

قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في

الجزائر- الإنفاق الصحي نموذجاً خلال الفترة: -2016/1990-

Measurement of the reciprocal impact between the social development and Economic growth in Algeria.

- Health spending model during the period -1990/2016

أ. عمر بوعزيز

bouaziz_omar77@yahoo.com

المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي

تاريخ الاستلام: 2018/04/23 تاريخ التعديل: 2018/06/09 تاريخ قبول النشر: 2018/06/25

تصنيف O1:JEL

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية- ممثلة في الإنفاق على القطاع الصحي- وبين الناتج المحلي الإجمالي (GDP) في الجزائر في الفترة الممتدة (من 1990 إلى 2016). كما تهدف إلى معرفة مدى التطورات الحاصلة في القطاع الصحي من حيث الإنفاق والهياكل. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي للبيانات والإحصاءات والمقارنة بينها ومناقشتها وتحليلها. كما اعتمدت على اختبار غرانجر (Granger) لدراسة السببية في الأجل القصير وتودا-ياماموتو (Toda-yamamoto) في الأجل الطويل، من جهة أخرى تم استخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) لدراسة وتقدير الأثر التبادلي بين الإنفاق على القطاع الصحي من جهة والناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة موضع الدراسة.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سببية موجبة في الأمد الطويل من الناتج المحلي الإجمالي نحو الإنفاق الصحي كما أن هناك أثراً إيجابياً للناتج المحلي الإجمالي على الإنفاق الصحي في الأمد الطويل، حيث أن زيادة الناتج المحلي الإجمالي ب 1% يؤدي إلى زيادة الإنفاق الصحي ب 47.74%، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الحكومة الجزائرية

قد خصصت مبالغ مالية كبيرة للاستثمار في القطاع الصحي في ظل البرامج التنموية المختلفة. وبالمقابل أظهرت النتائج عدم وجود علاقة سببية من الإنفاق الصحي نحو الناتج المحلي الإجمالي الأمر الذي يمكن تفسيره في أن زيادة الإنفاق على الصحة لا يحدث نموا في الاقتصاد الجزائري. وقد انتهت الدراسة إلى أنه رغم التحسن الملحوظ في الإنفاق على القطاع الصحي والمكتسبات التي حققها، تبقى الخدمات المقدمة دون المستوى المأمول.

الكلمات المفتاحية: الأثر التبادلي؛ التنمية الاجتماعية؛ الإنفاق الصحي؛ الناتج المحلي الإجمالي؛ العلاقة السببية

Abstract:

the present study aims at identifying the reciprocal impact of social development - represented in expenditure on the health sector - and GDP in Algeria in the period from 1990 to 2016. It also aims at identifying developments in the health sector in terms of spending and structures. The study relied on the analytical descriptive approach to data, statistics, comparison, discussion and analysis. It also relied on the Granger test for short-term causality and Toda-yamamoto in the long run. The ARDL model was used to study and assess the cross-impact of expenditure on the health sector from Hand and GDP in Algeria during the period under study.

The study found that there is a positive causal relationship in the long term of GDP towards health expenditure and that there is a positive effect on GDP on long-term health expenditure. The increase of GDP by 1% leads to an increase in health expenditure by 47.74% . This can be attributed to the fact that the Algerian government has allocated large sums of money to invest in the health sector under various development programs. On the other hand, the results showed that there is no causal relationship between health expenditure and GDP, which can be explained by the fact that the increase in health expenditure does not lead to growth in the Algerian economy. The study concluded that despite the noticeable improvement in spending on the health sector and the gains achieved, the services provided are below the expected level.

Key words : *Interaction; Social development; Health expenditure; Gross domestic product; Causal relationship.*

المقدمة:

لقد شكّل دعم النظام الصحي محوراً أساسياً وثابتاً في جميع الخطط التنموية في الجزائر وهذا بهدف تلبية الطلبات المتزايدة للمواطنين على الخدمات الصحية ورغم انعكاس زيادة الإنفاق الفعلي على مستوى الخدمات الصحية إلا أنها ظلت دون مستوى الطموح، حيث أظهر التشخيص الذي تم إعداده منذ سنة 1999 أن النظام الصحي المعمول به قد بلغ حدوده وكان يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي تحد من أدائه وفي إطار هذا المفهوم عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع منظومة الصحة الوطنية نحو العصرية وذلك بتحسين أدائها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمستخدمين. ولمرافقة هذا الإصلاح استفاد قطاع الصحة من برامج تنموية واسعة أساسها مبدأ تكثيف التغطية الصحية الجوارية بغية ضمان استفادة المواطن من العلاج القاعدي والمتخصص.

إن التحديات التي تواجهها خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر، أثرت بشكل مباشر على وضع الخدمات الصحية وطرق تقديمها، مثل زيادة عدد السكان، وارتفاع مستوى الوعي الصحي، الطلبات المتزايدة للمواطنين من أجل توفير الخدمات الصحية. ورغم هذه الجهود والمكتسبات المحققة يبقى الوضع الصحي، بالجزائر يتسم بالعجز في توفير الخدمات الصحية للأفراد والتي ينظر إليها على أنها ذات جودة مشكوك فيها، مما يجعل النظام الصحي ذو كفاءة متدنية في نظر المواطن.

من هنا رأينا أهمية أن نقوم من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على واقع التنمية الاجتماعية بالجزائر وبالخصوص الإنفاق على الخدمات الصحية، ومن ثم استشراف مستقبل هذا الإنفاق والتأثيرات المتبادلة بينه وبين النمو الاقتصادي.

1- أهداف الدراسة:

إن العلاقة المتبادلة بين الإنفاق على الصحة والتنمية تعني أن تحقق التنمية الاقتصادية يؤدي إلى تحسين الأوضاع الصحية، في حين أن الصحة الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية وسنحاول من خلال هذه الدراسة توضيح الأهداف التالية:

التعرف على أهمية التنمية الاجتماعية ودورها في تحقيق التنمية الاقتصادية. التعرف على الوضع الصحي الراهن في الجزائر وأثره على النمو الاقتصادي وذلك بتقديم معلومات عن تطور النظام الصحي خلال الفترة 1990-2016 واستشراف هذا التطور.

2- أهمية الدراسة:

من خلال هذه الدراسة سنحاول اختبار العلاقة الدالية بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي في الجزائر للفترة 1990-2016، ويبرز هذا من خلال الأبعاد التالية:

* **البعد الاقتصادي:** من خلال دراسة اتجاه العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق على

القطاع الصحي لزيادة تعزيز ودعم أحد الاتجاهين للنهوض بالاتجاه الآخر؛

* **البعد الاجتماعي:** تعد الصحة أحد العناصر الأساسية لتحسين الحالة الاجتماعية للأفراد،

وذلك باعتبار أن الاستثمار في الصحة يعد من الجوانب الأساسية للاستثمار البشري؛

* **البعد السياسي:** تحسين ظروف المواطنين المعيشية خاصة في ما يتعلق بالصحة دلالة

على الدور المهم الذي تقوم به الحكومة تجاه أفراد المجتمع مما يزيد من الدعم السياسي لها.

3- مشكلة الدراسة

تعد الصحة واحدة من أهم القضايا التي تؤثر وتتأثر بالاقتصاد والتنمية والخدمات والإنتاجية

بصفة عامة. فالصحة الجيدة للمواطنين تؤثر في الإنتاجية مباشرة من خلال زيادة الجهد في

العمل والحد من التغيب. ومنه فإن الاستثمار في الصحة يسرع النمو الاقتصادي كما أنه أحد

الوسائل الفعالة للمحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وللتعرف على طبيعة العلاقة بين النمو

الاقتصادي والإنفاق على الصحة بالجزائر يمكن صياغة الإشكالية التالية: " هل توجد علاقة

في الاتجاهين بين الإنفاق على الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر؟"

4- فرضيات الدراسة:

أثبتت النظرية الاقتصادية أن هناك علاقة متبادلة بين النمو الاقتصادي والإنفاق على

القطاع الصحي في الأمد الطويل.

5- منهج الدراسة:

سنتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي للبيانات والإحصاءات موضع الدراسة

والمقارنة بينها ومناقشتها وتحليلها، كما سنستخدم الأسلوب القياسي لدراسة الأثر التبادلي بين

الإنفاق على القطاع الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر للفترة 1990-2016 وسنستعين في

ذلك باستخدام برنامج Eviews9.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة والإجابة على الإشكالية المطروحة نستعرض العناصر التالية:

1. مفاهيم أساسية حول متغيرات الدراسة.
2. الشواهد التجريبية للعلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي.
3. تطور القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1990-2016.
4. دراسة العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي
5. النتائج والتوصيات.

أولاً: مفاهيم أساسية حول متغيرات الدراسة.

سنتطرق في هذا المحور تعريف وتبيان أهمية التنمية الاجتماعية، وكذا تعريف الصحة والإنفاق الصحي بالإضافة إلى تعريف النمو الاقتصادي.

1-1 التنمية الاجتماعية

إن محور عملية التنمية الاجتماعية هو إحداث التغيرات الاجتماعية والسلوكية التي تزيد من قدرة المجتمع على الاستفادة من طاقاته البشرية التي بدورها ستعمل في إنجاح نشاطات المجتمع فيتحقق بذلك تنمية وتقدم المجتمع.¹ وسنتناول بعض التعريفات التي اشتملت عليها أدبيات التنمية الاجتماعية.

أ- تعريف التنمية الاجتماعية.

