



أثر الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر

The impact of health spending on the outcomes of health policy in Algeria

كرمين سميرة^{1*}

KERMINE Samira¹

¹ أستاذة محاضرة، جامعة مصطفى سطمبولي-معسكر، (الجزائر)، البريد الإلكتروني: Samira.kermine@univ-mascara.dz

تاريخ النشر: 2021/12/31

تاريخ القبول: 2021/11/23

تاريخ الاستلام: 2021/10/09

ملخص:

تدرس هذه الورقة تأثير الإنفاق الصحي على نتائج السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2017، باستخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات المتباعدة وذلك لفحص التداخل المشترك بين المتغيرات. وتم تحليل أثر الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي والنمو الاقتصادي على مخرجات السياسة الصحية وتم أخذ معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة. وأظهرت الدراسة أن أثر الإنفاق الصحي له علاقة سلبية مع معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة، وتوصلت الدراسة إلى أنه يمكن تحقيق نتائج إيجابية في قطاع الصحة إذا تم استغلال الإنفاق الصحي بشكل كفء وفعال وشفاف وعادل وبما يكفل رفع مستوى النمو الاقتصادي.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي؛ السياسة الصحية؛ المخرجات؛ معدل وفيات الأطفال؛ نموذج ARDL.

تصنيف JEL: E00، A20، C22

Abstract:

This paper studies the impact of health spending on health policy outcomes in Algeria during the period 1990-2017, using an autoregressive model of divergent gaps in order to examine the co-interference between the variables. The impact of health spending as a percentage of GDP and economic growth on health policy outcomes was analyzed and the mortality rate for children under the age of five was taken. The study showed that the impact of health spending has a negative relationship with the mortality rate of children under the age of five, and the study concluded that positive results can be achieved in the health sector if health spending is used in an efficient, effective, transparent and fair manner to ensure raising the level of economic growth.

Keys words: Health spending, health policy, outputs, infant mortality rate, ARDL model)

JEL classification codes: E00; A20; C22.

* المؤلف المرسل

1. مقدمة:

أولت الجزائر اهتماما متزايدا لتحصيل إيراداتها العامة، لجمع قدر كافي من العوائد لتمويل القطاع الصحي بصفة مستمرة وعادلة في حق المواطنين، وحتى يتسنى للطبقات محدودة الدخل الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية، وكذا توفير لهم الحماية المالية اللازمة لمواجهة مختلف الأمراض والإصابات الغير متوقعة، فتخصيص الموارد المتاحة لا بد أن يضيف نوعا من العدالة والإنصاف بين مختلف الفئات المجتمعية والمناطق الجغرافية والمؤسسات الصحية، من خلال توزيعها حسب الاحتياجات والأولويات المحددة من قبل منظمي الخدمات الصحية.

وعليه يبقى الشغل الشاغل للسياسة الصحية في الجزائر هو تحدي ومواجهة الإختلالات الواقعة، لتحسين التكفل الصحي بالمواطنين، كتقليل نسبة الوفيات سواء تعلق الأمر بوفيات الأطفال الرضع أو دون سن الخامسة أو وفيات الأمهات، والقضاء على الأمراض المتنقلة ذات الانتشار الواسع، وفك الخناق عن المراكز الإستشفائية الجامعية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة على مستوى المراكز الحضرية الكبرى وغير ذلك، من خلال تسخير موارد مالية معتبرة لكن في المقابل لم ترقى إلى المستوى المطلوب وبقيت تتخبط في العديد من المشاكل وظهر حجم التباين بين ما وفر من موارد وما تحقق من نتائج، ومن هنا تتبادر لنا إشكالية التالية:

هل يؤثر الإنفاق الصحي إيجابا على مخرجات السياسات الصحية في الجزائر على المدى الطويل؟

الفرضية المقترحة:

يؤثر الإنفاق الصحي إيجابا على مخرجات السياسات الصحية في الجزائر في المدى الطويل.

2. المفاهيم النظرية للدراسة:

قبل التطرق لمفهوم السياسة الصحية يجدر بنا تقديم بعض المفاهيم العامة التي لها صلة بالموضوع وهي كالآتي:

- الصحة: عرفتها منظمة الصحة العالمية (OMC) على أنها حالة التي تكتمل فيها السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس انعدام المرض أو العجز. (Organisation mondiale de santé, 2021)
- النظام الصحي: يمثل مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد التي ترمي إلى تحسين المستوى الصحي، والمتمثلة أساسا في الموظفين والمعلومات والأموال وسائل نقل والاتصال وغيرها، من أجل توفير الخدمات الصحية التي من شأنها تلبية الاحتياجات الصحية والاستجابة لها بأسعار منصفة وتقديمها بشكل لائق. (Organisation mondiale de santé, 2021)
- الخدمة الصحية: هو مستوى الأداء الذي يراه المريض في الخدمة الصحية المقدمة له مقارنة بما كان يتوقعه. (بديسي فهيمه، 2016، ص 11)
- جودة الخدمة الصحية: هي مجموعة من السياسات والإجراءات التي تهدف إلى تقديم خدمات صحية إلى المرضى، على نحو نظامي وموضوعي الذي يساهم في تحسين الرعاية الصحية وحل المشكلات من طرف العاملين في الصحة مستعملين مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الطبية المتاحة لضمان تحقيق أفضل النتائج بأقل تكلفة. (بن عيشي عمار، 2016، ص 11)

1.2 مفهوم السياسة الصحية:

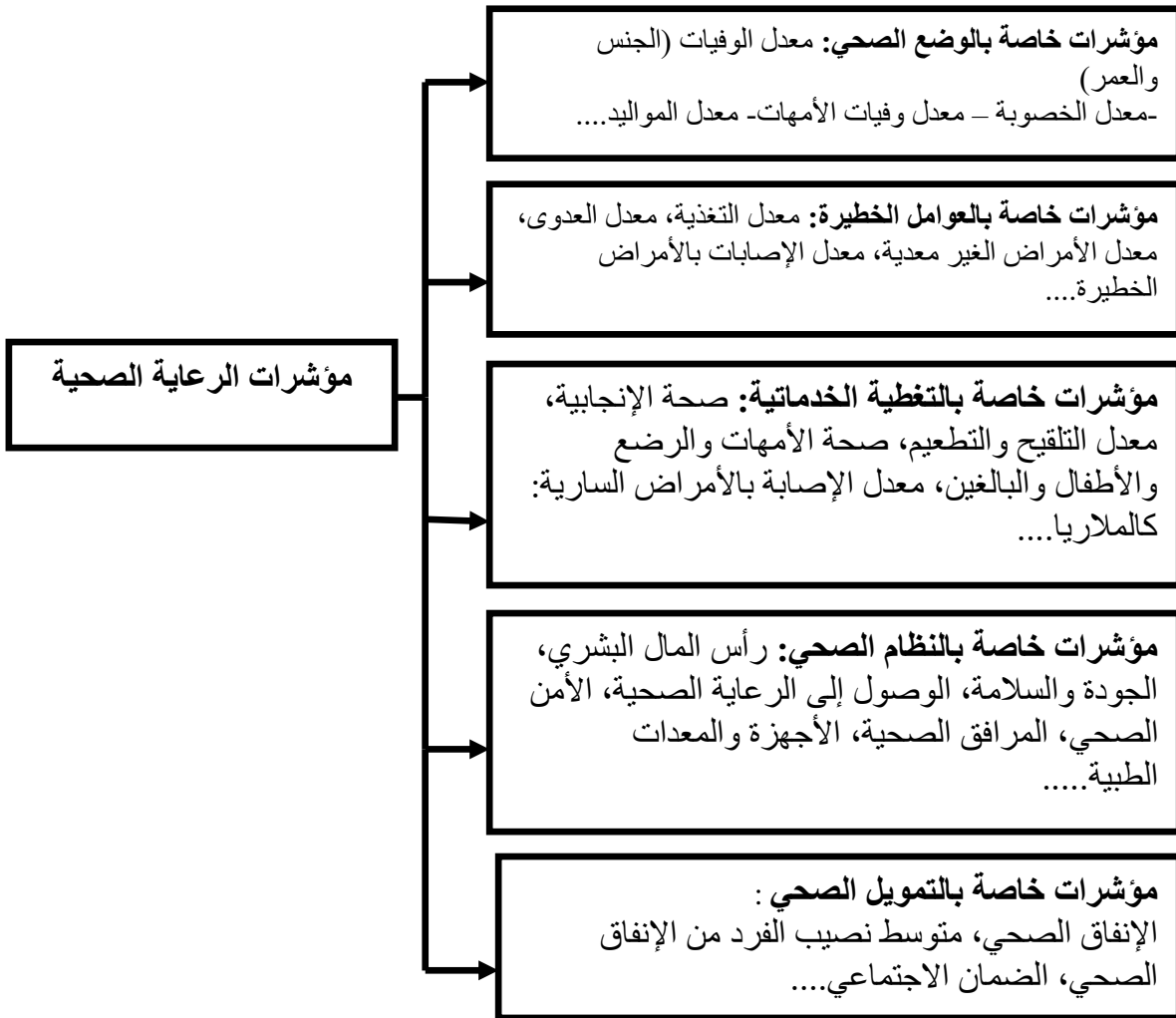
- عرفتها منظمة الصحة العالمية (OMC): على أنها مجموعة من الخطط والإستراتيجيات الصحية الرصينة التي تضعها الحكومة، وتأخذ شكل خطابات رسمية أو وثائق دستورية وإدارية، والغرض منها هو تحقيق جملة من الأهداف الصحية العامة لكافة أفراد المجتمع، من أجل الحصول على رعاية صحية ذات الجودة عالية و متميزة. (Organisation mondiale de santé, 2021)

