المستدامة 2030، و ترتكز على سبعة (07) محاور [415] أهمها ما يرتبط بصفة مباشرة بهدف الصحة و الرفاه المتمثل في ترقية الصحة وتحسين نمط الحياة الذي يسعى في المدى المتوسط و البعيد إلى:

– تعزيز مؤشر الحصول على المياه و خدمات الصرف الصحي ذات جودة.
– تحسين جودة الهواء خاصة في كبرى المدن و في محيط المناطق الصناعية.
– التقليل من التهديدات و المخاطر المرتبطة بمصادر التلوث الزراعي، الكيماوي و الصناعي.
– التقليل من النفايات و حسن تسييرها.

---

[412] أنظر "**من نحن (المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة)**"، متوفر على موقع المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة الرابط: https://onedd.org/ar/qui-sommes-nous/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:42).

[413] حسينة قديرة نومي و أحمد سلخين، **الأطر القانونية و الآليات المؤسسية للحد من التلوث البيئي –عرض تجربتي الجزائر و المغرب**، مجلة آفاق للعلوم، جامعة الجلفة، العدد 02 (المجلد 07)، 2022/06/01، ص 743.

[414] أنظر "**من نحن (المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة)**"، المرجع السابق، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:42).

[415] جامعة أم البواقي، محاضرة بعنوان "**الإستراتيجية الوطنية للبيئة الجديدة (2017–2035)**"، موجهة للطلبة بجامعة أم البواقي، ص.ص 2–5، متوفر ة على أرضية moodle بجامعة أم البواقي على الرابط المختصر: https://n9.cl/iuonu، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/05 الساعة 23:53).

– تعزيز الأرضية القانونية و المؤسساتية لإدارة البيئة.

إضافة إلى محاور:

– المحافظة على الرأسمال الطبيعي الثقافي الوطني: من خلال خطة عمل وطنية للتنوع البيولوجي 2016–2030 من أجل تنمية اجتماعية و اقتصادية مستدامة تكيفا مع تغير المناخ.

– ضمان أمن غذائي.

– تطوير اقتصاد تدويري و أخضر.

– الرفع من قدرات مكافحة التصحر باستحداث وزار ة منتدبة للبيئة الصحراوية سنة 2020 تؤدي مهام ترقية البيئة الصحراوية في جنوب البلاد تحت وصاية وزارة البيئة.

– الرفع من قدرات مكافحة تغيرات المناخ بالشراكة مع الفاعلين الدوليين: من خلال تنصيب اللجنة الوطنية للمناخ سنة 2015 من أجل متابعة برامج مقاومة تغيرات المناخ و تداعياتها على خطط التنمية الوطنية.

أما بخصوص خطة العمل الوطنية للبيئة و التنمية المستدامة ترتكز على أربعة (04) محاور[416] أهمها ما يرتبط بصفة مباشرة بهدف الصحة و جودة أو نوعية الحياة الذي يسعى بغية تحقيق الأهداف ذات الأولوية التالية إلى:

– التحسين من مؤشر حصول السكان على الماء الشروب.

– الرفع من جودة خدمة الصرف الصحي.

– التسيير المستدام للنفايات الخطرة و الصلبة المنزلية.

– مكافحة التلوث الصناعي.

– تحسين جودة الهواء في المناطق الحضرية.

– تعزيز الحوكمة البيئية، إضافة إلى أهداف أخرى تتعلق بتدعيم المساحات الخضراء و كذا تحسين تسيير التراث الثقافي.

[416] CHERIF RAHMANI, Plan National d'Actions pour l'Environnement et le Développement Durable (PNAE-DD). Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, Janvier 2002, p.p 78-86, lien: https://faolex.fao.org/docs/pdf/alg151386.pdf

إضافة إلى محاور أخرى تتعلق بحفظ وتحسين إنتاجية رأس المال الطبيعي (التربة و مكافحة التصحر، مياه السقي، الغابات، التنوع البيولوجي، الواحات، الساحل)، التنافسية والكفاءة الاقتصادية البيئة العلمية تنوع بيولوجي، تغير ات المناخ و طبقة الأوزون).

الفرع الثاني: البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء

يشار إلى الوفيات الناتجة عن الآثار المشتركة لتلوث الهواء المحيط (خارج المسكن أو في الهواء الطلق) والتلوث داخل الأسر المعيشية (داخل المسكن أو في الهواء الداخلي) بعدد أو معدل الوفيات (قسمة عدد الوفيات على مجموع السكان)، و تم تقييم هذه الوفيات نتيجة استعمال الوقود المخصص للطهي الملوث، الوقود الملوث، الانبعاث الناجمة عن الأماكن والمصانع المغلقة والشاحنات والسيارات، الجسيمات الدقيقة والصغيرة، فحم الحطب، نفايات المحاصيل و روث الحيوانات، كلها تنجم عنها آثار تضر بالصحة، حيث أكدت دراسات وبائية بأن التعرض لتلوث الهواء مرتبط بعدة أمراض (التهاب الجهاز التنفسي الحاد، و عند البالغين: الانسداد الرئوي المزمن، سرطان الرئة أمراض القلب الوعائية و نقص تروية القلب). [417]

1- مصادر البيانات و طرق جمعها:

- **بالنسبة لمتغير التعرض لتلوث الهواء:** تم اعتماد مؤشر "نسبة السكان الذي يعتمدون أساساً على الوقود والتكنولوجيا النظيفين" الذي يندرج ضمن الغاية 7-1 من خطة التنمية المستدامة 2030 الموسومة بـ "كفالة حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة" كمؤشر التعرض لتلوث الهواء داخل الأماكن المغلقة، أما بالنسبة للتعرض إلى تلوث الهواء المحيط فقد تم استغلال مؤشر متوسط التركيز السنوي للجسيمات (الأقل من um2.5) الذي يندرج ضمن الغاية 11-6 من خطة التنمية المستدامة 2030 الموسومة بـ "الحد من الأثر البيئي السلبي الفردي للمدن بطُرق منها إيلاء اهتمام خاص لنوعية الهواءا دارة نفايات البلديات وغيرها".

- **بالنسبة لمخاطر التعرض لتلوث الهواء:** تم استخدام النسب المتكاملة بين التعرض لتلوث الهواء والاستجابة للعبء الكلي للأمراض، حيث تم تحديث استجابات التعرض المتكاملة باستخدام أدلة وبائية حديثة. [418]

تؤكد مصادر بيانات مؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء و طرق جمعها على تكامل أهداف خطة التنمية المستدامة و عدم قابليتها للتجزئة و شموليتها من حيث التنفيذ (الهدف 03

[417] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص.ص 01-02.

[418] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، المرجع السابق.

المتعلق بالصحة، الهدف 07 المتعلق بالطاقة و الهدف 11 المتعلق بالمدن و غيرها)، و ما يترتب عنه بالضرورة من تكامل قطاعي أو ما يمكن تسميته "الصحة في كل القطاعات أو السياسات" (وزارة الصحة وزارة الطاقة، وزارة البيئة و الطاقات المتجددة و وزارة السكن و المدينة و غيرها).

2- طرق حساب المؤشر:

يتم احتساب معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء من خلال:

- جمع المعلومات حول ارتفاع خطر المرض الناجم عن التعرض.
- جمع المعلومات حول المتوسط السنوي لتركيز الجسيمات التي يتعرض لها السكان أو نسبة السكان التي تعتمد على وقوللطهي الملو ّث (مدى التعرض).

و هو ما يسمح باحتساب الجزء المنسوب للسكان (حصة المرض المنسوب إلى التعرض عند فئة سكانية معينة). [419]

[419] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص 04.

الفرع الثالث: قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء في الجزائر

يعتبر التلوث الهوائي من أهم المخاطر البيئية الكبرى على الصحة بسبب علاقته المباشرة مع العبء العالمي للمرض الناجم عن الإصابات بأمراض: الجهاز التنفسي، سرطان الرئة و أمراض القلب وغيرها، حيث يتسبب تلوث الهواء (المحيط و في الأسر المعيشية) سنويا في 6,7 مليون وفاة مبكرة 89% منها في بلدان متوسطة و منخفضة الدخل، من بينها 4,2 مليون وفاة مبكرة بسبب تلوث الهواء المحيط (الخارجي) سنة 2019، أي أن تلوث الهواء المحيط يتسبب فيما نسبته 62.6% حالة وفاة مبكرة، بينما يتسبب تلوث الهواء في الأسر المعيشية (داخل المسكن) فيما نسبته 37.4% بمعدل 2.5 مليون حالة وفاة مبكرة. [420]

و حسب مركز تنمية الطاقات المتجددة في الجزائر فإن المعدل السنوي للوفيات الناجمة عن تلوث الهواء (في الأسر المعيشية والهواء المحيط) في الجزائر يقدر بـ 2500 حالة. [421]

و حسب التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022 بخصوص معدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء (في الأسر المعيشية والهواء المحيط) في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022 تظهر مايلي:

[420] أنظر "**تلوث الهواء المحيط (الهواء الخارجي)**"، بتاريخ 2022/12/19، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/17 الساعة 22:05).

[421] أنظر "**2500 حالة وفاة سنويا بالجزائر بسبب تلوث الهواء**"، بتاريخ 2019/06/19، متوفر على موقع مركز تنمية الطاقات المتجددة في الجزائر بالرابط المختصر: https://2u.pw/uC5bOmOL، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/18 الساعة 00:28).

الجدول (17): ***معدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء (المحيط و المنزلي) في الجزائر لكل 100 ألف نسمة الفترة 2016 – 2022***

التقرير السنوي	سنة التقدير المعتمدة	معدل الوفيات المسجلة (لكل 100 ألف نسمة)
2016	تقديرات تعود لسنة 2012	31.5 حالة وفاة
2017	تقديرات تعود لسنة 2012	30.6 حالة وفاة
2018	تقديرات تعود لسنة 2016	49.7 حالة وفاة
2019	تقديرات تعود لسنة 2016	49.7 حالة وفاة
2020	تقديرات تعود لسنة 2016	49.7 حالة وفاة
2021	تقديرات تعود لسنة 2016	49.7 حالة وفاة
2022	تقديرات تعود لسنة 2016	49.7 حالة وفاة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:
.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

– أول ما يلفت الانتباه هو عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر لكل 100 ألف نسمة خلال الفترة من 2017 إلى 2022 (سواء الوطنية أو عبر الوطنية) رغم تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية [422] لسنة 2017 التي تشير إلى معدل 30.6 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2012، أما تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لسنوات 2018، 2019، 2020، 2021 و 2022 أشارت إلى معدل 49.7 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2016 أي أن معدل الوفيات المسجل سنة 2016 هو 49.7 حالة لكل 100 ألف نسمة بدلا عن 31.5 حالة حسب الإحصائيات المعتمدة في تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة

[422] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: .https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

2016 التي تعود لسنة 2012، كما أن تقديرات التقريرين السنويين لإحصائيات الصحة العالمية لسنتي 2016 و 2017 اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2012 لم تكن نفسها، حيث أن تقرير سنة 2016 اعتمد معدل 31.5 بينما تقرير سنة 2017 اعتمد معدل 30.6 حسب إحصائيات نفس السنة 2012، يشير ذلك إلى غموض في البيانات المدرجة المتعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر الذي قد يكون مصدره الجهات التي تخطر منظمة الصحة العالمية بتلك الأرقام والإحصائيات خصوصا في ظل غياب البيانات الوطنية المتعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر في الفترة بين 2016 و 2022، و هو ما يضع عقبة لإدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– إذا ما تم الإستناد على تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2016 إلى سنة 2022 يمكننا القول بأن معدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر لكل 100 ألف نسمة عرف ارتفاعا بنسبة 38.5%، بخسارة 19.1 نقطة كاملة بعد الإنتقال من 30.6 كأدنى معدل مسجل في التقرير السنوي 2017 إلى معدل 49.7 كأعلى معدل مسجل في التقرير السنوي 2022، إلا أن ذلك يعد تشخيصا مجحفا في حق السياسة الصحية للجزائر و جهودها الرامية إلى الحد من معدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء، حيث أن البيانات الثابتة هي ما تعلق بمعدل الوفيات لسنة 2016 المقدر بـ 49.7 حالة و التي تم اعتمادها في تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2018 إلى سنة 2022، في حين تم اعتماد إحصائيات سنة 2012 في تقديرات تقارير سنتي 2016 و 2017، و هو ما يؤكد أهمية البيانات و الإحصائيات الدقيقة و المحينة في عملية التشخيص السليم والتقييم المنصف للتقدم المحرز في تحقيق حد لمعدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء.

و حسب مركز تنمية الطاقات المتجددة في الجزائر فإن معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر تتسبب فيها الآثار الصحية الخطيرة للغازات السامة المنبعثة من حركة المرور في المناطق الحضرية، وما يخلفه وقود السيارات من جزيئات مليئة بمواد ثقيلة كالرصاص تسبب في أمراض خطيرة و قاتلة للجهاز التنفسي والقلب و الدماغ و الرئتين، تستهدف بالدرجة الأولى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة غير متنقلة وبنسبة أقل الأشخاص المصابين بأمراض متنقلة، كما أن التلوث الداخلي أو المنزلي يتسبب في وفيات معتبرة لدى فئة الأمهات والأطفال جراء التسمم الحاد بأحادي

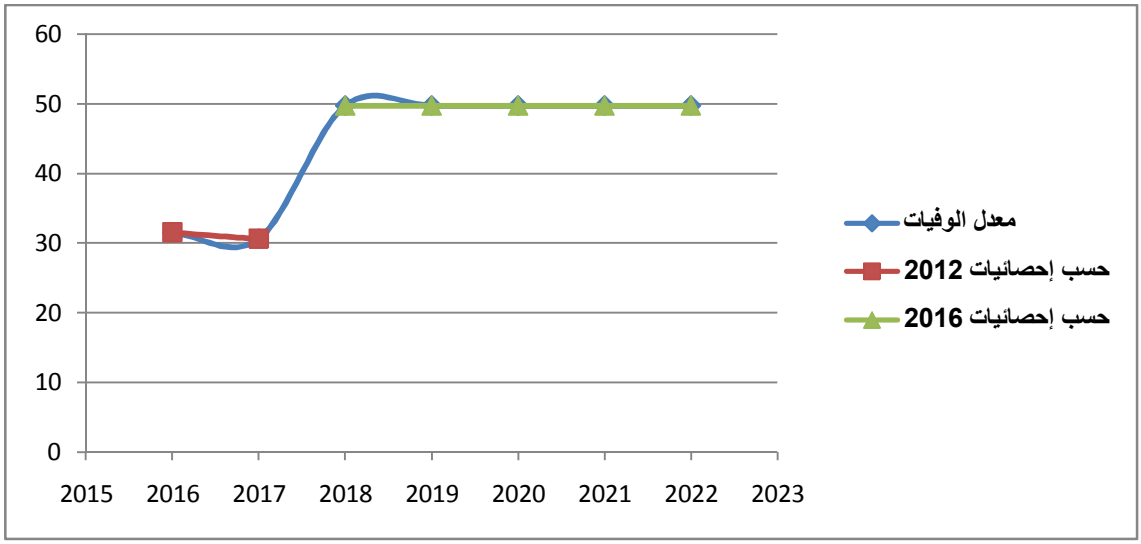
أكسيد الكربون (CO) والأمراض التنفسية المزمنة [423]، حيث يقوم ما يقارب ثلث سكان المعمورة (2,3 مليار شخص في العالم) بطبخ أطعمتهم بنيران مكشوفة أو مواقد تعمل بكتل بيولوجية (مخلفات المزروعات، روث و حطب)، وقود الكيروسين والفحم، تؤدي إلى تلوث الهواء دخل المساكن المضر بالصحة و أدى إلى وفاة حوالي 3,2 مليون شخص سنة 2020. [424]

و يوضح المنحنى البياني التالي حالة المعطيات المتعلقة بمعدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الجزائر لكل 100 ألف نسمة بالنظر إلى تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2018 إلى سنة 2022، و كذا إحصائيات سنة 2012 في تقديرات تقارير سنتي 2016 و 2017.

[423] أنظر "**الجزائر: تلوث الهواء راجع أساسا لانبعاثات الغازات بسبب حركة المرور الحضري**"، بتاريخ 2019/06/11، متوفر على موقع الرسمي لوكالة الأنباء الجزائرية على الرابط: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/72115-2019-06-11-07-59-20، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/21 الساعة 23:03).

[424] أنظر**تلوّث الهواء داخل المنزل**"، بتاريخ 2023/12/15، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية بالرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health#cms، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/18 الساعة 01:16).