إن مفهوم التنمية الاجتماعية يختلف باختلاف التخصصات العلمية، فهي تعني لدى المشتغلين بالعلوم الإنسانية والاجتماعية تحقيق التوافق الاجتماعي لدى أفراد المجتمع بما يعنيه التوافق من إشباع بيولوجي ونفسي واجتماعي، أما المعنيين بالعلوم السياسية والاقتصادية فهي تعني وصول الإنسان إلى حد أدنى لمستوى المعيشة هو حق له تلتزم به الدولة وتعزز الجهود الأهلية لتحقيق كفاءة استخدام الإمكانيات المتاحة، وتعني لدى المصلحين الاجتماعيين توفير الصحة والتعليم والمسكن الملائم والعمل المناسب لقدرات الإنسان والدخل الذي يوفر له احتياجاته، وكذلك الأمن والترويج وتكافؤ الفرص والانفتاح بالخدمات الاجتماعية، وعند رجال الدين تعني التنمية الاجتماعية الحفاظ على كرامة الإنسان باعتباره خليفة الله في الأرض، وأن ذلك يستوجب العدالة القانونية والاجتماعية والاقتصادية.²

يعرف الرأسماليون التنمية الاجتماعية بأنها إشباع الحاجات الاجتماعية للإنسان عن طريق إصدار التشريعات ووضع البرامج الاجتماعية التي تقوم بتنفيذها الهيئات الحكومية والأهلية. ويعرفها الاشتراكيون بأنها مجرد برامج الرعاية الاجتماعية، تتحقق عن طريق التشريعات الحكومية وإنما ننظر إليها على أنها عملية تغير اجتماعي موجه تهدف إلى القضاء على

مكونات البناء الاجتماعي في البلاد المتخلفة حيث لا تصلح لمواجهة الأبعاد المتغيرة لعلاقات المجتمع الجديد الذي يراد الوصول إليه³.

ب- أهمية التنمية الاجتماعية:

إن عمليات النمو الاقتصادي في الدول المتقدمة تعتمد في الوقت الحاضر على المهارات الإنسانية أكثر من اعتمادها على رأس المال، فالإنسان ذو الكفاية الإنتاجية المرتفعة هو الذي ينال قسطاً من التعليم ويتمتع بصحة جيدة، ويعيش في سكن مريح وتتوفر له الضمانات الكافية التي تكفل له الحياة الآمنة في حاضره ومستقبله هو الذي يستطيع أن يساهم بإيجابية في بناء المجتمع وتنميته⁴.

ويمكننا أن نلخص أهمية التنمية الاجتماعية وضرورتها بالنسبة للأفراد والمجتمع فيما يلي:

*زيادة الدخل القومي، إذ أن الهدف الأساسي الذي يدفع البلاد المتخلفة إلى القيام بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية هو فقرها وانخفاض مستوى معيشتها.

*يشعر الأفراد في ظل التنمية الاجتماعية بوجود الدولة حيث أن الرعاية تساهم في تحقيق معنى الدولة.

*تظهر أهمية التنمية الاجتماعية في تحقيق الأمان في المجتمع وضمان استقامته وعدم جنوحه إلى مبادئ هدامة تشيع الفقرة بين أفرادها.

*تقليل التفاوت في الدخل والثروات، إذ أنه وبإستحواذ نسبة قليلة من المجتمع على نصيب عال من الدخل القومي، -بينما غالبية المجتمع يحصل على نسبة بسيطة جداً- ينجم عن هذا الوضع أن الفئة القليلة لا تتفق عادة كل ما تحصل عليه وتكتنز الجزء الأكبر مما يؤدي إلى ضعف جهاز الإنتاج⁵.

*تنمية قدرات الأفراد إلى أكبر حد ممكن وزيادة رفايتهم بشكل ينسجم مع قدرات واحتياجات المجتمع والوضع الاقتصادي السائد⁶.

وبصورة عامة تهدف التنمية الاجتماعية إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من استثمار وتنمية جهود المواطنين وتأكيد استمراريتها بالاستخدام الأمثل للموارد المحلية.

1-2 الصحة والإنفاق الصحي.

أكد دستور هيئة الصحة العالمية في كثير من فقراته حق المواطنين في الرعاية الصحية ومن ذلك مثلاً: "إن التمتع بأعلى مراتب الصحة أحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان بغير ما تميزه بالنسبة لجنسه أو دينه أو عقيدته السياسية أو حالته الاجتماعية والاقتصادية⁷.

أ- تعريف الصحة:

الصحة لدى الأفراد والمجتمعات وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية في إعلان لمبادئ الرعاية الصحية الأولية عام 1978 "هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب أو انعدام للمرض أو العجز⁸، لكن هذا التعريف تعرض لانتقاد كبير وذلك لتنافيه مع الحياة الواقعية خاصة مع استخدام كلمة اكتمال السلامة، وهو ما دفع العديد من المنظمات إلى استخدام تعريفات أخرى من بينها: الصحة هي الحالة المتوازنة للكائن الحي والتي تتيح له الأداء المتناغم والمتكامل لوظائفه الحيوية بهدف الحفاظ على حياته ونموه الطبيعي.

وعرف البنك الدولي مفهوم الصحة بأنه: "مرتبط بالدخل والتعليم وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة في سلوك الفرد، وكذا بمقدار النفقات ومدى كفاءة النظام الصحي". فالصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن، تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفاءة⁹.

ومن خلال التعريفين السابقين يمكن أن نعرف الصحة على أنها: السلامة الجسمية والعقلية والنفسية للفرد وكذا تحسين الظروف المعيشية المحيطة به، كحقه في التعليم وبيئة نظيفة وسكن مريح وعمل لائق والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية.

ب- مؤشرات الحالة الصحية.

ينطوي التعريف النظري للحالة الصحية للفرد على إشكاليات مفهومية تعيق تطبيق النموذج النمطي للمستهلك ومن ثم تعيق تعريف منحى الطلب على خدمات الرعاية الصحية ، وقد تم تطوير عدد من المؤشرات التجميعية لتعريف الحالة الصحية لمختلف الأقطار، تمثلت في:¹⁰

* **معدل وفيات الرضع** : وهو عدد الوفيات سنويا من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل ألف طفل يولدون أحياء، والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكمال السنة الأولى من العمر مضروبا في ألف.

* **معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة**: وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر بالضبط مضروبا في ألف، وتعتبر منظمة اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية.

* **العمر المتوقع عند الولادة**: هو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحيها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي طول حياته.

* **نسبة الإنفاق الصحي**: وهو الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوبا إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي.

*الحصول على الخدمات الصحية: وهو النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيرا على الأقدام أو باستخدام وسائل الانتقال المحلية فيما لا يزيد عن ساعة.

1-3 النمو الاقتصادي.

يرتبط النمو الاقتصادي بعوامل جوهرية في المجتمع، مثل الحكم الراشد والمؤسسات ذات الكفاءة العالية والمشاركة المجتمعية والبحث والتطوير والتعليم والصحة... وبالتالي أصبح تحقيق معدل النمو الاقتصادي المستدام تعبيراً عن العملية التنموية بأكملها وهو دليل آخر على عدم جدوى الفصل بين السياسة والاقتصاد من جهة وبين العلاقات الاجتماعية والخلفيات الثقافية للمجتمعات¹¹. وسنحاول من خلال هذا المحور التعرض لمختلف تعاريف النمو الاقتصادي.

أ- مفهوم النمو الاقتصادي:

يعرف الاقتصادي كوزنيتس النمو الاقتصادي بأنه إحداث زيادات مستمرة في الثروات المادية ويعتبر الاستثمار في رأس المال المادي والبشري فضلا عن التقدم التقني وكفاءة النظم الاقتصادية هو المصدر الأساسي للنمو الاقتصادي فرأس المال المادي والبشري يؤثر بشكل ايجابي على إنتاجية العامل وتنمية القوى العاملة من حيث التدريب والتأهيل إلى الحد الذي يزيد من نسبة القوى الفاعلة اقتصاديا أما التقدم التقني فهو يعني استخدام أساليب تقني جديدة من خلال الاختراع والابتكار فضلا عن عنصر المخاطرة في المنشأة الإنتاجية أما النظم الاقتصادية فتظهر كفاءتها من خلال نقل الموارد إلى المجالات التي تحقق اقتصاديات الحجم والوضع الأمثل للإنتاج¹².

وبصفة أكثر دقة يمكن تعريف النمو الاقتصادي بالزيادة في إجمالي الدخل الداخلي للبلد مع كل ما يحققه من زيادة في نصيب الفرد من الدخل الحقيقي، ووفقا لذلك فإن النمو الاقتصادي يتضمن ما يلي:¹³

* يجب أن يترتب على الزيادة في الدخل الداخلي للبلد الزيادة في دخل الفرد الحقيقي، أي أن

معدل النمو هو عبارة عن معدل نمو الدخل الوطني مطروح من معدل النمو السكاني.

* أن تكون الزيادة في دخل الفرد حقيقية، أي الزيادة النقدية في دخل الفرد مع عزل أثر التضخم.

* يجب أن تكون الزيادة في الدخل على المدى الطويل، أي لا تختفي بمجرد أن تختفي الأسباب.

ب- المعايير الاجتماعية لقياس النمو الاقتصادي.

يقصد بالمعايير الاجتماعية لقياس النمو الاقتصادي العديد من المؤشرات الخاصة بنوعية الخدمات التي تعيش الحياة اليومية لأفراد المجتمع وما يعترئها من تغيرات، فهناك الجوانب الصحية والجوانب الخاصة بالتغذية، وكذلك الجوانب التعليمية والثقافية¹⁴.

معايير صحية:

لعل من بين المعايير التي تستخدم لقياس مدى التقدم الصحي:

* عدد الوفيات لكل ألف من السكان.

* معدل توقع الحياة عند الميلاد.

