

التنمية الصحية المستدامة و نتائجها على المورد البشري

- دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب -

أ.د. عبود زرقين

جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي / الجزائر
abze_86@yahoo.fr

أ.لامية حمايزية

جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي / الجزائر
lamiahamaizia@gmail.com

Sustainable health development and its impacts on human resource "Comparative study between Algeria, Tunisia and Morocco"

Lamia HAMAIZIA & Abboud ZERGUINE

University of Larbi Ben Mhidi, Oum El Bouaghi- Algeria

Received: 17 Mar 2015

Accepted: 18 May 2015

Published: 30 Dec 2015

ملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى إبراز العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة لبلد ما وآثارها على المورد البشري، على الرغم من أن المتغيرات الصحية هي مدخل من مداخل عديدة للتنمية المستدامة تحت عنوان رئيسي هو المتغيرات الاجتماعية للتنمية المستدامة، إلا أننا سنحاول تبيان أثرها بالغ الأهمية على طول حياة ونوعية حياة السكان، ومن ثم تأثيرها الاقتصادي والاجتماعي المباشر على المورد البشري والتنمية المستدامة على السواء. سنحاول إبراز نتائج التنمية الصحية المستدامة من خلال دراسة حالة ثلاث بلدان مغاربية (الجزائر، تونس والمغرب) وذلك لإمكانية المقارنة المتجانسة وكذا معرفة موقع الجزائر بين دول الجوار.

الكلمات المفتاحية: الموارد البشرية، التنمية المستدامة، التنمية الصحية المستدامة.

رموز JEL: J24. I1

Abstract:

We aim through this paper to show the relationship between health sustainable development and their influence on human resources. Although the variables that affect health status are just a part of one another that contains all the social variables of sustainable development, these variables of health status are very important because they affect the length and quality of life of the inhabitants, the latter influencing in turn directly affects economic and social aspects of human resources and sustainable development.

We will try to focus on this relationship between health development and sustainably development through a case study on three Maghreb countries (Algeria, Tunisia and Morocco), the choice was made on three countries for homogeneity of the comparison and to situate the place of Algeria between these countries.

Keywords: sustainable development, sustainable health development, human resources.

(JEL) Classification : J24. I1

تمهيد:

إن التطور المتسارع الذي شهده الطب بداية من النصف الثاني من القرن العشرين كان له الأثر البالغ في النمو السكاني غير المسبوق الذي عرفته الكرة جل دول العالم. على الرغم من أن التطور في ميدان الطب، الاكتشافات العلمية و الجهود المبذولة من طرف الدول للمحافظة وتحسين الحالة الصحية لسكان ما هي إلا مدخل واحد من بين مداخل عديدة لتحقيق التنمية المستدامة لدولة ما ، إلا أن هناك من يعترف بأنه أهمها نظرا لأن موضوعه المورد البشري و نوعية حياته.

إن تمتع الفرد و المجتمع بصحة جيدة ضمان لتنمية اقتصادية و اجتماعية طويلة الأمد. فالاستثمار في تحسين صحة السكان سيمكن من تمديد حياة أفراد المجتمع و كذا نوعية حياتهم ، و من ثم تحقيق بعض التوازنات الاقتصادية و الاجتماعية التي يمكن أن تختل حالة تفشي الأمراض لاسيما المعدية منها و كذا عدم توفير الموارد المادية و البشرية للتكفل الصحي بالسكان.

إشكالية الدراسة:

إن هذا الموضوع يثير مجموعة من الإشكاليات التي يمكن اختصارها في التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي نتائج نوعية مؤشرات التنمية الصحية المستدامة على المورد البشري؟

يمكن اشتقاق مجموعة التساؤلات الفرعية التي ستقود هذه الورقة البحثية كما يلي:

- ♦ ما هي التنمية الصحية المستدامة؟
- ♦ ما هي مؤشرات التنمية الصحية المستدامة و خصائصها في بعض البلدان المغاربية؟
- ♦ ما هي وضعية الجزائر كبلد مغاربي من ناحية التنمية الصحية المستدامة؟

أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة في ربط العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة لسكان بلد معين و آثارها على المورد البشري من خلال دراسة حالة بعض بلدان المغرب العربي (الجزائر، تونس و المغرب)، كما ستمكن هذه الدراسة من الوقوف على نتائج التنمية الصحية في بلدان لها خصائص سكانية و جغرافية متقاربة.

أهداف الدراسة:

نهدف من خلال هذا التشخيص إبراز ما يلي:

- ♦ ضرورة الاهتمام بالموارد البشرية من خلال توفير الخدمات الصحية ، و التي تعتبر أساسا لزيادة فعاليته وتحسين أدائه.
- ♦ التنمية الصحية مدخل من بين مداخل أخرى للتنمية المستدامة ، إلا أنها تعتبر من أهم مداخل التنمية المستدامة لأن موضوعها المورد البشري.

- ♦ مسؤولية التنمية الصحية المستدامة في الرفع من عدد و نوعية متوسط أمل حياة الإنسان، و من ثم الاستفادة من سنوات حياة إضافية بإمكانها تحقيق بعض التوازنات الاقتصادية و الاجتماعية.
- ♦ علاقة وثيقة بين التنمية الصحية المستدامة و تحسين حياة المورد البشري.

منهج و هيكل الدراسة :

للوصول إلى أهداف الدراسة والإجابة عن الإشكالية المطروحة تم تبني المنهج الوصفي التحليلي، و سيتم معالجة الموضوع من خلال التطرق إلى المحاور التالية:

أولا: التنمية الصحية المستدامة؛

ثانيا: الموارد البشرية؛

ثالثا: تحليل مؤشرات التنمية الصحية المستدامة و نتائجها على المورد البشري.

أولا: التنمية الصحية المستدامة:

سيتم من خلال هذا المحور التعرف على التنمية المستدامة و أبعادها الأساسية؛ الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، و على ذكر البعد الاجتماعي سوف يتم التركيز على أهم مؤشر و هو الصحة، وصولا إلى تحقيق تنمية صحية مستدامة.

1. التنمية المستدامة:

إن مفهوم التنمية المستدامة من المفاهيم الحديثة، و ظهر كونه معلما بارزا في مسيرة تطور الوعي التنموي الدولي للصلوات القائمة بين السكان، التنمية و البيئة، و عليه سوف يتم التعرف على مفهوم التنمية المستدامة و كذا أهم الأبعاد المكونة لها.

1.1. مفهوم التنمية المستدامة:

شكلت الأمم المتحدة في عام 1983 لجنة عالمية للبيئة و التنمية WECD برئاسة رئيسة وزراء النرويج Gro Harlem Brundtland لدراسة مشكلات البيئة و التنمية فوق كوكب الأرض، و تم التطرق بشكل رسمي إلى مفهوم التنمية المستدامة سنة 1987 من خلال لجنة "Brundtland" و ظهر تقرير بعنوان "مستقبلنا المشترك"¹ كما عرفت لجنة برونديتلاند التنمية المستدامة على أنها: التنمية التي تدعو إلى عدم استمرار الأنماط الاستهلاكية سواء في الشمال أو الجنوب و الاستعاضة عنها بأنماط استهلاكية و إنتاجية مستدامة، و دون تحقيق لمثل هذا التطور فلا مجال لتطبيق حقيقي لمفهوم التنمية المستدامة الشاملة، و أكد التقرير الارتباط المتبادل ما بين التنمية الاقتصادية و البيئية و الاجتماعية و بأنه لا يمكن إعداد أو تطبيق أية إستراتيجية أو سياسة مستدامة دون دمج هذه المكونات معا.

إن إحداث الكثير من التغيرات و الانجازات التنموية صاحبها مجموعة من المخاطر و الأضرار البيئية، و إزاء هذه المشكلات و المخاطر عقد مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة عام 1992 في مدينة ريو دي جانيرو بالبرازيل، و قد حضره عدد كبير من رؤساء الدول و أطلق عليه "مؤتمر قمة الأرض" و أصدر المؤتمر خطة عمل شاملة، إذ تأسست لجنة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة UNCSO و تضمنت اتفاقات دولية تشمل: حماية التنوع البيولوجي، قضايا تنوع المناخ، صون الغابات و مكافحة التصحر.

