

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس- مستغانم-

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

تخصص اقتصاد كمي



مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر اكايمي في اقتصاد الكمي  
الموسومة ب:

# سياسات اصلاح النظام الصحي وانعكاساته على التنمية البشرية في الجزائر

النظام الصحي في الجزائر (دراسة تحليلية)

تحت إشراف الاستاد المؤطر:

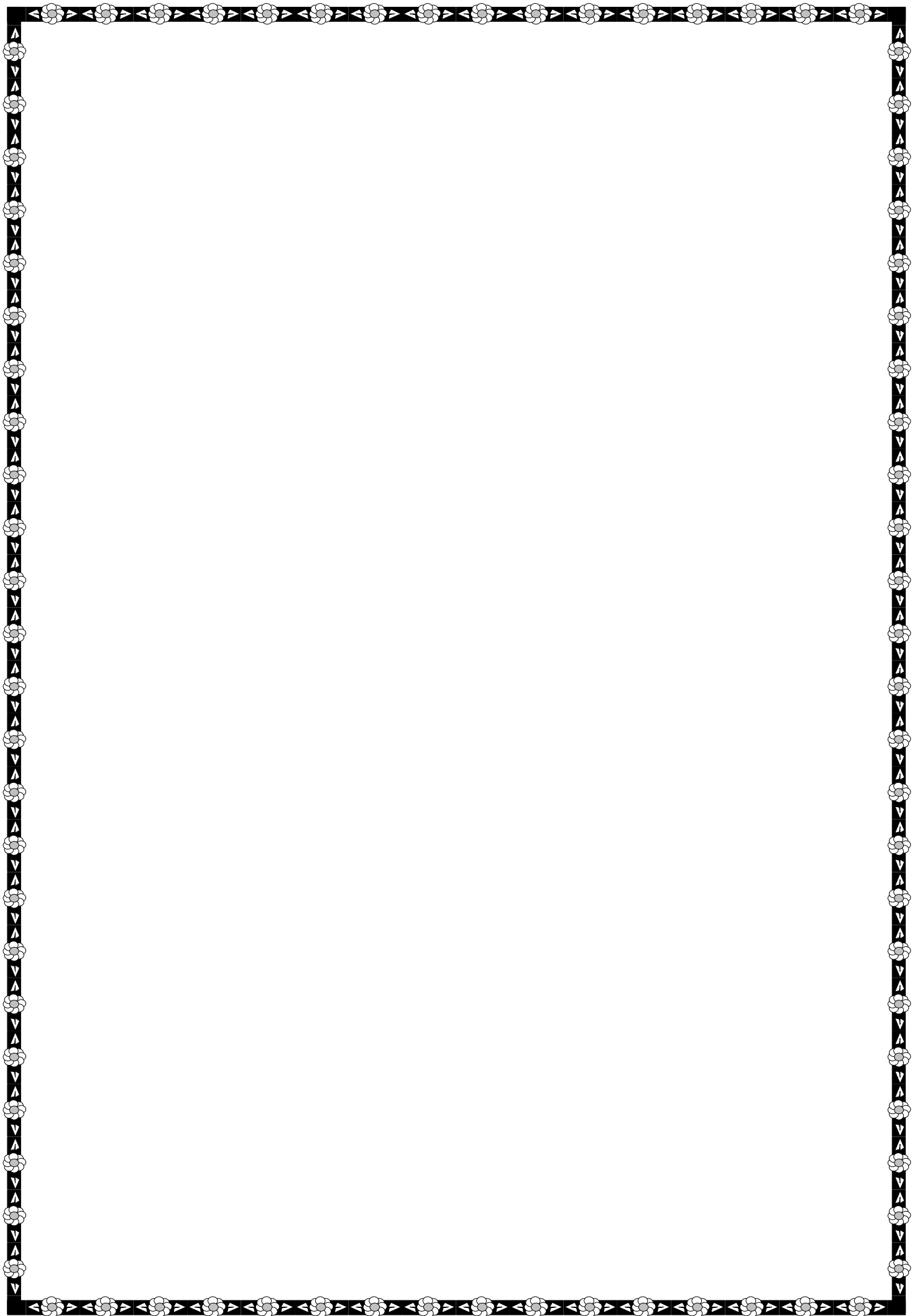
❖ الشارف بن داحة إيمان  
عبد الله

يخلف

لجنة المناقشة

الصفة	الاسم واللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيس	محمد عيسى محمد محمود	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم
مقر ومشرف	يخلف عبد الله	أستاذ مساعد	جامعة مستغانم
مناقش	وهراني مجدوب	أستاذ محاضر	جامعة مستغانم

السنة الجامعية 2020-2021



# الهداء

إلى من أحببت كل حياتي إلى شمعة أنارت دربي وكانت رفيقة  
حياتي حفظك الله وأطال في عمرك إلى أمي العزيزة.

والى أغلى الناس من كان سندا ودعما لي ولم يبخل علينا بأي شيء  
، إلى الشمعة التي انطفأت قبل أن أتحمس سبيلي إلى روح والدي  
رحمه الله وجعله مع العليين بجوار الحبيب المصطفى

إلى إخوتي: ابراهيم ، العربي، عبد العزيز

إلى أخواتي: حليلة، فتيحة، سعاد، نوال و فوزية

إلى خالتي الصغيرة و أختي يمينة

إلى زوجي العزيز والغالي الذي كان انسي، سندي ورفيق دربي في  
هذه الحياة محمد الأمين

# شكر و تقدير

الشكر لله عز وجل الذي أنار دربي، وفتح لي أبواب العلم وأمدني بالصبر والإرادة.

ثم الشكر للأستاذ المشرف: الأستاذ الدكتور **يخلف عبد الله** على قبوله الإشراف على هذا العمل، على سعة صدره وعلى توجيهاته ونصحه السديد.

دون أن يفوتني شكر كل أساتذتي وكل العمال بالكلية وكل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل.

**شكرا لكم جميعا**

## الملخص:

لقد جاءت هذه الدراسة في جوهرها محاولة الكشف وتسليط الضوء على سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر، وذلك باستعمال تقنية التحليل للمعطيات، من أجل الوقوف على انعكاساتها على التنمية البشرية .

وقد شملت الدراسة ثلاث فصول، تطرقنا من خلالهم لعرض سياسات الإصلاح للنظام الصحي و مراحلها لنبرز انعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر، و ليكون الجانب التطبيقي منصة لعرض بعض المؤشرات، وأخيرا جاءت الخاتمة العامة كحوصلة لهذه الدراسة.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، سياسات إصلاح النظام الصحي، التنمية البشرية

## Résumé :

En substance, cette étude est venue comme une tentative de révéler et de faire la lumière sur les politiques de réforme du système de santé en Algérie, en utilisant la technique de l'analyse des données, afin de déterminer ses répercussions sur le développement humain.

L'étude comportait trois chapitres, dans lesquels nous avons discuté des politiques de réforme du système de santé et de ses étapes, pour mettre en évidence leurs répercussions sur le développement humain en Algérie, et pour que le côté pratique soit une plate-forme d'affichage de certains indicateurs, et enfin la conclusion générale est venue comme un résumé de cette étude.

**Mots clés :** système de santé, politiques de réforme du système de santé, développement humain.

## قائمة المحتويات

اهداء

شكر وتقدير

الملخص

قائمة

المحتويات

.....

أ.....

قائمة

.....الجدول

ه.....

قائمة

.....الملاحق

و.....

.....المقدمة

7.....

-اشكالية

.....الدراسة

8.....

-الفرضية

.....العامية

8.....

اختيار

-أسباب

.....الموضوع

9.....

-أهمية

.....الموضوع

9.....

-أهداف

الدراسة.....

9.....

والتقنيات

المناهج

المستخدمة.....

10.....

الدراسات

السابقة.....

10.....

بموضوع

علاقتها

وتحديد

السابقة

الدراسات

-تقييم

در استنتاج..... 11.....

صعوبات

الدراسة.....

11.....

توصيات

الدراسة.....

12.....

هيكلية

الدراسة.....

12.....

## الفصل الأول: سياسات اصلاح النظام الصحي في الجزائر

تمهيد

الصحي

النظام

I-مفهوم

ومكوناته

15.....

النظام

مفهوم

-I.1

الصحي

15.....

I.2- مكونات النظام الصحي

15.....  
.....

II- محددات أداء النظام الصحي

15.....  
.....

II.1- مؤسسات عرض الخدمات الصحية

.....  
16.....

II.2- محددات الأداء الصحي

.....  
16.....

III - التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر

17.....  
.....

III.1- التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر من الاستقلال حتى سنة 1990

17.....

III.1.1- من الاستقلال سنة 1962 إلى

17.....  
.....1973

III.2.1- فترة 1973 - 1980

18.....  
.....

III.3.1- الفترة من 1980 - 1990



19.....

III.2-السياسة الصحية في الجزائر في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي.....19

III.1.2-الفترة من 1990-2002 : غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحويلات الديمغرافية و الوبائية في الجزائر

20.....

III.2.2- الفترة ما بين 2002-2010 ومحاول إعطاء دفع للسياسة الصحية في غياب رؤية استشرافية واضحة

23.....

VI- النمط التعاقدي كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر.....23

VI.1- أطراف التعاقد في الجزائر

23.....

VI.2- أهداف النظام التعاقدي

24.....

VI.3- مسار النهج التعاقدي في الجزائر

25.....

V - السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي

28.....

....

سياسات جزئية لإصلاح النظام الصحي -V.1

28.....

رفع كفاءة الأداء واحتواء التكاليف -V.1.1

28.....

التنسيق والتعاون بين القطاع العام والخاص لتنفيذ الأداء..... -V.2.1

28.....

تنفيذ الوصول إلى الأدوية الأساسية -V.3.1

29.....

خلق مصادر تمويل جديد -V.4.1

29.....

سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي -V.2

30.....

نظام الضمان الاجتماعي الإجباري -V.1.2

30.....

تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرض -V.2.2

30.....

الضمان موارد -V.3.2 الاجتماعي

30.....

الضمان عمل تنظيم -V.4.2 الاجتماعي

30.....

أطراف بين التنسيق -V.5.2 التعاقد

31.....

IV- الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.....33

الخلاصة

35 .....

الفصل الثاني: انعكاسات سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر على التنمية البشرية

تمهيد.....

37.....

I- الانتقال الديمغرافي في الجزائر.....

38.....

II- الانتقال الصحي في الجزائر.....

40.....

III- تطور الأمراض في الجزائر.....

43.....

الصحة  
تحقيق  
أساليب  
-IV العامة

48.....

الصحة  
مؤشرات  
-VI العامة

49.....

..... خلاصة

53.....

الميداني  
الجانب  
الثالث:  
الفصل  
للدراسة

54.....

تمهيد

55.....

الدراسة:  
عرض  
مؤشرات  
- الدراسة:

55.....

معدل  
المرضى  
الحياة  
و  
الوفيات  
وعبء

55.....

الوفيات  
محددة  
والمراضة  
الناجمة  
عن  
أسباب

59.....

المعدية  
الأمراض  
المنتقاة

61.....

بالخدمات

التغذية

الصحية

62.....

.....

الأنظمة

الصحية

63.....

.....

والاجتماعية

الديمغرافية

الإحصاءات

والاقتصادية

65.....

.....

خلاصة

.....

68.....

الخاتمة

العامة

70.....

.....

المراجع

.....

72.....

الملاحق

.....

76.....

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	تطور معدل مأمول العمر في الجزائر	1
	معدلات الوفيات والمواليد في الجزائر	2
	أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر	3
	توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات في الجزائر	4
	تطور معدلات وفيات حديثي الولادة التأكيد من التسمية في الجزائر	5
	عدد حالات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر	6
	التغذية بالخدمات الصحية في الجزائر	7
	القوى العاملة في الجزائر	8
	تعداد الهياكل الصحية في الجزائر	9
	الإحصاءات الديموغرافية في الجزائر	10
	الإحصاءات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر	11

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
	جدول تطور عدد السكان المقيمين من الأسر العادية والجماعية	1
	جدول تطور تركيب السكان حسب الفئة العمرية في الجزائر ما بين 1977-2012	2
	جدول تطور مرض السل في الجزائر خلال الفترة 2005-2010	3
	جدول تطور مؤشرات المواليد في الجزائر خلال الفترة 2005-2010	4
	جدول تطور أمل الحياة في الجزائر خلال فترة 1990-2011	5
	جدول تطور معدل الوفيات الخام ووفيات الرضع في الجزائر خلال فترة 1990-2011	6
	جدول مؤشرات الصحة العامة	7
	وفيات الأمهات 2005	8
	وفيات الأمهات 2010 في الجزائر	9
	البنى التحتية للقطاع العام عبر ولايات الجزائر لسنة 2010	10

## مقدمة

تعتبر الخدمات الصحية من أهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الفرد بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، و في هذا المعنى تمثل الخدمات الصحية أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تقديم الأداء الأفضل في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

إن الاهتمام بالخدمات الصحية، والعمل على جعلها في المستويات المطلوبة التي تتال رضا المتلقين لها وتحقق احتياجاتهم هي أولوية يجب أن يسهر على تحقيقها أي نظام مؤسستي سواء على المستوى الكلي أو الجزئي، غير أن إصدار الأحكام عن مستويات الأداء وجودة الخدمات لا يتم إلا باتباع أساليب علمية ومنهجية تمكن من دراسة درجات الفعالية والإحاطة بمختلف حيثياتها لتكوين صورة واضحة ودقيقة تؤدي إلى تحديد جوانب القوة ومكامن الخلل ومحاولة تحسينها وتصحيحها. وعلى الرغم من ذلك، يعد موضوع قياس مستوى الخدمات من بين المواضيع الحديثة نسبيا، خاصة في المجال الصحي، ولا يزال تقييم الخدمات الصحية وتحديد مستويات أدائها موضوع نقاش وجدل بين الباحثين وأصحاب الاختصاص .

مما لا شك فيه أن الخدمات الصحية هي من أكثر الخدمات التي يكون على عاتق الدولة توفيرها وبالمستويات المطلوبة والمستهدفة، ولذلك فهي تسعى دوما إلى تحسينها وتطوير مستويات جودتها بالبحث في مختلف الأساليب والآليات التي تمكن من تحقيق ذلك، وبالتالي تحقيق المنفعة للفرد بصورة خاصة والمجتمع والدولة بصورة عامة.

في ظل اهتمام معظم الدول بالخدمات الصحية بأساليب وأنظمة مختلفة، فالجزائر من بينها فقد اهتمت بتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال برامج وسياسات إصلاحية مختلفة.

مرت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحلة على حدى، سواء الظروف السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية والبيئية، ولكل سياسة عناصرها وأهدافها، إلا أن الهدف الرئيسي هو تطوير نوعية الخدمات الصحية باعتبار أن الصحة هي أهم ما يملكه الفرد.

رغم كل الإصلاحات والمحاولات فقد اتضح في الآونة الأخيرة أن النظام الصحي في الجزائر لا تزال بعيدة من ناحية تطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن مقارنة بمعايير دولية رغم الجهود المبذولة في سبيل ذلك من طرف السلطات العمومية.

## مشكلة الدراسة:

نظرا لما تكتسبه سياسات اصلاح النظام الصحي من أهمية بالغة بالنسبة للدولة بصورة عامة والفرد بصورة خاصة، و باعتبار أن هذه السياسات تتعكس على التنمية البشرية فهي تعتبر محرك



## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

رئيسي ومهم للمجتمع ومقياس لتقدم الدولة، حيث تبقى الخدمات الصحية دوما بحاجة إلى تقييم دوري ومستمر يكون الهدف منه اكتشاف الانحرافات السلبية عن المستوى المطلوب والمستهدف للخدمة وتحديد أمثل السياسات وأكثرها تلاءما مع المشاكل والتحديات التي يجب تصحيحها ومواجهتها لتحقيق تنمية مستدامة. وفي هذا الإطار تكون الإشكالية الرئيسية لموضوع بحثنا كالآتي:

**ما هي سياسات اصلاح النظام الصحي في الجزائر ؟ وما انعكاساتها على التنمية البشرية؟**

ومن خلال الإشكالية الرئيسية يمكن صياغة التساؤلات الفرعية كما يلي:

- ما هو الإطار النظري و المفاهيمي للنظام الصحي و مكوناته؟
- ما هو التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر؟
- ما هي السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي؟
- ما هي انعكاسات سياسات اصلاح النظام الصحي في الجزائر على التنمية البشرية؟

لغرض الإجابة عن الإشكالية و أسئلتها الفرعية نحاول صياغة الفرضية العامة و الفرضيات التي تتفرع عنها قصد رسم حدود ومعالم الموضوع قيد التحليل والإمام بجميع جوانبه و عليه تكون:

**الفرضية العامة:**

حققت سياسات اصلاح النظام الصحي في الجزائر بعض التقدم والتطور في القطاع، مما انعكس بالإيجاب على التنمية البشرية .

**الفرضيات الفرعية:**

- تحقيق الأهداف المرجوة من أي سياسة صحية هو ضرورة وجود نظام صحي عصري.
- انعكاس سياسات إصلاح النظام الصحي حال دون تحقيق تنمية صحية مستدامة

## أسباب اختيار الموضوع

هناك عدة أسباب تدفعنا لاختيار هذا الموضوع، ويمكن إيجاز أبرزها في ما يلي:

- الميول الشخصي نحو البحث في المجال الصحي وفهم مختلف حيثياته، و السياسات المنتهجة لإصلاحه ودراسة انعكاساتها على التنمية البشرية.
- الاستمرارية في المجال العلمي والبحث الأكاديمي في ميدان تسيير المنظمات.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

- الرغبة في معرفة مدى نجاعة الإصلاحات التي تقوم بها الوزارة الوصية على القطاع الصحي، ومدى تطبيق المنظمات الصحية لها.
- إثراء المحتوى المكتبي بموضوعات تتطرق للنظام الصحي و سياسات إصلاحه مع إبراز انعكاساته .

## أهمية البحث

تتبع أهمية البحث بالدرجة الأولى من الأهمية البالغة لسياسات إصلاح النظام الصحي و ذلك لما لها من انعكاسات على تحسين عافية الفرد وسلامته الجسمانية والعقلانية من جهة وأثارها على الجوانب التنموية الاجتماعية واقتصادية لأي بلد من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن السياسات المنتهجة لإصلاح النظام الصحي تهدف إلى تحقيق تنمية بشرية مستدامة، و مع النمو الديمغرافي، وكثرة الأمراض والحوادث يتطلب مضاعفة الجهود سواء البشرية، المادية وحتى المعنوية والبحثية.

## أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لسياسات اصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر وذلك من خلال دراسة تحليلية ،اين يمكن إبراز أهم أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:-

- إبراز مدى أهمية إصلاح النظام الصحي في الجزائر على جميع المستويات المستوى الاجتماعي والاقتصادي.
- محاولة تحليل انعكاسات سياسات إصلاح النظام الصحي على التنمية البشرية موضوع البحث و الدراسة خلال الفترة (2014-1990) ، وذلك بتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، والتركيز على الإيجابيات.
- إبراز العلاقة بين النظام الصحي في الجزائر و التنمية البشرية.

## منهج الدراسة

يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على اشكالية البحث واختبار فرضياته؛ وفي هذا الإطار قمنا باتباع المنهج الوصفي التحليلي في إعداد عملنا هذا:

- ففي جانبه النظري اعتمدنا على مصادر المعلومات الثانوية كالكتب والمجلات العلمية والمقالات سواء باللغة العربية أو باللغات الأجنبية.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

- أما الجانب التطبيقي فلقد تم اللجوء الى الاستبيان وجمع المعلومات من مختلف المراكز الصحية و الأماكن ذات الصلة.

## الدراسات السابقة

حضي موضوع "سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية البشرية" باهتمام بالغ؛ فأنتجت العديد من الأعمال البحثية في هذا المجال نذكر منها ما يلي:

دراسة عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية (2009)<sup>1</sup>

- تهدف هذه الدراسة الى تناول الوضع الاقتصادي في الجزائر، واتجاهات نموه، في ظل التطورات الاقتصادية العالمية.ومن ثم التطرق للوضع الصحية للسكان، من خلال مختلف المؤشرات والعناصر المحددة لها، ومحاولة عقد بعضا لمقارنات مع كل من المغرب و تونس.
- وصلت الدراسة الى ان الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية يمكن اعتبارها مقنعة نسبيا، بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة، في ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام. كما ان التحكم في التكاليف وترشيدها، وتخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، وحمايتها من الآثار السلبية للإففاق الباهظ على الصحة، يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات، نذكر منها:
- التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وكذا الدور الكبير الذي يلعبه فيتحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، والفئات إضافة إلى دوره في تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.
- العمل على تجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، وذلك بتفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية، لتخفيف الضغط المتنامي على المراكز الاستشفائية الجامعية.

، دراسة **عدمان مريزق**: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية (بالجزائر العاصمة) 2008.<sup>2</sup>

تهدف هذه الدراسة الى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

<sup>1</sup> عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية، العدد 31، المجلد ب، جامعة منتوري، قسنطينة، جوان 2009 ص. ص 293-309

<sup>2</sup> **عدمان مريزق**: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، الجزائر، 2008

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

- المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها، في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عند درجة حرارة الغرفة و درجة الإضاءة.
- ان أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.
- تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

## تقييم الدراسات السابقة وتحديد علاقتها بموضوع دراستنا:

هذه بعض أهم الأدبيات التي كونت لنا صورة عامة ساعدتنا على بلورة موضوع دراستنا، دراسة سياسات إصلاح النظام الصحي و انعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر، باستعمال تقنية تحليل ، حيث يقع إختيارنا لهذا الموضوع في نقطة الوسط بين هذه المصادر والتي ركزت على جودة الخدمات الصحية العمومية و تطور المنظومة الصحية. كما استفادت الطالبة من هذه الدراسات في بناء وتطوير الإطار النظري للدراسة، ووضوح معالم تقسيمها وهيكلتها .

