

## تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر -دراسة تحليلية.

- د. كرمين سميرة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة معسكر  
[samira.kermine@univ-mascara.dz](mailto:samira.kermine@univ-mascara.dz)

تاريخ النشر: 2021/10/15

تاريخ القبول: 2021/08 /21

تاريخ الاستلام: 2021/06 /11

### ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية السياسة الصحية في الجزائر، من خلال التطرق إلى أهم المؤشرات الصحية التي تعطي دلالة واضحة على النتائج المحققة في القطاع الصحي ، وتوصلت الدراسة إلى أن النتائج المحققة هي غير كافية بالنظر إلى حجم الموارد المالية التي رصدت بالإضافة إلى الموارد البشرية التي سخرت للقطاع والتي أظهرت حجم التباين بين الوسائل التي وفرت والوظائف التي من المفترض أن تقوم بها والنتائج المحققة، كما أن التحسن في المؤشرات الكمية لا يعكس الوضع الصحي الحقيقي ما يؤكد ضعف فعالية نتائج السياسة الصحية.

**الكلمات المفتاحية :** السياسة الصحية، المؤشرات الصحية، الفعالية.

**تصنيف JEL :** E00، A20.

### **Abstract:**

*This study aims to evaluate the effectiveness of health policy in Algeria, by addressing the most important health indicators that give a clear indication of the results achieved in the health sector, and the study concluded that the results achieved are insufficient given the size of the financial resources that have been allocated in addition to The human resources that were devoted to the sector, which showed the extent of the discrepancy between the means that were provided and were supposed to be carried out and the results achieved, and the improvement in quantitative indicators does not reflect the real health situation, which confirms the weak effectiveness of the results of the health policy.*

**Keywords:** : health policy, health indicators, effectiveness

**Jel Classification :** E00،A20 .

## مقدمة:

تمثل السياسة الصحية بعدا هاما من أبعاد السياسات الاجتماعية، حيث لقيت اهتماما واسعا من قبل الباحثين وصناع القرار في مجال السياسات العمومية، نظرا لأهميتها البالغة في إطار التنمية المستدامة والشاملة، حيث لا يستقيم نشاط أفراد المجتمع من دونها، وتهدف أساسا إلى زيادة الكفاءة والفعالية النظام الصحي\* وتحسين صحة الأفراد وإتاحة الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى مستوى من الجودة، والتقليل من نسبة الوفيات، وفك الضغط على المراكز الإستشفائية والحد من المرض وإعادة إدماج الأفراد من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا دورهم بفعالية داخل محيطهم الاجتماعي، وفي هذا الصدد أولت الجزائر اهتماما متزايدا لتحصيل إيراداتها العامة، لجمع قدر كافي من العوائد لتمويل القطاع الصحي بصفة مستمرة وعادلة في حق المواطنين، وحتى يتسنى للطبقات محدودة الدخل الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية، وكذا توفير لهم الحماية المالية اللازمة لمواجهة مختلف الأمراض والإصابات الغير متوقعة، فتخصيص الموارد المتاحة لا بد أن يضيف نوعا من العدالة والإنصاف بين مختلف الفئات المجتمعية والمناطق الجغرافية والمؤسسات الصحية، من خلال توزيعها حسب الاحتياجات والأولويات المحددة من قبل منظمي الخدمات الصحية. ومن هذا المنطلق سنحاول من خلال هذه الدراسة الإجابة على الإشكالية التالية: ما مدى فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2017 ؟

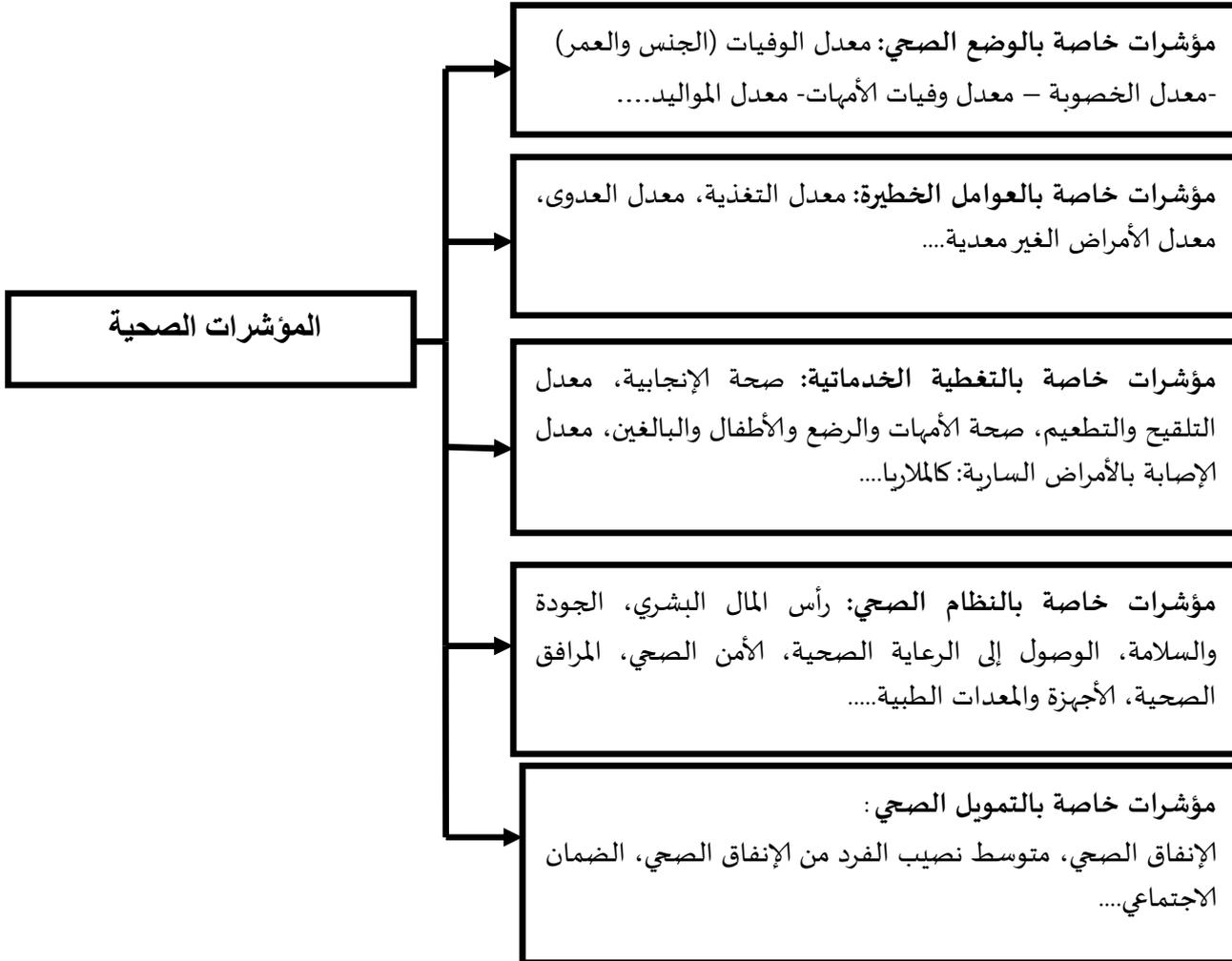
أولا: تحديد مفاهيم الدراسة:

