# أثر النفقات الاجتماعية الصحية على ترقية الرفاهية الصحية للطفولة في الجزائر

## –دراسة قياسية للفترة (1985-2014)–

***L'impact de la dépense sociale de santé sur la promotion du bien être sanitaire infantile en Algérie - Etude économétrique durant la période (1985- 2014)-***

**د.بوقناديل محمد، أستاذ محاضر المركز الجامعي عين تموشنت أ.زغودي أحمد أستاذ مساعد "أ" جامعة تلمسان**

**الملخص**

تهدف هذه الدراسة إلى تحلي أثر الإنفاق العام الصحي كأحد فروع الإنفاق الاجتماعي للدولة على الرفاهية الصحية للطفولة في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985– 2014)، وتم اختبار العلاقة بين النفقات العامة للصحة والتعليم و بعض المؤشرات الصحية لرفاهية الطفل باستخدام اختبارات الاستقرارية ونموذج التكامل المشترك، وقد توصلت الدراسة إلى أن الإنفاق العام الاجتماعي على الصحة والتعليم يؤثران على المدى الطويل في الرفاهية الصحية الطفولة، بحيث يؤثر الإنفاق العام الصحي تأثيرا إيجابيا مفسرا إحصائيا على الرفاهية الصحية الطفولة.

**الكلمات المفتاحية: الإنفاق العام الصحي، الرفاهية الصحية للطفولة ، التكامل المشترك.**

**Résumé**

**Cette étude vise à analyser l'impact de dépenses publiques sociales allouées au secteur de la santé sur la santé maternelle et infantile comme indice de bien-être sanitaire infantile en Algérie durant la période (1985- 2014), cet impact a été testé par l'utilisation des tests de stationnarité, le modèle ECM et le modèle de Cointégration. Les résultats empiriques ont montré que les dépenses publiques sociales allouées ont un impact sur bien-être sanitaire infantile à long terme, sachant que les dépenses publiques allouées à la santé ont un impact positif et statistiquement significatif sur bien-être sanitaire infantile.**

**Mot Clés: dépenses publiques allouées à la santé, bien-être sanitaire infantile, Cointégration.**

**المقدمة:**

تعتبر الصحة أولى الثروات حسب ما قاله الفيلسوف الأمريكي "رالف والدو إمرسون" **Ralph Waldo Emerson** في إحدى مؤلفاته سنة 1860 فالناس يولون أهمية كبيرة للعيش حياة طويلة خالية قدر الإمكان من العلل، ويوضح خبراء اقتصاديات التنمية باستمرار الرابطة القوية بين الدخل والصحة ،فالسكان ذوو الدخل المرتفع غالبا ما يتمتعون بمستويات أفضل من الصحة ورغم وجود الكثير من الإخفاقات و التفاوتات والأخطار على الصحة العامة إلا أن البشرية حققت انجازات هائلة في الوقاية من الأمراض المعدية، والتعامل معها، من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة التي تحققت في أعمار المواطنين فتراجع معدل وفيات الأطفال، والأطفال الرضع، وانتشار وسائل تنظيم الأسرة،.... إذ توفي عدد الأطفال الأقل من 5 سنوات 6,3 مليون طفل سنة 2013 إذ تراجع من 90 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 46 حالة سنة 2013 إن الصحة أحد الجوانب الأساسية للرخاء وحماية الرفاهية البشرية للأفراد والمجتمعات على حد سواء.

كما تندرج صحة الأم و الطفل في صلب المرامي الإنمائية للألفية فالأهداف 4،5،6 كلها تركز على الصحة بصفة خاصة، أما الأهداف الأخرى فكلها ذات صلة بالصحة، وهناك بوادر مشجعة خاصة في مجال صحة الأم والطفل، بالإضافة إلى التوسع في تحصين الأطفال ضد الأمراض الستة الفتاكة منذ مطلع الثمانينات "السل، الكزاز، السعال الديكي، وشلل الأطفال، الحصة الخناق.

