تمويل النظام الصحي في الجزائر

الأستاذة/ فاطمة الزهراء طاهري(*)
الأستاذة/ طيبة طاهري(**)

عرف تمويل قطاع الصحة بالجزائر إلى يومنا هذا أربعة مراحل أساسية، فبعدما كانت العملية مبنية على أساس التسعيرة ليوم استشفاء، عملا بالهياكل الموجودة عند الاستقلال، تدخل أمر ١٩٧٣ الذي أسس العلاج المجاني وبالتالي أدخل نظام تمويل جديد أساسه «الجزاف»، هذا النظام بدوره أثبت عدم نجاعته مما دفع بالسلطات العمومية إلى التفكير في نظام أنجع، وفيما يلي نتطرق إلى تمويل النظام الصحي بالجزائر لننتقل بعدها لتوضيح مختلف سياسات تمويل الصحة في الجزائر.

سياسات تمويل قطاع الصحة بالجزائر

سنستعرض إنطلاقا من هذا العنصر مختلف سياسات تمويل قطاع الصحة بالجزائر من خلال تتبع مختلف المراحل التي مر بها القطاع والتي تتمثل في أربعة مراحل وهي:

I- المرحلة الأولى: التمويل المختلط: من ١٩٦٣ــ١٩٧٣م[١]:

تميز النظام التمويلي في هذه المرحلة بضعف الوسائل، حيث كان من الصعب آنذاك إعادة تنشيط الهياكل الموروثة عن الاستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطن كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا إذ لا تفوق ١,٥٪ من الناتج الداخلي الخام.

(*) أستاذة مساعدة مكلفة بالدروس - جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر
(**) أستاذة مساعدة - جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.

اعتمد قطاع الصحة العام في هذه المرحلة على ثلاثة مصادر متمايزة للتمويل لكن متكاملة، والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى الذين يستقطبهم المستشفى، وذلك عن طريق تحديد الهوية الاجتماعية لكل شريحة هذه المصادر هي:

١ـ العائدات الخاصة: تأتي من مدفوعات المرضى ذوي الدخل الكافي، أي هؤلاء الذين يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم يفتقدون لتغطية اجتماعية بأي نظام تأمين كان حيث تشمل هذه الفئة على سبيل المثال: المهن الحرة، التجار، الحرفيون،...إلخ ولا تمثل هذه العائدات سوى ١٠٪ من دخل المستشفيات

٢- عائدات تسديد المصاريف: تجد مصدرها في التأمينات الاجتماعية (بمختلف أنظمتها) لقاء الخدمات الصحية المؤداة للمؤمن لهم وذوي حقوقهم الذين تم استشفاءهم.

ويتم حساب هذه التسديدات على أساس تسعيرة بسند سعر اليوم في المستشفى المحدد سنويا من طرف سلطات الوصاية وتسهم التأمينات الاجتماعية بنسبة ٣٠٪ من عائدات المستشفى.

- التسبيقات: تمثل ٦٠٪ من موارد المستشفى وتجد مصدرها في الخزينة لحساب الدولة، وكذا صندوق التضامن للمحافظات والبلديات لحساب الجماعات المحلية.

وهي تمثل تمويل الخدمات المؤداة للأشخاص التابعين لنظام المعونة الصحية المجانية، حيث تغطي الخزينة نسبة ٨٥٪ من نفقاتهم، والنسبة الباقية أي ١٥٪ فتتوزع على التوالي:

- ٨٪ على حساب المحافظات.
- ٧٪ على حساب البلديات.

وقد عرف هذا النظام التمويلي مظاهر عجز يمكن تلخيصها فيما يأتي:

١- بالنسبة للمرضى الذين يدفعون مقابل الخدمات المقدمة لهم، ترسل الفاتورة لتحصيلها لدى العنوان المبين من طرف المعنيين مما جعل التحصيل غير محقق

بسبب تغيير السكن بصفة مستمرة من جهة (بعد الاستقلال) وتصريح المرضى بعناوين خطأ عمدا، من جهة أخرى.

٢- بالنسبة للقطاع الصحي يسري عليه نظام التقادم الثنائي كل سنتين على الديون بصفة قياسية ونظامية.