### 1- مفهوم السياسة الصحية:

▪ عرفت منظمة الصحة العالمية (OMC) : على أنها مجموعة من الخطط والإستراتيجيات الصحية الرصينة التي تضعها الحكومة، وتأخذ شكل خطابات رسمية أو وثائق دستورية وإدارية، والغرض منها هو تحقيق جملة من الأهداف الصحية العامة لكافة أفراد المجتمع، من أجل الحصول على رعاية صحية ذات الجودة عالية ومتميزة.<sup>1</sup>

## 2- مؤشرات تقييم السياسة الصحية:

### الشكل (1): مؤشرات تقييم النتائج الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على (علي دحمان محمد. (2011). تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة ماجستير، جامعة تلمسان، ص 15، الموقع:

[www.slideshare.net/weambanjar/2-73843908](http://www.slideshare.net/weambanjar/2-73843908)، تاريخ الدخول: 2021/05/21.

انطلاقاً من الشكل أعلاه يمكن تحليل مؤشرات تقييم الأداء الصحي كالتالي:

أ- **المؤشرات الخاصة بالوضع الصحي:** تشمل نسبة وفيات الأطفال (منذ الولادة إلى 12 سنة) بالنسبة لعدد الولادات الحية، وحسب القيم المرجعية للحدود الدنيا والقصى المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية والتي يمكن الاسترشاد بها لتقييم النتائج فقد حددت ب 2 %، وتشمل أيضاً مؤشر وفيات الأمهات فقد حددت القيمة المرجعية ب 0.25 %، ومؤشر معدل وفيات المرضى التي حدد نسبته ما بين 3% و 4 %، وفي

حالات التي تفوق النسبة المحددة، فإن الوضع يدل على ضعف جودة الخدمات المقدمة والعكس صحيح، أما معدل الخصوبة ومعدل انتشار الأمراض لم تحدد القيم المرجعية لهما.

**ب- المؤشرات الخاصة بالعوامل الخطيرة:** تشمل معدل العدوى الذي يمثل عدد الحالات التي لم تتماثل بعد بالنسبة للحالات التي تماثلت والحالات التي توفيت، أما معدل الإصابات يمثل عدد الإصابات بالنسبة لعدد سكان منطقة ما أما معدل انتشار سوء التغذية يمثل عدد الأسر التي تعاني بالنسبة لإجمالي السكان، وبالنسبة للقيم المرجعية فلم تحدد.

**ج- المؤشرات الخاصة بالتغطية الخدماتية:** تشمل مؤشر الأطفال الملقحين ضد داء معين أي عدد التلقيحات التي أعطيت بالنسبة لعدد الأطفال في الفئة المستهدفة، ومؤشر الإصابات بالأمراض السارية ويعني عدد الإصابات بمرض معين بالنسبة لعدد السكان المنطقة المستهدفة.<sup>2</sup>

**د- المؤشرات الخاصة بالنظام الصحي:** تشمل مثلا عدد الأطباء المسخرين لخدمة عدد الأسر، بمعنى عدد الأسر المخصصة لكل طبيب خلال فترة زمنية معينة، وحسب القيم المرجعية للحدود الدنيا والقصى المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية والتي يمكن الاسترشاد بها لتقييم النتائج فقد حددت طبيب واحد لكل 4 أسر أو 5 أسر، وأي زيادة في عدد الأسر بالنسبة لكل طبيب عن القيم المرجعية قد ينعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة للمرضى المقيمين في المستشفى من ناحية التشخيص والعلاج وغيرها، والعكس صحيح.

كما تكمن الجودة والسلامة في مؤشر سرير لكل ممرض لم تحدد القيمة المرجعية له ولكن من المعروف أنه كلما انخفض عدد الأسرة كلما دل على كفاية الممرضين في الوحدة الصحية، وأيضا كفاية الوقت لخدمة المرضى والعكس صحيح.<sup>3</sup> وتشمل عدد الأجهزة الطبية العاطلة بالنسبة للعدد الكلي للأجهزة الطبية، وحسب القيم المرجعية لمنظمة الصحة العالمية فإن انخفاضها يدل على كفاءة الأداء داخل المستشفيات، وتشمل أيضا مؤشر حصة كل مريض من كلفة الأدوية أي بمعنى كلفة الأدوية المستخدمة بالنسبة لعدد المرضى، وكلما انخفضت قيمتها دل ذلك على كفاءة الأداء والعكس صحيح، وأيضا يوجد مؤشر مصاريف الصيانة الذي يشمل مصاريف الصيانة الفعلية بالنسبة لمجموع المبالغ المخصصة للصيانة، كما أن انخفاضها يدل على كفاءة الأداء والعكس صحيح.<sup>4</sup> كما يوجد أيضا معدل الشكاوي المقدمة من طرف المرضى أو الطقم الطبي، حيث تتعلق هذه الأخيرة بعدم توفير الأجهزة الطبية بشكل كاف ونقص فرص التكوين والتنظيم.... إلخ، أما المرضى فتتعلق بنقص الأدوية والنظافة والإقامة والأخطاء الطبية وغيرها.<sup>5</sup>

## ثانيا: تطور السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة (1990 - 2017): أ: المرحلة الممتدة ما بين (1990 - 2000):

عرفت المنظومة الصحية عدة تغيرات وتحولات خلال فترة التسعينات، خاصة بعد الأزمة المالية الحادة التي شهدتها العالم سنة (1986)، التي نتج عنها انخفاض رهيب في العائدات النفطية وتراجع الاقتصاد الوطني، وأثرت بشكل كبير على كافة الجوانب وعلى رأسها الجانب الصحي الذي عانى هو الآخر من الانسداد المالي، خاصة بعد استمرار تطبيق سياسة الطب المجاني التي تم الإعلان عنها سنة (1974)، والتي أثرت على سير وعمل المؤسسات الصحية بسبب زيادة التكاليف الصحية.

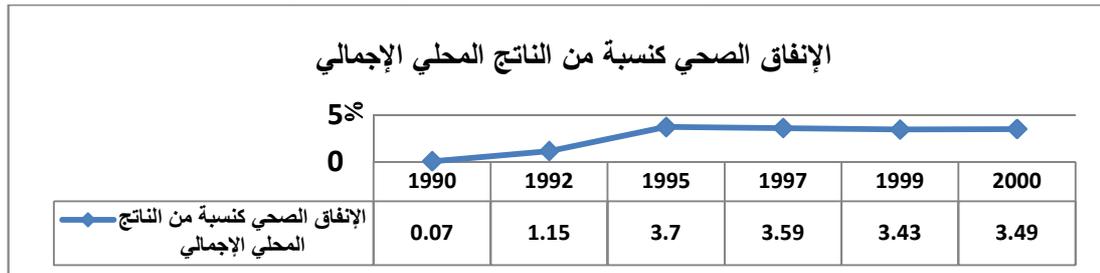
كما أن الوضع الأمني المتدهور الذي عاشته الجزائر خلال العشرية التسعينات كان له أثر وخيم على القطاع الصحي، الذي نتج عنه تخريب وحرق الهياكل والبنى التحتية ما جعلها خارج الخدمة، حيث دفعت هذه الوضعية السلطات العمومية إلى القيام بإصلاحات اقتصادية في إطار التثبيت الاقتصادي، وبهذا فتحت أبوابها على الأسواق العالمية واتجاهها نحو اقتصاد السوق، واعتمادها على التسيير الليبرالي ومنح الاستقلالية في التسيير.

