

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور مولاي الطاهر بسعيدة

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية

مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

الشعبة: علوم اقتصادية

التخصص: اقتصاد كمي

بعنوان:

أثر الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي

في الجزائر خلال الفترة (1980-2017)

من إعداد الطالبين:

- مفتاح عبد الحليم
- غناوي مروان

أمام اللجنة المكونة من السادة:

رئيسا	أستاذ محاضر "أ"	د. رملي محمد
مشرفا	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بوطيبة فيصل
مناقشا	أستاذ محاضر "ب"	د. مدوني مراد

السنة الجامعية: 2020/2021



# الشكر والعرفان

الحمد لله ربي العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين وخاتم  
الأنبياء

محمد صلى الله عليه وسلم.

نشكر الله العلي القدير على توفيقه لانجازنا هذا العمل المتواضع  
فهو جلا وعلا أحق بالشكر سبحانه وتعالى.

ولا يسعنا في هذا المقام إلا أن ننسب هذا الفضل لأصحابه وأخص  
بالذكر أستاذنا

" بوطيبة فيصل " الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته القيمة ومنحنا الكثير من  
وقته

فله جزيل الشكر والعرفان بالجميل.

إلى من قدم لنا يد المساعدة من قريب أو بعيد.

# الاهداء

إلى كل أسرتي الغالية إلى من عمل بكد في سبيلي وعلمني معنى الكفاح  
و أوصلني الى ما أنا عليه أبي الكريم أدامه الله لي إلى من أخص الله  
الجنة تحت قدميها، إلى أمي الحبيبة وكل من حبهم يجري في عروقي  
ويلهج بذكرهم فؤادي إلى اخوتي وأخواتي إلى من سرنا سويًا ونحن  
نشق الطريق معًا نحو النجاح والإبداع إلى من تكاتفنا يدا بيد.

غناوي مروان



# الاهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الحمد لله والصلاة على المصطفى ﷺ -

أما بعد:

أود أن أهدي هذا العمل المتواضع إلى من قال فيهما المولى

عز وجل:

" وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ إِنَّمَا يُبَلِّغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ۝

-الإسراء (23-24)

إلى أمي التي حملتني وهنا على وهن وغمرتني بحنانها ولم تنساني  
بدعائها، إلى أمي الحنون الغالية.

إلى أبي رحمه الله الذي ساندني طيلة حياتي الدراسية والذي كان دعماً لي  
مادياً ومعنوياً، إلى كلاهما أهدي عملي هذا وشكراً لكما ألف شكر.  
إلى كل أفراد العائلة وعائلة مفتاح وإلى كل الأهل والأقارب بدون استثناء.  
وزملائي في الدراسة.

مفتاح عبد الحليم

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
23	الانفاق على الصحة من النسبة المئوية لنواتج المحلي الاجمالي	1
25	الانفاق على الصحة للفرد	2
27	الانفاق الصحي الحالي بالمليون دولار	3
28	الإنفاق الخاص على الصحة (النسبة المئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة)	4
33	الامكانيات البشرية 1974-1989	5
41	معدل المواليد لكل الف نسمة	6
43	تطور معدل الوفيات لكل الف نسمة	7
45	معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل الف ولادة حسب الجنس	8
47	معدل الوفيات لأطفال أقل من 5 سنوات	9
48	معدل وفيات الأمهات لكل 100000	10
50	العمر المتوقع عند الولادة	11
59	نتائج التحليل الوصفي	12
60	الارتباط بين المتغيرات	13
61	نتائج دراسة استقرارية السلاسل الزمنية	14
62	التقدير الأولي للنموذج	15
64	نتائج دراسة تجانس ثبات التباين البواقي	16
65	نتائج دراسة شرط استقلال حدود خطأ	17
65	نتائج اختبار حدود للتكامل مشترك	18
66	نتائج تقدير نموذج تصحيح خطأ غير مقيد UECM	19
67	نتائج تقدير نموذج تصحيح خطأ ECM	20

## قائمة الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
6	مخطط النمو عند آدم سميث	1
24	الانفاق على الصحة من النسبة المئوية لنتاج المحلي الاجمالي	2
26	الانفاق على الصحة للفرد	3
28	الانفاق الصحي الحالي بالمليون دولار	4
29	الإنفاق الخاص على الصحة ( النسبة المئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة)	5
42	معدل المواليد لكل الف نسمة	6
44	تطور معدل الوفيات لكل الف نسمة	7
46	معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل الف ولادة حسب الجنس	8
48	معدل الوفيات لأطفال أقل من 5 سنوات	9
49	معدل وفيات الأمهات لكل 100000	10
51	العمر المتوقع عند الولادة	11
56	النتاج المحلي الإجمالي	12
57	التراكم الخام لرأس المال الثابت	13
58	عدد العمال	14
58	أمل الحياة عند الولادة	15
63	اختبار فترات ابطاء مثلى في نموذج	16
64	اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي	17
68	اختبار استقرارية نموذج (cusum)	18
68	اختبار استقرارية نموذج (cusum of squares)	19

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في اثر الإنفاق على الصحة في النمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة (1980-2017)، حيث استخدمت الدراسة منهجية الانحدار الذاتي لفترات الإبطاء الموزعة (ARDL). توصلت الدراسة إلى وجود علاقة توازنية في المدى الطويل بين الصحة والنمو، حيث يوجد تأثير موجب ومعنوي لتوقع الحياة عند الولادة على النمو الاقتصادي، ذلك أن التغير بمقدار وحدة واحدة في العمر المتوقع عند الولادة يؤدي إلى زيادة النمو ب 6.59 وحدة.

**الكلمات المفتاحية:** الإنفاق على الصحة، النمو الاقتصادي، منهجية ARDL، الجزائر.

## Abstract:

This study aims to investigate the impact of health spending on economic growth in Algeria during the period (1980-2017), where the study used the *Autoregressive Distributed Lags* (ARDL) methodology. The study concluded that there is a long-term equilibrium relationship between health and growth, as there is a positive and significant impact of life expectancy at birth on economic growth, as the change of one unit in life expectancy at birth leads to an increase in growth by 6.59 units.

**Keywords:** health spending, economic growth, ARDL methodology, Algeria.



# فهرس المحتويات

مقدمة عامة..... أ - د

## الفصل الأول: الأدبيات النظرية

- 1..... تمهيد
- 4-2..... المبحث الأول: المفاهيم الأساسية للصحة واقتصاديات الصحة
- 2..... المطلب الأول: علم الاقتصاد والصحة
- 1..... 1. علم الاقتصاد
- 2..... 2. تعريف الصحة العامة
- 3..... المطلب الثاني: اقتصاديات الصحة
- 1..... 1. مدخل عام لظهور اقتصاديات الصحة
- 4-3..... 2. مفهوم اقتصاد الصحة
- 9-4..... المبحث الثاني: مفهوم النمو، أنواعه وأهم نظرياته
- 4..... المطلب الأول: مفهوم النمو الاقتصادي
- 4..... المطلب الثاني: أنواع النمو الاقتصادي
- 8-5..... المطلب الثالث: أهم نظريات النمو الاقتصادي
- 9-8..... المطلب الرابع: العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي
- 10..... خلاصة الفصل

## الفصل الثاني: الدراسات السابقة

- 12..... تمهيد
- 17-13..... المبحث الأول: الدراسات السابقة عن حالة الجزائر
- 13..... أولا: دراسة مجدوب بحوصي وعمار عريس ونضال بدروج
- 14-13..... ثانيا: دراسة ازموور رشيد وعلي دحمان محمد
- 14..... ثالثا: دراسة محمد علي دحمان ومحمد بوقنديل
- 14..... رابعا: دراسة علي مكيد وسومية فرقاني
- 15-14..... خامسا: دراسة محمد الجموعي قريشي والحاج عرابة
- 15..... سادسا: دراسة باركة محمد الزين وخلصي
- 16-15..... سابعا: دراسة عمر بوعزيز
- 16..... ثامنا: دراسة لخضر بن عطا الله
- 17-16..... تاسعا: دراسة كرمين سميرة
- 17..... عاشرا: دراسة أسماء دريسي
- 19-17..... المبحث الثاني: الدراسات السابقة عن بلدان أخرى
- 17..... أولا: دراسة صفاء احمد باسلامة ونشوى مصطفى (المملكة العربية السعودية)
- 18..... ثانيا: دراسة اثيل عبد الجبار الجمروود ومحمد وحيد حسين (العراق)
- 18..... ثالثا: دراسة عبد الكريم عبد الله وقيس انيس جحيل العقابي (العراق)
- 19-18..... رابعا: دراسة ريان محمد احمد محمد (السودان)
- 19..... خامسا: دراسة بومعراف الياس وصاولي مراد (الشرق الأوسط ودول شمال افريقيا)
- 20..... خلاصة الفصل

## الفصل الثالث: تطور القطاع الصحي في الجزائر

- تمهيد..... 22
- المبحث الأول: مؤشرات الإنفاق على القطاع الصحي من 2000 الى 2018..... 23-30
- المطلب الاول: إجمالي الإنفاق على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)..... 23-24
- المطلب الثاني: الإنفاق على الصحة للفرد..... 24-26
- المطلب الثالث: الإنفاق الصحي الحالي بالمليون دولار..... 27-28
- المطلب الرابع: الإنفاق الخاص على الصحة (كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة)..... 28-29
- المطلب الخامس: المقارنة بين الإنفاق الصحي في الجزائر ودول الجوار..... 29-30
- المبحث الثاني : المراحل التي مر بها تطور القطاع الصحي..... 30-39
- المطلب الاول: المرحلة الاولى 1962\_1974..... 30-31
- المطلب الثاني: المرحلة الثانية من 1975-1989..... 31-33
- المطلب الثالث: المرحلة الثالثة من 1990\_2000..... 33-36
- المطلب الرابع: المرحلة الرابعة من 2001 الى 2010..... 36-37
- المطلب الخامس: المرحلة الخامسة من 2011\_2020..... 38-39
- المبحث الثالث: مؤشرات الوضع الصحي في الجزائر..... 40-51
- المطلب الاول: معدل المواليد..... 40-42
- \_ معدل المواليد لكل الف نسمة..... 40-42
- المطلب الثاني: معدل الوفيات..... 42-48
- \_ معدل الوفيات لكل ألف نسمة..... 43-44
- \_ معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل الف ولادة حسب الجنس..... 45-46
- \_ معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات..... 47-48

المطلب الثالث:معدل وفيات الأمهات.....48-49

المطلب الرابع:العمر المتوقع عند الولادة.....49-51

52.....خلاصة الفصل

### الفصل الرابع:الدراسة القياسية

54.....تمهيد

المبحث الأول:مفاهيم أساسية حول منهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة

55.....(ARDL)

المطلب الأول : نشأة منهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL)..... 55

المطلب الثاني : مميزات منهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL).....55

المطلب الثالث : خطوات تطبيق الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL).....55

المبحث الثاني : تقدير أثر أمل الحياة عند الولادة على النمو الاقتصادي باستخدام

نموذج (ARDL).....56-68

المطلب الأول : عرض المتغيرات الدراسة .....56-60

المطلب الثاني : دراسة الاستقرار.....61

المطلب الثالث : تقدير النموذج انحدار الذاتي لفجوة زمنية موزعة متباطئ .....62-68

69.....خلاصة الفصل

71.....خاتمة عامة

75-73.....قائمة المراجع

قائمة الملاحق.



# المقدمة العامة



تعتبر الصحة عنصرا أساسيا وفعالا نظرا للدور الذي يقوم به في إطار التنمية الاقتصادية والاجتماعية، كما أنه أحد مقومات تحقيق التنمية البشرية، حيث كان ينظر للصحة على أنه خدمة استهلاكية وحق دستوري من حقوق الفرد على عاتق الدولة، وتعتبر الصحة من أهم الأشياء على المستوى الدولي لحقوق الإنسان. ويعد هذا القطاع الشغل الشاغل لأنه قطاع مركب ومعقد في ادارته وتشابكه فهناك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة بما يفوق أي قطاع آخر.

وتعد الصحة من ابرز الخدمات التي أصبح الانسان بحاجة ماسة اليها أكثر من السابق، وذلك لما عرفه ظهور امراض كان يصعب علاجها لذلك سعت الدول النامية على غرار الجزائر الاهتمام بخدمات الرعاية الصحية، وخصصت لها هذه الدول من الميزانية العامة وأصبح كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي.

يحتاج قطاع الصحة الى تمويل طويل المدى وتتدخل عدة محددات أخرى تؤثر على الجانب الصحي على غرار مساهمات الافراد والقطاع الخاص، بحيث تعتبر الصحة عنصرا اساسيا في التنمية البشرية لوجود تفاعل بين التنمية وصحة الانسان لان الفرد دائما ما يسعى الى تلبية حاجياته لا متناهية ومنها خدمات الرعاية الصحية وما ظهر جليا على المجتمع لكون هذه الخدمة موجهة شيء اساسي في حياة المجتمع وأيضا على الاقتصاد باعتبار ان الفرد الذي يتمتع بصحة جيدة يعد مورد بشري جاهز لاستعماله في العملية الانتاجية. ومن جانب اخر اظهرت بعض الدراسات وجود علاقة بين الصحة والنمو، فالصحة تؤثر بشكل مباشر على النمو، باعتبار ان الصحة الجيدة تعطي للفرد القدرة على العمل بجهد اكبر ولوقت اطول كل هذا يؤدي الى الزيادة في الانتاجية، ولتحقيق هذا المبتغى وجب على الدولة توفير الرعاية الصحية للأفراد وذلك بترشيد النفقات الحكومية وتوفير التمويل العادل لهذا القطاع.

وقد عرف القطاع الصحي بالجزائر عدت تطورات كل هذه التطورات راجعة الى تطور الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع. وقد عملت الجزائر كأولى الخطوات التنمية في هذا القطاع، وذلك عن طريق التغييرات والإصلاحات على مستوى العام للمنظومة الصحية بتطبيق عدة برامج وسياسات على غرار مجانية الصحة، اما من الناحية المادية خصصت الدولة لها غلاف مالي من الميزانية العامة وذلك لدور هذا القطاع في النمو.

لكن على الرغم من ارتفاع حجم الانفاق على القطاع، مازال مستوى الخدمات الصحية لم يرقى الى المستوى المطلوب، إلا ان هذا الارتفاع اصبح ينظر اليه على انه مصدر للنفقات العالية بدلا من كونه قطاع لدفع وتيرة النمو. وأمام كل هذه المشاكل إلا ان المشرفين على هذا القطاع يفكرون في سبل للوقوف النذ للنذ في وجه هذه المشاكل والحفاظ على جودة الخدمات الصحية وذلك عن طريق التسيير الجيد والعقلاني لنفقات بهذا القطاع.

### 1. الإشكالية:

ومن خلال ما تطرقنا اليه تتبادر لنا إشكالية الموضوع التي تتمحور حول أثر الانفاق في الصحة على النمو الاقتصادي، لذا كان المبتغى تسليط الضوء على هذا الموضوع والإجابة على الاشكالية التالية:

✓ هل يؤثر الانفاق الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر؟

### 2. الفرضية:

من أجل الإجابة على السؤال المطروح، تتمثل فرضية دراستنا فيما يلي:

يوجد تأثير ايجابي للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر.

### 3. أهمية الدراسة:

وتكمن أهمية الدراسة في معرفة العلاقة والأثر بين الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر، محاولة

اعطاء صورة شاملة للقطاع الصحي من جميع الجوانب الموجودة على مستوى المنظومة الصحية

فل الجزائر، مع اجراء بعض المقارنات بين الجزائر ودول الجوار من حيث المؤشرات الصحية.

### 4. دوافع الدراسة:

- دوافع ذاتية: الرغبة في البحث في موضوع اقتصاديات الصحة.
- دوافع موضوعية: بحكم التخصص وكذلك من أجل إثراء رصيد المكتبة بهذا النوع من الدراسات التي لها أثر على حياتنا اليومية.

## 5. أهداف الدراسة:

ويكمن الهدف من هذه الدراسة :

✓ التعرف بالصحة والنمو الاقتصادي.

✓ التعرف على تأثير الانفاق في الصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر.

## 6. المنهج المستخدم:

نعتمد في هذه الدراسة على استخدام المنهج العلمي من خلال تطبيق الأساليب القياسية لمعرفة اثر

الانفاق الصحي على النمو الاقتصادي، حيث نستخدم أسلوب الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة

.ARDL



## 7. خطة البحث:

تم التطرق في بحثنا وفق طريقة IMRAD بحيث:

في الفصل الأول الأدبيات النظرية للصحة والنمو الاقتصادي، سنتحدث في المبحث الأول من الفصل عن الصحة والنمو الاقتصادي والعلاقة بينهما، كما سنتطرق في الفصل الثاني الى الدراسات السابقة في الجزائر ودراسات لدول أخرى، اما في الفصل الثالث تطرقنا الى واقع المنظومة الصحية في الجزائر من انفاق ومراحل تطور القطاع الصحي منذ الاستقلال الى يومنا هذا والى المؤشرات التي تحكم على واقع الصحة في الجزائر.

أما الفصل الرابع (الدراسة التطبيقية) سنتطرق الى التعريف بمنهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) وعرض متغيرات الدراسة بالتفصيل، كما سنتطرق الى دراسة الاستقرار والعلاقة التوازنية للأجل الطويل وقصير المدى.



الفصل الأول:  
الادبيات النظرية



**تمهيد:**

تعتبر الصحة ركيزة أساسية ذات قيمة اقتصادية، حيث تساهم بدرجة كبيرة في عملية النمو الاقتصادي لأي بلد، وتعد العلاقة التي تربط الصحة بالنمو الاقتصادي علاقة وطيدة على مر الزمن ولا بد أن نقف عند القيمة الاقتصادية للصحة، وأهميتها في الاستثمار في صحة الافراد وهذا ما يؤدي الى تحفيز النمو، وسنتطرق للأدبيات النظرية المتعلقة بالنمو والصحة والعلاقة التي تربطهم.

كما يظهر تأثير الصحة في زيادة إنتاجية العمال والرفع من مهاراتهم، وبالتالي يمكن للصحة تحسين مستوى

الدخل الفردي بصفة مباشرة، وتعزيز النمو الاقتصادي، ذلك بأنه أهم وسيلة يمكنها تلبية جميع الأهداف الاقتصادية.

## • المبحث الأول: المفاهيم الأساسية للصحة واقتصاديات الصحة

### المطلب الأول: علم الاقتصاد والصحة

تلعب الصحة دورا هاما للغاية في حياة الانسان وحياة المجتمعات، لأن لها دور كبير في حماية صحة مجتمعات بأكملها، وتعزيزها والحفاظ عليها، سواء كانت هذه المجتمعات كبيرة أو صغيرة. لا بد من التطرق الى مفهوم علم الاقتصاد ومفهوم الصحة العامة بعده يمكننا التطرق الى مفهوم اقتصاديات الصحة:

#### 1. علم الاقتصاد:

وهناك عدة تعريفات نذكر منها:

❖ درس كيفية تحديد ثمن العمالة، ورأس المال، والأرض في الاقتصاد، وكيف يتم استخدام هذه الأسعار في توزيع الموارد.

❖ ويستطلع سلوكيات الأسواق المالية، ويحلل كيف تعمل هذه الأسواق على توزيع رأس المال في الاقتصاد.

❖ يحلل تأثير اللوائح التنظيمية الحكومية على كفاءة السوق.

❖ يدرس توزيع الدخل، ويقترح طرق مساعدة المحتاجين من دون الحاق الأذى بأداء الاقتصاد. (سامويلسون، 1955، صفحة 30)

ومنه فان علم الاقتصاد هو المعرفة الاقتصادية المنظمة التي تحاول الوصول، من خلال مجموعة الحوادث والظواهر الاقتصادية المتشابهة والمتكررة، إلى مجموعة من الحقائق الثابتة التي تربط بين هذه الحوادث والظواهر بروابط منطقية، بحيث تكون في مجموعها بناء كلية متناسقة. وهذه الحقائق أو الروابط المنطقية يطلق عليها اسم " القوانين Laws "، وإن شاع تسميتها في الوقت الحاضر وخاصة في ميدان العلوم الاجتماعية باسم " التصورات النظرية أو الفروض Hypothèses ". (وغسان، 2015، صفحة 15)

#### 2. تعريف الصحة العامة:

تُعرّف الصحة العامة بأنها علم حماية السلامة وتحسين صحة المجتمعات من خلال التعليم وصنع السياسات والبحث من أجل الوقاية من الأمراض والإصابات يختلف تعريف الصحة العامة من شخص لآخر. سواء كنت ترغب في تحليل الأرقام، أو إجراء أبحاث معملية أو ميدانية، أو صياغة سياسة، أو العمل مباشرة مع الأشخاص للمساعدة في تحسين صحتهم، فهناك مكان لك في مجال الصحة العامة. يتيح لك كونك متخصصًا في مجال الصحة العامة العمل.

في جميع أنحاء العالم، ومعالجة المشكلات الصحية للمجتمعات ككل، والتأثير على السياسات التي تؤثر على

صحة المجتمعات. (<https://www.publichealth.pitt.edu>)

## المطلب الثاني: اقتصاديات الصحة

## (1) مدخل عام لظهور اقتصاد الصحة:

ظهر اقتصاد الصحة في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا العظمى وبداية السبعينات في فرنسا، والنقطة الموحدة بين المختلف البحوث تتمثل في اختيار قطاع الصحة كمجال للتطبيق وذلك للتوصل إلى التحليل الاقتصادي والتطور النظري، خلال عشرية الثمانينات أعطيت أهمية الاقتصاد الصحة لأسباب تطبيقية تخص متطلبات تسيير قطاع الصحة والهيئات المقدمة للعلاج. في نهاية سنوات السبعينات ظهرت قيود اقتصادية مخيفة حددت من المتطلبات الاجتماعية للسكان في ميدان الاستهلاك الطبي. بعد أزمة 1929م ظهر التحليل الاقتصادي الجزئي (micro-économie) عن طريق الاقتراب الكنزي، في هذا الجو الجديد ظهر اقتصاد الصحة وعم محال تحليل النشاطات الاجتماعية فأغلبية الأعمال الاقتصادية المتعلقة بميدان الصحة تبنت الميكانيزمات، المفاهيم والوسائل المنهجية للمدرستين الحدية والكنزية. ومن هنا نستخلص إلى أن الفكر الاقتصادي في مختلف المدارس كان مهاجرا لدور قطاع الصحة بحيث لم يتم التطرق إليها بل اعتبروها نشاطا اجتماعيا ليس له أي تأثير على النشاط الاقتصادي. (دحمان، 2016، صفحة 22).

