



جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Ain Témouchent University Belhadj Bouchaib



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم المالية والمحاسبة
التخصص: مالية المؤسسة

الموضوع

أثر الإنفاق الحكومي في مجال الصحة على الهدف الثالث للتنمية
المستدامة خلال الفترة الممتدة من 2000-2021
(دراسة قياسية باستخدام نموذج ARDL)

إعداد الطالبين:

الاسم واللقب: رقاد محمد ريان

الاسم واللقب: مختاري محمد امين

مقدمة أمام لجنة المناقشة المكونة من:

رئيسا	.....	بن دين نور الهدى	.....	الاسم واللقب	الأستاذ (ة):
مشرفا	.....	حبشي فادية	.....	الاسم واللقب	الأستاذ (ة):
ممتحنا	.....	بن حدو أمينة	.....	الاسم واللقب	الأستاذ (ة):

السنة الجامعية: 2023-2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر

بعد إتمامنا لهذا العمل، نعتزف بكل تواضع بأننا ما أوتينا من العلم الا قليلا

ولا يسعنا الا ان نتقدم بأسمى عبارات التقدير والشكر والعرفان، شكرا نابعا من أعماق قلبي الى أستاذتي المشرفة حبشي فادية على تحفيزها وتوجيهاتها ونصائحها القيمة التي ساعدتني في إنجاز هذه المذكرة.
نشكرك أستاذتنا الفاضلة ومن كل اعماقنا شكر الوفاء والاخلاص

الاهداء

بسم الله يرعاني ويحفظني ويوفقني اتقدم بهذا العمل المتواضع كهدية
الى:

من سهرت الليالي وحملتني وهنا على وهن والجنة تحت اقدامها
يا نبع الحنان والعطاء يا عطر الدفاء والحنان
"امي الغالية " حفظها الله واطال في عمرها
من ارادني بلوغ المعاني ومن دعمني بدعائه وتحمل المشقات
والعناء والى ابي الغالي العزيز
الى اخواني وجميع اصدقائي
اهديه لكم جميعا

محمد ريان

الاهداء

بسم الله يرعاني ويحفظني ويوفقني اتقدم بهذا العمل المتواضع كهدية
الى:

من سهرت الليالي وحملتني وهنا على وهن والجنة تحت اقدامها

يا نبع الحنان والعطاء يا عطر الدفاء والحنان

"امي الغالية " حفظها الله واطال في عمرها

من ارادني بلوغ المعاني ومن دعمني بدعائه وتحمل المشقات والعناء

والى ابي الغالي العزيز

الى اخواني وجميع اصدقائي

اهديه لكم جميعا

محمد امين

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

كلمة شكر.....	-
الاهداء.....	-
الاهداء.....	-
قائمة الجداول.....	I
قائمة الأشكال.....	III
مقدمة.....	أ
الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة.....	2
المبحث الأول: الانفاق على الصحة العامة في الجزائر.....	3
المطلب الأول: الإطار المفاهيمي للإنفاق على الصحة العامة.....	3
الفرع الأول: تعريف النفقة العامة.....	3
الفرع الثاني: تحليل مختلف فئات الانفاق العام.....	3
الفرع الثاني: تعريف الانفاق على الصحة العامة ومكوناتها:.....	5
المطلب الثاني: تطور الانفاق على الصحة العامة في الجزائر.....	7
الفرع الأول: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر.....	7
الفرع الثاني: تحليل المساهمات العامة والخاصة في تمويل الصحة.....	11
المبحث الثاني: الهدف الثالث من اهداف التنمية المستدامة في الجزائر.....	17
المطلب الأول: عرض هدف التنمية المستدامة لعام 2030.....	17
المطلب الثاني: محددات الصحة في سياق التنمية المستدامة.....	19
المبحث الثالث: عرض الدراسات السابقة حول العلاقة بين الانفاق الصحي العام وتحقيق الهدف 3 في الجزائر.....	20
المطلب الأول: الدراسات العربية.....	20
المطلب الثاني: دراسات اجنبية.....	22
الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية.....	25
المبحث الاول: تطور الانفاق العام للصحة ومؤشرات الصحة.....	27
المطلب الاول: تطور الانفاق العام للصحة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021):.....	27
الفرع الأول : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي:.....	27
الفرع الثاني : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة:.....	29

- 30 الفرع الثالث: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية.
- 32 المطلب الثاني: مؤشرات الصحة في الجزائر
- 32 الفرع الأول : عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة:
- 33 الفرع الثاني: معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)
- 35 الفرع الرابع : نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)
- 36 الفرع الخامس: معدل وفيات، الرضع (لكل 1000 مولود حي)
- 37 الفرع السادس: العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)
- 39 المبحث الثاني: الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة
- 39 المطلب الأول: الطريقة المعتمدة في الدراسة
- 39 الفرع الأول: تعريف المنهج المتبع وخطواته
- 40 الفرع الثاني: مجتمع الدراسة والعينة
- 40 الفرع الثالث: متغيرات الدراسة
- 40 الفرع الرابع: طريقة جمع البيانات
- 41 المطلب الثاني: الأدوات المستخدمة في الدراسة
- 41 الفرع الأول: التعريف بالنموذج المستخدم:
- 41 الفرع الثاني: خصائص نموذج **ARDL**
- 42 الفرع الثالث: خطوات بناء نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة **ARDL**
- 45 المبحث الثالث: النتائج والمناقشة
- 45 المطلب الأول: نتائج الاختبارات القبلية للنموذج **ARDL**
- 45 الفرع الأول: - التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة
- 47 الفرع الثاني: اختبارات جذر الوحدة (الاستقرارية)
- 47 الفرع الثالث: اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج:
- 48 المطلب الثاني: اختبار العلاقة طويلة وقصيرة المدى والاختبارات البعدية
- 48 الفرع الأول: نتائج اختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة
- 53 الفرع الثاني: اختبار جودة النموذج

58	..... خاتمة
61	..... قائمة المصادر والمراجع
65	..... الملخص باللغتين

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
07	مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الصحة	1-1
11	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة	2-1
12	الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الإنفاق الكلي للصحة	3-1
13	مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة	4-1
15	مساهمة الافراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي	5-1
27	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي	1-2
29	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة	2-2
30	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية	3-2
32	عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة	4-2
33	معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)	5-2
35	نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)	6-2
36	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)	7-2
37	العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)	8-2
46	مؤشرات ومتغيرات الدراسة	9-2
47	اختبارات جدر الوحدة	10-2
49	اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود (Bounds Test)	11-2
49	تقدير معلمات النموذج في الاجل القصير	12-2
52	نموذج تصحيح الخطأ	13-2
53	تقدير معلمات نموذج في الاجل الطويل	14-2
55	اختبارات الارتباط الذاتي	15-2
55	نتائج اختبار تجانس التباين	16-2

قائمة الأشكال

قائمة الاشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
11	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة	1-1
12	الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الإنفاق الكلي للصحة	2-1
14	مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة	3-1
15	مساهمة الافراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي	4-1
28	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي	1-2
29	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة	2-2
31	الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية	3-2
32	عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة	4-2
33	معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)	5-2
35	نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)	6-2
36	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)	7-2
38	العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)	8-2
45	التمثيل البياني لمتغيرات الدراسة	9-2
48	نتائج اختبار فترات الابطاء المثلى	10-2
54	التوزيع الطبيعي للبواقي	11-2
56	منحنى استقرارية النموذج Qusum TEST	12-2
56	منحنى استقرارية النموذج Qusum of square test	13-2

مقدمة

توطئة:

تتصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الإنسان مما أعطى الدول والمجتمع الدولي فرصة عظيمة وتحديا جديدا. إذ يشكل التوافق العالمي في سياسات الصحة أحد أهم المشكلات الرئيسية. بحيث يعد قطاع الصحة قطاعا مركبا ومعقدا جدا في إدارته وتشابكه فهناك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة بما يفوق أي قطاع آخر ومع ذلك لا توجد هيكلية جماعية أو تنسيق عالمي كافي. ويختلف حجم الإنفاق الصحي من بلد لآخر كما تختلف أنظمة الرعاية الصحية بينها وتتباين نتائج الإنفاق الصحي للحكومات على الحالة الصحية العامة، وإن ظهور مشكل ضغط النفقات الصحية المتزايدة جعل تحديد طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي ونتائجه الصحية في غاية الأهمية وهذا ما جعل النقاشات اليوم مستمرة حول العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي الحكومي ومخرجات الصحة الوطنية لأن تحديد طبيعة هذه العلاقة سيسهم في المساعدة على اتخاذ القرارات الملائمة والفعالة فيما يخص الإنفاق الصحي خاصة مع ضغط تكاليفه. أما بالنسبة للجزائر فقد شهدت هذه القطاع تطورات كبيرة تزامن مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذه القطاعات، وهو محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمج أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذه القطاعات خلال مخصصاتها المالية. الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية.

لكن على الرغم من ارتفاع حجم الإنفاق على هذا القطاع، وما تبدله الدولة الجزائرية من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية إلا أن الاستفادة من ذلك ما زال دون المستوى المطلوب أين بقي عرضة للعديد من المشاكل (نتيجة للقصور الإداري من جهة وعدم فعالية السياسات الموضوعة من جهة أخرى). إن الارتفاع، وعليه يمكن طرح السؤال الرئيسي لهذه الدراسة كالتالي:

إشكالية الدراسة:

أولاً: السؤال الرئيسي

✓ ما مدى فعالية النفقات العامة للصحة في تحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000 الى 2021؟

ثانياً: الأسئلة الفرعية

من خلال السؤال الرئيسي، نقوم بعرض الاسئلة الفرعية المكملة لمتطلبات البحث وهي:

1. هل عرف قطاع الصحة بالجزائر تطورا في الانفاق؟
2. هل يوجد علاقة بين النفقات العامة للصحة والنتائج الصحية؟
3. هل يوجد عوامل أخرى الى جانب النفقات العامة للصحة تؤثر في مؤشرات الصحة في الجزائر؟

ثالثاً: فرضيات الدراسة

1. شهد مجال الصحة في الجزائر تطوراً في الإنفاق الحكومي، مع زيادة تدريجية في الميزانية المخصصة للقطاع الصحي وتحسين الخدمات الصحية على مر السنوات.
2. هناك علاقة وثيقة بين النفقات العامة للصحة والنتائج الصحية في الجزائر.
3. هناك عوامل اقتصادية واجتماعية تؤثر على صحة المواطنين في الجزائر.

رابعاً: أهمية الدراسة:

1. ملء الفجوة الحالية في الأدبيات العربية من خلال التوصل إلى إطار فكري متكامل لتقويم مدى فعالية الانفاق الحكومي بالقطاع الصحي الجزائري.
2. رغم ندرة الدراسات السابقة بنفس هذا الموضوع، الا اننا حاولنا من خلال هذا البحث إعطاء تقييم شامل للقطاع من جميع جوانب التي تمس الانفاق الصحي بشكل عام.

خامساً: أهداف الدراسة

في ضوء مشكلة البحث وعناصرها نحاول تحقيق الأهداف التالية:

- إبراز أهمية الانفاق بالنسبة لقطاع الصحي.
- إبراز تأثير الانفاق العام على هدف الثالث لتنمية المستدامة.
- إيضاح العلاقة بين مصادر التمويل المختلفة وكيفية مساهمتها.

سادساً: حدود الدراسة

من أجل الإلمام بجوانب موضوعنا وضبطه بشكل يسمح للإجابة على الإشكالية الرئيسية له تم حصر حدوده على النحو التالي:

- الحدود المكانية: ارتبطت الدراسة بإجراء دراسة قياسية بالجزائر.
- الحدود الزمنية: تمثلت الدراسة في تطبيق دراسة قياسية خلال الفترة الممتدة ما بين (2000-2021)

سابعاً: المنهج المتبع

للإجابة على التساؤل الرئيسي واختبار الفرضيات المتبناة، سيتم الاعتماد على المناهج التالية:

1. **المنهج الوصفي:** تم استخدام هذا المنهج من أجل دراسة النفقات العامة للصحة وتحديد مكوناتها وخصائصها، أي يصف الظاهرة من حيث كيفية تكوّنها وبنائها وعملها، كما يعمل على وصف طبيعة العلاقات المكوّنة لها أو تلك التي تربطها بظواهر أخرى وهي مؤشرات الهدف الثالث للتنمية المستدامة والخاص بالصحة في الجزائر، حيث إنه يدرس الظاهرة وهي في حالة سكون دون تغير وتطور وتفسير الوضع القائم لها بتحليل أبعادها وعلاقاتها ومكوناتها.

2. **المنهج التحليلي:** سيتم استخدام المنهج التحليلي لدراسة وتحليل البيانات المتعلقة بالإنفاق العام على قطاع الصحة في الجزائر. يشمل هذا التحليل تقييم إنتاجية الإنفاق العام من خلال قياس فعالية الأموال المصروفة في تحقيق أهداف الصحة العامة. سيتم تحليل البيانات المالية والصحية للتوصل إلى استنتاجات حول مدى انعكاس حجم الإنفاق على نتائج القطاع الصحي.

3. **المنهج التجريبي (الاقتصاد القياسي):** بالإضافة إلى المناهج السابقة، سيتم الاعتماد على المنهج التجريبي لاختبار الفرضيات والتحقق من العلاقات بين المتغيرات. سيتم استخدام الأساليب القياسية الحديثة مثل اختبارات استقرار السلاسل الزمنية وتحليل منهج الحدود لدراسة العلاقة طويلة الأجل بين الإنفاق العام على الصحة والنتائج الصحية. سيتم أيضاً استخدام نموذج تصحيح الخطأ (Error Correction Model) لدراسة العلاقة قصيرة الأجل بين هذه المتغيرات.

ثامنا: تقسيمات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم تقسيم البحث إلى فصلين:

الفصل الأول يتناول الإطار النظري والدراسات السابقة من خلال ثلاثة مباحث. في المبحث الأول، نستعرض مفاهيم حول الانفاق الحكومي للصحة بصفة عامة وتطور مصادر تمويله في الجزائر بصفة خاص. المبحث الثاني يركز على الهدف الثالث للتنمية المستدامة، بينما المبحث الثالث يقدم نظرة على الدراسات السابقة باللغة العربية والأجنبية.

الفصل الثاني هو دراسة تحليلية وقياسية لأثر النفقات العامة للصحة على النتائج الصحية في الجزائر. يتضمن ثلاثة مباحث، حيث يتناول المبحث الأول تحليل نفقات القطاع الصحي ومؤثراته، ويستعرض المبحث الثاني الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة، بما في ذلك منهجية الدراسة ومتغيراتها. المبحث الثالث يعرض النتائج والمناقشة، مع التركيز على نتائج الاختبارات القبلية للنموذج ARDL واختبارات العلاقة طويلة وقصيرة المدى والاختبارات البعدية.

الفصل الأول:

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد:

صحة المواطن أعلى ما تملكه المجتمعات حيث أنها ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها وبالرغم من أنها لا تقدر بثمن إلا أنها تكلف مالا، وانطلاقاً من ذلك فإن المنظومة الفعالة هي التي تلبي الاحتياجات الصحية للسكان مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمة المالية.

ترتبط الرفاهية الصحية للمجتمع بالدرجة الأولى بمستوى تنظيم وتسيير النظام الصحي من قبل الدولة وبقدرتها على توفير التمويل اللازم من أجل تغطية النفقات الصحية المتزايدة.

وسنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار النظري من خلال التطرق إلى المباحث الثلاث التالية:

- ✓ الانفاق على الصحة العامة في الجزائر.
- ✓ الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة في الجزائر.
- ✓ الدراسات السابقة حول العلاقة بين الانفاق الصحي العام وتحقيق الهدف الثالث في الجزائر.

المبحث الأول: الانفاق على الصحة العامة في الجزائر

لقد عرفت النفقات الصحية تطورا ملحوظا خلال النصف الثاني من القرن 20، وأصبحت تكاليف القطاع الصحي عبئا على كثير من الدول مما أدى إلى ظهور اقتصاد الصحة لدراسة أسباب تطور هذه النفقات خاصة العمومية إذ أن معظم النظم الصحية في العالم تعتمد على الانفاق العمومي على الصحة الذي يؤدي إلى نزاع جزء من إيرادات الدولة الموجهة للقطاعات الأخرى وانفاقه على قطاع الصحة الذي عرف نمو أكبر من نمو الناتج المحلي الخام وسنحاول في هذا المبحث التطرق الى الانفاق العام وتطورات النفقات العمومية الصحية

المطلب الأول: الإطار المفاهيمي للإنفاق على الصحة العامة.

لم يختلف الاقتصاديون في إعطاء مفهوم محدد للنفقة العامة بقدر ما اختلفوا في تأثيرها على أنه نشاط اقتصادي، كما ومع تطور الحاجات الانسانية وتعقدتها زادت مبررات اللجوء إلى النفقات العامة بشكل جعلها من أساسيات السياسة الاقتصادية.

الفرع الأول: تعريف النفقة العامة

لها عدة تعاريف نذكر منها (عواد، 2013، صفحة 59):

تعرف النفقة العامة بأنها مبلغ من النقود يخرج من الذمة المالية للدولة أو إحدى هيئاتها العامة بقصد إشباع إحدى الحاجات العامة .

يقصد بالنفقات العامة أيضا المبالغ النقدية التي تقوم الدولة بإنفاقها لإشباع الحاجات العامة.

وكما تعرف النفقات العامة بأنها تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية (الحكومات والجماعات المحلية) أو أنها مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام بقصد تحقيق منفعة عامة.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن استنتاج التعريف الشامل للنفقات العمومية، فالدولة وبصدد تحقيق الحاجات العامة تقوم بإنفاق قدر من النفقات العامة سواء كان ذلك للإنتاج سلع أو تقديم خدمات أو من خلال توزيع دخول تحويلية داخلية أو خارجية لتحقيق أهداف اقتصادية أو اجتماعية.

الفرع الثاني: تحليل مختلف فئات الانفاق العام.

1- التقسيم الوظيفي: يعتمد هذا التحليل على الوظيفة المخصصة للنفقة العامة (سعيد، 2020، صفحة 35):

❖ **النفقة الإدارية:** وهي عبارة عن الأموال المنفقة لتسيير المرافق العامة كالرواتب للعاملين وإثمان مستلزمات الإدارة.

❖ **النفقة الاقتصادية:** وهي الأموال المنفقة على المشاريع الاقتصادية كإنشاء مشاريع البنى التحتية، الطرق والجسور... إلخ.

❖ **النفقة الاجتماعية:** وهي الأموال المنفقة لتقديم الخدمات الاجتماعية كقطاع التعليم الإسكان إلخ.

❖ **النفقة المالية:** وهي المبالغ النقدية المخصصة لسداد الدين العام وفوائده.

