



الخدمات الصحية والانفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و2020

Health services and spending on health in Algeria between 1962 and 2020

د. بوفاتح ثورية

د. طفياي المولودة بوفاتح كلتومة

جامعة تلمسان، الجزائر

جامعة تلمسان، الجزائر

thouria.boufatah2008@gmail.com

boufatehkeltouma@gmail.com

تاريخ النشر: 2023/04/22

تاريخ القبول: 2023/04/20

تاريخ الإرسال: 2023/02/01

الملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى تبيان واقع المنظومة الصحية في الجزائر من خلال دراسة أثر الانفاق (على الصحة) على الخدمة الصحية خلال الفترة الممتدة من 1962 إلى غاية 2020، ولبلغ هذه الغاية اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي. ومن بين النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة هي تأكيد عدم التوازن بين النفقات على الصحة وخدماتها، الناتجة عن اختلالات متعلقة بالتسيير من خلال تحكيم الكم على حساب الكيف، وتلك المرتبطة بكل من التنظيم والاعلام وتكوين المستخدمين، والأخرى المتعلقة بالتمويل، الى جانب العراقيل المرتبطة بالقانون والتشريع. ومن اهم التوصيات والاقتراحات التي تم وضعها، هي دراسة ملف اصلاح النظام الصحي الوطني بصرامة من خلال تقديم إجابات متماسكة وموثوقة عن المشكلات الحالية وذلك بعدة سبل يتعين تطويرها.

الكلمات المفتاحية: الجزائر، النظام الصحي، الرعاية الصحية، الخدمة الصحية، الإنفاق الصحي، الاختلالات .

Abstract:

This research paper aims to show the reality of the health system in Algeria by studying the impact of spending (on health) on health service during the period from 1962 to 2020. To this end, this study relied on the analytical descriptive approach. Among the results reached in this study is the confirmation of the imbalance between expenditures on health and its services, resulting from imbalances related to management through arbitration of quantity at the expense of quality, and those related to each of the organization, information and training of employees, and others related to financing, in addition to the related obstacles. Law and legislation, and among. One of the most important recommendations and suggestions that have been developed is the file of reforming the national health system should be studied rigorously by providing coherent and reliable answers to the current problems in several ways that must be developed .

Key Words: Algeria, health system, health care, health service, health spending, public health, imbalances.

JEL Classification : I11, I18

*مرسل المقال: طفياي المولودة بوفاتح (boufatehkeltouma@gmail.com)



المقدمة:

تحتيات عدة شهدها النظام الصحي في الجزائر حيث قطع اشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة ، كان هذا الاخير ضمن القطاعات التي منحتها الدولة الاولوية منذ الاستقلال. فرغم ارتفاع ميزانيته، الا انه لم يحقق الرعاية الصحية الكافية للمواطنين، بما ان الكم طغى الى حد الان على الكيف ، اذ عرف القطاع تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية، فقد لوحظ ارتفاعا متصاعدا للسلك الطبي بمختلف رتبهم كالأستاذ ، الاستاذ المحاضر ، الطبيب العام ، الطبيب المختص بالإضافة الى اعوان شبه طبي ، اما عن الهياكل القاعدية فكان عن طريق تفاقم عدد المستشفيات ، وقاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية وعلى مستوى كل حي كما كان ميلاد بعض المؤسسات الهامة بارزا وظاهرا للعيان على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ، ومعهد باستور (الجزائر) الذي اصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في بعض المجالات ، الى جانب الصيدلية المركزية للمستشفيات و الوكالة الوطنية للدّم.

ويؤكد الواقع المعاش محدودية الخدمة الصحية بالرغم من الانفاق الصحي المتزايد، اذ يظهر ذلك جليا في الممارسات غير السليمة ونقص الكفاءات ، الى جانب ضعف تسيير المؤسسات الصحية .

الإشكالية: هل نجح النظام الصحي الجزائري في الموازنة بين الإنفاق على الصحة والخدمات الصحية؟ أما عن الفرضيات المطروحة فيمكن حصرها في ثلاث نقاط .

الفرضيات:

- تطورا ملحوظا عرفه النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال.
- تميز النظام محل الدراسة باختلال التوازن بين الكم والكيف في الخدمة الصحية.
- اتسم بعدم التوازن بين الانفاق على الصحة وجودة الخدمات الصحية.
- ممارسات غير سليمة طغت على الخدمة الصحية (تسييرية، تنظيمية... الخ) في الجزائر منذ الاستقلال الى يومنا هذا.

ومن اجل البحث في هذا الموضوع اتبعنا الخطة التالية:

وضعنا مقدمة للبحث أشرنا فيها الى اشكالية وفرضيات الموضوع، ثم انتقلنا الى المبحث الاول وضمناه عموميات حول نظام الصحة في الجزائر، ثم الى المبحث الثاني حيث قمنا فيه بإظهار تطور النظام الصحي في الجزائر عبر فترات زمنية متلاحقة، ووضعنا مبحثا ثالثا اظهرنا فيه حجم الانفاق على الصحة في الجزائر، ثم عرجنا في مبحث رابع على الرعاية الصحية في الجزائر،

وحاولنا قدر المستطاع اظهار في مبحث خامس عدم التوازن بين الانفاق على الصحة وجودة الخدمات الصحية في الجزائر. واخيرا ومن خلال بعض الاستنتاجات وضعنا اقتراحات وتوصيات بعض المختصين من اجل معالجة هذه الاشكالية المستمرة.



المناهج المستعملة: اتبعنا المنهج التاريخي، من خلال تطرقنا الى نشأة وتطور النظام الصحي في الجزائر، والمنهج الوصفي التحليلي من باب وصف وتحليل واقع النظام الصحي في الجزائر بالاعتماد على الاحصائيات الرسمية الوطنية، الى جانب الاقتراب القانوني المؤسسي وذلك بالرجوع الى النصوص القانونية والدستورية، والاجراءات التنظيمية المنظمة للمستشفيات الخاصة.

