

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد ملين دباغين. سطيف 2

قسم: علم الاجتماع

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في فرع علم السكان
تخصص: السكان والصحة

بعنوان:

الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر

- توقعات 2050 - دراسة تحليلية بولاية سطيف -

إعداد الطالب:

بن عرعريقة

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	محمد أمين قيرواني
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر (أ)	سهام عبدالعزيز
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر (أ)	كريمة فوداد
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر (أ)	ساعد هماش
عضوا ممتحنا	جامعة تيبازة	أستاذ محاضر (أ)	اسمهان بلعباسي

السنة الجامعية: 2025/2024

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد ملين دباغين. سطيف 2

قسم: علم الاجتماع

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في فرع علم السكان
تخصص: السكان والصحة

بعنوان:

الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر

- توقعات 2050 - دراسة تحليلية بولاية سطيف

إعداد الطالب:

بن عرعريقة

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د محمد أمين قيرواني
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر (أ)	د. سهام عبدالعزيز
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر (أ)	د. كريمة فوداد
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر (أ)	د. ساعد هماش
عضوا ممتحنا	جامعة تيبازة	أستاذ محاضر (أ)	د. اسمهان بلعباسي

السنة الجامعية: 2025/2024



إلى من تليت في حقهما آيات وكانا رمزا للتضحية والعطاء إلى من كانت دعواتها تنير دربي وتزيل مصاعبي إلى

أجمل وجه أراه عند كل صباح إلى أحن قلب عرفته منذ نعومة أظفاري إلى التي غمرتني بحبها وحنانها إلى من
-سهرت الليالي الطوال لأجلي - أُمي حفظها الله واطال في عمرها

إلى من حملني على اكتافه طفلا ووقف بجانب طول حياتي الدراسية وقفة الرجل الصارم والصامد

إلى روح أبي رحمه الله

إلى زوجتي الغالية وإلى أولادي

إلى اخي إبراهيم والحاج وكل أخواتي وكل أفراد عائلتي

وإلى كل الاصدقاء والزملاء بجامعة محمد لين دباغين سطيف 2 وإلى أصدقاء الطفولة وإلى كل من عرفني

إلى كل أساتذتي الذين قاموا بتدريسي في جميع مراحل حياتي الدراسية وإلى جميع أساتذتي تخصص السكان

والصحة بجامعة محمد لين دباغين سطيف 2

وإلى كل من حملتهم ذاكرتي ولم يكتبهم قلبي

إلى كل هؤلاء أهدي عملي هذا

الشكر والتقدير

نتجلى خاشعين للواحد الأحد والشكر على آلائه الجسيمة ونعمه العظيمة والذي مكّني من خلالها إتمام هذا العمل.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الفاضلة المشرفة:

عبد العزيز سيهام

أن كانت لي مساندة، موجهة ومشجعة لي طول الفترة التي قضيتها في إنجاز هذا العمل

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ: **طعبة عمر** والدكتور: **شريف لعائدي** وإلى كل عمال مديرية الصحة بولاية سطيف وكل عمال مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بولاية سطيف خاصة الأستاذ: **بوجريس عزوز**

إلى كل من ساهم ولو بكلمة في إنجاز هذا العمل.

مَقَامَاتُ
مَقَامَاتُ



مقدمة:

تعتبر التنمية الصحية محوراً رئيسياً للتنمية المستدامة وركيزة رئيسية لتحقيق رفاهية المجتمعات واستقرارها، حيث يُعد تحسين الخدمات الصحية وضمان جودتها وشموليتها شرطاً لا غنى عنه لتحقيق العدالة الاجتماعية وتطوير رأس المال البشري، الصحة ليست مجرد حق من حقوق الإنسان، بل هي أيضاً عامل حاسم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وفي الجزائر تلعب التنمية الصحية دوراً جوهرياً في مواجهة التحديات السكانية المتزايدة والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، مما يجعلها مسألة استراتيجية تستوجب التخطيط المدروس والاستشراف المستقبلي، ومع التغيرات الديموغرافية الكبرى التي تشهدها البلاد وارتفاع التحديات الصحية، يتطلب الأمر دراسات تحليلية واستشرافية تسلط الضوء على واقع القطاع الصحي وتستشرف اتجاهاته المستقبلية.

تأتي هذه الدراسة بعنوان "الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر: توقعات 2050 - دراسة تحليلية بولاية سطيف"، لتتناول هذا الموضوع الحيوي بأسلوب شامل، مع تحليل واقع النظام الصحي في الجزائر، من خلال رصد المعطيات الديموغرافية، المؤشرات الصحية، والإصلاحات المؤسسية التي تم تبنيها على مدار العقود السابقة، مع الأخذ في الاعتبار الأثر المتزايد للرقمنة الصحية على تحسين جودة الخدمات.

إستندت الأطروحة إلى ستة فصول، يبدأ الفصل الأول بوضع الإطار المنهجي للدراسة، متضمناً مراجعة الدراسات السابقة لتوفير أساس نظري للدراسة، ثم مناقشة الإشكالية الأساسية للتنمية الصحية في الجزائر وتبرز أهميتها، مع تحديد أهداف البحث والمنهج المستخدم لتحقيق هذه الأهداف، كما تم تحديد المفاهيم الأساسية التي تمثل نقطة الانطلاق لتحليل معمق وشامل.

ركز الفصل الثاني على مصادر المعطيات، حيث تم استعراض المؤسسات الرئيسية التي تزود البيانات الصحية في الجزائر، بما في ذلك وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، ومديرية الصحة لولاية سطيف. كما تم تسليط الضوء على نتائج المسوح الوطنية المتعددة المؤشرات التي تعد مصدراً مهماً لرصد التطورات الصحية.

واستعرض الفصل الثالث النمو السكاني في الجزائر، حيث تم تناول نظريات النمو السكاني القديمة والمعاصرة، مع تحليل عوامل النمو السكاني مثل الخصوبة والوفيات والهجرة. كما خصص جزء كبير من الفصل لمناقشة مراحل النمو السكاني منذ الاستقلال وحتى التوقعات المستقبلية للفترة الممتدة بين 2015 و2050، مما يُبرز العلاقة الوثيقة بين النمو السكاني والاحتياجات الصحية.



أما الفصل الرابع فاهتم بدراسة مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر، تم تحليل المؤشرات الصحية الرئيسية مثل معدل وفيات الأطفال الرضع، الصحة الإنجابية، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، مع تسليط الضوء على الأمراض المزمنة والنفقات الصحية، كما استعرض الفصل الجهود المبذولة في الرقمنة الصحية، بما في ذلك المنصات الرقمية والتطبيقات الصحية، مع مناقشة إيجابياتها والتحديات التي تواجهها.

والفصل الخامس خصص لدراسة النظام الصحي في الجزائر، حيث تم استعراض تطور السياسات الصحية منذ الاستقلال، مروراً بمراحلها المختلفة من التنظيم إلى الإصلاحات. كما تناول الفصل تأثير جائحة كورونا على النظام الصحي، من حيث التجهيزات الطبية والإجراءات المتخذة لمواجهة الجائحة، مما يبرز نقاط القوة والضعف في النظام الصحي الوطني.

وفي الفصل السادس ركزت الدراسة على الاحتياجات الصحية لولاية سطيف وآفاق 2050، واستعرض الواقع السكاني والصحي للولاية، بما في ذلك تطور الهياكل الصحية وتوزيع الموارد البشرية، كما تم استخدام أدوات استشرافية مثل برنامج الطيف الديموغرافي (Spectrum) لتقديم إسقاطات مستقبلية حول السكان والاحتياجات الصحية للولاية حتى عام 2050، وشمل الفصل تحليلاً للتحديات المتعلقة بالعجز في التغطية الصحية من حيث الأطباء والممرضين والأسرة الصحية، مع مقارنة تلك المؤشرات بالمستوى العالمي.

هذه الدراسة لا تسعى فقط إلى وصف الواقع الصحي، بل هدفت أيضاً إلى تقديم توصيات عملية لتحسين التنمية الصحية في الجزائر، بما يضمن كفاءة وفعالية القطاع الصحي وتحقيق التنمية المستدامة بحلول عام 2050، إنها دراسة لتقديم رؤية شاملة تستند إلى التحليل العلمي والاستشراف المستقبلي، لتلبية تطلعات المجتمع الجزائري في بناء نظام صحي حديث ومتكامل.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة



تمهيد:

تعتبر الدراسات العلمية أساسًا رئيسيًا لفهم الظواهر المختلفة وتحليلها، حيث تُسهم في تقديم رؤى جديدة تُعزز من المعرفة الإنسانية وتدعم عملية اتخاذ القرار على أسس علمية. وفي سياق الدراسات الأكاديمية، يحتل الإطار المنهجي موقعًا هامًا، إذ يمثل البناء الأساسي الذي تقوم عليه الدراسة، ويوفر خارطة طريق واضحة المعالم للباحث في معالجة الموضوعات المطروحة وتحليل الإشكاليات ذات الصلة.

ينطلق هذا الفصل من تقديم الإطار المنهجي للدراسة، وذلك من خلال عرض العناصر الجوهرية التي تُشكل الأساس العلمي للدراسة، يبدأ الفصل بمراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة بالإشكالية المطروحة، لتوضيح السياق البحثي العام وتبسيط الضوء على الفجوات المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها. يلي ذلك توضيح الإشكالية التي تمثل محور البحث، مع تقديم صياغة تبرز أبعادها المختلفة ومدى تعقيدها.

كما يتناول هذا الفصل أهمية الدراسة التي تعكس مدى مساهمتها العلمية والعملية في مجالاتها ذات الصلة، مع تحديد الأهداف البحثية التي تسعى إلى تحقيقها، بالإضافة إلى ذلك يتم عرض المنهج المستخدم الذي يمثل الإطار العلمي الذي استندت إليه الدراسة في جمع البيانات وتحليلها، وصولاً إلى تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية المستخدمة لضمان وضوح الدراسة.



1- الدراسات السابقة:

Le système de santé algérien entre efficacité et équité دراسة بعنوان
essai d'évaluation à travers la santé des enfantsenquête dans la wilaya de
Béjaïa

من إعداد الباحثة كايدي نورة، أطروحة دكتوراه، (2003).

وطرحت الإشكال التالي:

إلى أي مدى تتوافق السياسات الصحية التي تعتمدها الدولة مع متطلبات التنمية المستدامة في مجال صحة الأطفال؟ وهل يلبي النظام الصحي الحالي احتياجات الأطفال الصحية بشكل كافٍ، خاصة في المناطق الريفية التي تعاني من نقص الخدمات؟

تهدف الدراسة إلى تقييم فعالية النظام الصحي الجزائري من خلال التركيز على صحة الأطفال كمؤشر أساسي يعكس كفاءة السياسات الصحية ومدى نجاحها في تلبية احتياجات الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع. تُعنى الدراسة بفهم مدى تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية على النظام الصحي، مع تسليط الضوء على العلاقة بين إعادة هيكلة الاقتصاد الوطني وبين واقع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال.

استندت الدراسة إلى المنهجين الاستقرائي والاستنتاجي في تحليلها، حيث اعتمدت على بيانات ومؤشرات توثق وضع صحة الأطفال في الجزائر خلال فترة الدراسة. كما قامت بإحصاء الآثار السلبية التي خلفتها التحولات الاقتصادية الكبرى على القطاع الصحي، مع التركيز على كيفية توزيع الموارد الصحية بين مختلف المناطق.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة، أبرزها وجود فجوة واضحة بين النصوص القانونية والتشريعات الصحية من جهة، والواقع الميداني لتقديم الخدمات الصحية من جهة أخرى. وأشارت إلى ضعف الثقة في المعلومات والبيانات الصادرة عن النظام الصحي، مما يعيق اتخاذ قرارات مبنية على أسس علمية دقيقة. كما أكدت الدراسة أن التوزيع الجغرافي للموارد الصحية يشوبه الكثير من التفاوت، حيث تتركز الخدمات بشكل رئيسي في المناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء إصلاح شامل ودقيق للنظام الصحي، بما يضمن التوفيق بين الموارد المتاحة والاحتياجات المتزايدة للسكان، مع الأخذ بعين الاعتبار التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي تشهدها الجزائر.



تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها

اتسمت هذه الدراسة بتركيزها على صحة الأطفال في ولاية بجاية، حيث استهدفت تقييم مدى استفادة الأسر من الخدمات الصحية المتوفرة، مما مكّنها من تقديم رؤية متعمقة حول واقع النظام الصحي الجزائري على المستوى المحلي. وقد ساعد هذا التوجه المحدد في تسليط الضوء على نقاط القوة والضعف في تقديم الرعاية الصحية للأطفال داخل نطاق جغرافي محدود، مع الإشارة إلى العوائق التي تحول دون تحقيق عدالة في توزيع الخدمات الصحية.

أوجه الاستفادة:

قدّمت الدراسة رصيذاً مهماً من البيانات والإحصائيات الدقيقة المتعلقة بالموارد الصحية المادية والبشرية في الجزائر، مما يمثل أساساً مرجعياً يُمكن البناء عليه في دراستنا. كما يتجلى التشابه بين هذه الدراسة ودراستنا في تحليل تطور النظام الصحي الجزائري بمراحله المختلفة، وهو ما يعزز فهم السياق التاريخي والتطورات التي أثرت على البنية الصحية في البلاد.

أوجه الاختلاف:

رغم القيمة العلمية التي تميزت بها الدراسة، إلا أنها اقتصرت على تقييم صحة الأطفال في مدينتين فقط ضمن ولاية بجاية، مما جعل نطاقها محدوداً في معالجة القضايا الصحية. في المقابل، تسعى دراستنا إلى تبني نهج أكثر شمولية، حيث تُركّز على التنمية الصحية في ولاية سطيف بأكملها، مع تحليل للفروق في توزيع الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية. هذه الرؤية الموسعة تهدف إلى تقديم صورة متكاملة عن التحديات التي تواجه القطاع الصحي في الولاية، مما يسهم في اقتراح سياسات وإجراءات أكثر فعالية لتحقيق التنمية الصحية المستدامة.

الدراسة الثانية: دراسة بعنوان: التنمية والتحويلات الصحية- الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830

إلى 2002.

من إعداد الباحث وهواه عياش، رسالة ماجستير، (2006).

تثير هذه الدراسة تساؤلاً محورياً حول مدى قدرة نموذج التنمية الجزائري على إحداث تغييرات صحية وديموغرافية جوهرية. هل تمكن هذا النموذج من مواكبة التحويلات الضرورية لتحقيق التنمية الصحية بما يتماشى مع المتطلبات الوطنية والدولية؟ أم أن استمراره في ظل وجود بنية اجتماعية، ثقافية، واقتصادية متخلفة قد أفرز



تحولات صحية وديموغرافية مشوهة وغير مكتملة، تختلف جذرياً عن النموذج الغربي الذي يُعتبر مرجعاً معيارياً للتنمية؟

سعت الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الأساسية التي تناولت العلاقة بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر والتحويلات الصحية والديموغرافية، ومن أبرز هذه الأهداف :

1- استكشاف العوامل الخارجية المؤثرة تاريخياً ومعاصراً، والتي أسهمت في خلق بيئة غير متكافئة تسببت في استمرار التشوهات الهيكلية في التحويلات الوبائية والديموغرافية .

2- تحليل العوامل الداخلية البنوية، مثل نموذج التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ودورها في إبطاء أو تشويه عمليات التحول الصحي والديموغرافي .

3- تقييم الجهود التنموية الصحية، مع التركيز على السياسات والإجراءات التي تم تبنيها لتحسين المؤشرات الصحية والديموغرافية .

اعتمد الباحث المنهج التاريخي لتحليل الظواهر الصحية والديموغرافية، مما أتاح استقراء التحويلات الصحية في سياقها التاريخي والاجتماعي، وربطها بالعوامل المؤثرة داخلياً وخارجياً على مر العقود .

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الجوهرية التي تُبرز تأثير السياقات التاريخية والاجتماعية على مسار التنمية الصحية والديموغرافية في الجزائر، ومن أهم هذه النتائج :

أدت السياسات الاستعمارية إلى تغييرات جذرية وشاملة في البنية الاقتصادية والإنتاجية لدول الجنوب، بما فيها الجزائر، مما أسهم في ترسيخ التخلف الصحي والديموغرافي كجزء من هيكلية التبعية الاقتصادية .

كان لتقسيم العمل الدولي دور بارز في تعزيز التخلف والتبعية الصحية لدول العالم الثالث، حيث أُعيدت هيكلية اقتصاداتها بطريقة تُخدم مصالح الدول المتقدمة وتُثقل كاهل مجتمعات الجنوب بظواهر الفقر والمرض .

يسعى النموذج الجزائري إلى تجاوز علاقات التبعية والتخلف من خلال تبني سياسات تنموية تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتحرير الاقتصاد الوطني .

ركزت الجزائر عبر سياساتها الصحية والسكانية، على مواجهة تحديات الأمراض والوفيات، لا سيما بين الأطفال، من خلال إطلاق برامج طموحة مثل مكافحة الأمراض المعدية وتوسيع نطاق التطعيمات .

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

تناولت هذه الدراسة بإسهاب ظاهرة التحويلات الصحية والديموغرافية في الجزائر من خلال منظور سوسيولوجي شامل، يربط بين الأبعاد المحلية والعالمية. وقد أوضحت العلاقة بين اختلال النظام الاقتصادي العالمي



ومظاهر الفقر والمرض، وأكدت أن هذه العوامل مجتمعة تُبطئ عملية التحول الصحي وتُشوّه مسار التحولات السكانية في الجزائر ومجتمعات العالم الثالث .

أوجه الاستفادة:

تشابه هذه الدراسة مع دراستنا في النقاط التالية:

- التحليل العميق للتنمية الصحية والديموغرافية في الجزائر في ضوء السياقات التاريخية والاجتماعية .
- تقديم رؤية شاملة للسياسات الصحية ودورها في تحسين المؤشرات السكانية والصحية، مما يُعد مرجعاً مهماً لدراستنا .

أوجه الاختلاف:

ركزت الدراسة على المنهج التاريخي لفهم التحولات الصحية والديموغرافية، بينما دراستنا تنتهج منهجاً استراتيجياً لتحليل تحديات النظام الصحي المستقبلية في الجزائر .

تناولت هذه الدراسة التحولات الصحية والديموغرافية من زاوية تحليلية عامة شملت العوامل الاجتماعية والديموغرافية والتاريخية، بينما تركز دراستنا على التنمية الصحية في ولاية سطيف كنموذج مُصغر يُبرز التحديات والفرص في القطاع الصحي الجزائري.

الدراسة الثالثة: دراسة بعنوان "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"

من إعداد الباحثان : بومعروف الياس و عماري عمار، مقال من مجلة الباحث، (2009).

تمحورت هذه الدراسة حول الإشكالية الأساسية التالية: ما هو واقع الصحة في الجزائر؟ وما هي السبل الفعّالة لتطويرها بما يضمن تحقيق تنمية صحية مستدامة؟

توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج المهمة التي تعكس التحديات الحالية والفرص الممكنة لتحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر، ومن أبرز هذه النتائج :

- أكدت الدراسة أن تطوير الصحة العامة يتطلب معالجة الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل مباشر على الأفراد، مثل مستوى الدخل والتعليم والبنية التحتية .

- أبرزت الدراسة وجود عوامل بيئية ضاغطة، مثل نقص المياه الصالحة للشرب وتلوث الهواء والمياه، مما يشكل تحدياً كبيراً أمام تحقيق مستوى صحي ملائم للسكان .



- أشارت الدراسة إلى أهمية تعزيز التعاون بين مختلف القطاعات المرتبطة بالصحة، ووضع استراتيجيات متكاملة ترتقي بالمستوى الصحي للسكان. كما شددت على دور الشراكات بين المؤسسات الحكومية والخاصة في تحقيق الأهداف الصحية المنشودة.

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

خلصت الدراسة إلى أن التصورات التقليدية حول التنمية الصحية في الجزائر غير مكتملة، حيث أوضحت أن التنمية الصحية المستدامة ليست مجرد عملية ميكانيكية تنحصر في تحسين الخدمات الصحية فقط، بل هي عملية متعددة الأبعاد تتطلب إرادة سياسية قوية، واستراتيجيات واضحة تأخذ بعين الاعتبار مختلف الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، وأكدت الدراسة أيضا على أن صحة الإنسان يجب أن تكون المحرك الأساسي لأي عملية تنموية، وأن تحسين الرعاية الصحية يعد استثمارًا جوهريًا في بناء مجتمع قوي ومزدهر .

أوجه الاستفادة:

تشابه هذه الدراسة مع دراستنا في تناولها لمفهوم الصحة والتنمية الصحية من منظور شمولي، مع التركيز على وضع مخططات تنموية متعددة الأبعاد تجعل صحة الإنسان العنصر الأساسي في تحقيق التنمية المستدامة.

أوجه الاختلاف:

على الرغم من التشابه في تناول موضوع الصحة والتنمية الصحية، إلا أن هذه الدراسة ركزت بشكل أكبر على العلاقة بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية وتأثيرها المباشر على مستوى الصحة العامة، في حين ركزت دراستنا على استشراف الآفاق المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر، مع تسليط الضوء على التحديات التي قد تواجهها.

الدراسة الرابعة: دراسة بعنوان: "دراسة واقع الصحة العمومية في الجزائر - دراسة تحليلية باستعمال تقنية تحليل المعطيات لسنتي 2005-2010".

من إعداد الباحثة بركاني أمينة، رسالة ماجستير ، (2017)

تمحورت هذه الدراسة حول الإشكالية التالية: ما هو مستوى الصحة العمومية في الجزائر؟ وهل تمكنت السياسات الصحية من تحقيق الأهداف المنشودة؟ وما هي السبل التي يمكن اتباعها لتطوير القطاع الصحي وضمان تحقيق التنمية الصحية المستدامة؟

هدفت الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الأساسية، أبرزها :



- إبراز أهمية القطاع الصحي في الجزائر وتسليط الضوء على الدور الحيوي الذي يلعبه هذا القطاع في دعم التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

- تحليل المنظومة الصحية خلال الفترة (2005-2010) وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، واستعراض الإيجابيات التي تحققت .

- توضيح الترابط بين الصحة ومختلف القطاعات الأخرى والتأكيد على أهمية التنسيق بين القطاع الصحي والقطاعات الاقتصادية والاجتماعية لضمان تحقيق التنمية الشاملة .

اعتمدت الدراسة منهجية علمية دقيقة شملت مجموعة من المناهج البحثية المتكاملة :

-المنهج الوصفي: لتقديم تحليل مفصل لواقع الصحة العمومية في الجزائر .

-المنهج التاريخي: لدراسة تطور المنظومة الصحية في الجزائر على مر الزمن .

-المنهج الإحصائي: لتحليل البيانات المتعلقة بالخدمات الصحية، مثل توزيع المرافق الصحية والممارسين الصحيين .

-المنهج المقارن: لإجراء مقارنة بين أداء النظام الصحي الجزائري وبعض التجارب الدولية .

واستخدمت الباحثة أدوات بحث متنوعة، منها الملاحظة المباشرة والمقابلات مع العاملين والمهنيين في القطاع الصحي، للحصول على رؤى عميقة ومتكاملة .

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي عكست التحديات والفرص في قطاع الصحة العمومية

بالجزائر :

1- عدم تحقيق كافة الأهداف الصحية المنشودة: لم يتمكن النظام الصحي الجزائري من الوصول إلى جميع أهدافه، لا سيما تلك المرتبطة بتحسين جودة الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص .

2- الصحة كركيزة للتنمية الشاملة: أكدت الدراسة أن القطاع الصحي يشكل محورا أساسيا في عملية التنمية الشاملة، كونه يربط بين الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية .

3- متطلبات التنمية الصحية المستدامة:

- ضرورة إنشاء هياكل صحية جديدة وتحديد وتأهيل البنية التحتية الحالية .

- الحاجة إلى تطوير الإمكانيات التقنية للمرافق الصحية لضمان جودة الخدمات المقدمة .

- تحقيق العدالة في توزيع الكوادر الطبية، خصوصا في المناطق النائية مثل الجنوب الجزائري والهضاب العليا .

- تعزيز التعاون بين مختلف القطاعات المعنية بالصحة لضمان تكامل الجهود .



تقييم الدراسة وواجه الاستفادة منها:

قدمت هذه الدراسة تحليلاً معمقاً ومتكاملاً لواقع الصحة العمومية في الجزائر، مسلطة الضوء على الإمكانيات المادية والبشرية التي يمتلكها القطاع الصحي، ومدى تأثيرها المباشر على صحة المرضى من جهة، وعلى أداء الكوادر الطبية والمهنية من جهة أخرى. كما تناولت انعكاسات الصحة العمومية على المجالات الاقتصادية والاجتماعية، مما يبرز دورها المحوري في دعم التنمية المستدامة .

أوجه الاستفادة من الدراسة:

تتشابه هذه الدراسة مع موضوع دراستنا في التركيز على أهمية القطاع الصحي كأحد ركائز التنمية المستدامة في الجزائر، فضلاً عن تناول التحديات المرتبطة بالمنظومة الصحية وسبل تحسينها. وقد تم الاستفادة من هذه الدراسة بشكل خاص في الفصل الثالث لدراستنا .

أوجه الاختلاف مع دراستنا:

رغم أوجه التشابه، تميزت هذه الدراسة باتباع منهجية شاملة متعددة الأبعاد، حيث اعتمدت على المناهج الوصفي، التاريخي، الإحصائي، والمقارن لتحليل واقع الصحة العمومية في الجزائر. في المقابل، ركزت دراستنا بشكل أكبر على استشراف الآفاق المستقبلية للتنمية الصحية المستدامة، مع التركيز على تحديات محددة تواجه النظام الصحي الجزائري.

الدراسة الخامسة: دراسة بعنوان : "التنمية الصحية المستدامة: لتحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي

اقتصادي اجتماعي"

من إعداد الباحث علي عبود نعمة الجبوري ، مقال من مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، (2019)
تتلخص إشكاليته في الأسئلة الآتية:

تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول عدد من التساؤلات الجوهرية التي تسعى لفهم العلاقة بين التنمية المستدامة والرعاية الصحية، ومن أبرزها:

ما هو المفهوم الدائم للرعاية الصحية، وكيف يتم تصميمه ليتماشى مع متطلبات العصر؟

ما هي الأسس الرئيسية والمؤشرات الأكثر أهمية للتنمية المستدامة؟ وهل يمكن تحقيق هذه المؤشرات في ظل الظروف الراهنة؟

هدف هذه الدراسة إلى: التعرف على مفهوم استدامة الرعاية الصحية، وتبسيط الضوء على أهم العوامل والظروف التي تسهم في تحقيق التنمية الصحية المستدامة.



استشراف الآفاق المستقبلية للرعاية الصحية المستدامة، وتحديد الخطوات اللازمة لدعم هذا التوجه من خلال دراسة معمقة ومقارنة علمية دقيقة.

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي والتحليل الاستنباطي، حيث تم جمع البيانات وتحليلها بعناية لتسليط الضوء على التصميم المستدام للرعاية الصحية، مع التركيز على التحديات والفرص المتاحة لتحقيق هذا الهدف.

أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- أكدت الدراسة أن الاتجاهات الحالية، سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو بيئية، تُبرز ضرورة ملحّة لتطبيق مفهوم الرعاية الصحية المستدامة.
- شددت على أهمية التنسيق بين مختلف أصحاب القرار والمؤسسات الصحية، لوضع برامج واستراتيجيات متكاملة تساهم في تحقيق أهداف الاستدامة في وقت مبكر.
- أوضحت الدراسة أن التقييم المستمر للنتائج المتحققة يعد خطوة أساسية لضمان تطوير الرعاية الصحية المستدامة، بما يساهم في تسهيل تنفيذ الخطط المستقبلية وتحقيق الفعالية المنشودة.

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

تميزت هذه الدراسة بتركيزها الواضح على مفهوم الرعاية الصحية المستدامة كضرورة أساسية للتنمية المستقبلية. كما اهتمت بتوضيح دور مرافق الرعاية الصحية في خفض التكاليف ورفع كفاءة الخدمات الصحية، مما يجعلها قادرة على المنافسة في السوق الصحية المستقبلية. بالإضافة إلى ذلك، سلطت الضوء على العوائق التي تحول دون تحقيق الاستدامة الصحية، مقدمة بذلك رؤية شاملة للجوانب التي تحتاج إلى تطوير.

أوجه الاستفادة:

تشابه هذه الدراسة مع دراستنا في عدد من النقاط المهمة، أبرزها:

- تناول مفاهيم أساسية متعلقة بالتنمية الصحية المستدامة والرعاية الصحية.
- تقديم معلومات دقيقة حول مرافق الرعاية الصحية ودورها في تعزيز التنمية الصحية المستدامة، بالإضافة إلى تحديد أبرز التحديات التي تواجه تحقيق هذا الهدف.



أوجه الاختلاف:

ركزت هذه الدراسة بشكل رئيسي على الرعاية الصحية المستدامة والتنمية المستدامة بشكل عام، دون تخصيص دراسة معمقة للواقع الجزائري. بينما تنفرد دراستنا بالتركيز على التنمية الصحية في الجزائر، مع تسليط الضوء على الأبعاد المحلية والخاصة بها.

اهتمت الدراسة بتحليل الاتجاهات الحالية وتأثيرها على التنمية المستدامة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والبيئية. أما دراستنا، فتميزت بالتركيز على استشراف الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في ولاية سطيف، ما يتيح فهماً أعمق للمتطلبات المستقبلية للنظام الصحي.

الدراسة السادسة : دراسة بعنوان: **Réflexions sur le système de santé en Algérie Approche sociodémographique et épidémique**

من إعداد الباحثين: لعكروف علي، بغرة عادل، مقال من مجلة العلوم الاجتماعية (2019).

تمحورت هذه الدراسة حول تحليل النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال وحتى الوقت الراهن، من خلال الإجابة عن مجموعة من التساؤلات الجوهرية التي تلقي الضوء على مختلف جوانب القطاع الصحي. كان من أبرزها:

كيف تطورت السياسة الصحية الوطنية منذ الاستقلال؟ ما هو الواقع الفعلي للنظام الصحي الجزائري؟ ما هي السمات الأساسية التي تميز هذا النظام؟، وأخيراً،*كيف انعكس أداء النظام الصحي على الحالة الصحية للسكان؟

وهدفت الدراسة على تتبع مسار تطور السياسة الصحية الجزائرية منذ عام 1962 وحتى اليوم، وذلك بهدف تقييم الإنجازات والإخفاقات التي شهدتها القطاع الصحي خلال العقود الخمسة الماضية. كما هدفت إلى تقديم تحليل معمق لخصائص النظام الصحي الجزائري من حيث بنيته ووظائفه، مع تسليط الضوء على التغيرات الديموغرافية والصحية للسكان التي تأثرت بشكل مباشر بهذه السياسات .

ووصلت إلى النتائج التالية:

- تمتلك الجزائر قاعدة مهمة من المنشآت الصحية الوقائية والعلاجية، والتي، إذا استُغلت بشكل فعال ومدروس، يمكن أن تحقق مستويات عالية من الرعاية الصحية للسكان .
- شهدت الجزائر تطوراً ملموساً في المؤشرات الصحية والديموغرافية، ما يعكس تحسناً تدريجياً في نوعية وجودة الخدمات الصحية المقدمة .



- حققت البلاد إنجازاً كبيراً في تقليص وفيات الأطفال تحت سن السنة، حيث انخفضت هذه النسبة بنسبة 87% بين عامي 1962 و2015، وهو ما يُعد تقدماً بارزاً في المجال الصحي .

- ارتفع متوسط أمل الحياة لدى السكان بأكثر من 27 سنة خلال فترة لم تتجاوز 55 عاماً، مما يعكس نجاحاً نسبياً في تحسين الرعاية الصحية والخدمات الوقائية .

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

قدّمت هذه الدراسة مساهمة علمية نوعية في فهم تطور السياسة الصحية في الجزائر، من خلال استعراض محطات أساسية مرت بها منذ الاستقلال وحتى الوقت الراهن. كما تناولت الوضع الراهن للنظام الصحي من حيث الموارد البشرية، البنية التحتية، والخدمات الصحية المقدمة. بالإضافة إلى ذلك، ركزت على دراسة الأبعاد الاجتماعية والديموغرافية التي أثرت على مسار السياسة الصحية، مما ساعد على تقديم رؤية شاملة وموضوعية للنظام الصحي الجزائري.

أوجه الاستفادة:

تتميز الدراسة بتوفير إحصائيات دقيقة ومحدثة حول تطور القطاع الصحي في الجزائر، بما يشمل البنية التحتية الصحية والموارد البشرية التابعة له. كما تتشابه مع دراستنا في تحليل مراحل تطور السياسة الصحية الوطنية، مما يجعلها مرجعاً مهماً لدعم دراستنا في تحديد المفاهيم الأساسية، وكذلك في مقارنة البيانات الإحصائية المتعلقة بالبنية التحتية والموارد الصحية.

أوجه الاختلاف:

على الرغم من نقاط التشابه، إلا أن هذه الدراسة ركزت بشكل رئيسي على التطورات الهيكلية والاقتصادية للنظام الصحي، بالإضافة إلى الجوانب الاجتماعية، الديموغرافية، والوبائية التي أثرت عليه. في المقابل، تسلط دراستنا الضوء على التحديات المستقبلية التي قد تواجه النظام الصحي في الجزائر، مع التركيز على استشراف المستقبل ووضع مقترحات استراتيجية لتطوير القطاع الصحي بما يضمن استدامته، وذلك من خلال تحليل الفجوات الحالية وتقديم حلول مبتكرة تعالج التحديات المتوقعة.

الدراسة السابعة: دراسة بعنوان : " واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر".

من إعداد الباحثان لطرش خديجة و درويش اسماعيل، مقال من مجلة الإبراهيمي للعلوم الاجتماعية والانسانية،

(2020)



تناولت هذه الدراسة الإشكالية التالية: إلى أي مدى يمكن فهم مفهوم التنمية الصحية المستدامة في البلدان النامية؟ وما هي الأساليب الممكنة لتحسين مستوى الصحة العامة في ظل تحديات التنمية الاجتماعية والاقتصادية؟

سعت الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الجوهرية، تمثلت في :

1- تحديد مفهوم التنمية الصحية المستدامة وأبعاده المختلفة: بهدف إبراز أهميته كعامل رئيسي لتحقيق التوازن بين الصحة والتنمية في البلدان النامية .

2- تحليل واقع أداء النظام الصحي في البلدان النامية: مع التركيز على تأثير السياسات الصحية في تحسين مستوى الرعاية الصحية .

3- تقديم اقتراحات عملية مستقبلية: لتمكين تحقيق تنمية صحية مستدامة تُراعي احتياجات السكان وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية، مع تسليط الضوء على الجزائر كنموذج تحليلي .

أظهرت الدراسة عددًا من النتائج المهمة التي تسلط الضوء على مفهوم التنمية الصحية المستدامة وسبل تحقيقها، وأهمها :

- الإنسان هو جوهر التنمية الصحية المستدامة: حيث يمثل المحور الأساسي في عملية البرمجة والتنفيذ لتحقيق أهداف التنمية، باعتباره الغاية والوسيلة .

- التنمية الصحية ليست مجرد عملية تقنية بل إرادة واستراتيجية مستدامة: أكدت الدراسة على ضرورة التعامل مع التنمية الصحية باعتبارها مشروعًا طويل الأمد يتطلب التخطيط المتكامل وتوحيد الجهود .

- ضرورة مواءمة الإمكانيات المتاحة مع الأوضاع الراهنة: حيث أوصت الدراسة بالاستفادة من الموارد الطبيعية والبشرية والمادية بشكل منهجي يضمن توفير الخدمات الصحية والهياكل الضرورية، بما يلبي الاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان .

- التنمية الصحية ترتبط بتعدد المجالات: أشارت الدراسة إلى ضرورة التكامل بين مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية لتحقيق التنمية الصحية بمفهومها الشامل.

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها :

أبرزت هذه الدراسة الطبيعة المتداخلة والمتعددة الأبعاد للتنمية الصحية المستدامة، من خلال تحليل المؤشرات التي تربط الصحة بالمجالات الاجتماعية والاقتصادية، وبيّنت أن تحسين الصحة العامة لا يمكن تحقيقه



بمعزل عن التفاعل بين هذه الأبعاد. كما قدمت تصورًا عمليًا يُركز على استراتيجيات تعزيز الخدمات الصحية وتحسين رفاهية السكان .

أوجه الاستفادة من الدراسة:

ساهمت هذه الدراسة في إغناء الإطار المفاهيمي لدراستنا، خاصة فيما يتعلق بفهم التنمية الصحية المستدامة باعتبارها عملية شاملة تتطلب تعاونًا مستمرًا بين القطاعات المختلفة. كما تلتقي مع دراستنا في تأكيدها على أهمية التخطيط بعيد المدى الذي يُمكن من تحقيق الصحة المستدامة للسكان في الجزائر .

أوجه الاختلاف:

تختلف هذه الدراسة مع دراستنا في تركيزها على البعد الإنساني باعتباره العامل المحوري الوحيد للتنمية الصحية المستدامة، في حين أن دراستنا أخذت بعين الاعتبار كل الأبعاد المؤثرة والمتأثرة بالتنمية الصحية، مثل البنية التحتية، السياسات الصحية، والأطر الاجتماعية والاقتصادية التي تُسهم في تحقيق هذا النوع من التنمية.

الدراسة الثامنة : دراسة بعنوان: **L'impact du dysfonctionnement du système de santé**

algérien sur les conditions de travail des professionnels de la santé

من إعداد الباحثة: محفوظ نصيرة، مقال من مجلة الوقاية والأرغنوميا (2020).

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء الموارد البشرية التي وفرتها الدولة لضمان استجابة مثلى لحاجيات السكان الصحية، مع تسليط الضوء على الظروف التي يعمل فيها موظفو القطاع الصحي وأثرها على جودة الخدمات المقدمة .

وتوصلت الدراسة إلى أن القطاع الصحي في الجزائر يواجه العديد من التحديات الهيكلية والوظيفية، والتي أدت إلى صعوبات جمة بالنسبة لموظفي الصحة في ممارسة مهامهم. وقد كشفت جائحة كورونا عن أوجه القصور العميقة في المنظومة الصحية، حيث انعكست تلك التحديات سلباً على أداء الأطباء والعاملين في القطاع الصحي، وعلى قدرة المرضى في الحصول على الرعاية الملائمة، مما أبرز الحاجة الملحة إلى إعادة النظر في السياسات الصحية الراهنة وتعزيز جاهزية النظام الصحي لمواجهة الأزمات.

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

ركزت الدراسة على تطور المنشآت الصحية في القطاعين العام والخاص بالجزائر منذ الاستقلال، مع إلقاء الضوء على التحديات التي يواجهها القطاع الصحي الخاص، والظروف المهنية التي يعاني منها عمال القطاع



الصحي، خاصة خلال جائحة كورونا. كما عاجلت الدراسة أبرز المعوقات التي حدّت من فعالية النظام الصحي في الاستجابة للاحتياجات المتزايدة للسكان.

أوجه الاستفادة:

تشابه هذه الدراسة مع دراستنا في تناولها لتطور القطاع الصحي في الجزائر، سواء على مستوى المنشآت أو الموارد البشرية في القطاعين العام والخاص. كما أنها قدّمت بيانات دقيقة وإحصائيات محورية حول تأثير جائحة كورونا على النظام الصحي، وهو ما يُعتبر إضافة قيمة لفهم الأثر الشامل للأزمة الصحية العالمية على الواقع الجزائري.

أوجه الاختلاف:

على الرغم من أهمية الدراسة في استعراضها التحديات التي تعاني منها المنظومة الصحية، إلا أنها ركّزت بشكل كبير على السلبيات والمعوقات فقط، متجاهلة الجهود التنموية والإيجابيات التي قدمتها الدولة لتعزيز القطاع الصحي في الجزائر. في المقابل، تُولي دراستنا اهتماماً بتحليل السياسات والإجراءات التي اتخذتها الدولة في سبيل تطوير القطاع الصحي، مع تسليط الضوء على الإنجازات والبرامج التي ساهمت في تحسين جودة الخدمات الصحية، ما يُمكننا من تقديم تقييم أكثر شمولية وموضوعية للواقع الصحي في الجزائر.

الدراسة التاسعة: دراسة بعنوان: "التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدماً نحو 2030".

من إعداد الباحثة أمال غنوي، مقال من مجلة القانون الدستوري والمؤسسات السياسية، (2022).

تناولت هذه الدراسة الإشكالية التالية: إلى أي مدى تمكنت المشاريع التنموية الجزائرية من تحقيق التنمية

الصحية في إطار التنمية المستدامة؟

سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- استقصاء سبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة: باعتبارها دعامة أساسية لتحقيق تنمية شاملة ذات أبعاد اقتصادية، اجتماعية، وبيئية متكاملة .

- تحديد التحديات البيئية المؤثرة على صحة الإنسان: ودراسة تأثير تلك التحديات على فعالية تحسين مستوى الرعاية الصحية .

- تحليل واقع النظام الصحي الجزائري: من خلال تقييم السياسات الصحية ومؤشرات الأداء في ضوء الأهداف التنموية .

اعتمدت الدراسة على منهجين :



المنهج الوصفي: لتوصيف وتحليل واقع النظام الصحي الجزائري والإحاطة بمكوناته وأبعاده .
منهج دراسة الحالة: والذي سمح بمعالجة السياسة الصحية الجزائرية كحالة دراسة تدرج ضمن تحديات التنمية الصحية المستدامة .

أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج المهمة التي ساهمت في فهم العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة والواقع التنموي، وأبرزها :

1- التنمية الصحية المستدامة تتطلب تحسين جميع الجوانب المؤثرة على صحة السكان:
- أشارت الدراسة إلى ضرورة التركيز على العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية التي تُعد أساسًا لتحقيق مستوى صحي لائق .

- أكدت أن الجزائر، رغم الجهود المبذولة، لم تنجح بعد في بلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة .
2- أهمية التنسيق بين مختلف الأطراف الفاعلة في القطاع الصحي:

- شددت الدراسة على وجوب إشراك كافة الجهات المعنية، سواء المؤسسات الحكومية أو الخاصة، في وضع وتنفيذ خطط واستراتيجيات واضحة للنهوض بالقطاع الصحي .
- أكدت ضرورة توفير الإمكانيات البشرية والمادية، إلى جانب تعزيز الشراكات بين القطاعات المختلفة لضمان تحسين الخدمات الصحية .

3- الصحة كركيزة لتحقيق التنمية الشاملة:
- ربطت الدراسة بين تحسن صحة السكان وزيادة الإنتاجية الاقتصادية والتنمية الاجتماعية .
- اعتبرت أن تحسين المؤشرات الصحية يساهم في تحقيق الاستقرار السياسي والاجتماعي، مما ينعكس إيجابًا على مسار التنمية المستدامة .

4- أهمية دمج الصحة في السياسات التنموية:
- أوضحت الدراسة أن نجاح أي استراتيجية تنموية يعتمد بشكل أساسي على إعطاء الأولوية لتحسين الخدمات الصحية، وجعل الصحة محورًا رئيسيًا في الخطط الاقتصادية والاجتماعية والسياسية .

تقييم الدراسة وأوجه الاستفادة منها:

تميزت هذه الدراسة بقدرتها على تسليط الضوء على موقع التنمية الصحية ضمن السياسة التنموية الجزائرية، حيث عالجت بعمق أبرز مؤشرات الصحة، كما استعرضت أبرز العوائق التي تواجه تحقيق التنمية الصحية المستدامة .



أوجه الاستفادة من الدراسة:

- قدمت إطارًا فكريًا ومنهجيًا لفهم المفاهيم الأساسية المتعلقة بالتنمية الصحية المستدامة .
- تشابحت مع دراستنا في تحليل أهمية الصحة كجزء لا يتجزأ من سياسات التنمية، وسلطت الضوء على عوائق تحقيق التنمية الصحية في الجزائر .
- ساهمت في إثراء دراستنا من خلال الاعتماد عليها في الفصل الرابع لتحليل السياسة الصحية الجزائرية .

أوجه الاختلاف مع الدراسة:

- اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي ومنهج دراسة الحالة لتحليل النظام الصحي، بينما استخدمت دراستنا المنهج الوصفي التحليلي لتقديم رؤية أعمق وشاملة .
- ركزت الدراسة على تحليل واقع الصحة في الجزائر قبل جائحة كورونا، واهتمت باستخلاص الدروس التي يمكن استثمارها لاحقًا .
- أما دراستنا فقد ركزت على ما بعد الجائحة، مع استشراف الفرص والتحديات التي فرضتها الأزمة الصحية .
- تناولت هذه الدراسة توقعات التنمية الصحية للفترة 2021-2030، بينما امتدت دراستنا إلى الفترة 2022-2050، ما أتاح رؤية أوسع وأشمل للتنمية الصحية المستدامة على المدى البعيد.

تقييم الدراسات السابقة وتحديد علاقتها بالموضوع:

تعتبر الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها مرجعية هامة في تشكيل الإطار المعرفي والمنهجي لدراستنا، حيث تتشابه موضوعات هذه الدراسات بشكل وثيق مع محاور البحث الذي نطرحه، لاسيما في ما يتعلق بالتنمية الصحية في الجزائر، فقد كانت هذه الدراسات بمثابة الأساس الذي انطلقت منه دراستنا في تحليل وتحديد تصورات التنمية الصحية، ووضع استراتيجيات وأفق تنموية متعددة الأبعاد، وذلك بهدف تطوير الوضع الصحي في الجزائر بشكل مستدام وفعال، ومن خلال استعراض هذه الدراسات، تبين لنا أن العديد من المفاهيم والتوجهات التي تطرقت إليها قد أسهمت بشكل فعال في إثراء الجانب النظري و التوجيهي للبحث.

تبين هذه الدراسات بوضوح أن التنمية الصحية تشكل أحد العوامل الجوهرية التي تساهم في تحقيق رفاه المجتمع و دفع عجلة التنمية الاقتصادية، حيث أكدت مختلف الأبحاث على ضرورة تحسين جودة الرعاية الصحية وتطوير سبل الوقاية من الأمراض كخطوات أساسية لتحقيق التقدم في هذا المجال، كما أن الكثير من الدراسات تناولت الأثر المباشر للتطورات الاجتماعية والاقتصادية على الصحة العامة، مشيرة إلى أنه لا يمكن تحسين الوضع الصحي للأفراد بمعزل عن التحولات التي تشهدها هذه المجالات.



إن الاستفادة من هذه الدراسات كانت لها أهمية كبيرة في تمكيننا من تعميق الفهم لواقع الصحة في الجزائر، وتوضيح العلاقة بين القطاع الصحي و القطاعات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، كما أسهمت في رسم استراتيجيات عملية تهدف إلى معالجة الفجوات القائمة في النظام الصحي، مع التأكيد على ضرورة تحقيق تكامل بين السياسات الصحية و السياسات الاجتماعية والاقتصادية لضمان تأثير مستدام وملمس.

من جهة أخرى، لم تغفل هذه الدراسات الدور المحوري الذي يلعبه التخطيط الاستراتيجي في مجال السياسات الصحية، حيث دعت إلى مراجعة مستمرة للنظم الصحية مع التركيز على تطوير البنية التحتية الصحية و تمكين الوصول العادل إلى الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع. وهي نفس المبادئ التي يتعين أن تظل في طليعة اهتمام السياسات الصحية في الجزائر لضمان تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

عموما شكلت هذه الدراسات مرجعية أساسية لنا في تحديد المفاهيم الجوهرية المتعلقة بالتنمية الصحية وتوضيح علاقاتها المتبادلة مع مجالات أخرى، مما ساعد في بناء إطار نظري متكامل لدراسة التنمية الصحية في الجزائر.

2- الإشكالية:

شهد القطاع الصحي على المستوى العالمي منذ منتصف القرن العشرين تطوراً هائلاً في مختلف المجالات الطبية والتكنولوجية، الأمر الذي ساهم بشكل مباشر في تحسين الصحة العامة للسكان ورفع متوسط العمر المتوقع. ومع هذا التحسن، ازدادت معدلات النمو السكاني بشكل ملحوظ، مما شكل تحديات جديدة للأنظمة الصحية في مختلف أنحاء العالم، أصبح هذا التطور في القطاع الصحي ليس مجرد مسألة وقاية وعلاج للأمراض، بل ركيزة أساسية لتحقيق التنمية المستدامة، حيث تسعى الدول إلى تطوير صحة الأفراد والمجتمعات عبر سياسات صحية فعالة وشاملة، ومع ذلك يواجه القطاع الصحي العالمي تحديات متزايدة، أبرزها تفشي الأوبئة والأمراض المعدية مثل فيروس كورونا (كوفيد-19)، الذي أدى إلى وفاة الملايين من البشر، وأثر بشكل عميق على الأنظمة الصحية والسياسات التنموية، بالإضافة إلى ظهور العديد من أمراض العصر كالسكري وضغط الدم والسرطان، مما يفرض ضغوطاً إضافية على أنظمة الرعاية الصحية. وتعتبر المستشفيات والمراكز الصحية والمصحات هي الوسيلة لتعزيز صحة السكان، وقد سعت دول العالم إلى تطوير أنظمتها وسياساتها الصحية التي تؤول بها إلى تنمية صحية مستدامة، فتعتبر هاته المستشفيات والمراكز الصحية الوسيلة التي تتعرف على كل ما يحتاجه السكان من الخدمات الصحية، وتعمل على تجهيزها وتطويرها من اجل التنمية الصحية.



تعد التنمية الصحية أحد الأبعاد الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر في رفاه الإنسان وتطوير المجتمعات. فهي لا تقتصر فقط على تحسين مؤشرات الصحة العامة، بل تشمل أيضًا تحسين جودة الحياة من خلال توفير الرعاية الصحية الشاملة، وتطوير الوقاية من الأمراض، وتطبيق حلول مبتكرة للتحديات الصحية المستمرة.

وفي السياق الجزائري، يُعتبر قطاع الصحة من المحاور الحيوية التي شهدت تحولات جوهرية منذ الاستقلال. فقد ورثت الجزائر عن الحقبة الاستعمارية نظامًا صحيًا متهاكًا يعاني من ضعف البنية التحتية، ونقص حاد في المرافق الصحية والخدمات الأساسية، فضلًا عن انتشار الأمراض وارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع، وفي مواجهة هذا الإرث الصحي المتدهور، شرعت الجزائر في تنفيذ مجموعة من الإصلاحات الصحية بهدف تحسين الظروف الصحية للسكان، من خلال تطوير الهياكل الصحية، وتوسيع شبكة المستشفيات والمراكز الطبية، وزيادة عدد الأطباء والمرضى، فضلًا عن تطوير برامج وقائية لمكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية. وأيضًا ظهور القطاع الخاص في المجال الصحي في الجزائر كانت له أهمية كبيرة في تعزيز كل الامكانيات للنظام الصحي، وسانده في مجابهة التحديات لطلب الخدمات الصحية، واليوم هو يشمل تنوع في المرافق الطبية، كالعيادات، والمستشفيات والمخابر الطبية ومراكز التشخيص والعلاج الخاصة، فهو يقدم للقطاع الصحي العام خدمات طبية متخصصة بجودة عالية، وهذا يعود إلى التجهيزات المتطورة التي يمتلكها وحتى وقت الانتظار الأقصر الخاص بالمرضى مقارنة بالقطاع الصحي العام، ليلجأ السكان إلى مؤسسات القطاع الصحي الخاص لكي يحصلوا على العلاج والفحوصات الطبية الدقيقة والتي قد لا يستطيعوا الحصول عليها في المؤسسات الصحية العامة، بسبب زيادة عدد السكان والضغط على هاته المؤسسات، وفي ظل التطور التكنولوجي السريع، أصبح التحول الرقمي عنصرًا أساسيًا لتحسين جودة النظام الصحي. إلا أن التحول الرقمي في القطاع الصحي ما زال في مراحل أولية، يمكن للتكنولوجيا مثل السجلات الطبية الإلكترونية، والتطبيب عن بُعد، والذكاء الاصطناعي أن تساهم في تحسين كفاءة النظام الصحي وتقليل الفجوات في تقديم الرعاية، لكن في الجزائر يواجه هذا التحول تحديات تتعلق بالبنية التحتية الرقمية، وضعف الاتصال في المناطق النائية، والنقص في المهارات الرقمية لدى العاملين في القطاع الصحي.

رغم هذه الجهود لا يزال القطاع الصحي في الجزائر يواجه تحديات كبيرة تعيق تحقيق التنمية الصحية المستدامة، حيث تتسم العديد من المناطق بتفاوت كبير في مستوى الخدمات الصحية المقدمة. ففي الوقت الذي تخطى فيه المدن الكبرى بتغطية صحية مقبولة، تعاني المناطق النائية من نقص في الهياكل الصحية والتجهيزات الطبية والموارد البشرية. إلى جانب ذلك يزداد الطلب على الخدمات الصحية مع النمو السكاني المستمر، ما يؤدي



إلى اكتظاظ المستشفيات العامة وطول فترات الانتظار وتراجع جودة الخدمات. كما أن الأمراض المزمنة والمعديّة تشكل تهديداً مستمراً للصحة العامة، مما يجعل تطوير الوقاية وتحسين الاستجابة للأزمات الصحية ضرورة ملحة. وعلى مستوى ولاية سطيف، التي تعد من بين الولايات الجزائرية ذات الكثافة السكانية العالية، يظهر القطاع الصحي كموضوع مهم للدراسة والتحليل، وتعد الولاية نموذجاً مصغراً يعكس التحديات الصحية التي تواجهها الجزائر بشكل عام، حيث يبرز التفاوت الجغرافي في توزيع الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية التي تضم مستشفيات متطورة، والمناطق الريفية التي تعاني من نقص حاد في الخدمات الصحية الأساسية، ومع التزايد المستمر في عدد السكان، تواجه المؤسسات الصحية في الولاية ضغوطاً كبيرة لتلبية احتياجات السكان المتزايدة. ورغم أن القطاع الصحي الخاص يلعب دوراً مهماً في تقديم خدمات متخصصة، إلا أن فجوة الجودة بين القطاعين العام والخاص تظل قائمة، ما يدفع العديد من السكان إلى اللجوء إلى الخدمات الخاصة للحصول على الرعاية الصحية المطلوبة.

في ظل هذه التحديات، تبرز أهمية دراسة الوضع الصحي في ولاية سطيف لتحديد أهم العراقيل التي تواجه التنمية الصحية في الولاية، وتقييم مدى فعالية السياسات والاستراتيجيات الصحية المطبقة. وانطلاقاً مما سبق يمكن صياغة التساؤل الآتي:

ما هي الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في ولاية سطيف؟

3- أهمية الدراسة :

تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال تركيزنا على أحد المحاور الأساسية لتحقيق التنمية المستدامة، وهو القطاع الصحي. ويمكن صياغة أهمية هذه الدراسة عبر النقاط التالية:

- تحليل واقع التنمية الصحية في ولاية سطيف: تقدم الدراسة تحليلاً شاملاً للواقع الصحي في ولاية سطيف، من حيث البنية التحتية، الموارد البشرية، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، مما يُسهم في تشخيص المشكلات الصحية الحالية ورصد التحديات التي تواجه هذا القطاع.

- رسم توجهات مستقبلية للتنمية الصحية المستدامة: تسعى الدراسة إلى استشراف المستقبل من خلال تحديد الخطط والتوجهات الاستراتيجية التي يمكن أن ترفع من مستوى الصحة العامة وتحقق تنمية صحية مستدامة في الجزائر بشكل عام، وولاية سطيف على وجه الخصوص.



- الاستجابة للنمو السكاني المتزايد: تكتسب الدراسة أهمية خاصة في ظل التزايد السكاني الملحوظ في ولاية سطيف، حيث تُظهر الحاجة إلى تطوير البنية التحتية الصحية بما يتماشى مع التحديات التي يفرضها ارتفاع عدد السكان على القطاع الصحي.
- دعم تحقيق أهداف التنمية المستدامة: تُساهم الدراسة في تسليط الضوء على ضرورة تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بضمان صحة جيدة ورفاهية لجميع الأفراد، وذلك عبر وضع حلول عملية لمعالجة التحديات الصحية وتحسين مستوى الخدمات.
- معالجة التفاوتات الصحية الجهوية: تساهم الدراسة في تسليط الضوء على الفجوات الصحية في ولاية سطيف، ما يساعد على تحقيق العدالة الصحية وتقليل الفوارق بين المناطق من خلال سياسات صحية أكثر شمولاً وفعالية.
- تقييم كفاءة النظام الصحي القائم: تقدم الدراسة تقييماً موضوعياً لقدرة المؤسسات الصحية الحالية على مواجهة التحديات، مثل الأمراض المزمنة، الأوبئة، وزيادة الضغط الناتج عن ارتفاع عدد السكان، مما يتيح تحسين الأداء ووضع استراتيجيات تطويرية.
- تعزيز الابتكار والتكنولوجيا في القطاع الصحي: تركز الدراسة على أهمية الاستفادة من التطورات التكنولوجية الحديثة لتطوير النظام الصحي، بما في ذلك اعتماد الرقمنة والذكاء الاصطناعي لتحسين التشخيص والعلاج والخدمات الصحية بشكل عام.
- دعم التوعية الصحية لدى السكان: تُبرز الدراسة أهمية التوعية الصحية ودورها في تحسين السلوكيات الصحية لدى السكان، مما يقلل من انتشار الأمراض ويخفف الضغط على المؤسسات الصحية.

4- أهداف الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الاستراتيجية التي تهدف إلى تعميق الفهم حول التنمية الصحية المستدامة وآفاقها المستقبلية، مع التركيز على ولاية سطيف كدراسة تحليلية، وتمثل هذه الأهداف فيما يلي:
- نود التعرف دور التنمية الصحية المستدامة في تحسين متوسط عمر الإنسان وجودة حياته:
 - تسعى الدراسة إلى تحديد العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة ورفع متوسط العمر المتوقع، بالإضافة إلى أثرها في تحسين جودة حياة الأفراد وتعزيز رفاهيتهم .
 - توضيح مفهوم التنمية الصحية واستشراف آفاقها المستقبلية:



تهدف الدراسة إلى تقديم تحليل شامل لتعريف التنمية الصحية، مع تسليط الضوء على أبعادها المتعددة واستشراف إمكانياتها المستقبلية .

- تحليل السياسات الصحية في الجزائر:

الكشف عن طبيعة السياسات الصحية الوطنية المطبقة في الجزائر، ومدى فعاليتها في تحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة، وتحديد الفجوات التي تعوق تقدم هذا القطاع .

- الكشف عن العوامل المؤثرة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة:

تهدف الدراسة إلى تحديد أبرز العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المؤثرة على التنمية الصحية، واستكشاف التحديات التي تواجه القطاع الصحي في تحقيق أهدافه المستقبلية .

- تقدير الاحتياجات الصحية لسكان ولاية سطيف حتى عام 2050:

تهدف الدراسة إلى استشراف الاحتياجات الصحية المستقبلية لسكان ولاية سطيف، من خلال تحليل البيانات السكانية المتوقعة، وتقديم رؤى للتخطيط الصحي المستقبلي .

- المساهمة في تعزيز المعرفة العلمية بمجال التنمية الصحية:

تسعى الدراسة إلى الإسهام في إثراء المحتوى الأكاديمي والمعرفي المتعلق بالتنمية الصحية المستدامة، عبر تقديم نتائج وتحليلات .

5- منهج الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لتحقيق أهداف البحث وتقديم فهم شامل للظاهرة قيد الدراسة، ويساهم هذا المنهج في دراسة الظواهر الراهنة من خلال تحليلها بعمق، إذ لا يقتصر دوره على وصف الخصائص الظاهرة فقط، بل يتجاوز ذلك إلى الكشف عن الأسباب والعوامل المؤثرة في نشوء الظاهرة واستمرارها .

يعتمد المنهج الوصفي التحليلي على رصد الحقائق والمعطيات الحالية المتعلقة بظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأحداث أو الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية، مما يُمكن الباحث من الوصول إلى نتائج دقيقة مبنية على بيانات موضوعية وتحليل علمي متأن. كما يُسهّم هذا المنهج في فهم العلاقات بين المتغيرات المختلفة والتأثيرات المتبادلة بينها، بما يسمح بتقديم تفسير متكامل للظاهرة قيد البحث، إلى جانب ذلك يتميز هذا المنهج بقدرته على استشراف المستقبل من خلال تحليل المعطيات الراهنة وتفسيرها بطرق علمية دقيقة، مما يمكن من التنبؤ بالتغيرات المحتملة ورسم السياسات أو وضع التوصيات التي تساهم في تحسين الوضع القائم. ويُعد



هذا المنهج ضروريًا لفهم الظواهر المتغيرة والمتشابكة، خاصة في المجالات التي تتطلب تحليلًا دقيقًا لمختلف الأبعاد مثل التنمية الصحية، حيث تلعب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية دورًا مؤثرًا في تشكيل هذه الظواهر. (غرايت وآخرون، 2002، صفحة 23).

6- تحديد المفاهيم:

6-1- التنمية:

لغة: هي الزيادة والارتفاع إلى مستوى أفضل، حيث يشير المصطلح إلى التغيير التدريجي الذي يؤدي إلى التحسين. (إبن منظور، 1990، صفحة 603)

وحسب تقرير التنمية البشرية فعرّفها على أنها عملية تحول شامل تهدف إلى إحداث تغييرات جوهرية في المجتمع، تضع رفاهية الأفراد في صميم أهدافها عبر الأجيال المتعاقبة. فهي تسعى إلى تحسين نوعية الحياة من خلال توسيع خيارات الإنسان في مجالات حيوية مثل الصحة، التي تمثل الأساس لجودة حياته، والتعليم، الذي يُعد بوابة للمعرفة والتمكين، والدخل، الذي يضمن له حياة كريمة ومستقرة، فهي ليست مجرد أرقام أو مؤشرات اقتصادية، بل هي مشروع متكامل يهدف إلى بناء مجتمع عادل يحقق تكافؤ الفرص ويعزز القدرة على مواجهة التحديات والتغلب على المعوقات لتحقيق حياة أفضل للجميع. (تقرير التنمية البشرية، 2013، صفحة 68)

التعريف الإجرائي: التنمية هي عبارة عن عملية تخطيط منهجي ومنظم تُعنى بوضع وتنفيذ برامج شاملة وواسعة النطاق تهدف إلى تحسين جودة الحياة وضمان تحقيق ظروف معيشية أفضل للأفراد في مختلف المجالات الحيوية. وتمثل هذه المجالات في تعزيز خدمات الصحة، التي تعد أساسًا للحياة السليمة والمنتجة، وتطوير منظومة التعليم، باعتبارها الوسيلة الأهم لتمكين الأفراد معرفيًا ومهنيًا، ورفع مستويات الدخل لضمان الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي، فالتنمية ليست مجرد عملية مؤقتة أو محدودة الأفق، بل هي مسار مستدام يستند إلى التخطيط التكاملية الذي يأخذ في الاعتبار الاحتياجات الآنية والمستقبلية، ويركز على تمكين الأفراد والمجتمعات من تحقيق إمكاناتهم الكاملة في إطار بيئة تدعم العدالة الاجتماعية والنمو المتوازن.

6-2- الصحة :

لغة: جاء في قاموس شارح لسان العرب بأنها من الصحاح خلاف السقم وذهاب المرض ومنه صح فلان من علته واستصح (ابن منظور ، 1981 ، صفحة 2401)

عرفها برينكز (prekinz): على أنها حالة ديناميكية من التوازن والاستقرار الوظيفي في مختلف أنظمة الجسم، وهي نتاج قدرة الجسم على التكيف المستمر مع العوامل البيئية والضغط الخارجية الضارة التي يتعرض لها بشكل



دائم. هذا التوازن يعد تأقلم الجسم مع هذه العوامل الضارة إجراءً إيجابياً وحيوياً، مما يضمن استمرارية الأداء السليم والقدرة على التكيف مع المتغيرات المحيطة، وهذا التأقلم مؤثر على قوة الجسم وقدرته على التكيف مع مختلف الظروف لتحقيق التوازن المثالي. (مzahرة، 2000، صفحة 13)

تعريف منظمة الصحة العالمية: هي حالة شاملة من السلامة والتوازن المتكامل بين الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للإنسان، وهي لا تقتصر على مجرد غياب الأمراض أو التخلص من العجز. بل إنها مفهوم أعمق يعكس قدرة الفرد على العيش بكرامة وفعالية، من خلال تحقيق حالة من الكفاية الجسدية التي تدعم نشاطه اليومي، والسلامة النفسية التي تضمن استقراره العاطفي والذهني، والانسجام الاجتماعي الذي يُمكنه من بناء علاقات إيجابية. (عبد الرزاق، 2005، صفحة 19)

التعريف الاجرائي: تُعد الصحة حالة شاملة يتمتع فيها الإنسان بسلامة تامة على المستويات البدنية، والنفسية، والاجتماعية، بحيث يكون قادراً على أداء وظائفه اليومية بكفاءة وفعالية، مع تحقيق التوازن في حياته. ولا تقتصر الصحة على غياب الأمراض أو العجز فقط، بل تشمل قدرة الفرد على التكيف مع التحديات الجسدية والنفسية والاجتماعية، بما يحقق رفاهيته واستقراره بشكل مستدام.

6-3- تعريف التنمية الصحية: تُعبّر عن مجموعة شاملة ومتكاملة من البرامج والمبادرات الموجهة نحو تطوير القطاع الصحي بكافة مكوناته وأبعاده، بما في ذلك تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، وتعزيز كفاءة المعدات والتجهيزات الطبية المستخدمة، واعتماد التكنولوجيا المتطورة والابتكارات الحديثة. وتهدف هذه التنمية إلى الارتقاء بالقطاع الصحي إلى مستويات متقدمة تُلبّي احتياجات الأفراد والمجتمع. (جفال و ادريس، 2014، صفحة 23)

التعريف الاجرائي: التنمية الصحية هي عملية منظمة تتضمن تصميم وتنفيذ مجموعة من البرامج والاستراتيجيات التي تستهدف تحسين جودة القطاع الصحي بمختلف مكوناته، مثل تطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة، وتحديث المعدات والتجهيزات الطبية، واعتماد أحدث التقنيات والتكنولوجيا الصحية المتقدمة. وتهدف هذه العملية إلى تحقيق نقلة نوعية في مستوى الرعاية الصحية، وضمان استمرارية الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات، بما يسهم في تطوير صحة الأفراد وتحقيق رفاه المجتمع على المدى القريب والبعيد.

6-4- السياسة الصحية: عرّفها الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية، على أنها الإطار العام للأهداف والاستراتيجيات التي تحددها الدولة في قطاع الصحة، وتشمل الخطط والبرامج التي يتم الإعلان عنها وتنفيذها من خلال قرارات تشريعية وإجراءات تنفيذية مدروسة. تتضمن هذه السياسة وضع أهداف صحية محددة، وتطوير



آليات واضحة لتحقيقها، مع تحديد كيفية إدارة الخدمات الصحية وتنسيقها بين القطاعين العام والخاص. وتسعى السياسة الصحية إلى تطوير كفاءة النظام الصحي وضمان تقديم خدمات بجودة عالية، بما يلبي احتياجات المجتمع الصحية. (خروبي، 2011، صفحة 16)

تعريف منظمة الصحة العالمية: السياسة الصحية هي مجموعة الإجراءات والآليات المنظمة التي تضعها الدولة أو الهيئات الصحية لمواجهة القضايا الصحية الأكثر أهمية، من خلال تحديد أولويات واضحة وتنسيق الجهود بين مختلف القطاعات الحكومية وغير الحكومية. تهدف هذه السياسة إلى تحقيق تحسينات شاملة في الصحة العامة عبر تعزيز الوقاية، وتطوير الخدمات الصحية. (منظمة الصحة العالمية، 2008، صفحة 75)

التعريف الإجرائي: هي مجموعة من الأهداف والإجراءات التي تحددها الحكومة والهيئات المعنية في مجال الصحة، بهدف معالجة التحديات الصحية ذات الأولوية. تشمل هذه السياسة وضع برامج محددة تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية، وتنظيمها عبر قرارات تشريعية وتنفيذية، إضافة إلى خطط عمل مدروسة تضمن تحقيق الأهداف الصحية المنشودة. كما تشمل هذه الإجراءات تنسيق العمل بين القطاعات المختلفة لضمان تطبيق السياسات بفعالية وكفاءة، مع التركيز على تحسين جودة الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص. تُعنى السياسة الصحية أيضًا بتطوير الصحة العامة من خلال اتخاذ تدابير وقائية، وتنمية القدرات البشرية والتقنية للقطاع الصحي، بما يساهم في تحقيق الصحة المستدامة والرفاهية العامة للمجتمع.

6-5- تعريف النظام الصحي: هو عبارة عن مجموعة من الآليات والإجراءات المنهجية التي تريد تحقيق أهداف صحية محددة لدولة معينة، ويتطلب هذا النظام تنسيقًا فعالاً بين مختلف المؤسسات الصحية والقطاعات الأخرى ذات الصلة، ولتحقيق هذه الأهداف يجب تبني أساليب عمل متكاملة، كما يتطلب الأمر تفعيل التعاون بين مختلف القطاعات الحكومية والخاصة لضمان وصول الخدمات الصحية الأفضل لجميع فئات المجتمع. (فريد، 2009، صفحة 54)

تعريف منظمة الصحة العالمية: هو مجموعة من الموارد، المنظمات، والأطراف الفاعلة التي تتضافر جهودها لتحقيق الأنشطة الصحية المختلفة. يهدف هذا النظام إلى تحسين مستوى الصحة العامة في المجتمع. (منظمة الصحة العالمية، 2000، صفحة 4)

التعريف الاجرائي: النظام الصحي هو عبارة عن مجموعة من الإجراءات المنظمةة والأنشطة المنهجية التي تنفذ بهدف تحقيق أهداف الصحة العامة في دولة ما. ويتطلب هذا النظام توزيع وتنظيم مجموعة من الأساليب والموارد



عبر مختلف المؤسسات الصحية والقطاعات ذات الصلة، حيث يتكامل دورها بشكل تفاعلي لتحقيق الأهداف الصحية المخطط لها.

6-6- المؤشر الصحي: يعد أداة قياس حيوية تهدف إلى تقديم صورة شاملة ودقيقة عن الحالة الصحية لمجتمع أو منطقة معينة. يتكون هذا المؤشر من مجموعة واسعة من البيانات والإحصاءات التي يتم جمعها وتحليلها لتقييم الصحة العامة، وهو يتضمن عددًا من المتغيرات الديموغرافية التي تمثل مختلف جوانب الصحة كما يُعتمد عليه لتحديد الفجوات في الرعاية الصحية وتوجيه السياسات الصحية بشكل فعال. (بوحفص، 2021، صفحة 557)

التعريف الإجرائي: المؤشر الصحي يعتبر كأداة قياس منهجية تتضمن مجموعة من البيانات والإحصاءات التي تهدف إلى تقديم تقييم شامل لحالة الصحة في مجتمع معين. يشمل هذا المؤشر تحليل مجموعة متنوعة من المتغيرات المرتبطة بالصحة العامة مثل المؤشرات الديموغرافية (كالتوزيع السكاني والتوزيع العمري)، بالإضافة إلى معدلات الإصابة بالأمراض، ومعدلات الوفيات، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وكذلك العوامل البيئية والاجتماعية التي قد تؤثر على الصحة العامة. يُستخدم المؤشر الصحي لتحليل الوضع الصحي بشكل دقيق، مما يساعد في اتخاذ قرارات سياسات صحية فعّالة ويحدد الأولويات اللازمة لتحسين جودة الحياة الصحية على مستوى المجتمع.

6-7- الاتجاهات المستقبلية: هي التحولات المتوقعة في مجالات متعددة، من شأنها أن تُحدث تأثيرًا ملموسًا في أداء المؤسسات وأنماط عملها. وتشمل هذه التحولات التطورات في ميدان التكنولوجيا، والاقتصاد، والتغيرات البيئية والاجتماعية. ويساهم تحليل هذه الاتجاهات في استيعاب أبعادها وانعكاساتها المحتملة على السياسات العامة وآليات اتخاذ القرار، مما يُمكن الجهات المعنية من تعزيز جاهزيتها للتعامل مع المتغيرات ومواجهة التحديات المستقبلية. (برهان، 2024).

التعريف الإجرائي: يُقصد بالاتجاهات المستقبلية تلك التغيرات المحتملة أو المتوقعة التي يتم استنتاجها بناءً على تحليل المعطيات الحالية والسياقات المتغيرة، في مجالات متعددة كالتكنولوجيا، والاقتصاد، والبيئة، والمجتمع. ، بهدف فهم تأثيرها على الواقع المستقبلي للمؤسسات أو القطاعات المدروسة، واستشراف مساراتها الممكنة بغرض دعم التخطيط الاستراتيجي واتخاذ القرار

6-8- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، وهي مؤسسة تابع للقطاع العام لها طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، ولها استقلالية مالية، وتكون تحت وصاية الوالي.



ومن مهامها الوقاية والعلاج القاعدي ، والعلاج الجوّاري، وتقوم بالفحص الخاص بالطب العام والطب

المتخصص القاعدي. (الجريدة الرسمية، 2007، صفحة 10)

6-9- المؤسسة العمومية الاستشفائية: تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، وهي مؤسسة تابعة للقطاع العام لها طابع إداري وتتمتع بالشخصية المعنوية ولها استقلالية مالية وتكون تحت وصاية الوالي.

ومن مهامها التكفل بالاحتياجات الصحية للسكان ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، وتقوم بتحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية. (الجريدة الرسمية، 2007، صفحة 10)

6-10- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة: هي مؤسسة تابعة للقطاع العام، لها طابع إداري وتتمتع بالشخصية المعنوية ولها الاستقلالية المالية وتكون تحت وصاية الوالي .

ومن مهامها التكفل بمرض معين ، أو مرضا اصاب جهاز أو جهازا عضويا معينا. (الجريدة الرسمية، 1997، صفحة 13)

6-11- المركز الاستشفائي الجامعي: يوجد مرسومين تنفيذيين نظامها القانون الاساسي للمراكز الاستشفائية الجامعية هما المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986م، والمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997م

والمراكز الاستشفائية الجامعية هي عبارة عن مؤسسة تابعة للقطاع العام، ذات طابع إداري وتتمتع بالشخصية المعنوية ولها الاستقلالية المالية، وتنشأ بموجب المرسوم التنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي. ومن مهامها التشخيص والعلاج والوقاية وتقوم أيضا بعملية التكوين والبحث ويكون ذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي. (الجريدة الرسمية، 1986، الصفحات 116-117)



خلاصة

يمكن القول في خلاصة هذا الفصل أن الإطار المنهجي للدراسة قد تم تصميمه ليشكل القاعدة الأساسية التي تستند إليها هذه الدراسة. فبدايةً استعرضنا الدراسات السابقة ذات الصلة لتحليل الاتجاهات الراهنة في التنمية الصحية واستكشاف الفجوات البحثية التي تبرز الحاجة إلى هذا العمل، كما تم تناول الإشكالية التي تمثل محور الاهتمام، حيث تبرز أهمية النظر إلى مستقبل التنمية الصحية بولاية سطيف في أفق عام 2050. لقد أوضحنا أهمية الدراسة في ظل التغيرات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي، والتي تفرض رؤية استشرافية قائمة على تحليل معمق لتوجيه السياسات الصحية المستقبلية. كما جرى تحديد الأهداف الرئيسة التي تسعى هذه الدراسة إلى تحقيقها.

وبالنسبة للمنهج المستخدم فاستخدمت المنهج الوصفي التحليلي للمساهمة في تحقيق أهداف الدراسة، مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الإشكالية، كما تم تحديد المفاهيم الأساسية التي تشكل إطارًا نظريًا يساعد على فهم المعطيات وتحليلها بشكل شامل.

يساهم هذا الفصل في تعميق الفهم العلمي حول التنمية الصحية المستقبلية، ويضع أسسًا صلبة لبناء باقي فصول الأطروحة، مع التركيز على تقديم تصور علمي واستشراقي يواكب التحديات الراهنة والمرتبطة.