## (1) مفهوم اقتصاد الصحة:

يهتم علم الاقتصاد بتخصيص الأمثل للموارد الاقتصادية نظرا لأن هذه الأخيرة تتميز بالندرة والتي تقابلها تعدد الحاجات ولا محدوديتها ومن الحاجات الإنسانية نجد خدمات الرعاية الصحية والتي تمتاز بمجموعة من الخصائص والصفات تجعلها تختلف عن باقي الخدمات الاخرى مما يخلق صعوبة لتطبيق النماذج و الأسس الاقتصادية والتي يتم إسقاطها على باقي الخدمات ومن هنا دعت الضرورة إلى إيجاد وتطوير فرع اقتصادي خاص يسمى باقتصاد الصحة والذي يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم اقتصاد على قضايا الرعاية الصحية مما يساعد على عملية التحليل وبذلك توجد هناك عدة تعريفات لاقتصاد الصحة والتي تختلف حسب نظرة الاقتصاديين وانتماءاتهم الفكرية ومنها:

و يرى كل من " F . Guyot – P . BollahiioW " أن اقتصاد الصحة هو: «نوع من فروع المعرفة والذي يهدف إلى تعظيم النشاط الطبي، أي دراسة الشروط المثلى التي تمكن وتساعد على التخصيص الأمثل للموارد المتاحة، قصد تحسين ورفع الحالة الصحية للسكان، مع الأخذ بعين الاعتبار للقيود والعراقيل وكذا حدود الوسائل المتاحة» (بحوصي، 2018، صفحة 154)

في حين يرى H . Guilton أن اقتصاد الصحة هو: «فرع جزئي يهتم بتكييف الإنسان مع الوسط الذي يحيط ويعيش فيه، أي تحقيق التوازن الأمثل بين الإيرادات والتكاليف (بحوصي، 2018، صفحة 154).

وعليه وانطلاقاً مما سبق فإنه يمكن اعتبار أن اقتصاد الصحة هو فرع من فروع العلوم الاقتصادية والذي يهتم ويهدف إلى دراسة وتحليل مختلف العوامل والقيود الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على المنظومة الصحية، وذلك من خلال:

❖ اكتشاف وتحليل مختلف القضايا والمشكلات المتعلقة بقطاع الخدمات الصحية؛

❖ تقييم الأنظمة الصحية مع تحديد نقاط القوة ومحاولة تعزيزها والبحث عن نقاط الضعف والعمل على تجاوزها

العمل على تحقيق الكفاءة والعدالة في تقديم الخدمات الصحية. (بحوصي، 2018، صفحة 154)

### المبحث الثاني: مفهوم النمو، أنواعه وأهم نظرياته

#### المطلب الاول: مفهوم النمو الاقتصادي

مفهوم النمو الاقتصادي مفهوماً كما يعبر عن زيادة الإنتاج في المدى الطويل، ويعرف النمو الاقتصادي بأنه: " الزيادة المحققة على المدى الطويل للإنتاج البلاد، كما يمكننا الإشارة إلى مفهوم التوسع الاقتصادي، الذي هو الزيادة الظرفية للإنتاج، وبالتالي نستطيع القول: إن النمو الاقتصادي هو عبارة عن محطة لتوسع الاقتصاد المثالي، وبما أن النمو يعبر عن الزيادة الحاصلة في الإنتاج، فإنه يأخذ بعين الاعتبار نصيب الفرد من الناتج أي: معدل نمو الدخل الفردي، وفقاً لما سبق فإن النمو الاقتصادي يتجلى في: زيادة الناتج الوطني الحقيقي بين فترتين وارتفاع معدل الدخل الفردي. كما يمكن للنمو أن يكون مصاحباً لتقدم اقتصادي إذا كان نمو الناتج الوطني أكبر من معدل نمو السكان، أو أن يكون غير مصاحب بتقدم اقتصادي إذا كان معدل نمو الناتج الوطني مساوي لمعدل نمو السكان، بينما إذا كان معدل نمو السكان أرفع من معدل نمو الناتج الوطني فإن النمو حينئذ يكون مصحوباً بتراجع يعتبر اقتصادي. (خشيب، صفحة 2)

#### المطلب الثاني: أنواع النمو الاقتصادي

وتتمثل أنواع النمو الاقتصادي في: (التل، 1991، صفحة 41)

1. **النمو التلقائي:** هو ذلك النمو الذي يأخذ بأسلوب الحرية الاقتصادية والاعتماد على قوى السوق الذاتية في تحقيق التنمية الاقتصادية وهي النظريات التي تنجو أسلوباً بعيداً عن التدخل الحكومي المباشر تقوم قوى الطلب والعرض بتحقيق ما يتطلبه الاقتصاد من تغييرات بيانية تساعد على نمو وتنميته وقد أتبع هذا الأسلوب الدولة الرأسمالية المتقدمة منذ الثورة الصناعية.

2. **النمو العابر:** فإنه لا يملك الاستمرارية والثبات وإنما يأتي استجابة لبروز عوامل طارئة "عادة ما تكون خارجية

" لا تلبث أن يزول ويزول معها النمو الذي أحدثته، وتقع أكثرية الدول النامية تحت هذا النمط من النمو.

3 . النمو المخطط: يكون هذا النوع من النمو نتيجة عملية تخطيط شاملة للموارد ومتطلبات المجتمع.

### المطلب الثالث: أهم نظريات النمو الاقتصادي

#### أولاً: النظرية الكلاسيكية

حددت هذه النظرية العوامل المسببة للنمو الاقتصادي في العوامل التقليدية العمل ورأس المال حيث يرى ادم سميث و الذي يعتبر من أهم الرواد أن أساس النمو الاقتصادي يكمن في تقسيم العمل، لاعتباره شكلاً من أشكال الإدارة والتنظيم في قيام عملية الانتاج، ومن اعتبارات ادم سميث أن النمو الاقتصادي عملية تراكمية، لان هذا التراكم في رؤوس الأموال المنتجة يعتبر كفاً في الإنتاج و يخلق حجم استثمارات جديدة، ويدعو ادم سميث الى ترشيد الاستهلاك قصد الإبقاء على المستوى الكبير من الادخار، مما يساهم في زيادة الاستثمار. (التل، 1991، صفحة 41)

أهم مبادئه :

✓ القانون الطبيعي : تطبيق القانون الطبيعي في الأمور الاقتصادية حيث يعتبر كل فرد مسؤول عن

تصرفاته وأن هناك.

✓ تقسيم العمل : هو نقطة بداية في نظرية النمو لدى ادم سميث حيث أنها توجي إلى أعظم النتائج في القوى

المنتجة للعمل .

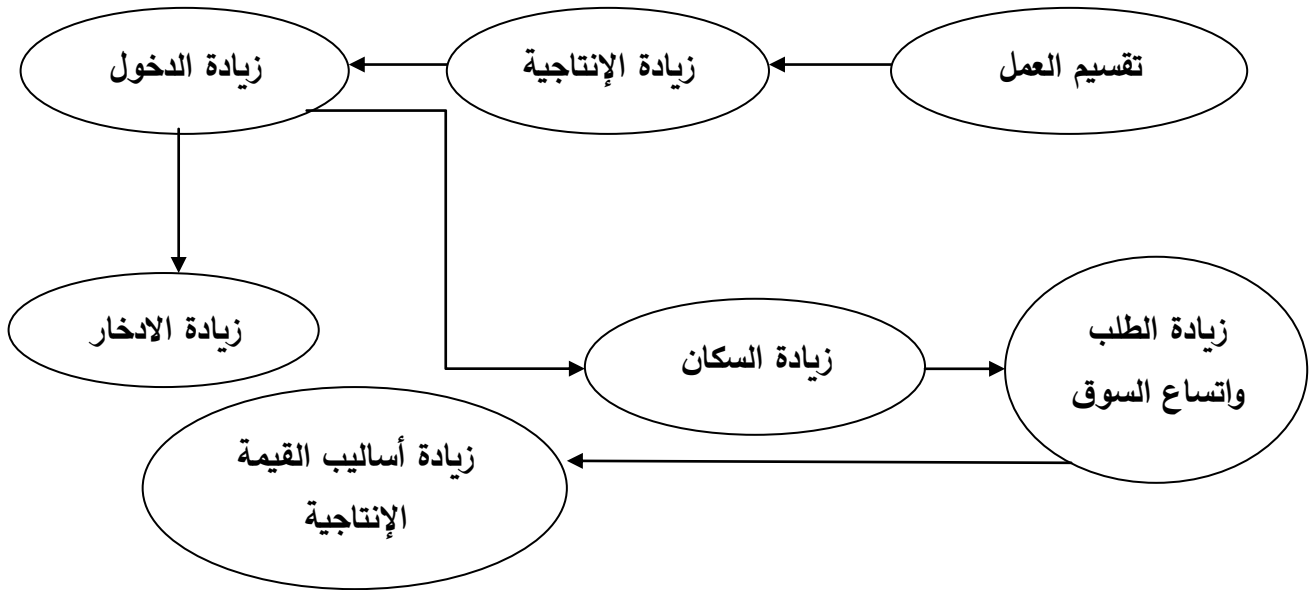
✓ تراكم رأس المال : يرى سميث أن الادخار شرط ضروري للتنمية الاقتصادية .

✓ اتساع السوق: تقسيم العمل في نظره يعتمد على إشباع السوق، حيث يفتح المجال لتخصص أكثر ومن تم

زيادة الإنتاجية.

التراكمية والتجديد الذاتي للتنمية : يرى ادم سميث أن عملية التنمية تصبح متجددة في ظل وجود تراكم رأس المال وتوفر السوق الكافي. (نزعي، 2009)

الشكل رقم (01): مخطط النمو عند آدم سميث



المصدر: (نزعي، 2009)

الانتقادات الموجهة لنظرية الكلاسيكية: وجهة عدة انتقادات لهذه النظرية:

- الأرباح مصدر الادخار: لان هناك مصادر أخرى للادخار منها ادخار القطاع العام و ادخار الحكومة. (التل، 1991، صفحة 20)

- قوانين غير واقعية: كانت النظرية تشاؤمية للاقتصاد، والذين يرون أن نهاية التطور الرأسمالية هي الركود. (التل، 1991، صفحة 21)

الادخار يوجه الى الاستثمار: كانت وجهة نظرهم ان الادخار يساوي الاستثمار. ولكن الاستثمار يزيد على الادخار من خلال التمويل المصرفي للاستثمار. (التل، 1991، صفحة 21)

إذا فان النظرية كانت خاطئة حول حتمية الركود الاقتصادي وسياسة الحرية التامة.

ثانيا : النظرية الكلاسيكية الحديثة (النيوكلاسيكية)

لقد نشأت هذه النظرية خلال النصف الثاني من الخمسينات للقرن العشرين، وتميزت هذه الفترة من تاريخ الاقتصاد الرأسمالي بارتفاع معدلات النمو الاقتصادي المتوازن لفترات متفاوتة، وإن اتصف بالطول النسبي.



## ❖ -فرضيات و أسس النظرية النيوكلاسيكية:

السمة الواقعية الجديدة الخاصة بالاقتصاد الرأسمالي إلى التغيير في التفكير، حيث جاء الاتجاه الفكري السابق نموذج هارود-دومار والذي ركز على جانب الطلب كعامل حاسم في عملية النمو الاقتصادي، لكن ظهر الفكر الجديد الذي أوضح أن العرض كعامل حاسم لعملية النمو والتنمية. ومن هنا ظهر الاسم النيوكلاسيكي.

أهم الأفكار الكلاسيكية المحدثه: (التل، 1991، صفحة 28)

- الارتباط التقليدي بين توزيع الدخل وحجم الادخار في الاقتصاد.
- أن التقدم التكنولوجي يزيد من مستوى رأس المال
- أن حجم السكان و حجم رأس المال ومستوى التقدم التكنولوجي، والتي تؤثر في معدل النمو الاقتصادي تتحدد بواسطة قوى خارج مجال علم الاقتصاد.
- التركيز على مشكلات الأجل القصير عكس النظرية الكلاسيكية التي تركز على المدى الطويل.
- أن حجم السكان لا يتغير مع التغيير في الدخل الفردي.

أفكار النظرية النيوكلاسيكية في مجال النمو الاقتصادي فتتضمن النظرية ثلاثة أفكار رئيسي: (التل، 1991، صفحة 28)

- ✚ في الأجل الطويل يتحدد معدل النم الاقتصادي بمعدل نمو قوة العمل في الوحدات الكفاء.
- ✚ إن مستوى دخل الفرد يعتمد على معدل الادخار والاستثمار، ذلك لان معدل دخل الفرد يتغير إيجابا مع معدل الادخار والاستثمار وسلبا مع معدل نمو السكان.
- ✚ عند وجود تفضيلات معطاة للادخار ( بالنسبة للاستهلاك) والتكنولوجيا لدى بلدان العالم.

ومن أهم المفكرين في النظرية النيوكلاسيكية هو نموذج " سولو -سوان Swan- Solow "

نجد أن نموذج "سولو- سوان" بحث في إطار النمو من المنظور الاقتصادي الجزئي، وذلك من خلال توضيح أفكار مستوحاة من تكوين التوازن العام محافظا على جوهر البديهيات ( الإنتاجية الحدية، المنافسة الكاملة، المردودية غير المتزايدة).

هناك عدة فرضيات يرتكز عليها نموذج سولو تتمثل فيما يلي: (التل، 1991، صفحة 29)

- الاقتصاد يتكون من قطاع واحد ويقوم بالإنتاج
- الاقتصاد مغلق وتسود المنافسة الكاملة جميع أسواقه
- أن هناك تشغيل كامل للعمالة ومخزون رأس المال
- سريان مفعول كل من قانون تناقص الغلة، وتناقص الميل الحدي للإحلال.

#### ثانيا: الانتقادات الموجهة للنظرية

أن تنبؤات النموذج مخالفة للواقع حيث تبين في الحقيقة عدم حساسية معدل نمو نصيب الفرد من الناتج القومي للمؤشرات الرئيسية كالتغير التكنولوجي وتراكم رأس المال ومعدل النمو الكلي في النموذج. (محمد، 2019، صفحة 39)

#### المطلب الرابع: العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي

أن العلاقة بين الناتج والإنفاق الصحي إيجابية بوجه عام إلا أنها 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 المتوقعة، وكذلك انخفاض تكاليف الرعاية الصحية في البداية الذي يعظم العائد على الإنفاق. و من جهة أخرى فإن زيادة الدخل تفسر زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية في كثير من دول العالم خصوصا الدول المتطورة، حيث تنفق معظم الدول المتطورة ما يزيد على أربعة آلاف دولار للفرد سنويا من أجل الأغراض الصحية، وتصل في بعض الدول إلى نحو عشرة آلاف دولار. حيث ينبغي أن يصاحب زيادة الإنفاق الصحي الحوكمة والشفافية والمحاسبة لزيادة فرص نجاح زيادة الإنفاق الصحي في رفع مستويات ومعايير الصحة العامة للسكان التي تقود بدورها إلى رفع معدلات النمو الاقتصادي..ولهذا فإن زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية تعود بفوائد على الاقتصاد تعوضه ولو جزئيا عن الأموال المنفقة عليها.

تسهم زيادة الإنفاق الصحي في تحسين صحة السكان ما يرفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويشير عدد كبير من الدراسات إلى تأثير إيجابي لزيادة معدلات العمر في النمو الاقتصادي، وقد يكون هذا من أهم الأسباب التي تدعم فرضية أن الإنفاق على الصحة يعزز معدلات النمو الاقتصادي. إضافة إلى ذلك يقود تحسن الصحة العامة

إلى استفادة الأعمال من خلال خفض إنفاقها على الرعاية الصحية وتقليل خسائرها من تغيب العمالة الناتج عن الأمراض.

أما بالنسبة إلى فاعلية الإنفاق الخاص والحكومي على الصحة فيشير عديد من الدراسات في أعضاء منظمة التعاون والتنمية إلى أن الإنفاق الصحي الحكومي أكثر فعالية من الإنفاق الخاص في تحفيز النمو الاقتصادي. وقد يعود هذا إلى أن الإنفاق العام يركز على الرعاية الأساسية والضرورية بينما قد تميل الرعاية الصحية الخاصة إلى توفير بعض الخدمات الكمالية التي تستهلك من قبل مرتفعي الدخل أو أنها تبالغ في أسعار خدماتها. (<https://www.aleqt.com/>، 2017)

## خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل تبيان العلاقة التي تربط بين الصحة والنمو، وذلك بهدف توضيح أثره على النمو في الجزائر، والدور المهم للصحة حيث تعتبر مصدر مهم يمكن استغلاله لتعزيز عملية النمو الاقتصادي في البلاد. وأن العلاقة بين الناتج والإنفاق الصحي إيجابية بوجه عام إلا أنها 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 ولهذا فإن زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية تعود بفوائد على الاقتصاد تعوضه ولو جزئياً عن الأموال المنفقة عليها.



الفصل الثاني:  
الدراسات السابقة



**تمهيد:**

الدراسات السابقة تعد أحد أهم أجزاء البحث العلمي، فوجودها شرط أساسي لا يمكن الاستغناء عنه كونها تقدم معلومات كثيرة للباحث كما تساعد على فهم موضوع الدراسة بشكل كامل، ومن أجل التنبيه لمواقع الخطأ التي وقع بها الباحثون وتجنبها، وبالتالي تكون نتائج البحث العلمي تقريبية، لذا خصصنا فصل كامل في بحثنا للعودة إلى بعض الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوعنا، ومقارنتها بما توصلنا إليه من نتائج.

## المبحث الأول: الدراسات السابقة عن حالة الجزائر

## الإنفاق العام على قطاع الصحة وأثره على النمو الاقتصادي في الجزائر (دراسة قياسية خلال الفترة 1995-2013)

قام كل من د.مجدوب بحوصي وآخرون بدراسة في الجزائر سنة 2018 اثر الانفاق العام في قطاع الصحة على النمو الاقتصادي للفترة الممتدة من (1995-2013) وكانت هذه الدراسة تهدف الى الوصول الى نتائج تحليلية وتحليل العلاقة السببية بين المتغيرات المراد دراستها وذلك باستخدام أسلوب التكامل المشترك و VAR و ECM وقد سلطوا الضوء على عدة مفاهيم ( الانفاق العام، قطاع الصحة، النمو الاقتصادي) و قد تم التسليط على مؤشرات ديموغرافية لكونها أساس في دراسة الجوانب الصحية. و لم تكن الدراسة تقتصر على الجزائر بل تم اخذ بعض الأرقام من الخارج من جانب الانفاق العام مقارنة الأرقام بالجزائر وتطرقت الدراسة أيضا للمؤشرات غير ديموغرافية الناتج الداخلي و كذا نصيب الفرد من الانفاق العام بين الدول والجزائر. توصل في الأخير ان تزايد في الانفاق العام على قطاع الصحة يتزايد الناتج الداخلي الخام خلال فترة الدراسة وبدرجة ثقة 99 % وقد أكد هذا الشأن الباحث فاجنر سنة 1883 انه يتزايد نصيب الفرد من الناتج في أي دولة ما فان الحكومة ستزيد من الانفاق العام على الصحة حسب قانون فاجنر. وقد توصلوا الى نتائج الى وجود علاقة سببية في الاجلين القصير والطويل في اتجاه واحد، تمتد من النمو الاقتصادي الى الانفاق العام على قطاع الصحة بينما لم يكن هناك العكس و هذا ما تم تناوله في قانون فاجنر . (بحوصي، 2018)

## \_تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية - دراسة تحليلية قياسية

كانت هذه الدراسة من طرف د.ازمور رشيد وآخرون هذه الدراسة في الجزائر سنة 2018 للفترة بين (1990-2015) وكان الهدف من هذه الدراسة توضيح انعكاس الإنفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخيرة من خلال تحليل أهم مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة. حيث تم استخدام اختبارات من اجل هذه الدراسة التحليلية ( اختبار الاستقرارية، التكامل المشترك بطريقة جوهانسون، VAR، تحليل التباين) وقد تم التطرق الى عدة مؤشرات من نفقات على الصحة في الجزائر و تطورها خلال فترة الدراسة (2000-2015) وكذا تحليل الانفاق العام على مؤشرات الالفية التي تتضمن معدل وفيات (الأطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات الأطفال الرضع، نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة) معدل صحة الأمهات الذي يتضمن معدل الوفيات (نسبة وفيات الأمهات، نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة) ومؤشر اخر يتعلق ب مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، الايدز، الملاريا وغيرها من الأمراض الذي يتضمن (انتشار فيروس نقص المناعة لدى الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهم ما بين 15 -24 معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر) باعتبار ان هذه المؤشرات هي الاساس أي انه هي من تحدد لك كيفية التسيير الحسن للإنفاق على قطاع الصحة.