- عرفت الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية: بأنها مجموعة من الأهداف المرجوة والموضوعة وفق برامج وخطط معلنة في مجال الصحة، وتأخذ شكل قرارات تشريعية وتنفيذية مقترحة من طرف الحكومة، ويحدد فيها كيفية صنع الأهداف العامة وكيفية تنفيذها وإدارة الخدمات الصحية. (خوري بزارة عمر، 2011، ص 16)
3. مؤشرات تقييم الأداء الصحي:

يمكن تقييم الأداء الصحي بالاعتماد على مجموعة من المؤشرات الصحية، التي تعطي صورة واضحة عن التقدم الحاصل، وهي عبارة عن استنتاجات مستنبطة من بيانات مقدمة ويمكن مقارنتها مع اتجاهات عامة أو نسب أو أحكام مبنية على أساس الخبرة الفنية، وقد تختلف باختلاف المستوى الذي يجري عنده التقييم، ويشترط أن تتسم هذه المؤشرات بالوضوح والدقة، أما بخصوص عدد المؤشرات المستخدمة لقياس الأداء تختلف من بلد إلى آخر، فمثلا حسب منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية تعتمد على 38 مؤشرا لقياس عناصر جودة الخدمات الصحية، في حين تصدر هولندا تقريرا يحمل 100 مؤشر لتقييم الجودة والإتاحة والتكاليف. (قدي عبد المجيد، 2016، ص 166)

من خلال الشكل الموالي يمكن تلخيص أهم المؤشرات الصحية المتفق عليها والمعتمدة من طرف منظمة الصحة العالمية لتقييم كفاءة الأداء الصحي، التي يمكن تلخيصها في خمس مجموعات أساسية وتتفرع منها عدة مقاييس مختلفة:

شكل رقم (01): مؤشرات تقييم الأداء الصحي.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على (علي دحمان محمد، 2011). تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة حالة ولاية تلمسان، أطروحة ماجستير، جامعة تلمسان، ص 15، الموقع: www.slideshare.net/weambanjar/2-73843908، تاريخ الدخول: 2021/06/16).

4. الدراسات التطبيقية والتجريبية:

▪ دراسة (Sevilay Karamam & Duygu Urek) (2020): (Sevilay, K, Duygu, U, 2020, p218- 222) تهدف الدراسة إلى تحليل أثر الإنفاق على الصحة على النتائج الصحية بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، حيث تم استعمال الانحدار المتعدد التدريجي (stepwise multiple regression) مع أخذ الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق على الصحة العامة والإنفاق على الصحة الخاصة والإنفاق الصيدلاني للفرد كمتغيرات مستقلة ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأمهات والعمر المتوقع للولادة كمتغيرات تابعة، أظهرت النتائج أن الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق على الصحة العامة والخاصة والإنفاق الصيدلاني يؤثران بشكل كبير على معدل وفيات الرضع ووفيات الأمهات والعمر المتوقع، خلصت الدراسة إلى ضرورة زيادة الدعم العام للخدمات الصحية للأم والطفل للحد من وفيات الأمهات والأطفال وكذا تحسين وتعزيز الصحة لزيادة العمر المتوقع عند الولادة، وزيادة مستويات الدخل الفردي لأنه يؤثر بشكل إيجابي على حالتهم الصحية.

▪ دراسة (Richardson kpjo Edeme & Oluckukuw Olisakwe) (2019): (Richardson, K, E) (Oluckukuw, O, 2019, p 23- 32) تبحث في العلاقة الموجودة بين الإنفاق على الصحة العامة والنتائج الصحية والنمو الاقتصادي في نيجيريا، وتم استخدام البيانات السنوية من (1981- 2017)، وتم تقدير العلاقة باستعمال تقنية الانحدار الخطي الكلاسيكي، (Linear Regression)، وتم أخذ مؤشر وفيات الرضع والناتج المحلي الإجمالي كمتغيرات تابعة والإنفاق الصحي ومتوسط العمر المتوقع كمتغيرات مستقلة، ولتقدير العلاقة الاقتصادية بين المتغيرات تم اعتماد على نموذجين فالنموذج الأول للبحث عن أثر الإنفاق على الصحة العامة على معدل وفيات الرضع، أما النموذج الثاني حول أثر الإنفاق على الصحة العامة على النمو الاقتصادي، فأظهرت النتائج وجود علاقة سلبية ومعنوية بين الإنفاق على الصحة ومعدل وفيات الرضع، وعلاقة إيجابية ومعنوية بين الإنفاق على الصحة العامة والنمو الاقتصادي، وكشفت أيضا نتائج السببية وجود سببية أحادية الاتجاه من الإنفاق على الصحة إلى معدل وفيات الرضع ومن الإنفاق على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي ولا يوجد سببية بين معدل وفيات والناتج المحلي الإجمالي، واقترحت الدراسة ضرورة الاستخدام الأمثل للإنفاق على الصحة العامة لضمان فعالية النتائج الصحية في نيجيريا.

▪ دراسة (Ogunjini Joshua & Adebayo Adedeji) (2018) (Ogunjini, J, Adebayo, A, 2018, p 1- 19) : تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة الموجودة بين الإنفاق الصحي والنتائج الصحية والنمو الاقتصادي في نيجيريا خلال الفترة الممتدة من (1981) إلى (2017)، وتم الاعتماد على سببية (Toda- Yamamoto) واختبار جذر الوحدة لديكي فولر الموسع (ADF) واستعمال اختبار الانحدار الذاتي للفجوات المتباطئة (ARDL)، وتم اختيار الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع ووفيات الأمهات والناتج المحلي الإجمالي كمتغيرات للدراسة.