الشكل (43): *معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة الجزائر في الفترة 2016 – 2022*



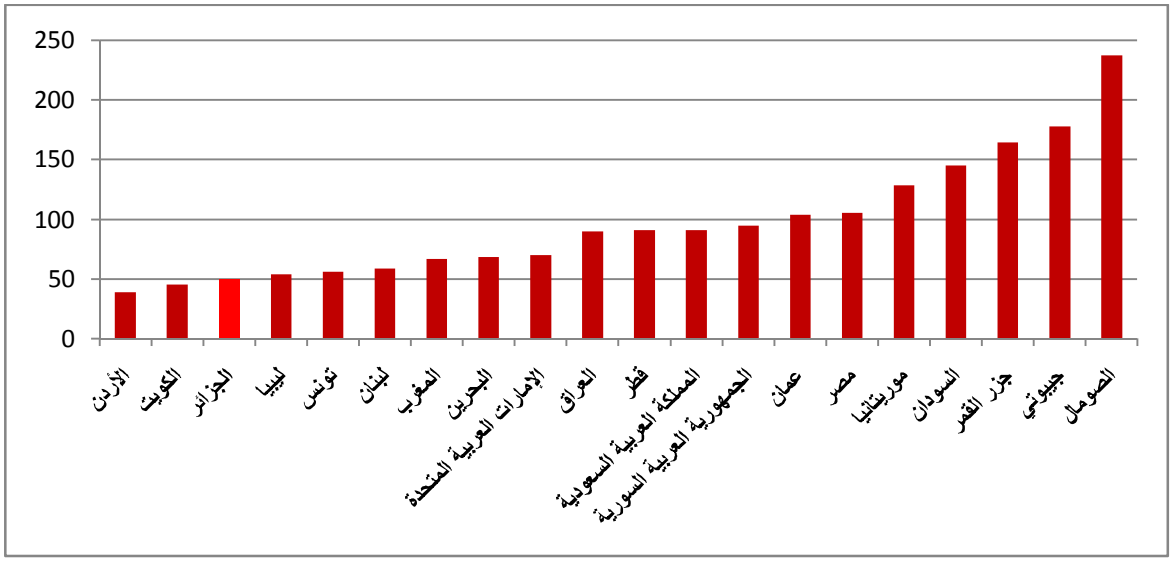
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:

.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

و يوضح المخطط الشريطي التالي معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة حسب آخر إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2019 بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا:

الشكل (44): *معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة*

(المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا حسب آخر إحصائيات WHO لسنة 2019)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية حول مؤشر الوفيات المعياري للعمر المنسوب إلى تلوث الهواء المنزلي والهواء المحيط (لكل 100000 من السكان) في الجزائر سنة 2019، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: .https://data.who.int/ar/indicators/i/E2FC6D7

النسب الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة الثالثة في المنطقة العربية بعد كل من الأردن و الكويت، و في المرتبة الأولى في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا حيث سجلت الأردن صاحبة المرتبة الأولى عربيا معدل 38,7 وفاة ناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة سنة 2019 أي بفارق 11 نقطة كاملة عن الجزائر وهو ما يعادل تأخر الجزائر بفارق نسبة 22.2% (بيانات دولتي فلسطين و اليمن غير متاحة)، و بفارق 42.3 نقطة عن دولة فنلندا المصنفة الأولى عالميا التي سجل بها معدل 7.4 حالة ولادة، وهو ما يعادل تأخر الجزائر بفارق نسبة 85.2%.

و أكدت آليات استعراض التقدم المحرز في سنة 2022 [425] بأن تقييم أداء الجزائر يشير إلى"النقطة ذات اللون الأصفر" ● للإشارة بأنه لا تزال هناك تحديات قائمة أمام الجزائر نحو إحراز التقدم المطلوب من أجل الحد من معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة

[425] Bayoumi M et all, Op.cit, p 47.

وأن إتجاه الآداء يشير إلى "النقطتين ذواتا اللون الرمادي" ●● تعبيرا على عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص هذا المؤشر.

المطلب الثاني: مؤشر معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3–9 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

الفرع الأول: البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية

يشير معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية إلى السكان الذين تعرضوا لخدمات غير كافية و غير منصفة لتوفير مياه غير مأمونة و صرف صحي سيء و وقاية صحية منعدمة خلال سنة محددة لكل 100 ألف شخص، بسبب أمراض: الإسهال، نقص طاقة البروتين و التهابات الديدان المعوية و الجهاز التنفسي الحادة. [426]

أولا: مصادر البيانات و طرق جمعها

تقوم منظمة الصحة العالمية في مرحلة أولى بجمع البيانات المتعلقة بالوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية من الدولة المستهدفة إضافة إلى قواعد بيانات أخرى بصفة مباشرة إضافة إلى مصادر بيانات أخرى بغية الوصول إلى تقديرات أكثر دقة و تحيينا حول سبب الوفاة، لتقوم بعدها في مرحلة ثانية بإجراء مشاورات وطنية قبل إصدار تلك التقديرات.

و تعتمد البيانات على [427]:

– تقييم الإحصائيات حول كفاية و إنصاف خدمات توفير المياه المأمونة و جودة الصرف الصحي وتوفر الوقاية الصحية للجميع خلال سنة محددة لكل 100 ألف شخص.

– البيانات التي تقدمها الدول حول الوفيات (نظم تسجيل الوفيات و العينات)، تكون الحاجة إلى معلومات لإكمال تلك البيانات في حال عدم توفر البلدان على نظم تسجيل عملية.

[426] "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، المرجع السابق، ص.ص 01–02.

[427] المرجع نفسه، ص.ص 02–03.

ثانيا: طرق حساب المؤشر

يتم احتساب معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية من خلال المعادلة التالية [428]:

معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية=

$$\frac{\text{العدد السنوي للوفيات الناجمة عن المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقايةالصحيّة}}{\text{عدد السكان}} \times 100000$$

[428] المرجع نفسه، ص 04.

الفرع الثاني: قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية في الجزائر

حسب أحدث التقديرات المتعلقة بعبء المرض الناجم عن المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، فإنه يموت سنويا 1.4 مليون شخص معظمهم من الأطفال أغلبهم في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل بسبب مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الكافية، منها 564 ألف وفاة (40.3%) أغلبها بسبب الإسهال الناجم عن الخدمات غير المأمونة للصرف الصحي، حيث أنه على المستوى العالمي لا تقدم خدمات مياه شروب مأمونة لـ 01 مليار شخص، كما لا تقدم خدمات صرف صحي مأمونة (عدم معالجة الفضلات البشرية) لحوالي نصف السكان حول العالم (3.6 مليار شخص)، إضافة إلى غياب خدمات النظافة الصحية عن ملايين الأشخاص، و هي أسباب مؤدية للوفيات، فضلا عن التبعات الاجتماعية و الاقتصادية (المثابرة في التمدرس، الهجرة بحثا عن موارد المياه و غيرها). [429]

و حسب التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022 بخصوص معدل الوفيات المنسوب إلى التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022 تظهر ما يلي:

[429] أنظر "**أمامنا فرصة نادرة لإتاحة المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع**"، بتاريخ 2023/03/22، متوفر على موقع منظمة الصحة العالمية على الرابط: https://www.who.int/ar/news/item/30-08-1444-our-lifetime-opportunity-to-enable-water-sanitation-and-hygiene-for-all، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/22 الساعة 23:25).

الجدول (18): ***معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة (الجزائر لكل 100 ألف نسمة الفترة 2016 – 2022)***

التقرير السنوي	سنة التقدير المعتمدة	معدل الوفيات المسجلة (لكل 100 ألف نسمة)
2016	تقديرات تعود لسنة 2012	2.4 حالة وفاة
2017	تقديرات تعود لسنة 2012	2.4 حالة وفاة
2018	تقديرات تعود لسنة 2016	1.9 حالة وفاة
2019	تقديرات تعود لسنة 2016	1.9 حالة وفاة
2020	تقديرات تعود لسنة 2016	1.9 حالة وفاة
2021	تقديرات تعود لسنة 2016	1.9 حالة وفاة
2022	تقديرات تعود لسنة 2016	1.9 حالة وفاة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:
.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

– أول ما يلفت الانتباه هو عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من 2017 إلى 2022، رغم تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية [430] لسنتي 2016 و 2017 التي تشير إلى معدل 2.4 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2012، أما تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لسنوات 2018، 2019، 2020، 2021 و 2022 أشارت إلى معدل 1.9 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2016، أي أن معدل الوفيات المسجل سنة 2016 هو 1.9 حالة لكل 100 ألف نسمة بدلا عن 2.4 حالة حسب الإحصائيات المعتمدة في تقديرات التقرير

[430] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics.

السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2016 التي تعود لسنة 2012، و هو ما يطرح أيضا إشارة بوجود غموض في البيانات المدرجة المتعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الجزائر الذي قد يكون مصدره الجهات التي تخطر منظمة الصحة العالمية بتلك الأرقام والإحصائيات خصوصا في ظل غياب البيانات الوطنية المتعلقة بهذا المؤشر، و هو ما يضع عقبة أمام إدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– إذا ما تم الاستناد إلى تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2016 إلى سنة 2022 يمكننا القول بأن بمعدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من 2017 إلى 2022 عرف انخفاضا بنسبة 20.9%، محرزا تقدما بـ 0.5 نقطة بعد الانتقال من 2.4 كأعلى معدل مسجل في التقرير السنوي 2016 إلى معدل 1.9 كأدنى معدل مسجل في التقرير السنوي 2022.

يرجع هذا التقدم في خفض معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة في الجزائر بالدرجة الأولى إلى اعتبار الحكومات الجزائرية تزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب بالمقدار الكافي و الجودة اللازمة ضمن أحد أهم أولويات سياسة المياه الجزائرية (المادة 02 من القانون المتعلق بالمياه رقم 05–12 المؤرخ في 4 أوت 2005) وفق إستراتيجية توازن بين الطلب المتزايد على المياه و ندرة مواردها (أنظمة تجميع وتحويل المياه الباطنية و السطحية و تحلية مياه البحر) [431]، إلا أن النمو الذي شهدته الجزائر في الفترة الأخيرة كان له تأثيرات سلبية على البيئة و المحيط خاصة على الموارد المائية مما يحتم تبني سياسة وطنية للصرف الصحي للحفاظ على الموارد المتاحة من التلوث و جعل مياه الصرف الصحي المعالجة مكسبا للحفاظ على صحة السكان و تحقيق التنمية، و هذا ما تلعبه الشبكة الوطنية لتطهير الصرف الصحي (177 محطة تطهير بسعة إجمالية 805 مليون م^3/سنة تكافئ عدد السكان إضافة إلى 69 محطة قيد

[431] أنظر "**المياه الصالحة للشرب**"، متوفر على موقع وزارة الري الجزائرية على الرابط: https://www.mh.gov.dz/?page_id=7392، أطلع عليه بتاريخ 2024/04/23 الساعة 00:00).

الإنجاز) من خلال منع نسبة كبيرة من تصريف مياه الصرف الصحي والقضاء على خنادق عديدة للصرف الصحي عبر الوطن، مما يخفض مخاطر و تهديدات الإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه.[432]

رغم ذلك تعتبر الوكالة الوطنية للموارد المائية بأنه تم تسجيل تلوث لأجزاء كبيرة من المياه السطحية بمياه الصرف الصحي (الصناعية و البلدية) غير المراقبة و غير المعالجة التي يتم تصريف سنويا حوالي 200 مليون م^3 بجودة متدنية مباشرة في المسطحات المائية الطبيعية، كما تم رصد مبيدات حشرية و نترات الفوسفور في جزء من المياه السطحية، أما بخصوص المياه الجوفية تعتبر على العموم جيدة رغم رصد بعض التغييرات كالملوحة الناجمة عن تأثيرات بيئية و نقص الأكسجين في المياه ناجم عن تصريف مياه الصرف الصحي في الوديان بسبب الأنشطة البشرية (صناعية ومنزلية)، كان لذلك الأثر في الإبلاغ عن إصابات بأمراض منقولة بالمياه تشكل خطرا صحيا (76 حالة لوباء الكوليرا في ستة أقاليم ساحلية سنة 2018) تكون أسبابها في الغالب قدم و تدهور في منشآت الصرف الصحي تؤدي إلى تسرب الملوثات إلى المياه التي تستعمل بعد ذلك في الري، مما يشكل عقبة كبيرة لدى منشآت معالجة المياه العادمة، حيث يقدر حجم مياه الصرف التي تم تصريفها بحوالي 1,2 مليار متر مكعب في السنة 2020 بفضل البرنامج الوطني لشبكة الصرف الصحي الذي رفع من العدد الوطني لمحطات معالجة مياه الصرف الصحي من 33 محطة سنة 1993 إلى 239 محطة سنة 2020، و زيادة في طول الشبكة بنسبة 48.8% بين 1995 و2011 أدى إلى الرفع من مؤشر التغطية من خلال توصيل 86% من إجمالي السكان بهذه الشبكة. [433]

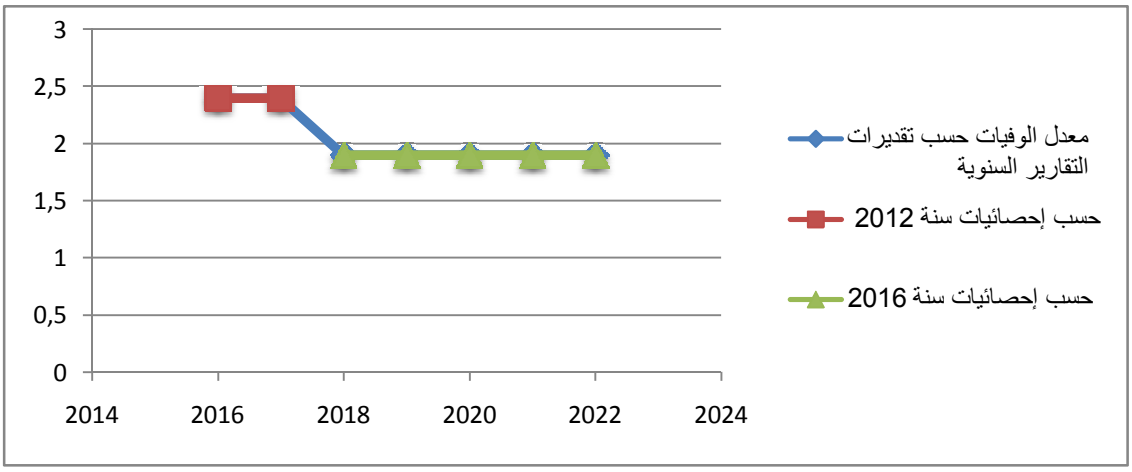
و يوضح المنحنى البياني التالي حالة المعطيات المتعلقة بمعدلات الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة في الجزائر لكل 100 ألف نسمة بالنظر إلى إحصائيات سنة 2016 في تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2018 إلى سنة 2022، و كذا إحصائيات سنة 2012 في تقديرات تقارير سنتي 2016 و2017.

---

[432] أنظر "**الصرف الصحي**"، متوفر على موقع وزارة الري الجزائرية على الرابط: https://www.mh.gov.dz/?page_id=7391، أطلع عليه بتاريخ 2024/04/23 الساعة 00:02).

[433] أنظر "**جودة المياه في الجزائر**"، متوفر على موقع Fanack المياه على الرابط: https://water.fanack.com/ar/algeria/water-quality/#_ftn2، أطلع عليه بتاريخ 2024/04/24 الساعة 23:25).

