مساهمة الانفاق الصحي في تحسين المؤشرات الصحية في الجزائر
(دراسة تحليلية للفترة 2000–2020)

The contribution of health expenditure to improving health indicators in Algeria (Analytical study for the period 2000-2020)

د.دموش وسيلة[1]*

[1] جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة (الجزائر)، demouvhe_wassila@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 19 /2023/11 تاريخ القبول: 18 /2024/05 تاريخ النشر: 01 /2024/06

ملخص:

هذا البحث يدرس تطور الانفاق الصحي في الجزائر بمختلف مصادره (الدولة، الضمان الاجتماعي والاسر) وانعكاس ذلك على المؤشرات الصحية الايجابية منها والسلبية وكذا التغطية الصحية، وقد خلصت الدراسة الى أنه بالرغم من المخصصات المالية والتحسن الملاحظ في المؤشرات الصحية كارتفاع أمل الحياة و انخفاض الوفيات وبالأخص وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات والرضع، إلا ان ترتيب الجزائر عالميا يظهر انها مازالت متأخرة، كما ان انتشار الامراض المعدية وغير المعدية والمزمنة خاصة يعكس محدودية الانفاق الصحي وعدم وصوله الى الاهداف المنشودة.

كلمات مفتاحية: الصحة، الانفاق الصحي، المؤشرات، الجزائر

تصنيف JEL : O55. I12. H51،I18 .

Abstract:

This research studies The development of health spending in Algeria from various sources) State, Social Security and families)And the impact of that on positive and negative health indicators, as well as health coverage.

the study concluded that despite the financial allocations and the improvement in health indicators, such As life expectancy rises, mortality falls Especially the deaths of children under five years and infants. However, the global ranking of the Algerian health system and the prevalence of communicable, non-communicable and chronic diseases, in particular, reflect the limited health spending and its failure to achieve the desired goals.

Keywords: Health, health expenditure, indicators, Algeria

* **المؤلف المرسل**

Jel Classification Codes: I18, H51,I12, O55.

1.مقدمة:

تسعى جميع الدول المتقدمة منها والنامية إلى تحسين المؤشرات الصحية وهذا من خلال تخصيص الانفاق اللازم والبرامج التنموية وتوفير الهياكل الضرورية لذلك. والجزائر كغيرها من الدول باشرت بعد الاستقلال عملها من اجل تحسين المؤشرات الصحية للأفراد، بداية تكفلت الدولة بتمويل قطاع الصحة فوفرت ما يلزم من السيولة لإنجاز المخططات والبرامج التنموية بدل مؤسسات الضمان الاجتماعي والافراد، لكن مع ازمة الثمانينات وتدهور مداخيل الدولة بعد تراجع اسعار النفط، اضافة الى الاصلاحات المدعومة من طرف المؤسسات الدولية، تراجع دور الدولة في تمويل الانفاق الصحي ليحل محلها الضمان الاجتماعي بمؤسساته. لكن بداية من 2000 ونتيجة تحسن الوضعية المالية بعد ارتفاع اسعار النفط ونتيجة للبحبوحة المالية استعادت الدولة دورها كمصدر رئيسي للإنفاق على الصحة، بحيث تزايد مستوى انفاقها سنويا وانعكس ذلك في توفير المزيد من الهياكل المادية والبشرية، ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

هل ساهم الانفاق الصحي في تحسين المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2000-2020 ؟

ويندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هو الانفاق الصحي ؟
- ماهي جهود الدولة في سبيل النهوض بالقطاع الصحي؟
- ما واقع المؤشرات الصحية في الجزائر؟

– **اهمية البحث:** تكمن اهمية البحث في اهمية المتغيرات قيد الدراسة وهي الانفاق الصحي والمؤشرات الصحية، ولأن أي إنفاق حكومي ستظهر نتيجته على المستوى الاجتماعي للسكان، كما أن الانفاق الصحي يعزز الانتاج والانتاجية للبلد وبالتالي يحقق الرفاه العام.

– **اهداف البحث:** ابراز مفهوم الانفاق الصحي وانواعه في الجزائر، وابراز تطور المؤشرات الصحية في الجزائر وترتيب الجزائر عالميا.

– **أسباب اختيار الموضوع:** يرجع اختيار الموضوع إلى أهمية الصحة في حد ذاتها وهذا لارتباطها بالعنصر البشري، هذا الاخير الذي يمثل قوة العمل في أي مجتمع وبضعفه ومرضه ينعكس ذلك على انتاجيته بالانخفاض.

– **المنهج المستخدم:** تم استخدام المنهج الوصفي التحليل من خلال وصف وتحليل الظاهرة المدروسة.

2. مفهوم الانفاق الصحي وتقسيماته: قبل تعريف الانفاق الصحي نعرج على تعريف الانفاق الاجتماعي، وهذا باعتبار الانفاق الصحي هو نوع من النفقات الاجتماعية. فالنفقات الاجتماعية هي استثمارات اساسية في راس المال البشري ومحركات لزيادة الانتاجية، وأدوات لتصحيح حالات عدم الانصاف تهدف للوصول إلى الخدمات الضرورية. (مرصد الانفاق الاجتماعي للدول، ص34). وفي الجزائر قسم المشرع الإنفاق الاجتماعي إلى قسمين:

– نفقات التسيير الاجتماعية: تتكون من مرتبات الموظفين في الهيئات التالية: المجاهدين، التعليم، الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، الثقافة، التعليم العالي والبحث العلمي، التعليم والتكوين المهني، السكن، العمل والضمان الاجتماعي والتضامن الوطني والأسرة .

– نفقات الاستثمار الاجتماعية: تشمل النفقات الموجية للقطاعات الاجتماعية التالية: التربية والتعليم، المنشآت التحتية الاجتماعية والثقافية) الصحة، الحماية الاجتماعية، الثقافة والشباب والرياضة والسكن. (قايدي خ، 2016، الصفحات 112-113).

1.2. مفهوم الانفاق الصحي: يشمل **الانفاق الصحي** جميع النفقات المرتبطة بالأنشطة التي تهدف إلى استعادة صحة الأمة وتحسينها والحفاظ عليها خلال فترة محددة. (AOUIDANE, 2020/2021, p3)، كما يشير الانفاق الصحي إلى الانفاق على الرعاية الصحية من الأموال العامة، والأموال العامة هي الهيئات الحكومية والاقليمية والمحلية وبرامج الضمان الاجتماعي.(unescwa)

2.2. تقسيمات النفقات الصحية في الجزائر: تقسم النفقات الصحية إلى قسمين هما:

- **نفقات التسيير:** هي المخصصات المالية التي تقدمها الدولة لقطاع الصحة في مجال تسيير المصالح المركزية (وزارة الصحة والمصالح التابعة لها)، والمصالح اللامركزية (المديريات الولائية والمؤسسات الصحية التابعة لها). وتتمثل النفقات في (محمد ب، 2020/2019، الصفحات 49-50):

– **نفقات المستخدمين:** وهي النفقات المتعلقة برواتب وأجور عمال قطاع الصحة، بما فيها تعويضات ومنح والاشتراكات في الضمان الاجتماعي، والمستحقات المالية المتعلقة بترقية المستخدمين.

– **نفقات الادوات وتسيير المصالح:** تضم نفقات مختلف الادوات المستخدمة في عملية التسيير.

– **النفقات المخصصة لأشغال الصيانة:** مخصصة للصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الاداري.

