



جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Ain Témouchent University Belhadj Bouchaib



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم المالية والمحاسبة

التخصص: محاسبة وجباية معمقة

الموضوع

محددات النفقات العامة للصحة في الجزائر (2000-2021)

دراسة قياسية باستخدام نموذج ARDL

إعداد الطالبتين:

قليز شيماء

فقير نورهان

مقدمة أمام لجنة المناقشة المكونة من:

رئيسا	.....	هنداوي محفوظ	.....	الأستاذ (ة): الاسم واللقب
مشرفا	.....	حبشي فادية	.....	الأستاذ (ة): الاسم واللقب
ممتحنا	.....	بلغزلي جهاد	.....	الأستاذ (ة): الاسم واللقب

السنة الجامعية: 2023-2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

لَتُنَالُوا الْبَحْرَ حَتَّى تَتَفَقُوا إِيَّاهُ تُحِبُّونَ

سورة آل عمران الآية 92

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف الخلق وسيد المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم الشكر أولاً وأخيراً لله العلي الذي هدانا للعلم ومن علينا بإتمام هذه المذكرة.

نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة "حبشي فادية" على ما قدمته لنا من نصائح وإرشادات طيلة مدة إنجاز هذا العمل.

كما نتقدم بخالص الشكر و الامتنان إلى أعضاء لجنة المناقشة لتقبلهم مناقشة هذا العمل كما لا يفوتنا أن نتوجه بالشكر لكل أساتذة قسم العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير اللذين لم يبخلوا علينا بنصائحهم وخبرتهم.

و في الأخير نقدم شكرنا إلى من ساعدنا من قريب أو بعيد في إتمام هذه المذكرة.

الإهداء

من قال أنا لها ... نالها

لم تكن الرحلة قصيرة .. ولكن ينبغي لها أن تكون

أهدي تخرجي إلى من أحمل اسمه بكل فخر إلى أعز و أقرب إنسان إلى قلبي و بهجة حياتي إلى من لم يبخل عليا يوماً بفضلله أبي الغالي أطال الله عمره.

إلى رمز المحبة و الحنان إلى التي يعجز عن شكرها للسان و التي رفع الله من شأنها و جعل تحت أقدامها الجنان التي ساندتني طيلة حياتي و لازالت أمتي الغالية حفظها الله .

إلى أخواتي العزيزات

كما لا يفوتني في هذا الإطار بأن أتقدم إلى من كانت قلوبهم معي أولئك اللذين يفرحهم نجاحي ومهدوا عثرات مسيرتي بدعائهم و أنسوا صعابها بحبهم

إلى من تطيب الأوقات بصحبتهم في رحلة النجاح " صديقاتي وأصدقائي "

و أخيراً أهدي هذا العمل المتواضع إلى الرجل الذي لن يتكرر في حياتي "جدي" رحمه الله.

شيماء

الإهداء

إلى امي التي دعمتني وسهرت لراحتي وفرحتي والتي افنت شقائها لرسم سمات السعادة على وجهي،
إلى التي لم تبخل علي بشيء و كان صدرها رحابي و ملجئي، أدامك الله لي يا أمي الغالية...

إلى سندي و من كان نور خطاي الي من منحني ثقته و غمرني بحبه و كفاني عطفه ، الذي لم يبخل
علي و لو بشيء قليل في سبيل سعادتني ، "ابي حبيبي" أنقص الله من عمري و أزيده الله لك عمراً...

إلى سندي الثاني زوجي الذي لازالت كلماته الداعمة تلامس قلبي و تدمع لها أعيني، اليه هو وحده
أرفع قبعتي و أعطيه إليها إكراماً له.. ادامك الله لي

إلى عزيزي وقرّة عيني لإبني "يزن" أطال الله في عمرك و سدّد خطاك

إلى إخوتي وأخواتي الذين اتمنى ان ينجحوا و يذوقوا ثمرة النجاح..
الى صديقتي ورفيقة روحي مروى

و إلى كل العائلة من كبيرها إلى صغيرها على دعمها لي و لو بشيء قليل..

و إلى الذين أغفلهم قلبي و لم ينساهم قلبي إليكم جميعاً أهدي ثمرة جهدي...

نور

قائمة المحتويات

.....	الشكر
.....	الاهداء
.....	قائمة المحتويات
II.....	قائمة الأشكال
IV	قائمة الجداول:
-	الملخصات
ب.....	المقدمة:
2	الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة
3	المبحث الأول: المنظومة الصحية في الجزائر
3	المطلب الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر
3	الفرع الأول: المرحلة الأولى السياسة الصحية في الفترة من (1962 – 1973):
4	الفرع الثاني: المرحلة الثانية من (1974 – 1995):
5	المطلب الثاني: عرض وتحليل الإنفاق الصحي ومصادر تمويله في الجزائر
5	الفرع الأول: نسبة الميزانية العمومية المخصصة للصحة في الجزائر:
6	الفرع الثاني: مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر
10.....	المبحث الثاني: مفاهيم حول النفقات العامة للصحة
10.....	المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة وتقسيمها
10.....	الفرع الأول: مفهوم النفقات العامة
12.....	الفرع الثاني: تقسيمات النفقة العامة
18.....	المطلب الثاني: الانفاق الصحي ومكوناته
18.....	الفرع الأول: مفهوم الانفاق الصحي
19.....	الفرع الثاني: مكونات النفقات الصحية (شوال و عمادالدين، 2019-2020)
21.....	المبحث الثالث: الدراسات السابقة

21.....	المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية:
24.....	المطلب الثاني: الدراسات باللغة الأجنبية
30.....	المبحث الأول: تحليل نفقات العامة ومؤشرات القطاع الصحي في الجزائر
30.....	المطلب الأول: تطور الإنفاق الصحي للقطاع العام في الجزائر(2000-2021):.....
30.....	الفرع الأول: الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:
31.....	الفرع الثاني: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة العامة:.....
32	الفرع الثالث: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية:.....
33.....	المطلب الثاني: عرض بعض المؤشرات الصحية في الجزائر
39.....	المبحث الثاني: الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة
39.....	المطلب الأول: الطريقة المعتمدة في الدراسة
39.....	الفرع الأول: منهجية الدراسة
40.....	الفرع الثاني: مجتمع الدراسة والعينة.....
40.....	الفرع الثالث: متغيرات الدراسة.....
41.....	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
49.....	المطلب الثاني: اختبار العلاقة طويلة وقصيرة المدى والاختبارات البعدية
61.....	خاتمة:
64.....	المراجع.....
65.....	قائمة المصادر والمراجع

قائمة الاشكال

قائمة الأشكال

- الشكل 1: تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990 – 2019 5
- الشكل 2 : حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة 7
- الشكل 3 : حصة الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات الصحة 8
- الشكل 4 : تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2000-2021..... 30
- الشكل 5 : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة العامة خلال الفترة 2000-2021.. 31
- الشكل 6 : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية خلال فترة 2000-2021..... 32
- الشكل 7 : معدل وفيات خلال فترة 2000-2021 33
- الشكل 8 : متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال فترة 2000-2021 33
- الشكل 9 : التمثيل البياني لمتغيرات الدراسة 45
- الشكل 10 : نتائج اختبار فترات الإبطاء المثلى 48
- الشكل 11 : التوزيع الطبيعي للبواقي 55
- الشكل 12 : نتائج اختبار CUSUM 57
- الشكل 13 : نتائج اختبار CUSUM OF SQUARES 58

قائمة الجداول

قائمة الجداول:

- 34..... جدول 1 : تطور السلوك الطبي والشبه طبي في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018
- 35..... جدول 2 : تطور التغطية الصحية في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018
- 35..... جدول 3 : تطور عدد الأطباء حسب قطاع النشاط في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018
- 36..... جدول 4 : تطور المنشآت القاعدية الصحية في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018
- 37..... جدول 5 : تطور المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018
- 46..... جدول 6 : المؤشرات ومتغيرات الدراسة.....
- 47..... جدول 7 : نتائج اختبارات جذر الوحدة (الاستقرارية).....
- 49..... جدول 8 : نتائج اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود.....
- 50..... جدول 9 : معلمات نموذج ARDL في الاجل الطويل.....
- 51..... جدول 10 : معلمات النموذج ARDL في الاجل القصير.....
- 56..... جدول 11 : نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء.....
- 56..... جدول 13 : نتائج اختبار تجانس التباين.....

الملخص

الملخص باللغة العربية

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل العوامل المؤثرة على النفقات العامة للصحة في الجزائر، وذلك في ظل الزيادة المستمرة في هذه النفقات من سنة لأخرى. لتحقيق هذا الهدف، تم استخدام عدة مناهج بحثية تشمل البحث الوثائقي والتحليلي والتجريبي باستخدام نموذج ARDL

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين بعض متغيرات الدراسة والمتغير التابع في الأجل القصير، وذلك بوجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة في الفترة السابقة والإنفاق في الفترة الحالية، وعلاقة إيجابية بين التغير في الإنفاق الصحي العام للفرد في الفترة السابقة والتغير الحالي، كما أظهرت النتائج أن التغير خلال الفترة السابقة لمعدل المشاركة في القوى العاملة تربطه علاقة إيجابية مع النفقات العامة للصحة.

الكلمات المفتاحية: النفقات العامة للصحة، النمو الاقتصادي، الجزائر، ARDL

Abstract

This study aims to analyze the factors influencing public health expenditures in Algeria, given the continuous increase in these expenditures from year to year. To achieve this goal, several research methodologies were employed, including documentary, analytical, and experimental research using the ARDL model.

The study found a relationship between some of the study variables and the dependent variable in the short term. Specifically, there is a statistically significant negative relationship between per capita public health expenditure in the previous period and current expenditure, and a positive relationship between the change in per capita public health expenditure in the previous period and the current change. The results also showed that the change in the labor force participation rate in the previous period is positively related to public health expenditures.

Keywords: public health expenditures, economic growth, Algeria, ARDL.

مقدمة

توطئة:

تعتبر صحة الشعوب قضية جوهرية في سبيل دوام الدول و تطورها، حيث ما لم يتمتع الإنسان بالصحة الجيدة فلا يمكن الحديث عن عملية تنمية اقتصادية و لا اجتماعية، إذ يمثل الإنسان أساس هذه التنمية وجوهرها المحوري، لذا تعد الخدمات التي يقدمها النظام الصحي في كل بلد من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع الذي تتعهد جميع الحكومات شعوا بتوفيرها، وذلك إيمانا منها بان تحسين الخدمات الصحية ينعكس إيجابا على جميع شرائح المجتمع اقتصاديا و اجتماعيا، لذلك و في العديد من بلاد العالم نجد أن الحكومات خصوصا في العقدين الماضيين قامت بإدخال مجموعة من الإصلاحات كان الهدف منها تحسين المنظومة الصحية من أجل رعاية صحية تتماشى مع الأمراض المنتشرة الراهنة.

لكن التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفتها مختلف دول العالم أدت إلى زيادة في عدد السكان و تغيرات في نمط الاستهلاك، و ظهور أمراض جديدة مستعصية، الأمر الذي أدى إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية و بالتالي تطور و تنامي الإنفاق الصحي من أجل تغطية الطلب المتزايد على هذا الأخير، حيث كشف تقرير منظمة العالمية للصحة مؤخرا أن الإنفاق على الصحة مؤخرا يشهد نموا متسارعا مقارنة بباقي قطاعات الاقتصاد العالمي، إذ يمثل 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وهو ما يتضح بشكل خاص في الدول ذات الدخل المتوسط و المنخفض حيث يزداد الإنفاق على الصحة بمعدل 6% في المتوسط سنويا مقارنة ب 4% في البلدان ذات الدخل المرتفع، لذا أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى الاستخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر و تجاوز، و العمل أكثر من ذي قبل على إيجاد المواد المالية اللازمة و كذا الآليات التمويلية لتغطية هذا الإنفاق المتزايد على الصحة.

الجزائر بدورها شهدت نفقاتها الصحية تطورا و تناميا واسعا منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا، حيث أن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري طرحت مشكل نمو الحاجات الأفراد إلى الخدمات الصحية و الإنفاق عليها، فالزيادة الكبيرة في حجم النفقات الصحية على المستوى الناتج الداخلي الخام بلغت نسبة 9.12% في السنوات الأخيرة ، الأمر الذي جعل أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، و أصبح تمويل نفقات الصحة يشكل رهان حقيقي لصانعي السياسات الصحية هذا ما جعل الدولة الجزائرية تواجهها مشاكل في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع المتزايدة، على هذا الأساس فان النظام الصحي الجزائري يحتاج إلى آليات تمويلية تضمن تغطية نفقاته على المدى المتوسط و البعيد.

أولاً: إشكالية الدراسة: على ضوء ما سبق، ونظرا لنمو المتزايد لنفقات الصحة من سنة لأخرى أصبح الاهتمام بتوفير المصادر المالية لتغطية هذه النفقات من الأولويات صانعي السياسات الصحية في الجزائر، من هذا المنطلق

يمكن صياغة الإشكالية التالية: ما هي العوامل التي تؤثر في النفقات العامة للصحة في الجزائر خلال الفترة 2000-2021؟

من خلال الإشكالية يمكن طرح التساؤلات التالية :

- هل النمو الاقتصادي يؤثر في تطور النفقات العامة للصحة في الجزائر؟
- هل يوجد عوامل اقتصادية أخرى تؤثر في النفقات العامة للصحة في الجزائر؟

ثانيا: فرضية الدراسة:

- وجود علاقة طردية بين نفقات الصحة والنمو الاقتصادي.
- سوق العمل يؤثر في تطور النفقات العامة للصحة في الجزائر.

ثالثا: المنهجية المتبعة

لإجراء هذه الدراسة، استخدمنا عدة مناهج بحثية تناسب كل جانب من جوانب البحث:
 أ. المنهج الوصفي: تم استخدام هذا المنهج من أجل دراسة النفقات العامة للصحة وتحديد مكوناتها وخصائصها والقطاع التي تنتمي إليه في الجزائر، أي يصف الظاهرة من حيث كيفية تكوّنها وبنائها وعملها مثل مصادر التمويل، كما يعمل على وصف طبيعة العلاقات المكوّنة لها أو تلك التي تربطها بظواهر أخرى وهي المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية من خلال الدراسات السابقة

ب. المنهج التحليلي

في الفصل الثاني، قمنا بتحليل مختلف المؤشرات المتعلقة بالنفقات العامة للصحة والمؤشرات ذات العلاقة في الجزائر من خلال استخدام النسب المئوية لتتبع هذا التطور

ج. المنهج التجريبي

ج. 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 منحج الحدود لدراسة العلاقة طويلة الأجل بين النفقات العامة للصحة والمحددات المحتملة. سيتم أيضاً استخدام نموذج تصحيح الخطأ (Error Correction Model) لدراسة العلاقة قصيرة الأجل بين هذه المتغيرات.

رابعاً: أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

✓ معرفة محددات النفقات العامة للصحة في الجزائر وشكل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الجزائر؛

✓ معرفة الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الصحي بشكل كبير في سنوات الأخيرة في الجزائر؛

✓ دراسة تطور بعض المؤشرات الصحية؛

✓ قياس وتحليل العلاقات بين المتغيرات باستخدام نموذج ARDL؛

خامسا: أهمية البحث:

1. ملء الفجوة الحالية في الأدبيات العربية من خلال التوصل إلى إطار فكري حول محددات النفقات العامة للصحة في الجزائر

2. معرفة التطورات الأخيرة في قطاع الصحة في الجزائر

سادسا: 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)

سابعا: هيكل الدراسة

لإنجاز هذه الدراسة والإجابة على إشكالية البحث، تم تقسيم الموضوع إلى فصلين كما يلي:

الفصل الأول يتناول الإطار النظري والدراسات السابقة من خلال ثلاثة مباحث. في المبحث الأول، نستعرض المنظومة الصحية في الجزائر، حيث نناقش مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر. المبحث الثاني يركز على تحليل الإنفاق الصحي ومصادر تمويله في الجزائر، بينما المبحث الثالث يقدم نظرة على الدراسات السابقة باللغة العربية والأجنبية.

الفصل الثاني هو دراسة تحليلية وقياسية لمحددات النفقات العامة للصحة 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

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة

إن السياسة الاقتصادية هي سياسة عامة وشاملة للكثير من مكونات تمس الحياة الاقتصادية والاجتماعية ولعل معطيات التنمية الشاملة لا يمكن أن يكتب لها النجاح إلا بعد أن تلم بجميع نواحي الحياة الاجتماعية خاصة ونقصد بذلك السياسة الصحية لأي بلد كان فلا يمكن لذلك البلد أن يرتقي إلا بنهضة صحية، والأكد كذلك أن من أبرز الفروقات بين البلدان المتقدمة, والمتخلفة هو النهضة الصحية , والأكد كذلك أن هذه النهضة , وذلك الرقي في ميدان الصحة لا يمكن أن يتحقق إلا بسياسة صحية ناجحة ورشيده تجعل من الإنفاق الصحي عنوانا لها ثم تختار آليات التحكم في الإنفاق الرشيد والعقلاني.

وذلك ما سنتطرق إليه في هذا الفصل عبر ثلاث مباحث؛

المبحث الأول: المنظومة الصحية في الجزائر.

المبحث الثاني: مفاهيم حول النفقات العامة للصحة

المبحث الثالث: الدراسات السابقة.

المبحث الأول: المنظومة الصحية في الجزائر

إذا كان لا يوجد اختلاف حول مبدأ تحقيق تنمية صحية والرفع من مستوياتها كهدف نهائي لأي نظام صحي، فإن الاختلاف يكمن حول الأساليب المستعملة في تحقيقها وتقييمها، لذلك اختلفت الأنظمة الصحية التي تطورها وتبناها مختلف المجتمعات لتحقيق تنمية صحية مستدامة بها، والجزائر عمدت بعد الاستقلال مباشرة إلى السعي لتحقيق تنمية شاملة تمس مختلف قطاعات المجتمع، ومنها قطاع الصحة والقضاء على التخلف الصحي والتبعية الأجنبية، وعليه عرف النظام الصحي عدة تطورات وتغيرات تحت اسم إصلاحات، ويمكن أن نميز المراحل التالية:

المطلب الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر

الفرع الأول: المرحلة الأولى السياسة الصحية في الفترة من (1962 – 1973):

عندما حصلت الجزائر على استقلالها، كان عدد سكانها يبلغ 9 ملايين نسمة، ومن بينهم 85% يعيشون في المناطق الريفية. في عام 1962، كانت الوضعية الصحية تشمل معدلات عالية من الأمراض المعدية والمتعلقة بسوء التغذية، وكان متوسط العمر المتوقع عند الولادة يبلغ 49 عامًا في بداية الستينيات. كان معدل وفيات الأطفال يتجاوز 180 حالة وفاة لكل ألف مولود في عام 1962. في تلك الفترة، كان هناك فقط 500 طبيب لتلبية احتياجات الرعاية الصحية، مما دفع السلطات إلى الاعتماد على التعاون الدولي.