كانت النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة أظهرت العلاقة في المدى الطويل أن الإنفاق العام على الصحة له تأثير إيجابي مفسر إحصائي على المؤشرات الصحية من هنا يجب العمل على زيادة الإنفاق على الصحة وليس العكس وذلك لمعالجة المشكلات العديدة التي يعاني منها اتمع، وهو ما يتطلب وضع الاسس الضرورية لإصلاح الإنفاق العام وجعله يصب في صالح الاهداف الرئيسية التي تقرر من اجله. (رشيد، 2018)

### تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة

وكانت هذه الدراسة من طرف محمد علي دحمان وآخرون تمت هذه الدراسة سنة 2016 للفترة الممتدة من (2000-2014) والهدف منها هو تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر وذلك بمتعلق بمجهودات الدولة في تدعيم القطاع الصحي وقد طرحا في هذا الموضوع الإنفاق الصحي الى الموازنة العامة وتقييمها من جميع الجوانب المركزية التي تتضمن على عوامل الداخلية (المستخدمين، التسيير الداخلي، النفقات المخصصة إضافة الى نفقات أخرى) واللامركزية (نفقات الموظفين، نفقات الأدوات وتسيير المصالح، صيانة المبنى) وتحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الاعتمادات المخصصة لتسيير الهياكل الصحية من مستشفيات وقطاعات صحية حيث يبين التنامي وتزايد المستمر في نفقات تسيير القطاع طيلة الفترة محل الدراسة يظهر ملاحظة هامة والأساسية مفسرة لهذا التطور والتنامي المستمر وهو وجود مركز إنفاق هام يستحوذ على غالبية الإمكانيات المالية الموجهة للوحدات الصحية القاعدية. خلال هذه الدراسة ملاحظة تزايد النفقات الصحية من سنة إلى أخرى. (دحمان م.، 2016)

### العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة (2000-2014)

تمت هذه الدراسة من طرف د.علي مكيد وآخرون تم دراسة في الجزائر سنة 2017 للفترة الممتدة من 2000-2014 كان الهدف من هذه الدراسة قياس اثر التغيرات في الإنفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر وقد استخدموا لهذه الدراسة نموذج اقتصادي مبني على دالة كوب دوغلاس، لتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة وقد تم التطرق الى مفاهيم ومؤشرات مثل مفهوم النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي. وبعد الدراسة القياسية باستخدام 7 eviews و بطريقة الإحصائية بالاعتماد على عناصر الإنتاج المعروفة (راس المال العيني، عنصر العمل والإنفاق الحكومي الصحي) و بعد تقدير النتائج بطريقة المربعات الصغرى العادية تم الوصول الى ان النموذج غير مقبول واقتصاديا نتيجة إثبات العلاقة العكسية بين المتغيرات ،اي عدم وجود تأثيري للإنفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر. (علي، 2017)

### قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية (2011)

هذه الدراسة قام بها محمد الجموعي قريشي وآخرون تهدف إلى تقييم كفاءة الخدمات الصحية من طرف المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات، وتم استخدام الأطباء والممرضين العاملين في مستشفيات العينة كمدخل للنموذج، وعدد المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين كمخرجات للنموذج، وتضمنت



الدراسة عشرة (10) مستشفيات. وقد توصلت الدراسة إلى كون الكفاءة النسبية يعتبر مؤشرا جيدا لتقييم ومقارنة أداء وحدات اتخاذ القرار في أي قطاع من القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، كما يعتبر أسلوب تحليل معلق البيانات (DEA) بجانبه الادخاري والإخراجي وبرنامج (DEAXL) المعلوماتي أداتين مناسبتين لحساب وقياس هذا المؤشر. وعند استخدام هذا المؤشر على عينة الدراسة فقد تم التوصل إلى أن القطاع الخاص يتميز بمستويات كفاء أعلى نسبيا من وحدات القطاع العام، والسبب في ذلك يعود إلى للأحجام الكبيرة في مدخلات ومخرجات القطاع العام مقارنة بالأحجام الصغيرة لمدخلات ومخرجات القطاع الخاص. (قريشي، 2011)

### **ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي في الجزائر تطورها، أسبابها ومتطلبات ترشيدها**

قام بهذه الدراسة د.باركة محمد الزين وآخرون سنة 2017 في الجزائر تهدف هذه الدراسة إلى تحليل ظاهرة تطور وتنامي الإنفاق الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى الأسباب التي أدت إلى زيادة الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بوتيرة جد متسارعة، حيث أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى الاستخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر أو تجاوز، والعمل على إيجاد مجموعة من الحلول والآليات التي تعمل على ترشيد الإنفاق وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة. كما تطرق إلى مفاهيم متعددة للإنفاق الصحي، ترشيد النفقات وإلى الخدمات الصحية وقد توصل في الأخير إلى أن التغيير في خريطة المرض والنمو الديمغرافي والتوسع في مجالات التغطية الاجتماعية من أهم العوامل المفسرة للزيادة المتسارعة لنفقات الصحة. (الزين، 2017)

### **قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية و النمو الاقتصادي في الجزائر -الإنفاق الصحي نموذجا خلال فترة (2016/1990)**

لقد قام أ.عمر بوعزيز بدراسة في الجزائر سنة 2018 أثر تبادلي بين التنمية الاجتماعية ممثلة في الإنفاق على القطاع الصحي وبين الناتج المحلي الإجمالي GDP في الجزائر في الفترة الممتدة من (2016/1990). كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى التطورات الحاصلة في القطاع الصحي من حيث الإنفاق و الهياكل وقد اعتمدت الدراسة على منهج الوصفي التحليلي للبيانات و الاحصاءات و المقارنة بينها ومناقشتها وتحليلها أيضا اعتمد على اختبار غرانجر GRANGER لدراسة السببية في الأجل القصير و TADA-YAMAOTO من جهة استخدام نموذج انحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة ARDL لدراسة وتقدير الأثر التبادلي بين الإنفاق على قطاع الصحة من جهة و الناتج المحلي في جزائر خلال فترة موضع الدراسة. و استخدام بعض مفاهيم مفتاحية لأثر التبادلي التنمية الاجتماعية لإنفاق الصحي الناتج المحلي الإجمالي العلاقة السببية.

وتوصلت النتائج هذه الدراسة أن كل من النفقات الصحية للفرد و النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر هي في تزايد كل سنة وأن زيادة الإنفاق على الصحة لا يسبب النمو الاقتصادي في الجزائر وأن البيانات السلسلة الزمنية مستقرة عند أخذ الفرق الأول لكلا متغيرين مما يعني وجود علاقة قصيرة أجل. كما لاحظنا من خلال الدراسة أن التحسن المستمر الذي عرفته المؤشرات المختلفة المرتبطة بحجم النفقات العامة على قطاع الصحة لا يعني عن بذل المزيد من الجهد لرفعها خاصة و أنها تبقى دون المستويات

المحققة في العديد من الدول و زيادة الانفاق الصحي يساهم في تناقص معدل وفيات لأطفال الرضع خلال سنة الأولى من الحياة وهذا يتوافق مع العديد من الدراسات التي أجراها مختصين بالبنك دولي على العديد من الدول النامية و المختلفة صحيا و اقتصاديا. (بوعزيز، 2018)

### انعكاس الانفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر خلال فترة 2018/2009

لقد قام لخضر بن عطا لله بدراسة في الجزائر سنة 2020 انعكاس الانفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر خلال فترة 2018/2009 كما تهدف هذه الدراسة الى وقوف حجم الانفاق العام على الصحة في الجزائر خلال الفترة 2018/2009 وانعكاسه على المنظومة الصحية من خلال عدد ونوع الهياكل الصحية من جهة و بعض المؤشرات الصحية و استخدامه في هذه الدراسة بعض الكلمات مفتاحية (الانفاق العام الصحي و الانفاق المنظومة الصحية ) وقد توصلت الدراسة أنه على رغم من تزايد حجم الانفاق الصحي خلال السنوات الأولى من فترة الدراسة خاصة و الذي يظل خاضعا لتقلبات اسعار النفط و تجسيد الكثير من الهياكل الصحية و تحسن بعض المؤشرات الا أن كل هذا لا يعكس حجم تطلعات الجزائريين وقدرات و الامكانيات المتاحة و لذلك يجب ترشيد الانفاق العام و تفعيل آليات الرقابة عليه و تحقيق توزيع عادل الهياكل الصحة و تقليص ارتباط لانفاق الصحي بالجباية البترولية و كما أعطت هذه الدراسة بعض النتائج المتعلقة بتأثير لانفاق العام على الصحة بتقلبات أسعار النفط وهذا ما يلاحظ من خلال تراجعلا قيمة الاعتمادات خلال سنة 2013 التي سجلت نسبة نمو 21.8% و أيضا نفقات التجهيز تمثل الجزء أصغر من النفقات العامة على الصحة في حدود 3.8% خلال فترة دراسة وماهية الانفاق الصحي في تحسن المؤشرات الصحية كارتفاع معدل أمل الحياة انخفاض في نسبة وفيات الأطفال. (لخضر، 2020)

### تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة و الكفاية و العدالة

لقد قامت د.كرمين سميرة بدراسة في جزائر سنة 2019 تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة و الكفاية و العدالة وتهدف هذه الدراسة الى تقييم مدى الفاعلية الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 2016/1990 وذلك لكشف عن مدى كفايته و كفاءته و العدالة ومن تم تبين الى مدى يمكن ان يلبي متطلبات التطوير التي تلتزم بها الحكومة حيث تم تطرق الى تحليل حجم انفاق العمومي على الصحة تبين مدى كفاءته و كفايته و العدالة و لقد تم استخدام كلمات مفتاحية ( الانفاق العمومي على الصحة كفاءة انفاق و كفاية انفاق ,عدالة انفاق فاعلية انفاق). وتحصلنا على نتائج من هذه الدراسة وهي عدم كفاية الانفاق العمومي على الصحة و يعود ذلك الى سوء التسيير و التنظيم وتغلغل الفساد على مستوى الادارة الصحية بسبب نقص الرقبة الفعالة و غياب الحكومة الرشيدة. انخفاض كفاءة الانفاق العمومي على الرعاية الصحية التي تؤثر تأثير سلبي على مدخلات و مخرجات العملية الصحية و هذا ما يستوجب ضرورة أهمية للرقابة على أداء النظام الصحي ومحاربة كل أشكال الفساد و اهدار مال العام

ولدينا غياب العدالة والإنصاف في توزيع الانفاق العمومي على الصحة بين مختلف مناطق الوطن خاصة بين الشمال و الجنوب الوطن و يوجد تحيز والعنصرية. (سميرة، 2019)

### **تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2013/2004**

لقد قامت دريسي أسماء بدراسة في الجزائر حول تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2013/2004 و تهدف هذه الدراسة في محاولة تحليل تطور الانفاق على رعاية الصحية في الجزائر ومدى فعالية خلال فترة(2013/2004) في اطار عملية اصلاح منظومة الصحية فرغم ارتفاع ميزانية قطاع صحة الا انه لم يتحقق كل اهدافها القطاع منهار في الجزائر تعاني من سوء توزيع المؤسسات صحية عبر كامل تراب وطني واستخدمنا في هذه الدراسة بعض الكلمات مفتاحية (اصلاح المنظومة الصحية النفقات الصحية ,النتائج المحلي الخام , اقتصاد الصحية ) ولقد تحصلنا من هذه الدراسة على بعض النتائج بالنسبة لعملية الاصلاح الصحي انه اهداف المنظومة الصحية غير موجودة توفير هياكل صحية بعيدة كل بعد عن المعايير الدولية وعدم توفر يد عاملة ماهرة وغياب ارادة سياسية في مجال اصلاح المنظومة الصحية وبالنسبة لأثر الاصلاحات على فعالية الانفاق الصحية نجد الاصلاحات المنتهجة تحدد مجالات تخصيص الانفاق وإنما اقتصرت على بعض الشعارات العالمية فقط وغير موجودة ميدانيا والإنفاق على الرعاية الصحية غير فعالية ولم يؤدي الى اي تحسين في الخدمة الصحية المقدمة للمواطن وهذا بسبب وحيد وهو سوء تسيير للأموال. (أسماء، 2014)

### **المبحث الثاني:الدراسات السابقة عن بلدان أخرى**

#### **تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية**

قام بهذه الدراسة صفاء أحمد وآخرون تهدف الدراسة إلى توضيح أثر تطور القطاع الصحي على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية في الفترة (1981-2012), و قد تطرقا الى مفهوم الخدمة الصحية واختلافه عن مفهوم الصحة,ويلقي الضوء على سوق الخدمات الصحية,وأهم محددات الطلب والعرض والأسعار,كما يعرض أهم مصادر تمويل القطاع الصحي,وأبرز الآثار الاقتصادية التي يؤثر بها على النمو الاقتصادي.باعتبار الصحة من أهم أوجه الاستثمار في رأس المال البشري,واستخدمت الدراسة الأسلوب الوصفي والقياسي لاختبار تأثير التطور على النمو الاقتصادي,وتوصلت الدراسة أن القطاع الصحي يؤثر إيجابا على النمو الاقتصادي,ما يعني قبول فرضية الدراسة,وهذا يزيد من أهمية الاستثمار في القطاع الصحي لأجل تحقيق النمو الاقتصادي. (أحمد، 2012)

**العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي في البلدان النامية**

قام بهذه الدراسة د. ائيل عبد الجبار الجومرد وآخرون بالعراق لبلدان النامية منخفضة الدخل لسنة 1995 و 2005 كان الهدف من هذه الدراسة العلاقة بين متغيري الصحة والنمو الاقتصادي علاقة متبادلة (يؤثر كل منهما في الآخر)، وقد استخدم مؤشرات الديمغرافية اهمها متغير معدل الوفيات مؤشرا أساسيا لتوضيح أثر النمو الاقتصادي في عموم الوضع الصحي، فضلا عن مؤشرات أخرى مثل مستوى التغذية والعناية الصحية العامة والنظافة البيئية. والوجه الآخر لهذه العلاقة يمثل مدى مساهمة الوضع الصحي العام في النمو الاقتصادي إلى دراسة العلاقة السببية بين الصحة والنمو الاقتصادي في البلدان النامية من خلال قنوات التأثير المتبادل بين هذين المتغيرين، فضلا عن تحديد اتجاه سببية العلاقة وقياسها إن العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي تختلف في البلدان النامية باختلاف مستويات دخول هذه البلدان والتي تم تجسيدها بنموذج معادلات آنية لتمثيل العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي. والتي من المتوقع أن يكون التأثير ايجابيا للصحة في الدخل لمجموعة البلدان النامية، ففي بلدان منخفضة الدخل يكون تأثير الصحة أكبر مما هو عليه في بلدان مرتفعة الدخل. (الجومرد، 2005)

**تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق (2004-2013)**

قام بهذه الدراسة عبد الكريم عبد الله محمد بالعراق سنة 2017 هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي الحقيقي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة 2004-2013 (بيانات فصلية) باستعمال اختبارات الاستقرار و المتضمنة اختبار ديكي فولر الموسع (ADF) واختبار Granger وقد تطرقا الى القطاع الصحي باعتباره من القطاعات المؤثرة في أحداث النمو الاقتصادي لما يمارسه الانسان من دور فاعل في عملية الانتاج وزيادة الانتاجية ، ونتيجة للهدر الذي يحصل في الموارد البشرية لاعتلالها وسوء صحتها وعدم الاهتمام والتركيز على هذا القطاع وإعطاءه الأهمية التي يستحقها في البرامج الاستثمارية والموازنات المالية السنوية دفعت الباحثين لاختيار هذا الموضوع والبحث في معرفة طبيعة العلاقة السببية بينه وبين النمو الاقتصادي. وكانت النتيجة المتحصل عليها هناك تأثير للنفقات العامة الحقيقية على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي تظهر في التباطؤ الرابع والخامس وهذا متطابق مع ما جاءت به النظرية الكنزية كما أن هنالك تأثير متبادل بين المتغيرين يظهر في التباطؤ السابع ، وهذا يؤكد الدور الكبير النفقات الصحية في التأثير على الناتج المحلي الإجمالي بالإضافة الى انها، اي النفقات الصحية تعتمد من جانب اخر على الناتج المحلي الإجمالي مما يتطلب الأمر من متخذي القرار توجيه اهتمام أكثر لهذا القطاع الحيوي القطاع الصحي في الموازنات المالية. (محمد ع.، 2017)

**أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان (1981-2016)**

قام بهذه الدراسة محمد ريان احمد كبحث تكميلي مقدم لاستيفاء درجة الماجستير في الاقتصاد التطبيقي (قياسي) في سبتمبر 2019 كان الهدف من هذه الدراسة صياغة وتقدير نموذج قياسي لتوضيح أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1981 - 2016 م)، استخدم متوسط دخل الفرد الحقيقي

كمؤشر للنمو الاقتصادي. و قد تم استخدام المنهج التاريخي ومنهج التحليل الوصفي في جانبها النظري كذلك اعتمدت على منهج الاقتصاد القياسي في الجانب التطبيقي باستخدام برنامج eviews7 وتم طرح مجموعة من المفاهيم الكثيرة المتعلقة بالإنفاق الحكومي و النمو والإنفاق الصحي وكانت نتيجة التحليل المتوصل اليها توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن. (احمد، 2019)

### **\_اتجاهات ومحددات الانفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط و شمال افريقيا MENA دراسة قياسية خلال فترة (2014/1995) باستخدام أسلوب تحليل panel**

قام كل من د. بومعراف الياس وآخرون بدراسة في منطقة شرق الأوسط وشمال افريقيا اتجاهات و المحددات الانفاق الصحي دراسة قياسية خلال فترة 2014/1995 وكانت هذه الدراسة تهدف الى تحديد الانفاق الصحي في الدول النامية و بالأخص منطقة mena باستخدام دراسة أسلوب تحليل panel ل 18 دولة من منطقة على مدى 20 سنة من سنة 1995 الى 2014 وقد سلطوا الضوء على عدة مفاهيم (الانفاق الصحي، الناتج المحلي الاجمالي، محددات الانفاق الصحي mena) وقد أظهرت نتائج أن معدل نمو نفقات الصحية 34% خلال فترة 2014 قد فاق معدل نمو ناتج المحلي الاجمالي 12.5% خلال نفس الفترة كما توصلت دراسة الى أن كل من الدخل الانفاق العمومي فئة الشيخوخة تحسن الصرف الصحي هي العوامل المتحكمة في نمو النفقات الصحية لدول المنطقة. أيضا بينت الدراسة أن مرونة الدخل الفردي بالنسبة لنفقات الصحية الفردية هي أكبر من واحد ومنه نستنتج أن الرعاية الصحية في معظم دول المنطقة ترفا. كما ان هذه الدراسة تساعد صناع القرار على اتخاذ القرارات السليمة فيما يخص العوامل المتحكمة في نمو النفقات الصحية وعدم ربطها بالدخل قومي وذلك أن النفقات الصحية تكون مرتبطة بالحالة وبائية لسكان. (الياس، 2014)

## خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بتوضيح بعض الدراسات السابقة المشابهة لموضوع الدراسة، من خلال ذكر عنوان الدراسة وتقديم ملخص لها وأهم النتائج المتوصل إليها في كل بحث بداية من بعض الدراسات التي أجريت على الجزائر والنتائج التي توصلت إليها، وكذلك لبعض الدراسات لدول أخرى نامية مشابهة لاقتصاد للجزائر وهذا من أجل اخذ فكرة عامة حول الموضوع ومعلومات واضحة، كما استنتجنا بعض المقترحات التوصيات التي تركها الباحثون السابقون وتجنب الأخطاء التي وقعوا فيها، والأهم من ذلك من خلال هذه الدراسات تمكنا من الإطلاع على عدد كبير من المصادر والمراجع ذات الصلة بموضوع دراستنا بحيث أخذنا نظرة عامة وشاملة عن موضوع الدراسة المراد البحث عنه.



الفصل الثالث:  
تطور القطاع الصحي  
في الجزائر





**تمهيد:**

في هذا الفصل سنتطرق الى تطور القطاع الصحي في الجزائر، وتم التطرق الى مؤشرات الانفاق القطاع الصحي بشكل عام باعتبارها الوجه الأساسي لقطاع الصحي، كما سنتطرق الى المراحل التي مر بها القطاع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال الى يومنا هذا، وأيضاً سنوضح اهم المؤشرات التي تحكم على واقع الصحة في الجزائر. ويعتبر الانفاق على الصحة مؤشر لإنعاش النمو الاقتصادي في أي دولة، فكلما ارتفع الانفاق الصحي تحسن المستوى المعيشي للأفراد.

## المبحث الأول: مؤشرات الإنفاق على القطاع الصحي من 2000 الى 2018

### المطلب الأول: إجمالي الإنفاق على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)

إجمالي الإنفاق الصحي هو مجموع الإنفاق الصحي العام والخاص. وهي تغطي توفير الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) وأنشطة تنظيم الأسرة وأنشطة التغذية والمساعدات الطارئة المخصصة للصحة.

وسوف نلخص الإنفاق على الصحة من 2000 الى 2019 في الجدول التالي:

#### الجدول رقم (1): يوضح الإنفاق على الصحة من النسبة المئوية لناتج المحلي الإجمالي:

السنة	إجمالي الإنفاق على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)	السنة	إجمالي الإنفاق على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)
2000	3.5	2010	5.1
2001	3.8	2011	5.3
2002	3.7	2012	6
2003	3.6	2013	6
2004	3.5	2014	6.5
2005	3.2	2015	7
2006	3.4	2016	6.6
2007	3.8	2017	6.4
2008	4.2	2018	6.2
2009	5.4		

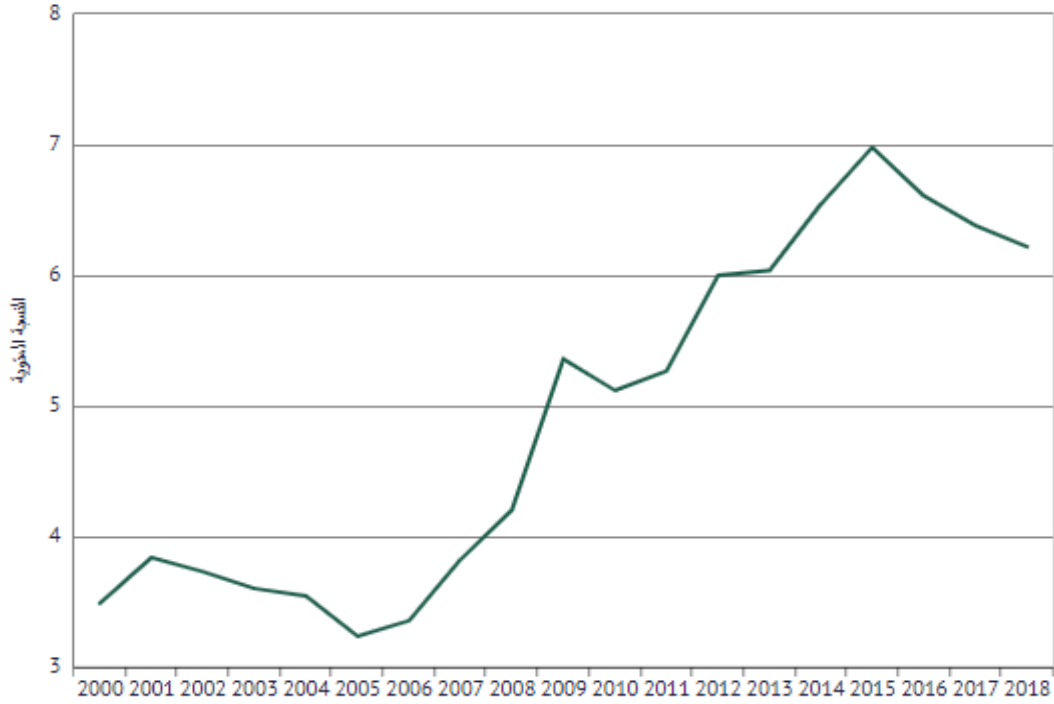
اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

تخصص الدولة حصة كبيرة من الإنفاق على الصحة فدائما ما تسعى الى تحسين هذا المجال وسوف نتطرق للجدول الذي يشرح الإنفاق على الصحة من النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

وعرف هذا المعدل عدة تغيرات خلال الفترة فيظهر في سنة 2000 نسبة 3.5 ليرتفع في السنة الموالية وبعدها يعرف تراجعا الى غاية 2005 عرف ارتفاعا طيلة 10 سنوات التالية ثم من 2015 الى 2018 عرف تراجعا طفيفا ولو لاحظنا النسبة بين 2000 الى 2018 كان الفرق ما نسبته 2.7% من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي.

وسوف نوضح ذلك في الشكل البياني:

الشكل رقم (2): الانفاق على الصحة من النسبة المئوية لنتاج المحلي الاجمالي



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

المطلب الثاني: الانفاق على الصحة للفرد

النفقات الجارية على الصحة للفرد بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي تشمل تقديرات النفقات الصحية الحالية سلع وخدمات الرعاية الصحية المستهلكة خلال كل عام.