– **نفقات التغذية:** تغذية المرضى اثناء فترة الاستشفاء بالإضافة إلى تغذية المستخدمين المكلفين بالمناوبة.

– **نفقات الادوية:** مصاريف اقتناء الادوية والمواد الطبية المستخدمة في العلاج والكشف عن الامراض.

– **نفقات الادوات والمعدات الطبية:** هي مصاريف اقتناء المعدات الطبية بمختلف المؤسسات الصحية

- **نفقات التكوين**: هي مصاريف التكوين المتواصل لفائدة المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والاداريين
- **النشاط الاجتماعي**: المساهمة في الخدمات الاجتماعية ودعم مداخيل الفئات الاجتماعية المحرومة.
- **النشاط الاقتصادي**: هي نفقات مخصصة للصيدلية المركزية للمستشفيات.
- **النشاط الاقتصادي الدولي**: يمثل قسط الجزائر في تمويل التكاليف المقسمة لبرامج التعاون الموجه للتحكم في النمو الديمغرافي.

- **نفقات التجهيز**: هي النفقات الموجهة لإنشاء الهياكل الصحية والمرافق التابعة للقطاع الصحي وتتضمن في ثلاث أقسام هي:

- **نفقات الصحة** :تشمل مجموع المبالغ الموجهة لإنشاء الهياكل الصحية القاعدية.
- **نفقات الهياكل الإدارية** :وهي تلك النفقات الموجهة لإنشاء الهياكل الصحية الإدارية مثل المديريات.
- **نفقات التكوين** نفقات إنشاء معاهد التكوين شبه الطبي والمدرسة الوطنية لمناجمنت الصحة العمومية.

3. **تطور النفقات الصحية في الجزائر**: في الجزائر يتم تمويل قطاع الصحة من ثلاث مصادر أساسية، تتصدرها الدولة فالضمان الاجتماعي ثم الأسر. فخلال سنوات السبعينات كانت حصة نفقات الضمان الاجتماعي في مجموع نفقات الصحة 23,49% وهي تعتبر ضعيفة، ويرجع ذلك إلى تحمل الدولة تمويل هذا القطاع نتيجة الفوائض المالية التي تمتعت بها خلال تلك الفترة، حيث غطت الدولة76,5% من النفقات الصحي. لكن سنوات الثمانينات، تراجعت مساهمة الدولة على حساب الضمان الاجتماعي في المرحلة الأولى، ثم بعد ذلك على حساب الأسر، حيث أصبحت هذه الاخيرة مجبرة على دفع جزء من مصاريف رعايتها الصحية، غير أن حصة الضمان الاجتماعي ارتفعت مع مرور السنين، بسبب الأزمة التي عرفتها البلاد، حيث أخذ هذا النظام دوره كممول رئيسي بدل الدولة، أما بالنسبة للأسر فبعد أن كانت لا تساهم أبدا في تكاليف العلاج بفضل الطب المجاني، بدأت حصتها تتصاعد تدريجيا إلى غاية بلوغها أعلى نسبة 29,33% سنة1999، وهذا يعود إلى انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية بسبب الأزمة الاقتصادية لسنوات الثمانينات وتطبيق برامج التعديل الهيكلي. حيث أصبح المرضى يلجؤون بشكل كبير إلى القطاع الخاص أين التكاليف في جزئها الأكبر على عاتق المريض. وظلت هذه النسبة مرتفعة إلى منتصف الألفية أين مثلت ربع مجموع النفقات (26,02 %) (فرطاقي، 2018، صفحة 3) .حيث تغيرت مساهمة كل من

الدولة والضمان الاجتماعي والأسر، والجدول الموالي يبين تطور الانفاق الصحي في الجزائر:

الجدول 01: تطور النفقات الصحية في الجزائر الوحدة: (%)

السنة	نسبة الانفاق العام على الصحة من اجمالي النفقات الصحية (1)+(2)	حصة الدولة من النفقات الصحية (1)	مساهمة الضمان الاجتماعي (2)	مساهمة الاسر	حصة الانفاق الخاص من النفقات الاجمالية للصحة	نسبة نفقات الصحة من نفقات الدولة
2000	71.97	45.91	26.05	25.79	27.98	
2001	76.23	50.47	25.76	21.67	23.73	3.51
2002	75.28	49.34	25.94	22.52	24.68	3.65
2003	76.71	50.72	25.99	21.15	23.26	4.48
2004	71.37	47.13	24.23	26.09	28.60	4.62
2005	69.34	44.91	24.43	28.09	30.63	5.31
2006	68.49	43.17	25.32	29.12	31.48	4.87
2007	69.83	45.14	24.70	28.09	30.15	4.46
2008	72.01	46.37	25.65	26.15	27.97	4.64
2009	70.92	44.93	25.99	25.45	29.60	3.1
2010	69.5	43.10	26.40	28.88	30.49	3.7
2011	70.63	46.04	24.59	27.87	29.36	3.4
2012	72.95	50.29	22.66	25.75	27.04	3.6
2013	71.06	45.46	25.59	27.56	28.93	5.5
2014	72.03	45.44	26.60	26.66	27.96	4.6
2015	70.47	42.32	28.15	28.21	29.51	5
2016	67.69	40.65	27.04	30.88	32.29	4.3
2017	65.96	39.61	26.35	32.55	34.02	6
2019	-	-	-	-	35	6
2020*	62.6	-	-	36	-	6

المصدر: - HABCHI Fadia. .2020/2021.p224 - WHO. May 2023.

من الجدول نلاحظ أن الانفاق العام على الصحة عرف زيادة تدريجية بحيث انتقل من 71.97% إلى 76.71% بين 2000–2003، ثم تراجع مرة أخرى إلى 69.83% سنة 2007. لتشهد زيادة بداية من سنة 2008 نتيجة تحسن مداخيل الدولة بعد ارتفاع اسعار البترول حيث بلغت نسبة الانفاق 70.47% سنة 2015، لتتراجع مرة أخرى إلى 62.6% سنة2020، وقد ارتبطت هذه التغيرات بالتغير في مساهمة كل من الدولة والضمان الاجتماعي، حيث تراوحت مساهمة الدولة ما بين 50.47% و39.61%. بداية من 2014 تراجعت مساهمة الدولة وهذا بسبب الازمات التي مست اسعار البترول في الاسواق العالمية إضافة إلى سياسة التقشف التي انتهجتها الدولة بداية من 2016 (محمد ب، 2020/2019، صفحة 46). هذا وقد مررت السلطة التشريعية قانونا تكميليا ينص على توفير نحو 544مليون دولار أمريكي لتخفيف الآثار الصحية والاقتصادية لجائحة covid19، منها 5,3%

مخصصة للتوريدات الطبية و24% مكافآت للعاملين في القطاع الصحي، و13% لتطوير قطاع الصحة ككل. (صندوق النقد الدولي، 2020، صفحة61).