من الجدير بالذكر أنه في ذلك الوقت، كانت الممارسة الطبية الخاصة قائمة بالفعل، لكن الأطباء في هذا القطاع عادةً ما كانوا يعملون في المدن الكبرى بالشمال، وكذلك كانت الهياكل الصحية العامة والأطباء في القطاع العام موزعين بشكل غير متساوٍ على التراب الوطني. كان إعادة تشغيل النظام الصحي أمرًا صعبًا، نظرًا لوجود عدة أنظمة فرعية لم تكن تخضع لنفس السلطة الإدارية. على سبيل المثال، كانت المستوصفات تابعة للمحافظات، وكانت مراكز الصحة المدرسية تابعة لأكاديميات وزارة التربية، وكانت المستوصفات المضادة للسسل تنظم تحت إشراف المكتب العام للصحة الاجتماعية، وكانت جميعها تتصل بالمؤسسات الاستشفائية لتشكيل ما سيصبح فيما بعد "القطاعات الصحية".

للتغلب على عدم المساواة في توزيع الكوادر الطبية، وضمان توزيع فعال للموارد البشرية في الهياكل العامة، وتنظيم عمل الأطباء الخاصين، تم تطبيق نظام يتطلب العمل بدوام جزئي للأطباء في القطاع الخاص، بينما كان الأطباء الشبان ملزمين بالعمل بدوام كامل في الخدمة العامة (HABCHI, 2021).

الفرع الثاني: المرحلة الثانية من (1974 - 1995):

شهدت الوضعية الصحية تطوراً ملحوظاً. أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في معدلات الوفيات. كما أصبح من الممكن للمرضى الاستفادة من العلاج في الخارج، حيث استفاد حوالي 40000 مريض في عام 1983 من منحة علاجية في الخارج. تميزت هذه الفترة بإقرار مبدأ مجانية العلاج، حيث تم إنشاء قانون الطب المجاني كبادرة أولى لتعزيز القطاع الصحي وتوحيده ككل، ووضع برامج صحية ترتبط بشكل وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد. تم توجيه جميع الوسائل والإجراءات نحو حماية الصحة وتحسينها وتعميم العلاج المجاني، وتحولت جميع المراكز الطبية الاجتماعية التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلى وزارة الصحة، مما جعل النظام الصحي يشمل جميع الهياكل الصحية.

أكد الميثاق الوطني العام لعام 1976 حق المواطن في العلاج المجاني، حيث تم اعتبار الطب المجاني مكسباً ثورياً وقاعدة لنشاط الصحة العامة، وتعبيراً عملياً عن التضامن الوطني ووسيلة لتجسيد حقوق المواطن بشكل عام. خلال هذه الفترة، شهدت معظم المؤشرات الصحية تحسناً، حيث بدأت معظم الأمراض المعدية التي كانت تنتشر بين الأطفال في وسط البلاد تظهر انخفاضاً ملحوظاً. ارتفع متوسط العمر من 50 عاماً في عام 1962 إلى 60 عاماً في عام 1982. وعلى الرغم من هذه المؤشرات الإيجابية، زاد انتشار الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري والربو. كما أدى وجود مصادر الأوبئة إلى ظهور أمراض معدية مثل حمى التيفوئيد والتهاب الكبد الفيروسي والكوليرا.

في الثمانينات، حدث انعطاف هام في سياسات الرعاية الصحية، حيث حققت المؤسسة الصحية الجزائرية تقدماً في عدد الأطباء. فقد بلغ عدد الأطباء الجزائريين في عام 1982 حوالي 7350، مقابل 2401 طبيب أجنبي. كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين إلى 2171، وبلغ عدد الصيادلة 1093، بالإضافة إلى زيادة في عدد المنشآت الصحية. (دلال، 2012، صفحة 6)

الفرع الثالث: المرحلة الثالثة الفترة من (1996 إلى يومنا هذا) :

خلال التسعينيات، شهدت الجزائر تغيرات جذرية في قطاع الصحة نتيجة للأزمة المالية العالمية في عام 1986، والتي أدت إلى انخفاض كبير في إيرادات النفط وتدهور الوضع الاقتصادي. تأثر القطاع الصحي بشكل كبير بسبب الضائقة المالية، خاصة مع استمرار تطبيق سياسة الطب المجاني التي بدأت في عام 1974، مما زاد من التكاليف الصحية وأثر على سير العمل في المؤسسات الصحية.

تفاقم الوضع الأمني المتدهور في الجزائر خلال التسعينيات الأوضاع الصحية، حيث شهدت البنية التحتية للقطاع الصحي تحريباً وحرقاً، مما جعل بعض المرافق خارج الخدمة. هذا الوضع دفع السلطات إلى اتخاذ إصلاحات اقتصادية، بما في ذلك الانتقال إلى اقتصاد السوق والاعتماد على التسيير الليبرالي. (كرمين، سميرة، 2021)

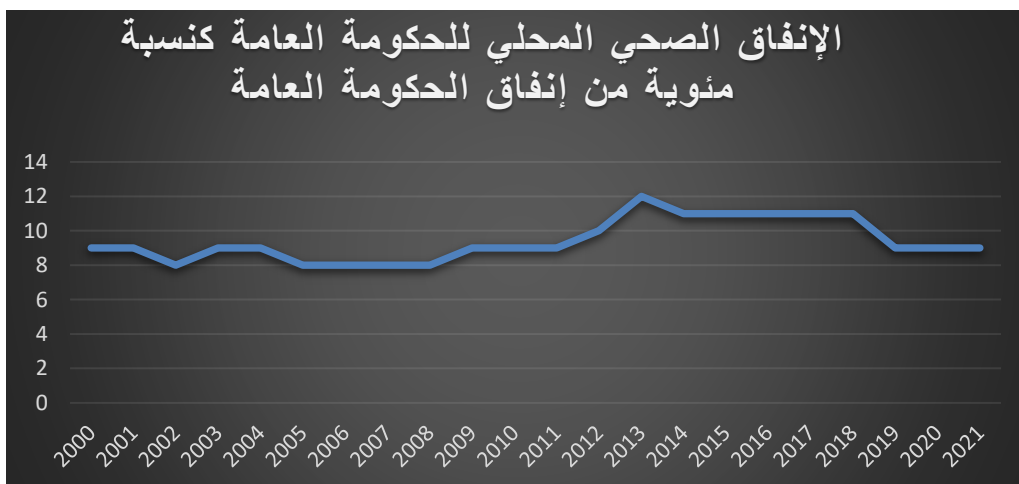
في الفترة من عام 2000 وحتى اليوم، شهدت الجزائر نمواً مستداماً في أسعار النفط، مما دفعها إلى تنفيذ العديد من الخطط التنموية، متزامنة مع أهداف الألفية للتنمية. شكل قطاع الصحة جزءاً كبيراً من هذه الجهود، حيث تم توسيع البنية التحتية وزيادة الكوادر الطبية. كما تم تنفيذ خطط صحية جديدة مثل خطة مكافحة السرطان وخطة لتقليل معدلات وفيات الأمهات، نظراً لارتفاع هذه الأرقام. وأخيراً، تم تطبيق خطة متعددة القطاعات لمكافحة عوامل خطر الأمراض غير المعدية. تحسنت الوضعية الصحية بشكل كبير اليوم، مع زيادة في متوسط العمر عند الولادة وانخفاض معدل الوفيات الرضع، على الرغم من زيادة في معدل النمو السكاني. ومع ذلك، تواجه الجزائر تحديات جديدة في مجال الصحة، وتسعى لتحقيق أهداف التنمية المستدامة لعام 2030. (HABCHI، 2021)

المطلب الثاني: عرض وتحليل الإنفاق الصحي ومصادر تمويله في الجزائر

الفرع الأول: نسبة الميزانية العمومية المخصصة للصحة في الجزائر:

تطورت الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة، وأيضاً النفقات الإجمالية الحكومية من خلال الفترة الممتدة 2000-2021 المبين في الشكل التالي:

الشكل 1: تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990 – 2019



المصدر: من إعداد الباحثان باعتماد على بيانات المنظمة العالمية للصحة

ارتبط هذا التوسع بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية الناتجة عن ارتفاع الإيرادات الحكومية التي تعتمد أساسا على الجباية البترولية، بحيث تبنت الجزائر في مرحلة 1990-1995 أسلوب التخطيط وإعادة الهيكلة كأداة لإعادة توجيه التنمية وتنظيمها، أما مرحلة 1995-1999 تعبر مرحلة الإصلاحات الاقتصادية. بلغت نسبة الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالإنفاق العام ما بين 0.46% و 6.04% خلال الفترة (1990-1999). إن ارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي هو أيضا انعكاس لأثار البرامج التنموية المطبقة ومن بينها برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) بحيث استفاد القطاع كغيره من القطاعات بحصة 14.7 مليار دج من الحصة الإجمالية المقدرة ب 90.3 مليار دج، كما تم تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع قدرت ب 545 مشروع موزعة على أربع سنوات وقدرت مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) بمبلغ قدرة 85 دج بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج. أما مخطط التنمية الخماسي (2010-2014) تم تخصيص لقطاع الصحة مبلغ قدره 619 مليار دج. (محمد، 2023)

من خلال الشكل المبين أعلاه يتضح أن الميزانية المخصصة لقطاع الصحة في الجزائر استمر في الارتفاع الى غاية 2013 اين بلغ اقصى قيمة، تم بدأ في التناقص. في السنة الموالية ل 2013، نلاحظ انخفاض طفيف في النفقات العامة للصحة نسبة للنفقات العامة الكلية وهذا راجع لتراجع أسعار البترول في السوق العالمية مما أدى الى الحكومة باتخاذ سياسة التقشف الذي مس عدة قطاعات منها قطاع الصحة. وهذا الانخفاض استمر الى غاية سنة 2021.

الفرع الثاني: مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر

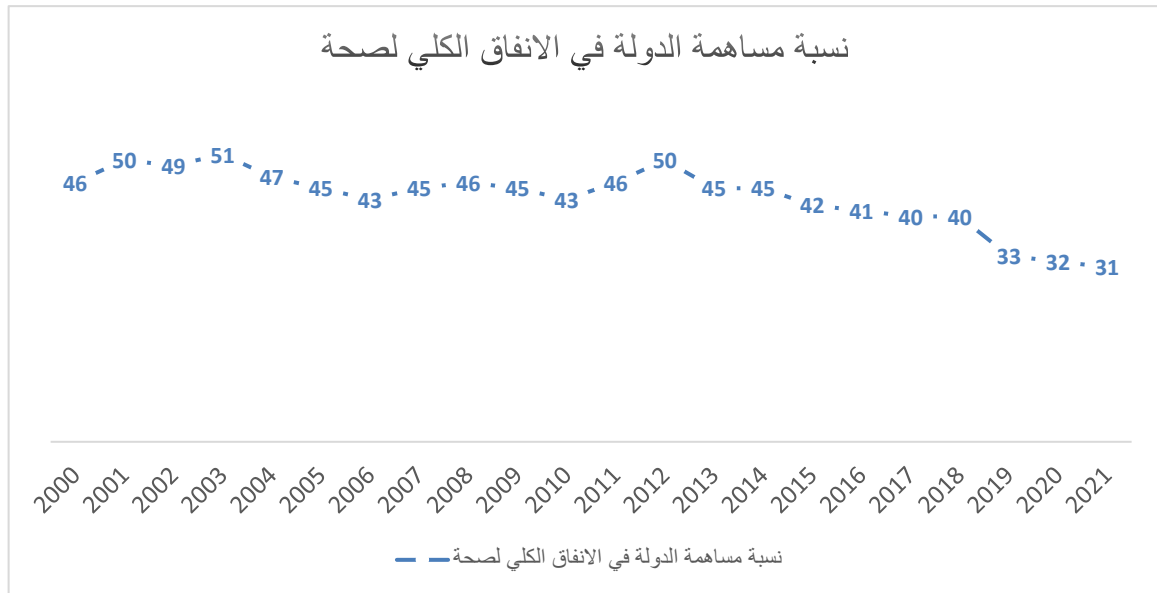
"إن نظام تمويل النفقات الصحية في الجزائر لا يزال يشكل عقبة أمام إصلاح والنهوض ذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الخدمات الصحية، ولو أنه خلال السنوات الأخيرة تم التحضير لمشروع نظام التعاقد كبديل لتمويل القطاع الصحي، إلا أن هذا البرنامج لم يرى النور بعد.

وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى أهم المصادر الأساسية لتمويل المنظومة الصحية، تتمثل هذه المصادر في ثلاث عناصر أساسية منها التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسرة، بحيث تختلف مساهمة كل قطاع حسب طبيعة وخصوصية كل قطاع.

حصة الدولة في تمويل نفقات الصحية

"لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية المتمثلة في الدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر نسبة الإنفاق ب 60% من مجموع النفقات الصحية ثم ارتفعت إلى 81% خلال سنة 2017، هذه الزيادة سببها أن الدولة قامت بإحداث للطب المجاني مع إلغاء نظام التسعيرة الجرافية أصبحت الدولة تساهم إلى جانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية، هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية" (محمد، 2023)، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز حجم العبء الذي تتحمله الدولة من أجل التكفل بالقطاع من خلال الشكل التالي:

الشكل 2 : حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة



المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى بيانات المنظمة العالمية للصحة

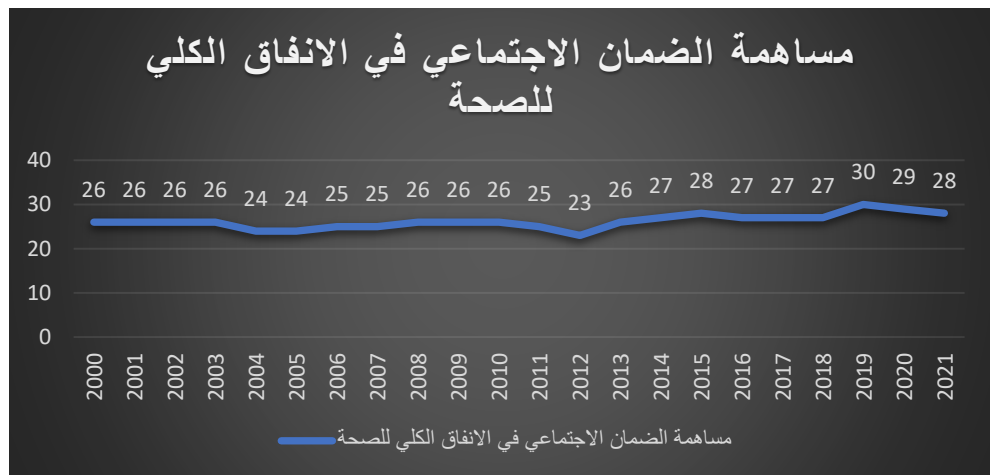
تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر قد عرفت تزايدا مستمرا خلال فترة الدراسة، ويمكن القول أن نسبة مساهمة الدولة خلال سنوات التسعينات كانت متواضعة و لكنها ضعيفة و غير كافية يرجع ذلك إلى شح موارد الدولة بسبب انخفاض أسعار البترول على المستوى العالمي، و يمكن تفسير الزيادة في نفقات الدولة بعد سنة 2000 أن الجزائر كانت تعيش وفرة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، و قد كانت أعلى نسبة تمويل سنة 2003 حيث بلغ تمويل الدولة 51%. كما نلاحظ ان التراجع في نسبة التمويل تراجعت الى غاية 2021 وهي تعتبر أدنى قيمة.

التمويل نفقات الصحة عن طريق الضمان الاجتماعي

يعتبر الضمان الاجتماعي المورد الثاني لتغطية النفقات الصحية في الجزائر، حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عبر التعويض الجزائي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين. خلال سنة 2017، غطى الضمان الاجتماعي 16% من إجمالي نفقات الصحة، بينما تمثل نفقات التأمين على الأمراض للأشخاص المؤمنين وذويهم (مثل العمال والأجراء والموظفين) حوالي 30% من النفقات الإجمالية للهيئات الصحية العمومية سنوياً. (محمد، 2023)

مما سبق يمكن توضيح نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي في عملية تمويل النفقة الصحية من خلال الشكل التالي:

الشكل 3 : حصة الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات الصحة



المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا لبيانات المنظمة العالمية للصحة

من خلال المنحنى يمكن ملاحظة التطور مساهمة الضمان الاجتماعي في الانفاق الكلية 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.

تمويل نفقات الصحة عن طريق الأسر:

بالنسبة للأسر الجزائرية، فقد تغيرت مساهمتها في تكاليف العلاج على مر السنين. في البداية، لم تكن الأسر تساهم في هذه التكاليف بفضل النظام الطبي المجاني الذي بدأ في عام 1974. ومع ذلك، بدأت حصتها في التزايد تدريجياً لتصل إلى 29.33% في عام 1999، بسبب انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية نتيجة للأزمة الاقتصادية في عام 1986 وتطبيق برامج التعديل الهيكلي. أدى ذلك إلى اعتماد المرضى بشكل أكبر على القطاع الخاص، حيث كانت التكاليف غالباً على عاتق المريض وكانت مرتفعة جداً (فرطافي، 2018). خلال (2000-2004) تراوحت نسبة مساهمة الأفراد بين 20% و 25%. تم بدأت ترتفع تدريجياً خلال (2005-2015) مع العلم ان هذه الفترة شهدت تذبذبات ولكن بمتوسط مساهمة حوالي 25% إلى 30%. لكن ابتداءاً من 2015 الى غاية عام 2022 بدأت النسبة في الارتفاع بشكل ملحوظ ومستمر، وصولاً إلى أكثر من 35% في 2022.¹

¹ بيانات المنظمة العالمية للصحة

المبحث الثاني: مفاهيم حول النفقات العامة للصحة

إن زيادة النفقات الصحية مقارنة بالنتائج القومي الخام أصبح محط انشغال واهتمام أغلبية الدول التي أدركت أهمية تبني الاقتصاد من أجل التحكم في التكاليف، إلا أن تطبيق المبادئ الاقتصادية ليس بالأمر السهل باعتبار أن الصحة لها خصائص تميزها عن غيرها من السلع، فهي حق مكفول لجميع بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، وتعاني الخدمات الصحية ندرة الموارد المخصصة لها بينها تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن.

المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة وتقسيمها

الفرع الأول: مفهوم النفقات العامة

مع تطور دور الدولة وتدخلها في الاقتصاد، تطور أيضاً مفهوم النفقات العامة. في النظام الاقتصادي الذي كان يتسم بدور الدولة المحدود والحارس، كان نطاق الإنفاق محدوداً ومرتبطاً بأنشطة الحكومة الأساسية مثل الأمن والدفاع والقضاء. لكن مع تزايد تدخل الدولة وتوسع نطاق وظائفها في الاقتصاد، زادت النفقات العامة بشكل ملحوظ. الدولة المتدخلة اقتصادياً تسعى إلى توفير الخدمات العامة ودعم القطاعات الاقتصادية المختلفة، مما يعني زيادة الإنفاق على التعليم والصحة والبنية التحتية والبرامج الاجتماعية.

1. المفهوم التقليدي للنفقات العامة:

آدم سميث هو أحد أهم الاقتصاديين الذين دعوا إلى عدم تدخل الدولة في الاقتصاد والاعتماد على آليات السوق. اعتبر أن الإنفاق العام ليس منتجاً للثروة ولا يسهم في النمو الاقتصادي، بل يحول الثروة من القطاع الخاص إلى العام دون فائدة حقيقية.

أضاف ريكاردو إلى أفكار آدم سميث، مظهرًا أن الإنفاق العام يساهم بالمقدار نفسه في الناتج المحلي الإجمالي، وأنه يجب أن تكون النفقات العامة في نطاق متساوٍ تقريباً للإيرادات العامة، واصفاً أنواع النفقات العامة المختلفة مثل نفقات الحرب والعدالة بأنها تساهم في تقليل الدخل القومي وتحسين توزيع الثروة. من ناحية أخرى، رأى جون ستيوارت ميل أن عدم جدوى تدخل الدولة في السوق يمكن تجاوزه من خلال إصدار القوانين والأنظمة التي تحمي حقوق الملكية وتنظم الإنتاج.

هذه النظرية تتضمن عدة مبادئ، منها:

- أقل النفقات العامة هي الأفضل"، مما يعني ضرورة تقليل النفقات العامة لتكون في حدود تلك التي يلزمها الدولة لأداء وظائفها التقليدية بشكل محدود.

- توازن الموازنة العامة سنويًا، حيث يجب ألا تتجاوز الإيرادات العامة أو تقل عن النفقات العامة المقدرة، حيث في الحالة الأولى يتم تبديد الموارد الاقتصادية وفي الحالة الثانية لا تستطيع الدولة تأدية وظائفها الأساسية مثل الدفاع والأمن والعدالة.

- أولوية التقدير في النفقات"، حيث ينفي الكلاسيكيين أن الإيرادات العامة لها تأثير إيجابي في الاقتصاد الوطني، معتبرًا أن دورها يقتصر على تغطية النفقات المحددة مسبقًا.

بشكل عام، يتضح من الفكر الكلاسيكي أنه لا يولي أهمية كبيرة للإنفاق العام، ويعتبر دوره سلبيًا، ولذلك يُطلق عليها مصطلح "النفقة الضارة". (محمد ب.، 2014-2015)

أ- المفهوم الحديث للنفقات العامة:

مع تبني الفكر الكينزي توسعت نشاطات الدولة الرأسمالية لتمارس مختلف أوجه النشاط الاقتصادي، متجاوزة بذلك نطاق الدولة الحارسة إلى نطاق الدولة المتدخلة. ظهرت المدرسة الحديثة في الاقتصاد، وقدمت النظرية العامة للعمالة والفائدة والنقود على يد الاقتصادي الشهير اللورد كينز عام 1936. وضع كينز مبادئ التدخل التعديلي للدولة للحد من البطالة وتحقيق التشغيل الكامل، حيث يمكن للدولة زيادة النفقات في الاستثمار وتقليص الضرائب من جهة أخرى لتنشيط الاقتصاد. خلال هذه الفترة تمت إعادة النظر في التوازن الموازني: لم يعد تحقيق التوازن المالي أو الحسابي هدفًا في حد ذاته، بل أصبح الهدف هو تحقيق التوازن الاقتصادي والاجتماعي، عن طريق زيادة أو خفض الطلب لتحقيق التشغيل الكامل والاستقرار الاقتصادي. (غنية، 2021-2022)

2. تعريف النفقة العامة: (شيماء، 2020-2019)

تعرف النفقة العامة بأنها: "مبلغ من المال يخرج من خزانة الدولة بواسطة إدارتها ومؤسساتها وهيئاتها ووزاراتها المختلفة لإشباع حاجات عامة".

أ- الشكل النقدي للنفقة العامة:

لكي تعتبر نفقة ما نفقة عامة، يجب أن تكون في شكل نقدي. بمعنى آخر، يجب أن تستخدم الدولة النقود للحصول على السلع أو الخدمات التي تحتاجها لتسيير مرافقها. تتجه الدولة إلى الصيغة النقدية في نفقاتها لعدة أسباب، منها:

- التحول من الاقتصاد العيني إلى الاقتصاد النقدي: من الطبيعي أن يتعامل الأفراد والدولة بالصيغة النقدية في المعاملات الاقتصادية.

- سهولة الرقابة: من الأسهل على الجهات الإدارية والبرلمانية ممارسة الرقابة على النفقات النقدية مقارنة بالنفقات العينية.

-تقليل المشاكل الإدارية : الإنفاق العيني يثير مشاكل مثل عدم الدقة في التقدير أو التحيز في منح مزايا معينة، مما يجعل الصيغة النقدية أكثر شفافية وعدالة.

ب- صدور النفقة العامة من الدولة أو إحدى هيئاتها:

يجب أن تصدر النفقة العامة عن جهة حكومية، سواء كانت سلطة مركزية، إقليمية، محلية، أو هيئة عامة. الجهات الخاصة التي تنفق لتحقيق منفعة عامة لا يمكن اعتبار نفقاتها نفقات عامة، لأنها تبقى ضمن إطار الإنفاق الخاص

ج. هدف النفقة العامة إشباع حاجة عامة:

يجب أن تهدف النفقات العامة إلى إشباع الحاجات العامة أو تحقيق المصلحة العامة. لا تعتبر نفقات عامة تلك التي تهدف إلى إشباع حاجات خاصة أو تحقيق منافع خاصة للأفراد. الهدف من ذلك هو تحقيق العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع في تحمل الأعباء العامة، مثل الضرائب، والاستفادة من النفقات العامة.

الفرع الثاني: تقسيمات النفقة العامة

تستوجب دراسة و تحليل الإنفاق العام بالنسبة للمفكرين الاقتصاديين و المهتمين ، و إدارته من جانب الدولة أو أجهزتها المختلفة تقسيم هذا الهيكل للتعرف على أوجهه المختلفة ، و قد تعددت هذه التقسيمات ، بتعدد معايير التقسيم التي تستند إليها ، و في هذا الإطار يمكن تحليل تقسيمات الإنفاق العام مع الإشارة على معيار التقسيم المستخدم (الحמיד، 2002، صفحة 57) كما تتمتع كل دولة بتقسيمها الخاص بما يناسب ظروفها الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية ، و هذا ما يعرف بالتقسيم الوضعي للنفقات (مسعود، 2005، صفحة 164)

أولاً: التقسيمات النظرية للنفقات العامة

إن تقسيم النفقات العامة يتنوع بحسب دوريتها، ونطاق سريانها، واستخدام القوة الشرائية أو نقلها. وفيما يلي تفصيل لهذه التقسيمات:

❖ تقسيم النفقات العامة حسب دوريتها:

- النفقات العادية (Ordinary Expenditures): النفقات التي تتصف بالدورية والتكرار السنوي في

موازنة الدولة، وإن اختلف مقدارها من سنة لأخرى.

أمثلة: رواتب الموظفين، نفقات اللوازم والمهمات لتشغيل الجهاز الحكومي، نفقات شراء الأجهزة والآلات، نفقات الصيانة والعدالة.

- النفقات غير العادية (Extraordinary Expenditures):

تعريف: النفقات التي لا تتصف بالدورية، ولا تتكرر سنوياً في الموازنة العامة، وتكون استثنائية أو طارئة. أمثلة: نفقات الحروب، إعانات المنكوبين في حوادث الزلازل والفيضانات، نفقات التعمير والنفقات الاقتصادية الكبرى.

❖ تقسيم النفقات العامة حسب نطاق سريانها:

أ. النفقات المركزية (Central Expenditures):

تعريف: النفقات الوطنية التي ترد في ميزانية الدولة وتقوم بها الحكومة المركزية لصالح مجتمع الدولة كله. أمثلة: نفقات الدفاع والأمن، البحوث، التمثيل الدبلوماسي.

ب. النفقات المحلية (Local Expenditures):

تعريف: النفقات الإقليمية التي تقوم بها الولايات أو مجالس الحكم المحلي وتوجه لصالح سكان إقليم أو منطقة معينة. أمثلة: نفقات إيصال الطاقة الكهربائية، خطوط الهاتف.

❖ تقسيم النفقات العامة حسب استخدام القوة الشرائية أو نقلها:

- النفقات الحقيقية (Real Expenditures): النفقات التي تعني استخدام الدولة لجزء من القوة الشرائية للحصول على السلع والخدمات المختلفة لإقامة المشاريع التي تشبع حاجات عامة. أمثلة: الرواتب والأجور المدفوعة لموظفي الدولة، المبالغ المدفوعة لشراء السلع والخدمات اللازمة للإدارة الحكومية والمشاريع الاستثمارية.

- النفقات التحويلية (Transfer Expenditures): النفقات التي تعني نقل القوة الشرائية من جزء من المجتمع إلى جزء آخر دون مقابل حقيقي. أمثلة: الإعانات الاجتماعية، المعاشات التقاعدية، الدعم المالي.

❖ التقسيم الوظيفي للنفقات العامة: هذا التقسيم يقدم نظرة شاملة عن مجال تدخل الدولة ويهدف إلى تسهيل دراسة حجم كل وظيفة ومدى اهتمام الدولة بها. فيما يلي أنواع النفقات الوظيفية:

- النفقات الإدارية (Administrative Expenditures): وتعرف بالنفقات المتعلقة بتسيير المرافق العامة واللازمة لقيام الدولة. أمثلة: مرتبات الموظفين، أجور العمال، معاشاتهم، نفقات الإدارة العامة، الدفاع، الأمن، العدالة، التمثيل الدبلوماسي.

- النفقات الاجتماعية (Social Expenditures): النفقات المتعلقة بالأغراض الاجتماعية للدولة، لتحقيق الأهداف الاجتماعية للأفراد. أمثلة: نفقات التعليم، الصحة، التأمينات الاجتماعية والثقافية.
- النفقات الاقتصادية (Economic Expenditures): تعرف النفقات المتعلقة بالأغراض الاقتصادية للدولة، لتحقيق أهداف اقتصادية معينة. أمثلة: الاستثمارات العامة في النقل، المواصلات، الري، الكهرباء.
- النفقات المالية (Financial Expenditures): تعرف بالنفقات المخصصة لأداء أقساط وفوائد الدين العام. (أسماء، 2022-2023)

ثانياً: تقسيم النفقات العامة أعباء (الدولة) في ظل النظام الميزانياتي الجديد: (جبال، 2023)

تجدر الإشارة بدءاً أنه تم في إطار الإصلاح الميزانياتي أي القانون العضوي 18-15 المؤرخ في 22 ذي الحجة عام 1439 الموافق لـ 2 سبتمبر 2018 المتعلق بقوانين المالية المعدل والمتمم، تغيير مصطلح النفقات العامة بمصطلح أعباء ميزانية الدولة. وإضافة لهذا التغيير الشكلي، أدخل هذا الإصلاح عديد المستجدات على الصعيد الموضوعي فيما يتعلق بالنفقات العمومية، وسوف نقتصر في دراستنا هاته على دراسة كل من التصنيفات الجديدة للنفقات العمومية، وكذا طريقة توزيعها.

نظراً لأن التقديم الميزانياتي السابق لم يكن يوفر الشفافية اللازمة، ولأن هناك اختلافاً في تقديم ميزانية التسيير عن ميزانية التجهيز مما يصعب مهمة الاطلاع على الميزانية، فإن النظام الميزانياتي الجديد، المقرر بموجب القانون العضوي 18-15 المتعلق بقوانين المالية المعدل والمتمم، يقترح تصنيفاً جديداً للنفقات العمومية يتماشى مع تسيير ميزانية البرامج. وفي إطار هذا النظام الميزانياتي الجديد، تم استحداث تصنيفات جديدة للنفقات العمومية وهي كالتالي:

- التصنيف حسب النشاط
- التصنيف حسب الطبيعة الاقتصادية
- التصنيف حسب الوظائف الكبرى للدولة
- التصنيف حسب الهيئات الإدارية المكلفة بإعداد الميزانية وتنفيذها

وقد نصت المادة 28 من القانون العضوي 18-15 على هذه التصنيفات، وتم تفصيلها في المرسوم التنفيذي رقم 20-354 المؤرخ في 14 ربيع الثاني عام 1442 الموافق 30 نوفمبر 2020، الذي حدد العناصر المكونة لتصنيفات أعباء ميزانية الدولة.

1- تصنيف أعباء الميزانية على أساس النشاط

يهدف هذا التصنيف إلى تقسيم النفقات بناءً على أهداف وغايات محددة، بحيث تُعرض في شكل برامج رئيسية تتفرع إلى برامج فرعية وأنشطة فرعية. وهذا التصنيف يعكس المقاربة الجديدة للقانون العضوي 18-15 المتعلق بقوانين المالية المعدل والمتمم، والذي يسعى لنقل الميزانية العامة في الجزائر من نظام ميزانية البنود إلى ميزانية البرامج والأهداف. وفقاً للمادة 04 من المرسوم التنفيذي 20-354، يحدد التصنيف حسب النشاط وجهة أعباء ميزانية الدولة ومستوى تنفيذها. ويهدف هذا التصنيف إلى تجسيد ميزانية البرامج والأهداف من خلال تحديد أهداف وغايات للمسيرين الإداريين ينبغي تحقيقها. كما نصت المادة 05 من نفس المرسوم، فإن التصنيف حسب النشاط لأعباء ميزانية الدولة ينقسم إلى خمسة مستويات وهي:

- محفظة البرامج
- البرنامج
- البرنامج الفرعي
- النشاط
- لنشاط الفرعي

2- تصنيف أعباء الميزانية حسب الطبيعة الاقتصادية

هيكل تصنيف النفقات العمومية في إطار النظام الجديد المؤطر للميزانية العامة للدولة، والذي تم تحديده بموجب المرسوم التنفيذي 20-354. وفقاً للمادة 07 من المرسوم، يتم تصنيف النفقات وفقاً لطبيعتها الاقتصادية، بغض النظر عن وجهتها الإدارية. تتضمن هذه النفقات:

- نفقات المستخدمين: تشمل الرواتب والأجور والمزايا الأخرى المتعلقة بالموظفين.
- نفقات تسيير المصالح: تشمل تكاليف التشغيل والصيانة والخدمات العامة.
- نفقات الاستثمار: تشمل تكاليف المشاريع الاستثمارية والبنية التحتية.
- نفقات التحويل: تتضمن الإعانات والدعم المالي المقدم لمختلف المستفيدين مثل الأشخاص والمؤسسات والجمعيات.
- أعباء الدين العمومي: تشمل فوائد وأقساط الديون الحكومية.
- نفقات العمليات المالية: تشمل مختلف العمليات المالية التي تقوم بها الدولة.
- نفقات غير متوقعة: تشمل النفقات الطارئة وغير المتوقعة التي قد تواجهها الدولة.

يلاحظ من هذا التصنيف أن النظام الجديد قد ألغى التقسيم الثنائي السابق للنفقات (نفقات التسيير و نفقات

التجهيز)، واعتمد بدلاً من ذلك ميزانية موحدة تجمع بين نوعي النفقات مع إضافة نفقات التحويل. هذا الإصلاح جاء نتيجة النقد الموجه للنظام القديم، حيث أن وجود ميزانيتين منفصلتين للتسيير والتجهيز كان يعقد من عملية البرمجة المشتركة للنفقات ويعيق تخصيص الفعال للموارد، بالإضافة إلى تعقيد إجراءات تنفيذ الميزانية وبطئها الشديد

3- تصنيف أعباء الميزانية حسب الوظائف الكبرى للدولة

تحدد مستويات التصنيف حسب الوظائف الكبرى للدولة لأعباء ميزانية الدولة كما يأتي:

- ✓ القطاع.
- ✓ الوظيفة الأساسية.
- ✓ الوظيفة الثانوية.

ويتشكل التصنيف حسب الوظائف الكبرى للدولة عن طريق تعيين القطاعات التي تتكفل بإنجاز الأهداف حسب الوظائف، وتمثل القطاعات الرئيسية فيما يلي:

- ✓ المصالح العامة للغدارات العمومية.
- ✓ الدفاع.
- ✓ النظام والأمن العمومي.
- ✓ الشؤون الاقتصادية.
- ✓ حماية البيئة.
- ✓ السكن والتجهيز الجماعي.
- ✓ الصحة.
- ✓ العبادة.
- ✓ التعليم.
- ✓ الحماية الاجتماعية.

4- تصنيف الأعباء العمومية حسب الهيئات الإدارية

يسمح التصنيف حسب الهيئات الإدارية لأعباء ميزانية الدولة بتوزيع الاعتمادات المالية حسب الوزارات و/ أو المؤسسات العمومية و/ أو حسب مركز مسؤولية التسيير الميزانياتي التي تتلقى الاعتمادات وفقاً للهيكل التنظيمي و/ أو التنظيم المحلي للهيئة الإدارية المعنية.