## صعوبات الدراسة:

لا تخلو أي دراسة سواء كانت عملية أو نظرية أو تطبيقية من صعوبات تقف أمام الباحث، و من الواضح جدا أن التطرق لمثل هذه الدراسة التي تتميز باتساع نطاقها و شموليتها لا يخلو من صعوبات يمكن حصر أهمها في:-قلة الإحصاءات و المعطيات الخاصة بمجال الدراسة بسبب جائحة كورونا بالإضافة إلى امتناع بعض المصالح عن تقديم المعلومات بحجة السرية. ورغم الصعوبات التي تلقيناها للإتمام هذه الدراسة لم تكن عائقا بقدر ما كانت لنا دافعا وإصرارا لإتمام هذا البحث.

## توصيات الدراسة:

- \_ توفير الموارد البشرية ذات المهارة في التسيير و التنظيم الرشيد .
- \_ تحسين الرعاية الصحية المستدامة .
- \_ توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني .
- \_ وضع برامج صحية لمواجهة الامراض الخطيرة .
- \_ تغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية .

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

\_\_ جعل القدرة الشرائية للعلاج في متناول الجميع خاصة الامراض المستعصية .

## هيكله الدراسة:

في إطار إنجاز هذه الدراسة "سياسات إصلاح النظام الصحي و انعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر" ارتأينا تقسيم البحث إلى ثلاث فصول بحيث:

-**الفصل الأول:** سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر، نستعرض فيه مفهوم النظام الصحي ومكوناته، محددات أداء النظام الصحي، التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر، النمط التعاقدية كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر و السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي.

-**الفصل الثاني:** انعكاسات سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر على التنمية البشرية حيث نتطرق فيه إلى الانتقال الديمغرافي و الانتقال الصحي في الجزائر، تطور الأمراض في الجزائر، أساليب تحقيق الصحة العامة و مؤشراتها.

-**الفصل الثالث:** يتضمن الجانب الميداني عرض مؤشرات الدراسة نبين من خلاله معدل الحياة و الوفيات وعبء المرض، الوفيات والأمراض الناجمة عن أسباب محددة، الأمراض المعدية المنتقاة، التغذية بالخدمات الصحية، الأنظمة الصحية و الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

# الفصل الأول

## تمهيد

تعد الرعاية الصحية من أهم أهداف الدولة الحديثة في خضم الألفية الثالثة، حيث تستخدم العديد من السياسات المختلفة للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة عالية، لكن يحتاج ذلك إلى مواجهة العديد من المشاكل التي يمكن أن تصادف أهداف الدولة كالأزمات والأوبئة. فالجزائر تعد من الدول التي حققت قفزات نوعية في التنمية البشرية من خلال الاهتمام بالقطاع الصحي، لكن تبقى هذه الجهود ذات ضئيلة مقارنة مع الإمكانيات التي تزخر بها الجزائر المادية والبشرية، والتي تحتاج إلى سياسة اجتماعية رشيدة تمكن من الحصول على تغطية شاملة للرعاية الطبية لكافة أفراد المجتمع، وفي كافة مناطق الدولة الجزائرية مع مراعاة التكوين الذي ينبغي أن يخص الكوادر الطبية وكذا المنشأة القاعدية الصحية وخاصة المستشفيات المتخصصة منها. في ضوء ما تم التطرق إليه نطرح التساؤل التالي: ما واقع الرعاية الصحية في الجزائر في ظل مؤشرات التنمية البشرية؟ و لدراسة هذا الموضوع اتبعنا المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته طبيعة الموضوع، باعتبار أن الرعاية الصحية هي أحد أهم أوجه الرفاهية الاجتماعية حيث نقيس من خلالها مدى توافق الإنجازات مع مؤشرات التنمية البشرية. أما فيما يخص الرعاية الصحية في الجزائر فتعد

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

من أهم أولويات التنمية البشرية في الجزائر ولكن نسبة انفاقها من إجمالي الانفاق العام ضئيلة جداً مقارنة مع دول الجوار.

**I- مفهوم النظام الصحي ومكوناته****I.1- مفهوم النظام الصحي**

سوف نستعرض جملة من المفاهيم المشيرة للنظام الصحي كما يلي:  
 -النظام الصحي هو: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، المحافظة عليه وترقيته باستمرار"<sup>1</sup>.  
 - كما عرف النظام الصحي أيضا بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموازنة الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها"<sup>2</sup>.  
 من خلال التعريفين السابقين نستنتج أن النظام الصحي هو مجموعة الموارد المتاحة والموجهة في إطار مجموعة من العناصر المتفاعلة فيما بينها بهدف توفير الخدمات الصحية، إدارتها وتمكين الأشخاص من الاستفادة منها للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع.

**I.2- مكونات النظام الصحي**

يتكون النظام الصحي من مجموعة من العناصر نستعرض أهمها كما يلي:

- إنتاج الموارد الصحية

لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 54.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، المرجع نفسه، ص 35.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

ومعدات وأجهزة طبية ومواد رعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية.<sup>1</sup>

• **تنظيم البرامج الصحية:**

تقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الهيئات الحكومية الأخرى وبرامج الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى النقابات والاتحادات العمالية والقطاع الخاص وحتى المنظمات الخيرية التطوعية.<sup>2</sup>

• **الدعم المالي والتمويل:**

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة كالضرائب، بالإضافة إلى برامج التأمين الصحي الحكومي والمساعدات والمنح والهبات الخارجية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

• **الإدارة الصحية للنظام الصحي:**

تلعب الإدارة دورا حيويا وهاما في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، وتقييم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهن الأخرى ذات العلاقة، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية وترخيص اعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات وتنظيم القوى العاملة الصحية وتقييم الجودة وتحسينها.<sup>3</sup>

• **إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:**

إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه أي نظام صحي هو تقديم المستويات الثلاث للصحة، وهذا لتلبية الحاجيات الصحية والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلبا على الصحة.

II- **محددات أداء النظام الصحي:**

قبل التطرق لمحددات الأداء الصحي يستوجب أولا الإشارة إلى المؤسسات التي تتعلق بعرض الخدمات الصحية بنوعها في القطاع العام والخاص.

II.1- **مؤسسات عرض الخدمات الصحية**

إن تقديم وعرض خدمات الصحة يتم عن طريق المؤسسات العامة والخاصة، وغالبا ما يكون هناك اختلاف في مهام وأهداف عرضها في القطاعين ويكمن هذا الاختلاف في النقاط التالية:<sup>4</sup> نوعية التشغيل، نوع الخدمات والأهداف الربحية.

تعتبر مؤسسات الصحة مؤسسات دائمة ذات طابع خدمي، ملتزمة بتحسين تقنيات العلاج وقدرة الاستقبال بالنسبة للمجتمع، ونفوق بين مراكز الاستشفاء العامة والخاصة، فالأولى تقدم خدماتها العلاجية من أجل ضمان صحة جيدة لجميع المواطنين أما المراكز الاستشفائية الخاصة فهي مؤسسات ربحية رغم أن مهمتها أيضا تكمن في ضمان علاج فعال للأشخاص المرضى.

✳ **المؤسسات الصحية في القطاع العام:** وتشمل عموما ما يلي:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> خليل محمد حسن الشماع، خيضر كاظم محمود، نظرية المنظمة، دار الميسرة، عمان، 2000، ص. 37

<sup>2</sup> فريدتوفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 56

<sup>3</sup> فريدتوفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 57

<sup>4</sup> Didier Sting, La Fonction Publique Hospitalière, Imprimerie de France, Octobre 1999, P. 11.



## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

- المستشفيات العامة
  - المستوصفات ومراكز العلاج والعناية
  - مستشفيات متخصصة (مستشفيات الطب النفسي والمدني)
  - المؤسسات الصحية في القطاع الخاص: يمكن أن نميز هنا بين كل من:<sup>2</sup>
- مستشفيات خاصة: وهي مؤسسات صحية معتمدة وتتمثل وظيفتها في عرض العلاج الطبي والخدمات الصحية من دون القيام ببرامج وقائية. هي مؤسسات تابعة لأنظمة خاصة هدفها ربحي، لكن الخدمات التي تعرضها تساهم في تخفيف حجم الطلب على خدمات المستشفيات العامة.

- عيادات الأطباء
- عيادات أطباء الأسنان
- -الصيدالة

## II.3-محددات الاداء الصحي:

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان "النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي:<sup>3</sup>

- الاستجابة

- عدالة المساهمة المالية

- مستوى الصحة العام

- توزيع الانتفاع

- توزيع التمويل

انتهجت الجزائر في سبيل اصلاحها للمنظومة الصحية عدة سياسات كلية وجزئية عقب فترات زمنية ومن بينها مسار النهج التعاقدى ، قبل ذلك سنتطرق اولا لتطور التاريخي لسياسات الاصلاح في الجزائر منذ الاستقلال ليومنا.

## III-التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر

كانت الدولة الجزائرية غداة الاستقلال أمام تحديات كبرى على جميع الأصعدة ومن جملتها المشكلات الصحية التي يعاني منها الشعب على أساس أن التنمية لن يكون لها معنى في ظل وجود عدد كبير من السكان يعاني من الأمراض والعاهات التي تسبب فيها الاستعمار وخلفتها الحرب التحريرية والتي راح ضحيتها مئات الآلاف من الجزائريين.

## 1.III.التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر من الاستقلال حتى سنة 1990

تم تقسيم هذه المرحلة إلى ثلاث حقبات زمنية مرت بها سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر من الاستقلال الى غاية سنة 1990 كما يلي:

## 1.1.III- من الاستقلال سنة 1962 إلى 1973

وهي مرحلة بناء الدولة وتميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة بمحدودية خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة، كما كان عليها إعادة إنعاش البنيات والهيكل التي خلفها الاستعمار مثل توفير قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيفية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Pierre Patrick Olivier, Système de Compte de Santé, OCDE, 2000, P. 152.

<sup>2</sup> Pierre Patrick Olivier, Ibid, p. 155.

<sup>3</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية، النظم الصحية: تحسين الأداء، 2000، ص 18،

<sup>4</sup> العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم اقتصادية، غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2011، ص 177.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

من هنا كانت أولويات السياسة الصحية تتمثل في:  
-إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كان أغلبهم فرنسيين.

-وضع برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية<sup>1</sup>.

-تعبئة الموارد البشرية المحلية والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.

-تعبئة الموارد المالية في بلد لا يتعدى الناتج الداخلي الخام فيه 400 دولار للفرد الواحد.

ولتطبيق هذه التوجهات كان على السلطات السياسية إصدار حزمة من القرارات السياسية أهمها:

-إصدار قانون الممارسة العمومية الإجباري سنة 1963 لكل طبيب يعززم فتح عيادة خاصة.

-إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964 وكان الهدف من إنشائها "انجاز الأعمال

الخاصة بالدراسات والبحث في الصحة العمومية الضرورية لتطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة".

-وضع البرامج الوطنية لمكافحة مرض السل و الملاريا والرمم الحبيبي سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة العالمية.

-ترسيم الاداءات الإضافية التي يقوم بها أطباء خواص في المصالح العمومية سنة 1965 كذلك

قرار وزاري في نفس السنة يقضي بإلحاق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية من أجل

تسيير تلك الوحدات الصحية التي كانت تفتقر للمسيرين مع القيام بحملات وطنية لتلقيح الأطفال

ضد مرض السل.

**مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 5 جويلية 1969**<sup>2</sup>، والقاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة ايجابية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية.

-كذلك إنشاء في نفس السنة الصيدلية المركزية الجزائرية وكانت مهمتها" تتمثل في احتكار عمليات

استيراد لأدوية وإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية".

إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965 للقضاء على المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أداءها لوظائفها، بسبب أن إدارة الصحة كانت مندمجة قبل ذلك ضمن

وزارات أخرى.<sup>3</sup>

### III.2.1- فترة 1973- 1980

ما ميز هذه المرحلة التاريخية من حيث بناء الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين

سنتي 1969- 1979 و هذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات

العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل

القاعدية هو قبل كل شئ الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء

العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 وجاءت هذه الجهود ضمن الاجراءات المعتمدة

من منظمة الصحة العالمية بعد ندوة ألماتا في كازخستان أين تمت مناقشة قضايا الصحة في العالم

<sup>1</sup>Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Définitions et enjeux partagés, Ipmed, 2012, p47 .

<sup>2</sup>R.A.D.P, Décret n° :69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose Journal Officiel, n° 59, du 11 juillet 1969, p 560.

<sup>3</sup> Grangaud, op cit ,p48

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

وكان من أهم القرارات ضمان الصحة للجميع " قبل سنة 2000 اعتمادا على إستراتيجية علاجات الصحة الأولية<sup>1</sup>.

وكان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة الطب مجانية النظام الصحي الوطني.<sup>2</sup>

إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية الحاصلة في مجال

الوقاية والعلاج، بوضع برنامج يهدف لتكوين أطباء والوصول إلى تغطية صحية جيدة.

1975 تميزت بتبني البرمجة الصحية للدولة "la programmation sanitaire du pays" "PSP"، إنشاء قطاعات الصحية، الفضاءات الصحية الفرعية.

## III.3.1-الفترة من 1980 - 1990

بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن التي وان ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، فإنها من جهة أخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها الغير ملائمة للمحيط الذي بنيت فيه. كذلك تميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

➤ قانون 89-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة

لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي واخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة.

➤ مرسوم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية، وكان لهذا القرار اثار سلبية على المرضى بان حدثت انقطاعات في مسارات علاجهم، وعلى طلبة الطب بان حرموا من التدريب في القطاعات الصحية، والتي تعج بالحالات المرضية المعبرة فعلا على حقيقة الوضعية الصحية للبلاد.

➤ إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، ويحدد مهمتها" إدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه الموظفين المسيرين والممارسين في مؤسسات و هياكل الصحة"<sup>3</sup>

## III.2-السياسة الصحية في الجزائر في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي

يمكن تقسيم الفترة محور الدراسة إلى قسمين الأولى من 1990-2002 والثاني من 2002-2012

<sup>1</sup> Stéphane Tizio, « trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », Mondes en développement, 2005/3 -no 131, p46. <http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-45.htm>

<sup>2</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009 ص 21،

<sup>3</sup> Grangaud, op cit, p51

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

## III.1.2-الفترة من 1990-2002 : غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحول الديمغرافي والوبائية في الجزائر.

لا يمكن لمن يضع السياسة الصحية النجاح في مسعاه دون الإلمام بكل جوانب هذه السياسة، ويأتي على رأس هذه الجوانب المعرفة الدقيقة لمجمل المعطيات الديمغرافية والوبائية الخاصة بالبلد المعني، بالإضافة إلى القيم والمعايير التي تحكم المجتمع بما فيها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض، وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية المميزة للمرحلة التي تم وضع السياسة الصحية خلالها. لذا نجد أن صانع القرار الصحي في الجزائر كان أمام خيارات صعبة، حتمت عليه تحديد الأولويات لمواجهة تحديات صحية كان أهمها تحديات التحول الديمغرافي و التحول الوبائي حيث عرفت الجزائر منذ أكثر من ربع قرن تحولات ديمغرافية و وبائية تركت اثار شديدة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وحتى السياسي.

ففيما يخص التحول الديمغرافي، فإننا نجد أن عدد السكان في الجزائر غداة الاستقلال كان يقارب 8 ملايين نسمة، حيث كانت التجمعات السكانية خلال الحرب التحريرية تتمثل في المحتشدات التي أقامها جيش الاستعمار للسكان أو في أحياء قصديرية في ضواحي المدن، أين تنعدم ادني أسباب الحياة ولا يعرف الأطفال معنى الدراسة، ولا يوجد ما يسد الرمق من الغذاء مما جعل نسبة الوفيات بين الأطفال من أعلى النسب في العالم.

وقد جندت الدولة كل الوسائل من أجل تنفيذ مجموعة من البرامج في إطار خطط التنمية المطبقة آنذاك، وقد أنت تلك البرامج أكلها في الكثير من الجوانب، حيث انتقلت الكثير من المؤشرات الصحية و بدرجات متفاوتة من السلب إلى الإيجاب، فالأمل في الحياة انتقل من 52.6 سنة في عام 1970 إلى 75.7 سنة في 2008 وقد أدى هذا التطور في مؤشر الأمل في الحياة إلى انخفاض كبير في مؤشر نسبة وفيات المواليد إلى عدد السكان.

لا يمكن للدولة مواجهة شيخوخة السكان مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة، وفي نفس الوقت مواجهة الانفجار الكبير لجملة من الامراض التي تتطلب علاجات باهظة الثمن لا يقدر عليها الغالبية العظمى من المواطنين<sup>1</sup>. وهذا التحول لم يحدث فجأة بل ساعد في حصوله جملة من الأسباب الموضوعية والطبيعية أهمها:

- البرامج الصحية التي وضعتها الدولة مباشرة بعد الاستقلال لمواجهة بعض الأوبئة التي كانت منتشرة بشكل واسع بين افراد الشعب السل والملاريا، والتكفل بالفئات الهشة كالألم والطفل.
- وضع برنامج للقضاء على شلل الأطفال سنة 1993 تطبيق لقرار المجلس العالمي للصحة وبناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد.
- تكوين أعداد كبيرة من مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين، كل هذه الجهود كان لها الأثر المباشر في تحسن الكثير من المؤشرات الصحية كانهخفاض نسبة الوفيات بسبب الامراض المتنقلة خاصة لدى الأطفال، بالإضافة إلى تحول واضح في العديد من محددات الصحة كالتعليم.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Rachid bougharbal, la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef –Alger : 2010.p10.

<sup>2</sup> يوسف كراباج، "هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذجا الشرق الأوسط وشمال أفريقيا"، مجلة عمران، العدد 1 الدوحة: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، مارس 2013.ص 6.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

وان كانت هناك جهود مازالت مطلوبة في الكثير من المجالات من اجل تحسين محددات الصحة العامة التي أصبح لها وزن كبير في ميزان المعطيات الخاصة بالسياسات الصحية في أي دولة<sup>1</sup>.

ومن نتائج هذه التحولات ارتفاع عدد المسنن من بين السكان وما يعنيه ذلك من ارتفاع في فاتورة العلاج لدى هذه الفئة الهشة، وكذلك ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض الغير منتقلة كأعراض السكري والضغط الدموي وامراض القلب وأنواع السرطانات المختلفة. التي أصبحت تمثل احد الأسباب المهمة للوفاة بعدما كانت الامراض المعدية هي المسؤولة على ذلك.

كل هذه الأمور ترتب عنها ضرورة التحول في البرامج الصحية والتحول في الأولويات في جميع المجالات انطلاقا من التحول في بنية الهياكل الصحية أي في هندسة بنائها إلى المسارات العلاجية التي تختلف باختلاف الامراض المنتقلة والامراض الغير منتقلة.

لقد أثارت الوضعية المزرية التي عرفتها هياكل الصحة العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين، فعكفوا على دراسة وتشخيص الوضعية قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية يركز أساسا على طرق التمويل لقطاع الصحة العمومية.

تتضح نية الإصلاح بجلاء من خلال تعزيز الهيئة المسؤولة الأولى على الصحة بتسمية جديدة أطلق عليها " وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات. "

قد عقدت جلسات و أصدرت مجموعة من القوانين و المراسيم تصب كلها في اتجاه إصلاح المنظومة الصحية.

**-المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية:**

المنعقد بالجزائر العاصمة في ديسمبر 1990 وقد شكلت في إطاره ست لجان منها لجنة التمويل للمنظومة الوطنية للصحة، حيث قدمت من خلاله بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع إقتراح مجموعة من الحلول و التوصيات.

**-حلقة للخبراء تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية:**

عقدت بمدينة جانت من 17 إلى 20 ديسمبر 1990 ، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية:

وزارة الصحة و السكان، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، وحوادث العمل آنذاك و خبراء أجانب و تمثلت أهدافها في:

- إجراء تقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و

الضمان الاجتماعي.

- اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح

بدءا من شهر جانفي<sup>2</sup>1991.

**- قانون المالية لسنة1992**

بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادى الثانية عام 1412 هـ الموافق ل 18 ديسمبر سنة 1991 م المتضمن قانون المالية المعتمد ، اتجه المشروع الجزائري إلى نظام تمويل آخر يركز على أسلوب الاتفاق، و قد جاء في المادة 175 منه ما يلي " : يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كلياته عن طريق التنظيم."

<sup>1</sup> Rachid bougharbal, op cit, p8.

<sup>2</sup> شاوي صلاح، النظام الوطني للصحة، تقرير من المؤتمرات و الحلقات الدراسية، وزارة الصحة و السكان، 1990ص. 25.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

و بالإضافة إلى ما جاء في هذا القانون، فإن القانون 91- 26 المؤرخ المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 الموافق ل 18 ديسمبر 1991 الجديد حيث جاء في المادة 11 الفقرة الأولى منه ما يلي " تتجسد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين فيما يلي :إعادة ترتيب تمويل وتسيير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة وتحسين الخدمات للعلاج وهو ما يعني كفاءات إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزائري.

### قانون المالية لسنة 1995

ورد في المرسوم رقم 94 - 03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق ل 31 ديسمبر سنة 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 منه في الفقرات 4، 3، 2 كما يلي:  
"يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، حسب الكفاءات التي تحدد عن طريق التنظيم."  
وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم.

وتتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا " المعوزين ".وهنا يلاحظ أن المشروع الإصلاحي هذا قد تجاوز ذكر العلاقة التعاقدية بين الضمان الاجتماعي و قطاع الصحة ليتحدث عن كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة:

### ➤ القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995

يحدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأنية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، و بموجبه أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة "المعوزين".

