وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر – الوادي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

مذكرة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في الاقتصاد الكمي

تخصص : اقتصاد كمي

دراسة قياسية للنفقات في قطاع الصحة باستخدام تحليل المركبات (ACP)

من إعداد الطالبات:

- فرحات سومية
- مجوري أسماء
- سعادة هنده
- غرغوط سعيدة

تحت إشراف الأستاذ :

د. جديدي موسى

الموسم الدراسي : 2023 / 2024

بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٢٠

إهداء

إلى أعظم رجل في عيني : أبي العزيز

إلى حبيبة قلبي : أمي

إلى المؤنسات الغاليات ، بناتي : نورسين ، ياسمين ، سيلا

إلى الغوالي : زوجي ، إخوتي و أخواتي

سمية فرحات

أهدي عملي المتواضع إلى قرة عيني أبي

والى حبيبة قلبي أمي

و إلى زوجي وأبنائي الذي دعموني لآخر لحظة

أسماء مجوري

أهدي ثمرة جهدي إلى أوفى خلق الله وأحبهم إلى قلبي : وتمنيت أنه حضر ولكن . . .

إلى من فارقنا جسدا وبقيت روحه بيننا "أبي الغالي

إلى تاجي فخري أمي الحبيبة حفظها

الله وأطال في عمرها

إلى فلذات كبدي مصابيح حياتي حفظهم الله ورعاهم

إلى كل إخوتي وأخواتي

هندة سعادة

أهدي عملي المتواضع إلى أمي وأبي حفظهما الله ورعاهم

والى زوجي الغالي وأبنائي

و إلى كل إخوتي وأخواتي

غرغوط سعيدة

شكر وعرفان

قال رسول صلى الله عليه وسلم :

<< من لم يشكر الناس لم يشكر الله ومن أهدى لكم معروفا فكافئوه فإن لم تستطيعوا فدعوا له >>

إنه ليقودنا شرف الوفاء وجميل النيل أن نتقدم بشكرنا بلمولى عز وجل الذي نحمده على توفيقه لنا في إتمام هذا البحث ثم نسدي بخالص الشكر وعبارات التقدير والإحترام إلى الدكتور المشرف " جديدي موسى " لما قدمه لنا من نصح وإرشاد وقراءة وتصحيح ، وما أفادنا به في تجربته وسعة صدره وتواضعه

نسأل الله له كل الخير والتوفيق .

الفهرس

المحتويات	الصفحة
الإهـــــداء	
شكـر وعرفـــان	
ملخـــــص	
فهــرس المحتـويات	
قائمـــة الجـداول	
قائمـــة الأشـكال	
مقدمـــــة	
الجـزء النظـري	
الفصل الأول: المكانة المالية لقطاع الصحة في الموازنة العامة	
المبحث الأول : الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع	03
أولا : النظام الصحي بين الجزائر والعالم	05
1- تعريف النظام الصحي	05
2- معايير وأهداف المنظومة الصحية الدولية	06
3- مبادئ السياسة الصحية في الجزائر	08
1- ميزانية التسيير	09
1.1.تعريفها	09
2- ميزانية التجهيز	16
1.2.تعريفها	16
المبحث الثاني : دور الإنفاق في تطور المنظومة الصحية	21

1- تعريفه	21
2- دور الانفاق الصحي	21
1.2. توفير البنية التحتية	21
2.2. تقديم الخدمات الصحية	23
3.2. دعم البحث العلمي	23
3- المشاكل والحلول	24
ملخص الفصل الأول	26
الجزء التطبيقي	
الفصل الثاني : دراسات سابقة ودراسة قياسية	
المبحث الأول : دراسات سابقة	27
دراسة رقم 1	27
دراسة رقم 2	30
دراسة رقم 3	32
دراسة رقم 4	34
دراسة رقم 5	35
دراسة رقم 6	37
المبحث الثاني : دراسة قياسية عن طريقة تحليل المركبات الرئيسية ACP	38
1- التقديم النظري لطريقة المركبات الرئيسية	39
1.1. التحليل في فضاء المتغيرات	39
2.1. التحليل في فضاء المشاهدات	42

خلاصة الفصل الثاني	57
الخاتمة	59
المراجع	
الملاحق	

قـائمة الجـداول	
المحتويات	الصفحة
جدول (1): جدول إحصائي للميزانية العامة للصحة من (2004-2013)	03
---	---
جدول (2) :يوضح ميزانية التسيير بالنسبة للميزانية العامة للصحة من(2000-2018)	10
جدول رقم (3) : يوضح تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية من(2000-2018)	12
جدول رقم (4):يوضح ميزانية التجهيز بالنسبة للميزانية العامة للصحة من (2000-2018)	17
جدول رقم (5): احصائي لتطور نفقات التجهيز من (2002-2005)	18
جدول رقم (6) : يوضح احصائيات وصفية	45
جدول رقم (7) : يوضح مصفوفة الارتباط بين المتغيرات	46
جدول رقم (8) : يوضح KOM	47
جدول رقم (9) : التشاركية	47
جدول رقم (10) : يوضح التباين الكلي للمشروع	48
جدول رقم (11) : جدول المكونات	50
جدول رقم (12) : مصفوفة الارتباط بين محورين العاملية	53

قـائمة الأشكال

المحتويات	الصفحة
الشكل (1) : مخطط لميزانية الصحة	5
الشكل (2) : يوضح منحنى القيم الذاتية	49
شكل رقم (3) : إسقاط متغيرات على محاور العاملية	**51**
شكل رقم (4): إسقاط متغيرات بعد التدوير	**52**
شكل رقم (5) : منحنى لميزانية التسيير	**54**
شكل رقم (6) : منحنى لميزانية التجهيز	**55**
شكل رقم (7) : منحنى يجمع بين ميزانية التجهيز والتسيير	**56**

مقدمة :

يشغل قطاع الصحة اليوم مساحة مهمة من اهتمام الدول وصناع القرار ، وهذا لأهميته كمؤشر على التنمية الاقتصادية والاجتماعية لبلد ما ، وعليه تم اختيارنا لإشكالية تعالج موضوع الصحة العمومية في الجزائر ولهذا اخترنا عنوان الدراسة التي هي محل البحث هذا:

<< دراسة قياسية للنفقات في قطاع الصحة باستخدام ACP >>

وتندرج ضمن الإشكالية العامة التي هي عنوان الدراسة مجموعة من الإشكاليات الأخرى والتي تتمثل كالتالي :

- ما هي الشروط التي وفقها تتحقق موازنة صحيحة بين ميزانية الصحة والميزانية العامة؟

- هل يتناسب حجم الإنفاق الصحي مع حاجيات القطاع وتطوره ؟

- هل حققت المنظومة الصحية في الجزائر أهدافها ؟

* **أسباب اختيار الموضوع :** جاء اختيار الموضوع استجابة لدوافع ذاتية وموضوعية .

أ- الأسباب الذاتية :

- الحاجة إلى تعميق معارفنا في مجال قطاع الصحة باعتباره القطاع الذي نشتغل فيه

ب- الأسباب الموضوعية :

- الأهمية التي تحتلها الصحة في المنظومة الاجتماعية باعتبار أن صحة جيدة للفرد تساهم في نمو الاقتصادي والاجتماعي

الأهداف : تهدف هذه الدراسة إلى :

- التعرف على الأهمية التي تليها الدولة لقطاع الصحة

- أثر وعلاقة قطاع الصحة بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد

- تحليل تطور النفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال فترة من 2000 إلى 2018

- الوقوف على نقاط القوة والضعف في المنظومة الصحية لتدارك النقائص

منهج الدراسة :

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي برصد الظواهر المختلفة من معطيات وجداول إحصائية ، وهذا من خلال دراسة الظواهر بالمقارنة والتحليل بتحديد نقاط القوة والضعف في المنظومة الصحية بالجزائر واقتراح الحلول الممكنة

الخطة :

الفصل الأول : المكانة المالية لقطاع الصحة في الموازنة العامة

المبحث الأول : الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع

1- ميزانية التجهيز

2- ميزانية التسيير

المبحث الثاني : دور الإنفاق في تطور المنظومة الصحية

الفصل الثاني : دراسات سابقة ودراسات قياسية

المبحث الأول : دراسات سابقة

المبحث الثاني : دراسة قياسية عن طريقة تحليل المركبات الرئيسية ACP

ولا ندعي لأنفسنا أننا قد وفينا البحث حقه ولكنه جهد مقل ، وتحتاج إلى مزيد من الإثراء والدراسة من قبل الباحثين والدارسين .

وفي الأخير لا يفوتني أن أسدي شكري وامتناني للأستاذ المشرف على ما قدمه لنا من توجيهات ومساعدات ، الذي بفضله عرف هذا البحث النور .

الفصل الأول : المكانة المالية لقطاع الصحة في الموازنة العامة

تمهيد :

يحضى قطاع الصحة بأهمية بالغة في الموازنة العامة ، لإتمام الدولة بالرعاية الصحية التي هي من حقوق المواطن ، وقد خصصت اعتمادات مالية كبيرة سواء في ميزانية التسيير أو التجهيز للنهوض بالقطاع ، حتى يتناسب ومبدأ مجانية العلاج التي كرستها الدولة في مواثيقها الرسمية[1] .

المبحث الأول : الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع

يستهلك قطاع الصحة نسبة معتبرة من الميزانية العامة مخصصة لكل من التسيير والتجهيز ويهدف هذا الإنفاق الواسع على القطاع ، الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية ، **ويتضح هذا الإنفاق من خلال الجدول التالي:**

جدول (1): جدول إحصائي للميزانية العامة للصحة من (2004-2013)[2]

السنوات	الميزانية لقطاع الصحة	الميزانية العامة	النسبة %
2004	70221.6	1860030	4
2005	66333.9	2105080	3
2006	101780.8	2543350	4
2007	132434.9	3194900	4
2008	6618095	4188400	4
2009	222649.8	4199700	5
2010	715410.8	4737844	15
2011	640322.5	6019360	11
2012	849245.3	6437616	13
2013	376175	6879816.7	5

[1] أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص : تخطيط ، جامعة الجزائر ، 2000-2001 م ص 30.

[2] مرجع نفسه ، ص 32

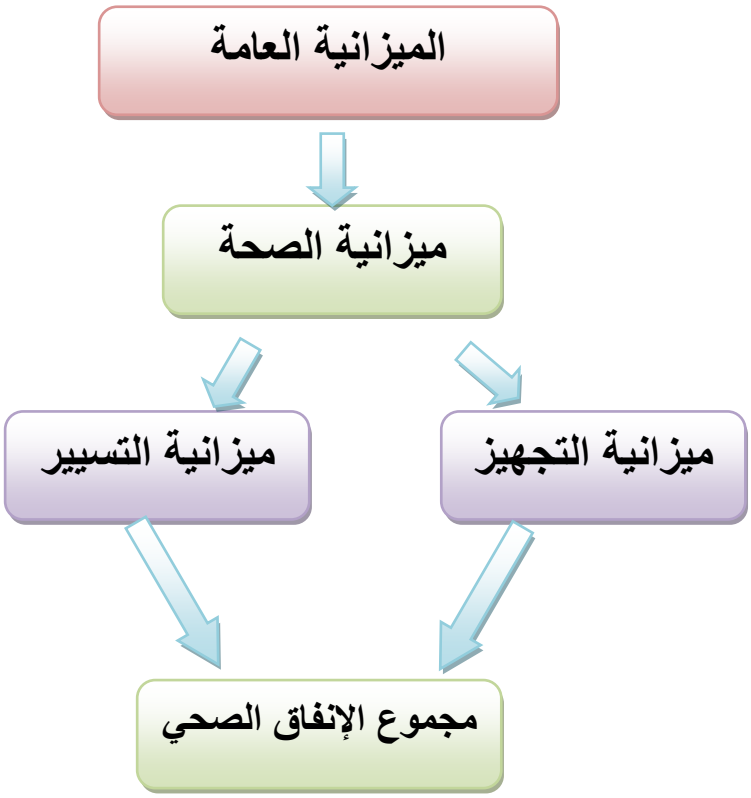
المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة من 2000-2013

قراءة وتحليل :

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة ما زالت ضئيلة وهو ما تعكسه النسب المسجلة خلال الفترة الممتدة من عام 2000 حتى عام 2009 فلم تتعدى نسبة ميزانية القطاع من الموازن العامة نسبة ما بين 3 إلى 4 % وهي نسبة ضئيلة لا تتماشى والاحتياجات المتزايدة للمجتمع في مجال الصحة ، ولا تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطن ، ولا تعكس بحال أهمية القطاع بالنسبة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد ولكن بدءا من سنة 2010 نلاحظ تحسنا مهما حتى إلى سنة 2012 ، إذ ارتفعت النسبة إلى ما بين 13 إلى 15 % ثم عادت وانخفضت من جديد عام 2013 إلى ما نسبته 5 % وهو ما يستدعي من الدولة مراجعة سياستها بزيادة الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع ، ليستجيب وأهمية القطاع بالنسبة للمواطن والمجتمع[1].

[1] أمير جيلالي، مرجع سابق ، ص 41

مخطط لميزانية الصحة :



الشكل (1) : مخطط لميزانية الصحة

أولا : النظام الصحي بين الجزائر والعالم :

تمهيد : وتبرز من خلال حجم الإنفاق على القطاع الصحي دور الدولة في تحقيق جملة من الأهداف التي ترقى بالقطاع الصحي من جهة وترقية الرعاية الصحية للمواطن من جهة أخرى ، ولتتوافق مع معايير الصحة الدولية[1].