وينظم التصنيف حسب الهيئات الإدارية لأعباء ميزانية الدولة وفق المستوى تبعا للهيكل التنظيمي والنشاط في مستويات كما يلي:

- ✓ المستوى الأول: يحدد نوع الهيئة.
- ✓ المستوى الثاني: لكل نوع هيئة إدارية، صنف الوحدة الإدارية التي تتلقى الاعتمادات.
- ✓ المستوى الثالث: المصلحة أو المستفيد أو المتلقي للاعتمادات.
- ✓ المستوى الرابع: الموقع أو الأثر الجغرافي للنفقة. (جويلي, 2023)

المطلب الثاني: الانفاق الصحي ومكوناته

الفرع الأول: مفهوم الانفاق الصحي

1- تعريف النفقة الصحية

- النفقة الصحية هي عبارة عن إجمالي 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
- النفقة الصحية هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية (نفقة صحية عامة) من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو إنتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض، ويشكل الانفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد (باركة و خلاصي، 2017)
- أما الإنفاق العمومي للصحة فهو يضم الإنفاق الجاري و الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية و المحلية)، و القروض و المنح الخارجية (بما في ذلك بالإضافة إلى التبرعات التي يتم تقديمها من طرف الوكلاء الدولية و المنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الاجتماعية و الصحية أو الإجبارية، ويقيس إجمالي الإنفاق على الصحة الاستخدام النهائي لمكونات الرعاية الصحية من السلع و الخدمات بالإضافة إلى تكوين رأس المال الإجمالي في الصناعات التي تقدم الرعاية الصحية (المؤسسات حيث الرعاية الصحية هي النشاط السائد) (محمد م.، 2023)

2- أنواع النفقات الصحية:

- من المعروف محاسبيا أنه هناك أنواع من النفقات « نفقات مباشرة وغير مباشرة، ثابتة وغير ثابتة وكذا النفقات الكلية، وفيما يخص النفقات الصحية فهي بدورها تنقسم إلى: (باركة و خلاصي، 2017)
- النفقات المباشرة وغير مباشرة: المباشرة هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للمواد والعمال» وبالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشآت الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى. أما النفقات الغير المباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه» وهي النفقات التي يشار إليها على أنها مصاريف غير مباشرة أو مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالإيجار والكهرباء والهاتف... الخ»

أما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم آخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية

- **النفقات الثابتة والغير الثابتة:** تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقاً مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير كتكاليف المباني التكاليف الرأسمالية للألات والمعدات، وتشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين. أما النفقات الغير ثابتة (المتغيرة) فهي التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط والقطن الطبي والمطهرات الطبية والخيوط الطبية...»
- أيضاً مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة
- **النفقات الكلية:** وهي مجموع النفقات المباشرة والغير المباشرة.

الفرع الثاني: مكونات النفقات الصحية (شوال و عماد الدين، 2019-2020)

تتكون النفقات الصحية من كل التكاليف المتعلقة بالخدمات الصحية، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات:

1- النفقات الطبية الاستشفائية

تشمل هذه النفقات جميع التكاليف المتعلقة بالتنويم في المؤسسات الصحية (مثل المستشفيات الجامعية والمؤسسات الصحية المتخصصة). وتشمل هذه التكاليف "أيام الاستشفاء" وتتألف من تكاليف استخدام الموارد المادية، أجهزة الأشعة، وأجهزة التحليل. بالإضافة إلى ذلك، تغطي المستلزمات الطبية، الأدوية، والمعدات الجراحية، وكذلك تكاليف الموارد الطبية البشرية، بما في ذلك أجور الأطباء، أطباء الأسنان، الصيادلة، الممرضين، عمال الإدارة الصحية، والقطاع الصحي ككل.

يتم تغطية هذه النفقات بشكل كبير من قبل الدولة، هيئات الضمان الاجتماعي، ومن طرف الأسر بشكل مباشر إلى حد كبير.

2- النفقات الطبية غير الاستشفائية

تشمل هذه النفقات تكاليف العلاج الخارجي أو ما يسمى بزيارات العيادة العادية إلى عيادات الطب العام أو الخاص أو طب الأسنان في القطاع العمومي (المستوصفات) أو القطاع الخاص (العيادات المتخصصة). ويتم إما حسب العمل "à l'acte" أو حسب الرؤوس. "Capitation"

يتم تغطية هذه النفقات من طرف الدولة عن طريق الاقتطاع الضريبي أو الضمان الاجتماعي عن طريق الاشتراك أو عن طريق الدفع المباشر من طرف الأسر.

3- النفقات الصيدلانية وشبه صيدلانية

تشمل كل ما يتعلق بتكاليف المنتجات 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 والنظافة المرخصة والتي تقدم من طرف المؤسسات السالفة الذكر. يتم تغطية هذه النفقات من طرف هيئات الضمان الاجتماعي بشكل كبير ومن طرف الدولة بشكل أقل.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع محددات النفقات العامة بصفة عامة وكذا محددات النفقات العامة للصحة بصفة خاصة؛ ومن بين هذه الدراسات نعرض ما يلي:

المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية:

1- دراسة سعدي حمزة سنة (2015) تحت عنوان: محددات الإنفاق الحكومي في الجزائر خلال فترة 1980-2013:

هدفت هذه الدراسة قياس محددات الإنفاق الحكومي في الجزائر، خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 2013 بواسطة مجموعة من المتغيرات الاقتصادية لقياس مدى تأثيرها على الإنفاق الحكومي باستخدام أساليب القياس الاقتصادي.

وتم التوصل من خلال الدراسة التحليلية أن السياسة المالية (الإنفاقية) قد انتقلت من سياسة التعديل الهيكلي إلى سياسة الإنفاق التوسعية، وارتبطت بارتفاع وانخفاض أسعار النفط، حيث أن النفقات زادت بزيادة أسعار النفط وانخفضت بانخفاضه.

ومن خلال الدراسة القياسية فقد تبين انه توجد سببية في اتجاه واحد من مخزون رأس المال نحو الإنفاق الحكومي، وأن مخزون رأس المال يؤثر إيجاباً على الإنفاق الحكومي حيث إذا زاد مخزون رأس المال بوحدة واحدة فإن الإنفاق يزيد بـ 1.10 وحدة. (حمزة، 2015)

2- دراسة د. بومعروف إلياس و د. صاوي مراد سنة (2017) تحت عنوان: اتجاهات ومحددات الانفاق

الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA):

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي في دول المنطقة ومدى اختلاف نمو النفقات الصحية باختلاف مستويات الناتج المحلي الإجمالي؛ وكذا مقارنة مستويات الإنفاق الصحي الكلي والفردي بين دول المنطقة وبين منطقة (MENA) ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

تفرض الدراسة أن اتجاهات الإنفاق الصحي في دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي في تزايد مطرد، إلا أن مستويات الإنفاق الصحي المحققة من قبل دول المنطقة لا زالت بعيدة مقارنة بتلك المحققة من قبل الدول والاقتصاديات المتقدمة.

استخدمت الدراسة أسلوب تحليل (Panel) لـ 18 دولة من المنطقة على مدى 20 من سنة 1995 حتى سنة 2014.

وقد أظهرت النتائج أن معدل نمو النفقات الصحية (340%) خلال فترة (1995-2014) قد فاق معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (125%) خلال نفس الفترة.

كما توصلت الدراسة إلى أن كل من الدخل، الإنفاق العمومي، فئة الشيخوخة، تحسن الصرف الصحي هي العوامل المتحكممة في نمو النفقات الصحية لدول المنطقة خلال الفترة (1995-2014). وبالتالي وجب عدم ربط نمو النفقات الصحية بالدخل ولكن بالحالة الصحية والوبائية لسكان المنطقة، كما أن تحميل الأفراد مسؤولية الإنفاق الصحي سيسهم حتما في خفض مستوى الإنفاق الصحي لدول منطقة (MENA). (بومعراف و .، 2017)

3- دراسة مختار حميدة و مصطفى جاب الله سنة (2017) محددات الانفاق الصحي في الجزائر -

دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود:

هدفت هذه الدراسة إلى تحميل السياسة العامة الصحية في الجزائر ومكانة الإنفاق الصحي ضمن الإنفاق العام، مع الاستعانة بمقاربة تاريخية منذ الاستقلال، وقد ركزت عمى بعض المعالم التي ميزت السياسة الإنفاقية في مجال الصحة خلال فترة البحث مع الإسهاب في أبرز المصادر التي تغذي الإنفاق الصحي في الجزائر، واستعمال الدراسة القياسية، من أجل اختبار مدى وجود الارتباط بين الإنفاق الصحي ومصادره.

وقد أظهرت النتائج أن الجزائر تعتبر من ضمن البلدان التي تركز في سياستها المالية على الإنفاق العام في صورته، من خلال انتشار المجانية في الكثير من تلك الخدمات كما وأن قطاع العائلات مصدر مهم في الآونة الأخيرة، ويمكنه أن يؤثر عمى الإنفاق الصحي، هذا إلى جانب صناديق الضمان الاجتماعي التي تراجع دورها بسبب العجز الذي تعاني منه.

أخيرا توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات من أهمها: تشجيع المنتج الوطني المحلي، وترقيته لأن ذلك يعتبر القرار الأمثل لترشيد الإنفاق الصحي وتقليص فاتورة الدواء، تحسين الخدمات الصحية دون الحاجة إلى زيادة تكاليفها يضمن أمثلية في الإنفاق الصحي. (حميدة و .، 2017)

4- دراسة عبد الحق بن تفات ومحمد ساحل وأسماء سلامي سنة (2020) تحت عنوان: محددات

الإنفاق العام في الجزائر للفترة (2000 – 2017) باستخدام نموذج ARDL :

تبحث هذه الدراسة في محددات الإنفاق العام في الجزائر على المديين القصير والطويل، باستخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL للفترة من عام 2000 إلى عام 2017، وتهدف إلى تحليل تطور الإنفاق العام في الجزائر وتحديد العوامل المؤثرة في الإنفاق العام في الجزائر من خلال بناء نموذج قياسي، كما وتقديم اقتراحات وتوصيات تساعد واضعي السياسات على تالفي أوجه القصور في السياسة الإنفاقية المطبقة في الجزائر.

تشير النتائج إلى أن المتغيرات المستقلة الممثلة في الناتج المحلي الإجمالي ومعدل التضخم، علاوة على متغيرة الجباية البترولية هي أهم المتغيرات المسؤولة عن تحركات الإنفاق العام في الاقتصاد الجزائري، في حين لم تتمتع بقية المتغيرات المتمثلة في معدل البطالة والكثافة السكانية والاستثمار الأجنبي المباشر على المعنوية الإحصائية، ما يعني عدم وجود تأثير لها على مستويات الإنفاق العام في الجزائر.

أخيرا توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات من أهمها: تنوع مصادر الإيرادات العامة في البلاد من خلال الإصلاحات الضريبية للحد من تأثير تقلبات مواصلة أسعار النفط على السياسة الإنفاقية بشكل خاص والاقتصاد الوطني بشكل عام؛ وكذا توجيه المزيد من الإنفاق العام نحو القطاعات التي يمكن أن تعزز الطلب الكلي والاستثمار والنمو الاقتصادي لخلق المزيد من فرص العمل والحد من البطالة. (الحق، محمد، و .، 2020)

5- دراسة سعيد والعتيبي سنة (2020) تحت عنوان: محددات الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي

في المملكة العربية السعودية:

هدفت الدراسة إلى التعرف على محددات الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية خلال الفترة: (1985م-2015م) باستخدام تقنيات التكامل المشترك، ونموذج تصحيح الخطأ. تفترض الدراسة أن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يتحدد بمجموعة من العوامل منها: متوسط دخل الفرد، وعدد السكان، وعدد الأطباء، وعدد السكان بالحضر، ومؤشر سعر المستهلك.

تشير النتائج إلى أن عدد الأطباء ا على الإنفاق وعدد السكان من أكثر العوامل تأثير الحكومي على القطاع الصحي في المملكة؛ فزيادة عدد الأطباء ب 1% من المتوقع أن تؤدي إلى زيادة في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ب 2.7%.

أخيراً توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات من أهمها: زيادة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي لمقابلة الزيادة في السكان بزيادة عدد المستشفيات العامة والمتخصصة وتشجيع البحوث العلمية في الحقل الطبي. (سعيد و العتيبي، 2020)

المطلب الثاني: الدراسات باللغة الأجنبية

1- دراسة **Abbas, Faisal; Hiemenz, Ulrich (2011)** تحت عنوان:

Determinants of Household Healthcare Expenditure in an African Country

تهدف هذه الدراسة المحددات الاقتصادية الكلية لإنفاق الرعاية الصحية في باكستان في الفترة من 1972 إلى 2006 باستخدام متغيرات اقتصادية وديموغرافية واجتماعية وسياسية. يستخدم التحليل منهجيات التكامل المشترك وتصحيح الخطأ، مما يكشف أن جميع المتغيرات مستقرة عند الفروق الأولى ويؤكد وجود علاقة طويلة الأمد بين نفقات الرعاية الصحية العامة وهذه المتغيرات. تم تقدير مرونة الدخل لنفقات الرعاية الصحية العامة بـ 0.23، مما يشير إلى أن الرعاية الصحية تعتبر ضرورة في باكستان. يؤثر التحضر والبطالة سلباً على نفقات الرعاية الصحية، بقيم مرونة تبلغ -1.29 و -0.32 على التوالي، مما يشير إلى تكاليف أعلى لتوفير الرعاية الصحية لسكان المناطق الريفية. (Abbas و Hiemenz، 2011)

2- دراسة **Giang Phi (2017)** تحت عنوان:

Determinants of Health Expenditures in OECD Countries

تُحقق هذه الدراسة في محددات نفقات الرعاية الصحية لعينة من خمس وثلاثين دولة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) من عام 2000 إلى عام 2013 لفهم تأثير العوامل المختلفة على نمو الإنفاق على الرعاية الصحية. بالإضافة إلى الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، تأخذ الدراسة في الاعتبار العديد من القوى الدافعة المختلفة مثل العوامل الديموغرافية، والتقدم الطبي، وخصائص نظام الصحة، والتمويل العام، وغيرها من المحددات غير الطبية للإنفاق الصحي مثل استهلاك الكحول والتبغ. تم استخدام نماذج بيانات panel ذات التأثيرات الثابتة والعشوائية لفحص العوامل التي تؤثر على نفقات الرعاية الصحية وتمت مقارنة نتائجها.

تشير النتائج التجريبية المقدمة في هذه الورقة إلى أن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يلعب دوراً رئيسياً في تفسير تكلفة الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) وأن تقدير معامل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي أقل من واحد. يدعم هذا التوقع البديهي بأن مرونة الدخل أقل من الوحدة، مما يشير إلى أن الرعاية الصحية تُعتبر ضرورة أكثر من كونها رفاهية. وبالتالي، فإن نفقات الرعاية الصحية ليست حساسة بشكل كبير للدخل وتدعم الدراسات الحالية التي تشير إلى أن نفقات الرعاية الصحية لا تستجيب بشكل كبير للتغيرات في دخل الفرد أو الأسرة. (PHI, 2017)

3- دراسة Alihussein Samadi, Enayatollah Homaie Rad (2013)

Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في محددات نفقات الصحة في دول منظمة التعاون الاقتصادي (ECO) باستخدام نموذج Panel. للتحليل طويل الأمد، تم استخدام اختبار لباران. وتقدير النموذج باستخدام طريقة التقدير المستمر المعدلة بالكامل (CUP-FM) للتحليل قصير الأمد أيضاً، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة طويلة الأمد بين نفقات الصحة لكل فرد ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ونسبة السكان دون 15 سنة وفوق 65 سنة، وعدد الأطباء، والتحضر. بالإضافة إلى ذلك، كانت جميع المتغيرات لها علاقات قصيرة الأمد مع نفقات الصحة، باستثناء نسبة السكان فوق 65 سنة. الاستنتاج: كان معامل الناتج المحلي الإجمالي أقل من 1 في النموذج. لذلك، تعتبر الصحة سلعة ضرورية في دول منظمة التعاون الاقتصادي ويجب على الحكومات أن تولي اهتماماً كافياً للتوزيع العادل للخدمات الصحية في جميع مناطق البلاد. (Alihussein & Enayatollah, 2013)

4- دراسة Arib Fatima, et Al (2022) تحت عنوان

Impacts de la croissance économique et des émissions de CO2 sur les dépenses de santé au Maroc

تهدف هذه الورقة البحثية إلى دراسة تأثير النمو الاقتصادي وانبعاثات ثاني أكسيد الكربون على نفقات الصحة في وجود التكوين الإجمالي لرأس المال الثابت والتجارة لكل فرد في المغرب باستخدام نموذج ديناميكي لبيانات PANEL مقدر باستخدام طريقة ARDL للفترة من 1990 إلى 2020. تظهر نتائج الدراسة وجود علاقة طويلة الأمد وكذلك قصيرة الأمد بين نفقات الصحة وانبعاثات ثاني أكسيد الكربون والنمو الاقتصادي في المغرب. تشير الأدلة التجريبية إلى تأثير إيجابي كبير لانبعاثات ثاني أكسيد الكربون

والنمو الاقتصادي على نفقات الصحة في المغرب خلال الفترة المدروسة. كما كشفت النتائج أن انبعاثات ثاني أكسيد الكربون والنمو الاقتصادي لهما تأثير إيجابي كبير على نفقات الصحة على المدى الطويل؛ ومع ذلك، لم يكن هناك تأثير كبير على المدى القصير. كما تبين أن التكوين الإجمالي لرأس المال الثابت والتجارة لكل فرد ليس لهما تأثير كبير على نفقات الصحة على المدى القصير. (Arib, Tarbalouti, Houria, & Moussane, 2022)

5- دراسة Nesrin Akca, Seda Sonmez, Ali Yilmaz (2017) تحت عنوان

Determinants of health expenditure in OECD countries: A decision tree model

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد المتغيرات الرئيسية في تقدير الإنفاق الصحي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) باستخدام طريقة شجرة القرار وتصنيف الدول الأعضاء حسب الإنفاق الصحي. شمل مجتمع الدراسة بيانات عام 2014 لعدد 35 دولة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. في الدراسة، كان الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي هو المتغير التابع، بينما شملت المتغيرات المستقلة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، نسبة إجمالي السكان المغطاة بالتأمين العام والخاص، الإنفاق الصحي للاسر كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي، نسبة الإعاقة العمرية، متوسط العمر المتوقع عند الولادة، عدد المستشفيات لكل مليون نسمة، عدد الأطباء لكل 1000 نسمة/عدد السكان، مبيعات الأدوية والحالة الصحية المدركة. تم بناء نموذج شجرة القرار باستخدام خوارزمية CART باستخدام حزمة برمجيات التنقيب عن البيانات Orange.

