

تقييم الانفاق الصحي في الجزائر

دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (1990-2019)

Evaluation of health expenditures in Algeria:

Analytical and econometric study during the period: 1990-2019

مقيدهش نزيهته

مخبر تقييم أسواق رؤوس الأموال الجزائرية في ظل العولمة

جامعة سطيف -1- (الجزائر)

nazihamekideche@yahoo.fr

المعلومات المقال	الملخص:
تاريخ الارسال: 2021/09/27	إن مردودية الانفاق العام على الصحة تنعكس في عدة مؤشرات كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة... إلخ، والتي تعد من المؤشرات الاجتماعية الهامة الدالة على التحسن في مستوى الرعاية الصحية والخدمات الأساسية، تم من خلال هذه الدراسة تقييم مدى فعالية الانفاق الصحي في تحسين بعض المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، من خلال الاعتماد على سببية Toda Yamamoto توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سببية من الانفاق الصحي إلى معدل وفيات الرضع ومن العمر المتوقع إلى الانفاق الصحي وغيابها بين باقي المتغيرات.
تاريخ القبول: 2021/10/27	
الكلمات المفتاحية: ✓ الانفاق على الصحة: ✓ المؤشرات الصحية: ✓ سببية	
Article info	Abstract :
Received 27/09/2021	<i>The efficiency of public spending on health is reflected in several indicators such as life expectancy at birth, child mortality rate, underfive mortality rate...; in which represent an important social indicators, indicating the improvement in the level of the health care and basic services. This study evaluated the effectiveness of health spending in improving some health indicators in Algeria during the period 1990-2019, by relying on the Toda Yamamoto causality. The study found a causal relationship, from health spending to infant mortality, and from life expectancy to health spending and its absence among the rest variables.</i>
Accepted 27/10/2021	
Keywords: ✓ health expenditure ✓ Health indicators ✓ Toda Yamamoto causality	

1. المقدمة:

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تحظى باهتمام أغلب الدول في كل أنحاء العالم، وذلك لارتباطه بحياة العنصر البشري وأيضاً لأهميته ودوره في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وبهذا تُقاس أهميته بقدر ما يُخصص له من ميزانية سنوية، فالفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وأشار برنامج العمل التاسع لمنظمة الصحة العالمية (1996-2001) أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة، كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة. إن مردودية الانفاق العام على الصحة تنعكس في عدة مؤشرات كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات الأمهات... إلخ، والتي تُعد من المؤشرات الاجتماعية الهامة الدالة على التحسن في مستوى الرعاية الصحية والخدمات الأساسية.

في هذا السياق عملت الجزائر منذ الاستقلال على إصلاح قطاعها الصحي وتطويره وتبنت سياسة انفاقية توسعية سواء على مستوى المخصصات السنوية للقطاع أو على مستوى البرامج التنموية في بداية الألفية، لكن الملاحظ أن أثر التمويل على مردودية القطاع الصحي لم يكن بالشكل المتوقع وهذا رغم الارتفاع المستمر في الميزانية، والذي كان ارتفاعاً ظاهرياً ناتجاً عن ارتفاع تكاليف القطاع، وأيضاً لارتباط الأغلفة المالية بالجانب التجهيزي بدرجة أكبر على حساب جودة الخدمات المقدمة. بهذا سيتم من خلال هذه الدراسة تقييم مدى فعالية الانفاق الصحي في تحسين بعض المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، على مرحلتين، في المرحلة الأولى سيتم تحليل تطور المؤشرات المتمثلة في الانفاق على الصحة، العمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 1990-2019، ثم يتم في المرحلة الثانية تقييم مدى وجود سببية بين الانفاق على القطاع الصحي والمؤشرات الصحية المعتمدة.

إشكالية الدراسة:

إن مردودية الانفاق على القطاع الصحي تتجلى في مدى فعاليته في تحسين المؤشرات الصحية في الجزائر، كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، والتي تُعد من المؤشرات الاجتماعية التي تعكس التحسن في مستوى الرعاية والخدمات الصحية، من هذا المنطلق ومن خلال الطرح السابق فإن إشكالية الدراسة تتمثل في السؤال الرئيسي التالي:

ما مدى مساهمة الانفاق الصحي في تحسين بعض المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؟

يمكن تفصيل السؤال الرئيسي إلى الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي والعمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة 1990-2019؟
- هل توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي ومعدل وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2019؟
- هل توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 1990-2019؟

فرضيات الدراسة:

- بناء على الدراسات السابقة في الموضوع، ووفقا للإشكالية المطروحة نفترض ما يلي:
- توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي والعمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة 1990-2019؛
- توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي ومعدل وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2019؛
- توجد علاقة سببية تبادلية بين الانفاق العام الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 1990-2019.

أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الانفاق على الصحة على المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، وذلك من خلال:
- تحليل مستوى تطور الانفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؛
- تحليل مستوى تطور العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؛
- تحليل مستوى تطور معدل وفيات الأطفال ومعدل وفيات الأطفال دون سن في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؛
- تحديد سببية العلاقة بين كلا من الانفاق على الصحة والعمر المتوقع عند الولادة ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019 باستخدام النموذج القياسي المناسب.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أهمية الموضوع، حيث يمثل الإنفاق على الصحة أحد أهم التحديات المالية التي تواجهها الاقتصاديات لأنه يتزايد بصورة كبيرة، كما يُعد استثمارا في صحة العنصر البشري العامل الأساسي في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والهدف منه هو تحسين الرعاية والخدمات الصحية التي تنعكس في عدة مؤشرات اجتماعية كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات الأمهات... إلخ، والتي لا تُحدد فقط المستوى الاجتماعي للدول بل تعكس مستوى التنمية البشرية فيها، فالفرقات في المؤشرات الصحية بين الدول هي انعكاسات للفرقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وحتى التنمية البشرية.

منهج الدراسة:

بهدف تحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد في الجانب النظري على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يتضمن وصف وتحليل أهم ما يتعلق بمحاور الدراسة، المتمثلة في مستوى تطور الانفاق على الصحة وتطور العمر المتوقع عند الولادة ومستوى تطور معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، وفي الجانب التطبيقي للبحث، فقد تم الاعتماد على المدخل الكمي، باستخدام الأساليب الرياضية والاحصائية في بناء النموذج القياسي المناسب، وذلك بالاعتماد على البيانات الخاصة بالمؤشرات المعتمدة في الدراسة، وتم استغلال ومعالجة قاعدة البيانات بواسطة البرنامج الإحصائي المتمثل في (Eviews,09).

الدراسات السابقة:

- دراسة (دريسي أسماء، 2015، ص137): تضمنت الدراسة تحليلا لتطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر ومدى فعاليته خلال الفترة (2004-2013)، حيث توصلت الباحثة إلى أنه وعلى الرغم من ارتفاع ميزانية قطاع الصحة، إلا أنه لم يحقق كل أهدافه الرامية

إلى تحسين الرعاية الصحية وأن الإصلاحات المنتهجة هي إصلاحات جوفاء لم تحدد مجالات تخصيص الإنفاق وإنما اقتصر على بعض الشعارات العالمية فقط وغير موجودة ميدانياً.

- دراسة (مجدوب مجوسي وآخرون، 2018، ص 152): هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الإنفاق العام الموجه لقطاع الصحة على النمو الاقتصادي، عن طريق تحليل العلاقة السببية بين المتغيرين في الجزائر خلال الفترة (1995-2013)، حيث تم استخدام أسلوب التكامل المشترك، سببية جرانجر وكذا نموذج تصحيح الخطأ ECM، وبالاعتماد على التحليل القياسي توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سببية في الأجلين القصير والطويل في اتجاه واحد، تمتد من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق العام على قطاع الصحة وهذا ما يعني أن زيادة النمو الاقتصادي يؤدي إلى زيادة الطلب الكلي الذي يؤدي بدوره إلى زيادة الإنفاق العام الحكومي في مختلف الأوجه ومنها الإنفاق العام على قطاع الصحة.