بالنسبة للإنفاق الخاص فقد عرف تذبذب بين الزيادة والانخفاض حيث بلغ أعلى قيمة سنة 2017 ب 34.02%، وترجع هذه النسبة إلى ارتفاع مساهمة الأسر والتي تمثل حوالي 98% من الإنفاق الخاص اضافة إلى نفقات المؤسسات والتي تعتبر ضعيفة جدا بحيث لم تتجاوز 1.5% والتي تراجعت بعد سنة 2007 إلى أقل من 1%، وما يلاحظ أن حصة الأسر تقارب حصة الضمان الاجتماعي في الانفاق الصحي وهي تعتبر مرتفعة، ويرجع ارتفاعها إلى لجوء الاسر إلى القطاع الخاص ذو الأسعار العالية جدا، وهذا بسبب تدني خدمات القطاع العمومي والنقص في الأخصائيين. وخاصة أنه لا يتم تعويض تكاليف القطاع الخاص إلا بنسب ضعيفة جدا بسبب الفوارق المعتبرة بين أسعار الخدمات الصحية المدفوعة والمبالغ المعوضة من الضمان الاجتماعي .حيث أن أسعار التعويض المطبقة من طرف صناديق التأمين على المرض تعود إلى سنة 1987 وهي لم تعد تعكس التكاليف الحقيقية المدفوعة من قبل الأسر. بالإضافة إلى المبالغ غير المعوضة والتطبيب الذاتي (مفيدة، 10-11 أفريل 2018، صفحة ص4). كما أن هناك العديد من الأسر غير المؤمنة وبالتالي هي مجبرة على دفع نفقة العلاج كاملة، كما أن البعض الاخر لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (دحمان ع. 2010-2011 ، صفحة64).كما يعود الارتفاع في النفقات الصحية إلى توسع العرض العمومي للعلاج وارتفاع تكاليف التجهيزات الطبية والنشاطات الصحية وطول الاقامة في المستشفيات (نوري, عبد الصمد، 2014/2013، صفحة 73).

4. تطور الهياكل القاعدية: عرفت الهياكل الصحية تطور مستمر، وفيما يلي نبرز ذلك:

1.4. المرافق الصحية: عرفت المرافق الصحية بمختلف انواعها زيادة تدريجية خلال فترة الدراسة، وهذا سعيا من الدولة لتقريب المرافق الصحية من السكان وتوفير الخدمات الطبية على مدار اليوم. والجدول الموالي يبين تطور المرافق الصحية خلال الفترة 2000-2020.

الجدول 02. تطور المرافق الصحية 2000-2020

الهياكل السنة	مؤسسة استشفائية عامة	مؤسسة استشفائية	مراكز استشفائية جامعية	مؤسسة استشفائية جامعية	مؤسسة استشفائية متخصصة	دور الولادة الخاصة	دور الولادة العمومية	قاعات العلاج	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	الصيدليات
2000	-	-	12	0	31	430		3964	-	5576
2004	-	-	13	1	32	429		4545	-	6911
2006	-	--	13	1	36	476		4684	-	7708

8477	271	5077	419	85	57	1	13	4	190	**2008**
8837	271	5258	427	94	61	1	13	4	192	**2009**
9264	271	5350	431	97	64	1	13	4	194	**2010**
9690	271	5491	437	101	63	1	14	4	192	**2011**
10058	271	5545	409	105	66	1	14	5	193	**2012**
10438	271	5634	412	107	68	1	14	5	194	**2013**
10700	271	5726	416	97	71	1	14	5	196	**2014**
10865	271	5762	415	114	75	1	15	9	200	**2015**
11140	273	5875	416	123	75	1	15	9	200	**2016**
11385	273	5957	409	127	77	1	15	9	205	**2017**
11562	273	6003	410	135	79	1	15	9	206	**2018**
11777	273	6044	447	142	79	1	15	9	210	**2019**
11825	273	6160	403	135	79	1	15	9	210	**2020**

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء،

دور الولادة: 2000-2006: تتضمن دور الولادة العمومية والخاصة

المؤسسات الاستشفائية العمومية تم انشاؤها بناءا على المرسوم 140/07 المؤرخ في 19-05-2007 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، وهي مركز لتقديم العلاج وتمتاز بالمجانية في العلاج وتقديم الأدوية لمختلف المرضى الخاضعين لهذه المؤسسة (كسار خالد، 2020/2019، صفحة 7)، بالرغم من زيادة عددها فهي تعتبر ضئيلة فخلال الفترة 2008-2020 انتقل عددها من 190إلى 210 مؤسسة فقط. أما فيما يخص توزيع هذه المؤسسات فخلال سنة 2015 تم احصاء 34.17 % من المؤسسات في الشرق، 19.60% في الجنوب، 20.60% في الغرب و25.63% في الوسط، وبالتالي كلما اتجهنا جنوبا كلما نفص عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية (قرنان، ك، عمراوي، صلاح الدين، 2019، الصفحات 46،47).

المؤسسات الاستشفائية الجامعية لم يتجاوز عددها الواحد خلال فترة الدراسة نظرا لضخامة الموارد المالية التي تستلزمهاوبالنسبة لعدد الاسرة فقد تميز بالتذبذب حيث كان 700سرير سنة 2008 و2009 لينخفض إلى 612 سنة 2010، ليعرف بعد ذلك زيادة تدريجية بحيث وصل عدد الاسرة 869سرير ثم انخفض مجددا إلى 770سرير سنوات 2019و2020، أما المراكز الاستشفائية الجامعية فقد انتقل عددها من 12 مركز سنة 2000 إلى 15 مركز سنة 2020، وبالتالي فهي زيادة ضعيفة جدا وهذا راجع إلى التكاليف الباهظة التي يتطلبها انجاز مثل هذه المراكز. ومعظم المراكز الاستشفائية الجامعية تتمركز في الشمال، وتتواجد في كل من ولاية باتنة، البليدة، تلمسان، تيزي وزو، الجزائر، سطيف، سيدي بلعباس، عنابة، قسنطينة، وهران، بجاية (قرنان ك، عمراوي صلاح الدين، 2019، الصفحات 43-54).

مؤسسة استشفائية متخصصة، وهي تنشأ بناءا على اقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي وتوضع تحت وصايته، تتكون من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بمرض معين أو مرض اصاب جهازا عضويا معين، وتقوم المؤسسة بتنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج واعادة التكيف الطبي والاستشفاء وتطبيق البرامج الوطنية الجهوية والمحلية للصحة، ومن بين الاختصاصات التي فتحت لها مؤسسات استشفائية متخصصة في الجزائر أمراض المسالك البولية والكلى وأمراض القلب والأوعية وطب الأطفال وطب النساء والتوليد والاستعجالات الطبية الجراحية والحروق والجراحة الترقيعية والجهاز الحركي وطب الأمراض العقلية وجراحة الأعصاب والأمراض المعدية وامراض السرطان واعادة تأهيل الاعضاء والتكييف الوظيفي وطب العيون (مهدي، ل، 2023، الصفحات 586-585). وعرف عددها زيادة من 31 إلى 79مؤسسة خلال الفترة 2000-2020، ويعتبر عددها ضعيف مقارنة بالأمراض المنتشرة وعدد المرضى. كما أن عدد الاسرة هو الأخر عرف زيادة ضعيف من 9932سرير سنة 2008 إلى 13914سرير سنة 2020. وهذا مقارنة بالتخصصات الموجودة على مستوى هذه المؤسسات. وتتوزع هذه المؤسسات في كل الولايات التالية :باتنة، بجاية، بسكرة، بشار، بليدة، تلمسان، تيارت، تيزي وزو، الجزائر، جيجل، سطيف، سعيدة، سكيكدة، سيدي بلعباس، عنابة، قسنطينة، مستغانم، معسكر وهران، برج بوعريريج، الوادي، خنشلة، ميلة وعين تموشنت، لتنظم إليهم ولايات أخرى سنة 2015 م (غليزان، غرداية، تيبازة، ورقلة، مسيلة، الجلفة، تبسة، بويرة، أم بواقي، الأغواط والشلف (قرنان، ك، عمراوي، صلاح الدين، 2019، ص49).

