الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 احمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الديمغرافيا
تخصص ديمغرافيا اجتماعية

الموضوع

تطور القطاع الصحى فى الجزائر

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تخصص ديمغرافيا اجتماعية

من إعداد الطالب
طاهري محمد الامين

تحت إشراف:
بلعروسي شريفة

لجنة المناقشة

الاستاذ	الجامعة	الصفة
بودية ليلى	وهران 2	رئيسة اللجنة مناقشة
بلعروسة شريفة	وهران2	مؤطرة
بختاوي اسيا	وهران2	المناقشة

السنة الجامعية: 2024/2023

الاهداء

بفضل الله وصلت لهذه المرحلة المهمة في مسيرتي الدراسية، وأرغب في تقديم شكري وامتناني للوالدين الكريمين الذين كانوا الداعمين الأساسيين لي طوال هذه الرحلة. أنا مدين لهما بكل تفانيهما واهتمامهما الذي ساهم في نجاحي. أيضًا، أود أن أعبر عن شكري العميق للعائلة الكريمة والأصدقاء الذين وقفوا بجانبي وشاركوني هذه اللحظات المهمة. أنا ممتن لكل الأشخاص الذين تركوا بصمتهم في حياتي وساهموا في نموي وتطوري. أنتم مصدر إلهام لي وأحملكم في قلبي وذاكرتي بكل امتنان ومحبة.

امين

شكر وتقدير

الحمد لله الذي منحني هذه النعمة وأتاح لي إتمام هذا العمل بفضله. أود أن أعبر عن شكري العميق لأستاذتي الفاضلة، فقد كانت دعمًا لا يقدر بثمن في رحلتي التعليمية. أسأل الله أن يبارك لها في حياتها وأن يجزيها خير الجزاء على جهودها القيمة. كما أشكر جميع أساتذتي الكرام على قبولهم مناقشة هذه الأطروحة، فقد كان لتوجيهاتهم وملاحظاتهم القيمة أثر كبير في تطوير مهاراتي ومعرفتي. أنا ممتن لهم على الوقت والجهد الذي قدموه، وأنا عاجز عن التعبير بكلمات تعبر عن امتناني العميق تجاههم.

ملخص الدراسة

القطاع الصحي في الجزائر شهد تطورًا ملحوظًا على مر السنوات، مع التزام الحكومة بتحسين الخدمات الصحية وتوسيع نطاق الرعاية الصحية لتشمل جميع المواطنين. يتضمن النظام الصحي في الجزائر مجموعة متنوعة من المستشفيات العامة والخاصة، والمراكز الصحية، والعيادات. الحكومة الجزائرية تستثمر بشكل كبير في البنية التحتية الصحية، بما في ذلك بناء وتجهيز المستشفيات وتوفير الأدوية والتكنولوجيا الطبية الحديثة.

The healthcare sector in Algeria has seen significant development over the years, with the government committed to improving healthcare services and expanding the scope of healthcare to include all citizens. The healthcare system in Algeria comprises a variety of public and private hospitals, health centers, and clinics. The Algerian government invests heavily in healthcare infrastructure, including building and equipping hospitals, and providing .medicines and modern medical technology

قائمة الاشكال البيانية :

شكل بياني رقم 01 تطور المؤسسات الصحية في الجزائر 1984/1974	17
شكل بياني رقم 02 تطور المؤسسات الصحية ومجانية العلاج في الجزائر	19
شكل رقم 03 تطور البنية التحتية للقطاع الصحي 2007/1997	21
شكل بياني رقم 04 تطور البنية التحتية للقطاع الصحي 2018/2008	23
منحنى رقم 05 ميزانية التسيير 2022/2000	31
شكل رقم 06 زيادة عدد الأطباء في الجزائر 2020/1962	33
شكل بياني 07 تطور عدد صيادلة 2019/1963	35
شكل رقم 08 تطور عدد الجرحى الاسنان	36

قائمة المراجع :

- احمد بوراس، 2008 تمويل المنشآت الاقتصادية، دار العلوم ، عنابة، الجزائر.
- ايمن مزاهرة وآخرون، 2000 الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، ط1، عمان، الأردن.
- باركة محمد الزين،العدد 07، 2017 ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي في الجزائر، تطورها، أسبابها، ومتطلبات ترشيدها، المجلة الجزائرية للمالية العامة .
- بديسي فهيمة زربوش بلال،العدد 7، 2011 جودة الخدمات الصحية الخصائص الابعاد المؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، مخبر المغرب الكبير الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري قسنطينة.
- بن ترباح بن ترباح ، 2018 ابعاد جودة الخدمات الصحية و دورها في تحقيق التمييز.
- الجريدة الرسمية، الأعداد من 2000 الى 2022.
- ريطال صالح،2018 الحماية الدستورية للحث في الصحة، مجلة البحوث القانونية والسياسية.
- سعيدة رحامنية،2015 وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، قسم علم الاجتماع، مسيلة.
- صاري فايزة،2021 المجلد 07،العدد 01،أداء النظام الصحي في الجزائر، داءة تحليلية للمؤشرات، مجلة القانون العام الجزائري والمقارن.
- محمد حسن ابراهيم مراد،،15 يوليو 2021 العدد 52، و خدمات الرعاية الصحية وآليات تطورها، مجلة كلية الآداب يقتا، جامعة جنوب الوادي، الجزائر.
- محمد فيصل مايدة، ابراهيم بكموتة، 2022 المجلد 5 العدد 1 تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر من وجهة نظر الموظفين (الطاقم الطبي الإداري)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية، بن عمر الجيلاني، مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، ، جامعة الشهيد حمة لخضر، الجزائر.
- مخلوف هشام،2021 المجلد 35 العدد 01 قراءة في القانون رقم 11/18 المتعلق بالصحة بين المستجدات والنقائص.

- مدحت محمد أبو النصر،2008 القاهر مجموعة النيل العربية ط1 إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية.
- مكيد علي، بن عيادة فريدة، سبتمبر 2016 العدد 06 واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية جامعة المدية، الجزائر.
- نادية خريف،2018 تسيير المؤسسات الصحة العمومية في الجزائر، ورقة مقدمة للمشاركة في الملتقى الوطني، جامعة قالمة.
- نورالدين بوشرش،2018 المؤسسة الصحية الجزائرية واشكالية الاداء، استمارة خاصة بالمشارك الأول.

فهرس

الاهداء .....أ

شكر وتقدير .....ب

ملخص الدراسة .....ج

قائمة الاشكال البيانية : .....د

قائمة المراجع : .....هـ

الفصل التمهيدي 1

المقدمة 1

فرضيات الدراسة 3

الهدف الرئيسي للدراسة 3

الاهداف الثانوية 4

منهج الدراسة 4

الدراسات السابقة: 5

صعوبات البحث 7

تعريف المصطلحات 8

خطة وهيكل البحث 10

الفصل الاول : تطور المؤسسات ومجانية العلاج في الجزائر

تمهيد: 11

تطور المؤسسات الصحية في الجزائر: 12

المؤسسة الصحية وخصوصيتها التنظيمية: 12

تطور المؤسسات الصحية في الجزائر 14

قانون مجانية العلاج 24

الحق في الصحة في ضوء القانون 18-11 25

تطور الإنفاق على الصحة 26

تطور الطاقم الطبي والشبه الطبي 33

العمال في السلك الطبي 37

جراحي الأسنان: 38
خلاصة: 38
الفصل الثاني :وضعية الخدمات الصحية في الجزائر 39
تمهيد: 40
التخطيط المكاني للخدمات الصحية في المدنية ..... 40..
المفاهيم المتعلقة بالخدمات الصحية 41
انواع المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية 41
اهمية التخطيط المكاني للخدمات الصحية 43
العلاقة بين المخطط المكاني والخدمات الصحية 44
الوضعية الصحية في الجزائر 45
الامراض التي مر بها المجتمع الجزائري 46
خصائص الخدمات الصحية في الجزائر 49
انواع الخدمات الصحية 51
اسس الارتقاء بالخدمات الصحية 54
اهمية الخدمات الصحية 57
ابعاد جودة الخدمات الصحية 58
الخاتمة 61
خاتمة: 62
الملحـــــــق 64

الفصل التمهيدي

الفصـــــل التمهيـــــدي

المقدمة

شهدت المؤسسات الصحية في الجزائر تطورًا ملحوظًا على مر العقود، حيث تم تركيز جهود السلطات على تعزيز البنية التحتية الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين، وبدأت هذه الجهود بتأسيس البنى التحتية لقطاع الصحية عبر مختلف مناطق البلاد، مما ساهم في توفير الرعاية الصحية الأساسية للسكان.

أحد أهم السياسات التي اتخذتها الحكومة الجزائرية هو توفير خدمات الرعاية الصحية مجانًا للمواطنين. تأتي هذه السياسة كجزء من التزام الدولة بتحقيق العدالة الاجتماعية وتوفير فرص الرعاية الصحية للجميع بغض النظر عن الدخل أو الوضع الاقتصادي، وبفضل هذه السياسة يتمكن المواطنون من الوصول إلى الخدمات الطبية بسهولة ودون عبء مالي كبير، مما يسهم في تحسين مستوى الصحة العامة في البلاد.

علاوة على ذلك، شهدت الجزائر زيادة ملحوظة في الإنفاق على القطاع الصحي على مر السنوات، حيث خصصت الحكومة ميزانيات أكبر لتطوير المؤسسات الصحية وتحسين البنية التحتية الصحية. تمثلت تلك الزيادة في الإنفاق استثمارًا هامًا في تحسين الخدمات الصحية وتوفير المعدات الطبية الحديثة وتطوير الكوادر الطبية، مع تطور التكنولوجيا والتقدم في مجال الطب.

كما شهدت الخدمات الصحية في الجزائر تحسنًا ملموسًا، حيث تم توفير معدات طبية حديثة وتقنيات علاجية متقدمة، كما شهدت البلاد تطويرًا في مجال التعليم الطبي وتدريب الكوادر الطبية، مما أدى إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية وتوفير خدمات طبية ذات جودة عالية للمواطنين في جميع أنحاء البلاد.

إشكالية الدراسة

ان تعزيز البنية التحتية الصحية والمجهودات المبذولة في الرفع من جودة خدمة الصحية في الجزائرلم يمنع الحكومة الجزائرية من تبني سياسة مجانية الصحة، مما سمح للمواطنين بالوصول إلى الرعاية الصحية دون عوائق، كما زادت الحكومة من الإنفاق على القطاع الصحي لتطوير المؤسسات الطبية وتحديث التجهيزات وتدريب الكوادر الطبية، مما أدى إلى تحسين الخدمات الصحية وتوفير رعاية صحية لكن القطاع الصحي في البلاد لازال يعاني من نقائص قد تحول دون رضى المواطن.

ومنه تم طرح الاشكال التالي:

الى أي مدى يمكن لمجانية الصحة وتطور الانفاق الصحي ان يحسن من نوعية الخدمات الصحية المقدمة؟

وبالتالي قمنا بطرح الاسئلة التالية:

- كيف يمكن معالجة نقص التمويل في قطاع الصحة في الجزائر وتحسين جودة الخدمات الطبية؟
- "ما هي التحديات التي تواجه تطوير المؤسسات الصحية في الجزائر وكيف يمكن التغلب عليها
- كيف يمكن تنفيذ مفهوم المجانية في قطاع الصحة في الجزائر؟
- ما هو دور التمويل والإنفاق الصحي في تعزيز جودة الخدمات الصحية وتحسين الوصول إليها في الجزائر؟

فرضيات الدراسة

تعتبر الفرضيات بمثابة إجابة مؤقتة للإشكالية المطروحة مجريات الدراسة قد تأكدها أو تفندها تم صياغتها في فرضية أساسية وفرضيات ثانوية على النحو التالي:

- تحسين برامج التأمين الصحي وزيادة التغطية الصحية يمكن أن تسهم في تقليل العبء المالي على الأسر وتعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية.

الفرضيات الثانوية

- ✓ يعتبر البحث عن مصادر تمويل مستدامة خطوة ضرورية لتعزيز قدرة قطاع الصحة على تقديم خدمات مجانية أو بتكلفة منخفضة وتحسين البنية التحتية الصحية.
- ✓ تعزيز التعليم الصحي وتوعية المجتمع يمكن أن يؤدي إلى تحسين الوعي الصحي ويقلل من حدوث الأمراض الوقائية.
- ✓ تحسين إدارة الموارد الصحية يعزز كفاءة المؤسسات الصحية ويقلل الفجوة في الخدمات الصحية.
- ✓ زيادة التمويل الصحي يؤدي إلى تطوير المؤسسات الصحية وتحسين الخدمات الصحية وتسهيل الوصول إليها.

الهدف الرئيسي للدراسة

الهدف الرئيسي تيتمثل في التطرق الى تطور قطاع الصحة في الجزائر كما يركز على تحسين الخدمة الصحية وزيادة الوصول إليها بشكل شامل وفعّال، ومدى تحقيق تحسين في تقديم الرعاية الصحية من خلال تعزيز البنية التحتية الطبية وتطوير القدرات البشرية، وتعزيز الكفاءات الطبية وتطوير برامج تدريب مستمرة للكوادر الصحية، ويتسم الهدف الشامل في تحسين جميع جوانب النظام الصحي،

مما يعزز فعالية وجودة الخدمات الصحية ويسهم في تحسين الصحة العامة وجودة حياة المواطنين في الجزائر.

الاهداف الثانوية:

الأهداف الثانوية المتعلقة بالموضوع تتمثل في :

- ✓ معرفة مدى تحسين البرامج التدريبية للكوادر الطبية والتمريض.
- ✓ تطوير وتوسيع البنية التحتية الصحية في المناطق النائية.
- ✓ توفير التجهيزات الطبية وتبني التكنولوجيا الحديثة.
- ✓ اكتشاف وتعزيز مصادر تمويل جديدة ومستدامة.
- ✓ تحسين التنسيق بين القطاعين العام والخاص في لرفع مستوى تقديم الخدمات الصحية.

منهج الدراسة

في دراسة قطاع الصحة، يعتمد الباحثون على مناهج متنوعة لفهم وتحليل الوضع الصحي في البلدان. يشمل ذلك الاعتماد على المنهج الكمي، حيث يتم جمع وتحليل البيانات الإحصائية لتقييم مؤشرات الصحة العامة، مثل معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات وتوزيع الخدمات الصحية.

من جهة أخرى، يستخدم الباحثون أيضًا المنهج الكيفي، الذي يشمل المقابلات والملاحظات لفهم التحديات والاحتياجات على مستوى الفرد والمجتمع.

يسعى هذا المنهج إلى توضيح التفاصيل العميقة لتجربة الفرد مع النظام الصحي وتقديم رؤية شاملة للعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة.

علاوة على ذلك، يعتمد الباحثون على المنهج المقارن للمقارنة بين نظم الرعاية الصحية في مختلف البلدان، وفهم الأساليب الفعالة والتحديات التي يمكن مواجهتها.

باستخدام هذه المناهج المتنوعة، يمكن تحقيق تحليل شامل وتقديم توصيات لتطوير وتحسين قطاع الصحة في الجزائر.

في هذا البحث، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يتناسب مع هذه الدراسة، حيث يشكل المنهج الوصفي أساسًا أساسيًا لفهم وتقديم لمحة شاملة حول المنظومة الصحية في الجزائر.

تم التركيز في المرحلة الأولى على وصف هيكل النظام الصحي وكيفية تنظيمه وتقديم خدماته.

بدأت الدراسة بفحص التمويل الصحي في الجزائر، حيث قدمت نظرة شاملة حول كيفية تمويل النظام الصحي وما إذا كانت الموارد الحالية كافية لتلبية احتياجات الخدمات الصحية.

المنهج الوصفي التحليلي يقدم فهمًا عميقًا حول التحديات المالية التي تواجه النظام الصحي ويقدم أسسًا لاتخاذ قرارات مستنيرة تجاه تطوير وتحسين القطاع الصحي في الجزائر اذ تنوعت البدائل المقترحة لتمويل النظام الصحي من خلال استعراض أوجه التحسين في الإدارة المالية، وتعزيز التمويل من خلال مصادر جديدة ومستدامة، واستكشاف فرص الشراكة مع القطاع الخاص.

الدراسات السابقة:

من بين هذه الدراسات المتشابهة لمذكرتنا هي:

- بواب كريمة، **ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية،** مذكرة لنيل شهادة الماستر، 2015.

إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعتبر نهجًا شاملاً يهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل شامل، من خلال تنظيم جميع العمليات والأقسام داخل المؤسسة في عملية التحسين المستمر.

يتضمن هذا النهج تطبيق مجموعة من الأدوات والممارسات مثل مراقبة الجودة، وتقييم الأداء، وتطوير العمليات، وتدريب العاملين، وتشجيع المشاركة والتواصل الفعّال داخل المؤسسة. تتمثل الغاية الأساسية لهذا النهج في تحقيق رضا المرضى، وتحسين الأوضاع الصحية، وزيادة كفاءة العمليات، وتحقيق التوازن بين الكفاءة والفاعلية والسلامة في تقديم الخدمات الصحية.