أظهرت نتائج الدراسة مايلي:

- علاقة سببية أحادية الاتجاه من الإنفاق الصحي إلى معدل وفيات الرضع.
- لا يوجد علاقة سببية بين الناتج المحلي الإجمالي ومعدل وفيات الرضع.
- علاقة سببية أحادية الاتجاه من الإنفاق الصحي إلى متوسط العمر المتوقع.
- علاقة ثنائية الاتجاه بين الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط العمر المتوقع.
- علاقة أحادية الاتجاه من الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي ومعدل وفيات الأمهات.

- علاقة أحادية الاتجاه من الناتج المحلي الإجمالي إلى الإنفاق الصحي.

توصلت الدراسة أن للإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي علاقة سلبية بمعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأمهات وإيجابية بمتوسط العمر المتوقع، وخلصت بأهميتهما في تحديد النتائج الصحية في نيجيريا، وفي الأخير أوصت بضرورة الرفع من الإنفاق الصحي، وذلك عملاً بتوصية منظمة الصحة العالمية التي تفيد بتخصيص ما يقارب 13% للقطاع الصحي من الميزانية الإجمالية للدولة، بالإضافة إلى استخدام التكنولوجيا الحديثة والرفع من المستوى النوعي للخدمات الرعاية الصحية، خاصة بعد ارتفاع معدلات الوفيات الرضع والأمهات.

▪ دراسة (Samad, Azari & Touraj Harati Khalilabad) (2018)، (Samad, Azari & Touraj Harat, 2018, p 2-7) تحاول الدراسة تحليل آثار الإنفاق على الرعاية الصحية العامة والخاصة على النتائج الصحية لأنظمة صحية مختلفة خلال الفترة (2000-2014)، ولتقدير تأثير الإنفاق الصحي على الحالة الصحية تم استعمال اللوحة البيانات (Panel)، لـ 25 دولة على مدى 15 سنة، كما تم حصر النتائج الصحية في ثلاثة متغيرات وهي: معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات، معدل وفيات الرضع، متوسط العمر المتوقع، فكشفت النتائج وجود تأثير كبير للنفقات الصحية الخاصة على النتائج الصحية مقارنة بالنفقات الصحية العامة في البلدان التي تعتمد على الأنظمة الصحية المختلطة، ووجود تأثير قوي للنفقات الصحية العامة مقارنة بالنفقات الصحية الخاصة في البلدان التي تعتمد على الأنظمة الصحية الوطنية.

خلصت الدراسة إلى ضرورة الزيادة في الإنفاق على الصحة والرفع من الدخول للأفراد للوصول إلى الرعاية الصحية لأهمها من العوامل المهمة لتحقيق النتائج الصحية الإيجابية، ولابد على الدول التي تعتمد الأنظمة الصحية الوطنية أن يكون القطاع العام هو الأكثر مسؤولية عن الصحة، في حين أن الدول التي تعتمد على الأنظمة الصحية المختلطة أن يكون القطاع الخاص هو الأكثر مسؤولية عن الصحة.

▪ دراسة (Murad A Bein & Dogan Unlucan, 2017, p 247-254)، (Murad A Bein & Dogan Unlucan, 2017, p 254): تتمحور حول العلاقة الموجودة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنتائج الصحية في ثمانية دول شرق إفريقيا، حيث تم تقدير النموذج باستعمال بيانات بانل (Panel)، خلال الفترة الممتدة من (2000) إلى غاية (2014)، وتم تحديد متوسط العمر المتوقع ومعدل وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة كنتائج للصحة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق على الرعاية الصحية ومتوسط العمر المتوقع، ووجود علاقة سلبية بين الإنفاق على الرعاية الصحية ومعدل وفيات الرضع حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة.

توصلت الدراسة إلى ضرورة التركيز على أمرين مهمين وهما على حكومات الدول الثمانية أن تخصص موارد القطاع بشكل فعال ومناسب لتوفير الرعاية الصحية، وأن ترفع من الميزانيات الموجهة للقطاع لتحقيق مستويات أعلى من متوسط العمر المتوقع وأقل من معدلات الوفيات، أما الأمر الثاني فيتعلق بضرورة الاستثمار في المؤسسات الصحية الخاصة كالعيادات والمستشفيات لأنها مساعداً على تحسين النتائج الصحية.

▪ دراسة (Jennifer Rubin) (2016)، (Jennifer Rubin, 2016, p 123-126)¹ اهتمت بإيجاد العلاقة بين الإنفاق العام الاجتماعي والنتائج الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، خاصة في ظل الموارد المالية المحدودة والتحديات الصحية والاجتماعية الملحة، فتوصل الباحث إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية تنفق أكثر على الرعاية الصحية، إذا ما قورنت ببلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، إذ أنها تحقق نتائج أسوأ مما تحققه هذه الأخيرة، وتم الاعتماد على نتائج الدراسات السابقة للباحثين (تايلور) (Taylor) و(برادلي) (Bradley) في سنة (2013)، والتي كان مفادها أن الإنفاق

على برامج الرعاية الاجتماعية يرتبط بالنتائج الصحية من عدة جوانب، حيث أكدوا أن مستويات الإنفاق الاجتماعي المرتفعة تؤدي حتما إلى نتائج صحية أفضل، وبناءً على نتائج الدراسات السابقة قد بينت نتائج التحليل وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الاجتماعي والنتائج الصحية، وعند إضافة عوامل مجتمعية أخرى ك رأس المال الاجتماعي والتفاوت في الدخل، قد لوحظ وجود عدة تحولات وإن كانت طفيفة نسبياً، في قوة العلاقة وأظهر التحليل وجود ارتباط بين الإنفاق الاجتماعي والنتائج الصحية، ويختلف ذلك تبعاً لمستوى التفاوت في الدخل، ويكون الارتباط أقوى في السياقات التي تنطوي على قدر أقل من المساواة، أي أن الحماية الاجتماعية تكون أكثر أهمية للنتائج الصحية في المجتمعات الأكثر تفاوتاً في المساواة.

■ دراسة (Asuman Lukwago) (2016): (Asuman Lukwago, 2016) تناولت دور إصلاح التمويل الصحي في تحفيز النظام الصحي من أجل تحقيقه لأهداف السياسة الصحية، والمتمثلة عموماً في ضمان تقديم الخدمات الصحية والحماية المالية للأسر من خلال تخفيض الإنفاق من الجيب، وضمان النزاهة في التمويل وتطبيق مبدأ العدالة والكفاءة عند استغلال الموارد، وقد تبين للباحث أنه على الرغم من توفير الوسائل والموارد المالية الكافية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، إلا أن الخدمات الصحية المقدمة تبقى متدهورة وحرجة، بسبب مركزية النظام الصحي والطريقة التقليدية المتبعة في التسيير التي لا تزال تفتقد إلى شروط الصحة، بالإضافة إلى تفشي ظاهرتي الفساد والبيروقراطية.

خلصت الدراسة إلى ضرورة إشراك مسؤولية صياغة السياسات والبرامج الصحية بين وزارة الصحة والفاعلين في المجتمع المدني، لوضع برامج إستراتيجية إنمائية ذات رؤية هادفة للارتقاء بالوضعية الصحية، ويكون ذلك من خلال وضع معايير لتوجيه الموارد لتمويل الخدمات الصحية وضمان جودتها بما يتماشى مع الأولويات المحلية، ومعالجة أوجه القصور في نظام التمويل وترشيد استعمال الموارد المالية وتوزيعها بشكل عادل ومستدام واستخدامها بكفاءة عند التنفيذ الخطط، وعليه لا بد من تضافر الجهود للحصول على الصحة الجيدة لكونها ضرورية في ضمان التحول الاقتصادي والاجتماعي، دون أن ننسى الأهمية البالغة للاستثمار في الصحة للرفع من المستوى الصحي وتحقيق الرفاهية.