- استمرار المشرع في إصدار القوانين و المسؤول في الجهاز التنفيذي في إصدار المراسيم والقرارات و اللوائح التي تصب كلها في إطار المنظومة الصحية واعتماد النمط التعاقدية كبديل للتمويل منها.

### ➤ قانون المالية لسنة 1996

بموجب المرسوم التنفيذي 96 - 148 المؤرخ في 27 افريل 1996 إنشاء المعهد الوطني للبيداغوجيا والتكوين الشبه طبي وهي مؤسسة ذات طابع إداري.  
تعديل المادة 65 من القانون 83 - 11 الامرية رقم 96 - 17 جويلية 1996 التي تقول "إن مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية، يتم التكفل بها بناء على الاتفاقيات المبرمة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي ومؤسسات الصحة المعنية " إلى اليوم فان مساهمة صناديق في تمويل المؤسسات الصحية العمومية تتم على أساس جزافي.

### -مرسوم 2 ديسمبر 1997

مرسوم 97 - 457 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 يحدد الإطار القانوني للمراكز الاستشفائية الجامعية التي أصبحت تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان والوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

2.2.III-الفترة ما بين 2002-2010 ومحاولة إعطاء دفع للسياسة الصحية في غياب رؤية استشرافية واضحة

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، وعرفت هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء، تشكيل مهام اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بمتابعة وتقييم وضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية، هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي الولائية
- التعليم الوزارية المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003 المتعلقة بوضع العلاقات التعاقدية بين الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي الولائية.

**IV-النمط التعاقدى كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر**

إن المشروع الجزائري للإصلاح في مجال الصحة باعتماده النهج التعاقدى كبديل لتمويل الصحة العمومية و بالتالي تحسين و رفع مستوى الخدمات المقدمة، قد سبقته إليه فرنسا باعتماده.

**IV.1-أطراف التعاقد في الجزائر :**

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في الفقرة الثانية ما يلي " :يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم" و من نص هذه المادة نجد أن أطراف التعاقد في هذه الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية هي:

**الممول:**

و تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة و ذلك بناء على المعطيات و البيانات التي تقدمها الهيئة الاستشفائية صاحبة الخدمة و هم:

**أ -الدولة**

و تتمثل وظيفتها في هذا التعاقد في تغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا و ذلك حسب ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995. تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي التي حددت لها التعليم الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 و المتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي للولايات -مهمة تعيين الإطارات الضرورية على المستوى المراكز لإنجاز العملية، و بعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا.

تسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية و بالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعنيين و هذا ما سيتم عرضه بالتفصيل من خلال الفصل الخامس في الجانب الميداني.

**ب - الضمان الاجتماعي:**

الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال و عائلاتهم و يعد مصدر تمويله الأساس الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال و ينحصر دوره الأساسي في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن و العدالة بين جميع الأفراد.

يعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية تقدم خدمات اجتماعية ذات طابع إداري تعد اجتماعية كون أنها تلعب دور الوسيط بين العمال و أرباب العمل و بموجب قانون 1997.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

أصبحت مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع شخصية معنوية واستقلال مالي و يمكن حصر مهامه و صلاحياته في:

- تسيير التأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، و ترقية المستخدمين و المؤمنين هم اجتماعيا.
- تغطية النفقات و مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التقاعد.
- المساهمة في الوقاية من حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات المستحقة للمستفيدين من اتفاقيات دولية للضمان الاجتماعي.
- تنظيم و ممارسة المراقبة الطبية، و ممارسة العمل الطبي الاجتماعي.
- اعلام المستفيدين و المستخدمين.

### ج-الضمان الاجتماعي و التأمين على المرض:

التأمين على المرض هو التكفل بمصاريف العلاج الصحي و تعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل و تتمثل هذه المصاريف في:

- العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية، الإقامة بالمستشفى.
- الفحوص البيولوجية، والكهروديوغرافية والنظرية.
- علاج الأسنان والأطقم (تركيبها)
- العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض.
- الجبارة الكفية والوجهية، والأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل الأخرى التي تستلزمها مصالحه.
- الأداءات الخاصة بالتخطيط العائلي وتنظيم النسل.

أما للتعويض للمتكفل به يتمثل في:

- التعويض بنسبة % 80 للفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية.
- التعويض بنسبة % 100 لبعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة

### 2.IV-أهداف النظام التعاقدى :

إن السبب الذي من أجله اعتمد هذا النظام كبديل لتسيير نظام الصحة العمومية، هو الفوضى السائدة في قطاع الصحة حيث ارتفاع الإنفاق، عدم التحكم في التكاليف، و تردي الخدمة مما يؤدي إلى تراجع في وثيرة التنمية الاجتماعية و لهذا فالنظام التعاقدى يتمحور حول الأهداف التالية<sup>1</sup> :

#### ➤ التحكم في النفقات:

من خلال السياسة الإصلاحية للصحة العمومية (اصلاح المستشفيات) تعيين على المستشفى تحقيق أفضل الأهداف بأقل الوسائل الممكنة إذ أن النمط التعاقدى سيمنح للمستشفى نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف، بما يفرض على مسيري المستشفيات ترشيد الاتفاق و حسن تشخيص التكاليف

#### ➤ تحسين نوعية العلاج :

و يتأتى ذلك من كون النظام التعاقدى سيفرض على المؤسسات تقديم أفضل الخدمات العلاجية، لأن المستهلك سيصبح شريكا فعليا كونه يمثل الزبون. ولإرضائه يجب تقديم نوعية علاج جيدة و هو ما سيؤدي بدوره إلى تحسين المؤشرات الصحية.

#### ➤ التسيير العقلاني للموارد البشرية:

<sup>1</sup> حنان مراد، أهمية اصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الاجتماعية، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2007، غير منشورة، ص 109-112.



## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

لابد للنظام التعاقدى لضمان نجاحه من توفر الإطار الكفاء الذي يتمكن من التأقلم مع هذا التغير والاستجابة لمقتضياته، لذا فالتكوين الجيد و إعادة التكوين ضروريا لإيجاد العنصر البشري القادر على مواكبة التغيرات الجديدة. خاصة و أن النمط الجديد من الإصلاحات يقرض حسن التسيير و التوزيع للكفاءات و الطاقات البشرية ليضمن استغلالها التام ، مما يعد عاملا مهما في محاربة التبذير في مصلحتة و سوء التسيير والعكس فيما يخص مصلحة أخرى.

### 3.4- مسار النهج التعاقدى في الجزائر .

يبدأ سريان ملف المريض انطلاقا من مصلحة الاستقبال لدى المؤسسة الصحية التي تتلقى بيان أو شهادة قبول هيئة الضمان الاجتماعي للتكفل بالمريض أو بطاقة المعوز.

#### مصلحة الاستقبال

بعد فحص المريض، يقوم الطبيب المشرف على مصلحة الاستقبال بفتح ملف المريض الذي يبدأ سريانه بمجرد دخوله المستشفى إذ يقوم الطبيب الرئيسي بتأشير طلب الاستشفاء الذي يحتوي على المعلومات التالية.

➤ بالنسبة للممارس المشرف على المريض : يجب أن يلتزم بما يلي :

-الإشارة إلى اسم المصلحة التي يخضع فيها المريض للعلاج، مثال :مصلحة

الجراحة.

- تبيان اختصاص المصلحة

-وضع أسماء، ألقاب و درجات الممارسين الطبيين) البروفسور، أستاذ، مساعد،

مقيم.)

➤ فيما يتعلق بالمريض :

-كتابة اسم المريض بخط مقروء بالحروف الأبجدية.

-في حالة المرأة المتزوجة، يكتب اسمها ولقبها بالإضافة إلى اللقب الزوجي.

-كتابة لقب المريض.

-الإشارة إلى جنس المريض ( ذكر أو أنثى)

-الإشارة إلى السن الكامل للمريض مثلا إذا كان المريض يبلغ من العمر 50 سنة و

11شهر، تكتب 50 سنة فقط

-الإشارة إلى سبب الاستشفاء

-كتابة اسم ورقم القاعة التي يتواجد بها المريض

-الإشارة إلى رقم السرير المخصص للمريض، و السهر على عدم تغيير المريض

للسرير طيلة إقامته.

-الإشارة إلى التاريخ الدقيق لاستشفاء المريض :اليوم، الشهر، السنة.

-الإشارة إلى ساعة استشفاء المريض

➤ في حالة توجيه المريض :فيما إذا حول المريض إلى غير المصلحة الأصلية التي عولج فيها

يراعي مايلي:

-كتابة ألقاب، أسماء و درجة الطبيب الذي أشرف على عملية تحويل المريض إلى

المصلحة المعنية.

-وضع اسم المؤسسة الصحية التي وجهت المريض مركز استشفائي جامعي، مركز

استشفائي مختص، قطاع صحي، عيادة خاصة.

- تبيان اختصاص الوحدة، أو المصلحة التي ينشط فيها الطبيب المعني بعملية التحويل.

- كتابة اسم الولاية و رمزها الجغرافي.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

### ➤ فيما يتعلق بحارس المريض :

يتجلى هذا خاصة إن كان المريض قاصر أو مصاب بأحد عوارض في الأهلية و يجب مراعاة:

- الكتابة الواضحة للقب بالحروف الأبجدية، و كذا اسمه؛
- الإشارة إلى صلة القرابة التي تربط بالمريض؛
- كتابة العنوان الدقيق لحارس المريض؛
- طلب رقم الهاتف في حالة توفره؛
- طلب بطاقة الهوية؛
- تسجيل رقم، تاريخ و مكان تحرير بطاقة الهوية؛

إذن و بعد ملء طلب الاستشفاء الذي نقدم به المريض، سيتحول فيما بعد إلى مكتب القبول الذي يعمل هذا النمط التعاقدى إلى إعادة الاعتبار إلى دوره الهام.

### مكتب القبول :

تتمثل المهام المنوطة بمكتب القبول فيما يلي:

- استقبال طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض
  - طلب التكفل: الذي يبقى في حوزة مكتب القبول لاستعمالات لاحقة.
  - الإشارة إلى اسم المؤسسة الاستشفائية المطالبة بضمان التكفل.
- و من المهم جدا إعطاء أرقام تسلسلية للطلبات الاستشفائية هذا الترتيب يسمح بتسهيل المراسلات مع هيئات الضمان الاجتماعي.

### مصلحة التوجيه :

يقوم المراقب الطبي الرئيسي:

-استقبال المريض

- استلام بطاقة القاعة ورقة المتابعة.

-ملء الصفحة الأولى من ورقة المتابعة، التي تشمل و تحض الشخص المعالج و كذا حركة تنقله داخل المستشفى.

- فتح ملف المريض المعالج و يقوم بإدراج و تسيير ورقة المتابعة و بطاقة القاعة التي تبقى بصفة نهائية بداخل المصلحة.

- توجيه المريض إلى القاعة و السرير المخصص له.

- الإشراف على ورقة المتابعة، بكل ما تحتويه من معلومات تخص المريض انطلاقا من

مختلف الجداول التي تضمها.

### مصلحة التمويل :

في حالة تحويل المريض إلى عدة مصالح أخرى داخل المستشفى، بغية الحصول على علاج خاص، ورقة المتابعة يجب أن تتبع إجباريا المريض و تسجيل كل التدخلات الطبية و الإسعافات التي تلقاها المريض داخل المصلحة المستقبلية.

### خروج المريض :

و يتم عبر طريقتين:

-إذا تمت عملية استشفاء المريض داخل مصلحة الاستقبال، تؤشر ورقة المتابعة في هذه الحالة من طرف رئيس المصلحة.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

-إذا تمت عملية العلاج في مصلحة أخرى غير المصلحة التي تلقى فيها العلاج الأولى، توشر ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة الأخيرة، أي التي حول إليها المريض، وذلك بعد استشارة رئيس مصلحة الاستقبال.

### مكتب القبول :

تحول ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة حسب الحالتين المذكورتين سابقا إلى المصلحة الاقتصادية بالمستشفى بغية إنجاز فاتورة العلاج و بخصوص هذه العملية فهناك إجراءات يجب إتباعها:

بعد ملء ورقة المتابعة من قبل كل الممارسين المتدخلين أي تسجيل كل التدخلات الطبية، شبه الطبية، وكذا الأدوية التي تناولها المريض و هنا يجب الإشارة إلى نقطة هامة بخصوص الأدوية، يتم حساب الكميات المستهلكة من قبل المريض و ليس ثمن كل الأدوية.

إذن فدور المستشفى اتسع عن الدور السابق له، إذ يقوم هذا الأخير بتوفير كل الأدوية اللازمة للمريض في عين المكان، و يضاف إلى ما يبقى حساب مصاريف الأشعة أي التحاليل المخبرية إن وجدت.

بعد الانتهاء من ملء صفحات ورقة المتابعة) الأعمال الطبية شبه طبية و الأشعة، الأدوية (ترسل هذه الأخيرة إلى المصلحة الإدارية بالمستشفى التي تقوم بتلخيصها و إعادة تسجيلها في الفاتورة التي ترسلها إلى الضمان الاجتماعي، بعد أن تكون قد أعدت السندات (Les rapports) التي تشمل مصاريف الإقامة، الأكل، الكهرباء، نصيب المريض من المنظفات المستعملة، و بخصوص العنصرين الأخيرين، فالمصلحة تحصل على حصة المريض تقسيمة المبلغ الإجمالي للمستهلك على عدد المرضى، و جمع مبلغ التكاليف للنفقات مع المصاريف الطبية و الشبه طبية و الأدوية. من خلال هذه العملية يتم التوصل إلى المبلغ النهائي الذي يتحمله المريض، من خلال الفاتورة التي تصدر في أجل أقصاه 30 يوم، و يقوم المستشفى بإرسالها إلى هيئة الضمان الاجتماعي لتحصيها.

### V-السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي :

من أجل الوصول إلى نموذج الأمتل الذي يجب على الجزائر اعتماده لتحسين فعالية القطاع العمومي في ظل وضعيتها الراهنة، و يمكن تصنيف السياسات المتاحة على النحو التالي:

-سياسات جزئية تدريجية لإصلاح النظام الصحي.

-سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي

#### V.1- سياسات جزئية لإصلاح النظام الصحي .

هناك مجموعة من الاجراءات التي تتخذها الجزائر من اجل اصلاح النظام الصحي وهي:

##### V.1.1- رفع كفاءة الأداء واحتواء التكاليف

-العمل وفقا لمفاهيم اقتصاديات الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي و تطبيق برامج النوعية بالمرافق الصحية، و التوزيع الأمتل للموارد، و إجراءات دراسة الجدوى الاقتصادية للمشاريع الصحية و البحث عن مصادر بديلة للإنفاق على القطاع.

-تحسين تقديم الخدمات و ظروف الاستقبال في مراكز الرعاية الأولية لتحقيق حجم العبء على المراكز الاستشفائية.

-تطوير أساليب توفير و تخزين و توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية وفقا للمعايير الاقتصادية والاستفادة من تقنيات الحاسب الآلي والتحكم في أساليب التسيير الحديثة.

-تعميم حسابات التكاليف من خلال عملية الفوترة لنشمل جميع الخدمات المقدمة من طرف المراكز الاستشفائية وغير الاستشفائية.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

-ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمستفيد من طرف الخدمة بالمشاركة في جزء من تكلفة العلاج، بإتباع الأساليب اللازمة للحد من الهدر في استخدام الوسائل التشخيصية والعلاجية المكلفة أو استعمال الدواء بكميات أكبر من الحاجة.

### 1.2.7-التنسيق والتعاون بين القطاع العام والخاص لتفعيل الأداء :

من خلال:

-التكامل بين ما يقدمه القطاع العام من خدمات صحية مع خدمات القطاع الخاص لبلوغ أهداف الرعاية الصحية والذي يسهم في تخفيف العبء على القطاع العمومي.  
-تشجيع القطاع الخاص لتقديم الخدمات الصحية لمواكبة زيادة الطلب على الخدمات الصحية.  
-زيادة استثمار القطاع الخاص في مجال إنشاء المرافق) لتوفير أكبر نسبة من الخدمات الصحية ( للإسهام في رفع عدد المنشآت الصحية المقدمة للخدمات).  
-تشجيع القطاع الخاص على تضييع الأدوية والكيميائيات والتجهيزات الطبية رفقا للمعايير العالمية للجودة والنوعية، وتقديم الدعم من الدولة لهذه المبادرات لتخفيض تكاليف الأدوية المستوردة.

-حث القطاع الخاص على فتح عيادات في التخصصات النادرة التي تتطلب تقنيات طبية باهضة (دقيقة) الثمن من أجل الحد من إرسال المرضى للعلاج بالخارج لما يترتب عن تكاليف باهضة.

### 1.3.7- تفعيل الوصول إلى الأدوية الأساسية :

-توجيه السياسة المحلية نحو رفع إنتاج الأدوية والمواد الصيدلانية محليا للوصول إلى غلاف أدنى من الاحتياجات الوطنية.

-مراجعة النصوص المرتبطة بستراد الأدوية، من أجل تشجيع الشركات التجارية والمستثمرين الخواص في الاستثمار في مجال صناعة الأدوية.

-مراجعة سنوية لمدونة الأدوية الوطنية تماشيا مع أنواع الأدوية المصنعة محليا.

### 1.4.7- خلق مصادر تمويل جديدة :

-المؤسسات والجماعات المحلية :

#### ● مساهمة المؤسسات:

وذلك من خلال فرض ضريبة تنتزع لصالح قطاع الصحة، ويمكن أن تختلف هذه الأخيرة من مؤسسة إلى أخرى حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي تساهم في تدهور الحالة الصحية.

كذلك مساهمة المؤسسات في إطار حماية صحية عاملها: إذ أن نشاط طب العمل يعد إجباري على المؤسسة وهذا طبقا للقانون رقم 88-07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 والخاص بالوقاية والحماية وهذا الأخير يعد من مهام القطاعات الصحية، وعليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية على أن يكون تطبيقه إجباريا بالنسبة لكل من المؤسسات العامة والخاصة.

#### ● مساهمة التأمينات الاقتصادية:

إن التأمينات الاقتصادية يجب أن تقدم مشاركتها في التمويل الصحي حسب قوانين وإجراءات معينة تم تحديدها لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن مؤمنيتها، واستغلال ما جاء في القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور والذي لم يطبق لحد الآن والخاص بالأشخاص الذين يتعرضون لحوادث المرور بحيث يجب أن تتحمل شركات التأمين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحادثة مصاريف العلاج الخاصة بهم.

#### ● مساهمة الجماعات المحلية:

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

هذه الأخيرة يجب مساهمتها فعالية ومتنوعة لكونها مسؤولة عن الوقاية العمومية، وبالتالي التخفيض من الأمراض الناتجة عن البيئة والمحيط، وهذه المشاركة تجعل الجماعات المحلية تهتم أكثر بالمؤسسات الصحية الواقعة في إقليمها وتحسين تسييرها، ومنه ضرورة توسيع مسؤوليته الجماعات المحلية في ميدان الصحة، مع ضرورة التكفل بدفع أقساط أفراد المعوزين عن طريق دفع اشتراكا للضمان الاجتماعي دوريا.

### مصادر تمويل أخرى: مثلا

- فتح مجال في الميزانية خاص بقطاع الصحة العام لمساهمة المتبرعين.
- لا بد أن تعكس المبلغ المدفوع مقابل العلاج الخدمة السعر الحقيقية للعلاج.
- إعفاء الموارد الخاصة بالمستشفيات من الضرائب ( لجزء من التحفيز لرفع المستوى المقدم من الخدمات)
- الدفع المباشر لغير المقيمين.
- الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة عن النشاطات والمقابلات والحفلات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

## 7.2- سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي :

### 7.1.2- نظام الضمان الاجتماعي الإجباري :

إن نظام الضمان الاجتماعي الإجباري يظهر في العديد من الدول الأوروبية ويختلف التأمين على المرض من بلد إلى آخر، ويعد الضمان الاجتماعي أحد الأساليب لتمويل الخدمات الصحية سواء كان يمثل الآلية الرئيسية أو الآلية المكملة، وعليه فإن نظام التمويل الصحي يوفر نوعا من التضامن الاجتماعي بين المواطنين، بحيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخل المنخفضة من دعم أصحاب الدخل المرتفعة.

### 7.2.2- تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرض:

إن الأزمة التي يعيشها الضمان الاجتماعي والعجز المستمر أدى إلى انخفاض مشاركته في النفقات الوطنية للصحة، لذا فإن تفعيل دور الضمان الاجتماعي يحتاج إلى عملية من الإصلاحات نجعلها في:

- يجب أن تكون مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية على أساس علاقات تعاقدية.
- إعادة هيكلة مؤسسات الضمان الاجتماعي بهدف زيادة مردودية و مسخه استقلالية في التسيير عن إدارة الدولة.
- فتح المجال للمؤسسات الخاصة للاستثمار في ميدان التأمين على المرض و من ثم خلق منافسة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي بما يحسن فعالية أدائها.
- رفع مساهمة الضمان الاجتماعي في النفقات الإجمالية للصحة.
- تحسين تنظيم هياكل الضمان الاجتماعي و سيرها و خدماتها و أن تتوسع التغطية لتشمل القطاعات المصرح بها

### 7.3.2- موارد الضمان الاجتماعي :

- العمال و أصحاب المهن الحرة و الحرفيين حيث يدفعون اشتراكهم من الاقطاعات المأخوذة من الأجر و الأرباح المحققة من نشاطاتهم.
- تدفع اشتراكات الأفراد المعوزين من قبل الجماعات المحلية مساهمة منها صحة سكانها.
- مساهمة أرباب العمل في التأمين لصالح مستخدميهم ( تأمين إجباري) .

