

أداء النظام الصحي في الجزائر " دراسة تحليلية للمؤشرات "

Performance of the Health System in Alegria (Analytical Study of Indicators)

عواج بن أعمار

جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان - الجزائر

ben_aziz13@yahoo.fr

صاري محمد فايزة *

جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان - الجزائر

Fayza.sarimohammed@univ-tlemcen.dz

- تاريخ الإرسال: 2021/05/12 - تاريخ القبول: 2021/05/31 - تاريخ النشر: 2021/06/09

الملخص: صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية فالجزائر قطعت أشواطاً كبيرة في تطوير قطاع الصحة، وتعد الصحة من بين القطاعات التي منحتها الدولة الأولوية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ولا تزال الجزائر تحاول جاهدة تطوير المنظومة الصحية، حيث سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية الوقوف على أداء النظام الصحي والتعرف على مواطن القوة والضعف فيه وذلك باستعراض أهم المؤشرات لتقييمه والتعرف كذلك على واقعه وبعد ذلك سبل النهوض بالقطاع بالأسس العلمية والصحيحة.

الكلمات المفتاحية: الصحة - النظام الصحي - الأداء - تقييم - الجزائر.

Abstract: The health of individuals is a nominal goal the state is trying to achieve, so it is considered that healthy individuals are the nerve of every policy development, where Algeria was cut off a major development in health sectors, where health is among sectors that the state has granted priority since independence to the present day this is where Algeria is still trying to develop the health system.

Where we will try through these paper to stand on the performance of health system and identification strengths and weaknesses, reviewing the most important indicators for its evaluation and to identify its reality and then the ways to promote the foundations sector with scientific and correct ways.

Keywords: the health - health system - performance - evaluation - Algeria.

مقدمة:

يتفق كثيرا من خبراء الأنظمة الصحية في العالم أن النظام الصحي لأي بلد هو الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على الأسس الصحيحة وهذا بالنهاية يؤدي إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها.

وإن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي إلا أن النظام الصحي لأي بلد إنما يعكس الرؤية السياسية السائدة حول الخدمات الصحية لذلك البلد والهدف منها ولكن من الواضح أن القاسم المشترك لأفضل الأنظمة الصحية في العالم هو التغطية الشاملة والعادلة لكل المواطنين.

والهدف من البحث هو محاولة تقييم مستوى أداء النظام الصحي الجزائري وعرض أهم المؤشرات والإحصائيات الجديدة ومعرفة نقاط القوة والضعف فيه وكذا سبل تطويره، حيث سنطرح الإشكالية التالية: ما هو واقع النظام الصحي في الجزائر من خلال النتائج والإحصائيات التي حققها في السنوات الأخيرة ؟

وقد قسمنا هاته الورقة البحثية إلى قسمين يتناول القسم الأول النظام الصحي كمدخل مفاهيمي وخصائصه أما الشق الثاني فقد خصص لدراسة النظام الصحي في الجزائر وعرض أهم خصائصه ومؤشرات قياس أدائه بالاعتماد على المؤشرات التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة في تقييم الأنظمة الصحية كمعدل الأمل والحياة وعبئ المرض والأمراض المنقاة والتغطية الصحية وكذا الإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى سبل تطوير المنظومة الصحية في الجزائر.

أولا / النظام الصحي " مدخل مفاهيمي":

(1) الصحة:

الصحة في اللغة العربية: الصَّحَّ والصَّحَّة قال شارح القاموس " لسان العرب": قد وردت مصادر على فعل، بالصَّم، وفعله بالكسر، في ألفاظ هذا منها، وكالقل والقلة، والذل والذلة والصَّحَّاح: خلاف السُّقَم وذهاب المرض، وقد صحَّ فلان من علته واستصح.¹

الصحة في الاصطلاح: تعرف بأنها " حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات وتشمل العديد من المجالات والميادين.²

¹ جمال الدين أبو الفضل محمد ابن مكرم، لسان العرب ابن منظور، المجلد الرابع، ج28، القاهرة: دار المعارف، 1981، ص:2401.
² سلوي عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، مصر: دار المعارف الجامعية، 2004، ص:23.