كما لفت المؤتمر الانتباه إلى أهمية معالجة قضايا البيئة و التنمية حفاظا على مستقبل الإنسان، و منه ظهرت فكرة التنمية المستدامة التي تحفظ حقوق الأجيال كافة في الموارد الطبيعية. و عليه يمكن تعريف التنمية المستدامة أيضا بأنها " تلبية احتياجات الجيل الحالي دون المساس باحتياجات الأجيال القادمة"²، بمعنى أن التنمية المستدامة عملية مستمرة و متصاعدة لتحسين نوعية الحياة المادية و المعنوية، و الاستفادة العادلة من النتائج المحققة للجيل الحاضر و الأجيال القادمة.

يتضح مما سبق أن للتنمية المستدامة عدة مبادئ نوجزها فيما يلي:³

- ♦ المستقبلية؛ بمعنى أن الموارد المتاحة ليست ملكا للجيل الحالي فقط و لكن أيضا ملكا للأجيال المستقبلية.
- ♦ الحفاظ على البيئة؛ أي الاهتمام بالبيئة و الموارد الطبيعية.
- ♦ العدالة في التوزيع؛ أي العدالة في توزيع الموارد بين الأجيال.
- ♦ الوعي و المشاركة الشعبية في مختلف مراحل التنمية.

2.1.1. أبعاد التنمية المستدامة:

من خلال تعريف التنمية المستدامة، نجد أن لها أبعاد تتجاوز الحدود الاقتصادية لتشمل الجوانب الصحية، الاجتماعية، الثقافية و حتى السياسية و غيرها من الجوانب ذات الصلة بحياة الأفراد. بمعنى لتطبيق أي سياسة مستدامة لا بد من الارتباط بين كل من الجانب الاقتصادي و البيئي و الاجتماعي، و التي تمثل الأركان الأساسية للتنمية المستدامة، حيث نميز:⁴

1.2.1 الجانب الاقتصادي:

النظام المستدام هو النظام الذي يتمكن من إنتاج السلع و الخدمات بشكل مستمر و الذي يحافظ على مستوى معين قابل للإدارة من التوازن الاقتصادي ما بين الناتج العام و الدين، و أن يمنع حدوث اختلالات اجتماعية ناتجة عن السياسات الاقتصادية.

2.2.1 الجانب البيئي:

النظام المستدام بيئياً يجب أن يحافظ على قاعدة ثابتة من الموارد الطبيعية ويتجنب الاستنزاف الزائد للموارد المتجددة و يشمل ذلك إنتاجية التربة و الاتزان الجوي و الأنظمة البيئية الطبيعية التي لا تصنف عادة كموارد اقتصادية.

3.2.1 الجانب الاجتماعي:

يكون النظام مستداماً في حال حققت العدالة في التوزيع، و من ثم إيصال الخدمات الاجتماعية كالصحة والتعليم إلى محتاجها و تحقيق المساواة في النوع الاجتماعي و السياسي و المشاركة الشعبية لكافة فئات المجتمع في عملية صنع القرار.

إن محور الدراسة هو التركيز على الجانب الاجتماعي و بالخصوص مؤشر الصحة و الذي يتم التفصيل فيه أكثر من خلال العنصر الموالي.

2. التنمية الصحية المستدامة:

تعتبر الصحة من الأمور الأكثر أهمية في المجال التنموي لأنها تبرز عن أحد مؤشرات التنمية المستدامة و بالذات وفق بعد أساسي يتمثل في البعد الاجتماعي، و عليه سوف يتم التعرف من خلال هذا المحور على مفهوم التنمية الصحية المستدامة و أهم الأسس المعتمدة لتحقيق تنمية صحية مستدامة.

1.2 مفهوم التنمية الصحية المستدامة:

تعرف الصحة في دستور منظمة الصحة العالمية بأنها حالة اكتمال السلامة بدنيا، عقليا، مهنيا و اجتماعيا، وليس مجرد انعدام المرض والعجز، و أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان و هدف اجتماعي عالمي النطاق، و أنها أمر أساسي لتلبية الاحتياجات الأساسية للإنسان.⁵

من هذا المنطلق، جاء المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية الذي انعقد في "أما آتا" في عام 1978، و الذي شكل انطلاقة مهمة في سبيل النضال من أجل الصحة، من بين ما جاء في النص ما يلي: "الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها و لا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية و اجتماعية كافية، و ينبغي بلوغ جميع شعوب العالم بحلول العام ألفين مستوى من الصحة يمكنها أن تحيا حياة منتجة اجتماعيا واقتصاديا".⁶

إن العديد من التقارير و الدراسات أثبتت أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، و لئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة. على هذا الأساس شددت القمم و المؤتمرات العالمية المتوالية على الاهتمام بالتنمية الصحية المستدامة، و هذا ما أكدته البنك الدولي و صندوق النقد الدولي و منظمة الصحة

العالمية على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة كمطلب أساسي لتحقيق التنمية الصحية المستدامة.

كما أكد نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن "البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، و يحق لهم أن يحيوا حياة صحية و منتجة في وئام مع الطبيعة"⁷. بمعنى أنه لا يمكن أن يعيش الإنسان في صحة جيدة دون وجود تنمية مستدامة متفاعلة و مترابطة من جميع النواحي؛ الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية.

تم تطوير عدد من المؤشرات للتعريف بالحالة الصحية لمختلف الدول، و التي تعتبر بمثابة مؤشرات لقياس التنمية الصحية المستدامة في بلد ما، تشتمل أهم هذه المؤشرات على ما يلي:

♦ **العمر المتوقع عند الولادة:** يتمثل في عدد السنوات التي من المتوقع أن يحيها الطفل حديث الولادة، في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

♦ **معدل وفيات الرضع:** أي عدد الوفيات سنويا من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة، لكل طفل يولدون أحياء. و المعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط مضروبا في ألف.

♦ **معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:** يتمثل في متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة. و المعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروبا في ألف.

♦ **نسبة الإنفاق الصحي:** أي الإنفاق على المستشفيات و المراكز الصحية و العيادات و خطط التأمين الصحي و تنظيم الأسرة منسوبا إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي.

♦ **الحصول على الخدمات الصحية:** و هو النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيرا على الأقدام أو باستخدام وسائل الانتقال المحلية فيما لا يزيد عن ساعة.

هناك اختلاف على مستوى المؤسسات الدولية المعنية في استخدام هذه المؤشرات، فمثلا منظمة اليونيسيف تعتمد معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية و تحقيق التنمية الصحية لبلد ما، في حين تعتمد المنظمة العالمية للصحة العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر بعد تعديله ليأخذ في الاعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة و تاريخ الأمراض. كما تم استخدام مؤشرات الوفيات لاستكشاف أهم العوامل المحددة للحالة الصحية على مستوى الدول، حيث تم تقدير نموذج للانحدار باستخدام لوغاريتم معدل وفيات الأطفال كمتغير معتمد و

متوسط دخل الفرد ونصيب الإنفاق العام في قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي كأهم المتغيرات المفسرة، بالإضافة إلى متغيرات أخرى.

2.2. أسس تحقيق تنمية صحية مستدامة:

إن تعزيز قدرة الأنظمة الصحية على توفير الخدمات الصحية الأساسية للجميع على أسس الكفاءة و سهولة المنال و يسر التكلفة للوقاية من الأمراض و مكافحتها و معالجتها ، بما يتماشى مع حقوق الإنسان و الحريات الأساسية و يتفق مع القوانين المحلية و القيم الثقافية و الدينية ، يستدعي تحقيق مجموعة من التدابير على جميع المستويات. على هذا الأساس نجد الاهتمام الواسع لتقارير المؤتمرات و مؤتمرات القمة ذات الصلة التي تعقدتها الأمم المتحدة و الدورات الاستثنائية للجمعية العامة بما يلي:

- ♦ تحسين و تطوير إدارة الموارد البشرية العاملة في خدمات القطاع الصحي.
- ♦ تعزيز إمكانية الحصول بصورة منصفة و محسنة على خدمات الصحة الكفؤة و الرخيصة ، تشمل الوقاية على كافة مستويات النظام الصحي ، و الحصول على الأدوية الضرورية بأسعار ميسورة.
- ♦ دمج المشاكل الصحية في الاستراتيجيات و السياسات و البرامج المتعلقة بالقضاء على الفقر و تحقيق التنمية المستدامة.