❖ **النفقة الدفاعية:** وهي الأموال المنفقة لأغراض التسلح لضمان الأمن والدفاع الداخلي والخارجي.

إن هذا التقسيم له فوائد تتمثل في:

تسهيل نشاط الدولة من خلال معرفة مكان صرف كل شكل من أشكال النفقة العامة، فهو يترجم إلى حد ما سياسة الدولة العامة في كافة المجالات في الحاضر والمستقبل.

2- التصنيف بهدف اقتصادي:

- **النفقات الاستثمارية:** كما نعلم أن الاستثمار هو المحرك الرئيسي للنمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية، لهذا يأخذ هذا النوع من النفقات أهمية بالغة لزيادة الإنتاج المحلي سواء كان مادي أو عيني يعني ذلك سواء كان سلعي أو خدماتي.

- **النفقات الجارية:** هذا النوع من النفقات يعتبر ضروري لأن بفضلها نضمن سير المرافق العمومية وذلك من خلال دفع رواتب وأجور العمال أي هي نفقات تدفع لتغطية الحاجة اليومية للدولة والمحافظات على جهازها الإداري وليس في سبيل زيادة رأس المال المادي كالنفقات للملبس والمأكل.

- **النفقات الحقيقية:** تتمثل هاته النفقات في الأموال التي تخصصها الدولة للحصول على السلع والخدمات اللازمة لخلق إنتاج جديد (نفقات التعليم، القضاء، رواتب العمال، ... إلخ).

- **النفقات التحويلية:** هذا النوع من النفقات تحول من طبقة اجتماعية إلى أخرى فهي لا تدفع إلى الرفع من القدرة الشرائية بل تقوم بتحويلها بينه ومن طبقة إلى أخرى، فهي دورها تنقسم إلى ثلاثة أنواع:

• النفقات التحويلية الاجتماعية

تمنح هذه النفقات لتحسين مستوى معيشة بعض أفراد المجتمع الذين يعانون من مرض (إعانات مرضية)، أو مخصصات لزوجات والأطفال نفقات العجز والشيخوخة البطالة، إعانات المرأة الماكثة بالبيت، ... إلخ.

• النفقات التحويلية الاقتصادية

تتمثل هذه النفقات في الأموال التي تقدمها الدولة في شكل إعانات للرفع من تنافسية بعض المنتجات والحفاظ على استمرارية إنتاج المنتج المحلي وذلك من خلال دعم تكلفة الإنتاج والحصول أو اقتناء المنتج السلعي أو الخدماتي بأقل سعر ممكن (المواد الأساسية والخدمات الصحية... إلخ) (سعيد، 2020، صفحة 36).

• النفقات التحويلية المالية

تخصص هذه النفقات لسداد الدين العام والفوائد المترتبة عليه... إلخ.

تصنيفات أخرى:

- **نفقات عادية:** وهي التي تتكرر بصفة دورية كمرتبات الموظفين، نفقات الصيانة، نفقات التعليم، نفقات الصحة،... إلخ.
- **نفقات غير عادية:** عكس النفقات العادية فهي لا تتكرر بصفة دورية، فهي استثنائية مثل (نفقات الحروب، نفقات الأوبئة "فيروس كورونا"، نفقات الكوارث كالزلازل... إلخ).

الفرع الثاني: تعريف الانفاق على الصحة العامة ومكوناتها:

1- تعريف الانفاق العام للصحة: يعد الإنفاق الصحي الجزء الأهم من الإنفاق العام، هذا الأخير الذي يشكل نسبة كبيرة من مكونات الطلب الكلي أو الناتج القومي إذ تصل إلى أكثر من 35% منه، وإن القرار بتحديد توجهات الإنفاق العام وأولوياته مسألة مهمة في التأثير في مسار النمو (بوزياني و مراد تهتان، 2021، صفحة 553).

يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق الجاري والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية والقروض والمنح الخارجية) (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية)، ويقاس إجمالي الإنفاق على الصحة باستخدام النهائى لمكونات الرعاية الصحية من السلع والخدمات بالإضافة إلى تكوين رأس المال الإجمالي في الصناعات التي تقدم الرعاية الصحية (المؤسسات حيث الرعاية الصحية هي النشاط السائد).

إن الإنفاق الحكومي الصحي يمثل ما تخصصه الخزنة العامة للخدمات الصحية والرعاية الصحية فهو يمثل نسبة من الموازنة العامة سنويا، وهذا يعني أن الخدمات الصحية من قبل الحكومة سيكون بالإمكان الحصول عليها بالتساوي من قبل الجميع، وأن نسبة الإنفاق المخصصة ستتناسب مع احتياجات المؤسسات الصحية.

وعليه فإن الإنفاق المصروف على الصحة هو ليس ضرورة اقتصادية فقط الهدف منه هو الهدف الاقتصادي بل هي ضرورة أخلاقية إذ إن مثل هذا الإنفاق يساعد في إعداد جيل سليم خال من الأمراض، وعلى قدرة عالية من الإنتاجية من خلال القدرات البدنية والعقلية والذهنية والعمر.

2- المكونات الرئيسية للإنفاق على الصحة العامة

تتكون النفقات الصحية من كل المصاريف المتعلقة بالخدمات الصحية ويمكن تقسيمها إلى ثلاث أصناف (الدين، 2019، صفحة 30):

• النفقات الطبية الاستشفائية:

تخص هذه النفقات كل ما يتعلق بتكاليف التمريض الخاصة بالمؤسسات الصحية الاستشفائية (مثل المستشفيات الجامعية، المؤسسات الصحية المتخصصة)، وتقيم هذه التكاليف بيوم الاستشفاء، وتتكون من تكاليف استعمال الموارد الطبية المادية: الأشعة، أجهزة الكشف والتحليل، المستلزمات الطبية والجراحية، الأدوية والنقل الطبي. إضافة إلى الموارد الطبية البشرية وتخص: أجر الأطباء، جراحي الأسنان، الصيادلة، الممرضين عمال الإدارة الصحية والقطاع الصحي.

يتم تمويل هذه النفقات من طرف الدولة، هيئات الضمان الاجتماعي بشكل كبير ومن طرف الأسر بمستوى أقل عن طريق دفع جزافي.

• النفقات الطبية غير الاستشفائية

تخص هذه النفقات تكاليف التمريض العيادية أو ما يسمى بطب المدينة مثل الزيارات الطبية إلى عيادات الطب العام أو الخاص أو طب الأسنان في القطاع العمومي (المصحات) أو القطاع الخاص (العيادات الطبية) وتقيم بحسب الرؤوس "Capitation" أو بحسب الفعل "à l'acte".

يتم تمويل هذه النفقات من طرف الدولة عن طريق الاقتطاع الضريبي أو الضمان الاجتماعي عن طريق الاشتراك أو عن طريق الدفع المباشر من طرف الأسر (DJENANE، 2015).

• النفقات الصيدلانية والشبه صيدلانية

تخص كل ما يتعلق بتكاليف المنتوجات الصيدلانية أو شبه الصيدلانية أو المؤسسات التي تعمل في قطاع الصحة، تتضمن هذه النفقات الأدوية التي تباع بوصفة طبية أو بغير وصفة وكل المستلزمات الطبية ومواد التجميل والمكملات المرخصة من طرف هيئات الصحة والتي تقدم من طرف المؤسسات السالفة الذكر.

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

يتم تمويل هذه النفقات من طرف الأسر أو عن طريق هيئات الضمان الاجتماعي بشكل كبير وعن طريق الدولة بشكل أقل.

المطلب الثاني: تطور الإنفاق على الصحة العامة في الجزائر

لقد دفع الارتفاع الهائل في الإنفاق على نطاق العالم المجتمعات كافة علي السعي إلى اتخاذ ترتيبات للتمويل الصحي تضمن عدم حرمان الناس من الرعاية الصحية بسبب عجزهم على تحمل تكاليفها، ومنذ زمن بعيد يعد توفير الرعاية الصحية للجميع اللبنة الأساسية التي تركز عليها النظم الحديثة للتمويل الصحي في بلدان كثيرة، وترمي عملية تمويل الصحة إلى إتاحة الأموال وإيجاد الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لضمان توفير رعاية صحية وشخصية ناجعة لجميع الأفراد ويعني هذا التقليل من احتمال عجز الأفراد عن تحمل تكاليف الرعاية الصحية. (محمد، 2017، صفحة 154)

الفرع الأول: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر

هي الوحدات التي تقوم بتقديم المال لوكلاء التمويل لتجميعها وإعادة توزيعها لشراء لوازم الرعاية الصحية وخدماتها من الممكن أن يكونوا وكلاء التمويل ومصادر التمويل شيئاً واحداً في النظام الصحي حيث تقدم الأسرة الأموال لأنظمة التمويل الصحي من خلال الأقساط كما تدفع أموال لقاء شراء مستلزمات الرعاية الخاصة بها. وتظهر أهم مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية ملخصة في الجدول التالي:

الجدول (1-1): مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الصحة

الرمز	الاعتمادات
FS1	الاعتمادات العمومية
FS1.1	الاعتمادات الحكومية الإقليمية
FS1.1.1	عوائد الحكومة المركزية
FS1.1.2	عوائد الحكومة المحلية
FS1.2	الاعتمادات عمومية أخرى
FS1.2.1	عوائد الموجودات بين الوحدات العامة
FS1.2.2	اعتمادات أخرى
FS2	الاعتمادات الخاصة
FS2.1	اعتمادات أصحاب العامل
FS2.2	الاعتمادات الأسرية
FS2.3	المؤسسات التي لا تهدف إلى تحقيق ربح
FS2.4	اعتمادات خاصة أخرى

عوائد الموجودات بين الوحدات الخاصة	FS2.4.1
اعتمادات أخرى	FS2.4.2
باقي الاعتمادات العالمية	FS3

المصدر: (محمد، 2017، صفحة 155)

من خلال ما سبق يتضح أن مصادر تمويل الخدمات الصحية يشمل مجموع الأموال الخاصة والعامة والخيرية، بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر نغان الخصائص المحددة للخدمات الصحية وطبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، وعدم التأكد، والتكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق أمرا غير مرغوب فيه. ومما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال تعتمد بالدرجة الأولى على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام

وعلى العموم تشمل عملية تمويل المنظومة الصحية حسب الحسابات الصحية تشمل ثلاث فئات أساسية وهي (محمد، 2017، الصفحات 155-158):

- **الأموال العمومية (FS1):** وهي تغطي جميع حالات التمويل العمومي المقسمة إلى عدة فئات، منها اعتمادات تقدمها حكومات إقليمية، اعتمادات تقدمها كيانات حكومية أخرى (مركزية أو ولائية) ... الخ
 - **الأموال الخاصة (FS2):** وهي تشمل جميع الاعتمادات الخاصة، بالإضافة إلى مساهمة برامج التأمين الاجتماعية (عامة وخاصة)، واعتمادات أصحاب العمل .
 - **باقي الاعتمادات العالمية (FS3):** وهي الاعتمادات التي ترد من خارج البلد لاستعمالها في السنة الجارية. بصفة عامة تختلف مصادر تمويل الصحة من منظومة صحية إلى أخرى تبعا للسياسة التمويلية المنتهجة وعلى العموم يمكن أن نجد أربعة مصادر أساسية هي كالتالي:
- ❖ **مصادر تمويل عمومية:** يتمثل التمويل العمومي في الأموال التي تتفقها الدولة وهيئاتها العمومية لتمويل خدماتها الصحية على هذا الأساس نجد أن هذا المصدر هام جدا لا مفر منه ذلك باعتبار أن حكومة أي دولة ملزمة بالمساهمة في تمويل خدماتها الصحية على الرغم من أن هذه النسبة قد تختلف من دولة لأخرى.
 - ❖ **مصادر خاصة:** بالنسبة لمصادر التمويل الخاصة فهي تأخذ أحمد الشكلين الآتيين:
 - ✓ **مصادر التمويل الخاصة مصدرها مؤسسات عامة أو خاصة تسعى إلى إنشاء مراكز صحية يستفيد منها عمالها وهذا سعيها إلى التحكم بنفقاتها الصحية بالدرجة الأولى.**

✓ مصادر التمويل الخاصة مصدرها الأفراد (المستهلكين): وهي تتمثل في المراكز الصحية أو العيادات التي تعود ملكيتها إلى فرد واحد التي تهدف إلى تحقيق هامش ربح مقابل الخدمات المعروضة

❖ **التأمينات:** يمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمين الصحي المعروفة عالميا في نظامين رئيسيين هما:

✓ تمويل الخدمات الصحية عن طريق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

✓ تمويل الخدمات الصحية عن طريق التأمين الصحي الخاص.

هناك البعض الآخر من المفكرين الاقتصاديين من يرى أن طرق تمويل المنظومات الصحية العالمية يخضع إلى أربعة مصادر أساسية وهي كالتالي:

الاحتياطي الحر (التأمين الحر): من خلال هذا النمط الأشخاص لهم الحرية في اختيار عقد التأمين أو الانخراط لدى صندوق الضمان الاجتماعي نجد هذا النمط من التأمين في أغلب دول العالم الثالث إضافة إلى بعض الدول المتقدمة كسويسرا مثلا بحيث أن الأسرة لها حرية الانخراط وبصفة إرادية مع ذلك نجد أن نسبة 97% من الشعب السويسري مؤمن كما يمكن لأفراد الأسرة أن يؤمنوا أنفسهم بصفة فردية. كذلك الأمر بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية بحيث أن التأمينات المرضية ليست بالإلزامية فهي النشاط القطاع الخاص لا يوجد هنالك نظام حماية شامل لجميع الأفراد بل هناك فئتان من المجتمع اللذين يستفيدون من هذه الحماية وهما فئة الشيوخ والفئة المحرومة (محمد، 2017، صفحة 156).

التأمين المرضي الإلزامي: يعتمد هذا الأسلوب على إلزام الأفراد بالاكتتاب لدى صناديق الضمان الاجتماعي وهذا من خلال الاشتراكات التي يدفعها الأفراد أو أرباب العمل والتي تمكنهم من تلقي العلاج على مستوى الهياكل المتعاقد معها حسب نص العقد.

يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (كألمانيا، بلجيكا، هولندا، لكسمبورغ وفرنسا) وكذا أغلب الدول التي تعرضت للاستعمار لكن تختلف تطبيقات هذا النمط من التمويل من دولة لأخرى بين الدول المتقدمة والمتخلفة.

التأمين العام: هذا النمط من التأمين يشابه إلى حد كبير نمط التأمين الإلزامي: كون أن الأفراد المشتركين يسدون أقساط التأمين لدى صناديق الضمان الاجتماعي بينما يبرز وجه الاختلاف بينهما، في كون أن جميع الأفراد سواء كانوا مشتركين أو غير مشتركين لهم الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية أي أن الخدمات الصحية المعروضة غير مؤسسة على إلزامية الاشتراك. ولذلك يمكن أن نجد هذا النمط في الجزائر كون أن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية العامة ومساهمة

المؤمنين ومساهمة المستخدمين (أرباب العمل): كما يمكن أن نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات والطب المتنقل وكذلك في السويد النرويج وهولندا.

التأمين ضد الخدمات الصحية الوطنية: من مميزات هذا النمط من التمويل أن المصدر الممول للخدمة الصحية هو الذي يقدم العلاج لذلك نجد هذا النمط عند بعض الدول الغربية كإنجلترا أين تشرف الحكومة على تسيير وتمويل المستشفيات وكذلك من خلال عملية التعاقد مع الأطباء المستقبليين للمرضى والذين يتم تعويضهم عدد المرضى المعالجين. ونظرا لفعالية هذا النمط من التمويل فقد سلكت عدة دول من أوروبا هذا الشكل كالدنمارك: إيرلندا إيطاليا، اليونان، البرتغال واسبانيا

❖ **مصادر التمويل الخارجية:** هذه المصادر تأتي من خلال المساعدات المالية هبات وقروض مصدرها مؤسسات مالية أو منظمات عالمية كالبنك العالمي والمنظمة العالمية للصحة (محمد، 2017، صفحة 158).

على الرغم من أن هذا المصدر لا يعتمد عليه بصفة أساسية في عملية التمويل كونه مصدر غير اعتيادي إلا أنه وفي المقابل هو مصدر هام بالنسبة لبعض (الدول كدول أوروبا الوسطى والشرقية وذلك من خلال منظمات ثنائية وجماعية مثل منظمة الاقتصاد الأوروبية، البنك العالمي البنك الأوربي للتنمية وإعادة التعمير" بالإضافة إلى الأساليب التقليدية للتمويل هناك مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي ظهرت مع بعض التجارب الدولية لقد جاءت الحاجة لهذه المصادر الإضافية من الأموال نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها بالإضافة إلى الزيادة السريعة في التكنولوجيا وتتجسد هذه الطرق في:

❖ **التمويل الصحي:** عن طريق الضرائب يساهم التمويل القائم على الضرائب في توفير الخدمات الصحية للأفراد من خلال الضرائب على الدخل الممتلكات المشتريات المكاسب الرأسمالية ومجموعة متنوعة من المواد الأخرى والأنشطة هذه الضرائب والرسوم مقبولة من طرف أغلبية السكان ما لم تزد السلطات منها وتحفظ بإيراداتها وتستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية مباشرة من خلال مؤسسات الدولة أو التعاقد على تقديمها مع مؤسسات خاصة أو مستقلة مثل صناديق الخدمات الصحية الحكومية، وكمثال عن ذلك مصر بحيث تساهم الضرائب بنسبة 25% في تمويل القطاع الصحي

❖ **حسابات الادخار الطبية:** حسابات الادخار الطبية هي حسابات ادخار فردية والتي تقتصر على الإنفاق على الرعاية الصحية وهناك عدد قليل فقط من البلدان في العالم تملك خبرة فيما يتعلق بهذه الحسابات من بينها سنغافورة.

- ❖ التسهيلات المالية الدولية: وهذا من شأنه أن يطور المساعدة الإنمائية عن طريق بيع السندات الحكومية المضمونة في مقابل تدفقات المساعدات المالية المستقبلية.
- ❖ مقايضة الديون الصحية: حيث تحول ديون الحكومة الخارجية إلى دين داخلي مما يؤدي إلى الإقلال من الضغط لتوليد الصرف الأجنبي لخدمة الديون كما أن مقايضة الديون من أجل الصحة تعتبر أيضا فرصة للمانحين الأجانب لزيادة كمية العملة المحلية بما يعادل قيمة التبرع.