الدراسات السابقة:

ارتكز هذا البحث على دراسات عديدة لكن نحصر اهمها في:

- دراسة A. Ouchfoun ET D. Hammouda المعنونة ب Bilan de vingt-huit années de politique 1993 وهي عبارة عن عرض تاريخي للسياسة الصحية بالجزائر من خلال تحليل تطور النظام الصحي الجزائري منذ 1963 وانعكاساته على الحالة الصحية للسكان إضافة الى اجراء دراسة مقارنة ما بين الانفاق الصحي في الجزائر ونظيره في المغرب وتونس ومن نتائج هذه الدراسة التحليلية: انتهاج الجزائر منذ الثمانينات لشبكة صحية أعطت الأولوية للنظام العلاجي (بناء المستشفيات) على حساب البنية التحتية الخفيفة (العيادات، المراكز الصحية و الطب الاسعافي والوقائي) بوسائل هائلة تم استثمارها في الصحة العامة لأكثر من عقدين لكنها بعيدة كل البعد عن تحقيق النتائج المرجوة مقارنة بتونس والمغرب .وارجع الباحثان سبب ذلك الى عدم ملائمة النظام للاحتياجات الصحية ونقاط الضعف الهائلة في إدارة وتنظيم الخدمات الصحية والنقص التام في التخطيط لتنميتها وذلك بجمع وتحليل صارم للمعلومات الصحية من اجل الإدارة العقلانية و التخطيط وفقا للاحتياجات .
- دراسة ريمة اوشن، إيمان بن زيان وهمامة بن عمومة 2017 والمعنونة بأسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء .هدفت هذه الدراسة الى التقصي والبحث عن أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وهي دراسة إحصائية اخذت كمجتمع للدراسة اربع مستشفيات في الشرق الجزائري، المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة، المركز الاستشفائي الجامعي سطيف، المركز الجامعي الاستشفائي قسنطينة و المركز الاستشفائي الجامعي بعنابة، اما العينة فهي مكونة من 286 طبيب تم استجوابهم .توصلت الدراسة الى النتائج التالية: من بين أكثر الابعاد المسببة لتدني مستوى الخدمات الصحية هي بعدي العاملين والادارة وذلك لنقص الموارد البشرية سواء في التخصص او الكفاءة او التكوين، إضافة الى ضعف أنظمة التحفيز والتقدير وعدم تقبل التغيير وكذلك عدم ملائمة ظروف العمل. اما إداريا فيعود الى نقص الموارد المالية والتسيير السيء والتنظيم غير الملائم إضافة الى غياب أنظمة فعالة ومتطورة تكنولوجيا.
- دراسة كرمين سميرة 2021 والمعنونة ب تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر وهي عبارة عن دراسة تحليلية هدفها تقييم مدى فعالية السياسة الصحية في الجزائر من خلال تحليل اهم مؤشرات تقييم النتائج الصحية. وتوصلت الدراسة الى ان هناك تحقيق مكاسب للنظام الصحي في مجال الرعاية الصحية من الناحية الكمية لكن



هذه المكاسب غير كافية نظرا لحجم التباين بينها وبين النتائج المحققة، فهي لا تعكس الوضع الصحي الحقيقي وبالتالي وجود ضعف كبير في فعالية نتائج السياسة الصحية

القيمة المضافة للبحث:

ارتكازا على هذه الدراسات وأخرى وتحليل وضع الانفاق على الصحة والخدمات الصحية في الجزائر توصلنا الى تأكيد عدم التوازن بين النفقات الصحية والخدمات. اما عن القيمة المضافة لهذه الورقة البحثية فهي إيجاد طرق ونماذج تسييرية مثلا التسيير التقديري بالأهداف الذي يعتمد على انشاء نظام معلوماتي فعال وتعزيز التعليم المستمر، تطبيق التعاقد إضافة الى اللامركزية في تنظيم الخدمات الصحية خاصة في الجنوب.

I. عموميات حول النظم الصحية (التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000)

1- أهمية النظم الصحية

النظم الصحية عبارة عن مجموع الأشخاص العاملين في إطارها والإجراءات التي يتخذونها بهدف تحسيس مستوى الصحة أساسا. فبعد ان كانت النظم تشكل طوال قرون كيانات صغيرة خاصة او خيرية تنقصها الفعالية في اغلب الأحيان، فانها تطورت تطورا سريعا مع اكتساب وتطبيق معارف جديدة خلال هذا القرن. و قد ساهمت مساهمة هائلة في تحسين مستوى الصحة . فلا يجب على النظم الصحية ان تقتصر على تحسين مستوى صحة الافراد فحسب بل بحمايتهم من التكاليف المالية.

ترمي النظم الصحية الى تحقيق ثلاث اهداف اساسية تتمثل في :

- تحسيس مستوى صحة الشعوب التي توفر لها الخدمات،
- الاستجابة لتوقعات الناس،
- ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الامراض.

2- تطور النظم الصحية

ساهمت النظم الصحية في الارتفاع الهائل في متوسط العمر المأمول الذي شهده القرن العشرون. كما ساهمت مساهمة ضخمة في تحسين مستوى الصحة . وقد أصبح الدور الذي تلعبه مطرد الأهمية. ومع ذلك، فان الفجوة التي تفضل بين الطاقة الكامنة للنظم الصحية وبين أدائها الفعلي لاتزال واسعة جدا كما ان الحصائل تتباين تباينا كبيرا بين البلدان التي قد تتوفر فيها الموارد والإمكانيات ذاتها.

لايمكننا التكلم عن النظم الصحية بدون ان نعرض على تعريف كلا من الخدمة والرعاية الصحية والصحة العامة.



3- الخدمة الصحية

الخدمة الصحية ماهي "الا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة التي تحقق اشباعا ورضا معيناً للمستفيد (بواعنة، 1989، صفحة 68).

