

## واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية-

أ.د. إيمان بن زيان . كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة الحاج لخضر - باتنة-  
iman\_benziane@yahoo.fr

ريمة اوثن كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة الحاج لخضر - باتنة- (طالبة دكتوراه)  
rima.ouchen@gmail.com

### ملخص:

أخذت العديد من الدول على عاتقها مبادرات لتطوير طرق وأدوات قياس أداء نظمها الصحية وقامت بتوجيه جهودها لتحسين مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها لسكانها وهذا لما تعكسه الصحة من أهمية في تحقيق تنمية المجتمع واستقراره. الهدف من هذا البحث تقييم مستوى أداء النظام الصحي الجزائري، وعرض أهم النتائج التي حققتها في السنوات الأخيرة وكذا أهم نقاط الضعف التي يعاني منها والتي شكلت عراقيل لتحقيق الأهداف المرجوة منه، ذلك للفت الانتباه لأهمية متابعة وتطوير الطرق المتبعة في تقييم أداءه.

**الكلمات المفتاحية:** النظام الصحي، معايير التقييم، الصحة، الجزائر.

### Abstract:

Several countries supported a number of initiatives to develop methods and tools to measure the performance of its systems by directing their efforts toward improving the level of health services to its people and this because of the importance of health to the achievement of the development of the society and its stability.

The objective of this research is the assessment of the level of performance of the health system in Algeria, and the presentation of key results that have been achieved in recent years and weaknesses from which it suffers and which are obstacles for the achievement of the targets set, drawing attention to the importance of following and developing the methods used in evaluating its performance.

**Key words:** Health system, evaluation criteria, health, Algeria

### مقدمة

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 المداخيل 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 الأساسي والمباشر الذي يؤثر فيها وهو التحكم في المرض ومعالجته.

لذا كانت هناك العديد من المحاولات لتوفير حاجيات السكان في مجال الصحة في إطار 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 الى 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 الانفاق رغم الزيادة الديمغرافية التي شهدتها البلاد، بناء على ما سبق سيحاول البحث الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو واقع النظام الصحي في الجزائر من خلال النتائج والمستويات التي حققتها في السنوات الأخيرة ؟ سيتم تقسيم الورقة البحثية إلى قسمين يتناول القسم الأول ماهية النظام الصحي، وطرق قياس أدائه، أما القسم الثاني سيخصص لدراسة النظام الصحي في الجزائر وعرض أهم الخصائص ومؤشرات قياس أدائه بالاعتماد على المؤشرات التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة في تقييم الأنظمة الصحية حيث تمثل معا موجزا شاملا للوضع الراهن للصحة الوطنية في المجالات التالية: معدل الحياة والوفيات وعبء المرض، الوفيات والمرض الناجمة عن أسباب محددة، الأمراض المعدية المنتقاة، التغطية بالخدمات الصحية، الأنظمة الصحية، الانفاق الصحي، والإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

### الجزء الأول: الإطار النظري للنظم الصحية

سيقتصر الإطار النظري على عرض ماهية النظم الصحية، ومحدداتها، بالإضافة إلى تقديم بعض النقائص التي تعاني منه أغلب النظم الصحية في العالم.

#### أولاً: ماهية النظام الصحي ومكوناته

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. تقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة".<sup>1</sup> كما عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على انه: مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق. والنظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوماً بعد يوم

<sup>1</sup> محمد عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، عمان، دار الراية، 2012، ص 15-17

ونقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أنّ الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وفرادى المؤسسات الصحية يُعد كذلك من الأمور الحاسمة الأهمية<sup>2</sup>.

مراعيا في ذلك جملة من الأمور هي<sup>3</sup>:

- أن تكون التغطية شاملة، كاملة وعادلة.

- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

أما الباحث يقترح تعريف النظام الصحي على أنه جميع الهياكل والمؤسسات والموارد التي يتم تسخيرها لتوفير احتياجات السكان من الخدمات الصحية بغرض تحسين حياتهم، وذلك بتخطيط وتنفيذ برامج تصحيحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي.

يهدف النظام الصحي إلى<sup>4</sup>:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.

- ارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحياتهم من الأمراض والاحطار.

- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل كلفة ممكنة.

كما يتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي:

1. الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية: وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي. هذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذين يوما ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوافر لهم في المؤسسة والمنشآت الصحية.

2. المكون المهني والفني: يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، من أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، طبيب الأسنان، الممرضات والصيدالة... إلخ.