الفرع الثاني: تحليل المساهمات العامة والخاصة في تمويل الصحة

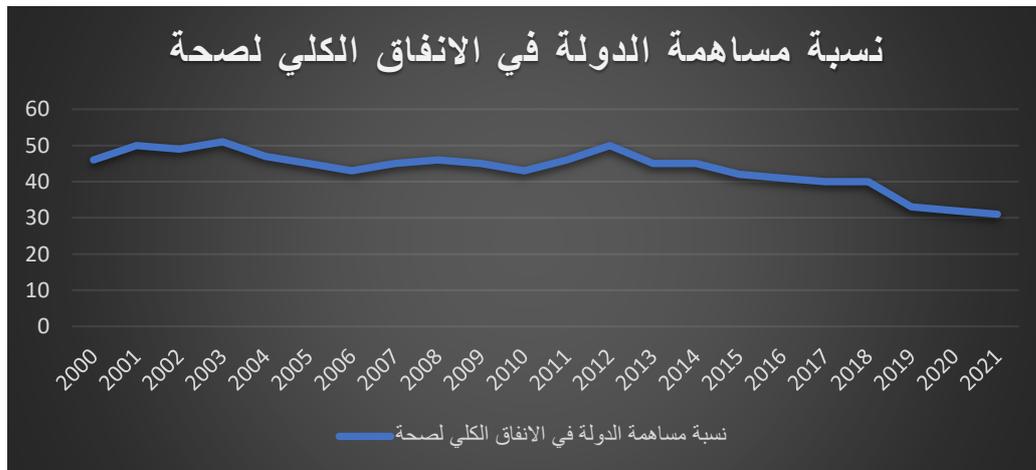
- ❖ مساهمة الدولة: الدولة تساهم في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية وتختلف نسبة المساهمة في هذا التمويل، حسب الحالة الاقتصادية للبلاد وعلى هذا الأساس يمكن إبراز حجم العبء الذي تتحمله الدولة من أجل التكفل بالقطاع (محمد، 2017، صفحة 180) من خلال الجدول المتبوع بالمنحنى الموالي:

الجدول (1-2): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	46%	50%	49%	51%	47%	45%	43%	45%	46%	45%	43%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	46%	50%	45%	45%	42%	41%	40%	40%	33%	32%	31%

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

الشكل (1-1): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على البيانات السابقة

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

خلال فترة 2000 الى غاية 2021 كان هناك تذبذب في نسبة تمويل الدولة لقطاع الصحة أي ارتفاع و انخفاض في النسب، عرفت اعلى نسبة تمويل في سنة 2003 المقدرة ب 51% لتعود للانخفاض حتى سنة 2012 أصبحت 50%، كما خلال فترة 2019 و 2020 و 2021 حققت اصغر نسبة وهي على التوالي 33%- 32% - 31% وهذا بسبب الحالة الاقتصادية للدولة التي تعرضت لجائحة كورونا 19 .

❖ الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الانفاق الكلي للصحة.

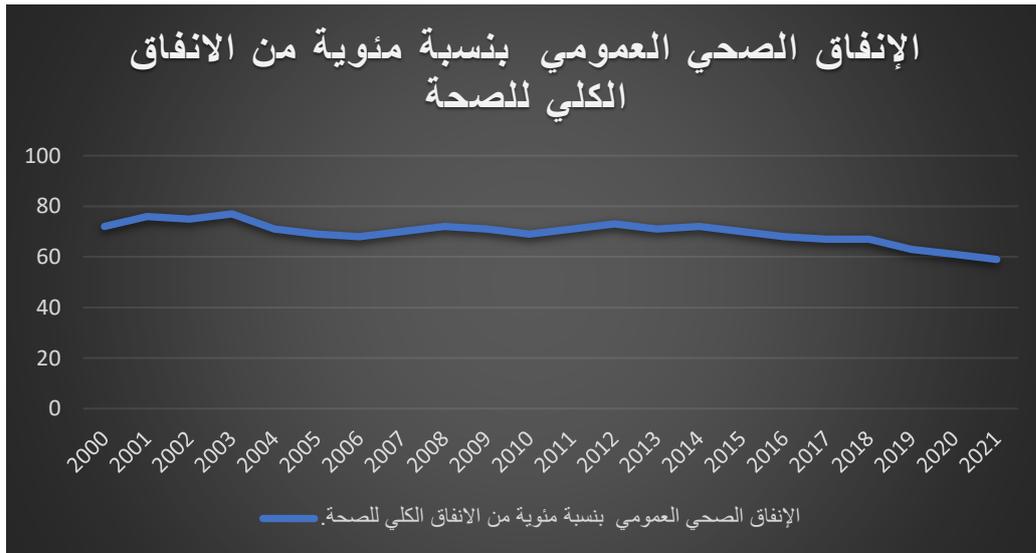
النفقة الصحة هي عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، والتي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية، حيث نجد أن الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات الخاصة.

الجدول (1-3): الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الانفاق الكلي للصحة.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة الانفاق	72%	76%	75%	77%	71%	69%	68%	70%	72%	71%	69%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة الانفاق	71%	73%	71%	72%	70%	68%	67%	67%	63%	61%	59%

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

الشكل (1-2): الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الانفاق الكلي للصحة.



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على البيانات السابقة

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

ويشمل الانفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه ويشير الى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد. وكما نلاحظ من خلال الجدول والمنحنى يمكن ملاحظة التطور مساهمة الإنفاق الصحي العمومي بنسبة مئوية من الانفاق الكلي للصحة. كانت اعلى نسب تمويل المتمثلة في %76 سنة 2003. إن هذه الأرقام توضح الدور الإيجابي الذي تلعبه الدولة.

❖ 2- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي:

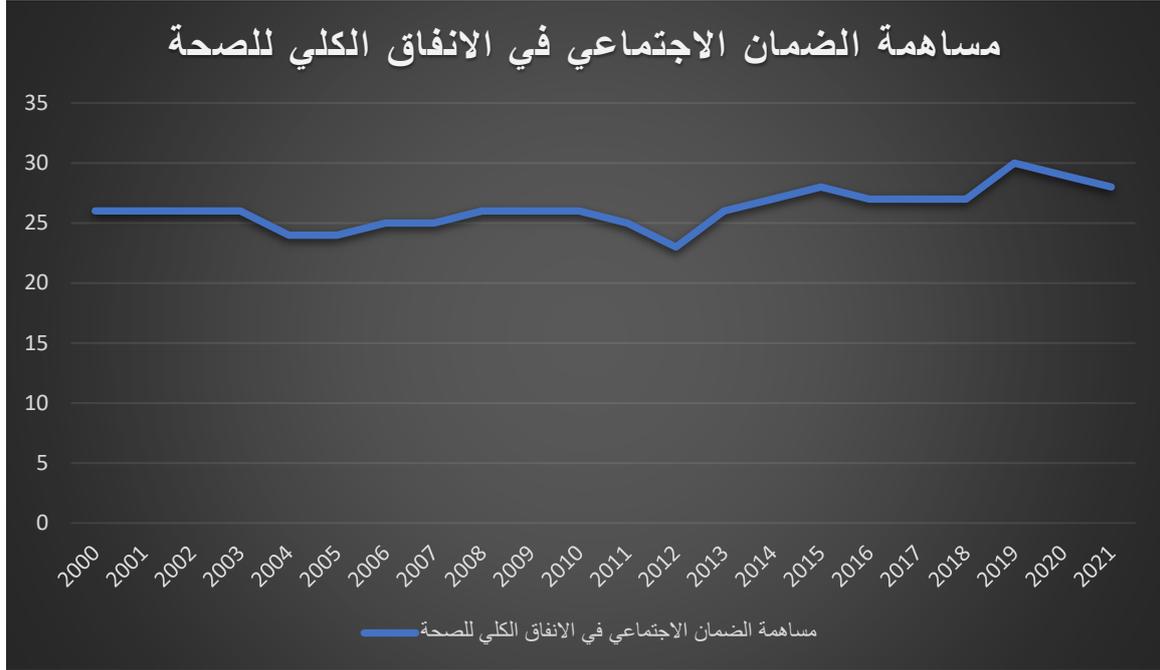
يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليها وذلك نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي (محمد، 2017، صفحة 181). لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العامل حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا وذويهم من خلال نمط التأمين على المرض بإحداث السلطات العمومية لمجانبة العلاج في القطاع العمومي فإن آليات التأمين الاجتماعي تستعملها الدولة لرفع الموارد المخصصة لنظام العلاج العمومي كما أن الضمان الاجتماعي مقتصر على أن يلعب دور عون بسيط لميزانية الدولة يمكن إبراز مساهمة الضمان الاجتماعي بالقطاع الصحي من خلال الجدول المتبوع بالمنحنى الموالي :

الجدول (1-4): مساهمة الضمان الاجتماعي في الانفاق الكلي للصحة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة المساهمة	26%	26%	26%	26%	24%	24%	25%	25%	26%	26%	26%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة ال	25%	23%	26%	27%	28%	27%	27%	27%	30%	29%	28%

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

الشكل (1-3): مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على البيانات السابقة

من خلال الجدول والمنحنى يمكن ملاحظة التطور مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة لاسيما بعد سنة 2013، فبعدما كانت اعلى نسب تمويل المتمثلة في 30% سنة 2019. إن هذه الأرقام توضح الدور الإيجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي على مستوى القطاع من نفقات التأمينات الاجتماعية.

❖ 3- مساهمة العائلات (التمويل الذاتي):

إن المساهمة في نفقات العلاج الطبي والتحاليل المخبرية من أجل التشخيص ونفقات الاستشفاء التي تطلب من المرضى أنقصت من توافد الشرائح السكانية الفقيرة على المصالح العمومية للصحة. وتأتي من نشاطات المؤسسات الصحية إما من مساهمة المرضى المعالجين بدفع تكلفة العلاج بصفة مباشرة أي المرضى الذين لا تغطي تكاليف علاجهم من طرف الدولة وغير المؤمنين لدى هيئات الضمان الاجتماعي (أو من ذوي الحقوق وبصفة أخرى المرضى الذين لهم دخل كافي لدفع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة لهم كالتجار مثلاً، وهذا لضمان تكافؤ اجتماعي بين مختلف الفئات الاجتماعية في مجال الصحة ويتم التحصيل عن طريق صندوق التحصيل انطلاقاً من ورقة المتابعة (la fiche navette) المعدة من قبل مكتب الدخول أو الإيرادات المتأتية من بيع النفايات والعتاد الطبي غير الصالح للاستعمال الموارد الأخرى والتي لا تمثل سوى نسبة ضئيلة من

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

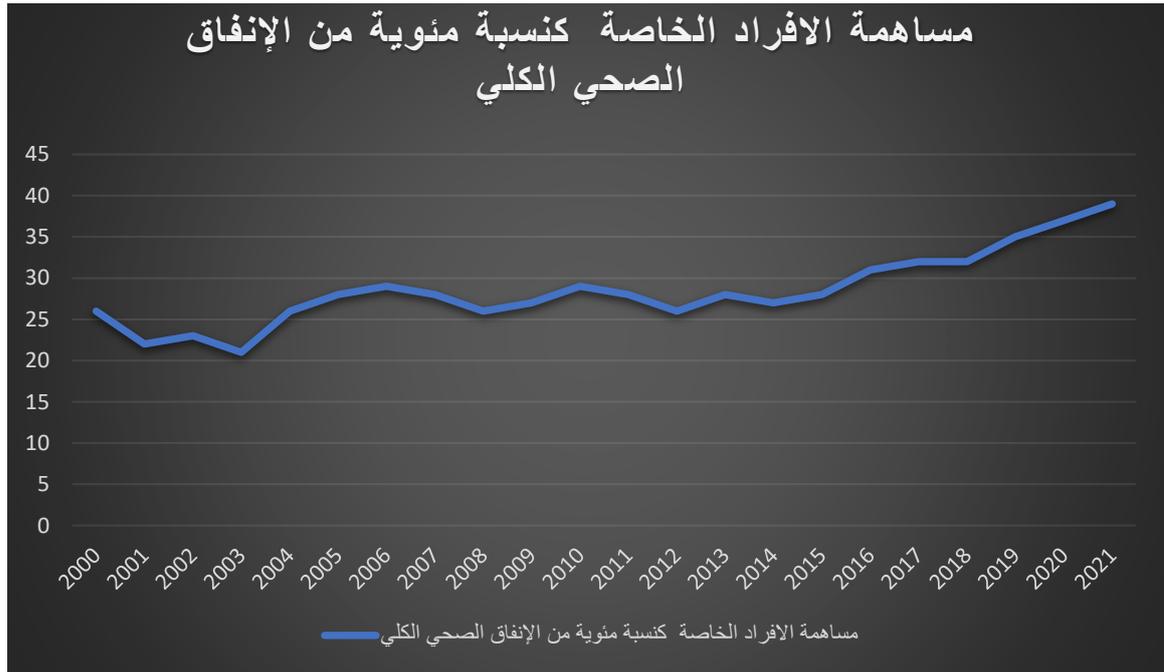
ميزانية المؤسسات الصحية. من خلال تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرها لمالية الخاصة هذا مقابل الخدمة المقدمة) إذ يكون التسديد كلياً أو جزئياً. (محمد، 2017، صفحة 192)

الجدول (1-5): مساهمة الافراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	26%	22%	23%	21%	26%	28%	29%	28%	26%	27%	29%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	28%	26%	28%	27%	28%	31%	32%	32%	35%	37%	39%

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

الشكل (1-4): مساهمة الافراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على البيانات السابقة

في سنة 1995 أصبحت مساهمة العائلات فعلية بحيث تم اتخاذ قرار مشاركة المواطن في تكاليف أيام الاستشفاء والفحوصات الطبية هذا من أجل رفع المداخل لتوفير تغطية جيدة للتكاليف والأعباء.

وعموما تظل النفقات الصحية التي تتحملها الأسرة الجزائرية أقل مما هو مسجل في تونس والمغرب إلا أنها تظل معتبرة ببلوغها 39% سنة 2021، بل وقد سجلت مستوى قياس في فترة الأزمة الاقتصادية والصعوبات المالية التي عرفتتها الجزائر في جائحة الكورونا 2019-2020-2021 كل من 35% - 37% - 39% أما خلال العشرية الأولى فقد استقرت نسبة مساهمة الأفراد في الإنفاق الصحي إلى حدود 26% .

- الاتجاهات والاختلافات في مستويات الإنفاق على الصحة العامة

الإيجابيات:

- إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.
- كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كموّل رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في ايطار التضامن الوطني وبالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي، وهذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج.
- كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع، وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

السلبيات :

- تراجع ميزانية القطاع الصحي خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 4.1 % من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتقلص إلي 3.5 لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية.
- يضاف إلى هذا ارتفاع في ديون قطاع الصحة و التي وصلت إلى 11,7 مليار دينار جزائري لسنة 2004 (دحمان، 2011، الصفحات 65-66).

المبحث الثاني: الهدف الثالث من اهداف التنمية المستدامة في الجزائر

التنمية المستدامة نمط من التقدم والرقي يتم بموجبه تلبية حاجات الحاضر دون ان يكون ذلك على حساب الأجيال القادمة أو يضعف قدرتها عن تلبية حاجاتها الأساسية وسنحاول في هذا المبحث التطرق الى الهدف الثالث لتنمية المستدامة.

المطلب الأول: عرض هدف التنمية المستدامة لعام 2030

إن الهدف من التنمية الصحية هو تعزيز قدرة الانظمة الصحية في توفير الخدمات الصحية الاساسية لجميع أفراد المجتمع على أساس الكفاءة وسهولة الحصول على هذه الخدمات مع تيسير التكلفة للوقاية من الامراض ومكافحتها ومعالجتها بما يتماشى مع حقوق الانسان والحريات الاساسية ويتفق مع القوانين المحلية والقيم الثقافية والدينية، ولكي يتم تحقيق ذلك هناك مجموعة من التدابير يستوجب تحقيقها على جميع المستويات، وعلى هذا الاساس نجد الاهتمام الواسع لتقارير المؤتمرات ومؤتمرات القمة ذات الصلة التي تعقدها الامم المتحدة والدورات الاستثنائية للجمعية العامة المهمة بهذا الشأن فيما يلي (المجيد، صفحة 343):

- تحسين وتطوير أوضاع إدارة الموارد البشرية العاملة في خدمات القطاع الصحي. . تعزيز إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجيدة والميسورة بشكل عادل ومنصف على أن تشمل الوقاية على كافة مستويات النظام الصحي والحصول على الادوية الضرورية بأقل تكلفة.
- إدماج المشكلات الصحية في الاستراتيجيات والسياسات والبرامج التي تتعلق بالقضاء على الفقر وتحقيق التنمية المستدامة.
- توجيه الجهود البحثية نحو القضايا الصحية طبقاً للأولوية وتطبيق نتائج البحوث عليها وبالتحديد القضايا التي تمس الفئات السكانية الضعيفة والمعرضة بسهولة للإصابة بالأمراض.
- الاهتمام بالتعليم والتدريب والمعالجة والتكنولوجيا الطبية والاهتمام بالآثار الجانبية لسوء الصحة

1-الهدف الثالث: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار

- خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي بحلول عام 2030.
- وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي.
- وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

- تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام 2030
- تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك
- خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف بحلول عام 2020
- ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030
- تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة
- الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030
- تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء
- دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية
- زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية.
- تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية. (منظمة الصحة العالمية، 2015)

المطلب الثاني: محددات الصحة في سياق التنمية المستدامة

ينبع عدد من الغايات الصحية المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة من البرنامج غير المكتمل للأهداف الإنمائية للألفية، في حين أن العديد من الغايات الصحية الأخرى مستمدة من قرارات جمعية الصحة العالمية وخطط العمل المتعلقة بها.

وفي الوقت ذاته، فمن الأهمية بمكان أن نقر باتساع نطاق الخطة الجديدة، فهي لا تنظر إلى الصحة على أنها هدف في حد ذاته فحسب بل تنظر أيضاً إلى الصحة ومحدداتها على أنها تؤثر في الأهداف والغايات الأخرى وتتأثر بها، كجزء لا يتجزأ من التنمية المستدامة.

وقد جسدت الأهداف الإنمائية للألفية طيفاً محدوداً نسبياً من حصائل التنمية البشرية، كان من المنطقي أن تبرز الصحة من بينها. أما أهداف التنمية المستدامة فهي على العكس من ذلك، تجسد طيفاً أوسع بكثير من الشواغل البيئية والاقتصادية والاجتماعية والهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة - ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار هو أحد الأهداف السبعة عشر. أشار بعض المعلقين إلى أن الصحة قد "منيت بخسارة أو أن مكانتها قد تراجعت مقارنة بما كانت عليه في الأهداف الإنمائية للألفية، حيث كانت ثلاثة أهداف من أصل ثمانية معنية بالصحة. وقد صُممت أهداف التنمية المستدامة كافة لتكون شاملة، وتكتسي الروابط المتبادلة والشبكات التي تتطوي عليها الأهداف الأهمية نفسها التي يكتسي بها فرادى الأهداف. وفضلاً عن ذلك، فإن أهمية الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها قد أقر بها صراحة كهدف في حد ذاته من أهداف التنمية المستدامة الهدف 10، وهو ينطبق على جميع الأهداف الأخرى بما في ذلك الصحة. ووجود هدف واحد خاص بالصحة هو أمر منطقي ولا يقلل من أهميتها. فقد وضعت الصحة كمساهم رئيسي في أهداف التنمية المستدامة الأخرى، فمن دون الصحة يتعذر تحقيق العديد من تلك الأهداف. كما أن الصحة تستفيد من التقدم المُحرز صوب تحقيق الأهداف الأخرى (العالمية م.، 2024).