الفصل الثاني

مصادر المعطيات



تمهيد:

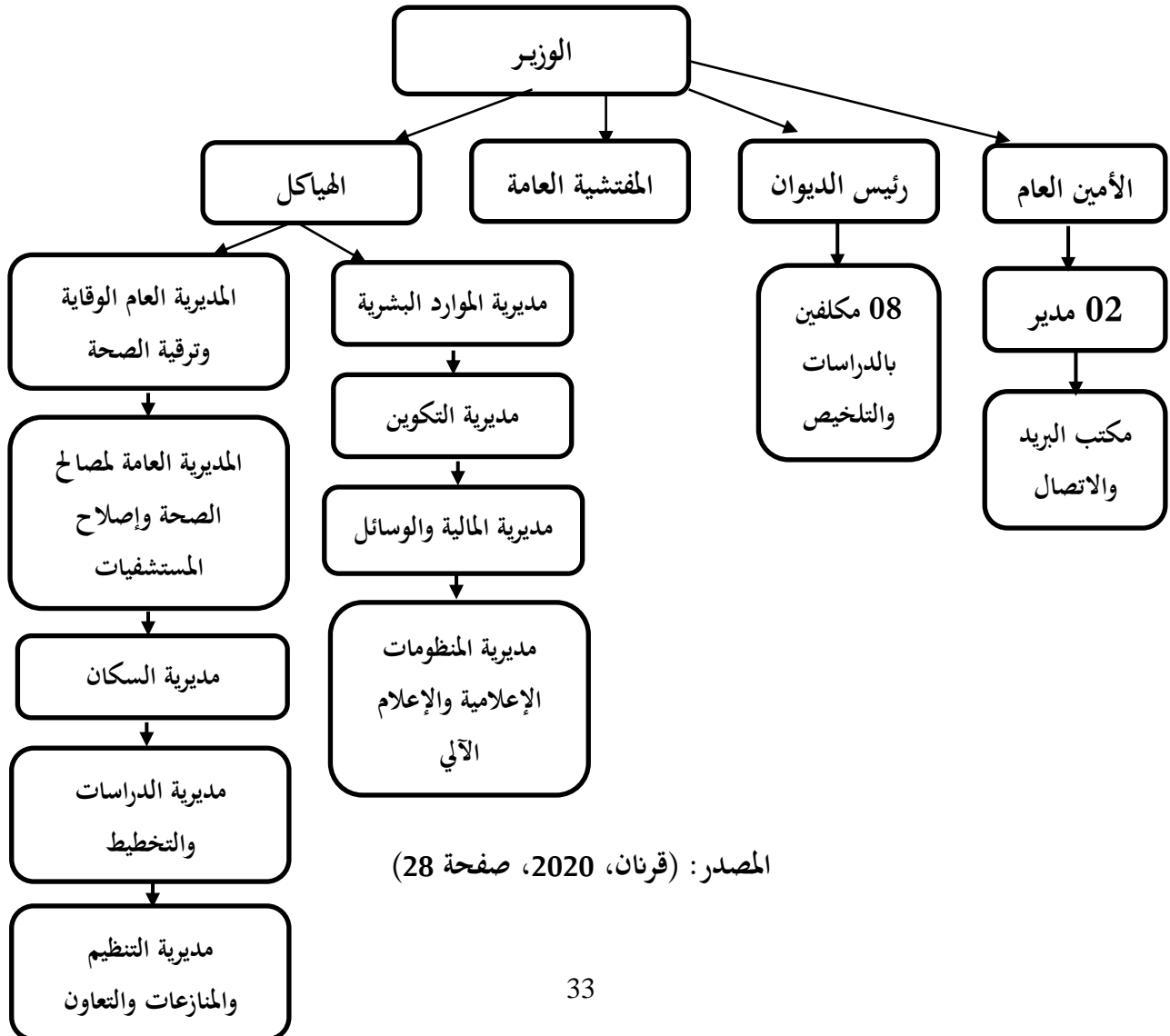
في هذا الفصل تسعى الدراسة إلى تسليط الضوء على المصادر الأساسية التي استندت إليها في جمع المعطيات الضرورية، والتي تعد ركيزة أساسية لتحليل البيانات، وقد تم اختيار هذه المصادر بعناية لتغطي الجوانب المختلفة المتعلقة بالموضوع، معتمدةً على جهات رسمية ومؤسسات ذات مصداقية، من بين هذه المصادر نجد وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر التي تعتبر المرجع الوطني الأول في تقديم البيانات الصحية، بالإضافة إلى التعداد العام للسكان والسكن الذي يُوفر صورة شاملة عن الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للسكان، كما يعد الديوان الوطني للإحصائيات مصدراً مهماً للإحصاءات الوطنية، إلى جانب المسوح الوطنية العنقودية متعددة المؤشرات التي تُمثل أداة أساسية لقياس مختلف المؤشرات الصحية والاجتماعية، واعتمدت على المسح الرابع (2012-2013) والمسح السادس (2019). أما على المستوى المحلي تم الاعتماد على مديرية الصحة لولاية سطيف التي توفر بيانات حول البنية الصحية والخدمات المقدمة، وكذلك مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية سطيف، إن التنوع في هذه المصادر يساعد على تحليل الظواهر المدروسة بدقة وعمق.



1- وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر جهازًا حكوميًا حيويًا ، وتخضع لوصاية مزدوجة وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووالي الولاية، تأسست الوزارة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 يوليو 1997، الذي يحدد القواعد التنظيمية لمديريات الصحة والسكان الولائية وهيكلها التشغيلي، مما يضمن تكامل وتناسق الجهود الصحية على المستوى الوطني والمحلي ، ويتسم الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان بالتدرج الوظيفي والفعالية الإدارية، حيث صُمم لضمان تنسيق الجهود بين المديريات المركزية والجهوية. تُوزع المهام على إدارات متخصصة تغطي مختلف القطاعات الصحية، بما في ذلك الوقاية، العلاج، التدريب، التخطيط الصحي، وتوزيع الموارد البشرية والمادية. ويتيح هذا التنظيم قدرة الوزارة على التعامل مع التحديات الصحية الحالية والمستقبلية بشكل استباقي ومنهجي،(قرنان، 2020، صفحة 27) والشكل رقم (01) يوضح ذلك:

الشكل رقم (01) : الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان في الجزائر



المصدر: (قرنان، 2020، صفحة 28)



- تتمتع وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بمهام استراتيجية تهدف إلى تحسين جودة الحياة الصحية للسكان وتطوير النظام الصحي الوطني، ومن بين هذه المهام: (قرنان، 2020، صفحة 28)
- تطبيق التشريعات والتنظيمات الصحية: تسهر الوزارة على ضمان الامتثال الكامل للتشريعات الصحية وتنفيذ اللوائح المنظمة للخدمات الصحية.
 - تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية: تركز الوزارة على وضع وتنفيذ خطط صحية شاملة تشمل برامج الوقاية العامة، حماية الأمومة والطفولة، وتحسين الخدمات الصحية في البيئات الخاصة.
 - التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي: تسعى الوزارة إلى تطوير السياسات الديموغرافية التي تشمل التخطيط الأسري وتعزيز الصحة الإنجابية، مع إنشاء أنظمة متكاملة لجمع وتحليل البيانات الصحية والديموغرافية.
 - مكافحة الإدمان: تعمل الوزارة على تنفيذ برامج شاملة لمكافحة إدمان المخدرات، مع التركيز على توعية الشباب وتطوير حملات وقائية مكثفة.
 - توزيع الموارد الصحية: تهدف الوزارة إلى تحقيق توزيع عادل ومتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية، مع احترام الصلاحيات القانونية الممنوحة لرؤساء المؤسسات الصحية.
 - تعزيز الاتصال الاجتماعي والتثقيف الصحي: تولي الوزارة اهتمامًا كبيرًا لتطوير الأنشطة التوعوية والتثقيف الصحي، بالتعاون مع الجمعيات الاجتماعية والمهنية والشركاء المحليين.
 - إدارة الهياكل الصحية: تعمل الوزارة على تنشيط وتنسيق ومراقبة الهياكل الصحية العامة والخاصة، وضمان صيانة المنشآت الصحية وتطويرها، مع تفتيش المؤسسات الصحية بانتظام لضمان الامتثال للمعايير.
 - إعداد الخطط الطارئة: تُعد الوزارة خطط استجابة طارئة بالتنسيق مع السلطات المعنية لمواجهة الكوارث الطبيعية والصحية.
 - التكوين والتدريب: تتابع الوزارة برامج تدريبية لتحسين كفاءة العاملين في القطاع الصحي، مع الإشراف على المسابقات والامتحانات المهنية لضمان جودة الموارد البشرية.
- تلعب وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات دورًا حيويًا في تحقيق أهداف التنمية الصحية في الجزائر. فمن خلال تنفيذ سياسات واستراتيجيات متكاملة، تعمل الوزارة على ضمان جودة الخدمات الصحية واستدامتها، مع تعزيز النظام الصحي لمواكبة التحديات المستقبلية، وتسعى وزارة الصحة إلى تحقيق نظام صحي مستدام يتميز بالعدالة والكفاءة والجودة، من خلال تطوير سياسات صحية قائمة على البيانات، وتعزيز الشراكات الوطنية والدولية، وتكثيف الجهود لتحسين صحة السكان بشكل شامل ومستدام.



2- التعداد العام للسكان والسكن:

- يمتاز التعداد العام بمجموعة من الخصائص التي تجعله أداة أساسية ومتميزة لجمع البيانات السكانية مقارنةً بالمصادر الأخرى، مثل إحصاءات الحالة المدنية أو المسوح الميدانية: (مسعي، 2024، صفحة 54)
- الآنية: يقدم بيانات دقيقة تعكس عدد السكان وحالتهم في وقت معين بناءً على تاريخ التعداد.
 - الشمولية: يغطي التعداد جميع الأفراد المقيمين في الدولة، بغض النظر عن جنسيتهم أو وضعهم القانوني.
 - الفردية: يقوم بجمع بيانات تفصيلية لكل فرد على حدة، مما يتيح تحليلاً دقيقاً للخصائص الديموغرافية والاجتماعية.
 - الاستمرارية: يكون التعداد بشكل دوري وفق توصيات الأمم المتحدة، مما يضمن توافر بيانات محدثة لدعم عمليات التخطيط.
 - الانتظام: توصي الأمم المتحدة بتنفيذ التعداد مرة كل عشر سنوات على الأقل، مما يتيح تتبع التغيرات السكانية على مدى الزمن.
- ومنذ استقلال الجزائر أجرت البلاد ستة تعدادات وطنية للسكان والسكن: (مسعي، 2024، صفحة 53)
- عام 1966: أول تعداد بعد الاستقلال.
 - عام 1977: ثاني تعداد لتقييم التغيرات السكانية بعد عقد من التعداد الأول.
 - أعوام 1987، 1998، 2008، وأخيراً 2022: حيث استمر الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) بتنفيذ هذه التعدادات لضمان جمع بيانات دقيقة وشاملة لدعم التنمية الوطنية.
- تتعدد الأهداف الاستراتيجية التي تسعى التعدادات السكانية إلى تحقيقها، أبرزها: (مسعي، 2024، صفحة 53)
- تحديد حجم وتوزيع الثروة البشرية:
 - توفير بيانات دقيقة حول أعداد السكان وخصائصهم بما يساعد في تخطيط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
 - دعم سياسات التربية والتعليم والصحة لتعزيز تنمية الموارد البشرية بعيداً عن الأهداف العسكرية.
- إنشاء قاعدة بيانات شاملة:
 - جمع معلومات مفصلة عن المباني، المساكن، الممتلكات الزراعية، والمنشآت الاقتصادية.
 - دعم خطط التنمية الوطنية والمحلية من خلال توفير قاعدة بيانات تخدم التخطيط والتنفيذ والتقييم للبرامج التنموية.



- تعزيز البحث العلمي والدراسات الوطنية والدولية:

- تقديم بيانات موثوقة للباحثين والخبراء لإجراء دراسات معمقة حول القضايا السكانية والاقتصادية والاجتماعية .

- رصد حركة السكان:

- تتبع معدلات الولادات والوفيات والهجرة بين المناطق المختلفة، مما يدعم إعداد سياسات سكانية مستدامة .

- أساس لتصميم العينات الإحصائية:

- توفير إطار إحصائي يُستخدم كأساس لتصميم العينات في استطلاعات الأسر والمسوح الإحصائية، بما في ذلك الزراعة والصناعة والمنشآت الأخرى.

ويشكل التعداد العام أداة أساسية في التخطيط وصنع القرار على جميع المستويات. فبالإضافة إلى دوره في

تلبية الاحتياجات الفورية للمعلومات، يساهم في تحقيق التنمية المستدامة من خلال :

-تحسين تخصيص الموارد.

-تعزيز التوازن الإقليمي .

-دعم اتخاذ قرارات استراتيجية تستند إلى بيانات دقيقة وشاملة .

يمثل التعداد العام للسكان والسكن حجر الزاوية في النظام الإحصائي لأي دولة، حيث يوفر بيانات دقيقة

وشاملة تتيح صياغة سياسات فعالة لمواجهة التحديات السكانية والاجتماعية والاقتصادية، وبالنسبة للجزائر فإن

التعدادات الوطنية التي أجراها الديوان الوطني للإحصائيات تشكل مرجعاً أساسياً لتوجيه التنمية وتحقيق التقدم

على المستويين الوطني والدولي.

3- الديوان الوطني للإحصائيات: (الديوان الوطني للإحصاء، 2018)

يعتبر الديوان الوطني للإحصائيات في الجزائر مؤسسة حكومية مركزية مكلفة بجمع ومعالجة ونشر البيانات

الإحصائية المرتبطة بالمجالات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية. يسعى الديوان إلى تقديم صورة دقيقة وشاملة

عن واقع السكان والاقتصاد والمجتمع الجزائري على المستويين الوطني والمحلي. يتبع الديوان إدارياً لوزارة المالية، ويُعتبر

المرجع الأساسي لصانعي القرار والمؤسسات الوطنية في توفير المعلومات اللازمة لدعم السياسات التنموية

والتخطيط الاستراتيجي.

يقوم الديوان بتنفيذ مجموعة واسعة من المهام التي تشمل: (الديوان الوطني للإحصاء، 2018)



- جمع البيانات الإحصائية: تنفيذ مسوحات شاملة تغطي العمالة، المداخل الصناعية، المؤشرات الديموغرافية، وأسعار السلع والخدمات.
- معالجة وتحليل البيانات: العمل على تنظيم وتحليل البيانات الإحصائية لضمان دقتها واستخدامها الفعال في دعم اتخاذ القرارات.
- نشر المعلومات: إصدار تقارير دورية وإحصاءات متخصصة تُساهم في توضيح الصورة الشاملة عن الاقتصاد والسكان والمجتمع الجزائري.
- تقديم الاستشارات الفنية: دعم الوزارات والمؤسسات الوطنية في تصميم وتنفيذ الدراسات الإحصائية الخاصة.
- التنسيق مع المنظمات الدولية: العمل مع الهيئات الدولية لضمان توافق المنهجيات الإحصائية مع المعايير العالمية.

تأسس الديوان الوطني للإحصائيات في أعقاب استقلال الجزائر، حيث أنشئ عام 1964 تحت اسم "اللجنة الوطنية للتعداد السكاني"، تم تكليفه حينها بتنظيم أول تعداد سكاني شامل في الجزائر المستقلة عام 1966، وفي عام 1971 تغير اسم المؤسسة ليصبح "المفوض الوطني للتعداد والإحصاء والاستطلاعات" (CNRES)، خلال هذه الفترة نُفذ المفوض عددًا من الأعمال الكبرى مثل:

التعداد الثاني للسكان والمساكن عام 1977.

المسح الديموغرافي بين عامي 1972 و1973.

المسوحات الخرائطية خلال الفترة 1972-1975.

شهد عام 1982 إعادة هيكلة كبيرة للمؤسسة بموجب المرسوم التشريعي رقم 82-489 الصادر في 18 ديسمبر 1982، حيث أُطلق عليها اسم "مكتب الإحصاءات الوطنية". وفي عام 1995 أعيد تنظيمها مجددًا بموجب المرسوم رقم 95-159 الصادر في 6 مارس 1995، ما أدى إلى تعزيز قدراتها في إدارة النظام الإحصائي الوطني وتنظيم العمل الإحصائي.

ولتسهيل الوصول إلى مختلف البيانات وضمان تغطية شاملة للمناطق الجزائرية، يمتلك الديوان الوطني للإحصائيات عدة فروع جهوية موزعة على المناطق الرئيسية، منها:

الفرع الجهوي بقسنطينة: يغطي منطقة الشرق الجزائري ويقع في حي "داكسي" بلدية قسنطينة.

الفرع الجهوي بوهران: مسؤول عن منطقة الغرب الجزائري، ويقع في شارع "أحمد معواد".

الفرع الجهوي بورقلة: يخدم المنطقة الجنوبية، ويقع في نهج "أول نوفمبر".



الفرع الجهوي بعنابة: يغطي منطقة الشمال الشرقي، ويقع في شارع "عبد الله سميقرا".
يلعب الديوان الوطني للإحصائيات دورًا محوريًا في دعم عملية صنع القرار في الجزائر، حيث يمثل المصدر الرئيسي للبيانات التي يعتمد عليها الباحثون والمخططون لتقييم الواقع ووضع السياسات المناسبة. وبفضل تغطيته الشاملة لمختلف القطاعات، يُسهم في تعزيز الشفافية وتطوير أدوات التقييم والمتابعة اللازمة لتحقيق التنمية المستدامة.

4- المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات (MICS : Multiple Indicateur Cluster Surveys):

يعتبر برنامج المسح العالمي للأسرة أداة متقدمة تعتمد على العينة العنقودية لقياس المؤشرات الصحية والاجتماعية بشكل شامل، حيث تنفذه منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) في العديد من الدول حول العالم. يهدف هذا البرنامج إلى جمع بيانات إحصائية دقيقة وموثوقة تمكن من متابعة الأهداف العالمية التي اتفقت عليها الحكومات والمنظمات الدولية. بفضل هذه المعطيات، يمكن تقييم الوضع الصحي للنساء والأطفال، وكذلك قياس التقدم في مجالات حماية الأطفال من مرض فقدان المناعة البشرية (HIV) وتقييم الوضع التعليمي بشكل دقيق. بالإضافة إلى ذلك، يوفر البرنامج أداة قوية للمقارنة بين هذه المؤشرات عبر مختلف البلدان، مما يعزز قدرة صناع القرار على تحسين السياسات العامة استنادًا إلى بيانات ميدانية دقيقة تسهم في تعزيز رفاهية الأطفال وصحة المجتمع بشكل عام. (مسعي، 2024، صفحة 36)

4-1- المسح الوطني العنقودي الرابع متعدد المؤشرات 2012-2013:

تم إجراء هذا المسح خلال الفترة من 21 أكتوبر 2012 إلى 31 جانفي 2013، بتنفيذ مشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تحت إشراف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، وبمساهمة صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA).

قُسمت الجزائر جغرافيًا إلى سبعة أقاليم رئيسية، حيث يتضمن كل إقليم مجموعة من الولايات، وفقًا للترتيب التالي:

- إقليم شمال شرق: يضم ولايات سوق أهراس، الطارف، عنابة، سكيكدة، جيجل، قلمة، ميله، وقسنطينة.
- إقليم شمال وسط: يتكون من ولايات بجاية، البويرة، تيزي وزو، تيبازة، بومرداس، الجزائر العاصمة، البليدة، المدية، عين الدفلة، والشلف.
- إقليم شمال غرب: يشمل ولايات مستغانم، عين تيموشنت، سيدي بلعباس، معسكر، غليزان، وهران، وتلمسان.



- إقليم الهضاب العليا شرق: يضم ولايات تبسة، خنشلة، أم البواقي، باتنة، سطيف، ورج بوعرييج. (نظرًا لعدم توافر المؤشر التركيبي للخصوبة الخاص بولاية سطيف، تم اعتماد المؤشر الخاص بهذا الإقليم)
 - إقليم الهضاب العليا وسط: يتكون من ولايات المسلية، الجلفة، والأغواط.
 - إقليم الهضاب العليا غرب: يضم ولايات سعيدة، تيارت، تسمسيت، البيض، والنعام.
 - إقليم الجنوب: يشمل ولايات غرداية، ورقلة، بسكرة، الوادي، إليزي، تمنراست، أدرار، بشار، وتندوف.
- هذا التصنيف الجغرافي يسمح بتغطية شاملة لجميع المناطق الجزائرية، مما يساهم في تحليل البيانات الديموغرافية والصحية بشكل دقيق ويعكس التفاوتات بين الأقاليم المختلفة. (MICS4, 2015, pp 4- 44)
- ### 4-2- المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات 2019:

تم إطلاق هذا المسح من قِبَل منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) في أكتوبر 2016، وجرى تنفيذه ميدانيًا من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، خلال الفترة الممتدة بين 25 ديسمبر 2018 و22 أبريل 2019. ويعد هذا المسح أداة علمية متقدمة تهدف إلى جمع بيانات دقيقة وشاملة حول الأوضاع الصحية والاجتماعية، مع التركيز على الفئات الأكثر هشاشة، من أجل تقديم رؤية متكاملة تُسهم في تحسين السياسات الوطنية. ومن أبرز أهداف هذا المسح:

- إنتاج بيانات ذات جودة عالية: توفير معطيات دقيقة وشاملة لتقييم الأوضاع الصحية للأسر، خاصة صحة الأطفال والنساء، بما يتيح تحليلًا معمقًا للمؤشرات الديموغرافية والاجتماعية.
- تعزيز صياغة السياسات الموجهة للفئات الهشة: دعم اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة من خلال تقديم بيانات تفصيلية تساعد في تصميم سياسات وطنية شاملة تراعي الفئات الأكثر تضررًا وحاجة.
- إتاحة مقارنات دولية: تزويد صانعي القرار ببيانات تسمح بمقارنة تقدم الجزائر مع الدول الأخرى، مما يعزز القدرة على تحديد موقع البلاد في المؤشرات العالمية، وقياس فعالية البرامج التنموية.
- دعم تحقيق الأهداف الوطنية والدولية: تقديم المعلومات الأساسية لمتابعة تنفيذ الأهداف الوطنية، وضمان رصد التقدم المحرز في تحقيقها، إلى جانب تحديد الفجوات واتخاذ الإجراءات المستقبلية اللازمة لتحسين المؤشرات الصحية والاجتماعية.

يمثل هذا المسح مرجعًا هامًا للسياسات التنموية، حيث يضع الأساس لتطوير استراتيجيات مستدامة تُعنى بتحقيق رفاه السكان، خاصة الفئات الهشة، وضمان تعزيز التنمية في جميع القطاعات الحيوية. (-25- pp, 2020,

(MICS628)



5- مديرية الصحة لولاية سطيف:

تمثل مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف نموذجًا تنظيميًا حيويًا يسعى إلى تحقيق التنمية الصحية المستدامة في إطار سياسات وطنية ومحلية محكمة، وتأسست المديرية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 9 ربيع الأول 1418 هـ الموافق لـ 14 جويلية 1997، الذي حدد قواعد تنظيم وتسيير مديريات الصحة والسكان عبر الولايات، تتولى المديرية تنفيذ مجموعة واسعة من المهام الاستراتيجية التي تهدف إلى تحسين النظام الصحي وضمان العدالة في توزيع الموارد الصحية. ومن أبرز هذه الأدوار:

تطبيق التشريعات والتنظيمات الصحية: تعمل المديرية على ضمان الامتثال الكامل للتشريعات الوطنية والتنظيمات المحلية المتعلقة بالصحة والسكان.

تنفيذ البرامج الوطنية والمحلية: تشرف المديرية على تنفيذ البرامج الصحية الموجهة لكل من الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة، بالإضافة إلى الحماية الصحية في البيئات الخاصة. كما تساهم في التخطيط العائلي وترقية الصحة الإنجابية من خلال وضع استراتيجيات تستهدف التحكم في النمو الديموغرافي.

تعزيز السلم التسلسلي للعلاج: تركز المديرية على تطوير العلاجات القاعدية كجزء من استراتيجيتها لضمان تدرج الرعاية الصحية.

مكافحة الإدمان: تقوم بتطوير برامج وقائية لمكافحة الإدمان، مع إيلاء اهتمام خاص للشباب، من خلال برامج توعوية متكاملة.

إدارة الموارد البشرية والمادية: تسهر المديرية على التوزيع المتوازن والعاقل للموارد البشرية والمادية والمالية، مع الحفاظ على صلاحيات رؤساء المؤسسات الصحية ومديري الصحة الجهويين.

تطوير الاتصال الصحي والتوعية: تشجع المديرية النشاطات التوعوية من خلال شراكات مع الجمعيات المهنية والاجتماعية لتعزيز التربية الصحية.

إدارة المعلومات الصحية: نشئ المديرية جهازًا متخصصًا لجمع وتحليل البيانات الصحية والديموغرافية، بما يضمن استغلالها في تحسين التخطيط واتخاذ القرار.

صيانة المنشآت وتجهيزات الصحة: تتابع المديرية تنفيذ الإجراءات المتعلقة بصيانة المنشآت وتجهيزات الصحة لضمان جاهزيتها.

الترخيص والرقابة: تمنح المديرية التراخيص المتعلقة بمزاولة المهن الصحية، مع ضمان الرقابة الدورية للالتزام بالمعايير.

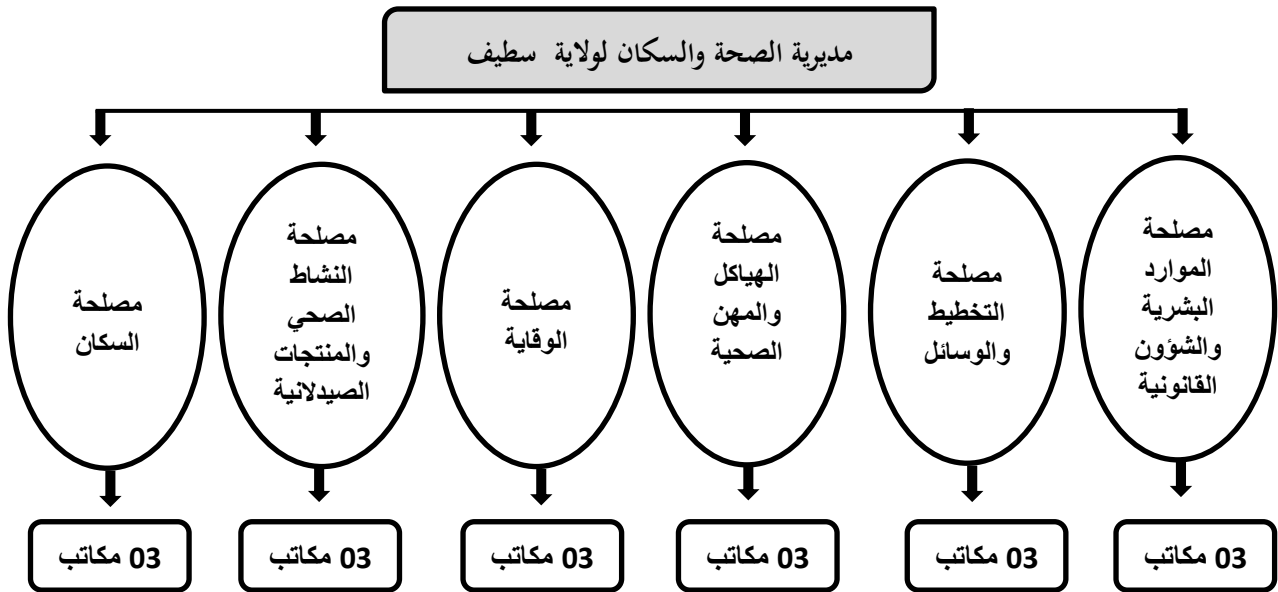


إعداد خطط الطوارئ: تشارك المديرية في وضع خطط الطوارئ بالتنسيق مع السلطات المختصة لمواجهة الكوارث الطبيعية أو الصحية، مهما كانت طبيعتها.

التكوين والتطوير المهني: تهتم المديرية برفع كفاءة مستخدمي الصحة من خلال برامج تكوين مستمرة ومتابعة دقيقة للمسابقات المهنية. (مديرية الصحة بولاية سطيف، 2023)

تواجه المديرية تحديات متعددة، من أبرزها التزايد السكاني وتزايد الطلب على الخدمات الصحية، إضافة إلى ضرورة تحسين البنية التحتية الصحية في المناطق الريفية والنائية. ومع ذلك فإن التقدم التكنولوجي وتزايد الوعي الصحي بين المواطنين يتيح فرصاً كبيرة لتعزيز النظام الصحي من خلال الرقمنة وتطبيق استراتيجيات حديثة. وتعد مديرية الصحة بولاية سطيف من الركائز الأساسية في تحقيق أهداف الصحة العامة والتنمية المستدامة، بفضل التزامها بتطبيق التشريعات وتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية، تسهم المديرية بشكل مباشر في تحسين جودة الحياة للمواطنين، ومع استمرارية دعمها للبرامج الوطنية والمحلية، تظل المديرية شريكاً فعالاً في تعزيز الصحة والتنمية في الجزائر.

الشكل رقم (02): الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة لولاية سطيف



المصدر: (مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف، 2024)

6- مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية سطيف:

تم إنشاء مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية سطيف بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-75 الصادر في 13 ربيع الأول 1432هـ الموافق لـ 16 فبراير 2011. جاء هذا القرار كجزء من عملية إعادة هيكلة إدارية، حيث كانت هذه المديرية تُعرف سابقاً باسم "مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية" حتى عام 2010، وقد ترتب على هذا التغيير



إلغاء العمل بالمرسوم التنفيذي رقم 91-42 الصادر في أول شعبان 1411هـ الموافق لـ 16 فبراير 1991، والذي كان يحدد صلاحيات ومصالح مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية .

وتقع مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية في الحي الإداري عين تبينت بمدينة سطيح، ضمن بيئة استراتيجية تتميز بقرىها من عدد من الهيئات الحكومية الأخرى، حيث: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية سطيح، 2023)

-تواجهها : مديرية الصناعة والمناجم .

-يجاورها من اليمين : مديرية الطاقة .

-تحدها من اليسار مفتشية العمل .

هذا الموقع المركزي يسهم في تعزيز التكامل والتنسيق مع القطاعات الأخرى لتحقيق الأهداف التنموية .

تم تنظيم الهيكل الإداري لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 رجب 1432هـ الموافق لـ 28 يوليو 2011، والذي يحدد تنظيم المصالح التابعة للمديرية، يشتمل الهيكل الإداري على أربع مصالح رئيسية بالإضافة إلى مكتب تابع مباشرة لمدير المديرية، مما يضمن كفاءة الأداء الإداري والتنسيق الفعال بين الأقسام المختلفة .

تتألف مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية من المصالح التالية: (أنظر الملحق رقم (01))

-مصلحة التنمية البشرية والنشاط الاجتماعي والاقتصادي : تهتم بتخطيط ومتابعة المشاريع المتعلقة بالتنمية البشرية والاجتماعية .

- مصلحة تنمية البرامج المحلية: تختص بإعداد ومراقبة البرامج التنموية المحلية بما يتماشى مع الأولويات الإقليمية والوطنية .

- مصلحة تنمية المنشآت والضبط: تركز على تطوير البنية التحتية والمنشآت العامة، وضمان التزامها بالمعايير التنظيمية .

- مصلحة تلخيص الميزانية: مسؤولة عن إعداد وتحليل الميزانية العامة وضمان توافيقها مع الأهداف التنموية .

- مكتب الوسائل والتكوين: يتولى إدارة الموارد البشرية والمادية، بالإضافة إلى تنظيم برامج التدريب وتحسين الكفاءات الإدارية .

تلعب مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية دورًا استراتيجيًا في تحقيق الأهداف التنموية لولاية سطيح من خلال تنسيق المشاريع والبرامج المحلية، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية. كما تمثل حلقة وصل حيوية بين السلطات المحلية والوزارات المركزية، بما يسهم في تعزيز الكفاءة والشفافية في التخطيط والتنفيذ .



وتعكس مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية نموذجًا متميزًا في التنظيم الإداري بولاية سطيف، حيث تجمع بين الرؤية الاستراتيجية والتطبيق العملي لتحقيق التنمية الشاملة والمستدامة على المستوى المحلي.



خلاصة:

يتضح لنا في ختام هذا الفصل أن مصادر المعطيات التي تم استعراضها تشكل محورًا رئيسيًا لفهم وتحليل موضوع الدراسة، فقد تم التركيز على الأدوار المهمة التي تهتم بها المؤسسات الوطنية، مثل وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر في توفير البيانات الصحية، إلى جانب أهمية التعداد العام للسكان والسكن كمصدر شامل لرصد التغيرات السكانية، كما برزت مساهمة الديوان الوطني للإحصائيات والمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات، وخاصة النسختين الرابعة (2012-2013) والسادسة (2019)، باعتبارهما من أهم الدراسات التي توفر مؤشرات دقيقة وشاملة، وعلى الصعيد المحلي أظهرت مديرية الصحة لولاية سطيف ومديرية البرجحة ومتابعة الميزانية لولاية سطيف دورًا مهمًا في تقديم بيانات تعكس واقع الخدمات الصحية والموارد المتاحة على مستوى الولاية، فهذا الفصل يمثل قاعدة أساسية تسهم في تعزيز بيانات الدراسة وتحقيق أهدافها البحثية.

الفصل الثالث

النمو السكاني في الجزائر



تمهيد

يعتبر النمو السكاني ظاهرة ديموغرافية محورية في تشكيل الملامح الاقتصادية والاجتماعية لأي مجتمع، فله دور في توجيه استراتيجيات التنمية الوطنية، لاسيما في القطاع الصحي. إذ أن التحولات السكانية تُلقي بظلالها على أنماط الاستهلاك، والطلب على الخدمات الصحية، والبنى التحتية.

وشهدت الجزائر منذ الاستقلال تغييرات ملحوظة في هيكلها السكاني، حيث تعاقبت مراحل من الانفجار السكاني والتباطؤ التدريجي في معدلات النمو، متأثرة بمتغيرات اقتصادية واجتماعية وصحية. وتتطلب هذه التحولات استجابة منهجية لفهم طبيعة النمو السكاني وتقييم تأثيره على التنمية المستدامة، خصوصاً في ظل التحديات الصحية التي تفرضها التغيرات الديموغرافية.

يُركز هذا الفصل على استعراض نظريات النمو السكاني بمراحلها المختلفة، القديمة منها والمعاصرة، لتحليل المبادئ التي تفسر هذه الظاهرة وتعزز فهم التحديات والفرص المرتبطة بها، كما يتم تناول العوامل المؤثرة على النمو السكاني، مثل الخصوبة والوفيات والهجرة، مع التركيز على تطور هذه العوامل في السياق الجزائري. ويتطرق الفصل أيضاً إلى مراحل النمو السكاني في الجزائر بعد الاستقلال، مسلطاً الضوء على الآفاق المستقبلية لنمو السكان حتى عام 2050، بما يتيح استشراف الاحتياجات المستقبلية وتوجيه السياسات التنموية بما يتلاءم مع تطورات التنمية الصحية في الجزائر.



1- نظريات النمو السكاني:

تعتبر نظريات النمو السكاني من المجالات الرئيسية التي تناولت دراسة تطور أعداد السكان وتحليل العوامل التي تؤثر فيها عبر الزمن، فقد شهد هذا المجال تطوراً ملحوظاً، حيث تم صياغة العديد من النظريات التي تحاول تفسير العلاقة بين النمو السكاني والعوامل الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية. تسعى هذه النظريات إلى فهم التغيرات السكانية والتنبؤ بتوجهات النمو المستقبلية بناءً على مجموعة من الافتراضات التي تحدد كيفية تفاعل السكان مع البيئة المحيطة بهم. تهدف نظريات النمو السكاني إلى دراسة تأثير العوامل المختلفة مثل التعليم، الصحة، ومستوى الدخل، فضلاً عن العوامل البيئية والموارد الطبيعية، في شكل نمو الأعداد السكانية وتحولات تركيبها. على مر العصور، تباينت هذه النظريات في تفسيرها للظواهر السكانية، فبينما ركزت بعض النظريات على التأثيرات السلبية للنمو السكاني السريع على الموارد والاقتصادات، أكدت أخرى على الإمكانات التي قد يوفرها النمو السكاني في ظل وجود سياسات حكومية مناسبة ورؤية تنموية شاملة.

وعلى الرغم من تنوع هذه النظريات وتباين مناهجها، فإن جميعها تشترك في سعيها لفهم العلاقة المعقدة بين نمو السكان والتنمية المستدامة. إذ إن التحليل الدقيق للعوامل المؤثرة في النمو السكاني يمكن أن يساهم في توفير رؤى هامة لصانعي السياسات والمخططين الاجتماعيين حول كيفية إدارة التحديات المستقبلية التي قد يواجهها العالم في إطار من الاستدامة البيئية والاجتماعية، وفيما يلي أهم الأفكار التي تضمنتها آراء المفكرين حول المسألة السكانية:

1-1- النظريات السكانية القديمة:

يمثل الفكر السكاني القديم جزءاً أساسياً من الدراسات التي تناولت العلاقة بين النمو السكاني وخصائص البيئة والمجتمع، وقد تجلّى هذا الفكر في كتابات عدد من المفكرين البارزين الذين أثروا الفلسفة السكانية في مختلف الثقافات. ففي الفكر الصيني، ربط كونفوشيوس بين النمو السكاني وامتداد الأرض، حيث اعتبر أن حجم السكان يجب أن يتناسب مع مساحة الأراضي المتاحة، بهدف تحقيق توازن بين القدرة على العيش وتحقيق الاستقرار الاجتماعي. هذا التوازن، في نظره، يتطلب إدراكاً عميقاً للموارد المتاحة وكيفية توزيعها بشكل عادل بين الأفراد. أما في الفكر اليوناني، فقد ربط أفلاطون بين عدد السكان ورفاهية المجتمع، مشيراً إلى أن تزايد عدد السكان يجب أن يكون في تناغم مع الموارد المتاحة لضمان الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي. وكان يعتقد أن حجم السكان له تأثير مباشر على أمن المجتمع، حيث يتطلب الحفاظ على هذا الأمن توزيعاً دقيقاً للسكان في المجتمع بما يحقق العدالة الاجتماعية. في حين أن أرسطو تناول هذه القضية من زاوية سياسية، حيث اعتبر أن



التوازن السكاني بين مختلف الطبقات الاجتماعية يعد أحد عوامل الاستقرار في المجتمع، إذ إن التفاوت الكبير في حجم السكان بين الطبقات قد يؤدي إلى حالة من الاحتقان الاجتماعي، وبالتالي قد يساهم في اندلاع الثورات. (الهاشمي، 2018، صفحة 70)

إن الفكر السكاني القديم، رغم تركيزه على الجوانب العملية والملموسة للمشكلات السكانية، لم يول اهتمامًا كبيرًا بالجوانب النظرية التي تربط بين الظواهر السكانية والظواهر الاجتماعية وتعمل على التنبؤ بها، وهو ما يشكل جوهر ما نعرفه اليوم بالنظريات السكانية الحديثة. إذ كان اهتمام المفكرين القدماء ينصب غالبًا على القضايا التطبيقية والمباشرة التي تتعلق بتحقيق التوازن بين عدد السكان والموارد المتاحة لهم، في إطار السعي لتحقيق الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي. (عبد المعطي و آخرون، 1987، صفحة 23)

في القرن الرابع عشر، قدم ابن خلدون إسهامًا بالغ الأهمية في الفكر السكاني من خلال تفسيره للنمو السكاني وتطور المجتمعات، حيث اعتبر أن كثرة العمران وزيادة عدد السكان يرتبطان بشكل وثيق بالظروف المناخية. فقد اعتقد أن المناخ له تأثير كبير على النشاط البشري وظروف المعيشة، وبالتالي فإن التغيرات المناخية تلعب دورًا رئيسيًا في تحديد قدرة المجتمعات على التوسع أو الانكماش. كما طرح ابن خلدون فكرة أن المجتمعات تمر بمراحل تطويرية محددة، حيث تؤثر كل مرحلة في معدلات المواليد والوفيات. ففي المرحلة الأولى، كانت المجتمعات تتمتع بخصوبة عالية بسبب النشاط الكبير للسكان وطاقاتهم الإنتاجية، مما أدى إلى تزايد في أعدادهم. ومع تقدم المجتمع في مراحل تطوره، وتحديدًا في المرحلة الأخيرة، تبدأ المشاكل الاقتصادية والاجتماعية في الظهور، مثل المجاعات والأوبئة والثورات، التي تؤدي إلى تراجع النشاط السكاني وانخفاض معدلات الولادة، مما يعكس تأثيرًا مباشرًا على استدامة النمو السكاني. بهذا، أرسى ابن خلدون رؤية متكاملة لما يمكن أن يسميه الباحثون اليوم "الدورة السكانية"، التي تربط بين الظروف الاقتصادية، الاجتماعية، والمناخية في تفسير ديناميكيات النمو السكاني. (عبد المعطي و آخرون، 1987، الصفحات 24-25)

إجمالاً، يمكن القول إن الفكر السكاني القديم قدّم أولى المحاولات لفهم العلاقة بين الإنسان وبيئته، لكن اهتمامه كان ينحصر في القضايا التطبيقية أكثر من التفكير النظري العميق الذي نراه في الدراسات السكانية المعاصرة.

1-2- النظريات السكانية المعاصرة:

تعد النظريات السكانية المعاصرة امتدادًا طبيعيًا للأفكار السكانية القديمة، إذ تمثل تطورًا ملحوظًا في فهم العلاقة بين النمو السكاني والبيئة المحيطة في المجتمعات الحديثة. هذه النظريات هي مجموعة من الدراسات التي تسعى إلى تحليل وفهم المتغيرات السكانية في ظل التغيرات المستمرة التي يشهدها العالم المعاصر. فهي تركز على تحديد العوامل المتعددة التي تؤثر في نمو السكان وتوزيعهم، محاولًا تفسير كيفية تأثير هذه العوامل على التوزيع



الجغرافي والسوسيو اقتصادي للسكان. مع مطلع القرن العشرين، شهدت هذه النظريات تطورًا واضحًا، حيث تم التركيز بشكل أكبر على العلاقة بين النمو السكاني والموارد المتاحة، مع دراسة تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في هذه التحولات. وعكست هذه النظريات التغيرات الهيكلية التي طرأت على المجتمعات نتيجة التحولات التكنولوجية والاقتصادية، كما تساهم في فهم كيفية تأثير مجموعة العوامل المختلفة على التركيبة السكانية، سواء من حيث التعداد السكاني أو الهيكل العمري والاجتماعي. ومن أبرز هذه النظريات التي ظهرت في هذا السياق، نجد ما يساهم في رسم معالم المستقبل السكاني وكيفية توجيه السياسات الاقتصادية والاجتماعية لتلبية احتياجات المجتمعات، ومن أهم هذه النظريات:

1-2-1- نظرية روبرت مالتوس (1766-1834):

تعد نظرية مالتوس من أبرز النظريات التي تناولت مسألة النمو السكاني، وقد شكلت حجر الزاوية في فهم العلاقة بين النمو السكاني والموارد الطبيعية. يرى مالتوس أن النمو السكاني يتم وفق متتالية هندسية، حيث يتضاعف عدد السكان بصورة متسارعة، كما في (1، 2، 4، 8، 16، 32...)، في حين أن الموارد الغذائية تتزايد وفق متتالية حسابية، أي بوتيرة أقل بكثير، كما في (1، 2، 3، 4، 5، 6...). هذا التفاوت بين الزيادة السكانية السريعة وتزايد الموارد الغذائية المحدود يؤدي إلى حدوث اختلال في التوازن بين العرض والطلب على الغذاء. ووفقًا لهذه النظرية، يتضاعف عدد السكان كل 25 سنة تقريبًا، مما يؤدي إلى ضغط متزايد على الموارد المتاحة، وبالتالي يتفاقم التنافس على الغذاء. في هذا السياق، يعتبر مالتوس أن هذا التنافس يؤدي إلى تفشي الأمراض والأوبئة نتيجة لضعف المناعة وقلة التغذية، كما يساهم في نشوب الحروب والمجاعات التي تحد من الزيادة السكانية. (زكي، 1984، الصفحات 28-28)

ووفقًا لمالتوس، فإن النمو السكاني يتقابل مع عدة موانع تحد من الزيادة السكانية، وقد قسم هذه الموانع إلى نوعين رئيسيين: الموانع الإيجابية والموانع الوقائية. (قداوي، 2014، صفحة 12)

الموانع الإيجابية: هي تلك التي تزيد من معدلات الوفاة نتيجة للضغط الكبير الذي يتعرض له المجتمع بسبب زيادة السكان على حساب الموارد المتاحة. وتشمل هذه الموانع الحروب، التي تدمر الموارد البشرية وتؤدي إلى تراجع أعداد السكان بشكل سريع، وكذلك الأوبئة التي تنشأ نتيجة ضعف الظروف الصحية، والمجاعات التي تنجم عن نقص الغذاء وعدم توافره بكميات كافية. كما أن المهن غير الصحية التي تُعرض العاملين لها إلى ظروف قاسية تسهم في ارتفاع معدلات الوفيات.



الموانع الوقائية: فهي تلك التي تهدف إلى تقليص معدلات الولادة، وبالتالي تحد من الزيادة السكانية عن طريق خفض عدد الأطفال المولودين. أبرز هذه الموانع هو الامتناع عن الزواج أو تأخيرها، وكذلك اتباع ممارسات العفة التي تحد من الإنجاب. هذه الموانع لا تتسبب في وفاة الأفراد ولكنها تحد من التزايد السكاني من خلال التحكم في معدل الولادات.

ويؤكد مالتوس في نظريته على ضرورة أن يتوافر للسكان حد أدنى من لوازم الحياة لكي يتمكنوا من العيش بكرامة. أطلق على هذا الحد اسم "حد الكفاف"، وهو المستوى الأدنى من الموارد والاحتياجات الأساسية التي تضمن بقاء السكان. وإذا فشلت الدولة في توفير هذا الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية، فإن النمو السكاني سيؤدي إلى اختلالات كبيرة، مما يسبب أزمات اقتصادية واجتماعية قد تنتهي بحروب أو مجاعات. على العكس، إذا تمكنت الدولة من رفع مستوى المعيشة إلى ما فوق حد الكفاف، فإن ذلك سيتيح للسكان التزاوج والإنجاب بمعدلات أعلى حتى يعودوا في النهاية إلى مستوى حد الكفاف مجددًا، مما يخلق حالة من التوازن السكاني المؤقت. (عميرة، 2014، صفحة 64)

تعتبر نظرية مالتوس نموذجًا تنبؤيًا مهمًا لفهم التحديات التي يمكن أن تواجهها المجتمعات بسبب النمو السكاني غير المتوازن مع الموارد الغذائية المتاحة، وقد أثرت هذه النظرية بشكل كبير في الفكر الاقتصادي والاجتماعي، رغم الانتقادات التي وُجّهت إليها بسبب الافتراضات التي قد لا تكون دقيقة في بعض السياقات المعاصرة.

نقد نظرية مالتوس:

لقد شكلت آراء مالتوس في موضوع النمو السكاني واحدة من أشهر وأكثر الآراء إثارة للجدل في هذا المجال، حيث تعرضت لعدد من الانتقادات منذ ظهورها في القرن التاسع عشر وحتى منتصف القرن العشرين. وقد وُجّهت هذه الانتقادات من قبل عدد من المفكرين والباحثين، الذين أبدوا اعتراضاتهم على جوانب عدة في نظرية مالتوس، التي اعتُبرت تشاؤمية إلى حد بعيد، وما تزال تُثار حولها الكثير من النقاشات حتى اليوم. وفيما يلي بعض أوجه النقد التي وُجّهت إلى نظرية مالتوس: (السيد، 2008، الصفحات 77-78)

أولاً: افترض مالتوس أن النمو السكاني يتزايد وفق متتالية هندسية، وهو افتراض يعتبر صحيحًا من الناحية الرياضية النظرية، إلا أنه يصعب تطبيقه في الواقع. من المستحيل تصور أن السكان سيتضاعفون بشكل هندسي إلى ما لا نهاية في ظل الظروف الطبيعية والاقتصادية الراهنة. إضافة إلى ذلك، لم يكن من الممكن في فترة مالتوس تصور أن الموارد الغذائية ستزيد وفق متتالية حسابية، حيث فرضت النظرية أن هذه الزيادة ستكون ثابتة. لكن



الواقع أظهر خلاف ذلك، خاصة بعد حدوث الثورة الصناعية والثورة الزراعية، التي أدت إلى زيادة هائلة في إنتاج الغذاء، وفتحت آفاقاً جديدة لزيادة الإنتاجية الزراعية بفضل التقنيات الحديثة، وهو ما لم يكن في حسابات مالتوس عندما طرح أفكاره. هذه الثورات الكبرى قد أسهمت في إيجاد فائض من الغذاء يتجاوز تقديرات مالتوس بشأن قدرة الموارد على تلبية احتياجات السكان. (أبو عيانة، 2002، صفحة 276)

ثانياً: يلاحظ أن مالتوس كان رجل دين، وكان له رأي أخلاقي متصل بموضوع تنظيم الأسرة. فقد اعتبر أن استخدام وسائل منع الحمل أمرًا غير أخلاقي، ودعا إلى تأخير الزواج أو الامتناع عنه أو الاعتماد على العفة للحد من الولادات. هذه الرؤية الأخلاقية قد تضع قيودًا شديدة على حرية الأفراد في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم الشخصية، واعتبرت كثير من الآراء النقدية أن هذا التوجه يتجاهل الحقوق الفردية ويعتمد على فرض رؤية دينية ضيقة حول مسائل تنظيم الأسرة.

ثالثاً: أهمل مالتوس بشكل كبير التقدم العلمي والتكنولوجي، اللذين أصبحا عاملين حاسمين في زيادة الإنتاج وتطوير وسائل الزراعة والصناعة. كانت ثورة التكنولوجيا قد بدأت تدريجيًا في تلك الفترة، إلا أن مالتوس لم يضع في اعتباره دور الابتكارات العلمية في تعزيز القدرة الإنتاجية وتوفير الموارد بكفاءة أكبر. من خلال التطور التكنولوجي، تم الوصول إلى أساليب جديدة في الزراعة مثل الأسمدة الكيميائية والمحاصيل المعدلة وراثيًا، فضلاً عن تحسين الآلات الزراعية، مما أسهم في زيادة هائلة في إنتاج الغذاء.

رابعاً: تركزت نظرية مالتوس بشكل كبير على الجانب الغذائي فقط في تحليلها للنمو السكاني، إذ أغفل العديد من العوامل المعيشية الأخرى التي تؤثر في حياة السكان، مثل التعليم، والرعاية الصحية، والتكنولوجيا، والموارد الطبيعية الأخرى. فالتحديات التي تواجه المجتمعات لا تقتصر فقط على نقص الغذاء، بل تشمل أيضًا مشاكل تتعلق بتوزيع الموارد، والبنية التحتية، وجودة الحياة بشكل عام. إن هذا القصور في تحليل مالتوس يعد من أبرز أوجه النقد التي تعرضت لها نظريته، حيث يظهر أن النمو السكاني لا يتوقف فقط على الغذاء بل يتداخل مع مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر في مجمل الاستقرار الاجتماعي.

بهذا الشكل، يمكن القول إن نظرية مالتوس، رغم إسهامها الكبير في التفكير الديموغرافي، إلا أنها تظل محكومة بفرضيات وتصورات محدودة، لم تأخذ في الحسبان التطورات التي شهدتها العالم بعد طرحها، لا سيما في ما يتعلق بالتقدم العلمي والابتكارات التكنولوجية التي غيرت بشكل جذري الكثير من الحقائق التي طرحها.



1-2-2- النظريات الطبيعية:

تعتمد النظريات السكانية الطبيعية على مبدأ أساسي مفاده أن نمو السكان يخضع لقوى طبيعية لا تتأثر بالتصرفات البشرية أو القيم الاجتماعية. فهي ترى أن الزيادة السكانية تتبع قوانين محددة، تتأثر بعوامل بيئية وطبيعية مستقلة عن تدخل الإنسان. كان المفكرون الذين تبنوا هذه النظريات يسعون لاكتشاف "القانون الطبيعي" الذي يحكم تكاثر البشر، معتقدين أن هذا النمو ليس مجرد مسألة ذات طابع اجتماعي أو اقتصادي، بل هو نتيجة حتمية للقوى التي تحكم الطبيعة والبيئة التي يعيش فيها الإنسان. وبناءً على ذلك، كانت هذه النظريات تسعى إلى تقديم تفسير للظواهر السكانية من خلال استكشاف العلاقة بين البشر وبيئتهم، مع افتراض أن هذه العلاقة هي التي تحدد اتجاهات النمو السكاني، سواء في الماضي أو في المستقبل، بعيداً عن تدخل الإنسان الواعي أو سياساته.

كانت نظريات النمو السكاني الطبيعية تُعتبر بمثابة محاولة لفهم وتفسير التغيرات السكانية وفقاً لأطر ثابتة لا تتأثر بالاعتبارات الاجتماعية أو الأخلاقية. فالتصور السائد لدى أصحاب هذه النظريات هو أن النمو السكاني هو ظاهرة "طبيعية" تسير وفق قواعد مشابهة لتلك التي تتحكم في نمو الكائنات الحية الأخرى في الطبيعة. على هذا النحو، كانت هذه النظريات ترى أن الإنسان ليس لديه القدرة على التحكم المباشر في هذا النمو، فهو ليس مجرد نتيجة لقرارات سياسية أو اقتصادية بل هو تجسيد لتفاعلات معقدة بين الإنسان وبيئته. ويعتبر هذا الفكر امتداداً لفكرة أن الكون يسير وفق قوانين ثابتة، وأن البشر ليسوا سوى جزء من هذه المنظومة الطبيعية. لذلك، كانت النظريات السكانية الطبيعية تسعى إلى استخدام هذا الفهم للطبيعة لتفسير كيفية تكاثر السكان وتوزيعهم، والتغيرات التي قد تحدث في المستقبل بناءً على هذه القوانين الطبيعية. ومن ثم، لم يكن يُنظر إلى الإنسان ككائن قادر على التأثير الكامل في هذه العملية بل كان يُعتبر جزءاً من نظام أكبر تسير فيه الطبيعة بقوانينها الخاصة التي لا يمكن للبشر التحكم فيها بشكل كامل، (السيد، 2004، صفحة 143) ومن أشهر هذه النظريات:

نظرية توماس دبلداي 1790-1870:

كان توماس دبلداي فيلسوفاً اجتماعياً واقتصادياً إنجليزياً، تقدم رؤية فريدة للعلاقة بين النمو السكاني وموارد الغذاء. يرى دبلداي أن الغذاء يلعب دوراً محورياً في بقاء الإنسان واستمرارية النوع البشري، حيث يعتقد أن الطبيعة تتدخل بشكل طبيعي لضمان بقاء الجنس البشري في الأوقات التي يكون فيها مهدداً. ووفقاً له، عندما تتعرض المجتمعات البشرية لضغوط اقتصادية أو اجتماعية، فإن الطبيعة تعزز القدرة الإنجابية لدى الأفراد لضمان



زيادة عدد السكان وتعويض أي نقص قد يحدث. في هذا السياق، يلاحظ دوبلداي أن الفئات الاجتماعية التي تعاني من الفقر تتسم بارتفاع مستويات الخصوبة، بينما تشهد الفئات الميسورة التي تتمتع بكفاية غذائية تراجعاً في معدلات الإنجاب، وهو ما يعكس تأثير وفرة الغذاء على تقليص التزايد السكاني.

وتأتي هذه الرؤية في إطار تفسير دوبلداي للعلاقة بين الفقر والنمو السكاني، حيث يعتقد أن الفقر يؤدي بشكل مباشر إلى زيادة النمو السكاني، نتيجة لزيادة معدلات الخصوبة في المجتمعات الفقيرة. من جهة أخرى، يلاحظ أن انخفاض عدد السكان في أي مجتمع يؤدي إلى تحسن ملحوظ في مستويات الرفاهية وتقلص معدلات الفقر، حيث تصبح الموارد أكثر توافراً وتزداد فرص تحسين ظروف الحياة. في هذا السياق، تسلط نظرية دوبلداي الضوء على الطبيعة الديناميكية والعلاقة الطردية بين التوزيع الاقتصادي والرفاه الاجتماعي والنمو السكاني، حيث تسهم الظروف الاقتصادية في تحديد قدرة الأفراد على التناسل وفي نفس الوقت تساهم في تشكيل البنية الاجتماعية للمجتمعات. (أبو عيانة، 2002، صفحة 280)

نظرية هرت سبنسر 1830-1903:.

هرت سبنسر هو المفكر الاجتماعي والفيلسوف الذي أسهم بشكل بارز في دراسة التطور البيولوجي والاجتماعي، طرح رؤية فريدة بشأن العلاقة بين النمو السكاني والقوى الطبيعية. في نظريته، يعتمد سبنسر على مبدأ "القانون الطبيعي" الذي يرى فيه القوة التي تحدد نمو البشر وتطورهم، معتبراً أن الإنسان ليس مسؤولاً بشكل مباشر عن التحكم في الزيادة السكانية. بل، وفقاً لهذا المفهوم، تتمكن الطبيعة من توجيه الإنسان بعيداً عن الاهتمام بالتكاثر عبر تغييرات تدريجية في دوافعه واهتماماته. فقد اعتقد سبنسر أن الطبيعة تعمل على إضعاف الرغبة الطبيعية في التناسل، مما يدفع الإنسان إلى تركيز جهده ووقته في تنمية ذاته من الناحية العلمية والاقتصادية، مما يفضي إلى تقليص دافعه للإنجاب.

في هذه الرؤية يربط سبنسر العلاقة بين التقدم الشخصي والفردى وبين انخفاض معدلات الإنجاب. فكلما استثمر الإنسان في تحسين مهاراته الشخصية، وسعى لتحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي، انخفضت بالتالي رغبته في التكاثر، إذ يصبح الإنسان أكثر اهتماماً بتطوير نفسه وتحقيق التفوق في مختلف مجالات الحياة. ويستنتج سبنسر أن هذه العملية الطبيعية تؤدي إلى تقلص التزايد السكاني بمرور الوقت، حيث تواكب التطورات الفردية تطور المجتمع بشكل عام، ويغدو التناسل مسألة أقل أهمية مقارنة بتحقيق الإنجاز العلمي والاقتصادي. (عميرة، 2014، صفحة 88)



نلاحظ أن سبنسر يرى مشكلة النمو السكاني لن تظل مصدر قلق مستمر، بل ستتضاءل مع الزمن نتيجة للاهتمام المتزايد بتنمية الفرد والمجتمع، ويعود ذلك إلى أن الإنسان عندما يتوجه جهوده نحو الارتقاء بمستوى معيشتة وحضارته، يصبح أقل انشغالاً بتكاثر الأفراد. هذا التصور يعكس ثقة سبنسر في أن التقدم الاجتماعي والاقتصادي سيشكل عاملاً حاسماً في السيطرة على مشكلة النمو السكاني، ويسهم في دفع البشرية نحو مجتمع أكثر تكاملاً وازدهاراً، حيث تساهم جهود الأفراد في تحقيق توازن طبيعي بين الاحتياجات البشرية وموارد البيئة.

1-2-3- النظريات الاجتماعية:

تعتبر النظريات الاجتماعية من أهم المساهمات الفكرية التي تسلط الضوء على العلاقة بين العوامل الاجتماعية والنمو السكاني، حيث ترى هذه النظريات أن الإنسان، بفضل تأثيراته الثقافية والاجتماعية، يمتلك القدرة على التحكم في عملية التكاثر وتنظيمها بطريقة تعزز رفاهه الاجتماعي والاقتصادي. في هذا السياق، تعتبر هذه النظريات أن النمو السكاني ليس مجرد ظاهرة بيولوجية محضة، بل هو ظاهرة اجتماعية معقدة تتداخل فيها العوامل الثقافية، الاقتصادية، والسياسية بشكل عميق. ولذلك، يركز مفكرو هذه النظريات على كيفية تأثير التغيرات الاجتماعية في سلوك الأفراد وتحديد معدلات الإنجاب، مع التأكيد على أن هذا النمو السكاني يمكن أن يحدث بشكل متوازن دون أن يؤثر سلباً على الطاقات البيولوجية المتاحة. بناءً على ذلك، ينظر إلى التزايد السكاني في إطار الأبعاد الاجتماعية التي تحدد سلوك الأفراد والجماعات، مما يفتح المجال لفهم أعمق لظاهرة النمو السكاني في مختلف السياقات المجتمعية.

وقد استند المفكرون الذين تبناوا هذا الاتجاه إلى أن النمو السكاني لا يقتصر فقط على العوامل البيولوجية التقليدية، بل يتأثر بشكل كبير بالظروف الاجتماعية المحيطة. من خلال هذه الرؤية، تتعدد التفسيرات الاجتماعية لهذه الظاهرة وتنوع، حيث تتعدد النظريات التي تفسر العلاقة بين النمو السكاني والتغيرات الاجتماعية. من بين هذه النظريات نجد العديد من الأفكار التي تطرح تصورات مختلفة حول كيفية تنظيم البشر لتكاثرهم وفقاً للظروف الاجتماعية والثقافية السائدة، حيث يعتبر البعض أن النمو السكاني يتكيف مع متطلبات التنمية البشرية، في حين يعتقد آخرون أن القيم الاجتماعية والاقتصادية يمكن أن تكون دافعاً رئيسياً في تقليص معدلات الإنجاب، وتوجد عدة نظريات اجتماعية عن النمو السكاني نذكر منها:

نظرية أرسين ديمون (1840-1902):

كان أرنست ديمون أستاذاً في جامعة ستراسبورغ، وهو من المفكرين الذين أسهموا بشكل كبير في دراسة الظواهر السكانية خلال القرن التاسع عشر. في دراسته الشهيرة التي تناول فيها نمو السكان في فرنسا في تلك



الفترة، والتي أطلق عليها "نظرية الشعيرة الاجتماعية"، قدم رؤية مبتكرة حول العلاقة بين التطور الاجتماعي والنمو السكاني. في قلب هذه النظرية، يعتقد ديمون أن الأفراد يسعون بشكل طبيعي للارتقاء الاجتماعي، ويضعون نصب أعينهم الوصول إلى مستويات أعلى في هيكلهم الاجتماعي. ولكنه لاحظ أن هذا السعي لا يتوقف عند مجرد تحسين الوضع الاجتماعي، بل قد يأخذ طابعاً مفرطاً بحيث يصبح الفرد مركزاً على الارتقاء بأي وسيلة كانت، حتى وإن كانت تلك الوسائل غير مفيدة للمجتمع ككل.

تمثل الفكرة الجوهرية في أن هذا السعي المستمر لتحسين الوضع الاجتماعي يجعل الفرد يهمل بعض الجوانب الأساسية في حياته الشخصية، مثل اهتمامه بالأسرة وبالإنجاب. ومن هنا يرى ديمون أن "الشعيرة الاجتماعية" التي تؤثر على الفرد داخل المجتمع تشبه في تأثيرها الجاذبية التي تحكم الكائنات في العالم الطبيعي، حيث تسحب الأفراد نحو أهداف معينة، وتؤثر على خياراتهم واهتماماتهم بشكل غير مباشر. في هذا السياق، فإن الحركة الاجتماعية من طبقة إلى أخرى تؤدي إلى انخفاض في معدلات الولادات، إذ أن تزايد السعي نحو تحسين الوضع الفردي ينعكس سلباً على العلاقة الأسرية والتكاثر، مما ينتج عنه في النهاية انخفاض في النمو السكاني. (أبو عيانة، 2002، صفحة 285)

تقدم نظرية ديمون فهماً عميقاً للمفارقة بين تطور الفرد اجتماعياً وارتفاع معدلات الإنجاب، حيث يرى أن هناك علاقة عكسية بين هذين العاملين؛ فكلما تطور الفرد اجتماعياً، انخفضت معدلات التناسل بشكل طبيعي. نظرية دافيد إيميل دوركايم (1858-1917):

إيميل دوركايم الفيلسوف وعالم الاجتماع الفرنسي الشهير، قدم إسهامات فكرية عميقة حول تأثير حجم السكان على تطور المجتمعات. في تحليله الاجتماعي، يرى دوركايم أن نمو حجم السكان ليس مجرد ظاهرة بيولوجية أو اقتصادية، بل هو عامل محوري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتطور تقسيم العمل الاجتماعي. من خلال رؤيته، يعتبر دوركايم أن الزيادة السكانية تعمل كدافع أساسي نحو تحول المجتمعات من أشكالها البسيطة إلى نظم اجتماعية أكثر تعقيداً. كلما زاد عدد السكان في المجتمع، ازدادت الحاجة إلى تنوع الأدوار والمهام، مما يعزز تقسيم العمل بين الأفراد. (الهاشمي، 2018، صفحة 82)

ويعتبر دوركايم أن هذا التوسع في تقسيم العمل الاجتماعي يتجاوز مجرد تنظيم الأنشطة الاقتصادية، ليشمل أيضاً تحولات في الهيكل الاجتماعي والثقافي. الزيادة السكانية تفرض تحديات جديدة تستدعي تنسيقاً أكبر بين الأفراد والجماعات، مما يساهم في تكوين علاقات اجتماعية معقدة تنعكس في تحسين التخصص الوظيفي وتنظيم الأعمال داخل المجتمع. ووفقاً لدوركايم، فإن هذا التحول يعد نقطة انطلاق لسلسلة من الإصلاحات الاجتماعية،



التي تشمل تطور المؤسسات الاقتصادية والتعليمية والسياسية، والتي تؤدي بدورها إلى تحسين الحياة الاجتماعية ورفع مستوى التقدم في مختلف المجالات. (السعاتي و عبد الحميد ، 2008 ، صفحة 61)

من خلال هذا التحليل، يربط دوركايم بين النمو السكاني وتطور المجتمع، ويظهر كيف أن الزيادة في عدد الأفراد يمكن أن تكون محركًا أساسيًا للتطورات التي تحدث على مستوى الحياة الاجتماعية ككل

1-2-4- النظريات الاقتصادية:

تعد النظريات الاقتصادية من المجالات الحيوية التي تناولت التفاعل المعقد بين النمو السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، محورية في فهم كيفية تأثير الزيادة السكانية على التوازن الاقتصادي في المجتمعات. إذ ركزت هذه النظريات على دراسة مجموعة من القضايا الجوهرية التي تشمل بالأساس "مشكلة الحد الأمثل للسكان"، والتي تشير إلى العدد المثالي من السكان الذي يمكن أن يساهم في تحقيق التوازن بين الطلب على الموارد المتاحة وقدرة هذه الموارد على دعم النمو المستدام. يشير هذا المفهوم إلى فكرة أن النمو السكاني يجب أن يتماشى مع قدرة الاقتصاد على توفير احتياجات الأفراد دون أن يؤدي إلى استنزاف الموارد أو التسبب في تدهور نوعية الحياة.

علاوة على ذلك، تناولت النظريات الاقتصادية التأثيرات المتبادلة بين النمو السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، إذ ترى أن الزيادة السكانية قد تساهم في دفع عجلة الإنتاج الاقتصادي من خلال تعزيز اليد العاملة وزيادة الطلب على السلع والخدمات، ما يمكن أن يحفز الابتكار والتنمية. في المقابل، تتساءل هذه النظريات عن كيفية تأثير النمو السكاني الكبير على توزيع الموارد، إذ يمكن أن يفرض تحديات على البنية التحتية، والأنظمة الصحية والتعليمية، وعلى قدرة الدولة في توفير الاحتياجات الأساسية لمواطنيها.

وبذلك، تسعى هذه النظريات إلى فهم آلية تفاعل الزيادة السكانية مع مختلف جوانب التنمية، لتحديد السياسات التي يمكن أن تضمن نموًا سكانيًا يتماشى مع تقدم المجتمع على الأصعدة الاقتصادية والاجتماعية.

نظرية الكسندر موريس كار سوندرز (1886-1966):

ولد كار سوندرز في إنجلترا، حيث تخصص في دراسة الاقتصاد وعلم السكان، وركز اهتمامه على تحليل الظواهر السكانية من زاوية تحديد الحجم الأنسب للسكان، أو ما يعرف بالحد الأقصى الذي يمكن لمجتمع ما استيعابه من سكان دون أن يؤثر ذلك سلبيًا على استدامة الموارد المتاحة. وفقًا لرؤيته، يرى سوندرز أن النمو السكاني ليس مجرد ظاهرة بيولوجية، بل يخضع بدرجة كبيرة لسيطرة الإنسان نفسه، ويعتمد بشكل أساسي على



تفاعل العوامل الاقتصادية والاجتماعية. إذ يعتقد أن هناك علاقة وثيقة ومترابطة بين حجم السكان ووفرة الموارد المتاحة في المجتمع. (عميرة، 2014، صفحة 103)

يوضح سوندرز من خلال تصوره الاقتصادي أن متوسط دخل الفرد يُعد مؤشرًا أساسيًا في تحديد حجم السكان في أي مجتمع. فإذا كان متوسط الدخل يميل إلى الزيادة، فإن المجتمع سيشهد انخفاضًا في عدد السكان، حيث يميل الأفراد إلى تقليل معدلات الإنجاب نتيجة للرفاهية الاقتصادية، مما يؤدي إلى استقرار أو حتى تراجع في الزيادة السكانية. أما إذا كان متوسط الدخل ثابتًا ومستقرًا، فإن عدد السكان سيظل عند الحد الأمثل، حيث تكون الموارد متوازنة مع حجم السكان. في المقابل إذا بدأ متوسط الدخل في الانخفاض تدريجيًا فإن ذلك سيؤدي إلى زيادة في عدد السكان، حيث يواجه الأفراد ظروفًا اقتصادية تفرض عليهم تكوين أسر أكبر في محاولة للتكيف مع التحديات المعيشية. (السيد، 2008، الصفحات 89-90)

يطرح سوندرز رؤيته بأن النمو السكاني لا يتبع مسارًا ثابتًا، بل يتأثر ارتباطًا وثيقًا بالظروف الاقتصادية التي تحدد قدرات المجتمع على توفير احتياجات أفرادها، مما يشير إلى دور الإنسان الفاعل في تنظيم توازن السكان بما يتماشى مع التطورات الاقتصادية.

نظرية كارل ماركس (1818-1883):

كارل ماركس الفيلسوف الاجتماعي الألماني، قدم تحليلًا مغايرًا تمامًا عن العلاقة بين النمو السكاني والفقير مقارنة بنظريات سابقة مثل نظرية مالتوس. يرى ماركس أن الفقر والشقاء لا ينبعان من ميل الإنسان الطبيعي لإنجاب عدد كبير من الأطفال كما اعتقد مالتوس، بل يعودان إلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يفرضها النظام الرأسمالي، حيث يشكل النمو السكاني فائضًا من العمالة في سوق العمل، مما يؤدي إلى زيادة التنافس على فرص العمل المتاحة، وبالتالي إلى تدهور أوضاع العمال وزيادة الفقر. بالنسبة لماركس، لا يوجد قانون ثابت ينظم نمو السكان، بل كل مجتمع له قانون خاص به يتأثر بعلاقاته الإنتاجية وهيكل نظامه الاقتصادي.

ينظر ماركس إلى النمو السكاني في النظام الرأسمالي على أنه نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية غير العادلة التي تؤدي إلى تراكم الثروات لدى طبقة محدودة من أصحاب رأس المال، في حين يعاني الآخرون من البطالة والفقر. في المقابل، يتنبأ ماركس بأن النظام الاشتراكي سيحل هذه المعضلة بشكل جذري. في النظام الاشتراكي، حيث يتم التشغيل الكامل والمتوازن لرأس المال، ولا يوجد فائض سكاني كما هو الحال في النظام الرأسمالي، حيث يتم تخصيص الموارد والفرص بشكل عادل وتوزيع الثروة بشكل أكثر توازنًا، مما يؤدي إلى تقليل الفقر والشقاء.



ماركس ينتقد بشدة فكرة مالتوس التي ربطت زيادة الإنجاب في الطبقات الفقيرة بزيادة الفقر والتخلف، معتبراً أن هذه الفكرة تشويش على الحقيقة الأساسية التي تتمثل في أن الطبقات العليا في المجتمع هي المسؤولة عن استغلال الطبقات الفقيرة وتحديد مصيرهم. بالنسبة لماركس، كانت هذه الأفكار تشتيتاً عن السبب الحقيقي للفقر، الذي يكمن في الاستغلال الطبقي وتوزيع الثروة بشكل غير عادل. (عميرة، 2014، صفحة 99) وبذلك، يرى ماركس أن الفقر لن يكون مشكلة في النظام الاشتراكي، حيث ستختفي التفاوتات الاقتصادية وستتحقق العدالة الاجتماعية. (عبد الهادي، 2009، صفحة 31)

1-2-5- نظرية الانتقال الديموغرافي:

تم وضع نظرية الانتقال الديموغرافي من قبل الديموغرافي الأمريكي * ويليام لاندرى* في عام 1929، وهي تهدف إلى تفسير التغيرات التي يمر بها المجتمع في معدلات النمو السكاني، من خلال انتقاله من نظام ديموغرافي يتميز بارتفاع معدلات الولادات والوفيات إلى نظام آخر يشهد انخفاضاً ملحوظاً في كلا المعدلين. يرتبط هذا التحول بشكل خاص بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي تحدث أثناء الانتقال من المجتمعات ما قبل الصناعية إلى المجتمعات الصناعية، حيث يشهد المجتمع تحولات جذرية في بنيته السكانية مع تطور النظام الاقتصادي. (بوهراوة و عمراوي ، 2018 ، صفحة 206)

تقسم هذه النظرية عملية الانتقال الديموغرافي إلى أربع مراحل رئيسية، تعكس التطورات المتلاحقة في النظام الاجتماعي والصحي والاقتصادي: (عيساني ، 2016 ، الصفحات 122-123)

المرحلة الأولى: تعرف هذه المرحلة بالنظام التقليدي أو المرحلة البدائية، حيث تكون المجتمعات في بداية تطورها، وتتميز بارتفاع معدلات الولادات والوفيات. تتسم هذه المرحلة بوجود ظروف معيشية قاسية، حيث تكون الأوبئة والمجاعات شائعة، ما يؤدي إلى تقلبات حادة في عدد السكان. ومع غياب الرعاية الصحية المتطورة أو التكنولوجيا المتقدمة، تبقى معدلات الوفاة مرتفعة، وهو ما يعكس قسوة الظروف الطبيعية والاجتماعية.

المرحلة الثانية: تُعرف هذه المرحلة بالمرحلة الانتقالية أو مرحلة التزايد السكاني المبكر. في هذه المرحلة، يبدأ المجتمع في التقدم تدريجياً نتيجة لتحسن الظروف المعيشية وابتكارات الطب، مما يؤدي إلى انخفاض معدلات الوفيات بشكل كبير، ولكن معدلات الولادات تظل مرتفعة لفترة أطول. يتسبب هذا في تزايد ملحوظ في عدد السكان، حيث يبقى النمو السكاني مرتفعاً في الوقت الذي تنخفض فيه معدلات الوفاة بفضل تحسن الرعاية الصحية وتحقيق بعض الاستقرار في النظام الغذائي.

المرحلة الثالثة: تُسمى هذه المرحلة بمرحلة الانتقال العصري أو التزايد السكاني المتأخر، حيث يبدأ معدل الخصوبة (عدد الأطفال المولودين لكل امرأة) في الانخفاض، وهو ما يعكس التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي يحدث في



هذه المرحلة. تؤدي التغيرات في أنماط الحياة، مثل تحسين مستويات التعليم وزيادة الوعي الصحي، إلى تقليص الرغبة في الإنجاب، كما تزداد مشاركة المرأة في سوق العمل والمجالات الاجتماعية. هذا التراجع في معدلات الولادات يصحبه أيضًا زيادة في متوسط العمر المتوقع وتحسن الظروف المعيشية.

المرحلة الرابعة: تعرف هذه المرحلة بمرحلة التوازن السكاني، حيث تنخفض كل من معدلات الولادات والوفيات إلى مستويات منخفضة جدًا، ما يؤدي إلى استقرار في عدد السكان. هذا النمو السكاني المستقر هو سمة من سمات المجتمعات الصناعية التي وصلت إلى مرحلة من الاستقرار الديموغرافي، حيث يصبح النظام الاجتماعي والاقتصادي قادرًا على توفير احتياجات السكان دون حدوث أزمات كبيرة. في هذه المرحلة، يُحقق توازن بين العرض والطلب على الموارد، ويتجسد هذا التوازن في انخفاض مستمر في معدلات النمو السكاني مع الحفاظ على استقرار الحالة الاقتصادية والصحية.

تمثل نظرية الانتقال الديموغرافي تصورًا مهمًا لفهم تطور النمو السكاني في مختلف المجتمعات، كما تساهم في تقديم رؤى حول كيفية تأثير التغيرات الاقتصادية والاجتماعية على هيكل السكان عبر الزمن.