[1] محمد علي دحمان ، تقييم مدى فعالية الإنفاق لعام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير مالية عامة ، جامعة تلمسان 2015-2016 ص 23

1- تعريف النظام الصحي:

هو عبارة عن مجموعة من المؤسسات والموارد التي تعمل على تحسين صحة السكان وهناك عنصرين رئيسيين في هذا النظام هما إنتاج الرعاية الصحية، وتمويل الرعاية الصحية، إذ يحدد إنتاج الرعاية الطريقة التي تقدم بها الرعاية، أما تمويل الرعاية الصحية فيحدد الطريقة التي تدار بها النفقات الصحية، لذا لا يجب على الأنظمة الصحية أن تكتفي بتحسين مستوى صحة السكان فقط بل أيضا حمايتهم من التكاليف المالية التي تترتب عليها الأمراض، وعلى الرغم من اختلاف الأنظمة الصحية من بلد إلى آخر حسب المتطلبات الاقتصادية والاجتماعية لكل بلد[1].

وبالنسبة للجزائر فقد وضعت عام 1998 ويثاقا للصحة ، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسية الوطنية للصحة ، وفقا لما جاء في المادة 51 من الدستور والتي تقول : << الرعاية الصحية حق للمواطنين ، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها ، وتعمل الجزائر جاهدة على وضع منظومة صحية تتماشى مع المعايير الدولية .

2- معايير وأهداف المنظومة الصحية الدولية :

حددت منظمة الصحة العالمية في تقريرها أهدافا ثلاثة للنظام الصحي في أي دولة كالأتي[2] :

- تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع
- الاستجابة لتوقعات المجتمع
- ضمان العدالة في التمويل للتكاليف المترتبة عن الصحة

1Loana Marinescu quel système de sante pour quels objectifs ? Alrenrnatives Economiques N 229 . Novembre 2004 . sur le site https // www.alternatives – economique . fr / système – de – sante – obkjectifs /00029626 le 16/08/2019.

2 منظمة الصحة العالمية ، تحسين أداء النظم النظم الصحية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000 جنيف ، سويسرا 2000 ص 08

وإن هدف تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع لا يكون إلا بالارتقاء بالأوضاع الصحية إلى أعلى المستويات، ويكون ذلك بالتقييم المستمر للبرامج وتطويرها، وقد وضع Henrick Blwm أهداف تفصيلية هذا الهدف الرئيسي نوجز أهمها في النقاط التالية:

- العمل على خفض معدل وفيات الأفراد، وخفض مستوى القلق الناجم عن الأمراض.

- تحصين أفراد المجتمع ضد الأمراض التي لها لقاح.

- تامين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.

- العمل على التنسيق والتكامل بين الخدمات الصحية وبرامج الرعاية الصحية على المستوى الوطني[1] .

أما هدف الاستجابة لتوقعات المجتمع فيكون من خلال:

- مراقبة الحالات الصحية الأفراد المجتمع والتعرف على المشكلات الصحية.

- تحري وتشخيص المخاطر الصحية في المجتمع.

- تفعيل آليات شراكة مع أفراد المجتمع ليتمكنوا من التعرف على المخاطر والمشكلات الصحية وحلها.

- ربط أفراد المجتمع بالخدمات الصحية على المستوى الشخصي والتأكد من حصولهم على الخدمات .

يجب على النظام الصحي أن يحقق أقصى قدر من الكفاءة الإنتاجية بأقل تكلفة، وذلك لتجنب إهدار الموارد والعمل على كفاءة الإنفاق ، مع مراعاة كرامة الفرد ، فالاستخدام الأمثل

[1] طلال بن عايد الأحمدي ، إدارة الرعاية الصحية ، الرياض ، مكتبة الملك فقد الوطنية ، 2004 ، ص:20-21

للموارد يكون له أثر ايجابي في تأمين الموارد المالية لتغطية نفقات إنشاء مرافق صحية جديدة وتجهيزها وبالتالي الزيادة في كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع[1].

بالإضافة إلى الأهداف السابقة الذكر، هناك أهداف أخرى تسعى الأنظمة الصحية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة على العمل عليها وتتمثل في:

- التعليم والتدريب : يهدف هذا النشاط إلى التعليم وتدريب مستخدمي الأنظمة الصحية .

- وقاية المجتمع من الأمراض: ويعد هذا الهدف من بين أهم أهداف الأنظمة الصحية ومؤسسات الصحية، ذلك أن الوقاية من المرض تكون بتكلفة أقل مقارنة بالعلاج.

وبناء على هذه المعايير قامت الدولة الجزائرية بعملية إصلاح واسعة للمنظومة الصحية ، وحددت ضمن سياستها الصحية ، جملة من الأهداف والأولويات [2].

3- مبادئ السياسة الصحية في الجزائر :

بالنسبة للجزائر فقد وضعت عام 1998 "ميثاق الصحة" ، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسية الوطنية للصحة ، وفقا لما جاء في المادة 51 من الدستور والتي تقول : << الرعاية الصحية حق للمواطنين ، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها ، وتعمل الجزائر جاهدة على وضع منظومة صحية تتماشى مع المعايير الدولية .

- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة ، وإعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة

- الاستفادة من مجانية العلاج والانصاف والتضامن الوطني

1 منظمة الصحة العالمية ، مرجع سابق ص 09

2 صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة ، ط1 ، دار الفكر ، 2009 ، ص:53

- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة

- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط

- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل.

- تطوير صيغ بديلة بتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع

- تحسين الظروف الاجتماعية والمعنية بكافة مستخدمي قطاع الصحو ووضع تدابير تحفيزية

- إنشاء مجلس وطني للصحة[1]

1- ميزانية التسيير

1.1.تعريفها :

هي تلك النفقات التي تخصص للنشاط العادي والطبيعي للدولة، والتي تسمح بتسيير نشاطات الدولة والتطبيق اللائق للمهمات الجارية، وبصفة عامة هي تلك النفقات التي تدفع من أجل المصالح العمومية والإدارية، حيث أن نفقات التسيير تشمل على نفقات المستخدمين ونفقات المعدات[2] .

إن هذه النفقات حتى وإن كانت لا تهدف إلى خلق استثمارات بصفة مباشرة فإنها تؤدي الى تسيير محكم للمصالح العمومية والإدارية الدولة، وبالتالي تؤدي هذه الأخيرة دورا مهما في تحقيق المنفعة العامة.

[1] محمد علي دحمان ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ص : 64

[2] نور الدين حاروش ، مرجع سابق ص 31

جدول (2) :يوضح ميزانية التسيير بالنسبة للميزانية العامة للصحة من(2000-2018)[1]

السنوات	ميزانية التسيير	المجموع	ميزانية التسيير%
2000	33900	55034	61 ,6
2001	38324	65823	58, 3
2002	49117	77657	63, 3
2003	55430	88968	62,4
2004	63770	95756	66,6
2005	62460	90318	69,2
2006	70337	111361	63,2
2007	93552	143938	64,9
2008	129201	193890	66,7
2009	178323	212464	83,9
2010	195012	236946	82,4
2011	227859	408490	55,8
2012	404945	436269	92,9
2013	306926	316908	96,9
2014	365946	421286	86,9
2015	381972	428663	89,2
2016	379407	399154	95
2017	389073	419309	92,8
2018	392163	439402	89,3

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة من 2000-2018

[1] أمير جيلالي، مرجع سابق ،ص 31

قراءة وتحليل :

نلاحظ من خلال الجدول أن ميزانية التسيير تستحوذ على الجزء الأكبر من الميزانية العامة المخصصة للقطاع ، إذ تفوق ميزانيتها ميزانية التجهيز بصورة كبيرة ، إذ تمثل في المعدل أكثر من 65 % من مجموع الميزانية ، وقد عرفت تذبذبا من سنة إلى أخرى ، فقد بلغت أقصاها في عام 2013 بنسبة 96 % وبانخفاض طفيف خلال سنتي 2012-2017 بنسبة 92 % أما باقي السنوات فتراوحت مابين 50-60 % وتعود هذه الزيادة في الاعتمادات المخصصة في ميزانية التسيير إلى تضخم قطاع الموظفين وهذا باستخدام الدولة لأيدي عاملة جديدة للقضاء على ظاهرة البطالة من جهة ، وإلى جهود البدولة في تحسين رواتب موظفي القطاع خاصة الكادر الطبي منهم ليكون قريبا من معايير الدولية .

جدول احصائي لتطور نفقات القطاع الصحي في مجال التسيير خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2018 [1].

[1] من إعداد طلبة البحث

جدول رقم (3) : يوضح تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية من(2000-2018)[1]

السنة	الموظفون	التكوين	التغذية	الأدوية	الوقاية	العتاد الطبي	صيانة الهياكل	خدمات اجتماعية	التسيير الاداري	البحث الطبي
2000	37185	1327	1024	8015	1161	1883	1163	707	2326	20000
2001	36652	1390	1055	9415	1361	2329	1419	744	2589	20000
2002	46534	1613	1203	11015	1561	2592	1491	769	2693	20000
2003	47000	1772	1354	14400	2234	3300	2300	864	3736	40000
2004	54000	2177	1828	16500	2608	3780	2730	1037	4501	40000
2005	56000	3257	1813	18500	2730	4070	3000	1226	6040	45000
2006	60020	2560	3200	18100	3400	5000	3600	1689	5768	45000
2007	79138	3207	3770	30487	3712	8050	5000	1700	7790	50000
2008	94243	5300	5605	39487	5190	9000	7000	1720	10090	50000
2009	115068	8000	6530	44498	8000	10000	8900	1808	12824	50000
2010	118350	8550	7104	49268	8200	10500	8925	2356	13750	50000
2011	147518	8628	7500	52768	8600	11000	9372	2564	14662	50000
2012	326480	21468	7475	38780	4400	10500	8900	2700	15516	50000
2013	209153	11714	8100	35000	9800	12500	10290	5000	15300	50000
2014	301485	350000	9001	58210	5611	12941	10911	5350	9132	50000
2015	295950	380769	9462	67496	5392	14305	11886	4787	10208	50000
2016	295274	350000	9323	50000	4900	13500	5400	4550	8511	50000
2017	313599	350000	9323	53134	4900	13303	4851	4568	8177	50000
2018	318771	375149	9709	62991	6617	14064	5323	5754	8357	51511

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة من 2000-2018

[1] أمير جيلالي، مرجع سابق

قراءة وتحليل :

يكشف الجدول طريقة توزيع الاعتمادات المالية في ميزانية التسيير على مختلف مصالح القطاع ، بحيث يستحوذ قطاع الموظفين بنسبة 74 % من ميزانية التسيير أي ما يقارب 34529.5 مليون دج طيلة الفترة الممتدة من 2000 حتى 2015 ويعود ارتفاع النسبة إلى الاعتبارات التالية

1- زيادة نفقات الموظفين: وهذا من خلال

- التكفل بالترقية العادية للمستخدمين

- فتح مناصب شغل جديدة

- رفع مستوى الأجر الوطني الأدنى

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية لمستخدمي القطاع

2- زيادة نفقات التكوين : شهدت نفقات التكوين زيادة معتبرة من الفترة الممتدة 2000-2012 بقيمة 17387 وهذا القطاع رغم أهميته ، ما زالت الدولة لا تليه العناية المطلوبة إذ تخصص له إلا نسبة ضئيلة من النفقات

3- **نفقات التغذية :** الزيادة في نفقات التغذية بأكثر من 6850 مليون دج وتتمثل في تغذية المرضى .

4- **نفقات الأدوية :** عرفت هي الأخرى زيادة خلال العشرية من 2000- 2012 بقيمة 45987 مليون دج

5- **نفقات الوقاية** :لقد شهدت نفقات الوقاية هي الأخرى زيادة معتبرة تراوحت قيمتها 200مليون دج(أي بنسبة 2.50% سنة 2010) إلى 2.8مليار دج(أي بنسبة55 % كحد أقصى لسنة 2009)1.

إن هذه الزيادة المقدرة بـ 7639مليون دج خلال الفترة الممتدة 2000إلى 2012موجهة أساسا لأجل التكفل بالاحتياجات الحقيقية والمعبر عنها من طرف القطاع والتي تتمثل في اقتناء الحقن والتطعيمات ومواد أخرى ولوازم ضرورية لمتابعة البرنامج الموسع للتطعيم، وكذا العمليات الخاصة بالوقاية لا سيما وضع حيز التنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من آفة سونوز وأمراض السيدا وآفة السل .

6- الأدوات والمعدات :إن هذه الزيادة المقدرة بـ 8639مليون دج موجهة أساسا للتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من قبل القطاع، وتخصص لاقتناء الأدوات والمعدات الطبية الضرورية لتسيير المؤسسات الموجودة حاليا، وكذا المؤسسات الصحية المنتظر استلامها)التي تعدت 1200مؤسسة صحية(، وقد كانت أكبر زيادة شهدها هذه النفقات سنة 2003بقيمة زيادة قاربت 770مليون دج(أي بنسبة30 %).