المبحث الثالث: عرض الدراسات السابقة حول العلاقة بين الإنفاق الصحي العام وتحقيق الهدف 3 في الجزائر

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع تأثير النفقات العامة على مؤشرات التنمية البشرية وتناولته من زوايا مختلفة سواء من ناحية التعليم او الصحة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والاجنبية وسوف تستعرض جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الاشارة الى أبرز ملامحها.

المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية

1. دراسة هاجر سلطاني (2016)، بعنوان "سياسة الإنفاق الحكومي الاستثماري وأثرها على تحقيق التنمية المستدامة" (دراسة حالة):

هدفت الدراسة الى معرفة دور سياسة الإنفاق الحكومي الاستثماري في توجيه وتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية على حد سواء، خاصة كونها أداة حكومية فعالة يعول عليها في حل المشاكل الاقتصادية التي تتعرض لها كالبطالة والتضخم حاولت المقارنة في استعمال السياسة المالية لتوجيه التنمية الشاملة وتحقيق التنمية المستدامة بين كل من الجزائر والإمارات العربية المتحدة، وقد اتضح أن الجزائر أمامها شوط كبير من التحديات والإجراءات لتفعيل دور هذه السياسة لتحقيق التنمية المستدامة. (كزيو، 2018)

2. دراسة ازمور رشيد وعلي دحمان محمد، (2018)، بعنوان "تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية" (دراسة تحليلية قياسية):

هدفت الدراسة إلى توضيح انعكاس الإنفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخير، وقد قام الباحثان بدراسة تحليلية قياسية، وذلك من خلال تحليل أهم مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة، وتوصل الباحثان في الأخير إلى أن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة المتحصل عليها باستخدام مؤشرات الخدمات الصحية، وكذا مؤشرات توقع الحياة والوفيات لا تعكس المبالغ الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، حيث أنه وبالرغم من التحسن المسجل من سنة لأخرى إلا أن ذلك يبقى بعيدا عما تسجله دولاً أخرى تعيش نفس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وهذا راجع إلى تركيز هذه الأغلفة المالية على عدد الهياكل الصحية على حساب جانب الجودة في الخدمات الصحية. (محمد ر.، 2018)

3. دراسة نعمان منذر يونس ومنعم احمد خضير (2018)، بعنوان "قياس أثر الإنفاق العام على التنمية المستدامة في العراق" (دراسة قياسية):

هدفت الدراسة إلى معرفة نطاق فاعلية سياسة الإنفاق العام في إحداث تأثير على التنمية المستدامة، فضلاً عن بيان أثر الإنفاق العام في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في العراق باستعمال منهجية ARDL، إذ توصلت

الدراسة إلى أن عملية التنمية المستدامة تستدعي نمواً اقتصادياً عبر تحسين معدلات الناتج المحلي الإجمالي، فضلاً عن وجود تكامل مشترك بين الإنفاق العام ونصيب الفرد أي أن الإنفاق العام يؤثر إيجابياً باتجاه زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في العراق خلال مدة الدراسة، واقترحت الدراسة إعداد سياسات مالية من شأنها توجيه الإنفاق بالتزامن مع التغيرات في التركيبة السكانية، بغرض الحفاظ على نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ومن ثم تحقيق الرفاهية للمجتمع، وتركيز الاهتمام على القطاعات الاقتصادية المساهمة في زيادة حجم الناتج المحلي الإجمالي كقطاع الزراعة والصناعة وهو ما ينعكس إيجاباً على متوسط نصيب الفرد ومن ثم تحقيق تنمية مستدامة شاملة للجميع. (يونس، 2018)

4. دراسة كرمين سميرة، (2019)، بعنوان "تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة والكفاية والعدالة":

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990-2016)، حيث قامت الباحثة بدراسة تحليلية، وذلك للكشف عن مدى كفاءة وكفاية وعدالة الإنفاق العمومي، ومن ثم تبين إلى أي مدى يمكن أن يلبي متطلبات التطوير التي تلتزم بها الحكومة، حيث تم التطرق إلى تحليل حجم الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفايته وتحليل الهيكل العام للإنفاق العمومي على الصحة و تحليل نمط توزيع الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان عدالته، وتوصلت الباحثة إلى أن سياسة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية والكفاية والكفاءة والعدالة، مما أدى إلى تدهور الصحة وانحدار جودة خدماتها. (سميرة، 2019)

5. دراسة عبد الاله خلاصي ومحمد الزين باركة (2019)، بعنوان "تحليل وقياس العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام مقاربة (ARDL)، (دراسة قياسية):

تهدف هذه الدراسة إلى تبين جانب مهم يخص الاقتصاد الصحي في الجزائر، وهو توضيح العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها من خلال دراسة قياسية لبيانات سنوية للفترة الممتدة من 1990 إلى 2018، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على منهج الانحدار الذاتي لفترات الإبطاء الموزعة (ARDL)، واستعانا بثلاث متغيرات مستقلة تمثل مصادر التمويل وهي نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة، ونفقات الصحة المعوضة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، ونفقات الصحة الصادرة من العائلات، إضافة إلى المتغير التابع الممثل في النفقات الصحية الوطنية. وقد خلصت الدراسة إلى وجود علاقة طردية معنوية بين المتغيرات محل الدراسة في الأجل الطويل والأجل القصير. (الزين، 2019)

المطلب الثاني: دراسات باللغة الأجنبية

1- دراسة (Boundioa & Thiombiano, 2024) بعنوان:

Effect of public health expenditure on maternal mortality ratio in the West African Economic and Monetary Union

تهدف هذه الدراسة إلى التحقيق في تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية العامة على معدل وفيات الأمهات في منطقة الاتحاد الاقتصادي والنقدي لغرب أفريقيا (WAEMU) باستخدام بيانات لوحة البيانات من مؤشرات البنك الدولي للتنمية (WDI) تمتد من عام 1996 إلى 2018 وتغطي 7 دول في منطقة WAEMU ، تستخدم الدراسة طريقة (2SLS) على دالة الطلب الصحي لتحليل العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية العامة ومعدل وفيات الأمهات. تشير النتائج إلى وجود علاقة سلبية هامة بين الإنفاق على الرعاية الصحية العامة ومعدل وفيات الأمهات، بينما يتم ارتباط الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية بشكل إيجابي بمعدل وفيات الأمهات. تستنتج الدراسة أن زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية العامة في المنطقة أمر حاسم لخفض معدلات وفيات الأمهات، مما يقترح على السلطات الاستثمار في المزيد من مراكز الرعاية الصحية وتحسين البنية التحتية الموجودة.

2- الدراسة التي أجراها. (Sultana, Hossain, & Khan, 2024) بعنوان:

"Effects of healthcare spending on public health status: An empirical investigation from Bangladesh".

كان الهدف من هذه الدراسة تحديد إلى أي مدى ساهمت زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية، وخاصة من خلال زيادة التمويل العام، في تحسين النتائج الصحية في بنغلادش، مع التركيز على تقليل معدلات الوفيات ومنع انتقال الأمراض المعدية. لتحقيق هذا الهدف، قام الباحثون بجمع البيانات على مدى فترة تزيد عن 30 عامًا (1990-2019) حول قطاع الرعاية الصحية في بنغلاديش من مصادر وطنية ودولية مختلفة. ثم استخدموا نموذج الانحدار الاتجاهي بالمتغيرات الخارجية (VARX) لتحليل البيانات. أظهرت نتائج الدراسة أن الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد بالإضافة إلى عدد الأطباء كان له تأثير إيجابي بشكل ملحوظ على متوسط العمر والصحة الأمومية والطفولية في بنغلاديش. علاوة على ذلك، كان للميزانية السنوية التي تخصصها الحكومة لقطاع الرعاية الصحية وعدد الأطباء تأثير إيجابي بشكل ملحوظ على تقليل الوفيات الناجمة عن أمراض مثل الدفتيريا والكوليرا والسل والملاريا.

3- دراسة (Anwar, Shabir, Norashidah, & Mustafa, 2023) بعنوان:

Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries

تفحص الدراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ونتائج الصحة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الصحي. باستخدام قاعدة بيانات من عام 1996 إلى عام 2020 واستخدام طريقة (GMM)، من أجل الكشف عن تأثير الإنفاق على الصحة على مؤشرات الصحة المختلفة. تشير النتائج إلى أن الإنفاق على

الصحة يؤثر سلبًا على معدل الوفيات للرضع ولكن له تأثير إيجابي على متوسط العمر. بالإضافة إلى ذلك، تظهر العوامل مثل الناتج المحلي الإجمالي وعدد الأطباء وتلوث الهواء ارتباطات مهمة بالنتائج الصحية. تؤكد الدراسة أهمية تخصيص الإنفاق على الصحة بكفاءة وتقديم تحسينات في السياسات الصحية لتعزيز الاستثمار في تكنولوجيا الصحة. علاوة على ذلك، فإنها تشدد على ضرورة اتخاذ إجراءات حكومية شاملة، بما في ذلك الاستراتيجيات الاقتصادية والبيئية، لضمان تحسينات مستدامة في نتائج الصحة.

4- دراسة (Eriamiatoe, 2022) بعنوان:

The Role of Health Expenditure on Health Outcomes: Evidence in West Africa Countries

تقوم هذه الدراسة بفحص دور الإنفاق على الصحة في نتائج الصحة في دول غرب إفريقيا. باستخدام الإطار النظري لجروسمان، تم فحص المتغيرات الأخرى التي تؤثر على نتائج الصحة أيضًا. تم استخدام بيانات سنوية لستة عشر بلدًا من غرب إفريقيا تمتد على مدى فترة تتراوح بين 19 عامًا (2000-2019) في هذه الدراسة. تشمل النتائج الصحية المدروسة متوسط العمر المتوقع ومعدلات الوفيات للرضع وأقل من 5 سنوات. العوامل المستخدمة في الدراسة تشمل الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة للفرد، والإنفاق الخاص المحلي على الصحة للفرد، والإنفاق الخارجي على الصحة للفرد، واستهلاك ثاني أكسيد الكربون بالطن للفرد، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والبطالة، والناتج المحلي الإجمالي للفرد، والسل، ومعدل الخصوبة، والملاريا واستهلاك ثاني أكسيد الكربون من استهلاك الوقود الغازي. استخدمت الدراسة نموذج التأثير المختلط. كشفت الدراسة أن الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة للفرد لا يؤثر بشكل كبير على متوسط العمر المتوقع ومعدل الوفيات لأقل من 5 سنوات؛ ومع ذلك، فإن لديه تأثير متناقض على معدل وفيات الرضع الجديدة.

5- دراسة (Bander & Nawaf M, 2020) بعنوان:

Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Cross-Country Comparison, 1995-2015

تستكشف هذه الدراسة تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية على نتائج الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (المنطقة الشمالية) خلال الفترة من 1995 إلى 2015. تم استخدام بيانات سنوية لمدة 19 عامًا للمقارنة بين دول المنطقة وبين الدول المتقدمة والنامية. أظهرت النتائج أن الإنفاق على الرعاية الصحية يتزايد في العديد من البلدان، وأن الإمارات العربية المتحدة والكويت كانتا من بين الدول التي أنفقتا أكثر على الرعاية الصحية. ومع ذلك، لوحظ أن بعض البلدان التي تنفق أكثر على الرعاية الصحية تتمتع بمتوسط حياة أقصر. يشير البحث إلى أهمية استخدام الموارد الصحية بكفاءة وفعالية في تحسين النتائج الصحية، وأن عدم وجود توازن إيجابي بين الإنفاق على الرعاية الصحية ومتوسط العمر قد يشير إلى عدم تخصيص الموارد الصحية بشكل فعال.

خلاصة الفصل:

لقد اهتمت الدولة الجزائرية بتطوير المنظومة الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، فقد قامت بالعديد من الإصلاحات وذلك بغية توفير العلاج للمواطنين والتكفل باحتياجاتهم الصحية، وضمان الوقاية من انتشار الأمراض والأوبئة، ومن أجل تأمين هذه المتطلبات قامت بتنظيم المنظومة الصحية في عدة مستويات، فقامت بتوفير الهياكل والمراكز والمؤسسات الصحية وتزويدها بالموارد البشرية اللازمة لسيرها، وتوفير هذه الموارد والهياكل يتطلب توفير التمويل اللازم للمنظومة الصحية، حيث تعتمد المنظومة الصحية الجزائرية على ثلاثة مصادر تمويل أساسية تتمثل في مساهمة الدولة، ومساهمة هيئات الضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، كما يسمح هذا التمويل بتغطية الإنفاق العام الصحي المتزايد وتحقيق الهدف الثالث لتنمية المستدامة . وأخيرا ومن خلال عرضنا للدراسات السابقة، يمكن القول أن بالإضافة إلى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، ضمنت دراستنا متغير مشاركة الإناث في القوى العاملة، مما يضيف بُعدًا اجتماعيًا مهمًا لم يتم تناوله بعمق في العديد من الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

دراسة تحليلية وقياسية

تمهيد:

تعتبر "الرعاية الصحية"، من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا بما كان عليه في مراحل سابقة، ويرجع ذلك إلى ظهور أمراض متنوعة وأمراض لم تكن معروفة من قبل حيث يصعب علاجها، لهذا توجب أن يكون هناك اهتمام متزايد من طرف الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية، خاصة جانب النفقات المخصصة لها من الميزانية العامة للدولة وكنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.

إن نقشي بعض الأمراض مؤخرا (كمرض الايبولا غرب إفريقيا، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية ، كورونا) يفرض على الدول خاصة النامية منها مثل الجزائر إتباع منهج صحيح من حيث الإنفاق على الرعاية الصحية، وإتباع القواعد العالمية من اجل حماية صحة المواطنين.

يهدف الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر إلى تحقيق هدف أساسي وهو الوقاية من المرض أولا والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، هذا الهدف يضمن المحافظة على رأس المال البشري ومن ثم زيادة إنتاجية الفرد وبالتالي زيادة الناتج المحلي الإجمالي، لذا فان الاهتمام بالإنفاق على الرعاية الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط وإنما الدافع الاقتصادي أيضا. رغم الجهود الكبيرة المبذولة من اجل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الإنفاق على الرعاية الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية، وسنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار التطبيقي من خلال التطرق إلى المباحث الثلاث التالية:

- ✓ تطور الانفاق العام للصحة ومؤشرات الصحة.
- ✓ الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة.
- ✓ النتائج والمناقشة.

المبحث الاول: تطور الانفاق العام للصحة ومؤشرات الصحة

ينقسم الإنفاق الصحي إلى نفقات التجهيز ونفقات التشغيل، ويسمح، هذا الإنفاق بضمان توفير التغطية الصحية اللازمة للسكان، ومن ثم حماية صحة السكان وترقيتها في ظل مجانية العلاج، وسنتطرق فيما يلي إلى تطور كل من الإنفاق العام لصحة في الجزائر ومؤشرات الصحة.

المطلب الاول: تطور الانفاق العام للصحة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021):

الفرع الأول : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية 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:

الجدول رقم (1-2): الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	%3	%3	%3	%3	%3	%2	%2	%3	%3	%4	%4
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	%4	%4	%4	%5	%5	%4	%4	%4	%4	%4	%3

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي

الشكل (1-2): تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2021)



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 الالفين ويعود ذلك للظروف الاقتصادية والأمنية التي مرت بها البلاد، لكن بعد الاستجداء بالهيئات الدولية عرفت نموًا طفيفًا، ما يبرز شروع الدولة في جملة من الإصلاحات الاقتصادية كالأهتمام 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.

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

الفرع الثاني : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة:

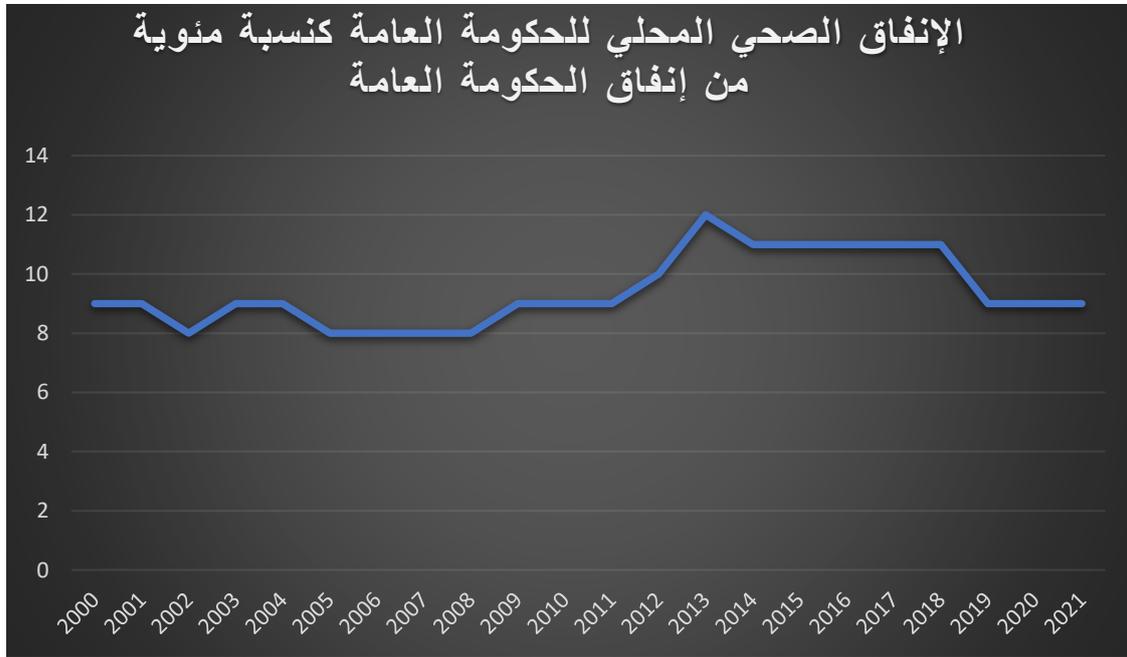
يقيس لنا هذا المؤشر ما يمكن تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية من إنفاق الحكومة، وفيما يلي نوضح أهم النسب المسجلة لتطور الإنفاق العام على القطاع الصحي من الإنفاق الحكومة:

الجدول رقم (2-2): الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة الإنفاق	%9	%9	%8	%9	%9	%8	%8	%8	%8	%9	%9
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة الإنفاق	%9	%10	%12	%11	%11	%11	%11	%11	%9	%9	%9

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي

الشكل (2-2): الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة:(2000-2021)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة لإنفاق الحكومة العامة في الجزائر كانت ضئيلة في بداية الالفين ويعود ذلك للظروف الاقتصادية والأمنية التي مرت بها البلاد، لكن بعد الاستجد بالهيئات

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

الدولية عرفت نموا طفيفا، ما يبرز شروع الدولة في جملة من الإصلاحات الاقتصادية تم ليعاود الانخفاض سنة 2019 و2020 و2021 بسبب جائحة الكورونا.