2- عوامل النمو السكاني:

2-1- الخصوبة:

تُعد ظاهرة الخصوبة من أبرز المؤشرات التي تُستخدم في دراسة الظواهر السكانية، حيث تمثل أحد العوامل الأساسية التي تعكس قدرة المجتمع على التجدد والازدهار. في هذا السياق، يُقصد بالخصوبة التناسل الفعلي الذي يتمثل في إنجاب الأطفال، سواء من قبل النساء أو الأزواج الذين يقررون تكوين أسرة. وهي ظاهرة ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالولادات الحية، إذ تُعتبر مقياسًا رئيسيًا لعدد الأطفال الذين يولدون أحياء، مما يعكس مستوى التناسل في المجتمع بشكل عام. (الشريف، 2015، صفحة 87)

ومن المهم التمييز بين مفهومي "الخصوبة" و"القدرة على الإنجاب"، حيث يشير مفهوم الخصوبة إلى الفعل الفعلي لإنجاب الأطفال، ويُقاس بعدد المواليد الأحياء، سواء على مستوى الأفراد أو على مستوى السكان ككل. في حين أن القدرة على الإنجاب هي القدرة الفسيولوجية التي يمتلكها الأفراد، سواء كانت النساء أو الرجال، على تحقيق الحمل والإنجاب. وبالتالي، تكون القدرة على الإنجاب معنية بالجانب البيولوجي والفيزيولوجي لهذه العملية، بينما تركز الخصوبة على النتيجة الفعلية لهذه القدرة، أي الإنجاب الفعلي وتسجيله في الإحصاءات السكانية. (رشود، 2008، صفحة 340)



2-1-1-1- مقاييس الخصوبة:

تُقاس ظاهرة الخصوبة من خلال مجموعة من المقاييس المتنوعة التي تختلف في تطبيقاتها وطرائق قياسها، حيث تُعد دراسة النساء في سن الإنجاب، بالإضافة إلى النساء المتزوجات، من أهم الأبعاد التي يتم التركيز عليها في هذا المجال. وتُتيح هذه المقاييس الحصول على صورة شاملة ودقيقة لمستوى الخصوبة في المجتمع. ويمكن قياس خصوبة السكان عبر عدة طرق، تعتمد على تحليل مختلف العوامل المرتبطة بالتناسل، سواء من حيث العدد الفعلي للمواليد أو التركيبة الاجتماعية والاقتصادية للأسر. ويمكن أن نقيس خصوبة السكان كما يلي: (الشريف، 2015، صفحة 85)

2-1-1-2 معدل الخصوبة العامة:

تُعبر عن مستوى الخصوبة لدى جميع النساء دون التفريق بين حالتهن العائلية، سواء كن أمهات، مطلقات، أو عازبات. وهي تُقاس بعدد المواليد لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة، مما يوفر مؤشراً شاملاً لظاهرة الإنجاب على مستوى المجتمع. ويمكن حسابها وفقاً للقانون التالي: (الشريف، 2015، صفحة 88)

$$TFG = \frac{N}{F(15 - 49)} \times 1000$$

2-1-1-2- معدل الخصوبة الشرعية:

يعكس هذا المعدل مستوى الخصوبة لدى النساء المتزوجات فقط، ويُحسب بناءً على عدد المواليد الذي يُسجل لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب ضمن هذه الفئة. ويعد هذا المقياس أحد المؤشرات الهامة التي تعكس سلوك الإنجاب داخل إطار الزواج، حيث يُتيح دراسة تطور هذه الظاهرة في المجتمع بشكل دقيق، ويحسب كالتالي: (الشريف، 2015، صفحة 88)

$$TFL = \frac{NFM}{FM} \times 1000$$

TFM: معدل الخصوبة الشرعية.

NFM: عدد المواليد الأحياء للنساء المتزوجات في العمر x

FM: عدد النساء المتزوجات في العمر x.



2-1-1-3- معدل الخصوبة غير الشرعية:

يُعبّر عن مستوى الخصوبة لدى النساء غير المتزوجات، ويُقاس بناءً على عدد المواليد الذي يتم تسجيله لكل 1000 امرأة من هذه الفئة العمرية. يُعتبر هذا المقياس أحد المؤشرات التي تتيح دراسة أنماط الإنجاب خارج إطار الزواج، مما يساعد في فهم التحولات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالإنجاب في المجتمع، وبحسب الطريقة التالية: (الشريف، 2015، صفحة 88)

$$TFI = \frac{NFI}{FI} \times 1000$$

TFI: معدل الخصوبة غير الشرعية.

NFI: عدد المواليد الأحياء للنساء غير المتزوجات في العمر x.

FI: عدد النساء غير المتزوجات في العمر x.

2-1-1-4- المؤشر التركيبي للخصوبة:

يعد المؤشر التركيبي للخصوبة مقياسًا دقيقًا يعكس العدد الإجمالي للولادات الحية التي يمكن أن تُنجبها المرأة طوال فترة الإنجاب، الممتدة من سن 15 إلى 45 عامًا، مع افتراض استمرارية حياتها خلال تلك الفترة الزمنية. (أمزيان، 2020، صفحة 219)

يُعرف هذا المؤشر أيضًا بمؤشر الخصوبة الكلي، حيث يعكس المعدل المتوسط لعدد الأطفال الذين قد تُنجبهم المرأة طوال سنوات قدرتها الإنجابية، وذلك في حال بقائها على قيد الحياة طوال هذه المرحلة العمرية. يعتبر هذا المقياس من الأدوات الأساسية في الدراسات السكانية، لأنه يقدم تصورًا شاملاً عن مستويات الإنجاب في المجتمع ويساعد على فهم الاتجاهات الديموغرافية بدقة أكبر. يتم حساب هذا المؤشر وفقًا للطريقة التالية: (قاسمي وخالدي، 2020، صفحة 261)

$$ISF = 5 \times \sum \int (x \cdot x + 5)$$

حيث ISF: المؤشر التركيبي للخصوبة.

$\sum \int (x \cdot x + 5)$: مجموع معدلات الخصوبة العمرية

2-1-1-5- معدل الخصوبة حسب العمر:

هو مقياس إحصائي يعكس مستوى الخصوبة في فئة عمرية محددة، ويُستخدم لتحليل الفروق في الخصوبة بين الأعمار المختلفة داخل فئة الإنجاب. يعبر هذا المعدل عن عدد المواليد الأحياء المسجلين سنويًا لكل 1000



امرأة ضمن فئة عمرية معينة، سواء كانت سنة واحدة من سنوات العمر أو مجموعة من الفئات العمرية داخل نطاق سنوات الخصوبة (15-49 عامًا). يُعد هذا المؤشر أداة دقيقة للمقارنة بين فئات عمرية مختلفة، ويتيح فهمًا معمقًا للتغيرات السكانية والتوجهات الإنجابية عبر الزمن، مما يساعد على تقديم رؤى واضحة حول تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على معدلات الخصوبة. يتم حساب هذا المعدل وفقًا للقانون التالي: (الشريف، 2015، صفحة 89)

$$TF = \frac{NF}{F} \times 1000$$

TF: معدل الخصوبة حسب العمر

NF: عدد المواليد الأحياء للنساء في العمر x

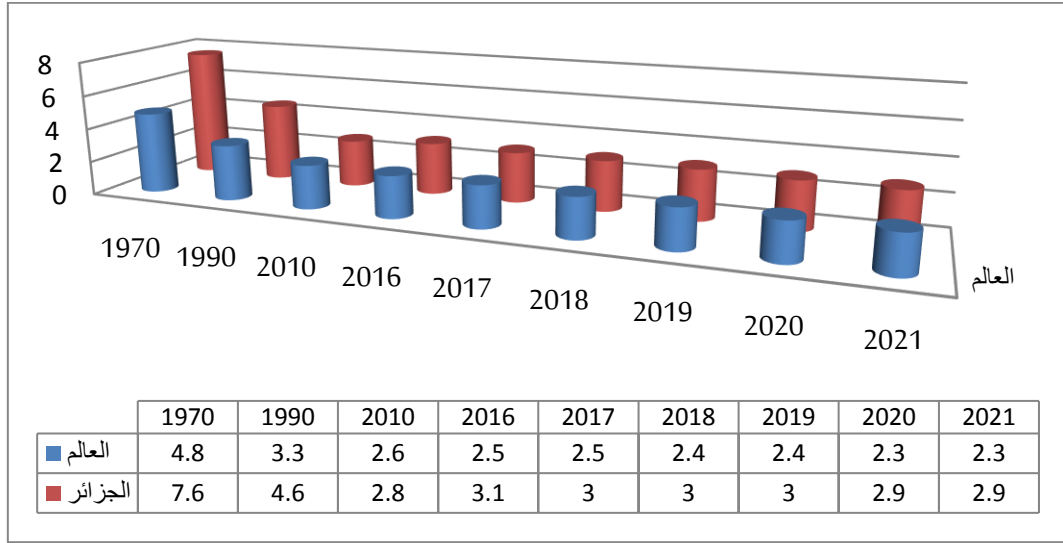
F: عدد النساء في العمر x

2-1-2- تطور مستوى الخصوبة في الجزائر:

شهدت الجزائر في العقود الأخيرة تراجعًا ملحوظًا في معدلات الخصوبة، بعد فترة من الارتفاع النسبي الذي ساد في السنوات الماضية، ففي الفترة بين 1970 و1990 كانت الجزائر تسجل معدلات خصوبة مرتفعة بالمقارنة مع المعدلات العالمية. ففي عام 1970، كان معدل الخصوبة في الجزائر يبلغ 7.60 طفلًا لكل امرأة، بينما كان المعدل العالمي في نفس السنة 4.80 طفلًا لكل امرأة. وفي عام 1990، انخفض المعدل في الجزائر إلى 4.60 طفلًا لكل امرأة، في حين بلغ المعدل العالمي 3.30 طفلًا لكل امرأة. وفي السنوات الأخيرة، استمر المعدل في الانخفاض ليصل في الجزائر إلى 2.90 طفلًا لكل امرأة في عام 2021، بينما انخفض المعدل العالمي إلى 2.30 طفلًا لكل امرأة في نفس السنة. هذه المعطيات تظهر التغيرات الديموغرافية الكبيرة التي شهدتها الجزائر خلال هذه الفترة، والشكل الموالي يوضح ذلك:



شكل رقم (03) توزيع معدلات الخصوبة في الجزائر والعالم



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات البنك الدولي 2021

2-2- الوفيات:

الوفاة هي انتهاء حياة الإنسان، وتعد من الظواهر السكانية الجوهرية التي يحظى اهتمام واسع من علماء الديموغرافيا، باعتبارها أحد العوامل الأساسية المؤثرة في النمو السكاني. فعلى مدار النصف الثاني من القرن الماضي، أدت التحسينات الكبيرة في الرعاية الصحية وانخفاض معدلات الوفيات إلى حدوث انفجار سكاني غير مسبوق في العديد من المناطق. وعلى الرغم من أن الوفاة تظل حدثاً حزيناً ومؤملاً يؤثر عميقاً في الأسرة والمجتمع، فإن حجم الخسارة الناتجة عنها يتفاوت حسب العمر عند الوفاة، حيث تكون أكثر تأثيراً في الحالات التي تحدث في مراحل مبكرة من الحياة. من جهة أخرى، يعرف مفهوم الوفاة وفقاً للأمم المتحدة على أنه "الغياب الدائم لجميع دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة الحية، (رشود ، 2008، صفحة 394) مما يستبعد الحالات التي تشمل المواليد الميتين، الذين لا يتم احتسابهم ضمن هذا التعريف.

2-2-1- المقاييس المستخدمة في دراسة الوفيات:

يُعدُّ مؤشر الوفاة أحد أبرز المعايير المستخدمة لقياس مستوى تقدم أو تأخر الدولة في مختلف المجالات، حيث يعكس بشكل مباشر الوضع الصحي والاجتماعي في المجتمع. تتعدد المقاييس المعتمدة لدراسة الوفاة، وتختلف بحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لكل مجتمع. ومن أبرز هذه المقاييس التي تُستخدم لتقييم ظاهرة الوفاة.



2-2-1-1-1-1 معدل الوفيات الخام:

يُعتبر معدل الوفيات الخام مقياسًا عامًا لا يميز بين الفئات العمرية المختلفة، رغم أن احتمالات الوفاة تختلف بشكل ملحوظ بين هذه الفئات. ففي حين قد يشهد بعض الأعمار معدلات وفاة مرتفعة، قد تكون النسبة أقل في فئات عمرية أخرى، مما يعكس تفاوتات طبيعية في المخاطر الصحية المرتبطة بالعمر. وبسبب عدم مراعاة هذا التفاوت في الفئات العمرية، يُعتبر هذا المعدل "خامًا". (رشود ، 2008، صفحة 401) يتم حسابه وفقًا للصيغة التالية: (الشريف، 2015، صفحة 43)

$$TBM = \frac{D}{P} \times 1000$$

حيث TBM: معدل الوفيات الخام.

D: عدد الوفيات التي تمت خلال السنة.

P: عدد السكان في منتصف السنة.

جدول رقم (01) تطور الوفيات الخام في الجزائر:

السنوات	2015	2016	2017	2018	2019	2020
الوفيات	183	180	190	193	198	236
عدد الوفيات بالآلاف	0,183	0,180	0,190	0,193	0,198	0,236
المعدل الخام للوفيات (ب (%))	4,57	4,42	4,55	4,53	4,55	5,33

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020 صفحة 21)

يتضح من البيانات المعروضة في الجدول رقم (01) أن سنة 2020 شهدت تسجيل 236,000 حالة وفاة، ما يعكس زيادة قدرها 38,000 حالة وفاة مقارنة بعام 2019. كما لاحظنا ارتفاعًا ملحوظًا في المعدل الخام للوفيات، الذي انتقل من 4.55 % إلى 5.44 % خلال نفس الفترة. ويعود هذا التزايد الكبير إلى تداعيات جائحة كورونا التي ضربت الجزائر والعالم على حد سواء، حيث تسببت في وفاة العديد من الأشخاص بسبب تأثيرات الفيروس الذي اجتاحت مختلف أنحاء المعمورة، مما جعل هذه السنة من أكثر السنوات التي شهدت تزايدًا في أعداد الوفيات على مستوى العالم.

2-2-1-2-2 معدل الوفيات الخاص بالعمر و النوع:

يحسب معدل الوفيات العمري لكل فئة عمرية بشكل منفصل، سواء للذكور أو الإناث، مما يمنح هذه المعدلات طابعًا نوعيًا دقيقًا. إذ يسمح هذا الأسلوب بتحليل التفاوتات في الوفيات بين مختلف الفئات العمرية



بحسب الجنس، مما يسهم في تقديم صورة أوضح وأكثر تفصيلاً عن الوضع الصحي داخل المجتمع. (أبو عيانة، 1993، الصفحات 148-149) يتم احتساب هذا المعدل وفقاً للصيغة التالية: (قداوي، 2014، صفحة 26)

$$\text{معدل الوفيات النوعي العمري} = \frac{\text{عدد الوفيات المسجلة في فئة عمرية معينة ذكور أو إناث}}{\text{عدد أفراد العمرية في نفس السنة}} \times 1000$$

يعد هذا المعدل أداة حيوية للمقارنة بين المجتمعات المختلفة أو بين الفئات السكانية داخل المجتمع ذاته، حيث يُقاس لكل 1000 فرد من السكان. كما يُستخدم بشكل أساسي لتسليط الضوء على تأثير المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والجنس في تشكيل أنماط الوفيات، مما يوفر فهماً عميقاً للدور الذي تلعبه هذه العوامل في تحديد مستويات الوفاة عبر الفئات المختلفة. (السيد، 2004، صفحة 285).

2-3-الهجرة:

تعد الهجرة من العوامل المؤثرة بعمق في النمو السكاني، حيث يمكن أن يؤدي تدفق السكان إلى زيادة أو نقص في العدد الإجمالي للسكان، مما ينعكس بشكل مباشر على الخصائص الديموغرافية والاقتصادية للمجتمع. (أبو عيانة، 2002، صفحة 147) وفقاً لتعريف الأمم المتحدة، تُعرّف الهجرة بأنها انتقال الأفراد من منطقة جغرافية إلى أخرى، وغالباً ما يصاحب هذا الانتقال تغيير في محل الإقامة، حتى وإن كان ذلك لفترة زمنية قصيرة. يشمل هذا التعريف السكان المقيمين الذين يمتلكون إقامة ثابتة. (إسماعيل، 1997، صفحة 95) وتتعدد أشكال الهجرة وفقاً للظروف والملابسات المختلفة، حيث تشمل الهجرة الداخلية، التي تحدث ضمن حدود الدولة نفسها دون تجاوز الحدود السياسية. أما الهجرة الخارجية، فتتمثل في انتقال الأفراد عبر الحدود الدولية لدولة أو أكثر. كما توجد الهجرة المؤقتة، حيث يقيم المهاجر لفترة محددة في منطقة معينة قبل أن يعود إلى بلده الأصلي. وتُعتبر الهجرة الموسمية نوعاً آخر، حيث ينتقل العمال بشكل جماعي في مواسم معينة مثل موسم الحصاد، متجاوزين الحدود السياسية لدولهم. من ناحية أخرى، هناك الهجرة الدائمة، التي يقرر خلالها الأفراد مغادرة وطنهم نهائياً للاستقرار في بلد آخر.

تصنف الهجرة أيضاً إلى هجرة اختيارية، وهي تلك التي تتم بمبادرة فردية بناءً على رغبة الشخص في البحث عن فرص أفضل، مقابل الهجرة الإجبارية التي تحدث بسبب ظروف قهرية، مثل الحروب أو الكوارث الطبيعية، حيث يُجبر الأفراد على مغادرة أوطانهم، كما في حالات اللجوء أو النزوح القسري. (إسماعيل، 1996، الصفحات 89-90)



2-3-1-1- معديلات الهجرة:

تعد معديلات الهجرة من المؤشرات الحيوية التي تساهم بشكل كبير في فهم التحولات السكانية والاقتصادية داخل المجتمع. هذه المعديلات تعكس بشكل دقيق حركة السكان بين الأماكن الجغرافية، سواء كان هذا التنقل داخل حدود دولة معينة أو عبر الحدود الدولية. كما توضح معديلات الهجرة حجم الأفراد الذين غادروا دولهم في اتجاهات مختلفة، بالإضافة إلى أعداد المهاجرين الذين وصلوا إلى تلك الدول من بلدان أخرى، وذلك في فترة زمنية معينة. تُعبر هذه المعديلات عادة عن كل 1000 نسمة في السنة، مما يوفر قاعدة صلبة للمقارنات الدقيقة بين البلدان والمناطق المختلفة.

تستخدم هذه المعديلات بشكل أساسي لإجراء مقارنات دقيقة بين الدول والمناطق الجغرافية، حيث يتم الاعتماد على مؤشرات نسبية متخصصة في تحليل البيانات السكانية. من خلال هذه الأدوات التحليلية، يُمكن حساب مجموعة متنوعة من المؤشرات التي تساهم في تقديم صورة شاملة ومتعمقة حول تأثيرات الهجرة على الاقتصاد والمجتمع، مما يساعد في صياغة سياسات فاعلة تستجيب لهذه التحولات. ويمكن حساب عدد من المعديلات منها: (رشود ، 2008 ، صفحة 456)

2-3-1-1- الهجرة الوافدة:

تعني تدفق الأفراد إلى دولة أو مدينة أو منطقة جغرافية معينة، مثل انتقال السكان من المناطق الريفية إلى الحضرية، وهي ظاهرة تعكس تغيرات في توزيع السكان وتأثيرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، مما يسمح بقياس حجم هذا التدفق السكاني بدقة ويُساعد في فهم أثره على التركيبة السكانية والإمكانات الاقتصادية للمنطقة المستقبلية، ويُحسب معدل الهجرة الوافدة من خلال استخدام الصيغة التالية: (رشود ، 2008 ، صفحة 456)

$$\text{معدل الهجرة الوافدة} = \frac{\text{عدد المهاجرين الوافدين إلى دولة أو مدينة أو منطقة جغرافية ما}}{\text{عدد السكان في الدولة أو المدينة أو المنطقة نفسها في منتصف السنة}} \times 1000$$

2-3-1-2- الهجرة المغادرة:

تمثل انتقال الأفراد من موطنهم الأصلي إلى وجهة جديدة، سواء كان ذلك داخل حدود الدولة نفسها أو عبر الانتقال إلى دولة أخرى. تعكس هذه الظاهرة تحولات ديموغرافية كبيرة تؤثر في توزيع السكان والموارد البشرية على مستوى محلي وعالمي. ويعكس معدل الهجرة المغادرة حجم هذا التدفق السكاني، مما يسمح بدراسة تأثيراته على المناطق التي يتركها الأفراد، سواء من حيث النقص السكاني أو تداعياته الاقتصادية والاجتماعية، مما يوفر



أداة دقيقة لقياس حركة السكان وتوجهاتهم عبر الحدود، يتم احتساب هذا المعدل باستخدام الصيغة التالية: (رشود ، 2008 ، صفحة 456)

$$\text{معدل الهجرة المغادرة} = \frac{\text{عدد المهاجرين النازحين في السنة}}{\text{إجمالي السكان في مكان الأصل في منتصف السنة}} \times 1000$$

2-3-1-3- صافي الهجرة:

يعتبر مؤشراً حيوياً يعكس التغير الصافي في حجم السكان نتيجة للتنقلات البشرية عبر الحدود. فهو يمثل الفارق بين عدد المهاجرين الوافدين إلى منطقة معينة وعدد المهاجرين المغادرين منها خلال فترة زمنية محددة. يتم حسابه من خلال خصم عدد المهاجرين النازحين من عدد المهاجرين القادمين، مما يسمح بتحديد التأثير الصافي للهجرة على التركيبة السكانية. يساهم هذا المؤشر في تقديم صورة دقيقة عن تدفقات السكان وأثرها على النمو السكاني والتوزيع الجغرافي. وبحسب كالأني: (رشود ، 2008 ، صفحة 456)

$$\text{معدل صافي الهجرة} = \frac{\text{عدد المهاجرين الوافدين} - \text{عدد المهاجرين المغادرين}}{\text{عدد السكان في الدولة أو المدينة أو المنطقة نفسها في منتصف السنة}} \times 1000$$

2-4-1-3- نسبة الهجرة:

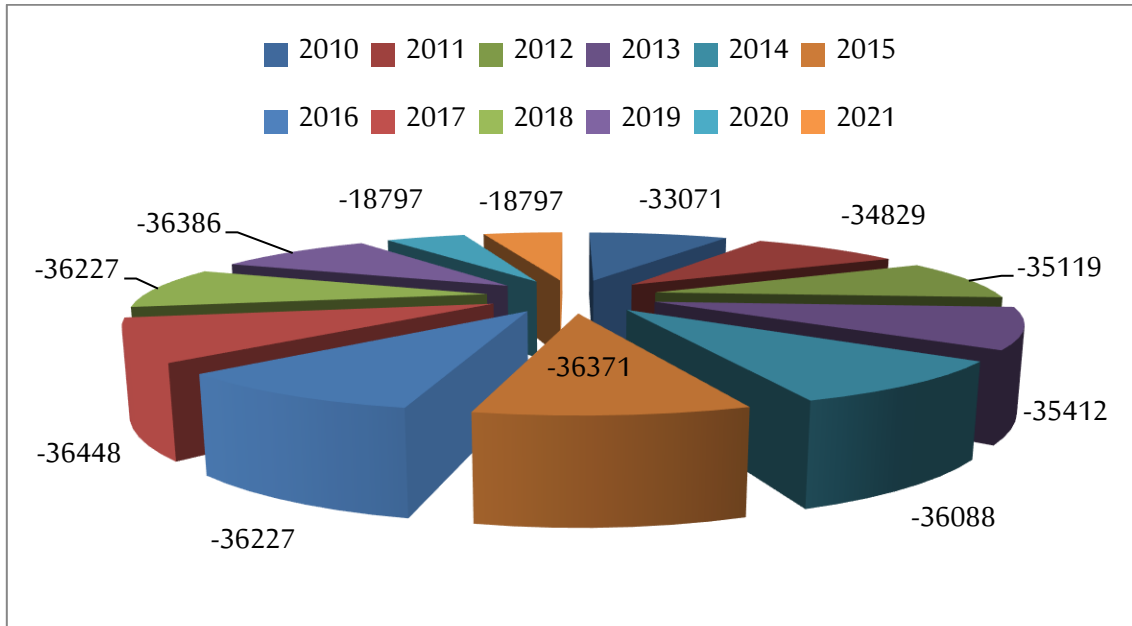
ويمكن حساب نسبة الهجرة باستخدام الصيغة التالية: (رشود ، 2008 ، صفحة 457)

$$\text{نسبة الهجرة} = \frac{\text{صافي الهجرة}}{\text{عدد المواليد} - \text{عدد الوفيات}} \times 1000$$

تعد نسبة الهجرة مؤشراً بالغ الأهمية يعكس مدى تأثير الهجرة على التغيرات السكانية في منطقة معينة، حيث أن ارتفاع هذه النسبة يشير إلى تفوق تأثير الهجرة على النمو الطبيعي للسكان. يعكس ذلك التغير الواضح في التركيبة السكانية الذي قد يتسبب في تعديل القوى العاملة، التوزيع الجغرافي، والمستوى الاقتصادي في المنطقة، ولهذا النسبة أهمية بالغة في عملية التخطيط الإقليمي، إذ تُسهم بشكل مباشر في صياغة السياسات السكانية والتنمية التي تأخذ بعين الاعتبار التحديات والفرص المرتبطة بالحركة السكانية عبر الحدود.



شكل رقم (04): صافي الهجرة في الجزائر للفترة بين (2008-2020)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي 2023

يتضح من خلال الشكل رقم(04) أن صافي الهجرة بلغ -33071 في عام 2010، وارتفع ليصل إلى -36448 في عام 2016. هذه الأرقام تشير إلى أن عدد المهاجرين النازحين كان أكبر بشكل ملحوظ من عدد المهاجرين الوافدين، مما يعكس تفوق تأثير الهجرة المغادرة على الهجرة الوافدة في تلك الفترة. كما يلاحظ أن هذه الفترة شهدت استمراراً في ارتفاع أعداد المهاجرين النازحين مقارنة بالوافدين، مما يعكس تحولاً ديموغرافياً متزايداً. ومع بداية عام 2021، بدأ صافي الهجرة في التحسن التدريجي، حيث انخفض إلى -18797، مما يدل على حدوث تغيرات في تدفقات الهجرة، وتحقيق نوع من الاستقرار النسبي في التوازن بين الهجرة الوافدة والمغادرة.

3- مراحل النمو السكاني في الجزائر بعد الاستقلال:

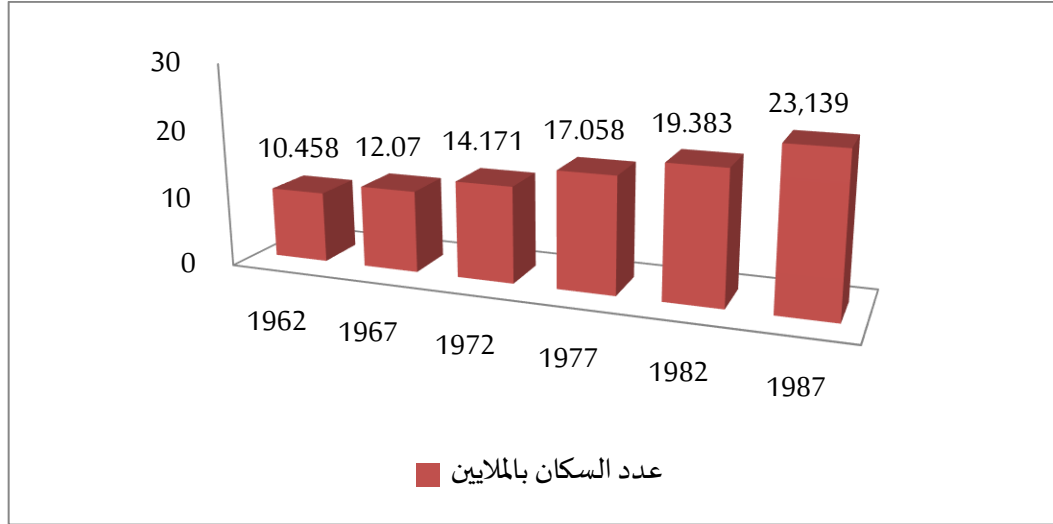
بعد استرجاع الجزائر لاستقلالها في عام 1962، دخلت البلاد في مرحلة من التحديات العميقة نتيجة للدمار الواسع الذي خلفه الاستعمار الفرنسي، حيث ألحقت الحرب التحريرية أضراراً جسيمة في كافة المجالات، من بنية تحتية واقتصاد وصحة. كما تعرضت الجزائر لآثار مباشرة نتيجة للثورة، التي أسفرت عن استشهاد نحو مليون ونصف مليون شهيد، أي ما يعادل حوالي 15% من إجمالي السكان آنذاك الذين بلغ عددهم 10236000 نسمة. (تومي ، 2019، صفحة 446) وبسبب هذه الخسائر الفادحة، تبنت الدولة الجزائرية بعد الاستقلال سياسة استعجالية تهدف إلى تعويض ما فقدته خلال فترة الثورة، حيث تم التركيز على تشجيع الزواج والإنجاب بهدف استعادة التوازن السكاني. ومن خلال هذه السياسة، مرّت الجزائر بمراحل تطور متلاحقة، ركزت



خلالها على البناء والإصلاح في جميع الأصعدة، مع السعي لتحقيق التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي يعوض الخسائر البشرية التي تكبدتها:

المرحلة الأولى (1962-1987):

شكل رقم (05) عدد سكان الجزائر للفترة (1962-1987):



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر ، 2011 ، صفحة 33).

من خلال الشكل رقم (05) يمكن ملاحظة الزيادة الملحوظة في النمو السكاني في الجزائر. ففي عام 1962، عقب الاستقلال، كان عدد السكان يبلغ 10.458 مليون نسمة، ليرتفع هذا العدد إلى 23.139 مليون نسمة في عام 1987، مما يعكس زيادة قدرها 12.681 مليون نسمة، أي ما يعادل نسبة نمو تقارب 54.81%. ويعزى هذا الارتفاع الكبير إلى تحسين الظروف المعيشية والصحية التي شهدتها البلاد بعد الاستقلال، فضلاً عن السياسات التي تم تبنيها لتعويض الخسائر البشرية الفادحة الناتجة عن الاستعمار الفرنسي، والتي أسهمت في تقليص معدلات الوفيات بشكل ملحوظ، مما أدى إلى تعزيز النمو السكاني في مرحلة ما بعد الاستقلال.



المرحلة الثانية (1988 – 1998):

جدول رقم (02) عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (1988 – 1998)

السنوات	عدد السكان بالملايين	معدل النمو الطبيعي (%)
1988	23.784	2,73
1989	24.409	2,50
1990	25.022	2,49
1991	25.643	2,41
1992	26.272	2,43
1993	26.895	2,26
1994	27.496	2,17
1995	28.059	1,89
1996	28.566	1,69
1997	29.045	1,64
1998	29.507	1,57

المصدر من اعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020، صفحة 2)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) زيادة عدد السكان ، إلا أن هذه الزيادة كانت بطيئة نسبياً، حيث ارتفع من 23.784 مليون نسمة في عام 1991 إلى 29.507 مليون نسمة في عام 1998. في المقابل، يتبين أن معدل النمو الطبيعي للسكان بدأ في التناقص الملحوظ، حيث كان يبلغ 2.73% في عام 1991، ليصل إلى 1.57% في عام 1998. ويعود هذا التراجع إلى مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها البلاد في تلك الفترة، بما في ذلك الظروف الأمنية غير المستقرة، التي ساهمت في عزوف الشباب عن الزواج، إضافة إلى انتشار البطالة وارتفاع مشاكل السكن، إلى جانب تسريح العمال الذي أثر بشكل كبير على القدرة الشرائية، ما أدى إلى تراجع النمو السكاني بشكل عام.



المرحلة الثالثة (1999 – 2008):

جدول رقم (03) عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (1999 – 2008)

السنوات	عدد السكان بالملايين	معدل النمو الطبيعي (%)
1999	29.965	1,51
2000	30,416	1,48
2001	30,879	1,55
2002	31,357	1,53
2003	31,848	1,58
2004	32346	1,63
2005	32,906	1,69
2006	33,481	1,78
2007	34096	1,86
2008	34591	1,92

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020، صفحة 2) .

يتبين من خلال الجدول رقم (03) أن الجزائر شهدت زيادة مستمرة في عدد السكان، حيث ارتفع من 29.965 مليون نسمة في عام 1999 إلى 34.591 مليون نسمة في عام 2008. كما لوحظ تحسن ملحوظ في معدل النمو الطبيعي، الذي ارتفع من 1.51% في 1999 إلى 1.92% في 2008. يعود هذا النمو السكاني إلى مجموعة من العوامل الجوهرية، أبرزها ارتفاع معدل الولادات الخام من 19.82% في 1999 إلى 23.62% في 2008، فضلاً عن انخفاض معدل الوفيات الخام الذي تراجع من 4.72% في 1999 إلى 42.4% في 2008. (ديموغرافيا الجزائر، 2020 صفحة 21)، ويرجع هذا التحسن إلى جملة من العوامل التي شملت تحسن الوضع الأمني في البلاد، ورفع مستوى الظروف المعيشية، إضافة إلى التطور الملحوظ الذي شهده القطاع الصحي، مما أسهم في تعزيز مستوى الرعاية الصحية وتحقيق استقرار نسبي في المؤشرات السكانية.



المرحلة الرابعة (2009 – 2021):

جدول رقم (04) عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (2009 – 2020):

السنوات	عدد السكان بالملايين	معدل النمو الطبيعي (%)
2009	35.268	1,96
2010	35.978	2,03
2011	36.717	2,04
2012	37.495	2,16
2013	38.297	2,07
2014	39.114	2,15
2015	39.963	2,15
2016	40.836	2,17
2017	41.721	2,09
2018	42.578	1,99
2019	43.424	1,93
2020	44.244	1,71

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات: (ONS, Rétrospective Statistique 1962-

2011 DEMOGRAPHIE)

يتبين من خلال الجدول رقم (04) أن الجزائر قد شهدت نموًا مستمرًا في عدد السكان، حيث ارتفع العدد من 35.268 مليون نسمة في عام 2009 إلى 44.244 مليون نسمة في عام 2020. هذا النمو السكاني ترافق مع زيادة في معدل النمو الطبيعي، الذي ارتفع من 1.96% في 2009 إلى 2.17% في 2016. ومع ذلك، لاحظنا تراجعًا تدريجيًا في هذا المعدل ابتداءً من عام 2016، لينخفض إلى 1.71% في عام 2020. يعود هذا التراجع إلى مجموعة من العوامل، أهمها انخفاض ملحوظ في عدد الزيجات، حيث بلغ عدد الزيجات في عام 2016 حوالي 3566000، بينما انخفض إلى 3153800 في عام 2019. إضافة إلى ذلك، يمكن اعتبار تأثير جائحة كورونا عام 2020 كعامل رئيسي ساهم في تراجع المعدل السكاني، حيث أدت هذه الأزمة الصحية إلى تأثيرات سلبية على العديد من الجوانب الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر والعالم بشكل عام، مما أسهم في تراجع معدل النمو الطبيعي في تلك الفترة.



4-آفاق تطور حجم سكان الجزائر للفترة (2015-2050):

قام الديوان الوطني للإحصاء في الجزائر دراسة استشرافية في عام 2017 لتحديد آفاق تطور حجم السكان خلال الفترة من 2015 إلى 2050. وقد تركزت هذه الدراسة على مجموعة من الافتراضات الهامة بشأن التوجهات الديموغرافية المستقبلية. من بين هذه الافتراضات، تم التوقع بانخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة ليصل إلى 1.2 طفل لكل امرأة بحلول عام 2050، وهو ما يعكس التوجهات العالمية نحو انخفاض الخصوبة. في المقابل، تم افتراض أن المعدلات العامة للخصوبة ستظل مرتفعة في بعض الفترات لتصل إلى 3 أطفال لكل امرأة، (تومي ، 2019، صفحة 451) مما يسלט الضوء على احتمالية تباين معدلات الخصوبة وفقاً للعوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة.

جدول رقم (05) تطور حجم سكان الجزائر للفترة (2015-2050):

السنة	افتراض انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة	افتراض ارتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة
2015	39.963.000	39.963.000
2020	44.247.000	44.345.000
2025	48.131.000	48.664.000
2030	51.490.000	52.800.000
2035	54.501.000	56.928.000
2040	57.435.000	61.430.000
2045	60.435.000	66.580.000
2050	63.348.000	72.389.000

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (تومي حسين، 2019، ص455)

من خلال الجدول رقم (05) نلاحظ الزيادة المستمرة في حجم السكان في الجزائر بناءً على الافتراضات المختلفة. ففي حالة الافتراض القائم على انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة إلى 2,1 طفل لكل امرأة حتى عام 2050، فإن عدد سكان الجزائر الذي كان 39963000 نسمة في سنة 2015 من المتوقع أن يرتفع ليصل إلى 63348000 نسمة بحلول عام 2050. أما في حال افتراض بقاء المؤشر التركيبي للخصوبة عند معدلات أعلى، بحيث يظل عند 3 أطفال لكل امرأة، فإن العدد المتوقع للسكان في الجزائر سيكون 72389000 نسمة بحلول نفس العام.



إن هذه الزيادة السكانية المتوقعة، سواء في السيناريوهات الأكثر تفاؤلاً أو تلك التي تعكس تراجع المؤشر التركيبي للخصوبة، تشير إلى تأثيرات كبيرة قد تستمر إلا في حال وقوع تحولات غير متوقعة. من بين هذه التحولات، قد يكون هناك تحسن غير مسبوق في مؤشرات التنمية البشرية، مما قد يؤدي إلى تسارع غير مسبوق في النمو السكاني يتجاوز جميع التوقعات، لاسيما في سيناريو استمرار ارتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة.

هذا الارتفاع الملحوظ في أعداد السكان سيخلق تحديات ضخمة في مختلف القطاعات الحيوية مثل توفير المياه، تأمين الإسكان، تأمين الطاقة، ضمان احتياجات النظام الصحي، إضافة إلى توفير فرص العمل. ومن ثم، يصبح من الضروري أن تتبنى الحكومة استراتيجيات شاملة وفعالة لمواجهة هذه التحديات، مع تصميم خطط بعيدة المدى تراعي كافة الأبعاد الديموغرافية، الاقتصادية، الاجتماعية والصحية، بهدف ضمان تحقيق توازن مستدام بين النمو السكاني واحتياجات التنمية في مختلف المجالات، مع السعي لتأمين مستوى حياة ملائم لجميع المواطنين في ظل هذه التحولات الكبيرة.



خلاصة

النمو السكاني في الجزائر هو ظاهرة تعكس التفاعلات بين العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي شكلت واقع البلاد على مر العصور. وقد تناول هذا الفصل دراسة النظريات السكانية التي أسهمت في تفسير هذه الظاهرة، بدءًا من الفكر السكاني القديم الذي ركز على العلاقة بين السكان والبيئة، مرورًا بالنظريات المعاصرة التي توسعت لتشمل أبعادًا اقتصادية واجتماعية أكثر تعقيدًا، فالنظريات السكانية تُعد حجر الزاوية في فهم ديناميكيات النمو السكاني، ومن بين هذه النظريات، برزت نظرية روبرت مالتوس التي ناقشت العلاقة بين السكان والموارد، مؤكدة على أهمية التوازن بينهما. كما قدمت النظريات الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية رؤى متعددة حول كيفية تأثير العوامل البيئية والثقافية والاقتصادية على النمو السكاني. وبرزت نظرية الانتقال الديموغرافي كإطار شامل لفهم المراحل الزمنية للنمو السكاني في المجتمعات .

و شملت عوامل النمو السكاني الخصوبة، الوفيات، والهجرة، و شهدت معدلات الخصوبة في الجزائر تراجعًا ملحوظًا، في حين تأثرت معدلات الوفيات بشكل كبير بجائحة كورونا، ما أدى إلى زيادة ملحوظة في المعدل الخام للوفيات سنة 2020، أما الهجرة فقد لعبت دورًا جوهريًا في التغيرات الديموغرافية، حيث بينت الإحصائيات أن صافي الهجرة كان سالبًا خلال الفترات الأخيرة، مع زيادة عدد النازحين مقارنة بالوافدين.

ومرت الجزائر بتحويلات سكانية بارزة بعد الاستقلال عام 1962، حيث أسفرت الحرب التحريرية عن آثار ديموغرافية واجتماعية عميقة، أما في المستقبل، فتُظهر الدراسات الاستشرافية انخفاضًا متوقعًا في معدل الخصوبة ليصل إلى 2.1 طفل لكل امرأة بحلول عام 2050، مما يعكس توجه البلاد نحو استقرار سكاني نسبي .

تؤكد هذه الخلاصة أن فهم النمو السكاني في الجزائر يتطلب تحليلًا شاملًا للتفاعلات بين النظريات والعوامل الديموغرافية والمراحل التاريخية، بما يتيح وضع استراتيجيات فعالة لتحقيق التنمية المستدامة.

الفصل الرابع

مؤشرات التنمية الصحية والتوجه

نحو الرقمنة الصحية في الجزائر



تمهيد

يعتبر الواقع الصحي في الجزائر عن مزيج من التحديات والإنجازات التي عكستها المؤشرات الصحية المختلفة، فهذه المؤشرات تمثل بوصلة تُرشد صنّاع القرار في تطوير السياسات الصحية وتحديد الأولويات الاستراتيجية التي تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية.

تعكس مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر حالة النظام الصحي من زوايا متعددة، مثل معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة، التي تشكل مقياسًا دقيقًا لجودة الرعاية الصحية الأساسية، كما يعكس معدل متوسط العمر المتوقع عند الولادة التقدم المحرز في تعزيز الصحة العامة، وعلى صعيد الأمراض يُبرز واقع الأمراض المزمنة وانتشار بعض الأمراض ذات التبليغ الإجمالي دور الوقاية والسيطرة كجزء من السياسة الصحية. وفيما يتعلق بالإنفاق الصحي يتضح أثر السياسات الوطنية من خلال نفقات الصحة العامة والهياكل الإدارية الصحية، مع تركيز خاص على الإنفاق الصحي في ظل جائحة كورونا، التي أعادت صياغة الأولويات الصحية على المستوى الوطني والدولي .

ومع التحولات التكنولوجية المتسارعة، أصبح التوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر ضرورة ملحة لتعزيز كفاءة النظام الصحي وتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. حيث قدمت استراتيجية "الجزائر الإلكترونية 2013" والوكالة الوطنية لتطوير الرقمنة خطوات ملموسة نحو تحديث القطاع. وقد شهدت الجزائر تطورات مهمة في إنشاء منصات رقمية وتطبيقات صحية تعزز الصحة الإلكترونية، مع التركيز على إيجابيات هذه المبادرات مثل تحسين كفاءة الخدمات وسهولة الوصول إليها .

ورغم هذه الإنجازات، تواجه الرقمنة الصحية في الجزائر مجموعة من التحديات مما يتطلب استراتيجية شاملة تضمن تطوير الصحة الرقمية كجزء لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية .

بهذا يشكل هذا الفصل إطارًا لتحليل شامل للمؤشرات الصحية والواقع الصحي في الجزائر في ظل الرقمنة، بما يعزز من قدرة النظام الصحي على التكيف مع التحديات المعاصرة وضمان استدامته.



1- مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر

1-1- معدل وفيات الأطفال الرضع:

هو وفيات الأطفال في السنة الأولى من العمر (من 0 إلى 1 سنة) وأحد المؤشرات الديموغرافية البالغة الأهمية لقياس مستوى تقدم الأمم في مجالات الصحة العامة. يعبر هذا المعدل عن عدد حالات الوفاة التي تحدث للأطفال خلال عامهم الأول من الحياة، ويُعتبر مقياسًا دقيقًا لمستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة في المجتمع. يمثل هذا المعدل انعكاسًا لمدى قدرة الدولة على توفير خدمات صحية متكاملة وفعّالة تضمن حماية الأطفال في هذه المرحلة العمرية الحرجة.

يعتبر هذا المؤشر أحد الركائز الأساسية التي تُستخدم لتقييم التطور الاقتصادي والاجتماعي لأي دولة، حيث يشير إلى مدى التقدم الذي أحرزته في تحسين ظروف الحياة والرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، يشير هذا المعدل إلى الكفاءة في توفير الرعاية الصحية للأم والطفل، وهو ما يعكس الوضع الصحي العام في المجتمع. تُستخدم البيانات المتعلقة بوفيات الأطفال دون سن السنة كمؤشر رئيسي لتوجيه السياسات الصحية وتطوير الأنظمة الطبية، ويساهم في تحديد أولوية البرامج الصحية الوطنية.

ويتم حساب هذا المعدل باستخدام بالقانون التالي: (الشريف، 2015، صفحة 53)

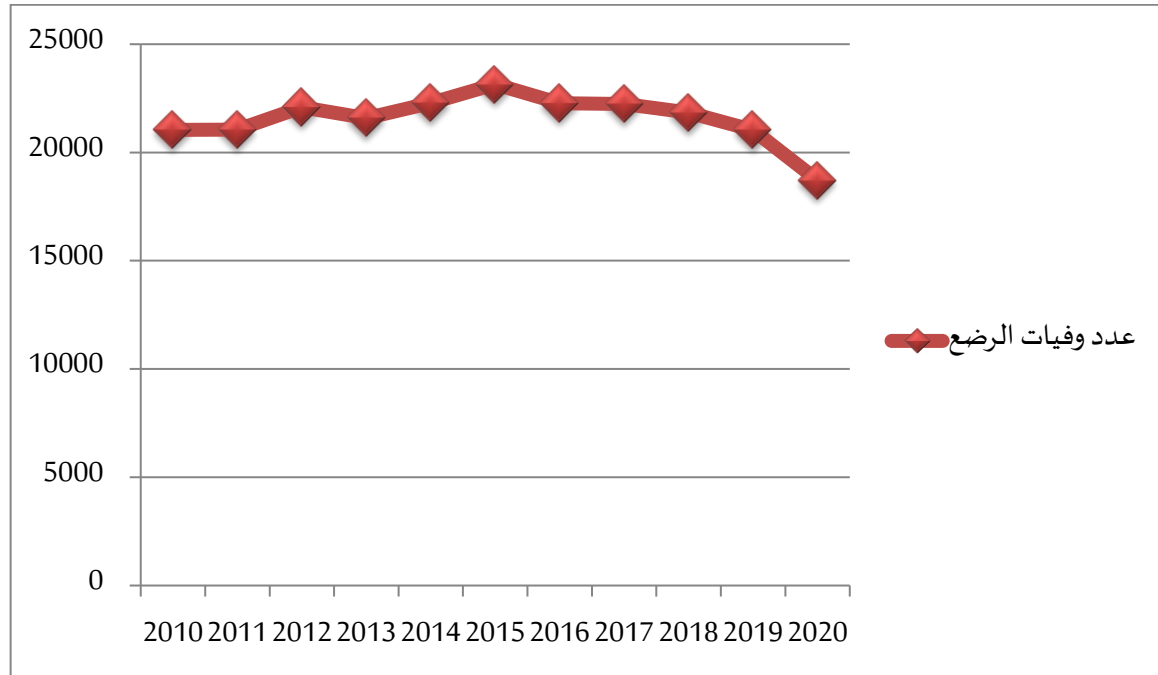
$$TMI = \frac{D(0, 1)}{NV}$$

حيث $D(0,1)$: هو عدد الوفيات الأقل من سنة في سنة معينة

NV : هو عدد المواليد الأحياء خلال نفس السنة.



شكل رقم (06): عدد وفيات الأطفال الرضع في الجزائر للفترة الممتدة بين 2010 - 2020



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (الديوان الوطني للإحصاء، 2020 ، الصفحات 21-22)

جدول رقم(06):نسبة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر للفترة الممتدة بين 2010 . 2020

السنة	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
وفيات الرضع %	23,7	23,1	22,6	22,4	22,0	22,3	21,0	20,9	21,0	21,0	18,9
وفيات الرضع ذكور %	25,2	24,6	23,9	23,6	23,5	23,7	22,4	22,6	22,5	22,5	21,0
وفيات الرضع إناث %	22,2	21,6	21,2	21,2	20,4	20,7	19,3	19,3	19,5	19,4	16,6

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (الديوان الوطني للإحصاء 2020 ، الصفحات 21-22)



يتضح من خلال الشكل رقم (06) والجدول رقم (06) أن هناك تحسناً ملحوظاً في معدلات وفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال العقد الأخير. ففي سنة 2010 بلغ عدد وفيات الأطفال الرضع في البلاد 21046 حالة وفاة، بمعدل وفيات قدره 23.7‰، وهو ما يعكس تحديات كبيرة في مجال الرعاية الصحية آنذاك. إلا أنه بحلول سنة 2020 شهدت الجزائر تراجعاً ملحوظاً في هذا المؤشر، حيث انخفض عدد وفيات الرضع إلى 18717 حالة وفاة، مع معدل وفاة قدره 18.9‰، مما يدل على تحسن ملموس في جودة الرعاية الصحية والوقاية.

ونلاحظ من البيانات أيضاً تفاوتاً بين معدلات وفيات الرضع الذكور والإناث، حيث كانت نسبة وفيات الذكور في سنة 2010 أعلى من الإناث، إذ بلغ معدل وفيات الذكور 25.2‰، بينما كانت نسبة وفيات الإناث 22.2‰. ولكن في سنة 2020 انخفض معدل وفيات الذكور إلى 21.0‰، في حين تراجعت وفيات الإناث بشكل أكبر إلى 16.6‰.

يرجع هذا التحسن الكبير في معدلات وفيات الأطفال الرضع إلى الجهود الكبيرة التي بذلتها الدولة الجزائرية في تطوير نظام الرعاية الصحية للأطفال. فقد اهتمت الحكومة بشكل خاص بتوفير اللقاحات الأساسية للأطفال، مما ساهم في تقليص انتشار الأمراض المعدية التي تؤثر على صحة الرضع. كما أن توفير الخدمات الصحية المتكاملة، بما في ذلك الرعاية ما قبل الولادة وبعدها، وتوسيع برامج التوعية الصحية للأمهات، لعب دوراً محورياً في هذا التحسن. هذه الإجراءات جاءت في إطار استراتيجية شاملة تهدف إلى تحسين الوضع الصحي للأجيال الصاعدة وضمان مستقبلاً أكثر صحة للأطفال.

1-2- معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة:

يعد معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من المؤشرات الصحية الأساسية التي يُقاس من خلالها مستوى الرعاية الصحية في أي مجتمع. يُحسب هذا المعدل كمتوسط سنوي لعدد الوفيات بين الأطفال الذين لم يتجاوزوا الخامسة من العمر، وذلك لكل ألف مولود حي، ويتم جمع هذه البيانات على مدار السنوات الخمس السابقة. تمثل هذه الفترة من حياة الطفل مرحلة حرجة، حيث يواجه الأطفال في هذا العمر العديد من المخاطر الصحية المرتبطة بالأمراض المعدية، وسوء التغذية، وغياب الرعاية الطبية المناسبة. (بوحفص، 2021، صفحة 555)

وتعتبر الرعاية الصحية للأطفال في هذه السن ذات أهمية قصوى، إذ يتطلب الأمر توفير بيئة صحية وآمنة تضمن وقايتهم من الأمراض وتعزز نموهم العقلي والجسدي بشكل سليم. لا تقتصر هذه الرعاية على العلاج

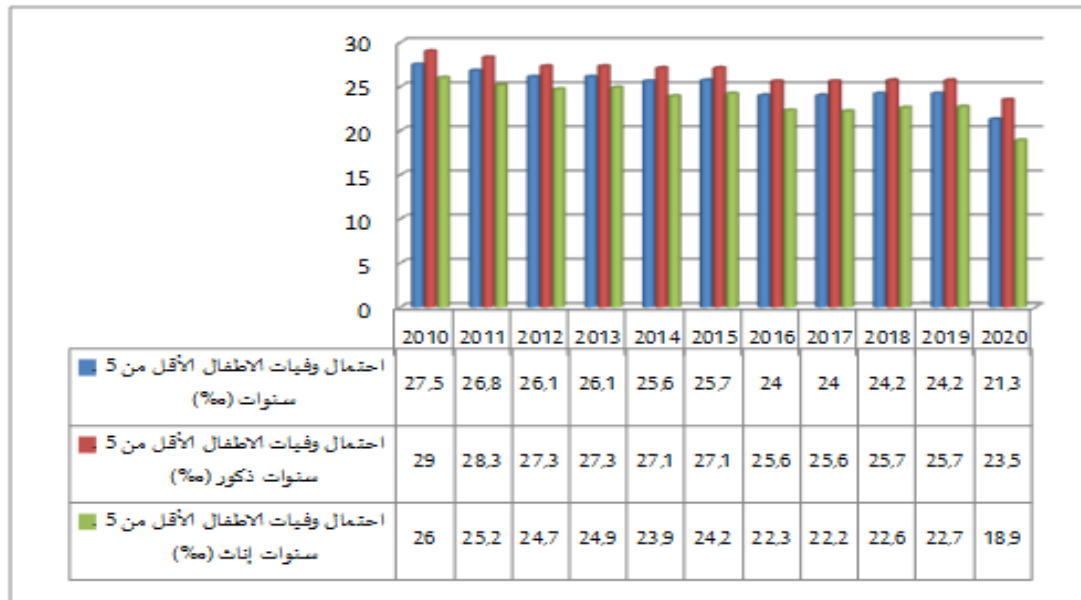


الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

فقط، بل تشمل أيضاً الوقاية من خلال التوعية والتطعيمات الضرورية، فضلاً عن توفير الرعاية ما قبل الولادة وبعدها للأمهات، حيث تساهم صحة الأم بشكل مباشر في صحة الطفل.

إن تقليص معدلات وفيات الأطفال في هذه الفئة العمرية يتطلب استثماراً كبيراً في تحسين النظام الصحي، من خلال تعزيز الوصول إلى الرعاية الطبية في المناطق النائية، وتوفير خدمات صحية شاملة، وتعزيز برامج التغذية السليمة. إن الحفاظ على صحة الأطفال في هذه المرحلة يعد من أبرز الأولويات الصحية التي تساهم في تحسين جودة الحياة للأجيال القادمة، وتعكس مدى تقدم الدول في توفير بيئة صحية ذات جودة عالية للأطفال.

شكل رقم (07): احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في الجزائر للفترة الممتدة بين (2010 - 2020)



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (الديوان الوطني للإحصاء، 2020، صفحة 22)

نلاحظ من خلال الشكل رقم (07) حدوث تحسن ملحوظ في احتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر، حيث كان هذا المعدل في سنة 2010 يبلغ 27.5%، بينما انخفض إلى 21.3% في سنة 2020، مما يعكس تقدماً كبيراً في مستوى الرعاية الصحية المقدمة للأطفال في هذه الفئة العمرية. وعند التعمق في الفروق بين الذكور والإناث، نجد أن احتمال وفيات الأطفال الذكور أقل من خمس سنوات لا يزال أعلى من نظيره لدى الإناث. ففي سنة 2010 بلغ احتمال وفيات الذكور 29%، بينما كانت نسبة وفيات الإناث 26%. أما في سنة 2020 فقد انخفض معدل وفيات الذكور إلى 23%، في حين تراجع احتمال وفيات الإناث إلى 18.9%، مما يعكس تحسناً أكبر في وضع الإناث مقارنة بالذكور.



يرجع هذا التحسن في احتمالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بشكل رئيسي إلى التقدم المحرز في تقليص وفيات الأطفال دون سن السنة، والذي يعكس بشكل مباشر تحسين الرعاية الصحية المقدمة للرضع. وقد ساهمت الجهود الكبيرة التي بذلتها الدولة الجزائرية في تعزيز الرعاية الصحية للأطفال، من خلال تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية وتوسيع برامج التلقيح، في تحقيق هذا التقدم. كما أن الدولة تواصل تعزيز سياساتها الصحية بهدف تقليص معدلات الوفيات إلى أدنى حد ممكن، عبر التركيز على الوقاية والتطعيمات التي تشكل أداة حيوية في مكافحة الأمراض المعدية التي تهدد حياة الأطفال. (الشريف، 2015، صفحة 55)

1-3- الصحة الإنجابية:

عرفتها منظمة الصحة العالمية باعتبارها حالة من السلامة التامة والشاملة، التي تشمل الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه، وليس مجرد غياب الأمراض أو العجز. ويتجلى هذا المفهوم في القدرة على التمتع بحياة جنسية آمنة وسليمة، فضلاً عن القدرة على الإنجاب بحرية تامة، مع اتخاذ القرار المناسب بشأن توقيت الحمل واختيار أنسب الظروف للإنجاب. وبالتالي، فإن صحة الأفراد في هذا المجال تشمل تنظيم عملية الخصوبة بشكل يتماشى مع رغباتهم الشخصية، وهو ما يتطلب الحصول على رعاية صحية شاملة تساهم في تحقيق الحمل والإنجاب بشكل آمن، دون تهديد لصحة الأم أو الجنين. (بن زايد وفضيل، 2016، صفحة 168)

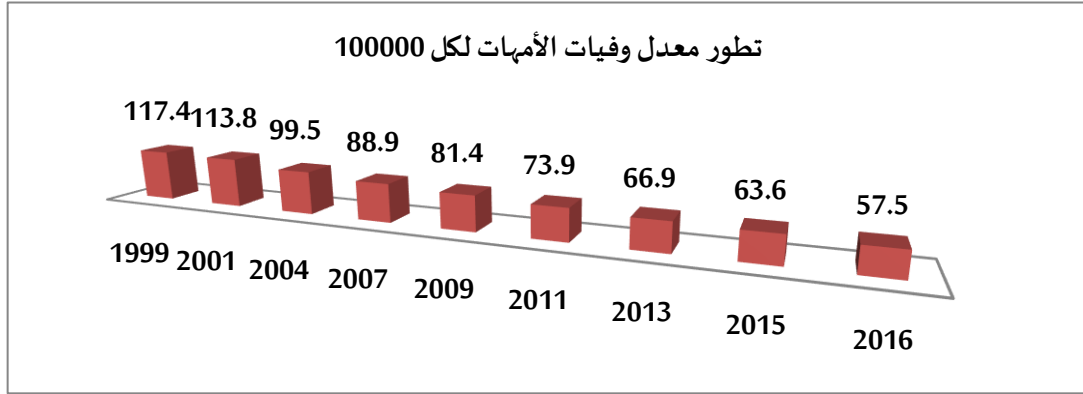
وتعد صحة الأمهات جزءاً لا يتجزأ من الأهداف الإنمائية للألفية، وتحديدًا في المحور الخامس الذي يهدف إلى تقليص معدل وفيات الأمهات. إذ يُعتبر هذا المعدل مؤشراً بالغ الأهمية لقياس مدى تقدم المجتمع في ضمان حياة آمنة للنساء الحوامل، ويُحسب من خلال تحديد عدد الوفيات التي تحدث بين النساء بسبب الحمل أو أثنائه أو في مرحلة ما بعد الولادة (ضمن 42 يوماً من إتمام الحمل)، بغض النظر عن مدة الحمل أو نوع الولادة لكل 100000 ولادة حية. يتم حسابه عبر قسمة إجمالي الوفيات الناتجة عن الحمل على مجموع الولادات الحية، ثم ضرب الناتج في 100000. (معاش، 2020، صفحة 17)

وأولت الجزائر اهتماماً بالغاً بصحة الأمهات من خلال تطوير استراتيجيات رعاية صحية فعّالة. وهذا الاهتمام تجسد في تحقيق انخفاض كبير في معدل وفيات الأمهات، حيث كان هذا المعدل في عام 1999 يصل إلى 117.5 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، ليشهد تحسناً ملحوظاً في عام 2016، إذ انخفض المعدل إلى 57.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية. ويُظهر هذا التقدم الكبير نتيجة الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية للنساء



أثناء الحمل وبعده، مما يعكس التزام الجزائر بتحقيق الأهداف الإنمائية المتعلقة بصحة الأمهات وضمان حياة أكثر أماناً للنساء الحوامل، والشكل الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم(08) : تطور معدل وفيات الأمهات من سنة 1999 إلى 2016



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (دليل مجال الإحصائيات العادية، 2019، صفحة 20)

1-4- متوسط العمر المتوقع عند الولادة (أمل الحياة):

وهو من أبرز المؤشرات الديموغرافية التي تعكس المدة الزمنية التي يُتوقع أن يعيشها الفرد منذ لحظة ولادته، ويُعتبر مقياساً حيوياً يُستخدم لتحليل الوضع الصحي والاقتصادي والاجتماعي في المجتمعات، فهو ليس مجرد رقم عابر، بل هو مرآة تكشف الكثير عن مستوى التنمية البشرية في أي مجتمع، ويُعد من الأدوات الرئيسة التي تُستخدم لتقييم الوضع الصحي العام ورفاهية الأفراد.

يستند حساب متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى جدول الوفاة الذي يتضمن البيانات الدقيقة حول معدلات الوفيات حسب الفئات العمرية والجنسية، ما يُتيح استنتاج تقديرات دقيقة لعدد السنوات التي يمكن أن يعيشها الأفراد بناءً على هذه المعطيات. وهذا المؤشر يزود صناع القرار بمجموعة من المعلومات القيمة التي تسهم في وضع السياسات الصحية والاجتماعية التي تهدف إلى تحسين جودة الحياة وتحسين الصحة العامة للمجتمع، وبحسب بالقانون لتالي: (الشريف، 2015، الصفحات 50-51)

$$e_0 = 0,5 + \frac{s_1 + s_2 + s_3 + \dots}{s_0}$$

وبحسب بطريقة ثانية وذلك عن طريق أمل حياة آخر كالتالي: (الشريف، 2015، الصفحات 50-51)

$$e_0 = \frac{\sum (0.5 + x)d(x, x + 1) + xsx + ex.sx}{s_0}$$

حيث:

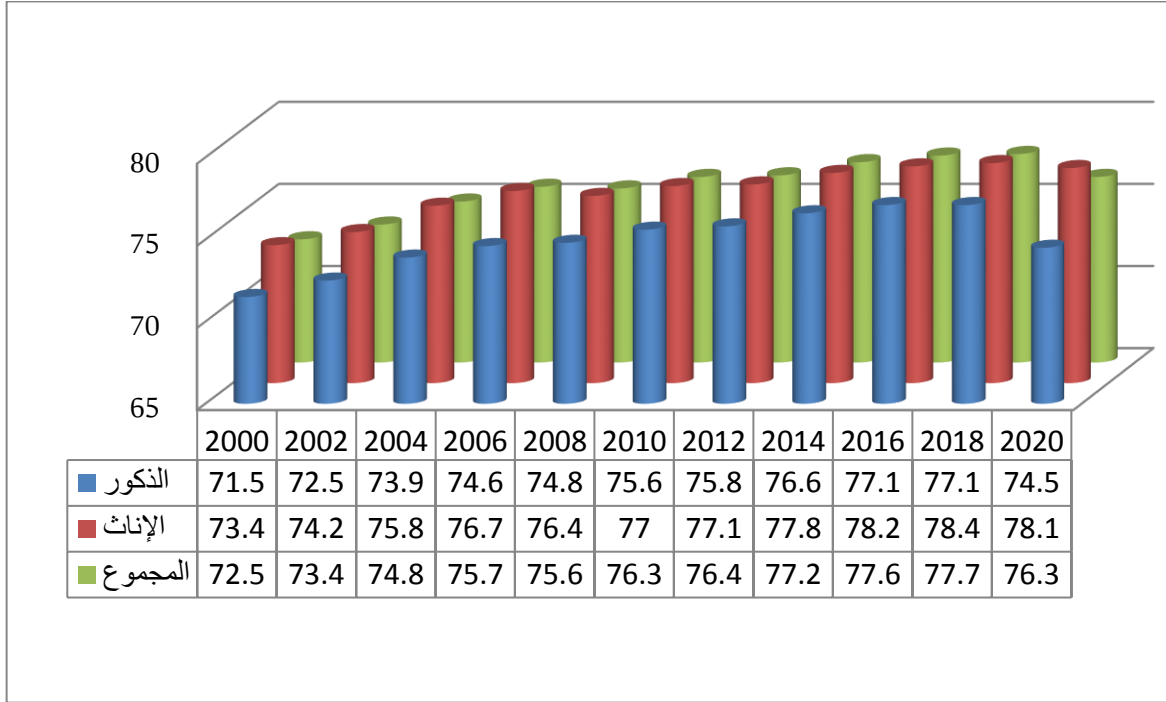


$D(x, x+1)$: يمثل عدد الوفيات بين عيدي ميلاد متتاليين

S_0 : يمثل عدد الباقيين على قيد الحياة عند العمر 0

S_x : يمثل عدد الباقيين على قيد الحياة

شكل رقم (09): متوسط العمر المتوقع عند الولادة 1990-2020



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (الديوان الوطني للإحصاء 2020، الصفحات 22-23)

يظهر من خلال الشكل رقم (09)، أن هناك توجه تصاعدي عرفه متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر بين عامي 2000 و2018، حيث كان يُقدَّر في بداية الألفية بـ 72.5 سنة، ليحقق زيادة ملحوظة وصولاً إلى 77.7 سنة في العام 2018. غير أن هذا النمو شهد تراجعاً طفيفاً في السنتين اللاحقتين، إذ انخفض إلى 76.3 سنة في 2020. ويعود هذا الانخفاض إلى التأثيرات السلبية لجائحة كورونا التي أودت بحياة العديد من المواطنين في الجزائر، على غرار ما حدث في باقي أنحاء العالم، مما أسهم في تراجع متوسط العمر المتوقع في تلك الفترة.

ويتبين لنا أيضاً أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث أعلى منه لدى الذكور. ففي عام 2000 بلغ متوسط العمر المتوقع للإناث 73.4 سنة، بينما كان في المقابل 71.5 سنة بالنسبة للذكور. واستمر هذا الفارق في الاتساع بين الجنسين حتى العام 2018 حيث وصل متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث إلى 78.4 سنة، في حين بلغ لدى الذكور 77.1 سنة. وفي السنتين الموالتين، تعرض متوسط العمر المتوقع للذكور لانخفاض أكبر



الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

مقارنة بالإناث، ليصل في عام 2020 إلى 74.5 سنة للذكور، في حين بقي مستقراً عند 78.4 سنة بالنسبة للإناث.

هذا التباين في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين الجنسين يعكس العديد من العوامل الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل متفاوت على حياة الذكور والإناث في الجزائر، إضافة إلى الأثر الكبير الذي تركته الأزمات الصحية العالمية على هذا المؤشر الحيوي.

1-5- بعض الأمراض ذات التبليغ الاجباري

تستدعي بعض الأمراض التي تشكل تهديداً كبيراً على الصحة العامة تبليغاً إلزامياً للمسؤولين في القطاع الصحي، وذلك في إطار استراتيجيات الوقاية والحد من انتشارها بين أفراد المجتمع. إن الإبلاغ المبكر عن هذه الأمراض يسهم بشكل كبير في تسهيل عمليات تتبعها وتشخيصها بدقة، مما يسمح بتوفير العلاجات المناسبة في الوقت المناسب. وتعتبر هذه الإجراءات جزءاً أساسياً من منظومة الصحة العامة التي تهدف إلى حماية المجتمع من الأوبئة والأمراض المعدية، التي قد تفضي إلى تداعيات صحية خطيرة. كما أن الجزائر، على غرار العديد من الدول الأخرى، تواجه بعض الأمراض التي تتطلب الإبلاغ عنها بشكل فوري ودقيق. وفي هذا السياق، يقدم الجدول التالي إحصائيات حول بعض الأمراض التي تخضع للتبليغ الإجمالي، مما يبرز أهمية هذا النظام في تعزيز الصحة العامة واحتواء المخاطر الصحية.

جدول رقم (07): بعض الأمراض المصروح بها في الفترة بين (2011 - 2018)

اسم المرض	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
إلتهاب السحايا	5284	3455	3113	6563	3997	5015	4531	4675
التيفويد	217	232	177	123	97	78	121	61
حمى مالطية	6123	4500	3936	5533	6456	8575	10191	11031
الحصبة	1899	1891	3544	154	197	342	779	26945
الديفتيريا	0	0	0	0	0	0	0	0
الكزاز	7	10	12	9	6	9	1	4
السل	21887	21413	21973	22449	23562	22226	22357	22680
الإيدز	102	93	95	101	90	119	82	50

المصدر: من إعداد الطالب اعتماداً على الديوان الوطني للإحصاء لسنتي 2016 و 2021.



نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن حالات مرض التهاب السحايا المبلغ عنها قد شهدت تقلبات ملحوظة على مدار السنوات. ففي الفترة ما بين عامي 2011 و2013، لوحظ انخفاض متدرج في أعداد الحالات المبلغ عنها، حيث بلغ العدد 5284 حالة في 2011، ليتراجع بعدها بشكل ملحوظ إلى 3113 حالة في العامين التاليين. ولكن في سنة 2014 شهدت الحالات ارتفاعاً كبيراً، إذ بلغ عدد الحالات المبلغ عنها 6563 حالة، ويرجح أن هذا الارتفاع يعود إلى تفشي العدوى بين السكان نتيجة لزيادة حالات الإصابة وانتقالها بسرعة بين الأفراد. وفي السنوات التي تلت ذلك، تذبذب العدد بين الزيادة والانخفاض ليصل إلى 4675 حالة في 2018. ويعود الانخفاض الذي لوحظ في بعض الفترات إلى تحسن مستوى الرعاية الصحية والتزام المواطنين بإجراءات الوقاية، في حين أن الارتفاع في بعض السنوات قد يُعزى إلى التقاعس عن اتباع التدابير الوقائية اللازمة مما أسهم في انتشار العدوى.

أما بالنسبة لمرض التيفويد، فقد شهدت الحالات المبلغ عنها زيادة طفيفة خلال السنوات الأولى، حيث كانت 217 حالة في 2011، ثم ارتفعت إلى 232 حالة في 2012، لتبدأ بعدها في الانخفاض التدريجي، حيث بلغت 61 حالة في 2018. يعكس هذا التراجع التحسن العام في ممارسات النظافة والصرف الصحي والوعي الصحي المتزايد لدى المجتمع.

وفيما يخص مرض الحمى المالطية، فقد كانت حالات الإصابة مرتفعة نسبياً في البداية، حيث تم تسجيل 6123 حالة في 2011، ثم تراجعت بشكل كبير في السنوات التالية لتصل إلى 3936 حالة في 2013، قبل أن تعود لترتفع مجدداً في سنة 2018 إلى 11031 حالة مسجلة. تعكس هذه التقلبات دور العوامل البيئية والتنظيمية في التحكم في المرض، إضافة إلى تأثيرات حملات التوعية والجهود الحكومية في تحسين سبل الوقاية.

وبالنسبة لمرض الحصبة، فقد شهد هذا المرض أكبر تقلبات في أعداد الحالات المبلغ عنها، حيث تم تسجيل 1899 حالة في 2011، ليبدأ العدد في التراجع بشكل ملحوظ حتى بلغ أدنى مستوى له في 2014، حيث تم الإبلاغ عن 154 حالة فقط. إلا أنه في 2018، حصلت ففزة كبيرة في أعداد الحالات لتصل إلى 26945 حالة، وهو ما يعكس تراجعاً ملحوظاً في التغطية باللقاحات وارتفاع حركة التنقلات بين المدن والولايات، مما ساعد على انتشار المرض بشكل أسرع. وقد يكون هذا الارتفاع مؤشراً على تراجع الثقة في حملات التطعيم أو وجود فجوات في التوعية الصحية.



من جانب آخر، لم تُسجل أي حالات للإصابة بمرض الديدنيريا في الجزائر خلال الفترة التي تم تحليلها، ما يعكس فعالية البرامج الصحية الوقائية والخدمات الصحية في الكشف المبكر عن أي حالات جديدة، بالإضافة إلى التطبيق الصارم للإجراءات الوقائية.

وأما بالنسبة لمرض السل، الذي يُعد من أكثر الأمراض المسجلة في البلاد، فقد شهد زيادة ملحوظة في عدد الحالات المبلغ عنها، حيث بدأ العدد بـ 21887 حالة في 2011، ليرتفع بشكل تدريجي حتى وصل إلى 22680 حالة في 2018. ويرتبط هذا الارتفاع جزئياً بنقص الوعي المجتمعي حول خطورة هذا المرض وعدم الاكتراث بالعلاج، مما ساهم في تفشي المرض بين السكان.

وفيما يتعلق بمرض الإيدز، فقد تم تسجيل 102 حالة في 2011، وارتفعت إلى 119 حالة في 2016، لتشهد بعدها انخفاضاً ملحوظاً في عام 2018، حيث بلغ عدد الحالات 50 حالة فقط. يعكس هذا الانخفاض التحسن الكبير في مستوى الوعي حول المرض وطرق انتقاله، إلى جانب زيادة حملات التوعية والتعليم الصحي التي أسهمت في تقليل الإصابات.

1-6- واقع الأمراض المزمنة: تعتبر الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية التي يواجهها العالم في العصر الحديث، حيث تشهد زيادة ملحوظة في معدلات الإصابة والانتشار، مما يثقل كاهل الأنظمة الصحية على الصعيدين المحلي والدولي. تتميز هذه الأمراض بطابعها المستمر الذي يمتد لفترات زمنية طويلة، ما يستدعي تقديم الرعاية الصحية المستمرة والمراقبة الدقيقة للحالات، إلى جانب تطوير استراتيجيات وبرامج فعالة للوقاية منها أو الحد من انتشارها وتأثيراتها الضارة على صحة الأفراد.

الأمراض المزمنة هي تلك التي تلازم الإنسان فترة طويلة من حياته، وعادة ما تستمر لأكثر من ثلاثة أشهر، وتتسم بآثار سلبية تتجاوز الجانب الصحي لتطال الجوانب الاجتماعية والاقتصادية أيضاً. فالمرض المزمن لا يؤثر فقط على الصحة الجسدية للمريض، بل يُحد من قدرته على أداء الأنشطة اليومية التي اعتاد عليها قبل الإصابة، مما يؤدي إلى مشكلات مستدامة تؤثر على جودة حياته. كما أن تأثير هذه الأمراض يمتد إلى محيطه الاجتماعي والاقتصادي، إذ تترتب على المصابين بها تكاليف علاجية مرتفعة وفقدان القدرة الإنتاجية في بعض الحالات.

(المهاشمي و بدروني، 2019، صفحة 16)

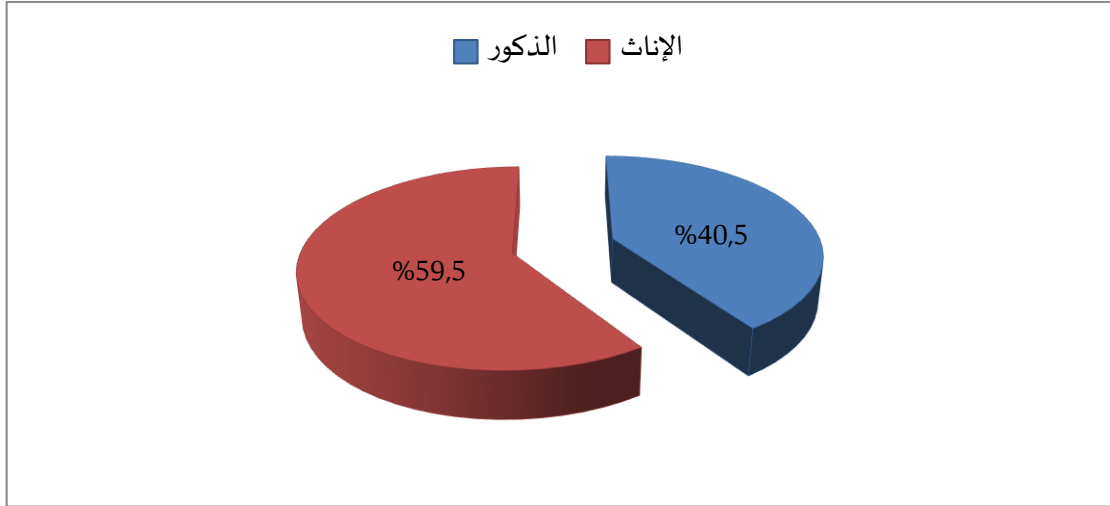
وفي الجزائر كما هو الحال في العديد من الدول، يُسجل ارتفاع ملحوظ في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة مثل مرض السكري، السرطان، أمراض المفاصل، أمراض القلب، الفشل الكلوي، أمراض الجهاز التنفسي، الاضطرابات النفسية، ارتفاع ضغط الدم، والأمراض الوراثية. يعكس الشكل الموالي النسبة المئوية للسكان الذين



يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل في الجزائر، مع تقسيم هذه النسب حسب الجنس، مما يعكس طبيعة هذه الأمراض وتأثيراتها المتفاوتة على فئات المجتمع.