7- صيانة المنشآت الصحية:من اجل التكفل بالصيانة العادية للهياكل الصحية وكذا أشغال التهيئة للمنشآت الصحية فقد تم تخصيص مبالغ معتبرة تعدت قيمتها 809مليون دج أي بنسبة تعدت 54%لتنخفض النسبة إلى حدود 5%أي بقيمة لا تتجاوز500مليون دج للموسمين الماضيين(2011-2012)

8- نفقات للتسيير الإداري :إن ضمان السير الحسن للمرافق والمنشآت الصحية استلزم تخصيص مبالغ إضافية قدرت بـ12674مليون دج موزعة حسب النسب التالية:

1 من طرف الطلبة

- تخصيص نسبة 21 %من اجل اقتناء وصيانة الأدوات وشراء لوازم مختلفة
- تخصيص نسبة 32%للهياكل الجديدة.
- تخصيص نسبة 47 %للتكاليف الملحقة)الماء، الهاتف، الكهرباء...الخ.)

وعلى هذا الأساس فقد عرفت النفقات الموجهة لهذا الجانب زيادة معتبرة تراوحت قيمتها ما بين 1.04مليار دج أي بنسبة زيادة 38.78%كأقصى حد لسنة 2003لتنخفض إلى غاية 6.36%أي بقيمة لا تتعدى 912مليون لسنة 2011.

9- نفقات الخدمات الاجتماعي :إن تطور شبكة الأجور والتعويضات الخاصة بموظفي الصحة يستلزم تخصيص مبالغ هامة التي شهدت انخفاضا محسوسا من 548مليون دج لسنة 2010إلي غاية 208مليون دج لسنة 2011أي بنسبة انخفاض تتعدى21%.

10- البحث الطبي :إن تشجيع عمليات البحث العلمي في المجال الطبي يستدعى تخصيص مبالغ معتبرة، لكن حقيقة الأمر أن هذا المجال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لكون أنا لمبالغ المخصصة لهذا الجانب قد شهدت زيادة محتشمة لا تتعدى 30مليون دج في ظرف12سنوات[1].

[1] من إعداد الطلبة

2- ميزانية التجهيز :

1.2.تعريفها :

هي عبارة عن تلك النفقات التي لها طابع الاستثمار الذي يتولد عنه ازدياد الإنتاج الوطني والإجمالي وبالتالي ازدياد نمو ثروة البلاد ، ويطلق على نفقات التجهيز اسم ميزانية التجهيز أو ميزانية الاستثمار وتكون هذه النفقات من الاستثمارات الهيكلية الاقتصادية الاجتماعية والإدارية، والتي تعبر مباشرة باستثمارات منتجة ويضيف لهذه الاستثمارات إعانات التجهيز المقدمة لبعض المؤسسات العمومية[1].

لقد رصدت مبالغ كبيرة لعملية الاستثمار في القطاع الصحي وهو ما يسمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تتماشى وحجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية ، ونستقرأ ذلك من خلال الجدول التالي :

[1] مالكي هبة الرحمان ، نفقات قطاع الصحة في الجزائر،مذكرة نهاية التخرج ، المدرسة الوطنية للمناجمن وإدارة الصحة الجزائر، 2015 ص55

جدول رقم (4):يوضح ميزانية التجهيز بالنسبة للميزانية العامة للصحة من (2000-2018)[1]

السنوات	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التجهيز%
2000	21134	55034	38,4
2001	27499	65823	41,7
2002	28540	77657	36,7
2003	33538	88968	37,6
2004	31986	95756	33,4
2005	27858	90318	30,8
2006	41024	111361	36,8
2007	50386	143938	35,1
2008	64689	193890	33,3
2009	34141	212464	16,1
2010	41934	236946	17,6
2011	180631	408490	44,2
2012	31324	436269	7,1
2013	9982	316908	3,1
2014	55340	421286	13,1
2015	46691	428663	10,8
2016	19747	399154	5
2017	30236	419309	7,2
2018	47239	439402	10,7

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة من 2000-2018

[1] مالكي هبة الرحمان ، مرجع سابق ص 59

قراءة وتحليل :

نلاحظ من خلال الجدول أن ميزانية التجهيز أن ميزانية التجهيز تعرف هيا الأخرى تذبذبا من سنة إلى أخرى ، وإن كانت قد عرفت تطورا من عام 2001 حتى 2011 حيث وصلت القيمة أقصاها في هذه السنة بمبلغ يقدر 180631 مليون دج ، ثم عادت إلى الانخفاض من جديد من سنة 2012 بملخ بقدر 31324 مليون دج ، وقد تواصل هذا الانخفاض إلى غاية 2018 وقد وصل أقصى انخفاض الميزانية 2013 بمبلغ قدره 9982 أي بنسبة 3.1 % من الميزانية العامة ويعود الارتفاع المسجل خلال السنوات المذكورة من 2000 حتى 2011 إلى الانشغال بإحداث توازن بينها وبين ميزانية التسيير ، ونظرا للمتطلبات الجديدة للقطاع إذ تعمل الدولة جاهدة إلى تحسين نوعية الخدمات التي تقضي بالاستثمار في بناء المستشفيات ومصحات جديدة تتناسب الزيادة السكانية السنوية ، هذا من جهة ومن جهة أخرى إلى تجسيد مبدأ تقريب الصحة من المواطن وهذا من خلال تعميم الصحة على كافة المواطنين وفي كل جهات الوطن .

جدول رقم (5): احصائي لتطور نفقات التجهيز من (2002-2005)

(مليون دينار دج)[1]

	2002	2003	2004	2005	2006	2011	2012	2015
التكوين	25	62	183	305	440	1700	1500	3911
المنشآت الإدارية	10	50	18	40	44	240	1500	2118
الصحة	11800	1128	8258	14926	41225	136000	33040	63658

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة من 2002-2015

1 مالكي هبة الرحمان ، مرجع سابق ص 57

قراءة وتحليل :

نلاحظ تطورا لنفقات التجهيز من سنة إلى أخرى وقد عرفت زيادة معتبرة خلال سنة 2015 وإن كانت القيم تتفاوت من قطاع إلى آخر في ميزانية التجهيز . حيث تستحوذ الهياكل الصحية بالحجم الأكبر من مجموع الميزانية ، حيث رصد لها بما قيمته 63658 مليون دج في عام 2015 [1] .

وتشمل نفقات التجهيز ثلاث قطاعات فرعية أساسية :

أولا : نفقات التكوين :تعبر نفقات التكوين عن مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا لإنشاء معاهد شبه طبية لتكوين عمال سلك الشبه طبي، كما تشمل مجموع النفقات الموجهة إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية،وعلى هذا الأساس ومن أجل ضمان تكوين لائق لعمال القطاع فقد تم تخصيص أكثر من 3911 مليون دج خلال سنة 2015.

ثانيا:نفقات الهياكل الإدارية :تشمل النفقات المخصصة لهذا الفرع مجموع المبالغ المالية الموجة لإنشاء هياكل صحية إدارية تضمن السير الحسن لمختلف المصالح، ولقد عرفت هذه النفقات هي الأخرى زيادة معتبرة من 40مليون دج سنة 2005إلى أكثر من 21118مليون سنة ،2015وهو ما يفسر اهتمام الحكومة وسعيها المتواصل إلى تحسين البني التحتية الإدارية للتكفل أكثر بانشغالات عمال القطاع وكذا المرضى.القطاع فقد تم تخصيص أكثر من 4600مليون دج خلال الفترة الممتدة من(2006 -2015)

ثالثا : نفقات الصحة :استفاد قطاع الصحة من مبالغ مالية معتبرة تعدت قيمتها 63658مليون دج (سنة 2015)من أجل إنجاز هياكل صحية متعددة والتي من شأنها تلبية

[1] من إعداد الطلبة

الطلب المتزايد على العلاج،وتشمل هذه النفقات مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا بالهياكل الصحية القاعدية مختلفة تشمل:

* مؤسسات استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة.

*المراكز الصحية (المراكز الصحية الخاصة بالأم والطفل، المراكز الصحية لتصفية الدم، المراكز الصحية لإعادة تأهيل الأعضاء، المراكز الصحية لمكافحة الأمراض ...إلخ.)
*إنجاز عيادات طبية متعددة الخدمات.

*إنجاز مصالح مختلفة على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

وعلى هذا تعزز بأكثر من 127 منشأة صحية سنة 2015منها17 :مستشفى، 78عيادة متعددة الخدمات، 22مركز صحي ...إلخ

كما تشمل نفقات التجهيز المخصصة لهذا القسم الفرعي النفقات التي يتم استغلالها من أجل اقتناء التجهيزات الطبية الضرورية لسير الهياكل الصحية. وعلى هذا الأساس فقد تعزز القطاع بأكثر من 20220مليون دج (2005-2015).

ونخلص من خلال هذا التحليل إلى القول بأن عملية الاستثمار بالقطاع الصحي عرفت تطورا كبيرا خلال العشرية الأخيرة، وهذا بفضل زيادة حصة القطاع من خلال ما يخصص له من مبالغ معتبرة تسمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تتماشى وحجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

المبحث الثاني : دور الإنفاق في تطور المنظومة الصحية:

يلعب الإنفاق الصحي دورًا محوريًا في تطور أي منظومة صحية، حيث يُعدّ بمثابة المحرك الأساسي لضمان تقديم خدمات صحية فعالة وشاملة لكافة أفراد المجتمع. ولهذا، تُولي الدول اهتمامًا كبيرًا بزيادة مخصصات الإنفاق الصحي، سعيًا منها لتحسين جودة الخدمات الصحية وتوفيرها للجميع[1].

1- تعريفه :

هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ، ولكن المهم في الانفاق حسن توزيعه ، لا في كميته ، إذ كثيرا ما تخصص اعتمادات مالية كبيرة ولكنها لا تتناسب والخدمات الصحية المقدمة[2] .

2- دور الانفاق الصحي :

يُمكن تقسيم دور الإنفاق الصحي إلى ثلاثة محاور رئيسية:

1.2. توفير البنية التحتية:

- **بناء وتجهيز المرافق الصحية[3]:** يُساهم الإنفاق في بناء وتجهيز المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية، وتوفير المعدات الطبية والأدوية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، وقد تجسدت جهود الدولة في هذا الإطار في بناء بنية صحية تستجيب والحاجات المتجددة للفرد والمجتمع وهذا من خلال إنجاز في سنة واحدة 16 مستشفى جامعي ، و297

1 العلواني عديلة ، أسس اقتصاد الصحة ، ج 1 ، دار هومة للنشر والتوزيع ، الجزائر 2014 ، ص 90

2 علواني عديلة ، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، دار هومة للنشر والتوزيع ، ج 2 ، الجزائر 2014 ص 83.

3 مرجع نفسه ص 84

مستشفى عمومي و575 مؤسسة خاصة و369 مركز تشخيص ، وقد اعتنت الدولة بنظام الرعاية الصحية الخاص لسد النقص المسجل في القطاع العام ، وأصبح التأمين الطبي الوطني يغطي 90 % من السكان ، وما فتئت الدولة تبدل جهودا لتوسيع الشبكة الاستشفائية إذ وضعت خطة لانجاز مجموعة من المشاريع من ذلك إنجاز مصلحتين للعلاج بالأشعة بكل من "**رويبة**" و"**بني مسوس**" ومستشفى الأم والطفل ببني مسوس للجيش ومستشفى آخر للحروق بزرالدة ، وهناك مشروع قيد الانجاز وهو المستشفى القطري الألماني الجزائري الواقع بسيدي عبد الله غربي الجزائر العاصمة وهو من المشاريع الضخمة الواعدة بمواصفات عالمية تقدر طاقته الاستيعابية ب 400 سرير ويحتمل أن يفتتح في عام 2025 [1].

وفي مجال الخدمات الصحية في مجال طب العيون قامت الجزائر بالشراكة مع كوبا بإنجاز عدة مستشفيات توزعت على مختلف مناطق البلاد حيث تركزت في الصحراء منها مستشفى في ورقلة والجلفة والوادي وبشار .

- **تطوير الكوادر الطبية:** يُمكن من خلاله تمويل برامج التعليم والتدريب للكوادر الطبية، لضمان حصولهم على أحدث المعارف والمهارات الطبية، فقد شهدت نفقات التكوين هي الأخرى زيادة معتبرة لتكفل بالأثر المالي الناجم عن مصاريف التكوين الطبي وشبه طبي ، والندوات والأيام الدراسية لدعم التأهيل والمهارة لدى الكادر الفني[2] .
- **نشر التكنولوجيا الطبية:** يُساعد في شراء وتطوير التكنولوجيا الطبية الحديثة، مثل أجهزة التشخيص والعلاج، مما يُساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، من ذلك توفير واقتناء أجهزة طبية متطورة للاكتشاف[3] .

---

1 علواني عديلة ، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، مرجع سابق ص 85

2 مرجع نفسه ص 85

3 نفسه ص 87

حيث تواصلت خلال 2023 عملية اقتناء وسائل تشخيص متطورة سمحت بإجراء تقدم في الفحص والتشخيص المبكر .

