

واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية -

ريمة اوشن كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية
وعلوم التسيير جامعة الحاج لخضر - باتنة- (طالبة
دكتوراه)

rima.ouchen@gmail.com

أ.د. إيمان بن زيان . كلية العلوم الاقتصادية والعلوم
التجارية وعلوم التسيير جامعة الحاج لخضر - باتنة-
iman_benziane@yahoo.fr

ملخص:

Abstract:

Several countries supported a number of initiatives to develop methods and tools to measure the performance of its systems by directing their efforts toward improving the level of health services to its people and this because of the importance of health to the achievement of the development of the society and its stability.

The objective of this research is the assessment of the level of performance of the health system in Algeria, and the presentation of key results that have been achieved in recent years and weaknesses from which it suffers and which are obstacles for the achievement of the targets set, drawing attention to the importance of following and developing the methods used in evaluating its performance.

Key words: Health system, evaluation criteria, health, Algeria

أخذت العديد من الدول على عاتقها مبادرات لتطوير طرق وأدوات قياس أداء نظمها الصحية وقامت بتوجيه جهودها لتحسين مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها لسكانها وهذا لما تعكسه الصحة من أهمية في تحقيق تنمية المجتمع واستقراره.

الهدف من هذا البحث تقييم مستوى أداء النظام الصحي الجزائري، وعرض اهم النتائج التي حققها في السنوات الاخيرة وكذا اهم نقاط الضعف التي يعاني منها والتي شكلت عراقيل لتحقيق الأهداف المرجوة منه، ذلك للفت الانتباه لأهمية متابعة وتطوير الطرق المتبعة في تقييم أداءه.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، معايير التقييم، الصحة، الجزائر .

مقدمة

تعتبر الصحة حقا عالميا إلى جانب التعليم وحق الحياة، لذلك تعتبر مورد بالغ الأهمية ومن اهم الشواغل في مجال التنمية لمختلف المجتمعات كونها من الأسباب التي تؤثر على إنتاجية القوى العاملة مما يؤدي بدوره على مستوى الفرد إلى انخفاض المداخل القابلة للصرف لدى الأسر، وعلى المستوى الجماعي إلى انخفاض مستويات الدخل القومي التي تؤدي إلى حرمان الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية، هذا ما جعل الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفا عاما بالنسبة لأي دولة خلال وضعها للخطط التنموية والاجتماعية والاقتصادية فمن غير الممكن تحقيق تنمية دون تحسين وتطوير الاوضاع الصحية للسكان الذين يعتبرون عنصر أساسي في تحقيقها، هذا من جهة ومن جهة أخرى توجد العديد من العوامل والقطاعات الاخرى التي تؤثر على الصحة بشكل غير مباشر ولا تدخل في نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة منها الإسكان، التعليم، الطاقة، المياه، الصرف الصحي والبيئة إلى جانب العامل الاساسي والمباشر الذي يؤثر فيها وهو التحكم في المرض ومعالجته. لذا كانت هناك العديد من المحاولات لتوفير حاجيات السكان في مجال الصحة في اطار المواثيق الصحية، والجزائر كغيرها من الدول سطرت العديد من البرامج التوجيهية للمنظومة الصحية خاصة بالنسبة للقطاع العام الذي يعتبر المقدم الرئيسي للخدمة الصحية، فقد شهدت السنوات الأخيرة بعض النمو والإنجازات بما في ذلك تحسين صحة السكان وانخفاض في معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وارتفاع في متوسط مأمول العمر وعدد الولادات وتمكين السكان من الوصول الى الخدمات الصحية، كما طرأت تغييرات كمية ونوعية من حيث عدد الهياكل والإمكانات المتاحة وكذا تعداد العاملين في المجال الصحي ودخول القطاع الخاص كمنافس على توفير الخدمات الصحية.

رغم كل أشكال التقدم والتحسين الذي شهدته الجزائر في مختلف المؤشرات إلا أنه لم يرافقه تحسن في أساليب تقديم الخدمة وتوزيع كل من المؤسسات الاستشفائية ونسبة الانفاق رغم الزيادة الديمغرافية التي شهدتها البلاد، بناء على ما سبق سيحاول البحث الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو واقع النظام الصحي في الجزائر من خلال النتائج والمستويات التي حققتها في السنوات الأخيرة؟

سيتم تقسيم الورقة البحثية إلى قسمين يتناول القسم الأول ماهية النظام الصحي، وطرق قياس أدائه، أما القسم الثاني سيخصص لدراسة النظام الصحي في الجزائر وعرض أهم الخصائص ومؤشرات قياس أدائه بالاعتماد على المؤشرات التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة في تقييم الأنظمة الصحية حيث تمثل معا موجزا شاملا للوضع الراهن للصحة الوطنية في المجالات التالية: معدل الحياة والوفيات وعبء المرض، الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة، الأمراض المعدية المنتقاة، التغطية بالخدمات الصحية، الأنظمة الصحية، الانفاق الصحي، والإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

الجزء الأول: الإطار النظري للنظم الصحية

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

أولاً: ماهية النظام الصحي ومكوناته

يعرف النظام الصحي بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها. تقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة".¹

كما عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه: مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق. والنظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوماً بعد يوم وتقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أنّ الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وفرادى المؤسسات الصحية يُعد كذلك من الأمور الحاسمة الأهمية.²

مراعياً في ذلك جملة من الأمور هي³:

- أن تكون التغطية شاملة، كاملة وعادلة.

- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

أما الباحث يقترح تعريف النظام الصحي على أنه جميع الهياكل والمؤسسات والموارد التي يتم تسخيرها لتوفير احتياجات السكان من الخدمات الصحية بغرض تحسين حياتهم، وذلك بتخطيط وتنفيذ برامج تصحيحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي.

يهدف النظام الصحي إلى⁴:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.

- ارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والاضطرابات.

- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل كلفة ممكنة.

كما يتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي:

1. الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية: يمثل الأشخاص والعائلات الذين يوماً ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوافر لهم في المؤسسة والمنشآت الصحية.

2.المكون المهني والفني: يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، من أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، طبيب الأسنان، الممرضات والصيدالة... إلخ.

3.المكون الاجتماعي: وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة، والأمة أو الشعب والذين يقوم كل منهم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الاعباء التي يتحملونها أو يقومون بها.⁵

ثانيا: معايير تقييم النظم الصحية

حددت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 المعايير التالية لتقييم أداء النظم الصحية والمتمثلة أساسا في⁶:

1.معدل الحياة و الوفيات وعبء المرض: تعكس هذه المؤشرات بصفة وجيزة واقع الصحة لعموم السكان خاصة بالنسبة لمستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها وهي مهمة بشكل خاص لفهم الصحة العمومية، إذ ما يقرب من 20% من جميع الوفيات تقع بين أطفال دون سن الخامسة، وتعزى إلى وفيات حديثي الولادة (الوفاة خلال الأيام 28 أولى من الحياة لكل 1000 مولود حي).

2.الوفيات والمرض الناجمة عن أسباب محددة: يمثل عدد الحالات المرضية في مجموعة سكانية معينة

3.الامراض المعدية المنتقاة: على الرغم من الجهود الجارية لتعزيز ترصد الأمراض والتصدي لها، فإن العديد من البلدان تواجه تحديات في توشي الدقة في تحديد الأمراض المعدية وتشخيصها وتبليغها، بسبب بعد المجتمعات والافتقار إلى البنى التحتية وكذا اختلاف مناطق توطن الأمراض وطبيعتها من حيث التفشي الذي يؤدي إلى تأرجح اعداد الحالات تأرجحا هائلا مع مرور الزمن، وهناك بعض الأمراض التي تمثل أفضل طريقة للتعامل معها في اتخاذ تدابير وقائية من قبيل المعالجة الدوائية الجموعية، كما أن عدد الحالات تعد مؤشرا لا يعتد به على عبء المرض كون البعض منها ذات معدلات وفيات مرتفعة في حين أن أمراضا من قبيل شلل الأطفال ذات معدلات وفيات منخفضة ولكنها تؤدي إلى خسارة جسيمة لسنوات العمر مع التمتع بالصحة.

4.التغطية بالخدمات الصحية: يعبر هذا المؤشر عن مدى حصول المحتاجين على التدابير الصحية المهمة بالفعل، وتشمل هذه التدابير توفير الرعاية الحاذقة للنساء أثناء الحمل والولادة، والتمنيع للوقاية من أمراض الطفولة المعدية الشائعة.

5.عوامل الخطر: يعرض هذا المعيار المؤشرات المتعلقة بعوامل خطر معينة مرتبطة بزيادة معدلات الوفيات والمرض. والمخاطر التي يمكن توقيها والمتمثلة فيما يلي: الماء غير المأمون ونقص مرافق الاصحاح، استخدام الوقود الصلب في المنازل، الوزن المنخفض عند الميلاد، نقص التغذية في مرحلة الطفولة، زيادة الوزن أو السمنة، الاستهلاك الضار للكحول، تعاطي التبغ.

6.انخفاض الوزن عند الميلاد عامل مهم من عوامل التنبؤ بصحة الوليد وبقياه، غير أنه في كثير من الأماكن (ولا سيما حيث تتم الولادات خارج مرافق الرعاية الصحية) لا يوزن العديد من الرضع عند ميلادهم.

7.الانظمة الصحية: يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية.

8.الانفاق الصحي: يعرض هذا القسم الانفاق الصحي من قبل الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الخارجي والضمان الاجتماعي، والمواطنين من جيوبهم.

9.حالات الغبن في المجال الصحي: يعرض هذا المعيار ثلاثة مؤشرات صحية تتمثل في نسبة الولادات باشراف عاملين صحيين حاذقين، ووفيات الأطفال دون الخامسة مصنفة وفقا للاقامة في الحضر أو الريف، وثروة الأسرة ومستوى تعليم الأم.

10.الاحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية: يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة.

ثالثا: العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة، والتباين في هذه العوامل⁷:

1-السكان: يعتبر الوضع السكاني من اهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي كونه الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية:

- عدد السكان: يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد كبير من السكان.