فهي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعاده واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها مع السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير، ويتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع وفي إطار القيم.³

وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض والعجز".⁴

(2) النظام الصحي:

النظام الصحي هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد من الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة).

كما يعرف النظام الصحي بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة.

فانطلاقا مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك جملة من الأمور هي:

- أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

ويتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي:

³ قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد: 06، جانفي 2012،

ص: 219

⁴ الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية:

WWW.WHO.INT/FEATURES/FACTIFILES/MENTAL=HEALTH/AR/05/04/2012

- الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي، وهذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذي يوما ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوافر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

- المكون المهني والفني، وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، ومن أمثلة هؤلاء: الطبيب، طبيب الأسنان، الممرضات، الصيادلة.

- المكون الاجتماعي وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع والدولة والشعب والذين كل منهم يقوم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها.⁵

3) خصائص المنظومة الصحية الجيدة:

إن أداء المنظومة الصحية عموماً، ونوعية الخدمات الصحية خاصة، لا يمكن بلوغه إلا بوجود معايير ومقاييس محددة، أو بالأحرى وجود خصائص معينة للمنظومة الصحية الجيدة.

إن توافر الأموال والوسائل المادية والبشرية واستغلالها بطريقة جيدة، هو من العوامل الأساسية في تحسين مستوى أداء المنظومة الصحية وكذا مردوديتها، غير أنه من الأهمية التركيز على كل الجوانب التي تساهم في تشغيل هذه المنظومة واستمرار نشاطها.⁶

إن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي إلا أن النظام الصحي لأي بلد إنما يعكس الرؤية السياسية السائدة حول الخدمات الصحية لذلك البلد والهدف منها ولكن من الواضح أن القاسم المشترك لأفضل الأنظمة الصحية في العالم هو مدي تحقيقها للأهداف التالية:

1- التغطية الشاملة الكاملة لكل المواطنين.

2- التغطية العادلة لكل المواطنين.

3- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

4- أن تتم هذه التغطية الصحية على أسس علمية صحيحة.

وقد خصص تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2000 لمحاولة تقييم مدي إنجاز وفعالية الأنظمة الصحية في تحقيقها لهذه الأهداف الأربعة الرئيسية.

⁵ عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الأردن: دار الراية للنشر والتوزيع، ط1، 2012، ص ص: 15-16.

⁶ سامي نباتي، دور برامج تدريب الموارد البشرية في تحسين نوعية الخدمة بالمؤسسة "محاولة دراسة حالة للمركز الإستشفائي الجامعي" الحكيم بن باديس بقسنطينة، ص ص: 146-147.

وقد اختارت منظمة الصحة العالمية خمس مؤشرات لتقييم إنجاز الأنظمة الصحية في 191 دولة في العالم وهذه المؤشرات هي:

- 1- مستوى الصحي للسكان.
- 2- توزيع مؤشر مستوى الصحة بين السكان.
- 3- مدي استجابة النظام الصحي لاحتياجات المواطنين.
- 4- توزيع هذه الاستجابة بين الأقاليم ومجموعات السكان.
- 5- عدالة توزيع كلفة التمويل على متوسط المواطنين.⁷

ثانيا / أداء النظام الصحي الجزائري حسب تقييم المنظمة العالمية للصحة.

حسب تقرير منظمة الصحة العالمية تحتل فرنسا المرتبة الأولى في مجال النظام الصحي أما عمان فتأتي على رأس القائمة في مجال المستوى الصحي في حين أن معظم الدول الإفريقية تحتل المراتب الأخيرة حسب تقييم المنظمة، وبالنظر إلى ترتيب الدول حسب المنظمة نجد أنه لا يوجد هناك ارتباط بين المستوى الصحي مستوى النظام الصحي والإنفاق الصحي، فالولايات المتحدة الأمريكية تحتل المرتبة الأولى في مجال الإنفاق الصحي على الفرد، نجدها في المرتبة 72 و 37 وفي مجال المستوى الصحي ومستوى النظام الصحي على التوالي.