- ♦ توجيه الجهود البحثية نحو القضايا الصحية ذات الأولوية - و تطبيق نتائج البحوث عليها - خاصة القضايا التي تمس الفئات السكانية الضعيفة و المعرضة للإصابة بالأمراض.
- ♦ تعزيز تكافؤ الفرص في الحصول على خدمات الصحة و التعليم و التدريب و المعالجة و التكنولوجيا الطبية و الاهتمام بالأثار الجانبية لسوء الصحة.
- ♦ تقديم مساعدات تقنية و مالية إلى البلدان النامية و البلدان التي تمر اقتصادياتها بمرحلة انتقالية لتنفيذ إستراتيجية الصحة للجميع ، بما في ذلك أنظمة المعلومات الصحية و قواعد البيانات المتكاملة عن تبني تنمية صحية.

- ♦ إطلاق مبادرات دولية لبناء القدرات ، تساعد في تقييم الروابط بين الصحة و البيئة ، و تستفيد من المعارف المكتسبة من أجل تهيئة استجابات أكثر فعالية إزاء الأخطار البيئية التي تهدد صحة الإنسان.
- ♦ نقل و نشر التكنولوجيا بشروط متفق عليها ، تشمل إقامة شراكات متعددة المجالات مع القطاعين العام و الخاص لتأمين الحصول على الخدمة الصحية.

- ♦ تعزيز برامج منظمة العمل الدولية و منظمة الصحة العالمية لتخفيض نسبة الوفيات و الإصابات و الأمراض المهنية ، و ربط الصحة المهنية بتحسين الصحة العامة كوسيلة لتعزيز الصحة العامة و التوعية الصحية.

ثانيا: الموارد البشرية:

سنحاول من خلال هذا المحور إعطاء نظرة عامة عن أحد الركائز الأساسية في أي تنظيم، مهما كانت طبيعته، نوعه و المتمثل في الموارد البشرية لما له من أثر بالغ الأهمية على جميع المستويات.

1. مفهوم الموارد البشرية:

لقد أظهرت الأبحاث في مجال العلوم السلوكية أن الموارد البشرية و معاملتها كمورد بدلا من اعتبارها عامل من عوامل الإنتاج ك رأس المال و المواد الخام و الآلات و المعدات و الوقت، و اعتبار المورد البشري إنسان يتحرك و يتصرف على أساس مشاعره و عواطفه، يمكن أن يحقق فوائد و مزايا لكل من المنظمة و لنفسه، و بذلك ازداد الاهتمام بالمورد البشري و إبراز مجموعة من الخصائص التي تميز الموارد البشرية عن غيرها من الموارد الإنتاجية الأخرى كما يلي:

- ♦ الموارد البشرية تفكر و تحلل ما يتاح لها من معلومات فهي قادرة على الاختيار.
- ♦ الموارد البشرية لها قدرات و مهارات و بالتالي القدرة على التميز.
- ♦ الموارد البشرية لها مشاعر و أحاسيس و انفعالات و من ثم لها اتجاهات و ميول.
- ♦ الموارد البشرية لها القدرة في اتخاذ مواقف أثناء العمل و الإنتاج.

على ضوء الخصائص السابقة يمكن أن تعرف الموارد البشرية بأنها حجم القوى العاملة، أي مجموعة الأفراد و الجماعات التي تكون المؤسسة في وقت معين، و يختلف هؤلاء الأفراد من حيث تكوينهم و خبرتهم، سلوكهم، اتجاهاتهم و طموحهم، كما يختلفون في وظائفهم و مستوياتهم الإدارية و في مساراتهم الوظيفية. و تتميز هذه الموارد عموما:⁸

- ♦ **معدل قيمة مضافة لليد العاملة:** و ذلك شرط ضروري بأن يقوم كل فرد في منصبه بخلق قيمة مضافة لعمله و القيمة تتفاوت من منصب لآخر.
- ♦ **مستوى التأهيل و الخبرة:** فبعض المناصب تحتاج إلى تأهيل أكثر من مجرد امتلاك خبرة و العكس صحيح و لكن في هذا العصر تعطى أولوية بالغة للتأهيل الذي يشكل الفرق بين المؤسسة و منافسيها.
- ♦ **مدة الحياة المهنية:** فكل مورد بشري داخل المؤسسة إلا و له مدة حياة مهنية تبدأ بالتوظيف و تنتهي بالتقاعد.
- ♦ لا يقصد بعبارة **الموارد البشرية** مجرد الأفراد فقط و اعتبارهم هم المورد و لكن الأفراد هم الذين يمتلكون الموارد، بينما هذه الأخيرة هي التي تشكل عامل النجاح الأكبر للمؤسسة.

إن الاهتمام و النهوض بالموارد البشرية يستدعي الاهتمام بمجموعة من الأنشطة و التي تعتبر أساسا لتنميته

و تحسين نوعيته، من بين هذه الأنشطة:

♦ التعليم بصفة عامة و مراكز التدريب المهني و التعليم الفني بصفة خاصة: إذ أن الاهتمام بهذه الأنشطة تؤثر في نوعية و كفاية الموارد البشرية.

♦ الخدمات الصحية: حيث أنها تؤثر في الموارد البشرية كما و نوعا؛ كما عن طريق تخفيض الوفيات، و نوعا عن طريق التأثير في مقاومة الأفراد للأمراض و زيادة حيوية العنصر البشري و من ثم كفايته الإنتاجية.

2. أهمية الموارد البشرية:

لقد فضل الله تعالى بني البشر على سائر المخلوقات الأخرى و منحهم نعمة العقل و التفكير، و أفرد لأصحاب العقول و الألباب في القرآن الكريم موقعا مهما، إذ ذكرت هاتان الكلمتان في (61) آية موزعة على (43) سورة كريمة، أي بنسبة (38%) من مجموع سور القرآن الكريم البالغة (114) سورة، وهي نسبة ليست بالقليلة. و تشير إلى أهمية الدور الذي يؤديه و حجم المسؤولية الملقاة عليهم إزاء الدين و الدنيا.

لتأكيد هذا التفضيل يبين الجدول رقم (1) عدد مرات كلمات (البشر، بني آدم، الإنسان) في القرآن الكريم، ولعل تلك الحقائق الدامغة هي التي دفعت بعض الكتاب و الاقتصاديين في مقدمته المفكر الاقتصادي الانجليزي الفريد مارشال "A. Marshall" سنة 1949 أن البشر يعدو رأس مال يجب أن يستثمر، و أطلقوا على ذلك "رأس المال البشري" للإفادة من إمكانياته و طاقاته للبناء و الإبداع في استثمار باقي رؤوس الأموال المادية.

الجدول 01: عدد مرات كلمات (البشر، بني آدم، الإنسان) في سور القرآن الكريم

الكلمة	عدد السور	عدد الآيات	النسبة المئوية للآيات
البشر	21	28	51
الإنسان	17	20	36
بني آدم	3	7	13
المجموع	41	55	100

المصدر: عادل حرحوش المرعجي، صالح أحمد علي، رأس المال الفكري - طرق قياسه و أساليب المحافظة عليه -، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.

ثالثا: تحليل مؤشرات التنمية الصحية المستدامة و نتائجها على المورد البشري -دراسة مقارنة-:

سنحاول إبراز دور التنمية الصحية كأحد أبرز مدخلات التنمية المستدامة في الدولة المعنية، من خلال التركيز على مقارنة مظاهر التنمية الصحية المستدامة في البلدان الثلاث (الجزائر، المغرب و تونس) و تأثيرها على الموارد البشرية في تلك الدول.