* كذلك توجد مؤشرات عديدة أخرى نذكر من بينها عدد الأفراد لكل طبيب، وعدد الأفراد لكل صيدلي، عدد الأفراد لكل سرير بالمستشفيات.

1. معايير تعليمية:

تتمثل هذه المعايير في:

* نسبة الذين يعرفون القراءة والكتابة من أفراد المجتمع.

* نسبة المسجلين في مراحل التعليم الأساسي التعليم الثانوي من أفراد المجتمع.

* نسبة المنفق على التعليم بجميع مراحله إلى إجمالي الناتج المحلي وكذلك إلى إجمالي الإنفاق الحكومي.

2. معايير التغذية:

هناك العديد من الدول النامية غير قادرة على توفير الغذاء الأساسي لسكانها مما يؤدي إلى تعرضها إلى نقص التغذية أو سوء التغذية وما يترتب على ذلك من ضعف قدرتها الإنتاجية ومن ثم انخفاض مستويات الدخل فيها، ومن بين المؤشرات التي تستخدم للتعرف على سوء التغذية أو نقصها:

* متوسط نصيب الفرد اليومي من السعرات الحرارية.

* نسبة النصيب الفعلي من السعر الحرارية إلى متوسط المقررات الضرورية للفرد.

ثانياً: الشواهد التجريبية للعلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي.

تتمثل الأداة التجريبية الرئيسية المستخدمة الآن لدراسة النمو الاقتصادي في تحليل العلاقة بين النمو الاقتصادي (معدل النمو في دخل الفرد، مثلاً) وبين مجموعة من المتغيرات يعتقد أنها السبب في اختلاف النمو الاقتصادي بين الدول المختلفة. وتتضمن هذه المتغيرات: مستويات وأنماط التعليم، والنمو السكاني، والهيكل العمري للسكان، ووفرة الموارد الطبيعية،

والادخار الشخصي والعام، ورصيد رأس المال المادي، والسياسة الاقتصادية (مثل درجة الانفتاح الاقتصادي)، وجودة المؤسسات العامة، والموقع الجغرافي وقد أضافت البحوث الحديثة بعض المؤشرات الصحية المحددة إلى هذه العوامل، وحاولت تحديد الروابط بينها وبين النمو الاقتصادي. مثل توقعات الحياة. بالإضافة إلى بعض المتغيرات كالجغرافيا والسكان التي تربط بصورة غير مباشرة بين الصحة والنمو الاقتصادي.

وفي هذا الإطار سنعرض عدة شواهد تجريبية توضح العلاقة بين النمو الاقتصادي والصحة ومن بين هذه الشواهد ما يلي:

أ- على مستوى الدراسات الكلية تفيد بأن سلامة الصحة العامة هي محرك قوي للنمو الاقتصادي حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بما يقدر بنحو 4 في المائة من كل سنة إضافية في متوسط العمر المتوقع هناك عدة قنوات تعمل في هذا المسار منها الآثار الايجابية للصحة على إنتاجية العمل، ومعدل الالتحاق بالمدارس والتحصيل العلمي، والوظيفة الإدراكية للبشر ومعدلات الادخار، لن الناس يدخرون أكثر تحسبا لفترات التقاعد الأطول أجلا والاستثمار الأجنبي المباشر الذي يقترن غالبا بالتكنولوجيا الحديثة وتوفير فرص العمل وزيادة التجارة¹⁵.

ب- من خلال الدراسة التي قام بها الدكتور **أكمل عبد الحكيم** سنة 2006¹⁶ الموسومة: **صحة المجتمع بين الآثار الاقتصادية والمسؤولية الحكومية** يمكن إرجاع التأثير الإيجابي للأشخاص الأصحاء على مؤشرات النمو الاقتصادي، من خلال أربع طرق رئيسية.

* هؤلاء الأشخاص يصبحون أكثر إنتاجية مساهمين بذلك في زيادة الإنتاجية الكلية، وقادرين على الحصول على دخل أعلى، مما يعينهم على تكوين ثروات شخصية أكبر.

* يقضي هؤلاء الأشخاص أياماً أكثر في العمل، نتيجة انخفاض غيابهم لأسباب مرضية. كما أنهم يقضون سنوات أطول ضمن قوة العمل، حيث لا يضطرون للتقاعد المبكر نتيجة أسباب صحية.

* يميل هؤلاء الأشخاص للاستثمار بشكل أكبر في تعليمهم وتدريبهم، وهو ما يؤدي بالتبعية إلى زيادة إنتاجيتهم.

* كنتيجة لزيادة متوسط العمر، يسعى الأشخاص الأصحاء إلى الادخار بنسبة أكبر من مداخيلهم، تحسباً لسنوات العمر بعد التقاعد. هذه المدخرات تصبح متوفرة للاستثمار في الاقتصاد مرة أخرى، مما يرفع من مؤشرات الأداء الاقتصادي العام.

ج- ولقد حنّد البنك الدولي أربعة طرق يساهم بها تحسين الصحة من قبل القطاع الصحي في تحقيق النمو الاقتصادي ويذكر الطريق الأول أن الأفراد الأكثر صحة لهم غيابات أقل عن

العمل نسبة إلى الأفراد المصابين ما يعني زيادة إنتاجيتهم، والطريق الثاني هو أن الأطفال الأكثر صحة يتغيّون عن التعليم بنسبة أقل من الأطفال المصابين، ما يعني تحقيق الأطفال الأصحاء إنجاز وأداء أفضل. ويدرس الطريق الثالث أثر القضاء على الأمراض في الأماكن التي تنتشر فيها الإصابة، فعند القضاء على هذه الأمراض تصبح هذه الأماكن قابلة للاستثمار والسكن فتُحقّق عوائد تصب في زيادة إجمالي الناتج المحلي، أما الطريق الرابع فيذكر أثر الاستثمار في القطاع الصحي، فهو يزيد من نوعية وكمية الموارد البشرية في المستقبل، من خلال تمديد وتطويل حياة العمل بالنسبة للفرد¹⁷.

د-استنتج عدد كبير من الباحثين، بعد فحص موسع لبيانات الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي، أن الإنفاق يسهم بصورة فعالة في رفع الناتج خصوصا على الأمد الطويل، حيث تؤكد تجارب عديدة من دول العالم وجود علاقة ايجابية بين المتغيّرين، لكنها ليست ثابتة لجميع الدول، حيث تتباين مقادير النمو بين دول العالم، ويرجع هذا إلى اختلاف مراحل التنمية وفعالية الإنفاق الصحي، وكفاءته في مواجهة التحديات الصحية وتحسين الصحة العامة للسكان. يظهر تأثير الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي بصورة قوية في بداية مراحل التنمية، بسبب تصديه للأمراض المعدية المنتشرة في البلدان وتحسين صحة الفئات السكانية الأضعف التي تضم الفقراء والنساء والأطفال والزيادة الكبيرة في معدلات الأعمار المتوقعة¹⁸.

ه-أعد سميث دراسة عن أصحاب الدخل المرتفعة والصحة الجيدة، لإيجاد العلاقة بين الصحة و الحالة الاقتصادية، واستنتج من دراسته أن هناك علاقة وطيدة بين الصحة والثروة حيث تؤثر الموارد الاقتصادية المتاحة للأسرة تأثيرا كبيرا في الحالة الصحية لأفراد الأسرة وخاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة حيث يبنى مستوى ومسار الحالة الصحية للفرد طول فترة عمره المتوقع وأن هناك تأثير ارتدادي لمستجدات الحالة الصحية لأفراد الأسرة وعلى دخلها وثروتها. كما يرى أن الصحة تمثل رصيد لها آثار محتملة على كل من الدخل، الاستهلاك وتكاليف العلاج الطبي، وأن تدهور الحالة الصحية تترك آثار سلبية على تراكم الثروة لدى الأسرة، ويمكن استكشاف الدور الذي تلعبه الصحة في قرارات الادخار الأسرية من خلال نماذج دورة الحياة¹⁹. من خلال هذه الشواهد نستنتج أن هناك علاقة سببية بين مختلف قطاعات التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي فالصحة مثلا تؤثر بطريقة مباشرة على النمو من خلال تأثيرها على الإنتاجية. حيث أن الصحة الجيدة تعطي الفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن والعمل لوقت أطول خلال نفس اليوم والعيش حياة إنتاجية أطول وكل هذه العوامل تساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية²⁰.

ثالثا: تطور القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1990-2016

أولت الحكومة أهمية كبيرة لقطاع الصحة في الجزائر حيث قامت بتخصيص مبالغ جد معتبرة وذلك من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان، ويهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مراقبة سياسة الصحة العمومية بجهود استثمارية هامة من طرف الدولة لتوسيع شبكة هياكل الصحة وتكثيفها قصد التكفل بشكل أفضل بالمريض وتغطية طبية أنجع²¹ حيث عرفت الإعتمادات المخصصة لقطاع الصحة ضمن الميزانية العامة للدولة نموا مطردا على مدار السنوات الأخيرة منتقلة من 35.1 مليار دينار جزائري سنة 2000 إلى 195 مليار دينار جزائري لعام 2010. من الناتج الداخلي الخام تضاعفت النفقات الصحية بنحو ثلاث مرات خلال الفترة الزمنية 2000-2008 منتقلة من 3,3% إلى 9,6% هذا الارتفاع المستمر للنفقات على قطاع الصحة كان لها بالغ الأثر الايجابي لنصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية. ويمكن تقسيم فترات تطور المنظومة الصحية خلال الفترة 1990-2016 كما يلي:

3-1 الفترة 1990-2000:

شهدت هذه الفترة ميلاد عدة مؤسسات دعمت وزارة الصحة على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور الجزائر الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للضمامات الحيوية. وتضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشفيات والوكالة الوطنية للدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية والمركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي. كما عرفت هذه المرحلة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات الجامعية والمؤسسات المتخصصة والمراكز الصحية بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص. و في نفس العشرية تم إعادة بعث البرامج الوطنية وتحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد والتسجيل والمراقبة والتوزيع وتخلى الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية.