- معدل نمو السكان: عند التخطيط لوضع أي نظام صحي لابد من أن يأخذ معدل النمو في الاعتبار لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمتة مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل.

- توزيع السكان حسب الأعمار: هذا يرتبط بنوعية النظام الصحي المطلوب في حين نجد أن معدل أعمار بعض الدول يميل نحو الشيخوخة نجد معدل الأعمار في بعض الدول الأخرى يميل نحو الشباب وهذا يعكس طبيعة الخدمات الطبية التي سوف يتم التركيز عليها ضمن ذلك النظام الصحي بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية.

- توزيع السكان (الكثافة السكانية): تختلف الأمراض لدى السكان باختلاف مناطقهم الجغرافية وكثافتهم السكانية وهذا ما يجب أخذه عند رسم النظام الصحي ومراعاة هذا التوزيع السكاني.

- المستوى الثقافي للسكان: يرتبط مع مستوى الخدمة الصحية التي يجب التركيز عليها، فعندما تكون مستويات الثقافة لدى السكان متدنية فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتثقيف الصحي والصحة الشخصية، أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والتأهيلية.

- معدل الدخل: للتوسع بمظلة التأمين الصحي وشركات التأمين أو لتوجيه النظام الصحي نحو القطاع الخاص أو القطاع الحكومي فإن معدل الدخل سوف يلعب دورا كبيرا في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وعلى انظمة التأمين المختلفة اضافة إلى أن معدل الدخل سوف يوجه النظام الصحي (في الغالب) الى استخدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.

2-الموارد الطبيعية المتوفرة:

- توفر الموارد الخام في الطبيعة كالبتروول، المعادن، الفوسفات، المياه، والأسماك والموارد الطبيعية الأخرى والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة.

- توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم، ويرتبط بمعرفة المواطنين بمقدرة دولتهم على إيجاد نظام صحي متطور، ومدى انسجام هذا النظام مع ما هو متوقع لديهم في ضوء الامكانيات البشرية المتوفرة وفي ضوء الموارد الطبيعية الأخرى.

- حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الاخرى: وهذا الامر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى أن حجم الانفاق يقيس مدى استعداده للتضحية بمداخله.

3-العوامل البيئية الطبيعية: كالمناخ والطقس والمساكن والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض، هذه تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والطقس وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض أو عدم وجودها وتختلف باختلاف أنواع تلك الحشرات والقوارض وبالتالي فإن الاطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه وإيجاده.

4-العوامل الوراثية السائدة: ان الاطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كأمراض الاعاقات والشلل الدماغي والسرطان... الخ، واعتماد العوامل الوراثية عند وضع النظام الصحي بالإضافة الى العناية الشخصية وأنماط التغذية أمر في غاية الأهمية عند وضع نظام صحي.

5-المتغيرات السياسية والتكنولوجية: وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين على استخدام التكنولوجيا المتطورة في وضع النظام الصحي ومدى تأثيره السياسي على ذلك النظام.

6-متغيرات وعوامل مختلفة أخرى: هناك مجموعة من العوامل الأخرى والتي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي ولها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي اهم تلك العوامل: الصادرات و الواردات الغذائية، معدلات الأمية، القطاعات الصحية الموجودة أو الممكن إيجادها،توفر المعاهد والجامعات التي تقوم على تدريس وتعليم المهن الطبية المختلفة، تكاليف التعليم والتدريب.

رابعاً: المشكلات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية

تواجه أنظمة الرعاية الصحية العديد من المشكلات التي تعيق سيرها من أهمها:

- العوائق والحواجز التمويلية وغيرها لتوفير الرعاية الصحية بالشكل المناسب كما ونوعاً.
- التوزيع الجغرافي السيئ (غير العادل) للقوى البشرية أو للطاقات البشرية ووحدات الرعاية الصحية، ويكفي القول بأن المؤسسات الطبية تتمركز بشكل كبير في المدن الكبيرة أولاً ثم الصغيرة ثانياً، كما أن الطاقات البشرية تتبع ذلك وكذلك الاجهزة الطبية الحديثة، كما أن الطاقات البشرية والطبية والمساعدة تتمركز بأعدادها الضخمة في المستشفيات.
- ازدادت رسوم تكلفة المعالجة والرعاية الصحية وبالتالي أصبح الأمر في الحصول على خدمات صحية من قبل متوسطي ومدني الدخل عسيراً.