و ترصد الجزائر كل سنة مبالغ مالية هامة بشقيها التسيير و التجهيز ،و وضعتها في سلم الأولويات إذ تأتي المراتب الأولى بين القطاعات الوزارية و هذا لتقديم أحسن الخدمات الصحية للمواطن و في أحسن الظروف بأسعار رمزية أو مجانية ، إذ بلغت حجم التحويلات الاجتماعية 2.065,074 مليار دج ما تمثل نسبة 14,91% من الناتج الداخلي الخام سنة 2011 منها 17,8% لقطاع الصحة .

ومن هنا يمنكن صياغة الإشكالية التالية:

**ما مدى مساهمة الإنفاق العام الصحي في تحسين صحة الأم والطفل في الجزائر؟**

ومن أجل الإجابة على الإشكالية يتم تقديم الفرضية الرئيسية التالية:

- الإنفاق العام الصحي يؤدي إلى تحسين صحة الأم والطفل في الجزائر.

بالإضافة إلى الفرضية الرئيسة، يمكن صياغة الفرضيات الفرعية التالية:

– هناك علاقة في المدى الطويل بين نفقات الصحة وصحة الطفل وبالتالي رفاهية الطفولة في الجزائر.

– هناك أثر إيجابي قوي لنفقات الصحة على صحة الطفل في الجزائر، وبالتالي على رفاهية الطفولة.

– ساهمت البرامج الصحية المتبعة في الجزائر في تحسين صحة الأم والطفل وتضييق الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية، وبالتالي الارتقاء برفاهية الطفولة.

**I – الخدمات الصحية للأم و الطفل:**

لقد حظيت قضايا الصحة العامة بأهمية بالغة من قبل السلطات العمومية التي أصبحت تحظى بها الخدمات الصحية المقدمة للمواطن و التي أصبحت تقدم في أحسن الظروف ،و خاصة صحة الأم و

الطفل التي تتطلب عناية خاصة بصفتها أساس الرعاية الأولية المقدمة للسكان هذا من جهة كما تم اعتماد ثلاثة أهداف أساسية من الأهداف التنموية للألفية خاصة بالأم و الطفل، مما استدعى الجزائر تجنيد كل الوسائل المالية و البشرية من أجل ترقية صحة الأم و الطفل فأصبح قطاع الصحة يستفيد بمخصصات مالية هامة بنوعيها التسيير و التجهيز ، عرفت الإعتمادات المخصصة لهذا القطاع ضمن الميزانية العامة للدولة نموا مطردا على مدار العشرية الأخيرة منتقلة من 33,9 مليار دينار جزائري سنة 2000 إلى 381,97 مليار دينار جزائري العام 2015 .

**I- 1- التخطيط العائلي:**

يمكن القول أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل هي شبه معممة فهي تفوق على المستوى الوطني 98% إذ تبين من خلال مختلف التحقيقات التي أجريت أن هناك تجاوبا للسكان مع استعمال وسائل منع الحمل فقدرت نسبة انتشار وسائل منع الحمل بـ 50,9% سنة 1992 حسب التحقيق الجزائري حول صحة الأم والطفل " EASME" حيث بلغ نسبة 57,2% في الوسط الحضري و 56,6% في المناطق الريفية[1]. و ارتفعت هذه النسبة إلى 64,8% في الوسط الحضري و62,9% في الوسط الريفي سنة 2000. و حسب نتائج المسح الوطني لصحة الأم و الطفل لسنة 2002 ارتفعت إلى 78% كما ارتفعت نسبة استخدام الوسائل الحديثة بنسبة 76% بعدما كانت 67% سنة 1992، و تعتبر الحبوب الوسيلة الحديثة الأكثر استعمالا بنسبة 74,6% ثم استعمال اللولب بنسبة 9,2% و يأتي العازل الواقي للرجال في آخر الوسائل الحديثة بنسبة 7%، و يمكن استنتاج من نفس نتائج التحقيق أن هناك تباينات حسب وسط الإقامة فتكون مرتفعة في الوسط الحضري و منخفضة في الأرياف، و تبلغ أقصاها عند الفئة العمرية 35 إلى 39 و ترتفع هذه النسبة مع طول الفترة الزوجية بالإضافة إلى المستوى التعليمي للام الذي يلعب هو الآخر دورا مهما في استعمال وسائل منع الحمل و حتى في نوعيتها" التقليدية أم الحديثة" و حسب تحقيق المركز الوطني لتحاليل السكان و التنمية، لسنة 2005 LSMS بلغت نسبة استعمال وسائل منع الحمل 63,8% في الوسط الحضري و 59% في الوسط القروي منها 55,3% نسبة استعمال الطرق الحديثة،و 5,9% للطرق التقليدية.