1. معلومات عامة حول الدول موضوع الدراسة:

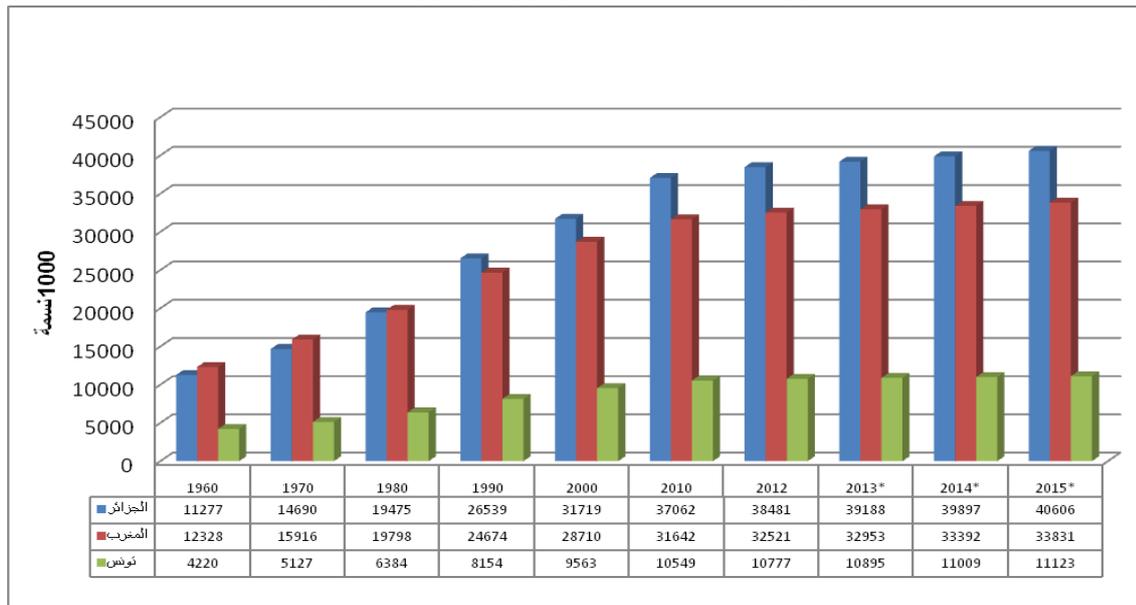
سنحاول التعريف بالدول الثلاث موضوع الدراسة من زاويتين؛ الديموغرافية و الجغرافية من جهة، و من جهة أخرى مؤشر التنمية البشرية (HDI).

1.1. الخصائص الجغرافية و الديموغرافية للدول موضوع الدراسة:

سنحاول من خلال هذا العنصر إعطاء بعض المميزات و الخصائص التي تميز الدول موضوع الدراسة ألا و هي الجزائر، المغرب و تونس. تم اختيار هذه الدول نظرا لقربها الجغرافي، الماضي المشترك، و كذا إمكانية المقارنة المتجانسة بينهم.

تحتل الجزائر المساحة الأكبر جغرافيا على صعيد المغرب العربي، العالم العربي و القارة الإفريقية بمساحة تعادل 2381741 كلم²، تليها المغرب بمساحة تعادل 710850 كلم² أما تونس فتتربع على مساحة تعادل 164418 كلم². على الصعيد الديموغرافي تبقى الجزائر حاليا وعلى المدى المتوسط حسب التقديرات تحتل المرتبة الأولى على مستوى المغرب العربي، الشكل رقم (1) يبين تطور عدد السكان و يقارن ديناميكيا هذا التطور انطلاقا من 1960. يلاحظ تقارب في عدد سكان الجزائر و المغرب في الفترة [1960، 1980] ثم تفاوت طفيف أخذ في الاتساع لصالح الجزائر انطلاقا من 1990، أما تونس فعدد سكانها لا يزيد عن ثلث سكان الجزائر أو المغرب خلال كل سنوات المقارنة المتطرق لها.

الشكل 01: مقارنة تطور عدد السكان في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1960-2015



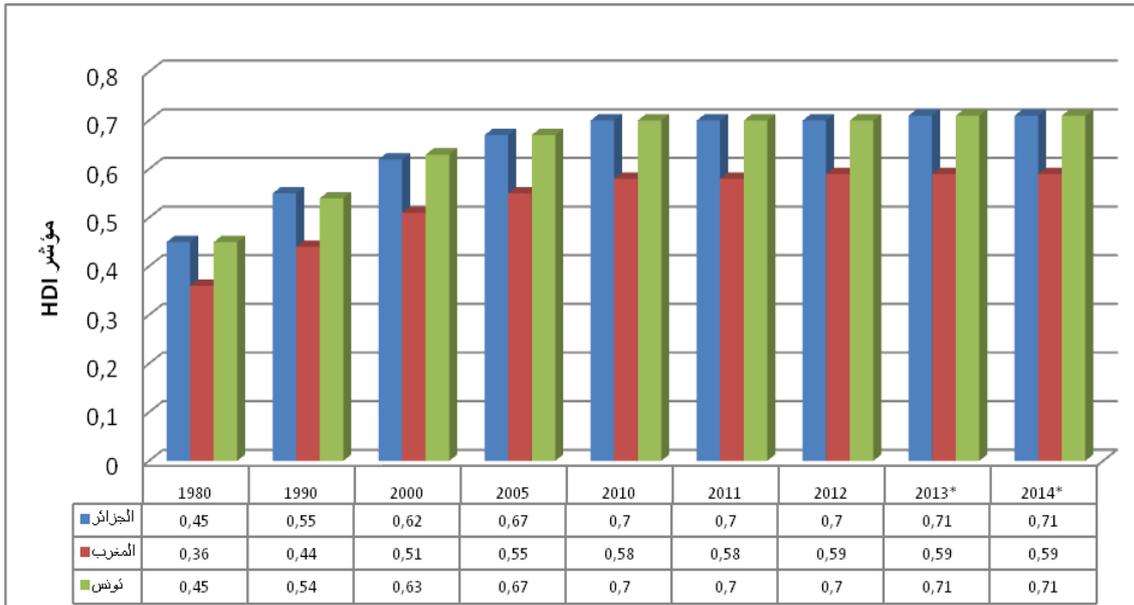
السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط و بالاعتماد على أرقام الخمس سنوات الأخيرة

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات المنظمة العالمية للصحة (OMS)

2.1. مقارنة تصنيف الدول حسب معيار التنمية البشرية (HDI):

حسب آخر تصنيف الذي يعود إلى سنة 2012، صنفت الجزائر في المرتبة 93 عالميا بمؤشر قدره 0.713، تليها مباشرة تونس في المرتبة 94 عالميا بمؤشر قدره 0.712، أما المغرب فتم تصنيفه في المرتبة 130 بمؤشر قدره 0.591. علما أن مؤشر التنمية البشرية يتغير في المجال [0،1] وهو محصلة مجموعة من المدخلات منها توقع الحياة عند الميلاد، نسبة التعليم و القدرة الشرائية للمواطن.⁹

الشكل 02: مقارنة تطور عدد مؤشر التنمية البشرية في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1980-2014



السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات البنك العالمي (La banque mondiale)

حسب مؤشر التنمية البشرية الموضوع يمكن تصنيف الدول الثلاث كدول ذات اهتمام متوسط بالتنمية البشرية، علما أن هذا المؤشر في تطور مستمر انطلاقا من سنة 1980. سجلت الجزائر و تونس معدلات متطابقة نوعا ما خلال سنوات مجال المقارنة، بالمقابل هناك تفاوت واضح بينهما و المغرب من جهة أخرى خلال نفس الفترة. و الشكل رقم (2) يقارن تطور تصنيف الدول الثلاث وفق مؤشر التنمية البشرية (HDI).

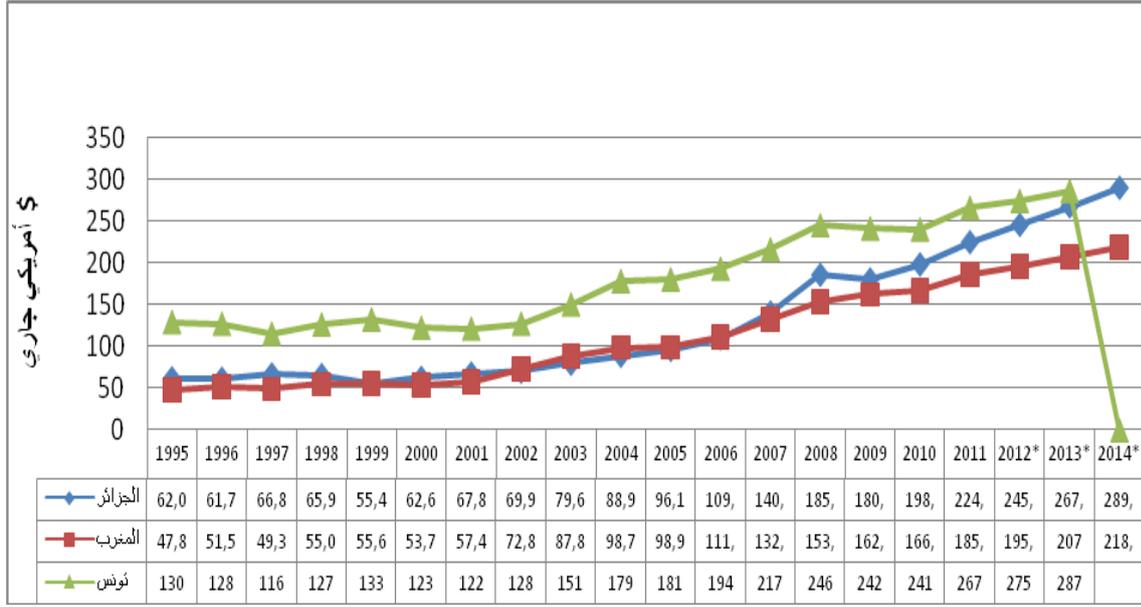
2. تحليل المؤشرات العامة للتنمية الصحية المستدامة:

سنحاول فيما يلي عرض، تحليل و مقارنة مؤشرات للتنمية الصحية في البلدان المعنية بالدراسة من خلال أربعة مدخلات (متوسط الإنفاق الفردي على الصحة، حجم الجهود المبذولة من أجل الوقاية من الأمراض، حجم الإمكانيات المادية المرصودة للعلاج، حجم الموارد البشرية المرصودة للعلاج).