4- الرعاية الصحية:

الرعاية الطبية تعني الخدمة او الخدمات العلاجية او الاستشفائية او التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي الى فرد واحد او من افراد المجتمع ، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة او في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي او العناية التمريضية او الحكومية التي تقدمها الممرضة للمريض او التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المخبر لشخص ما او لفائدة اشخاص غير ان الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث ان الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن ان يقدم له توضيحات و معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره والوقاية منه

لتجنب الوقوع فيه في المستقبل، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية الى جانب الرعاية الطبية (عبد المجيد الشاعر، 2000، صفحة 11).

-الصحة العامة : اهم التعاريف و اشهرها تعريف Winslow سنة 1920 اد اورد ان الصحة العامة هي : "علم وفن الوقاية من المرض و إطالة العمر و ترقية الصحة و ذلك بمجهودات منظمة المجتمع من اجل صحة البيئة و مكافحة الامراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية و تنظيم خدمات الطب و التمريض للعمل على التشخيص المبكر و العلاج الوقائي للامراض و تطوير الحياة الاجتماعية و المعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة و الحياة (السيد رمضان و سلوى عثمان الصديقي، 2004، صفحة 79).

فالسؤال المثير هو ماذا عن المنظومة الصحية الجزائرية؟

عرف قطاع الصحة في الجزائر قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية (الهياكل القاعدية للصحة) خاصة خلال العشر سنوات المنصرمة حيث خصصت 8 % من الناتج المحلي الى قطاع الصحة في سنة 2010 عوض 6.1% من الناتج المحلي لسنة 1999 وهذا من اجل التقليل من نسبة العجز الذي يعاني منه قطاع الصحة (كرمين سميرة، 2021، صفحة 3).



II. تطور النظام الصحي في الجزائر

عدة تطورات شهدتها النظام الصحي في الجزائر حيث جاءت نتيجة للإصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال يتماشى وتطلعات الافراد. امتدت هذه التطورات عبر حقب زمنية متسلسلة نفصلها كما يلي:

1- فترة : 1962-1974

وضعية صعبة عرفت الجزائر بعد الاستقلال نظرا للظروف الاقتصادية والاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد. كان النظام يلبي احتياجات نسبة قليلة من السكان المتمركزين في المدن وبعض الأرياف وذلك بواسطة طب الدولة. من اهم مميزات هذه الفترة ما يلي:

- قلة العمال في السلك الطبي والشبه الطبي نتيجة مغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر خاصة امام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين كما ان توزيعهم عبر التراب الوطني (Ouchefoun.A & Hammouda.D, 1993, p. 64)

الجدول رقم(1) : تطور نسبة الاطباء الجزائريين والأجانب 1963-1972

السنوات	1963	1966	1972	1966	1972
الأطباء الجزائريين	26.70%	16.30%	39.50%	86.10%	89.30%
الأطباء الأجانب	70.30%	73.20%	60.50%	13.90%	10.70%

المصدر: الندوة الخاصة بتطور النظام الوطني للصحة، الجزائر، 1983، ص54.

2- فترة: 1974-1988،

تم بموجب القرار الوزاري الصادر في جانفي 1974 تحويل هياكل التعااضديات الفلاحية الى مصالح الصحة ، بالإضافة الى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي بعمال الصحة من طرف الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة و تحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي و التعااضديات الى وزارة الصحة . وهكذا اصبح النظام الصحي الوطني ينظم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها او مجال نشاطها . و في هذا الاطار نص الميثاق الوطني 1976 على حق المواطن في الطب المجاني و بالرغم من حداثة الاستقلال و الظروف الصعبة التي ميزت المرحلة و طنيا و دوليا، استطاعت الجزائر تحقيق تطورا في القطاع الصحي و هذا من خلال تشجيع التنمية البشرية و تكوين الإطارات الطبية و شبه الطبية، (جريدة المساء، 2012)

وفي المقابل، مع هذا التطور في الموارد البشرية، ظهرت عدة مشاكل تتمثل في هجرة الادمغة خاصة الأطباء و تركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى وقلة وتيرة التطور في التنمية البشرية، بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.



اما بشأن تطور الموارد المادية، فتميزت هذه المرحلة بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية و مع هذا سجل ارتفاع محسوس في عدد العيادات المتعددة الخدمات .

كما تميز النظام الصحي في نهاية هذه المرحلة (1979) بلا مركزية حقيقية للعلاج وايصال واسع للعلاج للمواطن وهذه بواسطة تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة والولاية. وحتى يقوم القطاع الصحي من خلال المستشفى بالمهام المنوطة به، تم اقتراح ما يسمى بالقطاعات الصحية الفرعية، والتي تعد العيادات المتعددة الخدمات المقر التقني الإداري لها. وبدأت ثمار اصلاح العلوم الطبية وإعادة ترتيب التكوين شبه الطبي تظهر بوضوح، حيث لوحظ ارتفاع محسوس للسلك الطبي بمختلف رتبهم الى جانب أعوان شبه الطبي، ففي هذه السنة (1979) بلغ عدد الهيئة الطبية الجزائرية 3761 طبيباً مقابل 2320 طبيباً اجنبياً وهذا المجموع من الأطباء (6081) يضمون تغطية صحية، تعادل طبيباً واحداً لكل 2960 نسمة، ومن جهة أخرى، فان عدد أعوان الشبه الطبي وصل الى 46669 ممرضاً وعوناً بمختلف التخصصات والفروع وهذا ما يمثل تغطية شبه طبية تتمثل في عون شبه طبي واحد لكل 386 نسمة.

3- الفترة من 1988 إلى 2020

انخفاض سعر النفط سنة 1986، اوقع البلاد في ازمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع حيث ازمة تراكم انتاجي، اعتماد الاقتصاد الوطني على قطاع المحروقات، البطالة، التضخم، المديونية المتفاقمة..... الخ، ذلك ما غير بعمق الشروط الداخلية والخارجية لعمل الاقتصاد الوطني.