- دراسة (Amaresh Das & Frank Martin، 2010، ص 150): عبارة عن دراسة قياسية تحليلية لنفقات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، توصل الباحثان من خلال تطبيق اختبار التكامل المشترك على بيانات زمنية متسلسلة لتحديد نفقات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة إلى أن دخل الفرد هو المحدد الرئيسي لإجمالي نفقات الرعاية الصحية، وأن سن السكان وعدد الأطباء الممارسين وحصص التمويل العام لا يساهمون ولا يؤثران بشكل فعال في شرح محددات الإنفاق على الرعاية الصحية.

- دراسة (Hadji Fatima، 2020، ص 27): تضمنت دراسة تحليلية وتقييمية للإنفاق على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (200-2017)، وفيها تم إبراز ما انتهجته الحكومة الجزائرية ضمن خططها التنموية منذ استقلالها وإلى غاية اليوم، خلصت الدراسة إلى أن الإحصائيات في الجزائر أشارت إلى نمو ملحوظ في الإنفاق الحكومي على الصحة خلال فترة الدراسة، حيث ارتفع عدد الهياكل الصحية وعدد العاملين في القطاع وانخفضت معدلات وفيات الأطفال التي تقل عن خمس سنوات. بالإضافة إلى انخفاض معدل وفيات الأمهات والرضع، وهذا ما يعني أن هذه السياسات حققت نتائج مقبولة في قطاع الصحة خلال تلك الفترة.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة: أنها تهدف لمعرفة مردودية الإنفاق العام على قطاع الصحة في الجزائر في تحسين عدة مؤشرات صحية كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وذلك من خلال تحليل تطور هذه المؤشرات الدالة على التحسن في مستوى الرعاية الصحية والخدمات الأساسية خلال الفترة (1990-2019) في مرحلة أولى، ثم تقييم مدى وجود سببية بين الإنفاق على القطاع الصحي والمؤشرات الصحية المعتمدة في مرحلة ثانية. كما تم التركيز في هذه الدراسة أيضاً على تقييم مدى فعالية الإنفاق الصحي في تحسين هذه المؤشرات الاجتماعية الهامة من خلال الاعتماد على سببية Toda Yamamoto التي تبين اتجاه العلاقة السببية بين مختلف المتغيرات.

2. عرض وتحليل تطور متغيرات الدراسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019

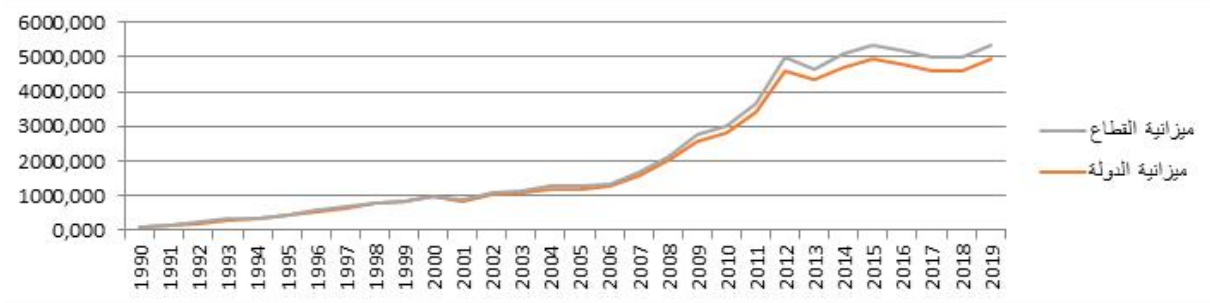
سيتم عرض وتحليل تطور المتغيرات المعتمدة في الدراسة والمتمثلة في الإنفاق على الصحة، العمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019.

1.2. عرض وتحليل مستوى تطور الانفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019:

تطور الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة، وأيضا النفقات الإجمالية الحكومية خلال الفترة 1990-2019 مبين في

الشكل الموالي:

الشكل 01: تطور الانفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات الملحق رقم (01)

يبيّن من الشكل أعلاه أن الميزانية المخصصة لقطاع الصحة عرفت ارتفاعا سنويا مستمرا خلال الفترة الممتدة ما بين سنة 1990 وسنة 2019 ما عدا الانخفاض المسجل سنة 2013. إن هذه الزيادة المستمرة هي نتيجة للسياسة الانفاقية الموسعة التي انتهجتها الحكومة، وارتبط التوسع في السياسة الانفاقية بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والناجمة عن ارتفاع الإيرادات الحكومية التي تعتمد في أغلبها على الجباية البترولية. تبنت الجزائر في مرحلة (1990-1995) أسلوب التخطيط وإعادة الهيكلة كأداة لإعادة توجيه التنمية وتنظيمها، واستهدفت خطط التنمية تغيير الهيكل الاقتصادي المشوه وإعادة بنائه، بينما تُعد المرحلة (1995-1999) مرحلة الاصلاحات الاقتصادية (وليد عبد الحميد عايب، 2010، ص 256)، وبلغت نسبة الانفاق على القطاع الصحي مقارنة بالانفاق العام ما بين 0.46% و 6.04% خلال الفترة (1990-1999). إن ارتفاع الانفاق على القطاع الصحي هو أيضا انعكاس لآثار البرامج التنموية المطبقة ومن بينها برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) الذي ارتكز على الاستثمار العمومي وعصرنة الهياكل الاقتصادية، كان الهدف الأساسي من تطبيقه هو دفع الاقتصاد الوطني بعد تجربة التعديل الهيكلي، واستفاد القطاع في هذا الإطار كغيره من القطاعات بحصة 14.7 مليار دج، أي بنسبة 16.28% من الحصة الإجمالية الموجهة لتنمية الموارد البشرية البالغ قيمتها 90.3 مليار دج وتعزز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع قُدرت تقريبا بـ 545 مشروع موزعة على أربع سنوات (CNES, 2002, p.p. 145;158). وبلغت نسبة الزيادة في ميزانية القطاع 13.05% و 28.16% في سنتي 2001 و 2002 على التوالي بعدما كانت 7.21% سنة 2000، وعند مقارنة ميزانية قطاع الصحة بميزانية الدولة فقد مثلت نسبة الزيادة مستوا ثابتا تقريبا قُدر بـ 4.58% و 4.68% لسنتي 2001 و 2002 على التوالي.

بعد برنامج الإنعاش الاقتصادي تم تطبيق البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009)، وقُدرت مخصصات القطاع الصحي في إطاره بـ 85 مليار دج، بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل (عبو عمر، عبو هودة، 2013، ص 07). إن ارتفاع النفقات الصحية خلال هذه الفترة كان أيضا مواكبا للاصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية خاصة الاصلاحات التي جاء بها المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 (الجريدة الرسمية، 2007، المواد 2 و 6) والذي تم بموجبه منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية مما ساهم في رفع النفقات الصحية، فالملاحظ أنه في سنة 2007 بلغت ميزانية القطاع 93.552 ألف مليار بنسبة زيادة

47.83%، وأيضاً سبب تأخر تطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية والضمان الاجتماعي تحمل الدولة للنفقات الصحية بنسبة تفوق 21% بدل هيئات الضمان الاجتماعي.

بعد البرنامج التكميلي لدعم النمو تم تعزيز مسار التنمية ببرنامج التنمية الخماسي (2010-2014) واستفاد قطاع الصحة ببلغ قدر بـ 619 مليار دج وذلك في إطار برنامج الاستثمارات العمومية لهذه الفترة (علي دحمان محمد، 2017، ص 240)، عرفت ميزانية القطاع أقصى زيادة لها خلال فترة هذا البرنامج سنة 2012 حيث قُدرت بـ 404,945 ألف مليار دج بنسبة زيادة 77.72% ومثلت 8.79% من ميزانية الدولة، وهذا بسبب ارتفاع نفقات القطاع الناتجة عن ادماج مهني الصحة سنة 2011 بسبب النظام التعويضي وصب التعويضات المالية بأثر رجعي بداية من سنة 2008 والمناصب المالية الجديدة، وأيضاً ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات والمواد الطبية وارتفاع عدد السكان وما نتج عنه من ارتفاع في احتياجاتهم من العلاج. في المقابل سجلت ميزانية القطاع انخفاض قدره 24.21% سنة 2013، وهذا راجع إلى احتياجات القطاع من الأموال، كما أن صدور مشروع المقاطعات الصحية الذي يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في ديسمبر 2013، أثر على مخصصات القطاع، والذي من بين إيجابياته التقليل من التبذير في الوسائل المادية.