1.2. مقارنة نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة:

يمثل متوسط الإنفاق الفردي على الصحة، مجموع حجم الإنفاق العام على الصحة إلى عدد السكان في سنة معينة في الدولة المعنية. من خلال الشكل رقم (3) نلاحظ ارتفاع مستمر لهذا الإنفاق الفردي في الدول الثلاث من سنة إلى أخرى و لكن بمستويات مختلفة. سنحاول فيما يلي تفصيل و تحليل هذا الاختلاف بدلالة كل دولة على حدى.

الشكل 03: متوسط الإنفاق الفردي على الصحة في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1995-2014



السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

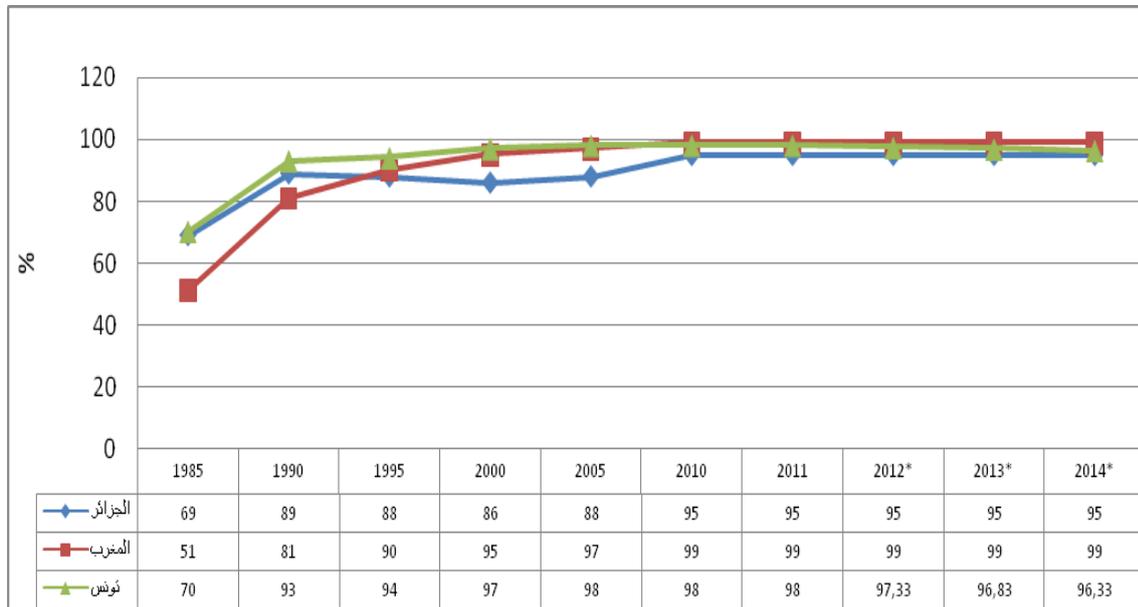
المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات البنك العالمي (OMS)

- ♦ تم تسجيل في الفترة من سنة 1995 إلى غاية 2011 معدل نمو موجب لهذا النوع من النفقات في الجزائر بنسبة 262%، كما تم تسجيل في نفس الفترة متوسط إنفاق سنوي للفرد قدره \$106.9. تم تسجيل أكبر إنفاق متوسط للفرد سنة 2011 بواقع \$224.8، و أقل متوسط سجل سنة 1999 بواقع \$55.5.
- ♦ بقي إنفاق الفرد على الصحة في تونس هو الأكبر في الفترة 1995 إلى غاية 2011 بمعدل نمو موجب قدره 106%، كما تم تسجيل في نفس الفترة متوسط إنفاق سنوي للفرد قدره \$172.1. تم تسجيل أكبر متوسط إنفاق سنة 2011 بواقع \$266.6، أما أقل متوسط فسجل سنة 1997 بواقع \$116.3.
- ♦ يعتبر إنفاق الفرد على الصحة في المغرب متواضع من ناحية الحجم بالمقارنة مع الجزائر و تونس، حيث تم تسجيل متوسط إنفاق الفرد السنوي قدره \$96.5، كما تم تسجيل في الفترة 1995 إلى غاية 2011 معدل نمو موجب قدره 288%. تم تسجيل أكبر متوسط إنفاق سنة 2011 بواقع \$185.9، و أقل متوسط سنة 1995 بواقع \$47.9.
- من خلال هذه المقارنة يظهر جليا حجم الإنفاق الفردي على الصحة في تونس الذي تزايد بمعدلات مستقرة نوعا ما و بمتوسط إنفاق للفرد تعدى ذلك المسجل في الجزائر و في المرتبة الثالثة ما تم تسجيله في المغرب. يمكن ملاحظة أيضا القفزة التي سجلها متوسط إنفاق الفرد في الجزائر لاسيما في السنوات الأخيرة الذي تعدى من خلاله عتبة \$225.¹⁰

2.2. الجهود المبذولة للوقاية من الأمراض لدى الأطفال:

تعتبر الوقاية محل اهتمام جل المنظومات الصحية في العالم نظرا لما لها من وقع ايجابي على الأطراف الثلاث المكونة للمنظومة الصحية الوطنية (طالب العلاج، مقدم العلاج و الجهات الممولة له). تمثل الوقاية من الأمراض من خلال التطعيم الذي يستفاد منه الأطفال في السنوات الأولى من حياتهم استثمار حقيقي في صحة المورد البشري، بحيث يتم إنفاق القليل من أجل الحصول على ميزات صحية، اجتماعية و اقتصادية جمة من هذا الفرد.

الشكل 04: نسبة الاستفادة من التطعيم ضد الأمراض (الديفتيريا، السعال الديكي، والتيتانوس) للأطفال بين 12 و 23 شهرا



السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات البنك العالمي (OMS)

من خلال الشكل رقم (4) يمكن أخذ نظرة حول الجهود المبذولة من طرف الجهات الوصية من أجل القضاء على أمراض كانت سبق تحصد أرواح كثيرة و تثقل معدلات وفيات الأطفال خلال سنوات حياتهم الأولى، من هذه الأمراض (الديفتيريا، السعال الديكي والتيتانوس). سنحاول فيما يلي تحليل معلومات الشكل رقم (4) من خلال عرض نتائج الجهود المبذولة من طرف كل دولة على حدى ثم مقارنة النتائج فيما بينها.

♦ سجلت الجزائر خلال 26 سنة - من 1985 إلى غاية 2011 - معدل نمو للتطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 38%، و قد تم تسجيل خلال نفس الفترة متوسط سنوي للاستفادة من التطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 87.3%. تم تسجيل أعلى معدل للتطعيم ضد الأمراض الثلاث سنة 2011 و وصل إلى 95% أما أقل معدل فسجل سنة 1985 بواقع 69%.

♦ سجلت تونس خلال 26 سنة - من 1985 إلى غاية 2011 - معدل نمو للتطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 40%، و قد تم تسجيل خلال نفس الفترة متوسط سنوي للاستفادة من التطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 91.7%. تم تسجيل أعلى معدل للتطعيم ضد الأمراض الثلاث سنة 2009 وصل إلى 99% أما أقل معدل فسجل سنة 1985 بواقع 70%.