و حسب نتائج المسح الجزائري للسكان لسنة 2006"MICS3" أن هناك تباينات واضحة حسب سن المرأة حيث تنخفض نسبة استعمال الوسائل بارتفاع طول الفترة الزوجية، كما بلغت النسبة 62,5% في الوسط الحضري و59,9% في الوسط القروي،و كانت الحبوب بالدرجة الأولى بنسبة 77,6% منها 77% في الوسط الريفي و 78,2% في الوسط الحضري.

كل هذا كان له آثار على مستوى الخصوبة الإجمالي في البلاد إذ هي في تراجع مستمر ، خاصة منذ نهاية الثمانينيات، فإذا كان المؤشر المركب للخصوبة لسنة 1986 يقدر بـ 6,9 طفل لكل إمرأة، فهو يقدر بـ 2,61 طفل لكل إمرأة سنة 2001،لكنه تراجع بسرعة منذ مطلع التسعينيات فكان هذا المؤشر

[1]-Rapport national sur, **"le développement humain « RNDH »"** de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 1998 ;p :47.

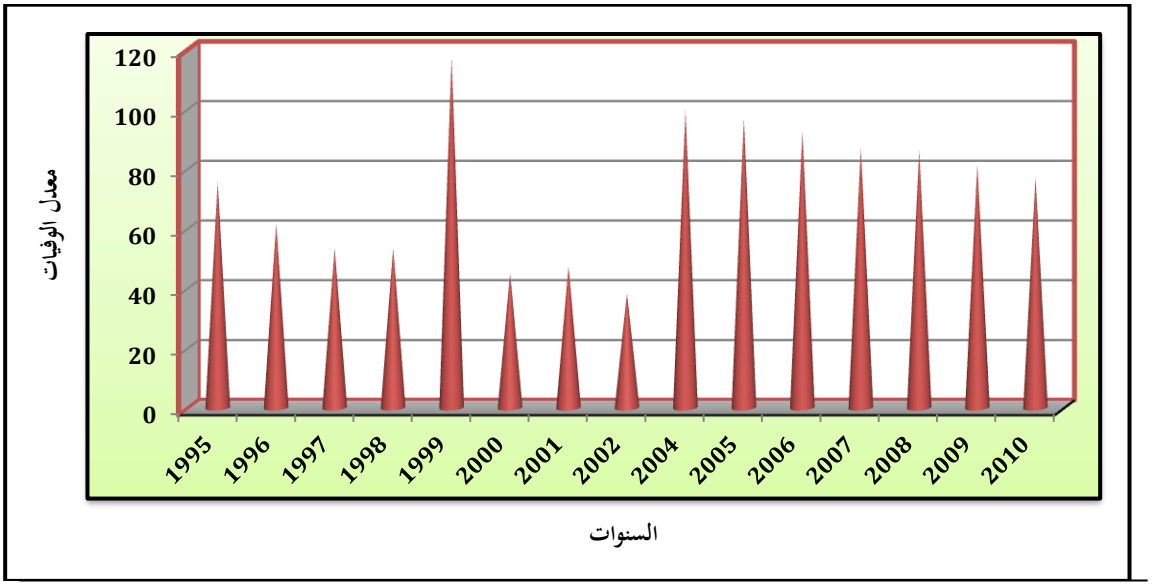
7,8 أطفال لكل إمرأة في سنة 1970 لينخفض إلى 7 أطفال سنة 1980، ثم انخفض إلى 2,54 سنة 2000 أي سجل معدل انخفاض 4 أطفال بين سنتي 1980 و 2000،مقابل طفل واحد بين سنتي 1970 و 1980[2] و حسب التقرير العربي الموحد أصبحت 2,1 سنة2012 .