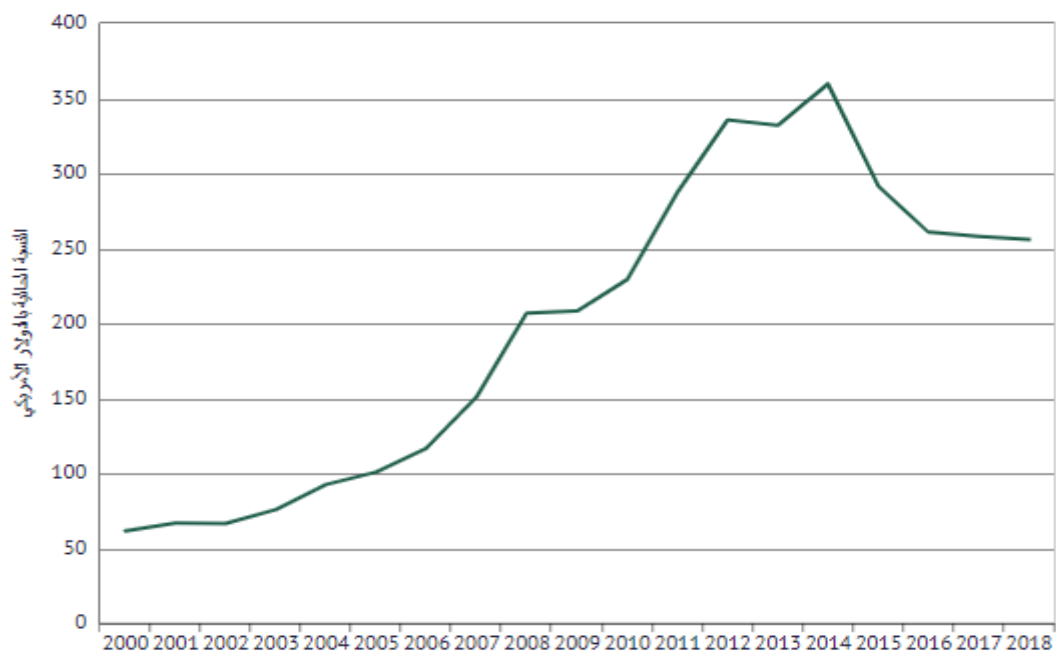
الجدول رقم (2): يوضح الانفاق على الصحة للفرد:

الانفاق على الصحة للفرد(بالدولار الامريكي)	السنة	الانفاق على الصحة للفرد(دولار الامريكي)	السنة
229	2010	62	2000
287	2011	67	2001
336	2012	66	2002
332	2013	76	2003
360	2014	93	2004
292	2015	101	2005
261	2016	117	2006
258	2017	151	2007
256	2018	207	2008
		208	2009

المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

نلاحظ ان الانفاق على الصحة للفرد حيث تحسن طيلة هذه الفترة فبعدما كان في سنة 2000 (62 دولار امريكي) ليصبح في 2018 (256 دولار امريكي) أي بفارق 194 دولار وهذا ما يظهر ان الدولة حسنت الانفاق على الصحة للفرد وقد وصل اعلى انفاق سنة 2014 (360 دولار امريكي).

الشكل رقم (3): الانفاق على الصحة للفرد



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

## المطلب الثالث: الانفاق الصحي الحالي بالمليون دولار

وهو مجموع النفقات على قطاع الصحة بالإجمال الحالية.

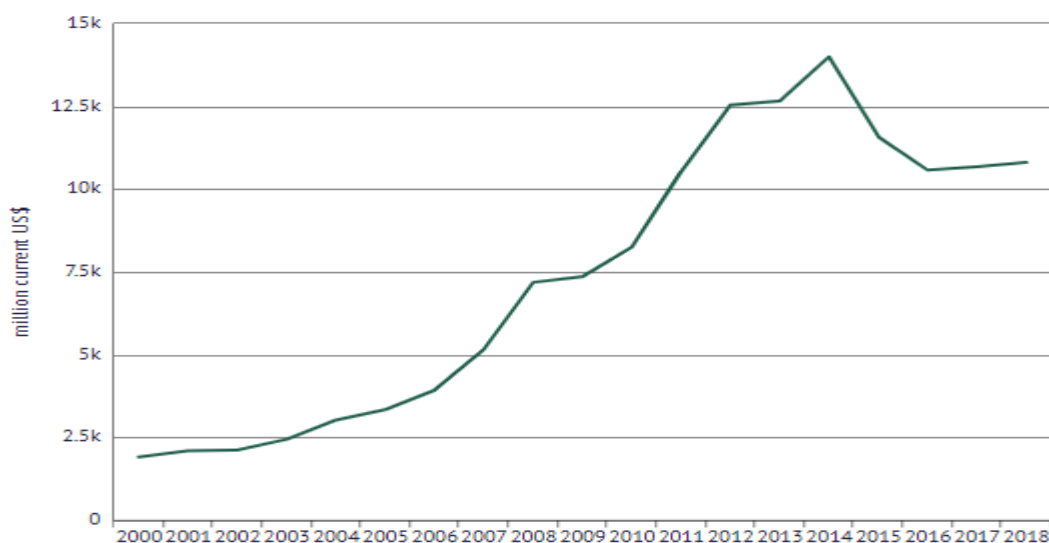
## الجدول رقم (3): الانفاق الصحي الحالي بالمليون دولار

الانفاق على الصحة (مليون الدولار الامريكي)	السنة	الانفاق على الصحة (مليون دولار الامريكي)	السنة
8,249	2010	1,912	2000
10,536	2011	2,101	2001
12,545	2012	2,117	2002
12,660	2013	2,444	2003
13,999	2014	3,024	2004
11,583	2015	3,339	2005
10,757	2016	3,962	2006
10,680	2017	5,158	2007
10,805	2018	7,185	2008
		7,354	2009

المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

ونلاحظ ان الانفاق الصحي الحالي عرف تطورا كبيرا في الاجمال حيث وصل الى عتبة 14,000 مليون دولار امريكي سنة 2014 كذروة للإنفاق على الصحة ونلاحظ ان فارق الانفاق منذ 2000 الى 2018 كان 8893 مليون دولار أي ان الانفاق على الصحة عرف تطورا كبيرا.

الشكل رقم(4): الانفاق الصحي الحالي بالمليون دولار



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

المطلب الرابع: الإنفاق الخاص على الصحة (كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة)

وهذا يمثل انفاق القطاع الخاص على الصحة كنسبة مئوية من الاجمالي:

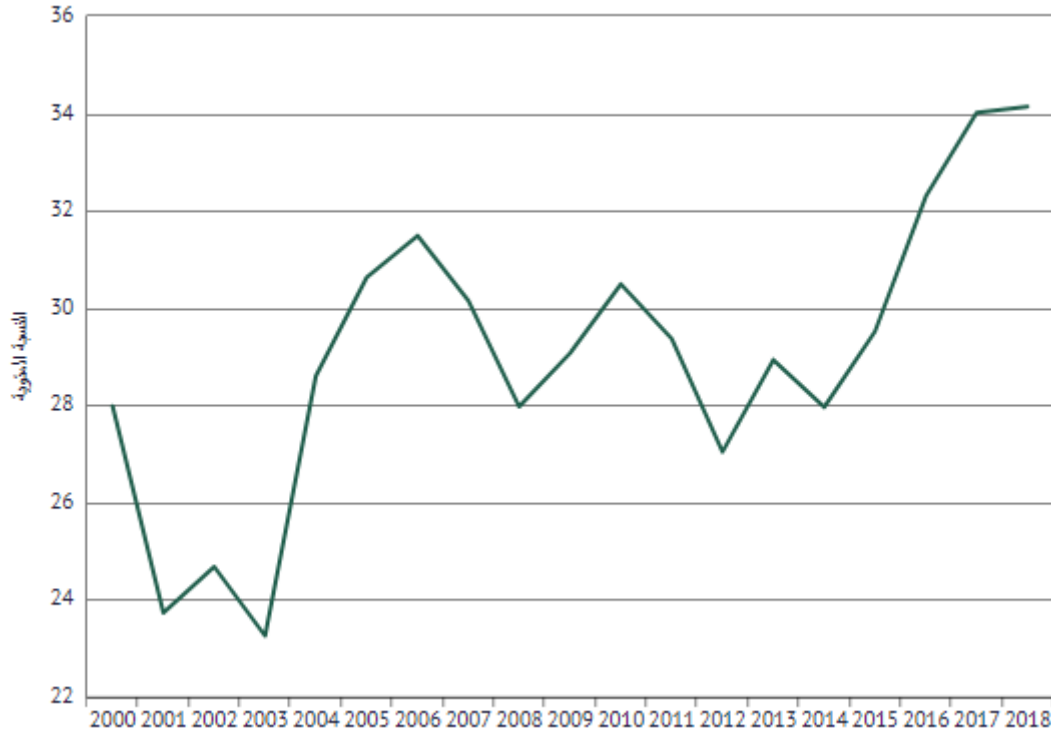
الجدول رقم (4): انفاق القطاع الخاص على الصحة كنسبة مئوية من الاجمالي

الانفاق الخاص (%) من إجمالي الإنفاق على الصحة	السنة	الانفاق الخاص (%) من إجمالي الإنفاق على الصحة	السنة
30.5	2010	28	2000
29.4	2011	23.7	2001
27	2012	24.7	2002
28.9	2013	23.3	2003
28	2014	28.6	2004
29.5	2015	30.6	2005
32.3	2016	31.6	2006
34	2017	30.1	2007
34.1	2018	28	2008
		29.1	2009

المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

ونلاحظ ان مساهمة القطاع الخاص في الصحة كان مرتفع خلال سنة 2000 وعرف تراجعاً الى غاية سنة 2004 ولم يعرف الاستقرار على الارتفاع بل عرف تذبذب ليصل في 2018 34.1 بالمئة وذلك ان القطاع الخاص أيضا ساهم بشكل كبير في الرفع من مستوى القطاع الصحي.

#### الشكل رقم(5): انفاق القطاع الخاص على الصحة كنسبة مئوية من الاجمالي



المصدر: اعتماداً على بيانات من (موقع KNM/atlas)

#### المطلب الخامس: المقارنة بين الانفاق الصحي في الجزائر ودول الجوار

خلصت دراسة حديثة لخبراء من جامعة شاربوك الكندية بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة مسحت مستشفيات ومؤسسات المنظومة الصحية بدول المغرب العربي إلى أن الجزائر الأسوأ من حيث التغطية الصحية مقارنة بالجارتين تونس والمغرب رغم أنها الأكثر إنفاقاً على قطاع الصحة. وكشف التقرير النهائي للدراسة من خلال جداوله البيانية ومقارنته بين مؤشرات التغطية الصحية بين الجزائر وتونس والمغرب عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر القائمة رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، حيث تنفق الجزائر ضعف ما تنفقه المغرب على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية متقاربة توصف بالسيئة، مقارنة بتونس التي تتميز بنظام صحي جيد معترف به على المستوى العالمي مقابل نفقات أكبر بقليل من نفقات المملكة المغربية.

وسوف نرى الان مقارنة بين بعض المؤشرات التي تلخص الانفاق الصحي وحسب هذه الدراسة الحديثة سوف يظهر الفرق بين تونس والمغرب مقارنة بالجزائر: (<https://www.echoroukonline.com>، 2010)



إجمالي الإنتاج الداخلي الخام: بالنسبة للجزائر تخصص حوالي 4.3 بالمائة اما تونس 2 بالمائة اما المغرب 1.3 بالمائة حسب تقارير حكومة لنفقات الصحة.

✓ متوسط امل الحياة للمواطنين حسب الجنس: حيث قدرته في تونس بـ70 سنة للرجال و75 سنة للنساء ثم المغرب بـ70 سنة للرجال و74 سنة للنساء فالجزائر بـ70 سنة للرجال و72 سنة للنساء، فرغم الارتفاع الملحوظ في متوسط أمل الحياة بالنسبة للجزائريين بعد أن كان لا يتجاوز 50 سنة غداة الاستقلال، إلا أنه يبقى الأقل مقارنة بدول الجوار.

مؤشر وفيات الرضع والمواليد الجدد: حيث قدرت بـ37 وفاة في كل ألف ولادة في المغرب و38 وفاة في كل ألف ولادة بالنسبة للجزائر، إلا أن تونس حققت نتائج إيجابية في تقليص عدد الوفيات وسط المواليد الجدد، حيث لم تعد تسجل إلا 23 حالة وفاة في كل ألف ولادة.

### المبحث الثاني : المراحل التي مر بها تطور القطاع الصحي

#### المطلب الاول: المرحلة الاولى 1962\_1974

ان الصحة تعتبر اهم شيء في التطور الاجتماعي والاقتصادي وقد جعلت الجزائر من هذا المبدأ أن الصحة حق أساسي لكل المواطنين.

كما جاء ذكره فإن الجزائر ورثت عن الاحتلال الفرنسي وذلك سنة 1962 لحالة صحية أقل ما يقال عنها متدهورة فالنظام الصحي الموجود انذاك كان متمركز في المدن الكبرى بالجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة، ويتمثل النظام الصحي خاصة الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة لتربية والتعليم. (حاروش ن.، 2008، صفحة 132)

#### \* غداة الاستقلال:

أولا عدد الأطباء: كان الجزائر تعد حوالي 500 طبيب ( 50% جزائريين) من وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 5.10 مليون نسمة.

ثانيا الوضعية الصحية: هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180 ‰.

ثالثا امل الحياة: يصل إلى 50 سنة.

كان المسبب لكل هذه العوامل انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات. (خروبي بزرارة، 2010، صفحة 37)

لقد عرفت هذه الفترة موارد محدودة وقد سعت الجزائر للخروج من هكذا وضع وقامت بوضع خطة لذلك وسطرت الوزارة هدفين اساسيين وهما: (خروبي بزار، 2010، صفحة 38)

1\_ إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة وخاصة) و كذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساو (إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص ،وتشكيل فرق طبية متنقلة).

2\_ مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

كما تميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة،وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال .

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتمثلت

-الوقاية :إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه ،و ذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

-علاج الأمراض:حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية ،ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

-التوزيع العقلاني للأطباء :وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية ،أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.

### المطلب الثاني:المرحلة الثانية من 1975-1989

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين،و ضمان الوقاية من الأمراض المستعصية،كما تم فرض و تعميم التطعيم الإجباري الكل الأطفال. يمكن تقسيم النظام الصحي آنذاك إلى ما يلي: (بوراجة، 2015، صفحة 2)

-المستشفيات التابعة للدولة.

\_مصحات خاصة يملكها الأفراد.

\_المراكز والمستوصفات الصحية التابعة للبلديات،والتي ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1968-1976.

-تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974.

\_تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية.

\_إصلاح النظام التربوي بتدعيمه بالدراسات الطبية،من أجل تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير.

ومن أجل هذا وضعت الجزائر عدة اصلاحات وهي : (دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي، 2016)

- بتاريخ 1/1/1974 بداية العلاج المجاني في كل المؤسسات العمومية بل وقد شمل حتى الإسعافات الوقائية. وهذا القرار جاء تزامنا مع انطلاق برنامج المخطط الرباعي (1974\_1978) وتوسيع نطاق العلاج الى المناطق الريفية.
  - توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه، كما تبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك في يناير 1974 والذي تم بموجبه تحويل الهياكل الفلاحية إلى مصالح الصحة، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة.
  - كما دعم هذا الحق دستور 1976 من خلال "المادة 67" منه والتي تنص صراحة بأن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وتوسيع الطب الوقائي".
  - I. وقد عرفت المؤشرات الصحة تطور لكل 5 سنوات وتمثل ذلك في: (الديوان الوطني للإحصاء ، 2018)
  - II. معدل المواليد %: ففي سنة 1974 بلغ هذا المؤشر كان بمقدار 46.5 اما في سنة 1980 كان 42.7 وفي سنة 1985 قدر ب 39.5 وفي سنة 1989 بلغ 31 وقد عرف هذا المؤشر تناقص في هذه المرحلة لان في هذه المرحلة كان معدل الخصوبة انخفض بسبب نقص في الزواج
  - III. معدل الوفيات العام %: عرف هذا المؤشر تطور ففي سنة 1974 كان المعدل مقدر ب 15.6 اما سنة 1980 كان 11.77 وفي سنة 1985 قدر ب 8.4 أما 1989 قدر ب 5.98 وقد عرف المؤشر انخفاض طيلة هذه الفترة لتحسن الوضع الصحي مع مجانية الصحة.
  - IV. معدل وفيات الاطفال %: عرف هذا المؤشر انخفاض خلال الفترة ففي 1974 قدر ب 146.71 أما في 1980 كان ب 102.85 وفي سنة 1985 وصل الى 78.3 أما في 1989 كان ب 58.76 وذلك راجع الى الرعاية بالأطفال حق رعاية وتوفير الصحة المجانية.
  - V. أمل الحياة : عرف ايضا هذا المؤشر ايضا ارتفاعا خلال الفترة قدر في سنة 1974 ب 56.3 امل سنة 1980 كان 57.36 اما في 1985 كان 63.42 اما 1989 قدر ب 66.32 سنة وهذا سببه الواقع الطبيعي والواقع الاقتصادي في تلك المرحلة.
- ✓ الإمكانيات الهيكلية:

وتتمثل في المرافق الصحية التي تدعمت بها المنظومة انذاك فقد عرفت توسع على النطاق الوطني ففي الستينات، كانت أغلب هذه المرافق متركزة في التجمعات السكانية، وهكذا فقد تضاعف عدد المؤسسات الصحية خلال هذه المرحلة كما تنوعت أيضا بحيث انتقل عدد المؤسسات الصحية العمومية من:

- 143 مركز استشفائي سنة 1969 الى 208 مركز استشفائي سنة 1989.
- 645 مركز صحي سنة 1979 إلى 1500 مركز صحي سنة 1989.

• تدعم القطاع الصحي بعدد من الهياكل للصحية الأخرى نذكر منها: 13 مركز استشفائي جامعي 276 عيادة ولادة، 433 عيادة متعددة الاختصاصات، 4830 عيادة طبية، 1550 عيادة لطب الأسنان تابعة للقطاع الصحي.

• كما تميزت هذه المرحلة أيضا بإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العامة سنة 1989 وإلى أوكلت لها مهمة إدخال المفاهيم وتقنيات الحديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال تدريب الموظفين والمسيرين على مستوى المؤسسات الصحية، ومن جهة أخرى فقد تميزت أيضا باللامركزية في العلاج من خلال توسيع شبكة العلاج في التراب الوطني ولذلك فقد تم تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة والولاية لينتقل عددها من 16 قطاع سنة 1979 إلى 178 قطاع سنة 1989 ناهيك عن القطاعات الصحية الفرعية والتي تعد العيادات المتعددة الخدمات المقر الرئيسي و الإداري لها. (Chaoui, 2012, p. 15) ومن أجل ضمان السير الحسن على مستوى القطاعات الصحية (البالغ عددها 178 قطاع صحي) فقد تم مضاعفة عدد الهياكل الإدارية ليصل عددها إلى 39600 إدارة عمومية لسنة 1989. (دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي، 2016، صفحة 114)

✓ الامكانيات البشرية:

ويمكن تلخصها في الجدول رقم (5): (دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي، 2016، صفحة 114)

الجدول رقم (5): الامكانيات البشرية من 1979 الى 1989

1989	1979	الامكانيات البشرية
25000	4561	عدد عمال السلك الطبي (الاطباء)
60000	46669	عمال السلك الشبه الطبي (مرضىين وأعاون مختصين)

وجاء هذا الارتقاع الذي نشاهده في الجدول التالي نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية من خلال هذه الأرقام يتضح لنا مدى التحسن الملحوظ على مستوى التغطية بالخدمات الصحية وذلك من خلال توفير طبيب واحد لكل 29600 نسمة سنة 1979، وعون شبه الطبي واحد لكل 386 نسمة سنة 1979.

#### المطلب الثالث: المرحلة الثالثة من 1990\_2000

لقد عرفت هذه المرحلة المنعرج الأساسي في النظام الصحي الجزائري حيث أصبح ضمن المخطط الذي وضعته الجزائر المعروف بالعديد من الإصلاحات الاقتصادية، ومن جهة أخرى فان الدولة وضعت نظام وطني للصحة، يقوم أساسا على المقترحات التي وضعتها اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، وذلك من خلال دمج النظام الصحي بمخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية وهذا عبر التركيز على مجموعة من الأهداف والتي تمثلت فيما يلي: (دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي، 2016، صفحة 117)

- ❖ توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان تناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية للقطاع.
- ❖ إلزامية التكامل بين القطاعات مع توحيد الوظائف والأهداف، ليس فقط على مستوى قطاع الصحة وإنما جميع القطاعات والتنظيمات التي لها علاقة بالقطاع.
- ❖ تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية.
- ❖ التسلسل في العلاج مع إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي.
- ❖ جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة.
- ❖ عادة النظر في جملة المشاكل المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين.
- ❖ البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.

وقد عرفت هذه المرحلة عدة مشاكل خاصة في أواخر الثمانينات، وأزمة انخفاض سعر البترول وتفاقم العائق الاقتصادي ما أدى إلى الإلزامية.

وفي ظل هذا الوضع عمدت الجزائر على وضع سياسة للمجابهة، إذ أولت الدولة اهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات بدل المستشفيات الجامعية، وفي منتصف 1991 تم اقتراح برنامج لإصلاح القطاع واهم ما جاء فيه ما يلي:

- ✚ الانفتاح على المحيط مع محاولة تجديد الوصاية وتسير فعال للميزانية.
- ✚ وضع آليات للتكيف والتجاوب من خلال مسار شامل على مدى خمس سنوات. لكن ونظرا للوضع السياسي السائد خلال تلك الفترة وعدم الاستقرار لم يكتب لهذا البرنامج النجاح. وكان أقرب إلى افتراضات معزولة تقتصر إلى الدراسة المتأنية وإلى الشرعية وغياب أهداف واضحة وتوجه غير مدروس.
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم 05/93، المؤرخ في 12/01/1993، المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية .
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم: 3140/93 المؤرخ في 30/03/1994، المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية (LNCP) وذلك قبل إدخالها إلى السوق .
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم: 47/94 المؤرخ في 09/02/1994 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء .
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم: 747/94 المؤرخ في 30/03/1994، المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري .
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم: 293/94 المؤرخ في 25/02/1994، المتعلق بالصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) والتي هي مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية .
- ✚ المرسوم التنفيذي رقم: 108/95 المؤرخ في 09/04/1995، المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS) التي هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.

✚ المرسوم التنفيذي رقم: 68/96 المؤرخ في 27/01/1996/المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان (DSP) .

✚ المرسوم التنفيذي رقم: 6355/96 المؤرخ في 19/10/1996 /المتعلق بإنشاء شبكة المخابر .

▪ وقد عرفت المؤشرات الصحة تطور لكل 5 سنوات وتمثل ذلك في:

(<https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>)

I. **معدل المواليد%:** سوف نتطرق لكل 5 سنوات ففي سنة 1989 قدر هذا المعدل ب 26.27 اما في سنة 1994 قدر ب 23.80 اما في 1999 قدر ب 21.91 وعرف هذا المعدل انخفاض طيلة هذه الفترة وهذا راجع الى الفترة العصيبة التي مرت بها الجزائر .