كشفت نتائج الدراسة أن أهم عامل في تقدير نسبة الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للإنفاق الصحي هو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. يجب إجراء دراسات مستقبلية تتضمن متغيرات مختلفة في النموذج. (Nesrin, Seda, & Yilmaz, 2017)

خلاصة الفصل:

في الأخير يمكن القول أن واقع الصحة العمومية للجزائريين اليوم رغم التطور الذي شهدته في السنوات الأخيرة ومحاولات الرفع من مستوياتها، وترقيتها، إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول، نظرا لعدة عوامل أثرت سلبا على تطورها، لعل أبرزها ضعف التنسيق بين مختلف قطاعات المجتمع من أجل المحافظة على الصحة العمومية ففضية حماية الصحة وتحسينها ليست معنية به قطاع الصحة فقط كما أشرنا، إضافة إلى ذلك فإن النظام الصحي الوطني رغم ما عرفه من إصلاحات إلا أنه لا يزال يسجل عدم قدرته على الاستجابة بالحجم الكافي والنوعي للمتطلبات الصحية المتنامية للسكان، وهو ما يعكس ضعف فعاليته، فتحقيق تنمية صحية يتطلب مشاركة جميع الأطراف ذات العلاقة في عملية التخطيط للتنمية المجتمعية، مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار التحديات الجديدة المتعلقة بتغيير الخريطة الصحية و تغيير الهرم السكاني.

كما عرف الوضع الصحي في الجزائر تحسنا خلال الفترة الأخيرة، و يظهر ذلك من خلال تحسن المؤشرات الصحية الكمية الناجمة عن الجهود التي بذلتها الدولة لكن مازال القطاع الصحي يعاني من معوقات مقارنة ببلدان أخرى متوسطة الدخل خاصة الأمراض المزمنة و الخطيرة التي تكلف المجتمع أموالا طائلة، و الخلل الجهوي في توزيع المنشآت الإستشفائية و الذي يتسبب في صعوبة الحصول على الخدمات الصحية إضافة إلى سوء تقديم هذه الخدمات، كل هذه المعوقات سببها كان سوء التنظيم وضعف الأموال المخصصة للصحة وسوء استعمال الموارد المالية والمادية ، ومن خلال تطرقنا للإنفاق على الصحة فإن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة لهذا القطاع ، و ما يؤكد ذلك هو حجم الإعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي و التي هي في تزايد.

الفصل الثاني: دراسة

تحليلية لمحددات

النفقات العامة للصحة

في الجزائر

تمهيد الفصل الثاني:

سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى إبراز وتحليل الدور الذي تلعبه النفقات العامة كأداة من أدوات السياسة المالية في تحقيق جملة من الأهداف التي تسعى الدولة لتحقيقها؛ والجزائر كأى دولة تحاول الوصول الى أعلى معدلات نمو اقتصادي عن طريق اجراءات وسياسات توجه بها نفقاتها نحو ما يتطلبه الوضع السائد، والعمل على دعم كل ما يحقق ذلك كالإنفاق على التعليم والصحة، والإنفاق على عمليات البحث والتطوير، بالإضافة الى الإنفاق العسكري الذي يعتبر من أهم القطاعات التي تضمن الاستقرار والأمان.

المبحث الأول: تحليل نفقات العامة ومؤشرات القطاع الصحي في الجزائر

سنتطرق لمعرفة مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر، من خلال تحليل بيانات ومعطيات الديوان الوطني لإحصائيات الخاص بمجال الصحة، الذي عرف تغيرات من حيث عدد الهياكل والمنشآت والموارد البشرية الصحية

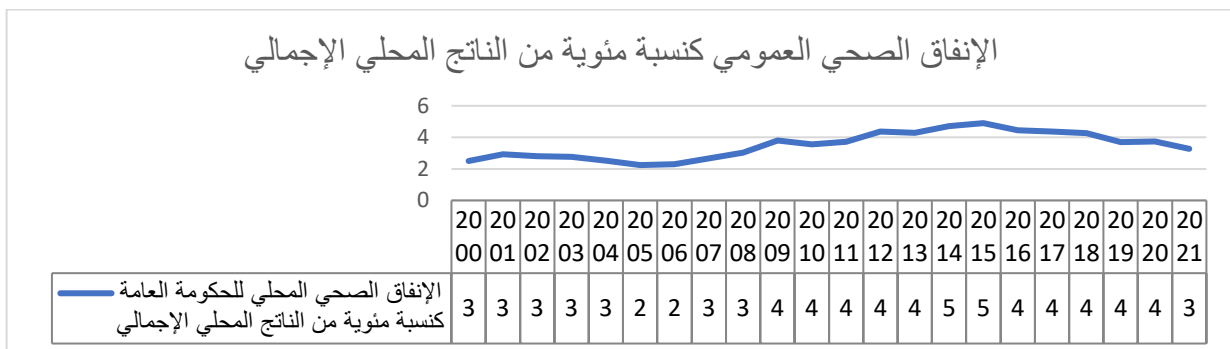
المطلب الأول: تطور الإنفاق الصحي للقطاع العام في الجزائر (2000-2021):

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

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

الفرع الأول: الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

الشكل 4 : تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2000-2021



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على معطيات البنك الدولي

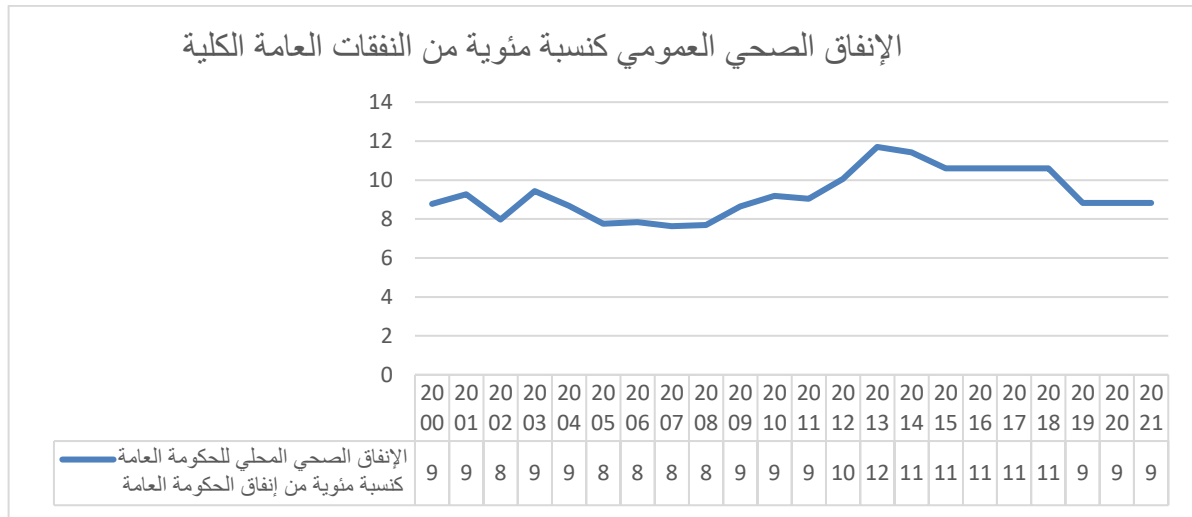
www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ&view=chart

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر قد عرفت نموا تدريجيا إلى غاية سنة 2014 و2015، ما يبرز الجهود المبذولة في إطار النهوض بالقطاع الصحي وتطويره، "والعمل بتوصيات منظمة الصحة العالمية التي تفيد بضرورة تخصيص للإنفاق الصحي ما يفوق 5% من الناتج المحلي الإجمالي"، ولكن عادت النسبة للانحدار في السنوات الأخيرة بما يقارب 3% من الناتج المحلي الإجمالي.

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

الشكل 5 : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة العامة خلال الفترة

2021-2000



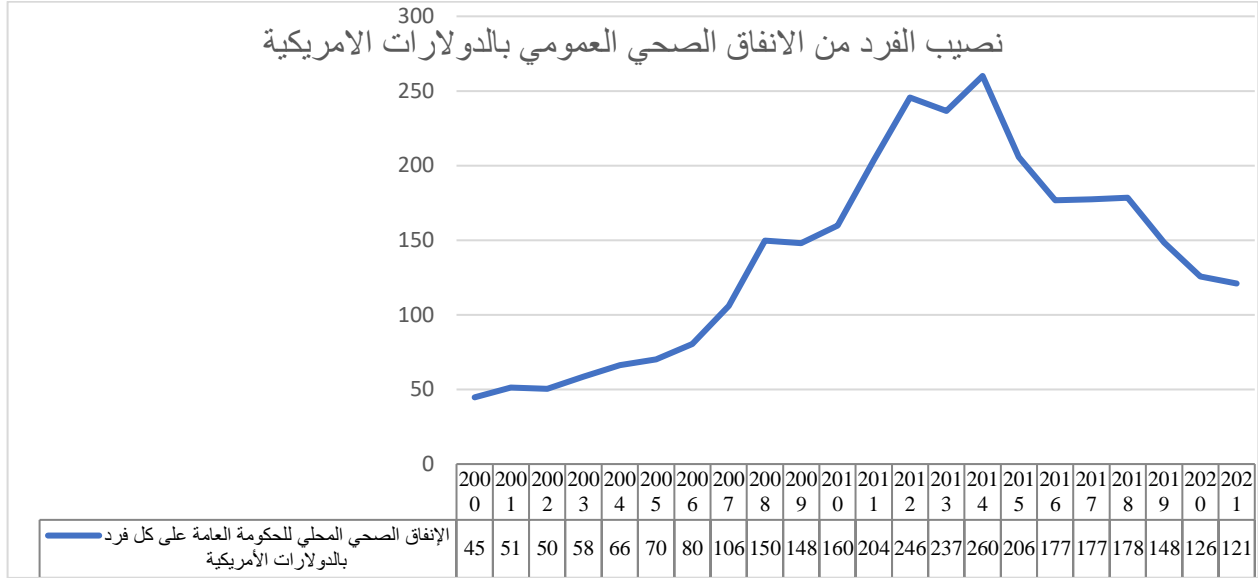
المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على معطيات البنك الدولي

www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ&view=chart

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة العامة في الجزائر قد عرفت نموا تدريجيا إلى غاية سنة 2013 حيث وصل إلى أوجه بنسبة 12%، ولكن سرعان ما عادت النسبة للانخفاض بعد ذلك إلى 9% سنة 2021.

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

الشكل 6 : الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية خلال فترة 2000-2021



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على معطيات البنك الدولي

www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ&view=chart
تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية في الجزائر قد عرفت نمواً سريعاً إلى غاية سنة 2014 حيث وصل إلى أوجه بنسبة 260 دولار، ولكن سرعان ما عادت النسبة للانخفاض بعد ذلك إلى 121% سنة 2021.

يمكن القول أن النسب متواضعة ولكنها تعد ضعيفة وغير كافية، ولا يمكن تفسير الضعف التخصيص بانخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع، خاصة أن الجزائر كانت تعيش خلال الفترة الأخيرة وفرة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، وعليه يمكن إرجاع ذلك لعدة عوامل من نجد من بينها :

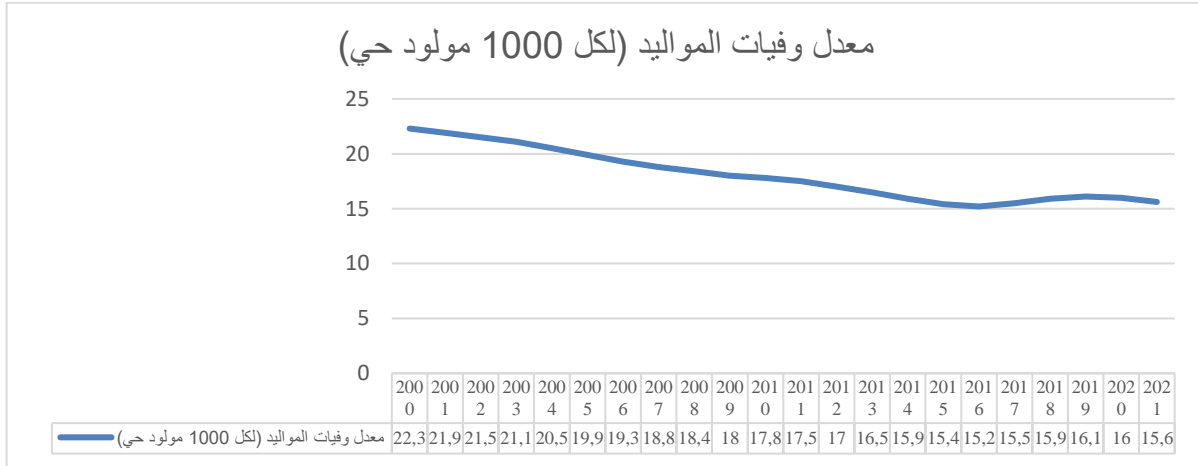
❖ ضعف إدراك الدولة لفكرة أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد في الإنتاج والإنتاجية، لذلك وجب على

الدولة الاهتمام أكثر بالفرد من خلال تخصيص مبالغ هامة للقطاع ضمن ميزانيتها العامة.

❖ ضعف مساهمة القطاع الخاص، باعتبار أن العبء المالي الأكبر يتحمله القطاع العام.

المطلب الثاني: عرض بعض المؤشرات الصحية في الجزائر
1- معدل وفيات الأطفال خلال فترة 2000-2021

الشكل 7 : معدل وفيات خلال فترة 2000-2021

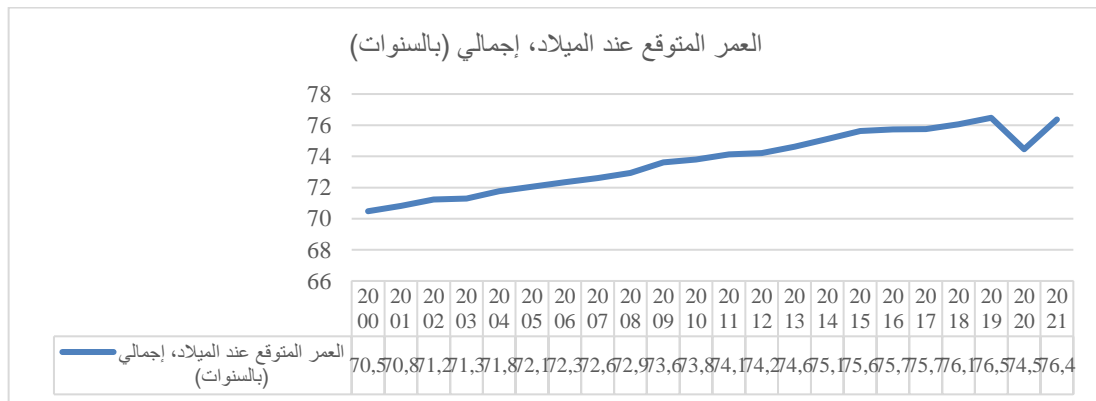


المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الي بيانات البنك الدولي

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

2- متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال فترة 2000-2021

الشكل 8 : متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال فترة 2000-2021



المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الي بيانات البنك الدولي

نلاحظ في الشكل البياني أن مؤشر أمل الحياة عند الولادة ارتفع من 70.64% في سنة (2000) إلى % 76,474 في سنة (2019)، 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. كما نلاحظ أنه انخفض المؤشر إلى 74.453% سنة (2020) وهذا راجع إلى جائحة الكورونا التي مست كل العالم؛ ثم عادت النسب في الارتفاع سنة (2021) لما يصل إلى 76.377% مرة أخرى بعد القضاء نسبيا على الفيروس المنتشر (الكورونا).

3- تطور السلك الطبي والشبه طبي في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

جدول 1 : تطور السلك الطبي والشبه طبي في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

التعيين/ السنة	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد العمال في السلك الطبي منهم:	86127	89556	93322	98551	100572	105438	109589
أطباء	63534	66236	69076	73431	74937	78838	81751
جراحو الأسنان	12422	12782	13168	13645	13747	14263	15008
صيادلة	10171	10538	11075	11475	11888	12337	12890
عدد العمال في السلك الشبه الطبي منهم:	117590	123344	121803	123458	127365	127624	139232
تقنيون سامون	77688	83503	88478	90939	87575	86695	91152
تقنيون	19897	15917	8275	6698	4070	3267	3260
مساعدون في السلك الشبه طبي	20005	13924	25050	25821	35720	37662	44820

المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

4- تطور التغطية الصحية في الفترة الممتدة 2012-2018

جدول 2 : تطور التغطية الصحية في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

عدد السكان لكل	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
طبيب	590	578	566	544	545	529	521
جراح أسنان	3018	2996	2970	2929	2971	2925	2837
صيدلي	3686	3634	3531	3483	3435	3382	3303
تقني سامي	483	459	442	439	466	481	467
تقني	1884	2406	2727	5966	10033	12770	13061
مساعد في الصحة	1874	1601	1561	1548	1143	1108	950

المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى معطيات الديوان الوطني للإحصائيات ONS

ساهم ارتفاع عدد الممارسين في المجال الصحي في تزايد الإنفاق الصحي، خاصة بعد أن عرفت مجالات التكوين واثرة متسارعة في الآونة الأخيرة، حيث أشارت المعطيات الإحصائية المتعلقة بالديمغرافية الطبية لسنة (2018) إلى ارتفاع عدد الممارسين الصحة مقارنة بالسنوات السابقة، ووفقا للديوان الوطني للإحصائيات يوجد طبيب واحد لكل 521 ساكن بعدما كان يغطي 590 ساكن في سنة (2012)، وجراح أسنان واحد لكل 2837 ساكن بعدما كان يغطي 3018 ساكن في سنة (2012)، وصيدلي واحد لكل وهذا ما يشير إلى التحسن الكبير في معظم 3303 ساكن بعدما كان يغطي 3686 سنة (2012)، وهذا ما يشير إلى التحسن الكبير في معظم مؤشرات التغطية، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول 3 : تطور عدد الأطباء حسب قطاع النشاط في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

القطاع	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	خاص	عموم	خاص	عموم	خاص	عموم	خاص	عموم	خاص	عموم	خاص	عموم	خاص	عموم
أطباء	15322	48212	15911	50325	16770	52306	18478	54953	19779	55158	21611	57227	23367	58384
جراحو أسنان	5441	6981	5587	7195	5928	7240	6384	7261	6733	7014	7335	6928	7936	7072

10731	2159	10541	1796	10193	1695	9974	1501	9794	1284	5920	1018	9177	994	صيادلة
42034	67615	39487	65951	36705	63867	34836	63715	32492	60830	31018	58538	29940	56187	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

من خلال المعطيات الواردة في الجدول، يتضح أن عدد ممارسي الصحة في القطاع العام يفوق عددهم في القطاع الخاص باستثناء الصيدالة. وقد أدى هذا الوضع إلى صعوبة في الحصول على الرعاية الصحية المتخصصة، نتيجة نقص كبير في عدد الأطباء الأخصائيين الذين يتركزون في الولايات الثلاث الكبرى في البلاد، وهي الجزائر، قسنطينة، وهران، مما يجعل من الصعب تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة حيث تصل نسبة تركزهم إلى 53%.