3-2 الفترة 2001-2004:

شهدت هذه الفترة طرح برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي كان هدفه إعطاء دفع جديد للاقتصاد الوطني ومن جهة أخرى فهو يعبر بوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسة توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى، وهذا راجع إلى التجربة المريرة التي مرت بها الجزائر خلال فترة التعديل الهيكلي وعلى هذا الأساس استفاد قطاع

الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج قدرت بـ: 14.7 مليار دج أي بنسبة 16.28 % من الحصة الإجمالية الموجهة لتنمية الموارد البشرية البالغة قيمتها 90.3 مليار دج²²، ومنه فقد ساهم التطبيق الفعلي لهذا البرنامج من تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع يقارب 454 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربع سنوات بمعدل 136 مشروع لكل سنة.

3-3 الفترة 2005 - 2009

قصد دعم النمو الاقتصادي تم طرح برنامج تكميلي لدعم النمو الاقتصادي (PCSC)، وباعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج، أي بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل²³. كما تم اعتماد تنظيم صحي جديد بدءا من شهر ماي 2007 بموجب المرسوم 07-140-2007²⁴، يقوم على فصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تتضمن العلاج القاعدي، وقد مكن التنظيم الجديد المستشفى يركز على مهامه الإستشفائية دون إغفال نشاطات الوقاية التي يوفر لها فضاء متميزا يخص العلاج القاعدي وتحسين العلاقة الجوارية مع المواطن ومنذ الفاتح جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية، حيث أسفرت هذه التعديلات التنظيمية والقانونية عن إعداد مدونة جديدة تخص هياكل الصحة وبهذا تم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين اثنتين هما:²⁵

* المؤسسة العمومية الاستشفائية.

* المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

3-4 الفترة 2010 - 2016

تميزت هذه الفترة بطرح برنامج توطيد النمو (PCCE) حيث يندرج هذا الأخير ضمن دينامية إعادة الاعتمار الوطني التي انطلقت سنة 2001 ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي التي تمت مباشرته سنة 2001 وتواصلت ببرنامج في الفترة 2005-2009 الذي تدعم بالبرامج الخاصة التي رصدت لصالح الهضاب العليا وولايات الجنوب واستلزم برنامج الاستثمارات العمومية للفترة 2010-2014 من النفقات 21114 مليار دج، وقد تم توجيه أكثر من 40 بالمائة من هذه الاستثمارات العمومية نحو تحسين الظروف الاجتماعية للجزائريين بهدف تعزيز التنمية البشرية²⁶ استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي معتبر يقدر بـ 619 مليار دج وذلك في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010-2014، وقد تم استغلال هذا البرنامج لانجاز أكثر من 1500 منشأة صحية منها 17 مستشفى، 45 مركز متخصص في

الصحة، 377 عيادة متعددة الخدمات، 1000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.

تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج من الأولويات التي استهدفت تقليص الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة، ويعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل الصحة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادة متعددة التخصصات وتتوفر على 3566 سرير متخصص للأمهات و378 عيادة متعددة الاختصاصات و5376 قاعة علاج.

3-5- تطور المؤشرات والهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2016

سنتطرق في هذا المحور إلى تطور الهياكل الصحية، و مؤشرات التغطية الصحية والمؤشرات الديمغرافية، بالإضافة الإنفاق الصحي.

1- تطور الهياكل الصحية:

من خلال الجدول رقم (01) نلاحظ أن عدد الهياكل الصحية خلال الفترة 1999-2016، قد ارتفع بشكل لافت للنظر خاصة في الفترة 2011-2016 حيث بلغ مجموع المستشفيات المنجزة 205 مستشفى، بينما بلغ عدد العيادات متعددة الخدمات، 528 عيادة بعدما كان عددها 50 عيادة خلال الفترة 1999-2004، كما تم إنجاز خلال الفترة 2011-2016 1000 قاعة علاج، بزيادة قدرها 306 قاعة مقارنة بالفترة 1999-2004.

الجدول رقم: (01) تطور الهياكل الصحية المنجزة في الجزائر خلال الفترة 1991-2006

المجموع	2016-2011	2011-2009	2008-2005	2004-1999	الهياكل الصحية
205	160	12	20	13	مؤسسات استشفائية
352	-	145	71	136	مراكز صحية
528	378	43	57	50	عيادة متعددة الخدمات
2129	1000	51	384	694	قاعات العلاج
21	3	13	5	0	دور الولادة

المصدر: 1- الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، حوصلة إحصائية 1962-2011، ص 112.

2- مصالح الوزير الأول: ملحق بيان السياسة العامة، أكتوبر 2010، ص 86.

3- رئاسة الوزراء، بيان اجتماع مجلس الوزراء بخصوص برنامج توظيف النمو 2010-2014، 24 ماي 2010.

من خلال الجدول رقم (02) أدناه نلاحظ أن عدد الأطباء تطورا ملحوظا من سنة إلى أخرى وهذا نتيجة للتكوين الذي أولته الدولة الجزائرية لتكوين الأطباء وقدرت هذه الزيادة بـ: 4355

طبيب 2014 و 2015 بنسبة نمو قدرها 6.3 % وازيادة ،قدرت بـ: 49881 طبيب بنسبة قدرها 211 %، بين سنتي 1990 و 2015. بنفس الوتيرة ازداد عدد الصيادلة وجراحي الأسنان

الجدول رقم: (02) تطور السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر خلال الفترة 1990-2015

الهيكل الصحية	1990	1995	2000	2006	2010	*2013	*2014	*2015
عدد الأطباء	23550	27317	32332	39459	56209	66236	69076	73431
عدد الصيادلة	2134	3691	4814	7267	9081	10538	11078	11475
عدد جراحي الأسنان	7199	8056	8197	9648	11633	12782	13168	13645
عدد عمال الشبه الطبي	-	-	-	-	-	123344	121803	123458

المصدر: 1- الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، حوصلة إحصائية 1962-2011، ص 112.

2- *الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، الجزائر بالأرقام -نتائج 2013-2015، النشرة رقم 46 2016، ص 26.

ب- مؤشرات التغطية الصحية:

من خلال الجدول (03) يتبين أن نصيب السكان من الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان في انخفاض مستمر، حيث وصل عدد السكان لكل طبيب عام إلى 1118 نسمة سنة 2015 بعدما كان 1887 سنة 1990، أما نصيب السكان لكل طبيب اختصاصي، فقد وصل إلى 1413 نسمة سنة 2015 بعدما كان 3080 نسمة سنة 1990، وقد تراجع عدد السكان لكل صيدلي من 11725 نسمة سنة 1990 إلى 3467 نسمة سنة 2015، أما بالنسبة لنصيب السكان لكل جراح أسنان فقد وصل إلى 2972 نسمة سنة 2015 بعدما كان 3476 نسمة سنة 1990.

الجدول رقم: (03) تطور مؤشر التغطية الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2015

عدد السكان لكل:	1990	2000	2005	2006	2010	2013	2015
طبيب عام	1887	1177	969	1490	1339	1127	1118
طبيب اختصاصي	3080	3464	2240	2052	2064	1404	1413
صيدلي	11725	6273	5389	4341	-	-	3467
جراح أسنان	3476	3761	3641	3269	3143	2978	2972

المصدر: 1- رئاسة الحكومة، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، ماي 2014 ص 50.

2- مصالح الوزير الأول: ملحق بيان السياسة العامة، أكتوبر 2010، ص 86.

3- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مؤشرات التغطية الصحية.

من خلال الجدول رقم (04) أدناه نلاحظ أن حجم وفيات الرضع بلغ 22271 وفاة خلال سنة 2016، حيث شهد انخفاضا نسبيا بلغ 3.8% مقارنة بسنة 2015 سجل هذا التراجع على الرغم من ارتفاع حجم الولادات الحية التي أثرت إيجابا على مستوى وفيات الرضع ، مما أدى إلى تراجع معدل وفيات الرضع بأكثر من 1.4 نقطة مقارنة بسنة 2015 ليبلغ 20.9 % . كما تراجع معدل الوفيات 25.9 نقطة مقارنة بسنة 1990 بنسبة قدرها 38.6 % . كما شهد احتمال

وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر تراجعا معتبرا بين سنتي 2015 و2016 ليلعب 25.4% أي انخفاضا قدر ب 0.3 نقطة هذا التراجع ناتج عن الانخفاض المحسوس لوفيات الرضع. كما ارتفع معدل الأمل في الحياة ب 10.44 نقطة خلال سنة 2016 مقارنة بسنة 1990.

الجدول رقم: (04) يمثل تطور المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي للسكان خلال الفترة 1990-2016

المؤشرات	السنوات	1990	2000	2005	2010	2012	2015	2016
متوسط وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي		46.8	36.9	30.4	14.7	22.6	22.3	20.9
متوسط وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000		55.7	43	35.5	27.5	26.1	25.7	25.4
معدل الحياة المتوقع		67.16	70.18	74.6	76.3	76.4	77.2	77.6

المصدر: 1- الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، حوصلة إحصائية1962-2011، ص 112.

2- الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، الجزائر بالأرقام -نتائج 2013-2015، النشرة رقم 46 2016، ص 26.