فيما يخص دور الولادة العمومية والخاصة هي الأخرى عرفت تذبذب بين الزيادة والانخفاض، بحيث لم يتجاوز عددها مجتمعة 600 خلال فترة الدراسة، كما يلاحظ أن نسبة دور الولادة العمومية أكبر من دور الولادة الخاصة.

بالنسبة لقاعات العلاج فقد انتقل عددها من 3964 قاعة إلى 6160 قاعة خلال الفترة 2000-2020 وهذا يظهر حرص الدولة على توفير الرعاية الصحية للجميع.

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، نظم هذا النوع من الهياكل العمومية الصحية المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/17 يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تضم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، تغطي مجموعة من السكان وهي مكلفة بالوقاية والعلاج القاعدي وتشخيص المرض

والعلاج الجواري، والفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، كما تم تكليفها بالأنشطة المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي، وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان وتكليفها بترقية وحماية البيئة والمجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الاضرار والآفات الاجتماعية ، والمساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم (أقشيش، 2020، صفحة ص273). بالنسبة لعددها بقي ثابت بين 2008-2015 عند 271 مؤسسة ليرتفع بعدها إلى 273 مؤسسة خلال الفترة 2016-2020.أما فيما يخص توزيعها فقد عرف تقارب على مستوى التراب الوطني حيث سنة 2015 قدرت نسبتها 28.41 % في الشرق و24.35 % في الجنوب، 23.25 % في الغرب و 23.99 % في الوسط (قرنان، ك، عمراوي، صلاح الدين، 2019، الصفحة48).

بالنسبة لعدد الصيدليات هو الاخر عرف زيادة تدريجية من 5576 صيدلية إلى 11825 بين 2000-2020 ، بحيث تسيطر الصيدليات الخاصة بأكثر من 90% من إجمالي الصيدليات.

2.4. الهيكل البشري: اهتمت الجزائر بتوفير اليد العاملة المؤهلة من اطباء وصيادلة وجراحو اسنان، مساعدين شبه طبيين ومهندسين وتقنيون سامون في مختلف المرافق الصحية وهذا من أجل ضمان تقديم الخدمات للأفراد بصورة دائمة وجيدة، والجدول الموالي يبين تطور الاطباء والصيادلة خلال فترة الدراسة.

الجدول 03 . تطور الاطباء والصيادلة

السنة	الاطباء		اطباء الأسنان		الأطباء الصيادلة	
	العدد	عدد الافراد لكل طبيب	العدد	عدد الافراد لكل طبيب اسنان	العدد	عدد الافراد لكل صيدلي
2000	32332	941	8197	3711	4819	6318
2001	33654	918	8408	3673	4976	6206
2002	35368	887	8616	3639	5198	6033
2003	36347	876	8651	3681	5705	5582
2004	37720	858	8842	3600	6082	5321
2006	39459	849	9648	3457	7267	4607
2008	47995	721	10649	3248	8019	4314
2009	52071	677	11135	3167	8503	4148
2010	56209	640	11633	3093	9081	3962
2011	59618	616	12092	3036	9588	3829
2012	63534	590	12422	3018	10171	3686
2013	66236	578	12782	2996	10538	3634
2014	69076	566	13168	2970	11078	3531
2015	73431	544	13645	2929	11475	3484
2016	74937	545	13747	2971	11888	3435
2017	78838	529	13263	2925	12337	3382
2018	81541	521	15008	2837	12830	3303

2019	84161	516	15470	2807	13122	3309
2020	83731	-	15745	-	13273	-

المصدر:Rétrospective statistique 1962-2020. Pp 154--156

من الجدول نلاحظ أن هناك تطور في عدد الاطباء بحيث انتقل من32332 إلى 83731 بين عامي 2000-2020 وبالمثل انتقلت التغطية الطبية من 941فرد لكل طبيب سنة 2000 إلى 516فرد لكل طبيب سنة2019 وما يلاحظ أنه خلال عشرين سنة تحسنت التغطية بحوالي النصف وهي تعتبر ضعيفة مقارنة بالنفقات المخصصة، وبالمثل نجد أن عدد أطباء الاسنان ارتفع من 8197 سنة 2000 الى 15745صيدلي سنة 2020 ورهي زيادة ضئيلة، وقد رافق هذا تحسن في التغطية الصحية من3711 فرد لكل طبيب أسنان سنة 2000 إلى 2807فرد لكل طبيب أسنان سنة 2019، ورغم التحسن لكنها تبقى دون المستوى المطلوب ونفس التطور بالنسبة للصيادلة فهو الاخر عرف زيادة ضئيلة وبالمثل التغطية فقد انتقل عدد الافراد لكل صيدلي من 6318فرد إلى 3309 فرد بين 2000-2019. وهذا ما يشير إلى ضعف التغطية الطبية.

5. المؤشرات الصحية: إن النتائج المترتبة من الانفاق على الصحة تبين مدى فعالية هذا الانفاق، ولقياس نتائج الانفاق على الصحة نعتمد على مجموعة من المؤشرات والتي تمثل المتغيرات أو العوامل التي يمكن قياسها، الأمر الذي يمكننا من معرفة الحالة الصحية للأفراد في المجتمع، هي:

1.5. الانفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي: الجدول الموالي يبين تطور الانفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي

الجدول 04 : الانفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
النسبة%	3.48	3.83	3.73	3.6	3.54	3.23	3.35	3.82	4.2	5.35	5.11
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	*2020	2021
النسبة%	5.26	6.00	6.03	6.54	6.97	6.60	6.37	6.2	6.3	6.3	-

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على- معطيات البنك الدولي www.ar.Knoema.com . .

من المعطيات في الجدول نلاحظ أن نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي عرفت زيادة تدريجية بحيث انتقلت من 3.49% سنة 2000 إلى 7% سنة 2015 وهي تمثل أعلى نسبة خلال فترة الدراسة لتتراجع إلى حدود 6% خلال الفترة 2016-2020. لكن هذه الزيادة غير كافية وهي بعيدة عن المقاييس الدولية حيث حذر التقرير العالمي للصحة من أن الجزائر تضيع 20% من النفقات على الصحة

بسبب سوء تسيير القطاع الصحي والتكاليف المرتفعة لفاتورة الأدوية حيث هناك تباين في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية بالإضافة إلى ضعف جودتها في المستشفيات الجزائرية كما يرجع الانخفاض إلى عدم فهم ووعي الدولة لفكرة أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد من الإنتاج والإنتاجية. (خواثرة، 2021/2020، الصفحات 113-114). كما أن انخفاض حصة الصحة من الناتج المحلي الاجمالي قد يشير إما إلى محدودية الحيز المالي للصحة أو إلى وجود شعب فتي نسبيا أو إلى عدم ايلاء الاولوية للإنفاق على القطاع الصحي(الإسكوا، 2022، ص14).