رغم استمرار الزيادة المطلقة السنوية في ميزانية القطاع ما بين سنة 2015 وسنة 2019 أي بعد فترة برنامج التنمية الخماسي، إلا أن نسبة الزيادة في ميزانية القطاع كانت ضعيفة تراوحت بين 0.79% و 4.38% عدا انخفاض طفيف قدر بـ 0.67% سنة 2016، كما أن نسبة ميزانية القطاع إلى ميزانية الدولة خلال هذه الفترة بلغت أقصى نسبة لها سنة 2018 وقدرت بـ 8.55%.

عموماً وبالنظر إلى نسبة ميزانية القطاع مقارنة بميزانية الدولة، يتبين أن هناك تطوراً طفيفاً جداً على مدار الفترة، وسجلت أقصى نسبة سنة 2012 قدرت بـ 8.79% من ميزانية الدولة، في المقابل عرفت نسبة الزيادة السنوية في ميزانية القطاع تذبذبات تعود إلى عدم تحكم الحكومة في نفقاتها لأن إيراداتها تتحدد بعوامل خارجية كإقتصاديات الدول الأخرى وأيضاً اعتمادها على الجباية البترولية التي تشكل الجزء الهام من إيرادات الحكومة.

والملاحظ فيما يخص مقارنة حجم ميزانية القطاع في سنوات التسعينات والألفية، أن القطاع لم يستفد من الميزانية بشكل ملحوظ رغم أن الجزائر كانت في مجبوحة والسبب في ذلك أن الحكومة اهتمت بالمشاريع الإنتاجية على حساب الخدمة بالإضافة إلى اعتمادها على القطاع الخاص والذي لقي رواجاً كبيراً في الألفية.

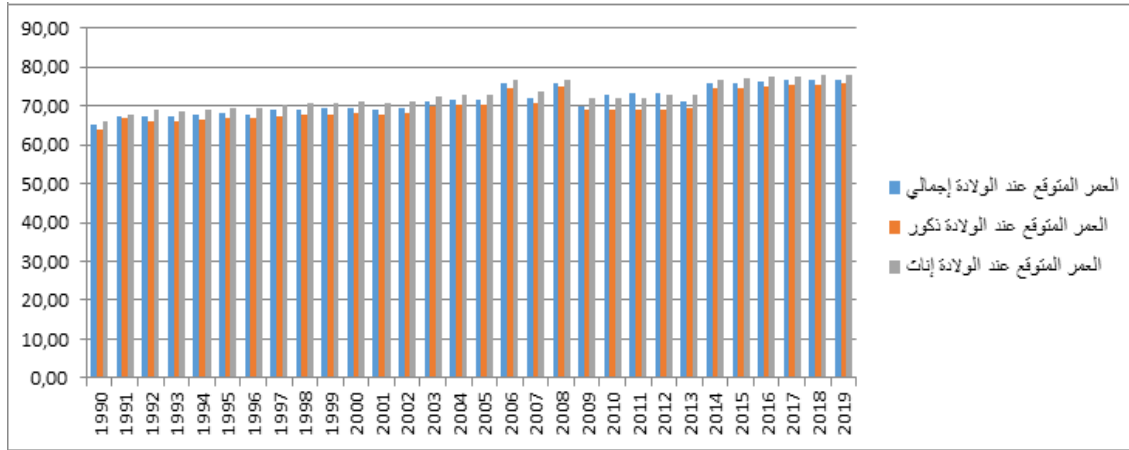
وتجدر الإشارة هنا إلى أن الزيادات السنوية المطلقة التي عرفت ميزانية القطاع طوال الفترة تقريباً، تعبر في الواقع عن زيادات اسمية ناتجة عن ارتفاع تكلفة القطاع الصحي، كارتفاع الأجور وعدد المنشآت القاعدية... إلخ، إلا أن الإشكال المطروح هو مدى توافق هذه المخصصات مع التوسع الكبير الذي عرفه القطاع، ومدى كفايتها للارتقاء بجودة الأداء والخدمات المقدمة، فارتفاع نسبة الاعتمادات المالية من سنة لأخرى، لا يعكس بالضرورة كفاءة وفعالية أداء القطاع الصحي والتي تُقاس بدرجة تحقيقها لأهدافها عموماً وأهداف النمو والتنمية الاقتصادية خصوصاً، كما أن نسب الزيادة ضئيلة جداً مقارنة مع أهمية المنظومة الصحية وأهمية الصحة والاحتياجات الصحية للسكان، بالخصوص إذا ما تم مقارنتها بالتغيرات الوبائية وانتشار الأمراض المزمنة والمعدية، وبهذا يتبين أن أثر البرامج التنموية على القطاع الصحي كان ضعيفاً رغم الموارد المالية الضخمة الموظفة، مما يعكس أداء غير فعال لا يتناسب مع مستوى طموحات التنمية الشاملة المتوازنة والمستدامة، فالنمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة

مجانبة العلاج، ويمكن القول أن الخلل يكمن في عدم توفر الإرادة السياسية الفعلية للإصلاح. أيضا النظام الصحي الجزائري يتميز بتعايش منطقتين لتنظيم الإنفاق الصحي، أحدهما "تدخلي" والآخر "ليبرالي" واعتمدت الجزائر على مقاربات تستند أساسًا إلى إدارة مركزية، للتوجه تدريجيًا نحو خطوات آليات السوق، يستمر الجمع بين المنطقتين حتى يومنا هذا لسبب وجيه، هو التنفيذ المتأخر أو الجزئي للإصلاحات المتتالية. (Youcef ABBOU, Brahim BRAHAMIA, 2017, p.169)

2.2. عرض وتحليل مستوى تطور العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؛

مستوى تطور العمر المتوقع عند الولادة الإجمالي وحسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1990-2019 موضح في الشكل التالي:

الشكل 02: تطور العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات الملحق رقم (02)

يشير متوسط العمر المتوقع عند الولادة، إلى العمر الذي يُتوقع أن يعيش فيه المولود الجديد في ظل معدلات الوفيات المرتبطة بالعمر في وقت ولادته. من الممكن أن يتأثر متوسط العمر المتوقع بالأوضاع الصحية لذلك الشخص والعوامل الوراثية والبيئية وعوامل نمط الحياة مثل النظام الغذائي وحتى الجنس. وبالرغم من أنه لا يمكن لجميع الإحصاءات في العالم أن تتنبأ بدقة بمدى أو طول حياة الشخص، وعلى الرغم من أن هناك العديد من العوامل التي تُساهم في متوسط العمر المتوقع والتي لا يمكن تغييرها -الجنس، العوامل الوراثية والبيولوجية - إلا أن هناك الكثير من العوامل الممكن أن تؤثر في طول العمر كتدابير الحفاظ على الصحة -تناول الغذاء الصحي، الحفاظ على وزن صحي، ممارسة الرياضة، والامتناع عن التدخين وشرب الكحول- وحتى تدابير الأمن والسلامة. إن العمر المتوقع عند الولادة من المؤشرات الاجتماعية الهامة والتي تدل على التحسن في مستوى الرعاية الصحية والخدمات الأساسية، كما يعكس متوسط العمر المتوقع عند الولادة مؤشرا من مؤشرات جودة الحياة ومؤشرا هاما في حساب مؤشر التنمية البشرية والذي جاء كبديل للمقياس التقليدي. (عثماني أنيسة، 2018، ص 110)