■ دراسة (دريسي أسماء)، (2015): (دريسي أسماء، 2015، ص 137-154) تركز على معرفة مدى مساهمة الإنفاق العام في تحقيق الرعاية الصحية، لضمان التغطية الصحية الجيدة والشاملة للمواطنين، وذلك انطلاقاً من تحليل تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر ومدى فعاليته خلال الفترة الممتدة من (2004 إلى 2013)، خاصة في ظل إصلاح المنظومة الصحية وارتفاع ميزانية القطاع الصحي، وأظهرت نتائج التحليل أن القطاع الصحي لازال لم يحقق أهداف السياسات الصحية الرامية إلى تحسين الخدمات الرعاية الصحية، وبالإضافة إلى سوء التوزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني، والتي تتمركز معظمها في المدن الكبرى الشمالية، وخلصت الدراسة إلى ضرورة ترشيد الإنفاق على الصحة، وإعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة، وجعلها تتماشى مع التوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني، لكون أن نجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن.

■ دراسة (Rajkumar Andrew & Vinaya Swaroop) (2008): (Rajkumar Andrew & Vinaya Swaroop)

(Swaroop, 2008, p 96- 111) تدور حول العلاقة بين الإنفاق العام ونتائج التعليم والصحة، تم أخذ سلسلة البيانات الزمنية من (1990 - 2003)، واستخدام طريقة المربعات الصغرى حيث توصلت النتائج فيما يخص الشق الخاص بقطاع الصحة إلى أن الزيادة في نسبة الإنفاق على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي ب 1% تؤدي إلى التقليل من معدلات الوفيات الأطفال بنسبة 0.32% وهذا في حالة تمتع البلد في فترة الدراسة بمستويات جيدة من الحوكمة، وأما عند التمتع بمستويات متوسطة من الحوكمة فإن النسبة تقدر ب 0.20%، بينما لا يتأثر معدل الوفيات لدى الأطفال في حالة ضعف مستويات الحوكمة.

5. تحليل تطورو انعكاسات الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر (1990-2017):

عرفت المنظومة الصحية عدة تغيرات وتحولات خلال فترة التسعينات، خاصة بعد الأزمة المالية الحادة التي شهدتها العالم سنة (1986)، التي نتج عنها انخفاض رهيب في العائدات النفطية وتراجع الاقتصاد الوطني، وأثرت بشكل كبير على كافة الجوانب وعلى رأسها الجانب الصحي الذي عانى هو الآخر من الانسداد المالي، خاصة بعد استمرار تطبيق سياسة الطب المجاني التي تم الإعلان عنها سنة (1974)، والتي أثرت على سير وعمل المؤسسات الصحية بسبب زيادة التكاليف الصحية.

إن أهم ما ميز بداية التسعينات هو اعتماد سياسة صحية تهدف إلى مكافحة وفيات الأطفال، لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تارجحا في ظل غياب أهداف واضحة، كما تم إصدار مجموعة من المراسيم التنفيذية للنهوض بالقطاع الصحي والتي دعت إلى ضرورة إنشاء وحدات صحية جديدة كالهياكل الإستشفائية الجامعية وعصرنتها، وإعادة تنظيم وبناء ما تم تخريره من أجل إضفاء نجاعة على القطاع ومن بينها: المرسوم التنفيذي لسنة (1993) الذي صدر لتنظيم معهد وطني للصحة العمومية، والرسوم التنفيذية لسنة (1994) الذي يتعلق بإنشاء مخبر وطني لرقابة المواد الصيدلانية، والرسوم التنفيذية لسنة (1995) الذي يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والطعام في الوسط الإستشفائي، وقد أعلنت ذلك فيما سبق في قانون المالية لسنة (1993)، أنه بداية من هذه السنة ستتكفل بالوقاية والبحث وبالمعوزين أما باقي العلاجات تكون وفق النظام التعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، والرسوم الوزاري لسنة (1998) الذي يتعلق بالإنفاق على الهياكل الصحية بالمراكز الصحية والتجهيزات الصحية وغيرها. (خروبي بزارة عمر، 2011، ص 46)

كما 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 كما 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.

➤ وتم وضع برنامج صحي وطني خلال الفترة (2000-2005) خصص للفئات الفقيرة من أجل تعميم الاستفادة لكافة المعوزين من الخدمات الصحية، وفي سنة (2008) تم تطبيق نظام صحي جديد مرفوق بمجموعة من القوانين الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية، وذلك بغية ترقية مستوى العلاج، كما تم اعتماد النظام التعاقدى للعلاج بصورة نهائية في سنة (2009)، حيث تم توزيع الإنفاق الصحي العمومي على المرضى عن طريق الضمان الاجتماعي (CASNOS- CNAS)، أما الفئات التي لا تملك دخول فيكون ذلك من خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي).

6. تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة (1990-2017):

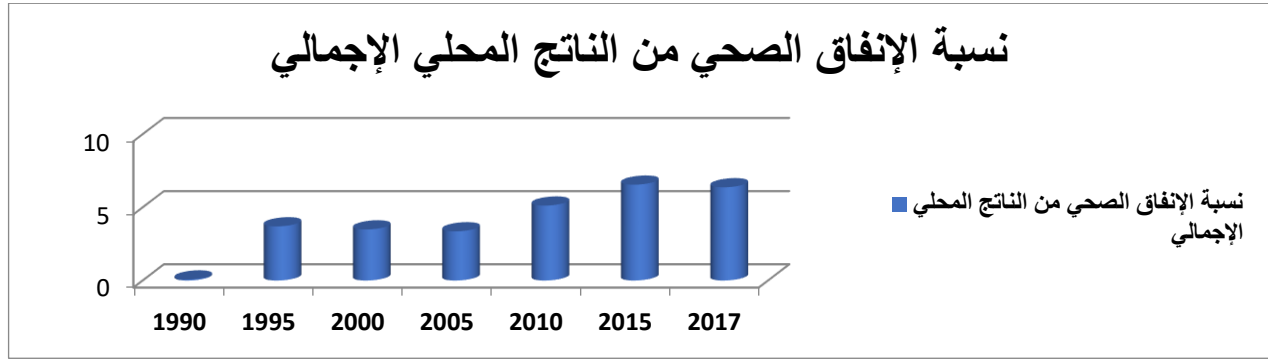
1.6 الإنفاق على الصحة:

يعد الإنفاق على الرعاية الصحية من المؤشرات الهامة المحددة لمستوى جودة العملية الصحية، إذ يساهم في تحسين الحالة الصحية للأفراد من خلال الخدمات العلاجية والوقائية، كما يعد من أهم مكونات الإنفاق الاجتماعي، إذ يخصص له مخصصات مالية لتقديم الخدمات الصحية.