2.5. **نصيب الفرد من النفقات الصحية:** تشير الادبيات إلى أن جزءا كبيرا من التباين في نصيب الفرد من الانفاق الاجمالي على الصحة يرتبط بالتغيرات في نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي (الإسكوا، 2022، ص14)، وفي الجزائر عرف هذا المؤشر زيادة تدريجية يمكن ابرازها في الجدول الموالي:

الجدول 05: نصيب الفرد من النفقات الصحية (دولار امريكي)

السنة	2000	2003	2004	2005	2007	2009	2010	2011
نصيب الفرد من النفقات الصحية	61.58	75.74	92.50	100.71	150.26	208.12	229.28	287.38
السنة	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
نصيب الفرد من النفقات الصحية	335.56	359.64	291.55	260.77	268.04	258	251	

المصدر: - سعيدة خواثرة، 2021/2020، ص116.

www.ar.Knoema.com

من الجدول نلاحظ أن نصيب الفرد من النفقات الصحية عرف زيادة تدريجية خلال الفترة 2000-2020 بحيث انتقل من 61.58 دولار امريكي الى 245 دولار امريكي.

3.5. **المؤشرات الايجابية:** في اطار الصحة الانجابية، الطفولة، حديثي الولادة، وصحة الأم، تم تطوير ووضع مجموعة من البرامج والخطط خلال الفترة الماضية لتنفيذ هذه الاستراتيجية. من هذه الخطط: الخطة الوطنية لخفض وفيات الامهات (2019-2015)، والبرنامج الوطني لفترة ما قبل وبعد الولادة المعتمد منذ عام 2005 (OMS ; 2020-2021 ;p21) وقد ساهم ذلك في تحقيق نتائج ايجابية، والجدول الموالي يبين تطور مختلف المؤشرات:

الجدول 06: تطور المؤشرات الايجابية

السنة	المعدل الخام للولادات(‰)	العمر المتوقع عند الولادة(سنة)	تطور معدل الخصوبة الكلي
2000	19.55	72.4	2.4
2002	19.68	73.9	2.5
2003	20.36	74.8	2.5

2005	21.36	75.7	2.5
2008	23.62	75.5	2.8
2009	24.07	76.3	2.8
2010	24.68	76.5	2.9
2011	24.78	76.4	2.9
2012	26.08	77	3.0
2013	25.14	77.2	2.9
2014	25.93	77.1	3.0
2015	26.03	77.6	3.1
2016	26.12	77.6	3.1
2017	25.40	77.7	3.1
2018	24.39	77.8	3.0
2019	23.80	77.8	3.0
2020	24.1	77.9	2.9

المصدر: البيانات المفتوحة للبنك الدولي

DEMOGRAPHIE ALGERIENNE N°890/Bis2019

التقرير الاقتصادي العربي الموحد، صندوق النقد العربي، 2022، الصفحات-350

●**المعدل الخام للولادات(‰)** من الجدول نلاحظ أن معدل المواليد عرف زيادة تدريجية بحيث انتقل من 19.55**‰** إلى 26.1**‰** بين سنتي 2000و2016، وترجع الزيادة المسجلة في معدل المواليد إلى الرعاية التي اولتها الدولة للأمومة والطفولة من خلال ما تم تطبيقه من برامج واستراتيجيات ثم تراجع هذا المعدل إلى 23.80**‰** سنة 2019 وإلى 24.1**‰** سنة2020.

●**أمل الحياة أو العمر المتوقع عند الولاد** عرف هذا المؤشر تحسن بحث انتقل من 50سنة سنوات السبعينات (rapport nabni ; p173) إلى أكثر من 76سنة نهاية 2021. ويرجع هذا التحسن إلى عمل الدولة على توفير الخدمات الصحية وتقريبها من المواطن.

●**معدل الخصوبة** من الجدول نلاحظ أن مؤشر الخصوبة عرف زيادة طفيفة بحيث انتقل من 2.4 طفل لكل امرأة سنة 2000 الى 3.1 طفل لكل امرأة سنة 2017، لكن هذه القيمة تراجعت الى 2.9 طفل لكل امرأة سنة 2020، ويمكن ارجاع ذلك إلى الوباء الذي أثر على نشاط الهياكل الصحية.

4.5. المؤشرات السلبية:

●**معدلات الوفيات**: والجدول الموالي يبين تطور معدلات الوفيات:

الجدول 09: تطور معدلات الوفيات

السنة	معدل وفيات الرضع (‰)	تطور معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات(‰)	المعدل الخام للوفيات (‰)	نسبة وفيات الامهات (لكل 100الف مولود حي)
2000	36.9	43	4.59	**159**
2001	37.5	43.5	4.56	**156**
2003	32.5	38.0	4.55	**153**
2004	30.4	35.7	4.36	**137**
2005	30.4	35.5	4.47	**144**
2006	26.9	31.6	4.30	**134**
2007	26.2	31	4.38	**125**
2008	25.5	29.7	4.42	**117**
2009	24.8	29	4.51	**115**
2010	23.7	27.5	4.37	**112**
2011	23.1	26.8	4.41	**105**
2012	22.6	26.1	4.53	**99**
2013	22.4	26.1	4.39	**94**
2015	22.3	25.7	4.57	**89**
2016	20.9	25.4	4.42	**89**
2017	21	24	4.55	**89**
2018	21	24	4.53	**79**
2020	16.1	23.2	4.8	**78**

المصدر: ALGERIENNE 2019 ; N°890/Bis ;pp23-25

التقرير الاقتصادي العربي الموحد، صندوق النقد العربي، ص350. بيانات البنك الدولي

●**معدل وفيات الرضع** من الجدول نلاحظ أن معدل وفيات الرضع انخفض بحوالي 20نقطة بين 2000–2020، وتحسن المؤشر يدل على مستوى الرعاية الصحية واللقاحات التي تلقاها الرضيع خلال شهره الأول. وقد انعكس تحسن هذا المؤشر على معدل وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات.

●**معدل وفيات الاطفال أقل من خمس سنوات** من المؤشرات التي تمكننا من معرفة الوضعية الصحية للسكان، وفي الجزائر كان هذا المعدل مرتفعا بعد الاستقلال. لكنه عرف انخفاضا تدريجيا في السنوات الماضية. من الجدول سجل وفيات الاطفال أقل من خمس سنوات من **43‰** سنة 2000 إلى **22‰** سنة 2022، يرجع الانخفاض في وفيات الاطفال أقل من 5سنوات إلى الانخفاض المحسوس في ووفيات الرضع، وإلى تنفيذ الجزائر مجموعة من البرامج وهذا بعد أن صادقت على ميثاق الالفية سنة 2000 وقد تمثلت البرامج في: البرنامج الخاص بتوسيع التلقيح والبرنامج الخاص بمكافحة أمراض الاسهال لدى الاطفال والبرنامج الخاص بمكافحة الامراض التنفسية لدى الاطفال (علي دحمان محمد، 2011/2010،

صفحة 41)، وهي أيضا نتيجة لنشاطات الصحة الجوارية في مجال الصحة الانجابية والتخطيط العائلي (لعموري، مهدي، 2023، صفحة 595).وبرامج حماية الامومة والطفولة.

●**المعدل الخام للوفيات** من الجدول نلاحظ أن هناك استقرار في معدل الوفيات في حدود 4.5‰ خلال الفترة 2000-2019، بينما ارتفع إلى 4.8‰و5‰ سنتي 2020 و2021 على التوالي وهذا راجع إلى وباء كوفيد 19 الذي أودى بحياة الكثيرين خاصة المصابين بالأمراض المزمنة.