السياق الذي تتجلى فيه ضرورة تغيير النظام التمويلي:

ساعدت الوضعية الاقتصادية في نهاية السبعينات على البحث عن نظام تمويلي فبالرغم من تزايد نفقات الصحة استمرت الرغبة في تحقيق مبدأ مجانية العلاج.

فقد تم إخضاع كل المراكز الطبية الاجتماعية التابعة للضمان الاجتماعي والتعاونيات تحت وصاية وزارة الصحة وتجسيد مبدأ المخططات التنموية كأساس للتطوير الاقتصادي بصفة عامة والقطاع الصحي بصفة خاصة.

بالإضافة إلى هذا تم إعادة تجهيز المؤسسات الاستشفائية وتوزيع منصف للأدوية على مختلف القطاعات والوحدات الصحية القاعدية.

II-المرحلة الثانية: التمويل العمومي وشبه العمومي: ١٩٧٤-١٩٨٩م[٢]:

بمجيء الأمر ٧٣- ٦٥ تأسس نظام العلاج المجاني ومن ثمة تغير نظام التمويل بإحداث ما يعرف بالجزاف الاستشفائي وهو نظام حمل بذور عجزه، مما دفع إلى التفكير في إيجاد أسلوب آخر[٣].

- النظام الجزافي لتمويل المستشفيات: إن تطبيق الطب المجاني أدى إلى تحويل أسلوب تمويل القطاع الصحي المعمول به حيث إن نظام التسعير للخدمات على أساس يوم في المستشفى قد ترك مكانه للتمويل الجزافي أي تزويد المستشفى بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية، والنابعة من الممولين الرئيسيين وهما الدولة وصندوق الضمان الاجتماعي.

واعتبر هذا النظام بدون محتوى اقتصادي ومن بين عواقبه، ارتفاع مفرط في نفقات الصحة خاصة سنة ١٩٩٣ مع أن فعالية هذه الأخيرة بقيت مستقرة نسبيا بدون أي تطور.

وفيما يلي جدول يوضح تطور نفقات الصحة خلال الفترة: ١٩٧٣- ٢٠٠٥

جدول رقم(٩)

تطور نفقات الصحة خلال الفترة: ١٩٧٣-٢٠٠٥

السنوات	١٩٧٣	١٩٨٠	١٩٨٨	١٩٩٠	٢٠٠٥
النسبة المئوية للصحة من الناتج الداخلي الخام	٣.٧	٤.٤	٥.٥	٦	٣.٤

المصدر: www.who.int/nha/country/DZA.en, 11/12/2006.

إن كلا من غياب التخطيط للوسائل للمدى الطويل، وتركز مراكز القرار في القمة، وكذا العراقيل البيروقراطية للجهاز الإداري عوامل كانت وراء تدهور تدريجي للخدمات الصحية على عكس نفقات الصحة الوطنية التي تواصل إرتفاعها حيث بلغت نسبتها ٣,٧٪ من الناتج الداخلي الخام سنة ١٩٧٣، ثم تطورت إلى ٤,٤٪ سنة ١٩٨٠ و٥,٥٪ سنة ١٩٨٨ ووصلت إلى ٦٪ سنة ١٩٩٠ وقد وصلت إلى ٣,٤ سنة ٢٠٠٥ من جهة أخرى فإن غياب الإنفاق العقلاني تولد عنه تقدير بالزيادة، نظرا لعدم التحكم في تعداد المستخدمين من جهة وتحديد الحاجيات المرتكزة على معطيات غير مؤسسة من جهة أخرى وهي من بين النقائص الهيكلية التي تعرقل فعالية النظام مما دفع إلى البحث عن وسائل تسهيل كالتحويل للعلاج بالخارج، (لاسيما فرنسا).

أما صندوق الضمان الاجتماعي فقد عرف إضطرابات وصعوبات مالية منذ ١٩٩٠ تميزت بعجز يرتفع بإستمرار يصعب التحكم فيه وفي هذا السياق وصل

الممولين الرئيسيين لقطاع الصحة إلى حدود إمكانياتهما في تسخير الموارد مما فرض إصلاحاً جديداً.