3. المكون الاجتماعي: وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة، والأمة أو الشعب والذين يقوم كل منهم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الاعباء التي يتحملونها أو يقومون بها تشمل: تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، استقطاب وحشد وجمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> <http://www.who.int/features/qa/28/ar/>

<sup>3</sup> علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، اقتصاديات الصحة، العدد 22، 2003، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 03.

<sup>4</sup> المرجع السابق، ص 53.

<sup>5</sup> صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة منظور شامل، عمان، دار الفكر، الطبعة الأولى، 2009، ص 53.

## ثانيا: معايير تقييم النظم الصحية

حددت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 المعايير التالية لتقييم أداء النظم الصحية والمتمثلة أساسا في<sup>1</sup>:

1. **معدل الحياة و الوفيات وعبء المرض:** تعكس هذه المؤشرات بصفة وجيزة واقع الصحة لعموم السكان خاصة بالنسبة لمستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها وهي مهمة بشكل خاص لفهم الصحة العمومية، إذ ما يقرب من 20% من جميع الوفيات تقع بين أطفال دون سن الخامسة، وتعزى إلى وفيات حديثي الولادة (الوفاة خلال الأيام 28 أولى من الحياة لكل 1000 مولود حي).
2. **الوفيات والمرض الناجمة عن أسباب محددة:** يمثل عدد الحالات المرضية في مجموعة سكانية معينة
3. **الامراض المعدية المنتقاة:** على الرغم من الجهود الجارية لتعزيز ترصد الأمراض والتصدي لها، فإن العديد من البلدان تواجه تحديات في توكي الدقة في تحديد الأمراض المعدية وتشخيصها وتبليغها، بسبب بعد المجتمعات والافتقار إلى البنى التحتية وكذا اختلاف مناطق توطن الأمراض وطبيعتها من حيث النقشي الذي يؤدي إلى تأرجح اعداد الحالات تأرجحا هائلا مع مرور الزمن، وهناك بعض الأمراض التي تمثل أفضل طريقة للتعامل معها في اتخاذ تدابير وقائية من قبيل المعالجة الدوائية الجموعية، كما أن عدد الحالات تعد مؤشرا لا يعتد به على عبء المرض كون البعض منها ذات معدلات وفيات مرتفعة في حين أن أمراضا من قبيل شلل الأطفال ذات معدلات وفيات منخفضة ولكنها تؤدي إلى خسارة جسيمة لسنوات العمر مع التمتع بالصحة.
4. **التغطية بالخدمات الصحية:** يعبر هذا المؤشر عن مدى حصول المحتاجين على التدابير الصحية المهمة بالفعل، وتشمل هذه التدابير توفير الرعاية الحاذقة للنساء أثناء الحمل والولادة، خدمات الصحة الإنجابية، والتنميع للوقاية من أمراض الطفولة المعدية الشائعة.
5. **عوامل الخطر:** يعرض هذا المعيار المؤشرات المتعلقة بعوامل خطر معينة مرتبطة بزيادة معدلات الوفيات والمرض. والمخاطر التي يمكن توقيها والمتمثلة فيما يلي: الماء غير المأمون ونقص مرافق الاصحاح، استخدام الوقود الصلب في المنازل، الوزن المنخفض عند الميلاد، ممارسات تغذية الرضع السيئة، نقص التغذية في مرحلة الطفولة، زيادة الوزن أو السمنة، الاستهلاك الضار للكحول، تعاطي التبغ.
6. **انخفاض الوزن عند الميلاد عامل مهم من عوامل التنبؤ بصحة الوليد وبقياه، غير أنه في كثير من الأماكن (ولا سيما حيث تتم الولادات خارج مرافق الرعاية الصحية) لا يوزن العديد من الرضع عند ميلادهم.**
7. **الانظمة الصحية:** يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية.
8. **الانفاق الصحي:** يعرض هذا القسم الانفاق الصحي من قبل الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الخارجي والضمان الاجتماعي، والمواطنين من جيوبهم.

<sup>1</sup> World health organization, World Health Statistics report, italy, 2010.