الفرع الثالث: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية.

تم استخدام هذا المتغير بالنسبة للفرد مقيما بالدولار الأمريكي والمعدل بالمكافئ للقدرة الشرائية، و يضم المتغير كلا من النفقات الحكومية و النفقات الخاصة على الصحة خلال سنة، و تغطي هذه النفقات: الخدمات الصحية، الوقائية و العلاجية، التخطيط الأسري و حملات التغذية و المساعدات الصحية المستعجلة، و يستثنى من هذه النفقات خدمات توفير المياه و الصرف الصحي، و تم اعتماد هذا المتغير عوضا عن متغيرات استخدمتها دراسات سابقة في الموضوع، خصوصا متغير الإنفاق الصحي العمومي، حيث تتفاوت نسبة مساهمة الحكومة في الإنفاق الصحي الإجمالي حتى في البلدان ذات هيكل النظام الصحي المتشابه، و هو ما يجعل نتائج الدراسة متحيزة ؛ يقيس لنا ما يمكن تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية من انفاق الحكومة على كل فرد بالدولار الأمريكي ، وفيما يلي نوضح مبالغ الانفاق الحكومي المسجلة على الفرد خلال فترة (2000-2021) :

الجدول رقم (2-3): الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الانفاق بالدولار الأمريكي	45	51	50	58	66	70	80	106	150	148	160
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
الانفاق بالدولار الأمريكي	204	246	237	260	206	177	177	178	148	126	121

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي

الشكل (2-3): الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية (2000-2021)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية في الجزائر كانت ضئيلة في بداية الالفين ويعود ذلك للظروف الاقتصادية والأمنية التي مرت بها البلاد، لكن شهدت ارتفاعا كبيرا منذ سنة 2007 ضعف إدراك الدولة لفكرة وحقيقة هامة مفادها أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد من الإنتاج والإنتاجية. ليصل اعلى حد له 2014 ولذلك وجب على الدول وخاصة النامية منها تخصيص مبالغ هامة ضمن ميزانية العامة لهذا القطاع.

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

المطلب الثاني: مؤشرات الصحة في الجزائر

الفرع الأول: عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

معدل وفيات الأطفال هو عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم سن الخامسة من العمر، في سنة معينة وفيما يلي نوضح ذلك بالأعمدة البيانية لعدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة (2000-2021):

الجدول رقم (2-4): عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
عدد الوفيات	25052	24138	23336	22895	22769	22706	22698	22812	23067	23332	23544
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
عدد الوفيات	23766	24174	24470	24655	24898	24937	24709	24191	23456	22565	21567

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي

الشكل (2-4): عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة.

تعد معدلات وفيات الأطفال مؤشرا حساسا لتطور بلد ما ودليلا معبرا عن اولويتها وقيمتها. والاستثمار في صحة الأطفال وامهاتهم ليس متطلبا أساسيا لحقوق الإنسان فحسب بل هو قرار اقتصادي سليم. فهو ضمن الطرق التي يمكن لبلد ما الانطلاق منها نحو مستقبل أفضل. ولا شك أن التقدم الذي تم إحرازه في مجال تحسين معدلات وفيات الأطفال وصحتهم من خلال تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر على المستوى الجزائري من 25052 حالة وفات سنة 2000 الى 21567 حالة في 2021 أي ان عدد انخفض ب 3485 حالة هو انجاز لذلك

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

عملت الدولة ولا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية، لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمر كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة والقيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية وتنظيم حملات التوعية، وكذلك تنفيذ برنامج الصحة المدرسية .

الفرع الثاني: معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

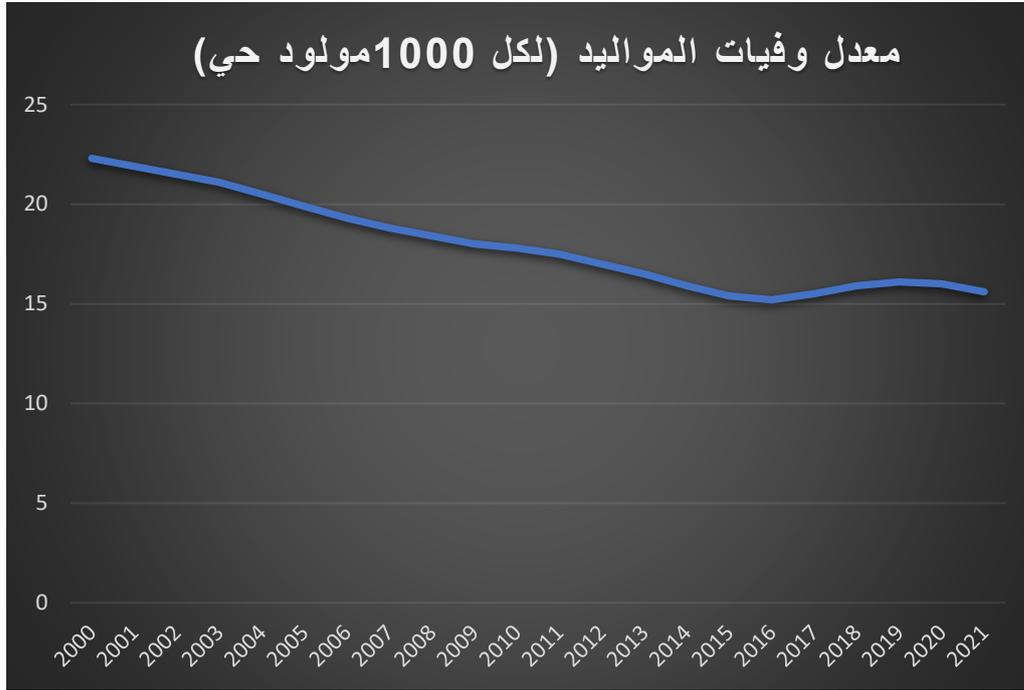
معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي) هو مؤشر يُستخدم لقياس نسبة الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة وهو عدد الوفيات خلال أول 28 يوما مكتملا من الحياة لكل 1000 مولود حي في سنة معينة أو فترة أخرى. في مجتمع معين خلال فترة معينة من الزمن. وفي ما يلي نوضح ذلك بالمنحنى البياني معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي) خلال الفترة (2000-2021) في الجزائر:

الجدول رقم (2-5): معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
معدل الوفيات	22.3	21.9	21.5	21.1	20.5	19.9	19.3	18.8	18.4	18	17.8
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
معدل الوفيات	17.5	17	16.5	15.9	15.4	15.2	15.5	15.9	16.1	16	15.6

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي.

الشكل (2-5): معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة.

من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل البياني نلاحظ أن مؤشر معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي) انخفض من 22% في سنة (2000) إلى 16% في سنة (2021)، 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.

الفرع الرابع: نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)

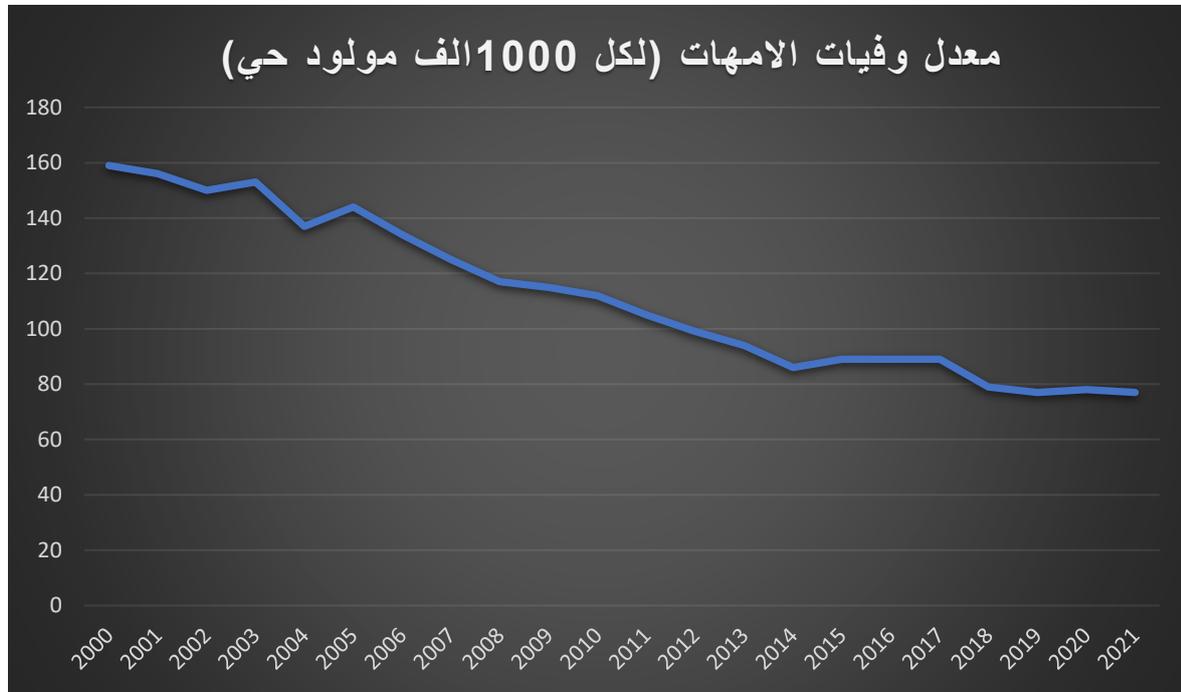
نسبة وفيات الأمهات تشمل وفيات النساء أثناء الولادة، أو في فترة قصيرة بعد الولادة (عادةً في غضون 42 يوماً من الولادة). تختلف هذه الأرقام بشكل كبير من بلد لآخر وتعتمد على الظروف الصحية والاقتصادية والاجتماعية في كل مجتمع، وفيما يلي نوضح ذلك بالمنحنى البياني نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي) خلال الفترة (2000-2021) في الجزائر:

الجدول رقم (2-6): نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
معدل الوفيات	150	156	150	153	137	144	134	125	117	115	112
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
معدل الوفيات	105	99	94	86	89	89	89	79	77	78	-

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي.

الشكل (2-6): نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي) خلال الفترة (2000-2021)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة.

من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل البياني نلاحظ أن مؤشر نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي) بالنسبة للجزائر تبقى ظاهرة وفيات الأمهات ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام موثوق

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

لجميع الوفيات ففي سنة 2000 كانت اعلى ب 159 حالة لكل 100 ألف مولود لتتخض سنة 2021 77 حالة لكل 100 ألف مولود لهذا هدفة الدولة الجزائرية الى التخفيض نسبة وفيات الأمهات وذلك إلى تقليل المخاطر المتعلقة بالحمل والولادة وتعزيز الرعاية الصحية للنساء الحوامل، مما يساهم في تحقيق الأهداف الصحية العالمية المتعلقة بالصحة الأمومية والطفولة.

الفرع الخامس: معدل وفيات، الرضّع (لكل 1000 مولود حي)

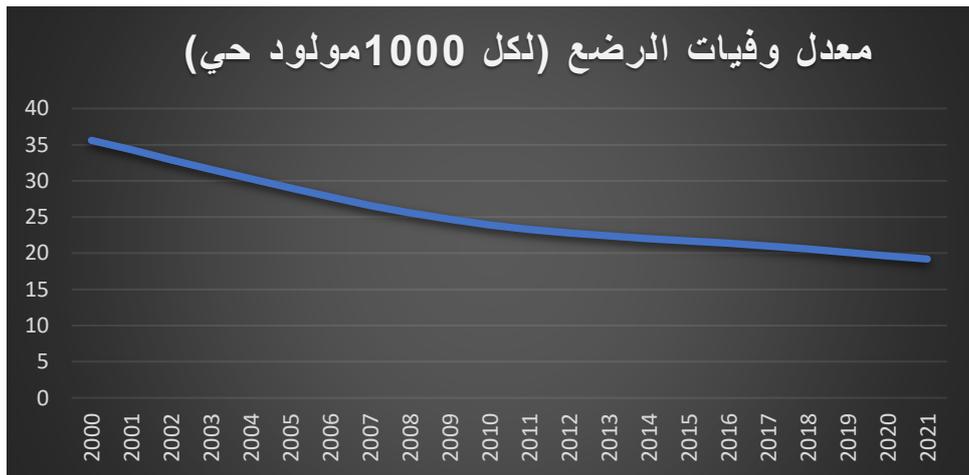
يمثل معدل وفيات الأطفال الرضّع (الأقل من سنة) مؤشرا بالغ الأهمية بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية. وفي ما يلي نوضح ذلك بالمنحنى البياني معدل وفيات الرضّع (لكل 1000 مولود حي) خلال الفترة (2000-2021) في الجزائر:

الجدول رقم (2-7): معدل وفيات الرضّع (لكل 1000 مولود حي)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
معدل الوفيات	35.6	34.3	32.9	31.6	30.3	29	27.8	26.6	25.6	24.7	23.9
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
معدل الوفيات	23.3	22.8	22.4	22	21.7	21.4	21	20.6	20.1	19.6	19.2

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي.

الشكل (2-7): معدل وفيات الرضّع (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة.

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل البياني نجد شهد هذا المؤشر انخفاضا من 36% وفاة لكل 1000 مولود حي في 2000 إلى 19% وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2021 وتختلف أسباب وفيات الرضع حديثي الولادة عن أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة فأكثر من 50% من وفيات الرضع حديثي الولادة تقع لأسباب تتعلق بالولادة (مثل مضاعفات الولادة المبكرة والمضاعفات التي تطرأ أثناء الولادة ويتطلب تخفيض وفيات الأطفال من هذه الفئة إجراءات صعبة محددة تختلف عن الإجراءات التي يتطلبها تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة. كما يعتبر الوعي والمستوى التعليمي للزوجين وامتلاكهما للقرار داخل الأسرة من المحددات الهامة في القضاء على الظاهرة أو التقليل منها، وهنا يكون للحكومات دورا أساسيا في تسهيل تقديم الخدمات مجانا أو بتكلفة رمزية، مع توفير الإطارات المختصة وتأمين برامج تثقيفية كبرى لتغيير العقلية التي لا تزال حاجزا أمام تحول السلوكيات في هذا المجال في بعض المجتمعات والأوساط الريفية خاصة.

الفرع السادس: العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)

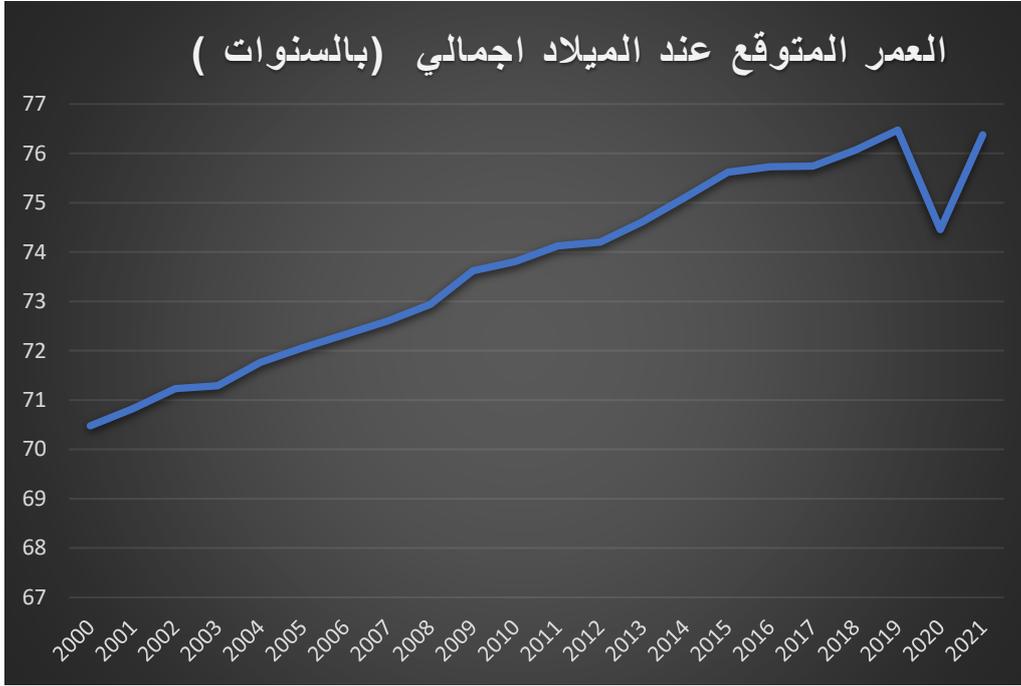
أمل الحياة عند الولادة هو المتوسط الذي يُتوقع أن يعيشه شخص ما عند الولادة في بلد معين. يُعتبر أمل الحياة عند الولادة مؤشراً هاماً لمتوسط العمر المتوقع للفرد في المجتمع. يتأثر أمل الحياة عند الولادة بعدة عوامل منها الرعاية الصحية، ومستوى التغذية، ومعدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة، وظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية. وفي ما يلي نوضح ذلك بالمنحنى العمر المتوقع عند الميلاد خلال الفترة (2000-2021) في الجزائر:

الجدول رقم (2-8): العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
العمر المتوقع	70	70	71	71	71	72	72	72	72	73	73
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
العمر المتوقع	74	74	74	75	75	75	75	76	76	74	76

المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على نتائج البنك الدولي.

الشكل (2-8): العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)



المصدر: من اعداد الطالبين اعتمادا على البيانات السابقة.

مؤشر أمل الحياة عند الولادة حيث أن هذا المؤشر فاق 76 سنة في سنة 2021 و بهذا نكون قد حصلنا على ربح في العمر البشري بزيادة أكثر من 6 سنوات بالنسبة لسنة 2000 يبرز التطور الإيجابي المسجل من خلال هذا المؤشر النقاط التالية:

- الاتجاه نحو تغيير التركيبة العمرية والهرم السكاني.
- التراجع النسبي في معدل الإصابات بالأمراض المعدية مقابل ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم داء السرطان الداء السكري.... إلخ).