بالإضافة إلى ذلك، هناك مشكلة الأعطال المتكررة في التجهيزات الطبية العمومية التي تصل نسبتها إلى 34% في القطاع العام و20% في القطاع الخاص، ويعود ذلك إلى تقليص الميزانية المخصصة للصيانة والتجهيز. هذا الوضع يجبر المواطنين على التوجه إلى القطاع الخاص، مما يؤدي إلى ارتفاع مساهمة الأسر في نفقات الصحة.

كما أدت المعاملات السيئة للأطعم الطبية إلى زيادة عدد الشكاوى المتعلقة بالعلاج والاستقبال وتقليص ساعات تقديم الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، ارتفع عدد ضحايا الأخطاء الطبية بسبب الظروف الاستشفائية السيئة وتحاول الأطباء بحياة المرضى، مما أدى إلى حدوث تشوهات خلقية، وفقدان الأعضاء والوظائف الحيوية، وحتى الوفاة. أما بالنسبة لمدة الانتظار للعلاج، فقد تستغرق في بعض الأحيان سنة كاملة ليحين دور المريض للعلاج، وهناك حالات عديدة توفيت دون أن يحين دورها. كما يعاني المرضى من الظروف السيئة للإقامة، وقلة النظافة، وكثرة النفقات الطبية، وندرة الأدوية الضرورية حتى في العلاجات الأولية. (سميرة، 2019)

جدول 4 : تطور المنشآت القاعدية الصحية في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

2018		2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد	العدد	عدد	العدد	عدد	العدد	عدد	العدد	عدد	العدد	عدد	العدد	عدد	العدد	
الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	الأسرة	التقنية	
40442	206	40322	205	38407	200	38305	200	38015	196	37769	194	37545	193	مؤسسة استشفائية عامة
1533	09	1354	09	1324	09	960	09	926	05	876	05	849	05	مؤسسة استشفائية

12671	15	12799	15	12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	مراكز استشفائية جامعية
1087	01	869	01	818	01	810	01	806	01	764	01	759	01	مؤسسة استشفائية جامعية
12426	79	11818	77	11725	75	11637	75	11499	71	11298	68	10863	66	مؤسسة استشفائية متخصصة
...	135	...	127	...	123	...	114	...	97	...	107	...	105	دور الولادة الخاصة

المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى معطيات الديوان الوطني للاحصائيات

جدول 5: تطور المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الفترة الممتدة من 2012 إلى 2018

2018		2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
-	273	-	273	-	273	-	271	-	271	-	271	-	271	مؤسسات العمومية للصحة الجوارية
4347	1715	4213	1695	4075	1684	3889	1659	3735	1637	3539	1615	3314	1601	عيادات متعددة الخدمات
-	6003	-	5957	-	5875	-	5762	-	5726	-	5634	-	5545	قاعات العلاج
3046	410	3056	409	3142	416	3175	415	3203	416	3167	412	2996	409	دور الولادة العمومية
-	677	-	653	.	630	-	627	-	622	-	619	-	627	مركز طبي جماعي
-	11562	-	11385	.	11140	-	10865	-	10700	-	10438	-	10058	الصيدليا ت
-	10700	-	10516	.	10260	-	9962	-	9794	-	9520	-	9135	منها الخاصة
-	92.54	-	92.37	.	92.10	-	91.69	-	91.53	-	91.21	-	90.82	C%
														المنشآت الخاصة
-	10620	-	9795	.	9042	-	8352	-	7742	-	7226	-	6776	عيادة طبيب مختص

عيادة طبيب عام	6335	-	6482	-	6654	-	6910	-	7298	.	7803	-	8347	-
عيادة طب الأسنان	5368	-	5587	-	5928	-	6144	-	6514	.	6952	-	7526	-
عيادة ممارسة مجموعة	426	-	446	-	514	-	600	-	709	.	821	-	938	-

المصدر: من اعداد الطالبتين استنادا الى معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

توضح البيانات المشار إليها في الجدولين أعلاه التحسن الملحوظ في مجمل الهياكل الصحية، حيث تم إنجاز حوالي 206 مؤسسة استشفائية عامة، 410 دار للولادة العمومية، 6003 قاعة للعلاج في سنة (2018)، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أن المنشآت الصحية تتمركز معظمها في المناطق الشمالية للوطن، وبالرغم من الجهود المبذولة لتوسيع في البنى التحتية الصحية يبقى هاجس التفاوت في توزيع التغطية الصحية مطروحا، وهو ما يمثل تحديا أمام السياسة الصحية لتسوية الاختلالات الواقعة، " وحسب التقرير الخاص بالصحة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية لسنة (2015)، يوجد 61% من المستشفيات في الشمال، ومنها 28.4% في منطقة الوسط - الشمال، مقابل 16.7% في الشمال الغربي، وفي حين يوجد 27.3% من مجموع المستشفيات في الهضاب العليا، ولا يغطي الجنوب سوى 11.7% إذ يقع 1.4% منها في الجنوب الكبير (أقصى الجنوب)، أما بالنسبة للتغطية السريرية هي الأخرى تعرف نفس التفاوت، حيث بلغ معدل الأسر في المناطق الشمالية سريرين لكل 1000 نسمة وهو أفضل معدل على 17 المستوى الوطني، في حين تحوز مناطق الهضاب العليا على معدل سرير واحد لكل 1000 نسمة. (سميرة، 2019)

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، جنبا إلى جنب مع الأساليب التجريبية الصارمة لتقييم العلاقات بين المتغيرات الاقتصادية الأساسية.

المطلب الأول: الطريقة المعتمدة في الدراسة

الفرع الأول: منهجية الدراسة

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 أثر العوامل او المتغيرات الاخرى. (قلش، 2016، صفحة 88).

خطوات المنهج التجريبي:

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 ا لمهارة 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 لمكان وزمان إجرائها وتجهيز واضح لوسائل قياس 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 ف المجموعتين.

كذلك قد يتأثر المتغير التابع بالعديد من العوامل الخارجية وبإجراءات تنفيذ التجربة، لذلك لا بد للباحث من ضبط هذه العوامل وتحييدها 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 محددات الإنفاق الصحي العام في الجزائر، اخترنا المتغيرات التالية:

1. المتغير التابع: نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالدولار الأمريكي المكافئ للقدرة الشرائية PPP
2. المتغيرات المستقلة: معدل المشاركة في القوى العاملة، الإجمالي (% من إجمالي السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64)، نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ومعدل التضخم.

الفرع الرابع: طريقة جمع البيانات

تم جمع البيانات اللازمة لدراستنا م مصادر ثانوية المتمثلة في قاعدة بيانات البنك الدولي والمنظمة العالمية للصحة التي توفر معلومات موثوقة. سمح لنا هذا المصدر الأساسي بإجراء تحليل تجريبي لمحددات الإنفاق على الصحة العامة 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 $I(0)$ ، أو متكاملة من الدرجة الأولى $I(1)$ أو فيما إذا كانت خليطا من الاثنين، أي بغض النظر عن الاستقرار، ولكن لا يجب أن تكون إحدى السلاسل الزمنية متكاملة من الدرجة الثانية $I(2)$ ، أو أعلى.

- يأخذ عدد كافي من فترات التباطؤ 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.

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

• 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.

1. اختبار بيرون فيليبس (PP):

- ✓ تشبه الفرضية الصفرية (H0) لاختبار PP فرضية اختبار ADF، مدعية أن السلسلة الزمنية لها جذر وحدة.
- ✓ الفرضية البديلة (H1) هي أن السلاسل الزمنية مستقرة.
- ✓ اختبار PP هو بديل لاختبار ADF الذي لا يتطلب تحديد نموذج الانحدار.
- ✓ يستخدم نمجاً 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.

2. اختبار كوياتكوفسكي-فيليبس-شميدت-شين (KPSS):

- ✓ الفرضية الصفرية (H0) لاختبار KPSS هي أن السلسلة الزمنية مستقرة.
- ✓ الفرضية البديلة (H1) 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 (البواقى): يتطلب بناء النموذج أن تتبع البواقى 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 نموذج 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 (خوائرة، 2020، صفحة 299).

المبحث الثالث: النتائج والمناقشة

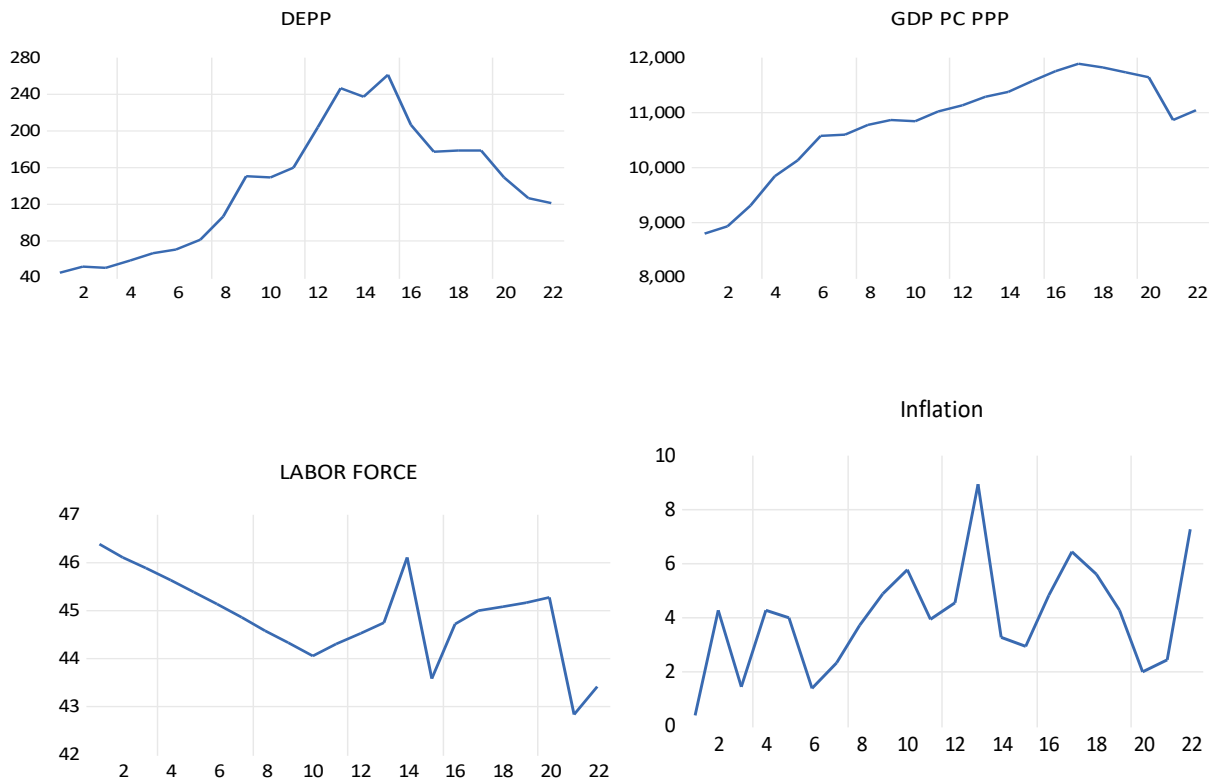
بعدما تطرقنا في المبحث السابق الى متغيرات الدراسة والأدوات المستعملة في قياسها سنحاول في هذا المبحث معرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع

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 استقراره السلاسل المشكلة للنموذج، وأخيرا واختبار فترات الإبطاء المثلى حسب معيار (AIC)

أولاً- التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

الشكل 9 : التمثيل البياني لمتغيرات الدراسة



المصدر: مخرجات EVIEWS12

يلاحظ من خلال الأشكال السابقة أن السلاسل الزمنية للنتائج المحلي الإجمالي، التضخم ونسبة المشاركة في اليد العاملة والنفقات العامة للصحة للفرد الواحد بالدولارات الأمريكية، غير مستقرة على العموم، وفيما يلي وصف المتغيرات الإحصائية لمتغيرات الدراسة.

جدول 6 : المؤشرات ومتغيرات الدراسة

المؤشرات متغيرات الدراسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أعلى قيمة	أدنى قيمة
نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالدولار الأمريكي	148.2534	67.36766	260.0650	44.70203
معدل المشاركة في القوى العاملة	44.92450	0.899990	46.36700	42.82400
نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	10927.46	907.1630	11888.32	8786.190
معدل التضخم	4.093894	2.020950	8.89145	0.339163

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج EViews12

ملاحظة حول رموز المتغيرات: نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالدولار الأمريكي المكافئ للقدرة الشرائية (DEPP) PPP معدل المشاركة في القوى العاملة، الإجمالي (% من إجمالي السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64) (labor force)، نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ((GDP PC PPP)، ومعدل التضخم (INFLATION)

- نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة:

يبلغ متوسط الإنفاق على الصحة العامة للفرد 148.2534 وهذا يشير إلى بعض عدم التماثل في توزيع النفقات، مع تركيز أعلى للقيم حول الوسيط.

يشير الانحراف المعياري البالغ 67.36766 إلى تشتت معتدل للقيم حول المتوسط.

يتراوح الإنفاق العام على الصحة من (44.70203) إلى (260.0650)، مما يشير إلى مجموعة كبيرة من مستويات الإنفاق على مدى السنوات.

ثانيا: 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 اختبار ديكي فولر المطور ADF وذلك استنادا للفرضيات التالية:

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{السلسلة تحتوي على جذر وحدة} \Rightarrow \\ \left. \begin{array}{l} |t - stat| < |t - tab| \\ Prob > 0,05 \end{array} \right\} H_0 : \text{الفرض العدمي} \\ \\ \left. \begin{array}{l} |t - stat| > |t - tab| \\ Prob < 0,05 \end{array} \right\} H_1 : \text{الفرض البديل} \Rightarrow \\ \text{السلسلة لا تحتوي على جذر وحدة} \end{array} \right.$$

والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول 7 : نتائج اختبارات جذر الوحدة (الاستقرارية)

الفرق الأول		المستوى			القرار (الرتبة)	السلسلة الزمنية
بدون ثابت واتجاه	ثابت واتجاه	ثابت فقط	بدون ثابت واتجاه	ثابت فقط		
0.0040	0.0773	0.0499	0.6169	0.9849	0.511126	I(1) DEPP
0.0082	0.0034	0.0446	0.9400	0.9774	0.217851	I(1) GDPPCPPP
0.0000	0.0001	0.0000	0.1513	0.0864	0.765892	I(1) LABOR FORCE
0.0000	0.0000	0.0000	0.4531	0.0116	0.741997	I(1) INFLATION

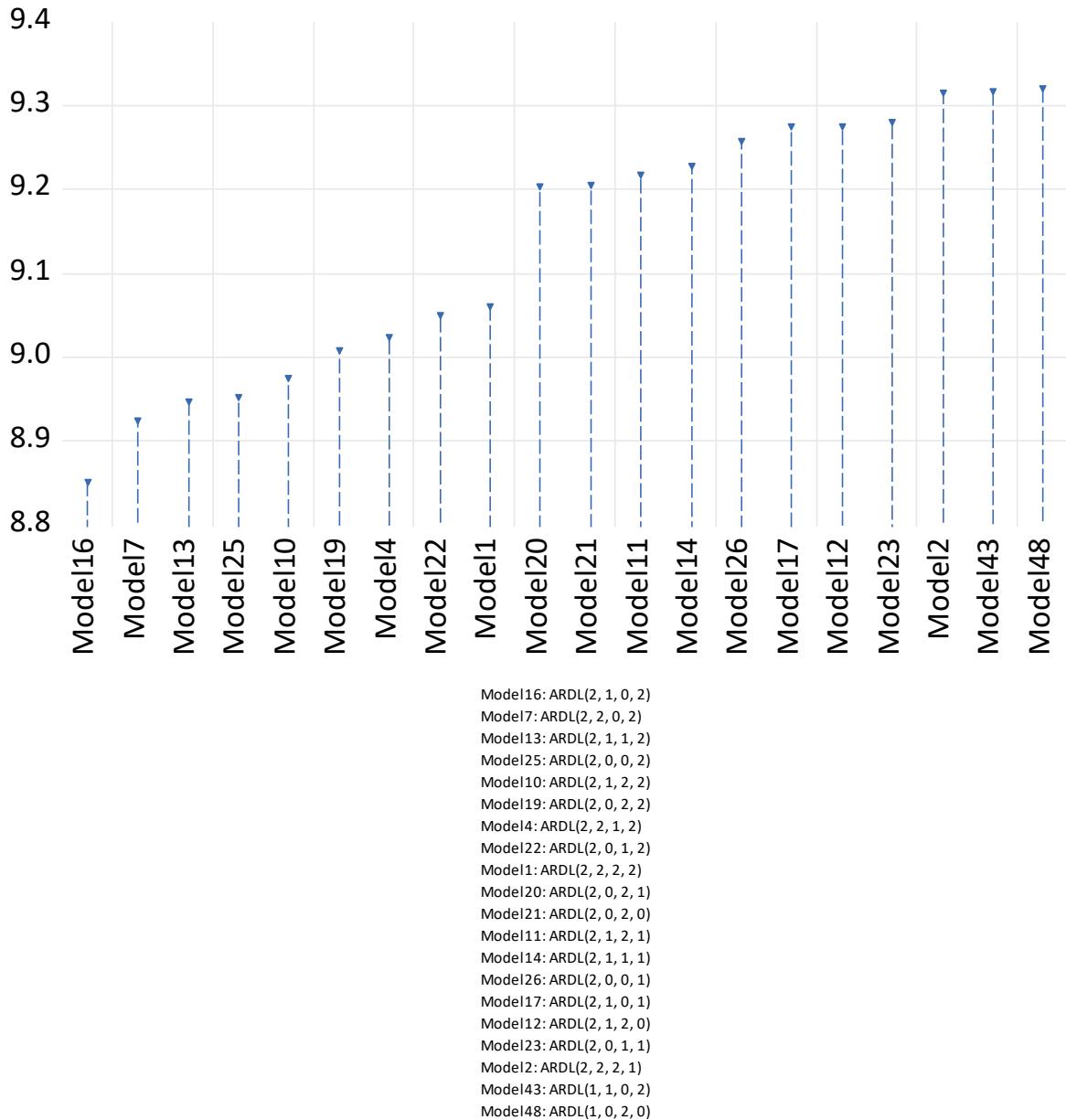
المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج EVIEWS12

يتضح من خلال الجدول السابق أن الاحتمال *prob* أكبر من 10% بالنسبة لكل المتغيرات، كذلك الإحصائيات المحسوبة لديكي فولر المطور بالقيمة المطلقة هي أقل تماما من القيم الحرجة لتوزيع *Mackinnon*، فهي أكبر من القيم الحرجة عند مستوى معنوية 5 و 10% وعليه يمكن القول أن السلاسل الزمنية لمتغيرات الدراسة غير مستقرة عند المستوى، لكنها مستقرة عند كل الفروق من الدرجة الأولى لهذه المتغيرات، مما يعني أن هذه المتغيرات متكاملة من الرتبة I (1)، ومنه يمكن إجراء اختبار التكامل المشترك باستخدام منهج الحدود.