وفي هذا الإطار فإنه بين 2015-2016 تم توزيع الوفيات حسب مجموعة الامراض المزمنة وفقا للتصنيف الدولي للأمراض إلى أن الاسباب الأولى للوفاة ترجع إلى امراض القلب والاوعية الدموية بنسبة 21%، تليها الظروف المحيطة بالولادة بنسبة 12%، أما الفئة الثالثة من أسباب الوفاة فهي الأورام بنسبة 11.6% تليها الغدد الصماء بنسبة 4.45%، أمراض الجهاز التنفسي6%، امراض الجهاز الهضمي بحوالي 3,2%، أما الاسباب غير المحددة بلغت 23% .(S.BELAMRI, 2015-2016, p 6)

●**وفيات الامهات** من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تراجع كبير في وفيات الأمهات حيث تراجع من 159وفاة لكل 100الف مولود حي سنة 2000 إلى 78وفاة لكل 100الف مولود حي سنة 2020 أي بحوالي النصف. وهذا التحسن راجع إلى السياسة الوطنية المتعلقة بحماية الأمة وهي: البرنامج الوطني لحماية الامومة والطفولة وتباعد الولادات سنة 1974، البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي سنة 1983، والذي تم تعديله سنة1995. إضافة إلى البرنامج الوطني لمكافحة وفيات ومراضة الأمهات والوفيات حول الولادة سنة1997 الذي تم توزيعه على مستوى المؤسسات ومن بين ما نص عليه متابعة الأم والطفل اثناء فترة الحمل والفترة ما بعد الوضع، إضافة إلى تحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة، ونتيجة للمشاكل التنظيمية التي واجهته تم تنظيم ملتقى وطني لإعادة تنشيط البرنامج سنة 2002 ومن بين نتائجه انشاء الهيئة الوطنية لمكافحة وفيات الامهات وامراض الامهات وحول الولادة في جويلية 2002، كذلك البرنامج الوطني حول الولادات 2005-2008 والذي من بين أهدافه الحد من مضاعفات الحمل المرتبطة بارتفاع ضغط الدم وخفض عدد الوفيات النفاسية الناجمة عن الارتجاج بنسبة 30% وضمان الادارة الفعالة ل 50% من حالات مقدمات الارتجاج بحلول عام 2008، إضافة إلى خفض وفيات الامهات من مضاعفات نزيف الولادة بنسبة 30% وضمان الادارة الفعالة ل 50% من جميع حالات النزيف قبل الولادة بحلول عام 2008. إضافة إلى البرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات (2015-2019)الذي حدد خمسة اهداف استراتيجية هي: تعزيز تنظيم الاسرة والوصول

اليها، تحسين نوعية الرعاية اثناء الحمل والولادة وبعد الولادة، الوصول إلى كل النساء للحد من عدم المساواة، تعزيز مشاركة المرأة والأسر ومقدمي الرعاية واستخدام تأثيرهم في مجتمعاتهم المحلية، تحسين إدارة مكافحة وفيات الامهات من خلال تقييم العمل والتعبئة الاجتماعية وتعزيز الاتصالات. (فيصل, معاش، ديسمبر 2020، الصفحات 19–22). هذا بالإضافة إلى ما تم انشاؤه من مراكز ومؤسسات استشفائية ودور الولادة الخاصة والعمومية، كما ساهم وجود اخصائيين في الاشراف على صحة الامهات قبل وأثناء وبعد الولادة على التخفيض من وفيات الامهات.

– الولادات التي تمت تحت اشراف اخصائيين%من اجمالي الولادات): في الفترة 1980–1985 كانت نسبة الولادات التي تمت تحت اشراف اخصائيين 15% لترتفع هذه النسبة الى 77% في الفترة 1991–1995 (التقرير الاقتصادي العربي الموحد ص39). وقد تجاوزت النسبة 95% ابتداء من سنة 2012 وهذا حسب احصائيات منظمة الصحة العالمية. وقد بلغت نسبة الولادات التي تتم تحت رعاية صحية ماهرة 97% سنة2013 لتصل الى 99 % سنة 2019 .(WHO, May 2023)

– النساء الحوامل اللاتي تلقين ورعاية سابقة للولادة: في فترة التسعينات بلغت نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين تلقيح 58% ، ثم ارتفعت هذه النسبة إلى 79% سنة 2000 ثم إلى 81%، 89% 93%سنوات 2000، 2002، 2013، أما سنة 2019 فقد بلغت نسبتهم 95%. ويرجع ذلك إلى التوعية من جهة وبرامج حماية الطفولة والامومة من جهة أخرى. وقد ساعد ذلك في تخفيض نسبة وفيات الامهات. لكن في المقابل تراجعت نسبة تغطية الرعاية السابقة للولادة (4 زيارات) من 70% إلى 67% خلال الفترة 2018–2020.(WHO, May 2023)

5.5. **معدل انتشار الامراض:** بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وضعت الدولة خطتها الاستراتيجية الوطنية الرابعة للأمراض المنقولة جنسيا/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (2020–2024) في فبراير 2020. وقد لوحظت نتائج مشجعة: بحيث لا يزال معدل انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية منخفضًا جدًا 0.1٪. في حين ارتفعت معدلات الإصابة بمرض السل من 60.7 حالة لكل 100 ألف عام 2010 إلى 54.6 حالة عام 2018، وظلت معدلات الإصابة بحمى التيفوئيد ثابتة عند حوالي 0.06 لكل 100.000 نسمة بين عامي 2016 و2018 ولم يتم الإبلاغ عن أي حالة إصابة بالكوليرا منذ عام.1995 , OMS .(rapport biennale 2020-2021..pp22-23)

بالنسبة للأمراض غير السارية والمعروفة ايضا باسم الامراض المزمنة او المرتبطة بنمط الحياة، وتشمل امراض القلب والسكتة وامراض الرئة المزمنة وداء السكري، والسرطانات https**://www.emro.who.int/ar**

/13 -10-2023. وقد عرفت هذه الامراض انتشار واسع في الجزائر، ففي سنة2016، تم تقدير ما نسبته 9% من السكان الذين يعانون من الامراض القلبية الوعائية، أما الاشخاص ذوي الخطورة الذين يتلقون العلاج والمشورة لمنع النوبات القلبية والسكتات الدماغية فقد بلغت نسبتهم 52% في نفس السنة. الاشخاص البالغين (18سنة فأكثر) من الذين يعانون من السمنة نسبتهم 27%، الاشخاص البالغين (18سنة فأكثر) من الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم نسبتهم 22% سنة 2015، الاشخاص البالغين (18 سنة فاكثر) من الذين يعانون من ارتفاع سكر الدم نسبتهم 11% سنة 2014 .(**OMS.2018**)

فيما يخص الامراض السرطانية فقد كشفت المكلفة بالسجل الوطني للسرطان بالمعهد الوطني للصحة العمومية, البروفسور دوجة حمودة, أن "معدل الإصابة انتقل من 112 حالة لكل 100 ألف ساكن خلال سنة 2017, ثم إلى 96.3 لكل 100 ألف ساكن خلال سنة 2018, ثم إلى 126 حالة لكل 100 ألف ساكن خلال سنة 2019"، وبالتالي سنة 2019 تم تسجيل أزيد من 47 ألف" حالة إصابة بالسرطان على المستوى الوطني .وتتصدر خمس أنواع من السرطانات مجموع الأصناف المنتشرة بالجزائر, وهي نفس الأنواع المنتشرة بالعديد من دول العالم, من بينها سرطان الثدي والقولون والمستقيم والرئة والبروستات والغدة الدرقية.-https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/135071-47 Consulte-le :2023-10-13.