- كلما ازداد التخصص دقة وتفرعا كلما اقتربنا من مشكلة تجزئة المريض بين عدة اختصاصات وتضخمت فاتورة العلاج قيمة ورسوماً، وتجزئة المريض بين عدة اخصائيين يعالجون تؤثر نفسياً عليه وتؤثر على علاقته المفروض أن تكون جيدة مع طبيبه.⁸

الجزء الثاني: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقاً من المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة أساساً في المؤشرات الأساسية التالية⁹:

أولاً: معدل الحياة و الوفيات وعبء المرض

جدول رقم (01): تطور معدل مأمول العمر في الجزائر

السنة	مأمول العمر عند الولادة (بالسنوات)			مأمول العمر عند سن 60 (بالسنوات)		
	كلا الجنسين	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث
2014	77.2	76.6	77.8	...	...	...
2013	77	75.5	77.6	...	...	...
2012	76.4	75.8	77.1	18	17	19
2011	76.5	75.6	77.4	19	18	20
2010	76.3	75.6	77	...	...	...
2009	75.5	74.7	76.3	19	18	20
2008	75.6	74.8	76.4	...	...	...
2000	72.5	71.5	73.4	...	...	...
1990	66.9	66.3	67.3	17	16	18

Source: : Office National des statistiques, www.ons.dz/santé
World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

جدول رقم(02): معدلات الوفيات والمواليد في الجزائر

السنة	معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 نسمة)	معدل وفيات الاطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن ال 5 سنوات لكل 1000 مولود حي)			عدد وفيات الرضع (احتمال الوفاة قبل سن 1سنة لكل 1000 مولود حي)(%)	عدد وفيات الرضع	مأمول العمر عند الميلاد (لكل 1000 مولود حي)	مأمول العمر مع التمتع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات)	عدد المواليد أموات	معدل المواليد أموات (%)		
		كلا الجنسين	ذكور	إناث						كلا الجنسين	ذكور	إناث
2014	...	23.9	27.1	25.6	22	22282	15077	14.6	15.8	13.5		

14.2	16.4	15.4	15009			21586	21.2	23.6	22.4	24.9	27.3	26.1	...	...	2013
14.9	16.8	15.9	15795	62	12	22088	21.2	23.9	22.6	24.7	27.3	26.1	165	122	2012
15.4	18.0	16.7	15480	...	17	21055	21.6	24.6	23.1	25.2	28.3	26.8	123	100	2011
16.7	19.6	18.2	16444	...	18	21046	22.2	25.2	23.7	26.0	29.0	27.5	...	...	2010
17.2	19.6	18.4	15937	...	27	21076	22.9	26.6	24.8	27.1	30.8	29.0	135	105	2009
18.4	21.3	19.9	16588	...	...	20793	23.9	26.9	25.5	27.8	31.4	29.7	144	199	2008
22.8	24.6	24.7	14891	...	22	21072	35.3	38.4	36.9	41.3	44.8	43.0	175	131	2000
19.1	23.5	21.4	16691	...	23	36270	45.8	49.2	46.8	54.7	58.2	55.7	199	152	1990

Source: World health organization, World Health Statistics report(2010-2014), Italy,2014.

تقرير ديمغرافيا الجزائر (السكان) 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.

قد سجلت المؤشرات المتعلقة بمأمول العمر عند الولادة 77.2 سنة لكلا الجنسين سنة 2014 في حين بلغ 72.5 سنة 2000، 76.6 عند الذكور سنة 2014 و77.8 للإناث من نفس السنة، وذلك بسبب المساعي الرامية لتحسين مستوى الصحة بالمقارنة مع المؤشر العالمي الذي بلغ 70 سنة لكلا الجنسين وقد بلغ مأمول العمر عند سن ال 60 بالسنوات 18 لكلا الجنسين سنة 2012.

سجل معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و60 سنة لكل 100 نسمة) انخفاض في السنوات 2008، 2009، و2011 لكلا الجنسين الذكور على التوالي (123،135،144)، الإناث (100،105،199) في حين عاودت الارتفاع سنة 2012 ب 165 للذكور و122 للإناث.

بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن ال 5 سنوات لكل 1000 مولود حي) فقد سجل انخفاض في الفترة 2000-2014 حيث كان 44.8 سنة 2000 و31.4 سنة 2008 ليسجل استقرارا في السنتين 2012 و2013 ب 27.3 وانخفاض طفيف سنة 2014 ب 27.1 وقد سجل تباين بين الجنسين لدى الذكور 27.1 و23.9 للإناث من نفس السنة.

بلغ عدد وفيات الرضع 2282 وفاة سنة 2014 حيث سجل ارتفاع بعدما كان 21586 حالة سنة 2013 بمعدل 22% (احتمال الوفاة قبل سن 1 سنة لكل 1000 مولود حي) رغم أن المعدل عرف انخفاض في نسبة معدل الوفيات في الفترة 2008-2014 من 25.5% إلى 22% لكلا الجنسين. في حين بلغ عدد المواليد الأموات 15077 مولود ميت سنة 2014 بمعدل 14.6% رغم أن عدد المواليد عرف تذبذب في الفترة 2000-2014 إلا أن معدل المواليد في انخفاض مستمر لكلا الجنسين بعدما كان 24.7% سنة 2000 لينخفض إلى 18.2 سنة 2010 و14.6% سنة 2014 وذلك بسبب برامج حماية الامومة والطفل التي سترت أيضا من مساعي منظمة الصحة العالمية في الفترة ما بين 1990 و2015 فهناك انخفاض في معدل الوفيات رغم الزيادة العددية فيها بسبب زيادة الولادات المسجلة في نفس الفترة .