9. حالات الغبن في المجال الصحي: يعرض هذا المعيار ثلاثة مؤشرات صحية تتمثل في نسبة الولادات بإشراف عاملين صحيين حاذقين، والتغطية التمنية للأطفال في سن سنة، ووفيات الأطفال دون الخامسة مصنفة وفقا للاقامة في الحضر أو الريف، وثروة الأسرة ومستوى تعليم الأم. وتساعد هذه البيانات في تحديد حالات الغبن في المجال الصحي التي تتمثل في اختلافات جائرة يمكن تلفيها في توفير الصحة والخدمات الصحية التي تنشأ مثلا عن عوامل اجتماعية-اقتصادية (كمستوى التعليم، الوظيفة، وثروة الاسرة ودخلها) وعن الموقع الجغرافي، وعن الأصل العرقي ونوع الجنس.

10. الاحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية: يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة.

### ثالثا: العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة، والتباين في هذه العوامل<sup>1</sup>:

1- السكان: يعتبر الوضع السكاني من اهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي، لا بل يعتبر العامل الأساسي أو الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية:

- عدد السكان: يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي تم تصميمه لعدد كبير من السكان.
- معدل نمو السكان: عند التخطيط لوضع أي نظام صحي لابد من أن يأخذ معدل النمو في الاعتبار لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمة مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل.
- توزيع السكان حسب الأعمار: هذا يرتبط بنوعية النظام الصحي المطلوب في حين نجد أن معدل أعمار بعض الدول يميل نحو الشيخوخة نجد معدل الأعمار في بعض الدول الأخرى يميل نحو الشباب وهذا يعكس طبيعة الخدمات الطبية التي سوف يتم التركيز عليها ضمن ذلك النظام الصحي بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية.
- توزيع السكان حسب الجنس: الأمراض التي تصيب الرجال أو الذكور تختلف عن الأمراض التي تصيب النساء أو الاناث وهذا الفرق يظهر ضمن النظام الصحي من مستوى ونوع الخدمة التي سيركز عليها.
- توزيع السكان (الكثافة السكانية): تختلف الأمراض لدى السكان باختلاف مناطقهم الجغرافية وكثافتهم السكانية وهذا ما يجب أخذه عند رسم النظام الصحي ومراعاة هذا التوزيع السكاني.

<sup>1</sup> صلاح محمود نياي، مرجع سابق، ص 53-56.

- المستوى الثقافي للسكان: يرتبط مع مستوى الخدمة الصحية التي يجب التركيز عليها، فعندما تكون مستويات الثقافة لدى السكان متدنية فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتتقيف الصحي والصحة الشخصية، أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والتأهيلية.

- معدل الدخل: للتوسع بمظلة التأمين الصحي وشركات التأمين أو لتوجيه النظام الصحي نحو القطاع الخاص أو القطاع الحكومي فإن معدل الدخل سوف يلعب دورا كبيرا في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وعلى انظمة التأمين المختلفة اضافة إلى أن معدل الدخل سوف يوجه النظام الصحي (في الغالب) الى استخدام واستقدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.

## 2- الموارد الطبيعية المتوفرة:

- توفر الموارد الخام في الطبيعة كالبتترول، المعادن، الفوسفات، المياه، والأسمك والموارد الطبيعية الأخرى والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة.

- توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم، ويرتبط بمعرفة المواطنين بمقدرة دولتهم على إيجاد نظام صحي متطور، ومدى انسجام هذا النظام مع ما هو متوقع لديهم في ضوء الامكانيات البشرية المتوفرة وفي ضوء الموارد الطبيعية الأخرى.

- حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى : وهذا الامر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى أن حجم الإنفاق يقيس مدى استعدادة للتضحية بمداخيله.

3- **العوامل البيئية الطبيعية:** كالمناخ والطقس والمساكن والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض، هذه تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والطقس وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض أو عدم وجودها وتختلف باختلاف أنواع تلك الحشرات والقوارض وبالتالي فإن الاطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه وايجاده.

4- **العوامل الوراثية السائدة :** ان الاطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كأمرض الاعاقات والشلل الدماغي والسرطان... الخ، واعتماد العوامل الوراثية عند وضع النظام الصحي بالإضافة الى العناية الشخصية وأنماط التغذية أمر في غاية الأهمية عند وضع نظام صحي.

5- **المتغيرات السياسية والتكنولوجية:** وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين على استخدام التكنولوجيا المتطورة في وضع النظام الصحي ومدى تأثيره السياسي على ذلك النظام.