إن أهم ما ميز بداية التسعينات هو اعتماد سياسة صحية تهدف إلى مكافحة وفيات الأطفال، لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحا في ظل غياب أهداف واضحة، إذ ظهر ذلك من خلال كثرة الاحتجاجات بسبب نقص التكوين والتمويل وقلة الحوافز وغيرها، حيث غلب عليها الاهتمام بتوفير الدواء وتنظيم الاستعجالات والملفات الاجتماعية، وعموما اتسمت الفترة بكثرة المشاكل التي ساهمت في عرقلت السير الحسن للقطاع، وأمام هذه الوضعية المزرية حدث نوع من الإهمال الطبي ما دفع توجه المرضى نحو القطاع الخاص لتلقي الخدمات الصحية، وما جعل الدولة تعيد النظر في سياستها الصحية واهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات بدلا من المستشفيات الجامعية.

## تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة (1990 - 2000):

### ■ الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

يقيس لنا هذا المؤشر ما يمكن تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي، وفيما يلي نوضح أهم النسب المسجلة لتطور الإنفاق العام على القطاع الصحي من الناتج المحلي الإجمالي:  
الشكل (2): تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (1990 - 2000).



المصدر: القيم محسوبة من طرف الطالبة بالاعتماد:

- تقارير قوانين المالية للسنوات المعنية (1990 - 2000).  
- الديوان الوطني للإحصائيات (حوصلة إحصائية 1962 - 2011، المحاسبة الوطنية).  
[www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE\\_Arabe.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf)

\* الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (الإنفاق الصحي/الناتج المحلي الإجمالي \*100). تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر كانت ضئيلة في بداية التسعينات ويعود ذلك للظروف الاقتصادية والأمنية التي مرت بها البلاد، لكن بعد الاستجداد بالهيئات الدولية عرفت نموا طفيفا، حيث " كانت قيمة الاعتمادات في السنة المالية (1990) لا تتعدى 1.3 مليار دج، وارتفعت سنة (1995) إلى 21.17 مليار دج ثم أصبحت تتعدى 33.9 مليار دج في السنة المالية (2000) أي بمعدل نمو يتعدى 26 %<sup>6</sup> ما يبرز شروع الدولة في جملة من الإصلاحات الاقتصادية كالاهتمام بالموارد البشرية العاملة بالقطاع بما في ذلك الأطباء وصيادلة والطاقم الشبه الطبي، بالإضافة إلى العمال الإداريين بالسلك الطبي، أما نفقات التجهيز فقد عرفت انخفاضا كبيرا لم يسبق لها مثيل من قبل، حيث بدا ذلك واضحا من خلال تراجع البنى التحتية الصحية من مستشفيات ومراكز صحية وغيرها.

#### ■ الهياكل القاعدية الصحية:

جدول (1) : تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية خلال الفترة (1990 - 2000).

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
المستشفيات	284	263	263	267	274	251	232	223	245	261	268
المراكز الصحية	1309	1112	1117	1131	1160	1152	1098	1110	1126	1185	1252
قاعات العلاج	3344	3618	3848	3958	-	4174	3748	3601	3780	3851	3964

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، (حوصلة إحصائية 1962 - 2011، فصل الصحة).

[www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE\\_Arabe.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf)

تبين الأرقام الواردة في الجدول الانخفاض المحسوس في انجاز المنشآت العمومية للصحة بداية من التسعينات، حيث سجلت في سنة (1990) ما يقارب 284 مستشفى و 1309 مركزا صحيا و 3344 قاعة للعلاج، لينخفض عددها في سنة (1995)، ويسجل ما يقارب 251 مستشفى و 1152 مركزا صحي، وليعاود الارتفاع التدريجي في السنوات الموالية ويسجل سنة (2000) ما يقارب 286 مستشفى و 1252 مركزا صحيا و 3964 قاعة للعلاج، وإجمالا ما يمكن حوصلته من منجزات في هذه الفترة هو توفير " 2 سرير لكل 1000 ساكن، وعيادة لكل 60731 نسمة، ومركز صحي لكل 25454 نسمة، وقاعة للعلاج

لكل 6667 نسمة، والجدير بالذكر أن معظم هذه المنشآت الصحية هي غير مشغلة وعاطلة عن العمل وقد قاربت 13%<sup>7</sup>.

لكن تبقى الإجراءات لإنشاء المستشفيات والمراكز الصحية لمحاولة تقريب الخدمات الصحية للمواطنين غير كافية بالنظر إلى الأموال المعتبرة التي أنفقت على القطاع، بالإضافة إلى تمركزها في المناطق الشمالية الكبرى، إذ تبقى المناطق الجنوبية والمناطق الريفية تعاني من النقص الفادح في قلة المرافق الصحية، وعليه فإن توزيع الإنفاق الاستثماري لإنشاء المنشآت الصحية في الجزائر هو غير عادل وغير منصف في حق بعض المناطق من الوطن.

#### ■ التغطية البشرية:

جدول (2): تطور حجم التغطية الصحية البشرية خلال الفترة (1990 - 2000).

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
عدد الأطباء	23550	24791	25304	25491	25796	27317	27652	28344	29970	30962	32332
عدد الصيادلة	2134	2575	2984	3189	3425	3691	3866	4022	4299	4600	4814
جراحي الأسنان	7199	7563	7833	7885	7763	8056	7837	7966	7954	8062	8197

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ( حوصلة إحصائية 1962-2011، فصل الصحة).

[www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE\\_Arabe.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf)

تشير البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه إلى ارتفاع عدد الممارسين الصحة سواء تعلق الأمر بالأطباء أو الصيادلة أو جراحو الأسنان، ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولة بالمنظومة الصحية من خلال تعزيز المرافق الصحية باليد العاملة المؤهلة سعيا منها لسد احتياجات المرضى، وذلك بإصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان، ووضع برامج للتكوين وفق التطورات والمعايير الدولية للوصول إلى التغطية الصحية الجيدة.

