

دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر

د / عدنان مريزق

المدرسة العليا للتجارة - الجزائر

Résumé:

La santé est trop souvent perçue uniquement comme un service public essentiel, mais qui génère un niveau trop élevé de dépenses.

De nombreux pays prennent actuellement des initiatives pour que la mesure des performances puisse orienter et éclairer leurs efforts d'amélioration.

Le présent article évalue le niveau de performance du système de santé Algérien, afin d'accorder une grande attention aux questions de mesure.

mots clés : santé, système de santé, performance.

الملخص:

غالبا ما ينظر إلى الصحة كونها خدمة عمومية، ولكن بالمقابل يترتب عنها مستوى عال من النفقات.

فالعديد من الدول أخذت على عاتقها مبادرات لقياس أداء نظمها الصحية، بهدف توجيه وتوضيح جهودها التحسينية.

يقيم هذا البحث مستوى أداء النظام الصحي في كل من الجزائر، للفت الانتباه لأهمية مسائل قياس أداء النظم الصحية.

الكلمات المفتاحية: الصحة، النظام الصحي، الأداء.

المقدمة

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حقاً عالمياً أساسياً، مورداً بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية. وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة. وتتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي، الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

وشهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدماً ملحوظاً ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن. وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي. حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات، إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لا بد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

وبناء على ما سبق، سيحاول هذا البحث الإجابة على السؤال الجوهرى التالي:
ما هي المؤشرات التي ستسمح بتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر؟

وسيتم تقسيم الورقة إلى قسمين: سيتناول القسم الأول، ماهية النظام الصحي وطرق قياس أدائه. أما القسم الثانى، سيخصص لدراسة النظام الصحي في الجزائر، بعرض خصائصه الرئيسية ومؤشرات قياس أدائه.

أولاً: الإطار النظري للنظم الصحية وتقييم أدائها

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

1- ماهية النظم الصحية

سوف نستعرض جملة من التعاريف لمفهوم النظام الصحي كما يلي :

- 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 قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)" (1).

- 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. وتقوم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة " (2).

- وعرف النظام الصحي " بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالرعاية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة " (3).

فانطلاقاً 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(4):

- الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي. وهذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذي يوماً 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 البشري، طبيب الأسنان، الممرضات، والصيدالدة...إلخ.

- 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 وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها 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.

يتضح مما سبق أن النظام الصحي يتكون من العناصر التي يتكون منها النظام حسب المقاربة النظامية وهي: الهدف، المدخلات، عمليات التحويل، المخرجات والتغذية العكسية (المرتدة) .

ولقد أورد " قدس برس" بعض أوجه القصور التي تنتاب النظم الصحية في العالم فيما يلي(5):

-تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام والميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص.

-ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته، مما يعني أن الأمر ينتهي بالقطاع العام إلى إعانة القطاع الخاص.

-إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة.

-عجز العديد من الحكومات عن منع " السوق السوداء" في مجال الصحة، حيث يسود الفساد، والرشوة وممارسة عمليين في نفس الوقت؛ وتنتشر الممارسات غير القانونية

الأخرى، لا سيما أن مثل هذه السوق التي تنتعش بسبب سوء عمل النظم الصحية وانخفاض أجور العاملين الصحيين، تؤدي إلى زعزعة تلك النظم .

2- محددات الأداء الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي(6):

- **الاستجابة:** أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تتطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر وحفظ أسرهم ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويكمن الثاني في توجيه المرضى وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها، وضمان جودة الخدمات الأساسية، واختيار مقدمي الخدمات الصحية. وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

- **عدالة المساهمة المالية:** احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقنطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.

- **مستوى الصحة العام:** لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي لتقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة، حيث يتميز هذا المعيار بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

- **توزيع الانتفاع:** ويرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسين مستواها في المتوسط إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من

التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة، والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

- توزيع التمويل : نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

ولا ترمي النظم الصحية إلى تحديد مستوى الإنفاق الإجمالي بصفة عامة أو بالاعتماد على الدخل نظرا لوجود طرق أخرى محتملة لاستخدام الموارد المخصصة للصحة على جميع مستويات الإنفاق، حيث يتم تحديد الموارد المخصصة لتمويل النظم الصحية بناء على خيار اجتماعي دون توفير إجابة صحيحة .