**I– 2– وفيات الأمهات:**

يهدف المرمى الإنماني الخامس للألفية إلى تحسين صحة الأمومة علما بأن الهدف المقرر لهذا المرمى هو خفض معدل وفيات الأمومة بنسبة 03 أرباع في الفترة بين 1990–2015 و يعمل خفض مخاطر وفاة الأم وتعرضها للمرض بصورة مباشرة على تحسين احتمالات بقاء الطفل على قيد الحياة، فقد أظهرت الأبحاث أن الأطفال الرضع في الدول النامية الذين تتوفى أمهاتهم أثناء الأسابيع الستة الأولى من حياتهم، ،وحسب تعريف المنظمة العالمية للصحة لنسبة وفيات الأمهات، يؤخذ بعين الاعتبار جميع وفيات النساء، النساء الحوامل المتوفين بعد الولادة و/أو خلال 42 يوما التي تلي نهاية الحمل[3]،يتم حساب نسبة وفيات الأمهات بمقارنة مجموع وفيات الأمهات بعدد المواليد الأحياء في سنة واحدة.

**الشكل رقم (01):**

**تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية خلال الفترة 1995– 2010**




**Source : –Rapport national sur O.M.D, Algérie, Juillet 2005, p : 55.**

**– Rapport national sur O.M.D, Algérie, septembre 2010, p : 82.**

وفيات الأمهات في تراجع بالمقارنة بين السنوات حيث كانت 210 في كل 100.000 ولادة حية سنة 1992 ثم أصبحت 117 لكل 100.000 ولادة حية حسب إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية و 96 سنة 2005 و 92,6 سنة 2006 و 87 سنة 2007 وهذا التراجع كله نتيجة للمتابعات

[2] – تقرير للجنة الوطنية للسكان،"**السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010**"،وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،الجزائر،سبتمبر 200023،ص:

[3] Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie,2001 ;p :56

الطبية السابقة الذكر التي تقوم بها الأمهات فحسب ما ورد عن المركز العالمي للطفولة أن الاستشارات قبل الولادة تقوم بتخفيض 50 % من احتمال وفيات الأمهات.

بالإضافة إلى مكان الولادة حيث معظم الولادات أصبحت تتم في المراكز الاستشفائية وهذا على عكس السابق وكما أوضح المسح الجزائري للسكان لسنة 2002 أن ما نسبته 80 % تمت في المستشفى أو في مراكز الأمومة، 6 % في المراكز الصحية 4% في المصحات الخاصة في حين بلغت نسبة الولادات التقليدية "المنزلية" ب 09 % و 1% غير مبينة أما حاليا وحسب ما أفادنا به المسح الأخير لصحة الأم والطفل لسنة 2006 أن 95,3 % تتم في المؤسسات الاستشفائية منها 95,2 %على يد أشخاص مؤهلين موزعة بنسبة 78,1 % على يد قابلة ممرضة Sage–femme infirmière ، ويأتي في المرتبة الثانية الأطباء ب 17,2 % في حين بلغت الولادات التقليدية 2,4 % و 1,2 % من الحالات غير مبين طبيعتها وتكثر الولادات داخل المستشفيات في الأوساط الحضرية فهي تصل إلى 98,1 % و 92 % في الوسط الريفي.

أما خدمات بعد الولادة، قامت بها 30,6 % من النساء، من بينها 36,5% في الوسط الحضري و 23,9% في الوسط القروي وقامت بهذه الزيارات الطبية 18 % من النساء اللواتي ليس لهن مستوى دراسي و 50 % لذوات المستوى الجامعي بعدما كانت سنة 2002 30 % من السيدات قمن بالمتابعة بعد الوضع وتفاوتت هذه النسبة حسب وسط الإقامة إذ نجدها 34 % في الحضر مقابل 26 % في الريف وبنسبة 22 % عند الأميات و 56 % من السيدات الحاصلات على المستوى الثانوي فأكثر وليكن في العلم أن نسبة وفيات الأمهات لا تزال مرتفعة في ولايات الجنوب وهذا بحكم الطابع المناخي القاسي بالمنطقة من جهة وقلة المواصلات من جهة أخرى وبعد المراكز الصحية وهذا ما يعد عائقا على الأم للقيام بالمتابعات الطبية البعدية أو القبلية و حسب التقرير الوطني للتنمية البشرية في الجزائر لسنة 2010 بلغت نسبة الولادات التي أشرف عليها أطباء مؤهلين 97,9% اغلبها كانت على مستوى القطاع العام.