2.2. تقديم الخدمات الصحية:

- **توفير الرعاية الصحية الوقائية:** يُمكن من خلاله تمويل برامج التوعية الصحية والتحصينات، للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة العامة.
- **علاج الأمراض:** يُساعد في توفير الأدوية والعلاجات اللازمة لعلاج مختلف الأمراض، سواءً كانت أمراضًا حادة أو مزمنة.
- **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة:** يُمكن من خلاله توفير الخدمات الصحية التأهيلية والعلاجية لذوي الاحتياجات الخاصة، ويتجسد جهد الدولة في هذا المجال في تخصيص 70 مليار دولار للصندوق الوطني لمكافحة السرطان مع دعم موارده المالية سنويا بدءا من 2024 بمبلغ 30 مليار دولار[1].

3.2. دعم البحث العلمي:

- **تمويل البحوث الطبية:** يُساهم في دعم البحوث الطبية لتطوير علاجات جديدة وتحسين طرق الوقاية من الأمراض.
- **تطوير الأدوية:** يُمكن من خلاله تمويل تطوير أدوية جديدة وعلاجات أكثر فعالية.
- **نشر المعرفة الطبية:** يُساعد في نشر المعرفة الطبية وتبادل الخبرات بين مختلف الدول[2].

---

1 دريسي أسماء ، تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظمة الصحية ، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسا الاقتصادية . العدد 6 ، 2015 ، ص 39

2 مرجع نفسه ص 45

3- المشاكل والحلول :

سوء توزيع الإنفاق، إذ ما زال الإنفاق يوجه نحو بناء المستشفيات دون الاهتمام بالتكوين والكادر الطبي ، كما أن النسبة الكبيرة من ميزانية التسيير تغطي قطاع الموظفين والمستخدمين وهذا من خلال تضخم العدد وهو ما ينعكس سلبا على رواتب مستخدمي القطاع فما زلنا نرى أن الأطباء يصنفون ضمن شرائح الدنيا من المرتبات وهو ما ينعكس سلبا على أداء أعمالهم[1] .

ولهذا لا يكفي فقط زيادة الإنفاق الصحي لتحقيق منظومة صحية متطورة، بل يجب التأكد من:

* **استخدام الإنفاق بكفاءة وفعالية:** من خلال وضع خطط وبرامج مدروسة لضمان استغلال الموارد بشكل أمثل.

* **مكافحة الفساد:** لضمان وصول الأموال إلى مستحقيها وعدم هدرها في قضايا غير ضرورية.

* **المشاركة المجتمعية:** من خلال إشراك أفراد المجتمع في التخطيط والتنفيذ والبناء على احتياجاتهم.

* **تحسين الظروف الاجتماعية للكادر الطبي :** وهذا برفع مرتبات وأجور مستخدمي القطاع إذ مازال الأطباء يصنفون ضمن المراتب الدنيا في الأجور ضمن الشرائح الاجتماعية ، وهذا من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء عملهم ونوعية الخدمات التي يقدمونها .

[1] دريسي أسماء ، مرجع سايق ص 54

ونخلص من خلال هذه القراءة إلى مدى ما تبدله الدولة من جهود لتحسين نظام الرعاية الصحية ، إن في القطاع العام أو الخاص[1] .

[1] عياشي نور الدين ، الصحة الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات مجلة منتدى الأستاذ ، العدد 20 ، 2017 . ص 51

ملخص الفصل الأول :

تناول الفصل بالدراسة والتحليل تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر ومدى فاعليته خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2018 ، وهذا بتسليط الضوء على ميزانية القطاع بالنسبة للموازنة العامة ، حيث لاحظنا ارتفاع تدريجي في إعتمادات الميزانية ، ولكنها ما زالت ضئيلة ، ولا تتماشى مع السياسة الإصلاحية للقطاع التي تنتهجها الدولة كما لاحظنا في الدراسة أن ميزانية التسيير تأخذ الجزء الأكبر من مجموع ميزانية القطاع ، وهو ما يدعو إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة لتواكب مؤشرات الصحة العالمية لضمان رعاية صحية جيدة لجميع المواطنين ، كما تمس جميع جهات الوطن ، وهذا بالرفع المستمر للإعتمادات المالية المخصصة له بإعطائه أولوية وعناية أكثر .

الفصل الثاني : دراسات سابقة ودراسة قياسية

تمهيد :

شكل القطاع الصحي في الجزائر محطة دراسة واهتمام من قبل الطلبة والباحثين تناولت على الخصوص أهمية الإنفاق على القطاع الصحي ، إن على مستوى التسيير أو على مستوى التجهيز والمصاعب التي يعرفها القطاع ، وسبل النهوض به[1].

المبحث الأول : دراسات سابقة

وفي هذا الإطار استعرضنا في هذا الفصل مجموعة من الدراسات والمذكرات التي عالجت الإشكالية التي نحن بصدد دراستها وهو ما يعكس أهمية قطاع الصحة في الحياة الاجتماعية للفرد والمجتمع ومن أهم هذه الدراسات التي نالت اهتمامنا والتي تناولناها في الدراسة والتحليل[2] :

دراسة رقم 1 :

كان بعنوان : العلاقات بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990 – 2018) من إعداد الطالب خلاصي عبد الإله وهي عبارة عن مذكرة جامعية لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية من جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان ، وقد طرح الطالب في هذه الدراسة مجموعة من الإشكاليات التي تتعلق بموضوع الصحة وكانت كالتالي :

– ما هي النماذج والآليات الرئيسية لتمويل النفقات الأنظمة العالمية للصحة

[1] عياشي نور الدين ، مرجع سابق ، ص 52
[2] مرجع نفسه ، ص 59

– ما هي الإصلاحات الصحية التي اعتمدتها الجزائر لتحقيق الفعالية في تسيير النظام الصحي ؟

– فيم تتمثل الأسباب التي أدت إلى تنامي الساحة بشكل متسارع خلال السنوات الأخيرة في الجزائر وما هي المصادر المعتمدة لتمويلها؟

وللإجابة عن الإشكاليات المطروحة خصص لكل إشكالية منها فصلا و التي تتوزع كالتالي:

الفصل الأول: يتضمن مقاربة نظرية الاقتصاد الصحة والتمويل الصحي مقسم إلى ثلاثة أجزاء، حيث يتناول الجزء الأول مقاربة بين الصحة والاقتصاد بما فيها من مفاهيم حول الصحة والخدمات الصحية مفاهيم و خصوصيات اقتصاد الصحة، مقاربات وأسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي والكلي،أما الجزء الثاني فيتضمن ماهية الأنظمة الصحية من خلال المفهوم النشأة والمكونات، أما الجزء الثالث في هذا الفصل فقد تناول التمويل الصحي.

الفصل الثاني: خصص التقدم العلام الصحي في الجزائر وقد تم تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول تناول الطور نظام الصحي في الجواب في 1962 إلى يومنا هذا، أما الجزء الثاني فتضمن تنظيم وهيكلة النظام الصحي ما فيه من هياكل ومؤسسات والولاية الخدمة الصحية المقدمة في النظام الصحي، والجزء الثالث والأخير في هذا الفضل تطرقنا فيه إلى إصلاح النظام الصحي من خلال مخطط الإصلاح أهداف وملفات الإصلاح، الاختلالات والتدابر المقترحة.

الفصل الثالث :خصص التحليل وقياس العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر خلال الفترة (2018–1990) وبدوره قسم الثلاثة أجزاء، الجزء الأول تناول دراسة تحليلية لتطور الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، أما الجزء الثاني خصص

للنمط التعاقدي في التمويل فتم التعرف على أساسياته ودور الدولة والجماعات المحلية فيه، والتعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر الجزء الثالث تضمن التحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام منهجية(ARDL)[1].

و قد تم في هذه الدراسة الاعتماد على المناهج المستخدمة في الدراسات الاقتصادية، تم تطبيق المنهج الوصفي التحليلي من خلال المقاربة النظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي، وماهية الأنظمة الصحية، وأيضا تقديم النظام الصحي في الجزائر، تم يكون المنهج تحليليا عند الحديث على الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل، كما تم الاعتماد على المنهج الإحصائي للفترة محل الدراسة، وفي الأخير تم اعتماد الأسلوب القياسي الكمي الدراسة العلاقة بين النفقات ومصادر التمويل، ذلك من خلال منهجية حديثة وهي نموذج الانحدار الداني للإبطاء الزمني الموزع (ARDL) .

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها ما هو نظري ومنها ما هو تطبيقي :

النتائج النظرية تمثلت في الآتي :

- إن الصحة هي هدف ووسيلة هامة لبلوغ الأهداف المنتظرة لتحقيق الرفاهية للمجتمع.

- تزايد الطلب على الخدمات الصحية من طرف أفراد المجتمع.

- يعمل اقتصاد الصحة على تحديد بحجم التدخلات الصحية المطلوبة وعلى حل المشكلات التي تواجه النظام الصحي والمرتبط بالكفاءة والفعالية في استخدام الموارد المتاحة.

- يختلف النظام الصحي من بلد إلى آخر وينقسم هذا النظام إلى عنصرين أساسيين هما إنتاج وتمويل الرعاية الصحية التي تعمل على تحسين صحة أفراد المجتمع.

[1] علي عبد الزهرة حسن عبد اللطيف حسن شومان، تحليل العلاقة التوازنية طويلة الأجل باستعمال اختبارات جذر الوحدة وأسلوب دمج النماذج المرتبطة ذاتيا ونماذج توزيع الإبطاء(ARDL) ، مجلة العلوم الاقتصادية، بغداد العدد 34، المجلد 09، 2014 , ص60.

– اعتبار التمويل في النظام الصحي عنصر مهما لضمان صحة المجتمع، ولكن لابد أن يحقق هذا التمويل أهدافه المتمثلة في تمكين الأفراد من الحصول والاستفادة من الرعاية الصحية المطلوبة .

نتائج الدراسة التطبيقية :

– الإنفاق على الصحة في الجزائر في تزايد مستمر حيث بلغ متوسط نسبة التطور أكبر من 12.7 في سنتي 1995/ 2013، شهدت انخفاض الإنفاق الصحي التراجع عائدات البترول في الجزائر، فمسألة التحكم والسيطرة على النفقات الصحية من أهم تحديات السياسة الوطنية.

نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في ارتفاع من سنة إلى أخرى إذ بلغ المتوسط السنوي بقيمة 179.94 دولا أمريكي

وأعلى مستوى وفي سنة 1917 بلغ 475,87 دولار أمريكي وأدنى مستوى سنة 1996 بلغ 52 دولار أمريكي .

وهذا ما يفسر اهتمام الدولة بشعبها في قطاع الصحة لكن لا يعطى مدلولا على عدالة توزيع الإنفاق في هذا القطاع والناتج الداخلي الخام في تزايد مستمر هو أيضا من سنة لأخرى وهو دليل على مجهودات الدولة لرعاية سكانها صحيا حيث بلغ المتوسط 4.6%

دراسة رقم 2 :

عنوان الدراسة: دراسة العلاقة بين حجم النفقات العمومية والنمو السكاني في الجزائر دراسة تحليلية من إعداد الطالب زروقي يوسف وزمان منصور تخصص اقتصاد نقدي بنكي وهي عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماستر من جامعة العربي التبسي – التبسة ، 2020/2019 .

تطرق الطالبان في هذا الموضوع إلى طرح الإشكاليات التالية :

ما هي العوامل المؤثرة في ظاهرة تزايد السكان والحلول المطروحة للحد من هذه الظاهرة ، وما هو أثر النمو السكاني على حجم الإنفاق والعلاقة بينهما .

وللإجابة على هذه الإشكاليات المطروحة ، بني خطة البحث على الفصلين التاليين[1] :

الفصل الأول : تطرق إلى بناء النظري حول ظاهرة النمو السكاني ، وقد عرفت هذه الظاهرة في الجزائر بعد الاستقلال تزايدا كبيرا من عام 1962 إلى يومنا هذا مع تفاوت من فترة إلى أخرى ، فغداة الاستقلال ، عرفت الظاهرة نموا كبيرا بسبب انتشار الأمن والاستقرار من جهة وإلى تحسن الظروف المعيشية من جهة أخرى ، ثم أخذ الخط البياني في ما بعد في تناقص ، وهذا بسبب السياسة التي تبعتها الدولة في المجال السكاني والتي تقوم على تنظيم النسل ، كما عالج في هذا الفصل ، الحلول المطروحة للحد من هذه الظاهرة ، والتي تتمثل في تكثيف التوعية الأسرية ، حول تنظيم النسل ، بسلبياته وإيجابياته وربطه باللقيم الدينية للمجتمع إذ هو المدخل الصحيح للإقناع بهذا الحل

أما **الفصل الثاني** : فعالجا العلاقة بين حجم النفقات العمومية والنمو السكاني في الجزائر من الفترة الممتدة من 200-2018 .

تناول الجانب التطبيقي كل من :

1- أثر النمو السكاني في النفقات العامة

- النظر في التركيبة السكانية وتأثيرها في العلاقة بين النفقات العامة والنمو الاقتصادي .

- استخدام التقنيات المتطورة غير الخطية للاقتصاد القياسي لاختبار السببية .

- صحة النتائج الفرضيات الدراسة[1]

[1] علي عبد الزهرة حسن عبد اللطيف حسن شومان، مرجع سابق ص 61

2- أثر النفقات العامة على النمو السكاني في الجزائر:

- نقل مفاهيم السكان والتنمية من الإطار الكلي الذي يربط النمو السكاني بالنمو الاقتصادي

- إدماج العوامل والديناميكيات الديموغرافية في إستراتيجيات التنمية والتخطيط

- ونستخلص النتائج التالية[2] :

- زيادة النفقات الحقيقية في عدة قطاعات كقطاع الصحة من خلال البرامج التنموية المسطرة من طرف السلطات العليا للبلاد .