- سليمة بلخيري، **المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحية العمومية، 2018** مجلة الحقوق والعلوم الانسانية، العدد الاقتصادي، المنظومة الصحية الجزائرية تشهد تحديات عديدة تؤثر على واقع الصحة العمومية في البلاد. تعتمد الخدمات الصحية في الجزائر بشكل رئيسي على القطاع العام، وتتضمن شبكة من المستشفيات والمراكز الصحية المنتشرة في مختلف أنحاء البلاد. ومع ذلك، تواجه هذه المنظومة تحديات كبيرة تشمل نقص التمويل، وضعف البنية التحتية الصحية.
- بولجفة رجاء، **أثر رقمنه القطاع الصحة على الخدمات الصحية**، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر، 2021/2020، تأثير رقمنة القطاع الصحي على الخدمات الصحية يعتبر من الجوانب الحيوية في تطوير وتحسين نظم الرعاية الصحية. يتمثل هذا التأثير في تبني التكنولوجيا الرقمية والحلول التقنية في مجال الصحة، مما يؤدي إلى تحسين الجودة والفعالية والوصول إلى الخدمات الصحية. من بين الفوائد المحتملة لرقمنة القطاع الصحي هو تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.
- نصيبي سميرة، **تاثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للاطفال**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، 2021/2020. تفاوتات الطبقات الاقتصادية والاجتماعية تؤثر بشكل كبير على الرعاية الصحية للأطفال. في العديد من البلدان، يواجه الأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض وظروف الحياة القاسية تحديات في الوصول إلى الخدمات الصحية عالية الجودة

والمتاحة. يعاني هؤلاء الأطفال من عدم توفر الرعاية الصحية الأساسية، ونقص التشخيص المبكر والعلاج، والوصول المحدود إلى اللقاحات والأدوية الضرورية.

- مشطر امنة، **واقع جودة الخدمات الصحية وتاثيرها على رضا المريض**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، قالمة، 2023. وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر تعكس تحديات متعددة تواجه النظام الصحي في البلاد. يُعدّ القطاع الصحي في الجزائر قاعدة أساسية للتنمية البشرية والاجتماعية، لكنه يواجه تحديات مثل نقص التمويل والبنية التحتية الصحية غير المكتملة والتوزيع غير المتساوي للخدمات الصحية.

بالنسبة لوضعية الصحة، تشير الإحصائيات إلى تحسن مستويات الصحة العامة في الجزائر، مع تراجع في معدلات الوفيات وزيادة في توفر الخدمات الطبية الأساسية، مثل اللقاحات والعلاجات الأساسية.

صعوبات البحث

قطاع الصحة في الجزائر يظهر بوضوح تحديات تتعلق بقلة المعلومات والمراجع المتاحة، مما يعيق فهم الوضع الصحي بشكل شامل. تؤثر القلة على الإصدارات العلمية والأبحاث الصحية إلى نقص في المصادر المتاحة التي يمكن للباحثين الاعتماد عليها لتحليل وفهم النظام الصحي الجزائري.

كما تعكس هذه القلة في المعلومات عدم توفر البيانات الضرورية التي يحتاجها الباحث لإجراء تقييم دقيق ومستنير للتحديات والفرص التي تواجه القطاع الصحي.

بالإضافة إلى ذلك، قلة الأفكار والتحليلات المتاحة حيال قضايا قطاع الصحة في الجزائر.

إن التغلب على هذه الصعوبات يتطلب جهوداً إضافية لتوسيع نطاق البحث وتعزيز التعاون مع الجهات المعنية.

تعريف المصطلحات

- **المؤسسات الصحية** : المؤسسات الصحية تشير إلى الهياكل والمنظمات التي تعمل على توفير الرعاية الصحية للمرضى والمجتمع في مختلف الجوانب، بما في ذلك الوقاية من الأمراض، وتشخيصها، وعلاجها، وتأهيل المرضى.

تشمل هذه المؤسسات المستشفيات، والعيادات الطبية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمراكز الطبية التخصصية، وغيرها من المؤسسات ذات الصلة. تهدف هذه المؤسسات إلى تعزيز صحة وسلامة الفرد والمجتمع، وتقديم الرعاية الطبية الفعالة والمناسبة للحالات المرضية المختلفة.(خريف، 2018، صفحة8).

- **تحديات الجودة في الخدمات الصحية:** تحديات الجودة في خدمات الصحة تشمل مجموعة متنوعة من العوامل التي قد تؤثر على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والمجتمع. من بين هذه التحديات توفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين في الرعاية الصحية، وضمان فعالية الخدمات المقدمة بحيث تلبي احتياجات المرضى وتحقق النتائج المرجوة بأقل تكلفة ممكنة.

كما تشمل التحديات الفعالية في توفير الرعاية الشخصية وتحسين تجربة المرضى، بالإضافة إلى الإدارة السليمة للمؤسسات الصحية وضمان الوصول العادل للخدمات الصحية لجميع الفئات السكانية.

بالإضافة إلى ذلك، يعد التحدي التكنولوجي والابتكاري أمرًا مهمًا، حيث يسعى إلى استخدام التكنولوجيا والابتكار في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقديم العلاجات الجديدة والمبتكرة. يتطلب التعامل مع هذه التحديات تعاونًا شاملاً وجهودًا متكاملة لضمان تحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق النتائج الإيجابية للمرضى.(خريف،2018، صفحة6).

- **التمويل الصحي:** يشير إلى الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة، بما في ذلك الميزانيات الحكومية والتأمين الصحي والتمويل الخارجي. (بوراس، 2008، صفحة 24)
- **النظام الصحي:** النظام الصحي هو الإطار الشامل الذي يشمل المؤسسات والهياكل والموارد والسياسات والإجراءات التي تنظم وتدير تقديم الخدمات الصحية في دولة معينة أو منطقة محددة. يهدف النظام الصحي إلى توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة للمواطنين، وتعزيز الصحة العامة، والحد من انتشار الأمراض، وتحسين جودة الحياة.

يتضمن النظام الصحي مجموعة من الخدمات الصحية مثل الوقاية، والتشخيص، والعلاج، والعناية الطبية، والتأهيل، ويتم تنفيذ هذه الخدمات من خلال شبكة من المرافق الصحية المختلفة مثل المستشفيات، والمراكز الصحية، والعيادات، والصيدليات. يعتمد نجاح النظام الصحي على التخطيط الجيد، وتنظيم الخدمات، وتوفير الموارد الكافية، وتوجيه السياسات بشكل مناسب لتلبية احتياجات وتطلعات المجتمع في مجال الصحة والعناية الطبية. (فايزة، 2021، صفحة 399)

- **القطاع الخاص:** يمثل القطاع الخاص اليوم محورًا رئيسيًا في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في معظم البلدان، سواء المتقدمة أو النامية، وذلك بفضل ما يتمتع به من مزايا وإمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي. يتمثل ذلك في قدرته على جذب الاستثمارات، وتوفير فرص العمل، وتعزيز الابتكار، والمساهمة في تحسين البنية التحتية، وتحقيق النمو الاقتصادي المستدام. بالإضافة إلى ذلك، يسهم القطاع الخاص في تحسين جودة الحياة من خلال تقديم خدمات متنوعة تلبي احتياجات المجتمع وتعزز رفاهيته. (لخضر، 2010، صفحة 138)

خطة وهيكل البحث

بناءً على هيكل البحث المخطط، يتم تقسيم العمل إلى فصول ثلاثة فصل تمهيدي وفصلين اخرين يعالجان تطور المؤسسات الصحية في البلاد وكذا الخدمات الصحية، يهدف محتوى هذا البحث إلى فهم وتحليل جوانب مختلفة لقطاع الصحة في الجزائر.

يبدأ البحث بفصل تمهيدي يتناول مقدمة شاملة، تتناول فيها الاشكالية المطروحة والفرضيات المرتبطة بها، بالإضافة إلى تحديد الأهداف الرئيسية للبحث.

كما يتناول هذا الفصل دراسات سابقة ذات صلة، مع تسليط الضوء على المصطلحات الغامضة التي يمكن أن تكون مفتاح فهم محتوى البحث.

أما في الفصل الأول من المذكرة، يتم تناول موضوع "تطور المؤسسات الصحية وقانون مجانية الصحة في الجزائر".

يعرض هذا الفصل تاريخ وتطور المؤسسات الصحية في الجزائر، مع التركيز على كيفية تطور نظام الرعاية الصحية وتغييره على مر الزمن.

كما يتم التطرق إلى موضوع توفير الرعاية الصحية ومجانية العلاج في الجزائر، والتحديات والإنجازات التي تعترض هذه العملية. يتضمن الفصل أيضًا تحليلًا للسياسات والإجراءات التي تم اتخاذها لتعزيز توفير الرعاية الصحية وضمان إمكانية الوصول إليها من طرف جميع المواطنين.

اما الفصل الثاني يتناول موضوع الخدمات الصحية في الجزائر، حيث يقدم نظرة عامة عن تطور هذه الخدمات عبر السنوات والتحديات التي تواجهها. يتناول التحليل الفصلي للمرافق الطبية العامة والخاصة، ويسلط الضوء على التحسينات التي طرأت على البنية التحتية للخدمات الصحية في البلاد.

كما يتناول الفصل أيضًا الجهود التي بذلتها الحكومة الجزائرية لتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، بما في ذلك تطوير المستشفيات العامة وتوسيع شبكة الخدمات الصحية في المناطق النائية والمحرومة.

كما تم التركيز أيضًا على الجوانب المالية والاقتصادية للقطاع الصحي، بما في ذلك التمويل والإنفاق الحكومي على الصحة، وكيفية توجيه هذه الاموال لتحسين البنية التحتية وتوفير خدمات طبية عالية الجودة.

بشكل عام، يعكس الفصل الثاني جهود الجزائر في تحسين الرعاية الصحية للمواطنين، ويسلط الضوء على التحديات المستمرة التي تواجه النظام الصحي في البلاد.

مع التركيز على الحاجة الملحة لتطوير استراتيجيات جديدة لتعزيز الخدمات الصحية وتحسين الوصول إليها لجميع السكان.

بهذه الطريقة، يوفر الفصل التمهيدي مقدمة شاملة محتوى المذكرة وأهدافها، بينما يقدم الفصل الأول تحليلًا عميقًا لتطور المؤسسات الصحية.

أما الفصل الثاني فيعالج مدى وتوفير الرعاية الصحية في الجزائر، مما يساعد في فهم السياق العام والتحديات التي تواجه هذا القطاع في البلاد.

الفصل الاول : تطور المؤسسات الصحية ومجانية العلاج في الجزائر

تمهيد:

يتفق العديد من الخبراء في الأنظمة الصحية على أن النظام الصحي في أي بلد هو الإطار الذي يتيح التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية وتوفيرها من خلال توجيه الموارد اللازمة وإدارتها بناءً على أسس صحيحة. ويؤدي هذا في النهاية إلى الحفاظ على صحة المواطنين وتعزيزها. ومع أن الأنظمة الصحية في العالم متنوعة ولا يوجد نظام مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل الأنظمة الصحية هو التغطية الشاملة والعادلة لجميع المواطنين.

بالرغم من أن النظام الصحي في أي بلد يعكس الرؤية السياسية حول الخدمات الصحية والأهداف المسطرة من طرف الحكومات: جاء هذا البحث لتقييم أداء النظام الصحي الجزائري وعرض أهم المؤشرات والإحصائيات الجديدة، وفهم نقاط القوة والضعف فيه، بالإضافة إلى استكشاف سبل تطويره وتحسينه.

ومن المهم أن ننظر إلى العوامل المؤثرة في أداء النظام الصحي الجزائري، مثل التغطية الصحية، والتمويل، والوصول إلى الخدمات، وجودة الرعاية الصحية، وكذلك فعالية الإدارة والتنظيم. من خلال تحليل هذه العوامل وتحديد المناطق التي تحتاج إلى تحسين، يمكن توجيه جهود التطوير والتحسين بشكل أفضل، بهدف تحقيق نظام صحي أكثر شمولية وفاعلية للمواطنين في الجزائر. (فايزة، 2021، صفحة 397)

I. تطور المؤسسات الصحية في الجزائر:

شهدت المنظومة الصحية العمومية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تحولات بنيوية عبر مراحل عدة نوجزها فيما يلي:

1. مراحل تطور المنظومة الصحية

1.1. **المرحلة الاولى** : تشهد المنظومة الصحية العمومية الجزائرية عدة مراحل تحول، حيث تتميز المرحلة الأولى بتسيير الأزمات الصحية الناجمة عن التراكمات التي نجمت عن الاستعمار السابق.

2.1. **المرحلة الثانية**

تم تأكيد أهمية الطب المجاني كقاعدة أساسية لنشاط المؤسسات الصحية في البلاد.

3.1. **المرحلة الثالثة**

تتميز بمحاولة إصلاح القطاع الصحي من خلال هيكلته وتطوير أساليب التسيير والتنظيم. وفي المرحلة الرابعة، يشهد القطاع تغييرات جذرية، حيث يتم التوجه نحو اعتماد صيغة جديدة في إدارة المؤسسات الصحية العمومية، وتدريجياً يتم الانتقال من نظام العلاج المجاني إلى نظام يتناسب مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري.

2. المؤسسة الصحية وخصوصيتها التنظيمية:

تعد المؤسسة الصحية واحدة من الهياكل الأساسية التي تجمع بين البنية والوظيفة. يتكون البناء الوظيفي للمؤسسة الصحية من مجموعة من الوحدات التي تعمل معًا لتحقيق أهداف المؤسسة، ويُطلق عليها في

السياق الإداري اسم "التنظيم الإداري" للمؤسسة الصحية. يُحدد هذا البناء الوظيفي الأنشطة التي تقدمها الخدمة الصحية.. (بوشرش، 2018، صفحة 3 /5/4)

يعتبر التنظيم الصحي نسقًا فرعيًا ضمن إطار أوسع وأشمل، وهو المجتمع. فالمجتمع يُعَد مصدرًا لموارده البشرية والمادية والتكنولوجية، وبناءً على ذلك يعتمد التنظيم الصحي في تحديد سياسته وأيديولوجيته.

ويمارس التنظيم في الوقت نفسه تأثيرًا على المجتمع من خلال الوظيفة التي يقوم بها، والتي من خلالها يساهم في تشكيل سياسات المجتمع الذي يعتبر جزءًا منه.

تعد الخدمة الصحية جزءًا أو نسقا في تشكل المؤسسة الصحية، وهو جزء تابع لإدارتها يخضع لإشرافها. ويعمل على تحقيق الترابط بين الأنساق الداخلية للمؤسسة الصحية من جهة، وبين المؤسسة والبيئة الخارجية، التي تمثلها الهيئات والموارد الطبية، من جهة أخرى.

تناول كل من **روبرت بيرلمان** و **هرنولد جورين** وظائف المؤسسة، حيث أشار كل منهما إلى وجود نوعين من الوظائف في المؤسسة، وهي الوظائف الظاهرة والوظائف الكامنة، والتي يجب أن تتكامل وتتكاثف معًا لتحقيق أهداف المؤسسة ورفع مستوها الخدماتي. ومن الأمور التي تميز المؤسسة الصحية في تسييرها هو وجود نظام يتسم بالازدواجية في السلطة داخلها، حيث تتمثل هذه السلطة في: السلطة الإدارية والسلطة الفنية. تملك السلطة الإدارية أصحاب الإدارة العليا في المؤسسة الصحية، وتستمد من هيكل هرمي للتنظيم، بينما تملك السلطة الفنية القائمون على العمل الفني في المستشفى، وهم الأطباء بمختلف تخصصاتهم ومهاراتهم. هذه الازدواجية في السلطة تخلق وضعًا تنظيميًا معقدًا على جميع المستويات داخل المؤسسة، نتيجة لتقاطع وتداخل الصلاحيات بين هاتين السلطتين، مما ينعكس سلبًا على أداء المورد البشري . (بوشرش، 2018، صفحة 5)

وبما أن المؤسسة الصحية كغرها من المؤسسات الاخرى فهي تعمل في بيئة ديناميكية وتسعى للبقاء والاستمرار لتحقيق أهدافها، فإن تعاملها مع الأفراد والمؤسسات يمثل العامل الرئيسي في بلوغ مبتغاها.

بالنظر إلى أهمية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الحديثة، فقد ضمنت هذه المؤسسات ضمن استراتيجياتها توطيد العلاقة بالمجتمع، من خلال سعيها الدائم لتلبية احتياجات الأفراد من الخدمات المختلفة.

شهد قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متنوعة امتدت عبر سنوات طويلة، وتُعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ القطاع الصحي بالبلاد. شهد القطاع الصحي انهيارًا في عدد العاملين، حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيبًا، من بينهم 285 طبيبًا جزائريًا، إلى 600 طبيب فقط، مما يعادل طبيب واحد لكل 100,000 ساكن، وهم متمركزون في المناطق الكبرى. بالإضافة إلى ذلك، يوجد طاقم صحي من الممرضين لا يتجاوز عددهم 1380، ومعظمهم غير مؤهلين ولا يحملون شهادات، بالإضافة إلى انعدام الطاقم الإداري الذي يدير القطاع.