يساهم هذا المؤشر في تحديد نوعية النظام الصحي المطلوب مستقبلا ان كان المجتمع يميل نحو الشيخوخة او الشباب، بالتالي سيتم التركيز على تحسين وتوفير خدمات صحية تتناسب مع الفئة الغالبة. وكذا التخطيط لتحسين ظروف الولادات والتقليل من وفيات الاطفال والرضع من جهة، واثار زيادة معدلات المواليد على تحديد الاحتياج الذي سيواجهه النظام مستقبلا وبالتالي ملائمة مع معدلات النمو والحاجة لاجراء تغييرات على النظام الحالي او ايجاد نظام صحي بديل يغطي ذلك الاحتياج من جهة اخرى.

غير أن هذه المؤشرات لا تكفي لوصف ومقارنة الحالة الصحية لمختلف الشرائح السكانية على نحو كامل خصوصا فيما يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة، فبالرغم من ارتفاع معدل الامل في الحياة إلا أنه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من طرف العديد من الدول فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة. كما أن التحسن في معدل الامل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع للأمراض سواء المتقلة او غير المتقلة. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل اهم أسباب الوفاة في الجزائر، وبالنظر للتنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة، نجدها متدنية، فالجزائر تحتل المرتبة 45 حسب المستوى الصحي والمرتبة 81 حسب ترتيب أداء النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي

للجزائريين غير مرتبط بالقطاع الصحي منها الجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والاسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد¹⁰.

ثانيا: الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة

جدول رقم (03): أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر

السنة	الوفيات											
	معدلات الوفيات حسب الأسباب مقيسة حسب العمر (لكل 100 000 نسمة)			سنوات العمر المفقودة (لكل 100 000 نسمة)				عدد الوفيات بين الاطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (000s)	توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل اعمارهم عن 5 سنوات (%)			
	الإصابات	غير السارية	السارية	كل الأسباب	السارية	غير السارية	الإصابات		الإيدز	الاسهال	الحصبة	الملاريا
2012	98	710	54	19635	4810	12406	2418	20	1	4	1	0
2010	...	...	...	...	...	...	...	26	00	5	11	00
2008	202	523	47	...	...	...	...	...	00	15	1	00
2004	218	565	60	...	...	...	...	...	00	...	...	00
2000	...	...	...	...	...	...	...	28	00	7	6	00

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010–2014), Italy.

يضم هذا القسم المؤشرات المتعلقة بمستوى وتوزيع أسباب محددة للوفيات مصنفة على النحو التالي:

- سجلت معدلات الوفيات حسب الأسباب مقيسة حسب العمر لكل 100000 نسمة انخفاضا في الأمراض السارية من 202 سنة 2008 إلى 78 سنة 2012، في حين سجل ارتفاع في الأمراض غير السارية من 523 سنة 2008 إلى 710 سنة 2012 وكذا في الإصابات من 47 سنة 2008 إلى 54 سنة 2012.

- بلغ عدد الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات 20000 وفاة سنة 2012 في حين كانت 26000 وفاة سنة 2010، بالنسبة لمعدلات وفيات حديثي الولادة فقد سجل انخفاض مستمر في الفترة 2000-2014 من 43% سنة 2000 إلى 25.6% سنة 2014 لكلا الجنسين وقد بلغت عند الذكور 27.1% و23.9% للإناث سنة 2014، سجلت نسبة وفيات الامومة لكل 100000 مولود حي 89 وفاة سنة 2013 في حين كانت 120 حالة سنة 2000.

ثالثا: الامراض المعدية المنتقاة

جدول رقم (05): عدد حالات الإصابة بمجموعة من الامراض المعدية المنتقاة في الجزائر

السنة	عدد الحالات المبلغ عنها				
	داء اللشمانيات	الحصبة الألمانية	الملاريا	الحصبة	السل
2012	9127	420	887	18	21880
2011	...	170	191	112	21429
2010	...	212	...	103	22336
2009	...	23	...	107	21701
2008	...	1339	11964	217	8643

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

بلغ عدد الحالات المبلغ عنها في الجزائر لكل من داء اللشمانيات 9127 حالة سنة 2010 في حين كانت 7632 حالة سنة 2008، الملاريا سجلت 887 حالة سنة 2010 في حين كانت 191 حالة سنة 2011 و11964 حالة سنة 2008، الحصبة 18 حالة سنة 2008 بعدما كانت 112 حالة سنة 2011 و1547 حالة سنة 2008، إلتهاب السحايا سجل 3941 حالة سنة 2008، الشاهوق ب 104 حالة سنة 2012 في حين سجلت حالة واحدة سنة 2011، الحصبة الألمانية سجلت ارتفاعا محسوسا سنة 2012 حيث بلغ عدد الحالات المبلغ عنها 420 حالة في حين سجلت 170 حالة فقط سنة 2011 و212 حالة سنة

2010 و 23 حالة سنة 2009، كانت اعلى نسبة سنة 2008 ب 1339 حالة، السجل أكبر عدد من حالات التبليغ بين بقية الأمراض المعدية ب 21880 حالة سنة 2012 و 21429 حالة سنة 2011.