شكل رقم (10): نسبة السكان الذين أصيبوا بمرض مزمن واحد على الأقل في الجزائر حسب الجنس-

مسح 2019



المصدر: (من إعداد الطالب الطاب بالاعتماد على (بوحفص، 2021، صفحة 561)

يتضح من خلال الشكل رقم (10) أن نسبة الإناث المصابات بمرض مزمن واحد على الأقل تتفوق بشكل ملحوظ على نسبة الذكور المصابين، حيث بلغت 59.5% لدى الإناث مقابل 40.5% لدى الذكور. هذه الفجوة بين الجنسين في معدلات الإصابة تُظهر تبايناً لافتاً في تأثير الأمراض المزمنة على كل منهما. وتستند العديد من الدراسات العلمية إلى أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة بالرجال، وهو ما يعكس تداخل العديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية التي تسهم في هذه الظاهرة.

يرجع هذا الاختلاف إلى عوامل عدة، من أبرزها التفاوت في التكوين البيولوجي بين الجنسين، حيث تلعب الهرمونات دوراً مهماً في التأثير على انتشار بعض الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، السكري، والاضطرابات النفسية. علاوة على ذلك، تساهم العوامل النفسية والاجتماعية في إحداث هذه الفوارق، إذ أن النساء قد يكنّ أكثر عرضة للتوتر النفسي، والذي بدوره يؤثر على الصحة البدنية بشكل مباشر.

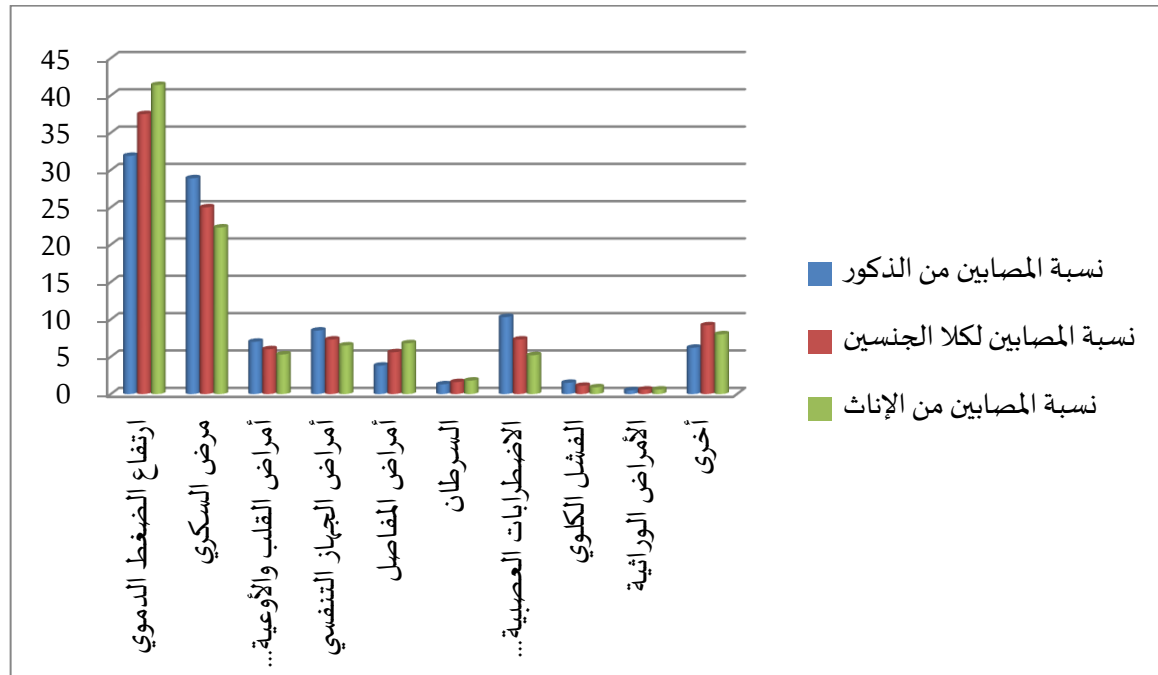
ومن ناحية أخرى، تشير الأبحاث إلى أن إدارة الأمراض المزمنة تختلف بين الجنسين نتيجة لاختلاف الأدوار الاجتماعية التي يتبناها كل منهما. فالنساء غالباً ما يتحملن مسؤوليات مضاعفة في الأسرة والعمل، ما قد يؤدي إلى ضغوطات إضافية تؤثر على صحتهن. في المقابل، الرجال قد يظهرون ميلاً أكبر لتجاهل أعراض المرض أو تأجيل العلاج، مما قد يؤثر سلباً على قدرتهم على إدارة صحتهم بشكل فعال.



إجمالاً، إن الفروق بين الجنسين في الإصابة بالأمراض المزمنة تتطلب سياسات صحية موجهة لكل فئة بشكل خاص، تأخذ في اعتبارها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تميز كل جنس، بهدف تحسين طرق الوقاية والعلاج وتوفير الدعم الأمثل لكل منهما. (بوحفص ، 2021، صفحة 560)

شكل رقم (11): نسبة السكان الذين صرحوا بالإصابة بأول مرض مزمن في الجزائر حسب الجنس - مسح

2019



المصدر: (من إعداد الطالب اعتمادا على المسح الوطني العنقودي 2019)

يتضح من خلال الشكل رقم (11) أن مرض ارتفاع ضغط الدم يعد من أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً بين السكان، حيث بلغ معدل الإصابة به 37.5% من إجمالي الأمراض المزمنة المسجلة، مما يعكس تفشي هذا المرض بشكل لافت مقارنة بالأمراض الأخرى. ومن المثير للاهتمام أن نسبة الإناث المصابات بهذا المرض تفوق بكثير نسبة الذكور، حيث بلغت نسبة الإصابة بين الإناث 41.4% مقابل 31.9% لدى الذكور، مما يبرز تأثير المرض بشكل أكبر على النساء في المجتمع.

أما بالنسبة لداء السكري، فقد أظهرت البيانات أن نسب الإصابة به بلغت 25% من إجمالي الحالات المزمنة. وكما هو الحال مع مرض ارتفاع ضغط الدم، فإن الفروق بين الجنسين في إصابات السكري تتجلى بوضوح، حيث نجد أن الذكور هم الأكثر تأثراً بهذا المرض، إذ بلغت نسبة الإصابة لدى الذكور 28.9%، بينما



الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

سجلت الإناث 22.3%. هذا الاختلاف قد يكون مرتبطاً بعدة عوامل منها العوامل البيولوجية والسلوكية التي تؤثر على استجابة كل جنس لهذا المرض.

وفيما يخص أمراض الجهاز التنفسي، فقد قدرت نسبة الإصابة الإجمالية بحوالي 7.3%، مع ميل طفيف لصالح الذكور في الإصابة بهذه الأمراض، حيث سجلت نسبة إصابتهم 8.5% مقارنة بـ 6.5% لدى الإناث. تبرز هذه الفوارق في طريقة تأثير العوامل البيئية والنمط الحياتي على الذكور والإناث بشكل مختلف، لاسيما فيما يتعلق بالتدخين وأسلوب الحياة.

أما بالنسبة للاضطرابات العصبية والنفسية، فقد تم تسجيل نسبة إصابة تقدر بـ 3.7%، مع كون الذكور أكثر عرضة لهذه الاضطرابات حيث بلغت نسبة إصابتهم 10.3%، في حين كانت نسبة الإناث 5.2%. وهذه الفجوة قد تعكس التفاوت في كيفية تأثير الضغوط النفسية والاجتماعية على كل جنس، بالإضافة إلى الفروق في التعبير عن الأعراض والتوجهات نحو العلاج.

وفيما يتعلق بأمراض القلب والأوعية الدموية، فقد قدرت نسبة الإصابة بـ 6% من إجمالي الأمراض المزمنة، حيث كانت الذكور أكثر إصابة بهذه الأمراض مقارنة بالإناث، إذ بلغت نسبة الذكور 7%، بينما سجلت الإناث نسبة إصابة بـ 5.3%. ويُعزى هذا الفارق إلى تأثير العوامل الجينية وأنماط الحياة التي تختلف بين الجنسين، مثل الأنظمة الغذائية ومعدلات النشاط البدني.

بالنسبة لمرض التهاب المفاصل، فقد تبين أن نسبة الإصابة فيه متساوية تقريباً بين الذكور والإناث، حيث بلغت النسبة 6.8% لدى كلا الجنسين، مما يشير إلى تأثير متساوٍ لهذا المرض على كلا الطرفين.

أما في ما يتعلق بمرض السرطان، فقد تم تسجيل نسبة إصابة عامة قدرها 1.6%، مع ملاحظة أن نسبة إصابة الإناث كانت أعلى قليلاً من الذكور، حيث بلغت 1.8% لدى الإناث مقابل 3.1% لدى الذكور، مما قد يعكس تبايناً في أنواع السرطان المنتشرة بين الجنسين، حيث تُظهر الدراسات أن النساء أكثر عرضة لبعض أنواع السرطان مثل سرطان الثدي.

وفيما يتعلق بمرض الفشل الكلوي، فقد كانت نسبة الإصابة الإجمالية 1.1%، مع تساوي نسب الإصابة تقريباً بين الذكور (1.1%) والإناث (1.5%). وأخيراً، كانت نسبة الإصابة بالأمراض الوراثية هي الأدنى بين جميع الأمراض المزمنة، حيث بلغت 0.6%، مع تساوي النسب تقريباً بين الذكور (0.5%) والإناث (0.6%).



أما بالنسبة للأمراض الأخرى التي لم يتم تصنيفها ضمن الأمراض المزمنة الرئيسية، فقد قدر معدل الإصابة الإجمالي بـ 8%، مع تفوق واضح في الإصابة بين الإناث (9.2%) مقارنة بالذكور (6.2%). هذا الاختلاف قد يعود إلى عوامل ثقافية أو اجتماعية قد تؤثر في التشخيص والعلاج لدى كل جنس.

تسلط هذه البيانات الضوء على الفروق البيولوجية والسلوكية والاجتماعية بين الجنسين في الإصابة بالأمراض المزمنة، ما يستدعي ضرورة تصميم استراتيجيات صحية مبتكرة تراعي هذه الفوارق وتستهدف الفئات الأكثر عرضة للتأثر بالأمراض المزمنة، بهدف الوقاية والعلاج وتحسين الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

1-7-1- الانفاق الصحي:

يشكل الإنفاق الصحي في الجزائر أحد الركائز الأساسية لضمان تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز فعالية النظام الصحي الوطني. ويهدف هذا الإنفاق إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الاستراتيجية، أبرزها: توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتميزة للسكان، وتطوير الهياكل الصحية في مختلف أنحاء البلاد، إلى جانب توفير الأدوية واللقاحات والمعدات الطبية الحديثة. كما يشمل التركيز على الوقاية من الأمراض والحفاظ على الصحة العامة، وتنمية الموارد البشرية المتخصصة في القطاع الصحي، فضلاً عن ضمان توفير أنظمة تأمين صحي تلي احتياجات المواطنين بمختلف شرائحهم، (محمد، 2017، صفحة 232) ومن خلال الاعتمادات المالية الموجهة للقطاع الصحي نجد أن حجم النفقات الصحية يشمل ثلاثة قطاعات فرعية: (محمد، 2017، صفحة 233)

1-7-1-1- نفقات الصحة العامة:

تُخصّص هذه النفقات لإنشاء وتطوير البنية التحتية الصحية وتعزيز قدراتها بما يحقق تغطية صحية متكاملة وشاملة. وتشمل هذه النفقات:

- بناء وتحديث المؤسسات الاستشفائية الجامعية والمتخصصة .
- إنشاء العيادات متعددة الخدمات والمراكز الصحية .
- تطوير مختلف الأقسام والخدمات داخل المؤسسات الاستشفائية .
- اقتناء التجهيزات والمعدات الطبية المتطورة اللازمة لضمان جودة الرعاية الصحية .

1-7-1-2- نفقات الهياكل الإدارية الصحية:

تندرج تحت هذا المحور النفقات المخصصة لتطوير الهياكل الإدارية الصحية، والتي تُعد جزءاً لا يتجزأ من تحسين أداء النظام الصحي. وتشمل هذه الجهود:

- إنشاء مراكز إدارية صحية جديدة وفق معايير حديثة .



الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

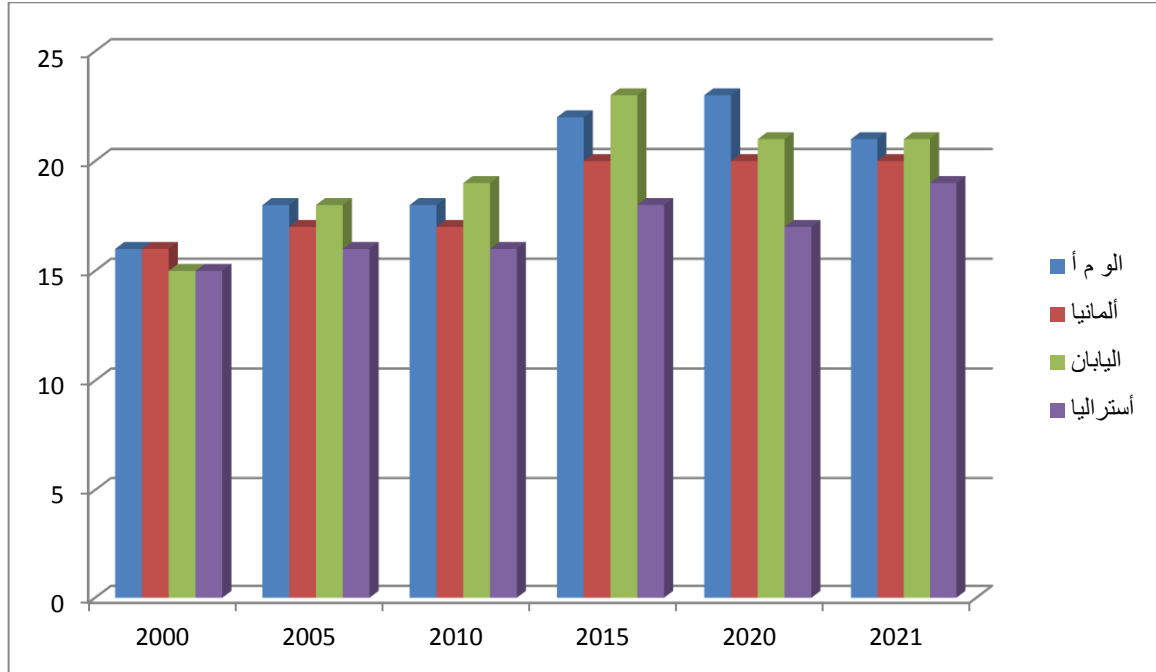
- توفير بيئة عمل مناسبة للعاملين في القطاع الصحي، بما يضمن تحقيق كفاءة تشغيلية .
- تسهيل إجراءات تقديم الرعاية الصحية للمواطنين وتحسين تجربة المرضى من خلال تنظيم إداري أكثر فعالية .

1-7-3- نفقات تكوين الموارد البشرية الصحية:

تخطى تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي بأولوية كبيرة ضمن استراتيجية الإنفاق الصحي. وتشمل هذه النفقات :

- إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية، التي تُعنى بتكوين الكوادر الإدارية والتقنية في المجال الصحي .
 - بناء المعاهد شبه الطبية لتكوين الإطارات الصحية المتخصصة في التمريض والمهن شبه الطبية الأخرى .
 - تنظيم برامج تدريب وتطوير مستمر لمهنيي الصحة، بما يتماشى مع التطورات العلمية والطبية الحديثة .
- يشكل الإنفاق الصحي استثماراً محورياً لتحقيق التنمية المستدامة، من خلال ضمان صحة السكان، وتعزيز قدرات النظام الصحي لمواجهة التحديات الصحية الوطنية والدولية. ولتقييم فعالية الإنفاق الصحي في الجزائر، من الضروري مقارنته بمعايير الأداء العالمية، كما هو موضح في الجدول الموالي للإنفاق الصحي العام لبعض الدول المتقدمة ودول شمال إفريقيا:

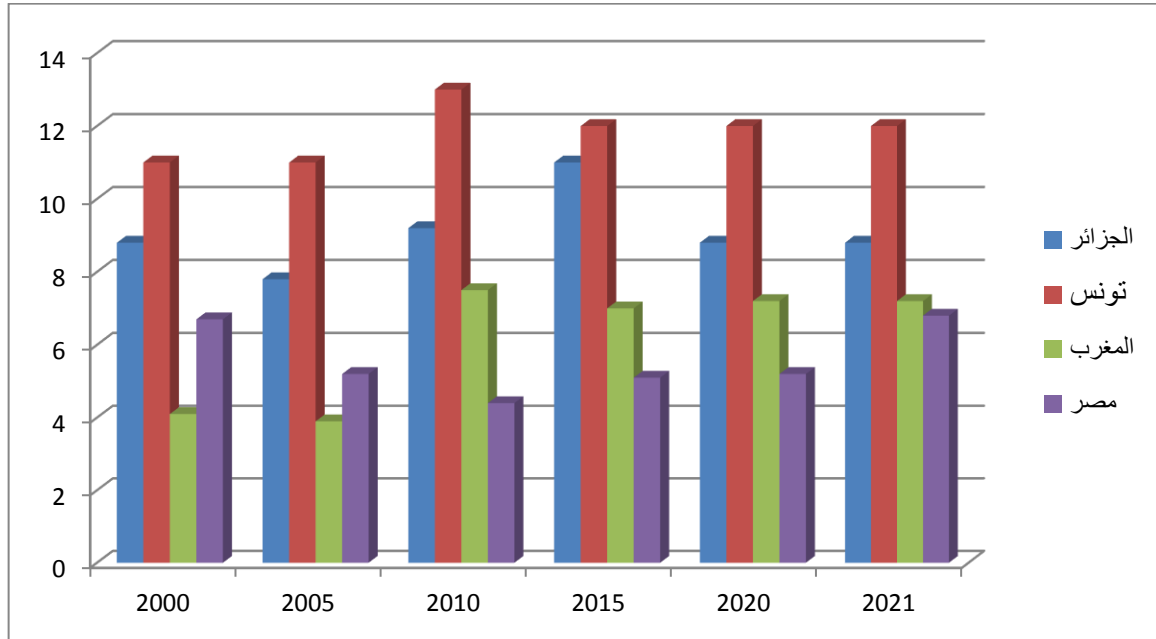
شكل رقم (12): النسبة المئوية للإنفاق الحكومي العام على الصحة لبعض الدول المتقدمة



المصدر: (من إعداد الطالب اعتمادا على بيانات منظمة الصحة العالمية، 2024)



الشكل رقم (13): النسبة المئوية للإنفاق الحكومي العام على الصحة لبعض دول شمال إفريقيا



المصدر: (من إعداد الطالب اعتمادا على بيانات (منظمة الصحة العالمية، 2024)

نلاحظ من خلال الشكل رقم (13) والجدول رقم (08) وجود تفاوت مستويات الإنفاق الحكومي العام على الصحة بين الجزائر والدول المغاربية، بالإضافة إلى المقارنة مع الدول المتقدمة. فقد سجلت الجزائر أعلى نسبة إنفاق حكومي على الصحة في عام 2015، حيث بلغت 11% من إجمالي الإنفاق الحكومي العام. وعلى صعيد دول المغرب العربي، تُظهر تونس تفوقاً ملحوظاً، إذ حققت أعلى نسبة إنفاق عام على الصحة في عام 2010 بمعدل 13%، وهي النسبة الأعلى مقارنة بالدول المجاورة. أما المغرب، فقد سجلت ذروتها في عام 2010 أيضاً، بنسبة بلغت 7.5% من إجمالي الإنفاق الحكومي العام. في المقابل، تُعد مصر الأقل إنفاقاً على الصحة مقارنةً بالدول المغاربية، حيث بلغت أعلى مستوياتها في عام 2021 بمعدل 6.8% فقط من إجمالي الإنفاق الحكومي.

عند مقارنة هذه الأرقام مع الدول المتقدمة، كما يوضح الشكل رقم (..)، يتضح وجود فجوة كبيرة بين نسب الإنفاق على الصحة في الجزائر والدول المغاربية من جهة، والدول المتقدمة من جهة أخرى. فعلى سبيل المثال، أدنى نسبة إنفاق على الصحة بين الدول المتقدمة سُجلت في اليابان وأستراليا عام 2000 بمعدل 15% من إجمالي الإنفاق الحكومي، وهي نسبة تفوق بكثير ما حققته الجزائر. أما أعلى نسبة إنفاق، فقد سُجلت في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2020، حيث بلغت 23%، وهي النسبة ذاتها التي سجلتها اليابان في عام 2015.



هذا التفاوت الكبير بين الجزائر والدول المتقدمة يعكس محدودية الإنفاق الصحي الوطني، لا سيما عند الأخذ بعين الاعتبار أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة والجودة العالية للخدمات يتطلب استثمارات أكبر في القطاع الصحي. وبالتالي، فإن هذه الفجوة تؤكد الحاجة إلى إعادة النظر في سياسات التمويل الصحي في الجزائر ودول المغرب العربي لتعزيز كفاءة الإنفاق الصحي، بما يواكب المعايير العالمية ويحقق أهداف التنمية الصحية المستدامة.

1-7-4- الإنفاق الصحي في ظل جائحة كورونا:

أدى تفشي جائحة كورونا "كوفيد-19" إلى أزمة مالية عالمية عميقة وأثر بشكل غير مسبوق على اقتصادات الدول حول العالم. فقد فرض الانتشار السريع للفيروس ضغوطاً هائلة على الأنظمة الصحية، مما دفع الدول إلى زيادة النفقات الصحية بشكل استثنائي من أجل تأمين كافة الوسائل الطبية الضرورية لمكافحة الجائحة. وتزامن هذا مع زيادة كبيرة في الطلب على مجموعة من المنتجات الأساسية، مثل معدات الحماية الشخصية، أدوات التشخيص، المعقمات، أجهزة التنفس الاصطناعي، والمستلزمات الطبية الحيوية التي أصبحت تشكل أساسيات في المستشفيات لمواجهة الأزمة الصحية.

أما في الجزائر، فقد كانت الآثار الاقتصادية للجائحة شديدة، حيث أدت إلى تراجع كبير في النشاط الاقتصادي، مما أسفر عن انخفاض حاد في الإيرادات العامة. فقد خفضت الحكومة الإنفاق العام بنسبة وصلت إلى 30%، في وقت كان فيه الاقتصاد الجزائري يواجه تحديات إضافية بسبب انخفاض أسعار النفط في الأسواق العالمية. (معضادي، 2022، صفحة 1604) وهو ما أسهم في فقدان البلاد لنحو نصف مداخيلها المالية. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لدعم القطاع الصحي، فإن نفقات التسيير العامة شهدت انخفاضاً ملحوظاً في عام 2020 مقارنةً بعام 2019، مما أضعف القدرة على تمويل البرامج والمشاريع الحكومية الحيوية.

والجدول الموالي يوضح نصيب الصحة من ميزانية التسيير العامة للجزائر خلال الفترة (2017-2021):



جدول رقم (08): ميزانية التسيير للصحة مقارنة بميزانية التسيير العامة

ميزانية التسيير للصحة (ألف دج)	ميزانية التسيير العامة (ألف دج)	ميزانية التسيير السنة
392.163.373	4.584.462.233	2018
398.970.409	4.954.476.536	2019
408.282.838	4.893.439.095	2020
410.672.176	5.314.506.529	2021

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (حوميميد، 2022، صفحة175)

يتضح من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (08) أن ميزانية التسيير العامة في الجزائر شهدت تطوراً ملحوظاً خلال الأعوام الأخيرة. ففي الفترة بين 2018 و2019 ارتفعت الميزانية بأكثر من 370 مليار دينار جزائري، مما يعكس استراتيجية تعزيز الإنفاق العام، لكن هذا التوجه شهد تراجعاً كبيراً في العام التالي (2020)، حيث انخفضت الميزانية بأكثر من 61 مليار دينار جزائري، وذلك بسبب التداعيات الاقتصادية العميقة التي خلفتها جائحة كورونا على المستوى العالمي. ومع تعافي الاقتصاد الجزائري جزئياً في عام 2021، سجلت الميزانية زيادة ملحوظة تجاوزت 421 مليار دينار جزائري، مما يعكس تحسن الأوضاع الاقتصادية وعودة النشاط إلى بعض القطاعات الحيوية.

و شهدت ميزانية تسيير هذا القطاع زيادة واضحة ومستدامة على مدار الفترة من 2017 إلى 2021، حيث لوحظ بروز كبير في تخصيص الموارد لهذا القطاع خلال عام 2020. فقد ارتفعت مخصصات الصحة مقارنة بعام 2019 بحوالي 9 مليارات دينار جزائري، وهو ما يعكس الجهود الكبيرة التي بذلتها الدولة لتوفير الدعم اللازم لمواجهة الأزمة الصحية الناتجة عن جائحة كورونا. هذه الزيادة في مخصصات الصحة تعكس أولويات الحكومة في تعزيز القطاع الصحي، من خلال تخصيص منح وتعويضات للموظفين العاملين في هذا القطاع، بالإضافة إلى تأمين كافة الموارد اللازمة مثل المعدات الوقائية والعلاجية لمواجهة الفيروس والحد من انتشاره، مما يظهر التزام الدولة الكبير في الحفاظ على صحة المواطنين في مواجهة الظروف الطارئة.



2- التوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر:

2-1- إنجازات الرقمنة في الجزائر:

اهتمت الجزائر بتكنولوجيا المعلومات وركزت على البنى التحتية لتطورها بإنشاء مجموعة من الإنجازات من بينها:

2-1-1- استراتيجية الجزائر الإلكترونية 2013 : تعد من المشاريع الكبرى التي وضعتها وزارة البريد وتكنولوجيا الاعلام والاتصال، ابتداء من سنة 2009 ومن المفترض ان ينتهي هذا المشروع ويصل إلى النتائج والأهداف المسطرة خلال خمس سنوات الموالية أي إلى غاية سنة 2013

هدفت هاته المبادرة إلى رقمنة الخدمات العمومية، وشملت 13 محوراً محورياً :

- إدخال الرقمنة في جميع المؤسسات والإدارات العمومية.
- توظيف تكنولوجيا الاعلام والاتصال في القطاع الاقتصادي.
- تعميم تكنولوجيا الاعلام والاتصال لوصولها لكل المواطنين.
- توفير كل الظروف المساعدة لتطوير تكنولوجيا الاعلام والاتصال.
- تطوير البنية التحتية للاتصالات والوصول بها إلى التدفق السريع.
- تطوير وتكوين الكفاءات في مجال تكنولوجيا الاعلام والاتصال، وتلقيها لكافة الفئات.
- الاهتمام بالبحوث والإبداعات التي تخص عمليات الرقمنة وتثمينها.
- تحديد الإطار القانوني والتشريعي في استخدام تكنولوجيا الاعلام والاتصال.
- التحسيس للدور الفعال الذي تقدمه عمليات الرقمنة والتكنولوجيا لتهيئة الظروف الملائمة للمواطن.
- تعزيز التعاون مع المبادرات الدولية لامتلاك التكنولوجيا أكثر تطوراً ومهارة.
- ضرورة المتابعة والتقييم الدوري للوصول للمخططات والاهداف الاستراتيجية.
- التنسيق بين كل الفاعلين المعنيين وكل القطاعات الوطنية.
- توفير الموارد المالية من مختلف مصادر التمويل المتوفرة.

وبالرغم من انتهاء الخمس سنوات والفترة المحددة لم تتحقق أغلب المحاور الأساسية، وتم إضافة خمس سنوات أخرى بعد سنة 2013 أي إلى غاية سنة 2018، لتحقيق المحاور المسطرة والاهداف المسطرة "الجزائر الإلكترونية". (زمورة ، 2024، الصفحة 200)

2-1-2- الوكالة الوطنية لتطوير الرقمنة: صدر في العدد 74 من الجريدة الرسمية مرسوم رئاسي يقضي بإنشاء وكالة وطنية مختصة بتطوير الرقمنة، حيث يحدد المرسوم مهامها وتنظيمها وسير عملها في 32 مادة.



الوكالة، التي تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع خاص، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتخضع لإشراف الوزير الأول. من مهامها الرئيسية تصميم الاستراتيجية الوطنية لتطوير الرقمنة وعرضها على الحكومة بعد التنسيق مع الوزارات والمؤسسات والقطاع الاقتصادي والمجتمع المدني، كما تشرف على متابعة تنفيذها.

كذلك، تتولى الوكالة تنسيق أعمال الوزارات والمؤسسات المعنية بالرقمنة، وتنفيذ دراسات استشارية في هذا المجال، فضلاً عن تقديم المشورة في أي تشريع أو تنظيم يتعلق بالرقمنة. (وكالة الانباء الجزائرية، 2020)

2-1-3- إنشاء التجمع الجزائري للناشطين في الرقميات: تم تأسيسه في جانفي 2020، بواسطة مجموعة من الشركات الجزائرية التي تعمل في مجال الرقمنة، ويسعى إلى جمع أكبر عدد ممكن من الفاعلين في القطاع الرقمي الجزائري، من خلال التنوع في الحجم، الوضع القانوني، الخبرة، التخصصات والمناطق الجغرافية، لكي تحقق الأهداف التالية: الوحدة، النمو، التأثير والتحول الرقمي.

وهذا يتطلب تركيز استراتيجياتها على قضاياها المحلية من أجل تحفيز الابتكار بين الشباب الجزائري، من أجل بناء أساس تكنولوجي قوي يساهم في دفع التحولات في مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية. وكل استراتيجية ناجحة لا بد أن تعتمد على بيانات ميدانية دقيقة، ولذلك يعتبر هذا التجمع الجزائري كحلقة وصل بين الفاعلين الرقميين وصناع القرار، مما يجعله واجهة تطور النظام البيئي الرقمي في الجزائر. (زمورة، 2024، صفحة 202)

2-1-4- تأسيس المحافظة السامية للرقمنة: جاءت هاته المحافظة لتعويض وزارة الرقمنة والإحصائيات، وتأسست تحت مرسوم رئاسي رقم 23-314 والمؤرخ في 20 صفر عام 1445 هـ الموافق لـ 6 سبتمبر 2023م، نشر في الجريدة الرسمية، وهي الهيئة المكلفة بوضع الاستراتيجية الوطنية للتحويل الرقمي في الجزائر، بالتشاور مع مختلف الجهات المعنية مثل الوزارات والمؤسسات الاقتصادية والمجتمع المدني. تهدف هذه الهيئة إلى تحديد الأطر الأساسية للرقمنة على المستوى الوطني وضمان التنسيق بين مختلف الأطراف لتحقيق الأهداف المرجوة.

تعتبر المحافظة السامية مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تحت إشراف رئاسة الجمهورية، وتتمتع بالاستقلالية المالية والشخصية المعنوية. ومن أبرز مهامها متابعة تنفيذ الاستراتيجية الرقمية الوطنية والتأكد من توافق جميع خطط الرقمنة الخاصة بالقطاعات المختلفة مع هذه الاستراتيجية. كما تتولى الهيئة مراقبة أداء القطاعات المعنية في مجال الرقمنة، وتقديم التوصيات اللازمة لتحسين التنفيذ بناءً على مؤشرات محددة. وتعمل أيضاً على ضمان توافق الاستراتيجية الرقمية مع معايير أمن المعلومات وحمايتها، وذلك بالتعاون مع الجهات المتخصصة في هذا المجال، ومن بين مهام المحافظة أيضاً تحديد الأولويات الاستراتيجية والمشاريع الرقمية الكبرى، بالإضافة إلى



الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

إدارة الموارد البشرية والتمويل اللازم لتنفيذ هذه المشاريع. كما تساهم في اقتراح التدابير القانونية والتنظيمية التي تهدف إلى تحسين سير التحول الرقمي ، وتقوم بقيادة المشاريع الرقمية المشتركة بين القطاعات المختلفة، و مراجعة البرامج الرقمية الخاصة بكل قطاع وتقييم طرق تنفيذها وفقاً للأهداف المحددة.

وفي سياق التغييرات الأخيرة، تم تعيين السيدة مريم بن مولود كأول محافظة سامية للرقمنة بعد إنهاء مهامها كوزيرة للرقمنة والإحصائيات، وذلك في خطوة تهدف إلى تعزيز القيادة في عملية التحول الرقمي في الجزائر. (بشار، 2023)

2-2- مفاهيم متعلقة بالصحة الرقمية:

مفهوم الإتصال الصحي الرقمي:

هو النوع من الاتصال يكون الصحة، ويكون بواسطة الوسائل الرقمية كالهواتف الذكية، ويوجه إلى الاخصائيين في القطاع الصحي وحتى جميع السكان مرضى واصحاء، ويرتكز على كل المعلومات الخاصة بالطب التي تعمم فيما بعد، بهدف التوعية الطبية والصحية، لتحسين صحة السكان. (وسار، 2022، صفحة 401)

مفهوم الصحة الإلكترونية:

عرفتها منظمة الصحة العالمية كما يلي: هي استعمال تكنولوجيا المعلومات لكي تدعم الصحة وكل ماله علاقة بالصحة، فهذا الاستعمال يشمل الصحة المتنقلة، والرعاية الصحية التي تكون عن بعد، وتعتبر الصحة الإلكترونية من المجالات حديثة النشأة بوجود المعلوماتية في تخصص الطب والصحة، بتوفير كل المعلومات والخدمات الصحية التي تقدم للأفراد بواسطة الانترنت وكل التكنولوجيات المتعلقة بذلك، (زمورة، 2024، صفحة 206)

الرعاية الصحية عن بعد:

هي استعمال تقنيات المعلومات الرقمية كالهواتف الذكية، لكي نصل إلى الرعاية الصحية عن بعد، ويمكن ان تستخدم الرعاية الصحية عن بعد في البيت أو يستعملها الطبيب لتحسين هذه الرعاية الصحية. كاستعمال الحواسيب أو أي أجهزة أخرى واستقبال رسائل إلكترونية بواسطة الهاتف لكي تذكرنا باستعمال اللقاحات أو الأدوية التي نتناولها. (وسار، 2022، صفحة 402)

2-3- أهم المنصات الصحية في الجزائر: في إطار التحول الرقمي الذي تعرفه الجزائر ظهرت عدة مبادرات رقمية كأدوات رئيسية لتحسين جودة الرعاية الصحية للسكان، نذكر منها:



- المنصة الالكترونية الصحية عن بعد: وهي من بين المشاريع الرقمية المبتكرة في الجزائر، أطلقتها شركة جزائرية تعمل في مجال الحلول الذكية بالقطاع الصحي في الجزائر، و تعتبر هذه المنصة كحل من الحلول الفعالة لتحسين وتقديم الرعاية للسكان دون التنقل إلى الطبيب، فهي عبارة عن منصات مجانية استشارية الكترونية تسمح للمرضى بالاستفادة من الاستشارات الطبية عن طريق الانترنت وذلك من خلال التواصل مع الأطباء باستخدام تقنيات عديدة كتقنيات الفيديو أو الدردشة النصية أو حتى المكالمات الهاتفية قصد تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، وأيضا طلب مواعيد طبية، وهذه المنصات تتعامل مع أطباء متطوعين في اختصاصات مختلفة، وهذا كله يهدف إلى تخفيف الضغط والاحتفاظ على المؤسسات الصحية، وتوفير الوقت والجهد على السكان، ويمكن أن يستفيد منها السكان في رفع الوعي الصحي لديهم من تقديم النصائح عبر الأنترنت ومثال تطبيق هاته المنصات حدث اثناء فترة تواجد فيروس كورونا في الجزائر، و الاجراءات المتخذة كالحجر الصحي الذي يمنع التنقلات. (كلاش، بوحفص، 2020، صفحة 334)

- المنصة الالكترونية صحتك: منصة صحتك هي منصة رقمية هدفها تسهيل حجز المواعيد الطبية عن طريق الانترنت، وتسمح هاته المنصة للمرضى حجز مواعيد مع المستشفيات والبحث عن الصيدليات، وذلك من خلال تطبيق يكون مخصص على الهواتف الذكية، وأنشأتها المؤسسة الجزائرية للابتكار والتطوير، ولا يشترط التسجيل الاولي، فيتمكن المريض مباشر من الخدمات التي تقدمها المنصة، من عناوين العيادات والصيدليات، وتحديد مكانها على الخريطة، وأسماء الأطباء وعناوينهم وأرقام هواتفهم وتوقيت افتتاح عياداتهم، ويقوم المريض بإدخال بياناته الشخصية كالاسم واللقب والعمر والتاريخ الطبي، ويختار التخصص الطبي الذي يريده، وبناء على هذا التخصص فالمريض يختار الطبيب المتاح، وبعد حجز الموقع يتلقى المريض إشعارا بتأكيد الموعد عن طريق البريد الالكتروني، وبالتالي يكون هناك تنظيم في مواعيد المرضى بشكل رقمي، وهذا يعزز خدمات صحية اكر تنظيما. (بن جمعة و سنوسي، 2016، صفحة 609)

- المنصة الرقمية دوكتا: أنشأت مجموعة من الكفاءات الجزائرية منصة رقمية تخص الصحة بتواصل المريض مع الطبيب، لتضمن رعاية صحية جيدة وأكثر سهولة، تحت إسم "دوكتا"، وهدف هاته المنصة تنظيم المواعيد الطبية وكل المعلومات والملفات التي تخص المريض على منصة واحدة، ويستطيع المريض ان يطلع على مواعيد عمل الأطباء ويتتبع مواعيد الطبيب الذي يتواصل معه من خلال الإشعارات والتنبيهات، حيث يكون الطبيب على علم بكل المعلومات التي تتعلق بصحة المريض الذي يتصل معه، وإذا اراد كذلك حالة أفراد العائلة الذين يضمهم



الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر

معها، وقامت هذه المنصة بتسهيل التواصل مع الاطباء، والتقليل من الازدحام والاكنتظاظ الذي كان موجودا على مستوى المؤسسات الصحية. (كعبش ، 2021).

- المنصة الإلكترونية لتتبع تطور فيروس كورونا في الجزائر: قامت الجزائر بتطوير منصة الكترونية تتبع تطور فيروس كورونا، تهدف إلى جمع وعرض البيانات التي تتعلق بالحالات المصابة بفيروس كورونا في الجزائر، وذلك بشكل يومي، وتشمل عدد الاصابات والحالات الحرجة، وحالات الشفاء، والوفيات، وتقدم هذه البيانات صورة شاملة وواضحة حول تطور الوباء في الجزائر، وتسعى هذه المنصة إلى تقديم معلومات حديثة وموثوقة للسكان حول هذا الوباء، وأيضاً تساعد على تنفيذ والتقليل من كل الشائعات والمعلومات المغلوطة، ومن خلال هذه المنصة يتم نشر الارشادات وكل النصائح الوقائية التي تتعلق بفيروس كورونا. (كلاش و بوحفص، 2022، الصفحات 343-344)

2-4- تطبيقات الصحة الرقمية: تعتبر كأدوات وبرمجيات التي تستخدم التكنولوجيا لتطوير الرعاية الصحية والمساعدة في الوقاية والتشخيص والعلاج والمتابعة، وهذه التطبيقات تعتمد على تقنيات حديثة نذكر منها:

- التطبيب عن بعد: وهو استخدام التكنولوجيا الحديثة لتسهيل التواصل بين المريض والطبيب، مما يسمح بمتابعة الرعاية الطبية عن بعد، وتشمل المؤسسات الصحية التي يكون فيها التواصل بين الطبيب والمريض باستخدام أجهزة الكمبيوتر المتصلة بالإنترنت والكاميرا، مما يتيح للطبيب تشخيص المرض، ووصف العلاج، ومتابعة الحالة الصحية بشكل دوري. هذا النوع من الاستشارات يقلل من الحاجة للتنقل وحجز المواعيد التقليدية، ويتم أيضاً من خلال الاتصال بأطباء متخصصين يمكنهم تشخيص الحالة الصحية وتقديم العلاج المناسب عبر الهاتف، مع الحفاظ على سجلات طبية تُحدث خلال المكالمة. (عبدي و لعروق، 2024، صفحة 378)

- البيانات الضخمة: لا تُعرف البيانات الضخمة بتعريف ثابت، ولكنها عادة ما تُعتبر كميات كبيرة ومتنوعة من البيانات. وفقاً للخبراء، هي بيانات يتعذر على الأنظمة التقليدية معالجتها، بما في ذلك جمعها وتخزينها وتحليلها ضمن وقت معقول. من جهة أخرى، تشمل هذه البيانات الأدوات والعمليات التي تستخدمها المؤسسات لإدارة وتحليل هذه الكميات الكبيرة من المعلومات. (بوزانة و حمدوش، 2022، صفحة 181). كما أنها تتميز بثلاثة جوانب رئيسية: (بوعايدة، الوافي و بوتغان، 2021، صفحة 129)

أولاً: حجمها الكبير الذي يعكس كمية البيانات الهائلة.

ثانياً: تنوعها الذي يشمل أنواعاً متعددة من البيانات ومن مصادر مختلفة يجب تكاملها.

ثالثاً: سرعتها التي تشير إلى معدل إنتاج البيانات واحتياجها إلى معالجتها بسرعة وكفاءة.



- **الذكاء الاصطناعي:** يعتبر كمجال من مجالات علوم الكمبيوتر يركز على تطوير الأنظمة والبرمجيات التي تحاكي القدرات العقلية للبشر. يتمثل الهدف الرئيسي لهذا المجال في إنشاء تقنيات قادرة على محاكاة التفكير البشري، بما في ذلك القدرة على التعلم، حل المشكلات، والإبداع. كما تسعى هذه الأنظمة إلى تقليد بعض الجوانب الأساسية للذكاء البشري، مما يسمح لها بتنفيذ مهام معقدة بكفاءة عالية. (هدار، 2023، صفحة 241) و يتم تطبيق الذكاء الاصطناعي غالبًا بالتوازي مع التعلم الآلي وتحليل البيانات، حيث يركز التعلم الآلي على استكشاف البيانات لاستخلاص الأنماط الرئيسية، وعند اكتشاف علاقة ذات أهمية لمشكلة معينة، يتمكن الخبراء من استخدام هذه النتائج لتحليل المواقف المعينة، ويعتمد هذا النظام على توافر بيانات دقيقة، سواء كانت معلومات رقمية، صور من الأقمار الصناعية، نصوص أو بيانات غير هيكلية. وتسمح هذه البيانات بتقديم رؤى دقيقة في وقتها. (بوعايدة، الوافي و بوتغان، 2021، الصفحات 131-132)

- **السجلات الإلكترونية:** هي عبارة عن سجلات رقمية تحتوي على جميع المعلومات المتعلقة بالمريض، بما في ذلك بياناته الشخصية، مؤشرات الحيوية، والإجراءات العلاجية التي أُجريت له، وكل تفاصيل حالته الصحية طوال فترة مرضه. يمكن تصنيف هذه السجلات إلى نوعين رئيسيين:

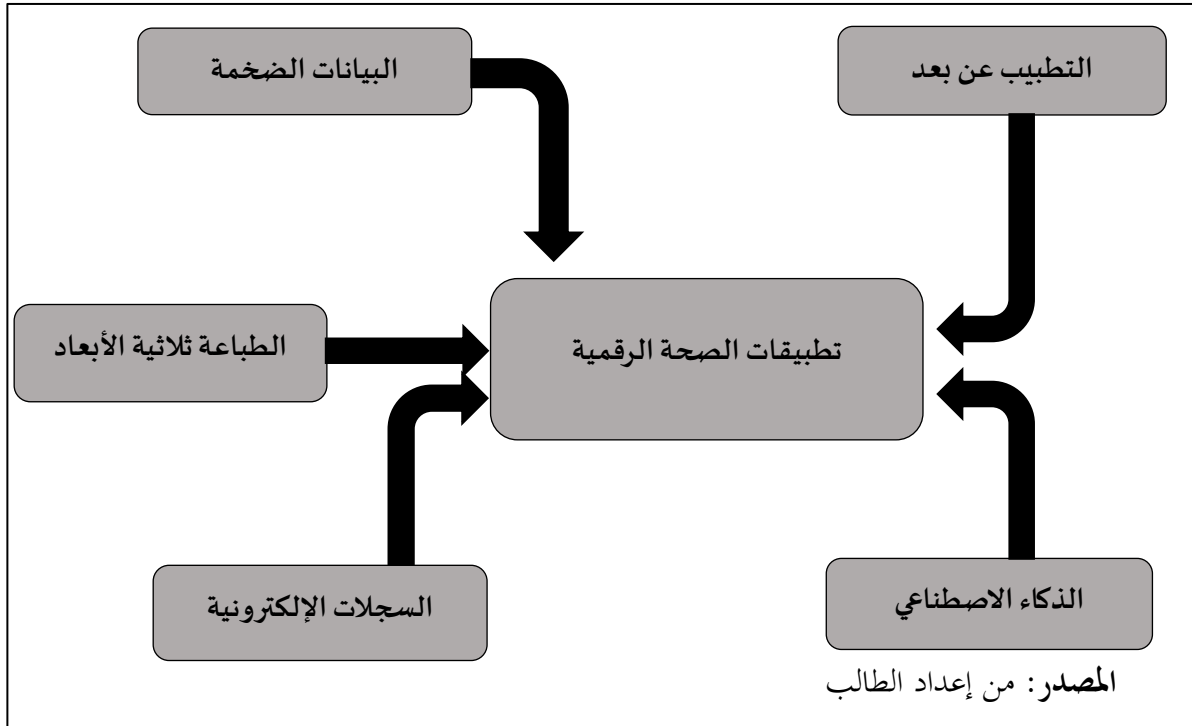
- **السجلات الطبية الإلكترونية:** والتي يتم فيها تخزين البيانات ومعالجتها ضمن شبكة داخلية في المؤسسة الصحية نفسها، مما يساعد على التواصل بين الأقسام المختلفة.

السجلات الصحية الإلكترونية: فهي تسمح بالربط بين مؤسسات صحية متعددة سواء داخل نفس الهيئة أو خارجها، ويساعد استخدام هذه السجلات في تعزيز التنسيق بين الأطباء وتحقيق تشخيصات أدق بفضل الوصول إلى معلومات محدثة باستمرار، بالإضافة إلى توفير نصائح وقائية تساهم في الرعاية الصحية الجيدة للمريض (عبدي ولعروق، 2024، صفحة 379)

- **الطباعة ثلاثية الأبعاد:** تعتبر الطباعة ثلاثية الأبعاد تقنية مبتكرة وجديدة في مجال التصنيع الإضافي، حيث يتم إنشاء الأجزاء أو القطع المطلوبة عن طريق بناءها تدريجياً عبر طبقات رقيقة للغاية. تعتمد هذه العملية على استخدام برامج رقمية لتقسيم التصميم إلى شرائح صغيرة، ثم تتم الطباعة باستعمال طابعات ثلاثية الأبعاد، حيث يتم إضافة طبقة تلو الأخرى حتى نتوصل إلى التشكيل الكائن الأخير الذي نريده، ويمكن استعمال مواد متنوعة كالبلاستيك الحراري، لتحقيق دقة عالية في إنتاج القطع أو المكونات ثلاثية الأبعاد. (بوزانة و حمدوش، 2022، الصفحات 181-182).



شكل رقم (14): تطبيقات الصحة الرقمية



5-2- إيجابيات الصحة الإلكترونية:

- تساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل التكاليف، وتقليل الفحوصات المتكررة ، وذلك من خلال تعزيز الاتصال بين المؤسسات الصحية وتمكين المرضى من المشاركة بشكل أكبر في إدارة صحتهم.
- مساعدة توجيه المرضى نحو أفضل الخيارات الصحية المتوفرة، كما أنها توفر للمستخدمين فرصة المشاركة في مراقبة جودة الرعاية والتأكد من تقديم أفضل الخدمات.
- تقدم خدمات طبية مثبتة وبأدلة علمية من خلال أبحاث علمية مدروسة.
- يستطيع المرضى وكل المستخدمين ان يصلوا إلى معلومات طبية وملفاتهم الصحية عبر الأنترنت، وتنتج عنه علاقة جيدة بين المرضى والطواقم الطبية.
- الرفع من مستوى الوعي الصحي للمرضى والطواقم الطبية عن طريق التعليم المستمر من خلال منصات عبر الأنترنت.
- تبادل المعلومات بين مختلف الهيئات الصحية.
- يتمكن المرضى من الحصول على استشارات صحية وعلاجية عبر الأنترنت، متجاوزة بذلك قل القيود الجغرافية والزمنية.



- تساهم الصحة الرقمية في متابعة فعالية العلاجات وتقليص فترة المرض بالكشف المبكر عن الامراض وهذا يساعد المرضى على التعافي بشكل أسرع.
 - تساهم الصحة الرقمية في تتبع الأوبئة من خلال جمع وتحليل البيانات الجغرافية والديموغرافية، وهذا يساعد على اتخاذ الإجراءات الصحية اللازمة للتقليل من انتشار الامراض. (زمورة، 2024، صفحة 207)
- ومع كل هذه الإيجابيات التي تنتج عن الصحة الرقمية فتبقى بعض التحديات كحماية الخصوصية في بيئة طبية افتراضية حيث قد تكون من الصعب ضبط هذه الامور بشكل دقيق، فالصحة الرقمية قد تساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية، لكن هناك مخاوف من انها قد تزيد الفجوة بين الأفراد الذين يمتلكون المهارات والموارد التقنية والذين لا يملكونها، لذلك يتطلب الأمر وضع سياسات تضمن توفير هذه الخدمات لجميع الفئات الاجتماعية دون استثناء.

2-6- التحديات التي تعترض تطوير الصحة الرقمية:

- افتقار المرضى والمختصين في الرعاية الصحية إلى الوعي الكافي والثقة اللازمة حيال الحلول التي توفرها التقنيات الرقمية في مجال الصحة.
- عدم وجود توافق بين الأنظمة المختلفة للصحة الرقمية، مما يعرقل إمكانية تبادل البيانات والأنظمة بين الخدمات الصحية المتنوعة
- غياب الدراسات الكافية التي تثبت فعالية التكلفة مقارنة بالخدمات الرقمية المتاحة في مجال الصحة.
- وجود غموض قانوني فيما يتعلق بالتطبيقات الصحية المحمولة، خاصة فيما يتعلق بممارسات جمع البيانات وعدم وضوح سياسات استخدامها.
- عدم وجود تشريعات قانونية متكاملة أو موحدة لتنظيم الصحة الرقمية، مما يجعل هناك فجوات قانونية، بما في ذلك غياب آليات لتعويض الأضرار المتعلقة بهذه الخدمات.
- تكلفة الاستثمار العالية التي تترتب على إنشاء وصيانة الأنظمة الرقمية في القطاع الصحي، مما يعوق توسعها وتعميمها.
- استعمال الطرق التقليدية في العمل الإداري وعدم الرغبة في تحديثها أو تغييرها لتناسب مع متطلبات العصر الرقمي.
- نقص التدريب والتأهيل المستمر لموظفي القطاع الصحي على استخدام الأنظمة الإلكترونية، مما يعوق استيعابهم لهذه التقنيات.



• تفاوت الوصول إلى خدمات تكنولوجيا المعلومات في بعض المناطق، خصوصًا تلك التي تعاني من

نقص في البنية التحتية، مما يفاقم من الفجوة الرقمية بين الأقاليم المختلفة، وتعيق إمكانية استفادة

الجميع من هاته الخدمات الرقمية الصحية. (زمورة، 2024، صفحة 208)

بناءً على ذلك، تعد الصحة الرقمية خطوة هامة نحو تطوير الأداء الطبي وتحسين تقديم الرعاية الصحية،

ولكن لضمان نجاح هذا التحول، يجب أن تتوفر مجموعة من الشروط الأساسية، كتطوير استراتيجيات واضحة،

توفير التدريب المناسب لكل المستخدمين ، بالإضافة إلى تبني إطار قانوني وتقني مناسب يدعم الاستمرار والنمو

في هذا المجال.



خلاصة:

يعكس تحليل مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر تطوراً ملحوظاً في مختلف الجوانب. فقد شهدت الجزائر تحسناً كبيراً في معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة، مدفوعاً بجهود الدولة في تطوير الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، كما شهدت الصحة الإنجابية تطوراً ملموساً، حيث انخفضت معدلات وفيات الأمهات بشكل ملحوظ بفضل تحسين خدمات الرعاية أثناء الحمل وبعده.

فيما يتعلق بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة، أظهرت البيانات نمواً تدريجياً حتى عام 2018، مع انخفاض طفيف لاحقاً بفعل تداعيات جائحة كورونا، التي أثرت بشكل كبير على الصحة العامة، أما الأمراض ذات التبليغ الإلجباري والأمراض المزمنة، مثل السكري والسرطان، فتستمر في تشكيل تحديات رئيسية تتطلب استراتيجيات وقائية فعالة، وعلى صعيد الإنفاق الصحي نجد تفاوت مستويات الإنفاق الحكومي العام على الصحة بين الجزائر والدول المغاربية، وتفاوت كبير بين الجزائر والدول المتقدمة الذي يعكس محدودية الإنفاق الصحي الوطني، لا سيما عند الأخذ بعين الاعتبار أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة والجودة العالية للخدمات حيث يتطلب استثمارات أكبر في القطاع الصحي.

في ظل هذه التطورات، اتجهت الجزائر نحو الرقمنة الصحية كأداة لتطوير كفاءة النظام الصحي، من أبرز الإنجازات في هذا المجال إنشاء منصات إلكترونية مثل "صحتك" ومنصة تتبع فيروس كورونا، التي لعبت دوراً محورياً في تحسين تقديم الخدمات الصحية، كما أن تطبيقات الصحة الرقمية أسهمت في تقليل التكاليف وتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز التواصل بين المؤسسات الصحية.

ورغم ذلك تواجه الرقمنة الصحية في الجزائر تحديات، منها نقص الوعي العام بأهمية الصحة الرقمية، وضعف التكامل بين الأنظمة الصحية المختلفة، وغياب الدراسات التي توثق فعالية التكاليف مقارنة بالخدمات التقليدية، إن التحول نحو الرقمنة الصحية يمثل خطوة استراتيجية لتحسين الأداء الطبي وتعزيز الرعاية الصحية. ولتحقيق النجاح في هذا المجال، يجب وضع استراتيجيات شاملة، توفير التدريب المناسب، وتطوير إطار قانوني وتقني يضمن استدامة التطورات الرقمية في القطاع الصحي.

الفصل الثاني النظام الصحي

النظام الصحي

في الجزائر



تمهيد

تواجه الجزائر تحديات عديدة لتحسين بنيتها الصحية، انطلاقاً من تاريخها الطويل الذي شهد مراحل متعددة من التطور والتغيير، شكلت السياسات الصحية في الجزائر محاوراً رئيسية في الجهود المبذولة لتحقيق تنمية شاملة في هذا القطاع، حيث ارتكزت على مبادئ أساسية تسعى إلى توفير رعاية صحية شاملة ومجانية للجميع، ما أتاح التوجه نحو تحسين الخدمات الصحية رغم العقبات الاقتصادية والاجتماعية .

يتطلب فهم تطور النظام الصحي في الجزائر تتبع المراحل التي مر بها منذ الاستقلال، فقد عكست كل مرحلة استراتيجية متميزة وفقاً للتحديات والفرص المتاحة، بدءاً من مرحلة التنظيم الأولى في ستينيات القرن الماضي، مروراً بمرحلة التنمية الصحية والعلاج المجاني في السبعينيات، وصولاً إلى مرحلة الإصلاحات بعد الألفية الجديدة، تبرز هذه المراحل أهمية التكيف مع التحولات الاجتماعية والاقتصادية، والتي أصبحت أكثر وضوحاً في مواجهة أزمات غير مسبوقة، مثل جائحة كورونا .

ساهمت الجائحة في تسليط الضوء على نقاط القوة والضعف في النظام الصحي الجزائري، مما دفع البلاد إلى تعزيز جهودها في تجهيز البنية التحتية الصحية وتطوير استراتيجيات الطوارئ. كما كشفت الأزمة عن الحاجة إلى تحسين الاستعداد لمواجهة الأوبئة وتحديث التجهيزات الطبية .

يمثل هذا الفصل إطاراً شاملاً لتحليل السياسات والنظام الصحي في الجزائر، متتبّعاً نشأته وتطوره وصولاً إلى استجابته للتحديات الصحية المعاصرة، إن تسليط الضوء على هذه العناصر يساهم في فهم أعمق لواقع القطاع الصحي وأبعاده المستقبلية.



1- السياسات الصحية في الجزائر:

تعتبر السياسات الصحية من العوامل الجوهرية التي تشكل أساسًا رئيسيًا في تحقيق التنمية الصحية المستدامة، إذ أن التطور الصحي لأي مجتمع لا يمكن أن يتحقق دون وجود استراتيجيات وسياسات صحية محورية تضمن تحسين صحة الأفراد والمجتمعات. وفي ضوء الأزمات الصحية المتزايدة على الصعيدين المحلي والدولي، أصبح من الضروري أن يحظى هذا المجال باهتمام متزايد من قبل الحكومات والمؤسسات الصحية، بهدف تعزيز الوقاية والعلاج، وتوسيع نطاق الخدمات الصحية الشاملة. ولعل أبرز ما يميز السياسات الصحية هو تأثيرها الكبير على مختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، التي تشكل بيئة مؤثرة في كيفية تحديد الأولويات الصحية، وبلورة حلول فعالة للتحديات الصحية الراهنة.

تتجلى أهمية هذه السياسات في قدرتها على مواجهة التحديات الصحية الكبرى التي يواجهها العالم، من أوبئة وأمراض معدية وأمراض مزمنة، إذ تسعى إلى تطوير استراتيجيات تساهم في الحد من انتشار هذه الأمراض، وتحسين الحالة الصحية العامة للمجتمعات.

وفي الجزائر، شهد القطاع الصحي في السنوات الأخيرة تحولات جذرية استجابة للتحديات الصحية المحلية والعالمية. حيث أدركت السلطات ضرورة وضع استراتيجيات وسياسات صحية مبتكرة ومتكاملة تتماشى مع التغيرات الصحية والاجتماعية التي يعيشها المجتمع الجزائري. هذه السياسات تهدف بشكل أساسي إلى تحسين جودة الحياة الصحية للمواطنين، من خلال توفير خدمات صحية مبتكرة، وتعزيز بنية تحتية صحية قوية، وضمان رعاية صحية شاملة لجميع الفئات الاجتماعية.

1-1- مبادئ السياسات الصحية في الجزائر:

تعد مبادئ السياسات الصحية في الجزائر من الركائز الأساسية التي يعتمد عليها النظام الصحي لضمان تحسين مستوى صحة السكان، حيث تشكل هذه المبادئ الإطار الذي يوجه الاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية. وتستند السياسات الصحية في الجزائر إلى مجموعة من المبادئ التي تهدف إلى تعزيز الرعاية الصحية وتحقيق العدالة الصحية لجميع المواطنين، ومن أبرز هذه المبادئ:

-التضامن الوطني و الذي يضمن حق جميع المواطنين في الحصول على العلاج المجاني، كحق أساسي من حقوقهم الصحية.

-الحق في الوصول إلى الخدمات الأساسية مثل التربية، السكن، والمياه الصالحة للشرب، باعتبارها عوامل رئيسية تؤثر بشكل مباشر على صحة الأفراد.



-إشراك المجتمع في ابتكار حلول وسبل تمويل بديلة للنفقات الصحية، بهدف تحقيق استدامة الموارد المالية للقطاع الصحي.

-إعطاء الأولوية للصحة في البرامج الحكومية من خلال تخصيص الموارد اللازمة لضمان تحسين الحالة الصحية للمواطنين.

-ترقية الصحة وحماتها عبر تعزيز التدابير الوقائية والتوعوية لتفادي الأمراض والمشاكل الصحية.

-تحسين الظروف المعيشية والمهنية للعاملين في القطاع الصحي: بما يساهم في تعزيز الأداء وتحقيق بيئة عمل مناسبة.

-الاهتمام بالإعلام الصحي وتوفير البيانات المتعلقة بالمؤشرات الصحية لرفع الوعي لدى المواطنين وتحفيزهم على اتباع نمط حياة صحي.

-ضرورة التكوين المستمر لمستخدمي القطاع الصحي، لضمان تحسين مهاراتهم وقدراتهم في مواجهة التحديات الصحية المتجددة. (دريسي، 2015، صفحة 147)

هذه المبادئ تشكل الأساس الذي يحدد توجيه السياسات الصحية في الجزائر، وتساهم بشكل فعال في تحقيق أهداف النظام الصحي الوطني وتحسين الرعاية الصحية للسكان.

1-2- مراحل السياسات الصحية في الجزائر:

تعدد التصنيفات التي تناولت تطور السياسات الصحية في الجزائر، حيث ارتبطت كل مرحلة بتحديات مختلفة استجابة للوضع الصحي والاجتماعي في البلاد. وقد قدّمت منال بولفعة تقسيمًا متميزًا لتطور السياسات الصحية في الجزائر، الذي يشمل ثلاث مراحل رئيسية تمتد منذ الاستقلال حتى عام 2015، كل مرحلة منها تتميز بخصائصها الخاصة في التعامل مع التحديات الصحية، مع التركيز على جهود التحسين المستمر. (بولفعة، 2017، صفحة 49-50).

المرحلة الأولى (1962-1984): بدأت هذه المرحلة مباشرة بعد الاستقلال، في ظل ما خلفه الاستعمار من دمار شامل في مختلف القطاعات، بما في ذلك القطاع الصحي. ورغم الوضع الصعب، كانت الجزائر عازمة على تحسين الوضع الصحي، حيث تبنت سياسة علاجية وقائية شاملة، تميزت بتقديم الرعاية الصحية المجانية لجميع المواطنين. انطلقت هذه المرحلة من خلال إطلاق حملات تلقيح واسعة النطاق للحد من الأمراض السارية، مثل شلل الأطفال والدفتيريا، فضلاً عن حماية الأمومة والطفولة. وقد تم تحقيق تحسن تدريجي في الوضع الصحي، مع تحسين ملحوظ في هيكلية النظام الصحي عبر إنشاء المعهد الوطني للصحة الذي ساهم في تكوين وتدريب الكوادر



الصحية. وقد أسفرت هذه الجهود عن تراجع معدل وفيات الأطفال من 142% في عام 1970 إلى 84.7% في عام 1980، ما يعكس تأثير السياسات الوقائية والعلاجية في تحسين صحة السكان.

المرحلة الثانية (1985-1998): شهدت هذه المرحلة صدور قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985، والذي شكل خطوة أساسية في إطار حماية الصحة وترقيتها، من خلال وضع تشريعات جديدة تدعم تعزيز الرعاية الصحية للمواطنين. في نهاية هذه المرحلة، ظهرت نتائج إيجابية واضحة على مستوى المؤشرات الصحية، حيث سجلت الجزائر انخفاضاً ملحوظاً في معدل الوفيات، ووصلت نسبة الولادات إلى 3.25%، كما تراجعت نسبة الوفيات إلى 44%، مع تحقيق تحسن في متوسط أمل الحياة الذي بلغ 68 عامًا. هذا التحسن كان نتيجة للسياسات الصحية المدروسة والموارد التي تم تخصيصها لهذا القطاع الحيوي.

المرحلة الثالثة (1990-2015): تميزت هذه المرحلة بمجموعة من الإصلاحات الهيكلية العميقة في القطاع الصحي، حيث كانت الأولوية موجهة نحو محاربة وفيات الأمهات والأطفال الرضع، وهي إحدى أبرز القضايا الصحية التي كانت تواجهها الجزائر. كما شهدت هذه الفترة الفصل بين المهام الصحية، حيث تم تحديد مهام المؤسسات الصحية الجوارية في تقديم الفحوصات الطبية، في حين تخصصت المستشفيات العمومية في تقديم العلاج الطبي المكثف. كما كان لهذه الإصلاحات أثر كبير في تحسين البنية التحتية الصحية وتعزيز قدرات النظام الصحي في مواجهة التحديات الجديدة.

و هناك من قسم مراحل تطور السياسات الصحية في الجزائر إلى ست مراحل رئيسية، تعكس كل منها تحولات كبيرة في استراتيجيات الرعاية الصحية استجابة للظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة. وتتمثل هذه المراحل كما يلي: (حوالف، 2017، الصفحات 224-229)

-المرحلة الأولى (1965 - 1974): شهدت هذه المرحلة بداية الانطلاق الفعلي للعمل الصحي بعد الاستقلال، حيث تم تحقيق تقدم ملحوظ على مستوى تكوين الكوادر الصحية وتعزيز الهياكل الأساسية. كما تميزت هذه الفترة بإعادة إحياء نشاط المعهد الوطني للصحة الجوارية العمومية خلال الفترة من 1965 إلى 1974، مما ساعد على تأهيل العاملين في المجال الصحي وتطوير قدراتهم.

-المرحلة الثانية: مجانية العلاج (1974 - 1980): في هذه المرحلة، تم التركيز على ضمان الحق في العلاج المجاني لجميع المواطنين، وهو ما تضمنه الميثاق الوطني لعام 1976، الذي أكد على مسؤولية الدولة في ضمان صحة المواطنين وحمايتهم وتحسينها. وقد شكلت هذه الفترة نقطة تحول هامة في النظام الصحي من خلال تقديم الرعاية الصحية المجانية لكافة فئات المجتمع.



-المرحلة الثالثة: السياسة الصحية الجديدة (1980 - 1995): تميزت هذه الفترة بتنفيذ إصلاحات واسعة في القطاع الصحي، التي هدفت إلى تحسين جودة الخدمات الصحية. ومع ذلك، أدى نقص التمويل إلى تراجع قدرة النظام الصحي على تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، ما أثر سلبيًا على أداء القطاع العام في تقديم الرعاية الصحية.

-المرحلة الرابعة: إصلاح المؤسسات الصحية (1995 - 2005): كانت هذه المرحلة محورية في تاريخ السياسات الصحية الجزائرية، حيث تم تطبيق مجموعة من الإصلاحات الهيكلية لمواجهة الارتفاع الكبير في نفقات الصحة الناتج عن سياسة العلاج المجاني. كما شهدت هذه الفترة تدهورًا في جودة الخدمات الصحية، مما دفع إلى اتخاذ إجراءات عاجلة لتحسين الوضع الصحي على مختلف الأصعدة.

-المرحلة الخامسة: استمرار إصلاح المؤسسات الصحية (2005 - 2014): في هذه المرحلة، استمرت الإصلاحات من خلال تطبيق برامج تهدف إلى تحديث المؤسسات الصحية وبناء منشآت جديدة. كان الهدف من هذه الإصلاحات هو تعزيز القدرة الاستيعابية للنظام الصحي وتحسين كفاءة الأداء في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين.

-المرحلة السادسة: البحث عن الخدمة النوعية (ما بعد 2014): بعد عام 2014، بدأت الجزائر في السعي لتحقيق تحسينات جذرية في إدارة المؤسسات الصحية. هذه المرحلة تركز على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، مع التأكيد على التوجه نحو تحديث إدارة المؤسسات الصحية وتحقيق التميز في الأداء الطبي والإداري. تتسم هذه المراحل بتطور مستمر في استراتيجيات الصحة العامة، حيث سعت الجزائر إلى تحقيق تحسينات كبيرة في النظام الصحي لتلبية لاحتياجات المواطنين وتحديات الصحة المستمرة.

ولخص حسيني محمد العيد السياسات الصحية في الجزائر خمس مراحل: (حسيني، 2018، صفحة 144)

-المرحلة الأولى (1962 - 1973): تعتبر هذه المرحلة مرحلة بناء الدولة الجزائرية بعد الاستقلال، حيث كانت هناك حاجة ملحة لتطوير الخدمات والمرافق الصحية في ظل الوضع الصحي المتردي. وفي هذه الفترة، تم إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة مستقلة في عام 1965، مما شكل نقطة انطلاق هامة في تنظيم القطاع الصحي وإدارته.

-المرحلة الثانية (1973 - 1980): تميزت هذه الفترة بتركيز الجهود على بناء الهياكل القاعدية وتعزيز البنية التحتية الصحية، حيث تم مضاعفة عدد قاعات العلاج لتلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة. كما شهدت هذه



المرحلة صدور الأمر الرئاسي رقم 73-65 بتاريخ 28 ديسمبر 1973، الذي نص على مجانية العلاج لجميع المواطنين، مما شكل خطوة فارقة في ضمان الرعاية الصحية للمجتمع.

-المرحلة الثالثة (1980 - 1990): تميزت هذه المرحلة بتحديات كبيرة على مستوى توزيع الهياكل والمرافق الصحية، حيث لوحظت تفاوتات جغرافية في توفر هذه الخدمات، بالإضافة إلى عدم ملاءمة تصميم هذه المنشآت مع المحيط الذي بنيت فيه. كما شهدت هذه الفترة صدور قانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 يوليو 1983، الذي نص على تمويل الدولة للسياسة الصحية من خلال صناديق الضمان الاجتماعي. كما تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 86-25 في 11 فبراير 1986، الذي منح الاستقلالية الكاملة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعد أن كانت تابعة لبقية القطاعات الصحية.

-المرحلة الرابعة (1990 - 2002): تميزت هذه المرحلة بغياب التوافق بين التحولات التنظيمية في القطاع الصحي والتغيرات الديموغرافية التي شهدتها البلاد. هذا التناقض بين التحولات الهيكلية والمطالب المتزايدة للسكان أدى إلى تزايد الضغوط على النظام الصحي، مما أثر على قدرة النظام في تلبية احتياجات جميع الفئات.

-المرحلة الخامسة (ما بعد 2002): بعد عام 2002، بدأت الجزائر في محاولة تعزيز السياسة الصحية، رغم غياب رؤية استشرافية واضحة. شهدت هذه الفترة تواصل الإصلاحات والتحديثات، ولكن من دون استراتيجية طويلة المدى تحدد الأولويات المستقبلية للنظام الصحي بشكل دقيق، مما أدى إلى بعض التحديات في استدامة هذه الإصلاحات.

تبين هذه المراحل بشكل واضح تطور السياسات الصحية في الجزائر، من مرحلة البناء والتأسيس إلى محاولات الإصلاح والتحسين التي تجسدت في مختلف الفترات، مع التركيز على التحديات والفرص التي نشأت في كل مرحلة.

2- نشأة النظام الصحي في الجزائر:

. تعود جذور النظام الصحي في الجزائر إلى فترة الثورة التحريرية، حيث تجسد نشاطه الأساسي في تقديم الرعاية العلاجية والوقائية، إضافة إلى تنظيم برامج تدريبية للكادر الطبي. وقد شكلت هذه الأنشطة أولى خطوات تأسيس النظام الصحي الجزائري، الذي بدأ يكتسب ملامحه تدريجيًا بعد الاستقلال. (غرايبية، 2016، صفحة 244).



2-1-1- مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر:

شهد النظام الصحي في الجزائر تطورًا ملحوظًا منذ الاستقلال، حيث مر بعدة مراحل مفصلية تعكس التحولات التي طرأت على سياسات وبرامج التنمية الصحية، وقد بذلت الجزائر جهودًا كبيرة لتحسين هذا النظام وتطويره بما يتماشى مع احتياجات السكان وتحديات كل مرحلة. ومن أبرز المحطات التي شكلت تطور النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال نذكر ما يلي:

2-1-1-1- مرحلة تنظيم القطاع الصحي (1962-1969):

تعتبر مرحلة هامة في تاريخ النظام الصحي الجزائري، حيث واجهت البلاد تحديات جسيمة بسبب الدمار الشامل الذي خلفه الاستعمار الفرنسي، خاصة في قطاع الصحة. كان الوضع الصحي كارثيًا؛ إذ تعرضت المستشفيات والهياكل الصحية للتدمير الكامل، بالإضافة إلى الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسية، حيث غادر حوالي 2200 طبيب و2700 ممرض البلاد، مما تسبب في نقص حاد في الموارد البشرية المؤهلة لتلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان. (غرايبي، 2016، صفحة 245)

تفشيت الأمراض المعدية والأوبئة بشكل مقلق في ظل هذه الظروف، مثل السل والملاريا، إلى جانب ارتفاع معدلات الفقر والمجاعة. وبحلول عام 1964، كان النظام الصحي يعاني من نقص شديد، حيث بلغ عدد الأطباء العاملين في القطاع العام 966 طبيبًا فقط، بينما كان عدد الأطباء في القطاع الخاص لا يتجاوز 335 طبيبًا، ما أظهر مدى هشاشة القطاع الصحي في تلك الفترة. (غرايبي، 2016، صفحة 245)

استجابة لهذه الأوضاع، شرعت الجزائر في وضع برامج وقائية عاجلة ركزت على مكافحة الأوبئة من خلال حملات تطعيم واسعة النطاق، واستهدفت الأمراض الأكثر انتشارًا، مثل السل والملاريا. كما بدأت الدولة في تأسيس بنية تحتية صحية أكثر تنظيمًا، عبر إنشاء مراكز وعيادات متخصصة لضمان تقديم الرعاية الصحية الضرورية للسكان. وفي خطوة استراتيجية، تم تأسيس المعهد الوطني للصحة العمومية عام 1964 لتكوين الأطر الطبية والإشراف على تحسين النظام الصحي.

وفي إطار جهود إعادة البناء، أطلقت الجزائر المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) والذي هدف إلى تعزيز البنية التحتية الصحية وتوسيع نطاق الخدمات الطبية. وضمن هذا المخطط، تم بناء 6 مستشفيات من أصل 10 مبرمجة، بالإضافة إلى إنشاء 109 عيادة متعددة الخدمات و82 مركزًا صحيًا، ما ساهم في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتقليل الفجوة الصحية في مختلف المناطق. (براحيل، 2009، صفحة 95)



تميزت هذه المرحلة بأنها وضعت الأسس الأولى لإعادة بناء النظام الصحي الوطني، من خلال التركيز على البعد الوقائي والعلاجي، مع العمل على تحسين البنية التحتية وتكوين الكوادر الطبية، مما أرسى قواعد نظام صحي أكثر شمولية واستدامة.

الجدول رقم (09): تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1962-1969

1969	1968	1967	السنة	
			المستخدمين	
519	461	417	الجزائريون	الأطباء
1179	1152	1036	الأجانب	
1698	1613	1453	المجموع	
7861	8029	8649	عدد السكان لكل طبيب	
132	129	86	الجزائريون	جراحو الأسنان
80	66	78	الأجانب	
212	195	164	المجموع	
62692	66415	7668	عدد السكان لكل طبيب	
206	176	160	الجزائريون	الصيدالة
59	71	84	الأجانب	
265	247	244	المجموع	
50369	52433	51504	عدد السكان لكل صيدلي	

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (ONS, Rétrospective Statistique 1962- 2011,

CHAPITRE SANTE .)

يتضح من الجدول رقم (09) ارتفاع عدد العاملين في المجال الطبي خلال الفترة الممتدة بين عامي 1967

و1979، مع ملاحظة التباين بين أعداد الكوادر الجزائرية والأجنبية. ويمكن توضيح هذا التطور كالتالي:

● الأطباء: خلال الفترة الممتدة بين 1967 و1969 كان عدد الأطباء الأجانب يفوق نظراءهم الجزائريين. ففي عام

1967، بلغ عدد الأطباء الجزائريين 417 طبيبا فقط، إلا أن هذا العدد شهد زيادة ملحوظة ليصل إلى 519 طبيبا



بجول عام 1969. أما الأطباء الأجانب، فكان عددهم في عام 1967 يقدر بـ 1036 طبيبًا، وارتفع هذا الرقم في العامين التاليين ليصل إلى 1179 طبيبًا سنة 1969، و من حيث التغطية الصحية، كان معدل الأطباء بالنسبة للسكان في عام 1967 يعادل طبيبًا واحدًا لكل 8649 نسمة، ليتحسن هذا المعدل بحلول عام 1969 ويصبح طبيبًا واحدًا لكل 7861 نسمة.

- جراحو الأسنان: في عام 1967، بلغ عدد جراحي الأسنان الجزائريين 86 جراحًا، وشهد هذا العدد ارتفاعًا ليصل إلى 132 جراحًا بحلول عام 1969. أما جراحو الأسنان الأجانب، فبلغ عددهم 78 جراحًا سنة 1967، إلا أن العدد انخفض بمقدار 12 جراحًا في السنة التالية، ليعاود الارتفاع بإضافة 14 جراحًا في عام 1969، وفيما يتعلق بمعدل السكان لكل جراح أسنان، كان المعدل في عام 1967 جراحًا واحدًا لكل 7668 نسمة، لكنه تحسن بشكل كبير بحلول عام 1969 ليصبح جراحًا واحدًا لكل 6292 نسمة.

- الصيدالة: كان عدد الصيدالة الجزائريين في عام 1967 يقدر بـ 160 صيدليًا، وشهد العدد زيادة تدريجية ليصل إلى 206 صيدالًا في عام 1969. أما بالنسبة للصيدالة الأجانب، فقد بلغ عددهم 84 صيدليًا سنة 1967، لكن هذا العدد انخفض خلال العامين التاليين ليصل إلى 59 صيدليًا سنة 1969، وفيما يخص معدل الصيدالة بالنسبة للسكان، كان المعدل في عام 1967 صيدليًا واحدًا لكل 51504 نسمة، وشهد تحسنًا طفيفًا في عام 1969 ليصل إلى صيدلي واحد لكل 50369 نسمة.