3. تطور المؤسسات الصحية في الجزائر

1.3. المرحلة ما بين 1962 و 1970

ورثت الجزائر في عام 1962 وضعية صحية يُرثى لها نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية، وسوء التغذية، وقلة النظافة، ونقص التأطير، خاصة في الميدان الطبي، بالإضافة إلى ذلك، كان هناك نقص في التغطية الصحية، مما أدى إلى خلق فجوات اجتماعية وجغرافية كبيرة. وبجانب هذه العوائق الهيكلية والبشرية، كانت هناك معوقات قانونية أيضًا . (بوشرش، 2018، صفحة 6)

فقبل عام 1965، كانت وزارة الصحة العمومية غير مستقلة، ولم يكن لها وجود مستقل كوزارة. وكان عدد الأطباء قليلًا للغاية، حيث كان هناك طبيب واحد فقط لكل آلاف عديدة من السكان، وكان هناك

نقص كبير في عدد الصيادلة وأطباء الأسنان أيضًا. كما كان هناك عجز أكبر في عدد الأسرة الطبية المتاحة في المستشفيات.

كانت السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة الخيارات بسبب ضعف الوسائل المتاحة. وكان من الضروري في البداية إعادة إحياء البنى التحتية الصحية التي تركها الاستعمار، وإعادة صياغة السياسات الصحية لتحسين الخدمات الطبية وتوفير الرعاية الصحية الأساسية للمواطنين.

اما المرحلة ما بين 1965 الى 1970 تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين: السعي إلى إرساء العلاج الأولي والمجاني، وتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى كل بلدية أو كل حي. تهدف زيادة الهياكل القاعدية إلى تعميم الخدمات الوقائية والعلاج الأولي لحماية السكان، والعمل على تحقيق تغطية صحية عادلة وتركز هذه المبادرات على توفير الرعاية الصحية للجميع دون تمييز بين المناطق الحضرية والريفية.

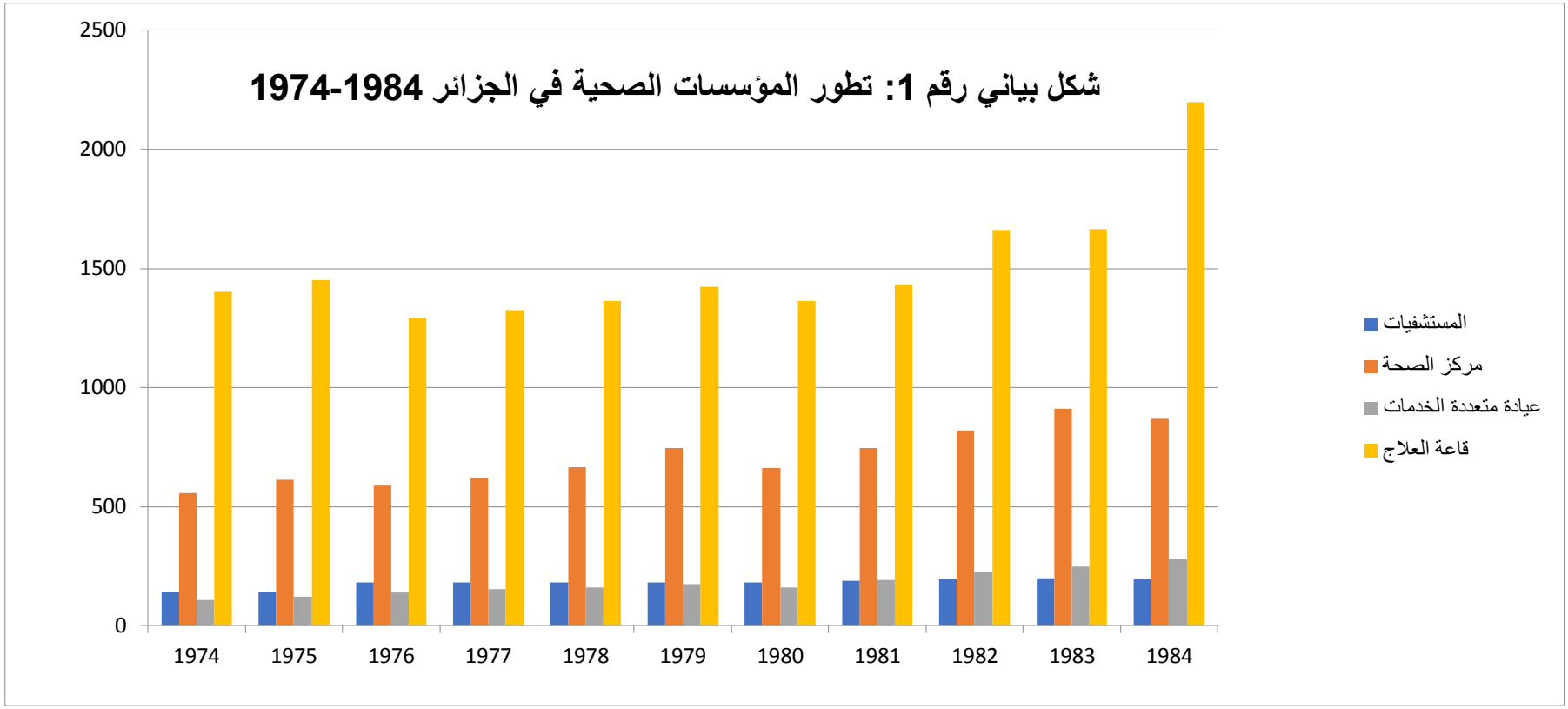
ومع ذلك، يُلاحَظ أن الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية، وكذا الهياكل القاعدية كانت تتمركز بشكل كبير في المدن الكبيرة، مما أدى إلى غيابها في المناطق الريفية والشبه الريفية. هذا الوضع خلق فجوة كبيرة بين الخدمات الصحية المتاحة في المناطق الحضرية وتلك المتوفرة في المناطق الريفية، حيث يعاني سكان الريف من نقص حاد في الوصول إلى الخدمات الطبية الأساسية. (بوشرش، 2018، صفحة 7)

بالتالي، كانت هناك حاجة ماسة لإعادة صياغة السياسات الصحية لتحسين التوزيع الجغرافي للموارد الصحية وتوفير الرعاية الصحية الأساسية في المناطق الريفية والمهمشة. تعزيز التدريب والتأهيل للعاملين في القطاع الصحي، بالإضافة إلى تطوير البنى التحتية الصحية في المناطق النائية، يمكن أن يساهم بشكل كبير في تحقيق العدالة الصحية وتقليل الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية في الجزائر.

2.3. مرحلة ما بين 1970-2000

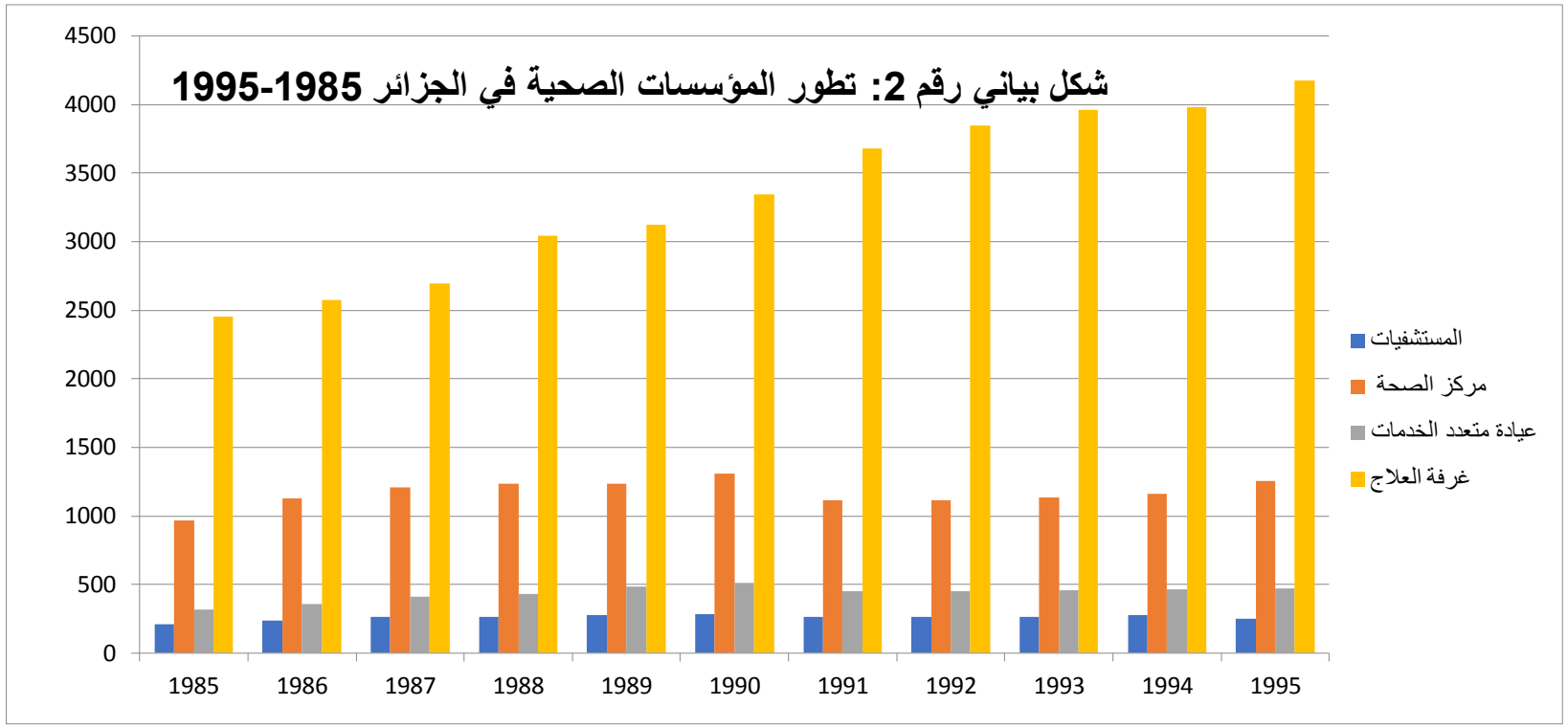
يظهر تحليل البيانات الموضحة في الشكل البياني ادناه أن هناك تغيرات ملحوظة في البنية التحتية الصحية خلال الفترة الممتدة من عام 1974 إلى عام 1984. فيما يتعلق الزيادة في عدد المستشفيات فإنها قليلة مقارنة بباقة المنشآت الصحية الأخرى، لكن انجاز ما يفوق 50 مستشفى في عشر سنوات أمرا يستحق الذكر خاصة في دولة حديثة الاستقلال مثل الجزائر التي خرجت من الاستعمار ببنى اقتصادية متدهورة. بالمقابل، شهدت مراكز الصحة وعيادات الخدمات المتعددة نموًا ملحوظًا، حيث زادت مراكز الصحة من 558 مركزا صحيا في عام 1974 إلى 869 في عام 1984.

بينما ارتفعت عيادات الخدمات المتعددة من 106 إلى 279 عيادة متعددة الخدمات خلال نفس الفترة. أما قاعات العلاج، فقد شهدت زيادة هائلة، حيث ارتفعت من 1402 في عام 1974 إلى 2197 في عام 1984، مما يشير إلى توسع وتطور ملحوظ في هذا المجال خلال تلك الفترة، هذه الزيادة توجهًا نحو توسيع وتطوير البنية التحتية الصحية خلال هذه الفترة، مما يشير إلى اهتمام متزايد بتوفير رعاية صحية شاملة ومتعددة الأوجه.



المصدر: من عداد الطالب بالاعتماد على معطيات الجدول رقم1من الملحق

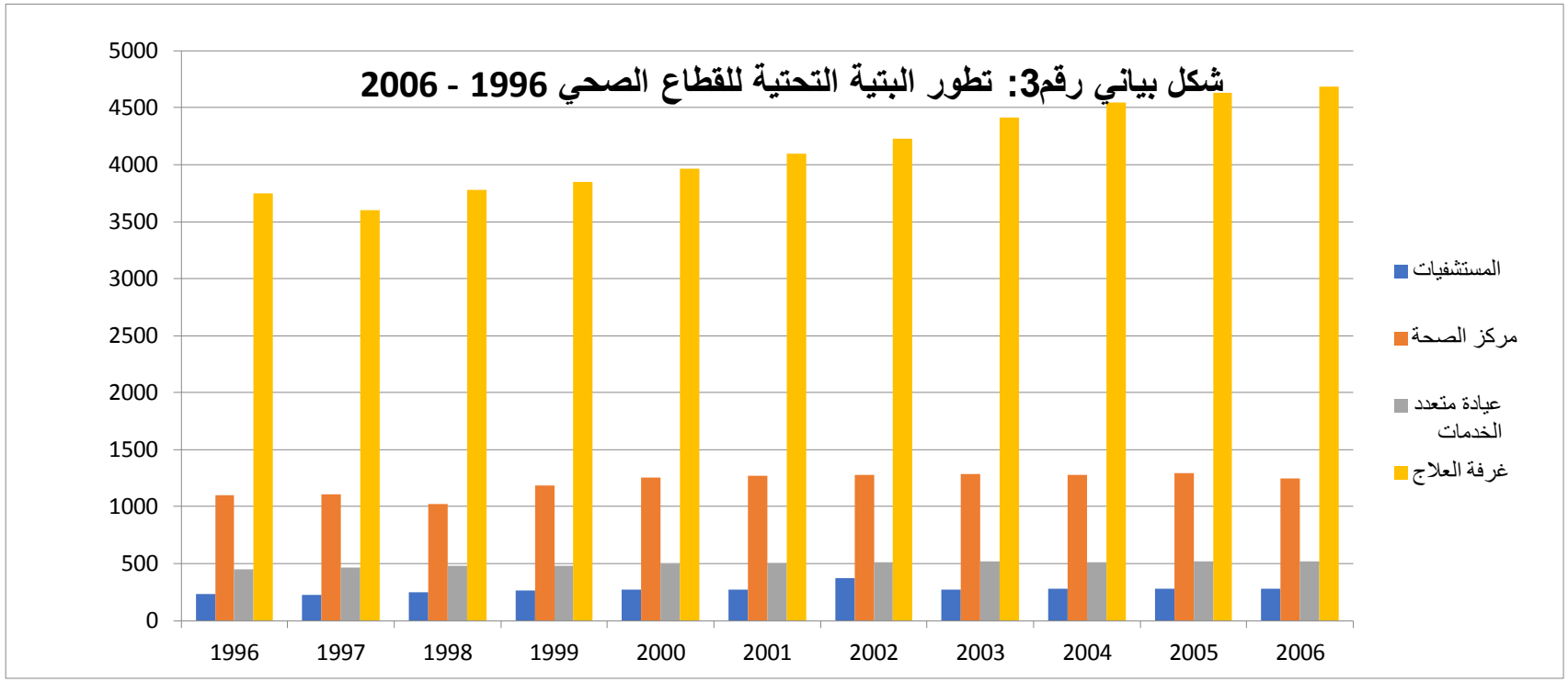
خلال الفترة الممتدة من عام 1985 إلى عام 1995، شهدت البنية التحتية للرعاية الصحية تطورًا ملحوظًا، بدأت المستشفيات بزيادة من 211 في عام 1985 إلى ذروتها في عام 1989 بـ 275 ثم انخفضت بعض الشيء في السنوات اللاحقة لتصل إلى 251 في عام 1995. فيما يتعلق بمراكز الصحة، فقد شهدت زيادة مستمرة خلال هذه الفترة، حيث ارتفعت من 969 في عام 1985 إلى 1252 في عام 1995. كما شهدت عيادات الخدمات المتعددة نموًا مستمرًا، حيث زادت من 319 إلى 471 خلال نفس الفترة. أما غرف العلاج، فقد شهدت زيادة ملحوظة جدًا، حيث ارتفعت من 2454 في عام 1985 إلى 4174 في عام 1995. هذه البيانات تشير إلى جهود مستمرة لتوسيع وتحسين البنية التحتية الصحية خلال هذه الفترة، مما يعكس التزامًا بتقديم رعاية صحية شاملة ومتقدمة.



المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الجدول من الملحق

3.2 مرحلة ما بعد سنة 2000

كما يوضح الشكل الاتي وخلال الفترة الممتدة من عام 1996 إلى 2006، شهدت البنية التحتية للقطاع الصحي تغيرات في عدد المستشفيات ومراكز الصحة، اين يلاحظ بقاء الأعداد عمومًا في نفس المستوى، في حين سجلت زيادة طفيفة في عدد عيادات الخدمات المتعددة. أما عدد غرف العلاج، فقد زاد بشكل متواصل خلال هذه الفترة، مما يشير إلى استمرار التركيز على توفير خدمات العلاج والرعاية الصحية وتقريب الخدمة الصحية من المواطن لان القرى والاحياء الصغيرة تحتاج الى هذا النوع من المؤسسات الصحية، ثم أن بناء مؤسسات صحية ضخمة يحتاج مبالغ مالية ضخمة خاصة وان الدولة الجزائرية قد خرجت من العشرية السوداء التي قد تراجع فيها الاقتصاد الوطني وتدهورت العديد من المنشئات الاجتماعية والاقتصادية للبلاد.