رابعا: التغطية بالخدمات الصحية

جدول رقم (06): التغطية بالخدمات الصحية في الجزائر

السنة	معدل انتشار وسائل منع الحمل (%)	التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل (%)		الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين (%)	المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز الوليدي (%)	التغطية التمنيعية بين الأطفال في السنة الأولى من العمر (%)				
		زيارة واحدة على الأقل	4 زيارات على الأقل			الحصبة	الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DTP3	الجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B HepB3	الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B Hib3	
2006-2013	61	89								
2012				95	90	95	95	95	95	95
2011				95	90	95	95	95	95	95
2010				95	90	95	95	95	95	95
2009				...	71	88	93	91	93	93
2008				95	71	88	93	91	93	93
2000				...	64	80	86	...	...	...
1990				77	75	83	89	...	...	...

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010–2014), Italy.

يلاحظ ان الجزائر قد سجلت فيما يخص الأطفال دون الخامسة من العمر والمصابون بالاسهال الذي يتلقون المعالجة بأملاح الامهء الفموي نسبة 27% فقط بينما المشتهه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي ويتلقون المضادات الحيوية فقد وصلت النسبة إلى 59%.

في حين حققت مستويات عالية في مجال التغطية التمنيعية¹¹ بين الأطفال في السنة الأولى من العمر بحيث استقرت النسبة على 95% في السنوات (2010، 2011، 2012) وذلك في كل من الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B والجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B والجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DIP3 والحصبة، بعدما كانت في سنة 2009 و 2008 على التوالي 93%، 91%، و 88%.

فيما يخص المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز الوليدي فقد سجل استقرار في الفترة 2010–2012 بنسبة تغطية 90% في حين كانت 71% لكل من 2009 و 2008 و 64% سنة 2000.

بالنسبة لمعدل انتشار وسائل منع الحمل فقد بلغت النسبة 61% في الفترة 2006–2013 والتغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل بزيارة واحدة على الأقل 89% اما الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين بلغت 95% سنة 2012.

سجلت معدلات النجاح في معالجة حالات السل الإيجابية اللطاخة ارتفاع نسبي ب 89% و 92% في الفترة 2008–2011 بينما سجلت معدلات اكتشاف حالتها اعلى نسبة لها 100% سنة 2009 لتتخفض إلى 64% سنة 2012.

خامسا: الانظمة الصحية

جدول رقم (07): القوى العاملة في الجزائر

السنة	الأطباء		الصيدالة		جراحي الأسنان	
	العدد	عدد السكان لكل طبيب	العدد	عدد السكان لكل صيدلي	العدد	عدد السكان لكل جراح
2010	56209	640	9081	3962	11633	3093
2009	52071	677	8503	4148	11135	3167
2008	47995	721	8019	4314	10649	3093

3711	8197	6318	4814	941	32332	2000
3476	7199	11725	2134	1063	23550	1990

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية 1962-2001 الفصل الخامس الصحة.

جدول رقم: (08) تعداد الهياكل الصحية في الجزائر

2010		2009		2008		
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
37775	194	37565	192	37185	190	مؤسسة استشفائية عامة
679	04	608	04	600	04	مؤسسة استشفائية
11889	13	12342	13	12115	13	مراكز استشفائية جامعية
612	01	700	01	700	01	مؤسسة استشفائية جامعية
10824	64	10475	61	9932	57	مؤسسة استشفائية متخصصة
...	271	...	271	...	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
(1)3272	1491	(1)2704	1436	(1)1988	1419	تجمع: - عيادات متعددة الخدمات
...	5350	...	5258	...	5077	- قاعات العلاج
3200	431	2914	427	2812	419	- دور الولادة العمومية (2)
...	97	...	94	...	85	دور الولادة الخاصة (03)
...	528	...	521	...	504	دور الولادة ¹² (المجموع)
...	616	...	614	...	611	مركز طبي اجتماعي
...	50	...	50	...	50	مختبرات النظافة الولائية
61779	...	61690	...	60532	...	عدد أسرة المستشفيات
...	9264	...	8837	...	8477	الصيدليات
...	8322	...	7876	...	7509	منها الخاصة
...	89.83	...	89.13	...	88.58	%
...	6208	...	5904	...	5621	المنشآت الخاصة
...	6315	...	6206	...	6202	- عيادة طبيب مختص
...	5105	...	4909	...	4717	- عيادة طبيب عام
...	376	...	335	...	301	- عيادة طب الأسنان
...	...	...	...	...	...	- عيادة ممارسة مجموعة

Source: Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

حوصلة إحصائية 1962-2011 الفصل الخامس الصحة

(1) أسرة الاستعجالات

(2) دور الولادة العمومية = دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات و في بعض قاعات العلاج

(3) تتعلق بعيادات طبية جراحية خاصة

يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية فيه وقد سجلت الجزائر الأرقام التالية:

- سجل ارتفاع في عدد كل من الأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان بحوالي الضعف في الفترة 2000-2010 وذلك على التوالي (32332، 4814، 8197) سنة 2000 ليصل إلى (56209، 9081، 11633) سنة 2010 في المقابل هناك انخفاض في عدد السكان لكل طبيب ليصل إلى 640 سنة 2010 في حين بلغ 941 سنة 2000 و 670 سنة 2009، كذا لكل صيدلي حيث بلغ 3962 سنة 2010 وكذا لكل جراح أسنان، وقد بلغت كثافة القوى العاملة الصحية لكل 10000 نسمة في الفترة من 2006-2013، 12.1 بالنسبة للأطباء، 19.5 للموظفين في التمريض والقبالة، و 3.3 للموظفين في طب الأسنان، 2.4 للموظفين في الصيدلة، في حين بلغت 0.2 للأطباء النفسيين في الفترة 2006-2010.