1.1.6 الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

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

شكل رقم (02): تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

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

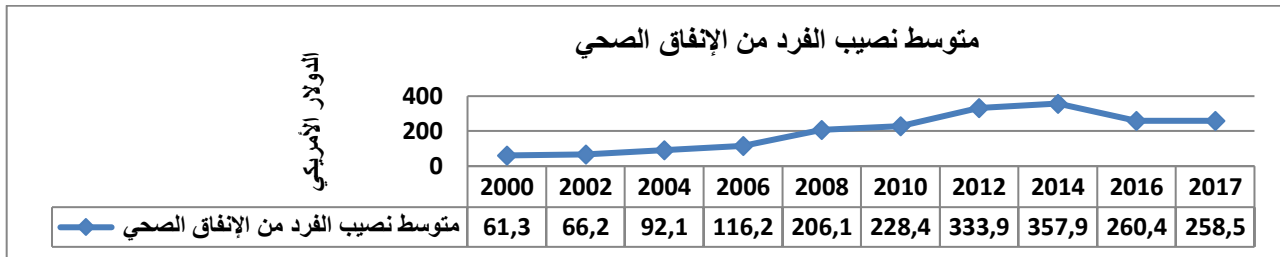
تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر قد عرفت نموا تدريجيا، ما يبرز الجهود المبذولة في إطار النهوض بالقطاع الصحي وتطويره، و"العمل بتوصيات منظمة الصحة العالمية التي تفيد بضرورة تخصيص للإنفاق الصحي ما يفوق 5% من الناتج المحلي الإجمالي." (عياشي نور الدين، 2009، ص 300).

أما إذا تم مقارنتها بالدول التي لها نفس الخصائص كتونس والمغرب التي بلغت نسبتها على التوالي ب 7.23% و 5.25% سنة (2017) (الاعتماد على معطيات البنك الدولي. www.data.albankaldawli.org، تاريخ الدخول 2021/06/06). ، فيمكن القول أن نسبتها 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 وفترة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، وعليه يمكن إرجاع ذلك لعدة عوامل من نجد من بينها: (علي دحمان محمد، 2017، ص 247).

- 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.

2.1.6 متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي:

شكل رقم (03): تطور متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي خلال الفترة (2000-2017).



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات منظمة الصحة العالمية.

www.apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEpcUSSHA2011v?lang=en#

من خلال المعطيات الموضحة في الشكل أعلاه نلاحظ أن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر عرف تزايدا مستمرا خلال الفترة وبلغ أعلا مستوياته سنة (2014) قدرت ب 357.9 دولار أمريكي، وإذا تم مقارنته بالدول المغاربية تبدو نسبته مقبولة نوعا ما في سنة (2017) حيث سجلت الجزائر 258.5 دولار أمريكي، في حين سجلت تونس 250.6 دولار أمريكي والمغرب 161 دولار أمريكي، ولكن إذا تم مقارنتها بالدول المتقدمة فيظهر بوضوح التفاوت الكبير، حيث سجلت الولايات المتحدة الأمريكية في

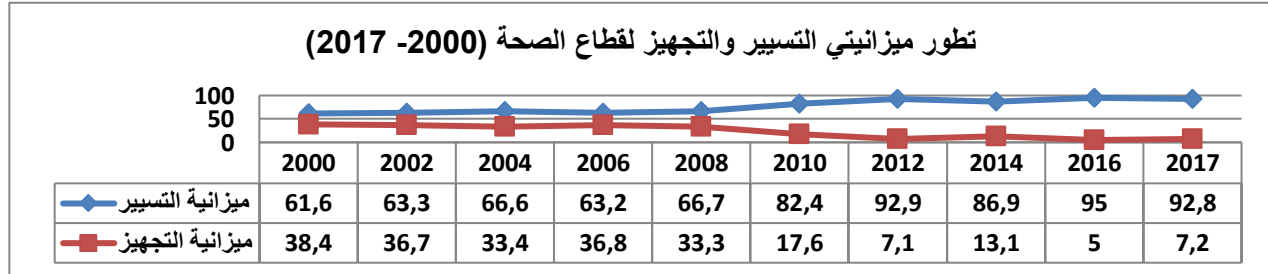
السنة ذاتها 10246.14 دولار أمريكي وفرنسا 4379.73 دولار أمريكي، وهي نسب مرتفعة جدا تعكس مدى اهتمام الدول المتقدمة بصحة الفرد وجعلها ضمن أولوياتها، في حين نجد أن الدول النامية تسجل نسب منخفضة جدا ومحتشمة، هذا ما يوضح حجم الفجوة التي تمثل الفارق في الإنفاق الصحي، ويتبين لنا أن الجزائر لا تخصص مبالغ مالية كافية للأفراد من الإنفاق الصحي مقارنة بالمتوسطات والمعدلات الدولية.

عموما فإن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الدول النامية يبقى منخفضا بالنسبة للدول المتقدمة، ويمكن أن نفسر سبب ارتفاعه في الدول المتقدمة بالتقدم التكنولوجي وزيادة عدد السكان، وتعكس النسب الأدنى في الدول الصاعدة بتوليفة من الاحتياجات في الإنفاق العمومي والقدرة المحدودة على زيادة الإيرادات (Benedict, C & Coady, D. 2011, p 42)، وبالتالي فإن "الزيادات في مجموع الإنفاق الصحي تبدو أمرا حتميا، لكن تراجع مدفوعات الرعاية الصحية التي تسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا بالضرورة، فرغم انخفاض متوسط الإنفاق من الأموال الخاصة للمواطن، فلا يزال هناك العديد من الأسر ترزح تحت وطأة الفواتير الطبية وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية من أجل الصحة إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية." (Benedict, C & Coady, D. 2011, p 12)

على ضوء ما تقدم فإن الإنفاق العمومي الموجه إلى القطاع الصحي يتسم بعدم الكفاية وهذا لا يعكس ما جاء في بنود الإصلاحات، ما يوضح تراجع دور الحكومة بالقيام بمسؤولياتها اتجاه الصحة من خلال عدم توفيرها للموارد المالية الكافية واللازمة لتطورها وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع.

3.1.6 ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال الفترة (2000-2017):

شكل رقم (04): تطور ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال الفترة (2000-2017)



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على وثائق من مديرية الميزانية لوزارة المالية.

نلاحظ الارتفاع المستمر لنفقات التسيير حيث بلغت ذروتها سنة (2012) وذلك راجع للإصلاحات المتتالية التي عرفها القطاع، بينما نفقات التجهيز عرفت انخفاضا تدريجيا بالرغم من إصلاحات التي عرفتها الفترة، ولكن عند مقارنة نفقات التسيير مع نفقات التجهيز نلاحظ استحواد نفقات التسيير على الإنفاق الصحي بينما مخصصات التجهيز هي ضئيلة جدا، ما يبرز عدم كفاءة تخصيص الموارد المالية الصحية، وهذا ما يقودنا للبحث عن طبيعة توزيع الإعتمادات المخصصة لنفقات التسيير:

جدول رقم (01): تطور نفقات التسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الاعتمادات (2000-2017). الوحدة: مليون دج

السنة	الموظفون	التكوين	التغذية	الأدوية	الوقاية	المعدات	صيانة المباني	خدمات اجتماعية	التسيير الإداري	البحث الطبي
2000	37185	1327	1024	8015	1161	1883	1161	707	2326	20
2002	46534	1613	1203	11015	1561	2592	1491	769	2693	20
2004	54000	2177	1828	16500	2608	3780	2730	1037	4501	40
2006	60020	2560	3200	18100	3400	5000	3600	1689	5768	45
2008	94243	5300	5605	39487	5190	9000	7000	1720	10090	50
2010	118350	8550	7104	49268	8200	10500	8925	2356	13750	50
2012	317170	18714	7875	5400	8800	11500	9800	2700	15000	50
2014	301485	35000	9001	58210	5611	12941	10911	5350	9132	50
2016	295274	35000	9323	50000	4900	13500	5400	4550	8511	50
2017	313599	35000	9323	53134	4900	13303	4851	4568	8177	50

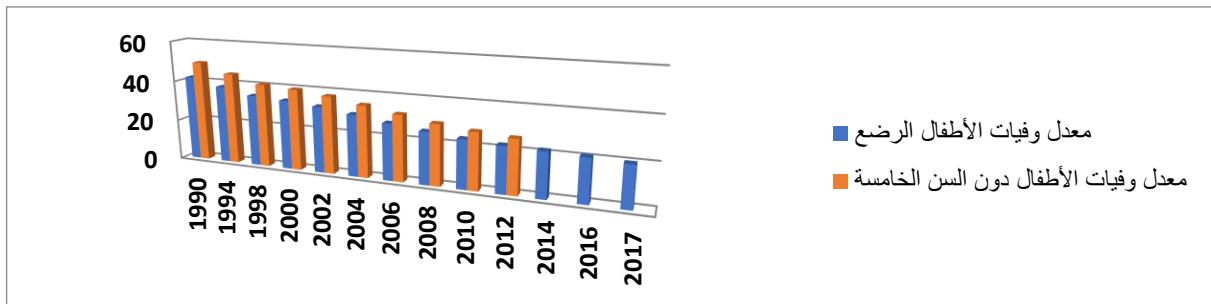
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على وثائق من مديرية الميزانية لوزارة المالية.