وبالتالي نجد ان هذه الإحصائيات تبرز الجهود المبذولة من طرف الدولة لتعزيز التغطية الطبية في الجزائر خلال هذه الفترة، مع تحسن تدريجي في أعداد الكوادر الصحية الجزائرية مقارنة بالأجنبية، وتحسن ملموس في معدلات التغطية الطبية للسكان.

2-1-2- مرحلة التنمية الصحية والعلاج المجاني (1970-1979):

وبدأت هذه المرحلة بالمخطط الرباعي الأول (غرايبية ، 2016 ، صفحة 246)

المخطط الرباعي الأول (1970-1973م):

شهدت هذه المرحلة خطوات هامة في تطوير القطاع الصحي في الجزائر، حيث اشتمل المخطط

على إنجاز مجموعة من الهياكل الصحية، تضمنت :

- إنشاء 600 سرير، منها 200 سرير مخصصة للمستشفيات الجامعية .

- بناء 100 مركز صحي .

- إنشاء 100 عيادة متعددة الخدمات .



- تشييد 10 مراكز للتوليد .

واعتمدت الجزائر سياسة مجانية العلاج في عام 1974، كخطوة رئيسية للتغلب على المشاكل الاجتماعية والاقتصادية التي خلفها الاستعمار الفرنسي. هذه السياسة جاءت لتخفيف الأعباء الصحية على المواطنين وتوفير الرعاية الطبية للجميع دون استثناء، خاصة بعد سنوات من التهميش والحرمان .

المخطط الرباعي الثاني (1974-1977م):

ركز المخطط الرباعي الثاني بشكل أساسي على الجانب العلاجي، حيث أصبح المستشفى محور التنمية الصحية. عملت الجزائر على بناء منشآت صحية جديدة تمتد لتشمل الأرياف والمناطق النائية، بهدف ضمان وصول الرعاية الصحية إلى كافة السكان، وتضمن هذا المخطط:

- 50 مستشفى

- 300 مركزا صحيا

- 160 عيادة متعددة الخدمات 25 عيادة ولادة

- برمجة 12 معهد للعلوم الطبية ويتسع كل معهد على 300 مقعد ييداغوجي (عقاقيرية، 2018، صفحة 8)

وشهدت هذه الفترة تطورات ملحوظة في الموارد البشرية للقطاع الصحي، ما يعكس اهتمام الدولة بتطوير

الكوادر الطبية وتحسين جودة الخدمات الصحية، كما يتضح من بيانات الجدول التالي:



الجدول رقم (10): تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1973-1979

1979	1977	1975	1973	السنة	
				المستخدمين	
4561	3026	1820	1241	الجزائريون	الأطباء
1785	1295	1392	1226	الأجانب	
6346	4321	3212	2467	المجموع	
2855	3948	4909	5938	عدد السكان لكل طبيب	
1305	813	535	279	الجزائريون	جراحو الأسنان
121	120	82	93	الأجانب	
1426	933	617	372	المجموع	
12706	18283	25556	39379	عدد السكان لكل طبيب	
1001	866	849	332	الجزائريون	الصيدالة
50	40	52	64	الأجانب	
1051	906	901	396	المجموع	
17240	18828	17501	36992	عدد السكان لكل صيدلي	

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (ONS, Rétrospective Statistique 1962- 2011,

CHAPITRE SANTE.)

نلاحظ من الجدول رقم (10) تطورا كبيرا في أعداد الكوادر الطبية الجزائرية خلال الفترة الممتدة من 1973 إلى 1979م، مع تباين ملحوظ في أعداد الأطباء، جراحي الأسنان، والصيدالة، سواء الجزائريين أو الأجانب، وفيما يلي تفاصيل هذه التطورات :

- الأطباء: في عام 1973 كان عدد الأطباء الجزائريين 1241 طبيبا، لكن هذا العدد شهد تضاغفا سريعا ليصل في عام 1979 إلى 4561 طبيبا. وبلغ عدد الأطباء الأجانب 1226 طبيبا سنة 1973، وارتفع إلى 1392 طبيبا في عام 1975، ثم انخفض إلى 1295 طبيبا في عام 1977. ومع ذلك، عاد العدد للارتفاع مرة أخرى ليبلغ 1785 طبيبا سنة 1979. وفي عام 1973 كان هناك طبيب واحد لكل 5938 ساكن، بينما تحسن هذا المعدل بشكل كبير ليصل في عام 1979 إلى طبيب واحد لكل 2855 ساكن.



- جراحو الأسنان: في عام 1973، بلغ عدد جراحي الأسنان الجزائريين 279، وازداد بشكل لافت ليصل في عام 1979 إلى 1305 جراح أسنان جزائري، وكان عدد جراحو الأسنان الأجانب 93 جراحًا أجنبيًا سنة 1973، وانخفض إلى 82 سنة 1975، لكنه ارتفع مجددًا ليلعب 120 جراحًا أجنبيًا سنة 1979، و بلغ معدل السكان لكل جراح أسنان واحد 39379 ساكنًا في عام 1973، وتحسن ليصل إلى 12706 ساكنًا في عام 1979.
 - الصيدالة: في عام 1973 قُدِّر عدد الصيدالة الجزائريين بـ 332 صيدليًا، وارتفع هذا العدد تدريجيًا ليصل إلى 1001 صيدليًا سنة 1979، وكان عدد الصيدالة الأجانب 64 صيدليًا أجنبيًا سنة 1973، وانخفض خلال الفترة بين 1975 و 1977 ليصل إلى 40 صيدليًا أجنبيًا، لكنه ارتفع بمقدار 10 صيدالة ليلعب 50 صيدليًا أجنبيًا في عام 1979. وكان معدل السكان لكل صيدلي واحد 36,992 ساكنًا في عام 1973، وشهد تحسنًا كبيرًا ليصل إلى 17,240 ساكنًا في عام 1979
- وبهذا نلاحظ أن الجزائر حققت نموًا ملحوظًا في الكوادر الطبية الوطنية خلال الفترة المدروسة، ما ساهم بشكل مباشر في تحسين الخدمات الصحية وتقليص الفجوة بين احتياجات السكان والإمكانيات الطبية المتاحة.

2-1-3- مرحلة التوجهات والتغيرات في التنمية الصحية (1980-1989):

ركزت الجزائر في هذه المرحلة على تمويل السياسة الصحية من خلال الصندوق الاجتماعي، حيث ارتبط ذلك بتمويل تكاليف الرعاية الصحية وعدد المواطنين المسجلين ضمن نظام التأمين الاجتماعي. (خلاصي، 2020، الصفحات 70-71)

تميزت الفترة بزيادة عدد المراكز الصحية الاجتماعية، وتطوير شبكة العلاج العمومية التي تم تشكيلها عام 1984، والتي تضمنت:

- القطاعات الصحية.

- القطاعات الصحية الفرعية .

- المستشفيات المتخصصة .

- المراكز الاستشفائية الجامعية .

وفي عام 1989، تم تأسيس المدرسة الوطنية للصحة العمومية من أجل تحديث إدارة الخدمات الصحية وتطوير المفاهيم الحديثة في هذا المجال، عبر تدريب الكوادر الصحية والإدارية العاملة في المؤسسات الصحية .

كما شهدت هذه المرحلة إنشاء مستشفيات جامعية ومراكز علاجية متخصصة. (خلاصي،

2020، صفحة 71)، مع تركيز كبير على تطوير الموارد البشرية من خلال برامج تكوين شاملة في



جميع التخصصات الصحية، مما ساهم في الارتقاء بمستوى الكفاءات الطبية والإدارية، وهذا ما يوضحه الجول التالي:

الجدول رقم (11): تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1980-1989

1989	1985	1980	السنة	
			المستخدمين	
20436	11170	6202	الجزائريون	الأطباء
1031	2051	2310	الأجانب	
21467	13221	8512	المجموع	
1137	1654	2193	عدد السكان لكل طبيب	
6884	2644	1577	الجزائريون	جراحو الأسنان
8	106	114	الأجانب	
6892	2750	1691	المجموع	
3542	7950	11038	عدد السكان لكل طبيب	
1836	1325	1035	الجزائريون	الصيدالة
3	34	70	الأجانب	
1839	1359	1105	المجموع	
13273	16088	16892	عدد السكان لكل صيدلي	

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على (ONS, Rétrospective Statistique 1962- 2011,

CHAPITRE SANTE.)

نلاحظ من الجدول رقم (11) تطور ملحوظ في عدد المستخدمين الجزائريين في المجال الطبي خلال الفترة الممتدة بين 1980 و1989، في مقابل انخفاض كبير في عدد المستخدمين الأجانب خلال نفس الفترة. ويمكن تلخيص هذا التطور على النحو التالي :

- الأطباء: بلغ عدد الأطباء الجزائريين عام 1980 حوالي 6202 طبيبا، وشهد العدد قفزة كبيرة ليصل بحلول عام 1989 إلى 20436 طبيبا جزائريا، أي أكثر من ثلاثة أضعاف. وفي المقابل انخفض عدد الأطباء الأجانب بشكل ملحوظ، إذ كان عددهم 2310 طبيبا أجنبيا عام 1980، ليصل إلى 1031 طبيبا أجنبيا فقط في عام 1989.



كما شهد معدل الأطباء تحسناً كبيراً، حيث كان هناك طبيب واحد لكل 2193 ساكنًا سنة 1980، وانخفض المعدل إلى طبيب واحد لكل 1137 ساكنًا سنة 1989، مما يعكس تحسن التغطية الصحية.

● جراحو الأسنان: بلغ عدد جراحي الأسنان الجزائريين سنة 1980 حوالي 1577 جراحًا، وتضاعف عددهم بحلول عام 1989 ليصل إلى 6884 جراحًا. أما عدد جراحي الأسنان الأجانب، فقد شهد انخفاضًا حادًا، حيث كان عددهم 114 جراحًا عام 1980، ووصل إلى 08 جراحين فقط سنة 1989، وقد انعكس هذا التحسن على معدل السكان لكل جراح أسنان، إذ انخفض من جراح واحد لكل 11038 ساكنًا سنة 1980 إلى جراح واحد لكل 3542 ساكنًا سنة 1989.

● الصيدالة: ارتفع عدد الصيدالة الجزائريين من 1035 صيدليًا عام 1980 إلى 1836 صيدليًا عام 1989. أما الصيدالة الأجانب، فقد تقلص عددهم بشكل كبير من 70 صيدليًا سنة 1980 إلى 03 صيدالة فقط بحلول سنة 1989. أما معدل السكان لكل صيدلي فقد تحسن أيضًا، حيث كان صيدلي واحد لكل 16892 ساكنًا سنة 1980، ليصل إلى صيدلي واحد لكل 13273 ساكنًا سنة 1989.

يرجع هذا التطور اللافت في عدد المستخدمين الجزائريين في القطاع الصحي بالدرجة الأولى إلى الجهود المبذولة من قبل الدولة في مجال تكوين الموارد البشرية، سواء من خلال إنشاء المؤسسات التعليمية والتكوينية المتخصصة، أو تحسين سياسات التشغيل والتوظيف في القطاع الصحي.

2-1-4- مرحلة اللإستقرار (1999-1990):

مرت الجزائر خلال هذه المرحلة بظروف استثنائية أضفت عليها طابعًا خاصًا مختلفًا عن باقي الفترات السابقة. أبرز سمات هذه المرحلة تمثلت في: (خلاصي، 2020، صفحة 74)

- الأزمات الأمنية: عاش البلد فترة عصبية تميزت بما يُعرف بالعيشية السوداء، حيث تفاقمت الأزمات الأمنية في أنحاء متفرقة من الجزائر، مما أدى إلى هجرة واسعة للكفاءات الصحية إلى الخارج. كما أسفر الوضع الأمني عن غلق بعض المنشآت الصحية، لا سيما في المناطق الريفية النائية، مما أثر بشكل سلبي على مستوى الخدمات الصحية المتاحة .

- الأزمات المالية: تزامن هذا الوضع الأمني مع انهيار أسعار النفط في الأسواق العالمية، مما سبب عجزًا كبيرًا في تمويل القطاع الصحي. فقدت الدولة قدرتها على استكمال المخططات التنموية الصحية، وهو ما أدى إلى توقف العديد من المشاريع الصحية التي كانت مُخطَّطًا لها في هذه المرحلة .



- إصدار المراسيم التنفيذية: رغم التحديات الاقتصادية والأمنية، شهدت هذه الفترة إصدار عدد من المراسيم التنفيذية الهامة التي تمحورت حول تنظيم القطاع الصحي وتطويره، ومنها: (حاروش، 2000، صفحة 136)
 - المرسوم التنفيذي رقم 94-47 لعام 1994، والذي نص على إنشاء الديوان الوطني للدواء بهدف تعزيز قدرة البلاد على تأمين احتياجاتها من الأدوية.
 - المرسوم التنفيذي رقم 95-108 لعام 1995، الذي نص على إنشاء الوكالة الوطنية للدّم (ANS)، والتي كانت مهمتها وضع وتطبيق السياسة الوطنية للدّم.
 - المرسوم التنفيذي رقم 96-68 لعام 1996، الذي أسس للمفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان (DSP) بهدف تعزيز الرقابة والتفتيش على المؤسسات الصحية وضمان تطبيق المعايير الصحية.
- وبالرغم من التحديات الاقتصادية والأمنية، كانت هذه المرحلة حاسمة في وضع أسس تنظيمية وتشريعية جديدة لمستقبل القطاع الصحي في الجزائر.

الجدول رقم (12): تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1990-1999

السنة	1990	1995	1999
عدد الأطباء	23550	27317	30962
عدد السكان لكل طبيب	1063	1027	968
عدد جراحو الأسنان	7199	8056	8062
عدد السكان لكل طبيب	3476	3483	3717
عدد الصيادلة	2134	3691	4814
عدد السكان لكل صيدلي	11725	7602	6318

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

- من خلال الجدول رقم (12) يمكن ملاحظة تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة الممتدة بين 1990 و1999، حيث يظهر ما يلي:
 - الأطباء: بلغ عدد الأطباء في الجزائر سنة 1990 حوالي 23550 طبيبًا، بمعدل طبيب واحد لكل 1063 نسمة. واستمر هذا العدد في الزيادة ليصل إلى 30962 طبيبًا في سنة 1999، مما يعكس تحسّنًا ملحوظًا في معدل الأطباء، ليصبح طبيب واحد لكل 968 نسمة.



- جراحو الأسنان: كان عدد جراحي الأسنان يقدر بـ 7199 جراح أسنان في سنة 1990، بمعدل جراح أسنان لكل 3,476 نسمة. ورغم الزيادة الطفيفة في عدد جراحي الأسنان خلال السنوات التالية، حيث ارتفع العدد إلى 8,062 جراحًا في سنة 1999، إلا أن معدل التوزيع ظل مرتفعًا ليصل إلى جراح أسنان لكل 3,717 نسمة.
 - الصيدالة: بلغ عدد الصيدالة في الجزائر سنة 1990 حوالي 2134 صيدليًا، بمعدل صيدلي واحد لكل 11725 نسمة. ومع مرور السنوات، شهد هذا العدد نموًا ملحوظًا، ليصل في سنة 1999 إلى 4814 صيدليًا، بمعدل صيدلي واحد لكل 6318 نسمة.
- ويشير هذا التطور الملحوظ في أعداد الكوادر الطبية إلى جهود كبيرة في تحسين التغطية الصحية وتوسيع الخدمات الطبية في الجزائر خلال تلك الفترة.

الجدول رقم (13): تطور عدد الهياكل الصحية في القطاع العام من (1990-1999)

1999	1997	1995	1993	1991	1990	السنوات الهياكل الصحية
261	223	251	267	263	284	المستشفيات
1185	1110	1152	1131	1112	1309	مراكز صحية
482	462	471	459	445	510	عيادات متعددة الخدمات
3851	3601	4174	3958	3618	3344	قاعات العلاج
437	389	489	486	474	475	دور الولادة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

- يظهر الجدول رقم (..) تذبذبًا واضحًا في عدد الهياكل الصحية خلال الفترة المدروسة، نتيجة للظروف الأمنية والاقتصادية التي شهدتها البلاد. ورغم التراجع الذي ميز بعض الفترات، سجلت نهاية العقد عودة تدريجية نحو التعافي والارتفاع في أعداد الهياكل الصحية. ويمكن تحليل ذلك كما يلي:
- المستشفيات: بلغ عدد المستشفيات في عام 1990 ما يقارب 284 مستشفى، ولكنه شهد انخفاضًا ملحوظًا ليصل إلى 223 مستشفى في عام 1997، نتيجة للتحديات الأمنية والاقتصادية. ومع ذلك، تمكنت البلاد من استعادة بعض هذا التراجع، حيث ارتفع العدد ليصل إلى 261 مستشفى بحلول عام 1999.
 - المراكز الصحية: كان عدد المراكز الصحية في عام 1990 حوالي 1309 مركزًا، لكنه انخفض بشكل حاد في العام التالي إلى 1112 مركزًا فقط. بعد ذلك، شهدت الفترة الممتدة من 1993 إلى 1995 ارتفاعًا طفيفًا ليصل العدد



إلى 1152 مركزًا. ومع ذلك، عاود العدد الانخفاض بين عامي 1995 و1997 ليبلغ 1110 مراكز، قبل أن يستعيد عافيته تدريجيًا ليصل إلى 1185 مركزًا صحيًا بحلول عام 1999.

● العيادات متعددة الخدمات: في عام 1990، بلغ عدد العيادات متعددة الخدمات 510 عيادة. إلا أن العدد انخفض بواقع 65 عيادة في العام التالي، ليصل إلى 445 عيادة. بين عامي 1991 و1993، عاد العدد للارتفاع مسجلًا 471 عيادة. وعلى الرغم من تسجيل انخفاض طفيف بلغ 9 عيادات خلال الفترة الممتدة بين 1995 و1997، عاد العدد للارتفاع في نهاية الفترة ليبلغ 491 عيادة متعددة الخدمات في عام 1999.

● قاعات العلاج: قُدِّر عدد قاعات العلاج بـ 3344 قاعة عام 1991، ومع تحسن الظروف، ارتفع هذا العدد بشكل كبير ليصل إلى 4174 قاعة علاج خلال الفترة الممتدة بين 1991 و1995. إلا أن هذا النمو لم يستمر، حيث شهدت الفترة بين 1995 و1997 انخفاضًا ملحوظًا بلغ 3601 قاعة. وبحلول عام 1999، عاد العدد للارتفاع تدريجيًا ليصل إلى 3851 قاعة علاج.

● دور الولادة: في عام 1991، بلغ عدد دور الولادة 475 دارًا، ثم انخفض بشكل طفيف جدًا في العام التالي بدار واحدة فقط. بين عامي 1991 و1995، شهد العدد ارتفاعًا ملحوظًا ليصل إلى 489 دار ولادة. إلا أن الفترة بين 1995 و1997 عرفت انخفاضًا حادًا بواقع 100 دار، ليبلغ العدد 389 دارًا فقط. وفي الفترة الممتدة بين 1997 و1999، استعاد العدد جزءًا من هذا التراجع، مسجلًا 437 دار ولادة.

تبين هذه المؤشرات تأثير الظروف الصعبة على القطاع الصحي، سواء من حيث التراجع أو من حيث الانتعاش التدريجي الذي تحقق مع نهاية العقد. ورغم التحديات الكبيرة، فإن هذه الفترة عكست جهودًا واضحة لإعادة بناء منظومة الصحة، حيث عملت الدولة على تقليص الفجوة واستئناف تطوير الهياكل الصحية.

2-1-5- مرحلة الإصلاحات (بعد سنة 2000):

شهدت الجزائر في مطلع الألفية الجديدة مرحلة محورية من الإصلاحات الشاملة، شملت مختلف القطاعات، وعلى رأسها القطاع الصحي. تزامنت هذه الإصلاحات مع استعادة البلاد لاستقرارها الأمني بعد سنوات من التوتر، ومع تحقيق وفرة مالية بفضل ارتفاع أسعار النفط. انعكس هذا الواقع إيجابيًا على زيادة نفقات الصحة، حيث ارتفعت من 3.48% من الناتج المحلي الإجمالي (PIB) في سنة 2000 إلى 5.12% بحلول عام 2010، (كرمين، 2021، صفحة 71)

في إطار هذه التحولات، شهدت وزارة الصحة تعديلاً في هيكليتها ومسامها لتصبح "وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات"، (عياد، 2016، صفحة 127)، مما يعكس توجهًا نحو تحسين إدارة



القطاع الصحي. كما تم إطلاق برامج تنموية شاملة، من بينها برنامج دعم الإنعاش (2001-2004) وبرنامج تعزيز النمو (2005-2009)، بهدف تعزيز البنية التحتية الصحية والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة. (بولفعة، 2017، صفحة 49)

وفي مطلع جانفي 2008، تم إدخال نظام صحي جديد يهدف إلى الفصل بين المؤسسات الصحية القاعدية ومؤسسات الاستشفاء المتخصصة. هذا النظام أسفر عن إعداد مدونة صحية حديثة أدت إلى إنشاء مؤسستين رئيسيتين، هما: (محمد، 2017، الصفحات 140-141-142)

أ- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

تعتبر هذه المؤسسة حجر الأساس في تقديم الرعاية الصحية القاعدية، حيث تهدف إلى تقريب الخدمات الصحية من المواطنين في جميع المناطق. تتكون من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، مع تحديد مهام واضحة لكل منهما :

- مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

- تقديم خدمات الوقاية والعلاج القاعدي .
- توفير خدمات الرعاية الصحية الجوارية .
- تشخيص الأمراض ومتابعة الحالات المرضية .
- إجراء الفحوص العامة والخاصة، بما في ذلك التخصصات الطبية .

- عيادات متعددة الخدمات:

تمثل هذه العيادات الوحدة الأساسية للرعاية الجوارية، وتتميز بمهام متعددة، منها :

- تقديم خدمات الطب العام .
- توفير خدمات طب الأسنان .
- التعامل مع حالات الإستعجالات الطبية والجراحية .
- متابعة الأمراض المعدية وغير المعدية .
- رعاية صحة الأم والطفل، بما في ذلك المراقبة والمتابعة الطبية .
- تقديم خدمات الفحص الطبي المتخصص .

- قاعات العلاج:

تعد قاعات العلاج الوحدة الأقرب للمواطنين في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء، وتهدف إلى تقديم العلاجات الأولية الضرورية. ومن أبرز مهامها :



- تقديم العلاج العام والخدمات الوقائية الفورية .
- متابعة صحة الأم والطفل وبرامج التلقيح الوقائية .
- مراقبة النظافة العامة والوقاية من الأمراض المرتبطة بالبيئة .

ب- المؤسسة العمومية الاستشفائية:

تعتبر هذه المؤسسة وحدة متقدمة للرعاية الصحية، تغطي خدماتها بلدية أو مجموعة من البلديات. وتُعنى بتقديم خدمات صحية شاملة ومتخصصة. ومن أبرز مهامها :

- تقديم خدمات علاجية متقدمة ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية .
- الإشراف على عمليات التكوين الطبي للكوادر الصحية .
- تنفيذ البرامج الصحية الوطنية وتعميمها على المستوى المحلي .

مثل هذا التطور في المنظومة الصحية في الجزائر نقطة تحول نوعية، حيث ساهم في تعزيز كفاءة القطاع الصحي ورفع مستوى الخدمة المقدمة، مما مكّن البلاد من مواكبة متطلبات الصحة العامة في ظل التطورات السكانية والاجتماعية.

الجدول رقم(14): تطور عدد الهياكل الصحية في القطاع العام من (2008-2020)

2020	2018	2016	2014	2012	2010	2008	السنوات الهياكل الصحية
210	206	200	196	193	194	190	مؤسسة استشفائية عامة EPH
79	79	75	71	66	64	57	مؤسسة استشفائية متخصصة EHS
273	273	273	271	271	271	271	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP
09	09	09	05	05	04	04	المؤسسات الصحية EH
01	01	01	01	01	01	01	المؤسسات الاستشفائية الجامعية EHU

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

يتبين لنا من الجدول رقم (14) أن عدد الهياكل الصحية في الجزائر شهد تطوراً ملحوظاً خلال الفترة الزمنية المدروسة، حيث يمكن تصنيف هذا التطور وفقاً لنوع المؤسسة كما يلي:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية: بلغ عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية 190 مؤسسة عام 2008، وشهد ارتفاعاً تدريجياً ليصل إلى 194 مؤسسة في عام 2010. إلا أن الفترة بين 2010 و2012 شهدت تراجعاً بفقدان مؤسسة واحدة. لاحقاً، عادت وتيرة النمو بشكل ملحوظ، حيث تمت إضافة 13 مؤسسة جديدة بين عامي



2012 و2018، واستمرت الزيادة خلال الفترة 2018-2020 بإضافة 4 مؤسسات أخرى، ليصل إجمالي العدد إلى 210 مؤسسة بحلول عام 2020.

■ المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: بلغ عدد هذه المؤسسات 57 مؤسسة عام 2008، وارتفع إلى 64 مؤسسة عام 2010. وبين عامي 2010 و2012، أضيفت مؤسستان جديدتان، ليصل العدد إلى 66 مؤسسة. في الفترة الممتدة بين 2012 و2018، شهدت زيادة ملحوظة بإضافة 13 مؤسسة، مما رفع العدد إلى 79 مؤسسة، وهو العدد الذي ظل ثابتًا خلال الفترة بين 2018 و2020.

■ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: استقر عدد هذه المؤسسات عند 271 مؤسسة منذ عام 2008 وحتى عام 2014 دون أي تغييرات تُذكر. وفي الفترة الممتدة بين 2014 و2016، تم تسجيل زيادة طفيفة بإضافة مؤسستين، ليصل العدد إلى 273 مؤسسة، وهو العدد الذي ظل ثابتًا دون تغيير حتى عام 2020.

■ المؤسسات الصحية: تُعد هذه المؤسسات محدودة التخصصات، حيث تركز على تقديم خدمات علاجية في تخصصين أو ثلاثة فقط. في عام 2008 بلغ عدد هذه المؤسسات 4 فقط، وظل ثابتًا حتى عام 2010. في عام 2012 شهدت إضافة مؤسسة واحدة ليصل العدد إلى 5 مؤسسات، واستقر هذا العدد حتى عام 2014. و ارتفع العدد إلى 9 مؤسسات في الفترة الممتدة بين 2014 و2016، وحافظ على هذا الرقم دون أي زيادة إضافية حتى عام 2020.

■ المؤسسات الاستشفائية الجامعية: تتميز هذه المؤسسات بتقديم خدمات طبية متكاملة تشمل جميع التخصصات، بالإضافة إلى دورها في التكوين الأكاديمي والمهني للكفاءات الطبية. ظل عددها ثابتًا طوال الفترة الممتدة بين 2008 و2020 عند مؤسسة واحدة فقط.

هذه الزيادة في عدد الهياكل الصحية يعكس الجهود المستمرة للدولة في تحسين البنية التحتية الصحية وتعزيز التغطية الطبية لجميع فئات السكان، مع التركيز على توسيع الخدمات الصحية في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء، لتلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان.

الجدول رقم(15): التطور الاجمالي للعيادات الطبية (2008 – 2020)

السنوات	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
عيادة طبيب متخصص	5621	6208	6776	7742	9042	10620	11591
عيادة طبيب عام	6202	6315	6335	6654	7298	7803	8848



8266	6952	6514	5928	5368	5105	4717	عيادة طبيب أسنان
1074	821	709	512	426	376	301	عيادة ممارسة جماعية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

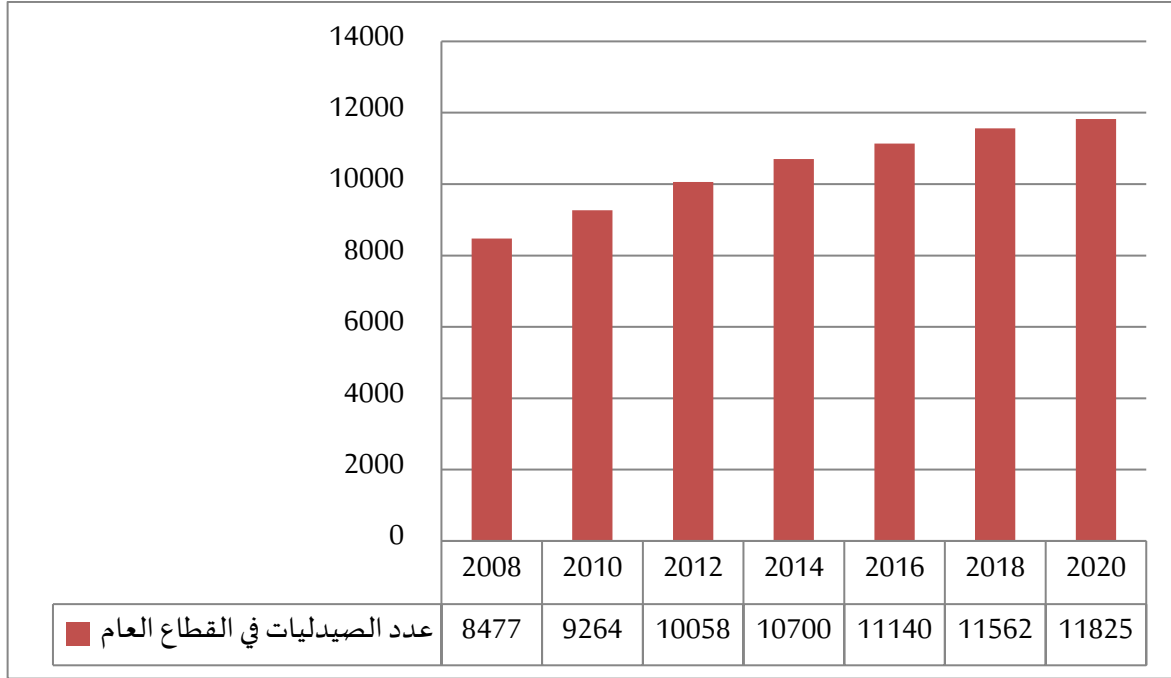
من الجدول رقم (15) نلاحظ تطور في عدد العيادات الطبية في الجزائر بين عامي 2008 و2020، حيث

يمكن ملاحظة الزيادة الكبيرة في مختلف أنواع العيادات، وذلك على النحو التالي :

- عيادات الأطباء المتخصصين: شهدت عيادات الأطباء المتخصصين قفزة نوعية من حيث العدد، حيث كانت تضم 5621 عيادة فقط في عام 2008. ومع تزايد الطلب على خدمات التخصصات الطبية، ارتفع العدد بأكثر من الضعف ليصل إلى 11591 عيادة في عام 2020. هذا النمو يعكس التوسع المستمر في تقديم الخدمات الطبية التخصصية في مختلف أنحاء البلاد.
 - عيادات الأطباء العامين: في عام 2008 كان عدد عيادات الأطباء العامين يبلغ 6202 عيادة. وخلال الفترة الممتدة بين 2008 و2012، تمت إضافة 133 عيادة جديدة، ليواصل العدد ارتفاعه بشكل مطرد في السنوات اللاحقة، حيث بلغ 8848 عيادة في عام 2020. هذا التوسع يؤكد الاهتمام بخدمات الرعاية الصحية الأولية، التي تعد الأساس في النظام الصحي.
 - عيادات أطباء الأسنان: بدأ عدد عيادات أطباء الأسنان عند 4717 عيادة في عام 2008، لكنه شهد زيادات مستمرة، ما يعكس ازدياد الوعي بأهمية صحة الفم والأسنان. بحلول عام 2020، وصل العدد إلى 8266 عيادة، مما يدل على التوسع في توفير هذا النوع من الخدمات لتلبية احتياجات السكان في جميع المناطق.
 - عيادات الممارسة الجماعية: كان هذا النوع من العيادات الأقل عددًا في البداية، حيث سُجل وجود 301 عيادة فقط في عام 2008. ومع ذلك شهدت عيادات الممارسة الجماعية تطورًا ملحوظًا، إذ ارتفع عددها بمقدار 520 عيادة في الفترة الممتدة بين 2008 و2018. وبحلول عام 2020 بلغ العدد الإجمالي 1074 عيادة، مما يعكس تحولًا نحو توفير رعاية صحية متعددة التخصصات في إطار عيادات جماعية.
- هذا التطور المستمر في عدد العيادات الطبية بمختلف أنواعها يُظهر الجهود المبذولة من قبل الدولة لتوسيع نطاق الخدمات الصحية وتحسين جودتها. كما يعكس الاستجابة المتزايدة لاحتياجات السكان الصحية من خلال توفير خدمات أكثر شمولية وتخصصًا، مع العمل على تقليص الفجوة في التغطية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية.



الشكل رقم (15): عدد الصيدليات للقطاع العام في الجزائر في الفترة الممتدة بين (2008-2020)

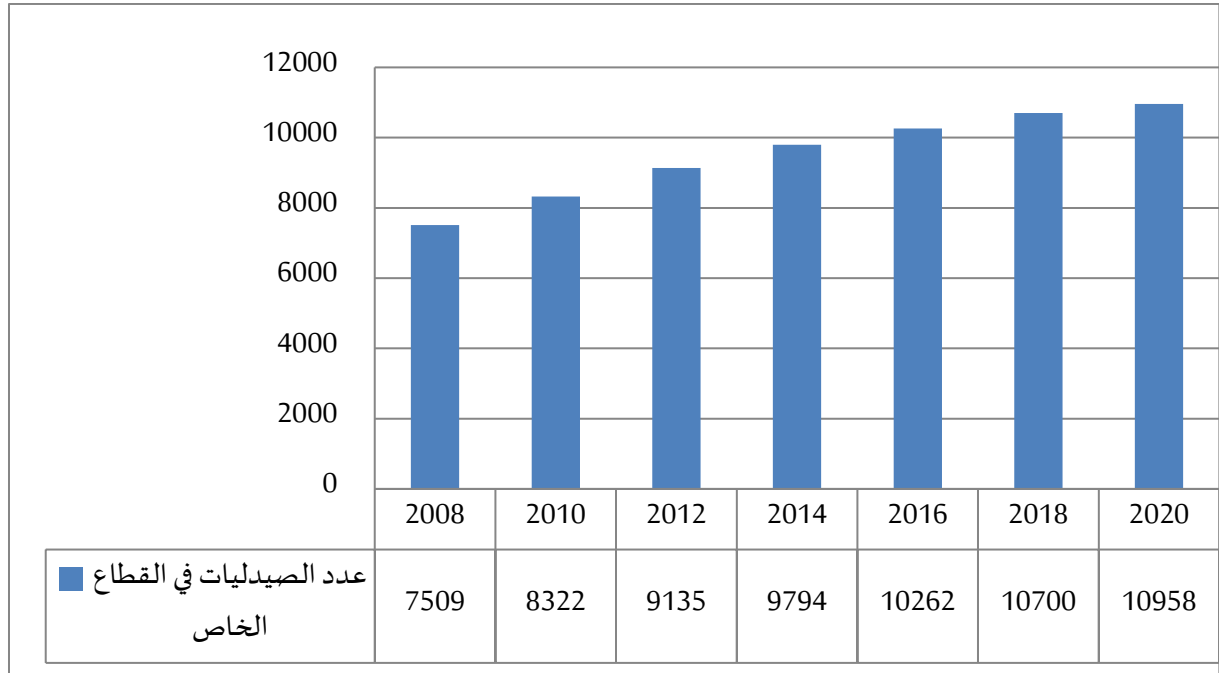


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

وفقاً للشكل رقم (15) شهدت الصيدليات التابعة للقطاع العام في الجزائر تطوراً ملحوظاً خلال الفترة الممتدة من عام 2008 إلى عام 2020. حيث كان عددها في عام 2008 يبلغ 8477 صيدلية، ليتزايد تدريجياً في السنوات اللاحقة، محققاً نمواً واضحاً ليصل إلى 11825 صيدلية في عام 2020. هذا الارتفاع يعكس الجهود المستمرة التي بذلتها الدولة الجزائرية لتطوير القطاع الصحي، وذلك لمواكبة النمو السكاني المتسارع وضمن توفير الأدوية والخدمات الصيدلانية بشكل أكبر للسكان. كما يعكس هذا التطور التزام الدولة بالارتقاء بالبنية التحتية الصحية لتلبية الاحتياجات المتزايدة للسكان في مختلف المناطق.



الشكل رقم (16): عدد الصيدليات للقطاع الخاص في الجزائر في الفترة الممتدة بين (2008-2020)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على (ديموغرافيا الجزائر، 2020)

يبين الشكل رقم (16) الارتفاع التدريجي في عدد الصيدليات ضمن القطاع الخاص، حيث بدأ العدد في عام 2008 بنحو 7509 صيدلية، ليعكس لاحقاً زيادة مستمرة في السنوات التي تلتها، حتى بلغ 10958 صيدلية بحلول عام 2020. هذا النمو الملحوظ يعكس الجهود المبذولة من قبل الدولة لتقديم الدعم والتسهيلات اللازمة لهذا القطاع، مما يساهم في تطوير المنظومة الصحية بشكل عام. ويظهر أيضاً الدور الحيوي للقطاع الخاص في المساهمة في توسيع قاعدة الخدمات الصحية، وبالتالي الوصول إلى التكامل بين القطاعين العام والخاص لتحقيق التنمية الصحية المستدامة.

2-2- النظام الصحي في ظل جائحة كورونا:

2-2-1- مفهوم فيروس كورونا: هو فيروس من الفيروسات التنفسية التي تؤثر بشكل رئيسي على الجهاز التنفسي، حيث يسبب أعراضاً شديدة مثل صعوبة التنفس، السعال الجاف، وارتفاع حاد في درجات الحرارة. يتميز هذا الفيروس بقدرة عالية على الانتقال من شخص لآخر، مما يجعله شديد العدوى. تم اكتشافه لأول مرة في مدينة ووهان بالصين في ديسمبر 2019، حيث بدأ ينتشر بسرعة كبيرة عبر العالم ليشكل جائحة صحية عالمية، محققاً تأثيرات واسعة على النظم الصحية والاجتماعية والاقتصادية في مختلف البلدان. (صالح و حمادي، 2022، صفحة 50)



2-2-2- انتشار فيروس كورونا في الجزائر: عرفت الجزائر تفشي فيروس كورونا المستجد، كما هو الحال في سائر دول العالم، حيث تم رصد أول حالة إصابة في 25 فبراير 2020، لمواطن إيطالي كان قد وصل إلى البلاد، ومنذ تلك اللحظة بدأ الفيروس في الانتشار بوتيرة متسارعة في مختلف ولايات الوطن، مما استدعى اتخاذ تدابير صحية عاجلة للحد من تأثيراته على الصحة العامة وسلامة المواطنين.

2-2-3- التجهيزات الطبية للتصدي لفيروس كورونا: (رواني، شرع وبن نوى، 2021، صفحة 396)

اتخذت الجزائر سلسلة من التدابير الاستراتيجية لمواجهة تفشي فيروس كورونا، لتطوير بنيتها الصحية وتوفير التجهيزات الطبية الضرورية، من خلال توفير :

- زيادة الطاقة الاستيعابية لأقسام الإنعاش: تم توفير 400 سرير إنعاش كطاقة أساسية في الظروف العادية، مع رفع جاهزية المستشفيات لاستقبال الحالات الحرجة .

- أجهزة طبية متقدمة: تأمين 2500 جهاز تنفس اصطناعي وتخصيص لضمان تقديم الرعاية الفعالة للمرضى المصابين بحالات حرجة .

- الإسعاف المجهز: تخصيص 64 سيارة إسعاف مجهزة بالكامل بأجهزة التنفس الاصطناعي لنقل الحالات الحرجة بسرعة وأمان .

- دعم القطاع الخاص: تعبئة 220 عيادة خاصة على مستوى الوطن، تحتوي كل عيادة منها على 3 إلى 4 أسرة إنعاش لتخفيف الضغط عن القطاع العمومي .

- توسيع السعة السريرية الوطنية: يضم القطاع الصحي 82826 سريرًا موزعًا على مختلف المؤسسات الصحية، منها 2500 سرير مخصص للتكفل بمرضى كوفيد-19. هذه الأسرة موزعة على 64 قسمًا للأمراض المعدية، و247 قسمًا للأمراض الباطنية، و79 قسمًا مخصصًا لطب الجهاز التنفسي، بالإضافة إلى 100 قسم لتخصصات طبية أخرى و24 قسمًا للإنعاش .

- تعزيز قدرة التشخيص: إنشاء فروع متخصصة لمعهد باستور عبر مناطق مختلفة من الوطن تشمل العاصمة (الشمال)، قسنطينة (الشرق)، وهران (الغرب)، وورقلة (الجنوب)، ما ساهم في تسريع وتيرة الكشف عن الإصابات وضمان توزيع جغرافي متوازن للخدمات الفحص .



كل هذه الجهود التي تبذلها الجزائر من أجل تطوير نظامها الصحي وتحسين جاهزيته للتصدي للوباء، مع التركيز على تأمين التجهيزات الطبية الضرورية وتوسيع قدرات التشخيص والرعاية الصحية لمواجهة مختلف السيناريوهات.

2-2-4- مواجهة النظام الصحي لفيروس كورونا:

عملت الجزائر على تنفيذ خطة متكاملة لمواجهة تفشي فيروس كورونا، استجابة لجائحة عالمية أثرت على مختلف القطاعات وأودت بحياة الملايين. شملت هذه الخطة تدابير وقائية وعلاجية محكمة، عكست التزام الدولة بحماية صحة مواطنيها، وفيما يلي أبرز الإجراءات التي اتخذتها الجزائر :

تأسيس اللجنة العلمية لمتابعة تفشي فيروس كورونا: (وكالة الأنباء الجزائرية، 2020)

أنشأت الجزائر لجنة علمية متخصصة تحت إشراف وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ضمت نخبة من الأطباء والخبراء. تولت هذه اللجنة مسؤولية مراقبة الوضع الوبائي، إصدار الإرشادات والتوصيات، وتوفير تقارير دقيقة ومستمرة حول مستجدات الجائحة.

إصدار المرسوم التنفيذي رقم 20-70 (24 مارس 2020) (الجريدة الرسمية، 2020، صفحة 9) جاء هذا المرسوم لوضع تدابير إضافية تهدف إلى الحد من انتشار الفيروس. وقد نصت المادة 07 منه على إنشاء لجان ولائية تتولى تنسيق الأنشطة القطاعية على المستوى المحلي، وتطبيق التدابير الوقائية المقررة من الحكومة.

تطبيق الحجر الصحي الشامل: (رواني، شرع وبن نوي، 2021، صفحة 397)

فرضت السلطات حجراً صحياً كاملاً على ولاية البليدة في 23 مارس 2020، باعتبارها من بين الولايات الأكثر تضرراً. استمر الحجر لمدة 10 أيام كمرحلة أولى، ثم تم توسيع نطاقه تدريجياً ليشمل مناطق أخرى وفقاً لتطورات الوضع الوبائي .

تعزيز الإنتاج المحلي للكمامات: (رواني، شرع وبن نوي، 2021، صفحة 397)

أطلقت المؤسسات العامة والخاصة مبادرات لدعم الإنتاج الوطني من الكمامات، حيث تمكنت الجزائر من تصنيع 500000 كمامة يومياً، مما ساعد على تلبية الطلب المتزايد وحماية السكان .

إصدار المرسوم التنفيذي رقم 20-127 (20 ماي 2020): (الجريدة الرسمية، 2020، الصفحات 32-33)

نص هذا المرسوم على إلزامية ارتداء الكمامات في الأماكن العامة كإجراء أساسي للحد من انتشار العدوى، إلى جانب التوعية المستمرة بأهمية الالتزام بتدابير الوقاية الشخصية .



إصدار المرسوم التنفيذي رقم 20-69 (21 مارس 2020) : (وكالة الانباء الجزائرية، 2020)

ركز هذا المرسوم على وضع إجراءات إضافية شملت فرض الحجر الصحي الإجباري في المناطق المتضررة، وتحديد التدابير الصحية اللازمة لضمان السيطرة على تفشي الفيروس.

توفير التجهيزات والمستلزمات الطبية اللازمة : (رواني، شرع وبن نوي، 2021، صفحة 397)

- سعت الجزائر إلى تأمين 200000 وحدة أسبوعياً من أدوات الفحص السريع للكشف عن الحالات المصابة .

- قامت المؤسسة الوطنية للإلكترونيات بتصنيع أجهزة التنفس الاصطناعي محلياً، في خطوة لدعم القدرات الوطنية. حصلت الجزائر على مساعدات طبية من الصين، تضمنت أجهزة تنفس متطورة .

- تبنت الجزائر استخدام عقاري "الكلوروكين" و"الهيدروكسي كلوروكين" ضمن بروتوكولات علاج المرضى المصابين بكوفيد-19، بناءً على توصيات طبية عالمية.

وعكست هذه الجهود استعداد النظام الصحي الجزائري للتعامل مع أزمة بحجم جائحة كورونا، من خلال اعتماد استراتيجيات وقائية وعلاجية متكاملة، ما أسهم في تقليل تداعيات الوباء على الصحة العامة وضمان استمرارية تقديم الخدمات الطبية بكفاءة.



خلاصة:

النظام الصحي في الجزائر يعد أحد الركائز الأساسية التي تعكس التطور الهيكلي والسياسي والاجتماعي للبلاد، وارتكزت السياسات الصحية على مبادئ جوهرية تمثلت في التضامن الوطني، العدالة الصحية، وضمان العلاج المجاني كحق مكفول لجميع المواطنين، إلى جانب التركيز على تحسين الظروف المعيشية الأساسية كعامل مؤثر على الصحة العامة .

شهد النظام الصحي تطورًا ملحوظًا عبر مراحل تاريخية مفصلية، بدأت بعد الاستقلال بمواجهة تحديات إعادة البناء والتنظيم في ظل إرث استعماري ثقيل، حيث وضعت أسس القطاع الصحي الوطني (1962-1969)، وفي السبعينيات اتجهت الجزائر نحو تعزيز التنمية الصحية عبر المخططات الرباعية، مع إرساء سياسة العلاج المجاني وتحسين الكفاءات الطبية، مما انعكس إيجابًا على جودة الخدمات الصحية، وفي الثمانينيات تميز النظام بدمج الرعاية الصحية مع نظم تمويل اجتماعي مبتكرة، بينما واجه في التسعينيات أزمات حادة نتيجة عدم الاستقرار الأمني والتدهور الاقتصادي، وهو ما أدى إلى تراجع في الأداء، ومع بداية الألفية شهد القطاع الصحي إصلاحات هيكلية عميقة استجابةً للتحولات الوطنية والعالمية، ما أسهم في تطوير قدراته .

أما في مواجهة جائحة كورونا، فقد كشفت الأزمة عن مستوى الجاهزية والتحدي. حيث تبنت الجزائر استراتيجيات شاملة تضمنت تحسين التجهيزات الطبية، توسيع قدرات الإنعاش والتشخيص، وتكثيف التعاون بين القطاعين العام والخاص، هذه الجهود عززت قدرة النظام الصحي على التكيف مع متطلبات الأزمة وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية في أصعب الظروف .

يُبرز النظام الصحي الجزائري التزام الدولة بتحقيق التنمية الصحية الشاملة، ومع التحديات التي تواجهها، يبقى تطوير السياسات الصحية وإدماج الابتكارات في القطاع مفتاحًا رئيسيًا لمواصلة تحسين جودة الخدمات وضمان استدامتها على المدى البعيد.

الفصل الثاني عشر

الاحتياجات الصحية لولاية سطيف

آفاق 2050



تمهيد

تتطلب ولاية سطيف استراتيجيات صحية استباقية تضمن تلبية احتياجات سكانها المتزايدة والمتنوعة حتى عام 2050، بصفتها واحدة من أكثر الولايات الجزائرية حيوية اقتصادية وذات كثافة سكانية، فالتحولات الديموغرافية والاقتصادية المرتقبة في الولاية ستؤثر بشكل مباشر على متطلبات النظام الصحي، سواء من حيث البنية التحتية، أو الموارد البشرية، أو الإنفاق الصحي. ومن هذا المنطلق، بات من الضروري تحليل العوامل المؤثرة في الصحة العامة واستشراف الاحتياجات المستقبلية بناءً على معطيات وأدوات تحليل متقدمة، ومع توقعات التغير الديموغرافي وزيادة متوسط العمر المتوقع، ستحتاج ولاية سطيف إلى تطوير آليات مبتكرة لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، وتعزيز التغطية الصحية، وتحسين البنية التحتية، وضمان استدامة التمويل الصحي للتعامل مع التحديات الصحية المستقبلية، ولتقدير الاحتياجات الصحية المستقبلية اعتمدت على برامج تحليلي

SPECTRUM

إن هذا الفصل يهدف إلى تقديم تحليل شامل لواقع الصحة في ولاية سطيف واستشراف احتياجاتها المستقبلية، بما يضمن تعزيز كفاءة واستدامة النظام الصحي لتلبية تطلعات سكانها حتى عام 2050.



1- لمحة عن ولاية سطيف:

1-1- الموقع الجغرافي: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 3)

تقع ولاية سطيف في المنطقة الشرقية من الجزائر، متربعة على مساحة واسعة تُقدر بـ 654964 كيلومتراً مربعاً، وتبعد حوالي 300 كيلومتر شرق العاصمة الجزائرية. تتميز بموقعها الاستراتيجي وارتفاعها الذي يبلغ 1100 متر فوق مستوى سطح البحر، ما يمنحها مناخاً معتدلاً وموقعاً فريداً يجعلها حلقة وصل بين مختلف جهات البلاد. تمثل الولاية نقطة عبور محورية بين الشمال والجنوب، والشرق والغرب، مما يعزز دورها الاقتصادي والتجاري على الصعيد الوطني. تحيط بها ست ولايات تشكل حدودها الجغرافية، حيث تحدها:

- من الشمال ولاية جيجل وبجاية.

- من الشرق ولاية ميلة.

- من الغرب ولاية برج بوعريريج.

من الجنوب ولاية باتنة وولاية المسيلة.

هذا الموقع يجعل سطيف مركزاً جغرافياً متنوعاً يجمع بين سهولها الخصبة وجبالها المرتفعة، مما يضيف عليها

أهمية استراتيجية فريدة ومزايا طبيعية متعددة

خريطة رقم(01): حدود ولاية سطيف



المصدر: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 3).



خريطة رقم(02): موقع ولاية سطيف بالنسبة للجزائر



المصدر: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 3)



1-2- التنظيم الإداري:

تتكون ولاية سطيف من 20 دائرة و 60 بلدية موزعة كآآتي:

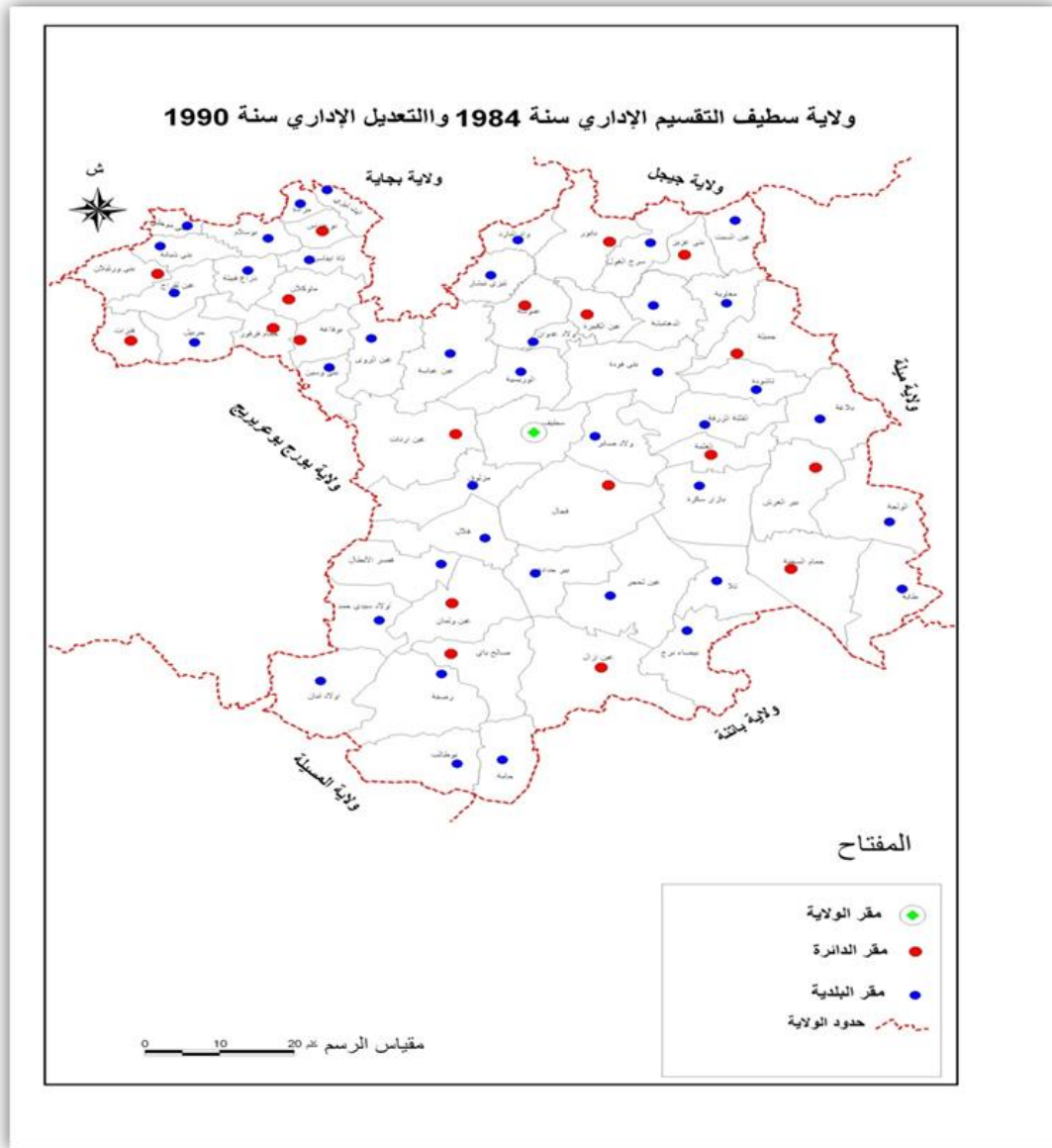
الجدول رقم(16): التنظيم الإداري لولاية سطيف سنة 2022

البلدية	العدد	الدائرة
سطيف	01	01-سطيف
عين عباسة، عين ارنات، اوريسيا، مزلق	04	02- عين ارنات
عين ازال، عين لحجر، بيضاء برج، بئر حدادة	04	03-عين ازال
عين لكبيرة، اولاد عدوان، دهامشة	03	04- عين لكبيرة
عين ولمان ، قصر الابطال، قلال، اولاد سي أحمد	04	05-عين ولمان
عموشة ، تيزي نبشار، واد البار	03	06- عموشة
بابور، سرج الغول	02	07- بابور
بني عزيز ، معاوية، عين السبت	03	08-بني عزيز
بني ورثيلان، بني شبانة، عين لقراج، بني موحلي	04	09- بني ورثيلان
بئر العرش ، الوجلة، تاشودة، بلاعة.	04	10- بئر العرش
بوعنداس، ابت نوال مزادة، بوسلام، ايت تيزي.	04	11- بوعنداس
بوقاعة، بني وسين، عين الروى.	03	12- بوقاعة
جميلة، بني فودة	02	13- جميلة
العلمة ، بازر صخرة، القتلة الزرقاء.	03	14- العلمة
قجال، اولاد صابر	02	15- قجال
قنزات، حربيل	02	16- قنزات
حمام قرقور، ذراع قبيلة	02	17-حمام قرقور
حمام السخنة ، التلة، الطاية.	03	18- حمام السخنة
ماوكلان، تالة ايفاسن	02	19- ماوكلان
صالح باي، بوطالب ، اولاد تبان، الرصفة، الحامة.	05	20- صالح باي
	60	المجموع

المصدر: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 17)



خريطة رقم (03): التقسيم الإداري لولاية سطيف



المصدر: (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 4)

1-3- تعداد السكان لولاية سطيف:

بحسب الملحق رقم (02)، الذي يعرض توزيع السكان حسب البلديات في ولاية سطيف حتى تاريخ 31 ديسمبر 2022، بلغ إجمالي عدد سكان الولاية 2058243 ساكن، مع كثافة سكانية تقدر بـ 314 ساكن/كم²، وتوضح البيانات تفاوتاً كبيراً في التوزيع السكاني بين البلديات، حيث تحتل بلدية سطيف المرتبة الأولى من حيث عدد السكان، بتعداد بلغ 407178 ساكن، مما يجعلها الأكثر اكتظاظاً على مستوى الولاية. تليها بلدية العلمة بتعداد سكاني قدره 257717 ساكن، ثم بلدية عين ولمان التي بلغ عدد سكانها 109304 ساكن. وفي المقابل



تسجل بلدية واد البارد أقل عدد للسكان بين بلديات الولاية، إذ بلغ تعدادها 2882 ساكن فقط، تليها بلدية قنزات بـ 4158 ساكن، ثم بلدية حرييل التي بلغ عدد سكانها 4518 ساكن.

أما فيما يخص الكثافة السكانية، فقد أظهرت الإحصائيات أن بلدية سطيف هي الأعلى كثافة بمعدل 3199 ساكن/كم²، تليها بلدية العلمة التي سجلت كثافة قدرها 3473 ساكن/كم²، ثم بلدية عين الكبيرة بكثافة بلغت 798 ساكن/كم²، وعلى النقيض جاءت بلدية حرييل أقل كثافة سكانية على مستوى الولاية، حيث سجلت 53 ساكن/كم²، تليها بلدية قنزات بكثافة بلغت 68 ساكن/كم².

هذه التباينات الشاسعة في التوزيع والكثافة السكانية تعكس تحديات تنموية كبيرة تواجه ولاية سطيف. فالتمركز السكاني الكبير في بلديات مثل سطيف والعلمة يستدعي وضع استراتيجيات متكاملة وفعالة لتلبية احتياجات السكان المتزايدة في هذه المناطق، سواء على المستوى الاجتماعي أو الصحي أو الاقتصادي. كما يتطلب الأمر تحسين البنية التحتية وتوفير الخدمات الأساسية مثل السكن، والنقل، والرعاية الصحية، والتعليم، بما يضمن تحقيق تنمية مستدامة تواكب هذا الارتفاع في الكثافة السكانية. وفي الوقت ذاته، تستوجب المناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة، مثل واد البارد وحرييل وقنزات، سياسات تحفيزية لجذب السكان والمستثمرين، بهدف تحقيق توزيع سكاني أكثر توازناً على مستوى الولاية.



جدول رقم (17): عدد سكان ولاية سطيف من سنة 2010 إلى سنة 2022

السنة	عدد السكان	عدد السكان ذكور	نسبة الذكور %	عدد السكان إناث	نسبة الإناث %
2010	1580154	803256	50,83	776998	49,17
2011	1 618 351	822 838	50,84	795 513	49,16
2012	1658325	842305	50,79	816020	49,21
2013	1696562	861082	50,75	835480	49,25
2014	1736675	880791	50,72	855884	49,28
2015	1 779625	902056	50,69	877569	49,31
2016	1 821507	923620	50,71	897887	49,29
2017	1 862089	944524	50,72	917565	49,28
2018	1 903938	965636	50,72	938302	49,28
2019	1 948684	988074	50,70	960610	49,30
2020	1 987357	1 007603	50,70	979754	49,30
2021	2021687	1024614	50,68	997073	49,32
2022	2 058 243	1 042 983	50,67	1015260	49,33

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية من سنة 2010 إلى 2022.

من خلال الجدول رقم (17) يتبين تطور ملحوظ في عدد سكان ولاية سطيف خلال الفترة من 2010 إلى 2022، حيث كان إجمالي عدد السكان في سنة 2010 يقدر بـ 1,580,154 نسمة، ليشهد هذا العدد زيادة ملحوظة على مدار السنوات التالية، حيث بلغ في سنة 2022 حوالي 2,058,243 نسمة، ما يعكس معدل نمو سنوي قدره 1.30%. كما تبرز البيانات تفوق واضح لنسبة الذكور على الإناث على مدار هذه الفترة. ففي سنة 2010، كانت نسبة الذكور تشكل 50.83% من إجمالي السكان، مقابل 49.17% للإناث. وفي عام 2022، استمرت هذه الفجوة الطفيفة، حيث بلغت نسبة الذكور 50.67%، فيما كانت نسبة الإناث 49.33%.



1-4- التركيبة السكانية حسب العمر والجنس لولاية سطيف:

جدول رقم(18): توزيع سكان ولاية سطيف حسب العمر والجنس إلى غاية 2022/12/31

نسبة الإناث %	عدد السكان إناث	نسبة الذكور %	عدد السكان ذكور	نسبة السكان %	عدد السكان	فئات عمرية
48,72	106076	51,28	111651	10,58	217727	0-4
48,76	100618	51,24	105734	10,03	206352	5-9
48,84	89062	51,16	93276	8,86	182338	10-14
48,98	80141	51,02	83484	7,95	163625	15-19
49,35	78981	50,65	81065	7,78	160046	20-24
49,32	80843	50,68	83083	7,96	163926	25-29
49,24	81514	50,76	84024	8,04	165538	30-34
49,23	77243	50,77	79646	7,62	156889	35-39
49,40	68539	50,60	70216	6,74	138755	40-44
49,73	58340	50,27	58970	5,70	117310	45-49
50,14	48994	49,86	48722	4,75	97716	50-54
50,43	40781	49,57	40082	3,93	80863	55-59
50,35	28122	49,65	27731	2,71	55853	60-64
50,82	25485	49,18	24664	2,44	50149	65-69
50,48	21698	49,52	21288	2,09	42986	70-74
48,60	14899	51,40	15759	1,49	30658	75-79
48,51	7492	51,49	7951	0,75	15443	80-84
51,29	5407	48,71	5134	0,51	10541	85+
67,08	1025	32,92	503	0,07	1528	م.أ
49,33	1015260	50,67	1042983	100	2 058 243	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022)

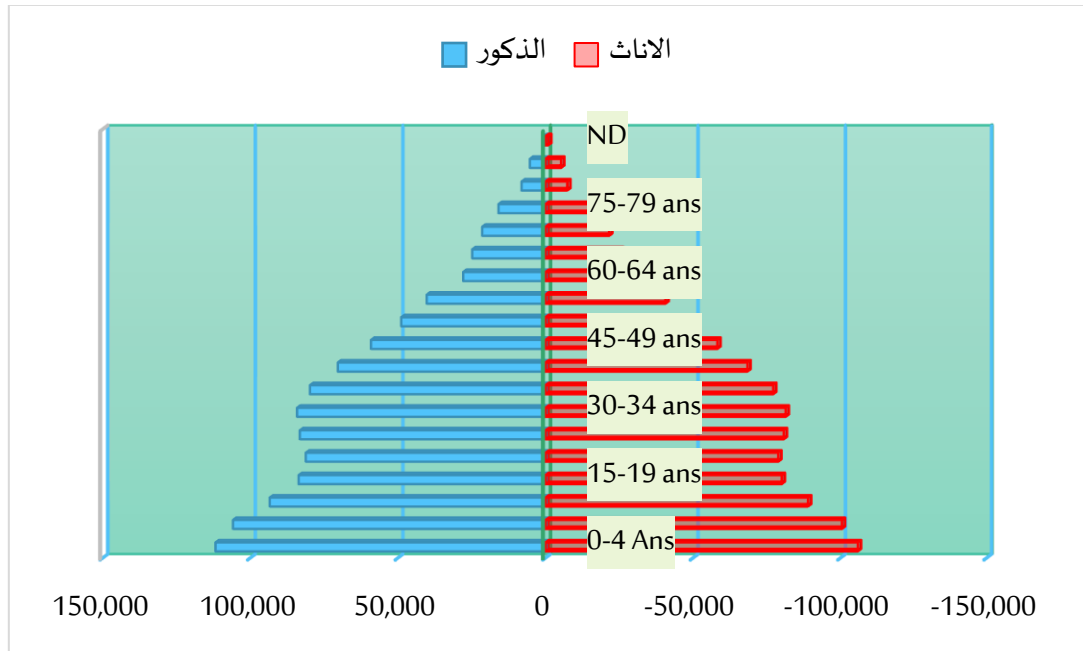
من خلال المعطيات الموجودة في الجدول رقم (18) والشكل رقم (17) يمكن ملاحظة أن الفئة العمرية (0-4 سنوات) تشكل أكبر نسبة من إجمالي السكان في ولاية سطيف، حيث بلغ عدد الأفراد في هذه الفئة 217,727 نسمة، وهو ما يمثل 10,58% من مجموع السكان. ومن ثم يبدأ هذا العدد في التناقص تدريجياً مع



الفئات العمرية الأكبر، وصولاً إلى الفئة العمرية (85 سنة فما فوق)، التي بلغ عدد سكانها 10541 نسمة، أي ما يعادل 0.51% من إجمالي السكان. كما يتضح أن الفئة العمرية التي تتراوح بين 0 إلى 29 سنة تمثل أكثر من نصف السكان، حيث بلغت نسبتها 52.92%.

وبالنسبة للتوزيع حسب الجنس، نلاحظ تفوق نسبة الذكور على الإناث في كافة الفئات السكانية، حيث كانت نسبة الذكور في سنة التعداد 50.67%، مقابل 49.33% للإناث. ومن الملاحظ أن هذه الفجوة تستمر لصالح الذكور في الفئات العمرية ما بين 0 و 49 سنة، إذ بلغ معدل الذكور 50.84% مقابل 49.17% للإناث. ومع بلوغ الفئة العمرية من 50 إلى 74 سنة، نجد أن الإناث يتفوقن على الذكور في هذه الفئة، حيث بلغت نسبة الإناث 50.44% مقارنة بـ 49.56% للذكور. ثم يعود العدد الإجمالي للذكور في الفئة العمرية من 75 إلى 84 سنة فأكثر، حيث سجلت النسبة 51.45% للذكور مقابل 48.55% للإناث. وفيما يتعلق بالفئة العمرية ما فوق 85 سنة، نلاحظ عودة التفوق لصالح الإناث، حيث بلغت نسبتهم 51.29% مقارنة بـ 48.71% للذكور. وأخيراً، من الملاحظ أن عدد السكان المجهولي الأعمار بلغ 1528 نسمة، أي بنسبة 0.07% من إجمالي السكان، حيث كانت نسبة الذكور في هذه الفئة 32.92% بينما بلغت نسبة الإناث 08.67%.

الشكل رقم: (17) الهرم السكاني لولاية سطيف لسنة 2022



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 33)



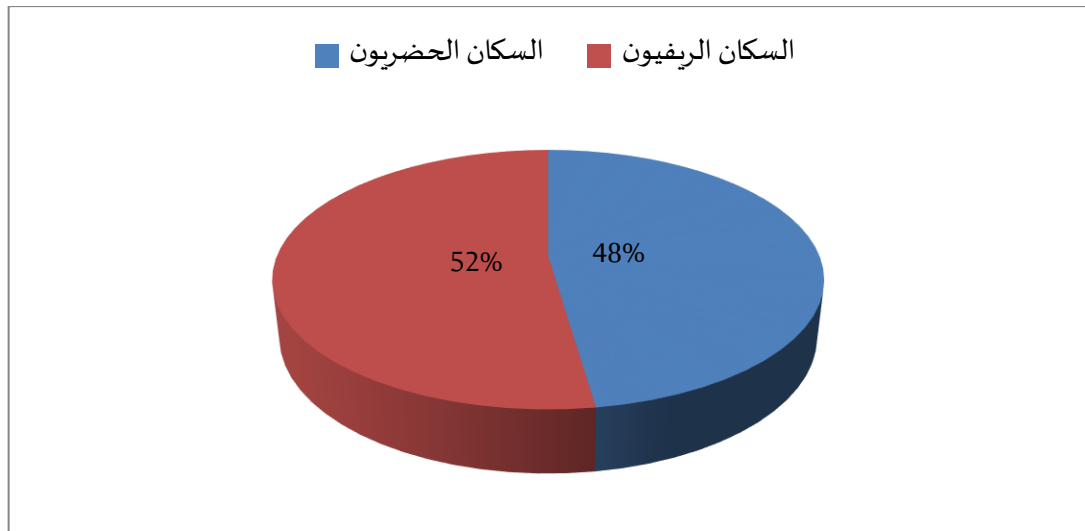
1-5- توزيع سكان ولاية حسب المناطق السكنية وحسب البلديات:

من خلال الملحق رقم (02)، يتبين أن الكثافة السكانية لولاية سطيف في سنة 2022 قد بلغت 314 نسمة/كم²، وتظهر المناطق الحضرية في الولاية تركيزًا سكانيًا مرتفعًا، حيث تتجاوز الكثافة السكانية في بلديتي سطيف والعلمة 3000 نسمة/كم². أما على مستوى توزيع السكان بين المناطق الحضرية والريفية، نلاحظ أن السكان الريفيين يشكلون أغلبية في الولاية، حيث تمثل نسبة السكان الريفيين 52% من إجمالي السكان، بينما تبلغ نسبة السكان الحضريين 48%، كما يوضحه الشكل رقم (18).

ويُلاحظ أيضًا أن هناك 45 بلدية في الولاية تتميز بتواجد سكانها بالكامل في المناطق الريفية. من جهة أخرى، تصدرت بلدية سطيف البلديات من حيث عدد السكان الحضريين، حيث بلغ عددهم 402753 نسمة، تليها بلدية العظمة التي سجلت 242379 نسمة. وفيما يخص السكان الريفيين، تصدرت بلدية عين الحجر قائمة البلديات الريفية بعدد سكان بلغ 37142 نسمة، تليها بلدية بازر الصخرة التي وصل عدد سكانها إلى 35668 نسمة.

هذه البيانات تشير بوضوح إلى أن ولاية سطيف تتمتع بتنوع سكاني ملحوظ بين المناطق الحضرية والريفية، حيث تشكل المناطق الريفية نسبة كبيرة من إجمالي السكان، وهو ما يعكس التوزيع الجغرافي للسكان في مختلف بلدياتها.

الشكل رقم (18): نسبة سكان ولاية سطيف حسب المناطق السكنية لسنة 2022



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات (مديرية البرجة ومتابعة الميزانية، 2022، صفحة 19).



2- واقع الصحة في ولاية سطيف:

2-1- تطور الهياكل الصحية لولاية سطيف:

تعتبر ولاية سطيف إحدى أكثر الولايات الجزائرية كثافةً سكانية، إذ تحتل المرتبة الثانية على المستوى الوطني من حيث تعداد السكان، ما يضعها أمام تحديات كبيرة في تلبية احتياجات سكانها المتزايدين، خاصةً في مجال الرعاية الصحية. هذا النمو الديموغرافي الهائل يتطلب توفير منظومة صحية متكاملة تواكب الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، من خلال بناء الهياكل الصحية، وتجهيزها بأحدث الوسائل، وضمان توزيعها الجغرافي العادل لتغطية كافة أنحاء الولاية .

وفي هذا الإطار، شهدت ولاية سطيف تطوراً ملحوظاً في الهياكل الصحية العمومية على الفترة الممتدة من 2008 إلى 2022، وذلك ضمن استراتيجية تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، تطوير قدرات المؤسسات الاستشفائية، وضمان وصول هذه الخدمات إلى مختلف الفئات الاجتماعية. فيما يلي، نستعرض هذا التطور بمزيد من التفصيل، مع التركيز على مدى الاستجابة للتحديات التي يفرضها النمو السكاني والاحتياجات الصحية المتزايدة:

جدول رقم (19): الهياكل الصحية العمومية لولاية سطيف خلال 2008 – 2022

قاعات العلاج	قاعات متعددة الاختصاصات	الهياكل الصحية العمومية السنوات
218	62	2008
228	64	2009
232	65	2010
226	67	2011
227	68	2012
228	69	2013
228	68	2014
232	69	2015
232	69	2016
239	69	2017
239	69	2018
239	69	2019



243	69	2020
242	69	2021
242	69	2022

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022).
يوضح تحليل البيانات الواردة في الجدول رقم (19) ضعفاً واضحاً في وتيرة تطوير القاعات متعددة الاختصاصات بولاية سطيف على مدى 14 عاماً. ففي عام 2008 بلغ عدد القاعات متعددة الاختصاصات 62 قاعة فقط، ليصل هذا العدد إلى 69 قاعة بحلول عام 2022، أي بزيادة إجمالية قدرها 7 قاعات خلال أكثر من عقد. والأمر اللافت للنظر أن الفترة الممتدة من عام 2014 إلى 2022 لم تشهد إلا إضافة قاعة واحدة فقط، وهو ما يعكس عجزاً ملحوظاً في التوسع بهذه المرافق التي تُعد حيوية بالنظر إلى الكثافة السكانية العالية للولاية. أما قاعات العلاج، فقد شهدت تطوراً طفيفاً، حيث ارتفع عددها من 218 قاعة في عام 2008 إلى 242 قاعة في عام 2022، ما يعادل زيادة بـ 24 قاعة فقط خلال 14 عاماً. ويُلاحظ أيضاً تباطؤ واضح في الفترة الممتدة من 2017 إلى 2022، حيث لم تنتجز سوى 3 قاعات جديدة خلال خمس سنوات. هذا التباطؤ في إنشاء الهياكل الصحية يتعارض مع الحاجة الملحة لتوسيع هذه المرافق في ولاية تُعد من أكبر الولايات الجزائرية من حيث التعداد السكاني، وهو ما يُبرز فجوة كبيرة بين النمو الديموغرافي ومتطلبات تعزيز البنية التحتية الصحية لتلبية احتياجات السكان المتزايدة بشكل فعال وشامل.

2-2- توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات العمومية لولاية سطيف:

وفقاً للملحق رقم (03) تظهر ولاية سطيف في سنة 2022 كواحدة من الولايات التي تتمتع ببنية صحية متنوعة نسبياً، إلا أن هناك تفاوتاً ملحوظاً في توزيع هذه الهياكل الصحية عبر بلدياتها المختلفة. تتجلى تفاصيل هذه الهياكل كما يلي:

- تتوفر ولاية سطيف بمستشفى جامعي واحد فقط يقع في عاصمة الولاية، ويُعدّ أكبر مرفق صحي في المنطقة، حيث يضم 951 سريراً. هذا المستشفى يُعتبر المرجعية الطبية الرئيسية في الولاية، ويُقدّم خدمات طبية متخصصة ومتطورة لسكان المنطقة.

- تضم ولاية سطيف 07 مؤسسات استشفائية جوارية، تصل طاقتها الاستيعابية إلى 1180 سريراً، موزعة على 07 بلديات هي: عين الكبيرة، بني عزيز، العلمة، بني ورثيلان، عين ولمان، عين أزال، وبوقاعة .



- بلدية بوقاعة تستحوذ على أكبر مؤسسة جوارية، بسعة 275 سريراً، أما بلدية بني عزيز فتمتلك أصغر مؤسسة جوارية بسعة 60 سريراً، ما يعكس تفاوتاً واضحاً في حجم هذه المؤسسات وقدرتها على تلبية احتياجات السكان.
- تشمل الولاية 04 مؤسسات استشفائية متخصصة، بطاقة استيعابية إجمالية تبلغ 614 سريراً، وتوزع هذه المؤسسات على 04 بلديات هي: سطيف، عين عباس، قجال، والعلمة، و أكبر هذه المؤسسات توجد في عين عباس، حيث تحتوي على 240 سريراً. أما بلدية سطيف وبلدية قجال تضم كل منهما 120 سريراً، وبلدية العلة تحتوي على 144 سريراً
- تحتوي ولاية سطيف على 36 مصلحة للولادة، موزعة على 36 بلدية، بطاقة استيعابية تصل إلى 563 سريراً، وبلدية سطيف تستحوذ على أكبر مصلحة ولادة، حيث تضم 115 سريراً، مما يعكس أهمية هذه المصلحة في تقديم الرعاية للأمهات والمواليد.
- توجد 06 مراكز لتصفية الكلى في ولاية سطيف، تحتوي على 61 سريراً، موزعة على 06 بلديات، وبلدية سطيف تستحوذ على أكبر مركز لتصفية الكلى، حيث يحتوي على 22 سريراً، مما يعكس احتياج الولاية المستمر لهذه الخدمة الحيوية.
- تتوفر الولاية على 09 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، موزعة على 09 بلديات هي: سطيف، عين الكبيرة، عين عباس، العلة، بني ورثيلان، عين ولان، حمام السخنة، عين أزال، وبوقاعة .
- يوجد في ولاية سطيف 69 عيادة متعددة الخدمات، موزعة على 49 بلدية، وبلدية سطيف تضم 11 عيادة.
- تتوفر ولاية سطيف على مركبين للأم والطفل، الأول في بلدية سطيف والثاني في بلدية العلة، حيث يتم تقديم الرعاية الصحية المتخصصة للنساء الحوامل والأطفال.
- تحتوي ولاية سطيف على 242 قاعة علاج موزعة على 59 بلدية، مع استثناء بلدية بني موحلي التي تفتقر إلى قاعة علاج، و هذه القاعات تُعدّ نقطة الوصول الأولى للمواطنين للحصول على العناية الصحية الأساسية، مما يبرز أهمية هذه الهياكل في الوصول إلى خدمات الرعاية الأولية..
- يوجد في الولاية معهد واحد فقط للتكوين شبه الطبي في بلدية سطيف، وهو يعتبر مركزاً حيوياً لتكوين الكوادر الصحية المحلية.