وفي هذا الإطار جاء إصلاح ١٩٩٠ـ١٩٩١ والذي يهدف إلى إعادة هيكل التمويل برفع نصيب كل من الدولة والأفراد، حيث تقرر وضع تنظيم جديد مبني على أساس إستقلالية هياكل الصحة التي يضمن تسييرها مجالس إدارة والتي نجد فيها تمثيل كل من الجماعات المحلية، الضمان الإجتماعي، وكذا الأفراد.

III-المرحلة الثالثة: التمويل المتعدد: بداية ١٩٩٤م[٤]:

وفيه أصبح واضحا تخلي الدولة عن المساهمة في بعض النفقات التي أصبحت على عاتق المواطن (المريض) كدفع ثمن رمزي للفحوصات الطبية عبر كل المؤسسات الاستشفائية ومراكز العلاج.

ثم اتسعت هذه العملية لتشمل الإيواء والإطعام وبعض الكشوفات الطبية في القطاعات الصحية بدون تعويض من طرف الضمان الإجتماعي.

لكن نتساءل هل الموارد والإمكانيات التي خصصت للمنظومة الصحية حققت أهدافها؟.

من خلال قياس الحالة الصحية للمجتمع إنطلاقا من بعض المؤشرات كمعدل الوفيات، معدل الأمراض والعمر المأمول للحياة ونسبة التلقيحات للأطفال، و تقييم المراحل التي عاشها القطاع الصحي نجد أن الحالة الصحية قد عرفت تحسنا ملحوظا ولكنه غير كاف نظرا للموارد المالية المخصصة خاصة إذا قمنا بمقارنتها ببعض الدول التي نفقاتها الصحية أقل من النفقات الصحية في الجزائر ـ إلا أن مؤشراتها الصحية أحسن ـ وهذا رغم النفقات الصحية الوطنية المرتفعة مقارنة مع الزيادة في النمو الاقتصادي الكلي وبالتالي يجب التفكير في تخفيض تكلفة العلاج الضروري وتحسين مردودية الموارد المخصصة لذلك.

IV-المرحلة الرابعة: ١٩٩٠-٢٠٠٨:

وهي مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، فقد عرفت المؤسسة الصحية في الجزائر تطورا ملحوظا سواء تعلق الأمر بالهياكل الصحية أو بالموارد البشرية العاملة بها، إلا أن أهم ما ميز هذه الفترة هو مخطط الضبط الهيكلي وهذا ما سنتناوله فيما يلي:

نظام الصحة على ضوء مخطط الضبط الهيكلي: كغيرها من العديد من الدول السائرة في طريق النمو لم تكن الجزائر بمعزل عن الأزمة الاقتصادية في منتصف عقد الثمانينات متبوعة بانهيار مواردها الخارجية الناتج عن انخفاض أسعار البترول التي تمثل المصدر الأساسي للصادرات إلى اتباع - بالاتفاق مع مؤسسات التمويل الدولية - مخطط الضبط الهيكلي بعد مفاوضات أجرتها السلطات العمومية عام ١٩٩٣ مع صندوق النقد الدولي والبنك العالمي وقد استمر هذا المخطط طيلة العقد الثاني من التسعينات.

وقد هدف هذا الأخير إلى استقرار الاقتصاد الكلي وإنعاشه على أساس ميكانيزمات السوق القادرة على إثارة الاقتصاد الوطني.

ويتمثل هذا المخطط في مجموعة من التعديلات للسياسة الاقتصادية مخصصة لتخفيف عدم التوازن الهيكلي في الاقتصاد الجزائري من أجل الاستقرار من جهة وبعث التطور الاقتصادي من جهة أخرى.

ولقد ترتب عن تطبيق مخطط الضبط الهيكلي الآثار التالية:

- ارتفاع أسعار الأدوية بسبب إنخفاض قيمة النقد المحلي.
- سجل منذ العام ١٩٩٢ إنتشار كبير لأمراض وبائية وأخرى مستأصلة سابقا عادة للواجهة من جديد لكن بشكل عرضي (التيفوئيد، الزحار،...) كذلك تفاقم حالات الدفتيريا والحصبة، وتعبر هذه الأوبئة عن وضعية وسيطة متصلة بالأزمة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي أصابت البلاد.