- هناك أثر واضح وقوي للنمو السكاني على تزايد الإعتمادات المالية من خلال تغيرات النفقات الحقيقية.

- تحسن الظروف المعيشية بسبب تحسن أسعار البترول.

دراسة رقم 3 :

عنوان الدراسة : تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال 2004- 2013 .

من إعداد الأستاذة دريسي أسماء ، نشر المقال بالمجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية ، العدد 6 ، 2015 ، وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة الإنفاق على الرعاية الصحية ، وهذا من خلال تسليط الضوء على الاصلاحات التي مست هذا القطاع الحساس ، بالإضافة إلى عرفة المشاكل المعقدة ، التي تعاني منها المنظومة الصحية ، خاصة جانب التسيير للموارد المالية ، وهو ما ينعكسه إنهيار مستوى الرعاية مقارنة مع

[1] مرجع نفسه ص 61
[2] علي عبد الزهرة حسن عبد اللطيف حسن شومان، مرجع سابق ص 65

إرتفاع الميزانية ، كما قامت الدراسة بمعالجة تطور مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر خلال فترة 2004-2013 ، وهذا من خلال :

1- تحليل ميزانية التسيير والتجهيز الخاصة بالقطاع الصحي :

نجدها في إرتفاع مستمر ، كما نجد أن ميزانية التسيير ، تستحوذ على النسبة الأكبر من مجموع ميزانية القطاع ، وقد بينت هذه الدراسة أسباب هذه الظاهرة والتي منها تضخم قطاع الموظفين والمستخدمين ، وهو ما يعبر عن إنشغال الدولة الجزائرية بالقضاء على ظاهرة البطالة .

2- الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة[1] :

- نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة في مجملها ضئيلة جدا ، ولا تعكس ما جاء في بنود الإصلاحات

3- الميزانية العامة بالنسبة للناتج المحلي الخام :

- نسبة الإنفاق الاجتماعي على الرعاية الصحي في الجزائر يمثل جزء بسيط يكاد يكون معدوم بالنسبة للناتج المحلى الخام

- زيادة الأغلفة المالية المخصصة للقطاع الصحي في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي .

والنتائج المتوصل إليها كما يلي :

- الإصلاحات المنتهجة هي إصلاحات جوفاء خالية المحتوى

- زيادة مقابلة في الناتج المحلي الخام راجعة إلى ارتفاع أسعار النفط وإستفادة كل القطاعات من هذه الوفورات المالية

[1] علي عبد الزهرة حسن عبد اللطيف حسن شومان، مرجع سابق ، ص 73

– توزيع غير عادل للمنتوج الصحي و سرقتها من قبل بعض العمال يجعل الأفراد يعانون من عند حاجة إليها مع عدم توفر يد عاملة ماهرة.

– أهداف المنظومة الصحية غير موجودة حيث أن الإنفاق على الرعاية الصحية غير فعال ولم يؤدي إلى أي تحسن في الخدمات الصحية المقدمة للمواطن بسبب سوء تسيير الأموال .

وفي الأخير نستخلص أن الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر أي تحسين في الخدمات الصحية المقدمة.

دراسة رقم 4 : دراسة ديناوي أنفال عائشة، زرواط فاطمة الزهراء

أثر الإنفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر ، دراسة قيامة للفترة (2000 – 2019) :

هدفت هذه الدراسة إلى قياس الأثر ما بين الإنفاق في الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال سلسلة زمنية (2000 – 2019) حيث اعتمدت الدراسة في تحليلها ونتائجها على نموذج ARDL الإنحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع باستخدام مخرجات eviews، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

– رغم أزمة النفط إلا أن الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر عرف إرتفاعاً مستمرا وهذا كناتج حتمي للبرامج التنموية المدعمة بالنمو الاقتصادي .

– استقرار الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة الزمنية (2000 – (2004) ، ثم إرتفاعه خلال السنوات (2005 – 2019).

– معنوية الإنفاق الصحي الحكومي في الأجل الطويل

– عدم تأثير الإنفاق الصحي في المدى القصير على النمو الاقتصادي وتأثيره ايجابيا في المدى الطويل .

– يعد النمو الاقتصادي عن التوازن في المدى الطويل يصحح في كل فترة زمنية بنسبة % 57,09

– استقرارية النموذج وتوافق النتائج ما بين الفترة الزمنية الطويلة والقصيرة.

كغيرها من الدراسات توصلت الباحثتين إلى أن الإنفاق الحكومي الصحي يساهم في رفع الناتج المحلي الإجمالي على المدى الطويل ، وأن الذين يتمتعون بصحة جيدة من السكان الذي يعملون بطريقة أفضل ولديهم القابلية للتعلم واكتساب المهارات عن الأشخاص الذين يعانون من الأمراض، وأن الدولة كلما خصصت ميزانية خاصة للإنفاق على الصحة فهذا سيؤدي إلى رفع مستويات ومعايير الصحة العامة بالسكان وبالتالي تزيد معها معدلات النمو الاقتصادي لأن ذلك يعمل على خلق وظائف وعلى إنعاش صناعات أخرى. مرتبطة بها لصناعة الأدوية خاصة في حالة مهارة اليد العاملة.

والفارق واضح بين الدول النامية والمتقدمة في معدلات النمو الاقتصادي ذلك ما أدى إلى إنتشار الأمراض و الأوبئة.

دراسة رقم 5 : دراسة باركة محمد الزين ، خلاصي عبدالله

مخبر مجموعة البحث في المالية العامة جامعة تلمسان .

ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي في الجزائر . تطورها. أسبابها ومتطلبات ترشيدها .(المجلة الجزائرية للمالية العامة العدد 07 2017)

هدفت هذه الدراسة إلى شرح معطيات ظاهرة الإنفاق الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى أسباب الزيادة لإنفاق الدولة الجزائرية على مستوى القطاع الصحي ، وإلى العمل على إيجاد حلول كفيلة بترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات الصحية.

وقد تم في هذه الدراسة إلى تحليل تطور نفقات الصحة بالنسبة إلى بعض المؤشرات الاقتصادية كالناتج الداخلي الخام ونصيب الفرد والموازنة العامة .

وتوصلت الدراسة إلى أن :

- بالنسبة لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي هو في تزايد مستمر من سنة لأخرى وهذا بعكس احتواء الدولة لسكانها والاهتمام بهم في المجال الصحي لكن رغم ذلك فإنه لا يعطي مدلولا على عدالة التوزيع الإنفاق الصحي.
- بالنسبة للناتج الداخلي الخام فالإنفاق الصحي نسبة لهذا المؤشر في تزايد مستمر من سنة لأخرى وهذا ما يعكس الجهد المبذول من قبل المجتمع لصالح الصحة .
- بالنسبة للمؤشر الموازنة العامة . ضمن بنود الموازنة العامة للدولة . نجد أنها تولي أهمية كبيرة للإنفاق الصحي وهذا ما يعكسه الإعتمادات المالية الهائلة المخصصة لهذا القطاع ونصيب القطاع الصحي من هذه الموازنة هو في تزايد مستمر أيضا.
- زيادة الإنفاق الصحي نظرا لتفعيل البنية المحيطة بالمجتمع من خلال الخريطة الصحية للمرض.زيادة عدد السكان . زيادة عدد المنشآت الصحية وتطورها . التوسع الصحي وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية.

دراسة رقم 6 :عفاف خريف . دراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والناتج الداخلي الخام في مجموعة دول عربية خلال فترة 2000-2017 . تخصص إقتصاد كمي . مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي جامعة ورقلة . 2019-2020

لقد عالجت هاته المذكرة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والناتج الداخلي الخام بإستخدام نماذج السلاسل الزمنية المقطعية السببية فطرحت الإشكالية التالية :

هل يوجد علاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والناتج الداخلي الخام ؟

ولمعالجة هذا الإشكال قامت باستخدام نماذج السلاسل الزمنية واعتبرت المتغير الأول الإنفاق الحكومي على الصحة والمتغير الثاني الناتج الداخلي الخام . والدراسة القياسية لعلاقة الإنفاق الحكومي بالصحة والناتج الداخلي الخام بإتباع أساليب الاقتصاد القياسي حيث قامت بإستخدام نماذج بابل ونموذج الإنحدار وطرق تقدير معلمات نموذج الدراسة بالإضافة إلى التكامل المشترك .وقد طبقت الدراسة التطبيقية على الجزائر حيث أظهرت نتائج الدراسات إختبار السببية والدراسة القياسية إلى أن :

1- وجود علاقة سببية قصيرة الأجل ذات اتجاه واحد من الناتج الداخلي الخام على الإنفاق الحكومي على الصحة .

2- زيادة في الناتج الخام يؤدي إلى زيادة الطلب الكلي وبالتالي زيادة الإنفاق العام الحكومي للصحة.

3- إختبارات المفاضلة بين نماذج بابل حيث أن نموذج تاثيرات عشوائية هو النموذج الملائم لدراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي للصحة والناتج الداخلي الخام .

وفي الأخير نستخلص أن :

1- الهدف من الإنفاق على الخدمات الصحية هو الوقاية من الأمراض والشفاء منها.

2- ضمان المحافظة على الموارد البشرية وتنميتها لزيادة إنتاجية الأفراد وبالتالي زيادة الناتج الداخلي الخام.

3- الإنفاق على الصحة لا يعتبر ضرورة إنسانية بل ضرورة إقتصادية.

المبحث الثاني : دراسة قياسية عن طريقة تحليل المركبات الرئيسية ACP

استعملت هذه الطريقة لأول مرة من طرف pearson karl سنة1901، و أول من ضمها إلى الإحصاء الرياضي هو Hotelling Harold سنة 1933 ، غير أنها لم تصبح واسعة الإستعمال إلا في التسعينات، ذلك لظهور الحاسوب و البرامج الإحصائية التي سهلت العمل بهذه التقنية[1].

تعتبر طريقة تحليل المركبات الرئيسية أو المكونات الأساسية Analyse en composantes principales إحدى أهم طرق التحليل العاملي حيث تهتم بتقليص أكبر قدر ممكن من المتغيرات أو الأفراد إلى عوامل أو مركبات

رئيسية تحتوي على أكبر قدر من المعلومات أو التباينات الموجودة في المتغيرات أو الأفراد باستخدام التحليل الوصفي، وأيضا تعمل على إسقاطات النقاط في المستوي باستخدام العديد من أساليب تدوير المحاور لأجل الحصول على أحسن تمثيل.

كما يعتبر التحليل في المركبات الرئيسية أحد تقنيات تحليل التي تختص في اختزال البيانات ذات الأبعاد الكبير ، أي اختزال عدد كبير من المتغيرات الخام إلى عدد أقل من المتغيرات الجديدة في شكل مركبات وتكون غالبا أهدادها أقل بكثير من المتغيرات الخام

وعلى خلاف تحليل الإنحدار أو تحليل التباين اللذان يعتبران متغير واحد تابع و البقية مستقلة فإن التحليل في المكونات الأساسية كل متغير يقارن ببقية المتغيرات، وإيجاد الجذور المميزة و المتجهات المميزة لمصفوفة التباين و التباين المشترك للمتغيرات التوضيحية، أو إيجاد الجذور المميزة لمصفوفة الارتباط، و هذا يعتمد على طبيعة البيانات[2].

[1] Ludovic lebart , alain morineau , marie piron, statistique expliotoire multidimensionnelle ; dunod paris , 1995 p 32

[2] Gilbert saporta , probabilité , analyse des données et statistique edition technip , 2éme edition , paris 2006, p155

1. التقديم النظري لطريقة المركبات الرئيسية

1.1. التحليل في فضاء المتغيرات

تشكل مصفوفة البيانات x_{np} سحابة من n نقطة في فضاء بعده p ، أو سحابة من نقاط p في فضاء ذو بعد n. يتكون الرسم التخطيطي الثنائي من إسقاط هذه النقاط على اثنين أو أكثر من الأبعاد المختارة بشكل عشوائي. يتمثل PCA من إسقاط النقاط على خط مستقيم ، مستوى ... مساحة فرعية من أبعاد s (مع s p) تم اختيارها لتحسين معيار معين. بشكل حدسي ، سوف نبحث عن الفضاء الجزئي الذي يعطي أفضل تصور ممكن لسحابة النقاط الخاصة بنا. الاختيار الجيد هو البحث عن أكبر تشتت ممكن أكبر انتشار في الفضاء الجزئي المختار. وبالتالي ، فإننا قادرين على البحث عن دوران لنظامنا الأولي من المحاور (المتغيرات) مما يسمح لنا برؤية السحابة بشكل أفضل. دعونا نحدد u_1 الشعاع المطلوب $(u_1'u_1=1)$؛ والذي يعطي أكبر تشتت للإسقاطات[1].

لتكن المصفوفة X_{nxp} ؛ كل سطر يمثل ملاحظة. يمثل كل عمود متغيرًا. سنفترض أن كل متغير يتم توسيطه ، أي أننا طرحنا متوسط كل متغير مسبقًا. يتم ذلك بطريقة تجعل مركز ثقل نقطة السحابة متزامنًا مع المركز.