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نفقات الموظفين تستحوذ على جزء كبير من المخصصات الموجهة للمؤسسات الصحية التي لا تقل عن 45 %، وتليها نفقات التكوين والأدوية التي لا تقل عن 30 %، وتبقى كل التغذية والمعدات وصيانة الهياكل والخدمات الاجتماعية والتسيير الإداري والبحث العلمي تخصص له نسب ضئيلة جدا لا تتجاوز 25%.

4.1.6 معدل وفيات الأطفال:

يعد مؤشر الوفيات لدى الأطفال دون السن الخامسة والوفيات الرضع حديثي الولادة من المؤشرات الصحية الهامة التي تعطي فكرة واضحة عن أداء المنظومة الصحية ومدى كفاءة الإنفاق الصحي، كما أنه يعكس حجم الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة للعناية بهذه الفئة العمرية، وقد استطاعت الجزائر خلال فترة التسعينات تخفيض مؤشر الوفيات الأطفال، ما يترجم بجهود الدولة واعتمادها برامج صحية تهدف إلى تحسين المؤشرات الصحية وصحة الأطفال، لكن ما يعاب فيها هو أن هذه النتائج تخفي فوارق جغرافية بين مختلف المناطق وطبيعة الوفيات، إذ يوجد تباينا كبيرا بين المناطق الشمالية والمناطق الداخلية والجنوبية التي تسجل مستويات حرجة. (عياشي نور الدين، 2009، ص 292) وفيما يلي سنتطرق إلى أهم التطورات التي شهدتها المؤشران خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2017.

شكل رقم (05): تطور معدل وفيات الأطفال خلال الفترة (1990-2000).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على معطيات البنك الدولي.

www.data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ

www.data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ

تبرز المعطيات الواردة في الشكل البياني أن الدولة استطاعت أن تخفض من مؤشر وفيات الرضع حديثي الولادة ومؤشر وفيات الأطفال دون السن الخامسة، 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.

7. الدراسة القياسية:

تهدف هذه الدراسة القياسية إلى اختبار أثر الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي على المخرجات الصحية بالجزائر خلال الفترة (1990-2017)، وتم أخذ معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة كنتيجة من النتائج الصحية، وتم استخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المبثثة (ARDL).

1.7 متغيرات الدراسة:

جدول رقم (02): ترميز معطيات الدراسة

رمز المتغير	اسم المتغير	مصدر المتغير	وضعية المتغير
Gs	نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	- قوانين المالية - ديوان الوطني للإحصائيات	مستقل
Pib	الناتج المحلي الإجمالي (يعبر عن النمو الاقتصادي)	-الديوان الوطني للإحصائيات	مستقل
Tme	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	-قاعدة بيانات البنك الدولي	تابع

• تم إدخال اللوغاريتم على متغيرات الدراسة من أجل تجانس وحداتها وتحسين النموذج والحصول على نتائج جيدة.

2.7 اختبار استقرارية السلاسل الزمنية:

تم اختبار جذر الوحدة لمتغيرات النماذج باستعمال اختبار فيليب بيرو (Philips- Perron Test)، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (03): ملخص استقرارية السلاسل الزمنية

درجة التكامل	الفرق الأول			المستوى			المتغيرات	
	Prob	Ttab	Tstas	Prob	Ttab	Tstas		
I(1)	0.0016*	-3.5950	-5.1595	0.6184	-3.5875	-1.9164	T+C	Pib
	0.0005*	-2.9810	-4.9776	0.9910	-2.9762	0.7472	C	
	0.0014*	-1.9544	-3.4192	0.9990	-1.9538	3.0806	None	
I(1)	0.0000*	-3.5950	-7.2535	0.1503	-3.5875	-3.0006	T+C	Gs
	0.0000*	-29810	-7.2881	0.4668	-2.9762	-1.6042	C	
	0.0000*	-1.9544	-6.3722	0.9112	-1.9538	0.9969	None	
I(0)	-	-	-	0.0015*	-3.5875	-5.1661	T+C	Tme
	-	-	-	0.0002*	-2.9762	-5.2448	C	
	-	-	-	0.0021*	-1.9538	-3.2665	None	

*معنوية عند 5%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Eviews 10.

من خلال النتائج المتوصل إليها نلاحظ أن المتغير Tme مستقر عند المستوى، أما المتغيرات Gs-Pib مستقرة عند الفرق الأول، وبالتالي سنستخدم نموذج الانحدار الذاتي للفجوات المتباطئة الموزعة (ARDL) في النموذج.

3.7 بناء النماذج:

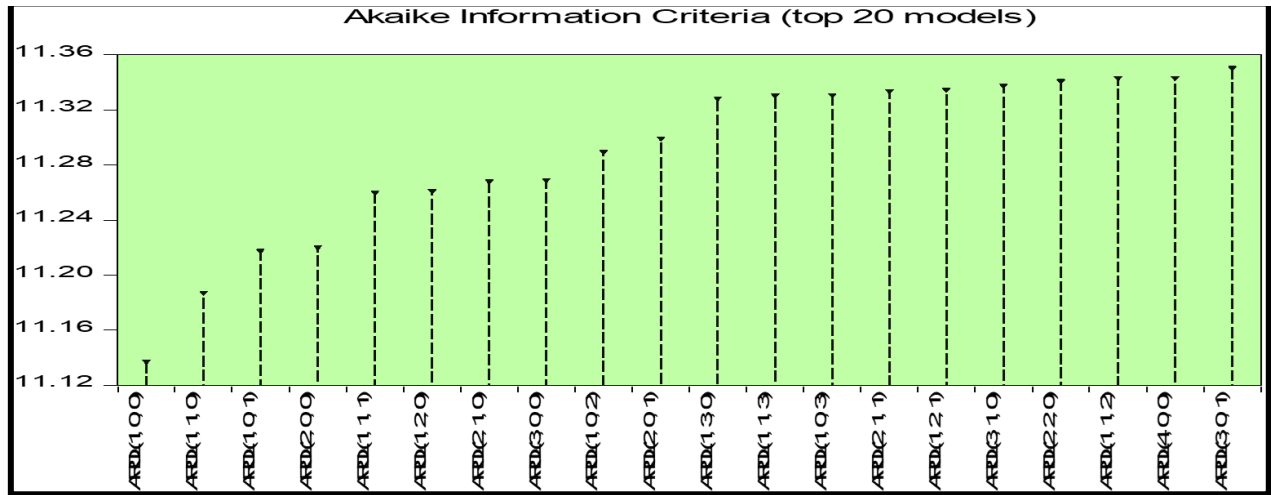
-أثر الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي والناتج المحلي الإجمالي على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: ويمكن صياغة المعادلة على الشكل الآتي:

$$\Delta LTme_t = c + \sum_{i=1}^p \beta_1 \Delta LTme_{t-i} + \sum_{i=0}^q \beta_2 \Delta Lgs_{t-i} + \sum_{i=0}^m \beta_3 \Delta Lpib_{t-i} + \alpha_1 LTme_{t-1} + \alpha_2 Lgs_{t-1} + \alpha_3 Lpib_{t-1} + \varepsilon_t$$