والجدير بالإشارة أن النظم الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط المواطنين.

ثانيا: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة أساسا في معدلات الوفاة والعمر المتوقع ومعدلات المراضة.

1- الوفاة

قبل التطرق إلى اتجاه الوفاة أو منحنى الوفاة في الجزائر، يحسن بنا أن نقف عند تطور معدل النمو الطبيعي انطلاقا من حساب معدل الولادة الإجمالي ومعدل الوفاة الإجمالي.

وسوف نوضح ما سبق في الجدول التالي:

الجدول(1): حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة

الممتدة من 1997 إلى 2007

السنة	السكان في 1.1 (بالملايين)	معدل الولادة الإجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل الوفاة الإجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل النمو الطبيعي (%)
1997	28.8	22.51	6.12	1.64
1998	29.3	20.58	4.87	1.57
1999	29.7	19.82	4.72	1.51
2000	30.2	19.36	4.59	1.48
2001	30.6	20.4	4.56	1.55
2002	31.1	19.68	4.41	1.53
2003	31.8	20.36	4.55	1.58
2004	32.3	20.67	4.36	1.63
2005	32.9	21.36	4.47	1.69
2006	35.33	22.07	4.30	1.78
2007	34.1	22.98	4.38	1.86

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004, p18(données 1994-2002)

- office national des statistiques, Démographie Algerienne 2005, Données statistiques, n°442(données 2003-2005) .

يمكن تسجيل أن عدد السكان في تزايد، كما بلغ (بالملايين) 34.36، 34.86، 35.37، في كل من سنة 2008، 2009، 2010 على التوالي.

وعرف معدل الزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد والوفيات) انخفاضا، حيث انتقل المعدل من 2.17% سنة 1994 إلى 1.86 سنة 2007.

كما يلاحظ أن معدل الولادة قد انخفض من سنة 1994 إلى سنة 2000، ثم ارتفع ارتفاعا طفيفا سنة 2001، لينخفض بعد ذلك سنة 2002، ثم يرتفع مجددا حتى سنة 2007.

وبالمقابل عرف معدل الوفاة الإجمالي انخفاضا من سنة 1994 إلى غاية سنة 1996، ليرتفع بعد ذلك، ثم ينخفض وبشكل ملفت ابتداء من سنة 1998 حتى 2002، ثم يعرف تذبذبا بعد ذلك حتى 2007.

كما يمكن توضيح تطور معدل الوفاة عند الأطفال انطلاقا من الجدولين التاليين:

الجدول (2) : تطور معدل وفاة الأطفال لكل 1000 في الجزائر 1998-2007

السنة	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
ذكر	38.7	40.2	38.4	38.9	36.1	34.6	32.2	32.4	28.3	27.9
أنثى	36.0	38.6	35.3	35.9	33.3	30.3	28.5	28.2	25.3	24.4
الإجمالي	37.4	39.4	36.9	37.5	34.7	32.5	30.4	30.4	26.9	26.2

Source:

- la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004, p 21(données 1998-2003)

- conseil National Economique et Social, Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2006, p82 (données 2004-2007)

يتجلى من الجدول أن معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي، عرف تذبذب ما بين 1998 و 2001، وابتداء من 2001 شهد انخفاضا ملحوظا.

وفيما يتعلق بالوفاة عند الأمهات، فيمكن ذكر الحقائق التالية(7):

- لقد أكد بحث سنة 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق، حيث قدر معدل وفاة الأمهات بـ84 لكل 100.000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن، و210 في المنطقة الجنوبية الشرقية. ويتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100.000 مولود حي في مختلف الولايات.

- بالإضافة إلى ذلك، تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها (في الشمال أو الجنوب).