### 7.4.2- تنظيم عمل الضمان الاجتماعي

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

### تعزيز الصيغة التعاقدية بين هيئات الضمان الاجتماعي و المؤسسات العمومية للصحة:

تنص قوانين المالية الصادرة منذ سنة 1993 على أن مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسة العمومية للصحة يجب أن تطبق على أساس علاقات تعاقدية، كما توضح من جهة أخرى تكفل ميزانية الدولة بنفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و تهدف هذه العملية إلى :

- تحسين خدمات العلاج المقدمة للمرضى في المؤسسات العمومية للصحة.
- تقييم النشاطات و الكلفة الاستشفائية.
- التوجه تدريجيا نحو علاقات تعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و الممولين.<sup>1</sup>

### ➤ أدوار و صلاحيات المتدخلين في العملية :

- مسيري المؤسسات العمومية للصحة:
- يجب أن يحظى هذا الجهاز بتوضيحات و تفسيرات واسعة في محتواه و أهدافه قصد إنجاحه و يجب أن يستهدف مجموع الأطراف المعنية لاسيما
- الأجهزة الاستشارية : المجلس العلمي، المجلس الطبي .
- رؤساء المصالح الطبية و الممارسون الطبيون.
- المراقبون الطبيون.

### -مكتب القبول : (مكتب الدخول)

إن الأهمية الكبرى التي يكتسبها مكتب القبول في تسيير و متابعة الملف الطبي الإداري للمرضى تم تكريسها في الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية كما حددتها التعليم رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2002 للسيد وزير الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات المتعلقة بتنظيم و سيره، و يجب اشترك ممثلي وكالات الضمان الاجتماعي و مديرية النشاط الاجتماعي للولاية في نشاطات مكتب القبول.

### -منظومة الإعلام:

ينبغي أن لا تستعمل في إطار هذه العملية إلا الوثائق التي تم إعدادها و تبنيها. و يجب أن تتوفر هذه الوثائق بشكل دائم و أن تملأ بدقة لتسهيل استعمالها خاصة عند تحضير عناصر الفتورة.

### -مركز الضمان الاجتماعي:

لا بد أن ينصب مركز للضمان الاجتماعي على مستوى كل مؤسسة صحية معينة، و يجب على المسيرين منح المقررات الضرورية و توفير كل التسهيلات لإدخال و سير النشاطات الإدارية و المراقبة الطبية لهذا المركز.

### -مدراء النشاط الاجتماعي للولايات:

يكلف مدراء وكالات الضمان الاجتماعي بتعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز التي تم اختيارها (مكتب القبول و الدخول، المكاتب البلدية للنشاط الاجتماعي) و بعد تحديد المعوزين غير المؤمنين لهم اجتماعيا تسليم لهم بطاقة المعوز و التي تمكن من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري، حيث تدفع أقساط اشتراكاتهم الجماعات المحلية .

### V.5.2- التنسيق بين أطراف التعاقد : و هذا عن طريق :

- التنسيق بين الأنظمة الاجتماعية للهيئات المسؤولة عن التأمين:
- لغير الأجراء CASNOS ، بالنسبة للأجراء CNAS

<sup>1</sup> Mise en œuvre de la contractualisation, Ministère de la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

- تفعيل دور ممثلي وزارة الداخلية و الجماعات المحلية لتسهيل عملية تحديد المعوزين و المجردين من التأمين غير المعوزين.
- دعم العلاقة بين منشآت الصحة على مستوى الولاية ووكالات الضمان الاجتماعي "CNAS" المنتسبة لها من أجل تسريع عملية التأكد من ملفات المؤمنین فيها .
- مراقبة النشاطات و تقييم مصاريف المنشآت الصحية بتعميم استخدام الإعلام الآلي في مختلف مراحل البرنامج و تكوين أفراد مؤهلين و مكلفين في هذا المجال.
- الاطلاع و التقييم لاتفاقيات ممضية من طرف وكالات التأمين الاجتماعي « CNAS » مع بعض العيادات الخاصة بغية إلحاق هذه الخدمات الاستشفائية بالقطاع العام لضمان تقييم مماثل للتكاليف، و ذلك للحالات التي تتطلب العلاج من نفس الطبيعة.
- ادماج خدمات متفق عليها من قبل وكالات التأمين الاجتماعي "CNAS" في إطار تقليل التنقل من أجل العلاج في الخارج.
- دعم العلاقات لتسهيل عملية الوصول للملف الوطني للتعرف على المؤمنین اجتماعيا
- **كيفية مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية قطاع الصحة :**
- وفقا للمرسوم الذي تبناه مجلس الحكومة في جلسته ليوم 24 نوفمبر 2003 ، من أجل المادة 116 من قانون المالية لسنة 2003 التي تلخص " مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية في المنشآت الاستشفائية المتخصصة (المراكز الاستشفائية المتخصصة و المراكز، الجامعية) التي قد خصصت للتغطية المالية للعبء الطبي للمؤمنین الاجتماعيين و حقوقهم، و يستخدم هذا التمويل على أساس معلومات مرتبطة بالمؤمنین الاجتماعيين المأخوذین على عاتق المنشآت العامة للصحة و في إطار الروابط التعاقدية التي تربط الحماية الاجتماعية ووزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات " ويرتبط هذا بالأسس التالية:
- منظمات الحماية الاجتماعية تنشأ من دفع المساهمات المالية السنوية إلى ميزانيات المؤسسات العامة للصحة كل ثلاثي على أساس المعلومات المحددة للمؤمنین الاجتماعيين و حقوقهم.
- تدخل المراقب المالي لمنظمات الحماية الاجتماعية على مستوى الهياكل الاستشفائية على أساس المراجع و الملفات المرضية المحددة.
- ضرورة وضع مصلحة في المستشفيات و العيادات (المناسبة لمنظمات الحماية الاجتماعية المخصصة لتسهيل معرفة حق التكفل بدون أن تلحق هذه العملية ضررا يمنع أو يؤخر الاهتمام الطبي العادي بالمريض مهما كانت الفئة التي ينتمي إليها.
- **إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمة:**
- إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد هي من سياسات إصلاح المستشفيات و النظام الصحي الشاملة و تعتبر مصدر تمويل للخدمات الصحية و قد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض الدول، و تكون هذه الرسوم مقابل الاستفادة المباشرة من الخدمات الصحية؛ يجب تكون رمزية في البداية هدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة للقطاع و هذا من شأنه أن يكون أولا كمحفز لترشيد الاستخدام و ثانيا كمصدر للتمويل<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 39

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

انطلاقاً من مبدأ الدولة الأساسي القائم على أن الدولة هي المعنية الأولى بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، فإنها تراعي حق المواطن في الحصول على العلاج بصرف النظر عن دخله أو قدر سده على الدفع .

و بذلك فإن أي نظام صحي مقترح يجب أن يحافظ على قدرة المواطن و حقه في الاستفادة من الخدمة الصحية الجيدة بسهولة و يسر مع الحرص على ترشيد استخدامها و حسن إدارة مواردها.

لذلك فإن موضوع الرسوم و لو الرمزية على بعض الخدمات في المرافق الصحية المختلفة تحتاج إلى دراسة متأنية (تشبيهه بالدراسات التي تم إجراؤها فيما يخص التأمين الإجباري على المرض )و تكون هذه الرسوم على عدة أشكال منها:

- رسوم للبطاقات الصحية

- رسوم صحية

- رسوم مستشفيات

- رسوم شهادات

- رسوم التراخيص

و يتم إعفاء المواطنين المعوزين و المصابين بأمراض مزمنة الحاملين لبطاقات تثبيت وضعيتهم من هذه الرسوم و لا يوجد شك في أن تطبيق هذه الإجراءات يتطلب جهاز إداري و مالي ذو كفاءة عالية بالإضافة إلى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين و أمناء الصناديق و كذلك الأجهزة و المعدات الخاصة

### VI. الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية .

إن المشاكل الصحية الجديدة المرتكزة حول أمراض ثقيلة وعصرية، إلى جانب المنافسة مع القطاع الخاص، تحتم على مؤسساتنا الصحية التزود بتكنولوجيات معقدة ومختصين، وإلى تحول عميق لطرق تسييرها، وذلك بأن يترك التسيير البيروقراطي المبني على تسيير موازنة تقليدي المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية تسييرها، ويعمل على خفض تكاليفها، وتصحيح مواطن خللها، وتوقيف تدهور نوعية العلاج، وذلك بأن تقدم خدمات صحية كميًا أكثر من جراء الضغط الديمغرافي ونوعياً أحسن وأكثر تعقيداً بأحسن تكلفة، مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة مع أخذ بعين الاعتبار الوضع الاقتصادي الاجتماعي للجزائر.

إن البحث عن المردودية، يتطلب تجديد تام لأدوات التسيير وقنوات الاتصال وتدرج الهياكل الصحية لقطاع الصحة.

تتمثل هذه الأدوات فيما يلي :

- من أجل توقيف تدهور نوعية العلاج، والتحكم أكثر في تكاليف التشغيل لا بد أن يترك التسيير البيروقراطي لمؤسساتنا الصحية الذي تناولناه سابقاً، المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية المؤسسات الصحية، وذلك بالعمل على ترقية الطرق الحديثة للتسيير، المبنية على التسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية للنتائج.

- من أجل تحقيق ذلك يجب تحسين عمل الهياكل الصحية، وتنظيم فعال لمختلف المصالح الصحية التي تتكون منها مؤسساتنا الصحية، مع تحديد واضح لدور كل من مسيري هذه المؤسسات، الأطباء، المرضى والعمال الآخرين. مع إحساس جميع المستخدمين خاصة الأطباء، الممرضون للمشاكل الخاصة بتسيير النشاطات الصحية وفهم التسيير العصري للمؤسسات



## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

الصحية مع العمل المشترك لجميع هذه الأصناف على إخراج مؤسساتهم من الأزمة التي تعاني منها<sup>1</sup>.

**-تحفيز وتحريك الموارد البشرية:**

تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم كما رأينا ذلك سابقا. وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم، حتى يمكن مكافأة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسهل على تنفيذها وتقييمها، تكون حركية لأن مستقبل هذه المؤسسات مرتبط بها.

كما يجب على مسؤولي هذه المؤسسات استخدام التقنيات الحديثة فيما يخص تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية أي أن التوظيف يكون مبررا، واستخدام أدوات الاختيار مناسبة لكل صنف من المستخدمين: الاستبيان، المقابلة، الاختبارات من أجل اختيار أحسن المترشحين لشغل أحسن وظيفة. وبالتالي تبتعد عن أسلوب المحاباة والمحسوبية في الاختيار حتى لا توظف أشخاص ليسوا في المستوى وبالتالي تكون نتائج هذا التوظيف وخيمة.

كما يجب عليها أن تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات، وأن تشجع المبادرات وأن تعمل ادارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهتم بتسيير مستقبل مؤسساتها.

العمل على تحسين ظروف العمل، وتوفير المواد المستهلكة، الأدوية الأساسية بصفة دائمة حيث في الكثير من الحالات ينتظر المرضى بسببها الشيء الذي يسمح بالتكفل التام بالمسائل الصحية للمواطنين.

من أجل تحسين إيرادات هذه المؤسسات لابد من إعطاء لهذه المؤسسات الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها كما هو الحال في القطاع الخاص. كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى.

**خلاصة الفصل**

تحظى سياسات إصلاح النظام الصحي اهتماما كبيرا لدى القائمين على إدارة المنظمات الصحية لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها، كما تحتاج هذه المنظمات إلى

<sup>1</sup> بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، سكيكدة، 2007 ص 7-8 على الموقع <http://www.startimes.com/?=4303243>.

## اصلاح النظام الصحي في الجزائر

مؤشرات معينة لقياس وتقويم مستوى الأداء المتحقق بهدف معرفة مستوى التقدم الحاصل في أعمالها ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون واضحة ودقيقة .

سعت الجزائر لتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال انتهاج سياسات إصلاح كثيرة، غير أن الخلل في السياسة الصحية بالجزائر يكمن في التسيير، حيث أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب التكوين وتأهيل الموارد البشرية، مما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.

# الفصل الثاني

## تمهيد

يعد النمو السكاني من أبرز الظواهر الديمغرافية المميزة في العصر الحديث حيث يمثل تحديا هاما للبشرية خاصة، سواء كان هذا على مستوى الدول المتقدمة أو الدول السائرة في طريق النمو هذه

الأخيرة التي يتزايد سكانها بمعدل كبير يفوق معدل التزايد في حاجاتهم الاقتصادية و يرتبط نمو السكان بصفة عامة بالزيادة الطبيعية والتي تمثل الفرق بين معدل المواليد ومعدل الوفيات. وقد عرف النمو السكاني تزايدا بطيئا للغاية وكان ذلك حتى أوائل القرن العشرين، ويرجع هذا الانخفاض بطبيعة الحال إلى الارتفاع الكبير في مستوى معدل الوفيات مما أدى إلى نقص في الزيادة الطبيعية التي عرفت تراجعا كبيرا كما يمكن إرجاع هذا الارتفاع الكبير في مستوى الوفيات إلى مجموعة من العوامل البيئية التي كانت ضابطة أساسيا للنمو السكاني ومتحكما رئيسيا في حركتها بدرجة كبيرة وأبرز هذه العوامل نجد المجاعات، الحروب والأمراض الوبائية. كانت في تلك الفترة فنون الإنسان وقدراته الفكرية والعضوية عاجزة عن مقومتها، غير أنه في سبيل تحقيق مزيد من الرفاهية لنفسه، وتحقيق أقصى عائد من استخدام موارد البيئة، أسرف في استخدام التقنيات الحديثة، دون أن يراعي البعد السلبي لها على البيئة ومواردها منحوه، مما أدى لتلويث الهواء والمياه والغذاء والتربة. وقد ساعد ذلك على انتشار الأمراض، التي لم تكن من قبل، سواء بالنسبة للإنسان أو الحيوان أو النبات. ومن المؤكد أنه كلما زادت أعداد السكان وأشكاله في العالم، ازدادت مخلفاتهم ونفاياتهم، وبالتالي ازدادت معدلات التلوث وصوره وازدادت مشاكله الصحية كالأمراض الوبائية وغيرها. وعليه سنتطرق في هذا الفصل إلى دراسة انعكاسات سياسات اصلاح النظام الصحي على التنمية البشرية في الجزائر

### I- الانتقال الديمغرافي في الجزائر :

تعددت أفكار الديموغرافيين في تفسير المسار التاريخي للانتقال الديمغرافي بمركباته والمتمثلة في الخصوبة والوفيات والتي تأثرت بالتحويلات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، هذه التطورات ساهمت في تراجع بعض الأمراض وغيرت الوضعية الوبائية للسكان نتيجة تراجع الأمراض

المعدية، أمل الحياة عند الولادة وكثافة الوفيات في الأعمار المتقدمة. ومن هذه الزاوية حاول الباحثين في المجال الديموغرافي والوبائي تفسير التغير السكاني في مقاربة وبائية، أين لاحظوا أن الانتقال الوبائي يرافق الانتقال الديموغرافي مرحلة بمرحلة فأثناء تراجع الوفيات والخصوبة هناك تغير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات والكل في إطار مسار تنمية المجتمع.

#### \*نظرية الانتقال الديمغرافي :

لقد مكنت التقنيات الديموغرافية الحديثة من تقدير سكان العالم عبر مختلف الحقب الزمنية، ومتابعة النمو الديموغرافي السريع من بداية القرن العشرين خاصة بعد الوثبة السكانية من 1 إلى 2 مليار ما بين 1810 و1925<sup>27</sup>، هذه القفزة كانت نتيجة التغير في المعدلات الحيوية للسكان حيث عرفت معدلات الخصوبة والوفيات تحولات هامة، حيث تراجعت إلى مستويات متدنية جدا بعد أن كانت أرقامها عالية وارتبط هذا الانخفاض بشكل كبير بالثورة الصناعية واتباعها من تحسن في الميدان الصحي وارتفاع المستوى المعيشي وغياب المجاعات نتيجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. وهكذا استطاع الديموغرافيون استنتاج أربعة مراحل كبرى للتحويل أو الانتقال الديموغرافي وهي:

**المرحلة الأولى:** وهي التي عرفها المجتمع ما قبل الصناعي بمعدلات وفيات ومواليد مرتفعة وغير متحكم فيها وتوازنها هذا أدى إلى نمو ضعيف، فالمواليد كانت مرتفعة وكانت الوفيات مرتفعة للحضور المكثف للأمراض المعدية منها الطاعون والحمى القرمزية، المجاعات والحروب، قلة المياه الصالحة للاستهلاك وانعدام النظافة اللذين ساهما في ظهور الكوليرا، والإسهال، في صيغة أوبئة التي رفعت من معدلات الوفيات خلال حقب زمنية وهو الذي ترجم بالتذبذب.

**المرحلة الثانية:** عرفت هذه المرحلة تراجع في معدلات الوفيات مع بقاء المواليد مرتفعة مما أدى إلى ارتفاع معدل النمو الطبيعي، وقد أدى تراجع الوفيات إلى التحسن في إمدادات التغذية خلال القرن 18، وتحسينات كبيرة في مجال الصحة العمومية كاستعمال التلقيحات التي ساهمت في خفض وفيات الأطفال، التحسينات في إمدادات المياه، الصرف الصحي وتنامي المعرفة العلمية بأسباب المرض وترقية الوضع الاجتماعي للأمم.

**المرحلة الثالثة:** اختصت هذه المرحلة باتجاه السكان نحو حالة التوازن وذلك بتراجع المواليد مع استمرارية انخفاض الوفيات مع ظهور الفارق بين المعدلين. ومرد انخفاض المواليد هو، ارتفاع استعمال الآلات الزراعية والصناعية الذي قلل من الحاجة إلى اليد العاملة في الريف، زيادة التحضر غير من القيم التقليدية المفروضة على الخصوبة وقيمة الأطفال في المجتمع الريفي، المعيشة الحضرية رفعت من تكلفة إعاله أبناء العائلة النووية، مع تحسن ظروف المرأة.

**المرحلة الرابعة:** وهي المرحلة الأخيرة والتي تعرف توازن معدلات الوفيات والولادات في مستويات ضعيفة، مع استقرار معدل نمو السكان، وهو وضع العديد من الدول حاليا.

#### \*مراحل الانتقال الديموغرافي في الجزائر

<sup>27</sup> منير عبد الله كرادشة، علم السكان، الديموغرافيا الاجتماعية، الأردن: عالم الكتاب الحديث، 2009، ص179.

مر النمو السكاني في الجزائر أثناء الاحتلال الفرنسي بثلاث مراحل و كان ذلك ابتداءً من مطلع الاحتلال الفرنسي في سنة 1830م إلى غاية سنة 1966م وقد استغرق الانتقال الديموغرافي في الجزائر حوالي 136 سنة وقد تباينت مراحل هذا الانتقال تبايناً كبيراً في جميع الجوانب ويمكن طرح هذه المراحل في ما يلي:<sup>1</sup>

### المرحلة الأولى: مرحلة التذبذب السكاني

تبدأ هذه المرحلة منذ بداية الاحتلال الفرنسي مستغرقة بذلك حوالي 56 سنة أي من 1830م إلى غاية 1886م وتعتبر هذه المرحلة من أخطر المراحل التي مر بها النمو الديموغرافي في الجزائر، بحيث ظل نمو السكان يسير نحو الانخفاض بصورة مذهلة ومستمرة. ففي سنة 1830م قدرت السلطات الفرنسية سكان الجزائر حسب إحصائية قامت بها بنحو 3 مليون نسمة في حين دلت النتائج الخاصة بإحصاء سنة 1972م بأن عدد سكان الجزائر قد انخفض عن إحصائيات 1830م بنسبة 3/1 وكان هذا خلال أربعين سنة وقد يرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل والتي نذكر منها الاحتلال الفرنسي للجزائر الذي خلق وضعية خطيرة أدت إلى الحروب الاستعمارية وقيام ثورات مستمرة ظل الجزائريين يشعلونها ضد الاستعمار الفرنسي بين كل فترة وأخرى وكانت السلطات الفرنسية تجد بذلك ذريعة من أجل القيام بعمليات الإبادة الجماعية لقرى بأكملها وتأميم ممتلكات المواطنين للقضاء على تلك الثورات المتجددة، ومن نتائج هذه الثورات والحروب الاستعمارية التقليل والإبادة للسكان ومن ثم نقص كبير في عدد السكان نتج عنه تفهقر سكاني كبير.

### المرحلة الثانية: وهي مرحلة الاستقرار والنمو السكاني البطيء

قد استغرقت هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديموغرافي في الجزائر حوالي 35 سنة حيث امتدت من 1886م إلى غاية 1921م وهذه المرحلة تميزت بالثبات والاستقرار في وتيرة النمو السكاني في الجزائر، وكانت الزيادة السكانية خلالها تقدر بحوالي 0,4% وقد زاد عدد سكان الجزائر فيما بين 1911م و1921م بحوالي 79 ألف نسمة وهي زيادة بسيطة لاسيما بعد و خلال قيام الحرب العالمية الأولى أي خلال الفترة الممتدة ما بين 1914م و1918م والتي جندت لها فرنسا خيرة أبناء الجزائر حيث قتل من هم على جهات القتال 35 ألف نسمة حسب الإحصائيات الرسمية.