المبحث الثاني: الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة

الغرض من هذا المبحث هو تفصيل الأساليب والأدوات المستخدمة في دراسة الاقتصاد القياسي. سوف ندرس بالتفصيل الأساليب المنهجية المعتمدة للإجابة على أسئلة البحث لدينا، وكذلك الأدوات والتقنيات المحددة المستخدمة لجمع وتحليل البيانات. تستند هذه الدراسة إلى أساس نظري قوي في الاقتصاد القياسي، جنباً إلى جنب مع الأساليب التجريبية الصارمة لتقييم العلاقات بين المتغيرات الاقتصادية الأساسية.

المطلب الأول: الطريقة المعتمدة في الدراسة

الفرع الأول: تعريف المنهج المتبع وخطواته

حاولنا أف نعتمد في بحثنا هذا بالنسبة للجانب التطبيقي على المنهج التجريبي حيث يقوم على اختبار العلاقات السببية بين المتغيرات بناء على أحداث تغييرات وتعديلات على الظروف والعوامل المتحركة في تلك المتغيرات، بغرض تحديد وقياس واحصاء بدقة الاثر بين المتغيرات المدروسة واستبعاد اثر العوامل او المتغيرات الاخرى (قلش، 2016، صفحة 88).

يمكن القول إن المنهج التجريبي يختلف عن غيره من المناهج ف خطوات البحث والتي تشمل إلى جانب تحديد المشكلة وصياغة الفروض ما يلي:

أ- تصميم واختيار التجربة:

والتجربة هنا هي مجموعة من الإجراءات المنظمةة والمقصودة التي سيتدخل من خلالها الباحث ف إعادة تشكيل واقع الحدث أو الظاهرة وبالتالي الوصول إلى نتائج تثبت الفروض أو تنفيها، وتصميم التجربة يتطلب درجة عالية من المهارة والكفاءة لأنه يتوجب فيه حصر جميع العوامل والمتغيرات ذات العلاقة بالظاهرة المدروسة، وكذلك تحديد العامل المستقل المراد التعرف على دوره وتأثيره ف الظاهرة وضبط العوامل الأخرى. كذلك يشتمل تصميم التجربة على تحديد لكان وزمان إجرائها وتجهيز واضح لوسائل قيا س النتائج واختبار صدقها.

ب- إجراء التجربة وتنفيذها:

وف حالة تطبيق المنهج التجريبي لا بد من تحديد نوعين من المتغيرات بشكل دقيق وواضح وهما:

(أ) **المتغير المستقل:** وهو العامل الذي يريد الباحث قياس مدى تأثيره ف الظاهرة المدروسة وعادة ما يعرف باسم المتغير أو العامل التجريبي.

(ب) **المتغير التابع (مشكلة الدراسة):** وهذا المتغير هو نتاج تأثير العامل المستقل ف الظاهرة.

وعادة يقوم الباحث بصياغة فرضيته محاولاً إيجاد علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، ولكي يتمكن الباحث من اختبار وجود هذه العلاقة أو عدم وجودها، لا بد له من استبعاد وضبط تأثير العوامل الأخرى على الظاهرة قيد

الدراسة لكي يتيح المجال للعامل المستقل وحده بالتأثير على المتغير التابع. وقد لوحظ من خلال خبرات كثير من الباحثين أن المتغير التابع يتأثر بخصائص الأفراد ف المجموعة التجريبية التي تتعرض للمتغير المستقل لتحديد درجة تأثيره فيها، وللتغلب على مثل هذه المشكلة فإنه يقترح أن يقوم الباحث بإجراء تجربته على مجموعتين من الأفراد إحداها المجموعة التجريبية والأخرى المجموعة الضابطة شريطة ألا يكون هناك أي فروق بين خصائص وصفات الأفراد في المجموعتين.

كذلك قد يتأثر المتغير التابع بالعديد من العوامل الخارجية وبإجراءات تنفيذ التجربة، لذلك لا بد للباحث من ضبط هذه العوامل وتحبيدها ومنع تأثيرها على العامل التابع، لكي يستطيع تحقيق نتائج دقيقة وصحيحة.

الفرع الثاني: مجتمع الدراسة والعينة

يركز مجتمع الدراسة على الجزائر، بينما تتضمن العينة البيانات التي تم جمعها من سنة 2000 إلى 2021.

الفرع الثالث: متغيرات الدراسة

لتحليل فعالية النفقات العامة للصحة في الجزائر، اخترنا المتغيرات التالية:

1. المتغير التابع: معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة EV
2. المتغيرات المستقلة: معدل المشاركة النسائية في القوى العاملة، نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، نصيب الفرد من النفقات العامة للصحة.

الفرع الرابع: طريقة جمع البيانات

تم جمع البيانات اللازمة لدراستنا من مصادر ثانوية المتمثلة في قاعدة بيانات البنك الدولي والمنظمة العالمية للصحة التي توفر معلومات موثوقة. سمح لنا هذا المصدر الأساسي بإجراء تحليل تجريبي لأثر الإنفاق على الصحة العامة على معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2021.

المطلب الثاني: الأدوات المستخدمة في الدراسة

الفرع الأول: التعريف بالنموذج المستخدم:

الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) هو منهج تحليلي يُستخدم في النمذجة الاقتصادية لتحديد العلاقة بين متغيرات مستقلة ومتغير معتمد عبر فترات زمنية متعددة. هذا النهج يتيح تحديد العلاقات التكاملية بين المتغيرات عبر الزمن، سواء كانت هذه العلاقات تحققت في المدى القصير أو الطويل.

تطوّرت نماذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة من خلال العديد من الدراسات، من بينها دراسات ShinandandSun (1998) و Pesaran (1997) و Pesaran et al (2001). تعتمد هذه النماذج على تقنيات الانحدار الذاتي الذي يمكن استخدامه لتحليل العلاقات بين المتغيرات عبر الزمن بطريقة دقيقة وشاملة.

يسمح نهج ARDL بتقدير النماذج القياسية لتحليل العلاقات بين المتغيرات المختلفة، حيث يمكن استخدامه لتحليل العلاقات التكاملية في الوقت الحالي وعبر القيم التاريخية، سواء كانت هذه العلاقات تظهر بشكل متباطئ أو متأخر. يتمثل الهدف الأساسي لنموذج ARDL في فهم تأثير المتغيرات المختلفة على بعضها البعض على مدى الزمن وتكون معادلة النموذج كالتالي:

$$\Delta Y_t = a_0 + a_1 X_{t-1} + a_2 Y_{t-1} + \sum_{i=0}^{k1} \beta_1 \Delta X_{t-i} + \sum_{i=1}^{k2} \beta_2 \Delta Y_{t-i} + \varepsilon_t$$

:

الفرع الثاني: خصائص نموذج ARDL

- يمكن تطبيقه بغض النظر عن خصائص السلاسل الزمنية (درجة تكامل المتغيرات فيها)، فيما إذا كانت مستقرة عند مستوى الرتبة 0(1)، أو متكاملة من الدرجة الأولى 1(1) أو فيما إذا كانت خليطاً من الاثنين، أي بغض النظر عن الاستقرار، ولكن لا يجب أن تكون إحدى السلاسل الزمنية متكاملة من الدرجة الثانية 2(1)، أو أعلى
- يأخذ عدد كافي من فترات التباطئ الزمني (Lags) للحصول على أفضل مجموعة من البيانات من نموذج الإطار العام.
- تقدير العلاقات طويلة الأجل وقصيرة الأجل: يسمح نموذج ARDL بتقدير العلاقات طويلة الأجل وقصيرة الأجل بين المتغيرات في وقت واحد. وبالتالي فإنه يجعل من الممكن التمييز بين الآثار قصيرة الأجل وطويلة الأجل في العلاقة الاقتصادية.

- تصحيح أخطاء التكامل المشترك: في النماذج المصححة للأخطاء، يمكن استخدام نموذج ARDL لتصحيح أخطاء التكامل المشترك بين المتغيرات، مما يوفر تقديرات معلمات قوية وفعالة.
- القدرة على التكيف مع أحجام العينات الصغيرة: يعتبر نموذج ARDL أكثر كفاءة من الطرق التقليدية الأخرى، خاصة بالنسبة لأحجام العينات الصغيرة، في اختبارات التكامل المشترك لأنه يوفر تقديرات أكثر موثوقية حتى مع العينات الصغيرة نسبياً (خواترة، 2020، صفحة 299).

الفرع الثالث: خطوات بناء نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL

1- اختبارات جذر الوحدة (Unit Root Test)

أول خطوة في تحليل أية سلسلة زمنية هي التوقع البياني لمشاهدات السلسلة مع الزمن وهي خطوة أساسية وهامة في التحليل لأنها تظهر الملامح الوصفية للبيانات مثل الاتجاه العام للتغيرات الموسمية وعدم الاستقرار، والبيانات الشاذة، إن كانت هذه الملامح موجودة في البيانات. كمرحلة أولى يتم اختبار استقرار السلاسل الزمنية، وهو شرط من شروط التكامل المشترك، وتعد اختبارات جذور الوحدة أهم طريقة في تحديد مدى استقرارية السلاسل الزمنية، ومعرفة الخصائص الإحصائية وكذا معرفة خصائص السلاسل الزمنية محل الدراسة من حيث درجة تكاملها، نقدم ما يلي أهم الاختبارات:

➤ اختبار ديكي فولر المطور (ADF):

- الفرضية الصفرية (H_0) لاختبار ADF هي أن السلسلة الزمنية لها جذر وحدة، مما يعني أنها ليست مستقرة
- الفرضية البديلة (H_1) هي أن السلسلة الزمنية مستقرة، مما يعني أنه ليس لها جذر وحدة.
- إذا كانت إحصائية الاختبار أقل من القيمة الحرجة، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونستنتج أن السلسلة الزمنية ثابتة.
- خلاف ذلك، إذا كانت إحصائية الاختبار أكبر من القيمة الحرجة، فإننا لا نرفض الفرضية الصفرية ونستنتج أن السلسلة الزمنية ليست ثابتة.

➤ اختبار بيرون فيليبس (PP):

- تشبه الفرضية الصفرية (H_0) لاختبار PP فرضية اختبار ADF، مدعية أن السلسلة الزمنية لها جذر وحدة.
- الفرضية البديلة (H_1) هي أن السلاسل الزمنية مستقرة.
- اختبار PP هو بديل لاختبار ADF الذي لا يتطلب تحديد نموذج الانحدار.
- يستخدم نهجاً شبه معلمي لاختبار فرضية جذر الوحدة بافتراض أن أخطاء الانحدار تتبع عملية عشوائية.

- إذا كانت إحصائية الاختبار أقل من القيمة الحرجة ، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونستنتج أن السلسلة الزمنية مستقرة

- خلاف ذلك ، إذا كانت إحصائية الاختبار أكبر من القيمة الحرجة ، فإننا لا نرفض الفرضية الصفرية ونستنتج أن السلسلة الزمنية ليست ثابتة.

➤ اختبار كوياتكوفسكي-فيليبس-شميدت-شين (KPSS):

• الفرضية الصفرية (H_0) لاختبار KPSS هي أن السلسلة الزمنية مستقرة

• الفرضية البديلة (H_1) هي أن السلاسل الزمنية غير مستقرة

• على عكس اختبارات ADF و PP ، لا يختبر اختبار KPSS فرضية جذر الوحدة بشكل مباشر ، بل يختبر فرضية الثبات.

• إذا كانت إحصائية الاختبار أكبر من القيمة الحرجة ، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونستنتج أن السلسلة الزمنية ليست مستقرة.

• خلاف ذلك ، إذا كانت إحصائية الاختبار أقل من القيمة الحرجة ، فلن يتم رفض الفرضية الصفرية وخلص إلى أن السلسلة الزمنية ثابتة.

2- تحديد عدد فجوات التأخر (Lags) للنموذج:

➤ يتم تحديد عدد الفجوات التأخر المثلى باستخدام معايير مثل معيار أكايكا (AIC) أو معيار شوارتز (SBC).

➤ في نموذج ARDL، يمكن أن تختلف درجات التباطؤ الزمني بين السلاسل الزمنية، وبالتالي ليس شرطاً أن تكون كافة السلاسل من نفس الدرجة التباطؤ الزمني.

3- الاختبارات التشخيصية لنموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL:

➤ التوزيع الاحتمالي الطبيعي للأخطاء (البواقي): يتطلب بناء النموذج أن تتبع البواقي توزيعاً طبيعياً، ويتم ذلك باستخدام اختبار Jarque-Bera.

➤ اختبار وجود مشكلة الارتباط الذاتي (التسلسلي) للأخطاء (LM Test): يهدف للتأكد من عدم وجود ارتباط ذاتي بين الأخطاء، ويتم ذلك باستخدام اختبار Breusch-Godfrey.

➤ اختبار تباين الأخطاء (Heteroskedasticity Test): يتحقق من تجانس تباين الأخطاء باستخدام اختبار ARCH

➤ اختبارات حول جودة انموذج ARDL القياسي: يُستخدم اختبار CUSUM و CUSUM of Squares للتأكد من خلو البيانات من تغيرات هيكلية.

4- اختبار وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين متغيرات النموذج:

- يتم تطبيق اختبار الحدود (ARDL Bound test) لاختبار وجود علاقة توازنية طويلة الأجل.
- يستنتج وجود علاقة توازنية طويلة الأجل عندما تتجاوز قيمة الاختبار الحد الأعلى لقيم الحرجة.

5- اختبار نموذج تصحيح الخطأ (Error Correction Model):

- يُستخدم لقياس العلاقة القصيرة الأجل، ويصحح المتغير التابع بالانحراف عن العلاقة التوازنية.
- يتم تحديد معامل تصحيح الخطأ لقياس سرعة التعديل نحو التوازن في النموذج الديناميكي

المبحث الثالث: النتائج والمناقشة

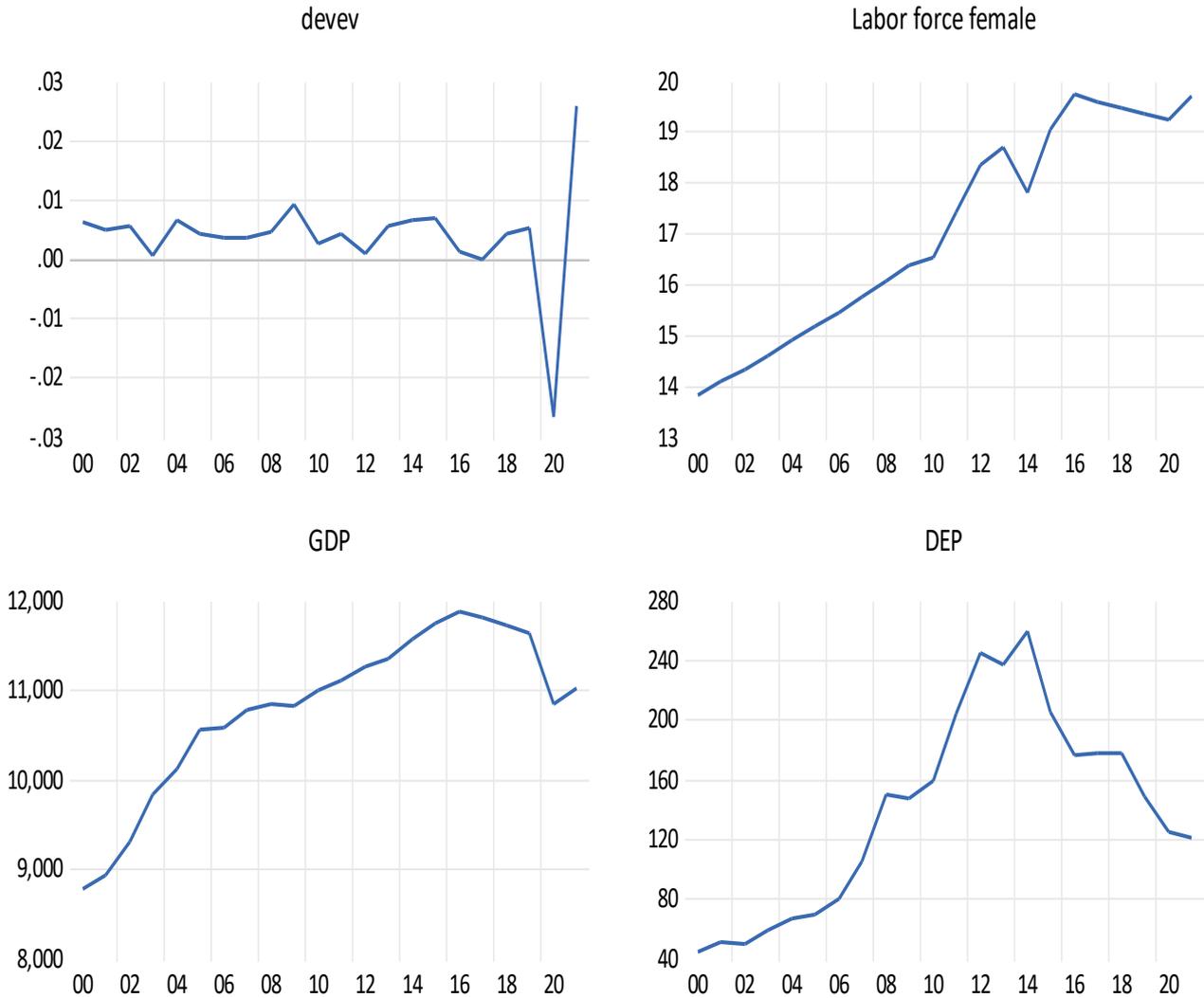
بعدما تطرقنا في المبحث السابق الى متغيرات الدراسة والأدوات المستعملة في قياسها سنحاول في هذا المبحث معرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع

المطلب الأول: نتائج الاختبارات القبلية للنموذج ARDL

سيتم التعرض لكل من وصف متغيرات الدراسة عن طريق المؤشرات الإحصائية بالاعتماد على المقاييس الإحصائية مثل المتوسط والانحراف المعياري، ثم قمنا باختبار استقراريه السلاسل المشكلة للنموذج، وأخيرا واختبار فترات الإبطاء المثلى حسب معيار (AIC)

الفرع الأول: - التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

الشكل 2-9: التمثيل البياني لمتغيرات الدراسة



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EIEWS12

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

يلاحظ من خلال الأشكال السابقة أن السلاسل الزمنية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ومن الانفاق الحكومي العام المحلي على الصحة، ونسبة المشاركة النساء في اليد العاملة، غير مستقرة على العموم، وفيما يلي وصف المتغيرات الإحصائية لمتغيرات الدراسة.