**I– 3– خدمات ما بعد الولادة:**

تنخفض نسبة النساء اللواتي يستفدن من استشارات بعد الولادة، كلما ارتفع عدد ولادات الأطفال، وتخص المتابعة ما بعد الولادة نسبة 30% من النساء المعنيات (34% في المناطق الحضرية و26% في الأرياف) سنة 2002 مقابل 20% سنة 1992. وحسب المستوى التعليمي، تنتقل النسبة من 56% لدى النساء اللائي لديهن مستوى ثانوي أو أكثر إلى 22% لدى الأميين[4]، أما حسب المسح الجزائري لصحة الام و الطفل لسنة 2006 قامت بها 30,6 % من النساء، منها 23,3% تمت على يد أطباء، 7,3% على يد القابلات، من بينها 36,5% في الوسط الحضري و 23,9% في الوسط القروي وقامت بهذه الزيارات الطبية 18 % من النساء اللواتي ليس لهن مستوى دراسي و 50 % لذوات المستوى الجامعي

[4] Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 2004 ;p :78

بعدما كانت سنة 2002 30 % من السيدات قمن بالمتابعة بعد الوضع وتفاوتت هذه النسبة حسب وسط الإقامة إذ نجدها 34 % في الحضر مقابل 26% في الريف وبنسبة 22% عند الأميات و56 % من السيدات الحاصلات على المستوى الثانوي فأكثر %

و هناك عدة عوامل تعجز الأم من عدم الاستفادة من خدمات ما بعد الولادة منها،46% لعدم وجود أثار سلبية بعد الوضع،20,6% بسب ارتفاع التكلفة، 11,6% لعدم توفر الخدمات، 11,5% لديهن خبرة، كما تقل نسبة المتابعة في الوسط الريفي إذ بلغت 17% ، مقابل 03% في الوسط الحضري[5]،و في سنة 2006 كانت لسبب وجود أعراض ما بعد الوضع بنسبة 80,2% و بنسبة 04,5% بسب ارتفاع التكلفة، 02,1% لعدم توفر الخدمات، 02,7% لذيهن خبرة، و 8,1% لعدم علمهن بفوائد خدمات ما بعد الولادة[6].

**I- 4- صحة الطفل:**

لا تزال الجهود الدولية و الوطنية تواصل دعمها للتوسع في تطبيق إستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة باعتبارها أسلوبا لتحسين جودة الرعاية المقدمة للأطفال سواء في المرافق الصحية أو في المنازل، و ينظر إلى التدبير المتكامل لصحة الطفولة على أنه الإستراتيجية الرئيسية لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية فيما يتعلق بصحة الطفولة ، لقد اتخدت الجزائر كل التدابير الرامية للقضاء على الأمراض المتفشية و خاصة التي سايرت المجتمع الجزائري خلال الحقبة الاستعمارية،من أجل حماية الأمومة و الطفولة.

**I -4-1- تلقيح الأطفال:**

يلعب تحصين الأطفال باللقاحات دورا هاما في سبيل تحقيق الهدف الرابع من أهداف الألفية ، حيث أنقذت اللقاحات ملايين الأطفال رغم ذلك إلا أنه لا يزال كثيرا من الأطفال في العالم لا يحضون بالحصول على اللقاحات الدورية و نظرا لما في ذلك من فوائد جاء في برنامج العمل للجمعية العامة للأمم المتحدة خلال الدورة السابعة و العشرون المنعقدة في 10 ماي 2002 تحت عنوان عالم جدير بالأطفال هو ضمان التحصين الكامل للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة بنسبة 90% على الصعيد الوطني على ألا تقل نسبة التغطية عن 80% في كل منطقة[7] ، و لقد كان نجاح حملة استئصال الحصبة عاملا رئيسيا في التأثير على تصميم أنجح برنامج وقائي للصحة العامة في التاريخ و هو برنامج التحصين الموسع الذي أطلق في عام 1974 الذي كان يهدف إلى تطعيم الأطفال ضد الستة أمراض.