<sup>1</sup> عبد القادر رزيق المخادمي، الانفجار السكاني في العالم، من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية، الجزائر: دار الفجوة للنشر والتوزيع، 2005، ص75

### المرحلة الثالثة: مرحلة الانفجار السكاني

تبدأ هذه المرحلة من سنة 1921م لتستمر إلى ما بعد سنة 1978م ومن المقارنة بين إحصائيات 1921م و1960م نجد أن عدد السكان في الجزائر قد تضاعف بصفة ملحوظة جدا، مع العلم أن الجزائر قد عاشت بأبنائها سنوات الحرب العالمية الثانية 1939م و1945م والتي أزيد فيها على ما يزيد عن 50 ألف جزائري حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية، إضافة إلى ما تقدم كانت هناك مجازر 08 ماي 1945م والتي أسفرت عن استشهاد 45 ألف حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية، زيادة على ما خلفتها الحرب الجزائرية الأخيرة في الفترة 1945م-1962م والتي أسفرت عن استشهاد المليون والنصف مليون شهيد من أبناء الجزائر. ورغم كل ما سبق ذكره خلال هذه المرحلة فإن الزيادة السكانية في الجزائر استمرت بمعدل 200 ألف نسمة في السنة الواحدة، ويرجع ذلك إلى مجموعة من الاعتبارات نذكر من أهمها:

1. اختفاء المجاعة التي طالما عانت منها الجزائر.
  2. تراجع أو اختفاء الأوبئة أو كما عرف في ذلك الوقت سرطان الشعوب
  3. تحسن المستوى المعيشي والذي يرجع لتحسن الظروف الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية كما عرف معدل النمو السكاني في الجزائر تطورا ملحوظا بين مختلف الإحصاءات:
- 3.21 % خلال الفترة 1966-1977  
 3.06 % خلال الفترة 1977-1987  
 2.15 % خلال الفترة 1987-1998  
 وأخيرا 1.72 % خلال الفترة 1998-2008

### II- الانتقال الصحي:

أول من صاغ نظرية الانتقال الصحي أو الوبائي هو الدكتور عبد الرحيم عمران، الذي اعتمد في نظريته على نظرية التحول الديموغرافي (Demographic Transition Theory)، فارتبطت نظريته بها خاصة فيما يتعلق بتذبذب واختلاف معدلات المواليد والوفيات في العالم، وبشكل خاص تشرح وتحلل نظرية التحول الوبائي علاقة الحالة الصحية العامة التي يمر بها سكان العالم بمراحل نمو السكان المختلفة والتي تصنفها نظرية التحول الديموغرافي في أربع مراحل، بحيث يركز نمو السكان على معدلات الإصابة بالأمراض وما يرتبط بها من وفيات، والتي لها آثارها على نمو السكان العام وقد أرسى عمران نظريته على الاستدلال الوبائي للتغير في المرض والصحة والوفاة والبقاء على قيد الحياة والخصوبة عبر الزمن وذلك من خلال التعرف على الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وأسلوب حياة الفرد والمجتمع والعوامل الديموغرافية ومستوى الرعاية الصحية في الدولة والمستوى التقني المستخدم فيها.

وقد لاحظ عمران أن المجتمع السكاني في أي منطقة من مناطق العالم من الناحية الصحية يمر بثلاث مراحل وهي على النحو الآتي:<sup>1</sup>

#### المرحلة الأولى: مرحلة الأوبئة والمجاعات

صنف عمران أمراض هذه المرحلة على أساس أنها امتداد لأنماط الأمراض السائدة في العصور القديمة، والتي تشكل فيها الأمراض المتوطنة، وأمراض نقص التغذية "المجاعات"، والأوبئة خطرا قضي على العديد من السكان في تلك الفترة خاصة فئة صغار السن والشباب.

<sup>1</sup> عبد الرحيم عمران، نظرية الانتقال الصحي، milBank mémorial fundquarterly، م أ ، فصل رقم 49 ص 509:538.

وتميزت هذه المرحلة بانخفاض معدلات نمو السكان، حيث أن ارتفاع معدلات المواليد تزامن مع ارتفاع معدلات الوفيات.

### المرحلة الثانية: مرحلة انحسار الأوبئة

تبدأ هذه المرحلة من منتصف القرن العشرين، حيث انخفض فيها معدل الوفيات بشكل متسارع، وان كان يبدو ذلك الانخفاض انخفاضاً بطيئاً في البداية، في حين أن معدلات المواليد بقيت مرتفعة. وأدى ذلك الانخفاض في معدلات الوفيات خاصة في فئة صغار السن وفئة الشباب لزيادة معدلات نمو السكان، ويعود ذلك الأمر إلى التحسن الذي طرأ على الحالة الصحية للسكان منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. فمع تطور الطب وتقدم المستوى العلاجي في مقاومة الأمراض من خلال اكتشاف التطعيمات والأمصال، وتوفر الأدوية استطاع العالم التغلب على العديد من الأمراض الوبائية التي كانت في الماضي تشكل تهديداً عظيماً يقف في وجه الإنسان ويهدد وجوده على الأرض.

### المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض الانحلالية والأمراض من صنع الإنسان

تتميز معدلات نمو السكان في هذه المرحلة بنموها البطيء، حيث تنخفض معدلات الوفيات وكذلك معدلات المواليد مما يؤدي إلى ذلك النوع من النمو السكاني. وتحدث الوفيات في هذه المرحلة في سن متأخرة "سن الشيخوخة"، ففي الدول التي وصلت لهذه المراحل -وهي بشكل عام دول متقدمة- تم القضاء على الأمراض الوبائية الخطيرة بشكل تام، وانتقلت بتغير طبيعة الأمراض لمرحلة الأمراض المزمنة كالأمراض الخبيثة مثل مرض السرطان (Cancer) بأنواعه المختلفة، وأمراض القلب، ومرض السكر، وأمراض ضغط الدم، وأمراض الفشل الكلوي، وأمراض التحضر كأمراض سوء التغذية (Malnutrition) "السمنة وزيادة الوزن"، والأمراض المهنية والأمراض النفسية. والأمراض الانحلالية الناجمة عن التفسخ الأخلاقي كمرض نقص المناعة المكتسب "الإيدز" (AIDS).

ففي سنة 1986 تم اقتراح المرحلة الرابعة من الانتقال الوبائي من طرف أولشانسكي وأولت بعد دراستهما لجداول الحياة واستخلاصهم للارتفاع الغير متقطع لأمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافاً لما أتى بها عمران وهو ما أطلقاً عليها بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكسية والتي تمتاز بالخصائص التالية:<sup>1</sup>

1 - تراجع سريع في معدل الوفيات التي تتمركز معظمها في الأعمار المتقدمة والتي تحدث تقريباً بنفس الوتيرة عند الذكور و الإناث.

2 - التركيبيية العمرية للوفيات حسب السبب مازالت إلى حد كبير نفسها كما هو الحال في المرحلة الثالثة لعمران إلا أن التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التنكسية قد انتقل تدريجياً في اتجاه كبار السن

3 - التحسينات السريعة نسبياً في البناء على قيد الحياة قد تركزت عند السكان ذو الأعمار المتقدمة، وأثناء هذه المرحلة فإن الأسباب التنكسية الرئيسية للوفاة التي سادت خلال المرحلة الثالثة لعمران تبقى هي نفسها خلال المرحلة الرابعة المؤدية للوفاة إلا أن خطر الموت نتيجة هذه الأمراض قد توزع من جديد عند كبار السن.

<sup>1</sup> Olshansky and Ault Brian, the fourth stage of the epidemiologic transition, the age of delayed degenerative disease



في سنة 2000 قام جاك فلان وفرنس مسلي<sup>1</sup> بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من 1925 وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في نظير أمل الحياة وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المعدية ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة.

في مقال لها سنة 2001 اقترح جين ماري روبين<sup>2</sup> النظر في عدد وتوقيت مراحل الانتقال الوبائي من خلال دراستها لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا وقد أقرت بوجود ثلاث مراحل.

**الأولى:** هي مرحلة الطاعون و الأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.  
**الثانية:** هي مرحلة تراجع الأوبئة، وأدت إلى تقلص شديد في تشتت أمل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية، أمريكا الشمالية واليابان.

**الثالثة:** فقد دمج فيها روبين عمر الأمراض التنكسية والأمراض التي هم من صنع الإنسان لعمران مع مرحلة انحصار الأمراض التنكسية لاولشانسكي وأولت ومرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة نظرا لصعوبة الفصل وتاريخ المرور بين المراحل التي شملها الدمج.

في 2004 عاد كل من جاك فلان وفرنس مسلي بطرح تنظير جديد في هذا المسار من خلال دراسة تقارب و تباعد الوفيات في مقاربة حديثة للانتقال الصحي<sup>3</sup> وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل:

**الأولى:** وتشمل كل مراحل الانتقال الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى انهيار الأمراض المعدية وارتفاع مثلثتها المزمنة.  
**الثانية:** وهي مرحلة ثورة القلب و أوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية. وأخيرا مرحلة بطئ الشيخوخة.

### III. تطور الأمراض في الجزائر :

#### \* تطور الأمراض المعدية خلال الفترة 2005 - 2010

تنجم الأمراض المعدية عن ميكروبات ممرضة مثل الجراثيم والفيروسات والطفيليات والفطريات، ويمكن أن ينتشر المرض - بصورة مباشرة أو غير مباشرة - ومن شخص إلى آخر، ويمكن تصنيف

<sup>1</sup> - Milbankquarterlyvol 64, n° 3, 1986, p-p: 355-391. عنصر مفيدة، تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة، مذكرة ماجستير، جامعة باتنة، 2008-2009، ص47.

<sup>2</sup> - Robin JM, Redéfinir les phrases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durés de vie de la population, section 56,2001, P 199,p 222

<sup>3</sup> - Vallin et Meslé,«convergence et divergence de la moralité nouvelle approche de la transition épidémiologique»,démographic Reseach, spécial collection 2, 2004, p45

هذه الأمراض في ثلاث فئات وهي: الأمراض التي تسبب مستويات عالية من الوفيات، الأمراض التي تضع على السكان أعباء ثقيلة من العجز والأمراض التي يمكن أن يكون لها تداعيات عالمية خطيرة نظرا لسرعة انتشارها والطبيعة غير المتوقعة لهذا الانتشار.

ان العديد من المحددات الرئيسية للصحة ومن أسباب الأمراض المعدية تقع خارج السيطرة المباشرة للقطاع الصحي، والقطاعات الأخرى المعنية هي تلك التي تتعامل مع الإصحاح، إمدادات المياه، تغير البيئة، المناخ، التعليم، الزراعة، التجارة، السياحة، النقل، التنمية الصناعية والإسكان.

ويندرج كل من مرض السل، الديفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، الحصبة، التيفوئيد، التهاب الكبد الفيروسي والسيدا ضمن الأمراض الأكثر عدوى وخطورة والواجب من كل الدول مقاومتها والتصريح بها لدى منظمة الصحة العالمية وفي هذا الصدد قامت السلطات الصحية في الجزائر بإعداد برامج خاصة، وذلك بإتباع أساليب الوقاية من خلال برنامج التلقيحات الواسعة، والتي تعد الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة والذي ينص على تقليص نسبة وفيات الأطفال إلى 2/3 ما بين 1990 و2015.

وللتلقيح دور فعال في انقاذ حياة الملايين من الأطفال، ففي سنة 1968 برمج التلقيح ضد مرض السل وضد داء الجذري، الديفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، أصبح مجاني و اجباري سنة 1969، كما تم تبني البرنامج الواسع للتلقيحات ابتداء من سنة 1984.

فيما يلي سنستعرض إحصائيات بعض الأمراض الوبائية في الجزائر والواجب التصريح بها:

**داء السل :** ينجم السل عن جرثومة (المتفطرة السلية) التي تصيب الرئتين في معظم الأحيان، وهو مرض يمكن شفاؤه ويمكن الوقاية منه ينتشر هذا المرض من شخص إلى شخص عن طريق الهواء، فعندما يسعل الأشخاص المصابون بسل رئوي أو يعطسون أو يبصقون، ينفثون جراثيم السل في الهواء، لا يحتاج الشخص إلا إلى استنشاق القليل من هذه الجراثيم حتى يصاب بالعدوى.

- **مرض الدفتيريا:** مرض بكتيري تسببه جرثومة تسمى الكورائيني دفتري، تفرز الجرثومة سما يضر ويدمر أنسجة وأعضاء جسم الإنسان، توجد أنواع مختلفة من الجرثومة، بعضها يصيب الحلق والحنجرة والنوع الآخر يسبب تقرحات في الجسم. يصيب المرض جميع الأعمار ولكن غالبا ما يصيب الأطفال غير المحصنين تحت عمر 15 سنة، وقد عرف هذا الداء انخفاضا خلال الثلاثة عقود الأولى بعد الاستقلال .

ليعود إلى الارتفاع في بداية التسعينيات، ويرجع هذا الارتفاع إلى ظهور حالات وبائية في مناطق الوسط والجنوب. أما في السنوات الأخيرة عرف انخفاضا محسوسا حيث تم تسجيل 3 إصابات في سنة 2005 و2006، ولم تسجل أي إصابة من سنة 2007 إلى غاية 2010 ويرجع بصفة خاصة إلى عمليات التلقيح الواسعة ضد هذا الداء.

-السعال الديكي: يعتبر السعال الديكي واحدا من أمراض الطفولة التي تصيب الأطفال دون سن السادسة من العمر، وسمي بهذا الاسم لأن الطفل يصاب بنوبات من السعال الشديد يتبعها شهيق شبيه بصياح الديك، وهو عبارة عن مرض بكتيري يكثر في فصل الشتاء، ينتقل المرض من الطفل المصاب لآخر بواسطة الرذاذ الخارج من الفم و البلعوم أثناء السعال،تمتد مدة الحضانه من أربعة أيام إلى عشرين يوما.

- **داء الشلل:** شلل الأطفال التهاب خطير يسببه فيروس، يصيب الصغار وقد يصيب الكبار أحيانا وقد يؤدي إلى الشلل الحركي التام. وهناك نوعان من شلل الأطفال هما الشلل الشوكي والشلل البصلي، ومتلازمة ما بعد الشلل. هناك ثلاثة فيروسات تؤدي إلى شلل الأطفال، وتسمى النمط الأول والثاني والثالث. أعراض شلل الأطفال مثل أعراض كثير من الأمراض، وهي تتمثل ألم الحلق والحمى والصداع، أما في الجزائر اختفى هذا الداء من الساحة الوبائية لبلادنا ويعتبر تاريخ سنة 1996 آخر سنة عرفت التصريح بوجوده، وهذا نتيجة الحملات التلقيحية لولايات الجنوب التي سجلت معدلات تغطية ضعيفة.
- **داء الحصبة:** هو مرض معد، يسببه فيروس، وعلامته ظهور حبيبات على الجلد ينتقل مرض الحصبة من الطفل المريض إلى الطفل السليم عن طريق الهواء الذي يتنفسانه، الحصبة سريعة العدوى، وكثيرة الخطورة، وخاصة إذا كان الطفل المتعرض لها ذا جسم ضعيف من جراء التغذية، أو من جراء سبب آخر، إذ تكثر في هذه الحال المضاعفات، فتنتج عنها أمراض رئوية، ودماعية.

### ★ -الأمراض المزمنة:

هي أمراض تدوم فترات طويلة و تتطور بصورة بطيئة عموما . وتأتي الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء<sup>1</sup> 63% من مجموع الوفيات، ومن أصل مجموع أولئك الذين قضوا نحبهم بسبب الأمراض المزمنة في عام 2008 والبالغ عددهم 36مليون نسمة، حيث كان 29% ينتمون الى فئة الأشخاص التي تقل أعمارهم عن 70 عاما وكان النصف ينتمي الى فئة النساء.

ترتبط الأمراض المزمنة في الجزائر بالتركيبة العمرية وبالتحول الصحي، فهي في ارتفاع من سنة إلى أخرى، فتوزيع الأمراض المزمنة حسب المسح العنقودي<sup>2</sup> للصحة خلص لیتصدر أمراض ضغط الدم بمعدل انتشار 6% ويمس 39% من مجمل الأمراض المزمنة، تليها أمراض السكري بنسبة 3%، الربو، أمراض القلب والشرابين، والمفاصل بمعدل انتشار 1% لكل مرض، أما مرض السرطان بكل أنواعه يمثل 0.2% من السكان البالغين 15 سنة فما فوق.

<sup>1</sup> الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية:www.who.int.

<sup>2</sup> وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات ، التقرير الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات،الجزائر 2012-2013،ص 80

وفيما يلي سنستعرض إحصائيات بعض الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في الجزائر:

**- أمراض القلب والشرايين:** وهي أمراض القلب والشرايين هي مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في القلب و الأوعية الدموية وتهدد حياة المصاب بها ومنها أمراض القلب التاجية، النوبة القلبية، السكتة لدماعية، ارتفاع ضغط الدم، فشل القلب، أمراض القلب الروماتويدية، أمراض القلب الخلقية و أمراض الشرايين المحيطية، وتسجل الجزائر سنويا 80 ألف إصابة بأمراض القلب والشرايين عبر الوطن<sup>1</sup>، والعدد مرشح للارتفاع، حسب الأخصائيين، ذكرت دراسة صادرة عن وزارة الصحة الجزائرية وشملت 11 مستشفى، بأن الإصابة بأمراض القلب تعد من أحد أهم أسباب الوفيات في الجزائر، مشيرة إلى الارتفاع المذهل للإصابة بالجلطة القلبية في السنوات الأخيرة، فيما أدرجت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها حول أكثر الأمراض الفتاكة في أفريقيا الجزائر ضمن دائرة أكثر الجنسيات المصابة بداء القلب إلى جانب ثلاث دول الطرف الشمالي من أفريقيا مصر والمغرب وليبيا.

**- أمراض الرئة والجهاز التنفسي:** تعتبر من أكثر الأمراض والحالات الصحية انتشارا على مستوى العالم. حيث يعاني عشرات الملايين من الناس في أنحاء العالم من الأمراض التي تصيب الرئة والجهاز التنفسي. التدخين والعدوى والالتهابات والجينات الوراثية جميعها تعتبر المسؤولة الرئيسية عن معظم حالات أمراض الرئة، حيث سجلت المصالح الطبية خلال سنة 2000م<sup>2</sup> ما يقارب 600000 حالة ربو أي ما يعادل 2% من مجموع السكان وتشير إحصائيات 2010 أن نسبة المصابين بداء الربو تصل إلى حدود 14% من الجزائريين، أي بفارق 12 نقطة خلال عشرية كاملة، وحسب أرقام اليونيسيف فإن الجزائر تحصي وفاة 38 طفلا بمرض الربو من أصل 1000 سنويا، وهو ما جعلها تحتل المرتبة الـ 75 عالميا حالها حال الدول السائرة في طريق النمو.

**- أمراض الضغط الدموي:** يرتبط معدل انتشار مرض الضغط الدموي في الجزائر بالسن وتدل الإحصائيات الأخيرة لوزارة الصحة<sup>3</sup> على أنه كلما تقدمنا في الفئات العمرية كلما ازداد معدل الانتشار بحيث يتراوح في حدود 1% للفئة العمرية (25-39) سنة إلى 5% للفئة العمرية (40-49) سنة، ليصل إلى حدود 25% للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين (60-69) سنة، في حين يبلغ 32% لفئة 70 سنة فما فوق، وتعد النساء الأكثر عرضة للمرض من الرجال وهذا بالضعف (8% مقابل 4%) ويتمركز في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية (6% مقابل 5%).

**- السرطان:** هو مصطلح طبي يشمل مجموعة واسعة من الأمراض التي تتميز بنمو غير طبيعي للخلايا التي تنقسم بدون رقابة ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، وهو قادر على الانتشار في جميع أنحاء الجسم، وهو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم، لكن

<sup>1</sup> الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية: www.who.int.

<sup>2</sup> - المعهد الوطني للصحة العمومية، من الموقع: national.dz -institut-Inspwww.

<sup>3</sup> وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات التقرير الخاص بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات، مرجع سبق ذكره، ص83.

احتمالات الشفاء من مرض السرطان اخذ في التحسن باستمرار في معظم الأنواع، بفضل التقدم في أساليب الكشف المبكر وخيارات العلاج.

تسجل الجزائر سنويا 300 ألف حالة إصابة جديدة بداء السرطان حيث حسب مركز بيار وماري كوري المتخصص لمحاربة هذا الداء بمستشفى باشا الجامعي سجل لسنة 2010، حوالي 1500 حالة جديدة لداء السرطان عند الأطفال. وحسب الإحصائيات فإن نسبة الإصابة بمرض السرطان لدى الأطفال تمثل 5 بالمائة من النسبة الإجمالية للمصابين كما أن أنواع السرطان الأكثر انتشارا عند الأطفال هي سرطان الدم، وسرطان المخ والكلية، والعينين الذي سجل أكبر نسبة نجاح في علاجه بسبب القدرة على تشخيصه بشكل مبكر. من جهة أخرى أشارت إحصائيات المركز الجزائري لمكافحة السرطان إلى أن سرطان الثدي هو الأكثر انتشارا في الجزائر لدى النساء حيث تتراوح الإصابات بين 4 و7 آلاف حالة جديدة سنويا متبوع بسرطان عنق الرحم بنسبة 10.2 بالمائة، وبالنسبة للرجال فإن سرطان الرئة يأتي في المقدمة أيضا بنسبة 12.7 بالمائة والذي يمثل من 3 إلى 4 آلاف حالة ثم سرطان القولون الذي تتراوح الإصابة به بين 2500 و3000 حالة أي بمعدل 8.4 بالمائة ثم سرطان المثانة بتسجيل ما بين 1800 و2000 إصابة ثم سرطان البروستات بحوالي 1200 إصابة، ثم سرطان الجلد بنسبة 7.9 بالمائة.

**مرض السكري:** السكري هو مرض مزمن ناتج عن نقص في إفراز هرمون الأنسولين من البنكرياس أو عدم استجابة المستقبلات للأنسولين مما يؤدي إلى زيادة مستوى الجلوكوز (السكر) في الدم، ومع مرور الوقت قد تحدث مضاعفات خطيرة في العديد من أجهزة الجسم مثل الأعصاب والأوعية الدموية. و معدل انتشار مرض السكري في الجزائر في ارتفاع وهذا ابتداء من السن الأربعين وتبقى النساء الأكثر مرضا من الرجال بنسبة 30%، في حين تشير إحصائيات الفيدرالية الوطنية لجمعيات مرضى السكري لسنة 2012 أن 3.5 مليون جزائري مصاب بالداء.