ج- المؤشرات الديمغرافية:

من خلال الجدول رقم (5) بلغ عدد السكان سنة 2016 40.8 مليون نسمة، بزيادة طبيعية قدرت ب 886 ألف نسمة وبذلك بلغ معدل النمو الطبيعي 2.17% مسجلا زيادة قدرت ب: 0.02 نقطة مقارنة بسنة 2015 ويعود هذا الارتفاع أساسا إلى زيادة حجم الولادات الحية مع تراجع لحجم الوفيات.

الجدول رقم: (05) يمثل تطور المؤشرات الديمغرافية خلال الفترة 1990--2016

المؤشرات	السنوات	1990	2000	2005	2010	2012	2015	2016
عدد السكان (بالآلاف)		25022	30416	32906	35978	37495	39963	40836
معدل النمو الطبيعي (%)		2.49	1.48	1.69	2.03	2.16	2.15	2.17
معدل الوفيات (‰)		6.03	4.59	4.47	4.37	4.39	4.57	4.42

المصدر: 1- الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، حوصلة إحصائية1962-2011، ص 112.

2- الديوان الوطني للإحصائيات(ONS)، الجزائر بالأرقام -نتائج 2013-2015، النشرة رقم 46 2016، ص 26.

د- الإنفاق الصحي:

من خلال الجدول (06) نلاحظ أن نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية تحسن من سنة لأخرى حيث ارتفع إلى 932.10 دولار للفرد سنة 2014 بعدما كان 278.08 سنة 2000. ويعود هذا التحسن الملحوظ إلى البرامج التي خصصتها الدولة لتنمية القطاع الصحي. إن التحسن المستمر الذي عرفته المؤشرات المختلفة المرتبطة بحجم النفقات العامة على قطاع الصحة لا يغني عن بذل المزيد من الجهد لرفعها، خاصة وأنها تبقى دون المستويات المحققة

في العديد من الدول فعلى سبيل المثال، بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية سنة 2014 في ماليزيا 1040.23 دولار، والبرازيل 1318.17 دولار، الإمارات العربية المتحدة 2405.37 دولار²⁷.

الجدول رقم (06): يبين تطور نصيب الفرد من الاتفاق على الرعاية الصحية، وفقا لتعادل القوة الشرائية

(بالأسعار الثابتة للدولار الدولي في عام 2011) في الجزائر خلال الفترة 2001-2015

السنة	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية	السنة	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية
2000	278.08	2008	510.13
2001	323.07	2009	654.98
2002	332.46	2010	644.25
2003	346.55	2011	686.22
2004	360.80	2012	821.34
2005	355.14	2013	858.86
2006	380.57	2014	932.10
2007	353.24		

Source: https://data.albankaldawii.org/indicator/SH.XPD.PCAP.PP.KD?locations=DZ&name_desc=fals

الجدول رقم(07) : تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة الوحدة:1000دج

السنة	نفقات التسيير لقطاع الصحة	نفقات التسيير لقطاع الصحة	السنة	نفقات تسيير الصحة نسبة لقطاع التسيير	نفقات التسيير لقطاع الصحة	نفقات تسيير الصحة نسبة لقطاع التسيير
1990	384000	45263770	2004	0.46%	0000120000	5.31%
1991	2382560	09536246	2005	2.01%	3000125527	4.98%
1992	12317689	15276703	2006	6.04%	1283446977	5.48%
1993	16713963	29669355	2007	5.50%	1652698265	5.66%
1994	17819286	129201251	2008	5.51%	1962017969	6.40%
1995	21171423	178322829	2009	4.83%	2593741485	6.88%
1996	28994126	195011838	2010	5.30%	2837999823	6.87%
1997	28536391	227859541	2011	4.45%	3434306634	6.63%
1998	29802363	404945348	2012	3.86%	4608250475	8.79%
1999	31681985	306925642	2013	3.87%	4335614484	7.08%
2000	33900742	365946753	2014	3.51%	4714452366	7.76%
2001	38324796	381972062	2015	4.58%	4972278494	7.68%
2002	49117107	379407269	2016	56%.4	4807332000	7.89%
2003	56555430			5.05%		

المصدر: الجرائد الرسمية²⁸ : من 1990 إلى 2015.

من خلال الجدول رقم (07) أعلاه نلاحظ أن هناك تطور مستمر فيما يخص نفقات تسيير القطاع الصحي فبعدما كانت قيمة النفقات المخصصة للتسيير لا تتعدى 2.4 دج لسنة 1991 أصبحت في نهاية التسعينيات 3.17 مليار دج أي بمعدل نمو قدره 12.30% ، وواصلت هذه الاعتمادات المخصصة لنفقات تسيير القطاع الحي في الارتفاع لتصل إلى 62.5 مليار دج سنة 2005 بمعدل نمو قدره 84 بالمائة بين سنتي 2000 و 2005 وقد قفز هذا المعدل إلى 184 بالمائة بين سنتي 2005 و 2009 ، كما بلغ 95 بالمائة بين سنتي 2010 و 2016 .

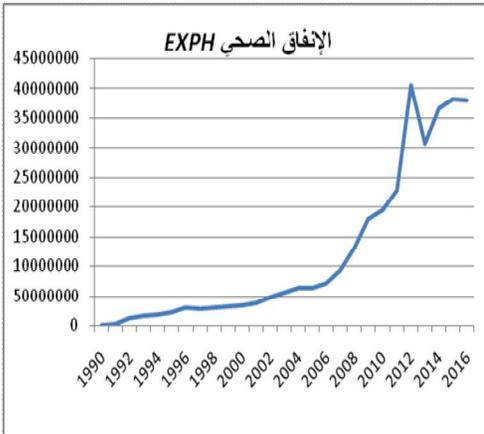
رغم هذا الارتفاع المسجل في الهياكل الصحية وتراجع نصيب السكان من الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان، وتحسن نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية، وتطور نفقات تسيير القطاع، إلا أن هذه الأرقام تبين أن نسبة التغطية في الجزائر ما زالت ضعيفة نوعا ما مقارنة بما تم ضخه من نفقات لهذا القطاع.

رابعاً: دراسة استقرارية السلسلتين الزمنيتين .

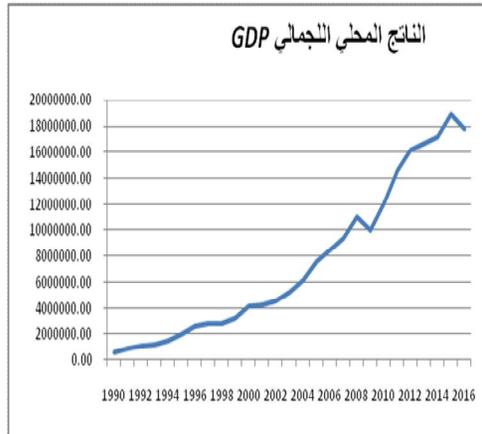
سنقوم بدراسة استقرارية السلسلتين الإحصائيتين لكل من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي.

من خلال الشكلين (1) و (2) يظهر بصورة واضحة أن السلسلتين غير مستقرتين وسنبحث هل يرجع سبب عدم استقرارية السلسلتين لوجود جذر الوحدة أم لا .

الشكل (02): يمثل تطور الإنفاق الصحي للفترة 1990-2016



الشكل (01): يمثل تطور الناتج المحلي الإجمالي للفترة 1990-2016



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على Eviews9

4-1-دراسة إستقرارية السلسلة الزمنية للنتائج المحلي الإجمالي (GDP)

1- عند المستوى (level)

الجدول رقم (08):نتائج اختبار ديكي فولر المطور (ADF) للسلسلة (GDP)

النموذج (4)	النموذج (5)		النموذج (6)			النموذج
	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الاتجاه العام	
الجزر الأحادي	-2.981	2.54	-3.595	3.11	2.79	t_{tab}
	-1.954	1.342	-2.032	1.728	1.979	t_{cal}

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ما يلي:

• نتائج تقدير النموذج رقم (6):

$$\begin{cases} H_0 : B = 0 & \text{عدم وجود مركبة الاتجاه العام} \\ H_1 : B \neq 0 & \text{وجود مركبة الاتجاه العام} \end{cases}$$

لدينا : $t_{cal} = 1.979 < t_{tab} = 2.79$ عند مستوى معنوية 5% ومنه نقبل H_0 أي عدم وجود مركبة الاتجاه العام .

• نتائج تقدير النموذج رقم (5):

$$\begin{cases} H_0 : C = 0 & \text{عدم وجود الحد الثابت} \\ H_1 : C \neq 0 & \text{وجود الحد الثابت} \end{cases}$$

لدينا : $t_{cal} = 1.728 < t_{tab} = 3.11$ عند مستوى معنوية 5% ومنه نقبل H_0 أي عدم وجود الحد الثابت

• نتائج تقدير النموذج رقم (4):

$$\begin{cases} H_0 : \emptyset = 1 & \text{وجود الجذر الأحادي} \\ H_1 : \emptyset < 1 & \text{وجود عدم الجذر الأحادي} \end{cases}$$

لدينا : $t_{cal} = 1.645 > t_{tab} = -1.954$ عند مستوى معنوية 5% ومنه نقبل H_0 أي وجود جذر الوحدة

النتيجة : من خلال الجدول رقم (08) نلاحظ أن السلسلة غير ساكنة عند المستوي.

1- عند الفرق الأول (1st difference)

الجدول رقم (09): نتائج اختبار ديكي فولر المطور (ADF) للسلسلة (GDP)

النموذج (4)	النموذج (5)		النموذج (6)			النموذج
	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الاتجاه العام	
-1.955	-2.986	2.54	-3.603	3.11	2.79	t_{tab}
-4.49	-4.592	1.839	-4.478	0.625	0.389	t_{ca}

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

النتيجة: من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن السلسلة ساكنة عند الفرق الأول.