بالرغم من الجهود الكبيرة في مجال التكوين إلا أن هذا لم يرقى إلى المستوى المطلوب بالنظر إلى حجم الإختلالات المتعلقة بعرض الخدمات العلاجية والتغطية الطبية التي تتوزع توزيعا غير عادل عبر مناطق الوطن، والتي حرمت المناطق الجنوبية والداخلية والريفية من الاستفادة من الخدمات الطبية، خاصة الطبقات الفقيرة التي لا تستطيع الدفع مقابل حصولها على العلاج، ونتج عن ذلك انتشار عدة أمراض سميت بأمراض الفقر التي تعتبر كمؤشر واضح لتدني الوضع الصحي للسكان، ومن أهم الحالات المرضية المسجلة في أواخر التسعينات حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات:<sup>8</sup>

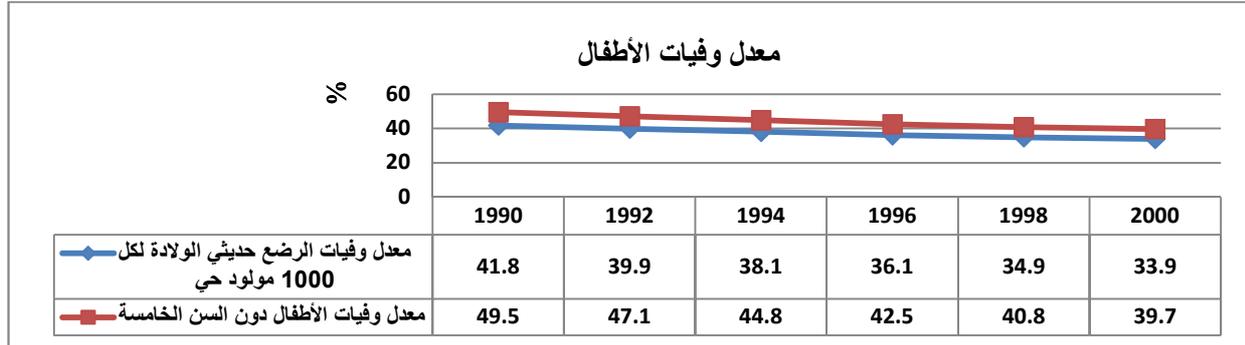
- مرض التيفويد سجل 2427 حالة.
- مرض الإسهال سجل 2892 حالة .
- مرض الحمى سجل 3434 حالة.
- التسممات الغذائية سجلت ب 1090 حالة.

وعليه فإن وجود تفاوت وتباين في توفر الخدمات الصحية بين المدن الكبرى والجنوبية والريفية، يدل على أن الإنفاق على الرعاية الصحية يفتقد للعدالة والإنصاف في توزيع الموارد بين مختلف مناطق الوطن.

#### ▪ **معدل وفيات الأطفال: (Taux de Mortalité Infantile)**

يعد مؤشر الوفيات لدى الأطفال دون السن الخامسة والوفيات الرضع حديثي الولادة من المؤشرات الصحية الهامة التي تعطي فكرة واضحة عن أداء المنظومة الصحية ومدى كفاءة الإنفاق الصحي، كما أنه يعكس حجم الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة للعناية بهذه الفئة العمرية، وقد استطاعت الجزائر خلال فترة التسعينات تخفيض مؤشر الوفيات الأطفال، ما يترجم بجهود الدولة واعتمادها برامج صحية تهدف إلى تحسين المؤشرات الصحية وصحة الأطفال، لكن ما يعاب فيها هو أن هذه النتائج تخفي فوارق جهوية بين مختلف المناطق وطبيعة الوفيات، إذ يوجد تباينا كبيرا بين المناطق الشمالية والمناطق الداخلية والجنوبية التي تسجل مستويات حرجة.<sup>9</sup> وفيما يلي سنتطرق إلى أهم التطورات التي شهدتها المؤشران خلال فترة التسعينات:

### الشكل (3): تطور معدل وفيات الأطفال خلال الفترة (1990 - 2000).



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

[www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ)

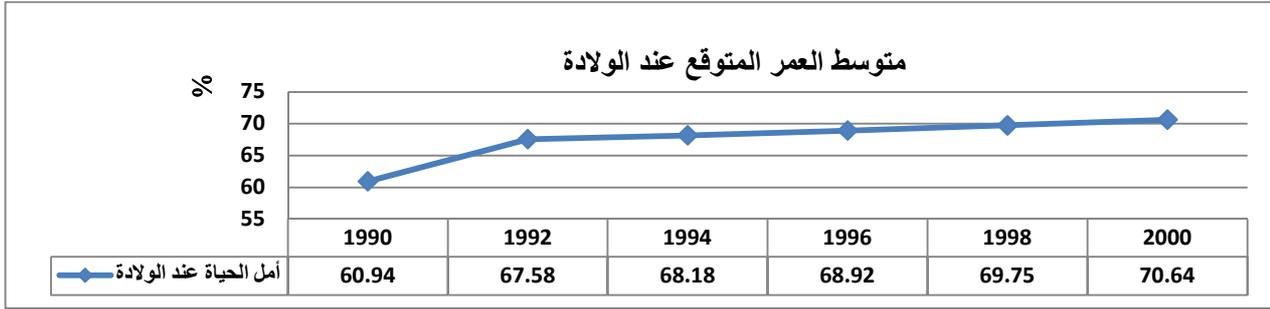
[www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ)

سعت الجزائر منذ الاستقلال إلى تبني عدة سياسات صحية تهدف إلى تحسين الوضع الصحي للسكان، والتي كان لها أثر واضح على تحسين مختلف المؤشرات الصحية، كانخفاض معدلات وفيات الأطفال سواء بالنسبة لحديثي الولادة أو الأطفال دون سن الخامسة، حيث انتقل عدد وفيات الرضع حديثي الولادة من 69 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في سنة (1990) إلى 44 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في سنة (2000)<sup>10</sup>، وبعبارة أخرى فقد انتقل من 41.80% في سنة (1990) إلى 33.90% في سنة (2000)، أما معدل الوفيات الأطفال دون السن الخامسة فقد عرف هو الآخر انخفاضا محسوسا حيث سجل 49.5% في سنة (1990) لينتقل ويسجل 39.7% في سنة (2000)، وهذا ما يترجم جهود الدول ومساعدتها لتحسين الوضع الصحي للأطفال من خلال البرامج الصحية الوطنية الموسعة التي انطلقت منذ نهاية الستينات بأول حملة للتلقيح الجماعي ضد مرض السل وضد مرض الجدري والسعال الديكي<sup>11</sup>.

#### ■ متوسط العمر المتوقع عند الولادة: (Esperance de vie à la naissance)

يعد من المؤشرات الصحية التي تعبر عن إنتاجية الإنفاق الصحي، والتي لم يتم ذكره كهدف في ميثاق الألفية، ففي الجزائر عرف هذا المؤشر ارتفاعا مستمرا، حيث انتقل من 60.94 سنة في سنة (1990) إلى 70.64 سنة في سنة (2000)، وبهذا قد حصلنا على ربح بشري بزيادة أكثر من أربعة سنوات، وعليه فإن التحسن الإيجابي الحاصل في هذا المؤشر يبرز تغير في التركيبة العمرية وتغير خريطة المرض التي تتسم بالتراجع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المعدية مقابل ارتفاع الحالات المصابة بالأمراض المزمنة ( ضغط الدم، السكري، السرطان...)<sup>12</sup>

الشكل (4): تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة (1990 - 2000).