وعلى الرغم من تعدد وتنوع الهياكل الصحية في ولاية سطيف، فإن التوزيع الجغرافي لهذه الهياكل يعاني من اختلافات كبيرة. ففي حين تتوفر بعض البلديات على مرافق طبية متكاملة، نجد أن هناك 11 بلدية تعتمد بشكل



أساسي على قاعات العلاج فقط، مما يشير إلى نقص في التغطية الصحية الكافية في بعض المناطق. هذا التفاوت في توزيع الخدمات الصحية يبرز الحاجة الماسة إلى إعادة توزيع هذه الهياكل بما يضمن توفير خدمات صحية متوازنة وشاملة لجميع سكان الولاية.

2-3- توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات الخاصة لولاية سطيف:

من خلال الجدول رقم (20) يتبين أن الهياكل الصحية التابعة للمؤسسات الخاصة في ولاية سطيف لعام 2022 تقتصر على خمس بلديات فقط، مما يعكس تركيز هذه المرافق في عدد محدود من المناطق، وتوزعها كما يلي:

العيادات أو المستشفيات: تحتضن ولاية سطيف 10 عيادات خاصة بمجموع 392 سريراً. وتتمركز الحصة الأكبر من هذه العيادات في بلدية سطيف، حيث تضم 08 عيادات استشفائية تحتوي على 327 سريراً. أما بلدتي العلمة وعين ولمان، فيوجد فيهما عيادة خاصة واحدة في كل بلدية، تضم الأولى 35 سريراً والثانية 30 سريراً على التوالي، ما يشير إلى تفاوت واضح في توزيع الخدمات الصحية الخاصة على مستوى الولاية.

مصالح الولادة: تضم ولاية سطيف 08 مصالح للولادة في المؤسسات الخاصة، بطاقة استيعابية إجمالية تبلغ 64 سريراً. كما هو الحال في العيادات والمستشفيات الخاصة، يتركز العدد الأكبر من مصالح الولادة في بلدية سطيف، حيث تحتوي على 06 مصالح للولادة تضم 48 سريراً. بينما تحتوي بلدتي العلمة وعين ولمان على مصلحة واحدة لكل منهما، بطاقة استيعابية قدرها 08 أسرة لكل مصلحة، مما يعكس وجود فجوة في عدد الخدمات المتاحة بين البلديات المختلفة.

مركز (أو وحدة) غسيل الكلوي: يوجد في ولاية سطيف 12 مركزاً لغسيل الكلوي، بطاقة استيعابية تصل إلى 199 سريراً. وتتركز هذه المراكز بشكل رئيسي في بلدية سطيف، التي تحتوي على 07 مراكز لغسيل الكلوي تضم معاً 117 سريراً. أما بلدية العلمة فيوجد بها مركزين لغسيل الكلوي بسعة 39 سريراً. كما توجد مراكز أخرى في بلديات عين ولمان، عين أزال، وبوقاعة، حيث يضم كل منها مركزاً واحداً يحتوي على 14 سريراً في بلديتي عين ولمان وعين أزال، و15 سريراً في بلدية بوقاعة. هذا التوزيع يبرز الاختلافات الملحوظة في توفر هذه الخدمة الطبية الحيوية بين البلديات.

يتبين لنا من توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات الخاصة أن بلدية سطيف تستحوذ على النصيب الأكبر من هذه المرافق الصحية، مما يشير إلى تركيز الخدمات الصحية في عاصمة الولاية. بينما تعاني بلديات أخرى من قلة الخدمات الخاصة المتوفرة، ما يعكس وجود تفاوت كبير في مستوى التغطية الصحية الخاصة عبر مناطق الولاية.



جدول رقم: (20) توزيع الهياكل الصحية الخاصة لولاية سطيبة لسنة 2022

مركز (او وحدة) غسيل الكلى		مصالح الولادة		العيادات (او المستشفيات)		البلدية
عدد الاسرة	العدد	عدد الاسرة	العدد	عدد الاسرة الاستشفائية	العدد	
117	7	48	6	327	8	سطيف
39	2	8	1	35	1	العلمة
14	1	8	1	30	1	عين ولمان
14	1	--	--	--	--	عين ازال
15	1	--	--	--	--	بوقاعة
199	12	64	8	392	10	مجموع الولاية

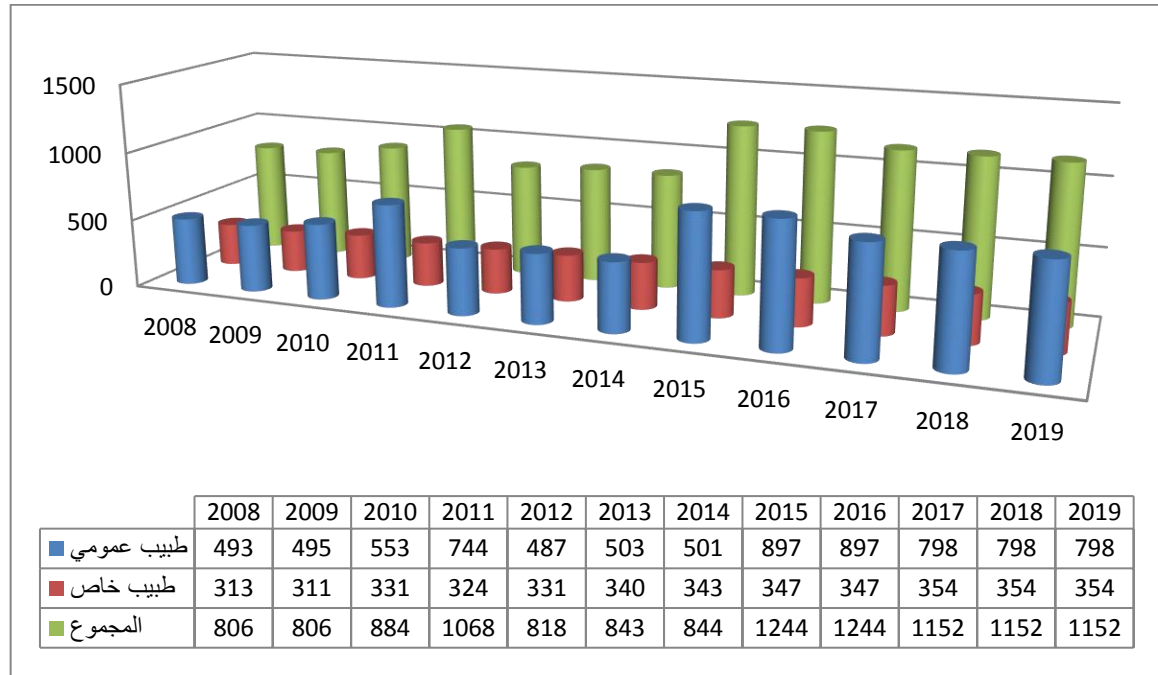
المصدر: (مديرية الصحة بولاية سطيبة، 2022، صفحة 135)

2-4- الموارد البشرية التابعة للقطاع الصحي بولاية سطيبة:

شهدت الموارد البشرية في القطاع الصحي بولاية سطيبة تطوراً ملحوظاً في السنوات الأخيرة، حيث تم تكثيف الجهود لسد الفجوة في الكوادر الصحية، سواء في القطاع العام أو الخاص. هذا التطور يعكس استجابة فعالة لاحتياجات الولاية المتزايدة من الخدمات الصحية، بما يتماشى مع النمو السكاني والتوسع في المنشآت الصحية. وقد أسفرت هذه الجهود عن زيادة ملحوظة في أعداد العاملين من الأطباء والممارسين الصحيين والفنيين، الأمر الذي يسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية وتوسيع نطاق التغطية الصحية على مستوى الولاية. يوضح الشكل الموالي رقم (19) تفاصيل هذا التحسن في أعداد العاملين في القطاعين العام والخاص، مما يسלט الضوء على الاتجاه الإيجابي نحو تطوير القدرة الاستيعابية وتلبية احتياجات المجتمع الصحي.



شكل رقم (19): عدد الأطباء العامون لولاية سطيف خلال الفترة (2008 – 2019)

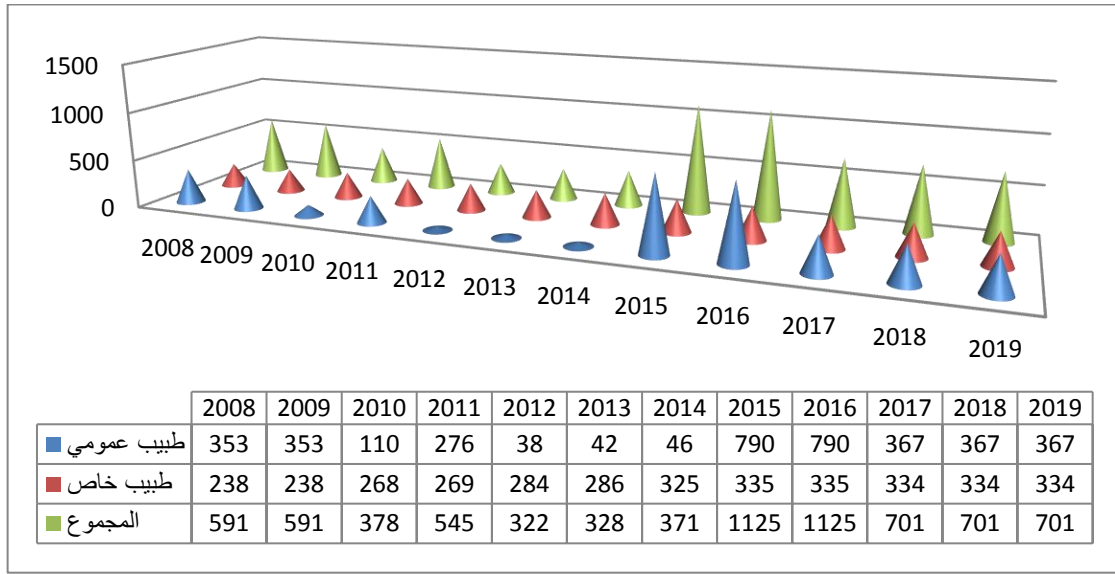


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022. نلاحظ من خلال الشكل رقم (19) أن عدد الأطباء العموميين والخواص في ولاية سطيف قد شهد زيادة ملحوظة على مدى السنوات الماضية، حيث ارتفع العدد الإجمالي من 806 طبيبا في عام 2008 إلى 1152 طبيبا في عام 2019. وعلى الرغم من هذه الزيادة العامة، إلا أن الأرقام تكشف عن فترة استقرار بين عامي 2017 و2019، حيث ظل عدد الأطباء ثابتاً، ونجد أن عددهم شهد ارتفاعاً كبيراً بين عامي 2014 و2015، حيث تم إضافة 396 طبيباً عمومياً، إلا أن هذا العدد تراجع بمقدار 99 طبيباً في عام 2017، ثم استقر لاحقاً خلال السنوات الثلاث الأخيرة. أما بالنسبة للأطباء الخواص، فقد شهدوا زيادة تدريجية وبطيئة، حيث ارتفع عددهم بمقدار 41 طبيباً فقط خلال الفترة الممتدة بين عامي 2008 و2017، ثم ظل العدد مستقراً في السنوات التي تلت ذلك.

هذا التوزيع يكشف عن وجود نقص واضح في عدد الأطباء، سواء العموميين أو الخواص، في ولاية سطيف ذات التعداد السكاني الكبير، مما يستدعي توفير عدد أكبر من الأطباء في المنطقة لضمان تلبية احتياجات السكان الصحية بشكل فعال.



شكل رقم (20): عدد الأطباء الأخصائيين لولاية سطيف خلال الفترة (2008 – 2019)

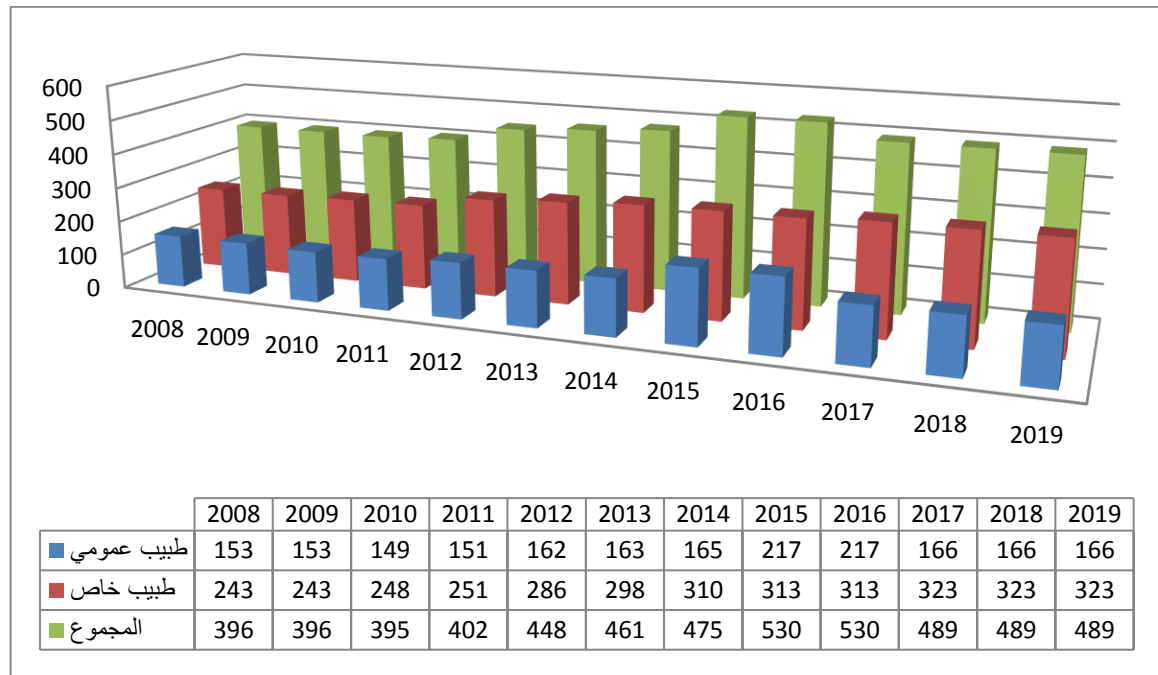


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022. يتبين من خلال الشكل رقم (20) أن عدد الأطباء الاختصاصيين في ولاية سطيف، سواء في القطاع العام أو الخاص، قد شهد تطوراً ملحوظاً خلال الفترة الممتدة بين 2008 و2019، حيث ارتفع إجمالي العدد بنحو 110 أطباء مختصين. ولكن، يظهر تفاوت واضح بين القطاعين في هذا التطور. ففي القطاع العام، كان عدد الأطباء الاختصاصيين 353 طبيباً في عام 2008، ليتعرض هذا العدد لانخفاض حاد يصل إلى 38 طبيباً في عام 2012. ثم شهد القطاع العام مرحلة انتعاش كبيرة، حيث ارتفع العدد إلى 790 طبيباً مختصاً في 2015، قبل أن يتراجع مجدداً إلى 367 طبيباً في 2017، ليظل مستقراً في السنتين التاليتين، وفي المقابل، سجل القطاع الخاص زيادة مستمرة في أعداد الأطباء الاختصاصيين بين 2008 و2015، حيث ارتفع العدد من 238 طبيباً مختصاً في 2008 إلى 335 طبيباً في 2015. ورغم انخفاض طفيف بمقدار طبيب واحد في 2017، فإن العدد ظل مستقراً في السنوات اللاحقة.

ومن خلال هذه البيانات، نلاحظ أن القطاع الخاص قد شهد نمواً مستمراً في عدد الأطباء الاختصاصيين، في حين عانى القطاع العام من تقلبات كبيرة، مما يعكس تبايناً ملحوظاً في توزيع الأطباء بين القطاعين. هذه الديناميكية تشير إلى أن القطاع الخاص أصبح الخيار الأكثر استقراراً وجذباً للأطباء الاختصاصيين، بينما يواجه القطاع العام تحديات تتطلب معالجة فعالة لضمان التوازن في توزيع هذه الكوادر الطبية في المستقبل.



شكل رقم (21): عدد أطباء جراحة الأسنان لولاية سطيف خلال الفترة (2008 – 2019)



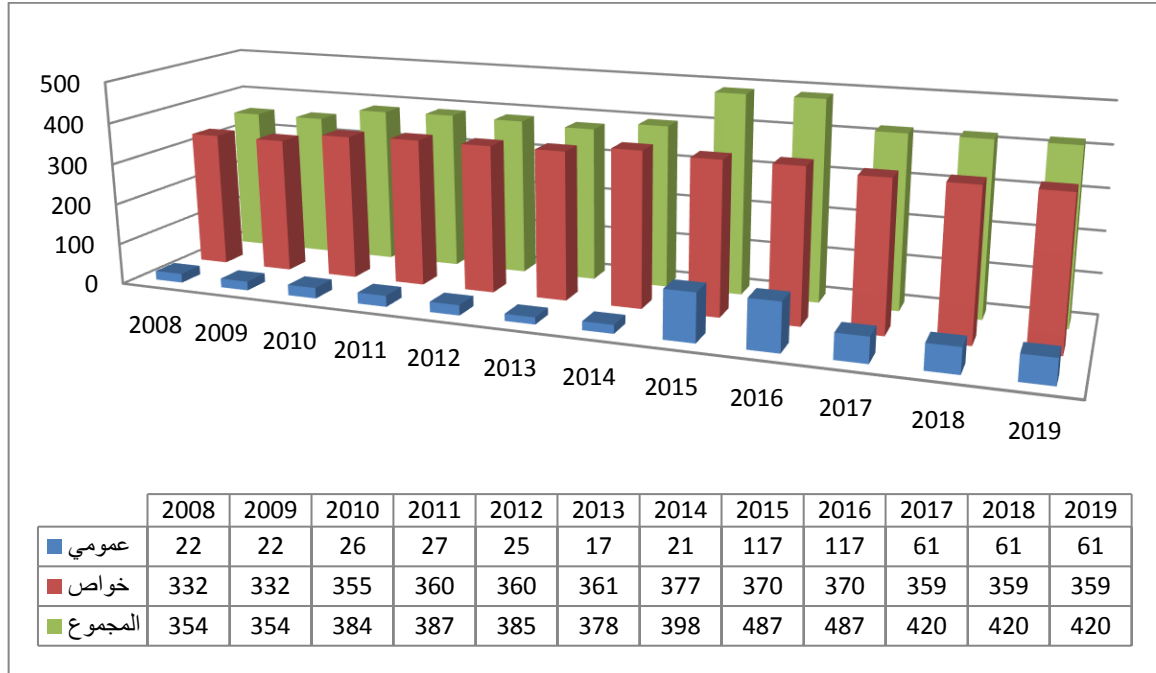
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022.

يوضح الشكل رقم (21) أن عدد أطباء جراحة الأسنان في ولاية سطيف يشهد نمواً متواصلاً في كلا القطاعين العام والخاص. ففي القطاع العام ارتفع العدد من 153 طبيباً في عام 2008 إلى 217 طبيباً في عام 2015، ليعقب ذلك تراجع ملحوظ في عام 2017 حيث وصل العدد إلى 166 طبيباً، ثم استقر العدد في السنتين التاليتين. أما في القطاع الخاص، فقد شهدت أعداد أطباء جراحة الأسنان زيادة ملحوظة، حيث ارتفع العدد من 243 طبيباً في 2008 إلى 323 طبيباً في 2017، وظل هذا العدد ثابتاً في السنتين الموالتين.

من خلال هذه المعطيات نجد أن القطاع الخاص أصبح الأكثر جذباً لأطباء جراحة الأسنان، حيث يظهر الاستقرار والنمو المستمر في هذا القطاع مقارنةً بالقطاع العام الذي شهد تقلبات ملحوظة في أعداد أطباء جراحة الأسنان. هذه الديناميكية تشير إلى تفضيل الأطباء للقطاع الخاص الذي يوفر بيئة عمل أكثر استقراراً وفرصاً أفضل للنمو المهني، مما يعكس حاجة القطاع العام إلى استراتيجيات فعالة لتطوير استقطاب الكوادر الطبية المتخصصة في جراحة الأسنان.



شكل رقم (22): عدد الصيدالة لولاية سطيف خلال الفترة (2008 – 2019)



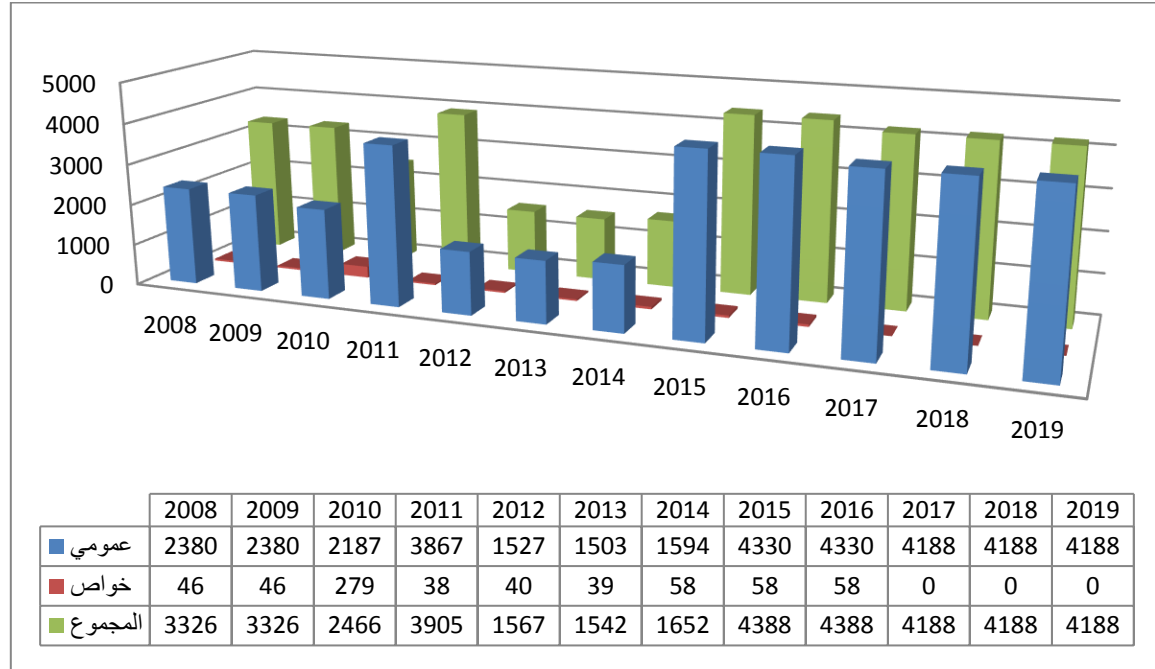
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022. نلاحظ من خلال الشكل رقم (22) أن عدد الصيدالة في ولاية سطيف يشهد نمواً بطيئاً نسبياً، حيث كان العدد 353 صيدلياً في عام 2008، ليصل إلى 487 صيدلياً في عام 2015، ثم ينخفض إلى 420 صيدلياً في عام 2017. وعلى الرغم من هذه الزيادة المحدودة، يبقى العدد أقل من المعدل المطلوب بالنظر إلى النمو السكاني في الولاية. كما يظهر من المقارنة بين القطاعين العام والخاص أن الصيدالة في القطاع العام يشكلون أقلية ملحوظة مقارنة بالقطاع الخاص، حيث شهد القطاع العام تقلبات كبيرة في أعداد الصيدالة. ففي عام 2008، كان هناك فقط 22 صيدلياً عمومياً، وارتفع العدد بشكل طفيف ليصل إلى 27 صيدلياً في 2011، قبل أن يتراجع في 2013 إلى 17 صيدلياً. ثم شهد القطاع العام قفزة كبيرة في 2015 ليصل العدد إلى 117 صيدلياً، ليتراجع مرة أخرى في 2017 إلى 61 صيدلياً، حيث استقر هذا العدد في السنوات التي تلت ذلك، أما بالنسبة للقطاع الخاص، فقد شهد تزايداً مستمراً، حيث ارتفع عدد الصيدالة فيه بين 2008 و2015 بزيادة قدرها 133 صيدلياً، ليصل العدد إلى 420 صيدلياً في 2017، ليظل ثابتاً في السنوات التالية.

تشير هذه المعطيات إلى أن القطاع الخاص أصبح يشكل الوجهة الرئيسية للصيدالة في ولاية سطيف، ما يعكس تزايد الإقبال على العمل في هذا القطاع مقارنة بالقطاع العام. كما أن النمو البطيء في أعداد الصيدالة،



مقارنة بزيادة السكان في الولاية، يسלט الضوء على الحاجة إلى مزيد من الاستثمارات والسياسات التي تهدف إلى دعم وتوسيع القطاع العام في مجال الصيدلة لتلبية احتياجات السكان بشكل أفضل.

شكل رقم (23): عدد أعوان شبه طبي لولاية سطيف خلال الفترة (2008 – 2019)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات مديرية البرجة ومتابعة الميزانية من سنة 2008 إلى 2022. تشير البيانات الواردة في الشكل رقم (23) إلى تطور واضح في أعداد أعوان الشبه الطبي خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2019، مع هيمنة ملحوظة للقطاع العمومي في استقطاب الكوادر شبه الطبية، مما يُظهر فجوة كبيرة بين القطاعين العام والخاص في هذا المجال.

في القطاع العمومي، بلغ عدد أعوان الشبه الطبي 2380 عوناً عام 2008، ليشهد قفزة نوعية في عام 2011 حيث وصل العدد إلى 3867 عوناً. إلا أن هذا النمو لم يكن مستداماً، إذ انخفض العدد بشكل حاد في عام 2013 إلى 1503 أعوان، ثم عاود الارتفاع مرة أخرى ليبلغ ذروته عند 4330 عوناً في عام 2015. ورغم التراجع الطفيف إلى 4188 عوناً في عام 2017، استقر العدد عند هذا المستوى في السنوات اللاحقة حتى عام 2019، ما يشير إلى تحقيق نوع من الثبات النسبي في أعداد أعوان الشبه الطبي العاملين في القطاع العام.

أما في القطاع الخاص، فقد كانت الأرقام متواضعة مقارنة بالقطاع العمومي. ففي عام 2008، بلغ عدد أعوان الشبه الطبي 46 فقط، وشهد هذا العدد ارتفاعاً ملحوظاً في عام 2010 ليصل إلى 279 عوناً. غير أن هذا النمو كان قصير الأمد، إذ تراجع العدد في العام التالي إلى 38 عوناً فقط، قبل أن يعاود الارتفاع بشكل طفيف



إلى 58 عوناً. ورغم ذلك، خلال الفترة الممتدة بين عامي 2017 و2019، لم يُسجل أي نشاط لأعوان الشبه الطبي في القطاع الخاص، مما يُبرز انسحاباً واضحاً من هذا القطاع. من خلال هذا، يتضح أن القطاع العام في ولاية سطيف يُشكل الوجهة المفضلة لأعوان الشبه الطبي، بفضل الاستقرار الوظيفي والامتيازات التي يوفرها مقارنة بالقطاع الخاص، الذي يعاني من محدودية جاذبيته في استقطاب الكفاءات شبه الطبية. هذه المعطيات تُبرز الحاجة إلى تعزيز قدرات القطاع الخاص وتحسين ظروف العمل فيه من أجل تحقيق توازن أكبر بين القطاعين، بما يضمن استدامة الموارد البشرية وتوفير الخدمات الصحية بجودة عالية في مختلف القطاعات.

2-5- نسب ومعدلات التوزيع والتخصيص لسنة 2019:

توضح البيانات المستخلصة من الملحق رقم (04) أن هناك تفاوتاً في توزيع الموارد الطبية وشبه الطبية بين بلديات ولاية سطيف، ما يعكس خللاً هيكلياً في أنماط التأيير الصحي.

- الأطباء العامون: تُسجل بلدية بوسلام أدنى مستوى للتغطية الصحية في هذا المجال، حيث يوجد طبيب عام واحد لكل 5451 نسمة، ما يشير إلى ضعف كبير في التغطية الصحية الأساسية. على النقيض، تُحقق بلدية حرييل أعلى معدل تغطية صحية، حيث يتوفر طبيب عام لكل 416 نسمة فقط.

- الأطباء المختصون: يقتصر تواجد الأطباء المختصين على 12 بلدية فقط من أصل بلديات الولاية، مما يعكس محدودية انتشارهم. تسجل بلدية الأوريسيا أدنى معدل تغطية للأطباء المختصين، بمعدل طبيب واحد لكل 11330 نسمة، مما يُبرز عجزاً كبيراً في تقديم الرعاية الطبية المتخصصة. وفي المقابل، تتمتع بلدية بني ورثيلان بأفضل نسبة توزيع، حيث يوجد طبيب مختص لكل 444 نسمة.

- الصيدليات: ثلاث بلديات، وهي واد البارد، أيت تيزي، وأيت نوال مزادة، تعاني من غياب تام للصيدليات، ما يُشكل فجوة خطيرة في توفير الأدوية والخدمات الصيدلانية الأساسية. تُعد بلدية ذراع قبيلة الأسوأ من حيث نسبة التغطية، حيث يتوفر صيدلي واحد لكل 16188 نسمة. وفي المقابل، تُسجل بلدية بني ورثيلان أفضل معدل توزيع، بواقع صيدلي واحد لكل 1553 نسمة، ما يُبرز تفاوتاً كبيراً في الحصول على الخدمات الصيدلانية.

- أطباء جراحة الأسنان: تعاني 20 بلدية من غياب كامل لأطباء جراحة الأسنان، مما يُؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية الفموية في هذه المناطق. تُعد بلدية مزلق الأسوأ تغطية في هذا المجال، حيث يوجد طبيب جراحة أسنان واحد لكل 19793 نسمة. وعلى العكس، تُحقق بلدية سطيف أفضل نسبة توزيع،



بمعدل طبيب واحد لكل 3085 نسمة، مما يجعلها الأكثر تجهيزًا لتلبية احتياجات السكان في هذا التخصص.

- أعوان الشبه الطبي: يتفاوت توزيع أعوان الشبه الطبي بشكل ملحوظ بين البلديات. تُسجل بلدية بني موحلى أعلى معدل تغطية، بمعدل عون شبه طبي واحد لكل 4427 نسمة، ما يُبرز عجزًا في تلبية احتياجات السكان بشكل فعال. وفي المقابل، تُظهر بلدية عين الكبيرة تغطية متميزة للغاية، بمعدل عون شبه طبي واحد لكل 90 نسمة، ما يُعزز قدرتها على تقديم خدمات شبه طبية كافية مقارنة بغيرها. نلاحظ أن توزيع الكوادر الصحية والصيدلانية في ولاية سطيف يشهد تفاوتًا كبيرًا بين البلديات، مع تسجيل نقص حاد في العديد من المناطق، لا سيما في الأطباء المختصين وأطباء جراحة الأسنان والصيدالة. هذه الفجوة تُبرز الحاجة الماسة إلى إعادة تقييم سياسات التوزيع الصحي وتوجيه الموارد البشرية والطبية بما يضمن تحقيق العدالة الصحية والارتقاء بالخدمات لتلبية احتياجات سكان الولاية بشكل أكثر كفاءة وإنصاف.

3- مؤشرات التنمية الصحية لولاية سطيف:

3-1- وفيات الرضع:

تشير بيانات الديوان الوطني للإحصاء لسنة 2023 وجود تحسن تدريجي في معدلات وفيات الرضع بولاية سطيف على مدى السنوات الماضية، مع تسجيل اختلافات بارزة حسب الفترات الزمنية والجنس والتوزيع الجغرافي عبر البلديات. ففي عام 1998 بلغ معدل وفيات الرضع 34.1‰، إلا أن هذا المعدل شهد ارتفاعًا ملحوظًا في عام 2000 حيث بلغ 50.4‰. ومع ذلك، دخلت الولاية في مسار تحسني واضح بدءًا من تلك الفترة، ليصل معدل الوفيات إلى 20.5‰ بحلول عام 2015. وعلى الرغم من هذا التراجع الإيجابي، شهد عام 2020 ارتفاعًا طفيفًا في المعدل ليصل إلى 22.1‰، وهذا راجع إلى تداعيات جائحة كورونا التي أثرت بشكل عام على المنظومة الصحية في الجزائر، بما في ذلك معدلات وفيات الرضع. ومع انتهاء الأزمة، عادت المؤشرات إلى التحسن مجددًا، مسجلة انخفاضًا إلى 19.18‰ في عام 2022، بفضل جهود الدولة في تسخير الموارد الصحية ودعم القطاع الطبي لتحسين الخدمات المقدمة لسكان الولاية.

الفوارق حسب الجنس: تعكس الإحصائيات وجود فجوة دائمة بين معدلات وفيات الرضع من الذكور والإناث، حيث كانت معدلات الوفيات بين الذكور أعلى بشكل ملحوظ. ففي عام 1998 بلغ معدل وفيات الذكور 38.9‰ مقارنة بـ 29.0‰ للإناث. واستمرت هذه الفجوة مع مرور السنوات، إذ سجل عام 2022 معدل



وفيات للذكور بلغ 21.7% مقابل 16.5% للإناث، مما يعكس ثبات هذا التفاوت لصالح الإناث على مدى الزمن .

التباين الجغرافي حسب البلديات: توضح البيانات اختلافات كبيرة في معدلات وفيات الرضع بين بلديات ولاية سطيف، حيث سجّلت 29 بلدية معدلات معدومة لوفيات الرضع في عام 2022، وهو مؤشر إيجابي يعكس تحسناً كبيراً في مستوى الرعاية الصحية في هذه المناطق. ومع ذلك، تُظهر البلديات الكبرى تفاوتاً كبيراً في معدلات الوفيات، وذلك بالنظر إلى الكثافة السكانية المرتفعة وعدد الولادات الكبير فيها :

- بلدية سطيف: سجلت معدل وفيات بلغ 22.16%، ما يشير إلى استمرار الحاجة لتحسين الخدمات الصحية في المنطقة .

- بلدية العلةمة: تميزت بمعدل منخفض بلغ 12.80%، مما يعكس تطوراً نسبياً في رعاية صحة الأطفال .

- بلدية عين ولمان: سجلت معدل 14.28%، وهو معدل متوسط بالمقارنة مع البلديات الأخرى .

- بلدية عين أزال: أظهرت معدلاً مرتفعاً نسبياً بلغ 31.11%، مما يسلط الضوء على تحديات صحية ملحوظة تحتاج إلى رعاية صحية كبيرة بالأطفال الرضع

- بلدية بوقاعة: بلغ معدل وفيات الرضع فيها 21.27%، مما يشير إلى وضع صحي يحتاج إلى المزيد من التطوير.

بناءً على المعطيات المتوفرة، يمكن القول إن ولاية سطيف حققت تحسناً ملموساً في تقليل وفيات الرضع على مدار السنوات، مع استمرارية الفوارق بين الجنسين لصالح الإناث. كما أن التباين الواضح بين معدلات الوفيات في البلديات الكبرى والصغرى يعكس تفاوتاً في توزيع الخدمات الصحية ونوعيتها. ورغم الجهود المبذولة لتحسين القطاع الصحي، لا تزال هناك حاجة ماسة لتوجيه استثمارات إضافية نحو المناطق التي تعاني من معدلات مرتفعة، مع التركيز على تحسين البنية التحتية الصحية وضمان توزيع عادل ومتوازن للخدمات عبر مختلف بلديات الولاية.

3-2- وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات:

توضح بيانات الديوان الوطني للإحصاء لسنة 2023 ان هناك تطور إيجابي ملحوظ في معدلات وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بولاية سطيف على مدار العقود الماضية، حيث سجلت هذه المعدلات انخفاضاً تدريجياً يعكس التحسن المستمر في منظومة الرعاية الصحية المخصصة لهذه الفئة. ففي عام 1998 بلغ معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات 7.82%، وارتفع لاحقاً عام 2000 ليصل إلى 9.94%. ومع ذلك



بدأت المؤشرات تشهد تحسناً ملحوظاً حيث تراجع المعدل تدريجياً ليلعب 2.46% بحلول عام 2021، ثم شهد ارتفاعاً طفيفاً في العام التالي ليصل إلى 2.51%، ونلاحظ تحسن كبير في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات منذ سنة 1998 وهذا راجع لتسخير الدولة لإمكانات كبيرة، ما ساهم في تطوير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الموجهة للأطفال.

الفوارق بين الجنسين: تظهر البيانات وجود تفاوت ملحوظ بين معدلات وفيات الذكور والإناث الأقل من خمس سنوات خلال الفترات الزمنية المدروسة. ففي عام 1998، كان معدل وفيات الذكور أعلى من الإناث، حيث بلغ 8.25% مقارنة بـ 7.93%. لكن هذا الاتجاه انقلب خلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2005، إذ سجلت الإناث معدلات وفاة أعلى، حيث بلغت 12.94% و 3.96% على التوالي، مقارنة بـ 6.95% و 3.50% للذكور في نفس الفترة. ومع ذلك، عادت معدلات وفيات الذكور لتتصدر بدءاً من عام 2010 وحتى 2022، حيث سجلت في العام الأخير 2.92% مقابل 2.11% للإناث،

التفاوت الجغرافي: أما على مستوى التوزيع الجغرافي، فيلاحظ تفاوت كبير في معدلات وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بين البلديات. ففي عام 2022، لم تُسجل أي وفيات ضمن هذه الفئة العمرية في 43 بلدية من بلديات الولاية، وهو مؤشر إيجابي يعكس التحسن الكبير في الرعاية الصحية بهذه المناطق. لكن في المقابل، لا تزال البلديات الكبرى التي تتميز بارتفاع معدلات الولادات تسجل نسباً متفاوتة لوفيات الأطفال، وجاءت المعدلات كما يلي :

- بلدية سطيف: معدل وفيات بلغ 2.41 %.

- بلدية العلمة: سجلت معدلاً أقل نسبياً بلغ 1.97 %.

- بلدية عين ولان: تميزت بمعدل منخفض قدره 1.63 %.

- بلدية عين آزال: سجلت معدلاً قريباً من السابق بلغ 1.62 %.

- بلدية بوقاعة: سجلت أقل معدل وفيات بواقع 1.32%، ويعتبر مؤشراً إيجابياً

تعكس هذه البيانات تطوراً ملحوظاً في تحسن مؤشرات وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بولاية سطيف، حيث انخفضت المعدلات بشكل عام بفضل الجهود المستمرة لتحسين الرعاية الصحية، لا سيما عبر تطوير قدرات القطاع الصحي من حيث الهياكل والخدمات والبرامج الوقائية. ومع ذلك، فإن التحديات المرتبطة بالفوارق الجغرافية تظل قائمة، مما يستدعي ضرورة استمرار الاستثمار في رفع كفاءة القطاع الصحي بالمناطق الريفية



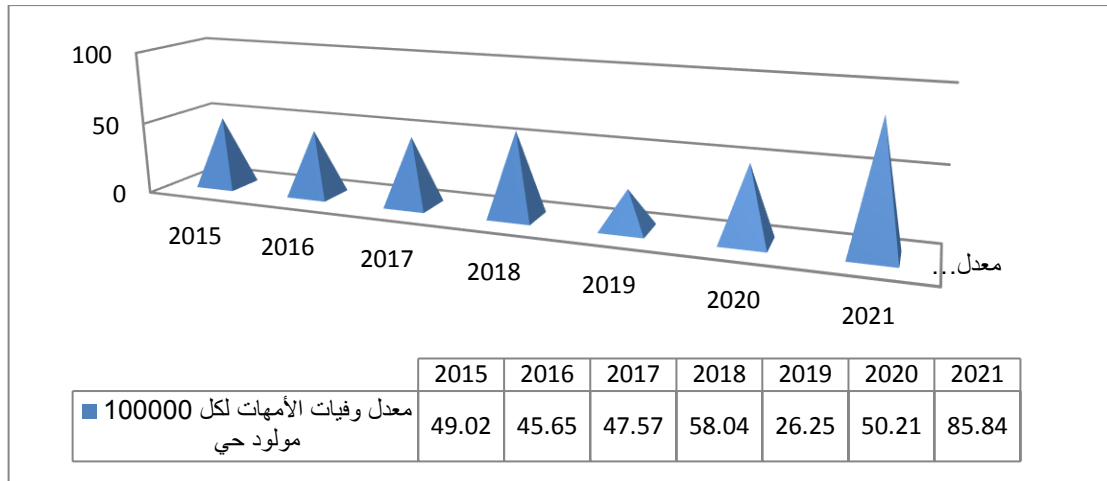
والنائية. كما أن التحسن النسبي في معدلات وفيات الإناث مقارنة بالذكور يسלט الضوء على أهمية توجيه المزيد من الجهود نحو الفئات الأكثر عرضة للخطر لضمان تحقيق العدالة الصحية على نطاق أوسع.

3-3- وفيات الامهات:

عرفت ولاية سطيف تذبذبًا في معدل وفيات الأمهات، على الرغم من الجهود المكثفة المبذولة لتحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم خلال فترة الحمل وما بعد الوضع، يوضح الشكل رقم (24) تطور معدل وفيات الأمهات في ولاية سطيف خلال الفترة الممتدة بين عامي 2015 و2021. يعكس هذا التذبذب التحديات المستمرة التي تواجهها الولاية في تحقيق رعاية صحية مثلى للأمهات، بالرغم من المبادرات المتواصلة لتحسين سلامة الأمهات وتوفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة خلال جميع مراحل الحمل والولادة وما بعدها.

الشكل رقم (24) : تطو معدل وفيات الامهات لولاية سطيف خلال الفترة الممتدة بين (2015-

(2021)



المصدر: (مديرية الصحة لولاية سطيف، 2021)

نلاحظ من الشكل رقم (24) تذبذب بارز في معدل وفيات الأمهات بولاية سطيف على مر السنوات الأخيرة. ففي عام 2015 كان معدل وفيات الأمهات يبلغ 49,02 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي، ليشهد انخفاضًا طفيفًا في العام التالي، حيث وصل المعدل إلى 45,65 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي. إلا أن هذا التحسن لم يدم طويلًا، حيث ارتفع المعدل في سنة 2018 ليصل إلى 5804 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي. ثم جاء انخفاض ملحوظ في العام التالي، حيث تراجع المعدل إلى 26,25 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي. ومع ذلك شهدت السنوات التالية زيادة كبيرة في هذا المعدل، الذي وصل إلى 85,84 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي في عام 2021، وهو ما يعكس تداعيات جائحة كوفيد-19 التي أسفرت عن زيادة ملحوظة



في الوفيات عبر مختلف الفئات العمرية، بما في ذلك الأمهات، حيث وصل عدد وفيات الأمهات في تلك السنة إلى 17 حالة. هذا التذبذب يعكس التحديات الكبيرة التي يواجهها القطاع الصحي في ظل الظروف الاستثنائية التي شهدتها المنطقة، ويبرز الحاجة المستمرة لتحسين جودة الرعاية الصحية للأمهات وضمان استدامتها.

3-4- الأمراض ذات التصريح الإجباري:

من الملحق رقم (05) نلاحظ أن مرض السل كان الأكثر انتشارًا في ولاية سطيف خلال عام 2019، حيث تم تسجيل 1283 إصابة. يليه مرض التهاب الفيروس الكبدي أ (HVA) الذي سجل 1105 إصابة، ثم مرض الحصبة الذي بلغت إصاباته 952 حالة، في حين تم رصد 585 حالة إصابة بمرض التهاب السحايا. ومن الملاحظ أن ولاية سطيف لم تسجل أي حالات إصابة بمرض الكوليرا أو البلهارسيا أو التهاب الأحيال خلال نفس العام.

وعند تفصيل توزيع الإصابات على مستوى البلديات، تظهر بلدية سطيف كأكثر البلديات تأثرًا بمرض السل، حيث سجلت 293 إصابة، تليها بلدية العلمة بـ 196 إصابة، ثم بلدية عين ولمان التي سجلت 85 إصابة. ومن اللافت أن ثلاث بلديات وهي بني مولحي، أيت تيزي، وأيت نوال مزادة، لم تسجل أي إصابة بمرض السل على الإطلاق في عام 2019.

أما بالنسبة لمرض التهاب الفيروس الكبدي أ (HVA)، فقد تصدرت بلدية سطيف أيضًا في عدد الإصابات، حيث سجلت 278 إصابة، تلتها بلدية العلمة بـ 133 إصابة، ثم بلدية عين ولمان بـ 75 إصابة. وفيما يتعلق بمرض الحصبة، فقد كانت بلدية عين ولمان هي الأكثر تضررًا، حيث سجلت 303 إصابة، تلتها بلدية العلمة بـ 142 إصابة، ثم بلدية سطيف التي سجلت 62 إصابة.

أما في مرض التهاب السحايا، فقد سجلت بلدية العلمة أعلى عدد من الإصابات بـ 171 حالة، تلتها بلدية عين ولمان بـ 47 إصابة، ثم بلدية سطيف بـ 36 إصابة.

ومن الملاحظ بشكل خاص أن بلدية أيت نوال مزادة كانت البلدية الوحيدة في ولاية سطيف التي لم تسجل أي إصابة بالأمراض ذات التصريح الإجباري في عام 2019، مما يعكس نجاحًا لافتًا في تدابير الوقاية الصحية وتطبيق الإجراءات الوقائية في هذه البلدية.

3-5- الانفاق الصحي لولاية سطيف: (مديرية الصحة لولاية سطيف، 2024)

تتم عملية تبليغ الميزانية الخاصة بالقطاع الصحي من قبل وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات إلى مديريات الصحة في مختلف الولايات، حيث يتم تخصيص مبلغ مالي مخصص لكل ولاية وفقًا لاحتياجاتها الصحية وظروفها



المحلية. وتعد ميزانية القطاع الصحي في ولاية سطيف من أبرز الوثائق المالية التي تحدد كافة النفقات المرتبطة بتوفير الرعاية الصحية لسكان الولاية، حيث تتضمن اعتمادات مالية شاملة تغطي مجموعة من البنود الأساسية التي تضمن استمرار عمل المؤسسات الصحية بفاعلية.

تتوزع الميزانية الخاصة بالقطاع الصحي لولاية سطيف على عدة مجالات حيوية، تشمل:

1- مرتبات الموظفين: وتشمل أجور الأطباء بمختلف تخصصاتهم، الأطباء شبه الطبيين، الأساتذة الجامعيين في التخصصات الصحية، إضافة إلى العاملين الإداريين، جميعهم الذين يساهمون في توفير الخدمات الصحية اللازمة.

2- التسيير: يشمل هذا الباب مجموعة من النفقات التشغيلية التي تضمن سير العمل بشكل منظم، مثل:

- إقتناء الأدوية: توفير الأدوية الضرورية لعلاج المرضى في مختلف التخصصات.
- العتاد الطبي: يشمل الأجهزة الطبية الضرورية مثل أجهزة الفحص والتشخيص، وأجهزة التصوير الطبي.
- أجهزة الإعلام الآلي الخاصة بالرقمنة: تلك التي تساهم في تحسين التواصل وتسهيل إدارة البيانات الطبية، بما يعزز جودة الخدمات الصحية.
- الأثاث الخاص بالمصالح الصحية: يشمل تأثيث المستشفيات والمرافق الصحية سواء كانت إدارية أو طبية، مما يساهم في توفير بيئة عمل صحية وملائمة.
- إقتناء سيارات الإسعاف: لتوفير النقل السريع للمصابين والمرضى، بالإضافة إلى سيارات إدارية لدعم نشاطات الموظفين داخل المنشآت الصحية.
- الألبسة الخاصة بالمستخدمين: توفير الزي المناسب للعاملين في القطاع لضمان حماية صحتهم وسلامتهم أثناء أداء مهامهم.
- النفقات الوقائية: التي تشمل برامج الوقاية من الأمراض المعدية والعمل على الحد من انتشار الأوبئة.
- نفقات البحث العلمي والطبي: تخصيص جزء من الميزانية لدعم البحوث الطبية والتجريبية التي تساهم في تطوير المجال الصحي.
- التغذية للمرضى المقيمين: لتأمين احتياجات المرضى من الغذاء أثناء فترة العلاج.
- صيانة المنشآت الصحية: ضمان صيانة وتحديث البنى التحتية للمؤسسات الصحية بما يضمن تقديم أفضل مستوى من الخدمة.



من خلال الجدول رقم (21) يظهر تطور النفقات الصحية في ولاية سطيف على مدار الفترة الممتدة من 2018 إلى 2022. حيث بلغت النفقات الصحية في سنة 2018 حوالي 9,199,132,000 دج، ثم شهدت هذه النفقات زيادة ملحوظة على مدى السنوات التالية، حيث وصل مجموع النفقات في سنة 2022 إلى 9,792,020,241 دج، مما يعكس جهود الدولة المستمرة في تحسين وتوسيع خدمات القطاع الصحي على مستوى الولاية.

جدول رقم (21): الإنفاق الصحي لولاية سطيف من 2018 إلى 2022

الانفاق الصحي (دج)	السنوات
9199132000	2018
9309882000	2019
9498862000	2020
9711498000	2021
9792020241	2022

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات (مديرية الصحة بولاية سطيف، 2023).

4- الاسقاطات السكانية والصحية لولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050

4-1- برنامج الطيف الديموغرافي سبيكتروم (SPECTRUM): (قرنان، 2020، الصفحات 34-35)

هو برنامج حاسوبي يستخدم لإجراء الإسقاطات السكانية المستقبلية، حيث يعتمد بشكل أساسي على معطيات الأمم المتحدة ويوفر للباحث إمكانية إدخال بيانات مخصصة تتناسب مع موضوع الدراسة أو البحث الذي ينفذه. يُعد "سبيكتروم" أداة شاملة ومتعددة الوظائف، تضم مجموعة من البرامج المترابطة، أهمها برنامج "Demproj"، الذي يُعد الركيزة الأساسية للعديد من التطبيقات الأخرى التي تستخدمها الدراسات السكانية من أجل إجراء إسقاطات دقيقة. من بين تلك الأدوات المساندة أيضاً برنامج "RAPID"، الذي يساعد في تحديد احتياجات السكان المستقبلية في مجالات متعددة.

لبدء استخدام برنامج "سبيكتروم"، يمكن للمستخدم تنزيله من الرابط التالي:

(<https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>)، ثم الانتقال إلى مرحلة التثبيت على

جهاز الكمبيوتر. بمجرد اكتمال التثبيت، يتم فتح البرنامج بإصدار SPECTRUM v5.64، حيث يظهر

للمستخدم نافذة رئيسية تحتوي على أربعة اختيارات رئيسية:



- إنشاء ملف تقدير جديد.
 - فتح قائمة الإسقاطات السابقة.
 - فتح التوقعات الأخيرة.
 - الدعم عبر الإنترنت.
- تضم النافذة أيضاً شريط أدوات يحتوي على مجموعة من القوائم المتنوعة التي تتيح للمستخدم التحكم في وظائف البرنامج، مثل "العنوان" و"القوائم" و"الأدوات". عند اختيار الخيار الأول "إنشاء ملف تقدير جديد"، تظهر نافذة تتيح للمستخدم إدخال المعطيات الضرورية لإجراء الإسقاطات، وتشمل هذه المعطيات:
- اسم الملف المراد تقديره
 - تحديد سنوات بداية ونهاية الإسقاط
 - خيارات تتعلق بالمواضيع الديموغرافية، مثل "Demproj"
 - اختيار موضوع تنظيم الأسرة "FamProj"
 - تقييم الآثار الاجتماعية والاقتصادية للزيادة السكانية باستخدام "RAPID"
 - دراسة تكاليف وفوائد برنامج تنظيم الأسرة من خلال "BenFit-Ciost"
 - تقييم آثار مرض الإيدز باستخدام "AIDS ImpactModel-ALM"
- بمجرد تحديد البلد أو المنطقة المستهدفة للإسقاطات، يقوم المستخدم بتسمية ورقة العمل الخاصة به، ومن ثم تحديد الخيارات المناسبة بناءً على موضوع البحث أو الدراسة التي يتم العمل عليها، وفي النهاية يضغط على "موافق" للانتقال إلى النافذة الرئيسية التي تحتوي على الأدوات الأساسية.
- تتمثل الأدوات الرئيسية المتاحة في البرنامج في:
- الديموغرافيا Demproj : وهي الأداة المسؤولة عن إجراء إسقاطات سكانية لبلد أو منطقة معينة، استناداً إلى فرضيات تتعلق بمعدلات الخصوبة والوفيات والهجرة. يتيح هذا البرنامج عرض مجموعة واسعة من المؤشرات الديموغرافية لفترات تمتد حتى 150 سنة في المستقبل، مما يوفر للباحث تحليلات متعمقة للاتجاهات السكانية المستقبلية.
 - تنظيم الأسرة FamProj : يقوم هذا البرنامج بدراسة احتياجات تنظيم الأسرة لتحقيق الأهداف المحددة، مثل معالجة الاحتياجات غير المحققة أو الوصول إلى معدلات الخصوبة المستهدفة، وهو أداة ضرورية للمخططين الصحيين والاجتماعيين.



- تكاليف وفوائد برنامج تنظيم الأسرة BenFit-Ciost : يقدم هذا البرنامج تحليلاً دقيقاً لتغيرات بقاء الأطفال استناداً إلى التغطية الصحية والتدخلات المختلفة في مجال الصحة، مما يساعد على تقييم فعالية برامج تنظيم الأسرة.
- الآثار الاجتماعية والاقتصادية للزيادة السكانية RAPID : يركز هذا البرنامج على إجراء إسقاطات في مجالات متعددة مثل الاقتصاد، الصحة، التعليم، التحضر، والزراعة، ويعتمد على تحليل تأثير التغيرات في معدلات الخصوبة والنمو السكاني على هذه المجالات. واستخدمت في رسالتي هذا البرنامج للتوقعات السكانية والاحتياجات الصحية لولاية سطيف آفاق 2050.
- آثار مرض فقدان المناعة AIDS ImpactModel-ALM : يهتم هذا البرنامج بتقييم تأثير مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) على السكان، ويشمل معلومات عن الأشخاص المصابين، الإصابات الجديدة، والوفيات المرتبطة بالفيروس، كما يتطرق إلى تأثير هذا المرض على حالات مرض السل.

4-1-1 متطلبات برنامج سبيكتروم: (Stover, 2005, p11)

لتشغيل برنامج "سبيكتروم" بكفاءة وفعالية في إجراء الإسقاطات السكانية المستقبلية، يجب تزويده بعدد من البيانات الأساسية والمفصلة التي تعكس الحالة السكانية والاجتماعية للمجتمع المدروس. وتشمل هذه المتطلبات العناصر التالية:

- التركيبة السكانية حسب العمر والجنس: يتطلب البرنامج بيانات دقيقة حول توزيع السكان بناءً على الفئات العمرية والجنس. هذه البيانات أساسية لفهم الهيكل السكاني، حيث يسمح البرنامج بتحليل الديناميكيات السكانية والتغيرات التي قد تحدث على المدى البعيد استناداً إلى هذه التركيبة.
- المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) : يعد هذا المؤشر من الأدوات الحيوية في النماذج السكانية، يساهم هذا المؤشر في تحديد الاتجاهات السكانية المستقبلية من خلال مراقبة تأثيرات الخصوبة على النمو السكاني.
- التوزيع النسبي للخصوبة حسب أعمار الأمهات: يعتمد هذا العنصر على تحديد معدلات الخصوبة في فئات عمرية مختلفة. يقدم هذا التوزيع فهماً دقيقاً لتغيرات الخصوبة عبر الأعمار المختلفة ويتيح للمحللين دراسة العلاقة بين السن وعوامل الإنجاب، مما يمكن من تكوين صورة شاملة لنمط الإنجاب في المجتمع.
- أمل الحياة: يُعتبر أمل الحياة من المؤشرات الحيوية التي تعكس متوسط العمر المتوقع في المجتمع. هذا العامل أساسي لتقدير التغيرات المستقبلية في التركيبة السكانية، حيث يرتبط أمل الحياة ارتباطاً وثيقاً



بمعدلات الوفيات ومستوى الرعاية الصحية في المجتمع. إن إدخال هذا المعطى يمكن من تحسين دقة الإسقاطات السكانية.

- الهجرة: من الضروري تحديد تأثير الهجرة على المجتمع المدروس. إذا كان من الصعب تحديد حركة الهجرة بدقة، يمكن فرض افتراض "المجتمع المغلق"، أي أن صافي الهجرة يساوي صفرًا. هذا الافتراض يعني أن عدد الوافدين يساوي عدد المغادرين، أو أنه لا توجد حركة هجرة على الإطلاق، مما يجعل الإسقاطات أكثر استقرارًا ويسهل معالجتها.

- الجدول النمطي للوفاة: لا بد من اختيار جدول الوفاة المناسب الذي يعتمد على معدل الوفيات لكل فئة عمرية. يُعتبر "جدول كول وديمي" من أكثر الجداول استخدامًا في هذا السياق، حيث يوفر نموذجًا دقيقًا لتوزيع الوفيات عبر الأعمار. هذا الجدول يُعد الأداة الأساسية لحساب معدلات الوفيات وتوقعاتها المستقبلية بناءً على البيانات المتاحة.

من خلال تزويد البرنامج بهذه البيانات التفصيلية والدقيقة، يتمكن "سبيكتروم" من تقديم إسقاطات سكانية واقعية وشاملة. هذه الإسقاطات تكون أداة قيمة لفهم وتحليل الاتجاهات السكانية المستقبلية، مما يساعد صناع القرار والباحثين في اتخاذ قرارات استراتيجية مستنيرة فيما يتعلق بالتخطيط الاجتماعي والاقتصادي والصحي.

4-2- توقعات في الجانب الديموغرافي لولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050:

لتنفيذ الإسقاطات السكانية باستخدام "سبيكتروم"، يجب علينا أن نحدد مجموعة من الفرضيات المستقبلية المتعلقة بالخصوبة، والوفيات، والهجرة، وفقًا لسيناريوهات مختلفة (مرتفعة، منخفضة، متوسطة، ثابتة). هذا التحديد للفرضيات يمكننا من الحصول على تنبؤات سكانية مرنة ومتنوعة تتناسب مع مختلف السيناريوهات المحتملة.

بناءً على تحليل الوضعية الديموغرافية على مدار فترة زمنية معينة، يتم التركيز بشكل رئيسي على عاملين أساسيين: الخصوبة والوفيات. وبالنظر إلى الثبات النسبي لمعدلات الوفيات في ظل التغيرات التي قد تطرأ على مستوى الخصوبة، يصبح من الضروري اعتماد المؤشر التركيبي للخصوبة كأداة محورية لاختيار السيناريو الأمثل الذي يعكس التطور السكاني المتوقع بشكل أكثر دقة وموثوقية.

4-2-1- السيناريوهات المتوقعة للخصوبة خلال فتر الاسقاط

إن تحليل معدلات الخصوبة العالمية، المستند إلى التعدادات السكانية السابقة، يسلط الضوء على تفاوتات جوهرية بين الدول، مما يتيح تصنيفًا واضحًا لثلاثة مستويات رئيسية: دول تحقق معدل خصوبة لا يتجاوز طفلين لكل امرأة، دول تتراوح معدلات الخصوبة فيها بين طفلين وأربعة أطفال، وأخرى تسجل معدلات تفوق أربعة



أطفال لكل امرأة، وفي هذا الإطار تدرج الجزائر ضمن الفئة التي يتراوح فيها معدل الخصوبة بين طفلين وأربعة أطفال لكل امرأة: (دامس، 2024، الصفحات 166-167)

سيناريو الخصوبة الثابتة: في هذا السيناريو، يُفترض أن معدلات الخصوبة تظل ثابتة دون تغيير على مدار فترة التوقع. يُستخدم هذا السيناريو لفهم كيفية تأثير استمرار معدلات الخصوبة الحالية على النمو السكاني في المستقبل.

سيناريو الخصوبة المتوسطة: يُفترض في هذا السيناريو أن معدلات الخصوبة ستخفض تدريجيًا بناءً على الاتجاهات الحالية والتوقعات المستقبلية، ويُستخدم كمرجع في العديد من الدراسات السكانية.

سيناريو الخصوبة المنخفضة: يُفترض في هذا السيناريو انخفاض أكبر في معدلات الخصوبة مقارنةً بالسيناريو المتوسط. يُستخدم هذا السيناريو لدراسة التأثيرات المحتملة لانخفاض حاد في معدلات الخصوبة على التركيبة السكانية.

سيناريو الخصوبة المرتفعة: في هذا السيناريو، يُفترض أن معدلات الخصوبة ستبقى أعلى من السيناريو المتوسط. يُستخدم هذا السيناريو لتحليل التأثيرات المحتملة لزيادة معدلات الخصوبة على النمو السكاني.

4-2-2- اختيار السيناريو الأنسب للإسقاطات السكانية

في هذا السياق، نستند إلى البيانات الدقيقة المستخلصة من المسح الوطني العنقودي الرابع متعدد المؤشرات (2012-2013) والمسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات (2019)، حيث توفر هذه المسوح معلومات شاملة حول معدلات الخصوبة عبر مجموعة واسعة من الفئات السكانية. ومن خلال دمج هذه المعطيات، يمكننا تحديد الأنماط السكانية بشكل تفصيلي، ما يساعد في وضع استراتيجيات فعّالة للتخطيط السكاني على المدى الطويل.

4-2-3- المؤشر التركيبي للخصوبة ISF:

لدراسة الإسقاطات السكانية المستقبلية، تم اعتماد تقسيم المد الزمني إلى فترتين رئيسيتين، بحيث تمتد كل فترة لعشر سنوات، وذلك لضمان تغطية شاملة للفترة الزمنية الممتدة إلى ثلاثة عقود، مع الأخذ بعين الاعتبار أن سنة نهاية الإسقاط في هذه الدراسة هي 2050، وهي تمثل سنة ذات قيمة عشرية. هذا التقسيم الزمني يمكن من تحقيق دقة عالية في تحليل المعطيات وتحديد الاتجاهات المستقبلية.

نظرًا لتعدّد الحصول على المؤشر التركيبي للخصوبة الخاص بولاية سطيف، تم الاعتماد على المؤشر الخاص بإقليم هضاب شرق الذي تنتمي إليه ولاية سطيف. يضم هذا الإقليم ولايات سطيف، باتنة، أم البواقي، برج



بوعرييح، خنشلة، وتبسة. وقد كانت القيم المسجلة للمؤشر التركيبي للخصوبة في هذا الإقليم على مدى الفترات الزمنية المدروسة كما يلي :

- الفترة 2000-2009: بلغ المؤشر التركيبي 2.7 طفل لكل امرأة. (MICS4, 2015, p 126)

- الفترة 2009-2019: ارتفع المؤشر إلى 2.8 طفل لكل امرأة. (MICS4, 2015, p 126)

- الفترة 2019-2022: شهد المؤشر زيادة ليصل إلى 2.9 طفل لكل امرأة. (MICS 6, 2020, p 136)

4-2-4 - حساب معدل التغير في الخصوبة لكل عشر سنوات:

نحسب معدل التغير الخصوي لكل عشر سنوات، وذلك لأن برنامج سبيكتروم يتطلب المؤشر التركيبي للخصوبة لسنة بداية الإسقاط وهي 2022، والمؤشر التركيبي للخصوبة لسنة نهاية الإسقاط وهي 2050، والمؤشر التركيبي لسنة الإنطلاق أي سنة 2022 هو 2,9 طفل لكل امرأة، الموجود في المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات 2019 (MICS6)، لهذا نحسب المؤشر التركيبي للخصوبة لسنة نهاية الإسقاط وهي سنة 2050:

$$\frac{2,7-2,8}{2,7} \times 100 = 3,70\% \text{ : الفترة الأولى: 2009-2000}$$

$$\frac{2,9-2,8}{2,8} \times 100 = 3,57\% \text{ : الفترة الثانية: 2019-2009}$$

معدل التغير الخصوي لكل عشر سنوات في هذه الحالة يكون هو المتوسط الهندسي لأننا بصد حساب قيم مطلقة لهذا اخترنا المتوسط الهندسي، وطريقة حسابه تكون كالآتي: (عوض، 2014، صفحة 52)

$$G = \sqrt[n]{x_1 \times x_2 \times x_3 \dots}$$

$$G = \sqrt[2]{0.073 \times 0.057}$$

$$G = 4.161\%$$

- المؤشر التركيبي لسنة 2029 يكون كالآتي :

$$ISF = 2.9 + (2.9 \times 0,0461)$$

ومنه المؤشر التركيبي ISF سيكون سنة 2029 : 3 طفل / امرأة.

- المؤشر التركيبي لسنة 2039 يكون كالآتي :

$$ISF = 3 + (3 \times 0,0461)$$

ومنه المؤشر التركيبي ISF سيكون سنة 2039 : 3,1 طفل / امرأة.



- المؤشر التركيبي لسنة 2049 يكون كالآني :

$$ISF = 3.1 + (3.1 \times 0,0461)$$

ومنه المؤشر التركيبي ISF سيكون سنة 2049 : 3.2 طفل / امرأة

نظرًا للزيادة التدريجية في المؤشر التركيبي للخصوبة في ولاية سطيف، تم اختيار السيناريو المرتفع كأفضل خيار لإجراء الإسقاطات السكانية. هذا السيناريو يعكس التوجه الصاعد للمؤشر ويأخذ في الاعتبار العوامل المؤثرة على الخصوبة في المستقبل .

باستخدام برنامج "Spectrum"، وبالاعتماد على أسلوب الاستيفاء الخطي، تم تحديد القيم اللازمة للإسقاطات السكانية كما يلي :

- سنة بداية الإسقاط (2022): المؤشر التركيبي للخصوبة = 2.9 طفل لكل امرأة .

- سنة نهاية الإسقاط (2050): المؤشر التركيبي للخصوبة = 3.2 طفل لكل امرأة .

يعكس هذا النهج اعتمادًا دقيقًا على المعطيات المتوفرة، مع دمج الطرق الإحصائية الأكثر موثوقية لتحليل التغيرات السكانية المستقبلية. اختيار السيناريو المرتفع يضمن محاكاة واقعية لنمو السكان المتوقع في ولاية سطيف، بما يتيح تقديرًا شاملاً ودقيقًا للاحتياجات المستقبلية حتى عام 2050.

4-2-5- التوزيع النسبي للخصوبة:

جدول رقم (22): التوزيع النسبي للخصوبة

نسبة الخصوبة (%)	معدل الخصوبة	فئة الأعمار
1,68	0,008823	19-15
14,10	0,074101	24-20
26,14	0,137395	29-25
26,81	0,140919	34-30
21,34	0,112182	39-35
9,41	0,04947	44-40
0,53	0,00277	49-45

المصدر: حساب شخصي بالاعتماد على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

يتبين من الجدول رقم (22) وجود تفاوت ملحوظ في نسب الخصوبة حسب الفئات العمرية، حيث يظهر الانخفاض واضحًا في الفئة العمرية الأولى (15-19 سنة) والفئتين الأكبر سنًا (40-44 سنة) و(45-49 سنة).

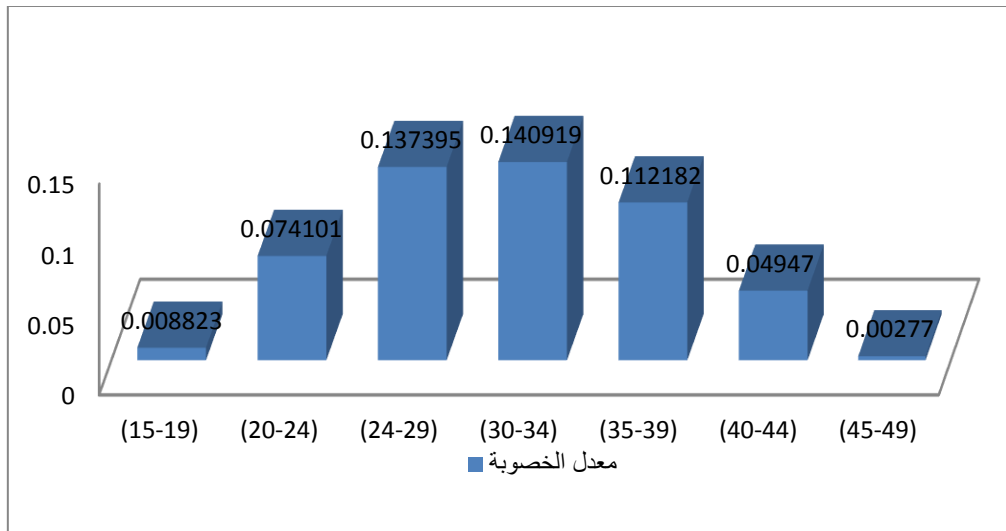


فقد بلغت نسبة الخصوبة في الفئة العمرية (15-19 سنة) حوالي 1.68%، بينما انخفضت إلى أدنى مستوى في الفئة العمرية الأخيرة (45-49 سنة)، مسجلة 0.53% فقط. في المقابل، شهدت الفئة العمرية (30-34 سنة) أعلى نسبة للخصوبة، حيث بلغت 26.81%، مما يعكس ذروة النشاط الإنجابي في هذه المرحلة.

وعند الانتقال إلى تحليل معدل الخصوبة حسب العمر (عدد الأطفال لكل 1000 امرأة)، نجد أن أدنى المعدلات سجلت في الفئة العمرية (45-49 سنة) بمعدل 2.7 طفل لكل 1000 امرأة، تليها الفئة العمرية (15-19 سنة) بمعدل متدنٍ قدره 8 أطفال لكل 1000 امرأة. أما أعلى المعدلات فقد سُجلت في الفئة العمرية (30-34 سنة)، التي حققت معدلاً مرتفعاً بلغ 140 طفلاً لكل 1000 امرأة. هذه المؤشرات تعكس الدور الحيوي للفئة العمرية (30-34 سنة) في الرفع من إجمالي معدلات الخصوبة، بينما تؤكد الانخفاض التدريجي مع تقدم العمر أو في بداية النشاط الإنجابي.

هذه النتائج التي تتضح بشكل بياني في الشكل رقم (25)، تقدم رؤية دقيقة عن توزيع الخصوبة عبر الفئات العمرية المختلفة ومدى تأثيرها على الهيكل الديموغرافي.

شكل رقم (25) معدل الخصوبة حسب الفئات العمرية لسنة 2019



المصدر: تمثيل بياني بناء على معطيات الجدول رقم (22).

4-3- الاتجاهات المستقبلية لسكان ولاية سطيف:

عند إعداد البيانات المتعلقة بالتركيبة السكانية حسب الفئات العمرية، يتم استبعاد الأفراد الذين لم تُصرَّح أعمارهم، أي مجهولي السن، لعدم إمكانية تصنيفهم ضمن أي من الفئات العمرية المحددة. يُعتبر هذا الإجراء خطوة ضرورية للحفاظ على دقة التحليل الإحصائي وضمان موثوقية النتائج المستخلصة.



الفصل السادس: الاحتياجات الصحية لولاية سطيفه آفاق 2050

بالإضافة إلى ذلك، يتم دمج الفئتين الأخيرتين من التوزيع السكاني، وهما فئة 80-84 سنة وفئة 85 سنة فأكثر، ضمن فئة واحدة تُسمى 80 سنة فما فوق. يأتي هذا الدمج تماشيًا مع المتطلبات التقنية لبرنامج "سيكتروم" الذي يعتمد هيكلًا محددًا للفئات العمرية ولا يتضمن تصنيفًا منفصلًا للفئتين المذكورتين. يهدف هذا التعديل إلى توحيد البيانات وملاءمتها مع آلية عمل البرنامج، مما يضمن تقديم إسقاطات دقيقة تتوافق مع المعايير الإحصائية المعتمدة.

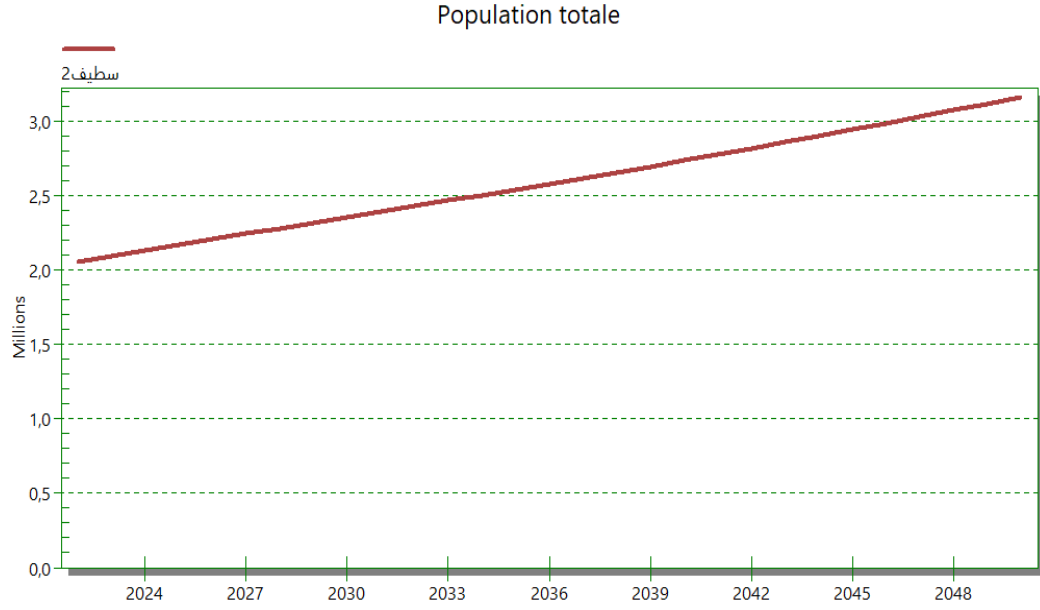
جدول رقم (23): الاتجاهات المستقبلية لعدد سكان ولاية سطيف (2022-2050)

السنوات	عدد السكان	السنوات	عدد السكان	السنوات	عدد السكان
2022	2 056 715	2032	2 428 518	2042	2 816 545
2023	2 094 023	2033	2 465 722	2043	2 858 060
2024	2 131 403	2034	2 503 113	2044	2 900 095
2025	2 168 761	2035	2 540 755	2045	2 942 617
2026	2 206 048	2036	2 578 716	2046	2 985 600
2027	2 243 246	2037	2 617 067	2047	3 029 021
2028	2 280 361	2038	2 655 882	2048	3 072 889
2029	2 317 410	2039	2 695 220	2049	3 117 239
2030	2 354 421	2040	2 735 110	2050	3 161 998
2031	2 391 438	2041	2 775 558		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سيكتروم.



الشكل رقم(26):الاتجاهات المستقبلية لعدد سكان ولاية سطيبة (2022-2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

أظهرت نتائج الإسقاطات السكانية، كما هو موضح في الجدول رقم (23) والشكل رقم (26)، أن ولاية سطيبة ستشهد نموًا ديموغرافيًا لافتًا بحلول عام 2050، حيث يتوقع أن يتضاعف عدد سكانها بأكثر من ثلث العدد المسجل في بداية فترة الإسقاط، ففي عام 2022 بلغ عدد سكان الولاية 2056715 نسمة، ليصل إلى 3161998 نسمة، بحلول عام 2050، مع تسجيل معدل زيادة سنوي يُقدر بأكثر من 37000 نسمة.

وعند تحليل التغير السكاني عبر العقود الثلاثة المقبلة :

- خلال الفترة الممتدة من 2022 إلى 2030: زاد عدد السكان بمقدار 297706 نسمة، ليصل الإجمالي إلى ما يزيد عن 2354421 نسمة.

- في العقد التالي (2030-2040): تسارع النمو السكاني، حيث أُضيف 343672 نسمة ليبلغ العدد الإجمالي 2698093 نسمة.

- أما العقد الأخير من فترة الإسقاط (2040-2050): فقد شهد أكبر زيادة، إذ ارتفع العدد بمقدار 386440 نسمة، ليصل إلى 3161998 نسمة بحلول عام 2050.