تُعطى إسقاطات الملاحظات n على الشعاع u_1 من خلال:

$$C = Xu_1$$

مجموع مربعات هذه الاسقاطات هو:

$$C'C = u_1'X'Xu_1$$

سنختار u_1 لتعظيم هذه الكمية الأخيرة. لذا فإن المشكلة هي:

تعظيم $u_1'X'Xu_1$ وفقًا لـ $u_1'u_1 = 1$

[1] زياد رشاد الراوي ، طرق التحليل الاحصائي متعدد المتغيرات ، المعهد العربي للتدريب والبحوث الاحصائية ط1 ، 2017 ص 55

هذه مشكلة يمكن حلها بطريقة لاغرانج.

نشكل لاغرانج:

$$L = u_1'X'Xu_1 - \lambda\,(u_1'u_1 - 1)$$

نشتق المعادلة بالنسبة لكل مكونات p للشعاع u_1 وكذلك بالنسبة إلى مضاعف لاغرانج (λ) ونساوي المشتقات الجزئية لصفر.

$$2(X'Xu_1 - \lambda u_1) = 0$$

$$u_1'u_1 = 1$$

بعد التبسيط نجد:

$$X'X\,u_1 = \lambda u_1$$

$$u_1'u_1 = 1$$

الشكل السابق يمثل معادلة الأشعة الذاتية والقيم الذاتية للمصفوفة X'X. وبالتالي ، فإن الشعاع الذي يعطي الإسقاطات ذات التشتت الأكبر هو الشعاع الذاتي الأول لمصفوفة التباين – التغاير لـ X[1].

ملاحظات:

- مصفوفة العددية (X'X) هي مصفوفة متماثلة وموجبة. هذا يعني أن القيم الذاتية و الأشعة الذاتية ستكون عددية. بالاضافة الى ذلك ، ستكون قيم القيم الذاتية موجبة أو صفرية.

[1] زياد رشاد الراوي ، مرجع سابق ص 56

- الأشعة الذاتية لمصفوفة متماثلة تكون دائمًا متعامدة مع بعضها البعض ، أي $u_1'u_2=0$.
- تحدد الإسقاطات الموجودة على الشعاع u_1 متغيرًا جديدًا وهو عبارة عن مجموعة خطية من المتغيرات الأصلية. يتم إعطاء تباين هذا المتغير الجديد من خلال:

$$1/n\ (u_1'X'Xu_1) = 1/n\ (u_1'\lambda 1u_1) = 1/n\ \lambda_1$$

وبالتالي فإن تباين الإسقاطات يساوي (للعامل $1/n$) للقيمة الذاتية. وهكذا يتم الوصول إلى الحد الأقصى مع القيمة الذاتية الأولى. هذا هو السبب في الاحتفاظ بالشعاع الذاتي الأول.

- نعلم أن مجموع القيم الذاتية للمصفوفة يساوي أثر المصفوفة الأصلية. لذلك لا يتغير الحجم الإجمالي للتباين.
- تشير النسبة $\lambda_1/(\Sigma\lambda_i)$ إلى نسبة التباين الكلي الذي يدعمه الشعاع الذاتي الأول[1].

السؤال 1: ما هي العلاقة بين الأشعة الذاتية والقيم الذاتية لـ X'X وتلك الخاصة بـ X'X / n؟

- **إيجاد الشعاع الثاني u_2:**

نبحث عن الشعاع u_2 الذي يحقق:

تعظيم $u_2'X'Xu_2$

يخضع لـ $u_2'u_1 = 0$

و $u_2'u_2 = 1$

الحل يكمن في استخدام طريقة لاغرانج كما يلي:

[1] زياد رشاد الراوي ، مرجع سابق ص 57

$$L = u_2'X'Xu_2 - w\,(u_2'u_1) - \lambda_2\,(u_2'u_2 - 1)$$

نشتق لاغرانج فيما يتعلق بكل مكون من مكونات الشعاع u_2 وفيما يتعلق بـ u_1.

بعد التبسيط ، نجد:

$$X'X\,u_2 = \lambda_2 u_2$$

$$u_2'u_2 = 1$$

$$u_1'u_2 = 0$$

الشعاع الذي تم العثور عليه هو الشعاع الذاتي المرتبط بثاني أكبر قيمة ذاتية لمصفوفة التباين والتغاير. يمكن تعميم هذه النتائج بسهولة على عدة أبعاد ونجد ما يلي:

الفضاء ذو البعد s بحيث $s \leq p$ الذي يعطي أفضل تفسير يتم تعريفه بواسطة الأشعة الذاتية لـ X'X المرتبطة بأكبر قيم للقيم الذاتية.

2.1. التحليل في فضاء المشاهدات

لقد درسنا كيف يمكن تطبيق ACP لتحليل سحابة n من المشاهدات في فضاء المتغيرات p. يمكن أيضًا أن نقوم بالتحليل سحابة المتغيرات p في فضاء n من المشاهدات. نحن نبحث عن فضاء فرعي للبعد $(s \leq p)$ s حيث يكون مجموع مربعات الإسقاطات هو الحد الأقصى[1].

نطبق نفس التقنية السابقة ونجد أن حل الشعاع الأول يتم الحصول عليه من خلال:

$$XX'v_1 = \beta_1 v_1$$

$$v_1'v_1 = 1$$

[1] صواليلي صدر الدين ، تحليل المعطيات ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع ، 2011 ، الجزائر ص 19

الشعاع الذاتي الأول لـ XX 'هو الذي يزيد من تباين الإسقاطات. ، نشكل معادلة تعظيم تباين الإسقاطات من الشعاعين الذاتيين الأول والثاني ، إلى آخره.

نظرية: قيم الذاتية λ_i و β_i متطابقة.

لنضرب المعادلة بـ X':

نجد:

$$X'XX'v_i = \beta_i X'v_i$$

نلاحظ من خلال هذه المعادلة أن $X'v_i$ هو الشعاع ذاتي لـ X'X مرتبط بقيمة β_i. ولدينا القيم الذاتية لـ X'X تعطى بواسطة λ_i. ومنه نستنتج أن $\beta_i = \lambda_i$

ملاحظة: من خلال مما سبق فإنه ليس من الضروري البحث بشكل مباشر عن القيم الذاتية والأشعة الذاتية لـ XX' ، ويتم ايجاد الاشعة الذاتية u_i بواسطة $X'v_i$ ويمكن توضيح ذلك كما يلي[1]:

$$v_i'XX'v_i = \lambda_i$$

ومنه:

$$u_i = \frac{1}{\sqrt{\lambda_i}} X'v_i$$

وبالضرورة يكون

$$v_i = \frac{1}{\sqrt{\lambda_i}} Xu_i$$

تسمى هذه الصيغة بصيغة الانتقال.

[1] صواليلي صدر الدين ، مرجع سابق ص 23

يمكن كتابتها في شكل مصفوفة كالتالي :

$$V = XU\Lambda^{-1/2} \quad U = X'V\Lambda^{-1/2}$$

جدول رقم (6) : يوضح احصائيات وصفية

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	Analysis N
الموظفون	155390.53	115009.685	19
التكوين	99309.53	161023.789	19
التغذية	5493.63	3366.600	19
الأدوية	35687.58	19536.093	19
الوقاية	4756.68	2584.399	19
الطبي_العتاد	8558.79	4492.574	19
الهياكل_صيانة	5918.89	3510.318	19
اجتماعية_خدمات	2625.95	1772.531	19
الاداري_التسيير	8524.74	4378.855	19
الطبي_البحث	43763.74	11088.920	19

يبين الجدول متوسط الموظفون19سنة ب 155390.53، و تباين خاص بالموظفين ب115009685، كما نلاحظ متوسط التكوين مقدره ب 99309.53، خلال 19 سنة وتباين التكوين ب 161023.789، خلال 19سنة ،وتقدر أيضا متوسط التغذية ب 5493.63، وتباين التغذية ب3366.600 خلال19 سنة ،وتقدر متوسط الأدوية ب 35687.58 ، وتباين الأدوية ب 19536.093 ل 19 سنة ، وتقدر متوسط الوقاية ب4756.68 ، وتباين الوقاية ب 2584.399 خلال 19 سنة، ويقدر أيضا متوسط العتاد الطبي ب8558.89وتباين العتاد الطبي 4492.574، ويقدر صيانة الهياكل ب 5918.89، وتباين صيانة الهياكل ب 3510.318 ل 19 سنة ومتوسط خدمات الاجتماعية ب 5625.95 وتباين خدمات الاجتماعية ب 1772.531 خلال 19 سنة، ومتوسط التسيير الإداري 8524.74 وتباين التسيير الإداري ب 4378.855،ويقدر متوسط البحث الطبي يقدر ب 43763.74 وتباين البحث الطبي ب 11088.920بمدة 19 سنة[1] .

[1] من إعداد الطالبات

جدول رقم (7) : يوضح مصفوفة الارتباط بين المتغيرات :

Correlation Matrix[a]

		الموظفون	التكوين	التغذية	الأدوية	الوقاية	الطبي_العتاد	_صيانة الهياكل	_خدمات اجتماعية	_التسيير الاداري	الطبي_البحث
Correlation	الموظفون	1.000	.815	.906	.825	.474	.883	.623	.908	.536	.596
	التكوين	.815	1.000	.723	.732	.193	.710	.333	.836	.077	.378
	التغذية	.906	.723	1.000	.954	.761	.992	.797	.911	.731	.759
	الأدوية	.825	.732	.954	1.000	.726	.957	.802	.837	.674	.764
	الوقاية	.474	.193	.761	.726	1.000	.772	.821	.606	.886	.721
	الطبي_العتاد	.883	.710	.992	.957	.772	1.000	.809	.908	.737	.797
	_صيانة الهياكل	.623	.333	.797	.802	.821	.809	1.000	.644	.874	.719
	_خدمات اجتماعية	.908	.836	.911	.837	.606	.908	.644	1.000	.497	.621
	_التسيير الاداري	.536	.077	.731	.674	.886	.737	.874	.497	1.000	.747
	الطبي_البحث	.596	.378	.759	.764	.721	.797	.719	.621	.747	1.000

a. Determinant = 3.044E-11

بعد مراقبة مصفوفات الارتباط نلاحظ جميع متغيرات لديها اكبر 0.3 وبالتالي جميع المتغيرات مقبولة ، محل دراسة مقبولة

- يوجد ارتباط قوي بين نفقات التكوين ونفقات الموظفين ، والذي يقدر ب 0.815
- يوجد ارتباط قوي بين نفقات التغذية ونفقات الموظفين .مقدرة ب0.90
- ارتباط قوي بين خدمات اجتماعية ونفقات الموظفين ارتباط قوي جدا مقدر ب 0.90 بزيادة خدمات اجتماعية تزيد نفقات الموظفين .....الخ .
- جميع المتغيرات مقبولة في الدراسة
- ارتباط قوي بين خدمات اجتماعية وعتاد الطبي .
- ارتباط قوي بين تسيير الإداري وصيانة الهياكل ، الذي يقدر ب 0.874
- ارتباط قوي بين البحث الطبي والتسيير الإداري ، مقدر ب 0.747 ، ومنه محدد مصفوفة ارتباط غير معدود وهذا بتحليل مركبات الرئيسية (مكونات الأساسية)[1] .

[1] من إعداد الطالبات

جدول رقم (8) : مؤشر KOM

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.750
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	334.978
	df	45
	Sig.	.000

قيمة KOM =0 جدا قوية بإضافة إلى معنوية Sig أصغر من 0.50 وهذا يدل على أن عملية استخراج محاور العملية ستعطى تمثيل جيد للمتغيرات

جدول رقم (9) : التشاركية

Communalities		
	Initial	Extraction
الموظفون	1.000	.900
التكوين	1.000	.978
التغذية	1.000	.984
الأدوية	1.000	.924
الوقاية	1.000	.888
الطبي_العتاد	1.000	.987
الهياكل_صيانة	1.000	.862
اجتماعية_خدمات	1.000	.922
الاداري_التسيير	1.000	.951
الطبي_البحث	1.000	.737
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

نلاحظ من خلال الجدول أن بعد استخراج محاور جميع التباينات التي تم الاحتفاظ بها بعد عملية الاستخراج اكبر من 0.70 في حين أن بعض المتغيرات تم الاحتفاظ بتباينها تقريبا كليا منها نفقات التكوين 0.978ونفقات التغذية 0.98 ونفقات العتاد الطبي0.987 .

جدول رقم (10) : يوضح التباين الكلي للمشروع

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.565	75.649	75.649	7.565	75.649	75.649
2	1.568	15.676	91.325	1.568	15.676	91.325
3	.321	3.213	94.538			
4	.219	2.186	96.723			
5	.186	1.865	98.588			
6	.108	1.079	99.667			
7	.016	.164	99.831			
8	.010	.104	99.935			
9	.003	.035	99.969			
10	.003	.031	100.000			
Extraction Method: Principal Component Analysis.						

نلاحظ أن قيمة الذاتية $\lambda_1 = 7.56$

والقيمة الذاتية $\lambda_2 = 1.56$

و هما قيمتان اكبر من 1 بناء على محرك كيزر Keyzer الذي يشترط محاور العملية ، والتي تأخذ بعين الاعتبار ، وهي محاور المواد من قيم الذاتية اكبر من 1 وبالتالي نعتمد على هذين المحورين .