6- **متغيرات وعوامل مختلفة أخرى:** هناك مجموعة من العوامل الأخرى والتي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي ولها اهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي اهم تلك العوامل:

- الصادرات و الواردات الغذائية.
- معدلات الأمية.
- القطاعات الصحية الموجودة أو الممكن إيجادها.
- توفر المعاهد والجامعات التي تقوم على تدريس وتعليم المهن الطبية المختلفة.
- تكاليف التعليم والتدريب.

#### رابعاً: المشكلات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية

تواجه أنظمة الرعاية الصحية العديد من المشكلات التي تعيق سيرها من أهمها:

- العوائق والحواجز التمويلية وغيرها لتوفير الرعاية الصحية بالشكل المناسب كما ونوعاً.
- التوزيع الجغرافي السيئ (غير العادل) للقوى البشرية أو للطاقات البشرية الطبية ووحدات الرعاية الصحية، ويكفي القول بأن المؤسسات الطبية تتمركز بشكل كبير في المدن الكبيرة أولاً ثم الصغيرة ثانياً، كما أن الطاقات البشرية تتبع ذلك وكذلك الأجهزة الطبية الحديثة، كما أن الطاقات البشرية الطبية والمساعدة تتمركز بأعدادها الضخمة في المستشفيات.
- ازدادت رسوم تكلفة المعالجة والرعاية الصحية وبالتالي أصبح الأمر في الحصول على خدمات صحية من قبل متوسطي ومدني الدخل عسيراً.
- كلما ازداد التخصص دقة وتفرداً كلما اقتربنا من مشكلة تجزئة المريض بين عدة اختصاصات وتضخمت فاتورة العلاج قيمة ورسوماً، وتجزئة المريض بين عدة اختصاصيين يعالجون تؤثر نفسياً عليه وتؤثر على علاقته المفروض أن تكون جيدة مع طبيبه.<sup>1</sup>

#### الجزء الثاني: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقاً من المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة أساساً في المؤشرات الأساسية التالية\*:

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

<sup>1</sup> عبد المهدي بوعنه، ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004 ، ص 125.

\* لم يتم التطرق الى كل من عوامل الخطر، الاتفاقيات الصحي وحالات الغبن في المجال الصحي بسبب تعذر الحصول على معطيات متعلقة بالجزائر في هذا المجال.

**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  | 76.4                               | 75.8 | 77.1 | 18                               | 17   | 19   |
| 2011  | 76.5                               | 75.6 | 77.4 | 19                               | 18   | 20   |
| 2010  | 76.3                               | 75.6 | 77   | ...                              | ...  | ...  |
| 2009  | 75.5                               | 74.7 | 76.3 | 19                               | 18   | 20   |
| 2008  | 75.6                               | 74.8 | 76.4 | ...                              | ...  | ...  |
| 2000  | 72.5                               | 71.5 | 73.4 | ...                              | ...  | ...  |
| 1990  | 66.9                               | 66.3 | 67.3 | 17                               | 16   | 18   |

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

**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 ال 5 سنوات لكل 1000 مولود حي) |      |      | معدل وفيات الرضع (احتمال الوفاة قبل سن 1سنة لكل 1000 مولود حي)(%) | عدد وفيات الرضع | مأمول العمر عند الميلاد (لكل 1000 مولود حي) | مأمول العمر مع التمتع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات) | عدد المواليد أموات | معدل المواليد أموات (%) |      |      |
|-------|--|---|------|------|---|-----------------|---|---|--------------------|-------------------------|------|------|
|       |  | كلا الجنسين   | ذكور | إناث |   |                 |   |   |                    | كلا الجنسين             | ذكور | إناث |
| 2014  | ...  | 25.6  | 27.1 | 23.9 | 22  | 23.5            | 20.4  | 22282   | 15077              | 14.6                    | 15.8 | 13.5 |
| 2013  | ...  | 26.1  | 27.3 | 24.9 | 22.4  | 23.6            | 21.2  | 21586   | 15009              | 15.4                    | 16.4 | 14.2 |
| 2012  | 165  | 26.1  | 27.3 | 24.7 | 22.6  | 23.9            | 21.2  | 22088   | 15795              | 15.9                    | 16.8 | 14.9 |
| 2011  | 123  | 26.8  | 28.3 | 25.2 | 23.1  | 24.6            | 21.6  | 21055   | 15480              | 16.7                    | 18.0 | 15.4 |
| 2010  | ...  | 27.5  | 29.0 | 26.0 | 23.7  | 25.2            | 22.2  | 21046   | 16444              | 18.2                    | 19.6 | 16.7 |
| 2009  | 135  | 29.0  | 30.8 | 27.1 | 24.8  | 26.6            | 22.9  | 21076   | 15937              | 18.4                    | 19.6 | 17.2 |
| 2008  | 144  | 29.7  | 31.4 | 27.8 | 25.5  | 26.9            | 23.9  | 20793   | 16588              | 19.9                    | 21.3 | 18.4 |
| 2000  | 175  | 43.0  | 44.8 | 41.3 | 36.9  | 38.4            | 35.3  | 21072   | 14891              | 24.7                    | 24.6 | 22.8 |
| 1990  | 199  | 55.7  | 58.2 | 54.7 | 46.8  | 49.2            | 45.8  | 36270   | 16691              | 21.4                    | 23.5 | 19.1 |