II. **معدل الوفيات العام%:** ايضا سوف نتطرق لكل 5 سنوات في سنة 1989 كان المعدل يقدر ب 9.27 اما سنة 1994 قدر ب 9.01 اما سنة 1999 كان مقدر 8.62 بالرغم من ان المعدل عرف تراجع لكن ايضا عرف ارتفاعا خلال الفترة ما بعد 1994 فترة العشرية السوداء .

III. **معدل وفيات الاطفال%:** وعرف هذا المعدل انخفاضا خلال هذه الفترة وذلك لتحسن الوضع الصحي والرعاية الصحية للأطفال في سنة 1989 قدر ب 64.5 اما سنة 1994 كان المعدل 61 اما سنة 1999 كان مقدر ب 54.40 .

IV. **أمل الحياة:** وعرف هذا المؤشر أيضا ارتفاعا في هذه الفترة نظرا لتحسن المستوى المعيشي في تلك الفترة فمثلا للفترة كل 5 سنوات لاحظنا ارتفاع هذا المعدل ففي سنة 1989 قدر ب 65.25 اما 1994 قدر ب 66.09 اما 1999 قدر ب 67.29 .

▪ **الإمكانات الهيكلية:** (دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي، 2016، صفحة 119)

فيما يخص المنشآت الصحية القاعدية فقد كانت في سنة 1996 تشمل على 13 مركز استشفائي جامعي (تحتوي على 15845 سرير) و 21 مؤسسة إستشفائية (تحتوي على 5913 سرير) و 09 عيادات استشفائية (تحتوي على 591 سرير) و 184 مستشفى جهوي (مزودة ب 1393 سرير).

أما فيما يخص الهياكل اللامركزية فقد كانت تضم 455 عيادة متعددة الاختصاصات و 1143 مركزا صحيا و 4284 قاعة للعلاج و 556 مركزا طبيا اجتماعيا، كما تم إحصاء 448 عيادة ولادة تابعة للقطاع العام (تحتوي على 4418 سريرًا). إلا أنه يجدر الإشارة أن ثلثي الولايات لم تكن تتوفر على هياكل لطب الأمراض العقلية وأن 255 مصلحة استشفائية تفتقر إلى أطباء مختصين، أما توزيع الأدوية فقد كان يتم في 9 صيدلية (منها 1160 عمومية و 3419 خاصة).

دائماً وفي نفس السياق تميزت هذه المرحلة بتحسن كبير في نسبة تغطية السكان فيما يتعلق بقدرات الاستقبال حيث بلغ عدد الأسرة سنة 1996 سريرين لكل 1000 نسمة وعيادة متعددة الاختصاصات لكل 64 662 نسمة، ومركز صحة لكل 263 78 نسمة وقاعدة علاج لكل 7038 نسمة وصيدلية لكل 6584 نسمة.

#### ✓ الامكانيات البشرية:

خلال هذه الفترة تم احصاء 23047 طبيبا و 7424 طبيب اسنان و 3826 صيدليا سنة 1996، اما نسبة التغطية بلغت بطبيب لكل 1308 نسمة وطبيب اسنان لكل 4061 نسمة وصيدلي لكل 7880 نسمة.

اما في ما يخص الاطباء الاختصاصيين كان تموقعهم في المدن الكبرى: الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة... الخ. كانت نسبة الاطباء الاختصاصيين 53% في القطاع العام و 34% في القطاع الخاص، وقدر عدد المستخدمين الشبه طبي 38556 في سنة 1996 عونا حائز على شهادة دولة و 29991 عونا حائز على شهادة و 15530 مساعدا شبه طبي، اما حصة السكان من هذه الفئات من المستخدمين بعون شبه طبي واحد حائز على شهادة لكل 1008 نسمة ومساعد شبه طبي واحد لكل 1941 نسمة.

#### المطلب الرابع: المرحلة الرابعة من 2001 الى 2010

وتعتبر هذه المرحلة مرحلة انتقالية وتجديد جذري، ففي هذه الفترة الجزائر استرجعت الامن والاستقرار بعد ما حدث في ذلك الوقت ومخلفات العشرية السوداء.

وكان لا بد من الجزائر النهوض بشتى المجالات الاقتصادية والاجتماعية، وسعت الدولة الى توفير الحماية للمواطن وتوفير جميع الاحتياجات اللازمة. وقد وضعت الدولة مخطط وطني صحي الهدف منه تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات و الحاجات الملحة لكل جهة و معالجة الاختلال في التنظيم و التنسيق.

وكان السعي الى ما يلي:

- ❖ تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي و التكوين المستمر من أجل ترقية القطاع.
- ❖ الرفع من أداء المؤسسات الطبية و تحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات الصحية المقدمة.

#### ❖ تشجيع القطاع الخاص

من أجل تنظيم هذا القطاع عرفت هذه الفترة صدور مجموعة من التعليمات الوزارية والمراسيم التنفيذية منها:

- (1) التعليمات الوزارية رقم 15 المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية.
- (2) المنشور الوزاري رقم 04/09 المؤرخ في 15 افريل 2004 والمتعلق بتحضير عملية تطبيق النظام التعاقدية.
- (3) المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بفصل العلاج عن الاستشفاء.

- ✓ وقد عرفت المؤشرات الصحة تطور لكل 5 سنوات وتمثل ذلك في: (الديوان الوطني للإحصاء ، 2018)
- I. **معدل المواليد**%: ففي سنة 2000 قدر ب 19.36 اما في سنة 2005 قدر ب 21.4 اما سنة 2010 قدر ب 24.7 وقد عرف المعدل ارتفاعا خلال هذه الفترة هنا الجزائر وجدت تحول ديموغرافي لان في الفترات السابقة عرف تذبذب.
- II. **معدل الوفيات العام**%: وقد قدر في سنة 2000 ب 4.59 اما سنة 2005 كان 4.47 وفي سنة 2010 قدر ب 4.37 بدأ معدل الوفيات في الانخفاض. يرتبط هذا التراجع للعديد من العوامل، نذكر منها تحسين البيئة والظروف المعيشية وتكثيف البرامج الصحية الوطنية التي تستهدف السكان (إنشاء الهياكل ،والجدول الزمني للتلقيح الإجباري، وما إلى ذلك).
- III. **معدل وفيات الاطفال**%: وحسب الاحصائيات قدر في سنة 2000 ب 36.9 اما في سنة 2005 قدر ب 30.4 اما سنة 2010 قدر ب 23.7 وهذا راجع الى التراجع ناتج عن تحسن الظروف المعيشية العامة وتنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع ، حيث يحتل التطعيم مكانا اساسيا.
- IV. **امل الحياة**: وقد قدر في سنة 2000 ب 72.5 اما سنة 2005 كان 74.6 اما سنة 2010 قدر ب 76.3 و يأتي هذا نتيجة الانجازات المعتبرة التي حققتها بلادنا في عدة ميادين. و يدل على انخفاض ملحوظ في الوفيات.

#### ✓ الامكانيات الهيكلية:

وقد عرف تطبيق المخطط الصحي الجديد في تعزيز الهياكل الصحية ،وادي هذا الى تقريب القطاع من المواطنين. كما كان للقطاع الخاص المساهمة في تحسين القطاع.

اما في ما يتعلق بالبرنامج الذي وضعته الجزائر كان على النحو التالي : (تقرير وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ، ديسمبر 2015)

- 1\_برنامج دعم النمو الاقتصادي 2001\_2005 انجاز 14 مستشفى بمبلغ 12.878.462.000.00 دج.
- 2\_البرنامج التكميلي لدعم النمو 2005\_2009 انجاز 156 مستشفى و 25 هيكل جوارى بمبلغ 258.666.171.000.00 دج.

#### ✓ الامكانيات البشرية: (بوراچه، 2015، صفحة 3)

ففي هذه المرحلة عدد الأطباء الخواص إلى 5095 طبيب أخصائي و 6205 طبيب عام. أما عن الإعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة شهدت تطورا مستمرا، حيث بلغت النسبة 76,70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999.



## المطلب الخامس: المرحلة الخامسة من 2011\_2020

في هذه المرحلة بدأت في وضع مخططات صحية جديدة، وقد وضعت الجزائر غلاف مالي قدر لفترة 2010\_2014 ب 619 مليار دج المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2009. اما من المتوقع توفير ميزانية قدرها 20 مليار دولار للفترة 2009\_2025 وذلك بفضل المخطط التوجيهي للصحة، كما يشمل البرنامج الخماسي تحسين الاستفاد من العلاجات الأولية و الثانوية و عزز هذا النسيج الإستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وتطبيقا لهذا البرنامج وضعت الدولة عدة مواد تتضمن واجبات الدولة في مجال الصحة وأبرزها: (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 2018، الصفحات 5-6)

- المادة 13: تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر تراب الوطن.
- تنفذ كل وسائل التشخيص والمعالجة واستشفاء المرضى في كل الهياكل العمومية للصحة، وكذا كل الاعمال الموجهة لحماية صحتهم وترقيتها.
- المادة 14 : تضمن الدولة وتنظم الوقاية والحماية والترقية في مجال الصحة
- المادة 15 : تنفذ الدولة الترتيبات من أجل الوقاية من الأمراض المنقولة وغير المنقولة ومكافحتها، قصد تحسين الحالة الصحية للمواطنين ونوعية حياة الأشخاص
- المادة 16 : تعمل الدولة على إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية، وتنظم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة كما تولى الدولة عناية خاصة للقطاع العمومي للصحة.
- المادة 17 : تتولى الدولة ترقية الاتصال والإعلام والتحسيس في مجال الصحة.
- المادة 18 : تسهر الدولة على ضمان العلاجات القاعدية أو الأولية والعلاجات الثانوية والعلاجات ذات المستوى العالي.
- المادة 19 : تطور الدولة نشاطات التكوين والبحث في مجال الصحة لتلبية حاجيات القطاع.
- المادة 20 : تتولى الدولة حماية وترقية حق المواطنين في التربية في مجال الصحة.

✓ وقد عرفت المؤشرات الصحة تطور لكل 5 سنوات وتمثل ذلك في: (الديوان الوطني لاصصائيات ، 2019)

ا. معدل المواليد ‰: وكانت الارقام الاحصائية على النحو التالي ففي سنة 2010 قدر ب 24.7 اما 2015 قدر ب 26 اما سنة 2020 قدر ب 22.8 مع انخفاض حجم الوالادات ومعدلاتها، وجدت الجزائر نفسها في المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي.

ا. معدل الوفيات العام ‰: وكانت الارقام الاحصائية لهذا المعدل على النحو التالي ففي 2010 قدر ب 4.37 اما 2015 قدر ب 4.75 اما 2020 قدر ب 4.7 وقد عرف هذا المعدل ارتفاعا وذلك بسبب تقاوم بعض الامراض

مثل: القلب والأوعية (داء القلب الإقفاري والسكتة الدماغية)، والجهاز التنفسي (داء الانسداد الرئوي المزمن، وأمراض القناة التنفسية السفلى) والحالات المرضية في المواليد التي تشمل الاختناق الولادي ورضخ الولادة، والإنتان الوليدي والعدوى الوليدية، ومضاعفات الولادة المبكرة وايضا ظهور الفيروس الفتاك كورونا أواخر 2019.

iii. **معدل وفيات الاطفال** %: ففي 2010 كان المعدل يقدر ب 23.7 اما سنة 2015 قدر ب 22.3 اما 2020 قدر ب 21.7 وقد عرف هذا المعدل تراجعاً خلال هذه الفترة وهذا راجع الى تحسن الظروف المعيشية العامة وتنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع.

iv. **امل الحياة**: ووفقاً للإحصائيات فان المعدل عرف ارتفاعاً خلال هذه الفترة، قدر سنة 2010 ب 74.9 اما سنة 2015 قدر ب 76.1 اما سنة 2020 قدر ب 77.1 وهذا راجع الى نتيجة الانجازات المعتبرة التي حققتها بلادنا في عدة ميادين. في كل عام، يزيد متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين 4 و 5 أشهر، مما يدل على انخفاض ملحوظ في الوفيات.

✓ **الإمكانات الهيكلية:**

1\_ فتح 34 مؤسسة صحية جديدة في سنة 2019.

2\_ ترقيت القطاع فتح 26 مؤسسة أخرى جديدة خلال سنة 2020 من بينها 5 مؤسسات استشفائية متخصصة و 21 مؤسسة عمومية استشفائية.

3\_ وقد وصل عدد المؤسسات الاستشفائية عامة سنة 2017 الى 205 مؤسسة.

4\_ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية في سنة 2017 15 مركز، ومؤسسة استشفائية جامعية.

5\_ 77 مؤسسة استشفائية مخصصة.

6\_ 127 دور ولادة في نفس السنة.

✓ **الإمكانات البشرية:** (<https://www.ennaharonline.com>، 2019)

وحسب التقرير السنوي تقدر الموارد البشرية في قطاع الصحة بـ 365 ألف و 893 عامل، موزع بين الاستشفائيين الجامعيين والمقدر عددهم بأزيد من 4 آلاف، فيما يقدر عدد الأطباء الأخصائيين بأزيد من 41 ألف طبيب، أما الأطباء العامون ففاق عددهم 34 ألف طبيب، وجراحو الأسنان 13 ألفاً و 663 جراح، فيما قدر عدد الصيادلة بـ 12 ألفاً و 773 صيدلي.

أما السلك شبه الطبي، فقدر عددهم بـ 131 ألف و 460 عون، فيما بلغ عدد القابلات 8517 قابلة، أما السلك الإداري والتقني فبلغ عدد المستخدمين على مستواه 118 ألف و 337 مستخدم.

المبحث الثالث: مؤشرات الوضع الصحي في الجزائر

المطلب الاول: معدل المواليد

يشير معدل المواليد الأولي إلى عدد حالات الولادة التي تحدث في العام، لكل 1.000 نسمة مقدراً في منتصف العام. وطرح معدل الوفيات الأولي من معدل المواليد الأولي يُعطي معدل الزيادة الطبيعية. وسوف نتطرق الى معدل المواليد لكل 1000 نسمة للفترة من 1962 الى غاية 2020 ويمكن تلخيصها في الجدول التالي:

\_ معدل المواليد لكل الف نسمة

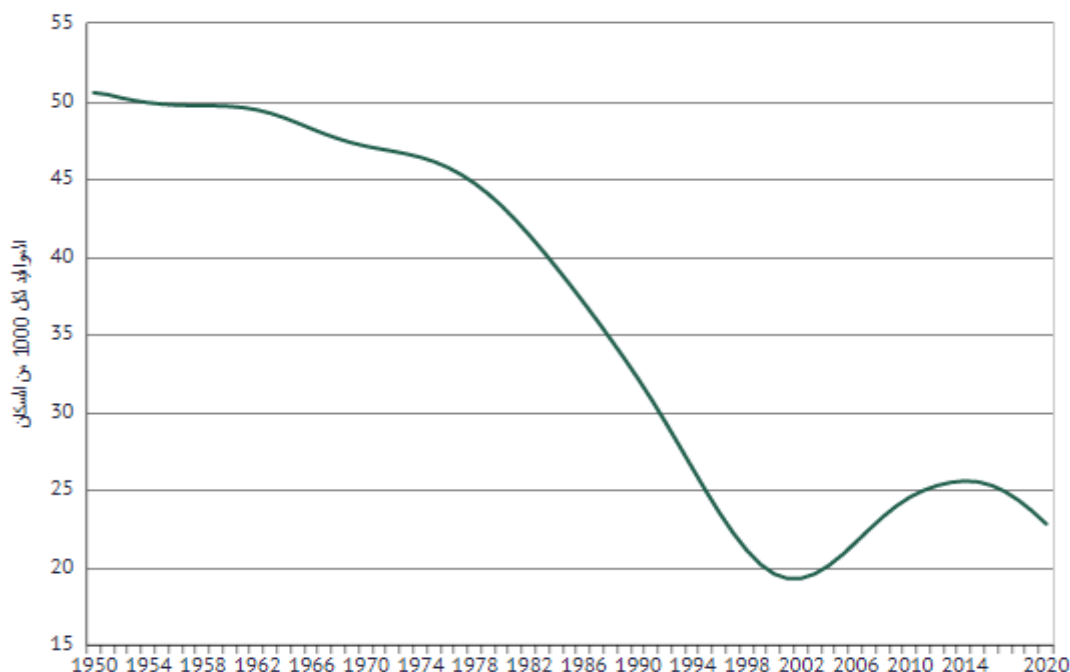
الجدول (6): يوضح معدل المواليد لكل الف نسمة

السنة	معدل المواليد بالآلف	السنة	معدل المواليد بالآلف
1962	49.4	2008	23.2
1965	48.6	2009	23.9
1970	47.1	2010	24.5
1975	46.1	2011	24.9
1980	43.2	2012	25.2
1985	38.2	2013	25.5
1990	32.1	2014	25.5
1995	24.9	2015	25.5
2000	19.6	2016	25.3
2001	19.3	2017	24.8
2002	19.3	2018	24.3
2003	19.6	2019	23.6
2004	20.1	2020	22.8
2005	20.8		
2006	21.6		
2007	22.4		

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

ونلاحظ من خلال الجدول عرف المعدل عدة مراحل من 1962 كان يقدر ب 49.4 ولادة جديدة لكل 1000 نسمة بعد ذلك أخذ في التراجع الى غاية 2002 ثم بدأ في الارتفاع الى غاية 2015 ثم تراجع الى يومنا هذا ليصل في 2020 بمقدار 22.8 أي بفارق 28 ولادة جديدة منذ الاستقلال. وهذا راجع الى ان لجزائر وضعت مخطط لمواجهة أي نمو ديموغرافي عالي.

الشكل رقم(6): يوضح معدل المواليد لكل الف نسمة



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

### المطلب الثاني: معدل الوفيات

معدل الوفيات: وهو الذي يعكس الجانب الصحي للسكان، وينقسم هذا المؤشر الى:

1. معدل الوفيات العام: يعطي نظرة حول الاوضاع المعيشية والصحية السائدة في المجتمع.
2. معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة: ويعبر على مستويات الرعاية الصحية المقدمة لهذه الفئة العمرية، و يعتبر كذلك مؤشرا للمستوى الصحي العام في المجتمع. وله علاقة طردية مع معدل الخصوبة حيث كلما ارتفع معدل وفيات الرضع الا وزادت معدلات الخصوبة.
3. معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات: هو أحد المؤشرات الصحية الهامة التي تقيس وتعكس مستوى تغطية الرعاية الصحية للأطفال المبنية أساسا على تحصينهم من الأمراض.

اولا سوف نتطرق لمعدل الوفيات العام من 1962 الى 2020

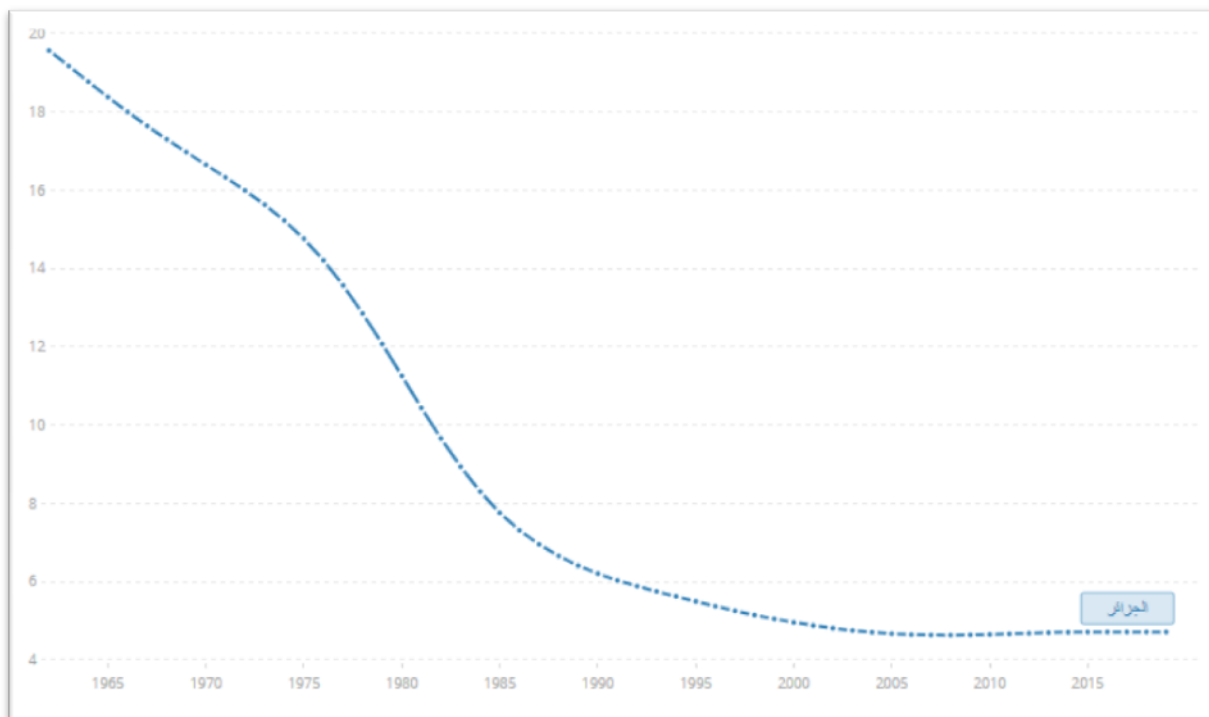
الجدول رقم (7): يوضح تطور معدل الوفيات لكل الف نسمة

السنة	معدل الوفيات بالألف	السنة	معدل الوفيات بالألف
1962	19.57	2008	4.64
1965	18.38	2009	4.64
1970	16.65	2010	4.66
1975	14.75	2011	4.67
1980	11.26	2012	4.68
1985	7.76	2013	4.70
1990	6.21	2014	4.71
1995	5.50	2015	4.71
2000	4.96	2016	4.72
2001	4.88	2017	4.72
2002	4.81	2018	4.72
2003	4.76	2019	4.72
2004	4.71	2020	4.72
2005	4.67		
2006	4.65		
2007	4.64		

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

وتشير البيانات الى انخفاض معدل الوفيات فقد كان في 1962 مقدر ب 19.57 وفاة لكل 1000 نسمة، ليصل سنة 2000 معدل 4 وفيات لكل 1000 نسمة، ليعرف هذا المعدل ثبات من 2013 الى 2020 بمعدل 4 وفيات لكل 1000 نسمة.