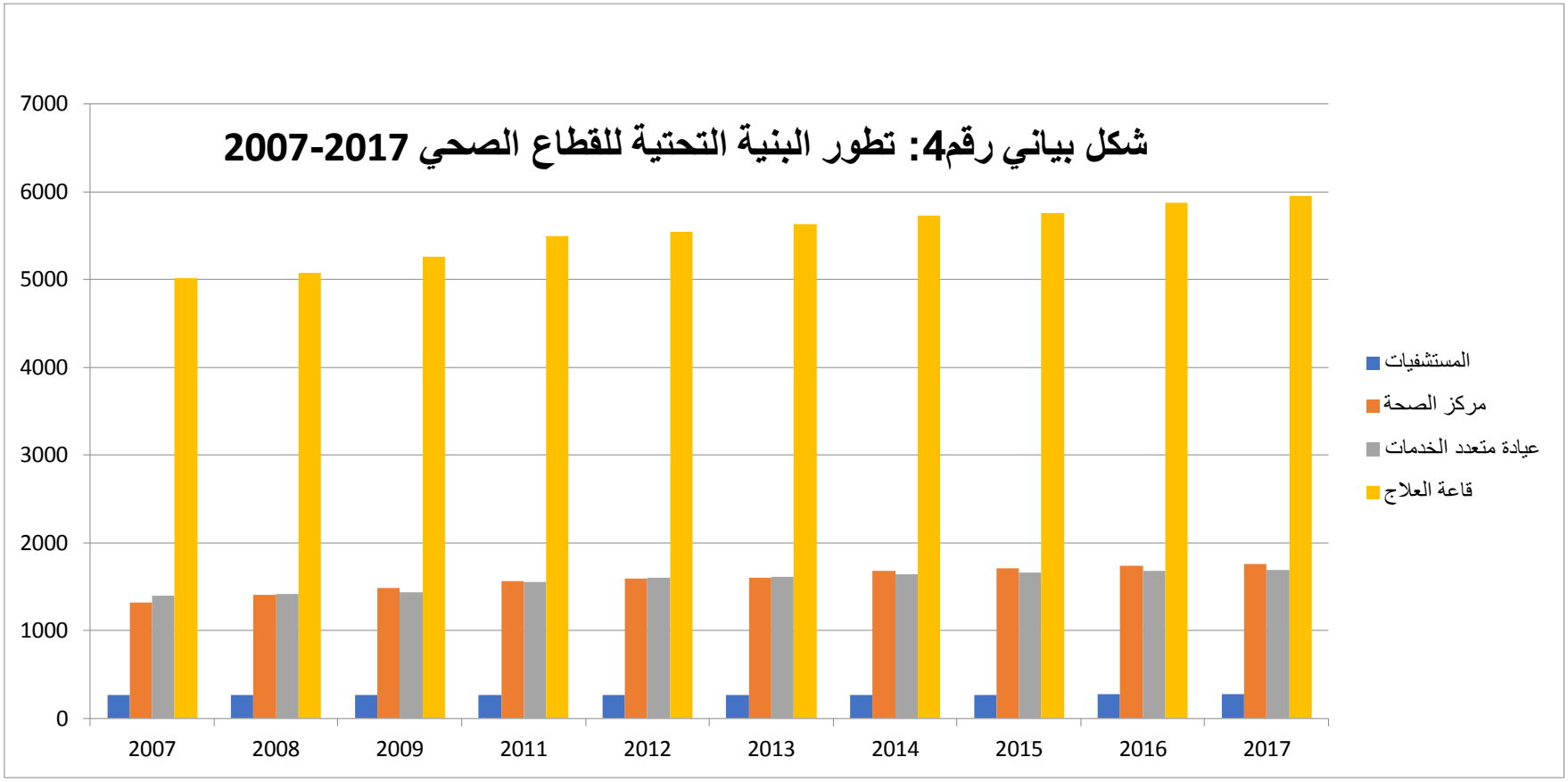


المصدر: من

أعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الجدول رقم3 من الملحق

الشكل الرابع يظهر تطور البنية التحتية في القطاع الصحي عبر السنوات المذكورة، حيث يشير عدد المستشفيات إلى تغيرات طفيفة في العدد على مدار السنوات، بينما ظلت كمية الموارد في قطاع الصحة مستقرة بشكل عام. ومن اللافت أن عدد المراكز الجامعية في المستشفيات انخفض بشكل كبير، مما قد يعكس انخفاض الاهتمام بتطوير هذه المراكز في تلك الفترة. بالإضافة إلى ذلك، تباينت أعداد المستشفيات المتخصصة، مما يعكس التغيرات في الاحتياجات والأولويات في مجال الرعاية الصحية. ومع ذلك، يبدو أن الطلب على الخدمات الصحية زاد بشكل ملحوظ، حيث ارتفع عدد العيادات وقاعات العلاج بشكل ملحوظ، اذ يمكن استنتاج أن البنية التحتية الصحية تطورت بشكل ملحوظ خلال هذه الفترة، مما يعكس التحديات والاحتياجات المتزايدة في مجال الرعاية الصحية.

لمعرفة أوسع يمكن تحليل هذه البيانات باستخدام تقنيات مختلفة مثل تحليل الاتجاهات الزمنية، وتحليل المتوسطات المتحركة، والانحدار، لفهم الاتجاهات والتغيرات الرئيسية التي عرفتها البنى التحتية للقطاع وكذا دراسة العلاقة بين تغير الاحتياجات الصحية للسكان ومدى تقدم او تطور المنشئات الصحية خلال فترات زمنية معينة.



المصدر:اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 4 من الملحق

يمكن تحليل مسار تطور عدد المؤسسات الصحية على مدار عشر سنوات، بما في ذلك المستشفيات الجامعية والمتخصصة يظهر زيادة مستمرة في عدد المؤسسات الصحية مما يعكس تحسن البنية التحتية الصحية وكذا العمل على توفير الخدمة الصحية للمريض. كما البيانات إلى زيادة في عدد المؤسسات المتخصصة، مما يدل على الاهتمام المتزايد من طرف المسؤولين بالبحث والتخصص في مجالات الصحة المختلفة.

II. قانون مجانية العلاج

1. تمهيد:

التغيرات الجذرية التي طرأت على السياسة الصحية في الجزائر أثرت بشكل كبير على قطاع الصحة، وهذا كان ناتجًا عن تغير الظروف السياسية والاقتصادية والمؤشرات الديموغرافية في البلاد. سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين الوضعية الصحية للمواطنين، وهو ما يظهر جليًا من خلال اهتمامها بصحة المواطن بغض النظر عن حالته الاجتماعية.

من ابرز الخطوات التي اتخذتها الحكومة الجزائرية هي تطبيق مبدأ المجانية في العلاج، الذي أدى إلى تقسيم القطاع الصحي وفق مرسوم صادر في فبراير 1973.

تم إنشاء قطاعات صحية حيث تم تعيين دوائر لتكون على رأس عدد معين من البلديات باعتبارها مقر القطاع الصحي، وقد أتاح هذا الإجراء تحقيق التكفل الجيد بصحة السكان بشكل عام. اتباع تقريب مختلف الهياكل الصحية لتوفير الخدمات الصحية وتسهيل عمل هذه الهياكل. وبالتالي، أصبح القطاع الصحي هو المحور الأساسي لتوزيع العلاج. حيث يتمتع قطاع صحي بالاستقلالية في التسيير، مع الالتزام بالمعايير الوطنية.

2. الحق في الصحة في ضوء القانون 18-11

يضمن قانون الصحة الإطار العام للمنظومة الصحية في الجزائر من خلال وضع الوسائل الكفيلة بالحفاظ على صحة الأفراد، وذلك من خلال التركيز على الوقاية من الأمراض وضمان مجانية العلاج وترقيته عبر المبادئ الأساسية المتصلة بالصحة. (هشام، 2021، صفحة 72)

كما يحدد قانون الصحة حقوق والواجبات للمرضى والسكان، ويسعى إلى تحقيق رفاهية الإنسان الجسدية والمعنوية، ويحمي حياة الإنسان من الأخطار ويحسن الظروف المعيشية، ويوفر العلاج خاصة للمجموعات السكانية المعرضة للخطر.

ونظرًا لارتباط الصحة بالبيئة المحيطة بالإنسان، فقد وضع قانون الصحة العمومية ومكافحة الأوبئة أحكامًا عامة تتعلق بالصحة العمومية ومكافحة الأوبئة، ويتضمن مجموعة من التدابير الوقائية والعلاجية والتربوية والاجتماعية. كما يعمل القانون على تحسين المواد الاستهلاكية اليومية مثل المياه ومراقبتها بشكل صحي، ويحرص على حماية الأسرة بتوفير خدمات طبية واجتماعية وإدارية لسلامة الأفراد، خاصة خلال فترة الطفولة والأمومة. بهذا الشكل، يسعى قانون الصحة في الجزائر إلى توفير الظروف الصحية السليمة وتحقيق الرفاهية للمواطنين وحماية حياتهم وصحتهم.

إضافة إلى ذلك، جاء قانون الصحة 18-11 بتدابير متنوعة لتعزيز الصحة في بيئة العمل والوقاية من الأمراض والإصابات.

وذلك من خلال تحسين ظروف العمل وتوفير بيئة صحية آمنة تساهم في تقليل مخاطر الإصابة والمرض. كما يهدف القانون إلى تقليل حالات العجز وتعزيز الصحة والعافية للمواطنين.

فعلى سبيل المثال وفي السياق التربوي، تهدف التدابير المتخذة في إطار هذا القانون إلى مراقبة صحة التلاميذ والمعلمين والعاملين في مجال التعليم، وتطبيق معايير النظافة والسلامة في المدارس والمؤسسات التعليمية. كما تشجع على ممارسة الرياضة والنشاطات البدنية لدى الطلاب في المؤسسات التربوية والموظفين في بيئة عملهم، وتوفير التوجيه الطبي والرعاية الصحية اللازمة في حالات المنافسات الرياضية، والحد من استخدام المواد المنشطة الضارة.

وتأخذ الحماية الصحية العقلية حيزا مهما في قانون الصحة، حيث يوفر القانون وسائل العلاج والرعاية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية، ويحدد حقوقهم وواجباتهم. (صالح، 2018، صفحة 967)

كما يوفر القانون الإطار العام لممارسة المهن الطبية ويحدد الضوابط الخاصة بالعمل الطبي والأخلاقيات المهنية، ويوفر التشريعات الضرورية لتنظيم العمل الطبي بما يحقق الرعاية الصحية الجيدة ويحافظ على سلامة وصحة المواطنين. (صالح، 2018، صفحة 967)

III. تطور الإنفاق على الصحة

قبل ان نقوم بتعريف الإنفاق الصحي يجدر بنا تقديم تعريف للنفقات العامة لان النفقات الصحية هي صورة من صور النفقات العامة. وللنفقة العامة تعاريف مختلفة.

1. تعريف النفقة

- النفقة العامة هي مبلغ نقدي يخرج من الذمة المالية لشخص معنوي عام بقصد اشباع حاجة عامة.
- النفقة العامة كم قابل للتقويم يأمر بإنفاقه شخص من اشخاص القانون العام اشباعا لحاجة عامة.

- النفقة العامة هي تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية او انها مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام قصد تحقيق منفعة عامة، كما يمكن تعريفها بانها استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة بهدف اشباع حاجة عامة.

من خلال التعاريف السابقة يتضح ان النفقة العامة تتكون من ثلاث عناصر وهي:

- مبلغ نقدي
- تصدر من الدولة او أي شخص معنوي
- الغرض منها تحقيق نفع معنوي

1.1. تعريف النفقة الصحية:

النفقات الصحية تشمل جميع التكاليف المتعلقة بالاستثمار والإدارة التي تساهم في تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في الدولة. يتمثل جزء كبير من هذه النفقات في المسؤولية المشتركة بين الحكومة والضمان الاجتماعي في توفير الخدمات الصحية للمواطنين، بينما يتحمل الجزء الآخر الجماعات المحلية والمؤسسات الخاصة.

يتضمن الجانب الاستثماري من النفقات الصحية تكاليف بناء وصيانة المستشفيات والمراكز الصحية، وتوفير التجهيزات الطبية والتقنيات الحديثة. أما الجانب التشغيلي فيتضمن تكاليف تشغيل هذه المرافق، بما في ذلك توظيف الكوادر الطبية والتمريضية، وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة.

بالإضافة إلى ذلك، تُستثمر النفقات الصحية في تطوير وتنفيذ برامج جديدة لتعزيز الوقاية والتوعية الصحية في المجتمع، وتوفير الخدمات الصحية الأساسية للفئات الضعيفة والمحرومة. (الزين، 2017، صفحة 115)

النفقات الصحية تمثل المبالغ المالية التي ينفقها الجهاز العام أو السلطات المحلية من أجل تقديم خدمات صحية، سواء كانت علاجية أو وقائية، لفئات المجتمع المختلفة. تهدف هذه النفقات إلى رفع مستوى الصحة والعلاج والوقاية من الأمراض للأفراد.

يُعَد الإنفاق الصحي مؤشراً على درجة الرفاهية في المجتمع ومدى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين. يشمل ذلك النفقات التي تُصرف من قبل الحكومات، بالإضافة إلى ما يُنفقه الأفراد بشكل خاص على خدمات الرعاية الصحية.

تشمل هذه النفقات تكاليف إنشاء وصيانة المرافق الصحية، وتوفير الأدوية والتجهيزات الطبية، وتدريب الكوادر الطبية والتمريضية، وتنفيذ البرامج الوقائية والتوعوية.

بالتالي، يُعَد الإنفاق الصحي جزءاً أساسياً من النفقات العامة للدولة، حيث يعكس التزام الحكومة والمجتمع بتحسين الصحة والرعاية الطبية لمواطنيهم.

VI. تطور الانفاق الصحي في الجزائر

بشكل عام، يُعَد النمو الملحوظ في نفقات الصحة في الجزائر إشارة إيجابية تدل على التزام الدولة بتعزيز الرعاية الصحية وتحسين جودة الخدمات الطبية المتاحة للمواطنين. (الزين، 2017، صفحة 116)

1. تطور نفقات الصحة نسبة الى المؤشرات الاقتصادية الكلية

1.1. نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام:

هذا المؤشر يمثل مقدار الجهد الذي يبذله المجتمع من أجل تعزيز الصحة، ويُعتبر أحد العوامل الأساسية في عمليات التخطيط والتنمية. فهو يسهم في ربط مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية بشكل متكامل، ويساهم في تحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع.

يعتبر هذا المؤشر ضرورياً للتخطيط الصحي والتنمية المستدامة، حيث يساعد في تحديد الأولويات وتوجيه الاستثمارات نحو المجالات التي تسهم في تحسين الصحة ورفاهية المجتمع. وبالتالي، فإن فهم هذا المؤشر وتحليله يسهم في تحقيق التنمية المستدامة وتعزيز جودة الحياة للمواطنين.

2.1. نصيب الفرد من النفقات الصحية

نصيب الفرد من النفقات الصحية يعكس مدى اهتمام الدولة بصحة مواطنيها، حيث يقيس كمية الإنفاق المخصصة لكل فرد لتلبية احتياجاته الصحية. ومع ذلك، فإن هذا المؤشر لا يُظهر بشكل كافٍ عدالة توزيع الإنفاق الصحي على السكان، لذا يتطلب دراسة مستوى التوزيع العادل لتقديم الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع.

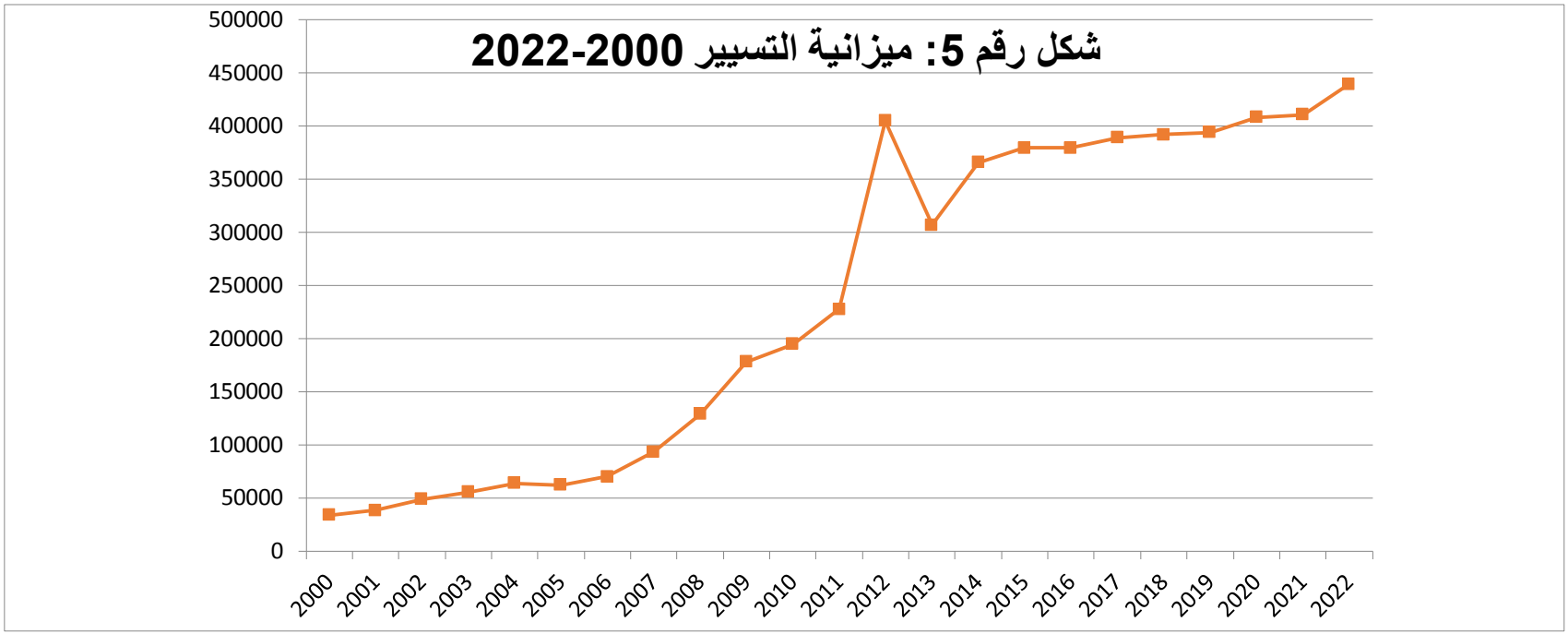
3.1. تطور نفقات الصحة للموازنة العامة

يعكس هذا المؤشر كيفية تنافس قطاع الصحة سنوياً مع باقي القطاعات التي تحتاج إلى إنفاق عام، حيث يُظهر نمو هذا القطاع من خلال التخصيصات المالية من الميزانية العامة للدولة. يبرز هذا النمو

الدور الحيوي الذي يلعبه القطاع الصحي في التنمية، وزيادة الإنفاق عليه يُظهر التزام الحكومة بتحسين مستوى الخدمات الصحية.