- على مستوى الضمان الإجتماعي ـ أهم ممولي الصحة ـ سجل عجزا متراكما منذ التسعينات يوضح من خلال تقلص عدد الأجراء جراء حل المؤسسات في الوقت الذي كانت فيه مصادر هيئات الضمان تأتي بشكل خاص من مساهمات الأجراء[٥].

رغم أن الجزائر طبقت مخطط تعديل هيكلي من أصعب المخططات، وعاشت أزمة متعددة الجوانب إلا أن مستوى تكاليفها الصحية مقارنة بالناتج الداخلي الخام لم يتوقف عن الارتفاع كما يتوقع أن يستمر هذا الارتفاع مستقبلا على الرغم من الانخفاض الحالي والمتوقع لنسبة الزيادة في عدد السكان وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (١٠)

التكاليف الصحية المتوقعة (معدل الزيادة المتوسطة)

السنوات	السكان	الناتج الداخلي الخام	التكاليف الصحية للفرد	التكاليف الكلية للصحة
١٩٨٦-١٩٩٠	٣.٢	٣.٥	٥.٢	٨.٤
١٩٩١-١٩٩٥	٣.٠	٤.٧	٦.٦	٩.٦
١٩٩٦-٢٠٠٠	٢.٥	٤.٧	٧.١	٩.٦
٢٠٠١-٢٠١٠	١.٩	٤.٧	٧.٧	٩.٦

المصدر: Organization des Nations Unies: Notes et Etude Documentaires,.N 4878, Washington, 1989, P104.

ومن هنا ندرك أن الجهود التي يجب أن تبذل لتصحيح مسار الاقتصاد الوطني لا يمكن أن تتم بمعزل عن تلك التي يجب أن تخصص للنهضة الاجتماعية والسياسية للدولة[٦].

ومن أهم المستجدات على الساحة الصحية الجزائرية[٧]:

مصادقة الجزائر على تصريح الألفية[*]، وفيه تم الإجماع حول ثمانية أهداف يجب تكثيف الجهود من أجل تحقيقها بحلول العام ٢٠١٥ وهي:

- **القضاء على الفقر والمجاعة.**
- **تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.**
- **تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.**
- **تخفيض معدل وفيات الأطفال.**
- **تحسين صحة الأمومة.**
- **محاربة داء فقدان المناعة (السيدا)، حمى المستنقعات وأمراض أخرى.**
- **كفالة الاستدامة البيئية.**
- **إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.**

وقد تعهد الدولة الجزائرية بتحقيق هذه الأهداف، ووضعت من أجل ذلك عدة برامج وحققت الكثير من النتائج المشجعة نذكر منها:

- فيما يتعلق بتخفيض الوفيات عند الأطفال دون سن خمس سنوات، يمكننا أن نلاحظ أن الحالة الصحية العامة للسكان وبالتبعية للأطفال قد تحسنت بشكل كبير وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (١١)

تطور نسبة الوفيات عند الأطفال

السنة	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٤	٢٠٠٥
نسبة وفيات الرضع	٤٦.٨	٣٦.٩	٣٤.٧	٣٠.٤	٣٠.٤

المصدر: www.escwa.org.lb/divisions/scu/events/workshop-information-8/04/2006 ,

- كما حققت نتائج معتبرة فيما يتعلق بمعدل البقاء على قيد الحياة عند الولادة وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (١٢)

تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس

معدل البقاء على قيد الحياة	١٩٩١	٢٠٠٥
نساء	٧٣.٦	٧٦.٨
رجال	٦٦.٨	٧٥.٦

المصدر :www.escwa.org.lb/divisions/scu/events/workshop-information/8/04/2006 ,

- إرساء برنامج لدعم الإنعاش الاقتصادي بغلاف مالي يبلغ ٦٠ مليار دولار للفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٩) هدفه بعث الآلة الاقتصادية الجزائرية.
- كما تم تقليص نسبة الفقر من ١٤٪ سنة ٢٠٠٠م إلى ٦٪ سنة ٢٠٠٦ .
- تقليص نسبة وفيات الأمهات عن طريق تعزيز الرعاية الصحية للحوامل، والتغطية الأوسع للولادات في الوسط الاستشفائي والرعاية الصحية ما بعد الولادة حيث انخفضت نسبة وفيات الأمومة من ٢١٥ سنة ١٩٩٢ إلى ٩٩.٥ سنة ٢٠٠٤ .