الشكل رقم (7): يوضح تطور معدل الوفيات لكل الف نسمة



بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

الجدول رقم (8): معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل الف ولادة حسب الجنس

معدل الوفيات بالألف			السنة	معدل الوفيات بالألف			السنة
اجمالي	انثى	ذكر		اجمالي	انثى	ذكر	
25.3	24	26.7	2008	146.2	140.8	151.40	1962
24.4	22.9	25.8	2009	147.7	142.5	152.9	1965
23.6	22.1	25	2010	145.4	140.4	150	1970
22.9	21.5	24.3	2011	128.1	123.8	132.3	1975
22.5	21.1	23.8	2012	101.8	97.9	105.5	1980
22.10	20.8	23.4	2013	59.5	54.6	64.3	1985
21.9	20.5	23.2	2014	41.8	37.9	45.5	1990
21.6	20.2	22.9	2015	37.1	33.5	40.5	1995
21.3	19.9	22.6	2016	33.9	31	36.7	2000
20.9	19.4	22.2	2017	33.2	30.5	35.9	2001
20.4	19	21.8	2018	32.4	29.4	35.1	2002
20	18.6	21.3	2019	31.3	28.9	33.6	2003
19.2	18.2	20	2020	30.1	28	32.1	2004
				28.8	26.9	30.7	2005
				27.6	25.9	29.9	2006
				26.4	24.8		2007

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

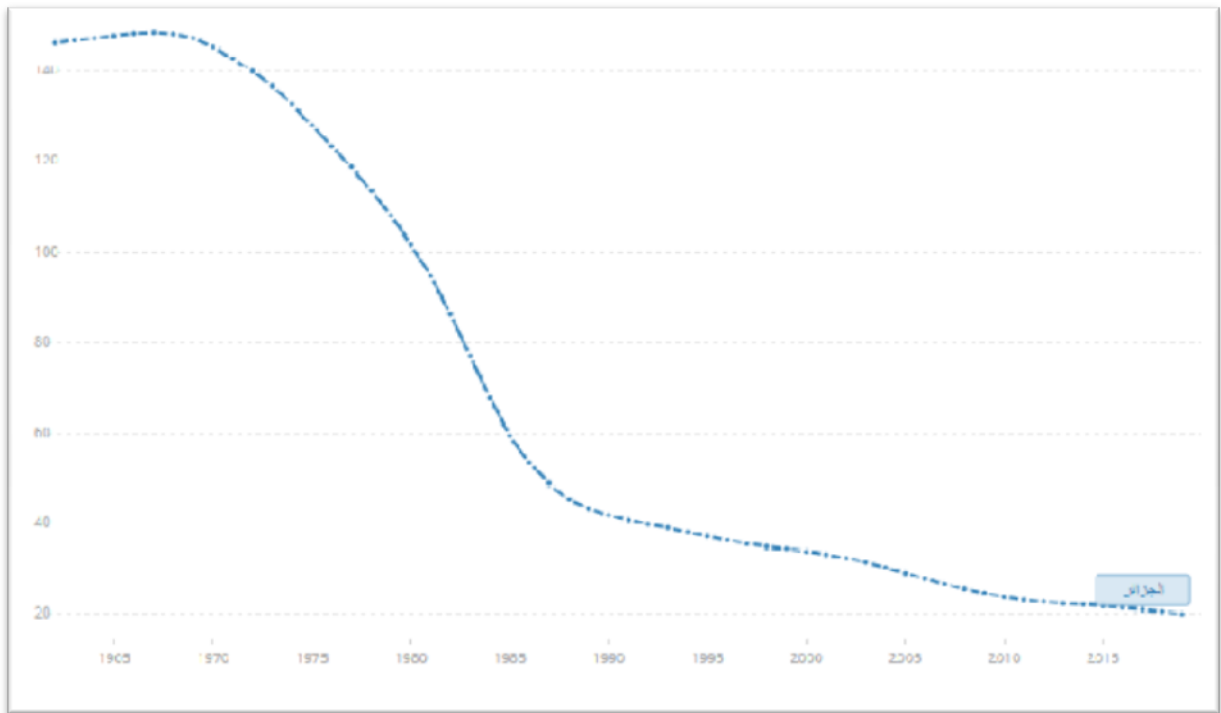
بالنسبة للذكور فان معدل الوفيات عرف بين الفترة 1962 الى 1965 ارتفاعا لكون هذه الفترة بعد الاستقلال وانتشار الأوبئة والفقر مما أدى الى هذه النتائج ووصله لذروته حيث قدر ب 152.9 وفاة لكل 1000 ولادة جديدة.واخذ هذا المؤشر تراجعا خلال الآونة الأخيرة 2020 اصبح 20 وفاة أي بفارق تقريبا 132 وفاة لكل 1000 ولادة جديدة.



اما بالنسبة للإناث فان معدل الوفيات بين الفترتين 1962 الى 1965 عرف أيضا ارتفاعا حيث وصل هو أيضا ذروته قدر ب 142.5 أي بزيادة تقريبا 3 وفيات لكل 1000 ولادة جديدة ليعرف هو أيضا تراجعاً طيلة الفترة الموائية ليصبح في الوقت الراهن 2020 ب 18.2 وفاة أي بفارق 124 وفاة عن 1965.

اما اجمالا فان المعدل الكلي أيضا عرف ارتفاعا من الفترة 1962 الى 1965 حيث قدر ب 147.7 ليعرف بعدها تراجعاً ليصل في 2020 ب 19.2 أي بفارق اجمالي قدره 128.5 وفاة لكل 1000 ولادة جديدة. وهذا يدل على تحسن الظروف المعيشية العامة وتنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع.

الشكل (8): معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل الف ولادة حسب الجنس



بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات:

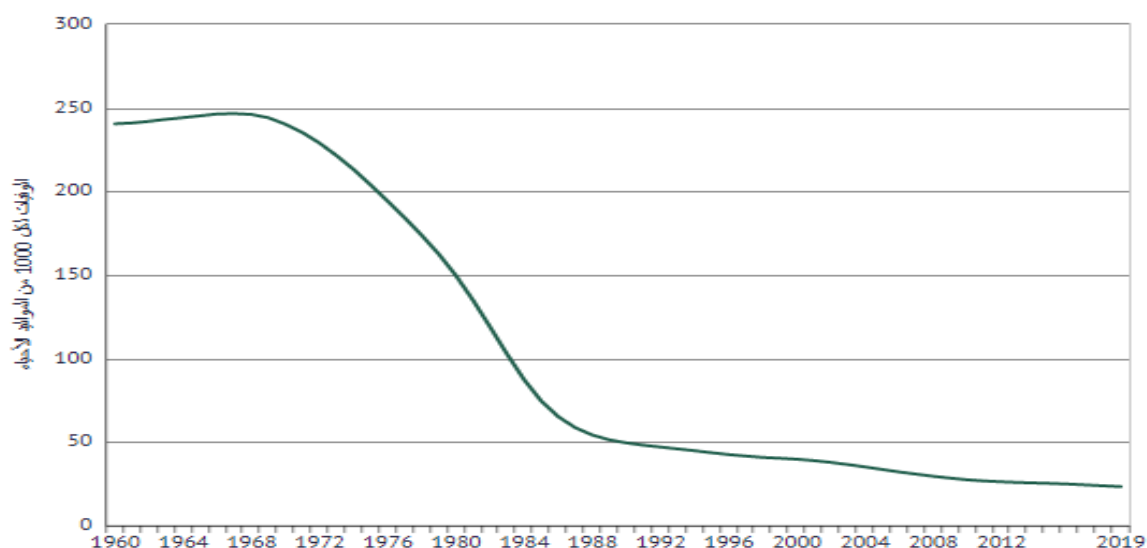
الجدول رقم(9): يوضح معدل الوفيات لأطفال أقل من 5 سنوات:1962 الى 2020

السنة	معدل الوفيات بالألف	السنة	معدل الوفيات بالألف
1962	242	2008	29.5
1967	246.6	2009	28.4
1970	240.2	2010	27.4
1975	203.8	2011	26.7
1980	146.9	2012	26.2
1985	74.6	2013	25.8
1990	49.5	2014	25.5
1995	43.6	2015	25.2
2000	39.7	2016	24.8
2001	38.9	2017	24.3
2002	37.8	2018	23.8
2003	36.5	2019	23.3
2004	35.1	2020	22.8
2005	33.6		
2006	32.1		
2007	30.8		

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

ونلاحظ من خلال الجدول ان معدل الوفيات للسنوات 1962 و 1967 أعلى معدلات حيث وصل الى 246.6 وفاة لكل 1000 ولادة حية وذلك باعتبار ان تلك الفترة عرفت انتشار الأوبئة و الامراض المعدية ليعرف بعدها تراجعاً خاصة في السنوات الأخيرة ليصل الى 22 وفاة لكل 1000 ولادة حية باعتبار ان الجزائر سعت الى الكثير من الإصلاحات لمواجهة الامراض والأوبئة.

الشكل رقم (9): يوضح معدل الوفيات لأطفال أقل من 5 سنوات



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

### المطلب الثالث: معدل وفيات الأمهات

هي عدد النساء اللاتي يمتن خلال الحمل أو الولادة لكل 100.000 مولود حي. يتم تقدير البيانات بنموذج النكوص باستخدام معلومات عن الخصوبة والقائمين على رعاية المواليد، وتقضي مرض نقص المناعة المكتسبة.

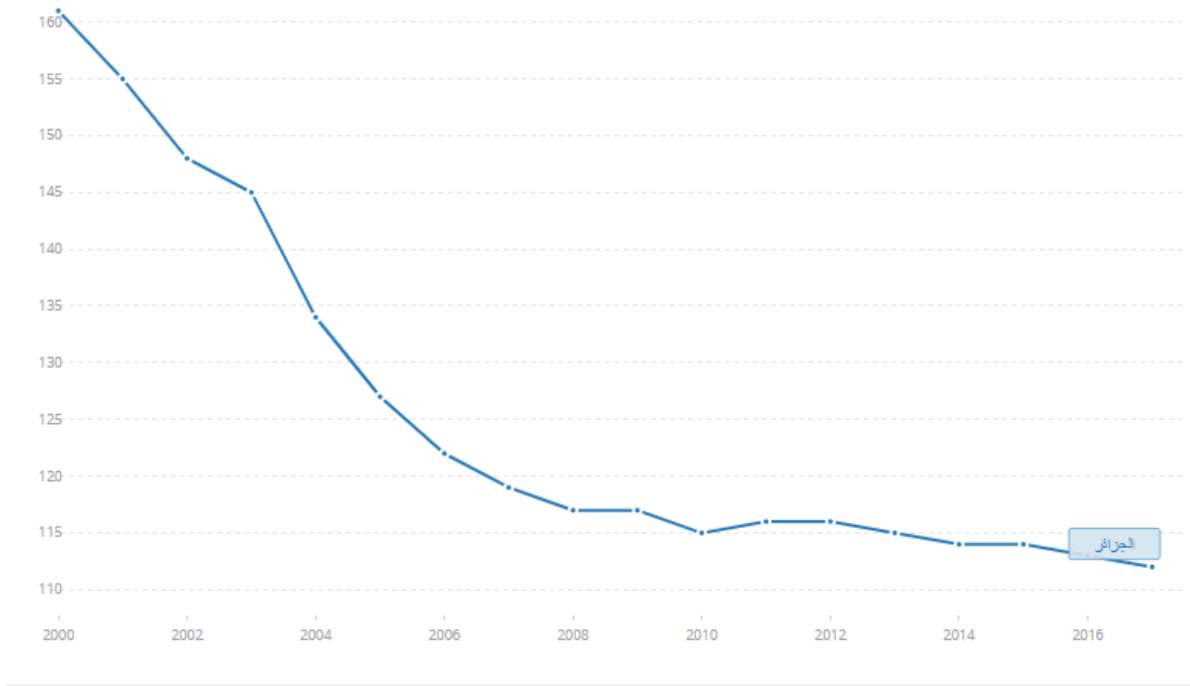
الجدول رقم (10): معدل وفيات الأمهات لكل عشرة آلاف نسمة

السنة	معدل وفيات الأمهات لكل عشرة آلاف ن	السنة	معدل وفيات الأمهات لكل عشرة آلاف ن
2000	161	2011	116
2001	155	2012	116
2002	148	2013	115
2003	145	2014	114
2004	134	2015	114
2005	127	2016	116
2006	122	2017	112
2007	119		
2008	117		
2009	117		
2010	115		

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

فلاحظ من خلال الجدول ان في سنة 2000 كان المعدل في ذروته حيث كان 161 وفاة لكل 100000 ولادة حية ليعرف المعدل تراجعاً خلال السنوات التالية الى 2010 بعدها عرف ارتفاعاً طفيفاً خلال السنتين الموالتين ثم انخفض الى سنة 2016 ارتفع ثم تراجع في 2017 وكان فارق بين 2000 و 2017 ب 49 وفاة لكل 100000 ولادة حية. وهذا راجع الى تراجع معدلات الإجهاض غير الامن واضطراب فرط ضغط الدم الأمومي وعدوى ما بعد الولادة والولادة المتعسرة.

الشكل (10): معدل وفيات الأمهات لكل عشرة آلاف نسمة



بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

#### المطلب الرابع: العمر المتوقع عند الولادة

العمر المتوقع عند الولادة يشير إلى عدد السنوات التي قد يعيشها طفل حديث الولادة إذا كانت أنماط الوفيات المتقضية وقت ولادته ستظل كما هي على مدار فترة حياته.

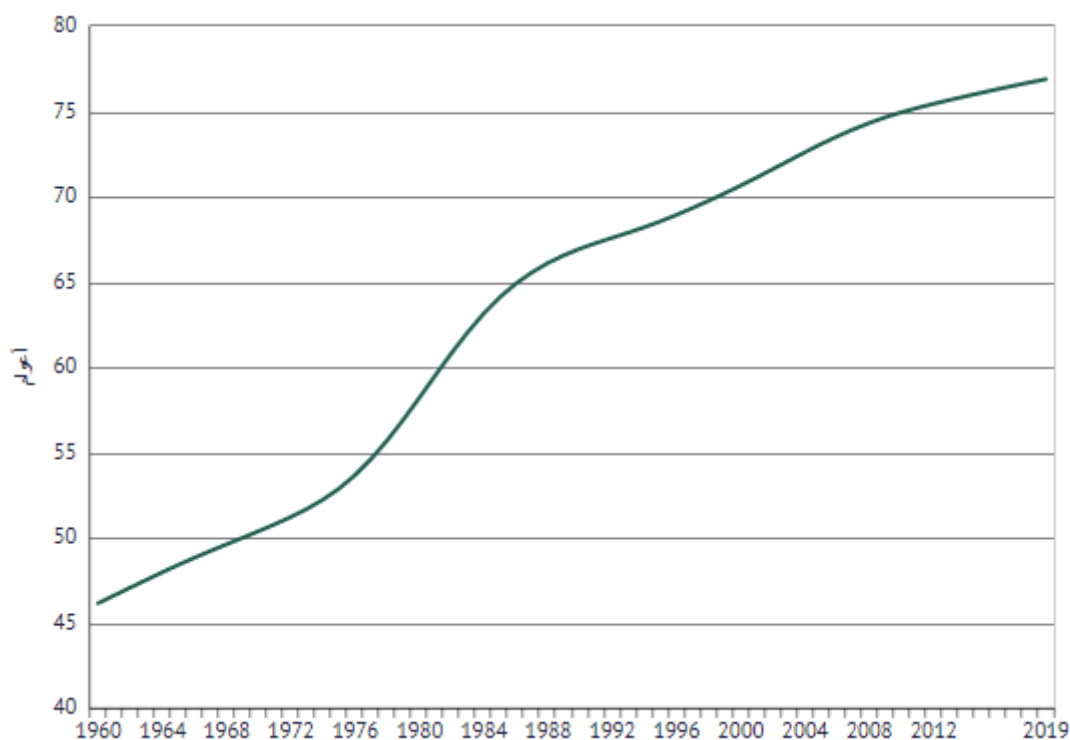
الجدول رقم (11): يوضح العمر المتوقع عند الولادة

معدل العمر المتوقع عند الولادة			السنة	معدل العمر المتوقع عند الولادة			السنة
اجمالي	انثى	ذكر		اجمالي	انثى	ذكر	
74.31	75.56	73.10	2008	47.06	47.80	46.33	1962
74.64	75.88	73.46	2009	48.39	49.71	47.62	1965
74.94	76.15	73.77	2010	50.37	51.20	49.53	1970
75.20	76.40	74.04	2011	52.87	53.73	51.99	1975
75.44	76.64	74.28	2012	58.20	59.40	56.98	1980
75.66	76.86	74.50	2013	64.09	65.57	62.59	1985
75.88	77.08	74.71	2014	66.94	68.47	65.41	1990
76.09	77.31	74.92	2015	68.54	70.09	67.03	1995
76.30	77.52	75.11	2016	70.64	72.08	69.20	2000
76.50	77.73	75.31	2017	71.12	72.54	69.74	2001
76.69	77.94	75.49	2018	71.61	73.02	70.25	2002
76.88	78.13	75.68	2019	72.10	73.49	70.77	2003
				72.59	73.96	71.28	2004
				73.07	74.41	71.78	2005
				73.52	74.83	72.26	2006
				73.94	75.22	72.70	2007

بالاعتماد على بيانات من البنك الدولي data albankaldwali

ونلاحظ من خلال الجدول فبالنسبة للذكور فان المعدل كان في 1962 ب46.33 سنة اما الاناث فكان العمر اعلى قدر ب 47.80 ليعرف المعدل بالنسبة للفتنيتين ارتفاعا وصولا الى الان مع عمر الاناث دائما اعلى من الذكور ليصل اجمالا في سنة 2020 ب 77.06 سنة أي بفارق اجمالي 30 سنة وهذا راجع الى التحسن المعيشي في الجزائر .

الشكل (11): يوضح العمر المتوقع عند الولادة



المصدر: اعتمادا على بيانات من (موقع KNM/atlas)

في ما يخص كل المؤشرات التي تم ذكرها فان الاحصائيات لسنة 2020 تم اخذها من مواقع أخرى على غرار موقع (https://ar.knoema.com/atlas، 2018).

## خلاصة الفصل:

ان قطاع الصحة عرف تطورا في الجزائر منذ الاستقلال، بحيث لاحظنا ان تحسن الواقع الصحي يؤدي الى تحسن الاقتصاد والمستوى المعيشي وهذا ما ظهر جليا في الانفاق على الصحة فكلما زاد ينتعش معه الاقتصاد. كما عرفت المؤشرات تحسنا على غرار عدد الوفيات لكل الفئات عرف تراجعا والعمر المتوقع للحياة عند كل ولادة عرف ارتفاعا الى يومنا هذا لان الجزائر دعمت القطاع بالعديد من الإصلاحات ابرزها مجانية الصحة، وأيضا تدعيم القطاع بمنشآت قاعدية على مستوى التراب الوطني أي لم يقتصر القطاع الصحي على البلدان الكبرى بل توسع الى مناطق شملت كل اقطاب الوطن.



الفصل الرابع:  
الدراسة التطبيقية





**تمهيد:**

ان معظم الدراسات الحديثة اكدت ان للصحة دور فعال على النمو الاقتصادي، كما اثبتت وجود علاقة سببية وموجبة بين الصحة والنمو الاقتصادي، حيث سنسعى من خلال هذا الفصل اختبار هذه العلاقة عن طريق الأساليب القياسية.

حيث سنقوم في هذا الفصل، من خلال استخدام أسلوب الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) ، بدراسة بعض المتغيرات وأثرها الناتج المحلي الاجمالي في الجزائر GDP و هذا من أجل الوصول إلى مدى تأثير الصحة على النمو الاقتصادي بالجزائر خلال الفترة (1980-2017).

**المبحث الأول: مفاهيم أساسية حول منهجية (ARDL)****المطلب الأول : نشأة منهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL)**

ظهرت هذه المنهجية في 1999 من طرف (PESARAN AND SHIN) حيث تم دمج نماذج انحدار ذاتي AR ونماذج فترات الإبطاء الموزعة وفي هذه المنهجية تكون السلسلة الزمنية دالة في إبطاء قيمها وقيم المتغيرات التفسيرية و إبطاءها لدرجة أو درجتين. (حواس، 2012، صفحة 214)

**المطلب الثاني : مميزات منهجية ARDL**

قيم (PESARAN AND SHIN) جملة من منافع المتمثلة في مميزات وهي : (الرؤوف، 2016، صفحة 24)

- كل ما قلت عينات يكون أسلوب دراسة نسبيا أكثر قوة التي عددها ب 80/30 من مشاهدات
- يستخدم هذا الأسلوب اذا كان انحدار من رتبة 0 أي (0) أو في رتبة 1 أي (1)
- يستخدم هذا البرنامج للانتقال من اطار نمذجة عامة الى خاصة ذلك من أجل حصول على عدد كافي من فترات إبطاء وهو يقدم عدد (P+1) من انحدارات للحصول على فترات إبطاء مثلى P هو أقصى فترة إبطاء ممكنة و K هو عدد متغيرات داخلية في معادلة .
- يميز نموذج ARDL بين المتغيرات تابعة ومتغيرات تفسيرية .
- يستطيع نموذج ARDL تقدير العلاقة قصيرة أجل و طويلة الأجل في أن واحد
- اقتصادية على تضخم في الجزائر 2017 ص 24,25

**المطلب الثالث : خطوات تطبيق الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL)**

وتتمثل الخطوات في ما يلي: (الرؤوف، 2016، صفحة 28)

- 1/ تأكد من أن كل متغيرات ليس متكامل من رتبة الثانية ا(2)
- 2/ صياغة نموذج تصحيح خطأ غير مقيد (UECM)
- 3/ تحديد بنية فترة الإبطاء كافية للنموذج
- 4/ تأكد من أن أخطاء النموذج مستقلة تسلسليا
- 5/ تأكد من أن نموذج مستقل ديناميكيا
- 6/ تنفيذ حدود من BOUNDS TEST من أجل تحقق من أنه هناك علاقة طويلة أجل
- 7/ اذا كانت نتيجة ايجابية في خطة 6 يتم تقدير علاقة طويلة أجل و فصل نموذج UECM
- 8/ استعمال نتائج مقدره لخطوة 7 لقياس حركية تأثيرات العلاقة قصيرة أجل وعلاقة توازنية طويلة أجل.