الشكل (45): *معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة (الجزائر لكل 100 ألف نسمة الفترة 2016 – 2022)*

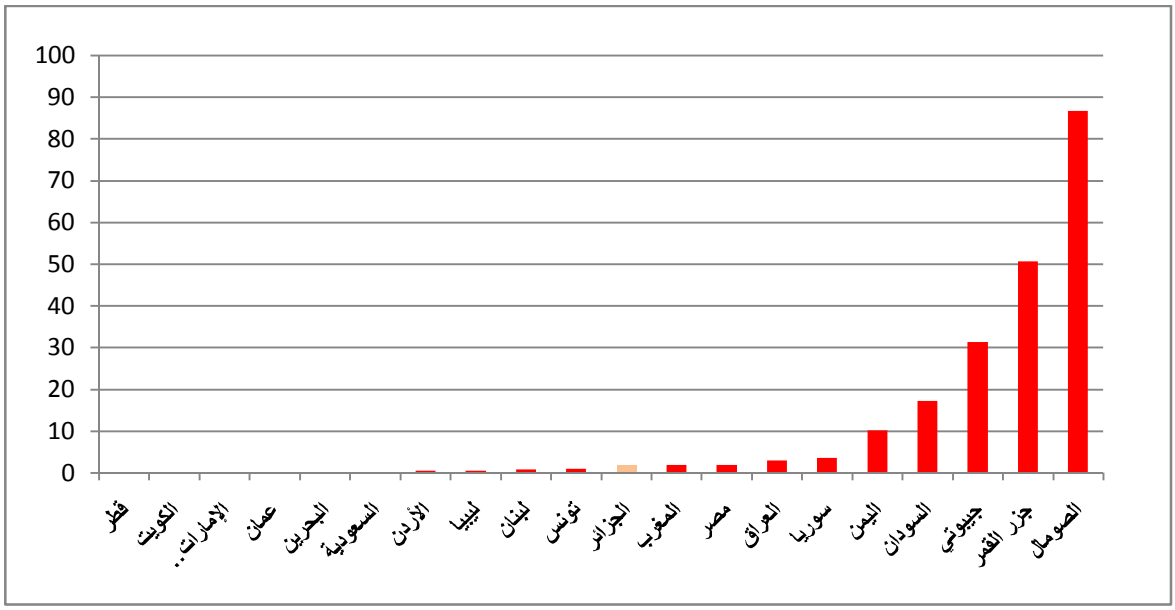


المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: .https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

و يوضح المخطط الشريطي التالي معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة حسب آخر إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا:

الشكل (46): *معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة*

(المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا حسب آخر إحصائيات WHO لسنة 2022)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات:

Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p.p 99-105, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/arab-sdg-index-and-dashboard-report-2022/

النسب الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة الحادية عشر في المنطقة العربية، و في الترتيب الثالث في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا، حيث سجلت قطر صاحبة المرتبة الأولى عربيا و عالميا أيضا معدل 0.1> وفاة ناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة سنة 2022، أي بفارق يقارب 1.8 نقطة كاملة، وهو ما يعادل تأخر الجزائر بفارق نسبة 94.8%.

و أكدت آليات استعراض التقدم المحرز في سنة 2022 [434] بأن تقييم أداء الجزائر يشير إلى"النقطة ذات اللون الأصفر" ● للإشارة بأنه لا تزال هناك تحديات قائمة أمام الجزائر نحو إحراز التقدم المطلوب من أجل الحد من الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي

[434] Bayoumi M et all, Op.cit, p 47.

والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة، وأن إتجاه الآداء يشير إلى "النقطتين ذواتا اللون الرمادي" ●● تعبيرا على عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص هذا المؤشر.

المطلب الثالث: مؤشر معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد

يندرج هذا المؤشر ضمن الغاية رقم 3–9 من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة.

الفرع الأول: البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد

يطلق عليه المعدل السنوي للوفيات بسبب التسمم العرضي، و يشير إلى مستوى فعالية آداء المنظومة الصحية و جودة إدارة التلوث و المواد الكيميائية الخطرة في البلدان. [435]

أولا: مصادر البيانات و طرق جمعها

تجمع منظمة الصحة العالمية البيانات المتعلقة بتمكين الجميع من المياه وخدمات الصرف الصحي النظافة الصحية الآمنة إضافة إلى البيانات المتعلقة بأسباب الوفيات، هذه البيانات تؤخذ من مصادرها المباشرة في البلدان (أنظمة تسجيل الوفيات، شهادات طبية حول أسباب الوفيات) و مصادر أخرى للبيانات (مسوح الأسر المعيشية، تشريح الجثث و غيرها)، لتقوم بعدها المنظمة بالتشاور مع هذه البلدان قبل نشر تقديراتها. [436]

ثانيا: طرق حساب المؤشر

يتم احتساب معدل الوفيات بسبب التسمم العرضي أو التسمم غير المتعمد من خلال المعادلة التالية [437]:

$$\text{معدل الوفيات بسبب التسمم العرضي أو التسمم غير المتعمد} = \frac{\text{العدد السنوي للوفيات بسبب التسمم العرضي}}{\text{عدد السكان}} \times 100000$$

[435] أنظر "**الدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية**"، المرجع السابق.

[436] المرجع نفسه.

[437] المرجع نفسه.

الفرع الثاني: قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد في الجزائر

حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة فإن عدد الوفيات العالمية الناجمة عن التسمم غير المتعمد بلغ 84,278 حالة سنة 2019، إضافة إلى فقدان 05 ملايين سنة ضائعة ناجمة عن اعتلال الصحة بسبب الإعاقة، 90% منها يحدث في الدول متوسطة و منخفضة الدخل و بنسب مرتفعة لدى الأطفال. [438]

و ترجع أهم أسباب الوفيات العالمية الناجمة عن التسمم العرضي حسب منظمة الصحة العالمية إلى [439]:

– الاستخدام المرتفع للمواد الكيماوية المختلفة بسبب النمو المفرط في التصنيع و ما تخلفه من آثار مضرة بالصحة، أهمها التسممات التي تعتبر من أكثر و أهم أسباب الزيارات الإستعجالية و الطارئة للمستشفيات عبر دول عديدة في العالم.

– هناك أسباب تكمن وراء ارتفاع معدلات التسمم العرضي في الدول متوسطة و منخفضة الدخل أهمها طبيعة النمط الاجتماعي والاقتصادي للسكان، المركبات الكيميائية (وقود منزلي، هيدروكربونات هالوجينية ومذيبات أخرى)، تحديث قطاع الزراعة، تطوير الأدوية الحديثة (مؤثرات عقلية و مواد أفيونية) و سهولة الحصول على الأدوية بدون وصفة طبية، إضافة إلى التعرض لغاز CO (أول أكسيد الكربون) الناتج عن وقود السيارات و الإسخدام الكثيف للأفران والمواقد.

و حسب التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022 بخصوص معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022 تظهر ما يلي:

[438] Nadeem Ullah Khan et all. «Trends in mortality related to unintentional poisoning in the South Asian region from 1990 to 2019: analysis of data from the Global Burden of Disease Study». BMJ Open, Volume 31, Issue 02, 2023, p 01.
[439] Ibid, p.p 01-02.

الجدول (19): *معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد في الجزائر*

(لكل 100 ألف نسمة الفترة 2016 – 2022)

التقرير السنوي	سنة التقدير المعتمدة	معدل الوفيات المسجلة (لكل 100 ألف نسمة)
2016	تقديرات تعود لسنة 2012	1.1 حالة وفاة
2017	تقديرات تعود لسنة 2015	1.1 حالة وفاة
2018	تقديرات تعود لسنة 2016	0.8 حالة وفاة
2019	لا توجد تقديرات	بيانات غير متوفرة
2020	تقديرات تعود لسنة 2016	0.8 حالة وفاة
2021	تقديرات تعود لسنة 2019	0.7 حالة وفاة
2022	تقديرات تعود لسنة 2019	0.7 حالة وفاة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني:
.https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

تحليلا للبيانات المتضمنة في الجدول السابق يتبين لنا ما يلي:

– أول ما يلفت الانتباه هو غياب المؤشر (معدل الوفيات الناجمة عن التعرض للتسمم غير المتعمد) بالأساس ضمن عملية تقييم التقدم المحرز في التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية (رصد الصحة لتحقيق التنمية المستدامة) لسنة 2019 و عدم توفر بيانات دقيقة و محينة متعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن التعرض للتسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة في الجزائر لسنوات 2017 2018، 2020 2021 و 2022، رغم تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية [440] لسنة 2016 التي تشير إلى معدل 1.1 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2012 نفس المعدل (1.1 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة) أشارت إليه تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2017 اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2015، أما تقديرات

[440] من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: .https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

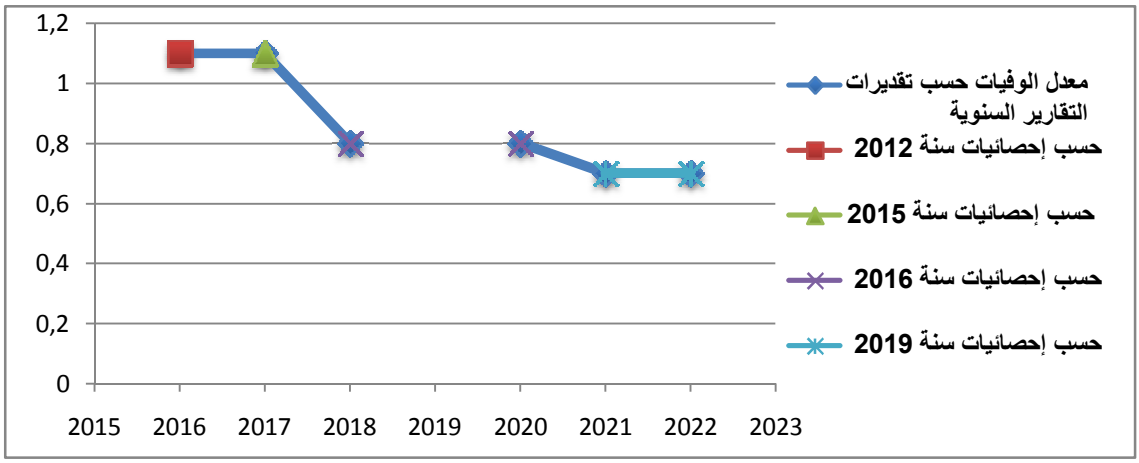
التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لسنتي 2018 و 2020 أشارت إلى معدل 0.8 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2016، بينما أشارت تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لسنتي 2021 و 2022 إلى معدل 0.7 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة اعتمادا على إحصائيات تعود لسنة 2016، أي أن معدل الوفيات المسجل سنة 2016 بين 0.8 و0.7 حالة لكل 100 ألف نسمة بدلا عن 1.1 حالة حسب الإحصائيات المعتمدة في تقديرات التقرير السنوي لإحصائيات الصحة العالمية لسنة 2016 التي تعود لسنة 2012، و هو ما يطرح أيضا إشارة بوجود غموض في البيانات المدرجة المتعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن التسمم العرضي أو غير المتعمد في الجزائر الذي قد يكون مصدره الجهات التي تخطر منظمة الصحة العالمية بتلك الأرقام والإحصائيات خصوصا في ظل غياب البيانات الوطنية المتعلقة بهذا المؤشر وهو ما يضع عقبة أمام إدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– إذا ما تم الاستناد إلى تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية من سنة 2016 إلى سنة 2022 حول معدل الوفيات الناجمة عن التسمم العرضي أو غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من 2016 إلى 2022 يمكننا القول بأنه تم تسجيل تحسن باعتدال (استمرار بثبات) أو أن التقدم المحرز فيها كان ثابتا، و ذلك بتسجيل انخفاض متدرج و مستمر بنسبة 36.4%، محرزا تقدما بـ 0.4 نقطة بعد الانتقال من 1.1 كأعلى معدل مسجل في التقرير السنوي 2016 إلى 0.7 كأدنى معدل مسجل في التقرير السنوي 2022.

و يوضح المنحنى البياني التالي حالة المعطيات المتعلقة بمعدلات الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد في الجزائر لكل 100 ألف نسمة بالنظر إلى إحصائيات سنة 2019 في تقديرات التقارير السنوية لإحصائيات الصحة العالمية لسنتي 2021 و 2022، إحصائيات سنة 2016 في تقديرات تقارير سنتي 2018 و2020، إحصائيات سنة 2015 في تقديرات تقرير سنة 2017، وكذا إحصائيات سنة 2012 في تقديرات تقرير سنة 2016.

الشكل (47): *معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد في الجزائر*

(لكل 100 ألف نسمة الفترة 2016 – 2022)

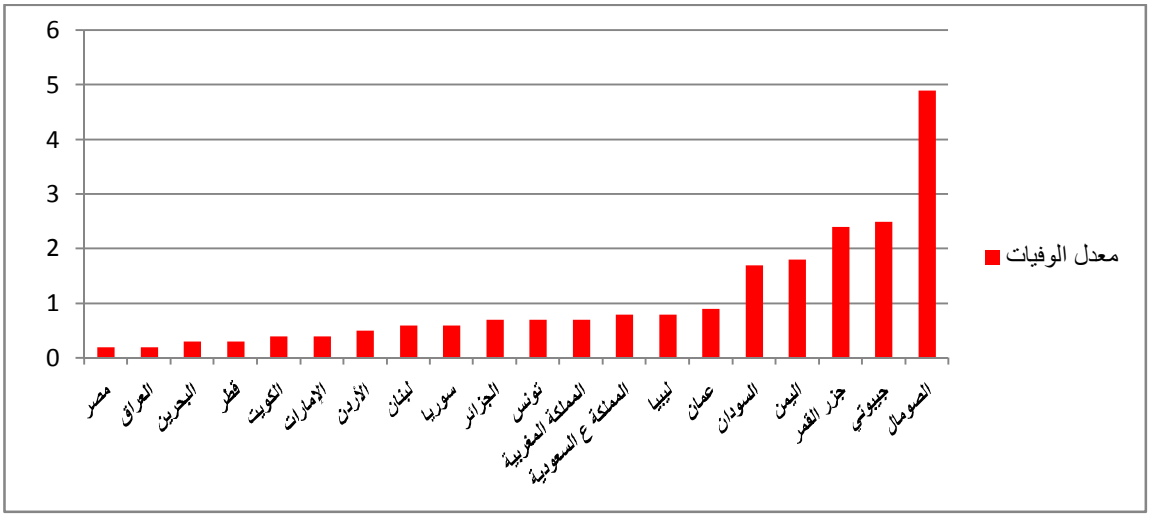


المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لسنوات من 2016 إلى 2022، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics.

و يوضح المخطط الشريطي التالي معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة حسب آخر إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 بالمنطقة العربية و منطقة المغرب العربي و شمال أفريقيا:

الشكل (48): *معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة*

(المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا حسب آخر إحصائيات WHO لسنة 2022)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات:

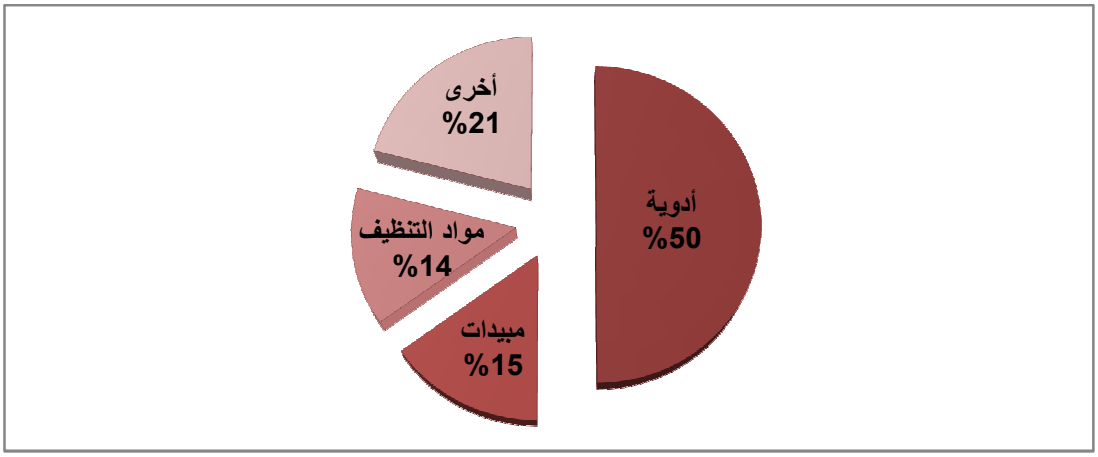
Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p.p 99-105, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/arab-sdg-index-and-dashboard-report-2022/

النسب الموضحة في المخطط الشريطي السابق تضع الجزائر في المرتبة العاشرة في المنطقة العربية، و في الترتيب الأول في منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا في معدلات الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة، حيث سجلت مصر صاحبة المرتبة الأولى عربيا معدل 0.2 سنة 2022، أي بفارق تأخر للجزائر يقارب 0.5 نقطة كاملة، في حين سجلت الصومال أسوء ترتيب بمعدل 4.9 وفاة، بينما سجلت عديد الدول أبرزها الدنمارك و المالديف أحسن معدل في صدارة الترتيب العالمي بـ 0.1> حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة، وهو ما يعادل تأخر الجزائر بفارق حوالي 0.6 نقطة كاملة أي ما يقارب نسبة 85.8% عن أحسن معدل عالمي.