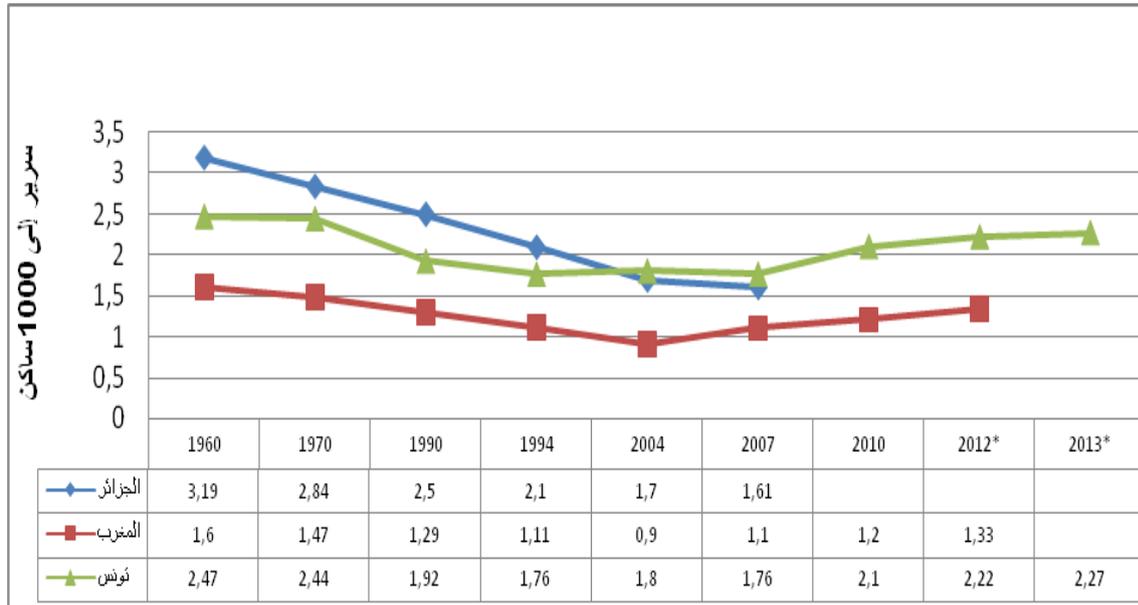
♦ سجلت المغرب خلال 26 سنة - من 1985 إلى غاية 2011 - معدل نمو للتطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 94%، و قد تم تسجيل خلال نفس الفترة متوسط سنوي للاستفادة من التطعيم ضد الأمراض الثلاث قدره 84%. تم تسجيل أعلى معدل للتطعيم ضد الأمراض الثلاث سنة 2011 وصل إلى 99% أما أقل معدل فسجل سنة 1985 بواقع 51%.

على الرغم من تأخر المغرب عن الجزائر و تونس في مجال الوقاية من الأمراض الثلاث إلى غاية 1995، إلا أنه سجل قفزة نوعية بداية من سنة 1995 متجاوزا الجزائر و تونس بمعدلات تطعيم قياسية قربت 100%. تبقى تونس في مراتب متقدمة خلال 26 سنة السابقة من خلال تسجيل معدلات مستقرة تجاوزت في غالب الأحيان معدل 90%¹¹. أما الجزائر فقد سجلت جهودا معتبرة نظرا لكبر المساحة الجغرافية، عدد السكان وانتشارهم على مساحات جغرافية واسعة. و الشكل رقم (4) يبرز نتائج المقارنة المتوصل إليها.

3.2. مقارنة الإمكانيات المادية المرصودة للعلاج:

سنحاول فيما يلي مقارنة نوع من الإمكانيات المادية المرصودة من طرف المنظومة الصحية للاستجابة إلى متطلبات العلاج التي يبديها سكان البلدان الثلاث. الأسرة الاستشفائية المعنية هي تلك المتعلقة بالمستشفيات العمومية مهما اختلف مستوى تخصصها، العيادات الخاصة، بالإضافة إلى مستشفيات الأمراض العقلية... من خلال الشكل رقم (5) يمكن الوقوف على الجهود المبذولة من طرف الحكومات المتتالية عموما ووزارة الصحة خصوصا للإجابة على طلب السكان فيما يتعلق بالعلاج الاستشفائي. سنحاول فيما يلي تحليل معلومات الشكل رقم (5) من خلال مقارنة نسبة عدد الأسرة الاستشفائية إلى 1000 ساكن و تحليلها بين البلدان الثلاث.

الشكل 05: متوسط عدد الأسرة الاستشفائية في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1960-2013



السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات المنظمة العالمية للصحة (OMS)

♦ سجلت الجزائر خلال الفترة 1960 إلى غاية 2007 - معدل نمو سالب للأسرة الاستشفائية بالنسبة لـ1000 ساكن قدره 47%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأسرة الاستشفائية قدره 2.4 سرير لـ1000 ساكن. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 1960 وصلت إلى 3.2 سرير لـ1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 2007 بواقع 1.61 سرير لـ1000 ساكن. تبقى الجزائر تستحوذ على أكبر عدد من الأسرة الاستشفائية نظرا لمتوسط عدد الأسرة و كذا عدد سكانها.

♦ سجلت تونس خلال 50 سنة - من 1960 إلى غاية 2010 - معدل نمو سالب للأسرة الاستشفائية بالنسبة لـ1000 ساكن قدره 15%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأسرة الاستشفائية قدره 2.1 سرير لـ1000 ساكن، و هو ثاني أكبر متوسط بعد الجزائر. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 1992 وصلت إلى 3.1 سرير لـ1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 2002 بواقع 1.7 سرير لـ1000 ساكن.

♦ سجلت المغرب خلال 49 سنة - من 1960 إلى غاية 2009 - معدل نمو سالب للأسرة الاستشفائية بالنسبة لـ1000 ساكن قدره 31%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأسرة الاستشفائية قدره 1.21 سرير لـ1000 ساكن، و هو ثالث متوسط بعد الجزائر و تونس على الترتيب. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 1960 وصلت إلى 1.6 سرير لـ1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 2002 بواقع 0.8 سرير لـ1000 ساكن.

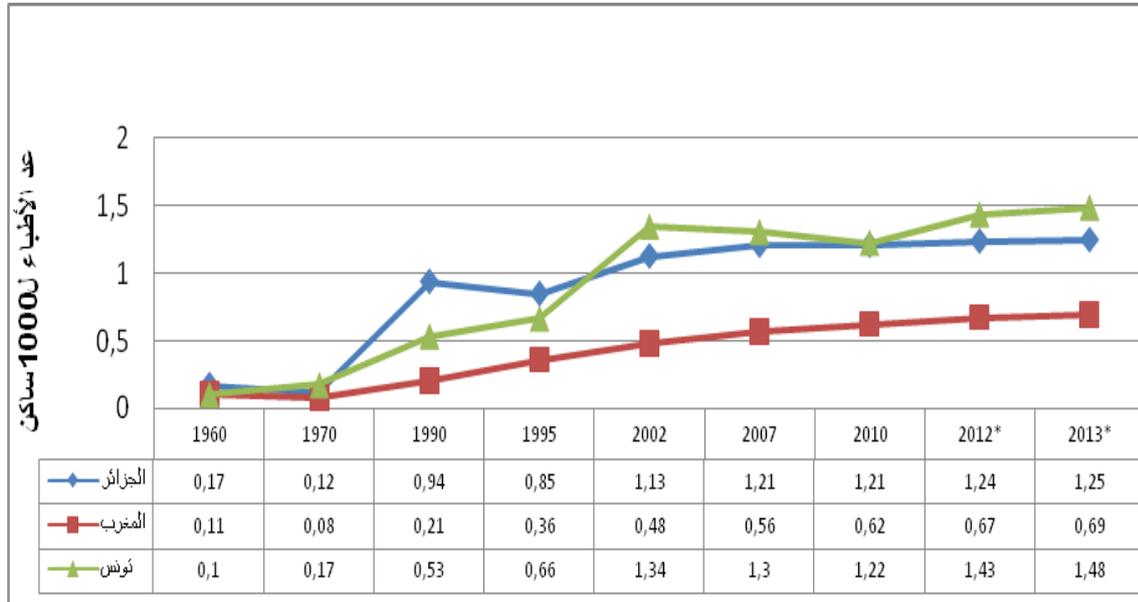
♦ تبقى الإمكانيات السريرية المعروضة من طرف المنظومة الصحية الجزائرية - فيما يتعلق بمتوسط عدد الأسرة إلى 1000 ساكن- متقاربة مع تلك المتعلقة بالمنظومة الصحية التونسية و أكبر من تلك المتعلقة بالمنظومة