أما الجزائر فتحلت المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية أخرى، حيث يلاحظ أن هناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي وفي مجال النظام الصحي، فقد احتلت الجزائر المرتبة 84 في مجال معدل الأمل في الحياة من بين 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية، وبالنظر لمستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث تحتل الجزائر المرتبة 110، كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث نجدها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول العضوة، أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي نجد أن الجزائر تحتل 75، وهذا ما يؤكد السيد عبد اللطيف بن أشنهو في مقال له أن المؤسسات الصحية العمومية لازلت بعيدة عن مستويات الأداء، خاصة فيما يتعلق "بالظروف غير الجيدة لاستقبال وإقامة المرضى، ندرة الأدوية وارتفاع في معدل الانتظار"، إضافة إلى قلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى.

⁷ تقرير منظمة الصحة العالمية 2000.

نشير هنا، أنه مع الانخفاض المحسوس في نسبة وفيات الأطفال إلا هذه النسبة تبقى نوعا ما مرتفعة مقارنة ببعض الدول، كما أن هناك فوارق واضحة في مجال الحصول على الخدمات الصحية، أما في ما يخص إنجاز الأهداف نجد أن 98 دولة تتبوأ مراتب أحسن من الجزائر، نفس الشيء، فيما يخص مستوي الإنفاق الصحي نجد أن الجزائر تحتل المرتبة 114 من مجموع 192 دولة⁸ وفي هذا الصدد أكد ممثل منظمة الصحة العالمية "باح كايتا" أن الجزائر تعد أحد البلدان القليلة التي هي في طريق تحقيق جميع أهداف الألفية من أجل التنمية.

وخلال افتتاح يوم إعلامي حول إستراتيجية منظمة الصحة العالمية للتعاون مع البلد 2016-2020 اعتبر كايتا أن الجزائر من "البلدان القليلة التي هي في طريق تحقيق جميع أهداف الألفية من أجل التنمية لا سيما فيما يخص الصحة مشيرا إلى أن الأمر يتعلق بتقديم يستحق الإشارة إليه"

وبخصوص الإستراتيجية الخماسية التي تربط منظمة الصحة العالمية والجزائر، وصف ممثل الوكالة الأممية الوثيقة بالهامة لأنها كما قال تعكس "الأولويات الوطنية التي حددتها الحكومة الجزائرية في مجال الصحة" من جهة، ومن جهة أخرى هي مستلهمة من التوجيهات الإستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية على المستوى القاري وبشكل أوسع على المستوى العالمي، مشيرا إلى التزام الجزائر بجعل الصحة أولوية وطنية.

كما أوضح كايتا من جهة أخرى، أن إستراتيجية التعاون مع منظمة الصحة العالمية هي ثمرة مسار انطلق منذ أزيد من سنة من خلال مشاورات مع الدائرتين الوزائيتين للصحة والشؤون الخارجية مع إشراك وكالات أممية أخرى وشركاء آخرين لقطاعات التربية الوطنية والتعليم العالي والمجتمع المدني.⁹

ثالثا / تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر:

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 والمتمثلة أساسا في المؤشرات الأساسية التالية:

⁸ بومعروف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد: 07، 2009، ص: 35.

⁹ بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل التغيرات المعاصرة، مقال منشور يوم: 2019/01/03 على الساعة 11:13 في: w.w.w.stratimes.com / T=430324

(1) معدل الحياة والوفيات وعبء المرض:

الجدول رقم (1): الوفيات العامة

السنة	عدد الوفيات (بآلاف)	المعدل الخام للوفيات
1990	151	3,60
2000	140	4,59
2001	141	4,56
2002	138	4,41
2003	145	4,55
2004	141	4,36
2005	147	4,47
2006	144	4,30
2007	149	4,38
2008	153	4,42
2009	159	4,51
2010	157	4,37
2011	162	4,41
2012	170	4,53
2013	168	4,39
2014	174	4,44
2015	183	4,57
2016	180	4,42
2017	190	4,55

Source: office national des statistiques, w.w.w.ons.dz/sante¹⁰

بالنسبة للوفيات العامة تميزت سنة 2017 بارتفاع محسوس في حجم الوفيات المسجلة مقارنة بسنة 2016، حيث تم تسجيل 190.000 وفاة لدى مصالح الحالة المدنية، وهو ما يعادل زيادة بلغت 10.000 حالة مما أدى إلى زيادة في المعدل الخام للوفيات حيث انتقل من 4,42 إلى 4,55 خلال هذه الفترة.