ان الإصلاحات المتبعة منذ 1988، والأوضاع التي عرفها الاقتصاد الوطني حولت الشروط الداخلية والخارجية لتشغيل النظام الصحي الجزائري. من بين الإجراءات التي كان لها اثرا كبيرا نذكر تخفيض قيمة الدينار التي ضاعفت أسعار المدخلات تحرير الأسعار و احتكار الدولة للتجارة الخارجية التي اثرت على النظام الصحي بطبعه اداري، اد واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع هذا الوضع خاصة فيما يخص المشتريات و التموين، هذا الى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة و الى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية .ولكن بعد ارتفاع اسعار المحروقات التي شهدتها البلاد عرف الانفاق الصحي تطوراً ملحوظاً . (بن لوصيف زين الدين، 2007)

III. الانفاق على الصحة في الجزائر

ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي عاشتها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول نمواً معتبراً في نسبة الاعتماد المخصص لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الافراد. والجدول التالي يوضح أكثر مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.



الجدول (2): تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام

السنة	1993	1994	1995	1996	1997	2005	2006	2007	2008	2009
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة ب دج ⁶ 10	15240	18294	19973	25580	27736	39460	67164	90254	139041	176036
نسبة التمويل بقطاع الصحة	59%	61%	56%	60.6%	60.6%	75.3%	64.95%	71.34%	77%	81.77%
نسبة الانفاق على الصحة الى الناتج الداخلي الخام	2.2%	2.2%	1.8%	1.5%	16%	3.5%	4.1%	4.3%	4.1%	3.6%

المصدر: زيدان سناء، إدارة ومالية المؤسسات الاستشفائية: 2001 و 2002، ص 171

بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالجزائر الا ان الطلب على العلاج يتزايد مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوفرة لدى القطاع الصحي العمومي وهذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من اجل التكفل بالمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية (امير جيلالي، 2001، صفحة 64)

IV- واقع جودة الرعاية الصحية بالجزائر:

رغم ما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية المترجم بضخامة الانفاق على الرعاية الصحية الا أنّ الاستفادة من ذلك مازال دون المستوى، و بقي القطاع يتخبط في مشاكل عديدة تؤثر سلبا على مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة .و تدني الجودة ناتج عن عدة عوامل من بينها نقص المعلومات أو انعدامها في بعض الأحيان إضافة الى عدم استعمال تكنولوجيا المعلومات التي أثرت و تؤثر على جودة الرعاية الصحية، إضافة الى ضعف كفاءة العاملين بالقطاع الذي يظهر من خلال عدم تحديث معلوماتهم باستمرار (بوفاتح تورية، 2021، صفحة 265) مثلا التنبؤ بانتشار المرض و توقع فتراته(مثلما كان الامر خلال وباء كورونا).رغم ذلك نجد بعض المبادرات من الأطباء للنهوض بالقطاع وبالتالي بالبحث فيه على كل المستويات. ومن خلال هذه الجداول يتم التأكد من تزايد نفقات الدولة في القطاع-موضوع الدراسة-دون الوصول الى المبتغى في الرعاية الصحية.



الجدول رقم (3): عدد الأطباء حسب قطاع النشاط

2017		2016		2015		2014		2013		2012		أطباء
خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	
21611	57227	19779	55158	18478	54953	16770	52306	15911	50325	15322	48212	
73335	6928	6733	7014	6384	7261	5928	7240	5587	7195	5441	6981	جراحو أسنان
10541	1796	10193	1695	9974	1501	9794	1284	9520	10818	9177	994	صيادلة
39487	65951	36705	63867	34836	63715	32492	60830	31018	58538	29940	56187	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء www.OMS.dz/santé

عدة ملاحظات يمكننا وضعها من خلال تفحص هذا الجدول وهي على التوالي:

-ارتفاع في عدد الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان بالقطاع العمومي والخاص من سنة 2012 الى سنة 2017 بالنسبة للقطاع العمومي فقد ارتفع عدد الأطباء من سنة 2012 الى 2017 بحوالي 20% ويعتبر نوعا ما تعبيراً عن متطلبات السكان في ست سنوات، لكن جراحو الأسنان كان الارتفاع في عددهم ضئيلاً من سنة 2012 الى سنة 2013، 2014، 2015، 2016 الى أن يتذبذب سنة 2017 بسبب الاتجاه الى القطاع الخاص الذي عرف ارتفاعاً نوعاً ما معتبراً [6981 سنة 2012 الى 7335 سنة 2017].

-بالنسبة للصيادلة نلاحظ اتجاه القطاع الخاص أكثر منه في القطاع العام بحيث سجل ارتفاعاً معتبراً من سنة 2012 الى 2017 في حين يعرف القطاع العام ارتفاعاً معتبراً بحوالي النصف 50%.

تعد زيادة عدد المتخصصين في الرعاية الصحية أمراً حاسماً لجودتها هذا ما نجده من خلال تطور في تعداد الأطباء والصيادلة وجراحو الاسنان والغرض منها هو تحسين الجودة والتقدم المحرز في المناهج لكن تضل المعرفة والدراية والمهارات الشخصية ضرورية لذلك وهذا لا يكون الا باكتساب حجم معتبر من المعلومات الصحية واستغلال تكنولوجيا المعلومات لزيادة كفاءة المتخصصين وبالتالي التوجه أفضل الى إدارة جودة الرعاية الصحية الشاملة.