الصحية المغربية. بالمقابل من ناحية حجم الإمكانيات السريرية؛ فالمنظومة الصحية الجزائرية تحتوي على إمكانيات سريرية أكبر بكثير من تلك المتعلقة بالمنظومة الصحية التونسية و المغربية.¹²

4.2. مقارنة الموارد البشرية المرصودة للعلاج:

تطرقنا آنفا للإمكانيات المادية المرصودة للعلاج متمثلة في الأسرة الاستشفائية، سنحاول فيما يلي مقارنة نوع آخر من الإمكانيات يتمثل في المورد البشري المتمثل في الأطباء بمختلف اختصاصاتهم في البلدان الثلاث. يقصد بالأطباء كل من يحمل شهادة في الطب تخول له العلاج، التعليم الطبي أو البحث العلمي الطبي. من خلال الشكل رقم (6) يمكن الوقوف على حجم الموارد البشرية الموكلة للعلاج و كذا مقارنتها بين البلدان الثلاث موضوع الدراسة. من خلال الشكل رقم (6) سنحاول مقارنة نسبة عدد الأطباء إلى 1000 ساكن و تحليلها بين البلدان الثلاث.

الشكل 06: متوسط عدد الأطباء في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1960-2013



السنوات (*) عبارة عن تقديرات متجزئة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات المنظمة العالمية للصحة (OMS)

♦ سجلت الجزائر خلال 50 سنة أي الفترة 1960 إلى غاية 2010 - معدل نمو موجب لعدد الأطباء بالنسبة لـ 1000 ساكن قدره 597%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأطباء قدره 0.7 طبيب 1000 ساكن. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 2010 وصلت إلى 1.21 طبيب 1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 1960 بواقع 0.1 طبيب 1000 ساكن. على الرغم من فقدان الجزائر أعلى النسب لصالح المنظومة الصحية التونسية انطلاقا من العشرية الأولى من القرن الواحد والعشرين، إلا أن عدد الأطباء الذين ينشطون في المنظومة الصحية الجزائرية يتعدى بكثير من ينشطون في المنظومة الصحية التونسية.

♦ سجلت تونس خلال 50 سنة أي الفترة 1960 إلى غاية 2010 - معدل نمو موجب و كبير لعدد الأطباء بالنسبة لـ1000 ساكن قدره 1125%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأطباء قدره 0.5 طبيب لـ1000 ساكن. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 2004 وصلت إلى 1.3 طبيب لـ1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 1960 بواقع 0.1 طبيب لـ1000 ساكن. احتلت المنظومة الصحية التونسية أعلى النسب بالمقارنة مع المنظومة الصحية الجزائرية و المغربية انطلاقا من سنة 2000 بعدما تم احتكار أعلى النسب من طرف المنظومة الصحية الجزائرية لعشريات عديدة.

♦ سجلت المغرب خلال 50 سنة أي الفترة 1960 إلى غاية 2010 - معدل نمو موجب لعدد الأطباء بالنسبة لـ1000 ساكن قدره 483% و هو أبطئ من معدل نمو الأطباء في الجزائر و تونس، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي للأطباء قدره 0.3 طبيب لـ1000 ساكن. تم تسجيل أعلى نسبة سنة 2010 وصلت إلى 0.6 طبيب/1000 ساكن، أما أقل معدل فسجل سنة 1981 بواقع 0.1 طبيب لـ1000 ساكن. تبقى المنظومة الصحية المغربية بعيدة عن المنظومتين الصحييتين لتونس و الجزائر من ناحية معدل الأطباء إلى 1000 ساكن و كذا من ناحية حجم الأطباء بالمقارنة مع المنظومة الصحية الجزائرية.

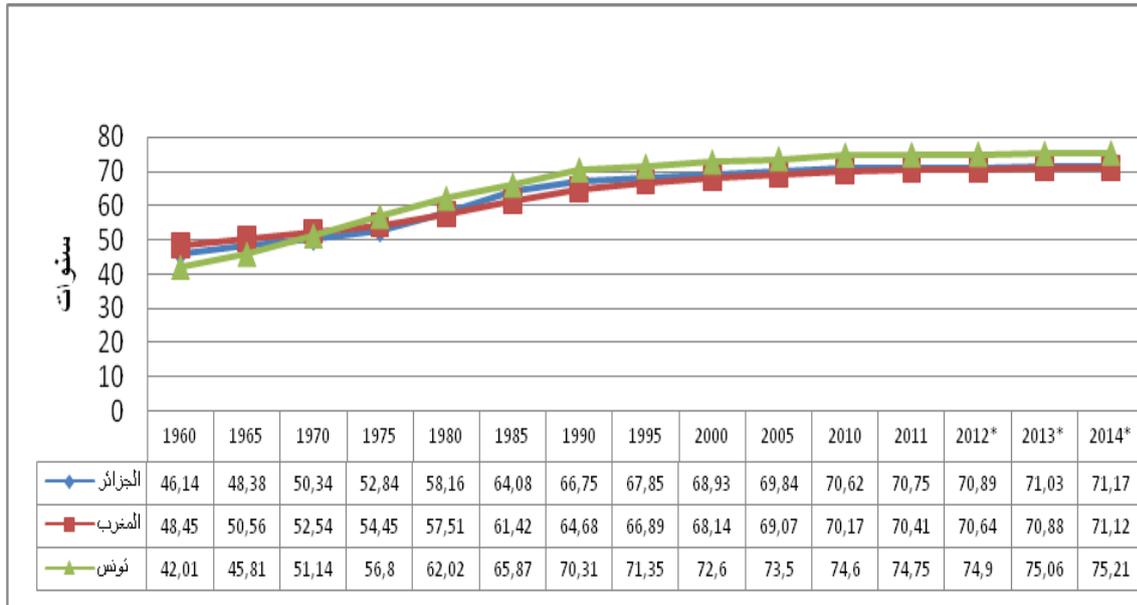
يجب التنويه إلى أن الجهود المبذولة لتكوين الأطباء في الجزائر هي الأهم بالمقارنة مع تونس و في المرتبة الثالثة المغرب، هذا بغض النظر عن نوعية التكوين.¹³

3. نتائج التنمية الصحية المستدامة على مدى و نوعية حياة المورد البشري (متوسط أمل الحياة):

يعتبر مؤشر الحياة معيار جيد للحكم على نوعية التنمية الصحية المستدامة في دولة معينة. على الرغم من أن التنمية الصحية هي متغير واحد من بين متغيرات عديدة (اقتصادية و اجتماعية و بيئية) التي تتحكم في التنمية المستدامة في دولة ما، إلا أن متغيرات التنمية الصحية المستدامة لهم تأثير مباشر على أمل حياة السكان و من ثم الاستفادة من سنوات حياة بصحة جيدة يمكن من خلالها الاستمرار في العمل و تحقيق القيمة المضافة.¹⁴

سنحاول من خلال الشكل رقم (7) مقارنة و تحليل متوسط أمل الحياة في البلدان الثلاث كتحصيل حاصل لنتائج المتغيرات الصحية التي تم عرضها آنفا في المحور الثاني.

الشكل 07: متوسط الحياة في الجزائر والمغرب وتونس للفترة 1960-2015



السنوات (*) عبارة عن تقديرات منجزة من طرف « perspective monde » من خلال نموذج انحدار بسيط

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على أرقام و تقديرات المنظمة العالمية للصحة (OMS)

♦ سجلت الجزائر خلال 51 سنة - أي الفترة 1960 إلى غاية 2011 - معدل نمو موجب لمتوسط أمل حياة السكان قدره 53%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي لأمل حياة السكان قدره 60.7 سنة. تم تسجيل أعلى متوسط أمل حياة سنة 2011 وصل إلى 70.8 سنة، أما أقل متوسط فسجل سنة 1960 بواقع 46.1 سنة. تم تسجيل ارتفاع مستمر لمتوسط أمل حياة السكان سببها التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها الجزائر خلال 51 سنة السابقة التي أدت إلى تحسن القدرة الشرائية للمواطن و لاسيما التقدم في مجال الطب، توفر موارد مادية و بشرية للعلاج، تكريس الوقاية و انخفاض عدد وفيات الرضع، القضاء على العديد من الأمراض المعدية...