من خلال هذا المؤشر، يمكن رصد جهود الدولة في تطوير وتحسين البنية التحتية الصحية، وتوفير رعاية صحية عالية الجودة، وتوفير الخدمات الطبية المتقدمة. تكريس المزيد من الموارد المالية للقطاع الصحي يُظهر التزام الدولة برفاهية مواطنيها وتحسين مستوى الصحة العامة في المجتمع.

(الزين، 2017، صفحة 120/119/118/117)



المصدر: من أعداد الطالب بالاعتماد على معطيات من الجدول رقم 05 من الملحق

توضح البيانات من خلال المنحنى تطور ميزانية التسيير وميزانية التجهيز لفترة زمنية معينة. في الفترة من عام 2000 إلى 2010، كانت ميزانية التسيير تتناقص ببطء في حين تزايدت ميزانية التجهيز. ومع بداية عام 2010، بدأت نسبة ميزانية التجهيز في الزيادة بشكل كبير(الجدول من الملحق).

ففي عام 2012، بلغت نسبة ميزانية التسيير 47.68% مقابل 52.32% لميزانية التجهيز، وهو أعلى مستوى لميزانية التجهيز خلال الفترة المدروسة. في بعض الأعوام مثل 2010، كانت نسبة ميزانية التجهيز تتفوق بشكل ملحوظ على ميزانية التسيير، ولكن في السنوات اللاحقة، شهدت نسبة ميزانية التجهيز انخفاضًا تدريجيًا بينما تزايدت نسبة ميزانية التسيير. هذا التحليل يوفر فهمًا مفصلًا لأنماط تطور ميزانية التسيير والتجهيز على مر السنين، ويمكن أن يوجه اتخاذ القرارات المستقبلية بشأن توزيع الموارد المالية بشكل أكثر فعالية.

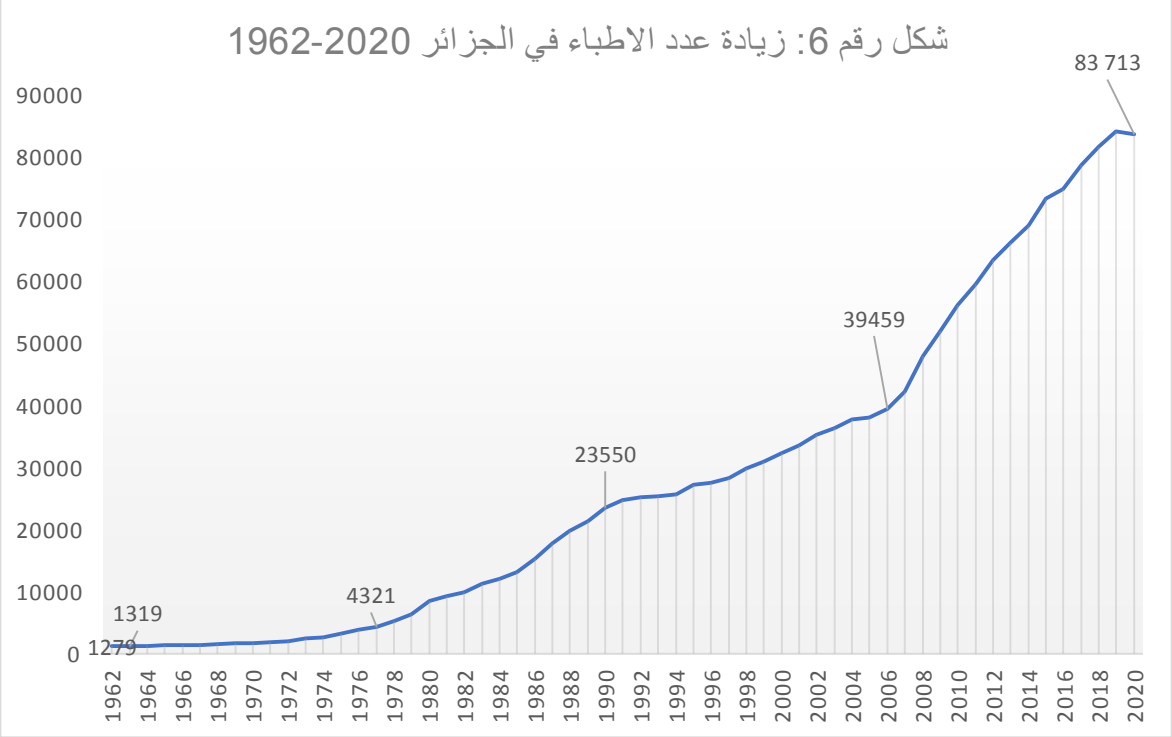
بشكل عام فان ميزانيتي التسيير والتجهيز المخصصتين لوزارة الصحة قد شهدتا ارتفاعاً مستمراً، ويعود ذلك إلى زيادة المخصصات المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي شهدها القطاع. فقد بلغت ميزانية التجهيز أعلى قيمة مخصصة لها في عام 2010، وهو تاريخ بداية المخطط الحماسي، أما ميزانية التسيير فقد بلغت ذروتها في عام 2013. ومع ذلك، خلال الفترة من عام 2004 إلى عام 2009، كانت ميزانية التسيير منخفضة، ويرجع ذلك إلى الاحتياجات الملحة للقطاع في ذلك الوقت.

في سنة 2020 نلاحظ تطور ميزانية العامة للصحة نتيجة ارتفاع المؤسسات وزيادة الحاجيات.

IV. تطور الطاقم الطبي والشبه الطبي

ان الزيادة البطيئة في أعداد الأطباء ما بين عامي 1963 و198 الى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي كانت تعاني منها البلاد، بالإضافة الى البنية الاقتصادية الهشة التي وثناها عن الاستعمار كانت الظروف الاجتماعية خلال هذه الفترة أكثر هشاشة لان رحيل الإطارات من الجزائر خلق مشكلة نقص المؤطرين وبالتالي نقص كبير في اعداد الأطباء والصيادلة وغيرهم من القوى البشرية المؤطرة (النخبة)، مما أدى الى ارتفاع عدد الأطباء في الجزائر من 1278 إلى 6521 طبيبًا فقط. ففي عام 2010، وصل العدد إلى 62095 طبيبًا، بزيادة عدد الطلبة ومجانية التعليم وتعميمه، ظهرت حاجة ضرورية موازية في مجال التأطير.

1. تطور عدد الأطباء من 1962 الى 2020



المصدر: انظر الجدول رقم 6 من الملحق

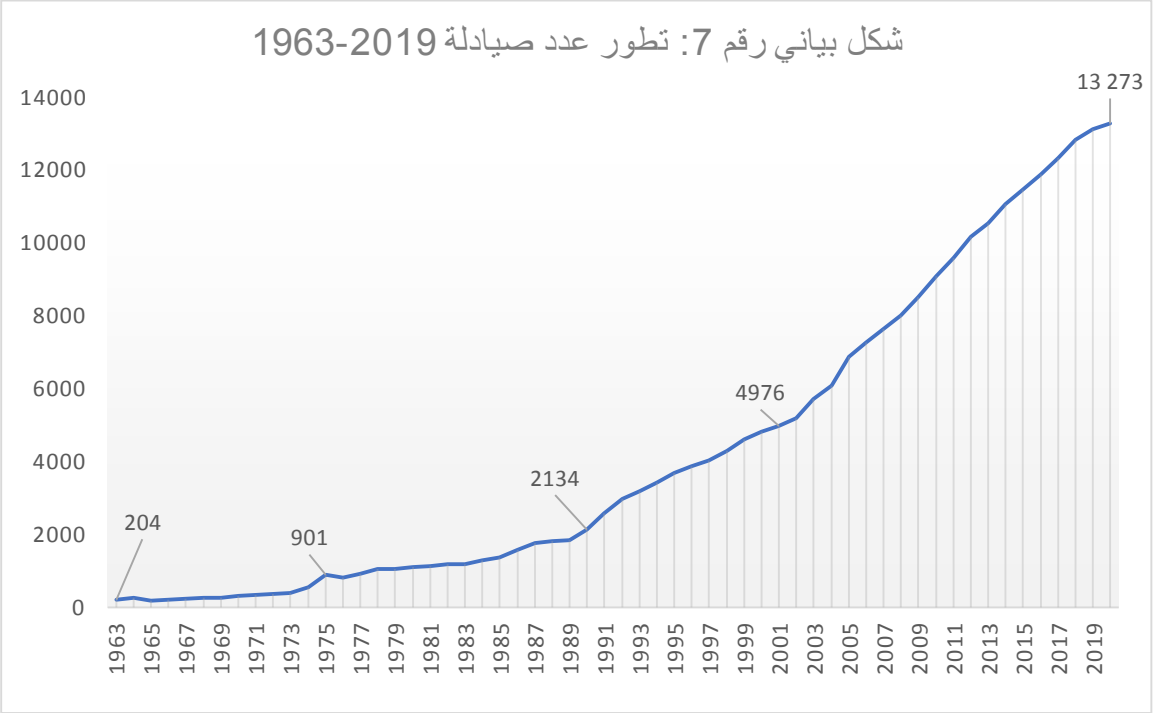
لم تظهر مشاكل القطاع الصحي في الجزائر مع بداية التسعينات، بل عانى هذا القطاع منذ رحيل المستعمر الفرنسي، حيث ظهرت حاجة ملحة للجزائر في مجالات الطب والصحة بشكل عام. دفع هذا الواقع الحكومة إلى بناء معاهد لتكوين الأطباء والتقنيين الطبيين، وتوفير طاقم إداري لتسيير الشؤون الصحية. أظهرت أهمية الاستثمارات في هذا المجال منذ عام 1993، حيث بلغت هذه الاستثمارات مبلغ 872 مليون دينار جزائري، أي ما يعادل 3.31٪ من مجموع الميزانية.

من المنحنى السابق يبدو التزايد واضح في عدد الأطباء في الجزائر خلال الفترة من عام 1962 إلى عام 1982. اذ يشير الارتفاع الملحوظ في عدد الأطباء إلى جهود حكومية رائدة لتعزيز التعليم الطبي وتطوير البنية التحتية الصحية في البلاد هذا التزايد في عدد الأطباء من 1984 إلى 2002 أدى إلى تحسين الرعاية الصحية تسهيل الوصول إليها من طرف المواطنين الجزائريين، ويمكن أن يكون له تأثير إيجابي على مؤشرات الصحة العامة والوقاية من الأمراض.

من البيانات المقدمة (الجداول 6 من الملحق)، يظهر أن هناك تزايدًا في عدد العمال في السلك الطبي خلال الفترة من عام 1999 إلى عام 2020. على الرغم من وجود تقلبات صغيرة في الأعداد عند بعض الأعوام، إلا أن الاتجاه العام يبدو أنه نحو الزيادة.

فيما يتعلق بتوزيع العمال في السلك الطبي حسب التخصص، فهناك عدد أكبر من الأطباء مقارنة بالجراحين في طب الأسنان وكذا الصيادلة(انظر الجدول 7 من الملحق). كما يلاحظ أن عدد التقنيين الساميين أكبر بكثير من تقنيي الصحة العامة ومساعدي الشبه الطبي.

2. تطور عدد الصيادلة في الجزائر 2019/1962



المصدر: انظر الجدول رقم 7 من الملحق

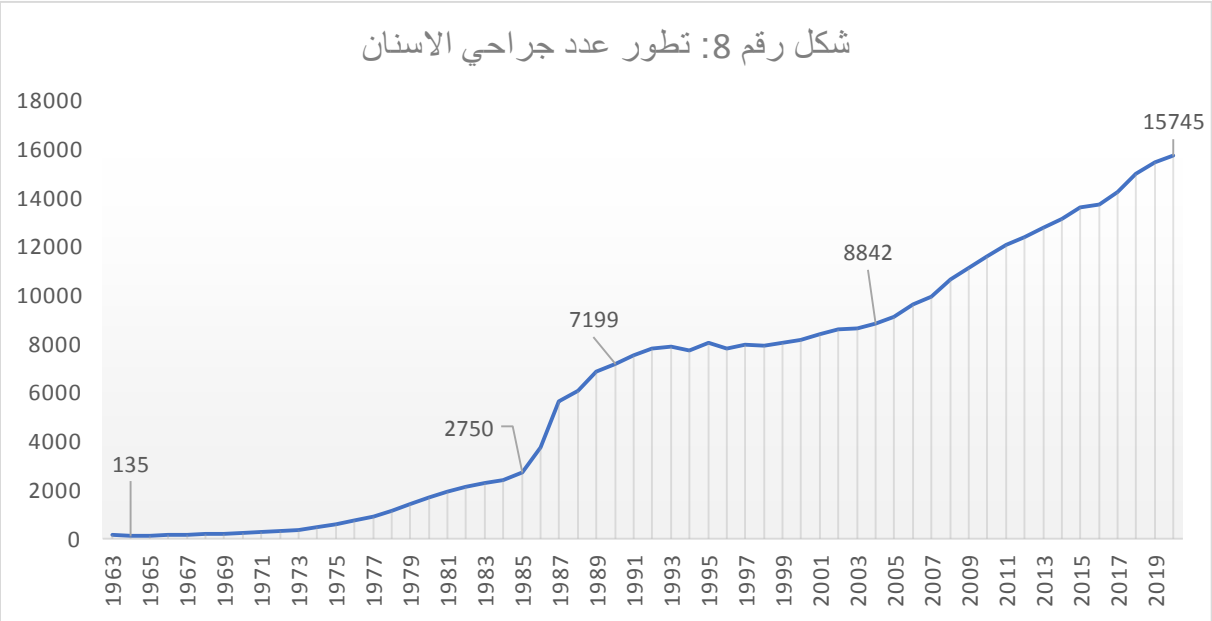
في مجمل القول، يعكس هذا الوضع استمرار الاهتمام بالاستثمار في القطاع الطبي في الجزائر خلال تلك الفترة، مما يشير إلى الجهود المبذولة لتوفير خدمات الرعاية الصحية وتطوير البنية التحتية الصحية في البلاد.

اما سلك الشبه الطبي من البيانات المقدمة، يظهر أن هناك تقلبات في عدد العمال في السلك الشبه الطبي خلال الفترة من عام 1999 إلى عام 2020. على الرغم من أن الأعداد تتغير في كل عام، إلا أنه يبدو أن هناك ارتفاعًا في عدد العمال في السلك الشبه الطبي بشكل عام خلال الفترة المعنية.

من الواضح أن الأعداد الأكبر تتركز في فئة "تقنيون سامين"، حيث تشير الأرقام إلى وجود أعداد أكبر في هذه الفئة مقارنة بتقنيي الصحة العامة ومساعدي الشبه الطبي.

يمكن أن يعكس هذا الارتفاع في العمال في السلك الشبه الطبي توجهًا نحو تعزيز القدرات في مجالات الصحة غير الطبية وتوفير دعم إضافي للنظام الصحي لتحسين الخدمات والرعاية الصحية المقدمة للمواطنين

3. تطور عدد جراحي الاسنان بين 1963 و2019



المصدر: انظر الجدول رقم 8 في الملحق

3. خلاصة:

1.4. الأطباء:

من خلال البيانات، يظهر أن هناك زيادة ملحوظة في عدد الأطباء في الجزائر خلال الفترة من عام 1962 إلى عام 1982، مما يشير إلى جهود حكومية لتعزيز التعليم الطبي وتطوير البنية التحتية الصحية. هذا التزايد في عدد الأطباء من 1984 إلى 2002 يمكن أن يؤدي إلى تحسين الرعاية الصحية وزيادة الوصول إليها للمواطنين الجزائريين، مما يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على مؤشرات الصحة العامة والوقاية من الأمراض.