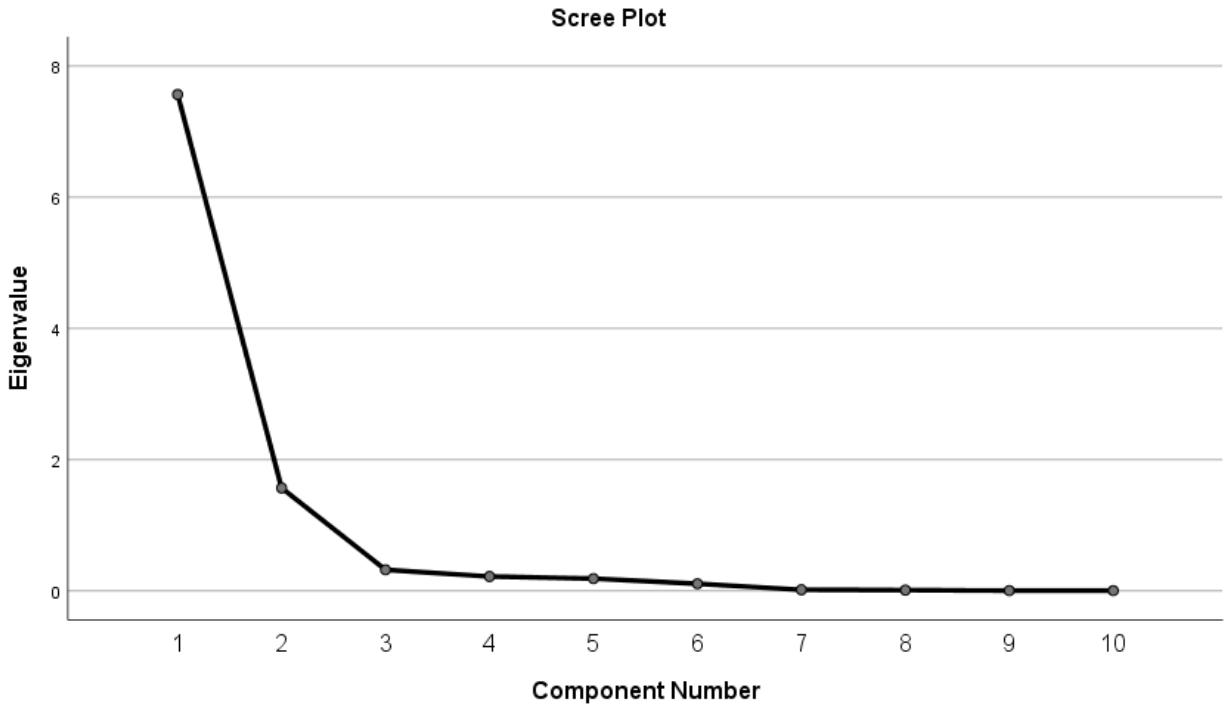
في حين أن المحور 1 يساهم بنسبة 75.64 من تباين الكلي للمشروع

ومحور العامل يساهم بنسبة 67،15 % من تباين الكلي للمشروع

ومعالم المشكّل من هذه المحورين يشرح 32،91%من التباين الكلي للمشروع ،وبالتالي نعتمد على هذا المعلم في التحليل[1] .

[1] من إعداد الطالبات

الشكل (2) : يوضح منحنى القيم الذاتية



بعد النظر لانحدار القيم الذاتية منحنى يأخذ شكل استواء بعد القيمة الذاتية الثانية وهو ما يأكد اختيارنا للقيمتان الذاتيتان 1و2[1] .

[1] من إعداد الطالبات

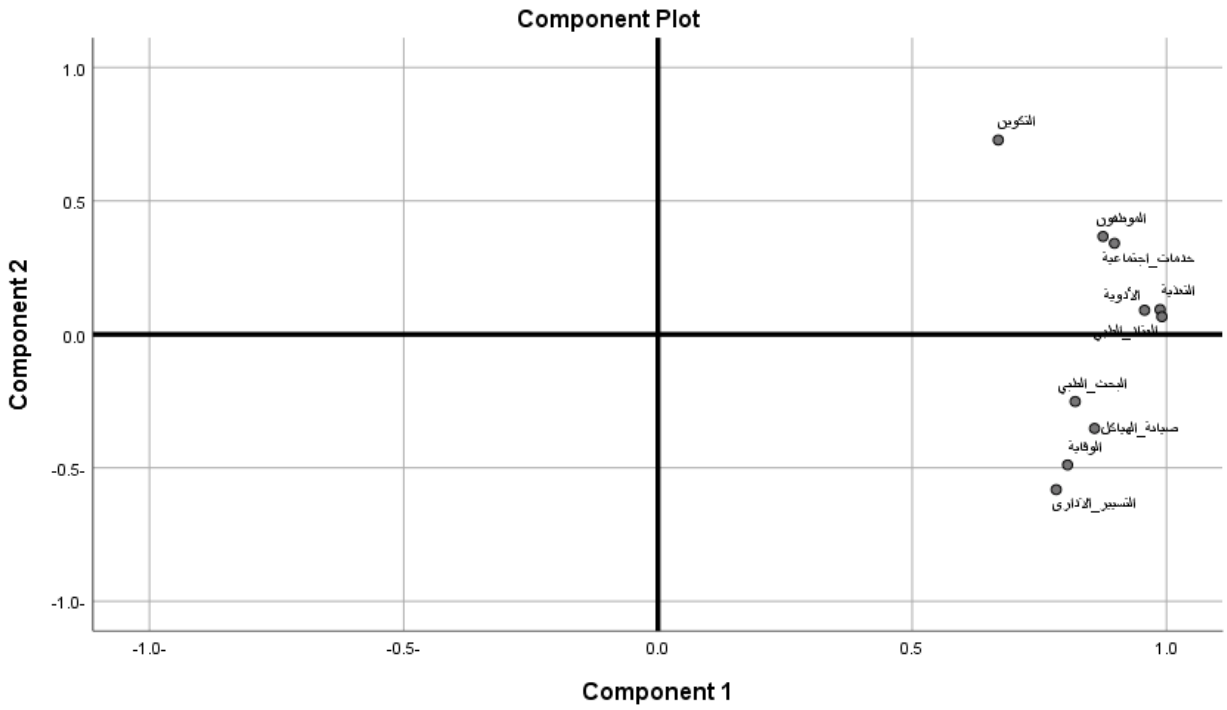
جدول رقم (11) : جدول المكونات

Component Matrix[a]		
	Component	
	1	2
الموظفون	.875	.367
التكوين	.669	.728
التغذية	.987	.093
الأدوية	.957	.091
الوقاية	.806	-.489-
الطبي_العتاد	.991	.066
الهياكل_صيانة	.859	-.353-
اجتماعية_خدمات	.898	.341
الاداري_التسيير	.783	-.582-
الطبي_البحث	.821	-.252-
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
a. 2 components extracted.		

يبين الجدول إحداثيات إسقاط متغيرات على محاور العاملية والشكل الموالي يوضح عملية الإسقاط [1].

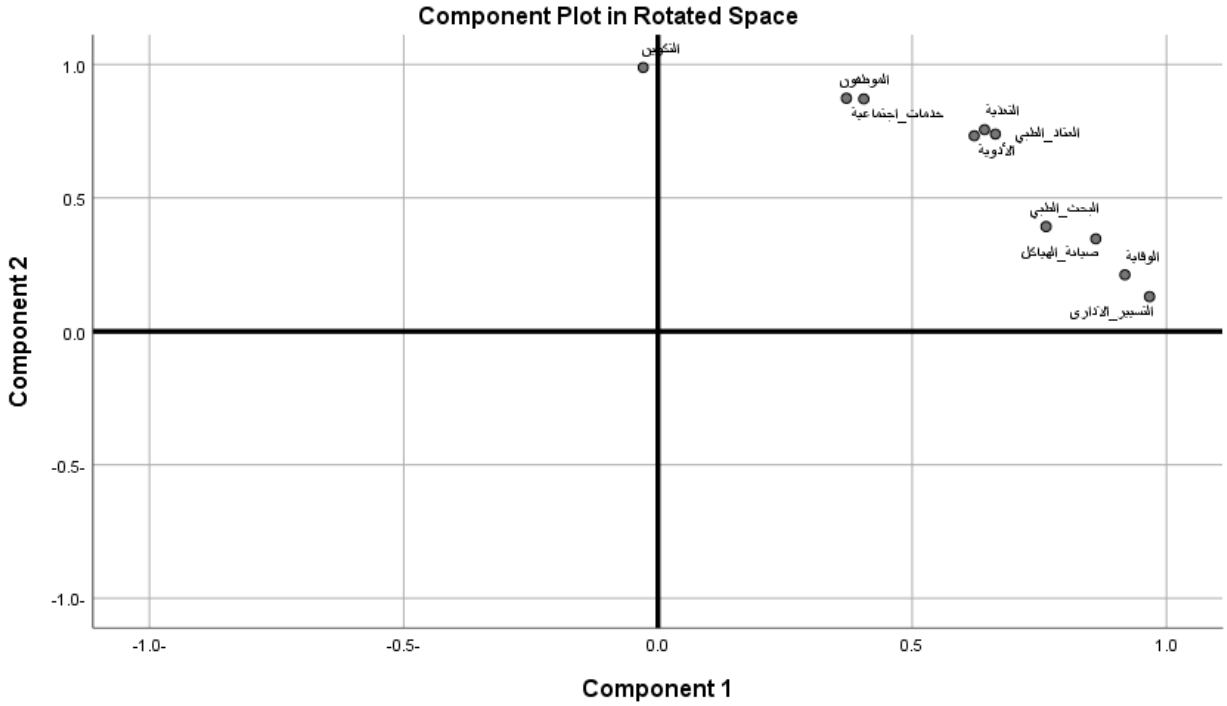
[1] من إعداد الطالبات

شكل رقم (3) : إسقاط متغيرات على محاور العاملية



من خلال الشكل نلاحظ أن جميع متغيرات تقريبا تتجمع في مجموعة واحدة ماعدا نفقات التكوين ومن اجل إلقاء نظرة اشمل نقوم بعملية تدوير محاور بطريقة VAR MAX

شكل رقم (4): إسقاط متغيرات بعد التدوير



نلاحظ بالمتغيرات التسيير تساهم بإنشاء محور الأول بأكبر نسبة وتساهم نفقات التكويم بأعلى نسبة على محور 2 وأن البحث العلمي والوقاية وصيانة الهياكل والتسيير الإداري إنشاء محور 1 وخدمات الاجتماعية والموظفون والتكوين تساهم في إنشاء المحور 2،والتغذية والعتاد الطبي والأدوية في كلا المحورين

نلاحظ محاور العاملية تعكس وجهة التفكيك الصحة في الجزائر الموجه الى شقين هامين هما نفقات خاصة بالتجهيز والتي تمثلها محور عامل 1 بنسبة 75.64 % ونفقات موجه رأس مال البشري بنسبة 15.67% وهو ما يعكس تحقيق النظرية الاقتصادية التي تعتمد في تنمية أي قطاع على إنشاء الهياكل ونسبة رأس مال البشري[1] .

[1] من إعداد الطالبات

جدول رقم (12) : مصفوفة الارتباط بين محورين العاملية

Component Score Covariance Matrix

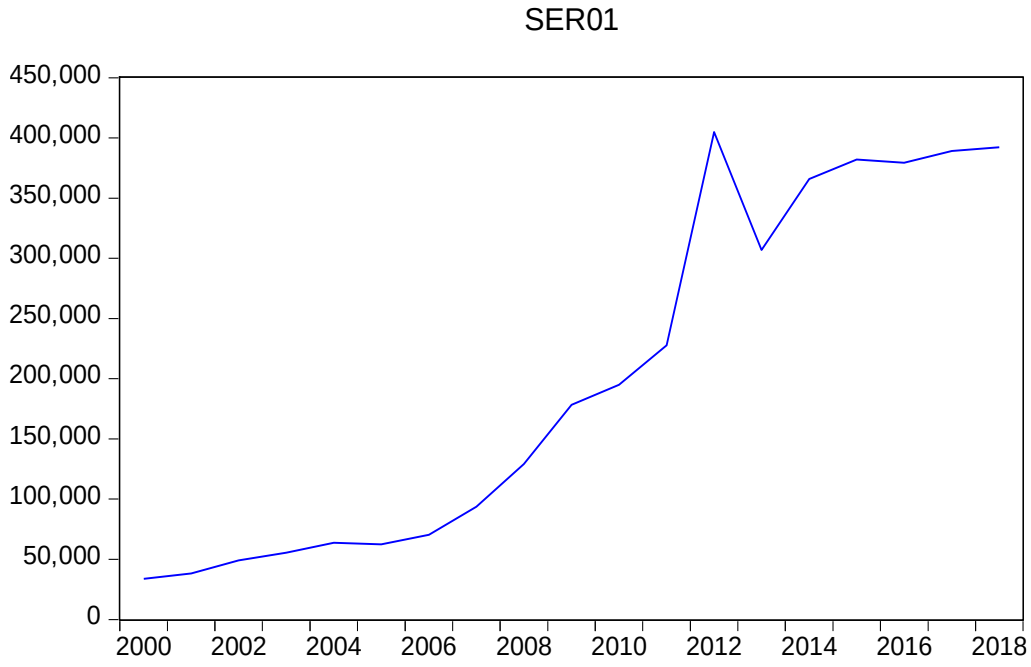
Component	1	2
1	1.000	.000
2	.000	1.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