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية الجامعية العامة 194 مؤسسة سنة 2010 بعدد أسرة 37775 في حين كانت 190 سنة 2008 و 192 سنة 2009 بعدد أسرة على التوالي 37185 و 37565.

- يلاحظ قلة وسوء في توزيع الهياكل الصحية بالنظر إلى الارتفاع المتزايد لعدد السكان في الجزائر إلا أن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية حيث سجل ثبات في عدد المراكز الاستشفائية الجامعية ب 13 مركز جامعي منذ سنة 2000 وقد

عرفت انخفاضا في عدد الأسرة التقنية سنة 2010 إلى 11889 بعدما كان 12342 سرير سنة 2009، لترتفع إلى 14000 سرير سنة 2014 ويؤسس مركز جامعي جديد بطم طبي بلغ 15000 و15609 مساعد طبي¹³، كذا يلاحظ ثبات في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ب 271 مؤسسة هذا من جهة، ومن جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا في توزيع المؤسسات الصحية فالعاصمة تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد ذلك في الشرق نسبة 22%، الغرب بنسبة 20%، بينما الجنوب الشرقي بنسبة 2% والجنوب الغربي 1%.¹⁴

سادسا: الاحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

جدول رقم (09): الاحصاءات الديموغرافية في الجزائر

السنة	الإجمالي (000s)	السكان					القاطنون في الحضر (%)	التغطية بخدمات السجل المدني (%)		المعدل الخام للولادات (%)	عدد الولادات (بالآلاف)
		النمو الطبيعي (بالآلاف)	معدل النمو الطبيعي (%)	متوسط العمر (بالسنوات)	دون سن 15 (%)	فوق سن الستين (%)		الولادات	الوفيات		
2014	39114	840	2.15	...	...	...	...	...	25.93	1014
2013	38297	795	2.07	...	...	...	...	...	25.14	963
2012	37495	808	2.16	27	27	7	74	99	26.08	978	
2011	36717	748	2.04	27	27	7	73	...	24.78	910	
2010	35978	731	2.03	26	27	7	66	...	24.68	888	
2009	35268	690	1.96	26	27	7	66	...	24.07	849	
2008	34591	663	1.92	25	28	7	65	...	23.62	817	
2000	30416	449	1.48	...	...	...	...	...	19.36	589
1990	25022	624	2.49	....	...	...	...	...	30.94	775

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

جدول رقم (10): الاحصاءات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر

معدل إمام البالغين بالقراءة والكتابة ممن تتراوح اعمارهم 15 سنة فما فوق (%)	المعدل الصافي للالتحاق بالمدرسة الابتدائية (%)		المعدل الخام للوفيات (%)	عدد الوفيات (بالآلاف)	متوسط العمر عند الانتجاب (بالسنة)	اجمالي معدل الخصوبة (لكل امرأة)	نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي (تعادل القوة الشرائية بالدولار الدولي)	مشاركي الهاتف الخلوي (لكل 100 من السكان)	
	ذكور	إناث							
2006-2012	2006-2012								
73	98	96	4.44	174	31.3	3.03	...	...	2014
			4.39	168	31.4	2.93	...	...	2013
			4.53	170	31.5	3.02	8360	98	2012
			4.41	162	31.6	2.87	...	99	2011
			4.37	157	31.7	2.87	8180	92	2010
			4.51	159	31.8	2.84	8110	...	2009
			4.42	153	31.9	2.81	7940	...	2008
			4.59	140	32.0	2.40	5130	...	2000

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014), Italy.

يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة وقد سجلت الجزائر النتائج التالية:

- بلغ عدد السكان 39.114.000 نسمة سنة 2014 بزيادة في معدل النمو الطبيعي وصل 2.15 من نفس السنة يعود هذا الارتفاع أساسا إلى الزيادة المعبرة في حجم الولادات الحية بالرغم من ارتفاع حجم الوفيات الذي وصل إلى 174000 وفاة سنة

2014 بمعدل خام 4.44% ونلاحظ تضاعف النمو الطبيعي للسكان خلال الخمسة عشرة سنة الأخيرة حيث انتقل من 449000 إلى 840000 بين سنة 2000 و2014.

- بلغ متوسط العمر بالسنوات إلى 27 سنة 2012 و7% لما فوق سن الستين.

- بالنسبة للقاطنين في الحضر بلغت نسبتهم 66% سنة 2010 لترتفع إلى 73% سنة 2011 و74% سنة 2010 وذلك بسبب النزوح الريفي الذي تشهده البلاد في السنوات الأخيرة.