كما سجلت زيادة ملحوظة في عدد الأطباء خلال الفترة المشمولة في الجدول، حيث ارتفع عددهم من 36،647 في عام 2003 إلى 56،209 في عام 2010. يعكس هذا الارتفاع الزيادة في الاهتمام بمجال الطب وتوفير الخدمات الطبية للمواطنين

2.4. العمال في السلك الطبي:

يبدو أن هناك زيادة طفيفة في الفترة من عام 1999 إلى عام 2020. على الرغم من وجود تقلبات صغيرة في الأعداد في بعض الأعوام، إلا أن الاتجاه العام يبدو أنه نحو الزيادة. وفيما يتعلق بتوزيع العمال، يلاحظ أن هناك عددًا أكبر من الأطباء مقارنة بالجراحين الأسنان والصيادلة، وكذلك عددًا أكبر من التقنيين الساميين مقارنة بتقنيي الصحة العامة ومساعدي الشبه الطبي.

في مجمل، يعكس هذا التحسن استمرار الاهتمام والاستثمار في القطاع الطبي في الجزائر خلال تلك الفترة، مما يشير إلى الجهود المبذولة لتوفير خدمات الرعاية الصحية وتطوير البنية التحتية الصحية في البلاد.

4.3. الصيادلة:

فمنذ عام 1963 وحتى عام 2020. فقد شهدت الأعداد ارتفاعًا مطردًا، حيث ارتفع عدد الصيادلة من 204 في عام 1963 إلى 13,273 في عام 2020. كما تبين البيانات وجود فترات من الزيادة المتسارعة خلال بعض الفترات، ولاسيما في السبعينيات والثمانينيات. ومنذ بداية الألفية الجديدة، استمر عدد الصيادلة في الزيادة بوتيرة مستدامة. يعزز هذا الاتجاه الإيجابي جهود تطوير قطاع الصيدلة والرعاية الصحية في البلاد، مما يسهم في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتوفير الأدوية للمجتمع. هذا التطور يعكس التحولات الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، والطلب المتزايد على الرعاية الصحية والأدوية، مما يدعم الاستثمارات في مجال الصيدلة وتعزيز مهنة الصيدلة في الجزائر.

4.4. جراحي الأسنان:

تظهر البيانات زيادة مستمرة في عدد جراحي الأسنان في الجزائر منذ عام 1963 حتى 2020، مما يعكس تطوراً إيجابياً في مجال الصحة الفموية والرعاية الصحية بشكل عام في البلاد. هذه الزيادة قد تكون نتيجة لتحسينات في البنية التحتية الصحية وزيادة الوعي الصحي، وتشير إلى تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الفموية والوقاية من الأمراض ذات الصلة بالأسنان.

فعلى مدى الفترة الممتدة من عام 1963 إلى عام 2020 ارتفع العدد بشكل ملحوظ خلال هذه الفترة، مما يشير إلى تطورات إيجابية في مجال الصحة الفموية والرعاية الصحية بشكل عام في البلاد. تظهر البيانات أيضًا وجود فترات من الزيادة الملحوظة، ما يمكن أن يكون نتيجة لتطورات في مجال الصحة الفموية وزيادة الطلب على خدمات الأسنان. يبدو أن التحسينات في البنية التحتية الصحية وتطور التعليم الطبي قد ساهما في هذا النمو المستمر. بشكل عام، فإن زيادة عدد جراحي الأسنان تعزز الوصول إلى الخدمات الصحية والوقاية من الأمراض المتعلقة بالفم والأسنان في البلاد.

خلاصة:

خلال ما تم عرضه من بيانات اتضح بانه هناك تطورا واضحا في عدد المنشئات والطاقات على القطاع وتحسن في الطاقات البشرية المؤهلة وزيادة الانفاق على القطاع وكذا على تكوين إطارات بشرية تساهم في رفع مستوى الخدمة الصحية التي تقدم للمواطن الا ان هذا الأخير لا يزال يشتكي من نقص في الإمكانيات وكذا نوعية الخدمة المطلوبة من طرف المواطن. فما هي حالة الخدمات الصحية التي يحتاجها المواطن الجزائري والمريض على وجه الخصوص؟

هذا ما سيتم عرضه في الفصل الثاني من هذا البحث.

الفصل الثاني :وضعية الخدمات الصحية في الجزائر

تمهيد:

تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية اليوم أحد المجالات ذات الأهمية المتزايدة، حيث تمتاز بمجالات واسعة تخدم الفرد والمجتمع بشكل شامل، وتعمل كمكمل للخدمات الأخرى في مجالات التنمية.

ويُعتبر المرض والإعاقة اليوم عبئًا اجتماعيًا واقتصاديًا، بالإضافة إلى كونهما عبئًا صحيًا على المجتمع بشكل عام. ويتضح أن برامج الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الصحية وحدها غير قادرة على حل جميع المشاكل التي تنجم عن المرض والإعاقة، خصوصًا في ظل ارتفاع نسبة الإعاقات والأمراض نتيجة للتلوث البيئي والظروف السيئة التي يعيشها الأفراد في بعض الأماكن.

لذا، يعتمد الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع على توفير الخدمات الصحية بجودة وكفاءة عالية.

I. التخطيط المكاني للخدمات الصحية في المدنية

من المؤكد ان قطاع الصحة من أهم القطاعات في أي مجتمع، نظرًا لتأثيره البالغ على جميع جوانب الحياة، فبمراعاة أهمية الصحة، يمكن للمجتمعات تحقيق التقدم والتحضر، إذ أصبحت خدمات الرعاية الصحية مؤشرًا يدل حقيقة على مدى تقدم وتطور المجتمعات.

فكلما كان الفرد يتمتع برعاية صحية جيدة، زاد تقدم المجتمع وتحسنت جودة حياته العامة، فالأفراد الأصحاء يكونون أكثر إنتاجية وفعالية، مما يعزز الاقتصاد والتنمية في البلدان. لذلك، يعتبر تطوير وتعزيز قطاع الخدمات الصحية أحد الأولويات السياسيين وصناع القرار في أي دولة. فالاهتمام بالصحة يساهم في تحسين جودة الحياة وتعزيز التنمية الشاملة للمجتمعات. (رحامنية س.، 2015، صفحة 215)

1. المفاهيم المتعلقة بالخدمات الصحية

الخدمات الصحية تشمل جميع المنشآت والأنشطة التي تقدم الرعاية الصحية للأفراد في مناطق محددة، سواء كانت للتشخيص، العلاج، أو الوقاية. وتشمل هذه الخدمات أيضًا كل ما يمكن لأحد الأطراف تقديمه للآخر من أجل تحسين الصحة، وينبغي أن تكون هذه الخدمات غير مادية وغير ملطية.

تُعتبر الخدمات الصحية وفقًا لمنظمة الصحة العالمية مجموعة من العناصر المترابطة التي تهدف إلى تحقيق الصحة في جميع البيئات، سواء في المؤسسات التعليمية، أماكن العمل، المحلات العامة، التجمعات، وحتى في البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية.

ويُعتبر النظام الصحي وقطاع الصحة الإطار الذي يُمكّن من تحديد احتياجات السكان للخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إدارة الموارد المتاحة بناءً على أسس صحية، بهدف المساهمة في المحافظة على صحة المواطنين وتحسين جودة حياتهم الصحية.

2. مجالات الخدمات الصحية

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية الى قسمين حسب نوعية الخدمة وهما :

- الرعاية الصحية الاولوية.
- الرعاية الصحية الثانوية

3. انواع المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية

1.3. المستشفيات

يمكن للمستشفيات، سواء كانت حكومية، أو خاصة، أو تابعة لقطاع خيري أو أهلي أو منظمات دولية، أن تتباين في هياكلها وأقسامها، وتضم مجموعة متنوعة من الكوادر الوظيفية المهنية المتخصصة

في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية. تشمل هذه الأقسام مجموعة واسعة من التخصصات الطبية، مثل الأمراض الباطنية، والجراحة، وطب الأطفال، والتوليد، بالإضافة إلى الأقسام الإدارية التي تشمل إدارة المستشفى والموارد البشرية والمالية، وأقسام الخدمات الطبية الشاملة. (رحامنية، 2015، صفحة 216)

2.3. المراكز الطبية

يتضمن المركز الطبي مجموعة من الخدمات الطبية الأساسية مثل العيادات التخصصية والمختبر والأشعة والصيدلية. عادةً، تكون هذه المراكز إما حكومية أو خاصة أو خيرية أو أهلية، حيث تقدم خدماتها للمرضى بناءً على الاحتياجات المحلية والمتطلبات الصحية في المجتمع.

3.3. خدمات الاسعاف والطوارئ

تكون الخدمات الطبية التي تقدمها العيادات التخصصية والمختبر والأشعة والصيدلية في العادة ضمن إطار المستشفى أو المركز الطبي. تلك الخدمات تشكل جزءًا أساسيًا لخدمات الإسعاف الأولية للسكان يعتبر جزءًا مهمًا من دور المستشفى أو المركز الطبي في تقديم الرعاية الصحية للمجتمع.

4.3. مراكز رعاية الامومة والطفولة

تكون هذه المراكز في العادة تابعة للقطاع الحكومي أو الخاص أو الأهلي، وتقدم خدماتها العلاجية والوقائية للأمهات والأطفال.

5.3. مراكز التأهيل والرعاية

تشمل هذه المراكز مراكز تأهيل المعاقين حركيًا ومراكز تأهيل الصم

6.3. مراكز الطب المخبري

وهي في العادة مراكز خاصة وتعني بالفحوصات المخبرية.

7.3. مراكز الاشعة الطبية

وهي مراكز خاصة حيث تعني بالتصوير الاشعاعي الطبي على اختلاف مستوياته.

8.3. الصيدليات

وهي المنشآت التي توفر الادوية والمستحضرات العلاجية اللازمة للسكان وتتبع القطاع الخاص . (رحامنية، 2015، صفحة 216)

4. اهمية التخطيط المكاني للخدمات الصحية

إن وجود الخدمات الصحية في أماكن محددة وثابتة يمكن أن يؤدي إلى الظلم وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية للسكان في مناطق أخرى. لقد أظهرت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين تحسين المستوى الصحي للسكان وبين توفر الخدمات الصحية بشكل عادل ومتساوٍ عن طريق :

- ✓ اعادة التوزيع الجغرافي لمواقع هذه الخدمات بحيث تكون اقرب ما يكون الى مواقع الكثافة السكانية.
- ✓ اقامة وفتح مراكز خدمية صحية جديدة في مواقع جديدة مختارة بحيث الى مواقع الكثافة السكانية.

5. العلاقة بين المخطط المكاني والخدمات الصحية

ان العلاقة بين التخطيط المكاني والخدمات الصحية تعتمد على تبادل المعلومات بين إدارات التخطيط المدني وإدارات الخدمات الصحية. يستطيع التخطيط المكاني توفير معلومات حول معدلات نمو السكان في المناطق الحضرية وخصائص السكان والعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي قد تؤثر على صحتهم وحركتهم.

يمكنه أيضًا توفير معلومات عن الأراضي واستخدامها المناسب لتوزيع الخدمات الصحية بفعالية، بما في ذلك المستشفيات والعيادات ومراكز الرعاية الأمومة والطفولة ودور الرعاية.

من خلال هذا التبادل، يمكن للإدارات المعنية تخطيط وتنفيذ الخدمات الصحية بشكل أكثر فاعلية وفعالية، مما يحسن جودة الرعاية الصحية المقدمة للمجتمعات المحلية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن لإدارة التخطيط المكاني تحديد الاحتياجات المحتملة للخدمات الصحية في المناطق المختلفة استنادًا إلى التوقعات المستقبلية للنمو السكاني وتطورات البنية التحتية. وبناءً على هذه المعلومات، يمكن وضع خطط استراتيجية لتطوير وتوسيع البنية التحتية الصحية بشكل مناسب لتلبية احتياجات السكان المتزايدة.

تعتبر هذه العلاقة بين التخطيط المكاني والخدمات الصحية أساسية لتحقيق التوازن والتنمية المستدامة في المدن والمناطق الحضرية. إذ يساهم التخطيط المكاني الجيد في توفير البيئة الملائمة لتقديم الخدمات الصحية على نطاق واسع وبجودة عالية، مما يعزز صحة ورفاهية المجتمعات المحلية ويسهم في تحسين جودة الحياة للسكان. (رحامنية، 2015، صفحة 220)

II. الوضعية الصحية في الجزائر

تطورت السياسة الصحية في الجزائر بشكل جذري لتتناسب مع التغيرات السياسية والاقتصادية والديموغرافية في البلاد. حرصت الدولة الجزائرية بشكل كبير على تحسين الوضع الصحي للمواطنين، وهو ما يظهر من خلال اهتمامها البالغ بصحة المواطن بغض النظر عن حالته الاجتماعية. فقد تم تطبيق مبدأ مجانية العلاج، الذي أدى إلى تقسيم جديد للمجال من خلال خلق قطاعات صحية.

تمت إقامة هذه القطاعات بهدف القضاء على مركزية العلاج وضمان التكفل الجيد بصحة السكان. وتم اختيار كل دائرة لتكون على رأس عدد معين من البلديات، وذلك باعتبارها مقر القطاع الصحي. وقد سعت الجزائر من خلال هذا التقسيم إلى تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، وتسهيل عمل هذه الهياكل لتلبية احتياجات السكان وتوفير الخدمات الصحية بشكل أكثر فاعلية وفعالية.

بفضل هذا التحول في السياسة الصحية، تحسنت الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في الجزائر بشكل ملحوظ. وقد أدت هذه الجهود إلى تعزيز الوصول إلى الرعاية الصحية وتحسين جودتها، مما ساهم في تعزيز صحة السكان ورفاهيتهم بشكل عام.

تعتبر هذه الخطوة نقلة نوعية في مجال الصحة العامة، حيث ترتكز على مبدأ العدالة الاجتماعية وتوفير الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع بشكل متساوٍ. ومن المتوقع أن تستمر جهود تحسين الخدمات الصحية في الجزائر، وذلك من خلال متابعة تطوير البنية التحتية الصحية، وتعزيز التعليم الصحي، وتحسين الوصول إلى الأدوية والعلاجات الحديثة، وتعزيز الوعي الصحي بين المواطنين.

1. الامراض التي مر بها المجتمع الجزائري

عان المجتمع الجزائري مثله مثل بافي دول العالم المتطورة وغير المتطورة، فالأمراض الفيروسية ظهر أغلبها في دول متقدمة، اذا فالجزائر مرت بالعديد من الازمات الصحية وعدة أمراض وأوبئة عبر تاريخه الصحي، لكن ما يستحب ذكره هو بلوغ الجزائر مستويات مرضية في القضاء عليها في أوقات قد نعتبرها تحديا ورقما قياسيا اذا ما قورنت بغيرها من الدول العربية أو جاراتها في القارة.

وعلى ذكر الامراض والأوبئة التي مرت بها الجزائر نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

الأمراض المعدية هي تلك التي يمكن انتقالها من شخص لآخر في حال توافرت الشروط المناسبة، حيث يكون الشخص المصاب حاملًا للميكروب والشخص السليم عرضة للإصابة في بيئة مناسبة لانتقال

1.1. داء السل

داء السل، المعروف أيضًا باسم السل الرئوي، هو مرض مُعدٍ يُسببه بكتيريا السل المعويّة، والتي تعرف علمياً بـ .Mycobacterium tuberculosis يُعتبر السل من الأمراض القديمة التي تصيب الإنسان، وهو يؤثر عادة على الرئتين، لكنه قد يصيب أي جزء من الجسم بما في ذلك الدم، العظام، والأعصاب. (رحامنية، 2015، صفحة 224)

2.1. داء الديفتيريا

داء الديفتيريا هو عدوى بكتيرية خطيرة تسببها بكتيريا .Corynebacterium diphtheriae تُعد الديفتيريا مرضًا معديًا يُصيب الحلق والأنف وقد يؤدي إلى تشكيل طبقة غشاءية على الأغشية المخاطية، مما يؤدي إلى صعوبة التنفس والتهاب الحنجرة، وفي بعض الحالات الشديدة يمكن أن يتسبب في توقف التنفس والوفاة.

3.1. السعال الديكي

السعال الديكي، المعروف أيضًا باسم "الكحة الديكية" أو "**Coqueluche**" "هو عدوى فيروسية تنتقل بين الأشخاص عن طريق الهواء. يسبب السعال الديكي انتفاخًا والتهابًا في الجهاز التنفسي، مما يؤدي إلى نوبات شديدة من السعال تجعل الشخص يشعر وكأنه يختنق، ويمكن أن تصاحب النوبات بالقيء أو ارتفاع درجة الحرارة. فيما يخص التلقيح ضد السعال الديكي هو جزء مهم من برنامج التطعيم، ويتم إدارته كجزء من الجرعة المختلطة للتطعيم التي تشمل أيضًا التطعيم ضد الديفتيريا والكزاز. (رحامنية، 2015، صفحة 226)

4.1. داء الكزاز

هو عدوى بكتيرية حادة تنتج عنه جروح تحمل البذور .(Clostridium tetani) تنمو هذه البذور في الجرح وتنتج سمًا قويًا يسمح للبكتيريا بالتكاثر والانتشار في الجسم، مما يؤدي إلى تقلصات عضلية مؤلمة وتشنجات.