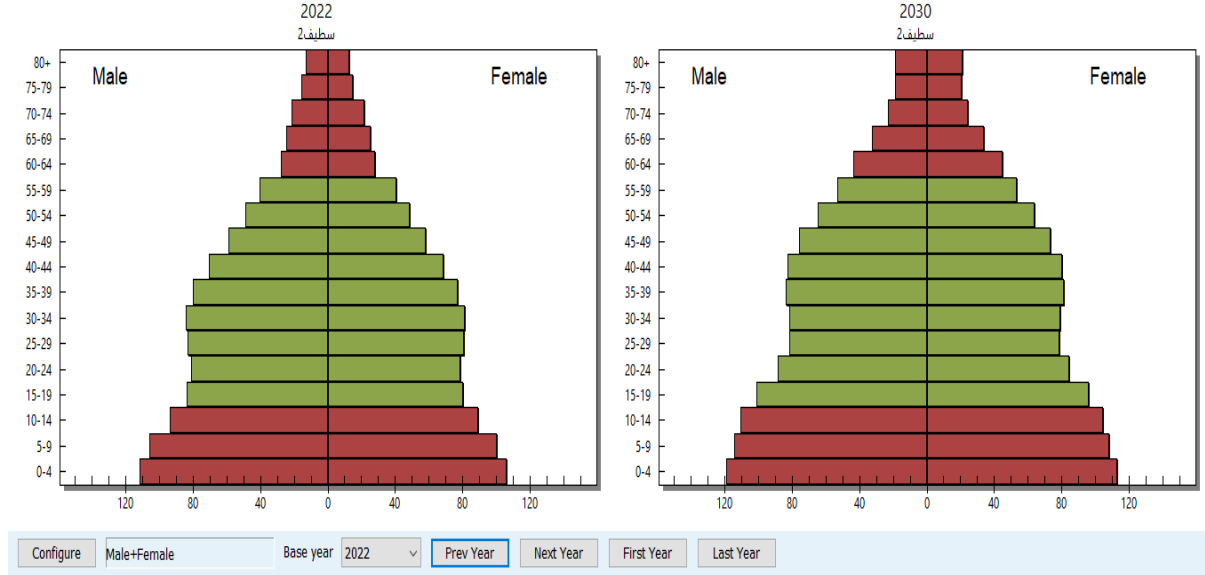
هذا النمو الديموغرافي السريع يُترجم إلى حاجة متزايدة لتوسيع البنية التحتية والخدمات الأساسية، بما في ذلك التعليم، الصحة، الإسكان، والنقل. كما يشير إلى ضرورة وضع خطط استراتيجية طويلة الأمد تأخذ في الحسبان هذا التصاعد الكبير في أعداد السكان لضمان تحقيق التنمية المستدامة وتلبية احتياجات السكان المتزايدة بفعالية.



4-3-1- توقعات الهرم السكاني لسكان ولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050:

الشكل رقم (27): الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2030

Population by age and sex (Thousands)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

من خلال الشكل رقم (27) الذي يعكس الهرم السكاني لعام 2022، يتضح أن الهيكل السكاني يتميز بقاعدة متقلصة نسبياً، حيث تسجل نسبة الأطفال في الفئة العمرية [0-14] 29.49%. فيما تمثل الفئة العمرية النشطة [15-64] 63.23% من إجمالي السكان، بينما بلغت نسبة كبار السن (65 سنة فأكثر) 7.28%. أما نسبة الإناث في الفئة العمرية [15-49] فقد بلغت 25.55%، مما يعكس توزيعاً ديموغرافياً مائلاً قليلاً نحو الفئة النشطة.

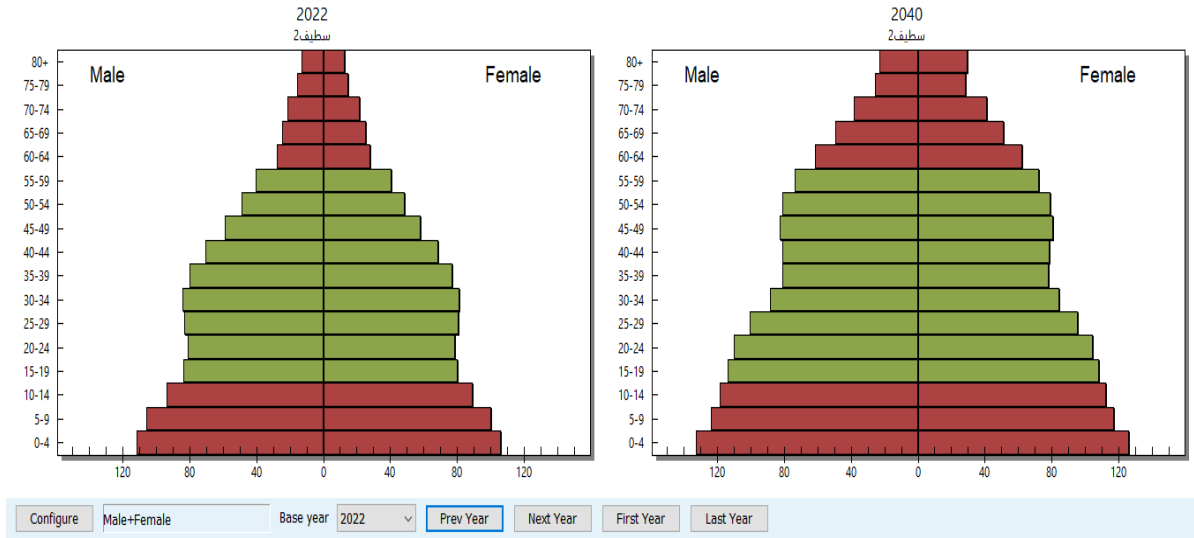
وفيما يتعلق بالهرم السكاني لعام 2030، نجد أن القاعدة قد توسعت بشكل طفيف مقارنةً بسنة 2022. حيث قدرت نسبة الأطفال في الفئة العمرية [0-14] بـ 28.42%، بينما حافظت الفئة العمرية النشطة [15-64] على استقرارها عند 63.35%. وفي المقابل ارتفعت نسبة كبار السن (65 سنة فما فوق) لتصل إلى 8.23%، في حين تراجعت نسبة الإناث في الفئة العمرية [15-49] إلى 24.37%.

تشير هذه التحولات الديموغرافية إلى تحول تدريجي في هيكل السكان نحو زيادة نسبة كبار السن، ما يستدعي مراجعة شاملة للسياسات الصحية والاجتماعية لمواكبة هذا التغير. كما أن هذا التحول يفرض تحديات في مجالات مثل التعليم، العمل، والرعاية الصحية، ويعكس ضرورة تخطيط دقيق للبنية التحتية والخدمات العامة لضمان تلبية احتياجات المجتمع في السنوات القادمة.



الشكل رقم (28): الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2040

Population by age and sex (Thousands)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

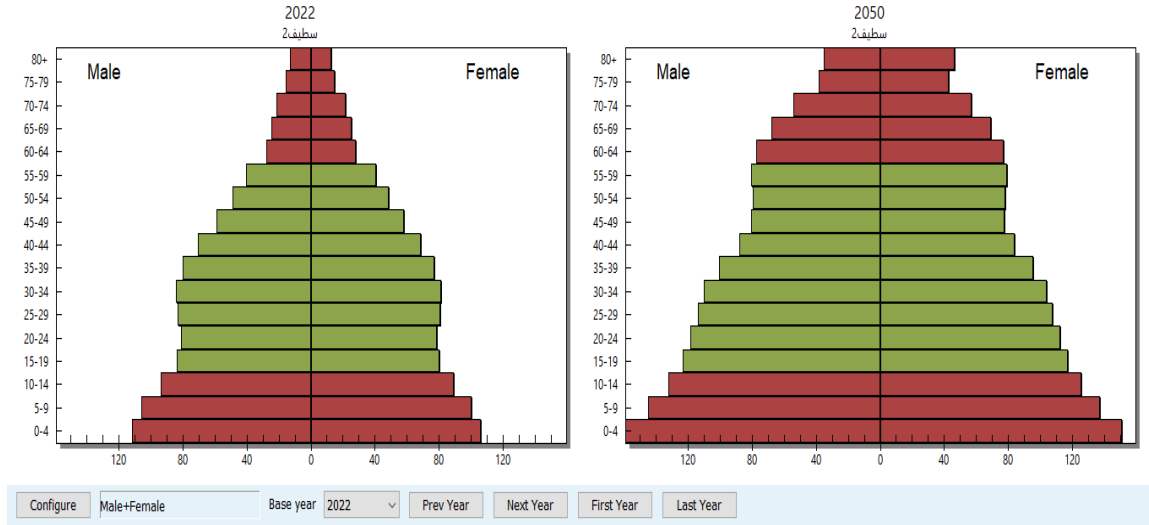
نلاحظ من خلال الشكل رقم (28) الذي يعرض الهرم السكاني لسنة 2040، أن القاعدة قد أصبحت أوسع قليلاً مقارنةً بالهرم السكاني لعام 2022. حيث تُقدر نسبة الأطفال في الفئة العمرية [0-14] ب 26.70%، مما يعكس نسبة كبيرة من السكان في هذه الفئة العمرية. في المقابل، تمثل الفئة العمرية النشطة [15-64] 62.81% من إجمالي السكان، وهو ما يعكس استقراراً نسبياً في نسبة الأفراد القادرين على العمل والإنتاج، أما فيما يخص فئة كبار السن (65 سنة وأكثر)، فقد شهدت هذه الفئة زيادة ملحوظة في نسبتها لتصل إلى 10.49%، مما يعكس تحولاً ديموغرافياً نحو الشيخوخة في المجتمع. وبالنسبة للإناث في الفئة العمرية [15-49] فقد بلغت نسبتهم 23.06%، ما يشير إلى استمرارية وجود نسبة كبيرة من النساء في مراحل الإنجاب النشطة.

تعكس هذه التغيرات الديموغرافية بشكل عام تحولات سكانية هامة تستدعي اهتماماً خاصاً على مستوى السياسات العامة، خصوصاً في مجالات الصحة والرعاية الاجتماعية. فمن الضروري أن يواكب التخطيط المستقبلي هذه التغيرات بما يضمن توفير الخدمات الصحية المناسبة لكبار السن، وتعزيز برامج التعليم والتوظيف لتلبية احتياجات الفئات النشطة في المجتمع.



الشكل رقم (29): الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2050

Population by age and sex (Thousands)



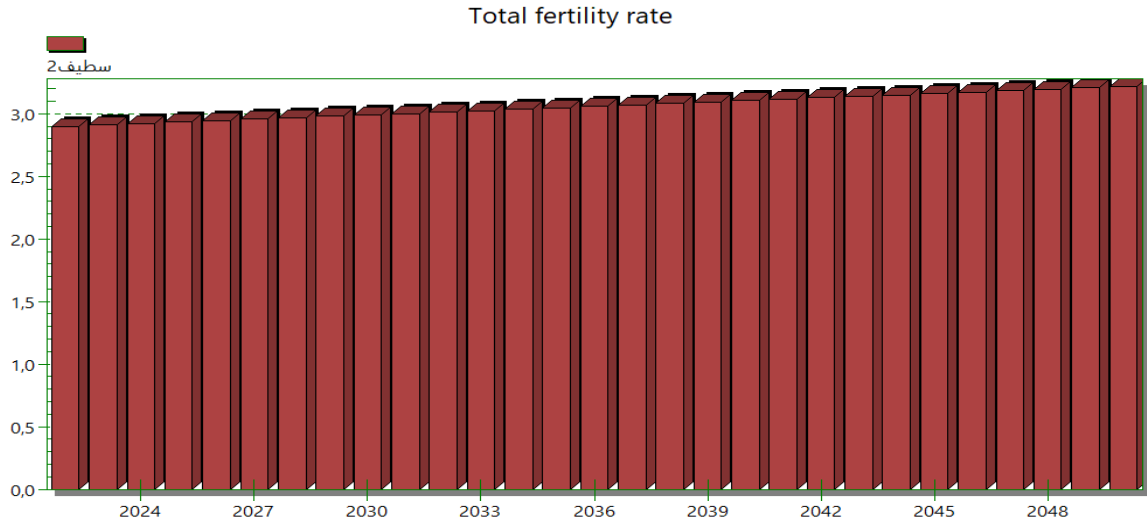
المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

نلاحظ من خلال الشكل رقم (29) للهرم السكاني المتوقع لعام 2050، وجود تغيرات واضحة والتي ستطرأ على تركيب السكان مقارنة بالهرم السكاني لعام 2022. حيث تظهر قاعدة الهرم في عام 2050 أوسع بشكل ملحوظ مقارنة بالعام 2022، مما يعكس الزيادة في نسبة الأطفال، الفئة العمرية للأطفال [0-14]، والتي تقدر بنحو 26.84%، في المقابل تواصل الفئة العمرية النشطة [15-64] هيمنتها على الهيكل السكاني بنسبة تصل إلى 60.17%، أما نسبة كبار السن (فوق 65 عامًا) فتسجل زيادة ملحوظة، حيث تصل إلى 12.99%، ما يعكس تحولاً ديموغرافياً يعكس شيخوخة المجتمع.

وفيما يتعلق بالفئة العمرية الإناث [15-49]، فإنها تتناقص تدريجياً من 2022 إلى 2050، حيث بلغت نسبتهم 22.10% في سنة 2022، مما يشير إلى تحول في الديناميكيات السكانية للإناث في هذا القطاع العمري. من هذه المعطيات يظهر لنا أن هناك تزايداً مستمراً في نسبة المسنين (65+) عبر السنوات، وهو ما يشير إلى الحاجة المتزايدة لخدمات الرعاية الصحية والمساندة الاجتماعية لهذه الفئة، ونلاحظ أيضاً تراجعاً تدريجياً في نسبة الأطفال والشباب النشطين، مما يتطلب التخطيط لمواجهة التحديات الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بالركود المحتمل في القوة العاملة. وأخيراً إن تقلص نسبة الإناث في الفئة العمرية [15-49] يعكس تحولات في أنماط الخصوبة والهجرة، وهو ما يستدعي اهتماماً خاصاً من صناع القرار للتعامل مع هذه التغيرات وفقاً لمتطلبات المستقبل.



4-4- الشكل رقم (30): الاتجاهات المستقبلية للمؤشر التركيبي للخصوبة



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

من خلال الشكل رقم (30) نلاحظ أن المؤشر التركيبي للخصوبة، والذي يُعدّ من أبرز المؤشرات الديموغرافية المعبرة عن متوسط عدد الأطفال لكل امرأة خلال سنوات الإنجاب، قد بلغ في سنة الأساس 2022 ما يقدر بـ 2.90 طفل لكل امرأة. هذا الرقم يشير إلى ديناميكية ديموغرافية مثيرة للاهتمام. إذ يُظهر هذا المؤشر مسارًا تصاعديًا دقيقًا ومنتظمًا، حيث يزداد بمعدل 0.01 طفل لكل امرأة سنويًا. واستنادًا إلى هذا النمط المتكرر، يُتوقع أن يصل المؤشر بحلول عام 2050، وهي سنة نهاية الإسقاطات السكانية، إلى قيمة 22.3 طفل لكل امرأة. هذا الارتفاع التدريجي في معدلات الخصوبة يعكس تغيرات جوهرية قد تكون ناجمة عن عوامل اقتصادية واجتماعية وسياسية طويلة الأمد. من بين هذه العوامل، يمكن الإشارة إلى تحسن الخدمات الصحية للأمهات والأطفال، والوعي المتزايد بأهمية التوازن بين الأدوار الأسرية والمهنية، إضافة إلى التحولات الثقافية التي قد تعزز القيم الأسرية والإنجابية.

على الرغم من أن معدل الزيادة السنوية يبدو محدودًا، إلا أن تأثيره التراكمي يحمل دلالات عميقة على الهيكل السكاني المستقبلي. فارتفاع معدلات الخصوبة بهذا الشكل سيؤدي إلى زيادة ملموسة في عدد المواليد، وهو ما يتطلب استراتيجيات تخطيط شاملة لتلبية احتياجات الأجيال القادمة. ومن بين هذه الاحتياجات، تأتي ضرورة توسيع نطاق البنية التحتية الصحية والتعليمية، وتعزيز السياسات الاقتصادية التي تواكب النمو السكاني، فضلاً عن إدارة الموارد الطبيعية لضمان استدامتها، وبالتالي، فإن هذا المؤشر لا يمثل مجرد رقم ديموغرافي، بل هو

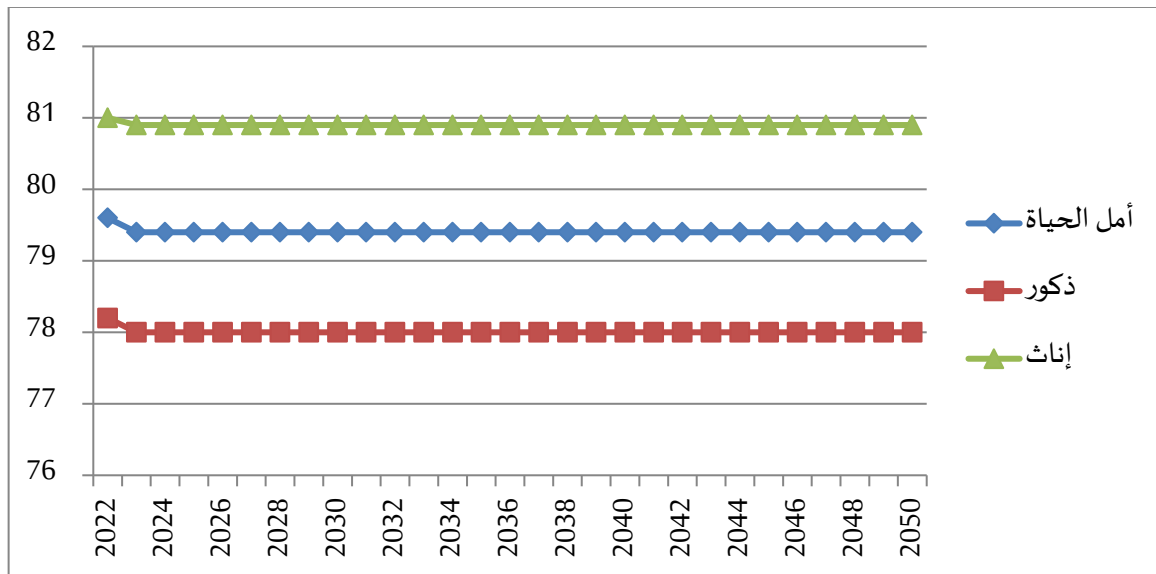


انعكاس لآفاق مستقبلية تستدعي رؤية تخطيطية متكاملة، تأخذ في الحسبان التحولات الديموغرافية وتأثيرها العميق على مختلف القطاعات التنموية.

4-5- الاتجاهات المستقبلية للعمر المتوقع عند الولادة:

نظراً لغياب البيانات الإحصائية المباشرة المتعلقة بمؤشر أمل الحياة في ولاية سطيف، كان من الضروري اللجوء إلى مصدر موثوق يعكس الاتجاهات الوطنية لهذا المؤشر. وعليه، تم اعتماد بيانات الديوان الوطني للإحصائيات الخاصة بأمل الحياة في الجزائر كمرجعية أساسية.

شكل رقم (31): الاتجاهات المستقبلية لأمل الحياة (2022-2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

تكشف نتائج عملية الإسقاط الديموغرافي أن متوسط أمل الحياة عند الولادة شهد تغيراً طفيفاً خلال فترة الإسقاط. ففي سنة الأساس 2022، قُدِّر أمل الحياة الإجمالي بـ 79.6 سنة، ليتراجع في السنة التالية إلى 79.4 سنة، ثم يستقر عند هذه القيمة دون أي تغيير يُذكر حتى نهاية فترة الإسقاط في عام 2050. وعند تحليل أمل الحياة حسب الجنس، نلاحظ تفوقاً ملحوظاً لأمل الحياة لدى الإناث مقارنة بالذكور، وهو نمط ديموغرافي شائع. فقد بلغ أمل الحياة للإناث في سنة 2022 حوالي 81 سنة، مقابل 78.2 سنة للذكور. إلا أن كلا الجنسين شهدا انخفاضاً طفيفاً في السنة الموالية، حيث تراجع أمل الحياة للإناث إلى 80.9 سنة، بينما انخفض بالنسبة للذكور إلى 78 سنة. ومن اللافت أن هذه القيم ظلت ثابتة دون أي تغيير إضافي حتى نهاية الإسقاط في عام 2050.



تعكس هذه النتائج ثباتاً نسبياً في أمل الحياة على المدى الطويل، مما قد يرتبط بعوامل ديموغرافية وصحية مستقرة خلال فترة الإسقاط. ورغم التفاوت المستمر بين الجنسين لصالح الإناث، إلا أن تقارب القيم وثباتها يشير إلى تحديات محتملة تتعلق بتحسين الظروف الصحية والمعيشية، لا سيما في ظل عدم تحقيق زيادات ملحوظة في متوسط أمل الحياة على مدى العقود المقبلة، لذا تبرز أهمية وضع استراتيجيات شاملة لتعزيز العوامل المؤثرة إيجابياً على أمل الحياة، مثل تحسين نظم الرعاية الصحية، وتقليل الفوارق بين الجنسين، وضمان استدامة السياسات التنموية التي تدعم جودة الحياة لجميع الفئات السكانية.

5- الاتجاهات المستقبلية الصحية لسكان ولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050

احتياجات عدد الأطباء:

جدول رقم (24): احتياجات عدد الأطباء لولاية سطيف (2022 – 2050)

السنوات	عدد الأطباء	السنوات	عدد الأطباء	السنوات	عدد الأطباء
2022	1 966	2032	2 322	2042	2 693
2023	2 002	2033	2 357	2043	2 732
2024	2 038	2034	2 393	2044	2 773
2025	2 073	2035	2 429	2045	2 813
2026	2 109	2036	2 465	2046	2 854
2027	2 144	2037	2 502	2047	2 896
2028	2 180	2038	2 539	2048	2 938
2029	2 215	2039	2 577	2049	2 980
2030	2 251	2040	2 615	2050	3 023
2031	2 286	2041	2 653		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

يبين الجدول رقم (24) نموًا ملحوظًا في عدد الأطباء بولاية سطيف على مدى فترة الإسقاط، حيث كان عددهم يُقدَّر بـ 1966 طبيبًا في سنة الأساس 2022، وارتفع تدريجيًا ليصل إلى 3023 طبيبًا بحلول سنة 2050. ويكشف هذا النمو عن مرحلتين زمنيتين مميزتين في وتيرة زيادة عدد الأطباء :

- الفترة الممتدة بين عامي 2022 و2036: شهدت الولاية زيادة سنوية ثابتة تراوحت بين 35 و36 طبيبًا سنويًا، مما يعكس استقرارًا في وتيرة توظيف الكوادر الطبية أو تخرج الأطباء الجدد .



- الفترة الممتدة بين عامي 2037 و2050: ارتفعت وتيرة النمو السنوي لتتراوح بين 37 و42 طبيياً سنوياً، وهو ما يعكس استجابة واضحة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية نتيجة للنمو السكاني أو تغير الاحتياجات الصحية للمجتمع .

وعليه، فإن ولاية سطيف تحتاج إلى توفير إجمالي يُقدر بـ 1057 طبيياً إضافياً على مدى 28 عامًا لتلبية هذه الزيادة، وهو ما يتطلب تخطيطاً استراتيجياً طويل الأمد لضمان استدامة الخدمات الصحية. يشمل ذلك تطوير برامج التكوين الطبي، وتحسين بيئة العمل لجذب الكفاءات، وزيادة الاستثمارات في القطاع الصحي بما يواكب النمو الديموغرافي والتحول الصحي المتوقع، لهذا يجب تكثيف الجهود نحو ضمان كفاية الكوادر الطبية مستقبلاً، ليس فقط من حيث الأعداد، ولكن أيضاً من حيث التخصصات والكفاءة، لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تلبي احتياجات سكان الولاية المتزايدة.

احتياجات عدد الشبه طبي:

جدول رقم: (25): احتياجات عدد اعوان الشبه الطبي (2022 - 2050)

السنوات	عدد الشبه طبي	السنوات	عدد الشبه طبي	السنوات	عدد الشبه طبي
2022	4 839	2032	5 714	2042	6 627
2023	4 927	2033	5 802	2043	6 725
2024	5 015	2034	5 890	2044	6 824
2025	5 103	2035	5 978	2045	6 924
2026	5 190	2036	6 067	2046	7 025
2027	5 278	2037	6 158	2047	7 127
2028	5 365	2038	6 249	2048	7 230
2029	5 453	2039	6 342	2049	7 335
2030	5 540	2040	6 436	2050	7 440
2031	5 627	2041	6 531		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم.

يبين الجدول رقم (25) اتجاه تصاعدي ملحوظ في أعداد أعوان الشبه الطبي بولاية سطيف على مدى الفترة الزمنية الممتدة من عام 2022 إلى عام 2050. ففي سنة الأساس 2022 بلغ العدد الإجمالي لأعوان الشبه الطبي 4839 عوناً، ليصل هذا العدد بحلول عام 2050 إلى 7440 عوناً، مسجلاً زيادة صافية قدرها 2601 عوناً



على مدار 28 عامًا. هذه الزيادة تعكس تغيرًا مهمًا في الهيكل الصحي للولاية، وهو ما يطرح العديد من التحديات والفرص لتطوير القطاع الصحي المحلي .

- الفترة من 2022 إلى 2035: خلال هذه الفترة، يتضح أن الزيادة السنوية في عدد أعوان الشبه الطبي كانت تتراوح بين 80 و85 عونًا تقريبًا. وهذا يشير إلى أن النظام الصحي كان يستجيب بشكل تدريجي ومرن للنمو السكاني والاحتياجات الصحية المتزايدة. يمكن تفسير هذا النمو الثابت في ظل استمرار تنفيذ سياسات صحية تهدف إلى تحسين التغطية الصحية وزيادة الكوادر الطبية المساعدة، وهو ما يعكس قدرة النظام الصحي على التكيف مع الاحتياجات الطارئة .

- الفترة من 2036 إلى 2050: من المتوقع أن يشهد عدد أعوان الشبه الطبي زيادة أكبر، حيث تتراوح الزيادة السنوية بين 90 و95 عونًا. هذا الارتفاع يُرجع إلى عدة عوامل محتملة، أبرزها تسارع النمو السكاني، والزيادة المتوقعة في عدد المسنين، وتوسع الخدمات الصحية في الولاية لتلبية الاحتياجات المتزايدة الناتجة عن هذه التحولات الديموغرافية. هذه التغيرات تتطلب استجابة سريعة ومتكاملة من خلال تسريع عمليات التوظيف والتدريب لأعوان الشبه الطبي .

إن ولاية سطيبة بحاجة إلى توفير 2601 عون شبه طبي إضافي خلال الفترة الممتدة بين 2022 و2050، وهو ما يشكل تحديًا ضخمًا يتطلب التخطيط الدقيق وتنفيذ استراتيجيات متكاملة في مجال تكوين وتوظيف هذه الفئة. يجب أن تراعي هذه الاستراتيجيات تطور احتياجات القطاع الصحي ومتطلبات العناية بالمرضى، خاصة في ظل التحولات السكانية المتوقعة، مثل تزايد أعداد كبار السن وزيادة الأمراض المزمنة .

إن زيادة عدد أعوان الشبه الطبي في ولاية سطيبة تشكل عنصرًا محوريًا في تطوير فعالية النظام الصحي المحلي. ولتحقيق هذا الهدف الطموح، يجب أن يتم التخطيط بشكل دقيق وشامل لزيادة أعداد الأعوان وتوزيعهم بما يتماشى مع التحولات الديموغرافية والصحية المستقبلية. من خلال توجيه السياسات الصحية نحو تحسين جودة التكوين، وتوفير الحوافز المناسبة، وضمان توزيع الكوادر البشرية بشكل عادل، يمكن للولاية أن تحقق الاستفادة في قطاعها الصحي، وتضمن تقديم خدمات صحية شاملة وذات جودة عالية لجميع سكانها.



احتياجات عدد المراكز الصحية:

جدول رقم (26): احتياجات عدد المراكز الصحية لولاية سطيف (2022 – 2050)

عدد المراكز	السنوات	عدد المراكز	السنوات	عدد المراكز	السنوات
466	2042	401	2032	340	2022
472	2043	408	2033	346	2023
479	2044	414	2034	352	2024
486	2045	420	2035	359	2025
494	2046	426	2036	365	2026
501	2047	433	2037	371	2027
508	2048	439	2038	377	2028
515	2049	446	2039	383	2029
523	2050	452	2040	389	2030
		459	2041	395	2031

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

يكشف الجدول رقم (26) عن زيادة ملحوظة في عدد المراكز الصحية بولاية سطيف على مدار الفترة الممتدة من عام 2022 إلى 2050. ففي سنة الأساس 2022، بلغ عدد المراكز الصحية 340 مركزًا، ليصل هذا العدد بحلول عام 2050 إلى 523 مركزًا صحيًا، مما يعكس زيادة إجمالية قدرها 83 مركزًا صحيًا على مدى 28 عامًا. وتظهر هذه الزيادة بمعدل سنوي يتراوح بين 6 و 8 مراكز صحية، مما يدل على نمو مستدام في قدرة ولاية سطيف على توفير الخدمات الصحية لسكانها في المستقبل.

يوضح هذا النمو المستمر في عدد المراكز الصحية استجابة مباشرة للاحتياجات الصحية المتزايدة في الولاية، مع الأخذ في الاعتبار النمو السكاني والتغيرات الديموغرافية المتوقعة. حيث تزايد عدد المراكز الصحية على مدى 28 سنة بمعدل ثابت، ما يعكس استراتيجيات صحية مُخطط لها بعناية لضمان وصول الخدمات الصحية إلى مختلف المناطق، خاصة في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية أو المناطق النائية، ويعكس هذا التزايد المتسارع في أعداد المراكز الصحية التطور الذي يشهده القطاع الصحي في الولاية، في إطار استراتيجيات الحكومة لتوسيع البنية التحتية الصحية وتوفير رعاية صحية شاملة ومتكاملة. ويتزامن هذا النمو مع الزيادة السكانية المتوقعة وارتفاع



الطلب على خدمات الرعاية الصحية، مما يساهم في تطوير قدرة القطاع الصحي على تلبية احتياجات السكان المتزايدة.

وعلى الرغم من هذا النمو، فإن الولاية تواجه تحديًا في توفير 83 مركزًا صحيًا إضافيًا بحلول عام 2050. يتطلب هذا الأمر تخطيطًا دقيقًا لضمان استدامة هذه الزيادة، سواء من حيث التمويل أو القوى العاملة أو البنية التحتية اللازمة لتشغيل المراكز الصحية الجديدة.

احتياجات عدد المستشفيات:

جدول رقم (27): احتياجات عدد المستشفيات لولاية سطيف (2022 – 2050)

السنوات	عدد المستشفيات	السنوات	عدد المستشفيات	السنوات	عدد المستشفيات
2022	11	2032	13	2042	15
2023	11	2033	13	2043	15
2024	11	2034	13	2044	16
2025	12	2035	14	2045	16
2026	12	2036	14	2046	16
2027	12	2037	14	2047	16
2028	12	2038	14	2048	16
2029	12	2039	14	2049	17
2030	13	2040	15	2050	17
2031	13	2041	15		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

يبين الجدول رقم (27) زيادة ملحوظة في عدد المستشفيات بولاية سطيف على مدار الفترة الممتدة من عام 2022 إلى 2050. ففي سنة 2022 بلغ عدد المستشفيات 11 مستشفى، ليصل هذا العدد إلى 17 مستشفى بحلول عام 2050. ويعكس هذا النمو المستمر ضرورة التوسع في البنية التحتية الصحية لمواكبة الزيادة السكانية واحتياجات الرعاية الصحية المتزايدة، ونلاحظ أن النمو في عدد المستشفيات يتم بشكل تدريجي، حيث تمت إضافة مستشفى واحد في كل فترة زمنية محددة. بدأ هذا النمو بإضافة مستشفى واحد في السنوات الثلاث الأولى بعد 2022، تلاه مستشفى إضافي بين 2025 و2030، ومن ثم أضافت الولاية مستشفى آخر بين 2030 و2035. واستمر هذا الاتجاه عبر فترات متعددة، حيث شهدت الأعوام بين 2035 و2040، ثم بين 2043 و2048، إضافة مستشفى جديد في كل منها. هذه الزيادة المنتظمة تشير إلى نهج مدروس ومرن في التخطيط



الصحي. وبحلول عام 2050 يتطلب الوضع الصحي في ولاية سطيح إضافة 6 مستشفيات جديدة خلال 28 عامًا. وهذا يعكس الحاجة المتزايدة لخدمات الرعاية الصحية المتخصصة والشاملة، ما يستدعي تخطيطاً بعيد المدى لضمان تلبية احتياجات السكان المتزايدة. يتطلب ذلك توفير الموارد الكافية وضمان استمرارية الجودة في تقديم الرعاية الصحية، ووضع استراتيجيات فعالة لتشغيل المستشفيات الجديدة، وتزويدها بكوادر طبية وإدارية مدربة، فضلاً عن تأهيلها بأحدث التقنيات الطبية، فالزيادة المتوقعة في عدد المستشفيات بولاية سطيح تمثل خطوة هامة نحو تحسين الرعاية الصحية في الولاية. ومع التخطيط الدقيق والتنفيذ الفعال لهذه الزيادة، ستتمكن الولاية من تلبية احتياجات سكانها المتزايدة وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل عام، مما يسهم في رفع جودة الحياة الصحية للمواطنين على المدى الطويل.

احتياجات عدد أسرة المستشفيات:

جدول رقم (28): احتياجات عدد أسرة المستشفيات لولاية سطيح (2022 – 2050)

السنوات	عدد الأسرة	السنوات	عدد الأطباء	السنوات	عدد الأسرة
2022	3 199	2032	3 777	2042	4 380
2023	3 257	2033	3 835	2043	4 445
2024	3 315	2034	3 893	2044	4 510
2025	3 373	2035	3 951	2045	4 576
2026	3 431	2036	4 010	2046	4 643
2027	3 489	2037	4 070	2047	4 711
2028	3 546	2038	4 130	2048	4 779
2029	3 604	2039	4 192	2049	4 848
2030	3 662	2040	4 254	2050	4 918
2031	3 719	2041	4 317		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

من خلال الجدول رقم (28) نلاحظ تزايداً ملحوظاً في عدد أسرة المستشفيات في ولاية سطيح، حيث كان إجمالي عدد الأسرة في عام 2022 يقدر بـ 3199 سريرًا، ليشهد هذا العدد تضاعفًا ملحوظًا ليصل إلى 4918 سريرًا بحلول عام 2050. وقد كان النمو في عدد الأسرة يتم بشكل تدريجي، حيث يضاف ما بين 57 إلى 70 سريرًا سنويًا، مما يعكس الحاجة المتزايدة لتوسيع قدرات الاستيعاب داخل المستشفيات لتلبية الطلب المتزايد



على الرعاية الصحية، حيث يحتاج القطاع الصحي في ولاية سطيف إلى إضافة ما مجموعه 1719 سريرًا على مدار 28 عامًا، لتلبية الزيادة المتوقعة في عدد السكان، ولضمان تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة. هذا التوسع يتطلب تخصيص استثمارات كبيرة في بناء وتجهيز المستشفيات وتوفير الموارد اللازمة لإدارتها.

يعكس الارتفاع الملحوظ في عدد الأسرة في المستشفيات تزايدًا في احتياجات الولاية من الرعاية الصحية، مما يتطلب التوسع المستمر في البنية التحتية للمستشفيات، وهذا التزايد السنوي الملحوظ في عدد أسرة المستشفيات يعكس الحاجة الملحة لتوسيع قدرات الاستيعاب في القطاع الصحي لمواكبة الزيادة السكانية والطلب المتزايد على الخدمات الصحية. ولضمان نجاح هذا التوسع، يجب أن يتم بالتوازي مع استراتيجيات واضحة تركز على الاستثمار في البنية التحتية، وتأهيل الكوادر، وتحقيق التوازن بين زيادة القدرة الاستيعابية وجودة الرعاية الصحية المقدمة.

احتياجات الإنفاق الصحي : الانفاق الصحي المخصص لولاية سطيف للفرد الواحد نحسبه بالطريقة التالية:

الانفاق الصحي الكلي سنة 2022 نقسمه على عدد السكان لسنة 2022 وهكذا بقية السنوات :

$$\text{الانفاق الصحي للفرد الواحد لولاية سطيف سنة 2022} = 97920202.41 \div 2056715 = 4761.0 \text{ دينار جزائري}$$

جدول رقم (29): احتياجات الانفاق الصحي لولاية سطيف (2022 – 2050)

السنوات	الانفاق الصحي	السنوات	الانفاق الصحي	السنوات	الانفاق الصحي
2022	9792020241	2032	11571886258	2042	13420834972
2023	9978017532	2033	11749164515	2043	13618657527
2024	10156133238	2034	11927333827	2044	13818954309
2025	10334147687	2035	12106696771	2045	14021571645
2026	10511816674	2036	12287579751	2046	14226383264
2027	10689067532	2037	12470325846	2047	14433286718
2028	10865921704	2038	12655279327	2048	14642314171
2029	11042460195	2039	12842722520	2049	14853644311
2030	11218817616	2040	13032797185	2050	15066920952
2031	11395203626	2041	13225534294		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم



نلاحظ من خلال الجدول رقم (29) تطور الإنفاق الصحي في ولاية سطيف خلال فترة الإسقاطات الممتدة من سنة 2022 إلى سنة 2050، يتضح أن هناك زيادة ملحوظة في الموارد المخصصة لهذا القطاع الحيوي. حيث بلغ الإنفاق الصحي في سنة 2022 حوالي 9792020241 دينار جزائري، ليشهد هذا الرقم نموًا تدريجيًا ليصل إلى 15066920952 دينار جزائري بحلول سنة 2050. هذه الزيادة المستمرة تعكس التوجه الاستثماري المستدام في قطاع الصحة، بهدف تحسين وتوسيع نطاق الخدمات الصحية المقدمة لسكان الولاية في ظل التحديات الديموغرافية المتزايدة. ونلاحظ أيضا أنه في سنة 2022 بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في ولاية سطيف 4761 دينار جزائري، ليشهد هذا الرقم زيادة ضعيفة إلى تصل 4765 دينار جزائري في السنة التالية، وبقي نصيب المريض الواحد من الإنفاق الصحي ثابتًا في السنوات التالية حتى نهاية الإسقاطات في سنة 2050. ويتوقع بحلول عام 2050 أن تظل الأعباء الصحية في ولاية سطيف تتزايد نتيجة للزيادة السكانية المستمرة. ومع ذلك، فإن الاستقرار النسبي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي يشير إلى أن الحكومة ستتمكن من توزيع الموارد بشكل متوازن على مدار فترة الإسقاطات. إلا أنه سيكون من الضروري تخصيص استثمارات إضافية للتعامل مع أية تحديات جديدة قد تطرأ، مثل ارتفاع تكاليف التكنولوجيا الطبية، واحتياجات الرعاية الصحية الخاصة في مناطق معينة.

جدول رقم (30): عدد السكان الذين هم في خطر صحي كبير لولاية سطيف (2022 – 2050)

السنوات	عدد السكان	السنوات	عدد السكان	السنوات	عدد السكان
2022	743 328	2032	821 410	2042	909 772
2023	750 398	2033	829 379	2043	920 752
2024	757 861	2034	837 255	2044	932 144
2025	765 705	2035	845 127	2045	943 935
2026	773 931	2036	853 080	2046	956 108
2027	782 538	2037	861 177	2047	968 645
2028	790 266	2038	870 089	2048	981 523
2029	798 003	2039	879 387	2049	994 751
2030	805 767	2040	889 090	2050	1 008 266
2031	813 566	2041	899 217		

المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم



من خلال تحليل البيانات الواردة في الجدول رقم (30)، نلاحظ تزايدًا مطردًا في عدد السكان المعرضين لخطر صحي كبير في ولاية سطيف، حيث كان عدد هؤلاء الأفراد في سنة 2022 يقدر بحوالي 743328 نسمة، ليرتفع هذا العدد بشكل ملحوظ ليصل إلى 1008266 نسمة بحلول سنة 2050. يشير هذا النمو إلى زيادة دائمة في نسبة الأشخاص المعرضين للمخاطر الصحية على مدار السنوات المقبلة. تجدر الإشارة إلى أن هذه الزيادة لا تتم بشكل متساوٍ على مدار الفترة الزمنية التي تمت دراستها، بل هي متفاوتة، مما يعكس تأثيرات متنوعة على النظام الصحي.

- الفترة بين 2022 و2025: خلال هذه الفترة شهدنا تزايدًا في عدد الأشخاص المعرضين لمخاطر صحية كبيرة، تجاوز 7000 نسمة، مما يدل على تزايد الضغوط على القطاع الصحي في مرحلة مبكرة.

- الفترة بين 2026 و2027: بين عامي 2026 و2027 ارتفعت أعداد السكان المهددين بالصحة بشكل أكبر، حيث بلغ التزايد أكثر من 8000 نسمة، مما يوضح الحاجة الماسة لرفع مستوى التحضير الطبي لمواجهة هذه الزيادة.

- الفترة بين 2028 و2036: خلال هذه الفترة الطويلة، ارتفع العدد بأكثر من 7000 نسمة أيضًا، مما يعكس استمرارًا في الضغط على النظام الصحي يتطلب مزيدًا من الاستراتيجيات الفعالة لمواجهة.

- الفترة بين 2039 و2040: سجلت هذه الفترة زيادة ملحوظة بأكثر من 9000 نسمة، مما يعكس تراكم المخاطر الصحية مع مرور الوقت، خاصة مع تزايد السكان بشكل عام.

- الفترة بين 2041 و2043: هنا شهدنا زيادة كبيرة تجاوزت 10000 نسمة، مما يتطلب اهتمامًا خاصًا من الجهات الصحية في توفير الموارد اللازمة لمواجهة هذا النمو في الاحتياجات الصحية.

- الفترة بين 2044 و2045: شهدت هذه الفترة تزايدًا ملحوظًا بلغ أكثر من 11000 نسمة، وهو مؤشر على أن التحديات الصحية ستزداد تعقيدًا خلال العقد المقبلين.

- الفترة بين 2046 و2048: لوحظ ارتفاع كبير يتجاوز 12000 نسمة في هذه السنوات، مما يرفع من حجم التحديات الصحية في هذه المرحلة الزمنية التي قد تستدعي إعادة التفكير في السياسات الصحية العامة.

- الفترة بين 2049 و2050: كانت هذه الفترة الأكثر ارتفاعًا، حيث تزايد عدد السكان المهددين بالصحة بأكثر من 13000 نسمة، مما يسלט الضوء على الضغوط الكبيرة التي ستواجهها النظام الصحي في هذه السنوات، ويزيد من ضرورة اتخاذ إجراءات وقائية واستباقية.



ورغم التزايد المستمر في أعداد الأشخاص المعرضين للخطر الصحي، فإن نسبة هؤلاء الأشخاص من إجمالي السكان قد شهدت انخفاضًا طفيفًا على مدار الفترة الزمنية المعنية. ففي عام 2022، كانت نسبة الأشخاص المهددين بالمخاطر الصحية تشكل حوالي 36.14% من إجمالي السكان، بينما تقلصت هذه النسبة لتصل إلى 31.89% في سنة 2050. وعلى الرغم من هذا التناقص النسبي في النسبة، إلا أن أكثر من ثلث سكان ولاية سطيف لا يزالون مهددين بمخاطر صحية كبيرة بحلول عام 2050، مما يشير إلى أن الاستجابة لهذه الزيادة يجب أن تركز على تدابير استراتيجية طويلة الأمد للحد من هذه المخاطر.

6- العجز في التغطية الصحية:

تعتبر التغطية الصحية أحد المقومات الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر على جودة حياة الأفراد، حيث تسعى إلى ضمان الوصول الشامل والعادل إلى الرعاية الصحية من خلال توفير الخدمات الطبية اللازمة لكل فئات المجتمع. وتختلف هذه التغطية من منطقة إلى أخرى، بل ومن دولة إلى أخرى، بناءً على عدة عوامل، مثل البنية التحتية الصحية، وتوفر الكوادر الطبية المؤهلة، والتمويل المخصص للقطاع الصحي، إضافة إلى السياسات الصحية المتبعة في كل دولة أو منطقة.

في هذا الإطار، نهدف إلى إجراء تحليل مقارنة بين مستوى التغطية الصحية في ولاية سطيف والمعايير العالمية المعتمدة في مجال الرعاية الصحية، لكن لا يوجد معيار عالمي محدد لعدد المستشفيات لكل 10000 نسمة معتمد من قبل منظمة الصحة العالمية أو مؤسسات صحية دولية أخرى، بدلاً من ذلك تُركز المعايير الصحية الدولية على مؤشرات مثل عدد الأطباء والمرضى لكل 10000 نسمة، وعدد الأسرة الاستشفائية لكل 10000 نسمة، والانفاق الصحي لكل فرد، ويتم من خلال هذا التحليل تحديد مدى قدرة الولاية على تلبية احتياجات سكانها في ما يتعلق بالخدمات الصحية الأساسية. كما سيتم تحديد حجم العجز في التغطية الصحية التي تعاني منه ولاية سطيف.

6-1- التغطية الصحية لعدد الاطباء ومقارنتها بالمستوى العالمي:

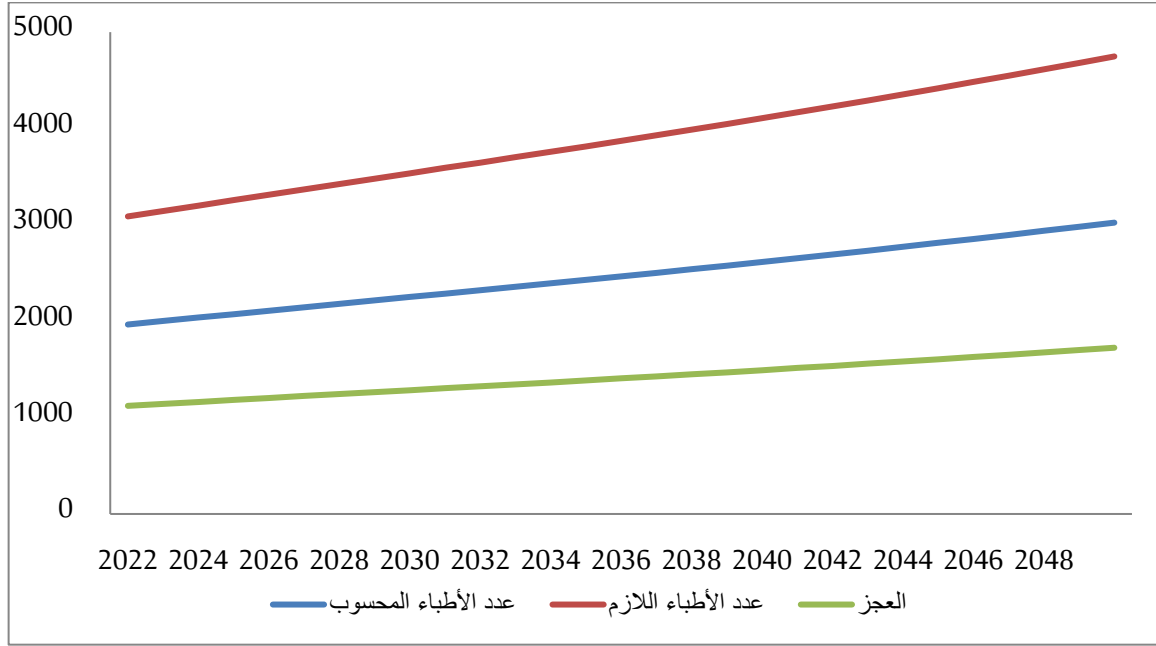
استنادًا إلى تقرير منظمة الصحة العالمية، تشير البيانات إلى أن متوسط عدد الأطباء يُقدّر بحوالي 15 طبيبًا لكل 10,000 نسمة. (منظمة الصحة العالمية، 2021. الصفحات 78-79)، بناءً على هذا المؤشر يمكن حساب معيار التوزيع الطبي بالنسبة للسكان كالتالي:

$$666 = 15 \div 10000$$



أي أنه وفقاً لهذا المعيار، يوجد طبيب واحد لكل 666 نسمة. يمثل هذا الرقم مرجعاً لتقييم التغطية الطبية والموارد البشرية في القطاع الصحي، مما يساعد على قياس مدى قدرة النظام الصحي على تلبية احتياجات السكان من حيث الرعاية الطبية.

شكل رقم (32): تغطية عجز عدد الأطباء لولاية سطيف (2022 – 2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم

وفقاً للبيانات المستخلصة من الشكل رقم (32) يتبين أن ولاية سطيف تشهد عجزاً ملحوظاً في عدد الأطباء مقارنة بالمعايير العالمية. ففي عام 2022 يُقدر العدد المثالي من الأطباء الذي يجب توفره في الولاية بحوالي 3088 طبيياً. إلا أن الواقع يظهر أن العدد الفعلي للأطباء في سطيف لم يتجاوز 1966 طبيياً في نفس العام، مما يعني أن الولاية تعاني من نقص قدره 1122 طبيياً. هذا العجز الكبير يعكس الفجوة بين احتياجات السكان من الأطباء والموارد الطبية المتاحة، ويؤكد عدم قدرة النظام الصحي على تلبية هذه الاحتياجات بالشكل المطلوب وفقاً للمعايير الصحية العالمية.

وفيما يتعلق بمستقبل القطاع الصحي في سطيف، تشير التوقعات العالمية إلى أن العدد اللازم من الأطباء في عام 2050 يجب أن يبلغ 4778 طبيياً لتلبية متطلبات الرعاية الصحية للسكان. إلا أن التوجهات الحالية للقطاع الصحي في الولاية، وبناءً على المعطيات المتوفرة، تُظهر أن العدد المتوقع من الأطباء في سطيف بحلول عام 2050 سيكون في حدود 3023 طبيياً فقط، مما يعني أن الولاية ستواجه عجزاً إضافياً يقدر بحوالي 1725 طبيياً.



للتصدي لهذا التحدي الكبير، يجب تبنى استراتيجية شاملة تهدف إلى تحسين إعداد الكوادر الطبية في سطيف. يتطلب ذلك إنشاء مراكز تدريب متخصصة في الطب، وتعزيز برامج التعليم الطبي، وتقديم حوافر مالية ومهنية لجذب الكفاءات الطبية الشابة. كما ينبغي توفير بيئة تعليمية تدعم الابتكار وتضمن تأهيل الأطباء بما يتماشى مع المعايير الدولية. ومن الضروري أيضاً وضع خطط لتوزيع الأطباء بشكل عادل بين المناطق الصحية في الولاية، مع تحسين ظروف العمل وتقديم الحوافر لجعل المهنة أكثر جذباً للمهنيين الصحيين.

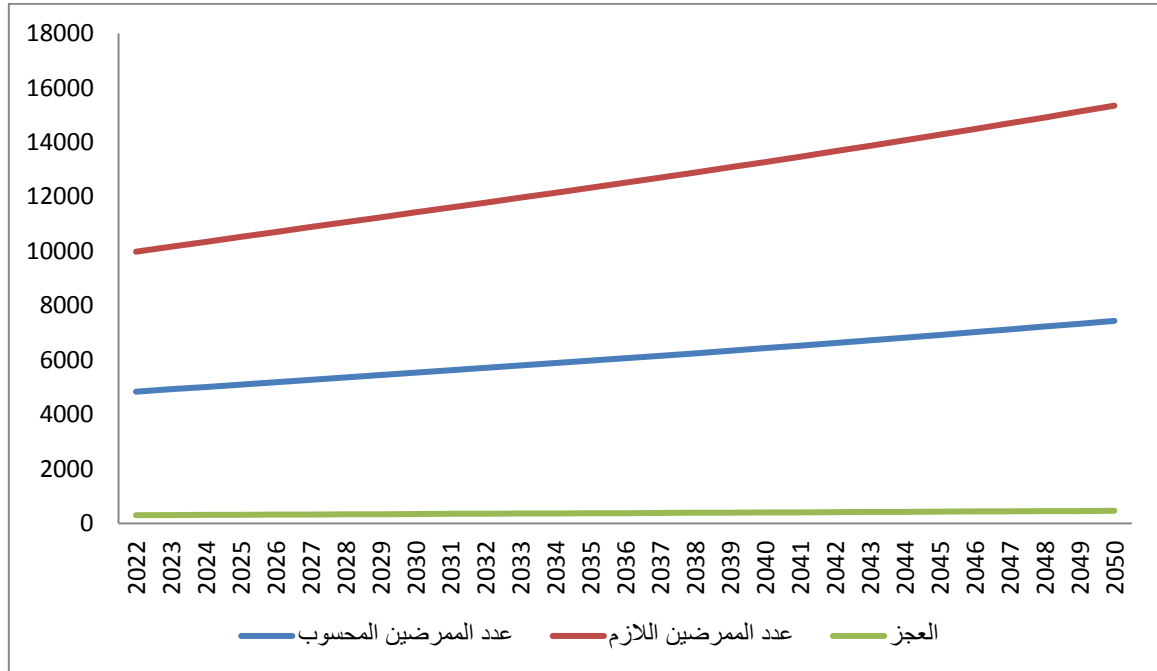
6-2- التغطية الصحية لعدد المرضى ومقارنتها بالمستوى العالمي:

وفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية، يُحدد المعيار المثالي لعدد المرضى بواقع 25 ممرضاً لكل 10000 نسمة. (منظمة الصحة العالمية، 2021، الصفحات 82-83)، وبناءً على هذا المؤشر، يتم احتساب معيار توزيع المرضى على النحو التالي:

$$400 = 25 \div 10000$$

يتضح من هنا أن المعيار المثالي يشير إلى أن هناك ممرضاً واحداً لكل 400 شخص في المجتمع. هذا التوزيع يعكس احتياجاً أساسياً لضمان تغطية صحية فعالة وملائمة للعديد من السكان.

شكل رقم (33): تغطية عجز عدد المرضى لولاية سطيف (2022 - 2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سيكتروم

من خلال البيانات الواردة في الشكل رقم (33) يتضح أن العدد المطلوب من المرضى في ولاية سطيف وفقاً للمعيار العالمي، بلغ 5142 ممرضاً في عام 2022. ومع ذلك، لا يتجاوز عدد المرضى الفعلي في الولاية



4839 ممرضًا، مما يؤدي إلى وجود عجز قدره 303 ممرضين. هذا النقص يشير إلى أن ولاية سطيف لم تتمكن من تلبية احتياجاتها من الممرضين وفقًا للمعايير العالمية المعتمدة.

أما بالنسبة للتوقعات المستقبلية، فبحلول عام 2050، يُتوقع أن يرتفع عدد الممرضين اللازم توافرهم في الولاية ليصل إلى 7905 ممرض. ولكن وفقًا للاتجاهات الحالية في قطاع الصحة بالولاية، فإن العدد المتوقع للممرضين بحلول نفس العام هو 7440 ممرضًا فقط. وعليه، ستكون ولاية سطيف بحاجة إلى توفير 465 ممرضًا إضافيًا لتغطية هذا العجز المستقبلي.

لتلبية هذا النقص وضمان تحسين التغطية الصحية في المستقبل، يتعين على ولاية سطيف اتخاذ إجراءات عاجلة وشاملة، من أبرزها إنشاء مراكز تكوين جديدة ومتخصصة في المجال الشبه الطبي، بالإضافة إلى تحديث وتطوير البرامج التدريبية لتخريج أعداد كافية من الممرضين المؤهلين. كما ينبغي أن تشمل هذه الإجراءات توفير الحوافز والدعم اللازم للطلاب المقبلين على تخصص التمريض، مع ضمان استدامة الاستثمار في الموارد البشرية الصحية لتحسين جودة الرعاية الصحية في المستقبل.

6-3- التغطية الصحية لعدد الأسرة ومقارنتها بالمستوى العالمي:

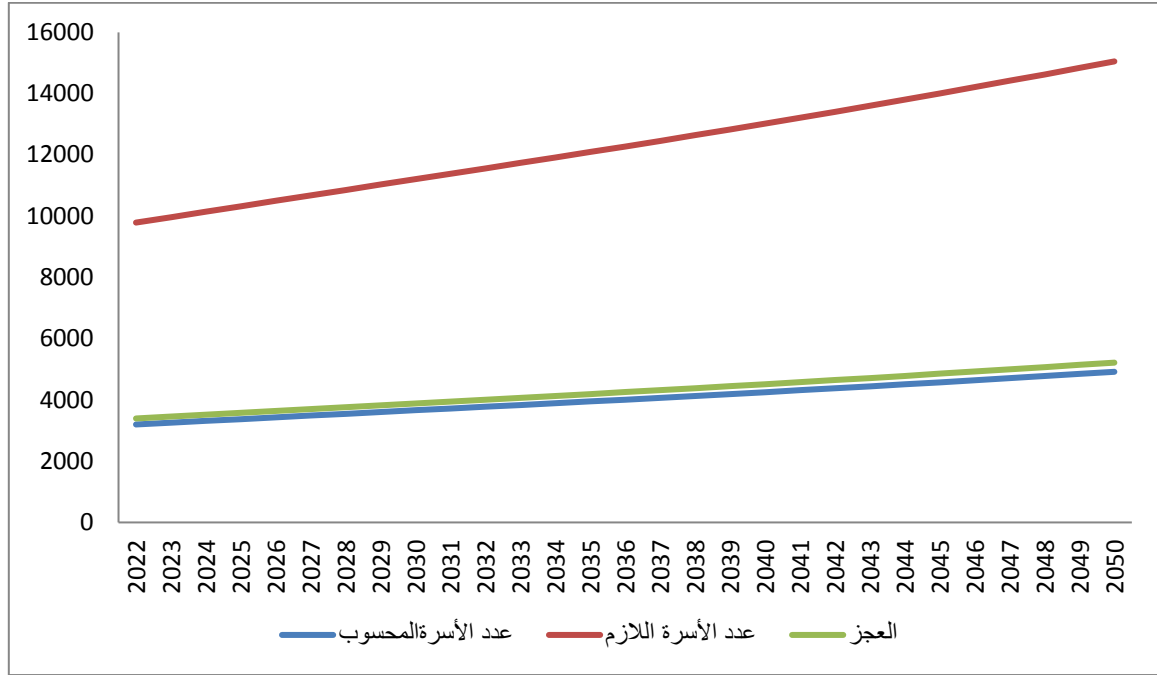
وفقًا لتقرير منظمة الصحة العالمية، يتم تحديد المعيار الدولي لعدد أسرة المستشفيات بواقع 32 سريرًا لكل 10000 نسمة من السكان. (منظمة الصحة العالمية، 2021، صفحة 56)، ومن خلال تطبيق هذا المعيار، يتم احتساب عدد الأسرة المناسبة لكل عدد من السكان كالتالي:

$$312 = 32 \div 10000$$

وبناءً على هذا الحساب، يُعتبر المعيار الأمثل هو توفير سرير واحد لكل 312 شخصًا. هذه القيمة تمثل معيارًا أساسيًا لضمان التوزيع المتوازن للأسرة بما يتناسب مع الحاجة الفعلية للسكان، ما يساهم في تعزيز كفاءة النظام الصحي وجودة الخدمات الطبية المقدمة للمجتمع.



شكل رقم (34): تغطية عجز عدد أسرة المستشفيات لولاية سطيف (2022 – 2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سيكتروم.

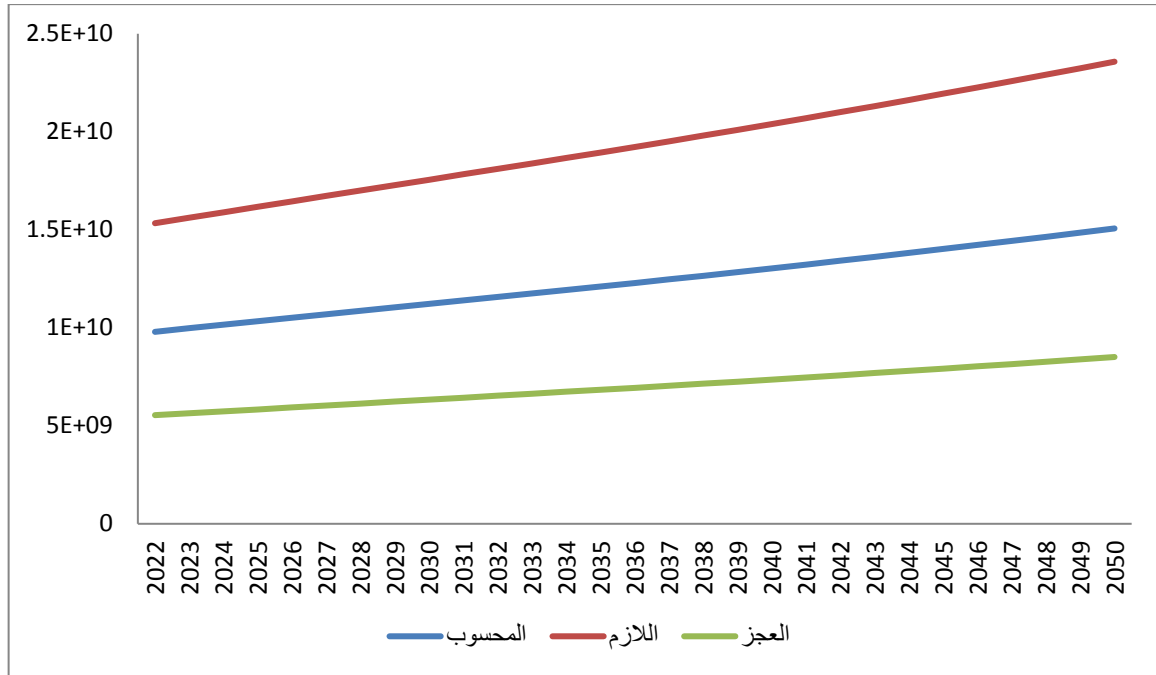
بناءً على البيانات الواردة في الشكل رقم (34) يتبين أن العدد المطلوب من أسرة المستشفيات في ولاية سطيف لعام 2022 وفقاً للمعيار العالمي يُقدّر بـ 6592 سريرًا. ومع ذلك، لا يتجاوز العدد الفعلي للأسرة في المستشفيات المتوفرة في الولاية 3198 سريرًا فقط، مما يكشف عن فجوة كبيرة تصل إلى 3394 سريرًا. هذا العجز يُعدّ أكثر من ضعف العدد المتاح من الأسرة، مما يعكس نقصًا حادًا في القدرة الاستيعابية لمستشفيات الولاية وفقاً للمعايير الدولية.

وعند النظر في التوقعات المستقبلية لعام 2050، يُتوقع أن يصل العدد المطلوب من أسرة المستشفيات إلى 10134 سريرًا، بينما تشير التقديرات المستقبلية إلى توفر 4918 سريرًا فقط. لذا ينبغي على ولاية سطيف تأمين 5216 سريرًا إضافيًا بحلول عام 2050 لسد هذا النقص الكبير. لتحقيق ذلك يتطلب الأمر بناء مستشفيات جديدة ذات سعات استيعابية كبيرة لتلبية الاحتياجات المتزايدة للسكان وضمان توفير الرعاية الصحية الكافية لهم في المستقبل.



6-4- التغطية الصحية للإنفاق الصحي ومقارنتها بالمستوى العالمي:

شكل رقم (35): تغطية عجز الانفاق الصحي لولاية سطيف (2022 – 2050)



المصدر: من إعداد الطالب باستخدام برنامج سبيكتروم.

من خلال معطيات الشكل رقم (35) يتضح أن الإنفاق الصحي وفق المعيار العالمي للدول ذات الدخل المتوسط المنخفض، والتي تُعد الجزائر جزءًا منها، (مدونة البنك الدولي ، 2024)، يقدر بـ 7455.8 دينار جزائري للفرد الواحد لعام 2022، (world health organization, 2024)، ومع ذلك فإن الإنفاق الصحي المخصص لولاية سطيف في نفس السنة يُقدر بـ 4761.0 دينار للفرد، مما يُظهر فجوة تمويلية تبلغ 2694.8 دينار لكل فرد .

عند النظر إلى الإنفاق الصحي الإجمالي لولاية سطيف لعام 2022، فإنه يصل إلى 97920202,41 دينار جزائري، بالمقارنة مع المبلغ المطلوب تحقيقه وفق المعيار العالمي، والذي يُقدر بـ 153445566,97 دينار، يظهر عجز مالي هائل يُقدر بـ 55424354,56 دينار .

بحسب الإسقاطات المستقبلية لعام 2050، من المتوقع أن يبلغ الإنفاق الصحي وفق المعايير العالمية لولاية سطيف حوالي 235752246,88 دينار جزائري، مما يؤدي إلى عجز متوقع بقيمة 85083037,36 دينار جزائري. هذا العجز الكبير في تمويل الإنفاق الصحي يؤثر سلباً على توفير خدمات الرعاية الصحية للسكان في الولاية، ومن الضروري تبني سياسات مالية ملائمة تهدف إلى زيادة المخصصات المالية الموجهة للقطاع الصحي،



مع وضع استراتيجيات مبتكرة لتحسين كفاءة الإنفاق وضمان الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة تلي احتياجات السكان الحالية والمستقبلية.

7- عرض النتائج:

تم إجراء إسقاطات سكانية تستند إلى النمو الطبيعي للسكان ومعدلات الخصوبة، الولادة، والوفاة، مع الأخذ في الاعتبار التغيرات المستقبلية في معدلات الهجرة. وفقاً لهذه التحليلات، ستكون ولاية سطيف أمام زيادة كبيرة في عدد السكان خلال الثلاثين سنة القادمة، وهو ما سينعكس على الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية. تشير البيانات إلى نمو ديموغرافي كبير خلال فترة الإسقاط:

- بلغ عدد السكان 2056715 نسمة سنة 2022 .
- من المتوقع أن يصل عدد سكان ولاية إلى 3161998 نسمة سنة 2050 .
- معدل الزيادة السنوي: يزيد عن 37000 نسمة.
- مع كثافة سكانية متباينة وصلت إلى 3199 نسمة/كم² في بلدية سطيف، مقابل 53 نسمة/كم² فقط في بلدية حربيل.

هذا النمو المتسارع يعكس طلباً متزايداً على الخدمات والبنى التحتية الأساسية ، كالمرافق الصحية، مما يتطلب خططاً تنموية طويلة الأمد تستوعب هذه الاحتياجات.

التوزيع السكاني: ما يزيد عن 52% من السكان يعيشون في المناطق الريفية، مما يبرز الحاجة إلى تعزيز الخدمات الصحية في هذه المناطق لضمان العدالة الصحية .

-التركيب السكانية: أكثر من 52% من السكان تحت سن 30 عامًا، ما يعني الحاجة إلى خدمات صحية تركز على الفئات الشابة كالرعاية الإنجابية والتطعيمات .

يعكس تحليل الهرم السكاني تغيرات هيكلية تدريجية:

- سنة 2022

- الأطفال (0-14): 29.49 %

- الفئة النشطة (15-64): 63.23 %

- كبار السن (+65): 7.28%

- سنة 2050

- الأطفال (0-14): 26.84% (انخفاض نسبي)



- الفئة النشطة (15-64): 60.17% (تراجع تدريجي)

- كبار السن (+65): 12.99% (ارتفاع كبير).

الزيادة الملحوظة في نسبة كبار السن تعكس شيخوخة تدريجية للسكان، مما يضع ضغطاً على أنظمة الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، في حين أن الانخفاض في نسبة الشباب يشير إلى تراجع محتمل في القوة العاملة.

الخصوبة: ديناميكية مستقرة مع ارتفاع تدريجي

- سنة 2022 بلغ مؤشر الخصوبة 2.90 طفل لكل امرأة .

- سنة 2050 من المتوقع أن يصل إلى 3.22 طفل لكل امرأة .

تفسير الاتجاه:

- التحسن التدريجي في الخدمات الصحية للأمهات والأطفال .

- التحولات الثقافية التي تدعم قيم الأسرة والإنجاب .

- ارتفاع مستويات الوعي بالتوازن بين العمل والحياة الأسرية.

زيادة الخصوبة تعني ارتفاعاً في معدلات المواليد، ما يستدعي تخطيطاً لتوسيع البنية التحتية الصحية والتعليمية لاستيعاب الأجيال القادمة.

أمل الحياة عند الولادة: ثبات مع تحديات مستمرة

- سنة 2022 أمل الحياة الإجمالي 79.6 سنة (81 سنة للإناث، 78.2 سنة للذكور)

- سنة 2050 ثبات عند 79.4 سنة .

ملامح التفاوت بين الجنسين:

- تفوق مستمر لأمل الحياة لدى الإناث بسبب عوامل بيولوجية وظروف معيشية أفضل .

- استقرار القيم دون تحسن ملحوظ يعكس الحاجة لتعزيز أنظمة الرعاية الصحية وظروف المعيشة.

رغم ثبات المؤشر، فإن الحفاظ عليه يتطلب تحسين جودة الخدمات الصحية والاجتماعية بشكل مستمر.

التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية:

- الهياكل الصحية العمومية: ولاية سطيف تمتلك بنية تحتية صحية متنوعة تشمل مستشفى جامعي واحد، 7

مؤسسات جوارية، 4 مؤسسات متخصصة، و36 مصلحة للولادة، لكن التوزيع يعاني من اختلالات كبيرة .

بلدية سطيف تستحوذ على النصيب الأكبر، بينما تعتمد 11 بلدية بالكامل على قاعات العلاج فقط، مما يبرز

الفجوة الكبيرة في التغطية الصحية .



- الهياكل الصحية الخاصة: تركزت في 5 بلديات فقط، مع وجود 10 عيادات استشفائية خاصة بسعة 392 سريرًا. هذا التوزيع المحدود يشير إلى ضعف القطاع الخاص في المناطق النائية .

الموارد البشرية الصحية :

- الأطباء العامون: شهدت الولاية زيادة من 806 أطباء في 2008 إلى 1152 طبيبًا في 2019، لكن عددهم استقر لاحقًا، مما يبرز الحاجة إلى توظيف مستمر لتغطية الاحتياجات المتزايدة .

-الأطباء المختصون: القطاع العام شهد تقلبات كبيرة، حيث انخفض عدد الأطباء الاختصاصيين إلى أدنى مستوياته في بعض الفترات. بالمقابل، القطاع الخاص شهد نموًا مستقرًا، مما يعكس جاذبية أفضل للقطاع الخاص .

- أعوان الشبه الطبي: رغم زيادة عددهم في القطاع العام، إلا أن القطاع الخاص لا يزال ضعيفًا، حيث لم يسجل نشاطًا ملحوظًا بين عامي 2017 و 2019 .

الفجوات الصحية و التوزيع العادل:

- الأطباء العامون: بعض البلديات مثل بوسلام تسجل عجزًا ملحوظًا حيث يغطي طبيب واحد 5451 نسمة .

- الأطباء المختصون: تغطية محدودة في 12 بلدية فقط، مما يؤدي إلى زيادة الضغط على المستشفى الجامعي والمؤسسات الكبرى .

- الصيدليات: ثلاث بلديات تخلو تمامًا من الصيدليات، مما يترك آلاف السكان بدون خدمات دوائية .

- جراحة الأسنان: 20 بلدية تعاني من غياب تام لأطباء الأسنان، مع تفاوت كبير بين البلديات الأخرى .

التحليل المستقبلي للاحتياجات الصحية آفاق 2050:

وفيات الرضع:

تشير البيانات المستخلصة إلى تحسن تدريجي في معدلات وفيات الرضع بولاية سطيف خلال السنوات الماضية، مع تسجيل تباينات ملحوظة حسب الفترات الزمنية والجنس والتوزيع الجغرافي عبر البلديات. ففي عام

1998 بلغ معدل وفيات الرضع 34.1%، ، قبل أن يتراجع المعدل إلى 19.18% عام 2022، بفضل جهود

الدولة لتحسين الخدمات الصحية.

الفوارق حسب الجنس:

أظهرت الإحصائيات استمرار فجوة في معدلات الوفيات بين الذكور والإناث، حيث كانت معدلات

الذكور أعلى بشكل ملحوظ، في عام 1998 بلغ معدل وفيات الذكور 38.9% مقارنة بـ 29.0% للإناث. هذا

التفاوت استمر حتى عام 2022 حيث سجل معدل وفيات الذكور 21.7% مقابل 16.5% للإناث.



التباين الجغرافي:

على مستوى البلديات، شهدت 29 بلدية معدلات معدومة لوفيات الرضع عام 2022، مما يعكس تحسناً كبيراً. ومع ذلك، أظهرت البلديات الكبرى تفاوتات نتيجة الكثافة السكانية. بلدية سطيف: سجلت 22.16%، مما يظهر الحاجة لتحسين الخدمات. بلدية العلمة: سجلت معدلاً منخفضاً قدره 12.80%. بلدية عين ولمان: سجلت 14.28%. بلدية عين أزال: سجلت 31.11%، مما يشير إلى تحديات ملحوظة. بلدية بوقاعة: بلغت 21.27%.

- وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات:

شهدت ولاية سطيف تحسناً مستمراً في معدلات وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات. بلغ المعدل 7.82% عام 1998 قبل أن يبدأ في الانخفاض ليصل إلى 2.46% عام 2021. ومع ذلك، ارتفع المعدل طفيفاً إلى 2.51% عام 2022.

الفوارق حسب الجنس:

في عام 1998، كان معدل وفيات الذكور أعلى (8.25%) مقارنة بالإناث (7.93%). بين عامي 2000 و2005، انقلبت الفجوة لصالح الذكور، قبل أن تعود معدلات وفيات الذكور لتكون الأعلى بدءاً من 2010 وحتى 2022، حيث بلغت 2.92% للذكور مقابل 2.11% للإناث.

التفاوت الجغرافي:

في عام 2022 لم تُسجل أي وفيات في 43 بلدية. أما البلديات الكبرى فجاءت كما يلي:

بلدية سطيف: 2.41%

بلدية العلمة: 1.97%

بلدية عين ولمان: 1.63%

بلدية عين أزال: 1.62%

بلدية بوقاعة: 1.32%



- وفيات الأمهات:

شهدت ولاية سطيف تذبذبًا في معدلات وفيات الأمهات بين عامي 2015 و2021. بلغ المعدل 49.02 حالة لكل 100,000 مولود حي في 2015، وتراجع إلى 45.65 في 2016، لكنه ارتفع بشكل حاد إلى 85.84 في 2021 بسبب تأثيرات جائحة كوفيد-19، حيث سجلت 17 حالة وفاة.

- الأمراض ذات التصريح الإجباري:

في عام 2019، سجلت ولاية سطيف 1283 إصابة بمرض السل، و1105 إصابات بالتهاب الكبد الفيروسي أ (HVA)، و952 إصابة بالحصبة، و585 إصابة بالتهاب السحايا. توزعت الإصابات كالتالي: مرض السل: سجلت بلدية سطيف أعلى الإصابات (293 حالة). التهاب الكبد الفيروسي أ: تصدرت بلدية سطيف أيضًا (278 حالة). الحصبة: سجلت بلدية عين ولمان أعلى الحالات (303 حالات). التهاب السحايا: سجلت بلدية العلمة أعلى عدد (171 حالة). بلديات بمعدلات صفرية: لم تسجل بلدية أيت نوال مزادة أي حالات للأمراض المدروسة، مما يعكس نجاحًا لافتًا في تطبيق التدابير الوقائية

الإنفاق الصحي:

بلغت نفقات القطاع الصحي في ولاية سطيف 9199132000 دينار جزائري عام 2018، وارتفعت إلى 9792020241 دينار عام 2022.

تعكس هذه المؤشرات تحسنًا مستمرًا في المنظومة الصحية بولاية سطيف، مع تحديات تتطلب مزيدًا من الاستثمارات لتحسين التوزيع العادل للخدمات الصحية بين البلديات.

- بناءً على الزيادة السكانية والتغيرات في التركيبة العمرية، سيتم تحديد الحاجة المتزايدة للخدمات الصحية وفقًا للقطاعات الرئيسية:

- عدد الأطباء:

- في سنة 2022: كان عدد الأطباء 1966 طبيبًا

- في سنة 2050: يتوقع أن يرتفع العدد إلى 3023 طبيبًا.

- النقص المتوقع: حوالي 1057 طبيبًا، سيتعين توظيفهم بشكل مستمر.



- عدد أعوان الشبه الطبي:

- في سنة 2022: كان عددهم 4839 عوناً شبه طبيًا.
- في سنة 2050: سيكون العدد 7440 عوناً شبه طبيًا.
- الزيادة المتوقعة: الحاجة إلى 2601 عون شبه طبي إضافي.
- المستشفيات والمراكز الصحية:
- زيادة في عدد المستشفيات من 11 مستشفى سنة 2022 إلى 17 مستشفى سنة 2050.
- زيادة في عدد الأسرة من 3199 سريرًا سنة إلى 4918 سريرًا بحلول سنة 2050.
- المراكز الصحية: سيرتفع العدد من 340 مركزًا سنة 2022 إلى 523 مركزًا سنة 2050.

التغطية الصحية ومقارنتها بالمستوى العالمي:

التغطية الصحية لعدد الأطباء ومقارنتها بالمستوى العالمي:

- سنة (2022):

- العدد المثالي: 3088 طبيبًا (بناءً على عدد السكان في 2022).

- العدد الفعلي: 1966 طبيبًا.

- العجز الفعلي: 1122 طبيبًا.

- التوقعات المستقبلية (2050):

- في حال استمر الوضع الراهن، يتوقع أن تكون هناك حاجة إلى 4778 طبيبًا بحلول عام 2050.

- وفقًا للبيانات الحالية، يتوقع أن يصل عدد الأطباء في سطيف إلى 3023 فقط، مما يشير إلى عجز إضافي

بمقدار 1725 طبيبًا.