¹⁰ Office national des statistiques, w.w.w.ons.dz/sante

الجدول رقم (2): احتمال البقاء على قيد الحياة بالسنوات

السنة	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة الإجمالي	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة ذكور	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث
1990	66,9	66,3	67,3	69,9	62,0	52,6	34,0	16,4	5,5
2000	72,5	71,5	73,4	74,2	65,9	56,3	37,6	20,0	9,0
2001	72,4	71,9	73,6	74,2	65,9	56,3	37,6	20,0	9,0
2002	73,4	72,5	74,2	75,0	66,7	57,0	38,2	20,4	9,2
2003	73,9	72,9	74,9	75,3	66,9	57,3	38,5	20,9	9,9
2004	74,8	73,9	75,8	76,2	67,7	58,0	39,1	21,4	10,5
2005	74,6	73,6	75,6	75,9	67,5	57,8	38,9	22,2	10,2
2006	75,7	74,6	76,7	76,8	68,3	58,6	39,7	22,0	10,9
2007	75,7	74,7	76,8	76,7	68,3	58,6	39,6	21,8	10,8
2008	75,6	74,8	76,4	76,5	68,0	58,4	39,4	21,5	10,4
2009	75,5	74,7	76,3	76,4	67,9	58,2	39,2	21,4	10,3
2010	76,3	75,6	77,0	77,1	68,6	58,9	39,8	21,9	10,6
2011	76,5	75,6	77,4	77,3	68,7	59,0	39,9	22,0	10,7
2012	76,4	75,8	77,1	77,2	68,6	58,9	39,9	22,0	10,7
2013	77,0	76,5	77,6	77,8	69,2	59,5	40,4	22,5	11,1
2014	77,2	76,6	77,8	77,9	69,3	59,6	40,5	22,6	11,2
2015	77,1	76,4	77,8	77,8	69,2	59,5	40,5	22,4	11,1
2016	77,6	77,1	78,2	78,4	69,7	60,0	40,9	22,8	11,4
2017	77,6	76,9	78,2	78,2	69,6	59,9	40,7	22,6	11,2

Source: office national des statistiques, w.w.w.ons.dz/sante¹¹

قد سجلت المؤشرات المتعلقة بمأمول البقاء على قيد الحياة عند الولادة لكلا الجنسين ارتفاعا محسوسا، فقد سجل إجمالي احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة (ذكور وإناث) سنتي 2016 و 2017 نسبة 77,6 بالمائة وهذه النسبة مرتفعة مقارنة مع السنوات السابقة.

وسجل احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة الأولى من العمر وعند 10 سنوات ارتفاعا محسوسا في سنوات الأخيرة وانخفض سنة 2017 انخفاضا نسبيا مقارنة بسنة 2016 حيث سجلت المؤشرات احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة الأولى من سنة 2016 نسبة 78,4 بالمائة وسنة 2017 نسبة 78,2 بالمائة، أما احتمال البقاء على قيد الحياة عند 10 سنوات سجلت سنة 2016 نسبة

¹¹ Office national des statistiques, w.w.w.ons.dz/sante

أداء النظام الصحي في الجزائر "دراسة تحليلية للمؤشرات"

67,7 بالمائة وسنة 2017 نسبة 69,6 وكل هاته النسب مرتفعة نوعا ما بسبب المساعي الرامية لتحسين مستوي الصحة وبرامج حماية الأمومة والطفل التي من مساعي منظمة الصحة العالمية.

أما احتمال البقاء على قيد الحياة في سن 20 و 40 سنة، و 60 و 75 سنة فالملاحظ من خلال الجدول ارتفاع في معدل الأمل في الحياة على مدار السنوات.

ويساهم هذا المؤشر في تحديد نوعية النظام الصحي المطلوب مستقبلا إن كان المجتمع يميل نحو الشيخوخة أو الشباب، أو بالتالي سيتم التركيز على تحسين وتوفير خدمات صحية تتناسب مع الفئة الغالبة، وكذا التخطيط لتحسين ظروف الولادات ووفيات الأطفال والرضع من جهة، وأثر 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.