Source: World health organization, World Health Statistics report(2010-2014), Italy,2014.  
تقرير ديمغرافيا الجزائر (السكان) 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.

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 ال 60 بالسنوات 18 لكلا الجنسين سنة 2012.

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 و122 للإناث.

يساهم هذا المؤشر في تحديد مستوى ونوع الخدمة التي سيركز عليها النظام الصحي لمحاربة الامراض التي تصيب الذكور وتختلف عن التي تصيب الاناث 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 2000-2014 حيث كان 44.8 سنة 2000 و31.4 سنة 2008 ليسجل استقرارا في السنتين 2012 و2013 ب 27.3 وانخفاض طفيف سنة 2014 ب 27.1 وقد سجل تباين بين الجنسين لدى الذكور 27.1 و23.9 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 و26.9% 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 و14.6% سنة 2014 وذلك بسبب برامج حماية الامومة والطفل التي سترت أيضا من مساعي منظمة الصحة العالمية في الفترة ما بين 1990 و2015 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 ان كان المجتمع يميل نحو الشيخوخة او الشباب، بالتالي سيتم التركيز على تحسين وتوفير خدمات صحية تتناسب مع الفئة الغالبة. وكذا التخطيط لتحسين ظروف الولادات والتقليل من وفيات الاطفال والرضع من جهة، واثر زيادة معدلات المواليد على تحديد الاحتياج الذي سيواجهه النظام مستقبلا وبالتالي ملائمة مع معدلات النمو والحاجة لاجراء تغييرات على النظام الحالي او ايجاد نظام صحي بديل يغطي ذلك الاحتياج من جهة اخرى.

غير أن هذه المؤشرات لا تكفي لوصف ومقارنة الحالة الصحية لمختلف الشرائح السكانية على نحو كامل خصوصا فيما يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة، فبالرغم من ارتفاع معدل الامل 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 الامل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع للأمراض سواء المتنتقلة او غير المتنتقلة. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل اهم 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 والاسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد<sup>1</sup>.

## ثانيا: الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة

<sup>1</sup> إلياس 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 الاطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (000s) | توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (%) |         |        |          |
|       | السارية   | غير السارية | الإصابات | كل الأسباب                              | السارية | غير السارية | الإصابات |   | الإيدز   | الاسهال | الحصية | الملاريا |
| 2012  | 98  | 710         | 54       | 19635                                   | 4810    | 12406       | 2418     | 20  | 1  | 4       | 1      | 0        |
| 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 الاطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات في الجزائر

| السنة | الوفيات  |            |              |                 |                   |       |                 |
|-------|--|------------|--------------|-----------------|-------------------|-------|-----------------|
|       | توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (%) |            |              |                 |                   |       |                 |
|       | إصابات   | امراض أخرى | تشوهات خلقية | الانتان الوليدي | الاختناق التوليدي | الخدج | الالتهاب الرئوي |
| 2012  | 8  | 14         | 20           | 8               | 13                | 20    | 12              |
| 2010  | 5  | 15         | 13           | 3               | 11                | 24    | ...             |
| 2008  | 6  | 19         | 7            | 5               | 11                | 19    | 19              |
| 2000  | 6  | 15         | 11           | 6               | 11                | 23    | 15              |

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

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

| 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

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 الأمراض السارية من 202 سنة 2008 إلى 78 سنة 2012، في حين سجل ارتفاع في الأمراض غير السارية من 523 سنة 2008 إلى 710 سنة 2012 وكذا في الإصابات من 47 سنة 2008 إلى 54 سنة 2012.
- بلغ 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 2000-2014 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 الامومة لكل 100000 مولود حي 89 وفاة سنة 2013 في حين كانت 120 حالة سنة 2000.