أما الجديد على مستوى الضمان الاجتماعي فهو مشروع تعويض الأدوية من قبل المؤمنين عن طريق «البطاقة الإلكترونية شفاء» والذي دخل حيز التطبيق ابتداءا من شهر أبريل ٢٠٠٧ ، وتبلغ مدة صلاحية البطاقة خمس سنوات قابلة للتجديد وقد شرع في استعمالها بعشرة ولايات منها خمسة ولايات نموذجية (بومرداس، عنابة، المدية، أم البواقي، تلمسان) وسيتمكن ممتهني الصحة من الاطلاع على المعلومات الشخصية التي تحتويها البطاقة الإلكترونية قبل القيام بإجراء التعويض عن طريق مفتاح خاص بكل بطاقة والتي تميز فيها نوعان ، بطاقة عائلية خاصة بالمؤمن ، وبطاقة شخصية خاصة بالمؤمنين المصابين بأمراض مزمنة وأولئك الذين لا يقطنون في مكان واحد ، وستضمن هذه التقنية الحديثة ربح الوقت والقضاء على مظاهر البيروقراطية ومحاربة الغش، كما ستسمح هذه البطاقة بإرساء معلومات طبية حول المؤمن في وقت وجيز من طرف الهياكل الصحية والأطباء إلى بنك المعطيات الخاص بصندوق الضمان الاجتماعي لتسهيل عمليات التعويض ومتابعة ومراقبة المؤمن[٨] .

نوضح بعض المؤشرات الصحية للجزائر حسب آخر الإحصائيات المصرح بها من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات فيما يلي :.

المؤشرات الصحية بالجزائر خلال الفترة : ٢٠٠٥- ٢٠٠٨ : وتتمثل في[٩] :

«عرفت المؤشرات الصحية للسكان خلال السنوات الأخيرة تطورا مستمرا وقد أظهرت السياسة الوطنية للصحة أن هذا التطور يعود إلى الاهتمامات التي توليها الدولة في هذا الإطار والتكفل بصحة المواطن الجزائري، ومن بين هذه التطورات الإنتقال الديمغرافي والوبائي الذي تشهده الجزائر منذ الاستقلال، حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المتنقلة وظهور الأمراض الثقيلة المزمنة مثل أمراض القلب والسكري وإرتفاع ضغط الدم والسرطان»[٠٠].

بالإضافة إلى أن «الأمراض المتنقلة خلال بداية السبعينيات كانت منتشرة بكثرة حيث كانت تمثل نسبة ٨٠٪ من الأمراض المتسببة في الوفيات مقابل ١٥٪ من الأمراض غير المتنقلة وأصبحت خلال سنة ٢٠٠٥ (الأمراض المتنقلة) تمثل نسبة ٣٠٪ تاركة المجال للأمراض المزمنة التي تمثل نسبة ٦٠٪. ويرجع تحسن صحة السكان والقضاء على هذه الأمراض مثل الكوليرا إلى تطوير ظروف المعيشة وتوسيع البرامج الوطنية للقاحات، وبالنسبة للأمراض المزمنة اتضح أن نسبة ١٠,٥٪ من السكان مصابة بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض إرتفاع ضغط الشرايين بنسبة ٤,٣٨٪ وتليها أمراض السكري بنسبة ٢,١٠٪، معتبرا أن ارتفاع نسبة هذه الأمراض هي ظاهرة عالمية تعود إلى تغيير نمط المعيشة ولاسيما الغذائي منه وعوامل الخطورة مثل التدخين وقلة الحركات الرياضية، كما انتقلت نسبة الأمل في الحياة من أقل من ٥٠ سنة خلال السنوات الأولى للاستقلال إلى أكثر من ٧٠ سنة خلال السنوات الأخيرة»[٠٠٠].

وأكدت الوزارة أن نسبة الخصوبة والإنجاب في تقليص مستمر حيث انتقلت من ٧,٨ طفل لكل امرأة خلال السبعينيات لتصل إلى ٢,٢٧ طفل لكل امرأة وهذا راجع إلى انخفاض الأمية والتكفل بصحة الأم والطفل وتطور موانع الحمل ومن جهة أخرى

فإن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة سيسهم في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها وتؤدي إلى تقريب الصحة من المواطن كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية حيث وصل عدد العيادات إلى ٢٨٦ في سنة ٢٠٠٧ والأخصائيين الخواص ٥٠٩٥ والعموميين ٦٢٠٥ طبيب[١٠].