بالنسبة للجزائر تشير البيانات المتوفرة خلال الفترة (1990-2019) إلى ارتفاع سنوي في معدل العمر المتوقع عند الولادة، وذلك من 65.10 سنة في سنة 1990 إلى 69.6 سنة في سنة 2000 إلى 76.9 سنة في سنة 2019، ويرجع السبب في ذلك إلى تحسن الظروف الصحية والمعيشية للسكان، وذلك بفضل السياسات والإصلاحات المطبقة في قطاع الصحة والمتمثلة في زيادة الانفاق على الصحة (ارتفاع الأجور وعدد المنشآت القاعدية و زيادة أعداد كبيرة من موظفي الصحة... إلخ) والذي تجسد في وتمديد التغطية والرعاية الصحية، وأيضا

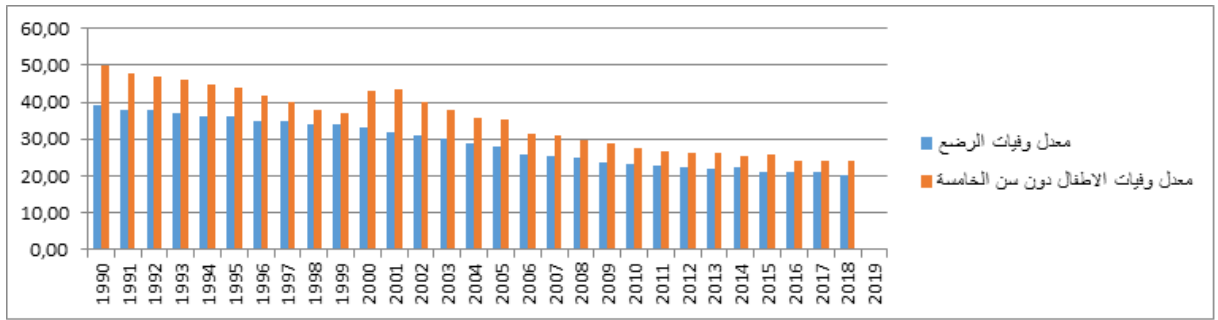
كان لانتشار الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع نتيجة حملات التوعية الصحية والتشدد في معايير السلامة الصحية، مساهمة في الحد من الأمراض عموما والأمراض المعدية خصوصا بما في ذلك تلك المتعلقة بالطفل. وإضافة لتحسن الخدمات الصحية، كان لتحسن الخدمات التعليمية وتطور الحياة الاجتماعية أثر إيجابي في رفع جودة حياة الفرد وتحسن العمر المتوقع عند الولادة. سجل العمر المتوقع عند الولادة تحسنا معتبرا، حيث بلغ 76.9 سنة في سنة 2019، وأصبح يزيد على المتوسط العالمي المقدر بـ 72.74 سنة في سنة 2019 بفارق 4.16 سنة. (BM, 2019, <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN>)

إلا أنه عند الفصل بين العمر المتوقع عند الولادة بين الإناث والذكور، نجد أن العمر المتوقع عند الولادة للإناث أكبر منه لدى الذكور، إلا أن الفرق بين العمر المتوقع عند الولادة عند الإناث والذكور بقي ثابتا وذلك بفارق 3 سنوات تقريبا خلال طوال الفترة، وترتبط هذه الفروقات بعوامل بيولوجية وأيضاً تدابير النظام الصحي (التدخين، المخدرات... إلخ) وغيرها من العوامل.

3.2. عرض وتحليل مستوى تطور معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019؛

تطور معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 1990-2019 مبين في الشكل الموالي:

الشكل 03: تطور معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة 1990-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات الملحق رقم (02)

يُعد معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مؤشرا يعكس المستوى الصحي للفرد والمجتمع، فكلما انخفضت معدلات الوفاة دلّ ذلك على تحسن الوضع الصحي في الدول (Nicola Nante, ET all, 2005,p.02)، فهو ليس فقط مقياسا للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولكن أيضاً أحد المؤشرات الهامة للمستوى المعيشي للمواطنين وكذلك مؤشر الصحة للأمم. أشارت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 أنه يمكن تخفيض معدل وفيات الرضع على نحو أفضل من خلال الجهود الجماعية وجودة النظام الصحي، والذي يجب أن يكون الالتزام النهائي للحكومات، مع توفير دعم إضافي من طرف القطاع الخاص (POPOOLA, Oladayo Timothy, 2019, p.27). ويتعدى الاستثمار في صحة الأطفال كونه من متطلبات حقوق الانسان الأساسية إلى كونه مؤشرا للإدارة الرشيدة في الدول، ويُعرّف معدل وفيات الأطفال الرضع بعدد وفيات الأطفال في السنة الأولى من العمر لكل 1000 مولود حي، ويرتبط ارتباطا كبيرا بمدى جودة الخدمات الصحية.

على هذا الأساس عملت الدول ومن بينها الجزائر على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية، لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمراض كالأطفال، من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية وتطبيق برامج التلقيح ضد الأمراض الوبائية المعدية وتنظيم حملات التوعية والثقافة الصحية وكذلك تنفيذ برامج الصحة المدرسية (علي دحمان محمد، 2017، ص 254).

وحققت الجزائر تطورا في التغطية الصحية للسكان في إطار التكفل بحماية صحة الأم والطفل، وأدى ذلك إلى تراجع معتبر في نسبة وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، فقد سجلت الجزائر تحسنا في هذا المجال خلال الفترة 1990-2019، مما يؤكد أن هناك تحسنا مستمرا للحالة الصحية للأطفال، فقد انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 50 متوفى لألف مولود حي سنة 1990 إلى 23 متوفى لألف مولود حي سنة 2019، أي أنه انخفض بمقدار 27 نقطة بنسبة 46% وبمعدل 0.9 وفاة لكل سنة، في المقابل انخفض عدد وفيات الرضع من 40 متوفى لألف مولود حي سنة 1990 إلى 20 متوفى لألف مولود حي سنة 2019، أي أنه انخفض بمقدار 20 نقطة بنسبة 50% وبمعدل 0.66 وفاة لكل سنة، رغم ذلك فإن هذا المعدل بقي مرتفعا رغم الجهود المبذولة في مجال الوقاية، كذلك تمثل وفيات الأطفال حديثي الولادة (néonatale) أكبر حصة من بين نسبة وفيات الأطفال (CNES, 2007, p.20)، وهم الأطفال البالغين من العمر من 0 إلى 28 يوم وبالخصوص من تتراوح أعمارهم ما بين 0 إلى 6 أيام، وقُدِّر عددهم بـ 30000 طفل حديث الولادة، بمعدل 73% من وفيات الأطفال، وهو السبب الأول لارتفاع نسبة الوفيات في الجزائر، بينما تمثل نسبة وفيات الأطفال البالغين من العمر ما بين 28 يوم و11 شهرا 27% (PNUD, 2005, p.12). تعتبر وفيات الأطفال حديثي الولادة أحد أهم التحديات التي يواجهها المستوى الصحي في الجزائر إلى جانب وفيات الأمهات، فرغم الجهود المبذولة منذ السبعينات في إطار حماية الأم و الطفل، إلا أن معدل وفيات الرضع يبق جد مرتفع (عثماني أنيسة، 2018، ص 116).

مقارنة بالمستويات التي وصلت إليها الدول ذات الدخل المرتفع والتي حققت معدل 7 وفيات لكل 1000 مولود حي، يبق الجهود المبذولة دون المستوى المطلوب، فتحسين المستوى الصحي للدول لا يعتمد على الإنفاق المالي والمادي فقط ولا بالعوامل الصحية فقط، بل يرتبط بعدة عوامل تنموية أخرى كالارتقاء بالخدمات التعليمية وتطوير الحياة الاجتماعية لدورها الإيجابي في رفع جودة حياة الفرد (القضاء على الأمية، زيادة الدخل، خدمات الصرف الصحي، الحفاظ على البيئة وتعزيز دور المرأة في المجتمع)، وعلى حد قول الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، فإن "زيادة الإنفاق المحلي أمر ضروري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وبلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، لكن الإنفاق على قطاع الصحة ليس من قبيل التكاليف، وإنما هو استثمار في سبيل الحد من الفقر، وإيجاد الوظائف، وزيادة الإنتاجية، وتحقيق نمو اقتصادي شامل، وإقامة مجتمعات تنعم بقدر أكبر من الصحة والأمان والإنصاف". (WHO, 2019, Countries are spending more on health, but people are still paying too much out of their own pockets).