الجدول رقم (4): المنشآت القاعدية الصحية

2017		2016		2015		2014		2013		2012		
العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	
40322	205	38407	200	38305	200	38015	196	37769	194	37545	193	مؤسسة استشفائية عامة (م.أ.ع) مؤسسات القطاع الصحي سابقا
1354	09	1324	09	960	09	926	05	876	05	849	05	مؤسسة استشفائية عامة (م.أ.) مؤسسات القطاع الصحي سابقا
12799	15	12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	مراكز استشفائية جامعية (م.أ.ج)
869	01	818	01	810	01	806	01	764	01	759	01	مؤسسة استشفائية جامعية
11818	77	11725	75	11637	75	11499	71	11298	68	10863	66	مؤسسة استشفائية متخصصة (م.أ.م)
...	127	...	123	...	114	...	97	...	107		105	دور الولادة الخاصة

الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الاستشفائية فقط أما الباقي فيتعلق الأمر بالأسرة المنظمة.

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء. www.oms.dz/santé

في سنة 2012 بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية العامة 193 ليرتفع سنة 2016 إلى 200 مؤسسة ثم 205 سنة 2017 إضافة إلى ارتفاع في عدد الأسرة التقنية من 37545 سنة 2012 إلى 40322 سنة 2017 لكن الملاحظ في جدول المنشآت القاعدية هو استقرار مراكز الاستشفائية الجامعية وارتفاع ضئيل جدًا للمؤسسات الاستشفائية الجامعية أمّا عن الأسرة التقنية فارتفع عدد أفرادها لا يسدّ حاجة السكان المتزايدة فمثلا من سنة 2012 (759) إلى سنة 2017، 869 في المؤسسة الاستشفائية الجامعية.

- كما نلاحظ قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية مقارنة إلى الارتفاع المتزايد لعدد السكان في الجزائر نظرا لثبات في عدد المراكز الاستشفائية الجامعية ب 14 مركز ثم 15 مركز سنوات 2015، 2016، 2017.

- أمّا عن توزيع هذه الهياكل على كل القطر الجزائري نجد تركزها بالعاصمة بنسبة 55 % في حين لا تتعدى 20 % في الغرب، 22 % في الشرق أمّا الجنوب الشرقي 2 % والجنوب الغربي 1 %.



الجدول رقم(5): المنشآت القاعدية خارج المستشفيات

2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
-	273	-	273	-	271	-	271		271		271	المؤسسات العمومية
4213	1695	4075	1684	3889	1659	3735	1637	3539	1615	3314	1601	الجوارية (م.ع.ص.ج) تجميع-عيادات متعددة الخدمات- قاعات العلاج-دور الولادة العمومية
	5957	-	5875	-	5762	-	5726	-	5634	-	5545	
3056	409	3142	416	3175	415	3203	416	3167	412	2996	409	
	653	-	630	-	627	-	622	-	619	-	627	مركز طبي اجتماعي
-	11385	-	11140	-	10865	-	10700	-	10438	-	10058	الصيدليات
-	10516	-	10260	-	9962	-	9794	-	9520	-	9135	منها الخاصة %
-	92.37	-	92.10	-	91.69	-	91.53	-	91.21	-	90.82	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المنشآت الخاصة
-	9795	-	9042	-	8352	-	7742	-	7226	-	6776	عيادة طبيب مختص
-	7803	-	7298	-	6910	-	6654	-	6482	-	6335	عيادة طبيب عام
-	6952	-	6514	-	6144	-	5928	-	5587	-	5368	عيادة طب الاسنان
-	821	-	709	-	600	-	512	-	446	-	426	عيادة ممارسة مجموعة

1. أسرة الاستجالات

2. أسرة عيادة متعددة الخدمات+أسرة عيادات متعددة الخدمات مع دور الولادة+أسرة عيادة متعددة الخدمات مع دور الولادة مغلوقة.

* دور الولادة العمومية=دور الولادة-الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات وبعض قاعات العلاج.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات Santé/ons.dz الجزائر بالأرقام

فمن 2012 الى 2015 عرفت المنشآت القاعدية خارج المستشفيات كذلك ثباتا ملحوظا بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أمّا الارتفاع من 2016 الى 2017 فقد كان ضئيلا جدًا، إضافة الى دور الولادة الذي شهد ارتفاعا ضعيفا نوعا ما من 2012 ب 409 الى 2014 (416) ثم انخفاض في 2015 الى أن يستقر في 2017 ب 409. إذن، يمكن استنتاج انه بالرغم من وجود هذه الهياكل الصحية الا ان القطاع يواجه انتقادات عديدة من خلال تدني جودة الخدمات فيه يرجعها اغلبية المختصين الى شح المعلومات الصحية وعدم استعمال تكنولوجيا المعلومات من طرف الأطباء ومقدمو الرعاية الصحية ممّا يسبّب ارتفاع تكاليف العلاج المادية والاجتماعية. وقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن تبني واستعمال نظام لتبادل المعلومات الصحية لفهم احتياجات مقدمي الرعاية الصحية يؤدي إلى اكتساب معلومات أكثر كفاءة ودقة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

والجدول الموالي يوضح لنا ذلك من خلال تزايد عدد الأمراض التي يجب التبليغ عنها:



الجدول رقم 6: بعض الامراض ذات التبليغ الاجباري:

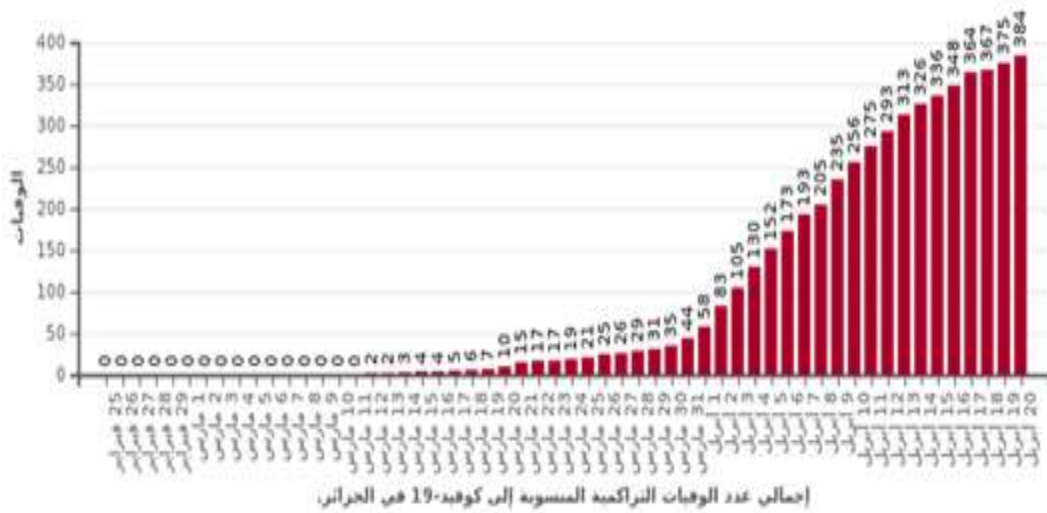
اسم المرض	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
التهاب السحايا منها: -التهاب المكورة السحائية. -أنواع أخرى من التهاب السحايا	3369	5284	3455	3313	6563	3967	5015	4531
التيفويد	223	217	232	177	123	97	78	121
التهاب الأمعاء الغليظة	560	526	150	163	179	158	184	244
كبد حموي A	1853	1262	1466	1556	2746	1357	1719	1292
كبد حموي B	1783	2003	1797	2342	2576	2896	2861	3173
كبد حموي C	526	627	603	785	821	935	798	889
حثار (تراخوما)	556	414	270	7672	1938	1955	834	776
مرض البقيري حمى المستنقعات حالات تحمي المستنقعات المستوردة	15 408 400	19 191 187	11 887 828	35 603 587	1 266 260	6 747 729	4 432 420	5 453 445
كيس محتوى على يرقات الدودة الوحيدة داء الليشمانيات حشوي داء الليشمانيات (جلدي) حمى مالطية الكلب	339 121 21049 10014 14	334 94 16585 6123 17	315 57 8390 4500 17	388 46 6171 3936 21	363 34 4543 5533 7	372 48 6542 6456 21	329 68 8811 8575 15	368 29 11726 10191 20
الحصبة الدفتيريا الخانوق الكزاز منه الكزاز الرضعي الكزاز غير رضعي	1438 0 34 6 1 5	1899 0 27 7 0 7	1899 0 132 10 3 7	3544 0 124 12 2 10	154 0 53 9 1 8	197 0 38 6 0 6	342 0 24 9 0 9	779 0 39 1 0 1
كل أشكال مرض السل السل الرئوي السل خارج الرئة موقع السل غير محدد	21786 10321 11356 109	21887 10033 11728 126	21413 9393 11956 64	21973 9275 12601 97	22449 8892 13431 126	23562 8591 14873 98	22226 8187 13932 107	22357 7533 14780 44
مرض الايدز فيروس نقص المناعة	142 411	102 658	93 619	95 654	101 744	90 650	119 650	82 818

المصدر: www.ons.dz/santé



نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان هناك اعداد لا باس بها من الامراض المبلغ عنها ونجد انها تزداد من سنة الى أخرى. فمثلا التهاب السحايا عرف ارتفاعا من سنة 2010 الى سنة 2014 ولم يسجل الا انخفاضاً ضئيلاً في سنوات 2016 و2017 رغم التبليغ عنه. ونفس الشيء بالنسبة لمرض السل والحمى المالطية، حمى المستنقعات الى غير ذلك من الأوبئة التي يجب تكاثف الجهود للوصول الى جودة ترضي ولو نسبياً مستهلكي الرعاية الصحية. وعلى ذكر الأوبئة الأخرى يجدر بنا ذكر وباء كورونا الذي انتشر بسرعة البرق عبر العالم بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة التي عانى شعبها من سوء الرعاية الصحية مما أدى الى ارتفاع نسبة وفياته بشكل مخيف ما بين 2019 الى 2021.

الشكل 1: إجمالي عدد الوفيات التراكمية المنسوبة لكوفيد 19 في الجزائر.

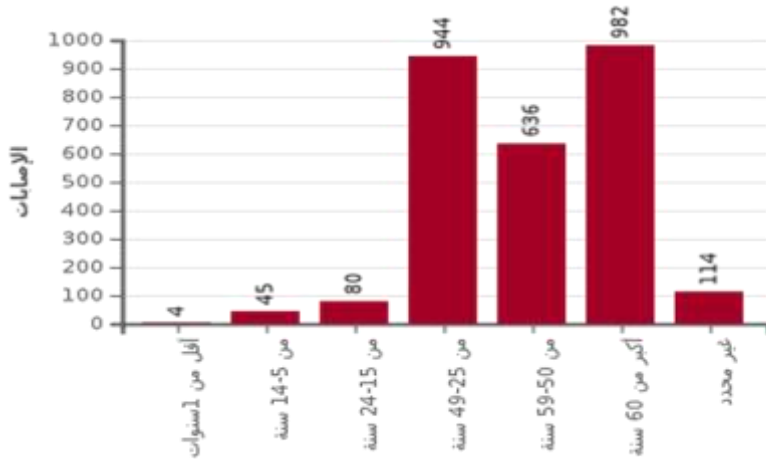


المصدر: موقع ويكيبيديا عبر الرابط <https://bit.ly/3shKHGo>

ان انتشار وباء كوفيد-19 في الجزائر وضع النظام الصحي الوطني تحت ضغط شديد. لقد كشفت هذه الأزمة الصحية بوضوح ضعف النظام الصحي الجزائري بالرغم من ضخامة ما انفقته على هذا القطاع بالذات. حسب البيانات والمعطيات التي نشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من تاريخ 25 فيفري 2020 إلى تاريخ 20 أفريل 2020 حول الحالات المؤكدة والمصابة بفيروس كورونا وعدد الوفيات، تثبت صحة ما تقدمنا به من انتقادات. وسنقدم فيما يلي تمثيلات بيانية للحالات المؤكدة مع الإشارة لسن الأشخاص المصابين، بالإضافة إلى الوفيات:



الشكل 2: إجمالي عدد الاصابات بكوفيد 19 حسب السن (في الجزائر)



إجمالي عدد الحالات المنسوبة إلى كوفيد-19 في الجزائر حسب السن.