الجدول (2-9): مؤشرات ومتغيرات الدراسة

المؤشرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اعلى قيمة	أدنى قيمة
متغيرات الدراسة				
معدل نمو متوسط الحياة المتوقع عند الولادة	0.003984	0.008479	0.025842	0.026427-
نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار الأمريكي)	10798.12	907.1630	11888.32	8786.190
القوى العاملة النسائية	17.07524	2.096028	19.73354	13.82895
نصيب الفرد من الانفاق الحكومي العام المحلي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	139.2995	67.36766	260.0650	44.70203

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EVIEWS12

ملاحظة حول رموز المتغيرات:

- معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة، الإجمالي (بالسنوات) EV: يشير متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى عدد السنوات التي سيعيشها المولود الجديد إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة وقت ولادته كما هي طوال حياته.
 - نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) على أساس معدلات تعادل القوة الشرائية (PPP)
 - معدل المشاركة في القوى العاملة النسائية، الإجمالي (% من إجمالي السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-
- (Labor force female) (64)**
- نصيب الفرد من الانفاق الحكومي العام المحلي على الصحة.(DEP)

الفرع الثاني: اختبارات جذر الوحدة (الاستقرارية)

في الجدول التالي سيتم اختبار جذر الوحدة، الذي يهدف إلى التعرف على خصائص السلاسل الزمنية ورغم تعدد اختبارات جذر الوحدة، إلا أنه سوف يتم استخدام فيليبس بيرون PP وذلك استناداً للفرضيات التالية:

- الفرضية الصفرية (H0): السلسلة تتضمن جذر وحدة أي ان السلسلة غير مستقرة
- الفرضية البديلة (H1): السلسلة لا تتضمن جذر وحدة أي أن السلسلة مستقرة

والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

الجدول (2-10): اختبارات جذر الوحدة

الفرق الأول		المستوى		القرار (الرتبة)	السلسلة الزمنية
بدون ثابت واتجاه	ثابت واتجاه	بدون ثابت واتجاه	ثابت فقط		
0.0040	0.0773	0.0499	0.6169	I (1)	DEP
0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	I (0)	EV
0.0024	0.0002	0.0008	0.9998	I (1)	FEMALE LABOR FORCE
0.0082	0.0034	0.0446	0.9400	I (1)	GDP

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EViews12

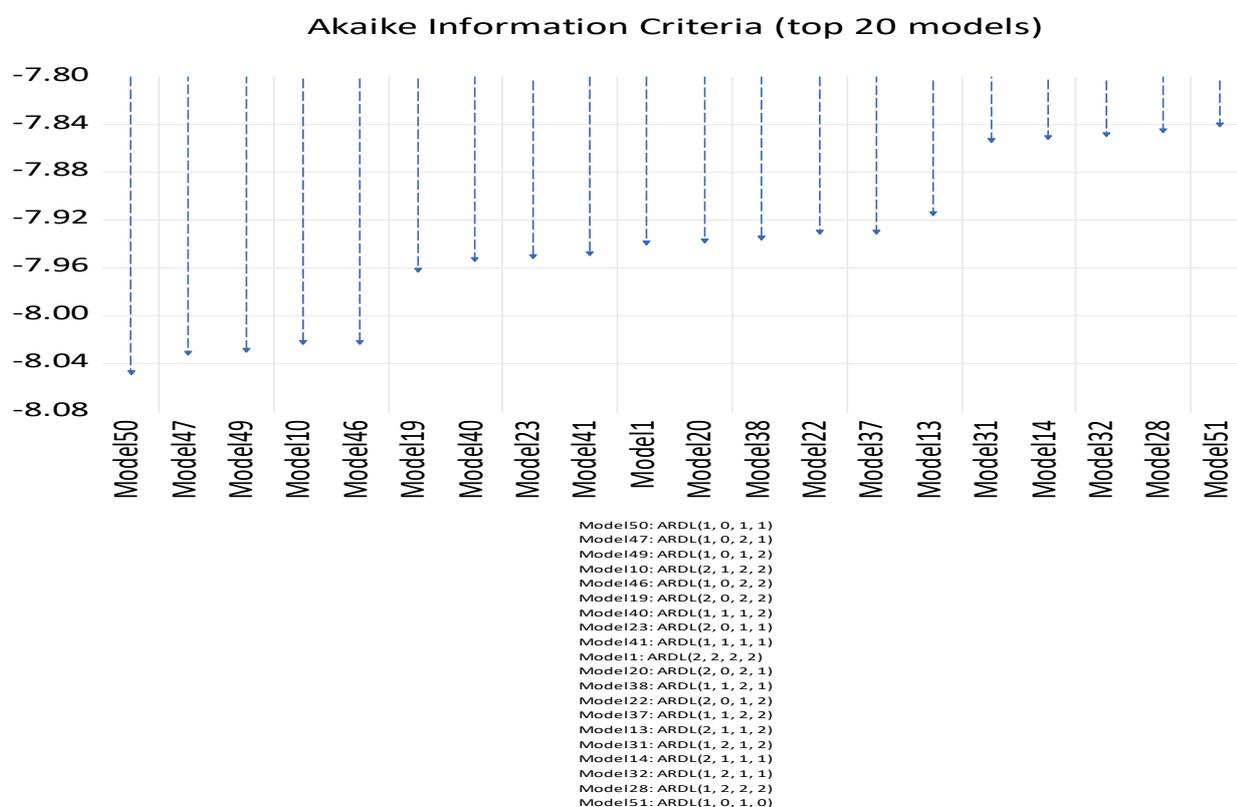
أظهرت اختبارات الاستقرارية التي أجريت على متغيرات الدراسة ان باستثناء معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة EV فان كل المتغيرات المتبقية غير مستقرة عند المستوى (I(0)) بمعنى آخر، مما تتطلب سلاسلها الزمنية التفريق للوصول إلى الاستقرارية.

لذلك، لدينا مزيج من المتغيرات I(0) و I(1) في هذا السياق، يعتبر نموذج الانحدار الذاتي بفترات التأخير الموزعة (ARDL) مناسباً، مما يسمح بتحليل العلاقات طويلة الأجل بين المتغيرات.

الفرع الثالث: اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج:

من خلال الشكل رقم 14 الذي يوضح مجموع النماذج الممكنة باستعمال معيار AKAIKE INFORMATION CRITERION ومنه يتضح أن النموذج ARDL (1.0.1.1) هو النموذج الأمثل.

الشكل: 2-10 : نتائج اختبار فترات الإبطاء المثلى



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EIEWS12

المطلب الثاني: اختبار العلاقة طويلة وقصيرة المدى والاختبارات البعدية

سيتم اختبار العلاقة بين الانفاق العام على الصحة والنتائج الصحية وذلك من خلال اختبار التكامل المشترك، وتقدير معاملات نموذج ARDL في الأجلين الطويل وقصير الأجل

الفرع الأول: نتائج اختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة

1. اختبار التكامل المشترك باستعمال منهج الحدود (Bounds Test)

يتم الكشف عن مدى إمكانية وجود تكامل مشترك من عدمه عبر اختبار الفرضية التالي:

يوجد تكامل مشترك بين متغيرات النموذج، حيث يتم القيام بهذا الاختبار من خلال الصيغة:

$$\begin{cases} H_0 : \text{لا يوجد تكامل مشترك بين المتغيرات} & \Rightarrow F - \text{statistic} < F_{I(0)F-Pesaran} \\ \text{منطقة عدم اتخاذ القرار} & F_{I(0)F-Pesaran} < F - \text{statistic} < F_{I(1)F-Pesaran} \\ H_1 : \text{يوجد تكامل مشترك بين المتغيرات} & \Rightarrow F - \text{statistic} > F_{I(1)F-Pesaran} \end{cases}$$

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود (Bounds Test)

الجدول (2-11): اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود (Bounds Test)

F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
Asymptotic: n=1000				
F-statistic	31.43330	10%	2.37	3.2
k	3	5%	2.79	3.67
		2.5%	3.15	4.08
		1%	3.65	4.66

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EViews12

وتشير النتائج إلى أن القيمة المحسوبة لـ **F-Statistic** أكبر من القيم الحرجة للحد الأدنى والأعلى عند معظم مستويات المعنوية، ومنه نرفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات، ويعني ذلك وجود علاقة توازنه طويلة الأجل بين معدل متوسط الحياة المتوقع عند الولادة والانفاق العام لصحة

1- تقدير معاملات نموذج ARDL في الاجل القصير:

جدول (2-12): نتائج تقدير معاملات الاجل القصير

ARDL Long Run Form and Bounds Test
 Dependent Variable: D(DEVEV)
 Selected Model: ARDL(1, 0, 1, 1)
 Case 2: Restricted Constant and No Trend
 Date: 06/20/24 Time: 20:28
 Sample: 2000 2021
 Included observations: 21

Conditional Error Correction Regression				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.015976	0.024690	0.647050	0.5281
DEVEV(-1)*	-2.085474	0.223994	-9.310389	0.0000
LABOR_FORCE_FE...	-0.004486	0.002035	-2.204859	0.0447
GDP(-1)	5.35E-06	3.31E-06	1.614147	0.1288
DEP(-1)	6.31E-05	3.43E-05	1.838957	0.0872
D(GDP)	1.95E-05	5.29E-06	3.683561	0.0025
D(DEP)	-5.64E-05	4.93E-05	-1.142777	0.2723

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EViews12

2-1- التفسير الاحصائي

أ- معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة (-1) DEVEV

- معامل: -2.085474
- الاحتمال 0.0000: معنوي للغاية عند مستوى 1%
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الفترة السابقة مرتبطة بانخفاض قدره 2.085474 وحدة في تغير معدل النمو الحالي. يشير هذا إلى وجود علاقة عكسية بين معدل النمو في الفترة السابقة والحالية.

ب- نسبة مشاركة النساء في القوة العاملة LABOR_FORCE_FEMALE

- معامل: -0.004486
- الاحتمال 0.0447: معنوي عند مستوى 5%
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في نسبة مشاركة النساء في القوة العاملة مرتبطة بانخفاض قدره 0.004486 وحدة في معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة. يشير هذا إلى علاقة عكسية ومعنوية لمشاركة النساء في سوق العمل على متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

ت- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي GDP (-1)

- معامل: 5.35E-06
- الاحتمال 0.1282: غير معنوي
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في الناتج المحلي الإجمالي في الفترة السابقة ليس لها تأثير معنوي على التغير الحالي في معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

ث- النفقات العامة للصحة للفرد الواحد في الفترة السابقة (-1) DEP

- معامل: 6.31E-05
- الاحتمال 0.0787: معنوي عند مستوى 10%
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في النفقات العامة للصحة للفرد الواحد في الفترة السابقة مرتبطة بزيادة قدرها 0.0000631 وحدة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. الحالي. يشير هذا إلى تأثير إيجابي ومعنوي عند مستوى 10% للإنفاق الصحي العام

ج- متغير نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) D

- معامل: $1.95E-05$
- الاحتمال 0.0025: معنوي للغاية عند مستوى 1%
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في التغير الفوري للناتج المحلي الإجمالي مرتبطة بزيادة قدرها 0.0000195 وحدة في معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة. يشير هذا إلى تأثير إيجابي ومعنوي للناتج المحلي الإجمالي على معدل النمو.

ح- نصيب الفرد من النفقات العامة للصحة: D(DEP)

- معامل: $-5.64E-05$
- الاحتمال 0.2723: غير معنوي
- التفسير: زيادة وحدة واحدة في التغير الفوري للنفقات الصحية العامة للفرد الواحد ليس لها تأثير معنوي على التغير الحالي في معدل نمو متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

2-2- التفسير الاقتصادي:

- الإنفاق العام على الصحة: ((-1) DEP)

زيادة الإنفاق على الصحة يمكن أن تعكس استجابة لتحسين الظروف الصحية العامة والتصدي للمشاكل الصحية القائمة. على الرغم من أن هذه الزيادة قد تكون استجابة لتحديات صحية سابقة، فإن الأثر الإيجابي يظهر في المدى الطويل بتحسين الظروف الصحية العامة وزيادة العمر المتوقع عند الولادة. البرامج التنموية التي نفذتها الجزائر في السنوات الأخيرة في مجال الصحة حققت تحسناً ملحوظاً في جودة الرعاية الصحية وزيادة أمل الحياة. الاستثمارات في البنية التحتية الصحية، تدريب الكوادر الطبية، الوقاية من الأمراض، وتحسين جودة الرعاية كلها عوامل ساهمت في هذا التحسن. هذه الجهود تعكس التزام الحكومة الجزائرية بتحسين الصحة العامة والرفاهية الاجتماعية لجميع سكانها.

- مشاركة النساء في سوق العمل: (LABOR_FORCE_FEMALE)

- يمكن لمشاركة النساء في القوى العاملة أن تؤثر سلباً على متوسط العمر المتوقع عند الولادة (أمل الحياة) لأسباب اجتماعية واقتصادية وصحية. تتضمن العوامل التالية:
- الرعاية الأمومية: قلة الوقت المتاح لرعاية الأطفال قد تؤدي إلى انخفاض الرضا الطبيعية والاهتمام بالصحة الوقائية.

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية

- الضغط الأسري: التوازن بين العمل ورعاية الأسرة يزيد من التوتر والقلق للأمهات، مما يؤثر سلباً على صحة الأمهات والأطفال.
- جودة رعاية الأطفال: الاعتماد على رعاية بديلة قد يؤثر على مستوى الرعاية المقدمة للأطفال.
- الصحة النفسية للأمهات: التزامات العمل والمنزل تزيد من الضغط النفسي، مما يؤثر على قدرة الأمهات على رعاية أطفالهن.
- الفقر وعدم المساواة: الحاجة الاقتصادية قد تدفع النساء للعمل في وظائف ذات أجور منخفضة وظروف عمل سيئة، مما يؤثر سلباً على صحة الأسر.

- الناتج المحلي الإجمالي: $(-1)GDP$

عدم المعنوية يشير إلى أن التحسينات في الناتج المحلي الإجمالي قد لا تظهر آثارها الصحية بشكل فوري، أو قد تكون هناك عوامل أخرى تساهم في تحسين الصحة العامة بشكل أكبر.

بناءً على هذه النتائج، يمكن القول أن السياسات التي تركز على تحسين الرعاية الصحية العامة وتعزيز الإنفاق الصحي يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي على زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة. بالمقابل، ينبغي دراسة التأثيرات المحتملة لمشاركة النساء في سوق العمل على الصحة العامة للأطفال وإيجاد التوازن المناسب بين العمل والرعاية الأسرية لتحسين النتائج الصحية.

3. نموذج تصحيح الخطأ

جدول 2-13: نموذج تصحيح الخطأ

ECM Regression				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(GDP)	1.95E-05	3.22E-06	6.062756	0.0000
D(DEP)	-5.64E-05	3.65E-05	-1.543534	0.1450
CointEq(-1)*	-2.085474	0.146708	-14.21518	0.0000

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EViews12

هناك علاقة ديناميكية قصيرة الأجل بين متوسط الحياة المتوقع عند الولادة والمتغيرات المستقلة، وهذا راجع للخطأ المقدر سالب الإشارة والمعنوي إحصائياً وكانت قيمته $Cointeq(-1) = -2.08$ وهو يقيس نسبة اختلال التوازن في المتغير التابع التي يمكن تصحيحها من فترة زمنية لأخرى، والإشارة السالبة تدعم وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين المتغيرات.

4. تقدير معاملات نموذج ARDL في الاجل الطويل:

جدول (2-14): نتائج تقدير معاملات الاجل الطويل

Levels Equation				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LABOR_FORCE_FE...	-0.002151	0.000812	-2.650417	0.0190
GDP	2.56E-06	1.49E-06	1.719157	0.1076
DEP	3.02E-05	1.50E-05	2.021361	0.0628
C	0.007660	0.011531	0.664307	0.5173

EC = DEVEV - (-0.0022*LABOR_FORCE_FEMALE + 0.0000*GDP + 0.0000*DEP + 0.0077)

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على برنامج EViews12

يوضح الجدول السابق أن:

➤ التأثير السلبي والمعنوي إحصائيا للقوى العاملة النسائية على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الأجل الطويل، حيث كلما ارتفعت القوى العاملة النسائية بوحدة 1 ينخفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة بـ 0.02151 وحدة، وهو يؤيد نوع العلاقة الموجودة في المدى القصير التي تؤكد على أن القوى النسائية العاملة.

➤ التأثير الغير المعنوي إحصائيا لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الأجل الطويل يتوافق والعلاقة قصيرة الاجل لهذا المتغير

➤ التأثير الموجب والمعنوي إحصائيا لنصيب الفرد من الانفاق الحكومي العام على صحة على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الأجل الطويل، حيث كلما ارتفعت النفقات بوحدة واحدة ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بـ 0.0000302 وحدة، وهو ما يتوافق والعلاقة قصيرة الاجل، التي تؤكد على أن النفقات العامة لقطاع الصحي تساهم بشكل مباشر في الرفع من معدلات أمل الحياة. هذه العلاقة في الاجل الطويل تؤكد احتمالية فعالية النفقات العامة للصحة في تحسين صحة المواطنين.

باختصار، نموذج ARDL يظهر وجود علاقات حاسمة بين نصيب الفرد من النفقات العامة للصحة ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، مما يعزز دور قطاع الصحة في تمديد أمد الحياة في الجزائر. بالإضافة، يشير النموذج إلى تأثير سلبي ملحوظ لمشاركة النساء في القوى العاملة على أمد الحياة للجزائريين، مما يمكن تفسيره بضعف فعالية برامج الرعاية الصحية للعاملات ونقص الرعاية الأمومية للأطفال الرضع عند غياب الأمهات في أوقات الضرورة.