يظهر العجز الحاد في عدد الأطباء في ولاية سطيف أن القطاع الصحي في الولاية يعاني من نقص شديد في

القوى العاملة المؤهلة، هذا يعكس تحديات في توجيه الجهود نحو رفع مستوى الخدمات الطبية، ويؤكد ضرورة تبني

خطط شاملة لتدريب الأطباء، وزيادة عدد كليات الطب، وجذب الأطباء إلى المناطق النائية.

التغطية الصحية لعدد المرضى ومقارنتها بالمستوى العالمي:

- سنة (2022):

- العدد المثالي: 5142 مريضًا.

- العدد الفعلي: 4839 مريضًا.



- العجز الفعلي: 303 ممرضين.

التوقعات المستقبلية (2050):

- العدد المطلوب في 2050: 7905 ممرضًا.

- العدد المتوقع: 7440 ممرضًا.

- العجز المتوقع: 465 ممرضًا.

يبين أن العجز في عدد الممرضين في ولاية سطيف ليس شديدًا مثل العجز في عدد الأطباء، إلا أنه لا يزال يمثل تحديًا كبيرًا. ولتحقيق معايير التغطية الصحية العالمية، يجب تسريع البرامج التدريبية وزيادة الانخراط في مهنة التمريض.

التغطية الصحية لعدد الأسرة ومقارنتها بالمستوى العالمي:

سنة (2022):

- العدد المثالي: 6592 سريرًا.

- العدد الفعلي: 3198 سريرًا.

- العجز الفعلي: 3394 سريرًا.

التوقعات المستقبلية (2050):

- العدد المطلوب: 10134 سريرًا.

- العدد المتوقع: 4918 سريرًا.

- العجز المتوقع: 5216 سريرًا.

إن النقص الكبير في عدد الأسرة يعكس قدرة الاستيعاب المحدودة للمستشفيات في سطيف. يتطلب هذا تطويرًا كبيرًا في البنية التحتية للمستشفيات وزيادة استثمارات القطاع العام والخاص في هذا المجال.

التغطية الصحية للإنفاق الصحي ومقارنتها بالمستوى العالمي:

سنة (2022):

- الإنفاق الفعلي على الصحة: 4761 دينار جزائري للفرد.

- الفجوة: 2694.8 دينار جزائري لكل فرد.

- الإنفاق الإجمالي: 9792020241 دينار جزائري.

- الفجوة الإجمالية: 5542435456 دينار جزائري.



التوقعات المستقبلية (2050):

- الإنفاق الصحي اللازم: 23575224688 دينار جزائري.

- الإنفاق المتوقع: 15066920952 دينار جزائري.

- الفجوة المتوقعة: 8508303736 دينار جزائري.

يوضح العجز الكبير في الإنفاق الصحي أن التمويل غير كافٍ لتلبية الاحتياجات الصحية في سطيف. هذا يؤثر بشكل مباشر على قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات صحية عالية الجودة، ويستدعي تبني استراتيجيات مالية مبتكرة لزيادة الموارد.

يتضح من هذه الدراسة أن ولاية سطيف تواجه تحديات كبيرة في جميع جوانب التغطية الصحية، بما في ذلك نقص الأطباء، الممرضين، الأسرة، والتمويل الصحي. لتحقيق تحسينات حقيقية، يجب أن تتبنى الحكومة سياسات فعالة لاستثمار الموارد في تدريب القوى العاملة، تحديث البنية التحتية الصحية، وزيادة التمويل للقطاع الصحي.

8- مناقشة النتائج على ضوء الاهداف والدراسات السابقة:

تحليل النتائج على ضوء أهداف الدراسة:

أ. دور التنمية الصحية المستدامة في تحسين متوسط العمر وجودة الحياة

توصلت الدراسة إلى أن ولاية سطيف تشهد تحسناً ملحوظاً في متوسط العمر المتوقع، حيث يرتبط ذلك بتحسين مؤشرات الرعاية الصحية في بعض المناطق الحضرية، لكنه يظل محدوداً في المناطق الريفية التي تعاني من نقص الموارد. يظهر ذلك انسجاماً مع الأهداف الرامية إلى تحسين جودة الحياة، ويعزز أهمية تبني سياسات متكاملة لتحسين المؤشرات الصحية عبر كافة المناطق. هذه النتائج تدعمها دراسة الباحث علي عبود نعمة الجبوري بعنوان: "التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي"، التي أكدت أن الاستثمار في الرعاية الصحية الوقائية وتعزيز البنية التحتية ينعكس إيجاباً على جودة حياة السكان.

ب. توضيح مفهوم التنمية الصحية واستشراف آفاقها المستقبلية

أكدت الدراسة أن التنمية الصحية تتطلب رؤية متكاملة تشمل أبعاداً اجتماعية واقتصادية وبيئية، مع اعتماد استراتيجيات طويلة الأمد قائمة على بيانات دقيقة. تتوافق هذه الرؤية مع دراسة الباحثة غنو امال بعنوان: "التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدماً نحو 2030"، التي شددت على ضرورة بناء سياسات استباقية تستشرف احتياجات السكان المستقبلية.



ج. تحليل السياسات الصحية الوطنية ومدى فعاليتها

أظهرت النتائج أن السياسات الصحية الوطنية تعاني من اختلالات هيكلية في التوزيع الجغرافي للخدمات وهو ما يؤثر سلبيًا على فعالية النظام الصحي. يتوافق ذلك مع دراسة الباحثة بركاني أمينة بعنوان: "واقع الصحة العمومية في الجزائر- دراسة تحليلية باستعمال تقنية تحليل المعطيات لسنتي 2005-2010"، التي أشارت إلى قصور في تحقيق العدالة الصحية بسبب نقص التخطيط الاستراتيجي.

د. الكشف العوامل المؤثرة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

حددت الدراسة عوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية تؤثر على التنمية الصحية في ولاية سطيف، مثل التفاوت الاجتماعي والضغط البيئية، وهي عوامل تتطلب معالجتها لضمان نجاح خطط التنمية، تتقاطع هذه النتائج مع دراسة الباحث وهواه عياش بعنوان: "التنمية والتحويلات الصحية-الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002"، التي بينت أن البيئة الاجتماعية والاقتصادية تشكل عائقًا أمام التحول الصحي الكامل.

هـ. تقدير الاحتياجات الصحية لسكان ولاية سطيف حتى عام 2050

كشفت الدراسة عن تزايد الاحتياجات الصحية المستقبلية لسكان ولاية سطيف، خاصة في ظل ارتفاع نسبة كبار السن وتغير هرم الأعمار. وأظهرت ضرورة الاستثمار في الهياكل الصحية وتطوير الموارد البشرية لضمان استدامة النظام الصحي. تدعم هذه النتائج دراسة الباحثين: لعكروف علي، بغرة عادل بعنوان "Réflexions sur le système de santé en Algérie Approche sociodémographique et épidémique" التي دعت إلى وضع سياسات بعيدة المدى تأخذ في الاعتبار التحويلات الديموغرافية والاجتماعية.

و. تعزيز المعرفة العلمية بمجال التنمية الصحية

قدمت الدراسة تحليلاً عميقاً يدعم تطوير السياسات الصحية المستقبلية، مما يثري المحتوى العلمي المتعلق بالتنمية الصحية المستدامة. هذا يتسق مع توصيات الباحث وهواه عياش بعنوان: "التنمية والتحويلات الصحية-الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002"، التي شددت على أهمية الدراسات الأكاديمية في تعزيز القدرات التحليلية لتطوير الأنظمة الصحية.



مقارنة النتائج مع الدراسات السابقة:

أ. التحولات الصحية والديموغرافية

أكدت الدراسة أن التحولات الديموغرافية في الجزائر، مثل زيادة نسبة الشيخوخة، تمثل تحديًا كبيرًا للنظام الصحي. تدعم هذه النتيجة دراسة الباحثة كايدي نورة بعنوان:

"Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa"

والتي سلطت الضوء على أثر هذه التحولات على استدامة الخدمات الصحية، مشيرة إلى ضرورة توجيه الجهود لتطوير الرعاية طويلة الأجل لكبار السن.

ب. استدامة التنمية الصحية

أوضحت الدراسة أن استدامة التنمية الصحية تعتمد على تعزيز التكامل بين القطاعات المختلفة، وهو ما أكدته دراسة الباحثة غنو امال بعنوان: "التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدمًا نحو 2030"، التي دعت إلى تنسيق الجهود بين القطاعات لضمان تحقيق الأهداف الصحية.

ج. العدالة الصحية والتوزيع الجغرافي

أبرزت الدراسة تفاوت التغطية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية، مما يشير إلى غياب العدالة الصحية. تتوافق هذه النتائج مع دراسة الباحثة بركاني أمينة بعنوان "دراسة واقع الصحة العمومية في الجزائر- دراسة تحليلية باستعمال تقنية تحليل المعطيات لسنتي 2005-2010"، التي أشارت إلى أن نقص الموارد الصحية في المناطق النائية يؤدي إلى تفاوت كبير في فرص الوصول إلى الرعاية الصحية.

د. دور التخطيط الاستراتيجي

أشارت الدراسة إلى التحديات الهيكلية التي يواجهها النظام الصحي في الجزائر، مثل نقص الموارد البشرية وضعف البنية التحتية. تدعم هذه النتائج دراسة الباحثة محفوظ نصيرة بعنوان: "L'impact du dysfonctionnement du système de santé algérien sur les conditions de travail des professionnels de la santé"، التي أكدت أن تحسين ظروف عمل الكوادر الصحية يمثل عاملاً أساسيًا لرفع كفاءة النظام الصحي.



خلاصة:

يمثل هذا الفصل تحليلاً شاملاً للاحتياجات الصحية في ولاية سطيف واستشرافاً للتحديات والفرص حتى عام 2050، واستعرضت الجوانب الجغرافية والديموغرافية والهيكلية التي تُميز الولاية، إذ تتميز سطيف بموقع استراتيجي وتركيبية سكانية متنوعة، تعكس توازناً بين المناطق الحضرية والريفية، مع نمو مستمر في التعداد السكاني والتغيرات في التوزيع العمري والجنس. كما أبرزت واقع القطاع الصحي في الولاية من خلال تطور الهياكل الصحية العامة والخاصة وتوزيعها الجغرافي، إضافة إلى دراسة الموارد البشرية ونسب التغطية الصحية التي ما زالت تواجه تحديات عديدة رغم التحسن الملحوظ. ووجدت أن مؤشرات التنمية الصحية التي أظهرت تراجعاً في معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة والأمهات، بينما تظل الأمراض ذات التصريح الإجباري والإنفاق الصحي قضايا بارزة تستدعي تحسينات جوهرية، وتتطرق الإسقاطات السكانية والصحية إلى ديناميكيات التغير في الخصوبة، والعمر المتوقع عند الولادة، وتوقعات الهرم السكاني حتى عام 2050 باستخدام برنامج سبيكتروم، ما يُبرز الحاجة إلى استراتيجيات استباقية شاملة لتلبية الطلب الصحي المتزايد. وفي ضوء هذه الإسقاطات، ظهرت فجوات في التغطية الصحية مقارنة بالمعايير العالمية فيما يتعلق بعدد الأطباء والمرضى والأسرة الصحية والإنفاق الصحي، ما يتطلب تعزيز التخطيط الاستراتيجي والاستثمار الأمثل في البنية التحتية الصحية والموارد البشرية لضمان تلبية الاحتياجات المستقبلية للسكان وتحقيق مستويات صحية متقدمة تلي تطلعات التنمية المستدامة.

جاءنا



خاتمة:

في ختام هذه الدراسة التي استهدفت استشراف الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر حتى عام 2050، مع التركيز على ولاية سطيف كنموذج تحليلي، يمكن القول إن الرؤية المستقبلية للنظام الصحي تتطلب مواجهة تحديات كبرى تنبع من التغيرات الديموغرافية المتسارعة، وتزايد الطلب على الخدمات الصحية، إلى جانب ضرورة تحسين مستوى التغطية الصحية بجوانبها كافة. وقد أظهرت الدراسة أن التطورات السكانية المتوقعة، مثل انخفاض معدلات الخصوبة وارتفاع العمر المتوقع، ستصاحبها تغيرات في هرم الأعمار وزيادة شريحة كبار السن، مما يفرض أعباء إضافية على النظام الصحي، خصوصاً في مجال الأمراض المزمنة والرعاية طويلة الأجل.

من خلال تحليل السياسات الصحية السابقة والحالية، يمكن استخلاص أن النظام الصحي في الجزائر يمر بمرحلة انتقالية تتطلب إصلاحات جذرية لضمان استدامته وقدرته على الاستجابة لمتطلبات المستقبل. ورغم الجهود المبذولة لتحسين البنية التحتية وتوسيع نطاق الخدمات الصحية، إلا أن تحديات توزيع الموارد الصحية بعدالة ورفع كفاءة الخدمات المقدمة لا تزال قائمة، أشارت الدراسة إلى أن الرقمنة الصحية تشكل محوراً حيوياً لدفع عجلة التنمية الصحية، مما يستوجب تسريع تطبيقها على نطاق واسع، بما يشمل سجلات المرضى الإلكترونية، وتطوير المنصات الرقمية لتوفير خدمات صحية متكاملة وفعالة.

وقد أبرز التحليل الخاص بولاية سطيف التباينات الجغرافية والاجتماعية التي تؤثر على توزيع الموارد الصحية وكفاءتها، حيث تبين أن هناك فجوات ملموسة بين المناطق الحضرية والريفية في مجال التغطية الصحية، كما أن الأعباء الإضافية المترتبة على النمو السكاني المتوقع تتطلب اعتماد استراتيجيات شاملة لتحسين البنية التحتية الصحية، وتعزيز الكوادر الطبية، وزيادة الاستثمارات في القطاع الصحي بما يتوافق مع المعايير العالمية. وخلصت الدراسة إلى أهمية التركيز على التخطيط بعيد المدى الذي يعتمد على بيانات وبرامج لاستشراف الاحتياجات الصحية المستقبلية على مستوى الأفراد والمجتمعات.

وتظهر النتائج أهمية تبني استراتيجيات شاملة تتضمن تعزيز التكامل بين القطاعات الصحية والتعليمية والاقتصادية، والعمل على تقليل الفجوات في التغطية الصحية بين مختلف مناطق البلاد، مع التركيز على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. كما توصي بتطوير سياسات فعالة لتقليل نسب وفيات الرضع والأمهات، وزيادة العمر المتوقع، إلى جانب مواجهة الأمراض المعدية والمزمنة بتبني استراتيجيات استباقية قائمة على البيانات والتحليل العلمي الدقيق.



وتؤكد هذه الدراسة أن التنمية الصحية ليست فقط مسؤولية النظام الصحي، بل تتطلب شراكة مجتمعية وسياسية شاملة تعمل على تحقيق رؤية متكاملة تنسجم مع طموحات الجزائر 2050، وتظل هذه الدراسة دعوة مفتوحة لمزيد من الدراسات المتخصصة التي يمكنها دعم واضعي السياسات والمخططين في تصميم حلول مبتكرة وفعالة لضمان نظام صحي مستدام وشامل للجميع.

التوصيات:

نذكر بعض التوصيات بناءً على النتائج والدراسات السابقة:

إصلاح السياسات الصحية:

- تعزيز العدالة الصحية من خلال توزيع متوازن للموارد بين المناطق.
- وضع سياسات طويلة الأمد مبنية على بيانات دقيقة وتحليل شامل

الاستثمار في البنية التحتية الصحية:

- إنشاء مرافق صحية جديدة وتجديد الهياكل القائمة، خاصة في المناطق الريفية.
- توجيه الاستثمار نحو تقنيات الرعاية الصحية الرقمية لتحسين الكفاءة.

تنمية الموارد البشرية:

- توفير برامج تدريب مستمرة للكوادر الطبية.
- تحسين ظروف العمل لتقليل هجرة الأطباء وتشجيعهم على العمل في المناطق النائية

التركيز على صحة الام والطفل:

- تعزيز برامج الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل وبعد الولادة.
- خفض معدلات وفيات الأمهات والرضع من خلال برامج متخصصة.

تعزيز الصحة الوقائية

- إطلاق حملات توعية صحية بشأن الأمراض المعدية وغير المعدية.
- الحرص على التطعيمات الروتينية للأطفال والكبار

التحول الرقمي في القطاع الصحي

- رقمنة السجلات الطبية لتحسين كفاءة إدارة المرضى.

تبنى نظم مراقبة وتحليل البيانات الصحية لتوجيه السياسات



تعزيز البحث العلمي:

- دعم الأبحاث الصحية لتوفير بيانات دقيقة تسهم في التخطيط الصحي.
- تشجيع التعاون بين الجامعات والمؤسسات الصحية لتطوير الحلول المبتكرة.

التكامل بين القطاعات:

تحقيق شراكات استراتيجية بين القطاع الصحي وقطاعات التعليم والبيئة والاقتصاد لضمان استدامة التنمية الصحية.

ضمان الوصول إلى الرعاية الصحية

- تقديم خدمات صحية مجانية أو بأسعار معقولة للشرائح الأقل دخلاً.
- تسهيل نقل المرضى من المناطق النائية إلى المستشفيات الكبرى

تعزيز التعاون الدولي

- الاستفادة من الخبرات الدولية في مجالات الصحة.
- المشاركة في المبادرات الإقليمية والدولية لتحسين النظام الصحي.

قائمة المطابق والمرادف



قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

أ- الكتب:

1. أبوعيانة، فتحي محمد. (1993). جغرافيا السكان: أسس وتطبيقات (ط. 4). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
2. أبوعيانة، فتحي محمد. (2002). دراسات في علم السكان. بيروت: دار النهضة العربية.
3. إسماعيل، أحمد علي. (1996). الجغرافيا العامة: موضوعات مختارة. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
4. إسماعيل، أحمد علي. (1997). أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية (ط. 8). القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
5. الجفال، عبد الحميد، وسيدي، إدريس عمار. (2014). التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع.
6. الخريف، رشود بن محمد. (2008). السكان: المفاهيم والأساليب والتطبيقات (ط. 2). المملكة العربية السعودية: دار المؤيد.
7. السعاتي، حسن، وعبد الحميد، لطفي. (2008). دراسات في علم السكان. مصر: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
8. السيد، طارق. (2008). علم اجتماع السكان. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
9. السيد، عبد العاطي. (2004). علم اجتماع السكان. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
10. الشريف، آسيا. (2015). الظواهر الديموغرافية: قراءات نظرية وتمارين تطبيقية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
11. عبد المعطي، عبد الباسط، وآخرون. (1987). السكان والمجتمع. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
12. عبدالرزاق، مدحت قاسم. (2005). الحياة الصحية. القاهرة: علم الكتب للنشر والطباعة.
13. عميرة، جويده. (2014). اتجاهات نظرية في علم السكان. القاهرة: دار جوانا للنشر والتوزيع.



14. غراييت، فوزي، وآخرون. (2002). أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية (ط. 2). الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
15. زكي، رمزي. (1984). المشكلة السكانية والخرافة المالتوسية. الكويت: منشورات المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
16. محمد، صبحي ابو صالح عدنان محمد عوض. (2014). مقدمة في الاحصاء مبادئ وتحليل باستخدام SPSS. الأردن: دار المسير للنشر والتوزيع.
17. مزاهرة، أيمن. (2000). الصحة والسلامة العامة. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
18. نصيرات، فريد توفيق. (2009). إدارة منظمات الرعاية الصحية (ط. 2). الأردن: دار المسير للنشر والتوزيع.

ب- المعاجم:

19. ابن منظور. (1981). لسان العرب (المجلد 4). القاهرة: دار المعارف.
20. ابن منظور. (1990). لسان العرب (المجلد 15، الطبعة 3). بيروت: دار صادر.

ج- الأطروحات والرسائل الجامعية:

21. براحيل، فاطمة الزهراء. (2009). البعد الإنساني للعلاقات الاجتماعية في المستشفى ابن سينا-عنابة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة باجي مختار-عنابة، تخصص علم الاجتماع والتنظيم.
22. بركاني، أمينة. (2017). دراسة واقع الصحة العمومية في الجزائر: دراسة تحليلية باستعمال تقنية تحليل المعطيات لسنتي 2005-2010. رسالة ماجستير، جامعة البليدة 2، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية.
23. تومي، حسين. (2019). النمو السكاني وأثره في نشأة المدن وتطورها في العالم: دراسة نموذج الجزائر للفترة الزمنية (1962-2018). أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا.
24. دامس، فريد. (2024). الديناميكية السكانية في الجزائر آفاق 2050. أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا.



25. حاروش، نور الدين. (2000). البعد السياسي التنظيمي في تسيير المراكز الاستشفائية الجامعية: دراسة حالة مصطفى باشا. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم التنظيم السياسي والإداري.
26. حسيني، محمد العيد. (2018). حكامه السياسات الصحية في الجزائر في ظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر-بسكرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية.
27. حميدة، الهاشمي. (2018). علاقة النمو السكاني بالتغيرات البيئية في الجزائر: دراسة ميدانية بولايات الجزائر، المدية، البليدة. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا.
28. خراوي، بزاره عمر. (2010/2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009: دراسة حالة للمؤسسة الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف. مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية.
29. خلاصي، عبد الإله. (2020). العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر: دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018). أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية.
30. زمورة، جمال. (2024). دور التحول الرقمي في تحسين أداء المنظمات العمومية: دراسة حالة قطاع الصحة بولاية باتنة. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر-بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير.
31. عياد، ليلي. (2016). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك: دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعدلات الهيكلية. أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
32. على دحمان، محمد. (2017). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر. أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية.



33. كميلية، قرنان. (2020). توزيع المرافق الصحية في الجزائر. أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، تخصص السكان والتنمية.
34. مسعي، أحمد حمزة. (2024). التغير الخصوي بين الأقاليم الجزائرية من خلال المسوح 2006، 2012 و 2019. أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا.
35. وهواه، عياش. (2006). التنمية والتحويلات الصحية-الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع.

د- المجالات والدوريات:

36. أمزيان، نعيمة. (2020). دينامية السلوك الإنجابي في الجزائر: قراءة إحصائية لواقع الخصوبة ما بين (1962-2018). مجلة آفاق علمية، 12(5)، 201-219.
37. الجبوري، عبود، علي، نعمة. (2019). التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي. مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، (6)، 1-18.
38. الهاشمي، مليك، وبدروني، محمد. (2019). واقع الإصابة بالأمراض المزمنة حسب الجنس في الجزائر: دراسة مقارنة بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 (MICS 2012-2013)). مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 11(1)، 15-26.
39. بن جمعة، محمد، وسنوسي، زوليخة. (2016). الرقمنة لإصلاح المستشفيات العمومية الجزائرية: فرص وتحديات. مجلة الاقتصاد الجديد، 14(1)، 602-617.
40. بوحفص، بوزيد. (2021). واقع المؤشرات الصحية لسكان الجزائر من خلال معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2019. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 13(4)، 555-566.
41. بوحفص، رواني، شرع، مريم، وبن نوي، مصطفى. (2021). نموذج مقترح للتدقيق الصحي من أجل تقييم السياسة الصحية لمواجهة جائحة كوفيد-19. مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، 6(2)، 391-408.



42. بوزانة، أيمن، وحمدوش، وفاء. (2022). التحول نحو استخدام تطبيقات الصحة الرقمية المستجدة كآلية لمواجهة فيروس كورونا (COVID-19) عرض تجربة دولتي الصين وكوريا الجنوبية. مجلة تنمية الموارد البشرية، 17(1)، 171-197.
43. بومعروف، إلياس، وعماري، عمار. (2009). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث، 7(7)، 27-42.
44. بولفعة، منال. (2017). التنمية الصحية في الجزائر: قراءة في السياسة الصحية الجزائرية. مجلة دراسات حول الجزائر والعالم، 2(5)، 43-58.
45. حوميميد، إبراهيم. (2022). الإنفاق الصحي العام في الجزائر في ظل أزمة كوفيد-19: الواقع والآفاق. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 23(1)، 163-180.
46. دريسي، أسماء. (2020). تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013). المجلة الجزائرية للعملة والسياسات الاقتصادية، 6(1)، 154-137.
47. صالح، فتيحة، وحمادية، هشام. (2022). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال وفي ظل جائحة فيروس كورونا. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 4(2)، 63-45.
48. غرابية، فضيلة. (2016). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: تحديات وإنجازات. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 9(1)، 239-252.
49. غنو، أمال. (2022). التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدماً نحو 2030. مجلة القانون الدستوري والمؤسسات السياسية، 5(2)، 99-124.
50. قاسمي، عمار، وخالدي، عبد الكامل. (2020). توزيع الخصوبة والفقر حسب الولايات في الجزائر (1995-2006). (مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 12(1)، 259-268.
51. كلاش، خلود، وبوحفص، سميحة. (2022). بروز معالم الصحة الإلكترونية كآلية لمواجهة فيروس كورونا في الجزائر. مجلة تنمية الموارد البشرية، 17(1)، 336-360.
52. كرمين، سميرة. (2021). تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية. مجلة البحوث والدراسات التجارية، 5(2)، 61-79.



53. معاش، فيصل. (2020). وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030. *مجلة آفاق لعلم الاجتماع*، (2)10، 14-31.
54. لطرش، خديجة، ودرويش، إسماعيل. (2020). واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر. *مجلة الإبراهيمي للعلوم الاجتماعية والإنسانية*، (1)4، 270-291.
55. عبيدي، أمال، ولعروق، حنان. (2024). الصحة الرقمية في سيناريو ما بعد جائحة كورونا: خبرات علمية والتجربة الجزائرية. *مجلة أبحاث ودراسات التنمية*، (1)11، 374-393.
56. عيساني، نور الدين. (2016). الانتقال الديموغرافي في الجزائر ومحدداته الاجتماعية. *مجلة بحوث*، (1)10، 120-138.
57. معاش، فيصل. (2020). وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030. *مجلة آفاق لعلم الاجتماع*، (2)10، 14-31.
58. معضادي، سليمان. (2022). السياسة الصحية الجزائرية في ظل جائحة كورونا كوفيد-19: دراسة حالة. *مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية*، (1)5، 1592-1610.
59. وسار، نوال. (2022). الصحة الرقمية في ظل جائحة كوفيد-19: تطبيقات الصحة الرقمية عبر الهواتف الذكية أمودجًا. *المجلة الدولية للاتصال الاجتماعي*، (1)9، 413-399.
60. هدار، رانية. (2023). تطبيقات الذكاء الاصطناعي كتوجه حديث لمواجهة تداعيات وباء كورونا المستجدة. *المجلة الجزائرية للأمن والتنمية*، (1)12، 239-251.

ه - الملتيقيات:

61. عقاقنية، مهلاء. (2018). واقع الصحة العمومية في الجزائر وصعوبات الممارسة السيكلوجية بالقطاع. في *الملتقى الوطني: علم النفس المرضي في الجزائر - تاريخ، حاضر، ومستقبل، الجزائر*.

و- التقارير والمنشورات:

62. الديوان الوطني للإحصاء. (2016). الجزائر بالأرقام: نشرة 2013-2015، الجزائر.
63. الديوان الوطني للإحصاء. (2021). الجزائر بالأرقام: نشرة 2016-2018، الجزائر.
64. الديوان الوطني للإحصاء. (2011). ديموغرافيا: حوصلة إحصائية 1962-2011، الجزائر.
65. الديوان الوطني للإحصاء. (2020). ديموغرافيا: حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر.
66. الديوان الوطني للإحصاء. (2020). الصحة: حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر.



67. المؤسسة من أجل المساواة. (2019). النساء الجزائريات بدليل الأرقام 2019، الجزائر.
68. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2013). نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع. تقرير التنمية البشرية، نيويورك.
69. مديرية البرمجة متابعة الميزانية. (2019). مونوغرافيا الولاية، سطيف.
70. مديرية البرمجة متابعة الميزانية. (2022). مونوغرافيا الولاية، سطيف.
71. مديرية الصحة لولاية سطيف. (2021). تقرير عن القطاع الصحي في ولاية سطيف.
72. مديرية الصحة لولاية سطيف. (2024). تقرير عن القطاع الصحي في ولاية سطيف.
73. منظمة الصحة العالمية. (2000). تحسين أداء النظم الصحية: التقرير الخاص بتحسين الصحة في العالم. جنيف.
74. منظمة الصحة العالمية. (2008). الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى. التقرير الخاص بالصحة في العالم، جنيف.

ز- المراسيم التنفيذية:

75. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (1986). المرسوم التنفيذي رقم 68-25 المؤرخ في 02 جمادى الثانية 1406 هـ الموافق 11 فيفري 1986، يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية. الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادرة في 3 جمادى الثانية 1406 هـ الموافق 12 فيفري 1986.
76. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (1997). المرسوم التنفيذي رقم 465-97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 هـ الموافق 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة في 10 شعبان 1418 هـ الموافق 10 ديسمبر 1997.
77. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2007). المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 20 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وسيرها. الجريدة الرسمية، العدد 33.



78. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2020). المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 24 مارس 2020، المحدد للتدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته. الجريدة الرسمية، العدد 16.

79. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2020). المرسوم التنفيذي رقم 20-127 المؤرخ في 20 ماي 2020، المعدل للمرسوم رقم 20-70 المؤرخ في 24 مارس 2020، يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته. الجريدة الرسمية، العدد 30، الصادرة بتاريخ 21 ماي 2020.

ثانيا- المراجع باللغة الاجنبية:

أ- الكتب:

80. Stover, J., & Kirmeyer, S. (2005). DemProj: Programme informatique pour les projections démographiques. Le projet POLICY Spectrum, version 4. Washington: Futures Group & Research Triangle Institute.

ب- الأطروحات والرسائل الجامعية:

81. Nouara, K. (2003). Le système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé des enfants: Enquête dans la wilaya de Béjaïa (Doctoral dissertation). Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université d'Alger

ج- المقالات:

82. Lakrouf, A., & Baghezza, A. (2019). Réflexions sur le système de santé en Algérie: Approche sociodémographique et épidémique. Revue des Sciences Sociales, 5(1), 143-160.

83. Mahfoud, N. (2020). L'impact du dysfonctionnement du système de santé algérien sur les conditions de travail des professionnels de la santé. Revue de Prévention et d'Ergonomie, 14(4), 9-23.

د- التقارير والمنشورات:

84. MSPRH. (2015). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (MICS 4): Suivi de situation des enfants et des femmes. Rapport final. Algérie.



85. MSPRH. (2020). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019 (MICS 6): Rapport final des résultats. Algérie.
86. Office National des Statistiques (ONS). (2011). Rétrospective statistique 1962-2011: Chapitre démographie. Algérie.
87. Office National des Statistiques (ONS). (2011). Rétrospective statistique 1962-2011: Chapitre santé. Algérie.
88. World Health Organization. (2021). World health statistics 2021. Geneva: WHO.
89. World Health Organization. (2024). Global health expenditure database. Geneva: WHO

ثالثا- الموقع الالكتروني:

90. برهان، سليمان. (2024). تحليل الاتجاهات المستقبلية التي تؤثر على المؤسسات (استشراف المستقبل).

<https://borhansoliman.com> /تحليل-الاتجاهات-المستقبلية-التي-تؤثر

91. البنك الدولي. (2024). تصنيفات مجموعة البنك الدولي للبلدان حسب مستوى الدخل للسنة المالية 2024. تم الاسترداد في 22 ديسمبر 2024

https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/tsnyfat-mjmwat-albnk-aldwly-llbdan-hsb-mstwy-aldkhl-llsnt-almalyt-2024-1-ywlywtmwz-2023-30#_ftn1

92. وكالة الأنباء الجزائرية. (2020، 21 مارس). تفاصيل حول الوضع الصحي. تم الاسترداد في 22 يوليو 2024

<https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/85524-2020-03->

93. وكالة الأنباء الجزائرية. (2020، 11 ديسمبر). صدور مرسوم رئاسي في الجريدة الرسمية. تم الاسترداد في 22 ديسمبر 2024

<https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/80982-2019-12-11-12-28-17>

94. وكالة الأنباء الجزائرية. (2020، 22 مارس). تقرير عن جائحة كورونا. تم الاسترداد في 22 يوليو 2024

<https://www.aps.dz/ar/algerie/85558-2020-03-22-14-36-59->



95. سهم مهام المحافظة السامية للرقمنة. (2023، 14 سبتمبر). مهام المحافظة السامية. تم

الاسترداد في 22 ديسمبر 2024

<https://www.sahm-media.dz>

96. كعبش، إسلام. (2021، 5 أوت). الجزائر: إطلاق منصة رقمية صحية تربط المرضى

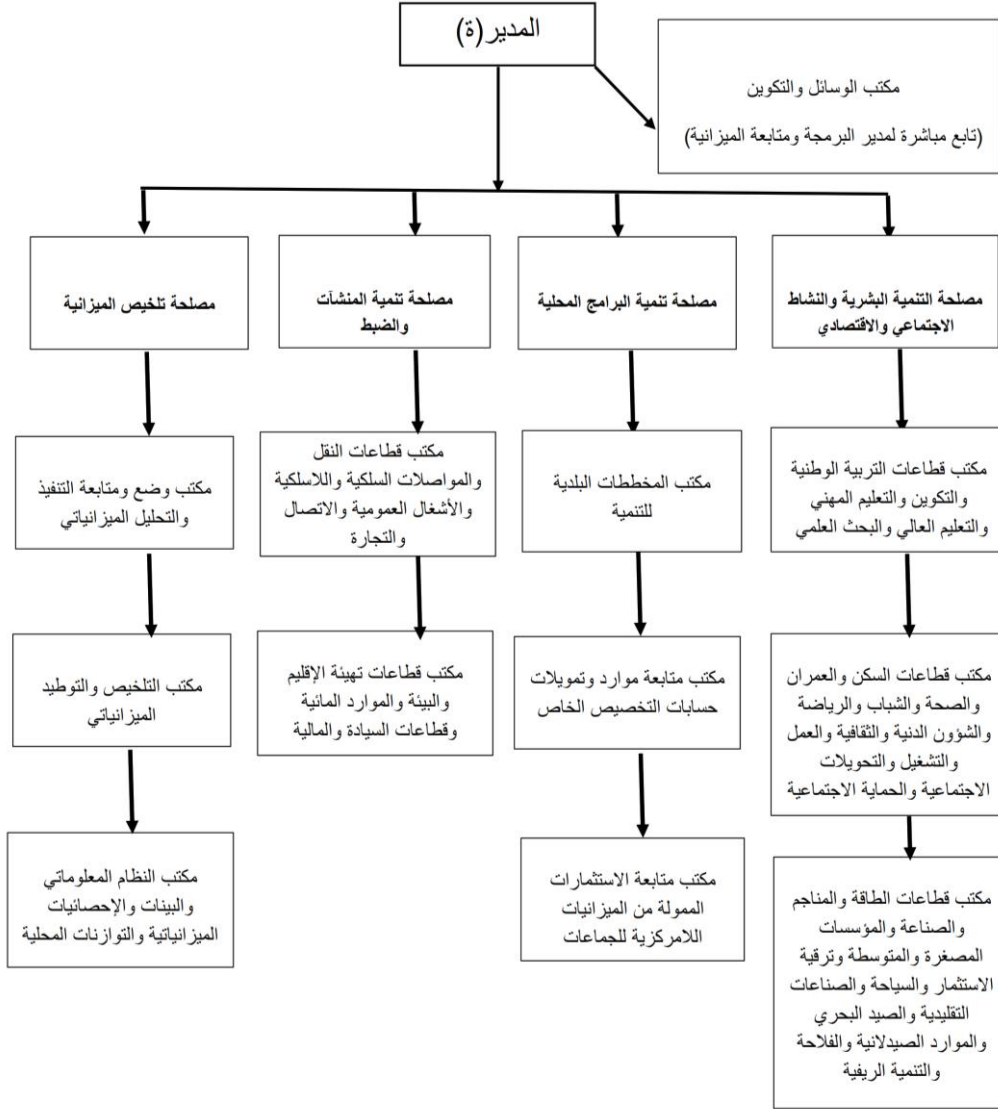
بالأطباء. تم الاسترداد في 21 ديسمبر 2024، من سكاي نيوز عربية

<https://www.skynewsarabia.com/middle-east>

مطابقاً للحقائق



الملحق رقم (01): الهيكل التنظيمي لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بولاية سطيف



المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية ولاية سطيف 2024



الملحق رقم (02): توزيع سكان ولاية سطيف حسب البلديات الى غاية 2022/12/31

البلديات	المساحة كلم ²	الكثافة السكانية	السكان الحضرين	السكان الريفيون	المجموع
سطيف	127,30	3 199	402 753	4 425	407 178
عين الكبيرة	64,05	798	34 140	16 988	51 128
بني عزيز	56,50	462	11 062	15 018	26 080
أولاد سي احمد	102,85	128	0	13 149	13 149
بوطالب	140,04	85	0	11 845	11 845
عين الروى	114,70	137	0	15 750	15 750
ذراع قبيلة	60,50	295	0	17 870	17 870
بئر العرش	139,81	244	0	34 112	34 112
بني شبانة	73,50	196	0	14 388	14 388
اولاد تبان	177,80	82	0	14 524	14 524
الحامة	99,12	181	0	17 980	17 980
معاوية	84,03	98	0	8 204	8 204
عين لقراج	56,23	293	0	16 461	16 461
عين عباسية	162,70	137	0	22 317	22 317
الدهامشة	104,30	105	0	10 901	10 901
بابور	142,05	133	0	18 953	18 953
قجال	231,43	198	11 317	34 471	45 788
عين الحجر	224,64	222	12 656	37 142	49 798
بوسلام	61,10	269	0	16 465	16 465
العلمة	74,20	3 473	242 379	15 338	257 717
جميلة	151,64	209	12 283	19 354	31 637
بني ورثيلان	72,38	197	0	14 280	14 280
الرصفة	184,88	112	0	20 713	20 713
أولاد عدوان	27,57	429	0	11 827	11 827
بلاعة	77,67	230	0	17 871	17 871
عين أرناط	202,55	314	37 515	26 090	63 605
عموشة	86,02	378	0	32 552	32 552
عين ولمان	171,08	639	76 269	33 035	109 304
بيضاء برج	145,97	322	12 297	34 711	47 008
بوعنداس	36,40	668	7 236	17 069	24 305
بازر صخرة	157,18	227	0	35 668	35 668
حمام السخنة	180,19	112	9 783	10 313	20 096
مزلوق	135,55	174	0	23 520	23 520
بئر حدادة	114,04	248	0	28 263	28 263
سرج الغول	98,70	105	0	10 397	10 397
حربيل	85,70	53	0	4 518	4 518
الاوريسيا	117,87	225	0	26 536	26 536
تيزي نبشار	71,62	346	0	24 766	24 766
صالح باي	142,00	252	25 858	9 968	35 826
عين ازال	235,95	283	52 550	14 263	66 813
قنزات	61,37	68	0	4 158	4 158



توزيع سكان ولاية سطيف حسب البلديات الى غاية 2022/12/31 (تابع)

البلديات	المساحة كلم ²	الكثافة السكانية	السكان الحصريون	السكان الريفيون	المجموع
تالة ايفاسن	56,60	420	0	23 744	23 744
بوقاعة	60,17	767	33 777	12 396	46 173
بني فودة	158,98	140	0	22 224	22 224
تاشودة	81,20	124	0	10 034	10 034
بني موحلي	26,62	347	0	9 224	9 224
أولاد صابر	119,70	156	0	18 644	18 644
قلال	125,60	245	0	30 721	30 721
عين السبت	73,15	245	0	17 917	17 917
حمام القرقور	76,45	265	0	20 229	20 229
ايت نوال مزادة	25,35	230	0	5 836	5 836
قصر الأبطال	118,40	268	0	31 693	31 693
بني وسين	56,55	256	0	14 493	14 493
ايت تيزي	36,55	203	0	7 432	7 432
ماوكلان	88,10	223	0	19 638	19 638
القلنة الزرقاء	134,00	155	0	20 722	20 722
واد البارد	50,00	58	0	2 882	2 882
الطاية	143,70	88	0	12 690	12 690
الوجلة	149,52	71	0	10 602	10 602
التلة	115,82	78	0	9 074	9 074
مجموع الولاية	6549,64	314	981 875	1 076 368	2 058 243

المصدر: مديرية البرمجة + مصلحة الحالة المدنية 2022



الملحق رقم (03): توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات العمومية لولاية سطيف 2022

القطاع العام 2022

البلدية	مراكز تصفية الكلى		مصالح الولادة		المؤسسات الاستشفائية المخصصة		المؤسسات الاستشفائية الجوارية		مستشفى جامعي	
	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة
سطيف	22	115	1	120	1	0	0	951	1	0
عين الكبيرة	5	15	1	0	0	158	1	0	0	0
بني عزيز	0	14	1	0	0	60	1	0	0	0
اولاد سي احمد	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0
بوطالب	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
عين الروي	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0
ذراع قبيلة	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0
بئر العرش	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0
بني شباينة	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0
اولاد تيان	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0
الحامة	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0
معاوية	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
عين قتراج	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0
عين عباسية	0	06	1	240	1	0	0	0	0	0
دهامسة	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
بابور	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0
قجال	0	06	1	120	1	0	0	0	0	0
عين طمبر	0	12	1	0	0	0	0	0	0	0
بوسلام	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
العلسة	8	80	1	144	1	180	1	0	0	0
جميلة	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0
بني وزيان	0	11	1	0	0	86	1	0	0	0
الرصيفة	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0



القطاع العام (تابع) 2022

البلدية	مستشفى جامع											
	مركز تفضي الكلي			مصالح الولادة			المؤسسات الاستشفائية المتخصصة			المؤسسات الاستشفائية الجراحية		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة الاستشفائية المتخصصة	العدد	عدد الأسرة الاستشفائية الجراحية	العدد	عدد الأسرة الاستشفائية الجراحية	العدد	عدد الأسرة الاستشفائية	العدد	العدد
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	07	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	37	1	0	0	267	1	0	0	0	0	0
0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	05	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	26	1	0	0	154	1	EH	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	41	1	0	0	275	1	0	0	0	0	0



القطاع العام (تابع) 2022

مركز تصنيفها الكلي		مصالح الولادة		المؤسسات الاستشفائية المتخصصة			المؤسسات الاستشفائية الحوزية			مستشفى جامعي		البلدية
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة المتخصصة	العدد	عدد الأسرة الحوزية	العدد	عدد الأسرة المتخصصة	العدد	العدد		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بني فريدة	
0	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0	تاشودة	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بني موحلي	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	اولاد صابر	
0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	عين السبت	
0	0	08	1	0	0	0	0	0	0	0	حمام فرقوم	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ايت ن مزادة	
0	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0	قصر الازطال	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بني وسين	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ايت تيزي	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ماركلاو	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	القلعة الزرقاء	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	واد البارد	
0	0	06	1	0	0	0	0	0	0	0	الضاربة	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	الروبة	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	الغلة	
61	6	563	36	614	4	1180	7	951	1		المجموع	

المصدر: مديرية الصحة



الملحق رقم (04): نسب ومعدلات التوزيع والتخصيص 2019

ش، ط/ س	معدلات التأطير					معدلات الهياكل				البلدية
	ج- اسنان/ س	صيدلي/ س	طبيب/ س	ط م/ساك ن	ط ع/ساك ن	الولادة/ س	ق،ع،م/ ساكن	ع،م،خ /س	سرير/ساكن	
302	3085	2289	507	742	1598		88700	32255	350	سطيف
368	9071	3887	800	3402	1047	54424	6047	54424		عين
314	9903	2201	381	943	639	19805	3961	19805	83	عين
647	5665	5665	1193	11330	1333		7553	22660		الاوريسية
990	19793	3959	1237		1237		6598	9897		مزلق
439	8976	3646	753	2992	1006	58341	5834	23336	486	مجموع
90	6363	2025	264	445	646		11135	44541	297	عين
332		5486	1567		1567		3657			أولاد
722		5055	3370		3370		3370			الدھامش
121	9375	2524	367	656	831		6562	65622	437	مجموع
124	8505	5670	1134		1134	17009	8505	17009		بابور
658		4937	4937		4937		3291			سرج
177	13441	5376	1581		1581	26882	5376	26882		مجموع
220	6985	5588	1270	13971	1397	27941	6985	27941		عموشة
1189	5649	11298	2260		2260		7532	22596		تيزي
443			1329		1329		1329			واد
350	6649	7599	1565	26597	1662	53194	5910	26597		مجموع
176	11247	7498	1071		1071	22493	4499	22493		بني
1371	5485	8228	1828		1828		8228	16456		عين
1078	7547	7547	1887		1887		2516			معاوية
316	7749	7749	1368		1368		4650	23248		مجموع
203	4048	2516	346	571	878		13299	23274	369	عين
1399	6644	5315	2416		2416		4429			قلال
1199	13792	5517	1724		1724		5517	27584		قصر
767		11507	2301		2301		2877	11507		أولاد
308	5475	3308	527	974	1150		7217	26461	630	مجموع



(تابع) نسب ومعدلات التوزيع والتخصيص 2019

البلدية	معدلات التناظر				معدلات الهياكل					
	ش، ط/ س	ج- اسنان/ س	صيدلي/ س	طبيب/ س	ط- م/ساك ن	ط- ع/ساك ن	الولادة/ س	ق، ع، م/سا كن	ع، م، خ/ س	سرير/ساك ن
قجال	556	6666	5000	2500		2500	39998	4444	39998	286
أولاد صابر	777		5181	2590		2590		3108		
مجموع الدائرة	604	9257	5049	2525		2525	55540	3967	55540	397
صالح باي	450	3453	6215	971		971	31075	3884	31075	
أولاد تبان	1023	12281	3070	1754		1754	12281	3070	12281	
الرصفة	752		6015	3008		3008	18045	9023	18045	
الحامة	638	5315	7973	1450		1450	15946	3987	15946	
بو طالب	2037	10184	10184	2037		2037		2037	10184	
مجموع الدائرة	648	6252	5835	1435		1435	21882,7	3806	17506	
عين أزال	1121	5298	3643	482	788	1240		8326	29142	486
عين الحجر	1156	10696	5348	1945		1945	42782	7130	21391	
بير حدادة	730	6019	8026	830	1605	1720	24077	6019	24077	
بيضاء برج	1175	6853	4569	2056		2056	41118	41118	20559	
مجموع الدائرة	1059	6650	4618	866	1868	1614	55420	9237	23751	1386
بني ورثيلان	428	6212	1553	244	444	540		3106	12423	144
عين لفراج	1190		5155	5155		5155	15464	3093	15464	
بني شبانه	1699	13592	13592	1942		1942	13592	3398	13592	
بني موحلي	4427		8853	2951		2951			8853	
مجموع الدائرة	968	16777	3872	786	1798	1398	25166	3872	12583	585
بوعنداس	370	10371	5186	1729		1729	20742	10371	20742	
بوسلام	3271		8177	5451		5451		8177	16354	
ايت تيزي	2407			3611		3611		3611		
ايت نوال مزادة	1908			2862		2862		2862		
مجموع الدائرة	747	25021	8340	2634		2634	50042	6255	25021	
بوقاعة	138	3168	2534	317	487	905		4224	38012	132
عين الروي	376	6956	4637	1159		1159	13911	3478	13911	
بني وسين	1071		6428	2571		2571		6428	12856	
مجموع الدائرة	200	4627	3239	473	831	1098	64779	4319	21593	225



نسب ومعدلات التوزيع والتخصيص 2019 (تابع)

ش، ط/ س	ج- اسنان/ س	المعدلات				معدلات الهياكل				البلدية
		صيدلي/ س	طبيب/س	ط م/س	ط ع/س	الولادة/ س	ق،ع،م/ ساكن	ع،م،خ /س	سرير/ س	
397	17855	4464	1275		1275	17855	3571	17855		حمام القرقور
1349	16188	16188	3238		3238			16188		ذراع قبيلة
597	17022	6809	1792		1792	34043	3404	17022		مجموع الدائرة
611		3666	1222		1222		1833	3666		قنزات
181		4158	416		416	4158	1386	4158		حربيل
270		3912	602		602	7824	1565	3912		مجموع الدائرة
1962		5887	4416		4416		4416	17662		ماوكلان
4399	7332	4399	3142		3142		7332			تالة ايقا سن
2833	13219	4957	3605		3605		5665	39658		مجموع الدائرة
1464	4071	3770	762	1375	1711		29081	67855	628	العلمة
1353		4398	1759		1759		5864	17592		القلعة الزرقاء
1281	16015	6406	2288		2288	32029	6406	16015		بازر سخرة
1430	4869	4019	870	1711	1771	253186	16879	42198	781	مجموع الدائرة
121	8620	2873	616		616	17240	5747	17240		حمام السخنة
362		2898	1288		1288	11592	5796	11592		الطاية
851		4256	1702		1702		8511			التلة
203	18672	3112	889		889	18672	6224	18672		مجموع الدائرة
560	14849	7425	1350		1350	29698	9899	29698		ببر العرش
1102	8263	5509	1377		1377		4132	16526		البلاعة
818		4907	818		818		4907	9813		الولجة
708		9199	1840		1840	9199	2300	9199		تاشودة
701	16309	6524	1279		1279	32618	5018	16309		مجموع الدائرة
608	6839	6839	1710		1710	27357	9119	27357		جميلة
1430	10013	6675	1821		1821	20026	10013	20026		بني فودة
803	7897	6769	1755		1755	23692	9477	23692		مجموع الدائرة
406	5692	3658	752	1584	1432	68523	7679	25820	682	مجموع الولاية

المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، 2019



الملحق رقم (05): الامراض ذات التصريح الإجباري 2019 لولاية سطيف

المجموع	الأمراض															البلدية		
	التهاب الاحليل	البهاارسيا	الحمى المالطية	الكلب	كيس	الخصوى	اللاشماتيا	الجلد	السل	التهاب السحايا	الخصية	الشلل	HVC	HVB	HVA		TIAC	حمى التيفويد
749	0	0	7	0	2	0	1	293	36	62	0	6	23	278	41	0	0	سطيف
141	0	0	17	0	0	0	0	82	7	11	0	0	2	21	1	0	0	عين أرناث
53	0	0	0	0	0	0	1	17	4	0	0	1	0	30	0	0	0	عين عباسة
45	0	0	1	0	0	0	0	14	5	3	0	0	2	10	4	6	0	الاوريسيا
45	0	0	3	0	0	0	3	20	2	7	0	0	1	8	1	0	0	مزلوق
1033	0	0	28	0	2	0	5	426	54	83	0	7	28	347	47	6	0	مجموع الدائرة
92	0	0	1	0	0	0	0	9	11		0	1	0	70	0	0	0	عين الكبيرة
21	0	0	0	0	0	0	0	5	0		0		0	11	5	0	0	أولاد عدوان
12	0	0	0	0	0	0	0	5	4		0		0	3	0	0	0	الدهامشة
125	0	0	1	0	0	0	0	19	15	0	0	1	0	84	5	0	0	مجموع الدائرة
17	0	0	0	0	0	0	0	7	0		0		0	10	0	0	0	بابور
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0		0	0	0	0	0	سرج الفول
18	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	10	0	0	0	مجموع الدائرة
40	0	0	4	0	0	0	0	11	5		0		0	20	0	0	0	عموشة
35	0	0	3	0	0	0	0	6	2		0		0	18	6	0	0	تيزى نبشار
2	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0		0	1	0	0	0	واد البارد
77	0	0	7	0	0	0	0	18	7	0	0	0	0	39	6	0	0	مجموع الدائرة
11	0	0	0	0	0	0	0	5	6		0		0	0	0	0	0	بني عزيز
27	0	0	5	0	0	0	0	6	3		0	1	0	12	0	0	0	عين السبت
10	0	0	0	0	0	0	0	2	5		0		0	0	3	0	0	معاوية
48	0	0	5	0	0	0	0	13	14	0	0	1	0	12	3	0	0	مجموع الدائرة
562			7	0	0	0	4	85	47	303	0	2	7	75	32	0	0	عين ولمان
152			4	0	1	0	0	14	9	29	3	3	4	15	70	0	0	قلال
106			5	0	1	0	0	21	10	43	0	0	4	19	3	0	0	قصر الأبطال
78			0	0	0	0	0	28	1	45	0	0	0	4	0	0	0	أولاد سي احمد
898	0	0	16	0	2	0	4	148	67	420	3	5	15	113	105	0	0	مجموع الدائرة
67	0	0	1	0	0	0	1	14	2	13	0	0	7	15	13	1	0	قجال
35	0	0	5	1	0	0	0	6	3	6	0	0	1	8	5	0	0	أولاد صابر
102	0	0	6	1	0	0	1	20	5	19	0	0	8	23	18	1	0	مجموع الدائرة
57			3	0	1	0	1	15	10	0	0	0	3	19	5	0	0	صالح باي
24			3	0	0	0	0	11	3	0	0	0	2	5	0	0	0	أولاد تبيان
42			11	0	1	0	1	7	4	0	1	0	0	17	0	0	0	الرصفة
34			1		2		4	9	5	10		1	1	1				الحامة
16			3		2		0	1	1	8		0	1	0				بوطالب
173	0	0	21	0	6	0	6	43	23	18	1	1	7	42	5	0	0	مجموع الدائرة
154			2		5		1	60	16	46		2	2	16	3	1		عين أزال
91			10		1		1	25	8	27		1	7	11				عين الحجر
76			6		0		0	12	5	22		0	0	15	16			بير حدادة
90	0	0	6	0	7	0	0	42	2	30	0	0	0	3	0	0	0	بيضاء برج
411	0	0	24	0	13	0	2	139	31	125	0	3	9	45	19	1	0	مجموع الدائرة



الامراض ذات التصريح الإجباري 2019 لولاية سطيف (تاربع)

المجموع	الأمراض																البلدية	
	التهاب الإحليل	التهارسيبا	الحمى العاطية	الكاب	كيس	الحشوي	الاشماتيا الخالء	السل	التهاب السحايا	الخصبة	الشلل	HVC	HVB	HVA	TIAC	حمى التيفويد		التوبرا
14	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	1	0	6	0	0	0	بني ورثيلان
11	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	4	0	0	0	عين لقراج
15	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4	6	0	0	بني شبانه
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	5	0	0	بني موحلى
49	0	0	2	0	0	0	0	7	3	6	2	1	0	17	11	0	0	مجموع الدائرة
27	0	0	0	0	1	0	0	13	2	7	0	0	1	3	0	0	0	بوعنداس
14	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	3	0	0	0	بوسلام
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	ايت تيزي
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ايت نوال مزادة
47	0	0	0	0	1	0	0	24	2	7	0	0	1	12	0	0	0	مجموع الدائرة
96	0	0	9	0	0	0	0	21	27	4	0	0	0	27	8	0	0	بوقاعة
26	0	0	1	0	0	0	0	13	3	0	0	0	0	9	0	0	0	عين الروى
69	0	0	41	0	0	0	0	9	8	2	0	0	0	9	0	0	0	بني وسين
191	0	0	51	0	0	0	0	43	38	6	0	0	0	45	8	0	0	مجموع الدائرة
59	0	0	17	0	0	0	0	8	11	0	0	0	0	17	6	0	0	حمام القرقور
22	0	0	0	0	0	0	1	6	3	0	0	0	0	7	5	0	0	نراع قبيلة
81	0	0	17	0	0	0	1	14	14	0	0	0	0	24	11	0	0	مجموع الدائرة
20	0	0	10	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	6	0	0	0	قنزات
11	0	0	4	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	0	0	0	حربيل
31	0	0	14	0	0	0	0	4	3	1	0	0	0	9	0	0	0	مجموع الدائرة
46	0	0	14	0	0	0	0	16	7	2	0	0	0	7	0	0	0	ماوكلان
22	0	0	2	0	0	0	1	11	3	0	0	0	1	4	0	0	0	تالة ايفاسن
68	0	0	16	0	0	0	1	27	10	2	0	0	1	11	0	0	0	مجموع الدائرة
690	0	0	18	0	0	1	2	196	171	142	3	1	5	133	18	0	0	العلمة
56	0	0	5	0	0	0	1	11	9	13	0	1	1	15	0	0	0	القلنة الزرقاء
116	0	0	1	0	0		1	21	27	17	0	0	5	38	6	0	0	بازر سخرة
862	0	0	24	0	0	1	4	228	207	172	3	2	11	186	24	0	0	مجموع الدائرة
53	0	0	1	0	0	0	0	10	22	9	0	1	0	5	5	0	0	حمام السخنة
26	0	0	1	0	0	0	0	6	7	8	0	0	0	4	0	0	0	الطاية
28	0	0	7	0	0	0	0	8	7	4	0	0	0	2	0	0	0	التلة
107	0	0	9	0	0	0	0	24	36	21	0	1	0	11	5	0	0	مجموع الدائرة
132	0	0	13	0	0	0	3	21	28	32	0	1	0	34	0	0	0	ببر العرش
33	0	0	2	0	0	0	0	10	3	7	0	0	0	11	0	0	0	البلاعة
20	0	0	0	0	0	0	0	1	5	9	0	0	0	5	0	0	0	الولجة
29	0	0	1	0	0	0	0	4	4	10	0	0	0	4	6	0	0	تاشودة
214	0	0	16	0	0	0	3	36	40	58	0	1	0	54	6	0	0	مجموع الدائرة
63	0	0	3	0	0	0	0	24	10	11	2	0	0	13	0	0	0	جميلة
42	0	0	4	0	0	0	0	18	6	3	1	1	1	8	0	0	0	بني فودة
105	0	0	7	0	0	0	0	42	16	14	3	1	1	21	0	0	0	مجموع الدائرة
4640	0	0	264	1	24	1	27	1283	585	952	12	24	81	1105	273	8	0	مجموع الولاية

فهارس الموضوعات



فهرس الموضوعات:

الصفحة	العنوان
أ	مقدمة
الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة	
4	تمهيد
5	1- الدراسات السابقة الإشكالية
20	2- الإشكالية
22	3- أهمية الدراسة
23	4- أهداف الدراسة
24	5- المنهج المستخدم
25	6- تحديد المفاهيم
30	خلاصة
الفصل الثاني مصادر المعطيات	
32	تمهيد
33	1- وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر
35	2- التعداد العام للسكان والسكن
36	3- الديوان الوطني للإحصائيات
38	4- المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات
38	4-1- المسح الوطني العنقودي الرابع متعدد المؤشرات 2012-2013
39	4-2- المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات 2019
40	5- مديرية الصحة لولاية سطيف
41	6- مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية سطيف
44	خلاصة
الفصل الثالث: النمو السكاني في الجزائر	
46	تمهيد
47	1- نظريات النمو السكاني
47	1-1- النظريات السكانية القديمة
48	1-2- النظريات السكانية المعاصرة



49	1-2-1 -1 نظرية روبرت مالتوس
52	1-2-1 -2 النظريات الطبيعية
54	1-2-1 -3 النظريات الاجتماعية
56	1-2-1 -4 النظريات الاقتصادية
58	1-2-1 -5 نظرية الانتقال الديموغرافي
59	2- عوامل النمو السكاني
59	2-1- الخصوبة
60	2-1-1-2 مقاييس الخصوبة
60	2-1-1-2 1 معدل الخصوبة العامة
60	2-1-1-2 -2 معدل الخصوبة الشرعية
61	2-1-1-2 -3 معدل الخصوبة غير الشرعية
61	2-1-1-2 -4 المؤشر التركيبي للخصوبة
61	2-1-1-2 -5 معدل الخصوبة حسب العمر
62	2-1-2 -2 تطور مستوى الخصوبة في الجزائر
63	2-2 الوفيات
63	2-2-1 المقاييس المستخدمة في دراسة الوفيات
64	2-2-1-1 معدل الوفيات الخام
64	2-2-1-2 معدل الوفيات الخاص بالعمر و النوع
65	2-3 الهجرة
66	2-3-1 معدلات الهجرة
66	2-3-1-1 الهجرة الوافدة
66	2-3-1-2 الهجرة المغادرة
67	2-3-1-3 صافي الهجرة
67	2-3-1-4 نسبة الهجرة
68	3- مراحل النمو السكاني في الجزائر بعد الاستقلال
73	4- آفاق تطور حجم سكان الجزائر للفترة (2015-2050)
75	خلاصة

الفصل الرابع: مؤشرات التنمية الصحية والتوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر



77	تمهيد
78	1- مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر
78	1-1- معدل وفيات الأطفال الرضع
80	1-2- معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة
82	1-3- الصحة الإنجابية
83	1-4- متوسط العمر المتوقع عند الولادة (أمل الحياة):
85	1-5- بعض الامراض ذات التبليغ الاجباري
87	1-6- واقع الأمراض المزمنة
91	1-7- الانفاق الصحي
91	1-7-1- نفقات الصحة العامة
91	1-7-2- نفقات الهياكل الإدارية الصحية
92	1-7-3- نفقات تكوين الموارد البشرية الصحية
94	1-7-4- الإنفاق الصحي في ظل جائحة كورونا
96	2- التوجه نحو الرقمنة الصحية في الجزائر
96	2-1- إنجازات الرقمنة في الجزائر
96	2-1-1- استراتيجية الجزائر الكترونية 2013
96	2-1-2- الوكالة الوطنية لتطوير الرقمنة
97	2-1-3- إنشاء التجمع الجزائري للناشطين في الرقميات
97	2-1-4- تأسيس المحافظة السامية للرقمنة
98	2-2- مفاهيم متعلقة بالصحة الرقمية
98	2-3- أهم المنصات الصحية في الجزائر
100	2-4- تطبيقات الصحة الرقمية
102	2-5- إيجابيات الصحة الالكترونية
103	2-6- التحديات التي تعترض تطوير الصحة الرقمية
105	خلاصة
الفصل الخامس: النظام الصحي في الجزائر	
107	تمهيد
108	1- السياسات الصحية في الجزائر



108	1-1- مبادئ السياسات الصحية في الجزائر
109	2-1- مراحل السياسات الصحية في الجزائر
112	2- نشأة النظام الصحي في الجزائر
113	1-2- مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر
113	2-1-1- مرحلة تنظيم القطاع الصحي (1962-1969)
115	2-2-1-2- مرحلة التنمية الصحية والعلاج المجاني (1970-1979)
118	2-3-1-2- مرحلة التوجهات والتغيرات في التنمية الصحية (1980-1989)
120	2-4-1-2- مرحلة اللإستقرار (1990-1999)
123	2-5-1-2- مرحلة الإصلاحات (بعد سنة 2000)
129	2-2-2- النظام الصحي في ظل جائحة كورونا
129	2-2-2-1- مفهوم فيروس كورونا
130	2-2-2-2- انتشار فيروس كورونا في الجزائر
130	2-2-2-3- التجهيزات الطبية للتصدي لفيروس كورونا
131	2-2-2-4- مواجهة النظام الصحي لفيروس كورونا
133	خلاصة
الفصل السادس: الاحتياجات الصحية لولاية سطيف آفاق 2050	
135	تمهيد
136	1- لمحة عن ولاية سطيف
136	1-1- الموقع الجغرافي
138	1-2- التنظيم الإداري
139	1-3- تعداد السكان لولاية سطيف
142	1-4- التركيبة السكانية حسب العمر والجنس لولاية سطيف
144	1-5- توزيع سكان ولاية حسب المناطق السكنية وحسب البلديات
145	2- واقع الصحة في ولاية سطيف
145	2-1- تطور الهياكل الصحية لولاية سطيف
146	2-2- توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات العمومية لولاية سطيف
148	2-3- توزيع الهياكل الصحية للمؤسسات الخاصة لولاية سطيف
149	2-4- الموارد البشرية التابعة للقطاع الصحي بولاية سطيف



155	5-2- نسب ومعدلات التوزيع والتخصيص لسنة 2019
156	3- مؤشرات التنمية الصحية لولاية سطيف
156	3-1- وفيات الرضع
157	3-2- وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات
159	3-3- وفيات الامهات
160	3-4- الأمراض ذات التصريح الإجباري
160	3-5- الانفاق الصحي لولاية سطيف
162	4- الاسقاطات السكانية والصحية لولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050
162	4-1- برنامج الطيف الديموغرافي سبيكتروم (SPECTRUM)
164	4-1-1- متطلبات برنامج سبيكتروم
165	4-2- توقعات في الجانب الديموغرافي لولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050
165	4-2-1- السيناريوهات المتوقعة للخصوبة خلال فتر الاسقاط
166	4-2-2- اختيار السيناريو الأنسب للإسقاطات السكانية
166	4-2-3- المؤشر التركيبي للخصوبة ISF
167	4-2-4- حساب معدل التغير في الخصوبة لكل عشر سنوات
168	4-2-5- التوزيع النسبي للخصوبة
169	4-3- الاتجاهات المستقبلية لسكان ولاية سطيف
172	4-3-1- توقعات الهرم السكاني لسكان ولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة
175	4-4- الاتجاهات المستقبلية للمؤشر التركيبي للخصوبة
176	4-5- الاتجاهات المستقبلية للعمر المتوقع عند الولادة
177	5- الاحتياجات في الجانب الصحي لولاية سطيف من سنة 2022 إلى سنة 2050
186	6- العجز في التغطية الصحية
186	6-1- التغطية الصحية لعدد الاطباء ومقارنتها بالمستوى العالمي
188	6-2- التغطية الصحية لعدد المرضى ومقارنتها بالمستوى العالمي
189	6-3- التغطية الصحية لعدد الأسرة ومقارنتها بالمستوى العالمي
191	6-4- التغطية الصحية للإنفاق الصحي ومقارنتها بالمستوى العالمي
192	7- عرض النتائج
199	8- مناقشة النتائج على ضوء الاهداف والدراسات السابقة



202	خلاصة
204	خاتمة
205	توصيات
208	قائمة المراجع
219	الملاحق
231	فهرس المحتويات

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان
64	الجدول رقم (1) يبين تطور الوفيات الخام في الجزائر
70	الجدول رقم (2) يبين عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (1988 - 1998)
71	الجدول رقم (3) يبين عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (1999 - 2008)
72	الجدول رقم (4) يبين عدد سكان الجزائر ومعدل النمو الطبيعي للفترة (2009 - 2020)
73	الجدول رقم (5) بين تطور حجم سكان الجزائر للفترة (2015-2050)
79	الجدول رقم (6): يبين نسبة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر للفترة الممتدة بين 2010 - 2020
85	الجدول رقم (7): يبين بعض الامراض المصريح بها في الفترة بين (2011 - 2018)
95	الجدول رقم (8): يبين ميزانية التسيير للصحة مقارنة بميزانية التسيير العامة
114	الجدول رقم (9): يبين تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1962-1969
117	الجدول رقم (10): يبين تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1973-1979
119	الجدول رقم (11): يبين تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1980-1989
121	الجدول رقم (12): يبين تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي خلال الفترة 1990-1999
122	الجدول رقم (13): يبين تطور عدد الهياكل الصحية في القطاع العام من (1990-1999)
125	الجدول رقم (14): يبين تطور عدد الهياكل الصحية في القطاع العام من (2008-2020)
127	الجدول رقم (15): يبين التطور الاجمالي للعيادات الطبية (2008 - 2020)
138	الجدول رقم (16): يبين التنظيم الإداري لولاية سطيف سنة 2022
141	الجدول رقم (17): يبين عدد سكان ولاية سطيف من سنة 2010 إلى سنة 2022
142	الجدول رقم (18): يبين توزيع سكان ولاية سطيف حسب العمر والجنس إلى غاية 31/12/2022
145	الجدول رقم (19): يبين الهياكل الصحية العمومية لولاية سطيف خلال 2008 - 2022



149	الجدول رقم (20): يبين توزيع الهياكل الصحية الخاصة لولاية سطيف لسنة 2022
162	الجدول رقم (21): يبين الإنفاق الصحي لولاية سطيف من 2018 إلى 2022
168	الجدول رقم (22) يبين التوزيع النسبي للخصوبة
170	الجدول رقم (23): يبين الاتجاهات المستقبلية لعدد سكان ولاية سطيف (2022-2050)
177	الجدول رقم (24): يبين احتياجات عدد الأطباء لولاية سطيف (2022 – 2050)
178	الجدول رقم (25): احتياجات عدد اعوان الشبه الطبي (2022 – 2050)
180	الجدول رقم (26): يبين احتياجات عدد المراكز الصحية لولاية سطيف (2022 – 2050
181	الجدول رقم (27): يبين احتياجات عدد المستشفيات لولاية سطيف (2022 – 2050)
182	الجدول رقم (28): يبين احتياجات عدد أسرة المستشفيات لولاية سطيف (2022 – 2050)
183	الجدول رقم (29): يبين احتياجات الانفاق الصحي لولاية سطيف (2022 – 2050)
184	الجدول رقم (30): يبين عدد السكان الذينهم في خطر صحي كبير لولاية سطيف (2022 – 2050)

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان
33	الشكل رقم (01) : الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان في الجزائر
41	الشكل رقم (02): الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة لولاية سطيف
63	الشكل رقم (03) يمثل توزيع معدلات الخصوبة في الجزائر والعالم
68	الشكل رقم (04) يمثل صافي الهجرة في الجزائر للفترة بين (2008-2020)
69	الشكل رقم (05) يمثل عدد سكان الجزائر للفترة (1962-1987)
79	الشكل رقم (06) يمثل عدد وفيات الأطفال الرضع في الجزائر للفترة الممتدة بين 2010 - 2020
81	الشكل رقم (07) يمثل احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في الجزائر للفترة الممتدة بين (2010 . 2020)
83	الشكل رقم (08) يمثل تطور معدل وفيات الأمهات من سنة 1999 إلى 2016
84	الشكل رقم (09) يمثل متوسط العمر المتوقع عند الولادة 1990-2020
88	الشكل رقم (10) يمثل نسبة السكان الذين أصيبوا بمرض مزمن واحد على الأقل في الجزائر حسب الجنس - مسح 2019
89	الشكل رقم (11) يمثل نسبة السكان الذين صرحوا بالإصابة بأول مرض مزمن في الجزائر حسب الجنس - مسح 2019



92	الشكل رقم (12) يمثل النسبة المئوية للإنفاق الحكومي العام على الصحة لبعض الدول المتقدمة
93	الشكل رقم (13) يمثل النسبة المئوية للإنفاق الحكومي العام على الصحة لبعض دول شمال إفريقيا
102	الشكل رقم (14) يمثل تطبيقات الصحة الرقمية
128	الشكل رقم (15) يمثل عدد الصيدليات للقطاع العام في الجزائر في الفترة الممتدة بين (2008-2020)
129	الشكل رقم (16) يمثل عدد الصيدليات للقطاع الخاص في الجزائر في الفترة الممتدة بين (2008-2020)
143	الشكل رقم (17) يمثل الهرم السكاني لولاية سطيف لسنة 2022
144	الشكل رقم (18) يمثل نسبة سكان ولاية سطيف حسب المناطق السكنية لسنة 2022
150	الشكل رقم (19) يمثل عدد الأطباء العامون لولاية سطيف خلال الفترة (2008-2019)
151	الشكل رقم (20) يمثل عدد الأطباء الأخصائيون لولاية سطيف خلال الفترة (2008-2019)
152	الشكل رقم (21) يمثل عدد أطباء جراحة الأسنان لولاية سطيف خلال الفترة (2008-2019)
153	الشكل رقم (22) يمثل عدد الصيادلة لولاية سطيف خلال الفترة (2008-2019)
154	الشكل رقم (23) يمثل عدد أعوان شبه طبي لولاية سطيف خلال الفترة (2008-2019)
159	الشكل رقم (24) يمثل تطو معدل وفيات الامهات لولاية سطيف خلال الفترة الممتدة بين (2015-2021)
169	الشكل رقم (25) يمثل معدل الخصوبة حسب الفئات العمرية لسنة 2019
171	الشكل رقم (26) يمثل الاتجاهات المستقبلية لعدد سكان ولاية سطيف (2022-2050)
172	الشكل رقم (27) يمثل الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2030
173	الشكل رقم (28) يمثل الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2040
174	الشكل رقم (29) يمثل الهرم السكاني لولاية سطيف لسنتي 2022 و 2050
175	الشكل رقم (30) يمثل الاتجاهات المستقبلية للمؤشر التركيبي للخصوبة
176	الشكل رقم (31) يمثل الاتجاهات المستقبلية لأمل الحياة (2022-2050)
187	الشكل رقم (32) يمثل تغطية عجز عدد الأطباء لولاية سطيف (2022 - 2050)
188	الشكل رقم (33) يمثل تغطية عجز عدد الممرضين لولاية سطيف (2022 - 2050)
190	الشكل رقم (34) يمثل تغطية عجز عدد أسرة المستشفيات لولاية سطيف (2022 - 2050)
191	الشكل رقم (35) يمثل تغطية عجز الانفاق الصحي لولاية سطيف (2022 - 2050)



فهرس الخرائط

الصفحة	العنوان
136	الخريطة رقم (1) تمثل حدود ولاية سطيف
137	الخريطة رقم (2) تمثل موقع ولاية سطيف بالنسبة للجزائر
139	الخريطة رقم (3) تمثل التقسيم الإداري لولاية سطيف

الملخص:

تتناول هذه الدراسة موضوع "الاتجاهات المستقبلية للتنمية الصحية في الجزائر-توقعات 2050- دراسة تحليلية بولاية سطيف"، حيث تهدف إلى استشراف مستقبل التنمية الصحية في الجزائر في ضوء التحولات الديموغرافية والاجتماعية المتوقعة حتى عام 2050. انطلقت الدراسة من تحليل الإشكالية المتعلقة بواقع القطاع الصحي في الجزائر، مع تسليط الضوء على ولاية سطيف كنموذج تطبيقي.

اعتمدت الدراسة منهجية تحليلية متعددة الأبعاد، شملت مراجعة شاملة للدراسات السابقة ونظريات النمو السكاني، واستندت إلى مصادر بيانات موثوقة مثل الإحصاءات الوطنية، المسوح العنقودية، وتقارير مديرية الصحة، كما استخدمت تقنيات استشراف المستقبل مثل برنامج الطيف الديموغرافي (SPECTRUM) لتوقع السيناريوهات السكانية والصحية المستقبلية.

ناقشت الدراسة محاور رئيسية تشمل تطور النمو السكاني في الجزائر، مراحل السياسات الصحية منذ الاستقلال، وتحديات القطاع الصحي في مواجهة الأمراض المزمنة والجائحات مثل كورونا. كما ركزت على مؤشرات التنمية الصحية، مثل معدلات الوفيات، الصحة الإنجابية، الإنفاق الصحي، ومتوسط العمر المتوقع، إلى جانب دراسة إمكانيات الرقمنة الصحية ودورها في تحسين النظام الصحي.

خلصت الدراسة إلى أن تحقيق التنمية الصحية المستدامة يتطلب استراتيجية متكاملة تتضمن تعزيز الإنفاق الصحي، تحسين التغطية الصحية، الاستثمار في الموارد البشرية والبنية التحتية، وتطوير الحلول الرقمية. كما قدمت توقعات دقيقة للاحتياجات الصحية المستقبلية لولاية سطيف، مثل توزيع الأطباء والأسرة الصحية، بما ينسجم مع التغيرات السكانية والاحتياجات الصحية المتوقعة، وأوصت بسياسات مبتكرة تعزز استدامة وفعالية النظام الصحي الوطني.

الكلمات المفتاحية: الصحة- التنمية الصحية- المؤشرات الصحية- السياسات الصحية- النظام الصحي.

Abstract:

This study explores the topic of "Future Trends in Health Development in Algeria: Projections for 2050, An Analytical Study in the Wilaya of Sétif." It aims to forecast the future of health development in Algeria in light of anticipated demographic and social transformations by 2050. The research begins with an analysis of the challenges confronting the healthcare sector in Algeria, focusing on the Wilaya of Sétif as a practical case study.

The study employs a comprehensive and multidimensional analytical methodology, incorporating an in-depth review of prior studies and population growth theories. It draws on reliable data sources such as national statistics, multiple indicator cluster surveys, and reports from the Directorate of Health. Furthermore, it utilizes advanced forecasting tools, including the demographic spectrum program (SPECTRUM), to predict future demographic and health scenarios.

The research addresses key themes, including the evolution of population growth in Algeria, the stages of health policies since independence, and the challenges facing the healthcare sector in combating chronic diseases and pandemics such as COVID-19. It also examines health development indicators such as mortality rates, reproductive health, healthcare expenditure, and life expectancy. Additionally, it investigates the potential of health digitization and its role in advancing the healthcare system.

The findings underscore that achieving sustainable health development necessitates an integrated strategy involving enhanced health expenditure, improved healthcare coverage, investments in human resources and infrastructure, and the adoption of digital solutions. The study provides precise projections of future healthcare needs in the Wilaya of Sétif, including the distribution of physicians and hospital beds, in alignment with anticipated demographic shifts and health requirements. It concludes with recommendations for innovative policies to strengthen the sustainability and efficiency of Algeria's national healthcare system.

Keywords: Health , Health Development , Health Indicators , Health Policies , Healthcare System.