ثالثا: اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج: من خلال الشكل رقم 2 الذي يوضح مجموع النماذج الممكنة باستعمال معيار AKAIKE INFORMATION CRITERION ومنه يتضح أن النموذج ARDL (1,0,2, 2) هو النموذج الأمثل.

الشكل 10 : نتائج اختبار فترات الإبطاء المثلى

Akaike Information Criteria (top 20 models)



المصدر: مخرجات EVIEWS12

المطلب الثاني: اختبار العلاقة طويلة وقصيرة المدى والاختبارات البعدية

سيتم اختبار وقياس محددات الانفاق العام على الصحة وذلك من خلال اختبار التكامل المشترك، وتقدير معلمات نموذج ARDL في الأجلين الطويل وقصير الأجل.

أولاً: 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)

جدول 8 : نتائج اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود

F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
Asymptotic: n=1000				
F-statistic	2.923745	10%	2.37	3.2
k	3	5%	2.79	3.67
		2.5%	3.15	4.08
		1%	3.65	4.66
Finite Sample: n=30				
Actual Sample Size	20	10%	2.676	3.586
		5%	3.272	4.306
		1%	4.614	5.966

المصدر: مخرجات Eviews12

وتشير النتائج إلى أن القيمة المحسوبة ل **F-Statistic** أذني من القيم الحرجة للحد الأعلى عند معظم مستويات المعنوية، و أكبر من القيم الحرجة للحد الأدنى ومنه لا يمكن اتخاذ قرار حول وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات،

أي وجود علاقة توازنه طويلة الأجل بين متغيرات السياسة المالية والنتائج الإجمالي المحلي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000-2021.

2- تقدير معاملات نموذج ARDL في الاجل الطويل:

في دراستنا، على الرغم من أن اختبار الحدود (Bound Test) أسفر عن نتائج غير حاسمة، فإنه يظل من المهم فحص المعاملات طويلة الأجل وذلك من أجل:

- تأكيد النتائج: من خلال التحقق من معنوية المعاملات طويلة الأجل، يمكننا تأكيد أو نفي وجود علاقات معنوية بين المتغيرات. وهذا مهم بشكل خاص عندما لا يقدم اختبار الحدود نتيجة واضحة.
- الشفافية والتبرير: تقديم المعاملات طويلة الأجل مع احتمالاتها يوفر شفافية كاملة في تفسير النتائج. كما يبرر أيضاً ملاءمة نموذجنا والاستنتاجات المستخلصة.

يوضح الجدول التالي معلومات نموذج العلاقة طويلة الاجل:

جدول 9 : معاملات نموذج ARDL في الاجل الطويل

Levels Equation				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
GDP_PC_PPP	0.032161	0.039762	0.808839	0.4358
INFLATION	10.70466	10.89304	0.982706	0.3469
LABOR_FORCE	-67.86697	52.23199	-1.299337	0.2204
C	2790.027	2655.936	1.050487	0.3160

EC = DEPP - (0.0322*GDP_PC_PPP + 10.7047*INFLATION -67.8670 *LABOR_FORCE + 2790.0274)

المصدر: مخرجات 12 Eviews

- GDP_PC_PPP : المعامل هو 0.032161، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية) تزيد الإنفاق الصحي بنحو 0.032 وحدة على المدى الطويل. ومع ذلك، هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.4358).
- التضخم: المعامل هو 10.70466، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في التضخم تزيد من الإنفاق على الرعاية الصحية بنحو 10.70 وحدة على المدى الطويل، لكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.3469).

➤ LABOR_FORCE : المعامل هو -67.86697 ، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في القوى العاملة تقلل من نفقات الرعاية الصحية بنحو 67.87 وحدة على المدى الطويل ، ولكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.2204).

➤ C (ثابت): المعامل هو 2790.027 ، لكنه ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.3160).

✓ الاستنتاج:

نلاحظ ان كل المتغيرات ليس لديها دلالة إحصائية عند كل مستويات المعنوية مما يؤكد عدم وجود علاقة توازنه طويلة الاجل بين المتغير المستقل والتابع

3- تقدير معاملات النموذج في الاجل القصير

جدول 10: معاملات النموذج ARDL في الاجل القصير

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	780.2925	568.0663	1.373594	0.19
DEPP(-1)*	-0.279672	0.124939	-2.238461	0.04
GDP_PC_PPP(-1)	0.008994	0.014073	0.639111	0.53
INFLATION**	2.993792	2.842203	1.053335	0.31
LABOR_FORCE(-1)	-18.98049	11.11951	-1.706954	0.11
D(DEPP(-1))	0.546790	0.188989	2.893242	0.01
D(GDP_PC_PPP)	0.039893	0.026072	1.530085	0.15
D(LABOR_FORCE)	-13.64218	6.506226	-2.096789	0.05
D(LABOR_FORCE(-1))	20.72284	7.533942	2.750597	0.01

المصدر: مخرجات Eviews 12

ويبين الجدول الأول الديناميات القصيرة الأجل بين المتغير التابع (D(DEPP))، وهو الفرق الأول في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة) والمتغيرات المستقلة.

C (ثابت): المعامل هو 780.2925 ، لكنه ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.1969).

DEPP(-1): المعامل هو -0.279672، مما يعني أن زيادة وحدة واحدة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة في الفترة السابقة تقلل الإنفاق في الفترة الحالية بمقدار 0.2797 وحدة. هذا المعامل مهم عند مستوى 10% (Prob = 0.0468).

GDP_PC_PPP(-1): المعامل هو 0.008994، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة السابقة تزيد من الإنفاق الصحي الحالي بمقدار 0.009 وحدة، ولكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.5358).

التضخم: المعامل هو 2.993792، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في التضخم تزيد من الإنفاق على الرعاية الصحية بنحو 2.99 وحدة، لكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.3148).

LABOR_FORCE(-1): المعامل هو -18.98049، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في القوى العاملة في الفترة السابقة تقلل من الإنفاق على الرعاية الصحية بنحو 18.98 وحدة، ولكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.1159).

D (DEPP (-1)): المعامل هو 0.546790، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في التغيير في الإنفاق الصحي العام للفرد في الفترة السابقة تزيد من التغيير الحالي بمقدار 0.547 وحدة. هذا مهم عند مستوى 5٪ (Prob = 0.0146).

D (GDP_PC_PPP): المعامل هو 0.039893، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في التغيير في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية) تزيد من التغيير في الإنفاق الصحي بنحو 0.04 وحدة، ولكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.1452).

D (LABOR_FORCE): المعامل هو -13.64218، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في تغيير القوى العاملة تقلل من الإنفاق على الرعاية الصحية بنحو 13.64 وحدة، ولكن هذا ليس ذا دلالة إحصائية (Prob = 0.0726).

D(LABOR_FORCE(-1)) : المعامل هو 20.72284، مما يشير إلى أن زيادة وحدة واحدة في التغيير في القوى العاملة خلال الفترة السابقة تزيد الإنفاق على الرعاية الصحية بنحو 20.72 وحدة. هذا مهم عند مستوى 5٪ (Prob = 0.0189).

5. التفسير الاقتصادي :

5.1. الفرق بين تأثير القوة العاملة الحالية والمتأخرة على النفقات العامة الصحية

يُلاحظ أن التغير الحالي في القوة العاملة ($D(LABOR FORCE)$) والتغير المتأخر في القوة العاملة ($D(LABOR FORCE(-1))$) لهما تأثيرات متباينة ومتناقضة على النفقات العامة الصحية، وقد يبدو هذا التناقض غير بديهي في البداية. ولكن يمكن تفسيره من خلال عدة عوامل اقتصادية واجتماعية ومؤسسية تؤثر على العلاقة بين القوة العاملة والنفقات العامة الصحية على المدى القصير والمتوسط. وفيما يلي بعض التفسيرات الممكنة:

أ- التغير الحالي في القوة العاملة ($D(LABOR FORCE)$) على المدى القصير، قد يؤدي الزيادة السريعة في القوة العاملة إلى تقليل النفقات العامة الصحية لعدة أسباب:

- تأثير التكوين: العمال الجدد غالباً ما يكونون أصغر سناً وأصحاء، وبالتالي يحتاجون إلى خدمات صحية أقل من العمال الحاليين.
- زيادة الدخل: قد تشير زيادة القوة العاملة إلى ارتفاع في التوظيف والدخل، مما يقلل من الاعتماد على الخدمات الصحية العامة المدعومة.

ب- التغير المتأخر في القوة العاملة ($D(LABOR FORCE(-1))$) قد تكون للزيادات الماضية في القوة العاملة تأثيرات مختلفة على النفقات العامة الصحية:

- تراكم الاحتياجات الصحية: العمال الجدد الذين انضموا إلى القوة العاملة قبل سنة قد يبدأون في استخدام الخدمات الصحية العامة بشكل أكثر بسبب الإرهاق في العمل أو الحصول على الفوائد الصحية بعد فترة انتظار.
- توسيع الخدمات: قد تتكيف السياسات العامة لتلبية احتياجات قوة العمل المتزايدة، مما يؤدي إلى زيادة النفقات الصحية لدعم نسبة أكبر من السكان العاملين.
- العوائد المؤجلة: قد يستغرق تأثير الزيادة في القوة العاملة على الإيرادات الضريبية ومساهمات الضمان الاجتماعي وقتاً طويلاً للتجلي، في حين قد تزيد النفقات الصحية بشكل أسرع استجابة لزيادة الطلب.

ت- استنتاج

يمكن تفسير الفرق بين تأثير التغيير الحالي والمتأخر في القوة العاملة على النفقات الصحية العامة من خلال الديناميات المعقدة على المدى القصير والمتوسط، والتعديلات السياسية والمؤسسية، وكذلك التأثيرات الاقتصادية الأوسع. توضح هذه العوامل مجتمعة كيف تتفاعل الأنظمة الصحية العامة بشكل مؤجل مع التغييرات في تركيبة وحجم القوة العاملة.

5.2. تفسير اقتصادي للاختلاف بين القيمة المتأخرة $(DEPP(-1))$ وتغيرها $(D(DEPP(-1)))$

لفهم السبب الاقتصادي وراء تأثير القيمة المتأخرة للنفقات العامة الصحية $(DEPP(-1))$ وتغيرها المتأخر $(D(DEPP(-1)))$ بشكل مختلف، من المفيد النظر إلى الديناميات الاقتصادية الأساسية، وآليات السياسة المالية، والسلوكيات المؤسسية والاجتماعية.

أ- الأسباب المحتملة لتأثير السالب للقيمة المتأخرة $(DEPP(-1))$

- التصحيح المالي:

- غالباً ما تمتلك الحكومات والمؤسسات الصحية العامة ميزانيات سنوية أو متعددة السنوات. إذا كانت النفقات الصحية مرتفعة في فترة سابقة، فقد يكون هناك ضغط لتقليل النفقات في الفترة الحالية للحفاظ على التوازن المالي. هذه شكل من أشكال التصحيح أو التعويض لتجنب العجز المالي المطول.
- قد يكون هذا بسبب سياسات التحكم في التكاليف، حيث تؤدي النفقات الزائدة في فترة ما إلى تقليص النفقات في الفترات اللاحقة للتعويض.

- الموارد المالية المحدودة:

- نظراً لأن الموارد المالية محدودة، قد تؤدي زيادة النفقات الصحية في فترة معينة إلى تقليل القدرة على الإنفاق في الفترات المستقبلية، خاصة إذا لم تواكب مصادر التمويل (مثل الإيرادات الضريبية) وتيرة النفقات.

ب- الأسباب المحتملة للتأثير الإيجابي للتغير المتأخر $(D(DEPP(-1)))$

- الجمود واستمرارية السياسات:

- قد تظهر التغييرات في النفقات الصحية بعض الجمود. إذا كانت هناك زيادة في النفقات الصحية في الماضي القريب، فمن المرجح أن تستمر العوامل التي أدت إلى هذه الزيادة (مثل تفشي وباء، أو زيادة تكاليف الرعاية الصحية، أو توسيع الخدمات الصحية) في التأثير على النفقات الحالية.
- تستغرق القرارات المالية وتعديلات السياسة وقتاً لتطبيقها. غالباً ما تتبع الزيادات أو التخفيضات في الميزانية اتجاهها مستمراً بسبب الطبيعة التدريجية لتنفيذ السياسات العامة.

- الاستجابة للاحتياجات الصحية:

- قد تتغير احتياجات الصحة لدى السكان بشكل مستمر. قد تعكس زيادة النفقات في الماضي استجابة لاحتياجات متزايدة، وقد تستمر هذه الاحتياجات، مما يتطلب نفقات مستمرة.
- على سبيل المثال، قد تتطلب زيادة النفقات بسبب تفشي وباء أو أزمة صحية عامة جهودًا طويلة الأمد للسيطرة عليها وإدارتها، مما يحافظ على النفقات عند مستوى مرتفع على مدار عدة فترات.

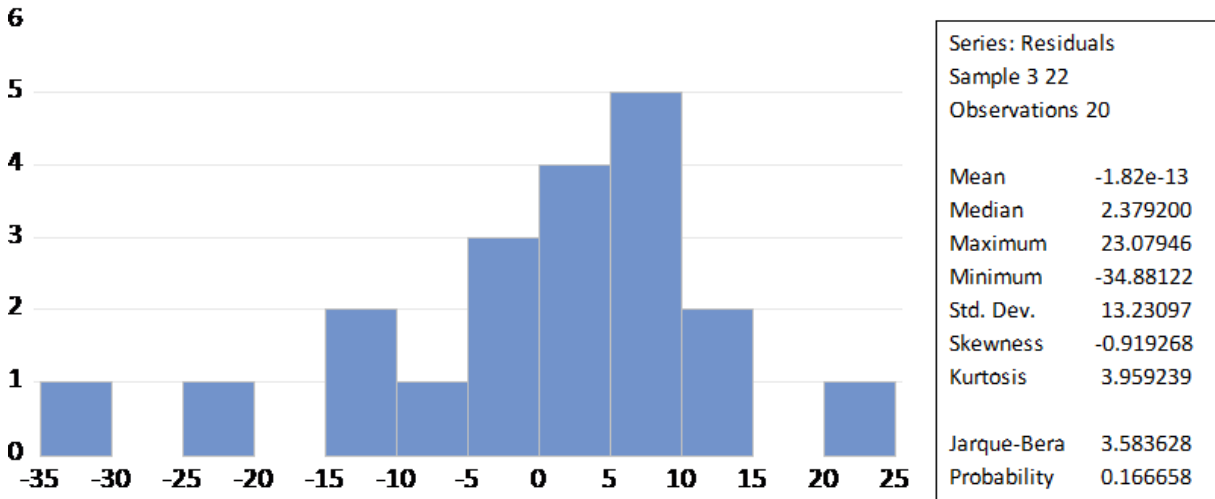
ثانيا: اختبار جودة النموذج

1- اختبارات التشخيصية

1.1 التوزيع الطبيعي للبواقي

يتم الكشف عن طبيعة توزيع البواقي عبر اختبار الفرضية التي مفادها أن "البواقي تتوزع توزيعا طبيعيا". 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 χ^2 عند درجة حرية رقم 02 ومستوى معنوية 0.05 ومنه حسب الشكل أذناه نلاحظ ان نتيجة الاختبار غير معنوية أي أكبر من 0.05 وهو ما يدعم ان البواقي تخضع للتوزيع الطبيعي

الشكل 11 : التوزيع الطبيعي للبواقي



المصدر: مخرجات Eviews12

يمثل هذا المنحنى الرسم البياني لبقايا نموذج الاقتصاد القياسي، بالإضافة إلى الإحصائيات الوصفية المرتبطة بهذه البقايا. البقايا هي الاختلافات بين القيم المرصودة والقيم التي تنبأ بها النموذج

1.2 اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:

يتم الكشف عن عدم وجود ارتباط ذاتي بين البواقي عبر اختبار الفرضية التي مفادها انه "" لا يوجد ارتباط ذاتي بين البواقي "" وذلك من خلال مقارنة إحصائية لاغرانج (R-Square) المحسوبة ب (LM) بالقيمة الجدولية (chi square) (عند درجة حرية رقم 02 ومستوى معنوية 0.05 وللتأكد من عدم وجود ارتباط ذاتي نلجأ لاختبارات الارتباط الذاتي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول 11 : نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:			
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags			
F-statistic	3.057123	Prob. F(2,9)	0.0970
Obs*R-squared	8.090706	Prob. Chi-Square(2)	0.0175

المصدر: مخرجات eviews12

يعرض هذا الجدول نتائج اختبار الارتباط التسلسلي Breusch-Godfrey (أو الارتباط الذاتي) للتحقق من وجود الارتباط الذاتي في بقايا نموذج الانحدار. الفرضية الصفرية للاختبار هي أنه لا يوجد ارتباط ذاتي يصل إلى عدد معين من التأخيرات، وهنا يصل إلى تأخرين.

$F(2,9) = 0.0970$: هذه القيمة p أكبر من 0.05 (العتبة شائعة الاستخدام)، لذلك لا نرفض الفرضية الصفرية لعدم الارتباط التلقائي للبقايا عند مستوى الأهمية 5%. ومع ذلك، نظرًا لأنها أقل من 0.10، يمكن للمرء أن يعتبر أن هناك دليلًا ضعيفًا على الارتباط الذاتي عند عتبة 10%.