الفرع الثاني: اختبار جودة النموذج

من أجل ضمان ان نتائج الدراسة القياسية تتميز بالمصادقية ينبغي التأكد من جودة أداء هذا النموذج، وذلك خلال استخدام الاختبارات التالية:

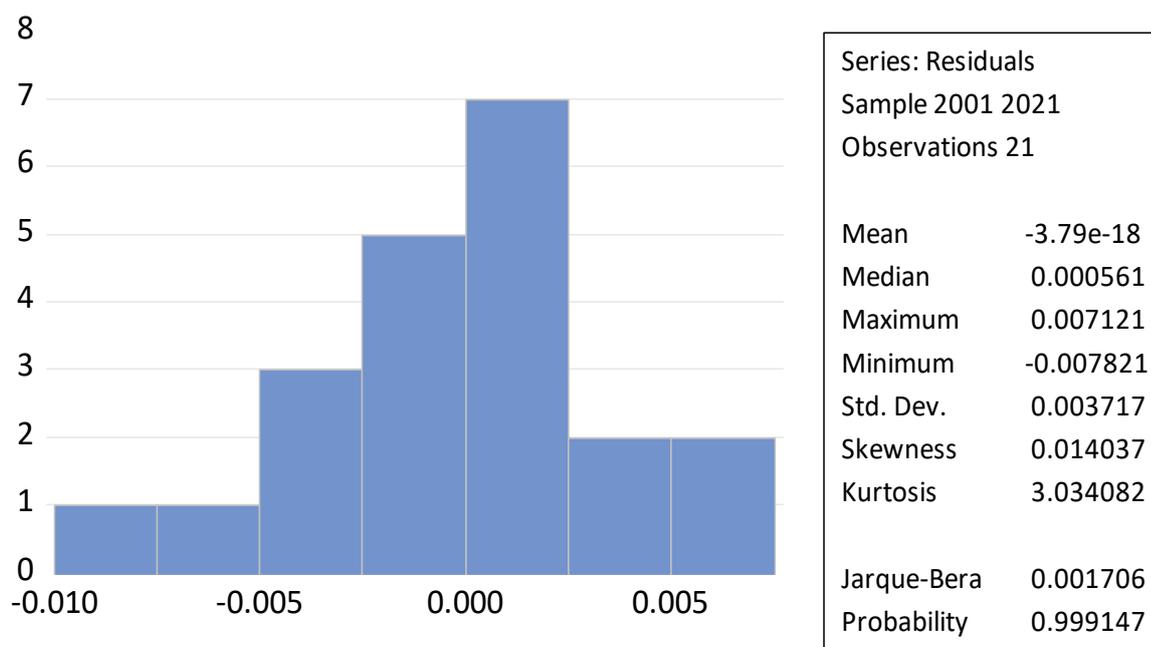
1- اختبارات التشخيصية

1-1- التوزيع الطبيعي للبواقي

يتم الكشف عن طبيعة توزيع البواقي عبر اختبار الفرضية التي مفادها أن "البواقي تتوزع توزيعاً طبيعياً". ويكون ذلك من خلال استقراء البيان الذي يسمح بملاحظة تجمع البواقي حول المركز وتتناقص كلما ابتعدت عن المركز نحو الأطراف، أو عدم تجمعها حول المركز، أو من خلال مقارنة إحصائية (*jarque-bera*) بالقيمة الجدولية (*Chi-Square*) عند درجة حرية 2 ومستوى معنوية 0.05 .

ومنه وحسب الشكل رقم 15 نلاحظ أن نتيجة الاختبار كانت غير معنوية ($\alpha > 0.05$) وهو ما يؤكد أن بواقي النموذج تخضع للتوزيع الطبيعي:

شكل رقم 2-11: التوزيع الطبيعي للبواقي



المصدر : اعداد الطالبين باستعمال برنامج EVIEWS12

1-2- اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:

يتم الكشف عن عدم وجود ارتباط ذاتي بين البواقي عبر اختبار الفرضية التي مفادها أن "لا يوجد ارتباط ذاتي بين البواقي"، وذلك من خلال مقارنة إحصائية لاغرانج (**R-Square**) المحسوبة عبر اختبار (LM) بالقيمة الجدولية لتوزيع **chi-square** عند درجة حرية 2 ومستوى معنوية $x_{0,05}^2$ 0.05

وللتأكد من عدم وجود ارتباط ذاتي نلجأ لاختبارات الارتباط الذاتي، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (2-15): اختبارات الارتباط الذاتي

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags

F-statistic	0.450064	Prob. F(2,12)	0.6479
Obs*R-squared	1.465311	Prob. Chi-Square(2)	0.4806

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على Eviews12

حسب LM Test فان Prob chi-square اكبر من 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود ارتباط ذاتي.

1-3- اختبار تجانس التباين (ثباته عبر الزمن):

ويكون من خلال مقارنة إحصائية (**R-Square**) المحسوبة عبر اختبار (ARCH) بالقيمة الجدولية لتوزيع **chi-Square** عند درجة حرية 02 ومستوى معنوية 0.05

والجدول التالي يوضح لنا اختبار ثبات التباين:

جدول رقم 2-16 : نتائج اختبار تجانس التباين.

Heteroskedasticity Test: ARCH

F-statistic	0.512248	Prob. F(1,18)	0.4833
Obs*R-squared	0.553415	Prob. Chi-Square(1)	0.4569

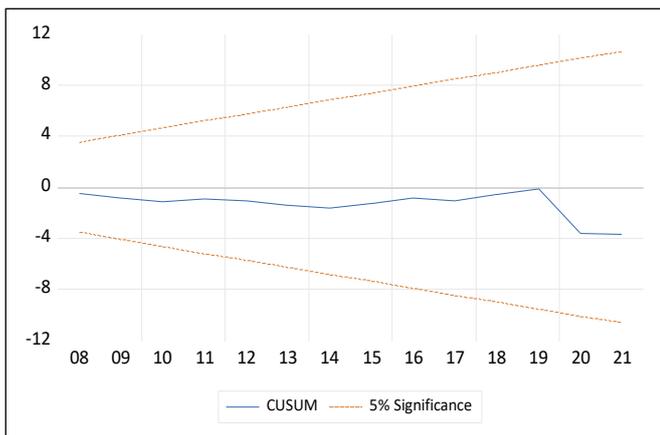
المصدر: من اعداد الطالبين باعتماد على Eviews 12

حسب هذا الاختبار فإن Prob F اكبر من 0.05 ما يعني ان F ليست معنوية، وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على ثبات التباين.

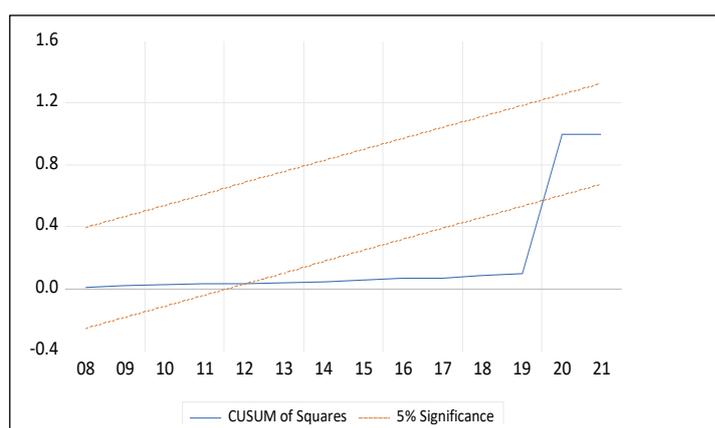
2- اختبار الاستقرار الهيكلي لمعاملات نماذج ARDL المقدر:

للتأكد من خلو البيانات المستخدمة من وجود أي تغيرات هيكلية فيها وأن النموذج صالح للتنبؤ، لا بد من الحكم على استقرار النموذج من خلال الاختبار البياني لحركة بواقي النموذج. كما هو موضح في الشكل التالي

الشكل 2-12: نتائج اختبار CUSUM



الشكل 2-13: نتائج اختبار CUSUM of square



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على

Eviews12

تظهر نتائج CUSUM Test أن الخط يقع داخل الحدود الحرجة عند مستوى 0,05، مما يدفعنا بقبول باستقراره النموذج.

أما الشكل 17 الخاص باختبار QUSUM OF SQUARE يظهر أن النموذج كان مستقرًا إلى حد كبير حتى عام 2011. ومع ذلك، فإن الزيادة الحادة في مجموع مربعات الأخطاء التراكمية بعد هذا العام تشير إلى احتمالية حدوث تغيرات هيكلية في البيانات، والتي قد تتطلب تعديل النموذج أو تفسير إضافي لتلك التغيرات.

خلاصة الفصل:

في هذا القسم، توصلنا إلى أن الإنفاق العام على الصحة يرتبط بشكل إيجابي متوسط العمر المتوقع عند الولادة. فكلما زاد الإنفاق، زاد متوسط العمر المتوقع عند الولادة. لكن هذه الزيادة تعتبر هامشية وضئيلة، حيث يمكن أن يكون هذا بسبب عوامل متعددة. من جهة، يمكن أن تلعب فعالية استخدام الموارد دورًا في ذلك. من جهة أخرى، من الممكن أن يسهم قطاعات أخرى مثل التعليم أو البنية التحتية الاجتماعية في هذا التحسن بشكل أكبر من الإنفاق على الصحة بحد ذاته.

من المهم أيضًا أن نلاحظ أنه على الرغم من التحسينات الكمية في النظام الصحي الجزائري، فإن هناك لا يزال هناك نقائص وتحديات هامة. من بين هذه النقاط، يمكن ذكر نقص التغطية الشامل للخدمات الصحية العامة، وتفاوتها بين مختلف مناطق البلاد، وجودتها المحدودة في بعض الأحيان، والاستجابة غير الملائمة لاحتياجات المرضى. بالإضافة إلى ذلك، فإن التكاليف العالية للرعاية الصحية، بالإضافة إلى غياب الرقابة وانتشار الفساد في مختلف أشكاله (الإداري والمالي)، أثرت سلبًا على قدرة الحكومة على تمويل القطاع الصحي بشكل كافٍ.

علاوة على ذلك، فإن الزيادة المستمرة في النمو السكاني وتدهور البنية التحتية الصحية قد زادت من حدة هذه المشكلات، مما يجعل من الصعب على النظام الصحي توفير الرعاية اللازمة لجميع المواطنين. هذا الوضع دفع العديد من الجزائريين إلى اللجوء إلى البلدان المجاورة بحثًا عن خدمات طبية ذات جودة أفضل.

باختصار، على الرغم من التقدم المحرز في مجال الصحة في الجزائر، إلا أن هناك الكثير مما يجب عمله للتغلب على التحديات الهيكلية وتحسين جودة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية لجميع السكان.

خاتمة

تعد الصحة ركيزة أساسية من ركائز تحقيق التنمية بمختلف مجالاتها في المجتمعات، لذلك سعت دول العالم بما فيها الجزائر، الى العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد، كما تم إدخال مفهوم الجودة في هذا القطاع لتحقيق مستويات عالية من الصحة.

بالتالي رغم كل الجهود المبذولة من قبل الدولة لتحسين مستوى الخدمات الصحية للمواطنين إلا أنها تبقى غير كافية لتغطية مطالب المجتمع ، و رغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي و تزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بهذا القطاع، إلا أن عدم العقلانية و التسيير السيئ لموارد قطاع الصحة جعلته يواجه العديد من العقبات التي عادت بالسلب على العدالة في الخدمات المقدمة، وبالتالي يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة التي تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، و رفع الوعي لدى الأفراد لتمكينهم من تحديد احتياجاتهم ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكانياتهم ، فنجاح سياسة الإنفاق مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن، وهو ما لم تصل إليه الجزائر بعد.

ومن خلال دراستنا لموضوع " أثر الإنفاق الحكومي في مجال الصحة على الهدف الثالث للتنمية المستدامة " من الجانب النظري والتطبيقي تم التوصل للنتائج التالية:

أولاً: نتائج الدراسة واختبار الفرضيات:

إن دراستنا هذه سمحت بالخروج بجملة من النتائج الهامة التي تعتبر حجر أساس البحوث المستقبلية ويمكن ذكرها على سبيل الحصر كما يلي:

➤ خلال بداية الألفية الثالثة، خصصت الجزائر مبالغ ضخمة لقطاع الصحة في إطار برامج التنمية التي تم تمويلها من خلال عائدات النفط المرتفعة. مما أتاح للحكومة القدرة على زيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية وتحسين جودة الرعاية الصحية. تم تنفيذ العديد من المشاريع الصحية الكبرى، بما في ذلك بناء وتجهيز المستشفيات والمراكز الصحية، وتحديث المعدات الطبية، وتوفير الأدوية واللقاحات، وتدريب الكوادر الطبية. هذه الاستثمارات الكبيرة تهدف إلى تحسين جودة الحياة وزيادة متوسط العمر المتوقع للسكان، وتحقيق تقدم في الأهداف التنموية المستدامة. ومنه يتم تأكيد صحة الفرضية الأولى.

• إن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة، يؤثر على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر بشكل معنوي. ومنه يتم تأكيد صحة الفرضية 2.

• وجود علاقات مهمة بين مشاركة النساء في القوى العاملة الكلية، مما يشير إلى المتغيرات الاقتصادية تلعب دورا هاما في تحسين او التقليل من صحة المواطنين في الجزائر. وهذا ما يؤيد الفرضية الثالثة التي تنص على وجود عوامل اجتماعية واقتصادية أخرى تؤثر على بلوغ الهدف

3 للتنمية المستدامة

ثانيا: توصيات الدراسة

بناءا على نتائج الدراسة اقترحنا التوصيات التالية:

- ضرورة العقلانية في التسيير الحسن لموارد قطاع الصحة والصرامة في تطبيق الرقابة للوصول الى الهدف المنشود.
- بث حملات تحسيسية إرشادية لزيادة الوعي لدى المرضى وتثقيفهم صحيا.
- زيادة الاهتمام بطب العمل والتحسين من الرعاية الصحية للأمهات خاصة التي تشارك في سوق العمل

ثالثا: آفاق الدراسة

على ضوء ما جاء من نتائج وما قدمناه من توصيات نطرح آفاق الدراسة التي يمكن دراستها مستقبلا:

1. تأثير تغيرات المناخ على الصحة العامة في الجزائر: يمكن لهذه الدراسة استكشاف تأثيرات تغيرات المناخ، مثل موجات الحرارة والجفاف والظواهر الجوية الشديدة، على صحة السكان الجزائريين، بالإضافة إلى استراتيجيات التكيف والتخفيف.
2. استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تقديم الرعاية الصحية: تحليل لاعتماد وفعالية التقنيات مثل الطب عن بُعد، وتطبيقات الهواتف النقالة للصحة، والسجلات الطبية الإلكترونية في المستشفيات والعيادات في الجزائر.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

أولاً: الكتب

1. عواد فتحي احمد ذويب اقتصاديات المالية العامة عمان :دار الرضوان للنشر والتوزيع سنة 2013

ثانياً: المذكرات والاطروحات

1. سعيد، عماد داتو، محاضرات في المالية العامة .جامعة جيلالي ليابس سيدي بلعباس 2020
2. شوال عماد الدين . (2019). تحليل النفقات العمومية الصحية في ظل السياسة الصحية للجزائر خلال للفترة 2015-2018. اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير ، 30. الجزائر .
3. محمد، علي دحمان تقييم مدى فعالية الانفاق الغام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية . 155, جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان 2017
4. دحمان، على. تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة .رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية . تلمسان 2011
5. عبد الله قلس. (2016). منهجية البحث العلمي. مطبوعة بيداغوجية، 88. الشلف: جامعة حسيبة بن بو علي الشلف.
6. خواترة، سعيدة اثر الانفاق العام الاجتماعي على المؤشرات الاقتصادية الكلية دراسة حالة . أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية، جامعة فرحات عباس سطيف 2020
7. كزيو، ف. غ. (2018). دور سياسة الإنفاق الإستثماري الحكومي في تحقيق التنمية المستدامة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر . علوم التسيير: المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميله.

ثالثاً: المجلات والمؤتمرات

1. بوزياني، ع. ا.، & مراد تهتان. (2021). أثر مؤشرات ادارة الحكم الراشد على الانفاق الحكومي الصحي في الجزائر. مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والادارية، 8(1)، 553.
2. هاني عبد المجيد الحمامي، مدحت محمد عبد العال، ماجد محمد الخربوطلي. (2021). أثر الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة في تحقيق أهداف التنمية المُستدامة: دراسة تطبيقية على جمهورية مصر العربية. مجلة العلوم البيئية، المجلد 50، العدد 5 - الرقم المسلسل للعدد 5، الجزء الرابع: علوم اقتصادية وقانونية، مايو 2021، الصفحة 327-357.
3. منظمة الصحة العالمية. (2015). الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030. منظمة الصحة العالمية .

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-ar.pdf

4. سميرة, ك. (2019). تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء معايير الكفاءة والكفاية والعدالة. مجلة البحوث والدراسات التجارية, 3(2), 112-131.
5. محمد, ر. أ. (2018). تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية - دراسة تحليلية قياسية - . مجلة التنمية والاستشراف للبحوث والدراسات, 3(1), 119-146.
6. يونس, ح. م. (2018). قياس أثر الإنفاق العام على التنمية المستدامة في العراق للمدة (2000-2016) باستخدام نموذج ARDL. مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية, 3(43), 313-329.

رابعاً: المواقع الالكترونية

1. العالمية, مركز التنمية 3ماي 2024 الساعة 23:05

<https://www.cgdev.org/blog/addis-good-first-step-terrible-last-word-2015>

المراجع بالأجنبية

Livres :

DJENANE. (2015). Santé et équité. Vers une économie politique de la santé. Pensée plurielle.

Mémoires et thèses :

- 1- Eriamiatoe, F. E. (2022). The Role of Health Expenditure on Health Outcomes: Evidence in West Africa Countries. Graduate Research Theses & Dissertations. Récupéré sur <https://huskiecommons.lib.niu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=8011&context=allgraduate-thesesdissertations>

Articles de revue

- 2- Anwar, A., Shabir, H., Norashidah, M. N., & Mustafa, Y. (2023). Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries. Front. Public Health, 11. Récupéré sur <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123759>
- 3- Bander, B. D., & Nawaf M, A. (2020). Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Cross-Country Comparison, 1995–2015. Front. Public Health, 8. Récupéré sur <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.624962>
- 4- Boundioa, J., & Thiombiano, N. (2024). Effect of public health expenditure on maternal mortality ratio in the West African Economic and Monetary

Union. 24, 109 (2024). BMC Women's Health, 24(109). Récupéré sur <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02950-2>

- 5- Sultana, S., Hossain, M. E., & Khan, M. A. (2024). Effects of healthcare spending on public health status: An empirical investigation from Bangladesh. Heliyon, 10(1). Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.101616>

الملخص

باللغتين

الملخص

هدفت دراستنا إلى تقييم تأثير الإنفاق الحكومي في مجال الصحة على تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة في الجزائر. تناولت الدراسة مجموعة من المتغيرات الرئيسية، منها مشاركة الإناث في القوى العاملة، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة. من خلال استخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المبطنة (ARDL)، سعت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين النفقات العامة على الصحة ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2021. أظهرت النتائج أن كل من مشاركة الإناث في القوى العاملة ونصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة لهما تأثير معنوي على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر، سواء على المدى الطويل أو القصير. هذا يؤكد على أهمية الاستثمار الفعّال في قطاع الصحة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الحكومي للصحة، التنمية المستدامة، ARDL، الجزائر، متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

Abstract

Our study aimed to assess the impact of government spending on health on achieving the third Sustainable Development Goal in Algeria. The study focused on key variables such as female labor force participation, GDP per capita, and per capita public health expenditure. Using the Autoregressive Distributed Lag (ARDL) model, the study sought to determine the relationship between public health expenditures and life expectancy at birth in Algeria from 2000 to 2021. The results showed that both female labor force participation and per capita public health expenditure significantly affect life expectancy at birth in Algeria, both in the short and long term. This underscores the importance of effective investment in the health sector to achieve sustainable development goals.

Keywords: Government health expenditure, sustainable development, ARDL, Algeria, Life expectancy