6.5. **التغطية الصحية لبعض الامراض:** يقيس تحصين الاطفال النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر ما بين 12–23 شهرا والذين يتلقون تطعيمات قبل سن 12 شهرا، ويعتبر الطفل محصن ضد الحصبة بعد تلقيه جرعة واحدة من اللقاح، وقد عرفت نسبة الاطفال المحصنين ارتفاع تدريجي من 80% سنة 2000 إلى 99 % سنة 2013، لكن هذه النسبة تراجعت إلى 80 % سنة 2020.

ويعتبر الطفل محصنا بطريقة ملائمة ضد لقاح ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي بعد تلقي ثلاث جرعات من اللقاح. وقد عرفت نسبة الاطفال المحصنين ارتفاعا من 86**%** سنة 2000 إلى 95**%**سنة 2015 لتتراجع بعدها النسبة إلى 91**%**خلال الفترة 2016–2021.

بالنسبة للسل فقد تراجعت نسبة التغطية من 80% سنة 2015 إلى 66%سنة 2020، في حين زادت نسبة التغطية لمرضى الايدز من 71% إلى 85 %خلال الفترة 2015–2020.

كما نشير هنا إلى بعض الامراض الاخرى كالتهاب السحايا، الحمى الصفراء والكوليرا التي عرفت نسبة تغطية ضعيفة جدا، وهذا بنسبة **4%، 9%، 3%** سنة 2020. على التوالي (WHO, May 2023)

وفي طار الملتقى الدولي حول علم الامراض بالجزائر العاصمة صرح وزير الصحة بأنه تم القضاء على فيروس شلل الأطفال سنة 2016 والقضاء على كزاز الأمهات الحوامل وحديثي الولادة في سنة 2018 والقضاء على الملاريا في سنة 2019.

6. **ترتيب النظام الصحي الجزائر عالميا حسب بعض المؤشرات:**

– **مؤشر التغطية بالخدمات الصحية:** عرف هذا المؤشر تذبذبا بحيث انتقل من 73.8% سنة 2015 إلى 75% سنة 2017 لكن هذه الزيادة لم تتواصل بحيث سجل تراجع إلى 69.2 % سنة 2020. (WHO, May 2023)

– **مؤشر القدرات الاساسية في اللوائح الصحية الدولية:** وقد اعتمادنا على مؤشرين، درجة سلامة الغذاء والذي عرف تراجع بالنصف خلال الفترة 2018–2020 حيث انتقل من 80 %الى 40% ، اما المؤشر الاخر فهو مؤشر تقديم الخدمات الصحية والذي عرف هو الاخر تراجع من 93% الى 80% خلال نفس الفترة. **(WHO, May 2023)**

– **مؤشر "الأمن الصحي العالمي"** هو مؤشر يصدر عن مركز "جونز هوبكنز" للأمن الصحي التابع لمدرسة بلومبرغ للصحة العامة بالتعاون مع مجلة "الايكونوميست" البريطانية، وحسب معطيات هذا المؤشر لسنة 2021 فقد احتلت الجزائر المرتبة 163، بعد المغرب وتونس وهذا من أصل 195 دولة.

اما فيما يخص المؤشرات الفرعية لهذا المؤشر، فقد جاءت الجزائر في المرتبة 139 حسب مؤشر **"منع ظهور أو إثارة مسببات الأمراض"**، اما فيما يخص مؤشر **"الكشف المبكر والإبلاغ عن الأوبئة ذات الاهتمام الدولي المحتمل"** جاءت الجزائر في المرتبة 163وقد وتصدرت ليبيا الدول المغاربية (104 عالميا) يليها المغرب (110) وموريتانيا (112) وتونس (135)..

أما مؤشر **"الاستجابة السريعة والتخفيف من انتشار الوباء"**، احتلت تونس المرتبة الأولى مغاربيا (59 عالميا)، تليها ليبيا (131) وموريتانيا (148) والمغرب (151) ثم الجزائر (158).

بالنسبة لمؤشر **"نظام صحي كفؤ وقوي لعلاج المرضى والعاملين في مجال الصحة"** جاءت الجزائر في المرتبة الثالثة مغاربيا و 151 عالميا . وجاءت الجزائر في المرتبة الأولى مغاربيا (140 عالميا) في مؤشر "خطط التمويل لسد الثغرات وتلبية المعايير العالمية"، تلتها موريتانيا (150) وتونس (167) والمغرب

(169) ثم ليبيا (175). أما مؤشر "بيئة المخاطر الشاملة وتعرض البلاد للتهديدات البيولوجية"، احتلت الجزائر المرتبة 128عالميا

– **مؤشر الرعاية الصحية لمجلة** CEOWORLD هو تحليل إحصائي للجودة الشاملة لنظام الرعاية الصحية، بما في ذلك البنية التحتية للرعاية الصحية؛ اختصاصيو الرعاية الصحية (الأطباء وموظفو التمريض وغيرهم من العاملين الصحيين) كفاءات؛ التكلفة (نصيب الفرد من الورق بالدولار الأمريكي)؛ توافر الأدوية الجيدة، والاستعداد الحكومي. احتلت الجزائر المراتب الثلاثين الأخيرة وفق مؤشر الرعاية الصحية لمجلة CEOWORLD وفق إصدار سنة 2021، والتي تصنف 89 دولة وفقًا للعوامل التي تساهم في الصحة العامة. ومن بين 89 دولة شملها الاستطلاع، جاءت المنظومة الصحية الجزائرية في المرتبة 68 في القائمة، مسجلة 35نقطة وفقط من أصل 100على مؤشر الرعاية الصحية. (https://www.elhogra.com-27-09-2023)

4. تحليل النتائج:

– من الدراسة تم التوصل إلى أن الانفاق الصحي في الجزائر تساهم فيه كل من الدولة والضمان الاجتماعي والاسر، هذه الاخيرة التي ارتفعت مساهمتها بداية من سنة 2000 والذي يمكن تفسيره باتجاه الاسر الى القطاع الصحي الخاص الذي عادة ما تكون اسعاره مرتفعة وغير مراقبة، ارتفاع اسعار الادوية خاصة غير المعوضة. وهذا يقود الى اتساع دائرة الفقر وانخفاض مؤشر التنمية البشرية.

– بالرغم من التحسن الملاحظ في نصيب الفرد من الانفاق الصحي لكنه يبقى دون المستوى المطلوب.

– عملت الدولة على توفير العديد من الهياكل المادية والبشرية، من مستشفيات ومراكز علاج، اطباء، صيادلة، لكن تتميز بسوء توزيعها الجغرافي مما جعل الكثير من المناطق تفتقر الى أدني الخدمات الطبية.

– سجلت الجزائر تراجع في معدل وفيات الرضع والاطفال اقل من خمس سنوات ووفيات الامهات وهذا نتيجة البرامج المطبقة الخاصة بحماية الامومة والطفولة والرعاية والتطعيم، وقد انعكس ذلك على تحسن المعدل الخام للولادات والخصوبة، وارتفاع مأمول الحياة.