- كما أثبتت نتائج البحث السابق أن 19% من النساء المتوفيات يبلغ سنهن 40 سنة وما فوق و45% يبلغ سنهن 35 فما فوق. بالإضافة إلى ذلك أكد البحث أن عدم كفاية متابعة الحمل يعتبر من أسباب الوفاة، حيث أن 35.1% من النساء المتوفيات لم يستفدن من أي زيارة طبية قبل الولادة.

- تعتبر الأسباب المتكررة للوفاة، أسباب كلاسيكية مثل النزيف، المضاعفات المرتبطة بارتفاع الضغط الشرياني والالتهابات. كما يعتبر انقطاع الطمث السبب الرابع لوفاة الأمهات في الجزائر.

وإذا دققنا النظر في تطور معدل وفاة الأمهات، فنجد أنه انخفض تقريبا بـ 50% من سنة 1989 (230 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي) إلى سنة 1999 (117 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي). ويرجع هذا الانخفاض إلى تراجع معدل الخصوبة إلى جانب التحسن العام بالتكفل بالنساء الحوامل (8).

كما يمكن أن نبين تطور معدلات الوفاة بحسب الولاية كما يلي (9):

حيث سجل أكبر معدل إجمالي للوفاة لكل 1000 في ولاية تندوف خلال الفترة 1998-2000، إذ انتقل بالشكل التالي : 8.87، 7.97، ثم 7.42.

كما سجل أكبر معدل إجمالي لوفاة الأطفال لكل ألف مولود حي ، في ولاية عنابة سنة 1998 (60.10)، ثم سجلت ولاية قسنطينة بدورها أكبر معدل (63.83) سنة 1999، لتعاود ولاية عنابة تسجيل أكبر معدل وفاة سنة 2000، حيث بلغ 67.03 .

2- توقع الحياة عند الولادة

يمكن عرض تطور توقع الحياة في الجدول التالي:

الجدول (4) : توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر 1998-2008

08	06	05	04	03	02	01	00	98	
74.7	74.6	73.6	73.9	72.9	72.9	71.9	71.5	70.5	توقع الحياة عند الولادة رجال
74.8	76.7	75.6	75.8	74.9	74.7	73.6	73.4	72.9	توقع الحياة عند الولادة نساء
75.7	75.7	74.6	74.8	73.9	73.4	72.9	72.5	71.7	الإجمالي

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, population et développement en Algérie, décembre 2003, p 19 (données 1998-2002) .

- office national des statistiques, Démographie algérienne 2005, Données statistiques, n°4425 données (2003-2008) .

- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، التقرير الوطني حول التنمية البشرية: الجزائر 2007، جويلية 2008 (بيانات 2006)

ينجلى من الجدول أن معدل الأمل في الحياة عند الولادة في تزايد، حيث انتقل هذا الأخير من 70.5 سنة في 1998 إلى 74.8 سنة 2004، ثم انخفض قليل سنة 2005، ليعود الارتفاع مرة أخرى ابتداء من سنة 2006.

3- الوضعية الوبائية La situation épidémiologique

يمكن تصنيف الأمراض في الجزائر إلى مجموعات رئيسية تتمثل أساسا في:

3 + - الأمراض المتنقلة: والتي باستطاعتنا تصنيفها إلى الأصناف التالية:

أ- الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم: تتمثل الأمراض عن طريق التطعيم في

الخناق Diphthérie، الكزاز Tétanos، السعال الديكي Coqueluche والشلل

Poliomyélite، والحصبة Rougeole.

ازداد عدد حالات الحصبة ما بين سنة 1990 و 1996، وبلغ أقصى حد له سنة 1996؛ لينخفض بعد ذلك، لكن بوتيرة أسرع انطلاقا من سنة 1998. ثم بدأ في الارتفاع ابتداء من سنة 2001، واستمر كذلك حتى سنة 2003، لينخفض مجددا سنة 2004.

ب- الأمراض المتنقلة عن طريق المياه: تؤثر الأمراض المتنقلة عن طريق المياه على معدل الإصابة بصورة متكررة، فبالنسبة لسنة 2000، المؤشر الإجمالي للأمراض المتنقلة عبر المياه كان 26.9 حالة لكل 100.000 ساكن، وهذا ما يمثل إجمالا 8125 حالة مصرحة خلال السنة (مقابل 27.3 حالة بالنسبة 100.000 ساكن خلال سنة 1999)(10).