و في نهاية الستينيات انطلقت في الجزائر أول حملة للتلقيح الجماعي ضد مرض السل BCG وضد مرض الجدري. وفي سنة 1969 أصبح التلقيح إجباريا ومجانيا ضد أمراض السل، والذباح والكزاز والسعال الديكي، وشلل الأطفال وكذا مرض الجدري. وفي عام 1977، شرع في التلقيح ضد الكزاز

---

[5] Enquête Algérienne sur la santé de la famille, rapport principal, Juillet 2004, p : 81.

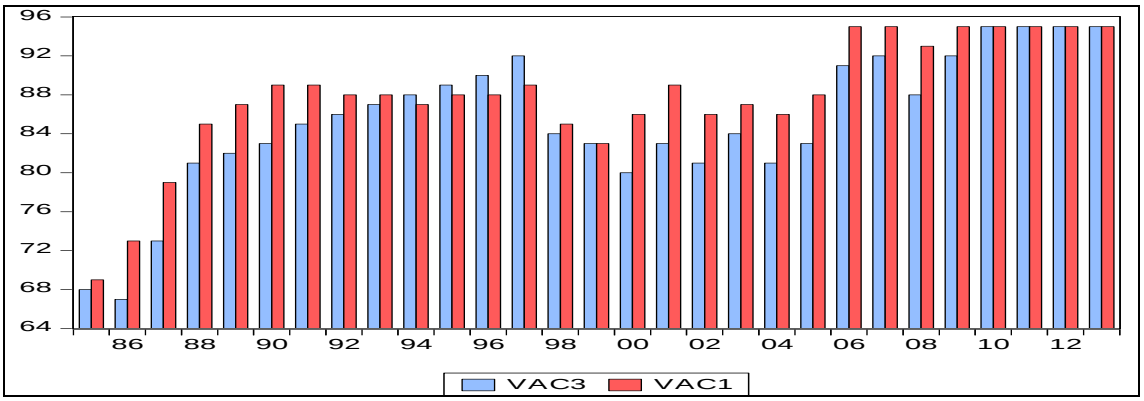
[6] Enquête national a indicateurs multiples «MICS3» Algérie, "Suivi de la situation des enfants et des femmes, Décembre 2008, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques ;p :129.

[7] تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**.29 ص: ،2008 **،عالم جدير بالأطفال**

ليصبح إجباريا عام 1985[8]، وخلال سنة 2000، أضيف تلقيح ضد مرض إلتهاب الكبد من نوع B إلى برنامج التلقيح. ويتم التلقيح ضد هذا المرض بفضل إعطاء 3 جرعات عند الولادة، وبعد بلوغ الشهر وفي الشهر الخامس.