<https://www.who.int/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>

3. الدراسة القياسية

تتضمن الدراسة القياسية التعريف بالمنهجية المستخدمة في الدراسة في مرحلة أولى، ثم تطبيق النموذج المعتمد في مرحلة ثانية.

1.3. التعريف بمنهجية Toda- Yamamoto المستخدمة في الدراسة

اعتمدت الدراسة على منهجية اختبار السببية Toda- Yamamoto، ويعتبر اختبار السببية منهجا تجريبيا لدراسة اتجاه العلاقة السببية بين المتغيرات، ومن أشهر الطرق لدراسة السببية نجد ثلاث اختبارات هي كل من اختبار Sims 1969، اختبار Granger 1972، اختبار Granger 1983 وتعد منهجية Granger الأكثر استعمالا وانتشارا، لكن من أهم الشروط لاستخدامها هو استقرار السلاسل الزمنية من نفس الدرجة وخاصة عند المستوى (سيكي وبلمقدم، 2019، ص 303). لهذا اقترح كل من Toda and Yamamoto (1995) منهجية جديدة والتي تعد من أحد الاختبارات السببية البديلة.

تتضمن هذه المنهجية تقدير نموذج VAR المطور مع تأخيرات إضافية يحددها الحد الأقصى لترتيب تكامل السلسلة. هذه الطريقة قابلة للتطبيق مهما كان ترتيب التكامل أو رتبة التكامل المشترك للمتغيرات محل الدراسة. (Hechmy, 2020, p. 8) يتطلب اختبار Toda-Yamamoto اتباع الخطوات التالية (Hechmy, 2020, pp. 8,9):

- أولاً: يجب البحث عن أعلى درجة تكامل للمتغيرات (d_{max}) من خلال دراسة الاستقرار باستخدام اختبارات جذر الوحدة؛
- ثانياً: نعمل على إيجاد العدد الأمثل للتأخيرات للنموذج VAR(k)؛
- ثالثاً: نقوم ببناء نموذج VAR من الدرجة $k+d_{max}$ ، في حالة وجود متغيرين يمكن كتابة نموذج VAR كما يلي:

$$Y_t = a_0 + \sum_{i=1}^{k+d_{max}} a_{1i} Y_{t-i} + \sum_{i=1}^{k+d_{max}} b_{1i} X_{t-i} + e_{Yt}$$

$$X_t = c_0 + \sum_{i=1}^{k+d_{max}} c_{1i} X_{t-i} + \sum_{i=1}^{k+d_{max}} d_{1i} Y_{t-i} + e_{Xt}$$

حيث:

- a_0, c_0 : ثوابت؛

- Y و X : متغيرات؛

- $a_{1i}, b_{1i}, c_{1i}, d_{1i}$: معاملات النموذج؛

- k : تمثل درجة التباطؤ الأمثل؛

- d_{max} : أعلى درجة لتكامل متغيرات الدراسة؛

- e_{Yt}, e_{Xt} : تمثّلان تشويش أبيض.

في هذا الصدد نقدر نموذج VAR(k+dmax) باستخدام تقنية الانحدار غير المرتبط، وفقاً لرامبالدي (Rambaldi) ودوران (Doran) (1996)، ستتحسن قوة اختبار والد (Wald) عندما تستخدم هذه التقنية للتقدير.

أخيراً، نجري اختبار Wald (يُطلق عليه أيضاً اختبار والد المعدل (M-Wald))، لاختبار معنوية معاملات نموذج VAR(k+dmax) ومن ثم اختبار الفرضية التي تنص على أن X لا يسبب Y حسب مفهوم Granger في المعادلة (1)، وبالتالي اختبار $H_0: b_{1i} = 0$: مقابل $H_1: b_{1i} \neq 0$. ($i = 1 \dots k$).

وبالمثل، لاختبار الفرضية Y لا تسبب X حسب مفهوم Granger من المعادلة (2)، يجب علينا اختبار $H_0: d_{1i} = 0$: مقابل $H_1: d_{1i} \neq 0$. ($i = 1 \dots k$).

يمكن استعمال السلاسل ذات درجات مختلفة $I(1), I(2), I(0)$ في اختبار Toda-Yamamoto وكذلك السلاسل التي لها نفس رتبة التكامل إذا كان الهدف هو معرفة العلاقة السببية طويلة المدى.

2.3. تطبيق النموذج المعتمد

سيتم تقييم الوضع الصحي في الجزائر من خلال دراسة قياسية تتضمن قياس تأثير الانفاق الصحي على بعض المؤشرات الصحية والمتمثلة في: العمر المتوقع عند الولادة معبراً عنها بالسنوات، معدل وفيات الرضع كنسبة مئوية، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة كنسبة مئوية، لقد تم الاعتماد على البيانات السنوية للفترة الممتدة من 1990-2019، وهذا وفقاً لما توفر من بيانات المؤشرات لهذه الفترة. تم التعبير عن المتغيرات محل الدراسة كما يلي:

- DEPS: الانفاق الصحي بالألف دينار جزائري؛

- EV: العمر المتوقع عند الولادة معبراً عنها بالسنوات؛

- TMI: معدل وفيات الرضع كنسبة مئوية؛

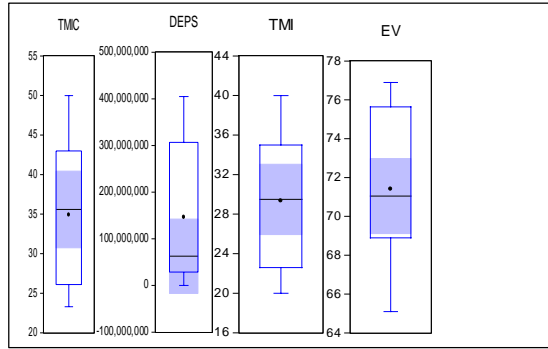
- TMIC: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة كنسبة مئوية.

يتضمن تطبيق النموذج خمس مراحل تتمثل في معالجة البيانات، اختبار استقرارية السلاسل الزمنية، تحديد فترات الابطاء المثلى، تقدير نموذج VAR (1)، اختبار سببية Toda-Yamamoto.

1.2.3. معالجة البيانات

تتضمن مرحلة معالجة البيانات استكشاف وجود القيم الشاذة في سلسلة البيانات، ويتم من خلال تمثيل الصندوق (BOX-PLOT) الخاص بها. تمثيل صندوق (BOX-PLOT) لكل من سلسلة الانفاق على الصحة ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، موضح في الشكل الموالي:

الشكل 04: استكشاف وجود القيم الشاذة



المصدر: مخرجات Eviews9

يتبين من خلال الشكل أعلاه انعدام القيم الشاذة لكل السلاسل خلال سنوات الدراسة.