### 3-3- الأمراض الحضارية.

**الحوادث:** يمكننا تقسيم الحوادث التي يتعرض لها الإنسان من الناحية الطبية إلى ثلاث أنواع وهي:

**-حوادث المرور:** تعتبر الجزائر من أكبر الدول التي تعاني من كثرة الحوادث حيث تسجل 20 ألف حادث سنويا ينجر عنها حوالي 4 آلاف قتيل أي بمعدل 11 قتيل يوميا و30 ألف جريح لسنة 2001<sup>1</sup>، كما أكد رئيس أمن الطرقات بقيادة الدرك الوطني، العقيد محمد تريكي أنه تمت معاينة 24.388 حادث مرور خلال سنة 2014 تسببت في مقتل 3984 شخص وجرح 44546 آخر بمعدل 67 حادث و11 قتيل و122 جريح يوميا.

<sup>1</sup> الديوان الوطني للإحصاء، الموسوعة الإحصائية للجزائر، سنة 2010-2008، ص. 145.

-**الحوادث المنزلية:** تعتبر فئة الأطفال أكثر الفئات عرضة لمثل هذا النوع من الحوادث، وحسب التحقيق الوطني العنقودي لسنة 2012، تبين أنه 35% من الأطفال تعرضوا لجروح جراء الحوادث المنزلية حيث تعرض 27% لكسور، و أصيب 13% بحروق ويعد الذكور الأكثر إصابة من الفتيات وهذا بنسبة % 37مقابل 32%.

- **حوادث العمل:** تشير الإحصائيات لسنة 2011 التي قامت بها وزارة العمل والضمان الاجتماعي، إلى أن حوادث العمل تقتل 8 آلاف جزائري من بين 50 ألف حادث عمل يسجل سنويا، فيما بلغ عدد الأمراض المهنية وسط العمال 520 مرض مهني مما يتسبب في ضياع 15 ألف يوم سنويا .

**الصحة العقلية:** تعتمد الصحة العقلية على العمل الطبيعي للجهاز العصبي، لكي يتم جلب العقل الكامل لحشد كل طاقته للعالم الخارجي . يؤدي العمل الطبيعي للجهاز العصبي الى الصحة الجيدة الطبيعية وبذلك يكون الجسم قادرا على تنفيذ ما يمليه عليه العقل فيكمل رغباته و يكمل غاية الوجود .

طالما يبقى التنسيق بين العقل و الجهاز العصبي سليما يتم الحفاظ على الصحة العقلية، عندما يتوقف هذا التنسيق ، أكان ذلك بسبب بعض الفشل من ناحية العقل أو من ناحية الجهاز العصبي، تكون النتيجة بالمرض، إن مثل هذا الفشل للعقل حدث نتيجة لعدم قابليته لتحقيق رغباته بشكل متواصل.

عرف واقع الصحة العقلية في الجزائر تطورا كبيرا لاسيما من خلال الانتشار الكبير للأخصائي ينفي هذا المجال، خاصة وأن القائمين على هذا المجال قاموا بإعداد برنامج وطني للصحة العقلية 2010-2014 يهدف إلى ترقية الصحة العقلية والوقاية والعلاج المبكر المكيف مع الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية، وكذا إعادة التكيف والإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين عانوا من مشاكل عقلية خطيرة، حيث يوجد 14 مستشفى للأمراض العقلية بالجزائر يضم كل واحد 120 سرير وقد قدر عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية بحوالي 350 طبيب من بينهم 194 طبيب مختص في القطاع العام و156 طبيب في القطاع الخاص.

#### IV-أساليب تحقيق الصحة العامة.

إن الهدف الرئيسي للصحة العمومية هو تحسين صحة الأفراد وعلى هذا الأساس يعد تقديم المنافع من خلالها وكذا الإجراءات التي تتخذها الدولة ما هو إلا جزء هام واستراتيجي لدى الصحة العمومية. يمكن تحقيق الصحة العامة لدى الأفراد من خلال ثلاثة إجراءات أساسية<sup>1</sup>:

- **الوقاية العامة:** وهي تشمل مجموعة من الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية، دون تركيز الاهتمام على فئة معينة.
- **الاكتشاف المبكر للحالات المرضية:** وهي تشمل مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى علاج الأمراض في حالة ظهورها في أطوارها الأولى، مما يساعد على تجنب حدوث أي مضاعفات وهذا من خلال الفحوصات المستمرة والدورية للأفراد والتحاليل الطبية والإشعاعات المختلفة.

<sup>1</sup> سلوى عثمان الصديقي، مدخل الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999 ص -، 38

- الإجراءات التأويلية: وهي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تفادي حدوث أي مضاعفات بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للأفراد من خلال التأهيل النفسي للفرد والتأهيل الاجتماعي من خلال اختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب مع طبيعة العجز.

-

-

-

#### - V- مؤشرات الصحة العامة:

إن الهدف الرئيسي من دراسة مؤشرات الصحة العامة هو تحديد أهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي، ومن ثم تحديد أولوياته وبالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية ويمكن تقسيم هذه البرامج إلى ثلاثة أقسام:

#### المؤشرات المرتبطة بصحة الأفراد

تقسم هذه المؤشرات إلى مؤشرات إيجابية ومؤشرات سلبية<sup>1</sup>:

#### \* المؤشرات الإيجابية

- معدل المواليد: المواليد من أهم مظاهر حركة السكان في المجتمع وما قد ينجم عنها من زيادة طبيعية في عدد السكان وعلى هذا فالمواليد هم الأطفال الرضع الذين ينجبهم السكان في فترة زمنية معينة وجرت الإحصائيات على إدراجهم كل عام، وهو الحال في الجزائر بحيث تعتمد إحصائيات المواليد على المسح السنوي لمصالح الحالة المدنية للبلديات، ويحسب بقسمة عدد المواليد أحياء المصححة للسنة على متوسط عدد السكان لنفس الفترة.

- أمل الحياة: للمؤشر بعد فردي يتعلق بمدة الحياة وكذلك بعد جماعي يتعلق بتجدد الأجيال، أو كما يسمى بالأمل في الحياة الفردي والأمل في الحياة الجماعي، ويبدو لهذا العامل الأهمية الكبرى عند قياس التطور الاجتماعي. والأمل في الحياة هو العدد المتوسط للسنوات التي يمكن أن يعيشها السكان عند سن معين هذا السن هو 0 إذا كان الأمل في الحياة عند الولادة، يعكس أمل حياة الظروف الصحية المحيطة، وكذا مستوى التنمية، وفضلا عن ذلك يمكن أن يستدل من مؤشر توقع الحياة على مستوى الخدمات الصحية ومن ثم على إنتاجية الإنفاق الصحي بالنسبة للدولة، وقد عرف أمل الحياة في الجزائر تطور ملحوظا حيث فاق 75,6 سنة في سنة 2008 بعد أن كان 66,9 سنة في سنة 1990، أي ربح في العمر البشري بحوالي 8,7 نقطة، كما سجل أمل الحياة زيادات معتبرة في السنوات الأخيرة، وأدى هذا الارتفاع امتداد العمر بما يفوق 4 سنوات بالنسبة للجنسين أي 4 سنوات ونصف بالنسبة للرجال و3 سنوات بالنسبة للنساء.

#### \* المؤشرات السلبية :

#### - المعدل العام للوفيات

يعرف كعلاقة بين عدد المتوفين ومجموع سكان البلد، نسبة الوفيات للأجنة في رحم المرأة ووفيات الأطفال الأقل من سنة اعتبرت كمؤشرات جيدة للدلالة على أداء النظام الصحي،

<sup>1</sup> سعيد عبد العزيز عثمان، اقتصاديات الخدمات، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، مصر، 1998 ص. 204

واللحصول على نتائج مرضية في هذا المجال، يجب على البلد أن يحتوي على نظام حماية ومعلومات أكثر تنسيقاً، قادر على الاكتشاف والتكفل الجيد بالنساء الحوامل. إن نسبة الوفيات حسب العمر يبين أي من الشرائح العمرية مستهدفة أكثر من الأمراض، ويحدد أي المجموعات يجب استهدافها من طرف السياسة الصحية، فنسبة الوفيات الأطفال الرضع من 0 إلى سنة والأطفال الصبيان من 1 إلى 4 سنوات يعتبران من المؤشرات الجيدة لقياس أثر الظروف الصحية للبيئة المحيطة، ويرتبط هذا الوسط بمستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والطفل من 0 إلى 4 سنوات معرض بشدة لتهديدات الوسط أو البيئة المحيطة، حيث يرتفع التهديد إذا كانت شروط النظافة وتصريف المياه وشروط أخرى سيئة.

يمكن أن يستدل من مؤشر معدل الوفيات على إنتاجية الإنفاق الصحي، وتعد مؤشرات الوفيات مقاييس غير مباشرة إنتاجية الإنفاق الصحي، وهذا المؤشر لا يكون ذو دلالة كاملة ومباشرة على إنتاجية 102 الإنفاق الصحي، بحيث يتوقف على عوامل أخرى عديدة بخلاف مستوى الإنفاق الصحي، مثل انتشار العادات القبلية، وانتشار الحروب، وانفلات، حوادث الطرق، وانتشار استهلاك الخمر والمخدرات وغيرها.

#### معدل انتشار العدوى

هذا المؤشر في العموم يطرح نفس المشكل الخاص بمؤشر نسبة الوفيات الخام، فهو يجمع كل الأمراض، ولا يعطي أي معلومة حول طبيعة مسببات المرض، وبالتالي إجراء المقارنة بين الجهات أو البلدان تبدو جد صعبة، وفيما يخص نسبة العدوى الخاصة فهي كثيرا ما تستعمل لقياس الأثر الاقتصادي لمرض ما، وتكون قيمته غير مؤكدة في الظروف الحالية لنشاط الخدمات الصحية للبلدان النامية، حيث هناك ممرضات أقل، وخاصة في المناطق الريفية، والتي لا تمتلك معدات كافية للكشف عن بعض الأمراض كحمى المستنقعات والبلهارسيا المنتشرة بكثرة.

#### مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية<sup>1</sup>:

وهي مجموعة من العوامل التي قد تسبب وبطريقة غير مباشرة في حدوث مشاكل صحية ونجد من أهمها الفقر والجهل والانحراف والجريمة.

#### المؤشرات المرتبطة بالبيئة

تشمل البيئة على مجموعة من الظروف والعوامل التي من شأنها أن تؤثر في تكوين الفرد ونموه وهذا من خلال عوامل طبيعية، اجتماعية وغيرها. وعلى هذا الأساس يمكن أن نجد المؤشرات التالية:

**البيئة الطبيعية:** وهي تشمل على مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤثر في صحة الأفراد بشكل مباشر أو غير مباشر عن طريق

- الحالة الجغرافية والجيولوجية
- حالة الارتباط بالمياه الصالحة للشرب

<sup>1</sup> أحسن مزاهرة ، عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسن، علم اجتماع الصحة، الطبعة الأولى، عمان الأردن: دار اليازوردي للنشر، 2003، ص 44



- الارتباط بقنوات الصرف الصحي
- حالة المناخ

تعتبر الظروف المعيشية البيئية السيئة سبب في انتشار المرض، وتعد من بين أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد بحيث تسمح بتطور الجراثيم والأوبئة كالتيفوئيد، الكوليرا وغيرها، وما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر كانهيار الغلاف النباتي وزيادة التصحر وكذا النضوب السريع للموارد المائية السطحية و الباطنية بسبب الاستغلال المفرط لها، التلوث الصناعي والزيادة المفرطة في التعمير و البناء نتيجة الضغط الديموغرافي، فكل هذه العوامل مجتمعة تؤثر سلبا على حياة وصحة الجزائريين، غير أنه ورغم كل هذا تبذل السلطات جادا في الحد منها، حيث شادت الجزائر تطورا كبيرا في ربط السكان بالمياه الصالحة للشرب والارتباط بقنوات الصرف الصحي مقارنة بالسنوات الماضية، حيث سعت في كل المخططات التنموية إلى ضرورة تزود كل مناطق الوطن بشبكة المياه وقنوات الصرف على نطاق واسع وهذا لتأثيرهما الكبير على الصحة العامة.

البيئة الاجتماعية والاقتصادية<sup>1</sup>:

وهي تشمل محددات كالتمدرس، الوظيفة، العمل وانعدام العمل، نوعية الوظيفة والدخل، هذه العوامل تشكل القاعدة لما نسميه بالوضع الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، ولهذه العوامل تأثيرا كبيرا على الحالة الصحية للسكان، سواء بالتأثيرات المباشرة، أو بتأثيرها على عديد المحددات، مثل التصرفات الفردية والوسط الحياتي، الانتماء لمجموعة اجتماعية ذات بعد لغوية أو ثقافي، يمكن كذلك ربطها بفروقات بالصحة الجيدة، ومن أمثلة ذلك نذكر:

**المستوى التعليمي:** ثمة كثير من الشواهد والدلائل التي تدعم وجود عائقه ايجابية وقوية بين الصحة والتعليم، ذلك ما تؤكد الإحصاءات والمؤشرات، وكذلك الأدبيات الحديثة، التي توسعت في دقائق الروابط التي تصل رأس المال الصحي برأس المال التعليمي، فتشير التقارير الدولية الدورية عن حالة التنمية البشرية في العالم إلى البلدان التي تعاني من تدهور مؤشري التعليم تشهد تنديا مقابلا في المؤشرات الصحية وأن التحسن في مستوى التعليم يقترن دوما بالتحسن في أحوال الصحة، من خلال تمكين الفرد المتعلم من مواد مالية جيدة متمثلة في العائد الخاص من التعليم، وهو ما يجعله ينفق أكثر في سبيل العناية بصحته.

#### -المؤشرات المرتبطة بالخدمات

تشمل هذا القسم على مجموعة المؤشرات ذات الارتباط بالجهود المبذولة من أجل تحسين صحة الأفراد حيث نجد العوامل التالية<sup>2</sup>:

#### • الخدمات الطبية

#### • خدمات الضمان الاجتماعي

• نسبة الإنفاق العام: يشمل هذا المؤشر على ثلاث مؤشرات فرعية، تتمثل في الآتي:

- مؤشر نسبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية إلى الناتج الداخلي الخام = الإنفاق الصحي العام/ الناتج الداخلي الخام.

<sup>1</sup> عبد الكريم منصوري، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلفات البيانات (DEA)، بمنحة قياسية، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2013 - 2014

<sup>2</sup> أحمد فائز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى بيروت: دار النهضة العربية للنشر، 2000، ص42

- مؤشر نسبة الإنفاق الخاص على الخدمات الصحية إلى الناتج الداخلي الخام = الإنفاق الصحي الخاص / الناتج الداخلي الخام.
  - مؤشر نسبة الإنفاق الإجمالي على الخدمات الصحية إلى الناتج الداخلي الخام = الإنفاق الصحي العام + الإنفاق الصحي الخاص / الناتج الداخلي الخام.
- إن نسبة الخدمات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي في الدول المتقدمة مرتفعة، كما نصيب الفرد من النفقات الصحية هو كذلك في ارتفاع، وهذا ما يعكس المستوى الصحي والعدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه البلدان ، ففرنسا تحتل المرتبة الأولى عالميا في مجال النظام الصحي، مع أن بعض الدول النامية ذات الدخل المرتفع لديها مستويات منخفضة من النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي إلا أنها تشهد مستويات مرتفعة في نصيب الفرد من النفقات الصحية بفعل انخفاض السكان ، حيث يقترب هذا المؤشر من 900 دولار، بالنسبة للجزائر بلغ متوسط الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي 71 دولار للفترة الممتدة من 1999 إلى 2003، بانخفاض يقدر ب 171 دولار عن متوسط الدول العربية، أي ما يعادل 70.66.% كما أن مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي لم يتجاوز 3.8% لنفس الفترة و هو أقل من الجارتينا المغرب و تونس واللتان تجاوز معدل إنفاقهما على الخدمات الصحية 5% من الناتج الإجمالي و أقل مما هو لدى متوسط الدول العربية

## خلاصة الفصل

نظرا لما أثبتته التطور العلمي في المجال الصحي، وبما لا يدع مجال للشك، فإن الصحة ترتبط بعدة عوامل، ولأجل أن تكون السياسيات المتخذة في المجال الصحي فعالة، فإن المحاربة المباشرة للمرض لا تكفي، رغم أنها أساسية، ولذلك إذا كانت التدخلات محصورة فقط في علاج الأمراض، فإن المعركة ستكون خاسرة من البداية، لأنه لا شيء يعيق تطور المشاكل الصحية للأشخاص حتى ولو كانوا بصحة جيدة ، ولذلك يجب التدخل من البداية في توجيه المحددات الصحية ، وذلك باستهدافها جميعها، والتي لبعضها أثر ايجابي وبعضها الآخر أثر سلبي على صحة الأفراد والجماعات، وتعد المحددات الصحية يؤثر إلى أن الأمر يفوق بكثير مجال الخدمات الصحية، وبالتالي تحقيق المستوى الصحي للسكان هو نتاج تضافر عدة جهود، من:منتخبين محليين، إداريين، مسيرين، مهنيين وبقية المتدخلين، بالإضافة إلى العنصر المهم ألا وهو المواطن، باعتباره محور القضية ونتائجها، وتعد ضرورة تدخل عديد الأطراف لأنه يعد بمثابة استثمار تستفيد منه كل قطاعات النشاط، وتمثل حالة " مواطن بصحة جيدة " أساس لمجتمع ديناميكي، يمكن فيه كل فرد أن يستغل كل طاقاته ويساهم في تنمية بلده.

يُعد الإنفاق على القطاع الصحي من أهم أوجه الاستثمار في رأس المال البشري، وتهدف من خلاله الدول إلى تحقيق زيادة و كفاءة في إنتاج الأفراد، مما ينعكس إيجابا على الاقتصاد، ولقد انتهجت الحكومة الجزائرية منذ استقلالها وإلى غاية اليوم ضمن خططها التنموية، سياسات تعمل على تحسين صحة المواطن الجزائري وتجسد ذلك من خلال زيادة الإنفاق على القطاع الصحي، وتحسين نظام تقديم الخدمات الصحية، ولقد حققت هذه السياسات نتائج مقبولة في مجال الصحة خلال الفترة 2000-2017. غير أن القطاع الصحي مازال يواجه تحديات ومعوقات تحد من مساهمته الفعالة في تحسين صحة المواطن .

# الجانب التطبيقي

## تمهيد

تعتبر الصحة حقا عالميا إلى جانب التعليم وحق الحياة، لذلك تعتبر مورد بالغ الأهمية ومن أهم الشواغل في مجال التنمية لمختلف المجتمعات كونها من الأسباب التي تؤثر على إنتاجية القوى العاملة مما يؤدي بدوره على مستوى الفرد إلى انخفاض المداخل القابلة للصرف لدى الأسر، وعلى المستوى الجماعي إلى انخفاض مستويات الدخل القومي التي تؤدي إلى حرمان الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من

الخدمات الصحية، هذا ما جعل الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفا عاما بالنسبة لأي دولة خلال وضعها للخطط التنموية والاجتماعية والاقتصادية فمن غير الممكن تحقيق تنمية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للسكان الذين يعتبرون عنصر أساسي في تحقيقها، هذا من جهة ومن جهة أخرى توجد العديد من العوامل والقطاعات الأخرى التي تؤثر على الصحة بشكل غير مباشر ولا تدخل في نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة منها الإسكان، التعليم، الطاقة، المياه، الصرف الصحي والبيئة إلى جانب العامل الاساسي والمباشر الذي يؤثر فيها وهو التحكم في المرض ومعالجته.

لذا كانت هناك العديد من المحاولات لتوفير حاجيات السكان في مجال الصحة في اطار المواثيق الصحية، والجزائر كغيرها من الدول سطرت العديد من البرامج التوجيهية للمنظومة الصحية خاصة بالنسبة للقطاع العام الذي يعتبر المقدم الرئيسي للخدمة الصحية، فقد شهدت السنوات الأخيرة بعض النمو والإنجازات بما في ذلك تحسين صحة السكان وانخفاض في معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وارتفاع في متوسط مأمول العمر وعدد الولادات وتمكين السكان من الوصول إلى الخدمات الصحية، كما طرأت تغييرات كمية ونوعية من حيث عدد الهياكل والإمكانات المتاحة وكذا تعداد العاملين في المجال الصحي ودخول القطاع الخاص كمنافس على توفير الخدمات الصحية.

رغم كل أشكال التقدم والتحسين الذي شهدته الجزائر في مختلف المؤشرات إلا أنه لم يرافقه تحسن في أساليب تقديم الخدمة وتوزيع كل من المؤسسات الاستشفائية ونسبة الإنفاق رغم الزيادة الديموغرافية التي شهدتها البلاد

سنخصص لهذه الدراسة انعكاسات سياسات النظام الصحي في الجزائر على التنمية البشرية بعرض أهم خصائص مؤشرات القياس التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة في تقييم الأنظمة الصحية حيث تمثل معا موزا شاملا للوضع الراهن للصحة الوطنية في المجالات التالية: معدل الحياة والوفيات وعبء المرض، الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة، للأمراض المعدية المنتقاة، التغطية بالخدمات الصحية، الأنظمة الصحية، الإنفاق الصحي، والإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

### عرض مؤشرات الدراسة:

سوف نتطرق لتقييم بعض المؤشرات الأساسية التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة في<sup>1</sup>:

### أولا: معدل الحياة و الوفيات وعبء المرض:

#### جدول رقم: 01 ( تطور معدل مأمول العمر في الجزائر)

السنة	مأمول العمر عند الولادة (بالسنوات)			مأمول العمر عند سن (60 بالسنوات)		
	كلا الجنسين	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث
2014	77.2	76.6	77.8	...	...	...
2013	77	75.5	77.6	...	...	...
2012	75.5	75.8	77.1	18	17	19
2011	75.8	75.6	77.4	19	18	20

<sup>1</sup> لم يتم التطرق إلى كل من عوامل الخطر، الإنفاق الصحي وحالات الغين في المجال الصحي بسبب تعذر الحصول على معطيات متعلقة بالجزائر في هذا المجال.