و في تشخيص من البروفيسور بشرى الأمير لواقع مكافحة التسمم في الجزائر [441] فإنه –رغم التقدم المحرز في خفض معدلات الوفيات الناجمة عن التسمم العرضي في الجزائر– يعاني من نقص التغطية بالهياكل و المورد البشري المؤهل و المتخصص في الإنقاذ من التسمم و معالجته (مركز وطني وحيد و150 طبيب متخصص)، و ذلك بالمقارنة مع الحالات الكبيرة من التسممات المسجلة بالمركز المقدرة بحوالي 29 ألف حالة إبلاغ سنوية (260 ألف حالة إبلاغ في 09 سنوات خلال الفترة بين 1998 و 2007 ما بين حالات تسمم و لسعات عقربية)، مؤكدة بأن فئة الأطفال هي الأكثر عرضة للتسممات و أن أهم أسبابها تعرضهم لمواد التنظيف، المبيدات و الأدوية، و أن عدم ترك هذه المواد في متناولهم إضافة إلى التقيد بإجراءات و تدابير الوقاية و الرقابة تعد بمثابة الحل الأمثل لمكافحة التسممات في الجزائر، و إشارتها بالتأثير السلبي لغياب سياسة تكوينية و تأهيلية واضحة لفائدة الأطباء والصيادلة على نجاعة إستراتيجية الحد من التسممات و مكافحتها، ناهيك عن عدم تمييز وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بين حالات التسمم غير المتعمد و حالات التسمم المتعمدة بقصد الانتحاروا إدمان المخدرات، و يعطي الشكل التالي قراءة في أكثر الأسباب المساهمة في نسبة التسمم في الجزائر.

[441] زين العابدين جبارة، "**واقع مكافحة التسمم في الجزائر: مركز وطني واحد و150 طبيب فقط متخصص في التسمم**"، مقال بموقع الشروق أونلاين، الرابط المختصر: https://2u.pw/00N2LwgY، مؤرخ في 2007/12/07 أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/29 الساعة 23:31).

الشكل (49): *المسببات الأساسية للتسمم في المجتمع الجزائري (النسبة%)*



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات زين العابدين جبارة، مقال بعنوان "واقع مكافحة التسمم في الجزائر: مركز وطني واحد و150 طبيب فقط متخصص في التسمم"، بموقع الشروق أونلاين، الرابط المختصر: https://2u.pw/00N2LwgY، مؤرخ في 2007/12/07 أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/29 الساعة 23:31).

من خلال الشكل السابق يمكن ترتيب أكثر أسباب التسمم في الجزائر [442] إلى:

- الاستعمال المفرط و غير السليم للأدوية بغض النظر إذا ما كان متعمدا أو عرضي: 50٪.
- الاستعمال غير السليم أو الآمن للأعشاب أو التداوي التقليدي، تسممات في البيئة المهنية (غازات أو تلوث): 21%.
- تناول المبيدات: 15٪.
- تناول مواد التنظيف المنزلية: 14٪.

من خلال تحليل المعطيات و البيانات المتعلقة بمعدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة في الجزائر خلال الفترة من سنة 2016 إلى 2022، يمكن تقييم التقدم المحرز لأداء السياسة الوطنية الصحية بأنه لا يزال أمامها تحديات قائمة نحو إحراز التقدم المطلوب في هذا المجال، و أن إتجاه آدائها يشير إلى عدم إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص هذا المؤشر.

[442] المرجع نفسه.

خلاصة

خلاصة لهذا الفصل يمكننا القول بأن الوضع الصحي في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و2022 شهد تحسنا رغم صدمة مرض كورونا المستجد و تأثيراته السلبية على العالم، و تميز بإنجازات عديدة بفضل تركيز جهود المنظومة الصحية الجزائرية على مساعي إحراز التقدم المستمر في تحقيق غايات الهدف المتعلق بالصحة و مؤشراتها من خطة العالمية للتنمية المستدامة 2030 مع المحافظة على الخصوصية الوطنية خاصة في مجال الإبقاء على مقاربة الطب المجاني و توفير الرعاية الصحية من خلال السياسات المنتهجة لاستدامة الهياكل و الموارد الصحية (بشرية و مادية).

رغم ذلك لا تزال هناك تحدياتكبير ة وجب تجاوزها و ركود في التقدم صوب تحقيق هدف الصحة الجيدة والرفاه من خلال ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار خاصة في مجال إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة بخصوص غايات الهدف المتعلق بالصحة ومؤشراتها من خطة التنمية المستدامة 2030، مما يشكل عقبة في التشخيص الدقيق للوضع الصحي و المستوى الميداني للسياسات الصحية صوب تحقيق التنمية المستدامة، تحديد مكامن القصور ومقترحات التقويم لتحسين الأداء و إحراز التقدم المطلوب، و هو ما يضع عقبة أمام إدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

الخاتمة

إن تدرج الدراسة من العام إلى الخاص -بعد تفكيك متغيرات الموضوع و مؤشراتها- خلصت بأن الحكومات الجزائرية المتعاقبة -رغم عدم استقرار عائدات المحروقات التي تشكل أساس الاقتصاد الوطني-، تولي أهمية لبرامج وخطط تطوير قطاع الصحة من خلال أولوية الدعم التي كرست لنظام تسيير عمومي لا مركزي لهذا القطاع، ساهم في تحسن معتدل في اتجاهات غايات هدف الصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 بالرغم منو جود تحديات كبيرة، في مقابل ذلك سجل ركود في مساعي بلوغ أغلب هذه الغايات مع عدم تجاوز مشكل توفر البيانات التي تتعلق بكل جوانبها، و من أهم ما خلصت له هذه الدراسة:

في شقها المفاهيمي: تعدد مفاهيم السياسة الصحية والتنمية المستدامة الذي يرجع بالأساس إلى عدم ثبات الظاهرة الاجتماعية بصفة عامة و السياسية بصفة خاصة، و التطور والتراكم التاريخي والحضاري للإنسان وانعكاسه على البيئة المحيطة به السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية و البيئية على وجه الخصوص، إضافة إلى التطور والتراكم المعرفي خاصة في الفكر السياسي والتنموي بكل أبعاده أسهم ذلك في إنتاج صيغ مفاهيمية للسياسة الصحية والتنمية المستدامة تلتقي فيها مختلف الاجتهادات والإسهامات في نسبة من التوافق الاصطلاحي والإجرائي المقبول، تشترك في أبعادها الأساسية اقتصادي، اجتماعي و بيئي.

من جانب العلاقة بين متغيري الدراسة: اختبارالفرضية الدراسة الأولى القائلة بوجود علاقة طردية بين قطاع الصحة أو السياسات الصحية و عملية التنمية المستدامة، ثبت من خلال البحث وجود علاقة بين السياسة الصحية -أو ما يمثلها من مؤشرات صحية- و التنمية المستدامة ممثلة في أبعادها الأساسية الاقتصادي الاجتماعي و البيئي، تحددت في كونها في الغالب علاقة إيجابية (طردية) تفاعلية تتميز بزيادة قيمة الصحة مع زيادة قيمة مؤشرات الأبعاد الأساسية للتنمية المستدامة (الاقتصادي الاجتماعي والبيئي)، نفس الوضع في حال تبادل أدوار الاستقلال و التبعية بين المتغيرين، و تكون سلبية (عكسية) تتميز بزيادة قيمة الصحة مع انخفاض قيمة بعض مؤشرات التنمية المستدامة القليلة كالمديونية في البعد الاقتصادي، البطالة في البعد الاجتماعي و التلوث في البعد البيئي و أثرهم السلبي على قيمة الصحة.

بخصوص دور السياسة الصحية الجزائرية في تحقيق التنمية المستدامة بمختلف أبعادها خلال الفترة من سنة 2016 إلى سنة 2022: اختبارا للفرضيتين المتكاملتين الثانية و الثالثة القائلة بانتهاج الجزائر لسياسة صحية عمومية بالاعتماد على تحقيق تغطية صحية شاملة في سبيل "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية و بالرفاهية في جميع الأعمار" –و هو الهدف المتعلق بالصحة من أهداف خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة– و كذا بلوغ غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها بدرجات متفاوتة دون آثار سلبية، تبين بأن:

– الوضع الصحي في الجزائر خلال الفترة بين 2016 و2022 شهد تحسنا رغم صدمة مرض كورونا المستجد و تأثيراته السلبية على العالم، و تميز بإنجازات عديدة بفضل جهود المنظومة الصحية الجزائرية في مساعي إحراز التقدم المستمر لتحقيق غايات الهدف المتعلق بالصحة ومؤشراتها من خطة العالمية للتنمية المستدامة 2030 مع المحافظة على الخصوصية الوطنية، خاصة في مجال الإبقاء على مقاربة الطب المجاني و إتاحة الرعاية و الخدمات الصحية لجميع السكان بصفة مستدامة من خلال السياسات المنتهجة لاستدامة الهياكل و الموارد الصحية (بشرية و مادية)، إلا أن الهدف المتعلق بالصحة يعرف على العموم ركودا في التقدم وتحديات كبيرة رغم أن نتيجة التقدم في بعض مؤشراته على غرار مؤشر معدلات الولادات لدى المراهقات و مؤشر خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1000 مولود حي تتماشى مع المعدل المطلوب وتحقق فيها مؤشر هدف التنمية المستدامة بنجاح.

– تعكس السياسات الصحية في الجزائر دمج التنمية المستدامة في قطاع الصحة من خلال إعطاء مكانة للبعد الاقتصادي و البيئي فضلا عن البعد الاجتماعي الأساس، رغم إبرازها ضمنيا وعدم الإشارة بوضوح إلى أهداف خطة 2030 التي يقع تنفيذ ما يرتبط بالصحة منها على عاتق قطاع الصحة، يعزو ذلك إلى عدم بناء إستراتيجية قطاعية وطنية كاملة تتماشى مع أهداف هذه الخطة وعدم تبني خطة وطنية توضح تقسيم الأهداف والغايات –على غرار هدف الصحة– على القطاعات والفاعلين وضبط العلاقة بين الإستراتيجيات القطاعية على غرار غايات الهدف المتعلق بالصحة ومؤشراتها.

– وجود صعوبة في وضع بعض المؤشرات التي تسمح بقياس غايات الهدف المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 في الجزائر، و يعزو ذلك في الغالب إلى عدم توفر المعلومات أو بسبب التأخر الحاصل في وضعها كونها تحتاج لوسائل كبيرة لتحضير أدوات جمعها.

– عدم توفر لدى الديوان الوطني للإحصاء جميع مؤشرات الهدف المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 –على غرار مؤشر نسبة السكان في الجزائر التي يكون فيها إنفاق كارثي أو مفقر على الصحة من إجمالي ميزانية الأسرة (10% أو 25% من دخلها أو نفقاتها) من غاية التغطية الصحية الشاملة– و بعضها لا يمكن أن يتوفر.

– رغم ذلك لا تزال هناك تحدياتكبير ة وجب تجاوزها و ركود في التقدم صوب تحقيق هدف الصحة الجيدة والرفاه من خلال ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار خاصة في مجال إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة و الموثوقة بخصوص غايات الهدف المتعلق بالصحة ومؤشراتها من خطة التنمية المستدامة 2030، رغم ما تقوم به السلطات الجزائرية ممثلة في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و باقي الوزارات الفاعلة في هذا الشأن، إلا أنه غير مؤطر ضمن منظومة بيانات يشرف عليها الديوان الوطني للإحصاء بوصفه الهيئة المكلفة وطنيا بضمان و متابعة أهداف التنمية المستدامة وغاياتها و مؤشراتها بما فيها الهدف المتعلق بالصحة نظرا لضرورة هذه المعلومات الإحصائية في عملية تخطيط السياسات في بعدها الاقتصادي، الاجتماعي والبيئي، و تنسيقه مع لجنة الإحصاء الأممية على المستوى الدولي، إضافة إلى عدم وجود تناسق في نظام جمع البيانات من شأنه عرقلة متابعة الأهداف و غايتها و مؤشراتها و عدم إعطاء الوضع الحقيقي لأهدف التنمية المستدامة في الجزائر، مما يشكل عقبة في التشخيص الدقيق للوضع الصحي و المستوى الميداني للسياسات الصحية صوب تحقيق التنمية المستدامة، تحديد مكامن القصور ومقترحات التقويم لتحسين الأداء وا ٍحراز التقدم المطلوب، و هو ما يضع عقبة أمام إدارة العملية التنموية في هذا المجال على النحو الجيد و المستدام.

– غياب آلية لمتابعة و تنسيق خطة التنمية المستدامة 2030 في الجزائر تسهم في ترقية التوافق والتنسيق التام بين مختلف القطاعات من خلال تحديد المسؤوليات و المهام بينها و واجبات المساءلة لكل الفاعلين في أهداف هذه الخطة على غرار الهدف المتعلق بالصحة.

لذا **تقترح أو توصي الدراسة** –في سبيل الارتقاء بدور السياسة الصحية للجزائر في تحقيق التنمية المستدامة– ايلاء أهمية بالغة إلى:

– إعداد خطة وطنية شاملة لتغطية غايات الهدف المتعلق بالصحة من أهداف خطة التنمية المستدامة 2030 تسمح بمساهمة جيدة و فعالة لجميع السياسات الوطنية لمختلف القطاعات على غرار السياسات الوطنية للصحة في إطار متناسق و متكامل بين القطاعات و أهدافها المختلفة تكيفا مع تعدد و تداخل أبعاد أهداف التنمية المستدامة.

– الضرورة لضبط قائمة الأطراف الفاعلة في غايات الهدف المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 لإشراكها في عملية التنفيذ دون إغفال عملية التوعية بأهمية الشراكة بين القطاعات و تعاونها لانطلاقة جماعية نحو إحراز التقدم المطلوب لتحقيق غايات هذا الهدف و مؤشراتها.

– الضرورة لوضع آلية مؤسسية و منحها صلاحيات محددة و سلطة تمكنها من تجسيد وحدة القيادة لعملية التنسيق بين كل القطاعات و الفاعلين في القطاع الصحي ما يسمح بتحقيق غايات خطة التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة.

– تفعيل دور أجهزة الرقابة العليا على أهداف التنمية المستدامة في الجزائر على رأسها مجلس المحاسبة، وتطوير طرق الرصد والمتابعة، الاستعراضوالتبليغ وا ٍنجاز التقارير التي تساهم بدورها في عملية التقييم الدقيق والمساءلة الموضوعية.

– إنشاء قاعدة بيانات وطنية دقيقة وتحيين الإحصائيات والرقمنة المتعلقة بقطاع الصحة عموما وبجميع غايات التنمية المستدامة و مؤشراتها المتعلقة بهدف الصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 للأمم المتحدة بصفة خاصة، وتسهيل الوصول إليها كونها تساهم في التشخيص السليم والدقيق للواقع، التخطيط، تجنيد الإمكانيات والبدائل، التنفيذ، التقييم، التقويم وغيرها من مبادئ ومرتكزات إدارة العملية التنموية، لتفادي الوقوع في فخ البيانات التي تعاني من الإجحاف أو التحيز المرتبط بالمصادر و طرق إجرائها.

– استحداثوا ٍسخدام التقنيات والأنظمة الرقمية الحديثة والتحول الرقمي في قطاع الصحة بشكل متسارع وشامل، لما لذلك من مزايا في تجميع البيانات بطريقة يسهل حفظها و استرجاعها إلكترونيا عند الحاجة وكذا من حيث الكيفية التي تتم بها نقل البيانات بأمان وحماية لخصوصيتها من المخاطر السيبرانية (الإستغلال، التلاعب و الإتلاف... إلخ).

– إدماج في مقررات التدريس والتكوين كل المعلومات المتعلقة بغايات الصحة من خطة التنمية المستدامة بكل تفاصيلها، وذلك في إطار إعداد أجيال واعية بحجم المسؤولية الملقاة وكذا تخفيف العبء على السلطات في هذا المجال.

قائمة المصادر و المراجع

أولا: المراجع بالعربية

أ. **الوثائق الرسمية:**

1- **إعلان مؤتمر طرابلس**"، صادر عن المجلس الوطني للثورة، بتاريخ جوان 1962.

2- دستور الجزائر لسنة 1963، المؤرخ في 1963/09/10، صادر الجريدة الرسمية العدد 895 بتاريخ 1963/09/10.

3- دستور الجزائر لسنة 2020، المؤرخ في 2020/12/30، صادر الجريدة الرسمية العدد 82 بتار يخ 2020/12/20.

4- قانون رقم 85-05، مؤرخ في 1985/02/16 يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، صادر بالجريدة الرسمية العدد 08 بتاريخ 1985/02/17.

5- قانون رقم 18-11، مؤرخ في 2018/07/02 يتعلق بالصحة، صادر بالجريدة الرسمية العدد 46 بتاريخ 2018/07/29.

ب. **الكتب:**

6- أبشر الطيب حسن، **الدولة العصرية دولة مؤسسات**، القاهرة، الدار الثقافية للنشر، 2000.

7- أبو النصر مدحت ومدحت محمد ياسمين، **التنمية المستدامة مفهومها أبعادها مؤشراتها** القاهرة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2017.

8- احميد عبل الركابي ساجد، **التنمية المستدامة ومواجهة تلوث البيئة وتغير المناخ**، برلين المركز الديمقراطي العربي، 2020.