(2) الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر:

الجدول رقم (3): بعض الأمراض ذات تبليغ الإجمالي

إسم المرض	2012	2013	2014	2015	2016
التهاب السحايا	3455	3313	6563	3967	2015
منها: التهاب المكورة السحائية	34	88	47	29	22
أنواع أخرى من التهاب السحايا	3421	3225	6516	3938	4993
التفؤيد	232	170	123	97	137
التهاب الأمعاء الغليظة	150	163	179	158	184
A كباد حموي	1466	1556	2746	1357	1719
B حموي كباد	1797	2342	2576	2896	2861
C حموي كباد	603	785	821	935	798
حثار (تراخوما)	270	7672	1938	1955	834
مرض البقيري	11	35	1	6	4
حمي المستنقعات	887	603	266	747	433
حالات حمي المستنقعات المستوردة	828	587	260	729	420
كيس محتوي على يرقات الدودة الوحيدة	315	388	363	372	329
داء الليشمانيات (حتوي)	57	46	34	48	68
داء البشمانيات (جلدي)	8390	6171	4543	6542	8811
حمي مالطية الكلب	4500	3936	5533	6456	8575
	17	21	7	21	20
الحصبة	1891	3544	154	197	342

0	0	0	0	0	الدفتيريا
19	38	38	124	132	السعال الديكي
9	6	6	12	10	الكراز
1	0	0	2	3	منه: كراز رضيعي
8	6	6	10	7	كراز غير رضيعي
22226	22562	22449	21973	21413	كل أشكال مرض السل
8187	8591	8892	9275	9393	منه: مرض سل الرئوي
13932	14873	13431	12601	11956	السل خارج الرئة
107	98	126	97	64	موقع السل غير محدد
119	90	101	95	93	مرض الإيدز
650	650	744	654	619	فيروس نقص المناعة البشرية

المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية¹²

الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر: بلغ عدد الحالات المبلغ عنها في الجزائر بالنسبة لمرض السحايا سنة 2016 "5015" حالة منها التهاب المكورة السحائية وأنواع أخرى من التهاب السحايا، في حين كانت هناك "3455" حالة سنة 2012، أما التقيؤ فسجل سنة 2016 نسبة 137 حالة مبلغ عنها، كذلك كبد الحموي بلغ سنة 2016 "758" حالة وفي سنة 2013 كانت نسبته "785" حالة، حيث نلاحظ من خلال الجدول انعدام تام لمرض الدفتيريا، نقص المناعة البشرية سجل سنة 2016 "650" حالة بينما كانت نسبته في 2014 "744" حالة مبلغ عنها، كما أن السل سجل أكبر عدد حالات التبليغ بين بقية الأمراض.

(3) الأنظمة الصحية:

الجدول رقم (4): المنشآت القاعدية الصحية:

2016		2015		2014		التعيين
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
38407	200	38305	200	38015	196	مؤسسة إستشفائية عامة (م.إ.ع) (مؤسسات القطاع الصحي سابقا)
1324	09	960	09	926	05	مؤسسة إستشفائية (م.إ.) (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)

¹² المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية

أداء النظام الصحي في الجزائر "دراسة تحليلية للمؤشرات"

12910	15	13050	15	12862	14	مراكز إستشفائية جامعية (م.إ.ج)
818	01	810	01	806	01	مؤسسة إستشفائية جامعية
11725	75	11637	75	11499	71	مؤسسة إستشفائية متخصصة (م.إ.م)
.....	123		114		97	دور الولادة الخاصة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الجدول رقم (5): القوي الصحية العاملة

2016	2015	2014	التعيين / السنة
100572	98551	93322	عدد العمال في سلك الطبي منهم:
74937	73431	69076	أطباء
13747	13645	13186	جراحو الأسنان
11888	11475	11078	صيادلة
127365	123458	121803	عدد العمال في السلك شبه الطبي منهم:
87575	90939	88478	تقنيون سامون
4070	6698	8275	تقنيون
35720	25821	25050	مساعدون في السلك الشبه الطبي

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات¹³

- الأنظمة الصحية في الجزائر: يتناول هذا المعيار أهم البني التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوي العاملة الصحية فيه وقد سجلت الجزائر الأرقام التالية:

من خلال تحليلنا نلاحظ أن هناك ارتفاع في عدد الأطباء وجراحو الأسنان وصيدلة على مدار 2014، 2015، 2016، وكذا في سلك الشبه الطبي.

قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية بالنظر إلى ارتفاع عدد السكان في الجزائر، فبالنسبة للهياكل الصحية نلاحظ أنه لا يوجد ذلك التطور المحسوس فالمؤسسات الإستشفائية عامة بلغ سنة 2016 عددها 200 مؤسسة وهي نفس نسبة سنة 2015 حيث لم تزد، وفي 2014 كانت 196 مؤسسة، فملاحظ أنه على مدار ثلاث سنوات زادت أربعة مؤسسات وهي نسبة قليلة.

¹³ الديوان الوطني للإحصائيات

كذا المراكز الإستشفائية الجامعية في 2014 يوجد 14 مركز وفي سنتي 2015-2016 يوجد 15 مركز على المستوى الوطني، فالجزائر تشهد سوءا في توزيع المؤسسات الصحية فالعاصمة تستحوذ على 55 بالمائة من الهياكل الصحية، في حين لا تتعدد ذلك في الشرق نسبة 22 بالمائة، الغرب بنسبة 20 بالمائة بينما الجنوب الشرقي نسبة 2 بالمائة والجنوب الغربي 1 بالمائة.

(4) الإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية:

الجدول رقم (6): السكان

السنة	عدد السكان في وسط السنة (بالاف)	النمو الطبيعي (بالآلاف)	معدل النمو الطبيعي (بالمائة)	معدل الإعالة الديموغرافية إجمالي (بالمائة)	معدل الإعالة الديموغرافية للأشخاص الأقل من 15 سنة	معدل الإعالة الديموغرافية للأشخاص 60 سنة فأكثر
1990	25022	624	2,49	92,4	81,3	11,1
2000	30416	449	1,48	68,5	57,1	11,3
2001	30879	478	1,55	65,6	54,3	11,3
2002	31357	479	1,53	63,2	51,8	11,3
2003	31848	503,5	1,58	60,7	49,4	11,4
2004	32364	528	1,63	58,5	47,2	11,3
2005	32906	556	1,69	56,6	45,3	11,4
2006	33481	595	1,78	55,6	44,1	11,4
2007	34096	634	1,86	54,3	42,8	11,4
2008	34591	663	1,92	55,0	43,5	11,5
2009	35268	690	1,96	55,2	43,7	11,5
2010	35978	731	2,03	55,0	43,0	12,0
2011	36717	748	2,04	55,4	43,0	12,4
2012	37495	808	2,16	56,2	43,5	12,7
2013	38297	795	2,07	57,3	44,2	13,1
2014	39114	840	2,15	58,5	45,0	13,5
2015	39963	858	2,15	60,1	46,1	14,0
2016	40836	886	2,17	61,8	47,4	14,4
2017	41721	870	2,09	63,5	48,6	14,9

الجدول رقم (7): الخصوبة - الولادات

متوسط العمر عند الإنجاب بالسنة	49-45 سنة	44-40 سنة	39-35 سنة	34-30 سنة	29-25 سنة	24-20 سنة	19-15 سنة	معدل الخصوبة الكلية (طفل/امرأة)	المعدل الخام للولادات (بالمئة)	عدد الولادات (بآلاف)
29,5	17	86	186	223	222	148	23	4,5	30,94	775
32	10,2	47,7	102,6	136,1	137,1	80,2	10,7	2,4	19,36	589
									20,03	619
32	6,2	45,1	112,7	137,2	123,3	64,5	7,5	2,5	19,68	617
32,1	6,4	49,6	113,3	141,1	124,1	64,3	7,7	2,5	20,36	649
									20,67	669
32	4,8	48	112,8	142,1	125,2	63,1	7,7	2,5	21,36	703
									22,07	739
									22,98	783
31,9	8,2	52,1	121,7	152,6	142,1	76,1	8,8	2,8	23,62	817
31,8	8,3	53,2	122,1	154,3	144,3	77,9	9,6	2,8	24,07	849
32	6	60,4	130,8	166,3	133,4	81,5	9,1	2,9	24,68	888
32,2	7,4	63,4	131,7	156,2	142,2	73,2	9,5	2,9	24,78	910
31,8	6	49,1	143,6	168,3	145,3	87,4	9,1	3	26,08	978
31,7	6,3	62,1	118,4	151,8	156,3	82,5	9,8	2,9	25,14	963
31,8	5,7	51,4	143,2	165,5	151,0	83,8	9,2	3	25,93	1014
31,8	8,9	62	126,3	167,4	156,8	87	9,7	3,1	26,03	1014
31,7	8,8	62,1	123,7	168,0	162,2	91,2	10,3	3,1	26,12	1067
31,7	9	62,7	127,8	169,4	158,6	88	9,8	3,1	24,40	1060