المبحث الثاني : تقدير أثر أمل الحياة عند الولادة على النمو الاقتصادي باستخدام نموذج ARDL

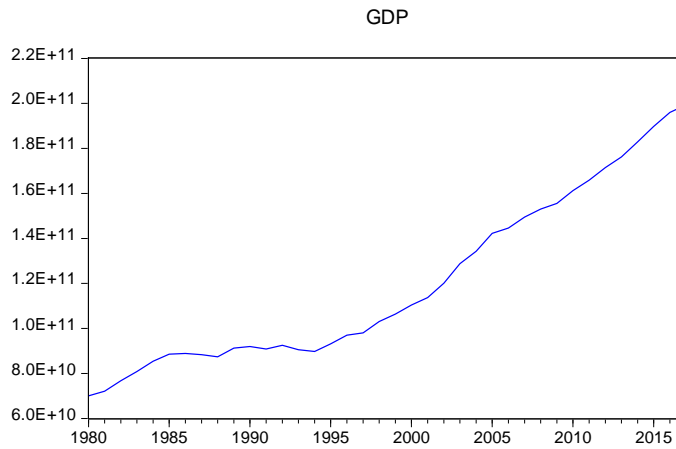
المطلب الأول : عرض المتغيرات الدراسة

وهنا سنتطرق لمتغيرات الدراسة للفترة (1980-2017)

1/ الناتج المحلي الإجمالي:

هو مؤشر اقتصادي يستعمل لقياس قيمة ما تنتجه القطاعات الاقتصادية داخل البلد الواحد خلال سنة واحدة، القيم معطاة بالدولار الأمريكي وبالأسعار الثابتة (2010)

الشكل رقم(12) الناتج المحلي الاجمالي



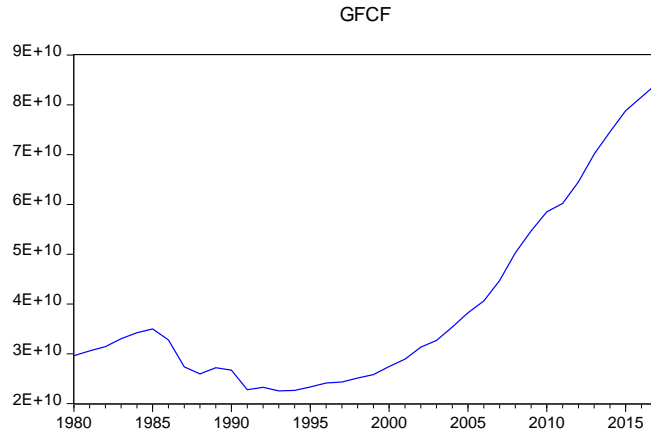
المصدر البيانات:قاعدة بيانات البنك العالمي

نلاحظ من خلال الشكل البياني ان الناتج المحلي عرف تذبذبات خلال بداية الفترة المدروسة، الا انه عرف ارتفاعا الى غاية 1985 ليعرف ثباتا بعد ازمة النفط 1986 حتى سنة 1994 ليعرف ارتفاعا مع نهاية التسعينات عقب انتعاش سوق النفط العالمي. لنلاحظ ان المعدل عرف تحسنا ملحوظا لان الدولة وضعت برنامجا لتحفيز النمو الاقتصادي وإنعاش الاقتصاد وحسب النظرية الاقتصادية فانه اذا زاد معدل الناتج الداخلي الإجمالي يؤدي الى تحسين جميع القطاعات على غرار الصحة.

2/ التراكم الخام لرأس المال الثابت:

تتمثل التراكم الخام لرأس المال الثابت GFCF في قيمة الاستثمارات المادية المعبرة عن السلع المعمرة الموجودة بحوزة الأعوان الاقتصادية المنتجة المقيمة و تستخدم لفترة طويلة لمدة سنة على الأقل في العملية الإنتاجية بالدولار الأمريكي وبالأسعار الثابتة (2010)

الشكل (13) التراكم الخام لرأس المال الثابت



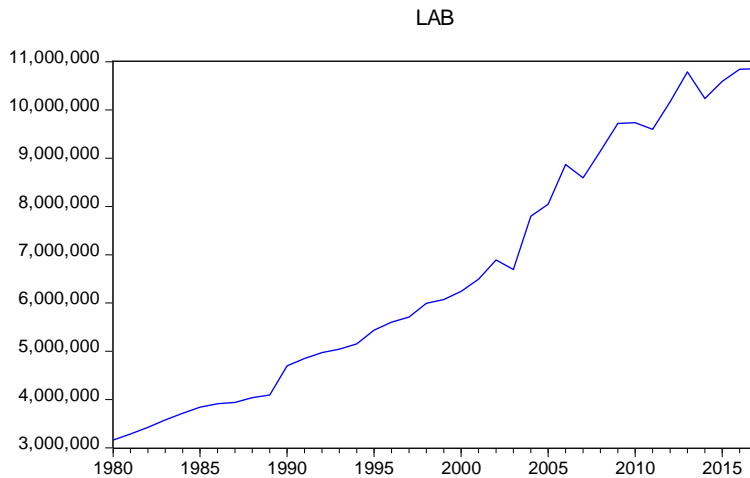
المصدر البيانات:قاعدة بيانات البنك العالمي

نلاحظ من خلال الرسم البياني ان المعدل عرف عدة تطورات،ففي الفترة 1980 الى 1984 عرف ارتفاعا ليعرف خلال سنة 1985 تراجعاً كبيراً حتى وصل الى ادنى قيمه سنة 1991 بسبب ازمة النفط 1986 ليعود الى التحسن من 1994 الى 2017 وهذا راجع الى تحسن و انتعاش سوق النفط العالمي.

3/ مؤشر عدد العمال:

ويتمثل في عدد عمال كل القطاعات نلاحظ من خلال الشكل البياني ان عدد العمال عرف ارتفاعا ففي الفترات الأولى من 1980 كان عدد العمال 3 ملايين عامل شهد ارتفاعا متواصل الى 2017 وصل حوالي 11 مليون عامل أي انه تضاعف تقريبا 4 مرات وقد عرف هذا المؤشر ارتفاعا طيلة فترة الدراسة حتى وصوله الى ذروته وذلك بسبب انشاء الدولة لمشاريع لإنعاش جميع القطاعات مما أدى الى خلق مناصب الشغل في القطاع.

الشكل (14) عدد العمال

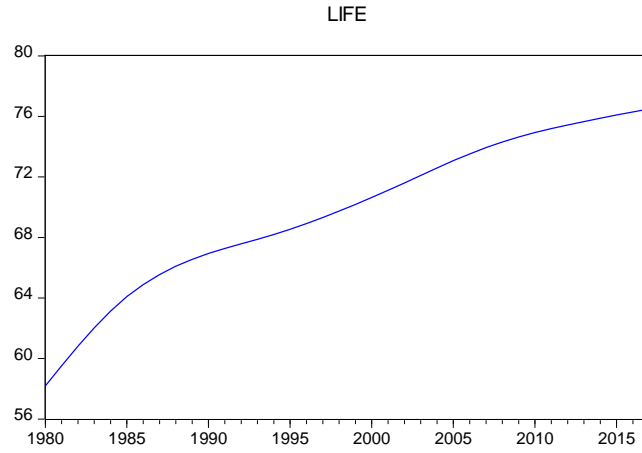


المصدر البيانات:قاعدة بيانات البنك العالمي

## 4/ أمل الحياة عند الولادة

هو متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها جيل باعتبار نسبة الوفيات الملاحظة خلال سنة معينة. نلاحظ من خلال الشكل البياني ان مؤشر امل الحياة عرف تحسنا كبيرا خلال الفترة المدروسة، حيث كان في 1980 تقريبا 58 سنة ليصل في سنة 1985 الى اكثر من 64 سنة، ليواصل الارتفاع ليصل سنة 2017 الى اكثر من 76 سنة وهذا دليل على تحسن المستوى المعيشي في الجزائر.

## الشكل (15) أمل الحياة عند الولادة



المصدر البيانات: قاعدة بيانات البنك العالمي

وبعد التطرق الى المتغيرات سنوضح نموذج الدراسة على النحو التالي:

## نموذج الدراسة:

سنعتمد على نموذج دالة الإنتاج كوب - دوقلاس (Cobb-Douglas) لقياس أثر الصحة على النمو في الجزائر خلال الفترة (1980-2017)، بحيث  $y$  تمثل المتغير التابع الذي يتمثل في الناتج المحلي الاجمالي (GDPC)، أما المتغيرات المستقلة رأس المال المادي (K) معبرا عنه بالتراكم الخام لرأس المال الثابت (GFCF) وعدد العمال (L) رأس المال البشري (H) معبرا عنه بأمل الحياة عند الولادة (LIF).

$$GDP = f(K, L, H)$$

وفقا لمنهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) تصيح المعادلة على النحو التالي

$$\text{LnGDP}_t = \alpha_0 + \alpha_1 \text{GFCF}_t + \alpha_2 \text{LAB}_t + \alpha_3 \text{LIF}_t + \mu_t \dots\dots\dots(1)$$

$$\Delta \text{LnGDP}_t = \alpha_0 + \sum \beta_1 \Delta \text{LnGDP}_{t-1} + \sum \beta_2 \Delta \text{GFCF}_{t-1} + \sum \beta_3 \Delta \text{LAB}_{t-1} + \sum \beta_4 \Delta \text{LIF}_{t-1} + \delta_1 \text{LnGDP}_{t-1} + \delta_2 \text{GFCF}_{t-1} + \delta_3 \text{LAB}_{t-1} + \delta_4 \text{LIF}_{t-1} + \epsilon_t \dots\dots\dots(2)$$

$\beta_1, \beta_2, \beta_3$  and  $\beta_4$  معاملات المدى القصير

$\delta_1, \delta_2, \delta_3$  and  $\delta_4$  معاملات المدى الطويل

ثانيا: التحليل الوصفي

الجدول رقم(12) نتائج التحليل الوصفي

الإحصاء الوصفي					
الانحراف المعياري	المتوسط	الحد الاعلى	الحد الادنى	N	
38854559914,10	120479976417,89	199367414000,0 0	70016133110,00	38	GDP
18692234504,34	39589424506,13	84334521489,00	22520651118,00	38	GFCF
2580056,31	6627421,05	10858000,00	3158000,00	38	LABOR
5,04	69,70	76,50	58,20	38	LIFE
				38	N valide (listwise)

المصدر الاعتماد على بيانات 9eviews

بالنسبة للنتائج المحلي الإجمالي بلغ متوسطه خلال فترة الدراسة 120.47 مليار دولار بانحراف معياري قدره 38.85 مليار دولار امريكي حيث بلغت ادنى قيمة 70 مليار دولار امريكي سنة 1980 واعلى قيمة بلغت 199.36 مليار دولار امريكي وذلك سنة 2017.

بالنسبة للتراكم الخام لرأس المال بلغ متوسطه خلال فترة الدراسة 39.58 مليار دولار بانحراف معياري قدره 18.69 مليار دولار امريكي حيث بلغت ادنى قيمة 22.52 مليار دولار امريكي سنة 1993 واعلى قيمة بلغت 84.33 مليار دولار امريكي وذلك سنة 2017.

بالنسبة لعدد العمال بلغ متوسطه خلال فترة الدراسة 6627421 عامل بانحراف معياري قدره 2580056 عامل وبلغت ادنى قيمة 3158000 عامل سنة 1980 واعلى قيمة بلغت 10858000 عاملا سنة 2017.

بالنسبة أمل الحياة عند الولادة بلغ متوسطه خلال فترة الدراسة 69.70 سنة بانحراف معياري قدره 5.04 سنة وبلغت ادنى قيمة 58.20 سنة في 1980 وبلغت اعلى قيمة 76.5 سنة في 2017.

ثالثا: الارتباط بين المتغيرات

الجدول رقم (13): الارتباط بين المتغيرات

أمل الحياة عند الولادة	عدد العمال	التراكم الخام لرأس المال	الناتج المحلي الاجمالي	
			1	الناتج المحلي الاجمالي
		1	0,917**	التراكم الخام لرأس المال
	1	0,853**	0,982**	عدد العمال
1	0,948**	0,693**	0,915**	أمل الحياة عند الولادة

\*\*معنوي عند 0.01

نلاحظ من خلال مصفوفة الارتباط ان كل المتغيرات مرتبطة ارتباط قوي ومعنوي عند 0.01، بالنسبة للارتباط بين الناتج المحلي الخام وعدد العمال قدره 0.98 أي يقترب الى 1 وهذا ما يعني انه قوي.

المطلب الثاني : دراسة الاستقرارية

الجدول رقم (14) نتائج دراسة استقرارية السلاسل الزمنية

الرتبة	PP			ADF			المتغير
	بدون اتجاه ولا قاطع	القاطع	الاتجاه والقاطع	بدون اتجاه ولا قاطع	القاطع	الاتجاه والقاطع	
I(1)	5,365266 (1,0000)	-	-1,381994 (0,8498)	2,826871 (0,9983)	-	-1,564957 (0,7870)	Lngdp
	-1,830379 (0,0645)***	-	-3,571494 (0,0467)	-	-	-3,611065 (0,0429)**	Dlngdp
I(1)	-	-	-0,765334 (0,9599)	-	-	-0,637285 (0,9705)	Lngfcf
	-	-	-3,821036 (0,0268)**	-	-	-3,940934 (0,0203)**	Dlngfcf
I(1)	-	-	-2,513619 (0,3202)	-	-	-2,629295 (0,2704)	Lnlab
	-	-	-8,291608 (0,0000)*	-	-8,06314 (0,0000)*	-8,080049 (0,0000)	Dlnlab
I(0)	-	-	-5,577843 (0,0003)*	-	-5,422135 (0,0001)*	-2,644041 (0,2650)	Lnlife

(\*) معنوي عند 1% (\*\*) معنوي عند 5% (\*\*\*) معنوي عند 10%

المصدر: مخرجات (9) Eviews

من خلال اختبار جذر الوحدة واختبار الفروقات اتضح أن المتغير التابع GDP مستقرة عند الفرق الأول I(1) وعند مستوى معنوية 5% ، وكذلك المتغيرات المستقلة GFCF و L مستقرة عند الفرق الأول I(1) ، معدا متغيرة واحد LIF امل الحياة عند الولادة مستقر عند المستوى I(0) ، أي لدينا مزيج من المتغيرات المستقرة عند I(0) و I(1) ولا وجود لمتغيرات مستقرة عند الفرق الثاني I(2) وهذا شرط أساسي يجب توفره لتقدير نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع ARDL.



## المطلب الثالث : تقدير النموذج انحدار الذاتي لفجوة زمنية موزعة متباطئ

## الجدول رقم(15) التقدير الأولي للنموذج

Test Equation:

Dependent Variable: D(LNGDP)

Method: Least Squares

Date: 05/28/21 Time: 19:36

Sample: 1984 2017

Included observations: 34

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LNABFF)	0.295380	0.058146	5.079982	0.0001
D(LNABFF(-1))	-0.152226	0.049546	-3.072417	0.0066
D(LNABFF(-2))	-0.099406	0.055858	-1.779623	0.0920
D(LNLAB)	-0.013881	0.063960	-0.217025	0.8306
D(LNLAB(-1))	0.561672	0.092006	6.104766	0.0000
D(LNLAB(-2))	0.390167	0.088603	4.403532	0.0003
D(LNLAB(-3))	0.195969	0.064467	3.039814	0.0070
D(LNLIFE)	38.89671	25.97893	1.497241	0.1517
D(LNLIFE(-1))	-81.16461	56.75848	-1.430000	0.1698
D(LNLIFE(-2))	108.6724	54.16948	2.006155	0.0601
D(LNLIFE(-3))	-57.28013	21.66474	-2.643934	0.0165
C	-2.542185	0.772865	-3.289301	0.0041
LNABFF(-1)	0.380187	0.058632	6.484272	0.0000
LNLAB(-1)	-0.565571	0.091814	-6.159963	0.0000
LNLIFE(-1)	5.473999	0.774570	7.067147	0.0000
LNGDP(-1)	-0.830259	0.151242	-5.489600	0.0000
R-squared	0.915104	Mean dependent var		0.026536
Adjusted R-squared	0.844357	S.D. dependent var		0.021597
S.E. of regression	0.008520	Akaike info criterion		-6.387569
Sum squared resid	0.001307	Schwarz criterion		-5.669281
Log likelihood	124.5887	Hannan-Quinn criter.		-6.142612
F-statistic	12.93493	Durbin-Watson stat		2.444312
Prob(F-statistic)	0.000001			

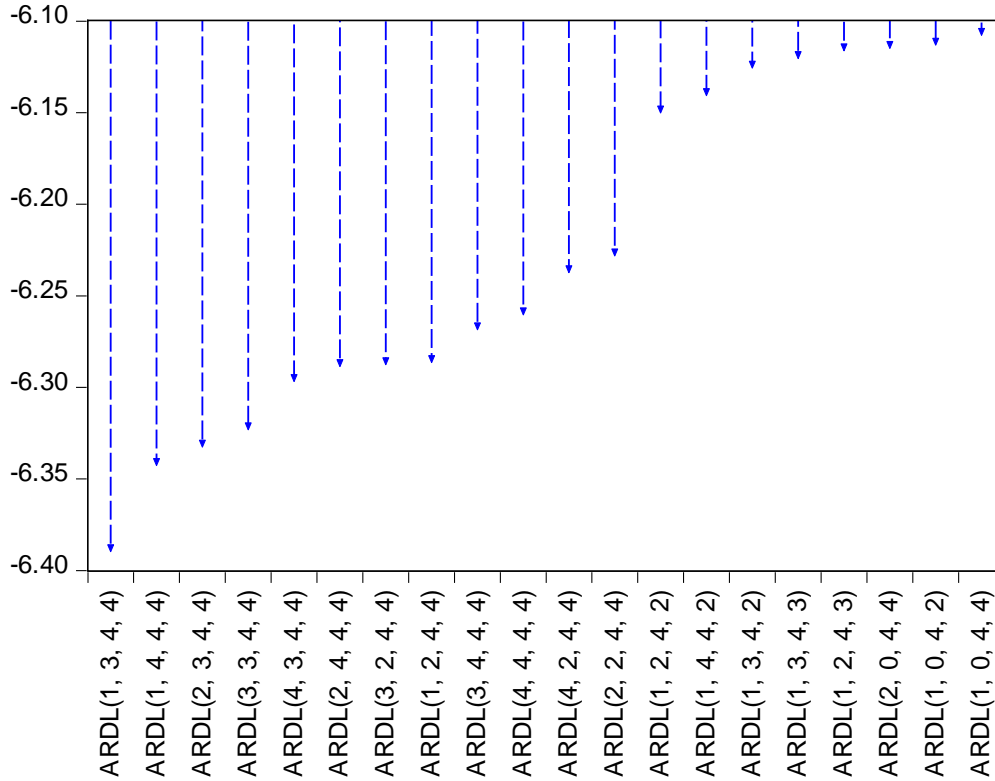
المصدر: مخرجات (9) Eviews

1/ تحديد فترات الابطاء المثلى في النموذج

يوضح الشكل أدناه اختيارات فترات الابطاء المثلى حسب معيار (AKAIE INFORMATION CRITERIA)

الشكل رقم(16) اختبار فترات ابطاء مثلى في نموذج

Akaike Information Criteria (top 20 models)



المصدر: مخرجات (9) Eviews

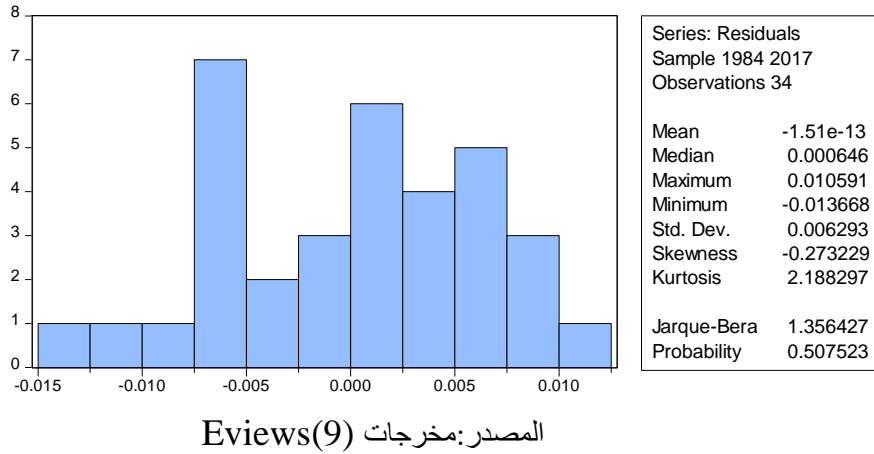
من خلال شكل يتضح أن أفضل نموذج حسب معيار ( Akaike Information Criteria ) هو ARDL (1.0.4.4).

2/ اختبار جودة النموذج

قبل اعتماد ARDL (1.0.4.4) تقدير الأثر الطويل و القصير الأجل ينبغي تأكد الأداء لهذا النموذج وذلك باستخدام الاختبارات التالية :

أ/ التوزيع الطبيعي للبواقي :

الشكل رقم(17) اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي



اعتماد على احصائية JARQUE BERA نلاحظ أن الاحتمال أكبر من 5% مما يعني أن البواقي تتبع توزيعاً طبيعياً أي أن احتمال 0.50 أكبر من 0.05 ومنه نقبل فرضية العدم  $H_0$  التي تنص على أن البواقي تتبع توزيعاً طبيعياً.

ب/ تجانس ثبات التباين البواقي :

يعتبر تجانس ثبات تباين البواقي الخطأ للنموذج شرطاً مهماً لدراسة دوال وتحليل تفكيك التباين، لمعرفة ثبات تباين الخطأ من عدمه قمنا بإخضاع النموذج للاختبار التالي:

الجدول رقم(16) نتائج دراسة تجانس ثبات التباين البواقي

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey			
F-statistic	0.327969	Prob. F(14,19)	0.9809
Obs*R-squared	6.617329	Prob. Chi-Square(14)	0.9485
Scaled explained SS	1.101957	Prob. Chi-Square(14)	1.0000

المصدر: مخرجات Eviews(9)

من خلال جدول نلاحظ أن احتمال أكبر من 5% أي أن 0.98 أكبر من 0.05 أي أن هناك تجانس ثبات التباين في البواقي.

ج/ اختبار شرط استقلال حدود الخطأ : بمعنى عدم وجود ارتباط ذاتي لأخطأ ومن أجل هذا نلجأ الى اختبار (BREUSCH – GODFREY SERIAL CORRCLATION LM TEST)

الجدول رقم(17)نتائج دراسة شرط استقلال حدود خطأ

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:			
F-statistic	1.865408	Prob. F(2,16)	0.1870
Obs*R-squared	6.428916	Prob. Chi-Square(2)	0.0402

المصدر:مخرجات (9)Eviews

نلاحظ أن الاحتمال اكبر من 5% أي أن 0.18 أكبر من 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية التي مفادها عدم وجود ارتباط الذاتي لبواقى نموذج مقدرة.

3/ تقدير الأثر في الأجل الطويل و القصير الأجل باستعمال نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL)

- وبعد تأكد من أن النموذج ذو جودة في الأداء :

جدول اختبار حدود للتكامل مشترك و سوف نتطرق لجدول أدناه :

الجدول رقم(18):نتائج اختبار حدود للتكامل مشترك

F-Statistic		
المحسوبة		
11.26068		
PESARAN(2001)		القيم الحرجة
الحد الأعلى	الحد الأدنى	
4.66	3.65	معنوي عند 1%
3.67	2.79	معنوي عند 5%
3.2	2.37	معنوي عند 10%

المصدر:مخرجات (9)Eviews

ومن خلال جدول نلاحظ ان احصائية فيشر F=11.26 هي أكبر من الحد اعلى (1)I كل مستويات معنوية وعليه يعني وجود تكامل مشترك في المدى البعيد بين متغيرات دراسة.