4-2-دراسة استقرارية سلسلة الإنفاق الصحي (EXPH):

ا- عند المستوى (level)

الجدول رقم (10): نتائج اختبار ديكي فولر المطور (ADF) للسلسلة (EXPH)

النموذج (4)	النموذج (5)		النموذج (6)			النموذج
	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الاتجاه العام	
-1.955	-2.986	2.54	-3.603	3.11	2.79	t_{tab}
2.364	1.107	1.235	-0.983	-0.933	1.830	t_{ca}

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

النتيجة: من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ السلسلة غير ساكنة عند المستوى.

ب- عند الفرق الأول (1st difference)

الجدول رقم (11): نتائج اختبار ديكي فولر المطور (ADF) للسلسلة (EXPH)

النموذج (4)	النموذج (5)		النموذج (6)			النموذج
	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الجزر الأحادي	الحد الثابت	الاتجاه العام	
-1.955	-2.986	2.54	-3.603	3.11	2.79	t_{tab}
-6.235	-7.271	2.441	-7.929	-0.440	1.935	t_{ca}

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

النتيجة: من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ السلسلة ساكنة عند الفرق الأول.

4-3- تحديد العلاقة السببية بين الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي حسب غرانجر: سنحاول في هذا العنصر دراسة العلاقة السببية بين الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي في الأجل القصير.

الجدول رقم (12): نتائج دراسة السببية

Pairwise Granger Causality Tests

Date: 03/19/18 Time: 11:45

Sample: 1 27

Lags: 2

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
EXPH does not Granger Cause GDP	25	1.06363	0.3639
GDP does not Granger Cause EXPH		5.10255	0.0162

المصدر: مخرجات Eviews9

الجدول رقم (13): نتائج اختبار السببية حسب غرانجر

النتيجة	الاحتمال Prob	F-Statistic	فرضية العدم (H_0)
لا توجد علاقة سببية من الإنفاق الصحي باتجاه الناتج الداخلي الخام	0.3639	1.063	GDP لا يسبب EXPH
توجد علاقة سببية من الناتج الداخلي الخام باتجاه الإنفاق الصحي	0.0162	5.102	EXPH لا يسبب GDP

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

• نتائج اختبار السببية:

$$\begin{cases} H_0 : \text{GDP لا يسبب EXPH} \\ H_1 : \text{EXPH لا يسبب GDP} \end{cases}$$

من خلال الجدول رقم (13) لدينا الاحتمال $0.05 > 0.3639$ ومنه نقبل فرضية العدم معناه أن الإنفاق الصحي لا يسبب الناتج المحلي الإجمالي في الأجل القصير.

• نتائج اختبار السببية:

$$\begin{cases} H_0 : \text{EXPH لا يسبب GDP} \\ H_1 : \text{GDP لا يسبب EXPH} \end{cases}$$

من خلال الجدول رقم 12 لدينا الاحتمال $0.05 < 0.0162$ ومنه نرفض فرضية العدم معناه أن الناتج المحلي الإجمالي يسبب الإنفاق الصحي في الأجل القصير.

4-4- تحديد العلاقة السببية في الأجل الطويل باستخدام طريقة Toda-Yamamoto 1995**أ- تحديد رتبة استقرارية السلسلتين الزمئيتين GDP و $EXPH$**

من خلال دراستنا لاستقرارية السلسلة الزمنية الخاصة بالإنفاق الصحي ($EXPH$) وجدنا أنها مستقرة عند الفرق الأول ومنه فإن رتبة السلسلة الزمنية ($EXPH$) هي (1). وجدنا كذلك أن السلسلة (GDP) مستقرة عند الفرق الأول ومنه فإن رتبة السلسلة (GDP) الزمنية هي (1).

ب- تحديد فترات الإبطاء:**الجدول رقم (13): نتائج تحديد فترات الإبطاء**

VAR Lag Order Selection Criteria
Endogenous variables: GDP EXPH
Exogenous variables: C
Date: 03/19/18 Time: 19:39
Sample: 1 27
Included observations: 22

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-784.1963	NA	3.76e+28	71.47240	71.57158	71.49576
1	-739.8944	76.52154	9.67e+26	67.80858	68.10614	67.87868
2	-736.5497	5.169088	1.04e+27	67.86815	68.36408	67.98498
3	-734.5951	2.665394	1.29e+27	68.05410	68.74840	68.21765
4	-718.2638	19.30057*	4.45e+26	66.93308	67.82575*	67.14336
5	-713.0998	5.164042	4.40e+26*	66.82725*	67.91830	67.08427*

* indicates lag order selected by the criterion
LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)
FPE: Final prediction error
AIC: Akaike information criterion
SC: Schwarz information criterion
HQ: Hannan-Quinn information criterion

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

من خلال الجدول رقم (13) نعتمد على معيار شوارتز²⁹ (SC) لتحديد عدد الإبطاءات المناسبة لنموذج (VAR) هو أربع إبطاءات أي ($K=4$).

الجدول رقم (14): نتائج اختبار (Toda-Yamamoto)

VAR Granger Causality/Block Exogeneity Wald Tests
Date: 03/19/18 Time: 22:28
Sample: 1 27
Included observations: 22

Dependent variable: GDP

Excluded	Chi-sq	df	Prob.
EXPH	7.281832	4	0.1217
All	7.281832	4	0.1217

Dependent variable: EXPH

Excluded	Chi-sq	df	Prob.
GDP	22.49494	4	0.0002
All	22.49494	4	0.0002

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات Eviews9.

• نتائج اختبار السببية:

$$\begin{cases} H_0 : EXPH \Rightarrow لايسبب GDP \\ H_1 : EXPH \Rightarrow يسبب GDP \end{cases}$$

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.1217 أكبر من 0.05 ومنه نقبل فرض العدم H_0 أي لم نستطع أن نرفض فرض العدم ومنه فإن الإنفاق الصحي لا يسبب الناتج المحلي الإجمالي في الأجل الطويل.

• نتائج اختبار السببية:

$$\begin{cases} H_0 : GDP \Rightarrow لايسبب EXPH \\ H_1 : GDP \Rightarrow يسبب EXPH \end{cases}$$

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.0002 أقل من 0.05 ومنه نرفض فرض العدم H_0 أي نقبل الفرض البديل ومنه فإن الناتج الداخلي الحقيقي يسبب الإنفاق الصحي في الأجل الطويل.

5-تقدير نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL

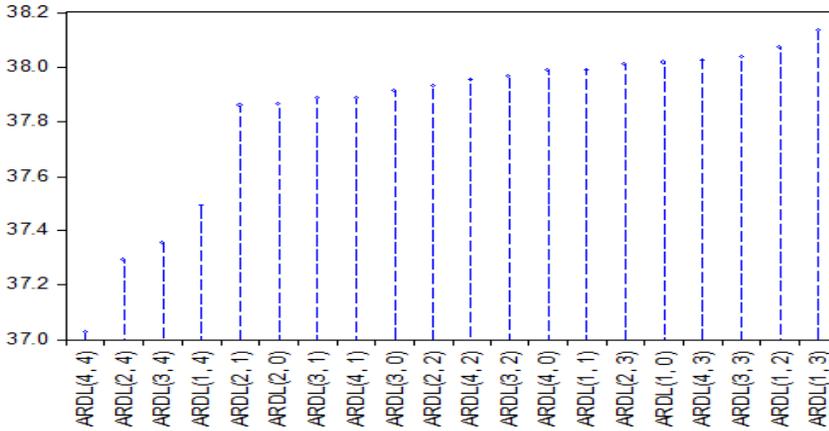
بعد دراسة استقرارية السلاسل الزمنية وتحديد اتجاه العلاقة في الأجلين القصير والطويل باستخدام اختبار غرانجر (*Granger*) و تودا يماموتو (*Toda-Yamamoto*) على التوالي توصلنا إلى أن السلسلتين متكاملتين من نفس الدرجة (1)، وتوجد علاقة من النمو الاقتصادي باتجاه الإنفاق الصحي، وبما أن السلسلتين متكاملتين من الدرجة الأولى سوف نقوم باستخدام منهج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL لاختبار التكامل المشترك والتأكد من وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين متغيرات النموذج، إلى تقدير معلمات الأجل الطويل و كذا معلمات المتغيرات المستقلة في الأجل القصير وقياس أثر العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي.

1-تحديد فترات الإبطاء المثلى للنموذج:

تظهر نتائج فترات الإبطاء كمايلي:

الشكل رقم (03): معيار AIC لتحديد فترات الإبطاء

Akaike Information Criteria



المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات Eviews.9

من خلال الشكل رقم (03) يتضح أن أفضل نموذج حسب معيار (AIC) هو ARDL(4.4) أي أن فترة الإبطاء المثلى هي 4 إبطاءات بالنسبة للناتج الداخلي الخام و 4 إبطاءات بالنسبة لسلسلة الإنفاق الصحي.