2010	75.6	75.6	77	...	...	...
2009	75.6	74.7	76.3	19	18	20
2008	74.7	74.8	76.4	...	...	...
2000	74.8	71.5	73.4	...	...	...
1990	71.5	66.3	67.3	17	16	18

Source: : Office National des statistiques, www.ons.dz/santéWorld health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

قد سجلت المؤشرات المتعلقة بمأمول العمر عند الولادة 77.2 سنة لكلا الجنسين سنة 2014 في حين بلغ 72.5 سنة 2000، 76.6 عند الذكور سنة 2014 و 77.8 للإناث من نفس السنة، وذلك بسبب المساعي الرامية لتحسين مستوى الصحة بالمقارنة مع المؤشر العالمي الذي بلغ 70 سنة لكلا الجنسين وقد بلغ مأمول العمر عند سن الـ 60 بالسنوات 18 لكلا الجنسين سنة 2012 .

## جدول رقم 02: (معدلات الوفيات والمواليد في الجزائر)

السنة	معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 نسمة)	معدل وفيات الاطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن الـ 5 سنوات لكل 1000 مولود حي)	معدل (احتمال الوفاة قبل سن وفيات الرضع حي 100 لكل 0 %	عدد وفيات الرضع عند الميلاد (لكل)	مأمول العمر عند الميلاد	مأمول العمر مع التمتع بالصحة عند الميلاد	عدد المواليد أموات	معدل المواليد أموات) % (

إناث	ذكور	كلا الجنسين	15077	(بالسنوات)	1000 مولود (حي)	كلا الجنسين	كلا الجنسين			كلا الجنسين			2014		
							إناث	ذكور	كلا الجنسين	إناث	ذكور	كلا الجنسين			
13.5	15.8	14.6	15077			22282	20.4	23.5	22	23.9	27.1	25.6	...	...	2014
14.2	16.4	15.4	15009			21586	21.2	23.6	22.4	24.9	27.3	26.1	...	...	2013
14.9	16.8	15.9	15795	62	12	22088	21.2	23.9	22.6	24.7	27.3	26.1	165	122	2012
15.4	18.0	16.7	15480	...	17	21055	21.6	24.6	23.1	25.2	28.3	26.8	123	100	2011
16.7	19.6	18.2	16444	...	18	21046	22.2	25.2	23.7	26.0	29.0	27.5	...	...	2010
17.2	19.6	18.4	15937	...	27	21076	22.9	26.6	24.8	27.1	30.8	29.0	135	105	2009
18.4	21.3	19.9	16588	...	...	20793	23.9	26.9	25.5	27.8	31.4	29.7	144	199	2008
22.8	24.6	24.7	14891	...	22	21072	35.3	38.4	36.9	41.3	44.8	43.0	175	131	2007
19.1	23.5	21.4	16691	...	23	3627	45.8	49.2	46.8	54.7	58.2	55.7	199	152	1990

Source: World health organization, World Health Statistics report(2010-2014), Italy,2014.

تقرير ديمغرافيا الجزائر (السكان) 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.

سجل معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 100 نسمة انخفاض في السنوات 2008،

2009، و 2011 لكلا الجنسين الذكور على التوالي 123 (،135،)، 144، الإناث 100 (،105،)، 199 في حين عاودت

الارتفاع سنة 2012 ب 165 للذكور و 122 للإناث.

يساهم هذا المؤشر في تحديد مستوى ونوع الخدمة التي سيركز عليها النظام الصحي لمحاربة الأمراض التي تصيب

الذكور وتختلف عن التي تصيب الإناث وتسبب هذه الفروقات في احتمال الوفيات بين الجنسين. بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن ال 5 سنوات لكل 1000 مولود (حي) فقد

سجل انخفاض في الفترة 2014 - 2000 حيث كان 44.8 سنة 2000 و 31.4 سنة 2008 ليسجل استقر

ارار في السنتين

2012 و 2013 ب 27.3 وانخفاض طفيف سنة 2014 ب 27.1 وقد سجل تباين بين الجنسين لدى الذكور 27.1

و 23.9 للإناث من نفس السنة.

بلغ عدد وفيات الرضع 2282 وفاة سنة 2014 حيث سجل ارتفاع بعدما كان 21586 حالة سنة 2013 بمعدل

( 22% احتمال الوفاة قبل سن 1 سنة لكل 1000 مولود حي ) رغم أن المعدل عرف انخفاض في نسبة معدل الوفيات في الفترة 2008 - 2014 من 25.5% إلى 22% لكلا الجنسين و 26.9% إلى 23.5% للذكور، 23.9% إلى 20.4% للإناث، في حين بلغ عدد المواليد الأموات 15077 مولود ميت سنة 2014 بمعدل 14.6% رغم أن عدد المواليد عرف تذبذب في الفترة 2000 - 2014 إلا أن معدل المواليد في انخفاض مستمر لكلا الجنسين بعدما كان 24.7% سنة 2000 لينخفض إلى 18.2 سنة 2010 و 14.6% سنة 2014 وذلك بسبب برامج حماية الأمومة والطفل التي سترت أيضا من مساعي منظمة الصحة العالمية في الفترة ما بين 1990 و 2015 فهناك انخفاض في معدل الوفيات رغم الزيادة العددية فيها بسبب زيادة الولادات المسجلة في نفس الفترة. يساهم هذا المؤشر في تحديد نوعية النظام الصحي المطلوب مستقبلا أن كان المجتمع يميل نحو الشيخوخة أو الشباب، بالتالي سيتم التركيز على تحسين وتوفير خدمات صحية تتناسب مع الفئة الغالبة. وكذا التخطيط لتحسين ظروف الولادات والتقليل من وفيات الأطفال والرضع من جهة، واثار زيادة معدلات المواليد على تحديد الاحتياج الذي سيواجهه النظام مستقبلا وبالتالي ملائمة مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات على النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل يغطي ذلك الاحتياج من جهة أخرى. غير أن هذه المؤشرات لا تكفي لوصف ومقارنة الحالة الصحية لمختلف الشرائح السكانية على نحو كامل خصوصا فيمرا يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة، فبالرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة إلا أنه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من طرف العديد من الدول فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة. كما أن التحسن في معدل الأمل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع لأمراض سواء المتنقلة أو غير المتنقلة. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل أهم أسباب الوفاة في الجزائر، وبالنظر للتنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة، نجدها متدنية، فالجزائر تحتل المرتبة 45 حسب المستوى الصحي والمرتبة 81 حسب ترتيب أداء النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للجزائريين غير مرتبط بالقطاع الصحي منها الجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد.<sup>1</sup>

### ثانيا: الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة

<sup>1</sup> الياس بومعروف، عمار عماري، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 35.



جدول رقم 03: ( أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر )

السنة	الوفيات											
	معدلات الوفيات حسب الأسباب مقيسة حسب العمر (لكل 100 000 نسمة)			سنوات العمر المفقودة (لكل 100 000 نسمة)				عدد الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (000s)	توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (%)			
	الإصابات	كل الأسباب	السارية	غير السارية	الإصابات	الإيدز	الإسهال		الحصبة	الملا ريبا		
2012	98	710	54	19635	4810	12406	2418	20	1	4	1	00
2010	...	...	...	...	...	...	...	26	00	5	11	00
2008	202	523	47	...	...	...	...	...	00	15	1	00
2004	218	565	60	...	...	...	...	...	00	...	...	00
2000	...	...	...	...	...	...	...	28	00	7	6	00

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

جدول رقم 04: ( توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات في الجزائر )

السنة	الوفيات					
	توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (%)					
إصابات	أمراض أخرى	تشوهات خلقية	الانتان الوليدي	الاختناق التوليدي	الخدج	الالتهاب الرئوي
2012	8	14	20	8	13	12
2010	5	15	13	3	11	...
2008	6	19	7	5	11	19
2000	6	15	11	6	11	15

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy,

يضم هذا القسم المؤشرات المتعلقة بمستوى وتوزيع أسباب محددة للوفيات مصنفة على النحو التالي:  
 □ سجلت معدلات الوفيات حسب الأسباب مقيسة حسب العمر لكل 100000 نسمة انخفاضا في الأمر ا  
 ض السارية

من 202 سنة 2008 إلى 78 سنة 2012 ، في حين سجل ارتفاع في الأمر ا ض غير السارية من 523 سنة 2008 إلى

710 سنة 2012 وكذا في الإصابات من 47 سنة 2008 إلى 54 سنة. 2012 تبلغ عدد الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات 20000 وفاة سنة 2012 في حين كانت 26000 وفاة سنة 2010، بالنسبة لمعدلات وفيات حديثي الولادة فقد سجل انخفاض مستمر في الفترة من 43% سنة 2000 إلى 25.6% سنة 2014 لكلا الجنسين وقد بلغت عند الذكور 27.1% و 23.9% للإناث

سنة 2014، سجلت نسبة وفيات الأمومة لكل 100000 مولود حي 89 وفاة سنة 2013 في حين كانت 120 حالة سنة 2000 .

جدول رقم 05: ( تطور معدلات وفيات حديثي الولادة التأكد من التسمية في الجزائر)

السنة	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
كلا الجنسين %	55.7	43	29.7	29	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6
ذكور %	58.2	44.8	31.4	30.8	29	28.3	27.3	27.3	27.1
إناث %	54.7	41.3	27.8	27.1	26	25.2	24.7	24.9	23.9

Source: : Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

توزعت أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات على كل من الإصابات ب 8% سنة 2012 في حين بلغت 5% سنة 2010 و 6% سنة 2008 ، التشوهات الخلقية سجلت ارتفاعا من 7% سنة 2008 إلى 13% سنة 2010 لتصل إلى 20% سنة 2012 ، الانتان الوليدي بلغ 5% سنة 2008 لينخفض إلى 3% سنة 2010 ويعاود الارتفاع إلى 8% سنة 2012 ، الاختناق الوليدي ب 13% سنة 2012 و 20% للخدج، وسجل الالتهاب الرئوي 12% من نفس السنة \*في حين سجلت معدلات الوفيات بسبب الإسهال انخفاضا ملحوظا من 15% سنة 2008 إلى 4% سنة 2012 وكذا بالنسبة إلى الحصبة من 11% سنة 2010 إلى 1% سنة 2012 بينما سجل ظهور وفيات بسبب مرض الايدز بنسبة . 1% قد بلغ عدد الوفيات برين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات 20000 وفاة سنة 2012 في حين كانت 26000 وفاة سنة 2010

ثالثا: الأمراض المعدية المنتقاة

جدول رقم 06: ( عدد حالات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر )

السنة	عدد الحالات المبلغ عنها				
	داء اللشمانيات	الحصبة الألمانية	الملا ريا	الحصبة	السل
2012	9127	420	887	18	21880
2011	...	170	191	112	21429
2010	...	212	...	103	22336
2009	...	23	...	107	21701
2008	...	1339	11964	217	8643

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

بلغ عدد الحالات المبلغ عنها في الجزائر الأرقام التالية:

- داء اللشمانيات 9127 حالة سنة 2010 في حين كانت 7632 حالة سنة 2008.
- الملا ريا سجلت 887 حالة سنة 2010 في حين كانت 191 حالة سنة 2011 و 11964 حالة سنة 2008.
- لحصبة 18 حالة سنة 2008 بعدما كانت 112 حالة سنة 2011 و 1547 حالة سنة 2008.
- التهاب السحايا سجل 3941 حالة سنة 2008.
- الشاهوق ب 104 حالة سنة 2012 في حين سجلت حالة واحدة سنة 2011.
- الحصبة الألمانية سجلت ارتفاعا محسوسا سنة 2012 حيث بلغ عدد الحالات المبلغ عنها 420 حالة في حين سجلت 170 حالة فقط سنة 2011 و 212 حالة سنة 2010 و 23 حالة سنة 2009 ، كانت اعلى نسبة سنة 2008 ب 1339 حالة.
- السل سجل أكبر عدد من حالات التبليغ بين بقية الأمراض المعدية ب 21880 حالة سنة 2012 و 21429 حالة سنة 2011 .

رابعاً: التغذية بالخدمات الصحية

جدول رقم 07: ( التغذية بالخدمات الصحية في الجزائر )

السنة	معدل انتشار وسائل منع الحمل	التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل (%)		الولادات بإشرف عاملين صحيين	المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز	التغطية التمنيعية بين الأطفال في السنة الأولى من العمر (%)				
		زيارة واحدة	4 زيارات			الجرعة الثالثة	الجرعة الثالثة	الجرعة الثالثة	الجرعة الثالثة	

	(	على الأقل	على الأقل	ماهرين (%)	الوليدي (%)		من اللقاح الثلاثي DTP3	من لقاح التهاب الكبد B HepB3	من لقاح المستدمية النزلية من النمط B HIB3
2006 - 2013	61	89							
2012				95	90	95	95	95	95
2011				95	90	95	95	95	95
2010				95	90	95	95	95	95
2009				...	71	88	93	91	93
2008				95	71	88	93	91	93
2000				...	64	80	86	...	...
1990				77	75	83	89	...	...

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy

يلاحظ أن الجزائر قد سجلت فيما يخص الأطفال دون الخامسة من العمر والمصابون بالإسهال الذي يتلقون المعالجة بأملاح الأمعاء الفموي نسبة 27% فقط بينما المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي ويتلقون المضادات الحيوية فقد وصلت النسبة إلى 59% في حين حققت مستويات عالية في مجال التغطية التمنيعية \*بين الأطفال في السنة الأولى من العمر بحيث استقرت النسبة على 95% في السنوات 2010 (، 2011، ) 2012 وذلك في كل من الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B والجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B والجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DIP3 والحصبة، بعدما كانت في سنة 2009 و 2008 على التوالي 93%، 91%، 93% و 88% .

فيما يخص المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز الوليدي فقد سجل استقرار في الفترة - 2010 2012 بنسبة تغطية 90% في حين كانت 71% لكل من 2009 و 2008 و 64% سنة 2000 .

\*تحسب مؤشرات التغطية بقسمة عدد الأشخاص الذين يتلقون تدبيراً علاجياً معيناً على عدد المستحقين أو المحتاجين لهذا التدبير العلاجي.

بالنسبة لمعدل انتشار وسائل منع الحمل فقد بلغت النسبة 61% في الفترة 2013 - 2006 والتغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل بزيارة واحدة على الأقل 89% أما الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين بلغت 95% سنة 2012.

سجلت معدلات النجاح في معالجة حالات السل الإيجابية اللطاخة ارتفاعاً نسبياً ب 89% و 92% في الفترة - 2008

2011بينما سجلت معدلات اكتشاف حالتها اعلى نسبة لها 100% سنة 2009 لتتخفف إلى 64% سنة 2012 .

خامسا: الأنظمة الصحية

(1 أسرة الاستعجالات

(2 دور الولادة العمومية = دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات و في بعض

قاعات العلاج

(3 تتعلق بعيادات طبية جراحية خاصة

جدول رقم: 08 ( القوى العاملة في الجزائر)

جراحي الأسنان		الصيدلة		الأطباء		السنة
عدد السكان لكل جراح	العدد	عدد السكان لكل صيدلي	العدد	عدد السكان لكل طبيب	العدد	
3093	11633	3962	9081	640	56209	2010
3167	11135	4148	8503	677	52071	2009
3093	10649	4314	8019	721	47995	2008
3711	8197	6318	4814	941	32332	2000
3476	7199	11725	2134	1063	23550	1990

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة احصائية 1962-2001 الفصل الخامس الصحة

يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية فيه وقد سجلت الجزائر الأرقام التالية:

- سجل ارتفاع في عدد كل من الأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان بحوالي الضعف في الفترة - 2000 2010

وذلك على التوالي 32332 ( ، 4814 ، ) 8197 سنة 2000 ليصل إلى 56209 ( ، 9081 ، ) 11633 سنة 2010 في

المقابل هناك انخفاض في عدد السكان لكل طبيب ليصل إلى 640 سنة 2010 في حين بلغ 941 سنة 2000 و670

سنة 2009 ، كذا بالنسبة لعدد السكان لكل صيدلي حيث بلغ 3962 سنة 2010 وكذا 3093 لكل جراح أسنان، وقد

بلغت كثافة القوى العاملة الصحية لكل 10000 نسمة في الفترة من 2013 - 2006 ، 12.1 بالنسبة لمطباء، 19.5

للموظفين في التمريض والقبالة، و 3.3 للموظفين في طب الأسنان، 2.4 للموظفين في الصيدلة، في حين بلغت 0.2

لمطباء النفس في الفترة. 2010 - 2006

جدول رقم:09 (تعداد الهياكل الصحية في الجزائر)

2010		2009		2008		
عدد الأسرة التقني	العدد	عدد الأسرة التقني	العدد	عدد الأسرة التقني	العدد	
37775	194	37565	192	37185	190	مؤسسة استشفائية عامة
679	04	608	04	600	04	مؤسسة استشفائية
11889	13	12342	13	12115	13	مراكز استشفائية جامعية
612	01	700	01	700	01	مؤسسة استشفائية جامعية
10824	64	10475	61	9932	57	مؤسسة استشفائية متخصصة
...	271	...	271	...	271	المؤسسات العمومية
3272 ( 1 )	1491	2704 ( 1 )	1436	1988 ( 1 )	1419	للصحة الجوارية
...	5350	...	5258	...	5077	تجمع: عيادات
320	431	2914	427	2812	419	متعددة الخدمات- قاعات العلاج- دور الولادة العمومية <sup>2</sup>
...	97	...	94	...	85	دور الولادة الخاصة
...	528	...	521	...	504	3 دور الولادة <sup>1</sup>
...	616	...	614	...	611	المجموع
...	50	...	50	...	50	مركز طبي اجتماعي مختبرات النظافة الولائية
61779	...	61690	...	60532	...	عدد أسرة المستشفيات
...	9264	...	8837	...	8477	الصيدليات
...	8322	...	7876	...	7509	منها الخاصة
...	89.83	...	89.13	...	88.58	%
...	6208	...	5904	...	5621	المنشآت الخاصة
...	6315	...	6206	...	6202	عيادة طبيب مختص
...	5105	...	4909	...	4717	عيادة طبيب عام
...	376	...	335	...	301	عيادة طب الأسنان عيادة ممارسة مجموعة

Source: Office National des statistiques, [www.ons.dz/santé](http://www.ons.dz/santé)

حوصلة احصائية 2011-1962 الفصل الخامس الصحة

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية الجامعية العامة 194 مؤسسة سنة 2010 بعدد أسرة 37775 في حين كانت

190 سنة 2008 و 192 سنة 2009 بعدد أسرة على التوالي 37185 و. 37565

- يلاحظ قلة وسوء في توزيع الهياكل الصحية بالنظر إلى الارتفاع المتزايد لعدد السكان في الجزائر إلا أن ذلك لم

<sup>1</sup> يتعلق الامر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة.

ي صاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية حيث سجل ثبات في عدد المراكز الاستشفائية الجامعية ب 13مركز جامعي منذ سنة 2000 وقد عرفت انخفاضا في عدد الأسرة التقنية سنة 2010 إلى 11889 بعدما كان 12342 سرير سنة 2009، لترتفع إلى 14000 سرير سنة 2014 ويؤسس مركز جامعي جديد بطم طبي<sup>1</sup> بلغ 15000 و 15609 مساعد طبي 1 ، كذا يلاحظ ثبات في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ب 271 مؤسسة، أما العيادات متعددة الخدمات بلغ عددها 1491 سنة 2010 و 5350 قاعة علاج هذا من جهة، ومن جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا في توزيع المؤسسات الصحية فالعاصمة تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد ذلك في الشرق نسبة 22% ، الغرب بنسبة 20% ، بينما الجنوب الشرقي بنسبة 2% والجنوب الغربي . 1 %<sup>2</sup>.

### سادسا: الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

#### جدول رقم: 10 ( الإحصاءات الديمغرافية في الجزائر )

السنة	السكان							التغطية بخدمات السجل المدني (%)		المعدل الخام للولادات (%)	عدد الولادات (بالآلاف)
	الإجمالي (000s)	النمو الطبيعي (بالآلاف)	معدل النمو الطبيعي ( )	متوسط العمر (بالسنوات)	دون سن 15 (%)	فوق سن الستين (%)	القاطنون في الحضر (%)	الولادات	الوفيات		
2014	39114	840	2.15	...	...	...	...	...	...	25.93	1014
2013	38297	795	2.07	...	...	...	...	...	...	25.14	963
2012	37495	808	2.16	27	27	7	74	99	...	26.08	978
2011	36717	748	2.04	27	27	7	73	...	...	24.78	910
2010	35978	731	2.03	26	27	7	66	...	...	24.68	888
2009	35268	690	1.96	26	27	7	66	...	...	24.07	849
2008	34591	663	1.92	25	28	7	65	...	...	23.62	817
2000	30416	449	1.48	...	...	...	...	...	...	19.36	589
1990	25022	624	2.49	...	...	...	...	...	...	19.36	775

Source: World health organization, World Health Statistics reports(2010-2014), Italy. Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة وقد سجلت الجزائر النتائج التالية:  
بلغ عدد السكان 39.114.000 نسمة سنة 2014 بزيادة في معدل النمو الطبيعي وصل 2.15 من نفس السنة يعود هذا الارتفاع أساسا إلى الزيادة المعتمدة في حجم الولادات الحية بالرغم من ارتفاع حجم الوفيات الذي وصل إلى

<sup>1</sup> Plan National Cancer 2015-2019, ANDS, 2014, P29.