- 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 الاسهال 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 بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات 20000 وفاة سنة 2012 في حين كانت 26000 وفاة سنة 2010.

### ثالثا: الامراض المعدية المنتقاة

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

| السنة | عدد الحالات المبلغ عنها |                  |          |        |       |
|-------|-------------------------|------------------|----------|--------|-------|
|       | داء الشمانيات           | الحصبة الألمانية | المالريا | 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 الشمانيات 9127 حالة سنة 2010 في حين كانت 7632 حالة سنة 2008.
- المالريا سجلت 887 حالة سنة 2010 في حين كانت 191 حالة سنة 2011 و 11964 حالة سنة 2008.
- الحصبة 18 حالة سنة 2008 بعدما كانت 112 حالة سنة 2011 و 1547 حالة سنة 2008.
- إتهاب السحايا سجل 3941 حالة سنة 2008.
- الشاهوق ب 104 حالة سنة 2012 في حين سجلت حالة واحدة سنة 2011.

\* سبب عدم الحصول على 100% يعود لكون الأرقام تقديرية خاصة بكل مرض لذلك المجموع لا يكون 100% العودة إلى التقرير الأصلي.

- الحصبة الألمانية سجلت ارتفاعا محسوسا سنة 2012 حيث بلغ عدد الحالات المبلغ عنها 420 حالة في حين سجلت 170 حالة فقط سنة 2011 و212 حالة سنة 2010 و23 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 و21429 حالة سنة 2011.

#### رابعاً: التغطية بالخدمات الصحية

##### جدول رقم (07): التغطية بالخدمات الصحية في الجزائر

| السنة     | معدل انتشار وسائل منع الحمل (%) | التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل (%) |                    | الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين (%) | المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز الوليدي (%) | التغطية التمنيعية بين الأطفال في السنة الأولى من العمر (%) |   |                                       |                                       |
|-----------|---------------------------------|--|--------------------|---|---|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
|           |                                 | زيارة واحدة على الأقل                    | 4 زيارات على الأقل |   |   | الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B HepB3  | الجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B HepB3 | الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DTP3 | الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DTP3 |
| 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 ان الجزائر قد سجلت فيما يخص الأطفال دون الخامسة من العمر والمصابون بالاسهال الذي يتلقون المعالجة بأملح الامهء الفموي نسبة 27% فقط بينما المشتهه 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 و2008 على التوالي 93%، 91%، 93% و88%.

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 و2008 و64% 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 2006-2013 والتغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل بزيارة واحدة على الأقل 89% اما الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين بلغت 95% سنة 2012. سجلت معدلات النجاح في معالجة حالات السل الإيجابية اللطاخة ارتفاع نسبي ب 89% و 92% في الفترة 2008-2011 بينما سجلت معدلات اكتشاف حالتها اعلى نسبة لها 100% سنة 2009 لتتخفض إلى 64% سنة 2012.

#### خامسا: الانظمة الصحية

##### جدول رقم (08): القوى العاملة في الجزائر

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

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

##### جدول رقم: (09) تعداد الهياكل الصحية في الجزائر

| 2010               |       | 2009               |       | 2008               |       |                                  |
|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|----------------------------------|
| عدد الأسرة التقنية | العدد | عدد الأسرة التقنية | العدد | عدد الأسرة التقنية | 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 للصحة الجوارية |
| (1)3272            | 1491  | (1)2704            | 1436  | (1)1988            | 1419  | تجمع: - عيادات متعددة الخدمات    |
| ...                | 5350  | ...                | 5258  | ...                | 5077  | - قاعات العلاج                   |
| 3200               | 431   | 2914               | 427   | 2812               | 419   | - دور الولادة العمومية(2)        |
| ...                | 97    | ...                | 94    | ...                | 85    | دور الولادة الخاصة (03)          |
| ...                | 528   | ...                | 521   | ...                | 504   | دور الولادة * (المجموع)          |
| ...                | 616   | ...                | 614   | ...                | 611   | مركز طبي اجتماعي                 |
| ...                | 50    | ...                | 50    | ...                | 50    | 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            |

\* يتعلق الامر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة

(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

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 والصيدالدة 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 2006-2013، 12.1 بالنسبة للأطباء، 19.5 للموظفين في التمريض والقبالة، و3.3 للموظفين في طب الأسنان، 2.4 للموظفين في الصيدلة، في حين بلغت 0.2 للأطباء النفسيين في الفترة 2006-2010.