وانتقل معدل الإصابة بحمى التيفويد من 2.31 لكل 100.000 ساكن سنة 2003 إلى 2.64 لكل 100.000 ساكن سنة 2004 (11).

ج- الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان

يمكن عرض الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان، والتي تنقسم إلى أربع مجموعات،

في الجدول التالي:

الجدول(5): تطور حالات الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان في الجزائر
2004-1998

2004	2003	2001	2000	1999	1998	
3385	2766	3191	3303	2329	2237	الحمى المالطية
8891	4571	4295	4347	5858	6596	مرض الليشمانيات الجلدي
22	15	20	14	13	16	الكلب
423	628	580	663	667	522	داء اليرقات

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على :

- (1) La santé des Algériennes et des Algériens,- 7AVIRL 2002 ,P35
(données 1998-2000)
(2) La santé des Algériennes et des Algériens,- Décembre2004,
P43(données 2003-2004)

يتضح من الجدول أن عدد الحمى المالطية قد شهد انخفاضا ما بين 1998 و 1990، بينما ارتفع سنة 2000، ليعاود الانخفاض ما بين 2001 و 2003. أما الليشمانيات الجلدي فعرف انخفاضا، في حين سجل داء اليرقات انخفاضا ما بين 1997 و 2001، ليرتفع فيما بعد حتى سنة 2003.

كما شهد مرض الكلب انخفاضا ما بين 1997 و 1999، ليرتفع بعد ذلك حتى سنة 2000، ثم ينخفض سنة 2001، ليعاود الارتفاع بعد ذلك.

د- الأمراض المتنقلة جنسيا: تعتبر الجزائر بلد ذو معدل كشف ضعيف لمرض السيدا SIDA، حيث سجلت 605 حالة حتى 30 جوان 2003، وكانت موزعة بالشكل التالي 29.42% للإناث و 69.59% للذكور(12).

ويضيف التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2007 أن مجموع عدد حالات الإصابة بالسيدا قد بلغ 740 حالة (منها 675 حالة خاضعة للعلاج) مقابل 480 حالة في 200 و 642 حالة في 2004. وتوجد في المتوسط حوالي أربعين حالة للسيدا في السنة(13).

وعلى الرغم من كون الجزائر لا تعاني إلا تفشيا مرضيا ضعيفا، إلا أنها وضعت منذ 1988 مخططا وطنيا لمحاربة الأمراض المتقلة جنسيا ومرض السيدا، يستند إلى أربعة محاور: الوقاية، التكوين، المراقبة، والعلاج.

هـ - الأمراض المعدية الأخرى: تتمثل الأمراض المعدية الأخرى، فيما يلي(14):

- **السل:** صرح لمكتب البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل سنة 2000 (18294) حالة جديدة لمرض السل، والذي يشكل 60.7 لكل 100.000 ساكن. وفي سنة 2001، عدد الحالات المصرح بها 18328 حالة، أي نسبة 59.9 لكل 100.000 ساكن.

- **الالتهابات التنفسية الحادة:** مست الالتهابات التنفسية الحادة في سنة 2000 شخص من أصل أربعة أشخاص، وتعتبر السبب الأول للمراضة والوفاة عند الأطفال الصغار والرضع، والفئة الأكثر تعرضا لمثل هذه الإصابات همي الأطفال الذين سنهم أقل من شهر.

- **التهاب السحايا:** سجلت في سنة 2001 (3136) حالة بنسبة وطنية تقارب 10.7 حالة لكل 100.000 ساكن، وبمتوسط وطني يقدر بـ 261 حالة مصرح بها شهريا.

- **التهاب الكبد الفيروسي:** يشكل المجموعة الثانية من الأمراض المرتبطة بالنظافة وبمراقبة الدم ومشتقاته، بالإضافة إلى نوعية المياه. كان أثر التهاب الكبد الفيروسي في سنة 2000 (8.6) حالة لكل 100.000 ساكن، بارتفاع طفيف مقارنة بسنة 1999 (7.8) حالة.