9- بن عبد الرحمان البريدي عبد الله، **التنمية المستدامة مدخل تكاملي لمفاهيم الاستدامة وتطبيقاتها مع التركيز على العالم العربي**، الرياض، العبيكان للنشر، 2015.

10- بن غضبان فؤاد، **الجغرافيا السياحية**، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2020.

11- بوجلال عمر طيب، **إدماج المقاربة التشاركية في الإصلاحات السياسية**، الأردن، مركز الكتاب الاكاديمي، 2018.

12- تشيوان سون جين، **تأثير الثقافة الشرقية على النهضة الأوربية**، ترجمة يحي مختار، الجيزة بيت الحكمة للثقافة، 2025.

13- توفيق صفاء صالح الحاج، **التربية الصحية في مدارس الأساسية**، عمان، مركز ديبونو لتعليم التفكير، 2015.

14- جفال عبد الحميد و عمار سيدي دريس، **التنمية الصحية و علاقتها بالتنمية البشرية**، عمان دار الأيام للنشر والتوزيع، 2015.

15- حاروش نور الدين، **إدراة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الجزائر، دار كتامة للنشر، 2007.

16- حاروش نور الدين، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني** الجزائر، دار الأمة للطباعة و النشر و التوزيع، 2017.

17- حاروش نور الدين، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع 2012.

18- حسن محمد اللبان خلف الله، **الصحة و البيئة في التخطيط الطبي**، المنيا، دار المعرفة الجامعية، 1999.

19- حمدان محمد زياد، **صحة الأسرة الوقائية والعلاحية**، دمشق، دار التربية الحديثة، 2015.

20- الخزرجي ثامر، **النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة معاصرة في إستراتيجية إدارة السلطة**، عمان، دار مجدلاوي، 2004.

21- خضر شيراز محمد، **ممارسة الصحة العامة**، لندن، دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع 2022.

22- داود محمد العذاري عدنان، **الاستثمار الأجنبي المباشر على التنمية والتنمية المستدامة في بعض الدول الإسلامية**، عمان، المجموعة دار غيداء للنشر والتوزيع، 2016.

23- الدايل عبد العزيز، **الأجهزة الرياضية المنزلية لتطوير الصحة واللياقة البدنية**، م ع السعودية الإتحاد السعودي للتربية البدنية والرياضة للجميع، 2017.

24- رمثان حسين رائد و حيال محيسن حسن، **التنمية التعليمية المستدامة أفكار ودراسات**، عمان دار صفاء للنشر، 2020.

25- سامي عبد القادر، **سلامة الغذاء فى الضيافه**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر، 2023.

26- سمير عبد القادر و إبراهيم السيد، **التربية الصحية الواقع و سيناريوهات المستقبل** الإسكندرية، دار التعليم الجامعي 2021.

27- السويدي جمال سند، **وسائل التواصل الاجتماعي ودورها في التحولات المستقبلية من القبيلة إلى الفيسبوك**، د ب ن، زاوية المعرفة للنشر، 2013.

28- شهاب أحمد صباحي علي، **الاستثمار الأجنبي الخاص الواقع والآفاق – دراسة قانونية مقارنة**، عمان، دار الأكاديميون للنشر والتوزيع، 2019.

29- شويه يوان تيان، **التحول الديموغرافي في الصين**، ترجمة محمد عبد الحميد حسين، الجيزة، دار صفصافة للنشر، 2017.

30- عبد المنعم شعيب محمد، **إدارة المستشفيات منظور تطبيقي**، القاهرة، دار النشر للجامعات 2014.

31- العزاوي وصال نجيب، **السياسة العامة دراسة نظرية في حقل معرفي جديد**، بغداد، مركز الدراسات الدولية، 2001.

32- علي شكر إسماعيل و جواد مهدي مجيد، **مشاريع القطاع الخاص ودورها في الحد من البطالة**، عمان، مركز الكتاب الأكاديمي، 2015.

33- فائق مرعي مثنى وآخرون، **أزمة جائحة كورونا والنظام العالمي**، القاهرة، العربي للنشر والتوزيع، 2021.

34- الفهداوي فهمي خليفة، **السياسية العامة منظور كلي في البيئة والتحليل**، عمان، دار الميسرة 2001.

35- كماش يوسف لازم وآخرون، **الصحة و التربية الصحية**، عمان، دار الخليج، 2015.

36- كمال عابدين بشير، **السياسة الاقتصادية والمالية للخليفة الراشد عمر بن عبد العزيز**، عمان دار المامون للنشر والتوزيع، 2006.

37- محارمة إيهاب وآخرون، **إدارة الأزمات بين النظرية والتطبيق: الاستجابة الاستراتيجية لدولة قطر لأزمة الحصار**، الدوحة، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، 2022.

38- محمد ساجد يزن خلوق، **السلطة التشريعية وصنع السياسة العامة في النظام البرلماني (دراسة مقارنة)**، عمان، شركة دار الأكاديميون، 2021.

39- محمد غنيم عثمان و أحمد أبو زنط ماجدة، **التنمية المستدامة فلسفتها و أساليب تخطيطها وأدوات قياسها** ، عمان، دار صفاء للنشر، ط2، 2014.

40- المليجي إبراهيم عبد الهادي والصديقي سلوى عثمان، **الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي** الإسكندرية، دار المعرفة الإجتماعية، 2004.

41- منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية تحت مسؤولية أمينها العام، **تطلعات سياسات الاستثمار في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا**، باريس، منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية، 2021.

42- هيجوت ريتشارد، **نظرية التنمية السياسة**، عمان، المركز العلمي للدراسات السياسة، 2021.

43- ولد قادة محمد، **دليل التسيير الإستشفائي**، الجزائر، د د ن، 2017.

44- ياغي عبد الفتاح، **السياسات العامة النظرية والتطبيق**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010.

45- يحي حسين حامد، **الصحة والسياسات الصحية في العالم العربي**، العراق، دار الذاكرة للنشر 2021.

ت. **الدوريات و المجلات (مقالات علمية)**:

46- الياس بومعراف و مراد صاولي، **محددات الصحة لدول المغرب العربي – دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014)**-، مجلة الدراسات الإقتصادية والمالية، بجامعة حمة لخضر الوادي، العدد 02 (المجلد 10) 2017/04/10.

47- بايزيد علي، **التنمية المستدامة مفهومها، أبعادها ومؤشراتها حالة مؤشر الآداء البيئي العالمي**، مجلة المقريزي للدراسات الإقتصادية والمالية، الجزائر، العدد 2 (المجلد 6)، ديسمبر 2022.

48- بريش خالد، **آثار جائحة كورونا (كوفيد-19) على المؤسسات الصغيرة والمتوسطة وحتمية إندماجها في التجارة الإلكترونية في الجزائر**، مجلة إقتصاد المال والأعمال، جامعة الشهيد حملة لخضر الوادي، العدد 02 (المجلد 06)، ديسمبر 2021.

49- بوخاري مصطفى أمين، **الإجراءات المتبعة لتسجيل المنتجات الصيدلانية وفقا لقانون الصحة في الجزائر –الأدوية الجنيسة نموذجا-**، المجلة الجزائرية للحقوق و العلوم السياسية، المركز الجامعي تسمسيلت، العدد 06 (المجلد 03)، ديسمبر 2018.

50- بوسالم فاطمة، **تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي بالجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة الجلفة، العدد 2 (المجلد 4)، أوت 2010.

51- بوطيبة فيصل، **العائد من الاستثمار في التعليم**، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة المسيلة، العدد 07 (المجلد 05)، جوان 2012.

52- بوفاسة سليمان و ساعد محمد، **تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية – دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى–**، مجلة المالية و الأسواق، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم، العدد 01 (المجلد 04) 2017/03/01.

53- رجامنية سعيدة، **وضعية الصحة و الخدمات الصحية في الجزائر**، مجلة الباحث الإجتماعي قسم علم الاجتماع جامعة قسنطينة 2، العدد 11 (المجلد 01)، مارس 2015.

54- سبكي وفاء، **آثر الصحة على النمو الاقتصادي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دراسة قياسية باستخدام منهجية نماذج الانحدار الذاتي للسلاسل المقطعية**، المجلة الدولية للدراسات الاقتصادية، المركز الديمقراطي العربي برلين، العدد 17 (عدد خاص)، 2021.

55- سلاطنية إبتسام و غياط شريف، **الآثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا (كوفيد- 19 المستجد) محليا، عربيا وعالميا**، مجلة المنهل الاقتصادي، جامعة حمة لخضر الوادي، العدد 01 (المجلد 05)، ماي 2022.

56- شميني علي و فاصولي زينت، **البرامج الصحية و دورها في خفض وفيات الرضع و الأطفال** مجلة الأسرة و المجتمع، جامعة الجزائر 2، العدد 02 (المجلد 11)، 2023/12/31.

57- عبد العزيز حسن محمد خالد، **اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان**، مجلة العلوم الإقتصادية و الإدارية و القانونية، غزة، العدد 15 (المجلد 2)، 2018.

58- عبيد فتيحة، **أثر النفايات الطبية على البيئة وطرق التخلص منها**، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، جامعة ابن خلدون تيارت، العدد 01 (المجلد 12)، 2022.

59- علي حسن علي نجلاء، **المنظومة الصحية ودورها في النمو الإقتصادي بمصر**، مجلة العلوم البيئية، جامعة عين شمس، العدد 06 (المجلد 51)، جوان 2022.

60- عواد بشير رانيا و جابر عمر، **واقع المشاريع الصغيرة في ظل حالة الطوارئ (جائحة كورونا) دراسة تطبيقية على محافظة بيت لحم**، المجلة العربية للنشر العلمي، جامعة القدس المفتوحة فلسطين، الإصدار 34، أوت 2021.

61- العوفي حكيمة، **اختبار فرضية العلاقة السببية بين النفقات الصحية و النمو الاقتصادي في الجزائر –دراسة قياسية–**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة الجلفة، العدد 02 (المجلد 03)، أكتوبر 2017.

62- فكيري امال و طيب عائشة، **تأثير المخاطر البيئية على الصحة العامة في الدول النامية** مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية و السياسية، جامعة محمد بوضياف مسيلة، العدد 01 (المجلد 06)، جوان 2021.

63- قباني فطيمة الزهراء، **أثر جائحة كورونا على الاقتصاد العالمي للفترة 2019-2021**، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2 ، العدد 03 (المجلد 16)، أكتوبر 2021.

64- قديرة نومي حسينة و سلخين أحمد، **الأطر القانونية و الآليات المؤسسية للحد من التلوث البيئي –عرض تجربتي الجزائر و المغرب**، مجلة آفاق للعلوم، جامعة الجلفة، العدد 02 (المجلد 07)، 2022/06/01.

65- كليمنس بنيديكت وآخرون، **التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الإقتصادات المتقدمة لا يرجح أن يدوم**، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 4 (المجلد 51)، ديسمبر 2014.

66- مجدوب بحوصي وآخرون، **نمذجة قياسية للعلاقة السببية بين الإنفاق العام على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي في ظل قانون فاجنر(دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1995-2013)**، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الوادي، العدد 02 (المجلد 7)، ديسمبر 2017.

67- محمد علي الدمرداش هاني، **العلاقة بين الإنفاق على الصحة و الناتج المحلى الإجمالي في مصر**، المجلة العلمية للتجارة و التمويل، جامعة طنطا مصر، العدد 2 (المجلد 37)، مارس 2017.

68- المرسى ميادة، **انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية**، مجلة البحوث الإقتصادية و القانونية، جامعة المنصورة، العدد 75 (المجلد 11)، 2021.

69- المعهد العربي للتخطيط، **إقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، الكويت، العدد 22، أكتوبر 2003.

70- مغراوي لقمان، **صناعة السياسات الصحية في عالم متغير دراسة حالة الجزائر**، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، الجزائر، العدد 1 (المجلد 1)، جوان 2014.

ث. **الأطروحات و الرسائل:**

71- أحمد دردیش، **الصحة الإنجابية في الجزائر**، أطروحة دكتوراه، جامعة سعد دحلب البليدة، كلية الآداب و العلوم الإجتماعية، قسم علم الإجتماع و الديموغرافيا، 2011.

ج. **المحاضرات:**

72- توفيق بوستي، **السياسة الصحية و التنمية المستدامة في الجزائر**، مطبوعة أكاديمية، قسم العلوم السياسة جامعة 08 ماي 1945-قالمة، ص 11.

73- جامعة أم البواقي، محاضرة بعنوان "**الإستراتيجية الوطنية للبيئة الجديدة (2017-2035)**" موجهة للطلبة بجامعة أم البواقي، ص.ص 2-5.

ح. **التقارير:**

74- "**إحصاءات دين القطاع العام مرشد لمعديها ومستخدميها**"، تقرير صادر عن صندوق النقد الدولي، سنة 2013، ص 12. (متاح على شبكة الانترنت http://tffs.org/pdf/method/2013/arabic/psdsa.pdf)

75- "**إطار عمل الأمم المتحدة للاستجابة الاجتماعية والاقتصادية الفورية لكوفيد- 19**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ أفريل 2020، ص 23. (متاح على شبكة الانترنت https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_framework_immediate_se_response_to_covid_ar_0.pdf)،

76- "**أكثر من نصف الأطفال والمراهقين في جميع أنحاء العالم لا يتعلمون**"، تقرير صادر عن معهد اليونسكو للإحصائيات، بتاريخ سبتمبر 2017، وثيقة رقم (UIS/FS/2017/ED/46) ص 02، (متاح على الرابط: https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs46-more-than-half-children-not-learning-en-2017.pdf).

77- "**الآثار الضارة لنقل و إلقاء المنتجات و النفايات السمية و الخطرة على التمتع بحقوق الإنسان**"، تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة، بتاريخ 2011/07/04، وثيقة رقم (A/HRC/18/31) ص 05، (متاح على الرابط: https://docs.un.org/ar/A/HRC/18/31).

78- "**الإطار التشريعي للرعاية الصحية الأولية: تحول الرؤية إلى عمل**"، تقرير مشترك بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، شركة وسائل الإعلام، مصر، بتاريخ 2021 ص 05، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352451/9789240023345-ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

79- "**الإعلان العالمي لحقوق الإنسان**"، إعلان صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1948/12/10 ص 01، (متاح على الرابط: https://www.un.org/ar/udhrbook/pdf/UNH_AR_TXT.pdf)

80- "**الإقتصاد الكلي والصحة: الإستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ ديسمبر 2001، ص.ص 89-90، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_framework_immediate_se_response_to_covid_ar_0.pdf)

81- "**الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها**، تقرير صادر عن المجلس الإقتصادي والإجتماعي والبيئي للمملكة المغربية، بتاريخ 2020/10/22 وثيقة رقم (2020/28) ص 27، (متاح على الرابط: http://www.cese.ma/media/2020/11/E-book-Etude-covid-VA.pdf).

82- "**البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة**"، تقرير صادر عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (UNESCWA)، بتاريخ 2023/03/31، ص 02، (متاح على شبكة الانترنت https://www.unescwa.org/sites/default/files/inline-files/AR_Metadata-03-07-02_202303.pdf)

83- "**التغطية الصحية الشاملة**"، تقرير صادر عن المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2019/03/25، وثيقة رقم (A72/14)، ص 02، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/handle/10665/328608)

84- "**التقرير العالمي لرصد الحماية المالية في مجال الصحة لعام 2019**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي، 2020، ص vii، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331748/9789240024410-ara.pdf).

85- "**الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018**"، تقرير صادر عن الديوان الوطني للإحصاء (ONS) رقم 49 نشرة 2021، ص.ص 06-09، (متاح على الرابط: https://www.ons.dz/IMG/pdf/aqc2016-2018ed2021-ara.pdf)

86- "**السلامة الغذائية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2010/03/25 وثيقة رقم (A63/11) ص. ص 01-02، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_11-ar.pdf).

87- "**الصحة الجنسية و ارتباطها بالصحة الإنجابية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2019، ص 10، (متاح على الرابط: https://applications.emro.who.int/docs/9789290222910-ara.pdf?ua=1)

88- "**الصحة و البيئة و تغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 09 أفريل 2018، وثيقة رقم A71/10، ص 01 (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_10-ar.pdf).

89- "**الصحة والبيئة وتغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2019/04/18، وثيقة رقم (A72/15) ص.ص 02-03، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_15-ar.pdf).