ب/ تقدير نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد UECM

وهنا سوف نقوم بتقدير أثر المتغيرات على معدل GDP بهذا النموذج والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(19)نتائج تقدير نموذج تصحيح خطأ غير مقيد UECM

Test Equation:  
Dependent Variable: D(LNGDP)  
Method: Least Squares  
Date: 05/28/21 Time: 19:36  
Sample: 1984 2017  
Included observations: 34

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LNABFF)	0.295380	0.058146	5.079982	0.0001
D(LNABFF(-1))	-0.152226	0.049546	-3.072417	0.0066
D(LNABFF(-2))	-0.099406	0.055858	-1.779623	0.0920
D(LNLAB)	-0.013881	0.063960	-0.217025	0.8306
D(LNLAB(-1))	0.561672	0.092006	6.104766	0.0000
D(LNLAB(-2))	0.390167	0.088603	4.403532	0.0003
D(LNLAB(-3))	0.195969	0.064467	3.039814	0.0070
D(LNLIFE)	38.89671	25.97893	1.497241	0.1517
D(LNLIFE(-1))	-81.16461	56.75848	-1.430000	0.1698
D(LNLIFE(-2))	108.6724	54.16948	2.006155	0.0601
D(LNLIFE(-3))	-57.28013	21.66474	-2.643934	0.0165
C	-2.542185	0.772865	-3.289301	0.0041
LNABFF(-1)	0.380187	0.058632	6.484272	0.0000
LNLAB(-1)	-0.565571	0.091814	-6.159963	0.0000
LNLIFE(-1)	5.473999	0.774570	7.067147	0.0000
LNGDP(-1)	-0.830259	0.151242	-5.489600	0.0000
R-squared	0.915104	Mean dependent var		0.026536
Adjusted R-squared	0.844357	S.D. dependent var		0.021597
S.E. of regression	0.008520	Akaike info criterion		-6.387569
Sum squared resid	0.001307	Schwarz criterion		-5.669281
Log likelihood	124.5887	Hannan-Quinn criter.		-6.142612
F-statistic	12.93493	Durbin-Watson stat		2.444312
Prob(F-statistic)	0.000001			

المصدر: مخرجات Eviews(9)

تحليل نتائج تقدير معامل تحديد  $R^2 = 0.84$  وهو جيد حيث أن متغيرات مفسرة تتحكم 84.34% من تغيرات التي تحدث على معدل GDP مما يعني أن هناك ارتباط كبير بين GDP ومتغيرات مفسرة له فيشر المحسوبة تساوي 12.93% واحتمال فيشر أقل من 0.05 وهذا يعني نموذج معنوي.

ج/ تقدير نموذج تصحيح الخطأ ECM :

ومما سبق وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بعدها نقوم بتقدير آثار الطويلة و قصيرة الأجل كما يوضح جدول التالي :

يتكون الجدول من الجزء الأول يمثل تقدير نموذج تصحيح الخطأ و علاقة قصيرة الأجل بينما يوضح الجزء السفلي تقدير العلاقة طويلة الأجل

نلاحظ من الجزء العلوي أن معلمة حد الخطأ  $\text{cointEq}(-1)$  سالبة ومعنوية عند 5% وهما شرطين أساسيين للحصول على تصحيح الخطأ:

### الجدول رقم (20) نتائج تقدير نموذج تصحيح خطأ ECM

ARDL Cointegrating And Long Run Form  
Original dep. variable: LNGDP  
Selected Model: ARDL(1, 3, 4, 4)  
Date: 05/28/21 Time: 19:39  
Sample: 1980 2017  
Included observations: 34

Cointegrating Form				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LNABFF)	0.295380	0.031846	9.275401	0.0000
D(LNABFF(-1))	-0.152226	0.038158	-3.989330	0.0009
D(LNABFF(-2))	-0.099405	0.034110	-2.914213	0.0093
D(LNLAB)	-0.013881	0.037151	-0.373640	0.7130
D(LNLAB(-1))	0.561673	0.074833	7.505667	0.0000
D(LNLAB(-2))	0.390167	0.069148	5.642522	0.0000
D(LNLAB(-3))	0.195969	0.051377	3.814328	0.0013
D(LNLIFE)	38.896972	17.587069	2.211680	0.0402
D(LNLIFE(-1))	-81.164962	46.654388	-1.739707	0.0990
D(LNLIFE(-2))	108.672419	44.281440	2.454130	0.0245
D(LNLIFE(-3))	-57.280067	15.557829	-3.681752	0.0017
CointEq(-1)	<b>-0.830258</b>	0.100085	-8.295497	<b>0.0000</b>

$$\text{Cointeq} = \text{LNGDP} - (0.4579 * \text{LNABFF} - 0.6812 * \text{LNLAB} + 6.5931 * \text{LNLIFE} - 3.0619)$$

Long Run Coefficients				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LNABFF	0.457914	0.035469	12.910204	0.0000
LNLAB	-0.681200	0.136996	-4.972394	0.0001
LNLIFE	<b>6.593128</b>	0.582308	11.322408	<b>0.0000</b>
C	-3.061928	1.153694	-2.654022	0.0162

المصدر: مخرجات (9) Eviews

العلاقة التوازنية قصيرة الأجل :

ان معامل ابطاء تصحيح الخطأ  $\text{coint Eq}(-1)$  يكشف عن سرعة أو بطأ عودة متغيرات الى توازن و في هذا النموذج تبلغ قيمة معامل تصحيح الخطأ حوالي 83.02 % مما يعني أن تصحيح الخطأ من المدى القصير الى الطويل يتم بسرعة معدلها 83.02% أي بمقدار سنة واحدة وشهرين  $1/0.8302=1.20$  كما نلاحظ أنها ذات معنوية احصائيا 0.000

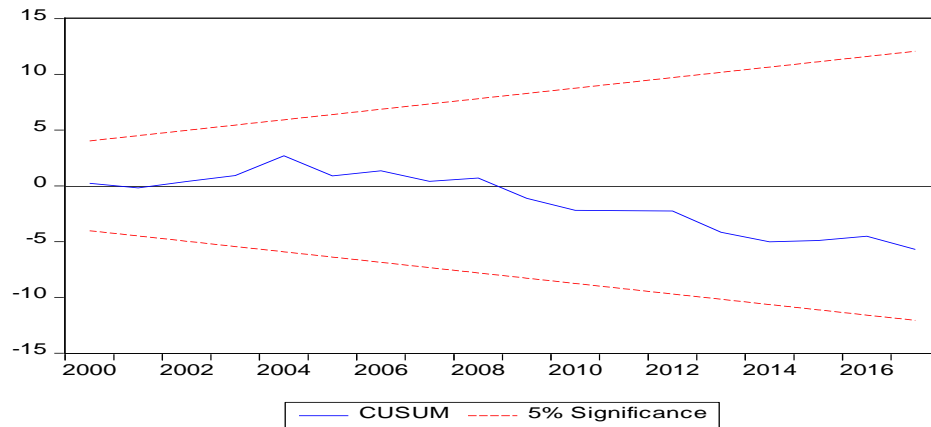
- العلاقة التوازنية طويلة الأجل:

من خلال الجزء السفلي من جدول ان متغير امل الحياة عند الولادة تؤثر بشكل موجب ومعنوي على النمو الاقتصادي و ذلك في مدى طويل باعتبارها أن جميعها معنوي،حيث اذا تغير توقع العمر عند الولادة ب 1% فان النمو الاقتصادي يتغير ب 6.59 وحدة.

4/ اختبار استقرارية نموذج ARDL

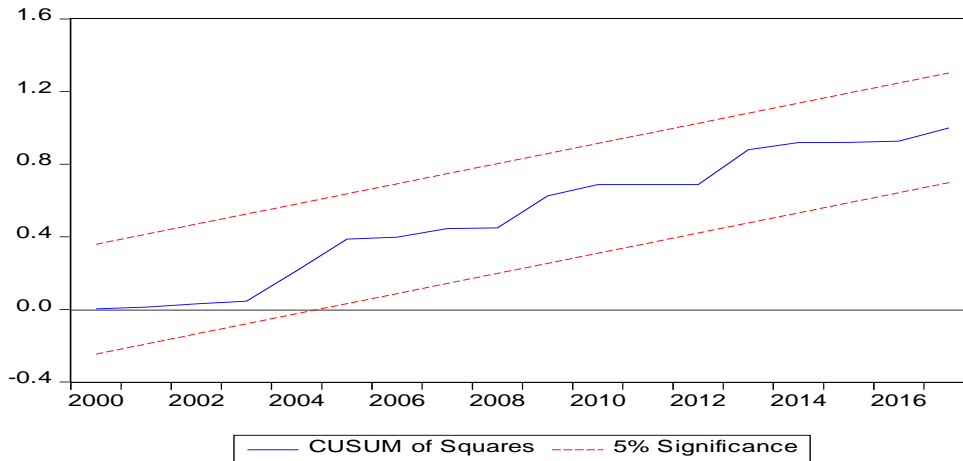
ولكي نتأكد أن المتغيرات تخلو من وجود ثغرات هيكلية فيها وذلك يتم باستخدام اختبار مجموع التراكم (cusum) وأيضا مجموع التراكم لمربعات البواقي (cusum of squares) يتضح من خلال الشكلين أن المعاملات المقدرة لنموذج ARDL المستخدم مستقر هيكليا عبر الفترة محل الدراسة مما يؤكد وجود استقرار بين متغيرات الدراسة و انسجام في النموذج بين نتائج تصحيح الخطأ في المدى القصير والطويل،حيث وقع الشكل البياني لإحصاء الاختبارين المذكورين لهذا النموذج داخل الحدود الحرجة عند مستوى معنوية 5 %.

الشكل رقم(18) اختبار استقرارية نموذج(cusum)



المصدر: مخرجات (9) Eviews

الشكل رقم(19) اختبار استقرارية نموذج(cusum of squares)



المصدر: مخرجات (9) Eviews

## خلاصة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل أن نجيب عن فرضية الدراسة من خلال محاولة قياس مدى تأثير الصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر (1980-2017)، و من أجل دراسة العلاقة التي تربط الصحة على النمو الاقتصادي استخدمنا امل الحياة عند الولادة خلال فترة الدراسة كمتغير مستقل لتمثيل الصحة، حيث تم التعريف بالنموذج المستخدم وكان على شكل دالة كوب-دوقلاس و ذلك باستعمال برنامج EViews كأداة للقياس، من خلال استخدام أسلوب الانحدار الذاتي لفترات الابطاء الموزعة ARDL .

فقد توصلنا من خلال النتائج المتوصل إليها بفضل الدراسة القياسية الى وجود علاقة توازنية في المدى الطويل، ووجود أثر إيجابي ومعنوي للصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر خلال فترة الدراسة.



# الخاتمة العامة



الخاتمة:

جاءت جائحة كورونا لتوضح مدى تأثير الصحة على الاستقرار الاقتصادي في مختلف بلدان العالم حيث أدت الى تراجع كبير في النمو الاقتصادي، وهذا يؤكد مدى تأثير الصحة عموما على النمو وتعتبر الصحة شيء مهم في حياة الانسان لانها تعتبر من الدوافع الاقتصادية التي يقاس على أساسها المستوى المعيشي والاقتصادي للدول.

هدفت هذه الدراسة الى قياس اثر الصحة الممثلة في متغير امل الحياة عند الولادة على النمو الاقتصادي خلال الفترة (1980-2017) في الجزائر وذلك باستخدام منهجية الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) فبعد التأكد من استقرارية السلاسل الزمنية دون الفرق الثاني توصلنا الى وجود علاقة توازنية في المدى الطويل حيث تم تقدير اثر توقع العمر عند الولادة على النمو الاقتصادي، حيث تم الحصول على المعامل موجب ومعنوي أي ان التغير في العمر المتوقع عند الولادة ب وحدة واحدة يؤدي الى التغير في النمو الاقتصادي ب 6.59 وحدة.

وبناءً على ذلك نؤكد صحة فرضية الدراسة التي مفادها:

هناك تأثير للصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر.

ورغم أهمية النتيجة المتوصل اليها فلا يمكن تعميم الاستنتاج بان الاستثمار في صحة الافراد يؤدي حتما الى تحفيز النمو في الجزائر لان الدراسة اقتصرت على متغير واحد وهو العمر المتوقع للحياة عند الولادة هذا من جهة، ومن جهة أخرى فان تأثير الصحة على النمو يقتضي توفر جملة من الشروط او اعتبارات نذكر منها:

✓ جودة مخرجات التعليم.

✓ ديناميكية وفعالية سوق العمل.

✓ نجاعة القطاع الخاص ووجود إصلاحات اقتصادية فعالة.

✓ نجاعة التوعية الصحية.

# قائمة المراجع

Chaoui, F. (2012). :Les systèmes de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie défis nationaux et enjeux. 15.

1. اثيل عبد الجبار الجومرد. (2005). العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي في البلدان النامية. العراق.
2. ازمو رشيدي. (2018). تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية . الجزائر.
3. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية . (2018).
4. الديوان الوطني لإحصائيات . (2019).
5. الديوان الوطني للإحصاء . (2018).
6. أمين حواس. (2012). واردات سلع رأس المال ونمو اقتصادي ففي الصين منهجية ARDL . 214.
7. باركة محمد الزين. (2017). ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر تطورها،أسبابها ومتطلبات ترشيدها. الجزائر.
8. بن عطا لله لخضر. (2020). انعكاس الانفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر . الجزائر.
9. بول سامويلسون. (1955). الإقتصاد. امريكا: الاهلية للنسر والتوزيع.
10. بومعراف الياس. (2014). اتجاهات ومحددات الانفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط و شمال افريقيا . الشرق الأوسط و شمال افريقيا .
11. تقرير وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات . (ديسمبر 2015).
12. جلال خشيب. النمو الاقتصادي. الجزائر: شبكة الالوكة.
13. دريسي أسماء. (2014). تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة . الجزائر.
14. شيخة عبد الرؤوف. (2016). أثر بعض المتغيرات الاقتصادية على التضخم في الجزائر.
15. صفاء أحمد. (2012). تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية. المملكة العربية السعودية.
16. عبد الكريم عبد الله محمد. (2017). تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق . العراق.
17. علي التل. (1991). أثر التعليم على النمو الاقتصادي في الأردن، مذكرة ماجستير.

18. علي مكيد. (2017). العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة . الجزائر .
19. عمر بوعزيز. (2018). قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية و النمو الاقتصادي في الجزائر - الانفاق الصحي نموذجا . الجزائر .
20. عمر خروبي بزار. (2010). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.، (صفحة 37). الجزائر .
21. كرمين سميرة. (2019). تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة و الكفاية و العدالة . الجزائر .
22. لخضر بن عطا لله. (2018). انعكاس الانفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر . الجزائر .
23. مجدوب بحوصي. (2018). الإنفاق العام على قطاع الصحة وأثره على النمو الاقتصادي في الجزائر .
24. محمد الجموعي قريشي. (2011). قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية . الجزائر .
25. محمد ريان احمد. (2019). أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان . لسودان .
26. محمد على دحمان. (2016). تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة. الجزائر .
27. مكيد علي. (2017). العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة . الجزائر .
28. نزعي، عز الدين. ((2009)). محاضرات في مقياس نظريات ونماذج النمو.، جامعة سعيدة.
29. نورالدين حاروش. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية. الجزائر: الجزائر - دار كتامة للكتاب.
30. طويل محمد. (2019). تأثير التعليم على النمو الاقتصادي في الجزائر. 39.

## المواقع:

### 1. موقع الصحة العالمية.

(<https://www.publichealth.pitt.edu>)

### 2. موقع النهار اون لاين

(<https://www.publichealth.pitt.edu>)

3. موقع الشروق اون لاين

(<https://www.publichealth.pitt.edu>)

4. جريدة العرب الاقتصادية:

<https://www.aleqt.com>

5. موقع البنك الدولي.

(<https://data.albankaldawli.org/2018>)

6. موقع الاطلس لبيانات العالم

<https://ar.knoema.com/atlas>



# قائمة الملاحق

السنة	الناتج المحلي الاجمالي بالدولار وبالأسعار الثابتة (2010)	التراكم الخام لرأس المال الثابت بالدولار وبالأسعار الثابتة (2010)	عدد العمال	أمل الحياة عند الولادة
1980	70016133110,00	29613197115	3158000	58,198
1981	72116614360,00	30560821117	3284000	59,519
1982	76732080650,00	31416523330	3425000	60,813
1983	80875615320,00	33018766056	3577000	62,029
1984	85404646970,00	34207441434	3715000	63,13
1985	88564616570,00	34994212749	3840000	64,087
1986	88918875920,00	32789576895	3914000	64,884
1987	88296445990,00	27379297867	3941000	65,545
1988	87413476680,00	25955574070	4039000	66,097
1989	91259671550,00	27175485815	4095000	66,554
1990	91989749450,00	26713501808	4695000	66,938
1991	90885871920,00	22786617819	4852000	67,27
1992	92521819700,00	23265136943	4974000	67,575
1993	90578860790,00	22520651118	5042000	67,877
1994	89763654160,00	22633255060	5154000	68,194
1995	93174668350,00	23312252242	5436000	68,54
1996	96994828320,00	24128180958	5602000	68,919
1997	98061771370,00	24321206742	5710000	69,323
1998	103062925300,00	25123806174	5993000	69,745
1999	106360940500,00	25802195123	6073000	70,183
2000	110423586400,00	27427733416	6240000	70,64
2001	113745564600,00	28908831021	6494000	71,116
2002	120125920900,00	31337172826	6890000	71,605
2003	128777236300,00	32684671258	6696000	72,101
2004	134316749100,00	35364814301	7798000	72,594
2005	142251902300,00	38229364259	8045000	73,072
2006	144648119000,00	40599584843	8869000	73,521
2007	149526919500,00	44700142913	8594000	73,936
2008	153055956400,00	50242960634	9146000	74,311
2009	155554202800,00	54664341170	9723000	74,644
2010	161207268700,00	58490845051	9735000	74,938
2011	165869166800,00	60187079558	9599000	75,199
2012	171466867500,00	64520549286	10170000	75,436
2013	176212451200,00	70069316525	10788000	75,661
2014	182889354500,00	74553752782	10239000	75,878
2015	189772334900,00	78803316691	10594000	76,09
2016	196034822000,00	81561432775	10845000	76,298
2017	199367414000,00	84334521489	10858000	76,499



**Statistiques descriptives**

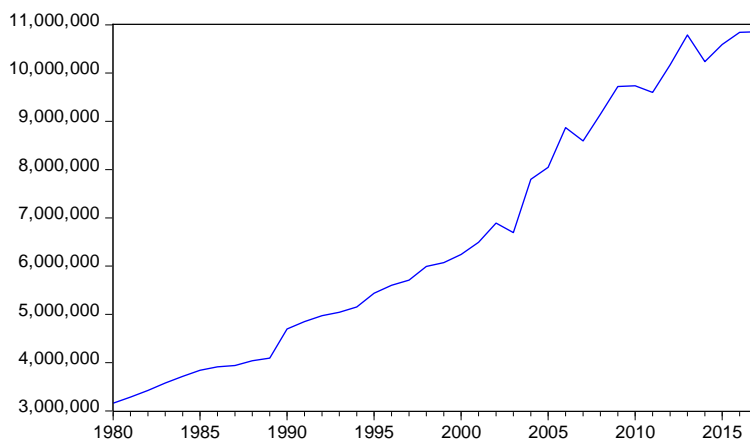
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
GDP	38	70016133110,00	199367414000,00	120479976417,89	38854559914,10
GFCF	38	22520651118,00	84334521489,00	39589424506,13	18692234504,34
LABOR	38	3158000,00	10858000,00	6627421,05	2580056,31
LIFE	38	58,20	76,50	69,70	5,04
N valide (listwise)	38				

**Corrélations**

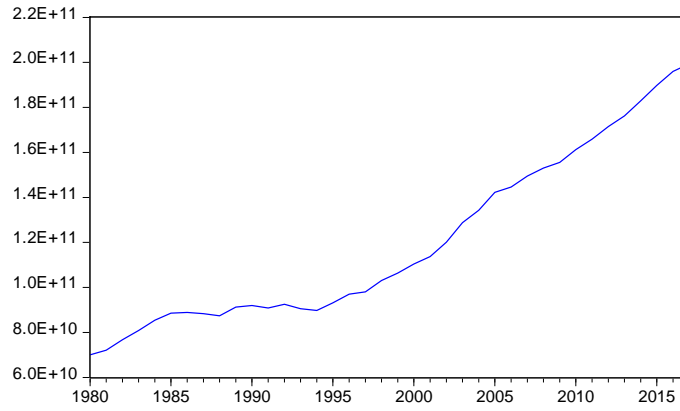
		GFCG	LABOR	LIFE	GDP
GFCG	Corrélation de Pearson	1	,853**	,693**	,917**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	38	38	38	38
LABOR	Corrélation de Pearson	,853**	1	,948**	,982**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	38	38	38	38
LIFE	Corrélation de Pearson	,693**	,948**	1	,915**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	38	38	38	38
GDP	Corrélation de Pearson	,917**	,982**	,915**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	38	38	38	38

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

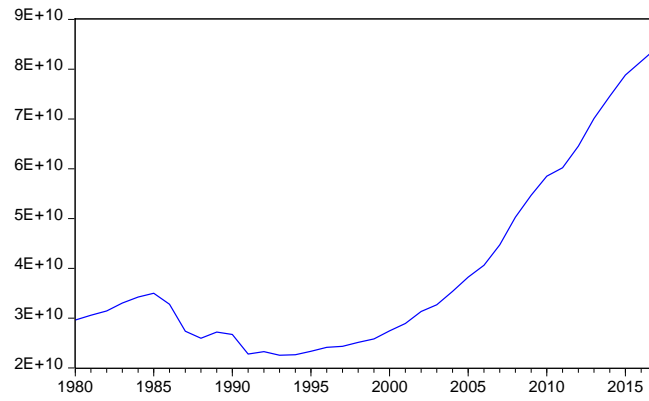
LAB



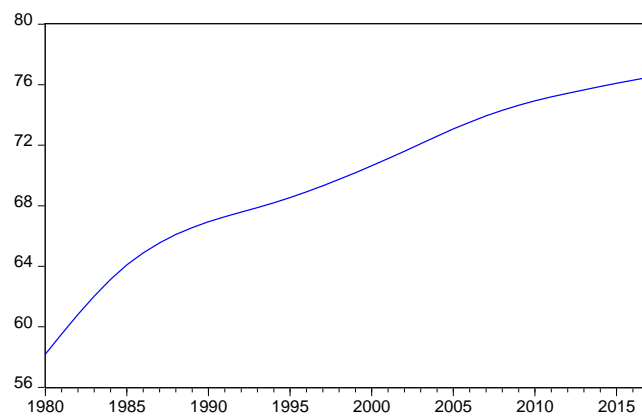
GDP



GFCF



LIFE



المتغير	ADF		PP		الرتبة
	الاتجاه والقاطع	القاطع	الاتجاه والقاطع	القاطع	
LnGDP	1,564957	0,55036	1,381994	0,219039	I(1)
DlnGDP	3,611065**	3,631891*	3,571494**	3,683967*	
lnGFCF	0,637285	1,109674	0,765334	0,946062	I(1)
DlnGFCF	3,940943**	1,251066***	3,821036**	3,151055**	
lnLAB	2,629295	1,022813	2,513619	1,196864	I(1)
DlnLAB	8,080049*	8,063124*	8,291608*	8,251080*	
lnLIF	2,644041**	1,487799	5,577843*	5,022387*	I(0)