2.2.3. استقرارية السلاسل الزمنية

سيتم في هذه الخطوة اختبار مدى استقرارية السلاسل الزمنية محل الدراسة عن طريق اختبار ديكي فولر المطور وفليبس بيرون، باستخدام برنامج Eviews 9، وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول 01: نتائج اختبار الاستقرارية باستخدام اختبار ديكي فولر المطور

الفرق الأول			المستوى				
النموذج a	النموذج b	النموذج c	النموذج a	النموذج b	النموذج c		
-	-	-	-	-	-8.65 [0.000]	LDEPS	
-			-	-	-5.80 [0.0003]	LEV	
-					-3.84 [0.0324]	LTMI	
	-4.80 [0.0006]	-4.7 [0.0041]			-2.20 [0.47]	LTMIC	
-2.65	-3.68	-4.32	-2.64	-3.67	-4.30	% 1	القيمة الدرجة
-1.95	-2.97	-3.58	-1.95	-2.96	-3.57	%5	
-1.60	-2.62	-3.22	-1.61	-2.62	-3.22	%10	

المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج Eviews9

يتبين من نتائج اختبار ديكي فولر المطور مايلي:

- لوغاريتم الانفاق الصحي مستقر في المستوى، حيث أن القيمة المحسوبة أكبر من القيم المجدولة وهذا في النموذج C وهذا بوجود اتجاه عام وثابت، وعليه يمكن القول أن Ldeps متكامل من الدرجة الصفر (0)؛

- لوغاريتم العمر المتوقع عند الولادة مستقر هو الآخر في المستوى عند النموذج c، أي بوجود ثابت واتجاه عام فهو متكامل من الدرجة صفر؛
 - لوغاريتم معدل وفيات الأطفال مستقر في المستوى بوجود اتجاه عام وثابت لأن القيمة المحسوبة أكبر من القيم المجدولة، فهو متكامل من الدرجة صفر؛
 - لوغاريتم معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة غير مستقر في المستوى، غير أنه أصبح مستقرا بعد أخذ الفرق الأول وعند النموذج b أي بوجود الثابت فهو أيضا متكامل من الدرجة الأولى.
- عند استعمال اختبار فلييس بيرون تم التوصل إلى نفس النتائج، وهذا ما أكد نتائج اختبار ديكي فولر المطور.
- بما أن السلاسل محل الدراسة غير مستقرة عند نفس المستوى، فإنه لا يمكن تطبيق اختبار التكامل المشترك الذي يحدد العلاقة بين المتغيرات على المدى الطويل، وبغية معرفة مدى تأثير الانفاق الصحي على بعض المؤشرات الصحية، سيتم الاعتماد على اختبار Toda-Yamamoto.

3.2.3. تحديد فترات الإبطاء المثلى

لا بد من تحديد عدد درجات التأخر لتحديد طول فترة التباطؤ المثلى لمعادلة النموذج القياسي وذلك بالاعتماد على مجموعة من المعايير أهمها: معيار Akaike (AIC)، معيار Schwarz (SC) ومعيار Hannan and Quin (HQ).
الجدول 02: نتائج تحديد فترات الإبطاء المثلى

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	126.5857	NA	9.44e-10	-9.429673	-9.236120	-9.373937
1	202.5148	122.6546*	9.58e-12*	-14.03960	-13.07183*	-13.76092*
2	217.3536	19.40462	1.16e-11	-13.95028	-12.20830	-13.44865
3	234.4532	17.09956	1.40e-11	-14.03486	-11.51867	-13.31029
4	253.6109	13.26302	2.06e-11	-14.27776*	-10.98735	-13.33024

المصدر: مخرجات Eviews9

يبدو جليا من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه بأن درجة التأخير التي تعطي أقل قيمة لأغلب المعايير هي 1 (P=1) وعليه سيتم تقدير نموذج VAR (1).

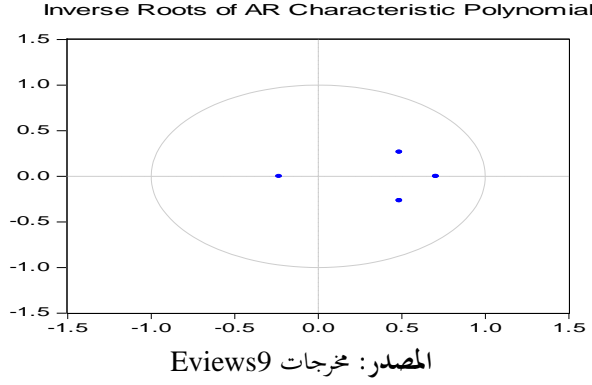
4.2.3. تقدير نموذج VAR (1)

قبل المرور إلى السببية يجب التأكد أولا من أن نموذج VAR (1) صالح ويستوفي كل الشروط، وعليه سنقوم بالاختبارات التالية: دراسة استقرارية النموذج، دراسة الارتباط الذاتي لبواقي النموذج واختبار التوزيع الطبيعي لبواقي.

1.4.2.3. دراسة استقرارية النموذج

للتأكد من مدى استقرارية بواقي النموذج نستخدم اختبارات الجذور المتعددة، حيث تعتبر نتائج شعاع الانحدار الذاتي مستقرة إذا كانت كل الجذور أقل من 1، الشكل أدناه يبين نتائج هذا الاختبار:

الشكل 05: اختبار AR



يتبين من خلال الشكل أن مقلوب الجذور الأحادية لكثير الحدود داخل الدائرة الأحادية ومنه النموذج VAR(1) مستقر.

2.4.2.3. دراسة الارتباط الذاتي لبواقي النموذج.

للتأكد من عدم وجود ارتباط ذاتي بين بواقي النموذج نستخدم اختبار LM، حيث تنص الفرضية الصفرية على عدم وجود ارتباط

ذاتي بين بواقي النموذج، النتائج ملخصة في الجدول التالي:

الجدول 03: اختبار الارتباط الذاتي لبواقي

VAR Residual Serial Correlation LM Tests
Null Hypothesis: no serial correlation at lag order h
Date: 02/10/21 Time: 22:07
Sample: 1990 2019
Included observations: 28

Lags	LM-Stat	Prob
1	13.69135	0.6217
2	13.14218	0.6623
3	22.43654	0.1296
4	17.06672	0.3813
5	16.39857	0.4255
6	20.28881	0.2075

Probs from chi-square with 16 df.

المصدر: مخرجات Eviews9

تشير نتائج الجدول إلى قبول الفرضية الصفرية أي عدم وجود ارتباط ذاتي بين بواقي النموذج لأن القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية 5%.

3.4.2.3. اختبار التوزيع الطبيعي لبواقي

للكشف عن طبيعة توزيع بواقي النموذج، تم استخدام اختبار (Jaque-Berra) كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول 04: اختبار التوزيع الطبيعي لبواقي

Component	Skewness	Chi-sq	Df	Prob.
1	0.799512	2.983021	1	0.0841
2	-0.060653	0.017168	1	0.8958
3	0.352967	0.581401	1	0.4458
4	0.536371	1.342573	1	0.2466
Joint		4.924163	4	0.2952

5.2.3. اختبار سببية Toda-Yamamoto

لأجل اختبار السببية بين السلسلة الزمنية (DEPS) و (EV) و (TMI) و (TMIC) سنعمد على اختبار Toda -Yamamoto، فمن خلال نتائج اختبار الاستقرار تبين أن أكبر درجة للتكامل هي: $dmax=1$ ، وفترة التباطؤ المثلى (K) لنموذج VAR كانت $k=1$ ، ثم نقوم بتقدير العلاقة بين المتغيرات بدرجة $VAR(k+dmax)$ ، أي $VAR(2)$ ، الجدول التالي يلخص نتائج Toda-yamamoto:

الجدول 05: نتائج اختبار Toda yamamoto

VAR Granger Causality/Block Exogeneity Wald Tests

Date: 04/07/21 Time: 21:15

Sample: 1990 2019

Included observations: 28

Dependent variable: LDEPS

Excluded	Chi-sq	Df	Prob.
LEV	0.620581	1	0.4308
LTMI	6.824464	1	0.0090
LTMIC	0.214338	1	0.6434
All	7.565822	3	0.0559

Dependent variable: LEV

Excluded	Chi-sq	df	Prob.
LDEPS	4.302221	1	0.0381
LTMI	2.223908	1	0.1359
LTMIC	0.254438	1	0.6140
All	5.716330	3	0.1263

Dependent variable: LTMI

Excluded	Chi-sq	df	Prob.
LDEPS	2.432906	1	0.1188
LEV	0.532795	1	0.4654
LTMIC	0.010392	1	0.9188
All	4.026319	3	0.2586