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

[www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=DZ](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=DZ)

ب: المرحلة الممتدة ما بين (2000 - 2017):

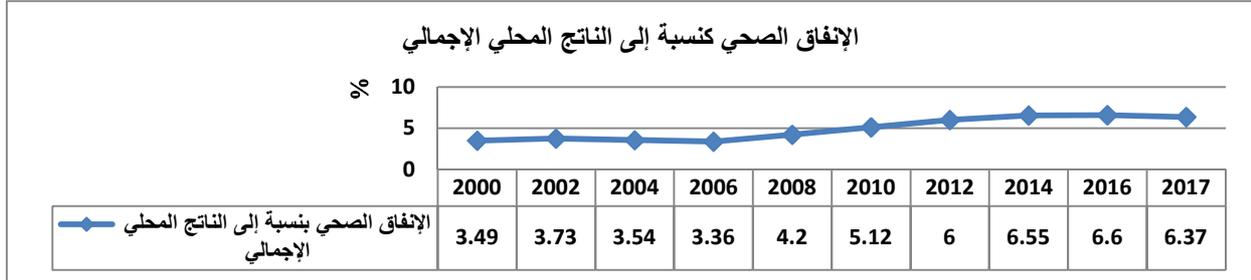
حرصت السلطات العمومية على استعادة الثقة والأمن والاستقرار بعد العشرية الدامية، حيث وضعت خريطة صحية وطنية تهدف إلى إصلاح المستشفيات وعصرنة النشاطات الصحية بما يتماشى ومتطلبات المرضى، ما يسمح بتقديم الخدمات الصحية ذات جودة عالية وتقليص الفوارق اللامساواة بين المناطق ومراعاة خصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الإختلالات الواردة في التنظيم والتنسيق، وكما أولى البرنامج الحكومي اهتماما بمجال تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين المستمر من أجل تحسين وترقية القطاع الصحي وتعزيز الرعاية الصحية ورفع من أداء المؤسسات الإستشفائية وتحديثها لإستعاب الاحتياجات المتزايدة للمواطنين .

وفي السياق ذاته تم تطبيق سياسة صحية جديدة في مجال توزيع الأدوية، وذلك من أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة متميزة وعالية، والغرض منها هو تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة والمماثلة، وكذا دعم الأدوية الضرورية لأصحاب الأمراض المزمنة والخطيرة، وعملت أيضا على توفير المعدات والتجهيزات الطبية في المستشفيات الجهوية من أجل رفع العبء والضغط عن المراكز الإستشفائية الجامعية، وكذا فتح أقطاب طبية جديدة، وتعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الإستشفائي.<sup>13</sup>

ب - 1-تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000 - 2017):

▪ الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

الشكل (5): تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000 - 2017).



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

[www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ&view=chart](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ&view=chart)

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر قد عرفت نموا تدريجيا، ما يبرز الجهود المبذولة في إطار النهوض بالقطاع الصحي وتطويره، والعمل بتوصيات منظمة الصحة العالمية التي تفيد بضرورة تخصيص للإنفاق الصحي ما يفوق 5 % من الناتج المحلي الإجمالي.<sup>14</sup>

أما إذا تم مقارنتها بالدول التي لها نفس الخصائص كتونس والمغرب التي بلغت نسبتها على التوالي ب 7.23 % و 5.25 % سنة (2017)<sup>15</sup>، فيمكن القول أن نسبتها متواضعة ولكنها تعد ضعيفة وغير كافية، ولا يمكن تفسير الضعف التخصيص بانخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع، خاصة أن الجزائر كانت تعيش خلال الفترة الأخيرة وفرة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، وعليه يمكن إرجاع ذلك لعدة عوامل من نجد من بينها:<sup>16</sup>

- ضعف إدراك الدولة لفكرة أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد في الإنتاج والإنتاجية، لذلك وجب على الدولة الاهتمام أكثر بالفرد من خلال تخصيص مبالغ هامة للقطاع ضمن ميزانيتها العامة.
- ضعف مساهمة القطاع الخاص، باعتبار أن العبء المالي الأكبر يتحمله القطاع العام.
- الهياكل القاعدية الصحية:

جدول (3) : تطور عدد المنشآت الصحية خلال الفترة (2015 - 2017).

التعيين	2015	2016	2017
مؤسسة إستشفائية عامة	200	200	205
مؤسسة استشفائية	09	09	09
مراكز استشفائية جامعية	15	15	15
مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01

77	75	75	مؤسسة استشفائية متخصصة
127	123	114	دور الولادة الخاصة
409	416	415	دور الولادة العمومية
5957	5875	5762	قاعات العلاج

**Source:** ONS. (2018). L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015-2017, N°47, Edition 2018, p 22. [www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf)

توضح البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه التحسن الملحوظ في مجمل الهياكل الصحية، حيث تم إنجاز حوالي 205 مؤسسة استشفائية عامة، 409 دار للولادة العمومية، 5957 قاعة للعلاج في سنة (2017)، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أن المنشآت الصحية تتمركز معظمها في المناطق الشمالية للوطن، فبالرغم من الجهود المبذولة لتوسيع في البنى التحتية الصحية يبقى هاجس التفاوت في توزيع التغطية الصحية مطروحا، وهو ما يمثل تحديا أمام السياسة الصحية لتسوية الإختلالات الواقعة، " وحسب التقرير الخاص بالصحة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية لسنة (2015)، يوجد 61 % من المستشفيات في الشمال، ومنها 28.4 % في منطقة الوسط - الشمال، مقابل 16.7 % في الشمال الغربي، وفي حين يوجد 27.3 % من مجموع المستشفيات في الهضاب العليا، ولا يحظى الجنوب سوى 11.7 % إذ يقع 1.4 % منها في الجنوب الكبير (أقصى الجنوب)، أما بالنسبة للتغطية السريرية هي الأخرى تعرف نفس التفاوت، حيث بلغ معدل الأسر في المناطق الشمالية سريرين لكل 1000 نسمة وهو أفضل معدل على المستوى الوطني، في حين تحوز مناطق الهضاب العليا على معدل سرير واحد لكل 1000 نسمة<sup>17</sup>.

■ التغطية البشرية:

ساهم ارتفاع عدد الممارسين في المجال الصحي في تزايد الإنفاق الصحي، خاصة بعد أن عرفت مجالات التكوين وثيرة متسارعة في الآونة الأخيرة، حيث أشارت المعطيات الإحصائية المتعلقة بالديمغرافية الطبية لسنة (2017) إلى ارتفاع عدد الممارسين الصحة مقارنة بالسنوات السابقة، ووفقا للديوان الوطني للإحصائيات يوجد طبيب واحد لكل 529 ساكن بعدما كان يغطي 545 ساكن في سنة (2016)، وجراح أسنان واحد لكل 2925 ساكن بعدما كان يغطي 2971 ساكن في سنة (2016)، وصيدلي واحد لكل 3382 ساكن بعدما كان يغطي 3435 سنة (2016)،<sup>18</sup> وهذا ما يشير إلى التحسن الكبير في معظم مؤشرات التغطية، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

**جدول (4): تطور عدد عمال السلك الطبي خلال الفترة (2015 - 2017).**

القطاع الخاص			القطاع العمومي			الأطباء
2017	2016	2015	2017	2016	2015	
21611	19779	18478	57227	55158	54953	