5.1. داء الشلل

إن داء الشلل يُعتبر من بين أخطر الأمراض المعدية التي نالت اهتمامًا كبيرًا على المستوى العالمي والدولي. وقد تم تسجيل آخر حالة إصابة بهذا المرض في عام 1996، وذلك بفضل الجهود الكبيرة المبذولة والتي لقيت نجاحًا كبيرًا ورائعًا في مكافحته.

شهدت الجزائر تحولًا هامًا في مكافحة داء الشلل خلال الفترة من عام 1990 إلى عام 2004، حيث تم تحقيق تطور ملحوظ في هذا الصدد. ويُعزى هذا التطور إلى الجهود الكبيرة التي بُذلت في مجالات

التوعية والتطعيم الشامل، مما أدى إلى تقليل حالات الإصابة بشكل كبير. (رحامنية، 2015، صفحة 226)

6.1. داء الحصبة

يتميز داء الحصبة بعدوى حادة، ويعد من الأمراض واسعة الانتشار في سن الطفولة. يسبب هذا المرض فيروس الحصبة، وتتضمن علامات الإصابة به ارتفاعًا في درجة الحرارة يصاحبه رشح وسعال وطفح جلدي. شهدت الجزائر ارتفاعًا متواصلًا في حالات داء الحصبة منذ الاستقلال وحتى عام 1997، إلا أنه لاحظ انخفاضًا في حالات الإصابة بعد توفير التطعيم للمرة الثانية لجميع الأطفال عند بلوغهم سن الست سنوات.

7.1. حمى التيفونيد

حمى التيفويد (Typhoid fever) هي عدوى بكتيرية معديّة شديدة تسببها بكتيريا السالمونيلا الفتافة (Salmonella typhi). تتميز بأعراض مثل الحمى المستمرة، الصداع، الارتجاف، الألم في البطن، فقدان الشهية، وتغيرات في حالة الوعي. قد تصاحبها أعراض أخرى مثل الإسهال أو الإمساك، وقد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة إذا لم يتم علاجها بشكل صحيح. للإشارة فقط تطور هذا المرض في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990الى 2000. (رحامنية، 2015، صفحة 227)

8.1. التهاب الكبد الفيروسي

التهاب الكبد الفيروسي هو حالة التهابية في الكبد تُسببها الفيروسات. يمكن أن يكون هناك عدة أنواع من الفيروسات التي تصيب الكبد، مثل فيروس التهاب الكبدA ، وفيروس التهاب الكبدB ، وفيروس التهاب الكبدC ، وهناك أيضًا فيروسات أخرى نادرة تسبب التهابات في الكبد.

9.1. السيدا

مرض السيدا (Acquired Immunodeficiency Syndrome) هو مرض فيروسي يسببه فيروس نقص المناعة البشرية .(HIV) يهاجم فيروس HIV جهاز المناعة للجسم، مما يؤدي إلى تضعيفه وتدميره بشكل تدريجي، مما يجعل الشخص المصاب بالمرض عرضة للإصابة بالعدوى والأمراض الأخرى بشكل أكبر.

10.1. الامراض المزمنة

بالإضافة الى ما تم ذكره فان المجتمع يعاني أيضا من عدة امراض مزمنة منها

امراض القلب والشرايين ، الامراض التنفسية، و أمراض السرطان هذه الامراض بالرغم من انها غير معدية لكنها تكلف الكثير من الأموال لضمان العلاج المناسب للمرضى. (رحامنية، 2015، صفحة 228)

III. خصائص الخدمات الصحية في الجزائر

تتميز الخدمات الصحية بجملة من الخصائص وتتمثل في:

1. **عدم الملموسية**

1.1. **التلازم**

تزامن الإنتاج والاستهلاك يحدث في العديد من الخدمات والصناعات، ويعكس هذا الظاهرة الطبيعية لكيفية تقديم الخدمات واستهلاكها في نفس الوقت والمكان.

فعلى سبيل المثال، في الخدمات الشخصية مثل الحلاقة أو العناية الصحية، يحدث الإنتاج والاستهلاك في وقت واحد، حيث يتم تقديم الخدمة واستهلاكها في الحظة نفسها. (فهيمة، 2011، صفحة 139)

2.1. الاختلاف وعدم التجانس

تتميز الخدمات بعدم التجانس وصعوبة التنميط، مما يؤدي إلى عدم الثبات في الأداء الخدماتي يعني هذا أنه من الصعب تحديد معايير ثابتة لجودة الخدمة نظرًا لتباينها وعدم تماثلها.

في حالات كثيرة، يكون من الصعب لمقدم الخدمة التزامًا بتقديم خدمات مماثلة دائمًا، وبالتالي يكون من الصعب ضمان مستوى الجودة المتسق.

مثلًا، في الخدمات الصحية، يتفاوت أداء مقدمي الخدمة بناءً على مهاراتهم وسلوكهم، ويتأثر بالظروف المختلفة للمريض والزمان والمكان. فالمريض نفسه يتأثر بمزاجه وسلوكه وقدرته على التفاعل، وهذا يمكن أن يؤثر على أداء مقدم الخدمة. كون الخدمات تعتمد على العوامل البشرية لذا، من الصعب في كثير من الأحيان الحفاظ على مستوى موحد لأداء الخدمة المطلوبة، حيث أن كل حالة قد تتطلب خدمة مختلفة وفي لحظة زمنية محددة. (مايدة، 2022، صفحة 1332)

3.1. عدم قابلية الخدمات للتخزين

يعتبر تخزين الخدمات أمرًا غير عملي نظرًا لطبيعتها غير الملموسة، ولكن يمكن تحسين استخدام القدرات والامكانيات المتاحة من خلال التخطيط الجيد وإدارة الموارد بشكل فعال.

باختصار، يتعين على المؤسسات الاهتمام بتحسين إدارة القدرات والامكانيات وتطبيق استراتيجيات فعّالة للتخطيط والتنظيم لضمان تقديم الخدمات بكفاءة وفعالية في الوقت المناسب وبأقل قدر من الهدر. (مايدة،، 2022، صفحة 1332)

2. انواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية كالتالي :

1.2. خدمات العلاجية

الخدمات العلاجية تمثل الخدمات التي تُقدم للأفراد للعلاج من الأمراض أو الإصابات أو للحفاظ على الصحة العامة. تشمل هذه الخدمات استشارات طبية وفحوصات طبية متخصصة مثل التحاليل المخبرية والأشعة التشخيصية، إلى جانب العلاج الطبي بواسطة الأدوية والإجراءات الجراحية عند الضرورة.

كما تتضمن الخدمات العلاجية العلاج الفيزيائي والتأهيل لتحسين وظائف الجسم وتخفيف الألم بعد الإصابات أو الجراحات. الرعاية الصحية النفسية أيضًا جزء من هذه الخدمات، حيث توفر الدعم النفسي والعلاج للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وتشمل الخدمات العلاجية أيضًا الرعاية الصحية الأساسية مثل الفحوصات الروتينية وإدارة الأمراض المزمنة. (علي، 2016، صفحة 12)

2.2. خدمات الرعاية الداخلية والخارجية

وهي خدمات صحية لا تشمل أي رعاية ايوائية للمستفيد تقدم في العيادات الخاصة والمستوصفات وغيرها من مراكز العلاج الطبي.

خدمات الرعاية الخارجية تمثل الخدمات الطبية التي يتم تقديمها للمرضى خارج بيئة المستشفى الرئيسية، مثل العيادات الطبية أو المراكز الطبية المتخصصة. تشمل هذه الخدمات استشارات طبية متخصصة مع الأطباء، وإجراء الفحوصات التشخيصية مثل الأشعة والتحاليل الطبية، بالإضافة إلى تقديم العلاجات الطبية اللازمة والعلاج النفسي والتأهيل. يعتبر هذا النوع من الخدمات مريحًا للمرضى، حيث

يمكنهم الحصول على الرعاية الطبية اللازمة دون الحاجة إلى الإقامة في المستشفى، مما يوفر لهم الراحة والمرونة في جدولهم اليومي. (مليكة، 2012، صفحة 70)

3.2. خدمات وقائية

الخدمات الوقائية تعنى بالإجراءات والبرامج التي تهدف إلى منع حدوث الأمراض أو تقليل خطر الإصابة بها من خلال التركيز على التوعية والتثقيف الصحي، وتوفير الفحوصات الروتينية والتطعيمات. تشمل هذه الخدمات الوقائية تقديم المشورة الطبية والنصائح حول نمط الحياة الصحي، مثل التغذية السليمة وممارسة الرياضة.

بالإضافة إلى الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن الأمراض وعوامل الخطر المحتملة. تعتبر الخدمات الوقائية جزءًا أساسيًا من الرعاية الصحية الشاملة، حيث تساهم في تحسين صحة الفرد وتقليل تكلفة العلاج اللاحق وتحسين جودة الحياة.

علاوةً على ذلك، تشمل الخدمات الوقائية أيضًا التطعيمات والتحصينات التي تقدم للأفراد لحمايتهم من الأمراض المعدية، مثل الحصبة والنكاف والتهاب الكبد والإنفلونزا. وتساهم الحملات التوعوية والتثقيفية في نشر الوعي بأهمية الوقاية والسلوكيات الصحية، مما يساهم في تحسين صحة المجتمع بشكل عام. إلى جانب ذلك، تعمل الخدمات الوقائية على تقليل الأعباء الصحية والاقتصادية الناجمة عن الأمراض الممكن تفاديها، وبالتالي تسهم في تحسين جودة الحياة وتعزيز الصحة العامة في المجتمعات. (ابراهيم، 2021، صفحة 349)

3. الخدمات الانتاجية

في قطاع الصحة، تشير الخدمات الإنتاجية إلى الجهود التي تُبذل لتحسين العمليات الداخلية وتعزيز كفاءة تقديم الرعاية الصحية. تشمل هذه الجهود تطوير العمليات والإجراءات الداخلية في المستشفيات والمراكز الطبية لتحسين التنظيم والكفاءة.

بالإضافة إلى توفير الدعم الفني والتدريب على استخدام التكنولوجيا الطبية المتقدمة. كما تتضمن خدمات الإنتاجية تنظيم سلسلة التوريد وتحليل البيانات الصحية لتحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين وتطوير. يهدف ذلك الكل بشكل عام إلى تعزيز جودة الخدمات الصحية وتحسين تجربة المرضى وتعزيز نتائجهم الصحية. (علي، 2016، صفحة 12)

4. الخدمات الصحية التأهيلية

خدمات الصحية التأهيلية تشمل مجموعة من الخدمات الطبية والعلاجية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون من إصابات أو إعاقات أو حالات صحية مزمنة على استعادة وتحسين قدراتهم البدنية والعقلية والاجتماعية. يتم ذلك من خلال تقديم عدة أنواع من العلاجات والتدخلات الطبية، مثل العلاج الطبيعي لتحسين الحركة والقوة، والعلاج الوظيفي لتعزيز القدرة على القيام بالأنشطة اليومية، والعلاج النفسي للتعامل مع التحديات النفسية والعاطفية، والعلاج الترفيهي لتحسين المهارات الاجتماعية والتفاعلية.

تهدف هذه الخدمات إلى تحسين جودة حياة المرضى وتعزيز قدرتهم على المشاركة الكاملة في المجتمع، وهي جزء أساسي من رعاية المرضى في العديد من الحالات.

يتم تقديم خدمات الصحية التأهيلية بشكل فردي ومخصص لكل حالة، حيث يتم تقييم الاحتياجات الفردية ووضع خطة علاجية متكاملة تتضمن الأهداف المحددة والخطوات المناسبة لتحقيقها.

وتضمن هذه الخدمات أيضًا توجيهات وتدريبات للأفراد وأسرهم لضمان استمرارية التحسين والتأقلم مع الوضع الصحي الجديد. تلعب خدمات الصحية التأهيلية دورًا حيويًا في تعزيز التحسن الوظيفي والنفسي والاجتماعي للأفراد المتأثرين، مما يساهم في تحسين جودة حياتهم وزيادة استقلاليتهم وتفاعلهم في المجتمع.

بالإضافة إلى ذلك، تعتبر خدمات الصحية التأهيلية جزءًا أساسيًا من الرعاية الشاملة التي تقدم للمرضى، حيث تساعدهم على التعافي بشكل أسرع وتحقيق أقصى قدر من الوظائف والاستقلالية بعد الإصابة أو الإعاقة.

كما تلعب دورًا هامًا في تقليل التكاليف الطبية على المدى الطويل، من خلال الحد من الاعتماد على الرعاية الطبية الدائمة وتقليل إعادة الإصابة أو التدهور الصحي. إن تقديم هذه الخدمات بشكل فعال يتطلب التعاون المتواصل بين فرق الرعاية الصحية المختلفة، بما في ذلك الأطباء والممرضين والعلاجيين الطبيعيين والعاملين الاجتماعيين، لتحقيق أفضل النتائج للمرضى وأسرهم. (ابراهيم، 2021، صفحة 349)

5. اسس الارتقاء بالخدمات الصحية

تحسين الخدمات الصحية يقوم على أسس أساسية تشمل الجودة والسلامة، حيث يجب أن تتوافر خدمات صحية عالية الجودة وآمنة للمرضى. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يكون الوصول إلى الخدمات الصحية متاحًا للجميع دون تمييز وبشكل شامل.

تعتبر الشمولية أساسًا آخر يجب أخذه في الاعتبار، حيث يتعين على الخدمات الصحية أن تكون شاملة وتلبي احتياجات جميع شرائح المجتمع بما في ذلك الوقائية والعلاجية والتأهيلية. يجب أن يكون هناك تركيز مستمر على التحسين المستمر وتبني الممارسات الجديدة لتحسين الجودة والفعالية.

من جانبها، يتطلب الاستدامة مراعاة العوامل الاقتصادية والبيئية والاجتماعية، مع إدارة مستدامة للموارد وتحقيق التوازن بين الاحتياجات الحالية والمستقبلية.

أخيرًا، يعتبر التواصل والشراكة بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى والجهات المعنية جزءًا أساسيًا من تحسين الخدمات الصحية، حيث يسهم التفاعل المستمر في تطوير السياسات والبرامج الصحية بما يلبي احتياجات وتطلعات المجتمع.

1.5. الكفاية الكمية

في قطاع الصحة، يعبر مصطلح "الكفاية الكمية" عن القدرة على تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع بشكل كافٍ وفعّال. يتطلب ذلك توفير البنية التحتية الصحية المناسبة، بما في ذلك المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات، بالإضافة إلى توفير الكوادر الطبية المؤهلة والموارد الطبية والأدوية الضرورية بكميات كافية.

يهدف ذلك إلى توفير الخدمات الصحية بشكل متساوٍ وعادل في جميع المناطق، مع التركيز على الوصول للجميع بغض النظر عن العوامل الاقتصادية أو الاجتماعية أو الجغرافية. تحقيق الكفاية الكمية يعتبر جزءًا أساسيًا من تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وضمان جودتها وفاعليتها لضمان تلبية احتياجات المجتمع الصحية بشكل كامل ومرضٍ.

الكفاية الكمية في قطاع الصحة تمثل أيضًا القدرة على تحقيق توازن ملائم بين العرض والطلب على الخدمات الصحية، مما يعني توفير الخدمات الصحية بالكميات اللازمة لتلبية الاحتياجات المتزايدة للخدمات الطبية.

يعتمد ذلك على تخطيط فعال وتوجيه الاستثمارات نحو القطاعات والمناطق التي تحتاج إلى الخدمات الصحية بشكل أكبر، وتحسين إدارة الموارد البشرية والمالية والتكنولوجية لضمان تلبية الطلب المتزايد. تحقيق الكفاية الكمية يسهم في تحسين الوصول للخدمات الصحية والتقليل من الانتظار وتحسين تجربة المرضى، وهو جزء أساسي من تحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق العدالة الصحية في المجتمع. (نصر م.، 2008، صفحة 197)

2.5. الكفاية النوعية

تعبر "الكفاية النوعية" عن القدرة على تقديم الخدمات الطبية والصحية بمستوى عالٍ من الجودة والفاعلية لتلبية احتياجات المرضى وتحسين نتائج العلاج والرعاية الصحية.

يتضمن ذلك توفير الرعاية وفقًا لأحدث المعايير الطبية والإرشادات العلمية المعترف بها، بما يشمل التشخيص الصحي الدقيق والعلاج الفعّال والسليم. كما يشمل الأمر توفير الخبرات والمهارات الطبية المؤهلة، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد الصحية المتاحة، بما في ذلك الأدوية والمعدات الطبية والبنية التحتية. تحقيق الكفاية النوعية يسهم في تحسين النتائج الصحية للمرضى وزيادة رضاهم عن الخدمات الصحية التي يتلقونها، ويعزز الثقة في النظام الصحي بشكل عام.

بالإضافة إلى ذلك، تعتبر الكفاية النوعية جزءًا أساسيًا من مبدأ الرعاية المركزة على المريض، حيث يتم التركيز على تلبية احتياجات المريض بشكل شخصي وفقًا للظروف الفردية وتفضيلاته.