المصدر: موقع ويكيبيديا عبر الرابط <https://bit.ly/3shKHGo>

عموما نستنتج من كل ما عرض، ان الجزائر عانت وما زالت تعاني من عدم التوازن بين الانفاق الصحي وخدماته من خلال العديد من الاختلالات المبينة ادناه:

V- عدم التوازن بين الانفاق على الصحة وخدمات الصحية

ويعود عدم تحقيق الجزائر للمستوى المطلوب صحيا رغم الجهود المبذولة والانفاق المتنامي الى مجموعة من الأسباب لها علاقة بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية تسببت في وقوع اختلالات بقطاع الصحة، ومن بين هذه الاختلالات ما يلي:

1-اختلالات متعلقة بالتسيير

لقد سعت الدولة الجزائرية منذ الاستقلال الى غاية يومنا هذا الى التعامل مع القطاع الصحي و تحكيم الكم على حساب الكيف و اغلب الحلول التي تم تنفيذها و السياسات الصحية التي تم اعدادها ، ارتكزت على زيادة العدد في الهياكل و التجهيزات و الأطباء دون مراعاة معيار النوع و المستوى و الكفاءة و،اغلب البرامج و المخططات اعدت من باب تقديم المساعدات الصحية و ليس الرعاية الصحية بالمعنى الصحيح و بالتالي، فإن التسيير لم يكن تسييرا بالأهداف بل هو عبارة عن برامج اعدت مسبقا لخصت في جملة اوامر دون تحديد الأولويات المطروحة و المشاكل التي يعاني منها القطاع . فالوضعية الصعبة التي تمر بها مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم و التسيير و في اتخاذ القرارات حيث يقتصر دور الميسرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات الى هذه المؤسسات ذلك ما ادى الى ارتفاع تكاليف العمل و نوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور و ما فاقم المشكلة هو غياب ميسرين اكفاء .



2-اختلالات مرتبطة بكل من التنظيم و الاعلام وتكوين المستخدمين:

لا يمكن التكلم عن أي تمويل للنظام الصحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية و الموارد البشرية وكذلك في غياب نظام اعلامي موثوق فيه وتكوين نظام فعال للمستخدمين

2-1 العراقل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية و الموارد البشرية

تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي في النقاط الأساسية التالية :

- احتكار الصلاحيات من طرف السلطات العليا في الهرم الصحي في مجال تسيير الموارد،
- تباين توزيع الموارد البشرية و الوسائل المادية بين المناطق ،
- ظروف ممارسة المستخدمين غير ملائمة و اجور منخفضة،
- عدم تحريك و تحفيز الموارد البشرية : هذا المورد الهام و الثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية حيث انه بدون تحفيز و افاقه غامضة نتيجة لضعف الأجور سوءا المباشرة او غير المباشرة،
- كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص نتيجة لتدهر ظروف العمل في القطاع العمومي والى افاق اغنائهم السريع في القطاع الخاص،
- منافسة القطاع الخاص حيث انه اصبح جالبا لاحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية بفعل إغراءاته المالية وظروف عمله الجيدة ،الى جانب عدم مراقبة هذا القطاع رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الادوية و تجهيزاته الصحية ،و الى أسعار خدماته المرتفعة .

2-2 العراقل المرتبطة بالإعلام

لقد كان لحدث الانتقال من المنهج التقليدي لجمع المعلومات وتحليلها الى المنهج الذي يعتمد على التكنولوجيا الجديدة للإعلام، أثره على الاعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص وهذا ما تسبب أساسا في ضياع التحكم والخبرة اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة.

2-3 العراقل المرتبطة بالتكوين

من اهم المشاكل المرتبطة بالتكوين الطبي وشبه الطبي ما يلي:

- مدارس التكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية الى طلبات التكوين المتواصل لكل لمستخدمين ،
- لا يأخذ نظام التعليم و التكوين بدقة حاجيات قطاع الصحة،
- عدم قدرة التكوين الأكاديمي للاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان،

3-اختلالات مرتبطة بالتمويل:

يعاني قطاع الصحة من عدة اختلالات تترجم سوء تسيير الاعتمادات المالية و هي :

- مديونية ثقيلة للمؤسسات الصحية مما يؤدي الى سوء الخدمة المقدمة .



- غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية بسبب قلة البحوث و الدراسات.
- تمويل الهياكل و تخصيص ميزانيات ضخمة للبناءات بدلا من تمويل النشاطات الخاصة بالبحوث و التكوين.
- المساهمات المحدودة من طرف المتعاملين الخواص و الشركات الاقتصادية.
- غياب و نقص المختصين الصحيين المدركين لطريقة سير عمل الخدمات الصحية و طرق التكفل بالمرضى.
- اللامسؤولية في تطبيق النشاطات المكملة لتقديم الرعاية الصحية (اوشن، زيان، و همامة بن عمومة، 2017، صفحة 50)

4-العراقيل المرتبطة بالقانون و التشريع:

تتمثل اهم المشاكل القانونية والتشريعية في:

- غياب قانون خاص بالصحة،
- عدم تنقيذ العديد من النصوص التي تنظم امتحانات التقدم الوظيفي للمختصين في الصحة ،
- عدم تنفيذ العديد من النصوص التنفيذية الخاصة بالقانون 05-85(متعلق بالحماية الصحية و ترقيتها)،
- تعدد الأجهزة الرقابية الخاضع لها قطاع الخدمات الصحية في الجزائر وعدم التنسيق بينها ،
- كما ان القطاع الصحي يفتقر الى الاحترافية و العلمية المعتمدة على التخطيط المحكم و المراقبة المستمرة عند التنفيذ، فعملية التسيير في غالب الأحيان اما ان يقوم بها افراد يفتقدون الى التكوين الجيد او يقوم بها أطباء يفتقرون كلية الى ابجديات و أساليب التسيير والإدارة بحكم تخصصهم.