7335	6733	6384	6928	7014	7261	جراحو الأسنان
10541	10193	9974	1796	1695	1501	صيدلة

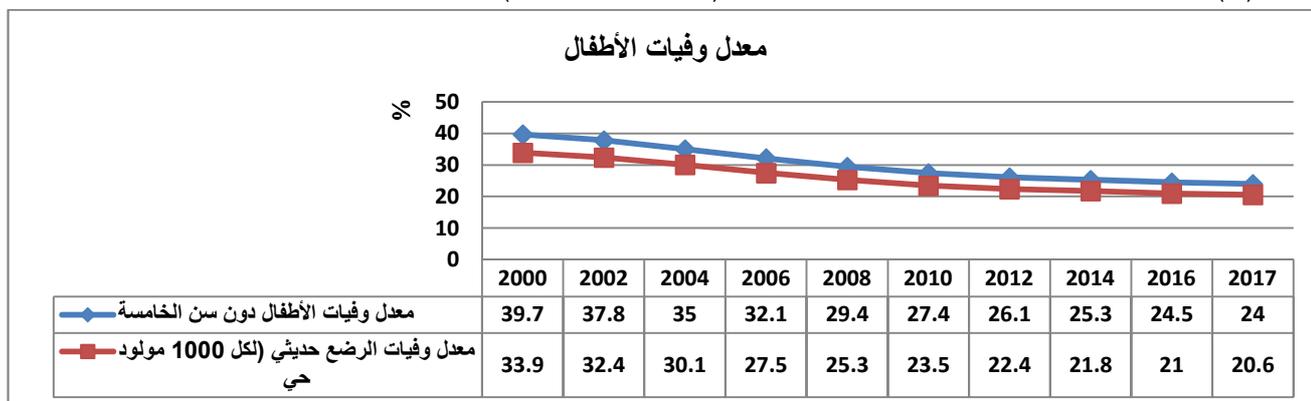
**Source:** ONS. (2018). L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015–2017, Op. 21. p Cit,

[www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf)

من خلال المعطيات الواردة في الجدول يتبين لنا أن عدد ممارسين الصحة بالقطاع العام يفوق عدد ممارسين الصحة بالقطاع الخاص ما عدا الصيدلة، وقد شكل هذا صعوبة في الحصول على الرعاية الصحية المتخصصة، لوجود نقص كبير في عدد الأطباء الأخصائيين و"تمركزهم في الولايات الثلاثة الكبرى في الوطن وهي الجزائر، قسنطينة ووهران، مما يتعذر تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، وتوزع بنسبة 53 % من الأخصائيين في القطاع العام، و34 % في القطاع الخاص"<sup>19</sup>، بالإضافة إلى مشكل الأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية العمومية التي تصل نسبتها إلى 20%، وذلك بسبب تقليص الغلاف المالي المخصص للصيانة والتجهيز، مما يجبر المواطنين التوجه إلى القطاع الخاص، ما نجم عنه ارتفاع مساهمة الأسر في نفقات الصحة.<sup>20</sup> وهذا ما أكدته دراسة Jorge Coarasa, Jishnu Das , Jeffrey (Hammer) تحت عنوان ( القطاع الخاص مقابل القطاع العام) على أنه يوجد إقبال كبير على القطاع الخاص في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، بالرغم من زيادة التمويل المتاح للخدمات الرعاية الصحية العامة وإلغاء الرسوم عليها، ويعود السبب إلى الإزدحامات الشديدة وغياب مقدمي الخدمة وعدم الاعتناء الكافي بالمرضى.<sup>21</sup>

وقد نتج عن المعاملات السيئة للأطعم الطبية ارتفاع عدد الشكاوي المقدمة التي تتعلق بالعلاج والاستقبال وتقليص ساعات تقديم الخدمة، وكذا ارتفاع ضحايا الأخطاء الطبية بسبب الظروف الإستشفائية السيئة وتهاون الأطباء بحياة المرضى والتي أدت إلى الإصابة بتشوهات خلقية والفقدان للأعضاء والوظائف الحيوية ووصلت إلى زهق الأرواح، أما بالنسبة لمدة الانتظار للعلاج قد تستغرق في بعض الأحيان سنة بكاملها ليحس دور المريض للعلاج، وهناك حالات كثيرة توفيت دون أن يحس دورها بعد، بالإضافة إلى الظروف السيئة لإقامة المرضى وقلة النظافة وكثرة النفقات الطبية وندرة وغياب الأدوية الضرورية حتى في العلاجات الأولية.

■ **معدل وفيات الأطفال: (Taux de Mortalité Infantile)**  
الشكل (6): تطور معدل وفيات الأطفال خلال الفترة (2000 - 2017).



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

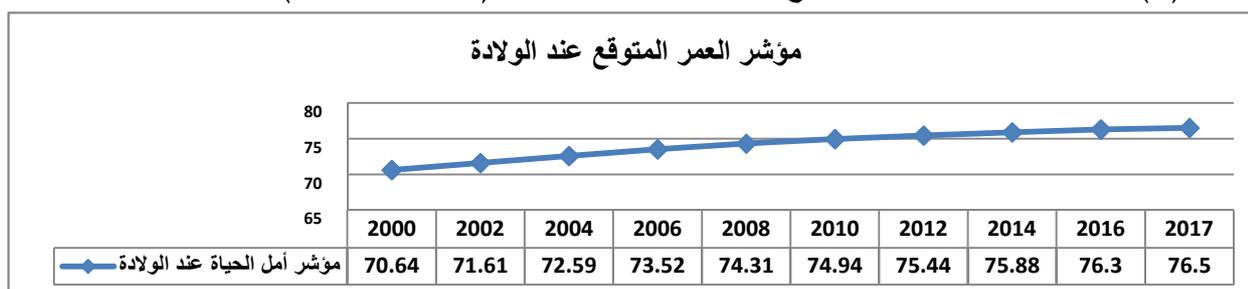
[www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ)

[www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ](http://www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ)

تبرز المعطيات الواردة في الشكل البياني أن الدولة استطاعت أن تخفض من مؤشر وفيات الرضع حديثي الولادة ومؤشر وفيات الأطفال دون السن الخامسة، وهو ما يترجم بالجهود المبذولة والبرامج الصحية المعتمدة لتحسين المؤشرات الصحية العامة (التطعيم، المراقبة المستمرة للأمهات قبل الولادة...)، لكن تبقى هذه النتائج غير كافية بالنظر إلى حجم الإمكانيات المتوفرة والإنجازات المحققة أضف إلى أنها تخفي الفوارق الجهوية بين مختلف المناطق، ما يبرز ضعف كفاءة التخصيص.1

■ **متوسط العمر المتوقع عند الولادة: (Esperance de vie à la naissance)**

الشكل (7) : تطور مؤشر العمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة (2000-2017)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

[www.donnees.banquemoniale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?locations=DZ](http://www.donnees.banquemoniale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?locations=DZ)

من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل البياني نلاحظ أن مؤشر أمل الحياة عند الولادة ارتفع من 70.64% في سنة (2000) إلى 76.50% في سنة (2017)، وهذا راجع إلى اهتمام الحكومة بالرعاية الصحية وتعميمها للصحة العمومية والعلاج على المستوى الوطني، الذي كان له انعكاسات إيجابية في تغيير خريطة المرض، التي زادت من تنامي التكاليف، وهذا ما يظهر حجم الصعوبات الناجمة عن التمويل والتي رافقها ضعف في التخصيص.