1.3.7 اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج:

اعتمادا على AIC تم تحديد فترات التباطؤ، وتبين أن النموذج (1, 0, 0) هو النموذج الأمثل كما هو موضح في الشكل التالي:

شكل رقم (06): نتائج اختبار فترات الإبطاء المثلى الخاصة (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات Eviews 10

2.3.7 اختبار التكامل المشترك باستعمال منهج الحدود (Bounds Test):

يبين الجدول أدناه نتائج اختبار التكامل المشترك باستعمال منهجية اختبار الحدود (Bounds Test) وتشير النتائج إلى أن القيمة المحسوبة لـ F-statistic أكبر من القيم الحرجة للحد الأعلى عند جميع مستويات المعنوية ومنه نرفض فرضية عدم التداول على عدم وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة توازنية طويلة الأجل.

جدول رقم (04): نتائج اختبار الحدود (Bounds Test). (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)

F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
F-statistic k	6.657951 2	Asymptotic: n=1000	2.63	3.35
		10%	3.1	3.87
		5%	3.55	4.38
		2.5%	4.13	5
		1%		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات Eviews 10

3.3.7 تقدير الأثر في الأجل القصير والأجل الطويل باستعمال نموذج ARDL:

جدول رقم (05): نتائج تقدير معاملات الأجل القصير والطويل (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)

الأجل القصير:		
Variable	Coefficient	Prob
Cointq(-1)	-1.072212	0.0000
الأجل الطويل		
GS	-7.1083	0.5647

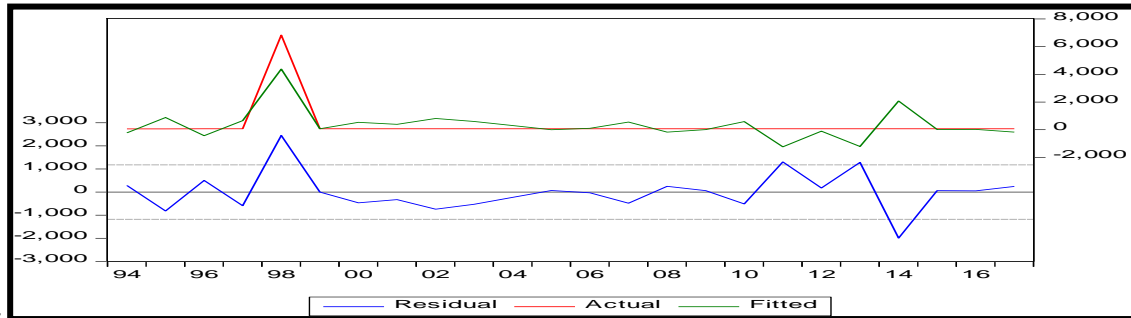
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

- تأثير سلبي للإنفاق الصحي على معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة في الأجل الطويل وهذا ما يتوافق مع الجانب النظري، لكنه غير معنوي ما يبرز أن التأثير ضئيل ويمكن إرجاع ذلك إلى انخفاض كفاءة الإنفاق الصحي وضعف مساهمته في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وبرغم من مساعي الدولة لتحسين الوضع الصحي للأطفال من خلال البرامج الصحية الوطنية الموسعة لتعميم العلاج من خلال عمليات التلقيح والتطعيم ضد الأمراض الفتاكة كالسل والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال وجدري وغيرها، وعليه فإن سوء استخدام واستغلال الإنفاق الصحي يمكنه أن يؤدي إلى تدهور الوضع الصحي وإضعاف من فعالية النتائج الصحية في المدى الطويل.
- لا يوجد تأثير للناتج المحلي الإجمالي على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لا في الأجل الطويل ولا القصير، وهو ما لا يتوافق مع النظرية الاقتصادية، والسبب يعود إلى أن النمو الاقتصادي في الجزائر لا يزال دون المستوى المطلوب لتحقيق أهداف السياسة الصحية.
- وجود علاقة ديناميكية قصيرة الأجل بين معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والمتغيرات المستقلة، وهذا راجع للخطأ المقدر سالب الإشارة والمعنوي إحصائياً وكانت قيمته $(CointEq(-1) = -1.072212)$ ، وهو يقيس نسبة اختلال التوازن في المتغير التابع التي يمكن تصحيحها من فترة زمنية لأخرى، والإشارة السالبة تدعم وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين المتغيرات.

4.7 اختبار جودة النموذج:

1.4.7 جودة النموذج: من أجل دراسة مدى جودة النموذج لا بد من مقارنة القيم الحقيقية والمقدرة بالشكل التالي:

شكل رقم (07): القيم الحقيقية والمقدرة والبواقي (معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة)

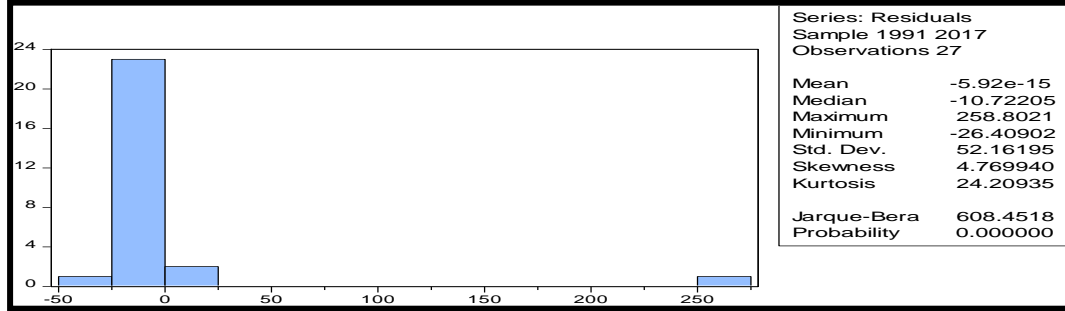


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

من خلال الشكل نلاحظ تقارب القيم المقدره من القيم الحقيقية مما يشير إلى جودة النموذج المقدر، لذا يمكن الاعتماد عليه في تفسير وتحليل النتائج.

2.4.7 التوزيع الطبيعي للبواقي: للتحقق من شرط التوزيع الطبيعي نستخدم احتمالية Jarque Bera فوجدنا أن نتيجة الاختبار كانت معنوية، وعليه فإن البواقي لا تتبع التوزيع الطبيعي.

شكل رقم (08): التوزيع الطبيعي للبواقي (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

3.4.7 اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء: للتأكد من عدم وجود ارتباط ذاتي نلجأ لاختبارات الارتباط الذاتي (Autocorrelation, Breusch-godfrey correlation LM test)، كما هو موضح في الشكل التالي:

جدول رقم (06): نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test			
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags			
F-statistic	0.294445	Prob. F(2,21)	0.7480
Obs*R-squared	0.736490	Prob. Chi-Square(2)	0.6919

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

حسب LM test فإن Prob chi-square أكبر من 0.05، وبالتالي نقبل فرضية العدم التي تدل على عدم وجود ارتباط ذاتي.