- **الأمراض القادمة والمتأصلة في جنوب الوطن:** من بين الأمراض القادمة والمتأصلة في جنوب الوطن نجد مرضا الملا ريبا (حمى المستنقعات) Paludisme، حيث سجلت 541 حالة سنة 2000 (مقابل 701 حالة سنة 1999)(15). و 427 حالة سنة 2003، و 99 حالة فقط سنة 2004(16).

3-2- الأمراض غير المتقلة: فيما يتعلق بالأمراض غير المتقلة، فيمكن تسجيل النتائج الخاصة بأخر بحث تم سنة 2002، وكانت النتائج كما يلي:

تحتل أمراض الأوعية القلبية المرتبة الأولى بـ 3% من إجمالي السكان المستقيمين. ووجد مرض السكري في 1.5% من الحالات، بينما مرض الربو في 1.3% من الحالات.

أما مرض السرطان، فهو يحتل مكانة هامة ما بين الأمراض غير المتنتقلة، حيث سجلت 30.000 حالة جديدة كل سنة. وحوالي 20.000 شخص يتوفى خلال كل سنة، والذي يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة. وتعود هذه الوفاة المرتفعة إلى التشخيص المتأخر، والتكفل الصعب والمكلف.

وحسب بيانات سجل السرطان، قدر معدل الأثر الإجمالي بـ 85.5 حالة لكل 100.000 ساكن.

3-3- الصحة النفسية: تبين الدراسات التي أجريت منذ 1990 أن "البيزكوز" les Psychoses (67.23%) تمثل السبب الأكبر للاستشفاء، وتمثل الاضطرابات العقلية 1.5% من أسباب الفحص.

4- التمويل: يمكن عرض تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر في الجدول التالي:

الجدول (6): تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر

2009	2008	2007	2006	2005	2004	
4.8	4.55	4.3	4.2	3.5	3.7	نفقة الصحة كنسبة PIB
4.30	3.95	3.61	3.40	2.65	2.71	نفقة الصحة العمومية كنسبة من PIB
0.49	0.59	0.68	0.79	0.85	0.98	نفقة الصحة الخاصة كنسبة PIB

Source : perspective monde, Dépenses en santé (total) (% du PIB) Algérie

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=TUN&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2>

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك استقرار في الميزانية المخصصة للصحة خلال الفترة 2004-2005، رغم أن الطلب على العلاج لم يتوقف عن الزيادة بفعل الانتقال الوبائي والنمو الديموغرافي، مما يؤدي إلى زيادة الصعوبات التي تواجه المنشآت

الصحية من أجل ضمان عناية أفضل للمرضى، والذي ينعكس على جودة الخدمات المقدمة. كما يسهم النقص الموازناتي في زيادة ثقل دين (*) المنشآت الصحية، مما يؤثر على كفاية الصيانة بسبب عدم وجود تجديد ملموس في الوسائل المادية، والتي تعرضت للتقادم نتيجة نقص قطع الغيار، والاستعمال الزائد وغياب سياسة صيانة واضحة المعالم. وشهدت نفقة الصحة العمومية كنسبة من الناتج الداخلي الخام انخفاضا خلال الفترة 2002-2005، لترتفع بعد ذلك. في حين عرفت نفقة الصحة الخاصة انخفاضا ما بين 2002 و2003، لترتفع سنة 2004، ثم تتخفف مجددا حتى سنة 2009.

الخاتمة

أمام تزايد الانتباه الموجه نحو تقوية النظم الصحية وإيجاد السبل الأكثر فعالية للتكلفة في إيتاء الرعاية، فهناك حاجة متنامية لمجموعة أساسية من مؤشرات وظائف النظام الصحي، ولأدوات عملية صحيحة علمياً. ويجري عدد متزايد من البلدان تقييمات ذاتية لأداء النظم الصحية، وذلك بعقد المقارنات مع البلدان الأخرى، مسترشدة غالباً بمقارنة أدائها الخاص بأداء البلدان التي تعتبر الأفضل من بين البلدان ذات المستوى المماثل. وفي هذا الاتجاه جاءت هذه الدراسة لتؤكد أن النظم الصحية لا تستهدف تحسين صحة الناس فحسب؛ وإنما تستهدف أيضاً وقايتهم من التكلفة المالية المرتبطة بالمرض. وتقع المسؤولية النهائية عن أداء النظام الصحي على عاتق الحكومة؛ فالإدارة الواعية والمسؤولة، أي ذات القوام الرامية إلى تحقيق رفاهية الناس مع تحاشي قصر النظر وضيق الأفق والتغاضي عن رؤية مواطن قصور النظام، هي جوهر الأداء الحكومي الجيد.