### ثالثا: تقييم الأداء بالقطاع الصحي في الجزائر:

يمكن تقييم فعالية الأداء الصحي انطلاقا من تقييم النتائج المتحصل عليها من الإنفاق الاجتماعي الصحي، ويمكن أن نستعين بالجدول الموالي لمعرفة أهم بنود الفعالية وعدم الفعالية النظام الصحي:  
جدول (5): أهم بنود الفعالية وعدم الفعالية الإنفاق الاجتماعي الصحي.

بنود عدم فعالية النظام الصحي	بنود فعالية النظام الصحي
- الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية .	- تحسن في مؤشرات الحالة الصحية.
- تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة.	- انخفاض في معدلات الوفيات والإصابة بالأمراض.
- وجود أمراض متعلقة بالفقر.	- وجود بنية تحتية صحية.
- تدهور الخدمات الصحية.	- التغطية الكاملة لخدمات الصحة العامة.
- تكديس اليد العاملة الطبية في مناطق دون الأخرى	- ارتفاع معدل استخدام التطعيم.
- انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال.	- نظام متعدد للخدمات الصحية.
- انخفاض الأجور الفعلية.	- التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية.

المصدر: برنامج السياسات والنظم الصحية. (2005)، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن والرؤى المستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ص 106.

انطلاقا من بنود النظام الصحي المدونة في الجدول أعلاه يمكن معرفة مدى تحقق الأهداف المسطرة والنتائج المحققة بالقطاع الصحي ومدى فعالية ونجاح السياسة الصحية أو إخفاقها:

■ **تحسن المؤشرات الصحية:** عرفت المؤشرات الصحية تحسنا ملحوظا خصوصا في الآونة الأخيرة، كانخفاض في معدلات الوفيات سواء تعلق الأمر بالرضع أو الأطفال الأقل من خمسة سنوات أو الأمهات وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة ويعود ذلك إلى تطبيق جملة من البرامج الصحية المتعلقة بمكافحة الأمراض الخطيرة والمعدية، كالتوسع في عمليات التطعيم والتلقيح ضد الأمراض الفتاكة كالسل والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال وجذري وغيرها، بالإضافة إلى البرامج الموجهة لصحة الأم وطفلها، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أنه وبالرغم من الإنجازات ونتائج المحققة في مختلف المجالات فإن هذه المؤشرات لا تعكس حقيقة وحجم الإمكانيات المالية والبشرية التي سخرتها الجهات الوصية في هذا المجال، وهذا ما يبرز حجم التحدي المنتظر من طرف الدولة للوصول إلى مؤشرات صحية ذات المستوى المطلوب خصوصا إذا ما تم مقارنتها بالدول المتطورة أو البلدان النامية ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة.<sup>22</sup>

- **تحسن مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية:** حيث ارتفع عدد الممارسين الصحة، ليسجل سنة (2017) طبيب واحد لكل 529 ساكن، وطبيب أسنان لكل 2925 ساكن، وصيدلي لكل 3382 ساكن.<sup>23</sup> لكن ما يمكن الإشارة إليه هو نقص الأطباء المتخصصون، وذلك راجع إلى تدهور أجورهم وضعف أساليب التحفيز على مستوى القطاع العام، مما أدى إلى لجوء معظمهم إلى العمل في العيادات الخاصة، وظهر نقص الأطباء المختصين في القطاع العام خاصة بعد الجائحة التي عرفها العالم مؤخرا حيث تم الاستجداء بالأطباء المتقاعدين لسد العجز في المستشفيات العمومية والمراكز الصحية ودعم العاملين بها.
- **وجود بنية تحتية صحية كاملة:** شهدت المنشآت القاعدية الصحية في بلادنا نموا متزايدا في الفترة الأخيرة، خاصة في إطار إصلاحات (2007) التي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وذلك لتقريب الخدمات الصحية للمواطن، وتحسين أساليب التسيير ونوعية الخدمات على مستوى الهياكل العمومية، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لتوسع في البنى التحتية الصحية إلا أن هناك تفاوت كبير في توزيعها على مختلف المناطق الوطن، إذ يبقى التحيز واضح على المناطق الحضرية دون الريفية، والمناطق الشمالية دون الداخلية والجنوبية، وهذا ما يمثل تحديا أمام السياسة الصحية لإيجاد حلول بديلة لهذا المشكل.
- **التغطية الشاملة للخدمات الصحية العامة:** بالنسبة لتغطية الخدمات الصحية العامة نلاحظ أن هناك نقص كبير في الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع العام، إذ أن في أغلب الأحيان يتجه المواطنون إلى القطاع الخاص لتلبية حاجاتهم الصحية، ويعود السبب إلى الظروف السيئة للاستقبال وإقامة المرضى وقلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى لندرة الأدوية والتعطل الدائم للتجهيزات الطبية وهناك ما تزال لم تشغل بعد، بالرغم من " ارتفاع حجم المخصصات المالية لاقتناء التجهيزات الطبية والذي بلغ 2076 مليون في سنة (2015)، بعدما كان 1900 مليون سنة (2005)، وبهذا يمكن لهذه التجهيزات أن تغطي الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، لكن لعدم وجود مختصين لاستعمال هذه الوسائل أدى هذا إلى تأكلها وإهلاكها دون استغلالها"<sup>24</sup>، وهذا راجع إلى أن الوزارة كان همها الوحيد هو توفير الأجهزة من الخارج التي كان المرضى بحاجة إليها دون اشتراط الصيانة، لكن بداية من سنة (2014) تم عقد مجلس وزاري نص على ضرورة اشتراط الصيانة في العقود، لكن تم تهميش هذا الجانب فيما بعد، ويرجع المختصون في مجال الصحة إلى مركزية شراء الأجهزة الطبية، وأن الوزارة تحتفظ بصفقات الشراء على مستوى ضيق دون فتح المجال إلى الشركات من خلال المناقصة<sup>25</sup>.
- **تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة:** تكس اليد العاملة المؤهلة في المناطق الحضرية الكبرى مما يجعل الخدمات الصحية تتوزع توزيعا غير عادلا بالنسبة لمناطق الوطن، ويعود السبب إلى تحيز الإنفاق الصحي للمناطق الكبرى دون المناطق الجنوبية والداخلية.

▪ **استمرار وجود الأمراض المتعلقة بالفقر:** تراجع نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والخطيرة في الآونة الأخيرة، لكن قابلها ارتفاع في الأمراض المزمنة، التي باتت السبب الرئيسي في ارتفاع عدد الوفيات ويعود ذلك إلى التشخيص المتأخر وارتفاع تكاليف العلاج والتكفل غير اللائق بالمرضى.