♦ يجب التنبيه إلى أن متوسط أمل الحياة لدى النساء أكبر منه لدى الرجال، حيث تم تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2011 قدره 72.38 سنة أما لدى الرجال فتم تسجيل في نفس السنة 69.20 سنة. من المتوقع تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2014 قدره 72.84 سنة أما لدى الرجال فمن المتوقع تسجيل 69.57 سنة.¹⁵

♦ سجلت تونس خلال 51 سنة - أي الفترة 1960 إلى غاية 2011 - معدل نمو موجب لمتوسط أمل حياة السكان قدره 78%، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي لأمل حياة السكان قدره 62.9 سنة. تم تسجيل أعلى متوسط أمل حياة سنة 2011 وصل إلى 74.8 سنة، أما أقل متوسط فسجل سنة 1960 بواقع 42 سنة. تم تسجيل ارتفاع مستمر لمتوسط أمل حياة السكان سببها التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها تونس

خلال 51 سنة السابقة التي أدت إلى تحسن القدرة الشرائية للمواطن و كذا تحسين حالته الصحية... يجب التنبية إلى أن متوسط أمل الحياة لدى النساء أكبر منه لدى الرجال ، حيث تم تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2011 قدره 76.70 سنة أما لدى الرجال فتم تسجيل في نفس السنة 72.90 سنة. من المتوقع تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2014 قدره 77.00 سنة أما لدى الرجال فمن المتوقع تسجيل 73.50 سنة.¹⁶ حققت تونس سنوات حياة إضافية لم تسجلها الجزائر والمغرب يعزى ذلك أساسا لحجم و نوعية الخدمات الصحية التي توفرها المنظومة الصحية التونسية لعامة سكانها.

♦ سجلت المغرب خلال 51 سنة - أي الفترة 1960 إلى غاية 2011 - معدل نمو موجب لمتوسط أمل حياة السكان قدره 45% ، و قد تم تسجيل في نفس الفترة متوسط سنوي لأمل حياة السكان قدره 60.6 سنة و أقل متوسط أمل حياة بين البلدان الثلاث. تم تسجيل أعلى متوسط أمل حياة سنة 2011 وصل إلى 70.4 سنة، أما أقل متوسط فسجل سنة 1960 بواقع 48.4 سنة. تم تسجيل ارتفاع مستمر لمتوسط أمل حياة السكان سببها التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها المغرب خلال 51 سنة السابقة التي أدت إلى تحسن القدرة الشرائية للمواطن و لاسيما آثار التقدم الطبي و للموارد والإمكانيات الموفرة للاستجابة لطلبات العلاج للمواطن المغربي... يجب التنبية إلى أن متوسط أمل الحياة لدى النساء أكبر منه لدى الرجال ، حيث تم تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2011 قدره 72.21 سنة أما لدى الرجال فتم تسجيل في نفس السنة 68.69 سنة. من المتوقع تسجيل متوسط أمل حياة لدى النساء في سنة 2014 قدره 72.97 سنة أما لدى الرجال فمن المتوقع تسجيل 69.35 سنة.¹⁷

خلاصة:

إذا كانت الموارد البشرية أساس كل تنظيم فإن الاهتمام بها يعد مسؤولية على عاتق جميع المنظمات، و هذا ما تمت ملاحظته من خلال المقارنة المجسدة على بعض البلدان، و أخذنا ثلاث بلدان مغربية نظرا لقربها الجغرافي و الماضي المشترك الجزائر، تونس و المغرب. تبقى الانجازات المحققة في الصحة في تونس أكبر من تلك المحققة في الجزائر و تلك المحققة في المغرب، هذا ما انعكس ايجابيا على متوسط أمل الحياة الذي أصبح يضاها ما يتم تسجيله في البلدان المتقدمة. الجزائر بحكم مساحتها الشاسعة و عدد سكانها و تناثرهم عبر جل أقطار الوطن سجلت تقدم كبير في حجم و نوع الموارد المادية و البشرية الكفيلة بتغطية حاجيات السكان الطيبة. نسجل في المرتبة الثالثة انجازات المغرب التي و إن لم تساير نسب و معدلات نتائج الجزائر و المغرب و حجم انجازات الجزائر إلا أنها تبقى مشجعة بالمقارنة مع دول افريقية وعربية أخرى.

وفي آخر الدراسة فإننا نخلص إلى النتائج والتوصيات الآتية:

♦ تعتبر التنمية الصحية من بين مدخلات التنمية البشرية و من ثم التنمية المستدامة.

♦ يتم تصنيف متغيرات التنمية الصحية ضمن المتغيرات الاجتماعية المؤثرة على التنمية المستدامة في دولة معينة.

♦ هناك من يعتبر أن لها ضلع مباشر في تحقيق التنمية البشرية المستدامة في بلد معين.

♦ إن تحسن جل المؤشرات الصحية هو دليل على تحسن الحالة الصحية العامة في دولة معينة، نتيجة ذلك ارتفاع متوسط أمل حياة السكان.

التوصيات:

♦ الحصول على سنوات حياة إضافية و في صحة جيدة كفيل بتمديد سن التقاعد والاستفادة من خبرة متراكمة وكفاءة مورد بشري عموما و رأسمال بشري خصوصا لتكوين المكونين و تلافي نضوب ما تم بناءه واستثماره طيلة أكثر من 30 سنة على الأقل.

♦ تمديد سن التقاعد يمكن أن يغذي صندوق التقاعد باشتراكات إضافية و كذا اشتراكات في الضمان الاجتماعي لتلافي ما تعاني منه بعض الدول الأوروبية من العجز السنوي المتكرر في هذين الصندوقين.

♦ إن الحصول على سنوات حياة إضافية سيمكن من تلافي تكاليف للتكفل بالأشخاص المسنين و المقعدين نظرا لإمكانية تكفلهم بذاتهم أو تسهيل مهمة المحيط الاجتماعي الذين ينتمون إليه.

♦ إن ارتفاع متوسط أمل الحياة سيمكن من ارتفاع مداخيل السياحة لاسيما السياحة الصحية، مثل ما هو معمول به في تونس التي تعتبر نموذج لهذا النوع من السياحة التي تستقطب أكثر فأكثر شريحة المتقاعدين.

♦ إن ارتفاع متوسط أمل الحياة سيمكن الأشخاص المتقاعدين من ملاء بعض الوظائف الحكومية من خلال تطوعهم للتكفل بالصغار مثال ما هو جاري في اليابان، و تجنب نفقات عامة أصبحت تثقل كاهل الحكومات.

الاحالات والمراجع:

1. جدول أعمال القرن الحادي والعشرين -الأجندة - مؤتمر ريو دي جانيرو، 2004.
- 2 O, GÉLINIER et autres, *Développement durable: Pour une entreprise compétitive et responsable*, Ed ESF, Paris 2005, p 21.
3. مصطفى طلبة، *إنقاذ كوكبنا*، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت 1992.
4. باتر محمد علي وردم، *العالم ليس للبيع: مخاطر المعولة على التنمية المستدامة*، دار الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2003، ص 189.
5. كامل مهنا، *الخريطة الصحية و الرعاية الصحية الأولية نحو تعزيز اللامركزية*، وزارة الصحة العامة، البنك الدولي، 2003، ص 05.
6. كامل مهنا، *الرعاية الصحية الأولية: واقع و حلول*، المؤتمر الوطني الأول تجمع للهيئات الأهلية في لبنان، قصر الانيسكو، ديسمبر 1999، ص 06.
7. تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ري ودي جانيرو، 1992، ص 46.
- 8.P. ERAY, *Précis de développement des entreprises*, édition liaisons, Paris 1999, p16.
9. l'université de SHERBROOKE, *Perspective monde :statistique 2014*, document pdf « www.perspective monde.com » consulté le 14/07/2014.
10. OMS, *Statistiques Sanitaires Mondiales 2012*, Document pdf « www.OMS.com » consulté le 12/07/2014.
11. *Rapport Annuel de l'UNICEF 2012*, Document pdf « www.unicef.org/publications » consulté le 12/07/2014.
12. l'université de SHERBROOKE, *op.cit.*
13. OMS, *Statistiques Sanitaires Mondiales 2012*, *op.cit.*
14. l'université de SHERBROOKE, *op.cit.*
15. OMS, *Statistiques Sanitaires Mondiales 2012*, *op.cit.*
16. l'université de SHERBROOKE, *op.cit.*
17. *Idem.*