2- اختبار جودة النموذج

في البداية ينبغي التأكد من جودة أداء النموذج ARDL(4.4)، قبل اعتماده في تقدير الآثار قصيرة وطويلة الأجل، للتأكد من جودته وذلك سوف نستخدم الاختبارات التالية:

أ-التوزيع الطبيعي للبواقي:

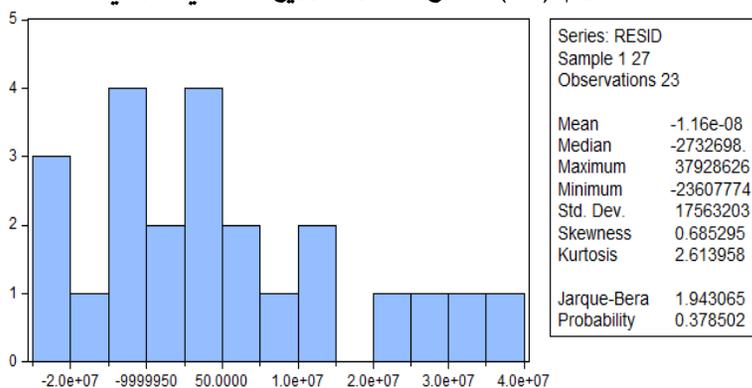
سوف نعتمد على إحصائية جارك بيررا (Jarque-Berra) حيث لدينا:

$$J - B = 1.94 < \chi_2^2(0.05) = 5.99$$

J-B=1.94 أقل من 5.99 ومنه نقبل فرضية العدم (H_0) التي تنص على أن البواقي

تتبع توزيع طبيعي وهذا ما تؤكد قيمة الاحتمال الموافقة لـ: (Jarque-Berra) وهي أكبر من 0.05.

الشكل رقم (04): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبواقى



المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

ب- تجانس تباين الأخطاء:

لدينا ($LM = 0.0067 <$) التي تنص على تجانس تباين حدود الخطأ، حيث أن قيمة الاحتمال أكبر من 5% تدعم ذلك، والجدول التالي والجدول رقم (15): يوضح نتائج هذا الاختبار.

الجدول رقم (15): نتائج اختبار تجانس تباين الأخطاء:

Heteroskedasticity Test: ARCH

F-statistic	0.011803	Prob. F(1,24)	0.9144
Obs*R-squared	0.012780	Prob. Chi-Square(1)	0.9100

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

ج- اختبار مشكلة الارتباط الذاتي التسلسلي:

من أجل دراسة فرضية عدم وجود ارتباط ذاتي تسلسلي، نلجأ إلى اختبار (Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test) للارتباط الذاتي، حيث:

$$LM = 0.0067 < \chi^2_1(0.05) = 3.84$$

باحتمال أكبر من 5% ، وهذا يشير إلى قبول الفرضية الصفرية (H_0) التي تفترض عدم وجود ارتباط ذاتي لبواقى النموذج المقدر، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار Breusch-Godfrey للارتباط الذاتي للأخطاء:

الجدول رقم (16): نتائج اختبار Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test

Breusch Godfrey Serial Correlation LM Test

F-statistic	0.003518	Prob. F(1,12)	0.9537
Obs*R-squared	0.000741	Prob Chi-Square(1)	0.9346

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

3- تقدير الأثر في الأجل القصير والطويل باستعمال نموذج (ARDL):

بعد التأكد من جودة أداء النموذج الآن نقوم بتقدير النموذج وذلك وفق الخطوات التالية:

3-1- اختبار التكامل المشترك باستعمال منهج الحدود (Bounds Test):

يبين الجدول أدناه نتائج اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود (Bounds Test)، و تشير النتائج إلى أن القيمة المحسوبة لـ F-statistic أكبر من القيم الحرجة للحد الأعلى عند معظم مستويات المعنوية، ومنه نرفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات، ويعني ذلك وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين الإنفاق الصحي و النمو الاقتصادي.

الجدول رقم (17): نتائج اختبار Bounds Test

ARDL Bounds Test		
Date: 06/20/18 Time: 01:54		
Sample: 5 27		
Included observations: 23		
Null Hypothesis: No long-run relationships exist		
Test Statistic	Value	k
F-statistic	9.118917	1
Critical Value Bounds		
Significance	I0 Bound	I1 Bound
10%	4.04	4.78
5%	4.94	5.73
2.5%	5.77	6.68
1%	6.84	7.84

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

3-2 تقدير نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM):

سوف نقوم بتقدير أثر النمو الاقتصادي في الإنفاق الصحي باستخدام نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM)، وهو منهج بديل لطريقة انجل وجرانجر ذي الخطوتين، وينطوي على تقدير معالم النموذج على المدى القصير والطويل في معادلة واحدة. ويتم صياغة نموذج

(UECM) ضمن إطار نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) ونتائج التقدير موضحة في الجدول رقم (18).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) أدناه أن معامل التحديد ($R^2 = 0.85$) وهو جيد حيث أن المتغير المفسر و هو النمو الاقتصادي يتحكم بنسبة 85% من التغيرات التي تحدث على الإنفاق الصحي، مما يعني أن هناك ارتباط قوي بين الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي الاقتصادية المفسرة له، كما أن قيمة إحصائية فيشر المحسوبة F_{cal} و التي تساوي 8.125 أكبر من القيمة الجدولية والتي تساوي 3.865 مما يدل على أن النموذج ككل له معنوية إحصائية، ونقبل هذا بمعنوية 5%.

الجدول رقم (18): نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(EXPH(-1))	-0.107617	0.193609	-0.555849	0.5878
D(EXPH(-2))	0.427510	0.200930	2.127654	0.0531
D(EXPH(-3))	0.420862	0.163221	2.578476	0.0229
D(GDP)	-5.910493	8.914236	-0.663040	0.5189
D(GDP(-1))	-13.20024	12.37636	-1.066569	0.3056
D(GDP(-2))	-12.59525	11.44951	-1.100069	0.2913
D(GDP(-3))	-54.21574	10.73577	-5.050011	0.0002
C	-62261147	18325638	-3.397489	0.0048
GDP(-1)	25.91053	6.074178	4.265685	0.0009
EXPH(-1)	-0.542747	0.145089	-3.740798	0.0025
R-squared	0.849063	Mean dependent var	15769274	
Adjusted R-squar...	0.744568	S.D. dependent var	45207022	
S.E. of regressio...	22847747	Akaike info criterion	37.02562	
Sum squared res...	6.79E+15	Schwarz criterion	37.51932	
Log likelihood	-415.7947	Hannan-Quinn criter.	37.14979	
F-statistic	8.125407	Durbin-Watson stat	1.950375	
Prob(F-statistic)	0.000470			

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

3-3 نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ (ECM):

بعد التأكد من وجود علاقة توازنية طويلة الأجل الآن نقوم بتقدير الآثار قصيرة وطويلة الأجل كما يوضحه الجدول رقم (19).

يتكون الجدول رقم (19) من جزأين، جزء علوي يوضح تقدير معلمات نموذج تصحيح الخطأ والعلاقة قصيرة الأجل، في حين يوضح الجزء السفلي تقدير العلاقة طويلة الأجل.

الجدول رقم (19): نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ

ARDL Cointegrating And Long Run Form
 Dependent Variable: EXPH
 Selected Model: ARDL(4, 4)
 Date: 06/22/18 Time: 18:19
 Sample: 1 27
 Included observations: 23

Cointegrating Form				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(EXPH(-1))	-0.107817	0.193809	-0.555849	0.5878
D(EXPH(-2))	0.427510	0.200930	2.127854	0.0531
D(EXPH(-3))	0.420862	0.163221	2.578476	0.0229
D(GDP)	-5.910493	8.914236	-0.663040	0.5189
D(GDP(-1))	-0.604998	12.374312	-0.048891	0.9617
D(GDP(-2))	41.620493	12.466618	3.338555	0.0053
D(GDP(-3))	-54.215739	10.735767	-5.050011	0.0002
CoinEq(-1)	-0.542747	0.145089	-3.740798	0.0025

Cointeq = EXPH - (47.7396*GDP -114714892.1621)

Long Run Coefficients				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
GDP	47.739619	5.620858	8.493297	0.0025
C	-11471489	25294464.	-4.535178	0.0006

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات Eviews9

- تحليل أثر التقدير في الأجل القصير :

نلاحظ من خلال نموذج تصحيح الخطأ أن التأثيرات قد توزعت بين معنوية و غير معنوية، كما أظهرت نتائج نموذج تصحيح الخطأ أن معامل إبطاء حد تصحيح الخطأ يكشف عن سرعة عودة المتغيرات إلى حالة التوازن، كما أن هذا المعامل معنوي وسالب الإشارة وبالتالي هناك تكامل مشترك بين الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي، وتشير القيمة المطلقة لمعامل حد تصحيح الخطأ إلى سرعة استعادة حالة التوازن ، وتظهر الإشارة السالبة تقارب النموذج الحركي على المدى القصير وتبلغ قيمة حد تصحيح الخطأ حوالي 54% ونلاحظ أنها ذات معنوية إحصائية قوية عند مستوى 1% ، وهذا ما يزيد من دقة وصحة العلاقة التوازنية في المدى الطويل.

- تحليل أثر التقدير في الأجل الطويل :

من النتائج أعلاه نلاحظ الأثر الإيجابي للناتج المحلي الإجمالي على الإنفاق الصحي في الأجل الطويل، حيث أن زيادة الناتج المحلي الإجمالي ب 1% يؤدي إلى زيادة الإنفاق الصحي ب 47.74% ، ونلاحظ أن معلمة الناتج المحلي الإجمالي ذات معنوية إحصائية، وهي أقل من 1%، (Prob=0.0025) أي أن المعلمة ذات معنوية إحصائية عند مستوى 1% ، ويفسر أن الحكومة قد خصصت مبالغ مالية كبيرة للاستثمار البشري في ظل البرامج التنموية، وتعد

الصحة أحد العناصر التي كان لها دور هام في النهوض بهذا الجانب، وهذا قد توافقت مع بعض وجهات النظرية الاقتصادية؛

4- اختبار استقرار النموذج

من أجل دراسة استقرار النموذج والتأكد من خلو البيانات المستخدمة في هذه الدراسة من وجود أي تغيرات هيكلية فيها نقوم باستخدام الاختبارين، المجموع التراكمي للبواقي المعادة (CUSUM) والمجموع التراكمي لمربعات البواقي المعادة (CUSUM of Squares)، ويوضح هذين الاختبارين تبيان وجود أي تغير هيكلية في البيانات ومدى استقرار و انسجام المعلمات طويلة الأجل مع المعلمات قصيرة .