نلاحظ أن ارتباط بين محورين العاملين المستخلصة على بعضها[1]

[1] من إعداد الطلبة

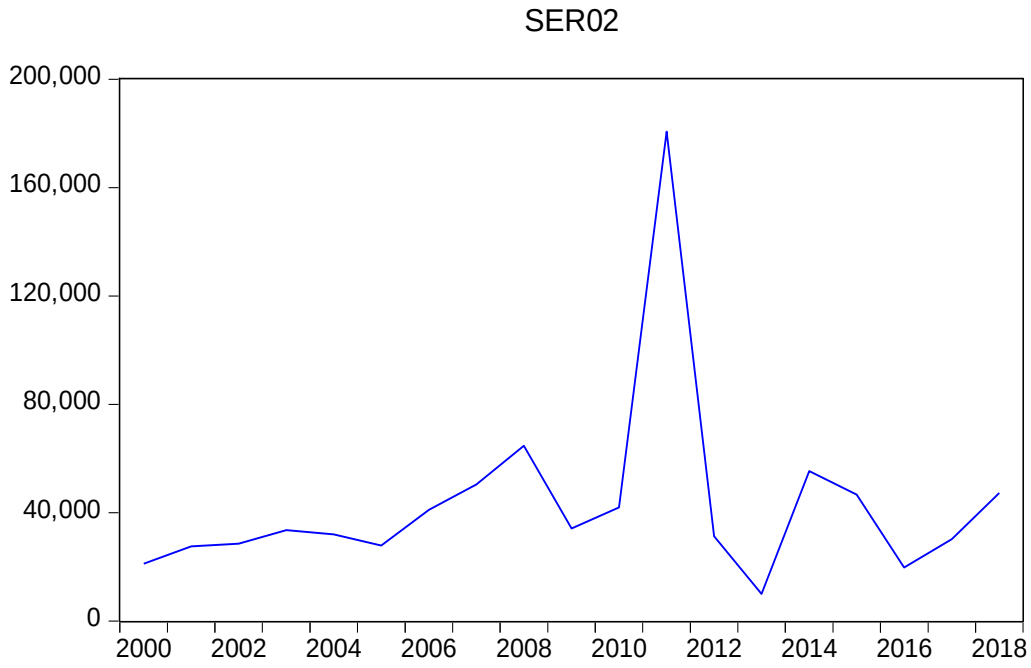
شكل رقم (5) : منحنى لميزانية التسيير



تلاحظ من خلال المنحنى البياني أن ميزانية التسيير في السنوات الأولى من سنة 2000 حتى 2007 ترتفع بمعدل منخفض وبطيء ، وبعد سنة 2008 ترتفع بمعدل متزايد إلى أن وصلت سنة 2012 إلى 400000 بعدها انخفضت في سنتي 2013 و 2014 ثم ارتفعت من جديد بعد سنة 2014 ونفسر الزيارة بزيادة دعم الدولة للقطاع الصحي الذي أصبح من أولوياتها والذي أصبح يأخذ حصة معتبرة في نفقاتها العامة[1] .

[1] من إعداد الطلبة

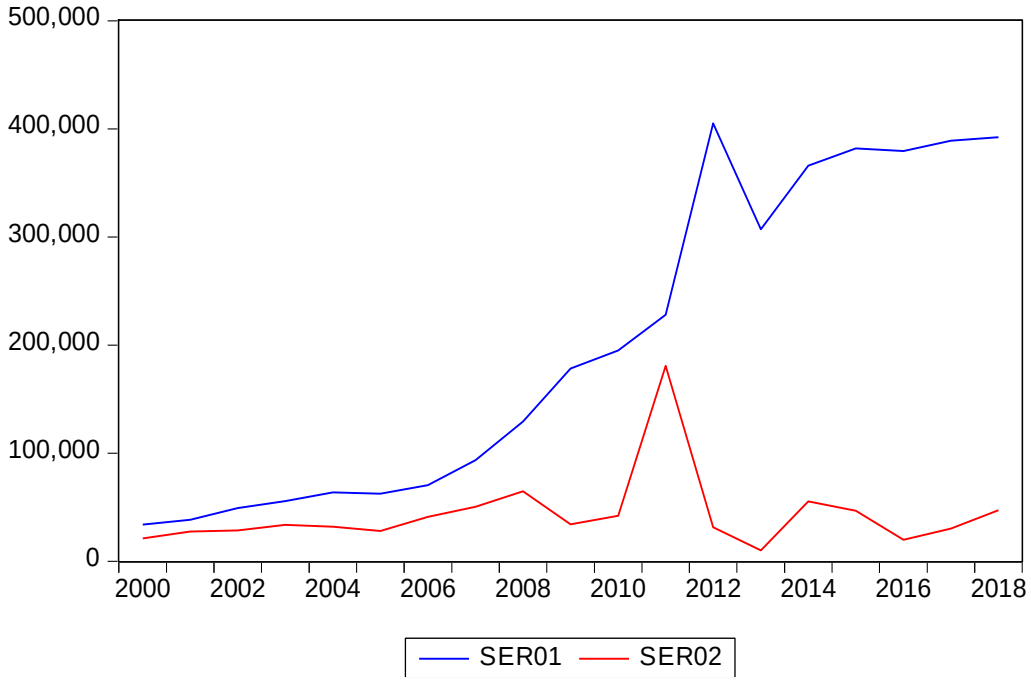
شكل رقم (6) : منحنى لميزانية التجهيز



منحنى بياني متذبذب في السنوات الأولى من سنة 2000 إلى سنة 2008 نلاحظ أنها في تزايد ثم ينخفض وهذا بسبب السياسة العامة للدولة [1].

[1] من إعداد الطلبة

شكل رقم (7) : منحنى يجمع بين ميزانية التجهيز والتسيير



ونلاحظ من خلال هذا المنحنى البياني الذي يجمع ببن ميزانية التسيير وميزانية التجهيز أن كليهما عرفا تطورا من خلال صعودهما الذي بلغ أوجهما في سنة 2011 ثم أخذ المنحنيان بدء من هذه السنة في النزول مع تفاوت في قيم كل منهما ، إذ أن ميزانية التسيير ومن خلال ملاحظة الرسم تحتفظ بقيم أكبر من ميزانية التجهيز يأخذان نفس الارتفاع من 2010

خلاصة الفصل الثاني:

تمويل نفقات الصحة في الجزائر يعتمد على ثلاثة مصادر أساسية ممثلة في الدولة والضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، فتطبيق نظام الصحة في الجزائر المجانية العلاج جعل الدولة تساهم بدرجة كبيرة في تمويل الصحة حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة، كما تحتل صناديق الضمان الاجتماعي المرتبة الثانية في تمويل نفقات الصحة بعد الدولة حيث تمول الخدمة الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات، إلا إن الضمان الاجتماعي أصبح يعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني والتحويلات للخارج لأجل العلاج وارتفاع فواتير استيراد الأدوية.

هذا ما أدى إلى حدوث اختلال في التوازن بين عرض الخدمة الصحية والطلب عليها، لهذا كان لابد من هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة الضمان الاجتماعي، المؤسسات الصحية) ذلك من خلال تبني النمط التعاقدي كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد، حيث سعت الجزائر من خلال النمط إلى الانتقال من النظام الجزافي لتمويل نفقات المؤسسات الصحية والتخلي عن محانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي في إطار العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي وهذا بهدف توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة على الأموال الممنوحة للقطاع الصحي، لكن رغم القوانين والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبيل تطبيق هذا النمط التعاقدي والتخلي عن النظام القديم إلا أنه اعترضته العديد من الصعوبات والمشاكل والتي حالت دون تطبيقه بالكامل وجعله لا يزال في بدايته.

إن هذه المشاكل التي تواجه نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر تعود بالدرجة الأولى إلى سوء التسيير والتنظيم وعدم التخصيص الأمثل للموارد، هذا ما اتضح من خلال التحليل القياسي للعلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر التمويل حيث وجدنا علاقة طردية معنوية بين

نفقات الصحة الوطنية ومصادر تمويلها في الأجلين القصير والطويل، فالزيادة في النفقات الصحية الوطنية يقابله الزيادة في نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة ونفقات الصحة المعوضة من الضمان الاجتماعي والنفقات الصادرة عن العائلات هذا ما يؤكد وجود علاقة توازنية بينهم في الأجل الطويل.

الخاتمة :

يحضى قطاع الصحة باهتمام كبير من طرف الدولة حيث تخصص له سنويا وبتزايد مبالغ معتبرة مما مكن القطاع من تطور ملحوظ إن على المستوى الأفقي أو العمودي ، وهذا من خلال ما أنجز من مشاريع صحية ومستشفيات وعيادات ومن خلال تحسن في نوع الخدمات الصحية المقدمة لكن يبقى أن هذا الانفاق لا يعكس الأهداف المسجلة والتي يراد تحقيقها في مجال الرعاية الصحية ، إذ سجلت بعض النقائص من ذلك التوزيع غير متوازن للانفاق .

– نوع الخدمات مازال ضعيفا ولا يتوافق مع المعايير الدولية

– وجود فوارق في توزيع الرعاية الصحية بين الشمال والجنوب بين المدن والقرى

– التوزيع غير العادل للمنتوج الصحي

– ضعف في تأهيل اليد العاملة

– ضعف في استخدام التكنولوجيا الحديثة

– اللجوء إلى شراكة غير متطورة كشراكة مع كوبا في مجال العيون

كل هذه الأسباب تحتاج إلى ثورة في مجال القطاع الصحي بإصلاح المنظومة الصحية .

وننتهي في ختام هذه الدراسة إلى التوصيات التالية :

– العمل للوصول إلى نتائج أفضل في مجال الرعاية الصحية ولا يتأتى ذلك إلا بإصلاح المنظومة الصحية

– تقريب المؤسسات الصحية من المواطن لتعميم الصحة في كافة المواطنين وكافة المناطق من الوطن

– تكفل الدولة بصورة تامة بالوقاية من الأمراض ومكافحتها .

– السهر على تحقيق تغذية متوازنة وكاملة للمواطن للمحافظة على صحة الفرد

– إعطاء الأولوية لقطاع الصحة لرفع قيمة الاعتمادات المخصصة

– الاهتمام بالاستثمار في الموارد البشرية عن طريق تكوين المتواصل للكادر الطبي

– تحسين الظروف الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي القطاع خاصة الأطباء إذ لازالت أجورهم متدنية حيث نجد فارقا كبيرا بينما يتقضاه الطبيب الجزائري وبينما يتقضاه نظيره الأجنبي المدمج ضمن مشاريع الشراكة .

وفي الأخير نجدد شكرنا للأستاذ المشرف على ما قدمه لنا من توجيهات ومساعدة

قائمة المصادر والمراجع :

1- نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، ط1 ، دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008م

2- أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص : تخطيط ، جامعة الجزائر ، 2000-2001 م .

3- Loana Marinescu quel système de sante pour quels objectifs ? Alrenrnatives Economiques N 229 . Novembre 2004 . sur le site https // www.alternatives – economique . fr / système – de – sante – obkjectifs /00029626 le 16/08/2019.

4- منظمة الصحة العالمية ، تحسين أداء النظم النظم الصحية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000 جنيف ، سويسرا 2000 م.

5- طلال بن عايد الأحمدي ، إدارة الرعاية الصحية ، الرياض ، مكتبة الملك فقد الوطنية ، 2004م .

6- صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة ، ط1 ، دار الفكر ، 2009م .

7- محمد علي دحمان ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر

8- مالكي هبة الرحمان ، نفقات قطاع الصحة في الجزائر،مذكرة نهاية التخرج ، المدرسة الوطنية للمناجمن وإدارة الصحة الجزائر، 2015 .

9- العلواني عديلة ، أسس اقتصاد الصحة ، ج 1 ، دار هومة للنشر والتوزيع ، الجزائر 2014م.

10- علواني عديلة ، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، دار هومة للنشر والتوزيع ، ج 2 ، الجزائر م2014 .

11- عياشي نور الدين ، الصحة الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات مجلة منتدى الأستاذ ، العدد 20 ، 2017م .

12- علي عبد الزهرة حسن عبد اللطيف حسن شومان، تحليل العلاقة التوازنية طويلة الأجل باستعمال اختبارات جذر الوحدة وأسلوب دمج النماذج المرتبطة ذاتيا ونماذج توزيع الإبطاء(ARDL) ، مجلة العلوم الاقتصادية، بغداد العدد 34، المجلد 09، م2014.

13-Ludovic lebart , alain morineau , marie piron, statistique expliotoire multidimensionnelle ; dunod paris , 1995 .

14-Gilbert saporta , probabilité , analyse des données et statistique edition technip , 2éme edition , paris 2006.

15 - زياد رشاد الراوي ، طرق التحليل الاحصائي متعدد المتغيرات ، المعهد العربي للتدريب والبحوث الاحصائية ط1 ، 2017 .

16- صواليلي صدر الدين ، تحليل المعطيات ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع ، 2011 ، الجزائر .

17- محمد علي دحمان ، تقييم مدى فعالية الإنفاق لعام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير مالية عامة ، جامعة تلمسان 2015-2016 .