90- "**المؤتمر الدولي للرعاية الصحة الدولية**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1978/12/10، وثيقة رقم (EB63/21)، ص 3، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177477/EB63_21_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

91- "**تأثير تعلم الكبار وتعليمهم في الصحة والرفاه في العمالة وسوق العمل وفي الحياة الإجتماعية والمدنية وحياة المجتمعات المحلية**"، تقرير صادر عن معهد اليونسكو للتعلم مدى الحياة، عام 2016، ص.ص 11-12، (متاح على الرابط: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245917_ara/PDF/245917ara.pdf.multi)

92- "**تأثير جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة البيئية (جودة الهواء- الطقس والمناخ- السلامة الكيميائية)**"، تقرير صادر عن المركز السعودي للوقاية من الأمراض و مكافحتها بتاريخ 01 ماي 2020، ص 02، (متاح على الرابط: https://covid19.cdc.gov.sa/wp-

content/uploads/2020/05/AR_Effect-of-COVID-19-Pandemic-on-Environmental-(Health-v2.pdf

93- "**تحقيق الرفاه إطار عالمي لإدماج الرفاه في الصحة العامة باستخدام نهج تعزيز الصحة**" تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، 2022، ص 16، (متاح على الرابط: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/arabic_framework4wellbeing_05092023.pdf?sfvrsn=c602e78f_29&download=true).

94- "**تحول عالمنا: خطة التنمية المستدامة 2030**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 2015/10/21، وثيقة رقم (RES/A/70/1) ص.ص21-22، (متاح على الرابط: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_ar.pdf).

95- "**تقرير الرصد العالمي للحماية المالية في مجال الصحة لعام 2021**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي، 2022، ص 06، (متاح على الرابط: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352891/9789240045262-ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

96- "**تقييم المخاطر الميكروبيولوجية على الأغذية**"، مصنف مشترك لمنظمة الأغذية و الزراعة ومنظمة الصحة العالمية للأمم المتحدة، 2021، وثيقة رقم (CB5037AR/1/07.21)، ص 01، (متاح على الرابط: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/f611be73-d448-46ab-b1f9-51c664480b7f/content).

97- "**حماية الصحة من تغير المناخ**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، 2008، ص 07 (متاح على الرابط: http://www.healthinternetwork.com/world-health-day/toolkit/dyk_whd2008_general_public_ar.pdf).

98- "**دستور منظمة الصحة العالمية**"، صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ 1948/04/07، ص 01 (متاح على الرابط: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/constitution-ar.pdf).

99- "**ديموغرافيا الجزائر 2016**"، تقرير صادر عن الديوان الوطني للإحصاء (ONS)، سنة 2016، ص 22، (متاح على الرابط: https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demog16ar.pdf).

100- "**سياسات الاقتصاد الكلى والنمو فى المنطقة العربية**"، تقرير صادر عن بعثة الأمم المتحدة في جنوب السودان، بتاريخ سبتمبر 2014، ص 3، (متاح على الرابط: https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2014/09/StrategiesArabRegion.pdf).

101- "**عائد صحي، جدوى الإستثمار في التمويل المستدام لمنظمة الصحة العالمية**"، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، سنة 2020، ص 08، (متاح على الرابط: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362009/9789240057180-ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

102- "**موجز سياساتي: أثر جائحة كوفيد-19 على الأمن الغذائي والتغذية**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، ص 03، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_brief_food_security_arabic.pdf).

103- "**موجز سياساتي: عالم العمل و كوفيد-19**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ جوان 2020، ص.ص 12-13، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_policy_brief_world_of_work_and_covid_19_arabic.pdf).

104- "**موجز سياساتي: كوفيد-19 والحاجة إلى إتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، ص 08، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_arabic_0.pdf).

105- "**موجز سياساتي: مرض كوفيد-19 و الأشخاص المتنقلين**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ مايو 2020، ص 01، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_brief_c19_people_on_the_move_arabic.pdf).

106- "**يوم تحسيسي حول أهداف التنمية**"، تقرير صادر عن المجلس الإقتصادي و الإجتماعي والبيئي، الجزائر، بتاريخ 2016/03/06، ص 01، (متاح على الرابط: https://www.cnese.dz/ar/cnese-portal/publications/autres).

107- التقارير الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (إحصائيات الصحة العالمية) لسنوات من 2016 إلى 2022، صادرة عن منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الموقع الرسمي للمنظمة على

الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics.

108- **الصحة الإنجابية و الجنسية في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا**"، تقرير صادر عن المكتب المرجعي للسكان واشنطن، بتاريخ 2008، ص.ص 17-18، (متاح على الرابط: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2008/05/media-guide-MENA-2008-arabic.pdf).

109- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط (فيفيان ستون)، **الصحة في كل السياسات دليل تدريبي**، القاهرة المكتبة الطبية القومية (ISBN 978-92-9022-607-9) 2019، ص 12، (متاح على الرابط: https://applications.emro.who.int/docs/97892902296031-ara.pdf).

110- المنظمة العالمية للملكية الفكرية وآخرون، **تعزيز النفاذ إلى التكنولوجيا والابتكارات الطبية - المجالات المشتركة بين الصحة العامة والملكية الفكرية والتجارة**، جنيف، منشورات الويبو، 2012، ص 46، (متاح على االرابط: https://tind.wipo.int/record/35313?ln=en&v=pdf).

111- **موجز سياساتي: التعليم أثناء جائحة كوفيد-19 وما بعدها**"، تقرير صادر عن الأمم المتحدة، بتاريخ أوت 2020، ص 04، (متاح على الرابط: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/sg_brief_c19_people_on_the_move_arabic.pdf).

خ. **المواقع الإلكترونية**:

112- باتريشيو ماركيز، "**هل تضر البطالة بصحتك؟**"، 2015/01/22، متوفر على بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/health/unemployment-bad-your-health?fbclid=IwAR1r0bNXDrOpIXk5f0sz1wytjCXuzvQ6M942iTGj2VE_hoQZKCtVJtx_MIs، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/01 الساعة 15:22.

113- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، "**بيئة صحية، شعب صحي**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني:

https://translate.google.com/?sl=en&tl=ar&text=Healthy%20Environment%2C%20Healthy%20People%0A&op=translate، أطلع عليه بتاريخ: 2023/10/21 الساعة 11:45.

114- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، "**لماذا المحيطات والبحار مهمة؟**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.unep.org/explore-topics/oceans-seas/why-do-oceans-and-seas-matter، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/29 الساعة 19:31.

115- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، "**لماذا تعتبر البيئة والصحة والتلوث مهمة؟**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.unep.org/explore-topics/chemicals-waste/what-we-do/environment-health-and-pollution/why-does-environment، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/25 الساعة 05:25.

116- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، "**تبذة عن المياه**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.unep.org/ar/explore-topics/water/about-almyah#overview، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/29 الساعة 19:23.

117- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، "**تبذة عن الهواء**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.unep.org/ar/about-alhwa، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/25 الساعة 05:25.

118- برين لورنا "**الوفيات المرتبطة بتفشي COVID-19 في دور الرعاية: أدلة دولية مبكرة**" 2020/04/28، متوفر على موقع جريدة الجارديان عبر الرابط الإلكتروني: https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/28/dr-lorna-breen-new-york-er-coronavirus، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/13 الساعة 16:57.

119- بليك بول و وادوا ديفيانشي، "**استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلاً بيانياً**"، 2020/12/14، متوفر بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط الإلكتروني: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/astrad-hsad-am-2020-

tathyr-fyrws-kwrwna-almstjd-fy-12-shklaan-byanyaan، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/11 الساعة 07:08.

120- البنك الدولي، "**تأثير جائحة كورونا على أسواق السلع الأولية أشد وطأة على أسعار الطاقة وترجيح استمرار الطلب المنخفض على النفط لما بعد 2021**"، 2020/10/22، متوفر بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط الإلكتروني: https://www.albankaldawli.org/ar/news/press-release/2020/10/22/impact-of-covid-19-on-commodity-markets-heaviest-on-energy-prices-lower-oil-demand-likely-to-persist-beyond-2021، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 23:14.

121- البنك الدولي، "**صدمة منقطعة النظير: جائحة فيروس كورونا تزلزل أسواق السلع الأولية**" 2020/04/23، متوفر بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط الإلكتروني:

122- جبارة زين العابدين، "**واقع مكافحة التسمم في الجزائر: مركز وطني واحد و150 طبيب فقط متخصص في التسمم**"، مقال بموقع الشروق أونلاين عبر الرابط الإلكتروني: https://2u.pw/00N2LwgY، مؤرخ في 2007/12/07 أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/29 الساعة 23:31.

123- صندوق الأمم المتحدة للسكان، "**الصحة الجنسية والإنجابية**"، متوفر بالموقع الرسمي للصندوق عبر الرابط الإلكتروني المختصر: https://2u.pw/vmifXfi، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 01:24.

124- صندوق النقد الدولي، "**سكان البلدان النامية ينفقون نصف تريليون دولار من أموالهم الخاصة على الرعاية الصحية سنوياً**"، 2019/06/27، متوفر بالموقع الرسمي للصندوق عبر الرابط الإلكتروني: https://www.albankaldawli.org/ar/news/press-release/2019/06/27/world-bank-people-spend-half-a-trillion-dollars-out-of-pocket-on-health-in-developing-countries-annually، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/20 الساعة 12:38.

125- غوتيريس أنطونيو، **الحاجة إلى اتخاذ إجراءات بشأن الصحة العقلية**، 13 ماي 2020 متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الأمم المتحدة عبر الرابط الإلكتروني:

https://www.un.org/ar/coronavirus/articles/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19، أطلع عليه بتاريخ: 2023/05/25 الساعة 20:47.

126- غوتيريش أنطونيو، "**تواجه اليوم أزمة صحية انسانية عالمية لم يسبق لها مثيل**" 2015/01/22، متوفر بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط الإلكتروني: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/health/unemployment-bad-your-health?fbclid=IwAR1r0bNXDrOpIXk5f0sz1wytjCXuzvQ6M942iTGj2VE_hoQZKCtVJtx_MIs، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/01 الساعة 15:22.

127- غيتا غوبيناث، **الإغلاق العام الكبير: أسوأ هبوط اقتصادي منذ الكساد الكبير**، 14 أفريل 2020، متوفر بالموقع الرسمي لصندوق النقد الدولي عبر الرابط الإلكتروني: https://www.imf.org/ar/Blogs/Articles/2020/04/14/blog-weo-the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/24 الساعة 05:42.

128- فريق مركز وسائل الإعلام لمنظمة الصحة العالمية بشأن، "**سوء التغذية**"، في 2021/06/09، متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/17 الساعة 14:45.

129- فريق مركز وسائل الإعلام لمنظمة الصحة العالمية، "**الأمراض الحيوانية المنشأ**"، في 2020/07/29، متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/17 الساعة 14:23.

130- فريق منظمة الصحة العالمية، "**مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)**"، 28 مارس 2023، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19 أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 11:04.

131- قسم الاتصالات العالمية، "**كوفيد -19: كبار السن يدفعون ثمنا باهظا، الأمم المتحدة تحذر**" 2020/04/28، متوفر بالموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية عبر الرابط الإلكتروني: https://www.un.org/fr/%C3%A9quipe-de-communication-de-la-riposte-de-l%E2%80%99onu-au-covid-19/covid-19-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-paient-un، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/13 الساعة 00:51.

132- مالندر جاك، "**ما هي أهداف النظام الصحي؟ دليل بسيط**"، بتاريخ 2022/11/12، متوفر عبر الرابط الإلكتروني: https://www.economicsbydesign.com/ar/what-are-health-system-goals/، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/21 الساعة 23:15.

133- المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة، "**من نحن (المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة)**"، متوفر بالموقع الرسمي للمرصد عبر الرابط الإلكتروني: https://onedd.org/ar/qui-sommes-nous/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:42.

134- المركز الوطني لتقنيات الإنتاج الأكثر نقاء، "**حول المركز الوطني لتقنيات الإنتاج الأكثر نقاء**" متوفر بالموقع الرسمي للمركز عبر الرابط الإلكتروني: https://cntpp.dz/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:04.

135- مركز تنمية الطاقات المتجددة، "**2500 حالة وفاة سنويا بالجزائر بسبب تلوث الهواء**" 2019/06/19، متوفر بالموقع الرسمي للمركز عبر الرابط الإلكتروني المختصر: https://2u.pw/uC5bOmOL، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/18 الساعة 00:28.

136- المعهد الوطني للصحة العمومية، "**البيئة الصحية**"، متوفر بالموقع الرسمي للمعهد عبر الرابط الإلكتروني: https://www.insp.dz/index.php/Non-categorise/sante-environnement.html، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/29 الساعة 22:43.

137- المفوضية السامية لحقوق الإنسان، "**الحق في الصحة: الجوانب الأساسية والمفاهيم الخاطئة الشائعة**"، متوفر بالموقع الرسمي للمفوضية عبر الرابط الإلكتروني: https://www.ohchr.org/ar/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/21 الساعة 14:36.

138- مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان، "**العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية**"، متوفر بالموقع الرسمي للمفوضية عبر الرابط الإلكتروني: https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/16 الساعة 11:00.

139- منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، "**ضمان سلامة الأغذية وجودتها**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.fao.org/3/y8705a/y8705a02.htm#add3، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/17 الساعة 21:57.

140- منظمة الأمم المتحدة "**COVID-19 والشباب: التعلم والتوظيف**"، 2021/07/15، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.un.org/ar/139758 أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/15 الساعة 23:07.

141- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، "**التعليم من أجل الصحة والرفاهية**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://ar.unesco.org/themes/education-health-and-well-being، أطلع عليه بتاريخ: 2023/9/08 الساعة 20:24.

142- منظمة الأمم المتحدة، "**كوفيد-19 والتعليم العالي: التعليم والعلوم لقاح للجائحة**" 2021/07/07، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.un.org/ar/121944، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/16 الساعة 01:14.

143- منظمة الأمم المتحدة، "**ما الذي يمكن أن تعلمنا إياه مكافحة فيروس كورونا بشأن معالجة أزمة المناخ**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.un.org/ar/127629، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/26 الساعة 22:16.

144- منظمة الصحة العالمية، "**التغطية الصحية الشاملة**"، 2023/10/05، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-

(sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/10 الساعة 18:49.

145- منظمة الصحة العالمية، "**أمامنا فرصة نادرة لإتاحة المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع**"، 2023/03/22، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news/item/30-08-1444-our-lifetime-opportunity-to-enable-water-sanitation-and-hygiene-for-all، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/22 الساعة 23:25.

146- منظمة الصحة العالمية، "**تعليم أصحاب المهن الصحية**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.emro.who.int/ar/health-workforce/education/index.html، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/10 الساعة 21:08.

147- منظمة الصحة العالمية، "**تغطية الخدمات الصحية الأساسية**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://rho.emro.who.int/ar/node/263، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/10 الساعة 18:21.

148- منظمة الصحة العالمية، "**تلوث الهواء المحيط (الهواء الخارجي)**"، 2022/12/19، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني موقع بالرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/17 الساعة 22:05.

149- منظمة الصحة العالمية،**تلوّث الهواء داخل المنزل**"، 2023/12/15، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health#cms، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/18 الساعة 01:16.

150- منظمة الصحة العالمية، "**تنظيم الأسرة/ وسائل منع الحمل**"، 2023/09/05، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-

sheets/detail/family-planning-contraception، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/08 الساعة 00:04.

151- منظمة الصحة العالمية، "**حمل المراهقات**"، بتاريخ 2024/04/10، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/12 الساعة 00:30.

152- منظمة الصحة العالمية، "**رغم زيادة إنفاق البلدان على قطاع الصحة، ما زال الناس يدفعون الكثير من أموالهم الخاصة**"، 2019/02/20، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/31 الساعة 16:02.

153- منظمة الصحة العالمية، "**مخلفات الرعاية الصحية**"، 2028/02/08، متوفر متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste، أطلع عليه بتاريخ: 2023/12/25 الساعة 23:32.

154- منظمة الصحة العالمية، "**منظمة الصحة العالمية ترحب بزيادة تصنيع الأدوية الجنيسة ..**" 2022/07/28، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني المختصر: https://2u.pw/JB1COir، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/15 الساعة 11:06.

155- منظمة الصحة العالمية، "**مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة**"، متوفر بموقع بيانات منظمة الصحة العالمية عبر الرابط الإلكتروني: https://data.who.int/ar/indicators/i/9A706FD، أطلع عليه بتاريخ: 2024/05/12 الساعة 00:27.

156- منظمة الصحة العالمية، "**وفيات الأطفال على مستوى العالم تحقق انخفاضاً تاريخياً في عام 2022**"، 2024/03/13، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news/item/03-09-1445-global-child-deaths-

reach-historic-low-in-2022---un-report، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/27 الساعة 20:39.

157- منظمة الصحة العالمية، "**وفيات المواليد**"، 2024/03/14، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/30 الساعة 00:03.

158- مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد)، "**كلف تفشي فيروس كورونا سلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات**"، 2020/03/04، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 17:56.

159- مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد) "**أزمة بقيمة تريليون دولار قد يتسبب بها فيروس كورونا، فهل يمكن تجنبها؟**"، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة على الرابط الإلكتروني: https://news.un.org/ar/story/2020/03/1050871، 2020/03/09، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/07 الساعة 22:06

160- موقع البيان الإلكتروني، "**الإنتاجية وثقافة الصحة**"، 2011/09/08، متوفر عبر الرابط الإلكتروني: https://www.albayan.ae/economy/opinions/2011-09-08-1.1499216، أطلع عليه بتاريخ: 2023/08/31 الساعة 15:18.

161- موقع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (أونكتاد)، "**كلف تفشي فيروس كورونا سلاسل القيمة العالمية 50 مليار دولار من الصادرات**"، 2020/03/04، متوفر بالموقع الرسمي للمنظمة عبر الرابط الإلكتروني: https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/06 الساعة 17:56.

162- وزارة البيئة والطاقات المتجددة، "**البيئة (قوانين)**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني:

https://www.me.gov.dz/reglementation/%D8%A7%D9%84%D8%A8%D
9%8A%D8%A6%D8%A9/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:35.

163- وزارة البيئة والطاقات المتجددة، "**الكوارث (قوانين)**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني، الرابط:
https://www.me.gov.dz/%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%ae%d8%a7%
d8%b7%d8%b1-
%d8%a7%d9%84%d8%b1%d8%a6%d9%8a%d8%b3%d9%8a%d8%a9
/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:56.

164- وزارة البيئة والطاقات المتجددة، "**النفايات (قوانين)**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني، الرابط:
https://www.me.gov.dz/reglementation/%D9%86%D9%81%D8%A7%D
9%8A%D8%A7%D8%AA/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/02 الساعة 22:58.

165- وزارة الري الجزائرية، "**الصرف الصحي**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.mh.gov.dz/?page_id=7391، أطلع عليه بتاريخ 2024/04/23 الساعة 00:02.

166- وزارة الري الجزائرية، "**المياه الصالحة للشرب**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.mh.gov.dz/?page_id=7392، أطلع عليه بتاريخ 2024/04/23 الساعة 00:00.

167- وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني، "**خطة عمل وزارة الصناعة الصيدلانية**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني: https://miph.gov.dz/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/15 الساعة 11:58.

168- وزارة الصناعة و الإنتاج الصيدلاني، "**مجمع صيدال**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.industrie.gov.dz/saidal/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/14 الساعة 21:16.

169- وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، "**السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي**"، متوفر بالموقع الرسمي للوزارة التالي: https://www.mtess.gov.dz/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/07 الساعة 22:33.

170- وكالة الأنباء الجزائرية، "**التغطية الصحية الشاملة عنصر أساسي للتنمية المستدامة**"" 2018/04/07، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/55251-2018-04-07-15-47-40، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/04 الساعة 23:42.

171- الوكالة الأنباء الجزائرية، "**الجزائر: تلوث الهواء راجع أساسا لانبعاثات الغازات بسبب حركة المرور الحضري**"، 2019/06/11، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/72115-2019-06-11-07-59-20، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/21 الساعة 23:03.

172- وكالة الأنباء الجزائرية، "**الصحة: ضمان التغطية الصحية الشاملة في مناطق الجنوب والهضاب العليا**"، 2022/04/07، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/sante-science-technologie/138275-sante-assurer-une-couverture-sanitaire-universelle-dans-les-regions-du-sud-et-des-hauts-plateaux، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/05 الساعة 00:07.

173- وكالة الأنباء الجزائرية، "**الصحة: الجزائر تطبق سياسة وطنية تقوم على الإنصاف وحقوق الإنسان**"، 2023/05/23، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/sante-science-technologie/156093-sante-l-algerie-applique-une-politique-basee-sur-l-equite-et-les-droits-de-l-homme، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/05 الساعة 00:17.

174- وكالة الأنباء الجزائرية، "**انخفاض ملحوظ" في عدد وفيات الأطفال بفضل التلقيح**" 2023/12/20، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/algerie/153910، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/28 الساعة 00:40.

175- وكالة الأنباء الجزائرية، "**سايحي يبرز مجهودات الدولة في توفير الرعاية الصحية لسكان الجنوب**"، 2024/02/29، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/158055-2024-02-25-16-52-29، أطلع عليه بتاريخ: 2024/06/04 الساعة 23:20.

176- وكالة الأنباء الجزائرية، "**صحة: 70 بالمائة من وفيات الأطفال عبر الوطن خاصة بحديثي الولادة**"، 2019/09/26، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/76944-70، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/31 الساعة 04:08.

177- وكالة الأنباء الجزائرية، "**نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم**" 2018/07/13، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-13-16-16-03، أطلع عليه بتاريخ: 2024/03/31 الساعة 03:30.

178- وكالة الأنباء الجزائرية، "**وزارة الصحة تنظم يوم دراسي حول التنظيم العائلي بالجزائر**" 2022/12/06، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://www.aps.dz/ar/societe/135716-2022-12-06-12-42-06، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/10 الساعة 03:20.

179- الوكالة الوطنية للنفايات، "**حول الوكالة الوطنية للنفايات**"، متوفر بالموقع الرسمي للوكالة عبر الرابط الإلكتروني: https://and.dz/presentation/apropos/، أطلع عليه بتاريخ: 2024/04/03 الساعة 00:15.

180- وكالة فرانس برس "**الحجر والعنف المنزلي: منظمة الصحة العالمية تحذر من زيادة المكالمات بنسبة تصل إلى 60٪**"، 2020/05/07، متوفر على موقع غرب فرنسا عبر الرابط الإلكتروني: https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/confinement/confinement-violences-conjugales-l-oms-alerte-sur-une-hausse-des-appels-allant-jusqu-60-6827805، أطلع عليه بتاريخ: 2023/04/06 الساعة 00:06.

181- ويلر كوليت، "**الآفاق الاقتصادية العالمية في خمسة رسوم بيانية**"، 2021/08/06، متوفر بالموقع الرسمي للبنك الدولي عبر الرابط الإلكتروني: https://blogs.worldbank.org/ar/voices/alafaq-alaqtsadyt-alalmyt-fy-khmst-rswm-byanyt، أطلع عليه بتاريخ: 2023/09/05 الساعة 21:10.

ثانيا: المراجع الأجنبية

A. <u>Scientific Articles</u>

182- Dimitrios Paraskevis et all. « A review of the impact of weather and climate variables to COVID-19: In the absence of public health measures high temperatures cannot probably mitigate outbreaks». Science of The Total Environment, Volume 768, 144578, 2021, p.p 6-7.

183- Elina Turunen and Heikki Hiilamo. « Health effects of indebtedness: a systematic review». BMC Public Health, 14, 2014, p 01 https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489

184- Emanuele Baldacci et all. « Que faire pour Les dépenses d'éducation et de santé ..». Finances & Développement Journa , IMF. vol. 5, N° 1 2005, p 22.

185- Feather, N. T., & Davenport, P. R. (1981). « Unemployment and depressive affect: A motivational and attributional analysis ». Journal of Personality and Social Psychology, 41(3), 1981, p 422

186- Grutter, Alexandra S, « Cleaning symbioses from the parasites' perspective», In Parasitology, Volume 124, Issue 7, October 2002, pp. 71, DOI: https://doi.org/10.1017/S0031182002001488.

187- Jennifer M. Stewart. (2001). « The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status». Journal of Health Economics, Volume 20, Issue 5, September 2001, p 1.

188- Jennifer R. Pharr et all. (2011). « The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors». ISRN Public Health, Volume 2012, Article ID 483432 2011, p.p 1-6.

189- Jere R. Behrman. « The impact of health and nutrition on education». The World Bank Research Observer, Volume 11, Issue 1, February 1996, p.p 32-33.

190- Jie Yuan et all. « Non-linear correlation between daily new cases of COVID-19 and meteorological factors in 127 countries». Environmental Research, Volume 193, 110521, 2021, p.p 4-5.

191- Kaffenberger Michelle, "Modelling the long-run learning impact of the Covid-19 learning shock: Actions to (more than) mitigate loss, International Journal of Educational Development", United Kingdom Volume 81, March 2021, 102326, p. 04.

192- Kyriaki Remoundou and Phoebe Koundouri, "Environmental Effects on Public Health: An Economic Perspective", Int J Environ Res Public Health, 6(8), 2009 Jul 31, p.p 2165-2167

193- Leung, L.A., Lau, C. « Effect of mortgage indebtedness on health of U.S. homeowners». Review of Economics of the Household, 15, 2017, p 01. https://doi.org/10.1007/s11150-014-9250-0

194- Maite Blázquez Cuesta et Santiago Budría. « The Effects of Over-Indebtedness on Individual Health». Discussion paper series, 8912 2015, p.p 25-26.

195- Martha Ainsworth et all. « The Impact of Women's Schooling on Fertility and Contraceptive Use: A Study of Fourteen Sub-Saharan African Countries». The World Bank Economic Review, Washington. vol. 10, issue 1, 1996, p 85.

196- Melissa B. Jacoby. « Does Indebtedness Influence Health? A Preliminary Enquiry». The Journal of Law Medicine & Ethics, Volume 30, Issue 4, 2022, p 560.

197- Montse Marquèset all. « Effects of air pollution on the potential transmission and mortality of COVID-19: A preliminary case-study in Tarragona Province (Catalonia, Spain)». Environmental Research, Volume 192, 110315, 2021, p.p 3-6.

198- Nadeem Ullah Khan et all. «Trends in mortality related to unintentional poisoning in the South Asian region from 1990 to 2019: analysis of data from the Global Burden of Disease Study». BMJ Open, Volume 31 Issue 02, 2023, p 01.

199- Suhrcke, Marc & de Paz Nieves, Carmen, « The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence », World Health Organization. Regional Office for Europe., 2005, p vi.

B. Reports

200- Anu Madgavkar et al, COVID-19 and gender equality: Countering the regressive effects, Finland, McKinsey Global Institute, July 15, 2020, lien: https://www.mckinsey.com/featured-insights/future-of-work/covid-19-and-gender-equality-countering-the-regressive-effects

201- Baldé, C.P. and others, The global e-waste monitor – 2014, United Nations University, IAS-SCYCLE, Bonn, Germany, WHO, 2015, p. 38, lien: https://i.unu.edu/media/ias.unu.edu-en/news/7916/Global-E-waste-Monitor-2014-small.pdf

202- Bayoumi M et all, Arab Region SDG Index and Dashboard Report 2022, Dubai, Abu Dhabi and New York: Mohammed bin Rashid School of Government, Anwar Gargash Diplomatic Academy and UN Sustainable Development Solutions Network, p 95, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/arab-sdg-index-and-dashboard-report-2022/

203- CHERIF RAHMANI, Plan National d'Actions pour l'Environnement et le Développement Durable (PNAE-DD). Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, Janvier 2002, p.p 78-86, lien: https://faolex.fao.org/docs/pdf/alg151386.pdf

204- Fonds des Nations Unies pour la population Bureau Algérie, Investir dans la jeune fille adolescente en Algerie, UNFPA Bureau Algérie, 2016 p 02, lien: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Investir%20dans%20la%20jeune%20fille%20adolescente%20en%20Algerie%20%281%29.pdf

205- Fonds des Nations Unies pour la population Bureau Algérie Recrutement d'une compagnie nationale pour l'évaluation technique du programme pays 2017-2021 entre UNFPA Algérie et le Gouvernement algérien, UNFPA Bureau Algérie, 21/09/2021, p.p 05-07 (RFQ Nº UNFPA / ALG / RFQ / 20/001), lien: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/vacancies/lancement_rfq_._alg.20.001.pdf

206- Jeffrey D et all, Sustainable Development Report 2022. Cambridge: Cambridge University Press, p 15, lien: https://www.sustainabledevelopment.report/reports/sustainable-development-report-2022/

207- MOMENTUM, The Impact of COVID-19 On Contraceptive Supplies Through Private Sector Pharmacies, USAID MOMENTUM, Washington, 2023, p 01, lien: usaidmomentum.org/wp-content/uploads/2023/07/COVID-19-FP-Seeking-Report_MPHD_FINAL_upload.pdf

208- UN, Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children, 2020, p.10 lien: https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children

209- UNDP, COVID-19 and Human Development: assessing the crisis envisioning the recovery, United Nations, USA, 2020, p.15, lien: https://hdr.undp.org/content/covid-19-and-human-development-assessing-crisis-envisioning-recovery

210- UNISCO, Act Now: Reduce The Impact Of Covid-19 On The Cost Of Achieving SDG 4, September 2020, p.01, lien: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374163

211- UNISCO, Inclusion and education: all means all, 2020, p.61, lien: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373878

212- United Nations, "Water and Disaster Risk: A contribution by the United Nations to the consultation leading to the Third UN World Conference on Disaster Risk Reduction"2014, p. 02, lien: https://www.preventionweb.net/files/38763_water.pdf

213- WBG, Simulating the potential impacts of COVID-19 school closures on schooling and learning outcomes: a set of global estimates, JUNE 2020, p. IV, lien : https://documents1.worldbank.org/curated/ar/329961592483383689/pdf/Simulating-the-Potential-Impacts-of-COVID-19-School-Closures-on-Schooling-and-Learning-Outcomes-A-Set-of-Global-Estimates.pdf

214- Will Davies et all, Financial Melancholia: Mental Health and Indebtedness, Political Economy Research Centre, London, 2015, p 5 lien : https://research.gold.ac.uk/id/eprint/16269/1/FinancialMelancholiaMentalHealthandIndebtedness.pdf

C. PhD theses

Huber, M. A. S, Towards a new, dynamic concept of health : Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food, Doctoral Thesis, Maastricht University 2014/2015, p.p 48-49, DOI: 10.26481/dis.20141217mh.

الفهارس

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	ترابط وتداخل أبعاد التنمية المستدامة	84
02	قنوات تأثير الإنفاق العام على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي	97
03	أثر الإغلاق العام الكبير على نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي	115
04	نسبة الانحراف بين مستويات إجمالي الناتج المحلي عام 2021 وتنبؤات سنة 2020	116
05	معدل النمو العالمي في 2021 بحسب سير عمليات التطعيم ضد كوفيد-19	117
06	تأثر نمو نصيب الفرد من الدخل في مرحلة تفشي كوفيد-19	118
07	التأثير التجاري لفيروس كورونا المستجد (بملايين الدولارات)	120
08	تأثر أسعار المواد الأولية الأساسية مع تفاقم تفشي فيروس كورونا المستجد	122
09	تأثر أسعار النفط بسبب أزمة تفشي فيروس كورونا المستجد	123
10	نقص معتدل في الأمن الغذائي بحسب المنطقة، 2014-2019	141
11	مجموع فقراء العالم في بداية تفشي فيروس كوفيد-19 عام 2019	142
12	إرتفاع معدلات الفقر بسبب جائحة فيروس كورونا	143
13	إرتفاع معدل إنتشار الشعور بالكرب بين السكان خلال تفشي كوفيد 19 سنة 2020	146
14	إفادات الأولياء حول المشاكل النفسية و العصبية التي يعانيها الأطفال بسبب تداعيات كوفيد-19 (إيطاليا و إسبانيا)	148
15	خريطة توضح الإغلاق العالمي للمدارس بسبب جائحة COVID-19 سنة 2020	149
16	تأثر اختيار البلدان للتعلم عن بعد أثناء إغلاق المدارس بمستوى التعليم والمنطقة (نسبة مئوية)	151
17	تطور عدد المهاجرين الدوليين (بالملايين)	157
18	الأزمات المؤثرة في فئة المرتحلين من الناس	158
19	الوفيات السنوية الناتجة عن مخاطر البيئة	161
20	نسبة حدوث الأوضاع المناخية الملائمة لنقل الملاريا	163
21	علاقة الدرجات اليومية للحرارة بأعداد الوفيات (باريس صيف سنة 2003)	164

22	الحالات الجديدة المؤكدة لإصابات كوفيد-19 (الصين شتاء 2019)	182
23	التفاعل بين الصحة وأبعاد التنمية المستدامة (اقتصادية، اجتماعية وبيئية)	186
24	مخطط يوضح الهيكل التنظيمي لتركيبة منظومة الصحة الوطنية	211
25	مستوى المنظومة الصحية الجزائرية حسب مؤشر الرعاية الصحية (2018-2022)	212
26	التحسن المعتدل والتقدم الثابت في انخفاض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة	229
27	معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا	130
28	مستويات الآداء نحو إحراز تقدم في خفض معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر	236
29	معدلات وفيات المواليد الجدد في المنطقة العربية و منطقة المغرب العربي وشمال أفريقيا	237
30	النساء في سن الإنجاب اللاتي تلبى حاجياتهن في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة	249
31	نسب تلبية حاجيات النساء في سن الإنجاب في مجال تنظيم الأسرة باستخدام طرق حديثة	249
32	معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 لكل 1000 إمرأة	256
33	معدلات الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 سنة لكل 1000 إمرأة	257
34	خارطة توضح درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر	270
35	السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر	271
36	درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر	273
37	نسبة السكان الذين يصرفون من مالهم الخاص على الصحة أكثر من 25% من نفقات الأسرة	278
38	خريطة توضح مدى توافر تقديرات الحماية المالية في مجال الصحة بقاعدة البيانات العالمية	279
39	متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن في الجزائر من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية	280