- بلغ عدد الولادات 1014000 ولادة سنة 2014 وهي اعلى قيمة سجلت إلى حد الآن بمعدل خام 25.93% في حين بلغت 963000 ولادة سنة 2013 بمعدل خام 25.14% و978000 ولادة سنة 2012 بمعدل خام 26.08%.

- وقد ورد في تقرير ديمغرافيا الجزائر الصادر عن الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2014 أن التركيبة السكانية تميزت حسب السن ب تواصل الارتفاع في نسبة الفئة السكانية الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والتي انتقلت من 11.4% إلى 11.6% ما بين 2013 و2014، عرفت كذلك نسبة فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفاعا، حيث انتقلت من 28.1% إلى 28.4% خلال نفس الفترة، واصلت نسبة الفئة السكانية في شن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) انخفاضها، حيث تراجع من 64.0% إلى 63.6% في الفترة ما بين 2012 و2013، لتبلغ 63.1% في سنة 2014.

من جهة أخرى بلغ حجم الفئة النسوية في سن الانجاب (15-49 سنة) 10.7 مليون امرأة، كما شهدت سنة 2014 ارتفاعا لمؤشر الخصوبة الكلي الذي بلغ 3.03 لكل امرأة اما متوسط العمر عند الانجاب، فهو يواصل في الانخفاض والذي بلغ 0.1 سنة في كل عام، ليبليغ 31.3 سنة.

خاتمة

كان لتطور مفهوم الصحة اثر كبير على أبعاد التنمية الصحية، حيث انتقل من المستوى الصحي إلى الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تعتبر ذات صلة بحياة أفراد المجتمع، بغرض تحسين مستويات الصحة العامة لعموم السكان يتوجب تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية بصورة متوازية لما لها من أثر كبير على حياة الأفراد ونوعيتها، هذا ما يلاحظ على واقع الصحة الوطنية في الجزائر فبالرغم من التطور الذي شهدتها في السنوات الأخيرة إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول بالمقارنة مع جاراتها، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها من أهمها ضعف الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم او النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها وقدم العتاد الصحي المتواجد فيها ففي الوسط هناك 56 منشأة صحية منها (6 مراكز استشفائية جامعية، و 15 مركز استشفائي متخصص) تتكفل بتقديم خدمات لإحدى عشرة ولاية، في الغرب هناك 55 منشأة صحية منها (4 مراكز استشفائية جامعية، 10 مراكز استشفائية متخصصة) تتكفل بتقديم خدمات لأربعة عشرة ولاية، في الشرق هناك 43 قطاع صحي منها (3 مراكز استشفائية جامعية، 6 مراكز استشفائية متخصصة) تتكفل بتقديم خدمات لإحدى عشرة ولاية، في الجنوب الغربي يوجد 20 منشأة صحية تغطي سبعة ولايات و في الجنوب الشرقي 11 منشأة صحية تغطي خمسة ولايات، وكذا سجلت 52% بالنسبة للمجيبين بالرضا في تقرير التنمية البشرية لسنة 2013 في مؤشر الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الفترة 2007-2009 بينما سجلت تونس مثلا 80 %.

لا تزال هناك فجوة واسعة تفصل بين الطاقات الكامنة للنظام الصحي الجزائري وبين أدائه الفعلي، لذا هناك حاجة لإجراء عدد متزايد من التقييمات الذاتية لأدائه ومقارنته مع البلدان الأخرى ذات الظروف والمستوى المشابه والتي حققت نتائج أفضل، وكذا اشراك كافة القطاعات التي تؤثر بصفة غير مباشرة على الصحة بغرض تخطيط وبناء النظام الصحي ووضع البرامج الكفيلة برفع المستوى الصحي وتحسين وتطوير الهياكل الصحية وتأهيل الإمكانيات التقنية لتقديم خدمات صحية ذات مستوى.

قائمة المراجع:

- ¹ محمد عدمان مريزق، مداخل في الادارة الصحية، دار الراية، عمان، 2012، ص 15-17
- ² <http://www.who.int/features/qa/28/ar/>
- ³ عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، 2003، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 03.
- ⁴ المرجع السابق، ص 53.
- ⁵ صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة منظور شامل، دار الفكر، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص 53.
- ⁶ World health organization, World Health Statistics report, italy, 2010.
- ⁷ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 53-56.
- ⁸ عبد المهدي بواعنه، ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004، عمان، ص 125.
- تقرير ديمغرافيا الجزائر 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.
- ⁹ لم يتم التطرق الى كل من عوامل الخطر، الانفاق الصحي وحالات الغبن في المجال الصحي بسبب تعذر الحصول على معطيات متعلقة بالجزائر في هذا المجال.
- ¹⁰ إلياس بومعروف، عمار عماري، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 35.
- ¹¹ تحسب مؤشرات التغطية بقسمة عدد الأشخاص الذين يتلقون تدبيرا علاجيا معينا على عدد المستحقين أو المحتاجين لهذا التدبير العلاجي.
- ¹² يتعلق الامر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة
- ¹³ Plan National Cancer 2015-2019, ANDS, 2014, P29.
- ¹⁴ إلياس بومعروف، عمار عماري، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 33
- Office National des statistiques, www.ons.dz/santé