<sup>2</sup> إلياس بومعروف، عمار عماري، مرجع سابق، ص 33.

174000 وفاة سنة 2014 بمعدل خام 4.44% ونلاحظ تضاعف النمو الطبيعي للسكان خلال الخمسة عشرة سنة الأخيرة حيث انتقل من 449000 إلى 840000 بين سنة 2000 و. 2014  
 □ بلغ متوسط العمر بالسنوات إلى 27 سنة 2012 و 7% لما فوق سن الستين.  
 □ بالنسبة للقاطنين في الحضر بلغت نسبتهم 66% سنة 2010 لترتفع إلى 73% سنة 2011 و 74% سنة 2010 وذلك بسبب النزوح الريفي الذي تشهده البلاد في السنوات الأخيرة.

**جدول رقم 11: ( الإحصاءات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر )**

معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة ممن تتراوح أعمارهم 15 سنة فما فوق (%)	المعدل الصافي للمعدل للالتحاق بالمدرسة الابتدائية (%)		المعدل الخام للوفيات (%)	عدد الوفيات (بالآلاف)	متوسط العمر عند الإنجاب (بالسنة)	إجمالي معدل الخصوبة لكل امرأة	نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية بالدولار الدولي)	مستشري الهاتف الخليوي (لكل 100 من السكان)	
	ذكور	إناث							
2006-2012	2006-2012								
73	98	96	4.44	174	31.3	3.03	...	...	2014
			4.39	168	31.4	2.93	...	...	2012
			4.53	170	31.5	3.02	8360	98	2012
			4.41	162	31.6	2.87	...	99	2011
			4.37	157	31.7	2.87	8180	92	2010
			4.51	159	31.8	2.84	8110	...	2009
			4.42	153	31.9	2.81	7940	...	2008
			4.59	140	32.0	2.40	5130	...	2000

Source: World health organization, World Health Statistics reports(2010-2014), Italy

بلغ عدد الولادات 1014000 ولادة سنة 2014 وهي أعلى قيمة سجلت إلى حد الآن بمعدل خام 25.93% حين بلغت 963000 ولادة سنة 2013 بمعدل خام 25.14% و 978000 ولادة سنة 2012 بمعدل خام 26.08%.  
 □ بلغ معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة ممن تتراوح أعمارهم 15 سنة فما فوق 73% وذلك بسبب الجهود الرامية لمحاربة الأمية، بلغ المعدل الصافي للالتحاق بالمدرسة الابتدائية في الفترة 2012 - 2006 نسبة 98% للذكور و96% للإناث.  
 □ وقد ورد في تقرير ديمغرافي الجزائر الصادر عن الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2014 أن التركيبة السكانية تميزت حسب السن ب تواصل الارتفاع في نسبة الفئة السكانية الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والتي انتقلت من



11.4% إلى 11.6% ما بين 2013 و 2014 ، عرفت كذلك نسبة فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفاعاً، حيث انتقلت من 28.1% إلى 28.4% خلال نفس الفترة، واصلت نسبة الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (59 سنة) انخفاضها، حيث ارتفعت من 64.0% إلى 63.6% في الفترة ما بين 2012 و 2013 ، لتبلغ 63.1% في سنة 2014 ، في حين واصلت نسبة الفئة التي تتجاوز أعمارها 60 سنة ارتفاعها حيث انتقلت من 8.3% إلى 8.5% ما بين سنتي 2013 و 2014 ، أي ما يعادل 3334000 نسمة. من جهة أخرى بلغ حجم الفئة النسوية في سن الإنجاب 49 - 15 ( سنة 10.7 ) مليون امرأة، كما شهدت سنة 2014 ارتفاعاً لمؤشر الخصوبة الكلي الذي بلغ 3.03 لكل امرأة أما متوسط العمر عند الإنجاب، فهو يواصل في الانخفاض والذي بلغ 0.1 سنة في كل عام، ليبلغ 31.3 سنة.

### خلاصة

كان لتطور مفهوم الصحة اثر كبير على أبعاد التنمية الصحية، حيث انتقل من المستوى الصحي إلى الأبعاد

الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تعتبر ذات صلة بحياة أف ا رد المجتمع، بغرض تحسين مستويات الصحة العامة لعموم السكان يتوجب تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئة بصورة متوازية لما لها من أثر كبير على حياة الأفراد ونوعيتها، هذا ما يلاحظ على واقع الصحة الوطنية في الجزائر فبالرغم من التطور الذي شهدتها في السنوات الأخيرة إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول بالمقارنة مع جاراتها، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها من أهمها ضعف الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم أو النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها وقدم العتاد الصحي المتواجد فيها ففي الوسط هناك 56 منشأة صحية منها 6 ( مراكز استشفائية جامعية، و 15 مركز استشفائي متخصص) تتكفل بتقديم خدمات لإحدى عشرة ولاية، في الغرب هناك 55 منشأة صحية منها 4 ( مراكز استشفائية جامعية، 10 مراكز استشفائية متخصصة) تتكفل بتقديم خدمات لأربعة عشرة ولاية، فري الشرق هناك 43 قطاع صحي منها 3 ( مراكز استشفائية جامعية، 6 مراكز استشفائية متخصصة) تتكفل بتقديم خدمات لإحدى عشرة ولاية، في الجنوب الغربي يوجد 20 منشأة صحية تغطي سبعة ولايات و في الجنوب الشرقي 11 منشأة صحية تغطي خمسة ولايات، وكذا سجلت 52% بالنسبة للمجيبين بالرضا في تقرير التنمية البشرية لسنة 2013 في مؤشر الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الفترة 2009 - 2007 بينما سجلت تونس مثلا 80% .

لا تزال هناك فجوة واسعة تفصل بين الطاقات الكامنة للنظام الصحي الجزائري وبين أدائه الفعلي، لذا هناك حاجة لإجراء عدد من التقييمات الذاتية لأدائه ومقارنته مع البلدان الأخرى ذات الظروف والمستوى المشابه والتي حققت نتائج أفضل، وكذا اشراك كافة القطاعات التي تؤثر بصفة غير مباشرة على الصحة بغرض تخطيط وبناء النظام الصحي ووضع البرامج الكفيلة برفع المستوى الصحي وتحسين وتطوير الهياكل الصحية وتأهيل الإمكانيات التقنية لتقديم خدمات صحية ذات مستوى.

# الخاتمة العامة

## الخاتمة العامة

يعتبر قطاع الصحة من أهم القطاعات الحساسة في المجتمع كونه تربطه علاقة مباشرة بنشاط الإنسان، فتحقيق السلامة الصحية العامة و البدنية و العقلية و النفسية، هي من بين الأهداف الأساسية للمنظومة الصحية، والوصول إلى ذلك يتطلب قدرة و قوة النظام الصحي المعمول به

توفير الموارد البشرية ذات المهارة في التسيير و التنظيم الرشيد و ، و بذلك يساعد الفرد على أداء واجباته و أعماله بشكل فعال، و لكن بإسقاط ذلك على طبيعة النظام الصحي الجزائري، يمكننا القول بأن هذا الأخير شهد تطورا ملفت للنظر منذ استرجاع السيادة الوطنية، و ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها و المزمنة لشيء يدعو إلى التفاؤل ، و لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي حقق كل أهدافه، بل بالعكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية تخص الهياكل و المؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما يؤثر سلبا على السير العام لهذه المؤسسات و الصعوبة التي تجدها في تقديم الخدمات الصحية للسكان، و كان نتيجة ذلك توسع الهوة بينها و بين المواطن الذي أنهكته ضعف القدرة الشرائية ، و زاد على ذلك ارتفاع تكلفة الحفاظ على الصحة.

و منه نستطيع القول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر لم تحقق كل أهدافها الرامية الى تحسين الرعاية الصحية المستدامة، سواء داخل المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة ، و ان كانت هذه الأخيرة تقدم رعاية صحية أحسن لكونها تمتلك الوسائل البشرية و المادية و التقنية الضرورية لذلك، و لكن ذلك لا يعفيها كونها جزء من المنظومة الصحية الوطنية من جهة، و لصغر حجمها من جهة أخرى ، الأمر الذي لا يساعدها على تغطية نسبة سكانية كبيرة، و هذا ما يجرنا إلى القول أن الجزائر ما زالت تعاني من سوء توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني ، خاصة إذا علمنا أن معظم المؤسسات الصحية الخاصة موجودة في المدن الكبرى و الشمالية منها، مما يدعو ذلك إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة ، و جعلها تتماشى و التوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني.

وفي الأخير نصل إلى نفي الفرضية الأولى في تحقيق الأهداف المرجوة من أي سياسة صحية هو وجود نظام صحي عصري لان نجاح أي سياسة صحية مرهون بوجود نظام عصري مرن ، و هو ما لم تصل إليه الجزائر بعد ، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي مؤسسات بيروقراطية أكثر منها خدماتية.

اما الفرضية الثانية مقبولة حيث ان انعكاس سياسات إصلاح النظام الصحي حالة دون تحقيق تنمية صحية مستدامة وهذا نظرا لما ركزنا عليه في دراستنا حول تشخيص سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية البشرية ، من خلال إبراز أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي وتأثيره على التنمية البشرية المستدامة ، و النتائج المتوصل إليها خلال المجال الزمني للدراسة اذ أنه لم يكن تغيير كبير واضح للنهوض بهذا القطاع الحساس وهذا بالنظر الى الميزانية المالية السنوية المرصودة له ، إذ لا ينكر أحد أن السلطات بذلت كل الجهود في سبيل توفير العلاج الكافي للسكان ، من خلال إنشاء عدة هياكل صحية عمومية ، و السماح للقطاع الخاص بالنمو مما عزز من العدد الإجمالي للهياكل الصحية المشكلة للمنظومة الصحية الحالية.

ومن هذا المنظور يتم الإجابة عن الإشكالية: بأنه لا يكفي لنقول أن سياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر نجحت ، حتى أن بعض الهياكل يبقى بعضها شاغر و ذلك لنقص العنصر البشري المؤطر لها ، و نقص الموارد البشرية المتخصصة في استعمال تلك الوسائل المتطورة مما أدى ذلك إلى إتلافها و تكبيد الخزينة العمومية خسائر مادية كبيرة و هذا راجع إلى سوء التغطية و التوزيع ، فالتركيز على جانب واحد و إهمال الجوانب الأخرى يؤدي حتما إلى الفشل في تحقيق كل الأهداف المخطط لها.



# المراجع

قائمة المراجع

I. الكتب :

1.I. الكتب باللغة العربية :

- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009 ص 21 ،  
كرباج يوسف ، " هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا" ،مجلة  
عمران، العدد 1 ، الدوحة :المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات ،مارس 2013  
فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.  
• خليل محمد حسن الشماع، خيضر كاظم محمود، نظرية المنظمة، دار الميسرة، عمان، 2000،

كرادشة، منير عبدالله، " الديمغرافيا الاجتماعية"، الأردن، علم الكتاب الحديث، 2009

رزيق المخادمي، عبد القادر، " الانفجار السكاني في العالم، من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية"، الجزائر، دار الفجوة للنشر والتوزيع، 2005

عثمان الصديقي، سلوى، " مدخل الصحة العامة والرعاية الاجتماعية"، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث للنشر 1999

سعيد عبد العزيز، عثمان، " اقتصاديات الخدمات"، مصر، الدار الجامعية للنشر الإسكندرية، 1998.

أحسن، م ا زهرة ، عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسن، " علم اجتماع الصحة"، الطبعة الأولى، عمان الأردن، دار اليازوردي للنشر، 2003.

I. الاطروحات والرسائل الجامعية.

1. العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر

2. عبد الكريم، منصور، "قياس الكفاءة النسبية ومحددتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلفات البيانات DEA بمنحة قياسية"، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2013  
2014

1. تقارير

شاوى صلاح، النظام الوطني للصحة، تقرير من المؤتمرات و الحلقات الدراسية، وزارة الصحة والسكان، 1990،

تقرير منظمة الصحة العالمية، النظم الصحية :تحسين الأداء، 2000،

وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات ، "التقرير الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات"،

2013-الج ازئر2012-

7-وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات ، "التقرير الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤش ا  
رت"،

2013-الج ازئر2012-

2-الديوان الوطني للإحصاء، " الموسوعة الإحصائية للج ازئر " ، 2010-2008  
(الجزائر 2012)

## I. المراجع الإلكترونية

- الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية: 27 www.who.int تاريخ الإطلاع يوم/09/2015 .

، المعهد الوطني للصحة العمومية،- : www. Insp-institut-national.dz

## II. المراجع باللغة الأجنبية :

### II. الكتب

Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis  
nationaux et  
enjeux partagés, Ipmed, 2012.

Didier Sting, La Fonction Publique Hospitalière, Imprimerie de France,  
Octobre  
1999.

Pierre Patrick Olivier, Système de Compte de Santé, OCDE, 2000.

4-Omran Abdel R; « **The epidemiologic transition : a theory of the  
Epidemiology of population change**», *Milbank Memorial Fund  
Quarterly*,  
USA ,1971.

5-Olshansky and Ault Brian, the **fourth stage of the epidemiologic  
transition**, *Milbankquarterly* , the age of delayed degenerative disease

Robine, J-M , « **Redéfinir les phases de la transition épidémiologique  
à travers l'étude de la dispersion des durées de vie**». *Population*  
56,France,2001.

J.Vallin, J .Meslé, « **Transition sanitaire : tendances et Perspectives**»,  
*Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, France ,2000.



Mise en oeuvre de la contractualisation, Ministre de la santé, de la population,  
point de situation au 31 décembre 2003.

**.II . المراجع الإلكترونية :**

Stéphane Tizio, « trajectoires socio-économiques de le régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle»

,  
Mondes en développement, 2005/3 - no 131, p46.  
<http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005>.

# الملاحق

الملحق رقم 1: جدول تطور عدد السكان المقيمين من الأسر العادية والجماعية

التعداد	اجمالي السكان	نسبة السكان في المناطق الحضرية (%)
1966	12.022.000	56.1

## الملاحق

1977	16.948.000	61.2
1987	23.038.942	70.8
1998	29.100.869	81.4
2008	33.920.000	85.4

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962 إلى 2011، ص.37.

### الملحق رقم 2: جدول تطور تركيب السكان حسب الفئة العمرية في الجزائر ما بين 1977- 2012

الفئة العمرية	1977	1987	1998	2002	2006	2012
4 – 0	18.7	16.6	10.9	8.1	8.5	11.2
14 -5	29.1	27.5	25.3	22.7	19.7	16.6
59 -15	46.3	50.2	57.2	61.7	64.2	64.0
ما فوق 50	5.8	5.8	6.6	7.5	7.6	8.2

المصدر: وزارة الصحة واصلاح المستشفيات ، المسح العنقودي 2012- 2013 ص 20.

### الملحق رقم 3: جدول تطور مرض السل في الجزائر خلال الفترة 2005- 2010

السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010
عدد الحالات المسجلة	غير مصرح بها	20090	20589	19375	18526	21786

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، الموسوعة الإحصائية للجزائر، 2008 - 2010.

### الملحق رقم 4 : جدول تطور مؤشرات المواليد في الجزائر خلال الفترة 2005 – 2011

السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
المواليد (بالآلاف)	703	739	783	817	849	888	910
معدل الخام للمواليد (%)	21.36	22.07	22.98	23.62	24.07	24.68	24.78
معدل الزيادة الطبيعية (%)	16.9	17.8	18.6	19.2	19.6	20.3	20.4

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962- 2011

الملحق رقم 5 : جدول تطور أمل الحياة في الجزائر خلال الفترة 1990 – 2011

السنوات	1990	2000	2005	2008	2009	2010	2011
أمل الحياة عند الولادة	66.9	72.5	71.7	75.6	75.5	76.3	76.5

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962 – 2011

الملحق رقم 6: جدول تطور معدل الوفيات الخام ووفيات الرضع في الجزائر خلال الفترة 1990 – 2011

السنوات	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
الوفيات (%)	151	141	147	144	149	153	159	157	192
معدل الخام للوفاة (%)	6.03	4.59	4.47	4.30	4.38	4.42	4.51	4.37	4.41
عدد وفيات الرضع	2703	2107	2137	1987	2051	2079	2107	2104	2105
معدل وفيات الرضع (%)	46.8	36.9	32.4	28.3	27.9	25.5	24.8	23.7	23.1

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011

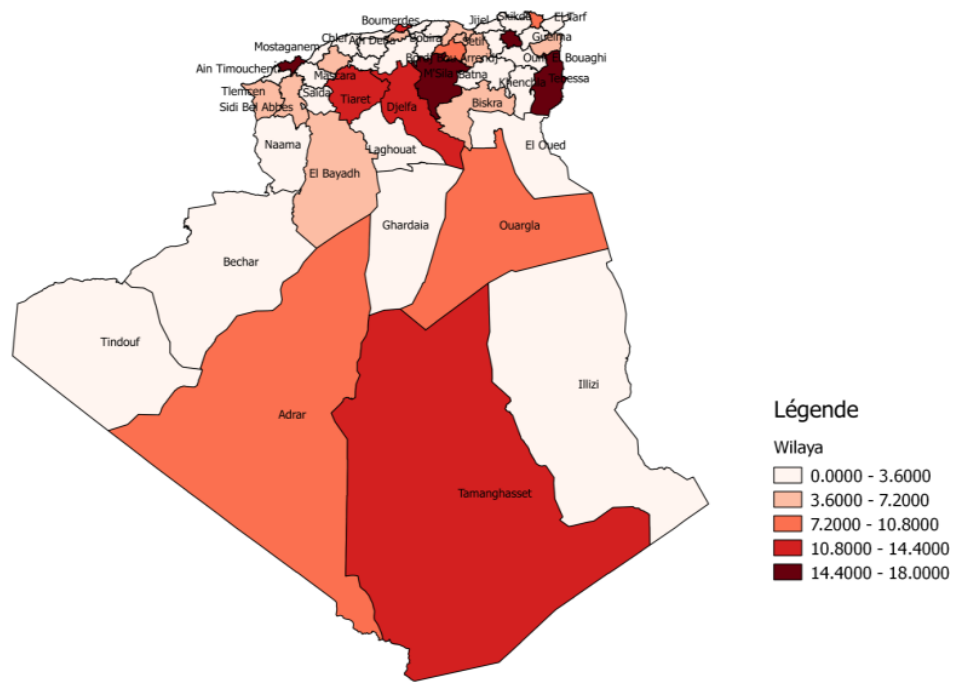
الملحق رقم 7: جدول المؤشرات الصحية العامة

القسم الأول	القسم الثاني	القسم الثالث
مؤشرات ايجابية	البيئة الطبيعية	الخدمات الطبية
- معدل المواليد	- الحالة الجغرافية و الجيولوجية	- عدد الأطباء
- العمر المتوقع عند الحياة	- حالة المناخ	- عدد

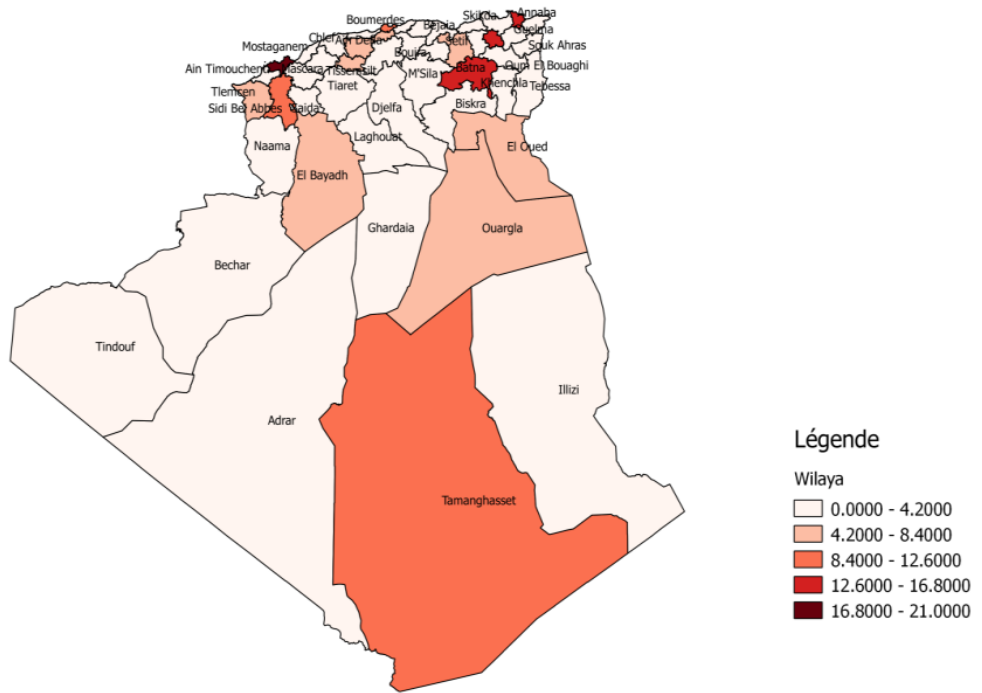
المرافق الصحية		
خدمات الضمان الاجتماعي	البيئة الاجتماعية و الاقتصادية - كثافة السكان - المستوى التعليمي - مستوى الدخل	مؤشرات سلبية - المعدل العام للوفيات - معدل انتشار الأمراض
نسبة الانفاق العام		مؤشرات لها علاقة بعوامل اجتماعية - الفقر - الجهل - الانحراف والجريمة

المصدر: مذكرة ماجستير واقع الصحة العمومية بالجزائر "بركاني امينة"

وفيات الامهات 2005



وفيات الامهات في الجزائر لسنة 2010



الملحق رقم 10

البنى التحتية للقطاع العام عبر ولايات الجزائر لسنة 2010