«وقد عرفت مختلف الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي ـ لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة ـ تطوراً مستمراً حيث بلغت نسبة ٧٦,٧٠٪ في مشروع قانون المالية لسنة ٢٠٠٨ مقابل ٥٨٪ خلال سنة ١٩٩٩ وبالنسبة لتوزيع نفقات الصحة الوطنية أكد نفس المصدر أن نسبة ٤٢,٠٨٪ تأتي من ميزانية الدولة في حين يسهم صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة ٢٨,٠٤٪. وفي هذا الإطار أكد وزير الصحة أن ما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرة يمثل ربع ما أنجز خلال ٤٦ سنة حيث بلغ ١٥٥٠٠ سرير دون إدخال في الحسبان القطاع الخاص»[••••].

بعد أن تعرفنا على مختلف عناصر النظام الصحي في الجزائر، نوضح من خلال الشكل التالي تمويل نظام الصحة في الجزائر:

جامعة الأزهر
AL-AZHAR UNIVERSITY

جامعة الأزهر
AL-AZHAR UNIVERSITY

AL-AZHAR UNIVERSITY

الخاتمة:

إن التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها بلادنا تستدعي ضرورة تكييف المنظومة الصحية، وهذا ما يقضي بمشاركة كافة القطاعات بما فيها المجتمع المدني فعلى الرغم من وجود بعض الاختلالات إلا أنه لا ينبغي التغاضي عن كل الانجازات والمكتسبات المسجلة، ولكن مع هذا يجب تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي، وذلك من خلال تحسين أسلوب التسيير المتبع وكذلك طرق حساب التكاليف وهذا كله من أجل الوصول إلى تحسين مستوى الخدمات المقدمة على مستوى القطاع الصحي ومن ثمة رفع المستوى الصحي للسكان.

الهوامش والمراجع

١ـ حلقة دراسية بعنوان نظام التعاقد في قطاع الصحة، سايحي عبد الحق وآخرون، المدرسة الوطنية للإدارة، ١٩٩٩، ص١٠.

٢ـ نفس المرجع، ص١١.

٣ـ الأمر الوزاري رقم ٧٣- ٦٥ المؤرخ في ٢٨/١٢/١٩٧٣.

4 - Ofriha Fatima Zohra et All, Un système de santé a la croisée des chemins, CREAD, 2006, P136.

5 - Lamri Larbi, "Situation économique, plan d'ajustement structurel et santé", une communication aux colloque: programme d'ajustement structurel et ses effets sur les secteurs de l'éducation et de la santé, le 20/21 Novembre 2000, P P145-149.

6 - Felah Lazhar, "plan d'ajustement structurel et developement de la prevention en santé: un paradoxe?", une communication aux colloque: programme d'ajustement structurel et ses effets sur les secteurs de l'éducation et de la santé, le 20/21 Novembre 2000, P121.

7- www.escwa.org.lb/divisions/scu/events/workshop-information, 8/04/2006

❖ـ حدث هذا أثناء انعقاد قمة الألفية بنيويورك أيام ٦ـ ٨ سبتمبر ٢٠٠٠، وهو التصريح الذي يرتكز على قيم الحرية والمساواة والتضامن وتقاسم المسؤوليات ويحدد أولويات المجتمع الدولي في مجال التنمية في بداية هذا القرن.

8 - www.elmouaten.com, sirin khadija, 4/12/2006.

9 - www.entv.dz ar/news/index.php, 20/10/2007.

❖❖- تصريح وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،
www.sante.dz, 15/06/2006

❖❖❖- نائب مدير بمديرية السكان على مستوى وزارة الصحة،
www.entv.dz ar/news/index.php, 20/10/2007

١٠ـ تقرير صادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ميكس ٣، ٢٠٠٦،
www.sante.dz, 15/06/2006

❖❖❖❖- مدير المالية والوسائل بوزارة الصحة،
www.entv.dz ar/news/index.php, 20/10/2007.