1.3 اختبار تجانس التباين (ثباته عبر الزمن):

و يكون من خلال مقارنة إحصائية (R-Square) المحسوبة عبر اختبار (ARCH) بالقيمة الجدولية (chi square) عند درجة حرية رقم 02 ومستوى معنوية 0.05 . والجدول التالي يبين لنا اختبار ثبات التباين

جدول 12 : نتائج اختبار تجانس التباين

Heteroskedasticity Test: ARCH			
F-statistic	0.195504	Prob. F(1,17)	0.6639
Obs*R-squared	0.216021	Prob. Chi-Square(1)	0.6421

المصدر : مخرجات Eviews 12

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

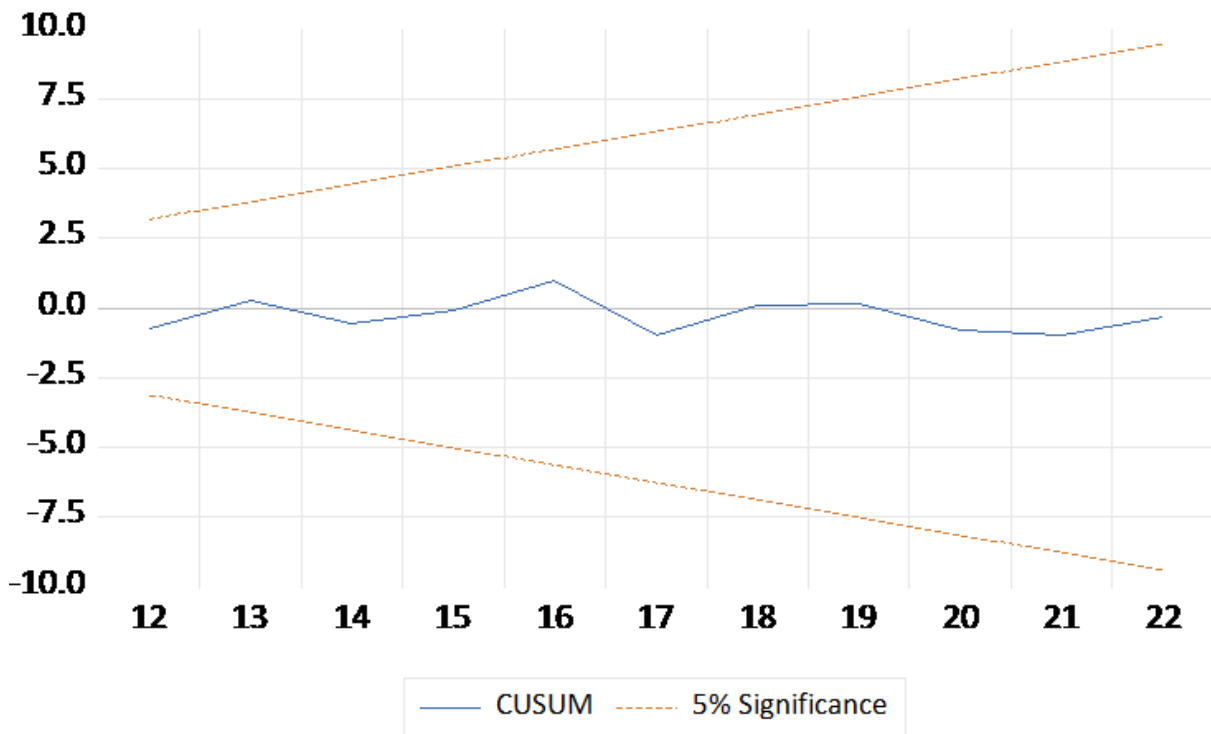
2- اختبار الاستقرار الهيكلي لمعاملات نماذج ARDL المقدرة:

2-1 اختبار CUSUM :

للتأكد من خلو البيانات المستخدمة من وجود أي تغيرات هيكلية فيها وأن النموذج صالح للتنبؤ، لابد من الحكم على استقرار الهيكلي لمعاملات النموذج من خلال الاختبار البياني لحركة بواقي النموذج،

كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل 12 : نتائج اختبار CUSUM



المصدر: مخرجات Eviews 12

بما أن التمثيل البياني في CUSUM Test داخل الحدود المخرجة عند مستوى 0.05, نقبل باستقراره النموذج.

التفسير الاقتصادي:

الفرضية الصفرية (H_0): معاملات النموذج مستقرة مع مرور الوقت.

الفرضية البديلة (H1): معاملات النموذج غير مستقرة مع مرور الوقت.

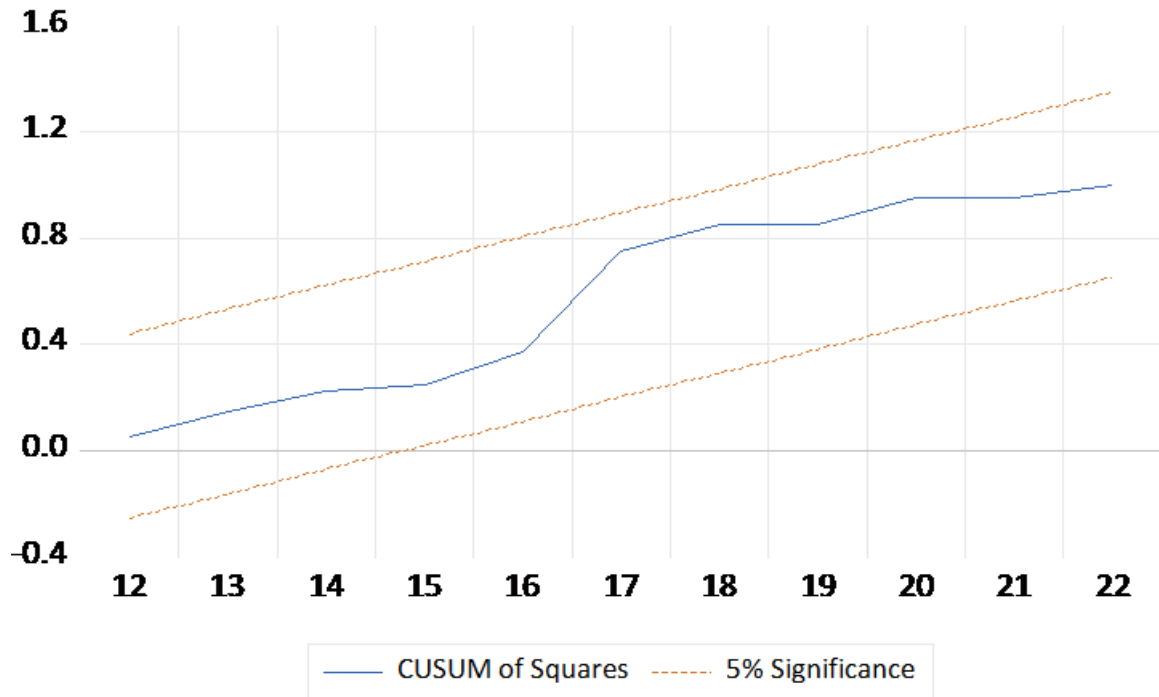
تعليقات:

يظل خط CUSUM بين خطي الأهمية بنسبة 5٪ طوال الفترة المرصودة بأكملها (من 12 إلى 22). يشير هذا إلى أنه ليس لدينا أدلة كافية لرفض فرضية العدم الخاصة باستقرار معاملات النموذج.

2-2 اختبار CUSUM OF SQUARES :

ويكون من خلال الاختبار البياني لحركة مربعات بواقي النموذج، للحكم على استقرارها، كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل 13 : نتائج اختبار CUSUM OF SQUARES



المصدر : مخرجات Eviews 12

ومن خلال التمثيل البياني نلاحظ ان CUSUM OF SQUARES داخل الحدود الحرجة عند 0.05، لذا يمكن تقبل استقرارية النموذج.

يظل خط CUSUM of Squares بين خطي الأهمية بنسبة 5٪ طوال الفترة المرصودة بأكملها (من 12 إلى 22). يشير هذا إلى أنه ليس لدينا أدلة كافية لرفض فرضية العدم الخاصة باستقرار النموذج.

خلاصة الفصل:

بعد إجراء دراسة قياسية لمحددات النفقات العامة للصحة في الجزائر وتتبع مسار السياسة المالية خلال الفترة من 2000 إلى 2021، تبين لنا أن النفقات العامة للصحة شهدت تذبذباً في أغلب سنوات الدراسة..
توضح الدراسة القياسية أن بعض المتغيرات لها دلالات إحصائية خلال الفترة من 2000 إلى 2021، مثل التأثير السلبي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي السابق على الإنفاق الحالي في الأجل القصير، والتغير في القوى العاملة في الفترة السابقة له تأثير إيجابي. بينما باقي المتغيرات لم تظهر دلالة إحصائية قوية.

خاتمة

خاتمة:

يمكن القول بأن الحكومة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي و ما يؤكد ذلك حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي و التي هيا في تزايد مستمر من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية و الأهمية في الجزائر، و هو ما يؤكد أن المبالغ الضخمة المخصصة للقطاع الصحي تترجم مدي نية الدولة في تعزيز الصحة و تحسين نوعية الخدمة الصحية، كما يرجع أيضا هذا التزايد المطرد في المخصصات المالية إلى تغيير في خريطة المرض، النمو الديموغرافي، إضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، كلها عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق الصحي و الذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا الشأن.

كما يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاث مصادر رئيسية هي التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسر، فمن خلال فترة الدراسة تبين أن الدولة تساهم في تمويل نفقات الصحة بنسبة مهمة جدا، كما يلعب الضمان الاجتماعي دور ايجابي في تمويل نفقات الصحة بحيث يحتل المركز الثاني بعد الحكومة، وما يفسر تزايد نفقاته خلال سنوات الدراسة التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة الاستيراد، توصلنا أيضا زيادة دور العائلات في تمويل نفقات الصحية.

وكما أولى البرنامج الحكومي اهتماما بمجال تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين المستمر من أجل تحسين وترقية القطاع الصحي وتعزيز الرعاية الصحية ورفع من أداء المؤسسات الاستشفائية وتحديثها لاستيعاب الاحتياجات المتزايدة للمواطنين .

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

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العوامل المؤثرة في النفقات العامة للصحة في الجزائر، في ظل النمو المتزايد لهذه النفقات من سنة لأخرى، وتحديد مصادر التمويل والسياسات الملائمة لتغطية هذه النفقات. وفيما يلي ابرز ما توصلت اليه دراساتنا

أولاً: نتائج الدراسة

من خلال التحليل القياسي، تم التوصل إلى النتائج التالية حول العلاقات بين المتغيرات الاقتصادية والنفقات العامة للصحة:

في الأجل القصير، بينت النتائج ما يلي:

1. الناتج المحلي الإجمالي والتضخم ليس لديهما تأثير معنوي على النفقات العامة للصحة على المدى الطويل والقصير مما يدفعنا بنفي الفرضية الأولى
2. **DEPP (-1)** : هناك علاقة سلبية بين نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة في الفترة السابقة والإنفاق في الفترة الحالية، وهذه العلاقة ذات دلالة إحصائية.
3. **D (DEPP (-1))**: هناك علاقة إيجابية بين التغير في الإنفاق الصحي العام للفرد في الفترة السابقة والتغير الحالي، وهذه العلاقة ذات دلالة إحصائية.
4. **D (LABOR_FORCE (-1))**: هناك علاقة إيجابية بين التغير في القوى العاملة خلال الفترة السابقة والإنفاق على الرعاية الصحية. مما يدفعنا بقبول الفرضية الثانية التي تدل على وجود عوامل اقتصادية أخرى تؤثر في النفقات العامة للصحة

ثانياً: توصيات الدراسة

بناءً على نتائج الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

1. تعزيز الكفاءة: بما أن هناك علاقة إيجابية بين التغير في الإنفاق الصحي والنفقات الحالية، فإن تحسين الكفاءة في توزيع الموارد يعتبر أساسياً لضمان استدامة التمويل في المستقبل
2. تطوير سوق العمل: بما أن هناك علاقة بين القوى العاملة والإنفاق الصحي، يجب التركيز على سياسات تشغيلية فعالة لزيادة عدد العاملين وتوزيعهم بشكل يحقق التوازن بين القطاعات المختلفة، بما في ذلك القطاع الصحي.

ثالثاً: آفاق الدراسة

تقترح الدراسة المزيد من الأبحاث المستقبلية التي يمكن أن تركز على:

1. تحليل تأثير العوامل الديموغرافية: مثل التركيبة العمرية للسكان وتوزيعهم الجغرافي على النفقات الصحية.

2. دراسة تأثير الإنفاق الصحي على جودة الخدمات الصحية: وكيف يمكن لتحسين جودة الرعاية الصحية أن يؤثر على الاقتصاد الوطني بشكل عام.
3. تحليل تأثير السياسات الصحية الحكومية: ودورها في توجيه الإنفاق الصحي وتحسين كفاءة استخدام الموارد.

المراجع

1- الكتب:

الحميد, د. (2002). .. السياسات الاقتصادية على المستوى القومي (تحليل كلي) ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة .

2- الاطروحات والمذكرات

✓ حمزة، س. (2015). محددات الانفاق الحكومي في الجزائر، محددات الانفاق الحكومي في الجزائر خلال الفترة (1980-2013): دراسة تحليلية قياسية. مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر. قسم العلوم الاقتصادية: جامعة محمد بوضياف مسيلة.

✓ دلال، س. (2012). نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف.، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

✓ سعيدة خواترة. (2020). أثر الانفاق العام الاجتماعي على المؤشرات الاقتصادية الكلية دراسة حالة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية، 299. جامعة فرحات عباس سطيف.

✓ شوال، عماد الدين. (2019-2020). تحليل النفقات الصحية في ظل السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة 2015-2018. أطروحة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الدكتوراه في علوم التسيير. جامعة الجزائر 3.

✓ محمد، ب. ع. (2014-2015). أثر الانفاق العام على الاستقرار الاقتصادي دراسة حالة أثر الانفاق العام على سوق الشغل والمستوى العام للأسعار في الجزائر خلال الفترة 1990-2014. أطروحة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية. جامعة تلمسان

3- المقالات المنشورة في مجلات والمؤتمرات

✓ الحق، ب. ت.، محمد، س.، & .س. أ. (2020). محددات الانفاق العام في الجزائر للفترة (2000 - 2017) باستخدام نموذج Ardl. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية. 123-137, 9(1) ,

✓ باركة، م. ا. & . خلاصي، ع. (2017). ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر، تطورها، أسبابها ومتطلبات ترشيدها. المجلة الجزائرية للمالية العامة. (7)

- ✓ بومعروف, ا. ., & م. ص. (2017). اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (mena) دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014) باستخدام أسلوب تحليل بيانات (panel) معارف. 12(03),
- ✓ جيلالي, ي. (2023). تصنيف وتوزيع النفقات العامة في الجزائر، دراسة مقارنة بين النظام الميزانياتي السابق، المقرر بالقانون 17 84- المتعمق بقوانين المالية، المعدل و المتمم، والإصلاح الميزانياتي لمقرر بالقانون العضوي 15-18 المتعمق بقوانين المالية المعدل و المتمم. *مجلة الفكر القانوني والسياسي* -266, 7(8), 297.
- ✓ حميدة, م. ., & م. ج. (2017). محددات الانفاق الصحي في الجزائر -دراسة قياسية باستعمال نماذج Ardl واختبار الحدود. *دراسات العدد الاقتصادي*. 205-220, 8(3),
- ✓ سعيد, ع. م. & ., العتيبي, أ. غ. (2020). محددات الانفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية. *المجلة العالمية للاعمال والاقتصاد* Récupéré sur <https://doi.org/10.31559/GJEB2020.9.2.5>
- ✓ سميرة, ك. (2019). تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء معايير الكفاءة والكفاية والعدالة. *مجلة البحوث والدراسات التجارية*. 112-131, 3(2),
- ✓ فرطقي, م. (2018). النفقات الصحية وتحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري. *الملتقى الوطني حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل*. قالمة: كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945.
- ✓ كرمين، سميرة. (2021). تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر -دراسة تحليلية. *مجلة البحوث والدراسات التجارية*. 5(2),
- ✓ محمد, م. م. (2023). إشكالية الإنفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020. *مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية*. 140 155, 7(1),
- ✓ مسعود, د. (2005). السياسة المالية و دورها في تحقيق التوازن الاقتصادي حالة الجزائر: 2004 - 1990 أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر .

أ- المطبوعات البيداغوجية

- ✓ شيماء, ع. (2019-2020). محاضرات في المالية العامة. موجهة لطلبة السنة الثانية LMD جميع التخصصات. كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير: جامعة الجزائر 3.
- ✓ عبد الله قلش. (2016). منهجية البحث العلمي. مطبوعة بيداغوجية، 88. الشلف: جامعة حسيبة بن بو علي الشلف.
- ✓ غنية, ا. (2021-2022). محاضرات في المالية العامة. موجهة لطلبة السنة الثانية علوم اقتصادية. جامعة الجزائر -3.
- ✓ أسماء, ن. (2022-2023). محاضرات في المالية العامة. موجهة إلى طلبة السنة الثانية ليسانس علوم التسيير. جامعة الجزائر 3.

المراجع باللغة الأجنبية

1- المقالات

- ✓ Abbas, F., & Hiemenz, U. (2011). Determinants of public health expenditures in Pakistan. *ZEF Discussion Papers on Development Policy*(158). Récupéré sur <https://doi.org/10.22004/ag.econ.118422>
- ✓ Alihussein, S., & Enayatollah, H. R. (2013). Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(1), 63-68. doi:10.15171/ijhpm.2013.10
- ✓ Arib, F., Tarbalouti, E., Houria, E.-T., & Moussane, A. (2022). Impacts de la croissance économique et des émissions de CO2 sur les dépenses de santé au Maroc. *African Scientific Journal*, 3(15), 158-183. doi: 10.5281/zenodo.7461984
- ✓ Nesrin, A., Seda, S., & Yilmaz, A. (2017). Determinants of health expenditure in OECD countries: A decision tree model. *Pak J Med Sci.*, 33(6), 1490-1494. Récupéré sur <https://doi.org/10.12669/pjms.336.13300>

2- الاطروحات والمذكرات

- ✓ HABCHI, F. (2021, Mai). Evaluation des dépenses publiques dans le secteur de la santé en Algérie: Entre exigence de la société et rationalisation des dépenses. *Thèse de doctorat*. Université de Ain témouchent.
- ✓ PHI, G. (2017). Determinants of Health Expenditures in OECD Countries. *Honors thesis*. Bryant university