يتطلب ذلك التفاني في تحسين الجودة والممارسات السريرية وتعزيز التدريب والتطوير المهني للكوادر الطبية والصحية. بالإضافة إلى ذلك، يساهم تحقيق الكفاية النوعية في تقليل المضاعفات الصحية والإعادة وزيادة فعالية الرعاية الصحية بشكل عام، وبالتالي، يعتبر تحقيق الكفاية النوعية هدفًا مهمًا للأنظمة

الصحية والمؤسسات الطبية، حيث يساهم في تعزيز الثقة والرضا لدى المرضى وتعزيز الاستدامة والفعالية للنظام الصحي بشكل عام. (ايمن، 2000، صفحة 71)

6 اهمية الخدمات الصحية

1.6 فردية : أي يستفيد منها شخص واحد دون ان تطون له علاقة باي جهة او مؤسسة او نظام معين كانه يتوجه شخص مريض الى احدى العيادات ويحصل على معالجة طبية.

2.6 جماعية : يستفيد منها عدد من الافراد ينتمون الى مؤسسة واحدة او نظام واحد وفق اجراءات وقواعد محددة.

تترتب على الخدمات الصحية أثرًا كبيرًا على الفرد والمجتمع، حيث تمثل عمودًا فقريًا في تحسين جودة الحياة والتنمية الشاملة. تقوم الخدمات الصحية بتوفير الرعاية الطبية والتشخيص المبكر والعلاج الفعال، مما يسهم في الوقاية من الأمراض وتقليل معدلات الوفيات. بالإضافة إلى ذلك، تعزز الخدمات الصحية الوقاية والتوعية، مما يسهم في تعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض المنتشرة والأوبئة. كما تلعب الخدمات الصحية دورًا حيويًا في دعم الاقتصاد، حيث تسهم في تقليل تكاليف العلاج الطويلة الأمد وزيادة إنتاجية الفرد والمجتمع.

ليس ذلك فحسب، بل تعزز الخدمات الصحية العدالة الاجتماعية من خلال توفير فرص الوصول العادل للرعاية الصحية لجميع شرائح المجتمع بغض النظر عن الطبقة الاجتماعية أو الدخل. في النهاية، تعد الخدمات الصحية أساسًا أساسيًا لتحقيق التنمية المستدامة والرفاهية الشاملة للمجتمعات.

يمكننا أيضًا الإشارة إلى أهمية الخدمات الصحية في دعم الاستقرار الاجتماعي والسلامة العامة، حيث تعمل على تقليل الانقسامات والتمييز الصحي وتعزز التضامن والتعاون بين أفراد المجتمع.

كما أن الخدمات الصحية في تعزيز الأمن الغذائي والنمو الاقتصادي من خلال تقديم الإرشاد الغذائي والتوعية بأهمية الغذاء الصحي والنظام الغذائي المتوازن.

تساهم الخدمات الصحية أيضًا في حماية البيئة والحفاظ على الثروات الطبيعية من خلال التوعية بمخاطر التلوث والتأثيرات البيئية على الصـــحة العامة. في النهاية، يمكن القول إن الخدمات الصـــحية تعتبر أساسًا أساسيًا لتحقيق التنمية المستدامة والحفاظ على الرفاهية والصحة للأجيال الحالية والمستقبلية.

يمكن القول إن الخدمات الصحية لا تقتصر فقط على علاج الأمراض وإجراء الجراحات، بل تشمل أيضًا الوقاية من الأمراض من خلال التطعيمات والفحوصات الدورية والتثقيف الصحي، مما يساهم في تحسين نوعية الحياة وزيادة فترة العمر الصحية.

الخدمات الصحية تلعب دورًا حيويًا في تعزيز القدرات الاقتصادية للأفراد والمجتمعات، حيث تحد من الإصابات والأمراض التي قد تؤدي إلى إعاقة أو فقدان القدرة على العمل، وبالتالي تعزز الإنتاجية وتحقق التنمية الاقتصادية المستدامة. تعتبر الخدمات الصحية أيضًا عنصرًا رئيسيًا في تعزيز العدالة الاجتماعية والمساواة، إذ توفر فرصًا متساوية للجميع للحصول على الرعاية الصحية اللازمة دون تمييز أو انحياز.

كما تعتبر الخدمات الصحية عاملاً حاسمًا لتحقيق التنمية الشاملة والمستدامة في جميع أنحاء العالم، وتساهم بشكل كبير في بناء مجتمعات صحية ومزدهرة. (مليكة، 2012، صفحة 80)

7 ابعاد جودة الخدمات الصحية

1.7.الجوانب الملموسة :

تشير إلى مظاهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة، والمعدات، والمظهر الشخصي للأفراد، وكذلك المتعاملين مع مقدمي الخدمات، وأدوات ووسائل الاتصال المستخدمة في التواصل معهم.

2.7 الاعتمادية

تشير إلى قدرة المنظمة مقدمة الخدمة على تنفيذ الخدمة الموعودة بشكل موثوق وبدقة عالية. فالعميل يتوقع أن تُقدم له الخدمة بدقة والتزام.

3.7 الاستجابة

تتعلق بمدى موثوقية الخدمة ومصداقية مقدمها، وما إذا كان يلتزم بوعوده وما يقوله.

4.7 الثقة والمصداقية:

الثقة والمصداقية هما من الأبعاد الأساسية لجودة الخدمات الصحية. تعني الثقة أن المرضى يشعرون بالاطمئنان إلى أن مقدمي الخدمات الصحية سيوفرون الرعاية اللازمة بفعالية واهتمام، بينما تشير المصداقية إلى التزام هؤلاء المقدمين بالوعود والمعايير المهنية، مما يعزز ثقة المرضى في تلقي خدمة دقيقة وآمنة.

5.7.التعاطف:

التعاطف هو أحد الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات الصحية، ويشير إلى مدى اهتمام مقدمي الرعاية الصحية بمشاعر واحتياجات المرضى. يشمل ذلك التعامل بلطف واحترام، وتوفير الدعم العاطفي، والاستماع

بعناية لمخاوف المرضى واستفساراتهم، مما يساهم في تحسين تجربة المريض ويعزز شعوره بالأمان والراحة أثناء تلقي الرعاية الصحية. (تربح، 2018، صفحة 79)

خلاصة

تعتبر نوعية الخدمة المقدمة للمرضى مرآة عاكسة للوضعية المؤسسة الصحية التي تقدمها وهي أيضا تعكس كفاءة العنصر البشري الذي يقدم الخدمة، إذا رجعنا الى تقييم مستويات رقي الدول نجد الأوضاع الصحية للمواطن هي افضل وادق وسيلة لذلك، وهو المتعارف به دوليا فمنذ عدة سنوات اعتبر معدل وفيات الرضع مؤشرا للتنمية البشرية للدولة، لان رعاية مولود جديد يتطلب مستوى من الجودة سواء في الإمكانات المادية الخاصة بتجهيز المؤسسة الصحية أو ما يخص الطاقم المشرف على الولادة ويقصد هنا الكفاءات البشرية للمؤسسة الصحية. وعليه فان تراجع معدلات وفيات الأطفال في الجزائر لخير دليل على تحسن وضعية الخدمات الصحية بالرغم من انه مازال الكثير لبلوغ مستويات تلك الدول التي بلغ معدل وفيات الرضع اقل من 3 بالالف.

الخاتمة

خاتمة:

في ختام هذه الدراسة حول القطاع الصحي في الجزائر، نجد أن الجهود الحكومية المستمرة قد أدت إلى تحسينات كبيرة في بنية النظام الصحي وتوفير الخدمات الصحية للمواطنين. شهدت الجزائر تطورًا ملحوظًا في البنية التحتية الصحية، حيث تم بناء العديد من المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات في مختلف أنحاء البلاد وتجهيزها بأحدث التقنيات الطبية، مما ساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة وتوسيع نطاق الخدمات الصحية المتاحة للسكان. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات تؤثر على جودة الخدمات الصحية، مثل نقص الأطباء والمتخصصين في المناطق الريفية وتفاوت توزيع الموارد الطبية. لذلك، توصي الدراسة بضرورة تعزيز برامج التدريب والتعليم الطبي، وتحسين إدارة الموارد الصحية، وزيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية في المناطق الريفية لضمان تقديم خدمات صحية متكاملة وعادلة لجميع المواطنين، مما سيسهم في تعزيز النظام الصحي في الجزائر وقدرته على تلبية احتياجات جميع سكانها بفعالية وكفاءة.

وبالنظر إلى التحولات السريعة في مجال الصحة على الصعيدين الوطني والدولي، يتعين على الحكومة الجزائرية الاستمرار في التركيز على تطوير القطاع الصحي وتعزيز السياسات والبرامج الصحية الشاملة. يجب أن تتضمن هذه الجهود الاستثمار في البحث الطبي وتكنولوجيا الرعاية الصحية، وتعزيز التعاون مع المؤسسات الصحية الدولية لتبادل الخبرات والمعرفة وتعزيز القدرات.

علاوة على ذلك، يجب أن تركز الجهود على تعزيز الرعاية الصحية الأولية والوقائية، وتوفير التغطية الصحية الشاملة لجميع الفئات السكانية، بما في ذلك تلك الفئات الهامشية والمهمشة. وعلى الصعيد الدولي، ينبغي للجزائر أن تلعب دورًا أكبر في تعزيز التعاون الإقليمي والدولي في مجال الصحة، والمشاركة في جهود الوقاية من الأمراض الوبائية ومكافحتها، وتعزيز الصحة العالمية بشكل عام.

في النهاية، فإن تحسين القطاع الصحي في الجزائر يتطلب جهوداً مستمرة ومتواصلة من جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك الحكومة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية. من خلال هذه الجهود المشتركة، يمكن للجزائر أن تحقق تقدمًا ملموسًا في تحسين الصحة والرفاهية لجميع مواطنيها وتحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة والعمل على بناء مجتمع صحي أكثر قوة واستدامة.

تتضح من الدراسة نتائج مهمة تتعلق بقطاع الصحة في الجزائر. أولاً، يظهر أن البنية التحتية الصحية قد شهدت تطورًا ملحوظًا عبر السنوات، مما أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وتوسيع نطاق الرعاية الصحية للمواطنين. ثانيًا، تُظهر النتائج أن هناك تحديات تتعلق بتوزيع الموارد الطبية ونقص الأطباء في المناطق الريفية تؤثر على جودة الخدمات الصحية المتاحة، مما يتطلب اتخاذ إجراءات فعّالة لتحسين الوضع. وأخيرًا، يشير التحليل إلى ضرورة زيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية وتعزيز التعاون الدولي في مجال الصحة، من أجل تحقيق تقدم مستدام وشامل في قطاع الصحة في الجزائر.

الملحـــــــــق

جدول رقم1: البنية التحتية الصحية من عام 1974 إلى عام 1984.

بنية تحتية	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
المستشفيات(ع.ج)	143	142	183	183	183	182	183	188	196	198	197
مركز الصحة	558	612	590	620	664	747	662	745	820	910	869
عيادة متعددة الخدمات	106	123	139	153	162	175	161	192	228	249	279
قاعة العلاج	1402	1452	1295	1325	1364	1422	1364	1431	1660	1664	2197

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات كتاب rétrospective statistique

جدول رقم 2: تطور البنية التحتية الصحية من عام 1985 الى 1995

بنية تحتية	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
المستشفيات(ع.ج)	211	238	261	263	275	284	263	263	267	274	251
مركز الصحة	969	1125	1205	1238	1238	1309	1112	1117	1131	1160	1252
عيادة متعددة الخدمات	319	359	412	434	485	510	454	451	459	462	471
غرفة العلاج	2454	2574	2693	3041	3124	3344	3681	3848	3958	3980	4174

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات rétrospective statistique

جدول رقم 3: البنية التحتية من 1996 الى 2006

بنية تحتية	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
المستشفيات(ع.ج)	232	223	245	261	268	275	372	275	276	277	280
مركز الصحة	1098	1110	1026	1185	1252	1268	1281	1285	1275	1292	1248
عيادة متعددة الخدمات	446	462	478	482	497	504	513	516	512	516	520
غرفة العلاج	3748	3601	3780	3851	3964	4100	4228	4412	4545	4628	4684

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات rétrospective statistique

جدول رقم 4: تطور : البنية التحتية من 2007 الى 2017

البنية التحتية	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
المستشفيات(ع.ج)	**270**	**271**	**271**	**271**	**271**	**271**	**271**	**271**	**271**	**273**	**273**
مركز الصحة	1320	1403	1490	1502	1560	1590	1603	1680	1710	1740	1761
عيادة متعددة الخدمات	1401	1419	1436	1491	1551	1601	1615	1637	1659	1684	1695
قاعة العلاج	5021	5077	5258	5350	5491	5545	5634	5726	5762	5875	5957

المصدر: الدوان الوطني للإحصائيات rétrospective statistique

جدول رقم 5 : ميزانيتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة

السنوات	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	نسبة ميزانية التسيير %	نسبة ميزانية التجهيز%
2000	33900.742				
2001	38324.796				
2002	49117.107				
2003	55430.565				
2004	63770.452	3954	70221.20	94.37	5.63
2005	62460.953	3879	9036633	94.16	5.85
2006	70315.276	31443.5	101780.80	69.11	30.89
2007	93552.966	38882	132434.90	70.64	29.36
2008	129201.251	36990	60018095	79.56	20.44
2009	178322.829	44327	22649.80	80.09	19.91
2010	195011.838	520399	715410.80	27.26	72.74
2011	227859.541	412463	640322.50	35.59	64.41
2012	**404945.348**	444300	849245.30	47.68	52.32
2013	306925.642	63250	175.637	81.59	16.81
2014<	365946.753				

	379407.269	2015
	379404.269	2016
	389073.747	2017
	392162.373	2018
	393970.409	2019
	408282.838	2020
	410672.176	2021
	439422.008	2022

الجريدة الرسمية الاعداد من 2000 الى 2022

جدول رقم 6: تزايد عدد الأطباء في الجزائر من 1962 إلى 2020

السنوات	عدد الأطباء
1962	**1279**
1963	**1319**
1964	**1301**
1965	**1419**
1966	**1356**
1967	**1453**
1968	**1613**
1969	**1698**
1970	**1760**
1971	**1885**
1972	**1985**
1973	**2467**
1974	**2672**
1975	**3212**
1976	**3875**
1977	**4321**
1978	**5363**
1979	**6346**
1980	**8512**
1981	**9359**
1982	**9916**
1983	**11378**
1984	**12132**
1985	**13221**
1986	**15361**
1987	**17760**
1988	**19814**
1989	**21467**
1990	**23550**
1991	**24791**
1992	**25304**
1993	**25491**
1994	**25796**

27317	1995
27652	1996
28344	1997
29970	1998
30962	1999
32332	2000
33654	2001
35368	2002
36347	2003
37720	2004
38120	2005
39459	2006
42320	2007
47995	2008
52071	2009
56209	2010
59618	2011
63534	2012
66236	2013
69076	2014
73431	2015
74937	2016
78838	2017
81751	2018
84161	2019
83 713	2020

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات rétrospective statistique

الجدول رقم 7: تطور عدد الصيادلة من عام 1963 الى 2020

مجموع	**السنة**
204	1963
266	1964
186	1965
216	1966

244	1967
247	1968
265	1969
305	1970
338	1971
354	1972
396	1973
542	1974
901	1975
805	1976
906	1977
1047	1978
1051	1979
1105	1980
1141	1981
1175	1982
1194	1983
1286	1984
1359	1985
1584	1986
1752	1987
1811	1988
1839	1989
2134	1990
2575	1991
2984	1992
3189	1993
3425	1994

3691	1995
3866	1996
4022	1997
4299	1998
4600	1999
4814	2000
4976	2001
5198	2002
5705	2003
6082	2004
6884	2005
7267	2006
7645	2007
8019	2008
8503	2009
9081	2010
9588	2011
10171	2012
10538	2013
11078	2014
11475	2015
11888	2016
12337	2017
12830	2018
13122	2019
13 273	2020

المصدر : الدوان الوطني للإحصائيات rétrospective statistique

جدول رقم 8: تطور عدد جراحي الأسنان من 1963 إلى 2020

السنة	عدد أطباء الاسنان
1963	**151**
1964	**135**
1965	**127**
1966	**171**
1967	**164**
1968	**195**
1969	**212**
1970	**255**
1971	**274**
1972	**308**
1973	**372**
1974	**494**
1975	**617**
1976	**763**
1977	**933**
1978	**1137**
1979	**1426**
1980	**1691**

1936	1981
2144	1982
2310	1983
2435	1984
2750	1985
3754	1986
5648	1987
6097	1988
6892	1989
7199	1990
7563	1991
7833	1992
7885	1993
7763	1994
8056	1995
7837	1996
7966	1997
7954	1998
8062	1999

8197	2000
8408	2001
8618	2002
8651	2003
8842	2004
9120	2005
9648	2006
9940	2007
10649	2008
11135	2009
11633	2010
12092	2011
12422	2012
12782	2013
13168	2014
13645	2015
13747	2016
14263	2017
15008	2018

15470	2019
15745	2020

المصدر : دوان الوطني الإحصائيات rétrospective statistique