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات¹⁴

- تطور عدد السكان: بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر خلال سنة 2017: 41721000 نسمة في الأول من جويلية 2017، أي معادل نمو طبيعي 2,09 بالمائة مسجلا تراجعا قدر ب: 0,08 نقطة مقارنة بسنة 2016 ويعود هذا التراجع أساسا إلى الارتفاع المحسوس لحجم الوفيات. وفي حالة بقاء نفس وتيرة النمو الطبيعي المسجلة سنة 2017 فإن إجمالي عدد السكان المقيمين سيبلغ 43 مليون نسمة بحلول أول جانفي 2019.

- التركيبة السكانية: تميزت تركيبة السكان حيث السن، بتاريخ أول جويلية 2017 بما يلي:

تواصل الارتفاع في نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات نتيجة زيادة حجم الولادات، حيث انتقلت ذات النسبة من 11,8 بالمائة إلى 11,9 بالمائة ما بين 2016 و2017.

¹⁴ الديوان الوطني للإحصائيات

واصلت نسبة فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة في الارتفاع حيث انتقلت من 29,3 إلى 29,7 بالمائة خلال نفس الفترة.

كما واصلت نسبة الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) في التراجع حيث انتقلت من 61,8 بالمائة إلى 61,1 مابين 2016-2017.

فيحين واصلت نسبة فئة السكان البالغين 60 سنة فأكثر ارتفاعها إذ انتقلت من 8,9 بالمائة إلى 9,1 خلال نفس الفترة، مع حجم بلغ 3803 000 نسمة (أي زيادة 163000 نسمة مقارنة بسنة 2016)، وتشكل فئة البالغين 80 سنة فأكثر ما يزيد عن 56400 نسمة.

من جهة أخرى بلغ حجم الفئة النسوية في سن الإنجاب (15-49 سنة) 10,9 مليون امرأة.

أما بالنسبة لمعدل الإعالة الديموغرافية، المعرف كحاصل القسمة للمجموع فئتي الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة والبالغين 60 سنة فأكثر على الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) فقد بلغ 63,5 لكل 100 شخص في سن النشاط، حيث شهد هذا المعدل ارتفاع معتبرا مقارنة بالسنة الماضية حيث سجل 61,8 لكل 100 شخص في سن النشاط ، يعود هذا الارتفاع أساسا إلى حجم الولادات والذي تجلى أكثر خاصة بعد سنة 2003.

أما توزيعه حسب الفئة السكانية فقد بلغ 48,6 بالنسبة للفئة الأقل من 15 سنة من العمر و14,9 لفئة البالغين 60 سنة فأكثر.

تجدر الإشارة أنه مع استئناف ارتفاع حجم الولادات فان تزايد فئة السكان دون 15 سنة من العمر أكثر منه لدي فئة البالغين من 60 سنة فأكثر.

أما حسب الحجم، فقد ارتفع عد السكان المقيمين مابين الأول من جويلية 2008 و 2017 من 34 591 000 إلى 410 000 721 بزيادة إجمالية بلغت أكثر من 7 130 000 نسمة.

وتظهر التغيرات الهيكلية للهيم السكاني ما بين 2008 و 2017 أن مرحلة الانتقالية الديموغرافية التي بدأت منذ ثلاثون سنة لا تزال متواصلة وهو ما يظهره اتساع قاعدة الهيم السكاني مع تقلص في الفئة العمرية 15-19 سنة.