وبعد عرض المؤشرات الأساسية للنظام الصحي في الجزائر، يمكن تسجيل

الملاحظات التالية:

- فيما يتعلق بمعدل النمو السكاني، فمثلت الجزائر أكبر نسبة (15.58 %) بمقارنة سنة 2010 بسنة 2001 [مقابل (12.27 %) في المغرب و (08.79 %) في تونس].
- فيما يخص معدل الوفاة الإجمالي، تحتل الجزائر المرتبة الثانية بـ (4.38) [مقابل (5.5) في تونس و (5.83) في المغرب].

أما ما تعلق بمعدل وفاة الأطفال، تحتل الجزائر المرتبة الثانية بـ (26.2) سنة 2007 [مقابل (18) في تونس و(32.4) في المغرب].

- عرف توقع الحياة عند الولادة في الجزائر تحسنا كبيرا (74.7 سنة سنة 2008) [مقابل 71.45 سنة في المغرب و74.5 في تونس].

كما يمكن تسجيل أن نفقة الصحة العمومية كنسبة من الناتج الداخلي الخام، مثلت أكبر نسبة في الجزائر (4.3) سنة 2009 [مقابل (2) في تونس و (1.32) في المغرب].

ولكن، رغم الانجازات المسجلة في الجزائر في مجال الرعاية الصحية، لا تزال الفجوة التي تفصل بين الطاقة الكامنة لنظامها الصحي وبين أدائه الفعلي واسعة. وبناء على ما سبق، ينبغي على النظام الصحي أن يكون موضع مراقبة عامة، للتأكد من أن وظائف التمويل والاستثمار وتقديم الخدمات تسيير على ما يرام. كما يتوجب وضع آليات تضمن توزيع المخاطر والحماية المالية؛ إضافة إلى تبني برامج إصلاح تمس النظام الصحي برمته.

الهوامش:

- 1- النظم الصحية وتقييم أدائها(آخر تصفح 2010/10/25) [http:// www.sgh.org.sa/fan.htm](http://www.sgh.org.sa/fan.htm)
 - 2- فالج بن زياد الفالج، تطوير النظام الصحي في المملكة،الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد12574، السنة38.
 - 3- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 4.
 - 4- بواعنه عبد المهدي، إدارة الخدمة والمؤسسات الصحية مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004، صص38- 39.
 - 5- قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية .
<http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-45/namaa-c.asp=top>(آخر تصفح 2010/09/22)
 - 6- قدس برس، مرجع سابق.
 - 7- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annuel, édition ANEP,7 avril 2002, p23.
 - 8- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, population et développement en Algérie,décembre 2003, p 17.
 - 9- La santé des Algériennes et des Algériens, Décembre 2004 , P 22.
 - 10- La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p33.
 - 11- Saihi .A, le système de santé publique en Algérie, Revue"Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006, p241.
 - 12- Ministère de la Santé la population et de la réforme Hospitalière, Population et développement en Algérie, Rapport National CIPD+10(la conférence internationale Sur La population et le développement +10) Décembre 2003, p45.
 - 13- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، التقرير الوطني حول التنمية البشرية: الجزائر 2007، جويلية2008.
 - 14-La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p36-38.
 - 15- La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p38.
 - 16- La santé des Algériennes et des Algériens, Décembre 2004, p48.
- (*) لقد تجاوز مستوى التدين الإجمالي للقطاع الصحي 14 مليار دج سنة 2000
أنظر الموقع التالي: [www.Algérie 2003.org/devadurable/ Santé algérie:](http://www.Algérie 2003.org/devadurable/)