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية الجامعية العامة 194 مؤسسة سنة 2010 بعدد أسرة 37775 في حين كانت 190 سنة 2008 و192 سنة 2009 بعدد أسرة على التوالي 37185 و37565.

- يلاحظ قلة وسوء في توزيع الهياكل الصحية بالنظر إلى الارتفاع المتزايد لعدد السكان في الجزائر إلا أن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية حيث سجل ثبات في عدد المراكز الاستشفائية الجامعية ب 13 مركز 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 بطقم طبي بلغ 15000 و15609 مساعد طبي<sup>1</sup>، كذا يلاحظ ثبات في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ب 271 مؤسسة، أما العيادات متعددة الخدمات بلغ عددها 1491 سنة 2010 و5350 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: الاحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

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

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

جدول رقم (10): الاحصاءات الديموغرافية 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 |
|       |                 |                         |                        |                        |               |                   |                                 | 2006-2012 |                           |                        |         |
| 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                   | ....                   | ...           | ...               | ...                             | ...       | ...                       | 30.94                  | 775     |

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

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

جدول رقم (11): الاحصاءات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر

| معدل الامام البالغين بالقراءة والكتابة ممن تتراوح اعمارهم 15 سنة فما فوق (%) | المعدل الصافي للالتحاق بالمدرسة الابتدائية (%) |      | المعدل الخام للوفيات (%) | عدد الوفيات (بالآلاف) | متوسط العمر عند الانجاب (بالسنة) | اجمالي معدل الخصوبة (لكل امرأة) | نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي (تعادل القوة الشرائية بالدولار الدولي) | مشاركي 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                            | ...   | ...                                       | 2013 |
|  |  |      | 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.

يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية 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 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 و2014.
- بلغ متوسط العمر بالسنوات إلى 27 سنة 2012 و7% لما فوق سن الستين.
- بالنسبة للقاطنين في الحضر بلغت نسبتهم 66% سنة 2010 لترتفع إلى 73% سنة 2011 و74% سنة 2010 وذلك بسبب النزوح الريفي الذي تشهده البلاد في السنوات الأخيرة.

- بلغ عدد الولادات 1014000 ولادة سنة 2014 وهي اعلى قيمة سجلت إلى حد الآن بمعدل خام 25.93% في حين بلغت 963000 ولادة سنة 2013 بمعدل خام 25.14% و 978000 ولادة سنة 2012 بمعدل خام 26.08%.
- بلغ معدل إمام 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 2006-2012 نسبة 98% للذكور و 96% للإناث.
- وقد ورد في تقرير ديمغرافيا 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 ارتفاعا، حيث انتقلت من 28.1% إلى 28.4% خلال نفس الفترة، واصلت نسبة الفئة السكانية في شن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) انخفاضها، حيث تراجعت 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 اعمارها 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 الانجاب (15-49 سنة) 10.7 مليون امرأة، كما شهدت سنة 2014 ارتفاعا لمؤشر الخصوبة الكلي الذي بلغ 3.03 لكل امرأة اما متوسط العمر عند الانجاب، فهو يواصل في الانخفاض والذي بلغ 0.1 سنة في كل عام، ليبلغ 31.3 سنة.

#### خاتمة

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 أفراد المجتمع، بغرض تحسين مستويات الصحة العامة لعموم السكان يتوجب تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية بصورة متوازنة 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 او 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، في الشرق هناك 43 قطاع صحي منها (3 مراكز استشفائية جامعية، 6 مراكز استشفائية متخصصة) تتكفل بتقديم خدمات لاحدى 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 2007-2009 بينما سجلت تونس مثلاً 80%.

لا تزال هناك فجوة واسعة تفصل بين الطاقات الكامنة للنظام الصحي الجزائري وبين أدائه الفعلي، لذا هناك حاجة لإجراء عدد متزايد 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.

### قائمة المراجع:

- صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة منظور شامل، عمان، دار الفكر، 2009.
- إلياس بومعروف، عمار عماري، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 33
- عبد المهدي بواعنه، ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004.
- علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، اقتصاديات الصحة، العدد 22، 2003، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 03.
- محمد عدمان مريزق، مداخل في الادارة الصحية، عمان، دار الراية، 2012.
- تقرير ديمغرافيا الجزائر 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.

Plan National Cancer 2015-2019, ANDS, 2014 ,P29.

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

<http://www.who.int/features/qa/28/ar/>

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