#### ▪ خاتمة:

بناءً على ما تقدم يمكن القول السياسة الصحية حققت نتائج إيجابية إلى حد ما، التي تعد كمكاسب للنظام الصحي الجزائري وكنقاط قوة في مجال الرعاية الصحية من الناحية الكمية كارتفاع مستويات التغطية الصحية وتحسن المؤشرات الصحية الأساسية كارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد وانخفاض معدلات الوفيات واتساع القاعدة التحتية للهياكل الصحية كالمستشفيات ومراكز العلاج وغيرها والموارد البشرية كالأطباء وجراحو الأسنان وصيدلة.. ولكن التحسن في بعض المؤشرات الصحية لا يعكس المستوى الصحي الحقيقي، وإنما لابد من النظر إلى حجم النقائص والمشاكل التي أثرت سلباً على مسار تطور النظام الصحي وأضعفت فعاليته وكفاءته كنقص التغطية الشاملة للخدمات الصحية العامة وتباينها بين مختلف مناطق الوطن، وفي حالة توفرها تكون دون المستوى المطلوب وضعف جودتها، ضعف الاستجابة لحاجات المرضى، وكذا ارتفاع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية، وذلك في ظل غياب الرقابة وتفتيش الفساد بمختلف أشكاله (الإداري والمالي)، ما أدى إلى عدم قدرة الحكومة على تمويل القطاع بسبب النمو الديمغرافي المتزايد من جهة ومن جهة أخرى اهتراء البنى التحتية للهياكل الصحية ما أفضى إلى عجزها عن توفير الرعاية الصحية اللازمة للمواطنين، وما دفع الكثير منهم إلى التوجه إلى دول الجوار بحثاً عن خدمات طبية ذات جودة.

#### ▪ التوصيات:

- يجب التفكير في بناء نظام صحي مرن وفعال قادر على التكيف مع التغيرات الطارئة.
- وضع سياسات صحية فاعلة وملمة وقادرة على خلق انسجام وتكامل بين مختلف مدخلات النظام الصحي
- التسير العقلاني والرشيد للإنفاق الصحي من خلال استخدامه بكفاءة كضراء كل ما هو ضروري فقط واستعمال الأدوية والمنتجات الجنيصة وتشديد الرقابة...، وذلك للحصول على مخرجات ونتائج صحية جيدة وذات جودة عالية ومتميزة.
- الاهتمام بتكوين ممارسي الصحة، للنهوض بالقطاع ومسايرته للتطورات التكنولوجية.
- عدم التحيز في توفير الخدمات الصحية .
- دمج القطاع الخاص مع القطاع العام للتكامل وتولي الدولة عملية التنظيم والمراقبة حتى تتحكم في تكاليف العلاج.
- إرساء قواعد الإدارة الرشيدة، من خلال الشفافي والمراقبة والمحاسبة.

## الهوامش:

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de Santé, Politiques de santé nationales, www.who.int date de consultation: 2021/05/21.

<sup>2</sup> قدي عبد المجيد وآخرون. (2014). أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرنقال" بمدينة شلف، مجلة الإستراتيجية والتنمية، 4(7)، 155-181، ص 171.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص ص 167-168.

<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص 169.

<sup>5</sup> المرجع نفسه، ص ص 170-171.

<sup>6</sup> بوقناديل محمد وآخرون. (2016). تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، 1(2)، 81-95، ص 81.

<sup>7</sup> خروبي برازة عمر. (2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشلف، أطروحة ماجستير، جامعة الجزائر، ص 47.

<sup>8</sup> المرجع نفسه، ص 48.

<sup>9</sup> عياشي نور الدين. (2009). تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية وبحوث اقتصادية، (31)، 293-309، ص 298.

<sup>10</sup> Rapport National Du MSPRH. (2003). Population et De Développement En Algérie, Edition ANDS, Alger, PP 14- 15.

<sup>11</sup> Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique. (2017). Profil de pays 2016 – Algérie, p24. (www.uneca.org/publications), Consulté le 21/ 05/ 2021.

<sup>12</sup> علي دحمان محمد. (2011). تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة ماجستير، جامعة تلمسان، ص 54.

<sup>13</sup> خروبي برازة عمر. (2011). المرجع السابق، ص 50.

<sup>14</sup> عياشي نور الدين. (2009). المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، (20)، 90-116، ص 300.

<sup>15</sup> الاعتماد على معطيات البنك الدولي. [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)، تاريخ الدخول 2021/05/21.

<sup>16</sup> علي دحمان محمد. (2017). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، ص 247.

<sup>17</sup> Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique. (2017). Op.cit, p25.

<sup>18</sup> ONS. (2018). L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015-2017, N°47, Edition 2018, p 21.

<sup>19</sup> علي دحمان محمد. (2017). المرجع السابق، ص 120.

<sup>20</sup> بوشلاغم عميروش وآخرون. (2017). واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، 4(3)، 10-30، ص 12.

<sup>21</sup> Coarasa ,J & Jishnu, D & Jeffrey. H. (2014), Privé ou Public, Finances & Développement, 51(4), 34- 36, p p 34-35.

<sup>22</sup> عياشي نور الدين. (2017). المرجع السابق، ص 99.

<sup>23</sup> ONS. (2018). L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015-2017, Op. Cit, p 21.

<sup>24</sup> علي دحمان محمد . (2017). المرجع السابق، ص 234.

<sup>25</sup> محمد فوزي. (2019). الفساد والإهمال في مستشفيات الجزائر، أجهزة طبية معطلة منذ سنوات، مقال منشور في الموقع الإلكتروني: [www.alaraby.co.uk/investigations/2019/6/6/](http://www.alaraby.co.uk/investigations/2019/6/6/)، تاريخ الدخول: 21/05/2021.

### المراجع:

- بوقناديل محمد وآخرون. (2016). تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، 1(2)، 81- 95.
- بوشلاغم عميروش وآخرون. (2017). واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، 4(3)، 10- 30.
- علي دحمان محمد. (2011). تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة ماجستير، جامعة تلمسان.
- علي دحمان محمد. (2017). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان.
- حمد فوزي. (2019). الفساد والإهمال في مستشفيات الجزائر، أجهزة طبية معطلة منذ سنوات، مقال منشور في الموقع الإلكتروني: [www.alaraby.co.uk/investigations/2019/6/6/](http://www.alaraby.co.uk/investigations/2019/6/6/)، تاريخ الدخول: 21/05/2021.
- قدي عبد المجيد وآخرون. (2014). أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرنقال" بمدينة شلف، مجلة الإستراتيجية والتنمية، 4(7)، 155- 181.
- خروبي برازة عمر. (2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999- 2009، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشلف، أطروحة ماجستير، جامعة الجزائر.
- ONS. (2018). L'Algérie en quelques chiffres.
- Rapport National Du MSPRH. (2003). Population et De Développement En Algérie, Edition ANDS, Alger, PP 14- 15.
- Coarasa ,J & Jishnu, D & Jeffrey. H. (2014), Privé ou Public, Finances & Développement, 51(4), 34- 36, p p 34-35.
- Organisation Mondiale de Santé, Politiques de santé nationales, www.who.int date de consultation: 2021/05/21.
- Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique. (2017).