– سجلت الجزائر تراجع في معدلات بعض الامراض المعدية وتم القضاء على البعض الاخير، لكن في المقابل تم تسجيل زيادة في الامراض المزمن التي اصبحت تمثل احد الاسباب الاولى للوفاة في الجزائر.

– ترتبت الجزائر في المراتب الاخيرة حسب بعض المؤشرات المتعلقة بالرعاية الصحية، الأمن الصحي العالمي، التغطية بالخدمات الصحية، درجة سلامة الغذاء ومؤشر تقديم الخدمات الصحية.

5. خاتمة:

من خلال هذا البحث تناولنا اهم مصادر تمويل النظام الصحي في الجزائر، والمتمثلة في الدولة ومؤسسات الضمان الاجتماعي اضافة إلى الاسر، لنعرج بعدها الى أهم المؤشرات الصحية ونشير هنا إلى اننا ركزنا على الجانب الصحي مع اهمال جانب التعليم والصرف الصحي وما يرتبط بتنمية راس المال البشري. وختمنا البحث ببعض المؤشرات التي تبرز ترتيب النظام الصحي الجزائر عالميا ضمن باقي الدول. وتم التوصل الى ان:

– لقد تغيرت مساهمة مختلف موارد تمويل المنظومة الصحية الوطنية، بحيث زادت مساهمة الاسر في الانفاق الصحي وهذا لتوجههم الى القطاع الصحي الخاص.

– الزيادة في الإنفاق الصحي هي زيادة ظاهرية ناتجة عن ارتفاع فاتورة الادوية واجور العمالة ونشاء الهياكل، ولا تعكس الاستثمار في راس المال البشري الذي يمثل قوة دافعة للاقتصاد.

– بينت المؤشرات العالمية ان النظام الصحي الجزائري ترتب ذيل الترتيب في جميع المؤشرات مما يشير الى ان الجزائر كغيرها من الدول المغاربية والنامية مازالت بعيدة عن المعايير العالمية.

التوصيات

- اعادة النظر في توزيع النفقات، بحيث يتم توجيهها لتكوين راس المال البشري.
- اعادة النظر في توزيع الهياكل الصحية على مستوى الوطن.
- ضرورة ضبط تسعيرة القطاع الصحي الخاص.

6. قائمة المراجع:

– سعيدة خواثرة(2021/2020) أثر الانفاق العام الاجتماعي على المؤشرات الاقتصادية الكلية دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1990-2017 ، اطروحة دكتوراه، كلية لعلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف-1-، الجزائر.

– علي دحمان محمد (2011/2010) تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.

– نوري عبد الصمد (2014/2013) واقع وافاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة– دراسة قانونية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة الجزائر1. الجزائر،

– بلجيلالي محمد (2020/2019) أثر ترشيد النفقات العمومية على تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة:المؤسسة العمومية الاستشفائية " د.محمد الصغير نقاش" أرزيو وهران، ، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد بن باديس– مستغانم ،الجزائر.

– كسار خالد (2020/2019) تسيير المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، الجزائر.

- زواقة نجيبة(2019/2020) دراسة تأثير تحسين الصحة العمومية على النمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 1971-2019 –دراسة تحليلية قياسية- ، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة العربي بن مهيدي– أم البواقي، الجزائر.

- أقشيش زهرة(2020) الاطار القانوني للهياكل المؤطرة للصحة العمومية في الجزائر، حوليات جامعة الجزائر1،جامعة الجزائر1، المجلد 1(34).

- لعموري مهدي(2023) الصحة الجوارية في الجزائر : من القطاع الصحي إلى المقاطعة الصحية ، مجلة البحوث والدراسات العلمية، المجلد17، العدد01، ص ص 582-602.

- محمد علي دحمان، محمد قنديل(2016) تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، 02.

- معاش فيصل(ديسمبر 2020)وفيات الامهات في الجزائر في ظل الاهداف الانمائية للألفية، مجلة افاق لعلم الاجتماع، المجلد10، العدد02 .

- قرنان كميلية، عمراوي صلاح الدين(2019) علاقة توزيع المرافق الصحية بعدد السكان في الجزائر(دراسة ديموغرافية)،مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد 11(1).

- دريسي اسماء(2015) تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدي فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 6.

- زموري رشيد، على دحمان محمد(جوان2018) تقييم الانفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات اهداف الالفية-دراسة تحليلية قياسية، مجلة التنمية والاستشراف للبحوث والدراسات، جامعة اكلي محند اولحاج- البويرة، الجزائر، العدد04.

- قايدي, خميسي(2016) «النفقات الاجتماعية والنمو الاقتصادي خارج قطاع المحروقات في الجزائر- دراسة قياسية للفترة 1980-2013.» Revue D'économie et de statistique appliquée, n°25.

- مفيدة فرطاقي(10-11 أفريل2018) النفقات الصحية وتحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل " المستشفيات نموذجا' 2018، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.

- ناصر بوعزيز، حاجي أسماء (11-10 أفريل 2018)ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر وأليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة.

- الإسكوا(2022) التأمين الصحي المدعوم للفئات التي يصعب الوصول اليها.

- صندوق النقد الدولي(2020) سلسلة اصدارات الصندوق، الانفاق الاجتماعي لتحقيق النمو الاحتوائي في الشرق الاوسط واسيا الوسطى.

- الديوان الوطني للإحصاء (2021)الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018،رقم 49.

- التقرير الاقتصادي العربي الموحد، صندوق النقد العربي.

- DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019 ; N°890/Bis.

-RAPPORT BIENNAL 2020-2021.Organisation mondial de la santé. Algerie.

– Dr. AOUIDANE(2020/2021)Dépenses de la santé et organisation du système de santé. Module : Santé- Société- Humanité.1ère année de médecine . Université du batna2.

– DR S.BELAMRI ; Données de mortalité en Algerie - principales causes médicales de décès années 2015-2016INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE, ALGERIE ;2015-2016.

- HABCHI Fadia.(2021/2020)Evaluati on des dépenses publiques dans le secteur de la santé en Algérie : entre exigences de la société et la rationalisation des dépenses. thèse de DOCTORAT. Sciences économiques, commerciales, et sciences de gestion. Université Ain Témouchent - Belhadj Bouchaib

-WHO(may 2023)GPW13 country profile. Algeria.

- ONS.Rétrospective Statistique 1962 – 2020 .

- https://www.unescwa.org/ar/sdglossary/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D9%86%D9%81%D8%A7%D9%82-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%85-%D8%B9%D9%84%D9%89-%D8%A7%D9 %84%D8%B 5%D8%AD%D8%A9/(*consulté le* -21-07-2023)

- https://arab-ency.com.sy/law/details/25625/(*consulté le* -21-07-2023)

- https://www.ons.dz

- https://www.maghrebvoices.com/home-page/2021/12/11(*consulté le*11/09/2023)

- https://www.unescwa.org

- www.albankaldawli.org

- https://www.maghrebvoices.com/home-page/2021/12/11/(*consulté le*27/08/2023)

- https://www.elhogra.com/05/2021(*consulté le01/09/2023)*

- https://www.emro.who.int/ar/noncommunicable-diseases/publications/burden-of-noncommunicable-diseases-in-the-eastern-mediterranean-region.html*13/10/23*

-Organisation mondiale de la Santé*(2018)* Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT,.من الموقع.(https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/ncds/dzafr.pdf?sfvrsn=c80070d0_36&download=true