Dependent variable: LTMIC

Excluded	Chi-sq	df	Prob.
LDEPS	0.549864	1	0.4584
LEV	0.271527	1	0.6023
LTMI	0.115069	1	0.7344
All	0.712957	3	0.8702

المصدر: مخرجات Eviews9

يتضح من خلال الجدول أعلاه مايلي:

- غياب العلاقة السببية من الانفاق على الصحة باتجاه العمر المتوقع عند الولادة، وبتجاه وفيات الأطفال دون سن الخامسة

- وجود علاقة سببية أحادية الاتجاه من الانفاق الصحي إلى معدل وفيات الرضع، وهذا ما تؤكده قيمة الاحتمال المقدرة بـ 0.9%؛
- وجود علاقة سببية أحادية الاتجاه من العمر المتوقع عند الولادة إلى الانفاق الصحي وهذا ما تؤكده قيمة الاحتمال المقدرة بـ 3.81%؛
- غياب العلاقة السببية من العمر المتوقع عند الولادة إلى معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة باحتمال قدره: 11.88%، 46.54% و 91.88% على الترتيب،
- غياب العلاقة السببية من معدل وفيات الرضع إلى الانفاق الصحي والعمر المتوقع عند الولادة ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وهذا ما تؤكده قيمة الاحتمال المقدرة بـ 18.12% و 17.33% على الترتيب؛
- غياب العلاقة السببية من معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى باقي المتغيرات.

4. الخاتمة:

تعتبر صحة الانسان أهم ركائز التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وبهذا يُعد الاستثمار في رأس المال البشري عن طريقها أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق التنمية المنشودة والتي تنعكس في عدة مؤشرات اجتماعية كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والتي تعكس التحسن في مستوى الرعاية والخدمات الصحية، على هذا الأساس حضي القطاع الصحي في الجزائر باهتمام كبير وذلك من خلال الارتفاع المستمر في المخصصات المالية السنوية، لكن الملاحظ أن تأثير التمويل على مردودية القطاع الصحي لم يكن بالشكل المتوقع. إن قياس مساهمة الانفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخير، من خلال تحليل تطور أهم المؤشرات وأيضاً من خلال تقييم مدى وجود سببية بين الانفاق على القطاع الصحي والمؤشرات الصحية المعتمدة خلال الفترة 1990-2019، بينت أن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة لا تعكس الأغلفة المالية الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، وقد توصلت الدراسة التحليلية والقياسية إلى النتائج التالية:

- إن الزيادات السنوية المطلقة التي عرفتها ميزانية قطاع الصحة خلال فترة الدراسة، تعبر في الواقع عن زيادات اسمية ناتجة عن ارتفاع تكلفة القطاع الصحي كما تعتبر نسب الزيادة ضئيلة جداً مقارنة مع أهمية المنظومة الصحية بالخصوص إذا ما تم مقارنتها بالتغيرات الوبائية وانتشار الأمراض المزمنة والمعدية؛
- أثر البرامج التنموية على القطاع الصحي كان ضعيفاً رغم الموارد المالية الضخمة الموظفة، مما يعكس أداء غير فعال لا يتناسب مع مستوى طموحات التنمية الشاملة المتوازنة والمستدامة، فالنمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج؛
- عرف معدل العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر ارتفاع سنوي خلال الفترة (1990-2019)، حيث بلغ 76.9 سنة في سنة 2019، وأصبح يزيد على المتوسط العالمي المقدر بـ 72.74 سنة في سنة 2019 بفارق 4.16 سنة، ويرجع السبب في ذلك إلى تحسن الظروف الصحية والمعيشية للسكان، الناتجة عن السياسات والاصلاحات المطبقة في قطاع الصحة؛
- سجلت الجزائر تحسناً في هذا مجال نسبة وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة والتي عرفت تراجعاً خلال الفترة 1990-2019، مما يؤكد أن هناك تحسناً مستمراً للحالة الصحية للأطفال؛

- عرفت المؤشرات المعتمدة تحسنا مستمرا من سنة لأخرى إلا أن النتائج تبقى بعيدة عن مستوى المعدلات العالمية وعن مستوى العديد من الدول ذات الدخل المرتفع وحتى الدول ذات الأوضاع الاقتصادية والاقتصادية المماثلة، فالأغلفة المالية ارتبطت بالجانب التجهيزي بدرجة أكبر على حساب جودة الخدمات المقدمة؛
 - غياب العلاقة السببية من الانفاق على الصحة باتجاه العمر المتوقع عند الولادة، وباتجاه وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛
 - وجود علاقة سببية أحادية الاتجاه من الانفاق الصحي إلى معدل وفيات الرضع، وهذا ما تؤكد قيمة الاحتمال المقدرة بـ 0.9%؛
 - وجود علاقة سببية أحادية الاتجاه من العمر المتوقع عند الولادة إلى الانفاق الصحي وهذا ما تؤكد قيمة الاحتمال المقدرة بـ 3.81%؛
 - غياب العلاقة السببية من العمر المتوقع عند الولادة إلى معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة باحتمال قدره: 11.88% و 46.54% و 91.88% على الترتيب؛
 - غياب العلاقة السببية من معدل وفيات الرضع إلى الانفاق الصحي والعمر المتوقع عند الولادة ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وهذا ما تؤكد قيمة الاحتمال المقدرة بـ 18.12% و 17.33% على الترتيب؛
 - غياب العلاقة السببية من معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى باقي المتغيرات.
- وبناء على نتائج الدراسة القياسية تم نفي صحة الفرضية الأولى والثالثة وتأكيد صحة الفرضية الثانية.

اقتراحات الدراسة:

- بناء على النتائج المتوصل إليها سيتم تقديم الاقتراحات التالية:
- ضرورة تحقيق التوافق بين المخصصات المالية والتوسع الكبير الذي عرفه القطاع ومدى كفايتها للارتقاء بجودة الأداء والخدمات المقدمة، فارتفاع نسبة الاعتمادات المالية من سنة لأخرى، لا يعكس بالضرورة كفاءة وفعالية أداء القطاع الصحي والتي تُقاس بدرجة تحقيقها لأهدافها عموما وأهداف النمو والتنمية الاقتصادية خصوصا؛
 - التركيز على الإنفاق على قطاع الصحة لا يجب أن يكون من قبيل التكاليف، وإنما هو استثمار في سبيل الحد من الفقر، وإيجاد الوظائف، وزيادة الإنتاجية، وتحقيق نمو اقتصادي شامل، وإقامة مجتمعات تنعم بقدر أكبر من الصحة والأمان والإنصاف؛
 - العمل على تحسين الخدمات التعليمية وتطوير الحياة الاجتماعية بشكل مستمر لما له من أثر إيجابي في رفع جودة حياة الفرد وتحسن العمر المتوقع عند الولادة؛
 - ضرورة توفر الإرادة السياسية الفعلية للإصلاح، فالنظام الصحي الجزائري يتميز بتعايش منطقتين لتنظيم الإنفاق الصحي، أحدهما "تدخلي" والآخر "ليبرالي".
 - إن تحسين المستوى الصحي للدول لا يعتمد على الإنفاق المالي والمادي فقط ولا يرتبط بالعوامل الصحية فقط، بل يرتبط بعدة عوامل تنموية أخرى يجب على السلطات المسؤولة التركيز عليها كالارتقاء بالخدمات التعليمية وتطوير الحياة الاجتماعية لدورها الإيجابي في رفع جودة حياة الفرد (القضاء على الأمية، زيادة الدخل، خدمات الصرف الصحي، الحفاظ على البيئة وتعزيز دور المرأة في المجتمع).