4.4.7 اختبار عدم ثبات التباين: للكشف عن عدم ثبات التباين نستخدم الاختبار الموضح في الجدول التالي:

جدول رقم (07): نتائج اختبار عدم ثبات التباين (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)

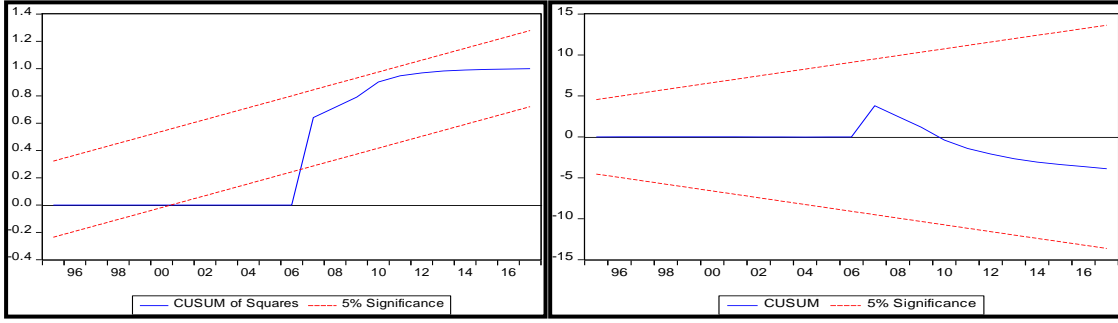
Heteroskedasticity Test: ARCH			
F-statistic	0.036182	Prob. F(1,24)	0.8507
Obs*R-squared	0.039139	Prob. Chi-Square(1)	0.8432

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

حسب هذا الاختبار فإن الاحتمالية 0.8432 أكبر من 0.05 ما يعني أن F ليست معنوية، وبالتالي نقبل الفرضية العدمية التي تدل على ثبات التباين.

5.4.7 اختبار الاستقرار الهيكلي للنموذج: لكي نتأكد من خلو البيانات المستخدمة من وجود أي تغيرات هيكلية فيها لا بد من استخدام أحد الاختبارات الموضحة في الشكل التالي:

شكل رقم (09): نتائج اختبار استقرارية النموذج (معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة)



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 10 Eviews.

نلاحظ أن منحنى CUSUM Test داخل مجال الثقة 5% أما المنحنى CUSUM of Squares Test قد خرج من مجال الثقة خلال الفترة (2001-2007) ليعاود الدخول بعدها في مجال الثقة، وهذا ما يؤكد وجود صدمات هيكلية مؤقتة أثرت على النموذج ثم تلاشت مع مرور الزمن ويعود النموذج إلى حالة الاستقرار وهذا ما أكدته اختبار CUSUM حيث كان داخل مجال الثقة على طول الفترة، عليه فإن النموذج مستقر هيكليا ويقبل إحصائيا.

8. خاتمة:

حققت الجزائر طفرة كبيرة في تحقيق العديد من الأهداف الخاصة بقطاع الصحة، كتخفيض معدلات الوفيات الأطفال وغيرها لكن هذا لا يعتبر كافي مقارنة بحجم المخصصات المالية التي رصدت من أجل تمويل القطاع، وعليه يتبين لنا أن الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية هو غير فعال ولم يؤدي إلى تحقيق كل الأهداف المسطرة في السياسة الصحية الوطنية. وفي الختام نورد أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية:

- عدم كفاية الإنفاق العمومي على الصحة وهذا ليس لاحتياجات القطاع فحسب وإنما حتى لمتطلبات التنمية بمعناها الواسع، ويعود ذلك إلى سوء التسيير والتنظيم وتغلغل الفساد على مستوى الإدارات الصحية، بسبب نقص الرقابة الفعالة وغياب الحوكمة الرشيدة والمحاسبة والمساءلة.
- انخفاض كفاءة الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية، التي تؤثر تأثيرا سلبيا على مدخلات ومخرجات العملية الصحية، وهذا ما يستوجب ضرورة تعديل نمط تخصيص الإنفاق على النحو الذي يرفع من مستوى كفاءة الإنفاق بالإضافة إلى إعطاء أهمية للرقابة على أداء النظام الصحي، ومحاربة كل أشكال هدر المال العام.
- غياب العدالة والإنصاف في توزيع الإنفاق العمومي على الصحة بين مختلف مناطق الوطن، ووجود تحيز وتمييز واضحين في توزيع المخصصات المالية في المدن الكبرى على حساب المناطق الأخرى.

9. قائمة المراجع:

- بديسي فهيمة وآخرون. (2011). جودة الخدمات الصحية، الخصائص والأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، (7)، 135-156.
- بن عيشي عمار. (2016). أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى) دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة، الجزائر، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، (6)، 7-25.
- دريسي أسماء. (2015). تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، مجلة العولمة والسياسات الاقتصادية، (6)، 137 - 154.

https://www.univ-alger3.dz/labos/labos_mondialisation/telechargement/revue/06-2015/07%20article%20drissi%20asma.pdf

- جينيفر روبين، هل ترتبط النتائج الصحية الأفضل بالإنفاق الاجتماعي؟، الإنفاق الاجتماعي ومقاييس الصحة السكانية في تحليل تجريبي عابر للحدود الوطنية، سانتا راند، كاليفورنيا، المملكة المتحدة، 01-123.
- https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1200/RR1252/RAND_RR1252z1.arabic.pdf
- خروبي بزيارة عمر. (2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشلف، أطروحة ماجستير، جامعة الجزائر.
- قدي عبد المجيد وآخرون. (2014). أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرتقال" بمدينة شلف، مجلة الإستراتيجية والتنمية، 4(7)، 155-181.
- Sevilay, K. & Duygu, U. (2020). The Impact of Health Care Spending on Health Outcome, New Evidence From OECD Countries, 42(2), 218- 222.
file:///C:/Users/USER/Downloads/The_Impact_of_Healthcare_Spending_on_Health_Outcome.pdf
- Richardson, k. E, & Oluckukuw, O. (2019). Public Health Expenditure Economic Growth and Health Outcome in Nigeria, International Journal of Public Policy And Administration Research, 6(1), 23-32.
<file:///C:/Users/USER/Downloads/PUBLICHEALTHEXPENDITUREECONOMICGROWTHANDHEALTHOUTCOMESINNIGERIA.pdf>
- Ogunjini, J. & Adebayo, A. (2018), Health Expenditure , Health Outcomes and Economic Growth in Nigeria, Munich Personal Repec Archive (MPRA), (94989), 1-19 .
[file:///C:/Users/USER/Downloads/MPRA_paper_94989%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/MPRA_paper_94989%20(4).pdf)
- Samad, A. & Touraj Harati, k. (2018). Effect of Private and Public Health Expenditure on Health Outcomes Among Countries With Different health Care Systems 2000 and 2014, Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI), 2-7.
[file:///C:/Users/USER/Downloads/mjiri-32-35%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/mjiri-32-35%20(2).pdf)
- Murad, A & Dogan, U. (2017). Health Spending and Health Outcomes Evidence From Selected East African Countries, African Health Sciences, 17(1), 247- 254. .
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5636241/pdf/AFHS1701-0247.pdf>
- Asuman. L. (2016). Health Financing Strategy 2015/2016-2024/2025, Knowledge Management Portal, An article Published in the website:
<http://library.health.go.ug/publications/health-system-financing/health-financing/health-financing-strategy-201516-%E2%80%93202425> Date of access: 02/02/2021.
- Rajkumar, A & Vinaya, S. (2008). Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter? , Journal of Development Economics, (86), 96–111.
https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Public_spending_and_outcomes_governance.pdf
- Benedict, C & Coady, D. (2011). Quels Remèdes pour les Finances de la santé?, Finances & Développement, 42(1), 42-45, p 42.