40	متوسط المبلغ المالي الذي ينفقه الساكن في الوطن العربي و منطقة شمال أفريقيا من جيبه مباشرة على خدمات الرعاية الصحية	282
41	نسبة الإنفاق المباشر للفرد الجزائري من جيبه من إجمالي الإنفاق الصحي	283
42	نسبة الإنفاق المباشر للفرد من جيبه على خدمات الرعاية الصحية من إجمالي الإنفاق الصحي في الوطن العربي و شمال أفريقيا	284
43	معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة	300
44	معدلات الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء لكل 100 ألف نسمة	301
45	معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة	309
46	معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة لكل 100 ألف نسمة	310
47	معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد في الجزائر	316
48	معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100 ألف نسمة	317
49	المسببات الأساسية للتسمم في المجتمع الجزائري (النسبة%)	318

فهرس الجدول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	ملخص النماذج التنظيرية للصحة	28
02	من مفهوم التنمية إلى التنمية المستدامة (مراحل تطور منذ نهاية الحرب العالمية الثانية)	67
03	ملخص الاختلافات بين سوق الصحة و الأسواق النمطية	90
04	تقدير أثر أزمة كوفيد-19 الصحية على الناتج المحلي الإجمالي (آثار أولية سنة 2020)	113
05	العمالة المعرضة للخطر حسب القطاعات (آثار أولية سنة 2020)	153
06	أهم العوامل البيئية المسببة لأكبر أعباء صحية (أمراض، إعاقة و وفيات) عام 2012	173
07	وزيع نسبة الاشتراك الوحيد للعمال الأجراء من الأجر الخاضع للاشتراك	201
08	*ترتيب المنظومة الصحية الجزائرية ضمن دول العالم (الفترة 2019-2022)*	213
09	*الغايات المتصلة بالصحة ضمن الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة 2030*	217
10	*مضمون البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة لسنة 2016*	221
11	*معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر بين 2016 – 2022*	228
12	*معدلات وفيات المواليد الجدد في الجزائر بين 2016 – 2022*	234
13	*برنامج UNFPA Algérie و الحكومة الجزائرية المتعلق برعاية الصحة الجنسية و الإنجابية*	243
14	*بة النساء في سن الإنجاب اللاتي لُبّ يت حاجتُهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة*	247
15	*معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية بين 15-19 سنة لكل 1000 إمرأة*	254
16	*درجة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في الجزائر*	268
17	*معدل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء (المحيط و المنزلي) في الجزائر*	297
18	*معدل الوفيات الناجمة عن التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة*	306
19	*معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد في الجزائر*	314

فهرس المحتويات

الموضوع		الصفحة
مقدمة		**01**
الفصل الأول:	**التأصيل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة (سياسة صحية-تنمية مستدامة)**	**12**
تمهيد		**12**
المبحث الأول	**الصحــة، تحول وديناميكية المفهوم**	**13**
المطلب الأول:	**نشأة و تطور الصحة**	**13**
الفرع الأول:	الصحة في الحضارات القديمة	**13**
الفرع الثاني:	الصحة في العصر الإسلامي	**17**
الفرع الثالث:	الصحة في العصر الحديث والقرن العشرين	**19**
المطلب الثاني:	**تعريف الصحة**	**21**
الفرع الأول:	التعريف اللغوي للصحة	**21**
الفرع الثاني:	التعريف الاصطلاحي والإجرائي للصحة	**24**
الفرع الثالث:	النماذج التنظيرية للصحة	**28**
المطلب الثالث:	**أنواع ومستويات الصحة والعوامل المؤثرة**	**31**
الفرع الأول:	أنواع الصحة	**31**
الفرع الثاني:	مستويات ودرجات الصحة	**35**
الفرع الثالث:	العوامل المؤثرة في الصحة	**38**
المبحث الثاني:	**مفهوم السياسات العامة الصحية**	**42**
المطلب الأول:	**مفهوم السياسة العامة**	**42**
الفرع الأول:	التعريف و المنظورات الفكرية الحديثة	**42**
الفرع الثاني:	الفاعلين في صنع السياسة العامة	**46**
الفرع الثالث:	مراحل صنع السياسة العامة وأبعادها	**50**
المطلب الثاني:	**مفهوم السياسة العامة الصحية**	**53**
الفرع الأول:	تعريف السياسة الصحة	**53**
الفرع الثاني:	شروط ومتطلبات كفاءة السياسات الصحية	**57**
الفرع الثالث:	أهداف السياسة الصحية	**61**

المبحث الثالث:	**مفهوم التنمية المستدامة**	**64**
المطلب الأول:	**تعريف التنمية المستدامة**	**64**
الفرع الأول:	من التنمية إلى الاستدامة	**64**
الفرع الثاني:	مبادئ التنمية المستدامة	**69**
الفرع الثالث:	أهداف التنمية المستدامة وأنواعها	**71**
المطلب الثاني:	**نظريات التنمية المستدامة**	**75**
الفرع الأول:	نظريات العمل التنموي التقليدي	**75**
الفرع الثاني:	نظرية الصيغة الضعيفة للاستدامة	**76**
الفرع الثالث:	نظرية الصيغة القوية للاستدامة	**76**
المطلب الثالث:	**أبعاد التنمية المستدامة ومؤشرات قياسها**	**78**
الفرع الأول:	البعد الإقتصادي و مؤشرات القياس	**78**
الفرع الثاني:	البعد الإجتماعي ومؤشرات القياس	**80**
الفرع الثالث:	البعد البيئي ومؤشرات القياس	**82**
خلاصة		**85**
الفصل الثاني:	**أهمية قطاع الصحة و أثره على التنمية المستدامة**	**87**
تمهيد		**87**
المبحث الأول:	**علاقة قطاع الصحة بالبعد الإقتصادي للتنمية المستدامة**	**88**
المطلب الأول:	**علاقة قطاع الصحة بالنمو الإقتصادي**	**89**
الفرع الأول:	قطاع الصحة ومعدلات الإنتاجية	**91**
الفرع الثاني:	الإستثمار أو الإنفاق على قطاع الصحة والنمو الإقتصادي	**94**
الفرع الثالث:	علاقة قطاع الصحة بنشاطات وقطاعات اقتصادية منتجة	**101**
المطلب الثاني:	**علاقة قطاع الصحة بالمديونية**	**105**
الفرع الأول:	تأثير المديونية على الصحة	**105**
الفرع الثاني:	تأثير الحالة الصحية على المديونية	**108**
المطلب الثالث:	**علاقة الأزمات الصحية بالأزمات الاقتصادية**	**110**
الفرع الأول:	الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 وأثرها على الناتج المحلي الإجمالي	**111**
الفرع الثاني:	أزمة تفشي مرض كوفيد-19 وأثره على التجارة الدولية وأسعار المواد الأولية	**118**
الفرع الثالث:	أزمة تفشي مرض كوفيد-19 وأثرها على المؤسسات الصغيرة والمتوسطة	**124**

المبحث الثاني:	**علاقة قطاع الصحة بالبعد الإجتماعي للتنمية المستدامة**	**126**
المطلب الأول:	**علاقة قطاع الصحة بالتعليم**	**126**
الفرع الأول:	تأثير التعليم على الصحة	**126**
الفرع الثاني:	تأثير الصحة على التعليم	**131**
المطلب الثاني:	**علاقة قطاع الصحة بالبطالة**	**134**
الفرع الأول:	أثار البطالة على الصحة العامة	**134**
الفرع الثاني:	أثار الحالة الصحية على البطالة وفقدان العمل	**137**
المطلب الثالث:	**علاقة الأزمات الصحية بالأزمات الإجتماعية**	**139**
الفرع الأول:	تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الجوع والفقر	**139**
الفرع الثاني:	تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الصحة والتعليم	**144**
الفرع الثالث:	تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الوظائف والمساواة	**152**
المبحث الثالث:	**علاقة الصحة بالبعد البيئي والإيكولوجي للتنمية المستدامة**	**160**
المطلب الأول:	**تأثير البيئة على الصحة**	**160**
الفرع الأول:	أثر سلامة الهواء و المناخ على الصحة	**161**
الفرع الثاني:	أثر سلامة المياه على الصحة	**167**
الفرع الثالث:	أثر سلامة الغذاء على الصحة	**169**
المطلب الثاني:	**تأثير مخلفات الرعاية الصحية على البيئة**	**175**
الفرع الأول:	مخلفات الرعاية الصحية الخطرة	**175**
الفرع الثاني:	تأثيرات مخلفات الرعاية الصحية الخطرة على البيئة	**177**
المطلب الثالث:	**علاقة الأزمات الصحية بالأزمات البيئية**	**178**
الفرع الأول:	أثر الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على الهواء و تغير المناخي	**178**
الفرع الثاني:	أثر الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19 على السلامة الكيميائية	**180**
الفرع الثالث:	تأثير المتغيرات البيئة على الأزمة الصحية المرتبطة بتفشي كوفيد-19	**181**
خلاصة		**185**
الفصل الثالث:	**السياسة الصحية الجزائرية و مساهمتها في أبعاد التنمية المستدامة -تشخيص للواقع أمام التطلعات العالمية-**	**187**
تمهيد		**187**
المبحث الأول:	**ملامح السياسة الصحية في الجزائر**	**188**
المطلب الأول:	**تعميم العلاج الوقائي و الطب المجاني 1962-1979**	**188**

الفرع الأول:	التأسيس لنظام صحي وطني و تبني مقاربة العلاج الوقائي 1962–1965	**189**
الفرع الثاني:	الطب المجاني و الهياكل القاعدية 1965–1979	**191**
المطلب الثاني:	**تطوير التنظيم الهيكلي و التخطيط التنموي 1979–2014**	**193**
الفرع الأول:	تطوير التنظيم الهيكلي 1979–2009	**193**
الفرع الثاني:	التخطيط التنموي 2009–2014	**195**
المطلب الثالث:	**التأمين الاجتماعي و سياسة الدواء في الجزائر**	**196**
الفرع الأول:	سياسة الضمان الإجتماعي في الجزائر	**196**
الفرع الثاني:	السياسة الدوائية في الجزائر	**203**
المبحث الثاني:	**السياسة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق غايات البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة**	**215**
المطلب الأول:	**السياسة الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق غاية إنهاء وفيات المواليد والأطفال التي يمكن تفاديها**	**219**
الفرع الأول:	السياسة الصحية المتعلقة بإنهاء وفيات المواليد والأطفال في الجزائر	**219**
الفرع الثاني:	مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	**225**
الفرع الثالث:	مؤشر وفيات المواليد	**232**
المطلب الثاني:	**السياسة الصحية في الجزائر و دورها في تحقيق غاية ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية**	**239**
الفرع الأول:	السياسة الصحية المتعلقة بخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية في الجزائر	**239**
الفرع الثاني:	مؤشر نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة	**245**
الفرع الثالث:	مؤشر معدل الولادات لدى المراهقات	**252**
المبحث الثالث:	**السياسة الصحية في الجزائر ودورها في تحقيق مؤشرات غاية التغطية الصحية الشاملة من البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة**	**259**
المطلب الأول:	**مؤشر نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية**	**260**
الفرع الأول:	السياسة الصحية في الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة	**260**
الفرع الثاني:	البيانات الوصفية لمؤشر السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية	**266**
الفرع الثالث:	قياس التقدم المحرز في سياسة زيادة نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية في الجزائر	**268**
المطلب الثاني:	**مؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة**	**275**

الفرع الأول:	البيانات الوصفية لمؤشر نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة	**275**
الفرع الثاني:	قياس التقدم المحرز في نسبة سكان الجزائر الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة	**277**
المبحث الرابع:	**دور السياسة الصحية الجزائرية في تحقيق مؤشرات غاية الحد من آثار التعرض للمواد الكيميائية والتلوث من البعد البيئي للتنمية المستدامة**	**287**
المطلب الأول:	**مؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء في الأسر المعيشية والهواء المحيط**	**287**
الفرع الأول:	سياسة الحد من آثار عر ّض للمواد الكيميائية الخطرة والتلوث في الجزائر	**287**
الفرع الثاني:	البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء	**294**
الفرع الثالث:	قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من معدل الوفيات بسبب تلوث الهواء في الجزائر	**296**
المطلب الثاني:	**مؤشر معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية**	**303**
الفرع الأول:	البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية	**303**
الفرع الثاني:	قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من الوفيات بسبب المياه وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى الوقاية الصحية في الجزائر	**305**
المطلب الثالث:	**مؤشر معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد**	**312**
الفرع الأول:	البيانات الوصفية لمؤشر معدل الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد	**312**
الفرع الثاني:	قياس التقدم المحرز لسياسة الحد من الوفيات بسبب التسمم غير المتعمد في الجزائر	**313**
خلاصة		**320**
الخاتمة		**321**
قائمة المصادر و المراجع		**326**
فهرس الأشكال		**354**
فهرس الجداول		**357**
فهرس المحتويات		**358**
ملخص		**363**
Abstract		**364**

ملخص

على قدر علاقة التعقيد بين الصحة والتنمية إلا أنها تتميز بالتأثير المتبادل، التكامل و الترابط المحكم، حيث لا تتحقق أبعاد التنمية إلا بتوفر الصحة كشرط إقصائي لذلك، في المقابل تتحسن الصحة العامة بإستدامة العملية التنموية الجيدة، و يتحقق هذا التفاعل الإيجابي في العلاقة بين الصحة و التنمية المستدامة بفعل الدور المحوري للسياسات الصحية للمنظومات الصحية القوية (الحد من الأمراض المزمنة وتحسين الصحة النفسية، رعاية صحية أولية، تغطية صحية شاملة وحماية البيئة و الصحة ..إلخ) من خلال آليات تعزيز الوقاية الصحية و الشراكات للصحة، القضاء على الأمراض، الخدمات الصحية الجيدة، تبني أسلوب حياة صحيللجميع دون تفاوت و غير ها والتغلب على التحديات التي تقف في سبيل ذلك، و في ذات النسق المذكور، لعبت السياسة الصحية الجزائريةدور ا رئيسيا في إنتهاج المسار الصحيح و إحراز التقدم المطلوب نحو تحقيق غايات التنمية المستدامة ومؤشراتها في أبعادها الإجتماعي، الإقتصادي و البيئي، إلا أنه لا تزال هناك تحديات وصعوبات كبيرة وجب تجازوهاإنعكست على حالة الركود و البطء في إحراز التقدم المطلوب صوب بلوغ كل غايات التنمية المستدامة المتعلقة بهدف الصحة في الجزائر، أهمها إشكالية إتاحة البيانات الكاملة و الدقيقة في هذا الميدان، هذا التشخيص جاء بعد الإستناد على مؤشرات غايات الهدف المتعلق بالصحة من خطة التنمية المستدامة 2030 الموسوم بـ "ضمان تمتع الجميع بحياة صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار" القابلة للقايس، و التي أضفت الصبغة الكمية على الدراسة و إخراجها من نمطية التحليل الوصفي.

Abstract

The intricate relationship between health and development is characterized by mutual influence, integration, and strong interconnectedness. Development cannot be achieved without health as an essential prerequisite, while conversely, public health improves with the sustainability of a good development process. This positive interaction in the relationship between health and sustainable development is driven by the pivotal role of health policies for strong health systems (reducing chronic diseases, improving mental health, primary healthcare, universal health coverage, environmental protection and health, etc.) through mechanisms of promoting preventive healthcare and health partnerships, eliminating diseases, providing quality healthcare, adopting a healthy lifestyle for all without disparities, and overcoming the challenges that stand in the way of this, In the same vein Algerian health policy has played a key role in adopting the right path and making the required progress towards achieving the goals of sustainable development and its indicators in its social, economic, and environmental dimensions. However, there are still significant challenges and difficulties that must be overcome, which have reflected on the state of stagnation and slow progress towards achieving all the sustainable development goals related to health in Algeria. The most important of these is the problem of providing complete and accurate data in this field. This diagnosis was based on the indicators of the goals related to the health goal of the 2030 Sustainable Development Plan, entitled "Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages," which are measurable and have added a quantitative dimension to the study, taking it out of the descriptive analysis pattern.