الخاتمة:

رغم كل اشكال التقدم الذي تشهده النظم الصحية العالمية الا ان النظام الصحي الجزائري لايزال يواجه العديد من النقائص التي تعيق الإصلاحات في مجال الصحة. وقد تم التوصل من خلال هذه الدراسة الى نتائج بارزة.

نتائج الدراسة: تم التأكيد على عدم التوازن بين النفقات الصحية وخدماتها، الناتجة عن اختلالات متعلقة بالتسيير من خلال تحكيم الكم على حساب الكيف، وتلك المرتبطة بكل من التنظيم والاعلام وتكوين المستخدمين، والأخرى المتعلقة بالتمويل، الى جانب العراقيل المرتبطة بالقانون والتشريع.

فالاقتراحات الموضوعية بالنظر الى ما جاء به المختصين كانت متشعبة حسب نقائص القطاع.

الاقتراحات و التوصيات: الى جانب عملية الاصلاح التي بادرت بها الحكومة الجزائرية المتمثلة في ترشيد نفقات الصحة من خلال إدارة رشيدة وفعالة، نقترح:

- إعادة النظر في الخريطة الصحية من اجل تحقيق التوازن في توزيع الخدمات الصحية على مختلف المناطق الجغرافية التي يخدمها النظام الصحي،



- تطوير نماذج تسييريه جديدة تتماشى مع المعطيات الجديدة،
- توفير الموارد المادية و البشرية من حيث الكم و الكيف مما يتماشى و حاجات المؤسسات الصحية في ظل توفير ظروف عمل ملائمة،
- و من اجل توقيف تدهور نوعية العلاج و التحكم اكثر في تكاليف التشغيل لابد ان يترك التسيير البيروقراطي لمؤسساتنا الصحية ، المكان الى تنظيم يسمح باستقلالية المؤسسات الصحية وذلك بالعمل على ترقية الطرق الحديثة للتسيير المبينة على التسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية النتائج،
- تحسين أنظمة السلامة و الصيانة من اجل تمديد حياة الأجهزة و المعدات،

وحسب المختصين كذلك، تعتبر الموارد البشرية اهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لابد من تحفيز و تحريك هذه الموارد وذلك بتحسين اجورهم و مختلف العلاوات الى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم والتفرغ كليا الى المرضى خاصة و ان عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات اجورهم . و ان ترتبط الأجور بالعمل المقدم حتى يمكن مكافأة المستخدمين من الاكفاء بمختلف وظائفهم و بالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود . كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها و العمل على تنفيذها و تقييمها، لان مستقبل هذه المؤسسات مرتبط بها . كما يجب الابتعاد عن أسلوب المحاباة و المحسوبية في الاختيار حتى لا توظف اشخاص دون المستوى، و عليها ان تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات و ان تشجع المبادرات و ان تعمل ادارتها على اشتراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير و مستقبل مؤسساتهم، وقد حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من اجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها و خدماتها فالوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة مرتبطة اكثر بمشاكل التنظيم و التسيير و ليس بنقص في الإمكانيات و الموارد البشرية و المادية، فالتسيير التقديري بالأهداف المعتمد على نظام معلوماتي فعال هو من انجح النماذج التسييرية لمثل هذا الوضع حسب الكثير من المختصين .

وفي ضوء الدروس التي يمكن تعلمها من الأزمة الصحية الأخيرة (covid19)، يجب دراسة ملف إصلاح النظام الصحي الوطني بصرامة من خلال تقديم إجابات عن المشكلات الحالية المتناسكة والموثوقة والممكنة. تتعدد السبل التي يتعين تطويرها ؛ تحسين الأداء ، وتعزيز التعليم المستمر ، وتطبيق التعاقد ، وإنشاء نظام للمعلومات الصحية، واللامركزية في تنظيم وتشغيل الخدمات الصحية ، لا سيما في الجنوب ، وتعزيز الرقابة على الخدمات الصحية ، إلخ.



قائمة المراجع:

- السيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي. (2004). الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي. الاسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- امير جيلالي. (2001). رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير تخطيط وتمثيل الصحة في الجزائر. الجزائر.
- بن لوصيف زين الدين. (12, 5, 2007). تم الاسترداد من منتدى ستار تايمز من الموقع الالكتروني : www.startimes.com/?t=430243
- بواعنة، ع. (1989). ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- بوفاتح تورية. (6, 2021). أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر. المجلة الدولية للأداء الاقتصادي، الصفحات 257-275.
- جريدة المساء. (2012).
- ريمة اوشن، إيمان بن زيان، و همادة بن عمومة. (12, 2017). اسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الجزائرية من وجهة نظر الاطباء. مجلة الاقتصاد الصناعي، الصفحات 46-61.
- عبد المجيد الشاعر. (2000). الرعاية الصحية الأولية. عمان الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- كرمين سميرة. (10, 15, 2021). تقييم فعالية سياسة صحية في الجزائر. مجلة البحوث والدراسات التجارية.
- علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة لولاية تلمسان، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية جامعة تلمسان، 2010/2011.
- جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، عتيق عائشة،
- تطور السياسية الصحية في الجزائر ناصري فوزية 2015-2016.
- الديوان الوطني للإحصاء. www.oms.dz/santé
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework," Studies in Family Planning 21(2): 61-91.
- Ouchefoun.A, & Hammouda.D. (1993). Bilan de vingt-huit annees de politique sanitaire en Algerie. Algerie: OPU Editon.
- Snoussile Zolikha (2020) ; System de santé Algérien face à la crise sanitaire COVID-19. Quels enseignements sur ses défaillances ? Les cahiers de Cread - vol 36-n3-