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بـ 20 ماي 2007، المرسوم التنفيذي رقم 140/07، المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المعدل والمتضمن المواد 2 و6.
2. دريسي أسماء، 2015، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2013-2004)، المجلة الجزائرية للعلمة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، جامعة الجزائر 03، الجزائر.
3. عبو عمر، عبو هودة، 2013، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المنتدى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر: واقع وتحديات، كلية العلوم القانونية والعلوم الإدارية، جامعة حسيبة بن بوعلي، شلف، الجزائر.
4. عثمانى أنيسة، 2018، تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية على التنمية البشرية في الجزائر (دراسة قياسية للفترة 1990-2015)، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 01، الجزائر.
5. علي دحمان محمد، 2017، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
6. مجدوب بحوصي، عمار عريس، نضال بدروح، 2018، الإنفاق العام على الصحة وأثره على النمو الاقتصادي في الجزائر (دراسة قياسية خلال الفترة 1995-2013)، مجلة نور للدراسات الاقتصادية، المجلد 04، العدد 07، المركز الجامعي نور البشير بولاية البيض، الجزائر.
7. وليد عبد الحميد عايب، 2010، الآثار الاقتصادية الكلية لسياسة الانفاق الحكومي: دراسة تطبيقية قياسية لنماذج التنمية الاقتصادية، الطبعة الأولى، مكتبة حسن العصرية، بيروت، لبنان.
8. Amaresh Das & Frank Martin, 2010, **An Econometric analysis of the US health care expenditure**, Global Journal of Health Science, V 02, N° 01, Canadian center of science and education, Canada.
9. BADRY Hechmy , **Modélisation VAR et Test de Causalité de la Relation Finance-Croissance: Evidence Empirique dans le Cas de la Tunisie**, site d'internet : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3211090 (consulté le : 05/01/2021)
10. BM, 2019, <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN> (consulté le 05/01/2021).
11. CNES, 2002, Commission de l'Evaluation Rapport sur: **La conjoncture économique et sociale du 2ème semestre 2002, Conseil National Economique Et Social**, rapport disponible sur le lien : <https://www.cnese.dz/static/Cnes/data/Session%20PI%C3%A9ni%C3%A8re/FR/SP22/La-conjoncture-%C3%A9conomique-et-sociale-du-2%C3%A8me-semestre-2002.pdf> (consulté le 05/01/2021).
12. CNES, 2007, **Rapport national sur le développement humain-Algérie**, rapport disponible sur le lien : http://www.arabstates.undp.org/content/dam/rbas/report/Rapport_CNES2007.pdf (consulté le 05/01/2021).
13. Hadji Fatima, 2020, **Analytical and evaluation study of Health expenditure in Algeria during the period 2000-2017**, Journal Of North African Economies, V 16, N° 22, Hassiba Benbouali University, Chlef, Algeria.
14. Nicola Nante, ET all, 2005, **Life expectancy at birth and avoidable mortality Health performance of Liguria region**, Journal of preventive medicine and hygiene, N°: 46, University of Genoa, Italy.
15. PNUD, 2005, Système des Nations unies en Algérie, Bilan commun de pays.

16. POPOOLA, Oladayo Timothy, 2019, **An Empirical Analysis of Infant Mortality: Evidence from sub-Saharan Africa Countries**, *Journal of Economics and Management Sciences*; Vol. 2, No. 1, IDEAS SPREAD, US.
17. WHO, 2019, Countries are spending more on health, but people are still paying too much out of their own pockets, <https://www.who.int/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>. (consulté le 05/01/2021).
18. Youcef ABOU, Brahim BRAHAMIA, 2017, **Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé**, *Insaniyat, revue Algérienne d'anthropologie et de sciences sociales* N° 75-76, janvier - juin 2017, CRASC, Algérie.

6. الملاحق:

الملحق 1: تطور الانفاق الصحي في الجزائر من 1990-2019

السنوات	ميزانية الدولة	ميزانية قطاع الصحة	نسبة الزيادة في ميزانية القطاع	نسبة ميزانية القطاع إلى ميزانية الدولة
1990	84,000	0,384		0,46
1991	118,300	2,382	520,31	2,01
1992	203,900	12,317	417,09	6,04
1993	303,950	16,713	35,69	5,50
1994	323,272	17,819	6,62	5,51
1995	437,975	21,171	18,81	4,83
1996	547,000	28,994	36,95	5,30
1997	640,600	28,536	-1,58	4,45
1998	771,721	29,802	4,44	3,86
1999	817,692	31,621	6,10	3,87
2000	965,328	33,900	7,21	3,51
2001	836,294	38,324	13,05	4,58
2002	1050,166	49,117	28,16	4,68
2003	1097,385	55,430	12,85	5,05
2004	1200,000	63,770	15,05	5,31
2005	1200,000	62,460	-2,05	5,21
2006	1283,446	63,282	1,32	4,93
2007	1574,943	93,552	47,83	5,94
2008	2017,969	129,201	38,11	6,40
2009	2593,741	178,322	38,02	6,88
2010	2837,999	195,011	9,36	6,87
2011	3434,306	227,859	16,84	6,63
2012	4608,250	404,945	77,72	8,79
2013	4335,614	306,925	-24,21	7,08
2014	4714,452	365,946	19,23	7,76
2015	4972,278	381,972	4,38	7,68
2016	4807,332	379,407	-0,67	7,89
2017	4591,841	389,073	2,55	8,47
2018	4584,462	392,163	0,79	8,55
2019	4954,476	398,970	1,74	8,05

المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات قوانين المالية 1990-2019 المتوفرة على الروابط:

<https://www.mfdgi.gov.dz/index.php/ar/com-smartslider3/2014-03-24-14-21-50/lois-de-finances/279-1981-1990>
<https://www.mfdgi.gov.dz/index.php/ar/com-smartslider3/2014-03-24-14-21-50/lois-de-finances/278-1991-2000>
<https://www.mfdgi.gov.dz/index.php/ar/com-smartslider3/2014-03-24-14-21-50/lois-de-finances/277-2001-2010>
<https://www.mfdgi.gov.dz/index.php/ar/com-smartslider3/2014-03-24-14-21-50/lois-de-finances/1781-2011-2015>

الملحق 2: تطور بعض المؤشرات الصحية في الجزائر من 1990-2019

السنوات	العمر المتوقع عند الولادة الإجمالي	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة
1990	65,10	40,00	50,00
1991	67,34	39,00	48,00
1992	67,10	38,00	47,00
1993	67,30	38,00	46,00
1994	67,80	37,00	45,00
1995	68,10	36,00	44,00
1996	67,74	36,00	42,00
1997	68,90	35,00	40,00
1998	69,20	35,00	38,00
1999	69,30	34,00	37,00
2000	69,60	34,00	43,00
2001	69,20	33,00	43,50
2002	69,50	32,00	40,20
2003	71,10	31,00	38,00
2004	71,40	30,00	35,70
2005	71,70	29,00	35,50
2006	75,70	28,00	31,60
2007	72,20	26,00	31,00
2008	75,70	25,50	29,70
2009	70,00	24,80	29,00
2010	72,90	23,70	27,50
2011	73,10	23,10	26,80
2012	73,40	22,60	26,10
2013	71,00	22,40	26,10
2014	75,64	22,00	25,60
2015	75,86	22,30	25,70
2016	76,30	20,90	24,00
2017	76,50	21,00	24,00
2018	76,70	21,00	24,20
2019	76,90	20,00	23,30

المصدر: من إعداد الباحث بناء على التقارير المتوفرة على الروابط التالية:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT/countries>

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN/countries>

UNDP [1996] : P. 154

CNES [2007] : « Rapport national sur le développement humain-Algérie », P. 20

CNES [2006] : « Rapport national sur le développement humain-Algérie », P. 81

CNES [2007] : « Rapport national sur le développement humain-Algérie », P. 20

CNES [2008] : « Rapport national sur le développement humain-Algérie », P. 66

CNES [2008] : « Rapport national sur le développement humain-Algérie », P. 88

Gouvernement Algérien [2005] : « Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement », P. 56

Gouvernement Algérien [2010] : « 2eme Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement », P. 82

Rétrospective statistique 1970-2002. Tables de mortalité agrégées 1977-2002. P.3 à 31