ويتحقق الاستقرار الهيكلي للمعاملات المقدره لصيغة تصحيح الخطأ لنموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ، إذا وقع الشكل البياني لاختبارات (CUSUM) ، و(CUSUM Squares) داخل الحدود الحرجة عند مستوى معنوية 5% وهذا يعني أن المعلمات مستقرة على طول فترة الدراسة. من خلال الشكل البياني رقم البياني التالي نلاحظ أن المجموع التراكمي للبواقي المعادة (CUSUM) والمجموع التراكمي لمربعات البواقي المعادة (CUSUM of Squares) بالنسبة لهذا النموذج يقعان داخل حدود المنطقة الحرجة وهذا يعني استقرار النموذج عند حدود معنوية 5%.

4-10- التحليل الاقتصادي:

كانت دراستنا تتمحور حول دراسة الأثر التبادلي بين الإنفاق على الصحة والنمو الاقتصادي معبرا عنه بالنتائج المحلي الإجمالي ، وقد توصلنا إلى:

● أن زيادة النمو الاقتصادي سوف يزيد من الإنفاق على الصحة، ويفسر ذلك في الاقتصاد الجزائري إلى أن الحكومة قد خصصت مبالغ مالية كبيرة للاستثمار البشري في ظل البرامج التنموية، وتعد الصحة أحد العناصر التي كان لها دور هام في النهوض بهذا الجانب، وهذا قد توافقت مع بعض وجهات النظرية الاقتصادية؛

● أن زيادة الإنفاق على الصحة لا يحدث نمو في الاقتصاد الجزائري، وهذا أيضا توافقت مع بعض وجهات النظرية الاقتصادية، ويفسر ذلك إلى أن الإنفاق على الصحة في الجزائر غير منتج.

خامسا: النتائج والتوصيات:**أ-النتائج:**

- أن كل من النفقات الصحية للفرد والنفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر هي في تزايد كل سنة.
- التحسن المستمر الذي عرفته المؤشرات المختلفة المرتبطة بحجم النفقات العامة على قطاع الصحة لا يغني عن بذل المزيد من الجهد لرفعها، خاصة وأنها تبقى دون المستويات المحققة في العديد من الدول.
- زيادة الإنفاق الصحي يساهم في تناقص معدل وفيات الأطفال الرضع خلال السنة الأولى من الحياة، وهذا يتوافق مع العديد من الدراسات التي أجراها مختصين بالبنك الدولي على العديد من الدول النامية والمتخلفة صحيا واقتصاديا.
- أن بيانات السلسلة الزمنية مستقرة عند أخذ الفرق الأول لكلا المتغيرين مما يعني وجود علاقة قصيرة الأجل.
- زيادة الإنفاق على الصحة لا يسبب النمو الاقتصادي في الجزائر.
- وجود علاقة تأثير باتجاه واحد(علاقة سببية) من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق الصحي وهذا موافق للطروحات الاقتصادية.

ب-التوصيات

- الحرص على ترشيد الإنفاق على الصحة، لأن المخصصات المالية الضخمة التي رصدت للقطاع ضمن المخططات التنموية لم تنعكس إيجابا على الصحة العامة بالجزائر.
- إزالة الحواجز والمعوقات المرتبطة بالولوج إلى الخدمات الصحية ومعالجة الخلل المرتبط بقلّة الموارد البشرية والعجز الكمي والكيفي اللذان يعاني منهما القطاع.
- توزيع الهياكل والخدمات الصحية بشكل متوازن بين الولايات خاصة في الجنوب والهضاب العليا يجب على قطاع الصحة أن يوفق بين المقتضيات المتعلقة بالحفاظ على مستوى التغطية الطبية للسكان وتحسينها وتقليص الفوارق في الاستفادة من الخدمات العمومية الأساسية وبين مقتضيات التكفل بالحاجات الجديدة في مجال الصحة الناجمة عن التحول الوبائي(انتشار أمراض جديدة)، والتحول الديمغرافي.

الهوامش والإحالات:

- ¹ - هناء حافظ بدوي، التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، 2000، ص17.
- ² - سميرة كامل محمد، التنمية الاجتماعية مفهومات أساسية-رؤية واقعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ص ص 10-11.
- ³ - عبد الباسط محمد حسن، التنمية الاجتماعية، مكتبة وهبة، القاهرة، ط8 ، 2005، ص 93.
- عبد الهادي الجوهري، المنظور التنموي في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة نهضة الشروق، 1988، ص 2.5⁴.
- ⁵ - حسن ابراهيم عيد، دراسات في التنمية والتخطيط الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1984، ص ص78-81.
- ⁶ - فؤاد حيدر، طروحات تنموية للتخلف في العالم العربي، بيروت، دار الفكر العربي، 1990، ص 121.
- ⁷ - عبد الباسط محمد حسن، التنمية الاجتماعية، مرجع سابق ص 8 361.
- ⁸ - www.who.int/features/facfiles/mental.health/ar/,04/01/2018 تاريخ الاطلاع
- طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة المدينة، مصر، 2000، ص 18.⁹
- المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحة، العدد 23، الكويت ، أكتوبر 2003 ص 10.¹⁰
- ¹¹ - ربيع نصر، رؤية للنمو الاقتصادي المستدام في سوريا، بحث مقدم لهيئة تخطيط الدولة، جمعية العلوم الاقتصادية السورية، 2004، ص 3.
- ¹² - توفيق عباس عبد عون المسعودي، دراسة في معدلات النمو للأزمة لصالح الفقراء، مجلة العالم الاقتصادية، المجلد 7 نيسان 2010 ص 28.¹²
- ¹³ - أشواق بن دور، تطور النظام المالي والنمو الاقتصادي، دار الولاية للنشر والتوزيع، الأردن، ص 63.
- ¹⁴ - محمد عبد العزيز عجمية وإيمان عطية ناصف، مرجع سابق ،، ص 74.
- بينيديكت كليمنس وآخرون، فاتورة الصحة، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر 2014.¹⁵
- ¹⁶ - الدكتور أكمل عبد الحكيم، صحة المجتمع بين الآثار الاقتصادية والمسؤولية الحكومية، معهد الإمام الشيرازي الدولي للدراسات واشنطن، 2006.
- ¹⁷ - محمد صالح تركي القرشي، علم اقتصاد التنمية، مكتبة الجامعة، الشارقة، سنة 2010 ، ص 386.
- ¹⁸ - سعود بن هاشم جليدان، الإنفاق الصحي يحفز النمو ، مجلة الاقتصادية 25، جريدة العرب الاقتصادية الدولية، (www.eleqt.com/2017/09/10/article_1248986.html)، تاريخ الإطلاع: 2018/01/3.
- ¹⁹ - Smith, M.Brewster.,(1983).Hope and despair:Keystosocio-psychodynamics of
- Youth. American Journal of orthopsychitry, 53(3),388-399.
- ²⁰ - عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص ص89-90.

²¹- اللآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، 2008، الجزائر، ص 320-321.

²²-عبو عمر، عبو هودة، الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار ملتقى وطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر، ص 07.

²³- حسيني محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، 1990-2012، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة ورقلة: 2013، ص، 124

- أُلألية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، مرجع سبق ذكره ص320.²⁴

- أُلألية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، مرجع سابق ص 321.²⁵

-رئاسة الوزراء، بيان اجتماع مجلس الوزراء بخصوص برنامج توطيد النمو 2010-2014، 24 ماي 2010.²⁶

²⁷:https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP.PP.KD?locations=DZ&name_desc=false تاريخ الاطلاع 2018/02/20

²⁸- العدد رقم 01،3 يناير 1990، ص39. العدد رقم 5726 ديسمبر 1990، ص157. العدد رقم 65، 18ديسمبر 1991، ص 25 . العدد رقم 04،20 يناير 1993، ص82، العدد رقم 88،31 ديسمبر 1993، ص 67.العدد رقم 87، 31 ديسمبر 1994، ص 45. العدد رقم 82، 31 ديسمبر 1995، ص 93. العدد رقم 85، 31 ديسمبر 1996، ص 64. العدد رقم 89،31 ديسمبر 1997 ص49 العدد رقم 98 31 ديسمبر 1998، ص 54العدد رقم 92،25ديسمبر 1999، العدد رقم 80 24ديسمبر 2000 ص 37، العدد رقم 79 23ديسمبر 2001 ص 77، العدد رقم 86 ديسمبر 2002 ص 51،العدد رقم 83 ديسمبر 2003 ص 32، العدد رقم 52 يوليو 2005 ص 11، العدد رقم 85 ديسمبر 2005 ص 31، العدد رقم 82 يوليو 2007 ص 11، العدد رقم 82 ديسمبر 2007 ص 26، العدد رقم 74 ديسمبر 2008 ص 22، العدد رقم 78 ديسمبر 2009 ص 28، العدد رقم 72 ديسمبر 2011 ص 32،العدد رقم 72 ديسمبر 2012 ص 26، العدد رقم 68 ديسمبر 2013 ص 46، العدد رقم 40 يوليو 2015 ص 37، العدد رقم 72 ديسمبر 2015 ص 37.

²⁹- إذا كانت هناك سلاسل قصيرة (أقل من 80 مشاهدة) نستخدم معيار شوارتز لاختيار فترات الإبطاء لأنه متشدد في اختيار فترات الإبطاء.