كما تظهر البيانات الزيادة المعتبرة في حجم فئتي السكان 0-4 سنوات و5-9 سنوات ما بين 2008 و 2017 ،مع انخفاض لدي الفئات العمرية 15-19 سنة و20-24 سنة تقدر على التوالي بـ 732 000 و430 000.

وبذلك على الرغم من ارتفاع إجمالي عدد السكان ما بين سنتي 2008 و 2017 شهد حجم فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة انخفاضا بلغ 1 162 000 خلال نفس السنة.

رابعا / متطلبات تحسين أداء المنظومة الصحية في الجزائر:

على الرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة لدى الجزائريين، إلى أنه يبقى بعيدا المستويات المحققة من طرف العديد من الدول، فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة الصحة العالمية للصحة ، كما أن تحسين في معدل الأمل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع للأمراض المتفشية في المجتمع الجزائري سواء كانت متنتلة، فأمرض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل أهم أسباب الوفاة في الجزائر، وبالنظر للتنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة الصحة العالمية، نجدها متدنية فالجزائر تحتل 45 حسب المستوي الصحي والمرتبة 81 حسب ترتيب أداء النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوي الصحي للجزائريين غير مرتبط للقطاع الصحي فالعديد من العوامل الرئيسية الحاسمة لقطاع العناية الصحية، بمعنى أن تحقيق تنمية صحية مستدامة تقتزن بقطاعات ذات العلاقة المباشرة والتأثير القوي على المستوي الصحي للجزائريين وترتبط هذه القطاعات أساسا بالجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد ويمثل التصدي لهذه العوامل الأساسية مفتاحا لقيام تنمية صحية مستدامة وتحسين قطاع الصحة على المدى الطويل.

ففي مجال الصحة، ترى السلطات الجزائرية أن الرفع من التنمية الصحية الوطنية يتطلب الاعتماد على الآليات التالية:

- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الإستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي.
- التعيين المتوازن لأطباء الأخصائيين خاصة في مناطق الجنوب والهضاب العليا وتطوير التكوين وتدعيم التأطير.
- إعداد خارطة جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية.
- إصلاح منظومة تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنسية ومحاربة الأدوية المزيفة.

إن جودة الرعاية الصحية تتأثر كذلك بالعوامل البيئية المختلفة، لذا يتطلب الأمر مساهمة العديد من الأطراف ذات العلاقة في ضمان حماية البيئة من أجل تخفيض معدل تعرض السكان للعوامل البيئية التي تؤثر سلبا على الصحة.

- الرقابة المستمرة للأمراض المتأتية من التلوث البيئي كالربو والأمراض القلبية¹⁵

خاتمة ونتائج الدراسة:

إن أي نظام صحي يتأثر كثيرا بنوع النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي السائد فأداء النظام الصحي الجزائري يتأثر كثيرا بأداء النظام السياسي وبالنظر إلى الميزانية المالية السنوية المرصودة لقطاع الصحة فإنه يحتل المراتب الخمسة الأولى، وهذا يعني أن الحكومة تولي أهمية كبيرة لإصلاح المنظومة الصحية والدليل ما حققته في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها والمزمنة لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص بل بالعكس يشهد عدة مشاكل تنظيمية وتسييرية تخص الهياكل الصحية بكل أنواعها وسنحاول ذكر أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية:

1. عدم وضوح السياسات الصحية المنتهجة مقارنة مع الكثافة السكانية عبر التراب الوطني.
2. توفر الهياكل الصحية بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية.
3. نقص اليد العاملة المؤهلة والتقنية.
4. توزيع غير عادل لليد العاملة والهياكل الصحية.
5. الأمراض الناتجة عن التلوث البيئي كالربو والأمراض القلبية تؤكد عدم الاهتمام بالعوامل البيئية.
6. ضعف في التسيير الصحي على المستوى المركزي والمحلي. نقص في التمويل الصحي.

¹⁵ بومعروف إلياس، عماري عمار، مرجع سبق ذكره، ص: 35.