**الشكل رقم (02):**

**تطور نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح الثلاثي و التلقيح ضد الحصبة خلال الفترة 1985-2013**




**Source :World Bank: http://databank.worldbank.org, (WDI).**

**ا -4-2- وفيات الأطفال:**

عرفت وفيات الرضع انخفاض منذ الاستقلال بعدما كانت 142 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 1970 تراجعت لتصبح 84,72 بالألف ثم أصبحت 34,7‰ سنة 2002، و 30,4‰ سنة 2004 و 26,9‰ سنة 2006 و 26,2‰ سنة 2007 وهذا التراجع ناتج عن بنية الوفيات إذ أن نسبة الوفيات لا تشكل سوى 17% من مجموع الوفيات سنة 2002 بعدما كانت 44 % سنة 1970. كما أن هناك تفاوت في المعدلات بين الجنسين تراوح بين 14 نقاط لصالح الإناث سنة 1992 (50,8 ‰ للإناث و36,7‰ للذكور) وأصبح 3 نقاط سنة 2006 دائما لصالح الفتيات (28,3‰ للذكور و25,39 ‰ للإناث). وكما أوضحته بيانات المسح الجزائري للسكان لسنة 2002 أن هناك تباينات حسب وسط الإقامة حيث يكون هذا المعدل منخفض في الوسط الحضري ويكون مرتفع في الوسط القروي فيقدر ب 25,6‰ للإناث في الوسط الحضري بينما 32,3‰ في الوسط الريفي أما معدل وفيات الذكور يقدر ب 33,7‰ و 33,8‰ في الوسط الحضري والريفي على الترتيب، وتراجعت معدلات الوفيات خلال الفترة 1990 إلى 2004 بمعدل 16 نقطة إذ تراجعت من 46,8‰ إلى 30,4‰ ، كانت نسبة التراجع بين سنتي 2000 و 2011 بحوالي 14 نقطة.

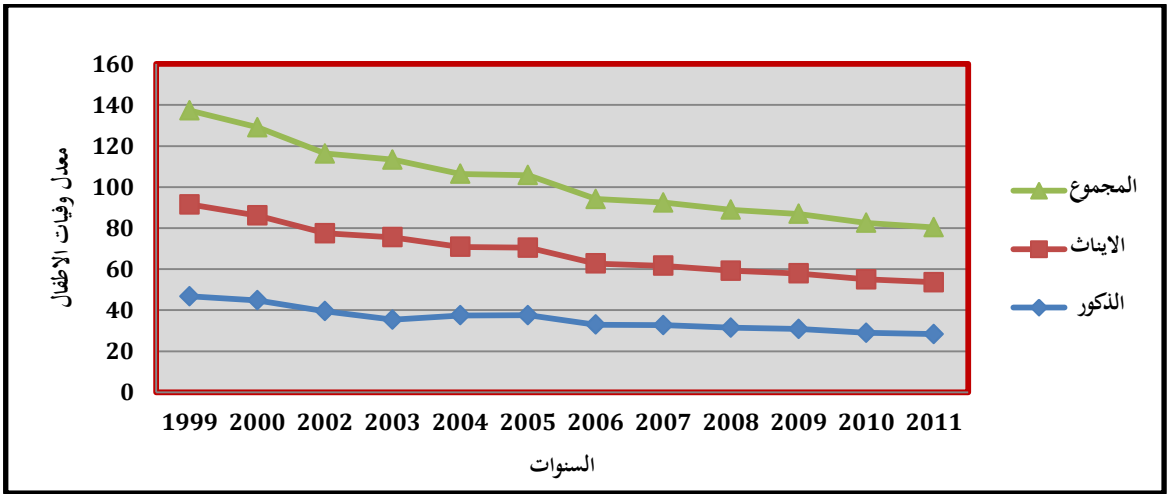
و من بين العوامل التي تؤدي إلى وفاة الأطفال والرضع على وجه الخصوص المستوى التعليمي للأم فمعدل وفيات الأطفال يتماشى بطريقة عكسية مع المستوى التعليمي للأم فكلما ارتفع هذا الأخير انخفض معدل وفيات الأطفال حيث قدر هذا المعدل ب 40 ‰ لدى الأمهات الأميات في حين نجد 12 ‰

[8] Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 1998 ;p :48

بالنسبة للأم ذات المستوى الثانوي أو أكثر ،كما يتأثر أيضا بسن الأم فنجد نسبة الوفيات 30 ‰ في الفئة العمرية (20–34 سنة ) للأم ويرتفع إلى أكثر من 40 ‰ إذ قل السن أوفاق هذا المجال. و من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى وفاة الطفل هي كذلك مرتبة الولادة فيرتفع هذا المعدل كلما كانت مرتبة الولادة متأخرة حيث تصل إلى 27,6‰ إذا كانت في المرتبة الثانية أو الثالثة وترتفع إلى 38,2‰ إذا احتلت المرتبة الرابعة فأكثر مع العلم أن أوّل ولادة يكون فيها المعدل مرتفع أيضا.

كل هذه العوامل بدون ما أن نهمل الجانب البيئي الذي يلعب دورا مهما هوالآخر في حماية حياة الأطفال وخاصة رفاهية المسكن فيصل المعدل إلى 40 ‰ وفاة في المنازل التقليدية و 21 ‰ في المنازل الفردية أو شقق، أما من حيث خصائص المسكن لاسيما المصدر الرئيسي للمياه الصالحة للشرب والربط بشبكة الصرف الصحي وطريقة التخلص من القمامة فيقدر المعدل ب 29,9 ‰ إذا كان مصدر المياه الصالحة للشرب من الشبكة العامة و 39,9 ‰ إذا كانت من مصدر آخر وتعتبر الفئة 1 شهر و 11 شهرا الأكثر تعرضا للوفاة فهي تبلغ 37,9% و 39,6% على التوالي ،أما بالنسبة للربط بشبكة الصرف الصحي فإن المعدل يبلغ 42,2‰ في حالات عدم الربط بالشبكات و29,4‰ إذا كان المسكن مرتبط كذلك التخلص من القمامة تمثل أحد العوامل التي تؤدي إلى تباينات في الوفيات فالمعدل يصل إلى 24,2 ‰ إذا كانت العملية تتم عن طريق جامع القمامات ويرتفع إلى 38,6‰ إذا كانت بطريقة أخرى وتعتبر الفئة أكثر تضررا وتأثرا هي الفئة العمرية بين 1 شهر و 11 شهرا يمثل المعدل ب 28,5 % و 44,3% على التوالي من مجموع وفيات الأطفال[9].

**الشكل رقم (03): تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات خلال الفترة 1999–2011**




**Source : office national des statistiques**

## II– تطور نفقـات قطاع الصحـــة:

يمثل الإنفاق على الصحة إحدى المؤشرات الهامة لقياس التنمية البشرية ،لدى يعتبر توفير الرعاية الصحية اللازمة للأفراد و لا سيما محدودي الدخل من أهم الوسائل لإعادة توزيع الدخل الوطني بين

[9]- Enquête Algérienne sur la santé de la famille, rapport principal, Juillet, 2004, p : 40-43

الأفراد[10]،يساهم الإنفاق العام على الخدمات الصحية بصورة مباشرة في تحسين الحالة الصحية للفرد من خلال تقديم الخدمات الصحية العلاجية، و الخدمات الصحية الوقائية كما يعد أحد مكونات الإنفاق العام الاجتماعي و يقصد به مخصصات الموازنة العامة للدولة للخدمات الصحية وستخدم تلك المخصصات لتقديم خدمات صحية مجانية أو شبه مجانية و تكون متاحة لجميع السكان و بدون أي تمييز أو استثناءات وتتنوع مخصصات الإنفاق العام على الخدمات الصحية[11] بنوعين نفقات التسيير ونفقات التجهيز، في الجزائر وبعد الآثار السلبية لنهج الإصلاحات الإقتصادية الذي تبنته خلال عقد التسعينات على مختلف جوانب البعد الإجتماعي لاسيما قطاع الصحة، عرفت الإعتمادات المخصصة لهذا القطاع ضمن الميزانية العامة للدولة نموا مطردا على مدار السنوات الأخيرة منتقلة من 35,1 مليار دينار جزائري سنة 2000 إلى 195 مليار دينار جزائري العام 2010 . و كنسبة من الناتج الداخلي الخام تضاعفت النفقات الصحية بنحو ثلاث مرات خلال المدة الزمنية 2000– 2008 منتقلة من 3,3% إلى 9,6% هذا الإرتفاع المستمر للنفقات العامة على قطاع الصحة، كان له بالغ الأثر الإيجابي على نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية، وفقا لتعادل القوة الشرائية ، حيث إنتقل من 184,83دولار سنة 2000 إلى 330 دولار سنة 2010 [12]،إلا أنها تبقى ضعيفة بالمقارنة مع بعض الدول التي لها نفس مستويات الدخل.

**الجدول رقم ( 01 )**

**طور ميزانية التسيير لقطاع الصحة و السكان خلال الفترة 1995– 2015 الوحدة (10)[9]دج**

| السنوات | ميزانية الدولة | نفقات القطاع | % النمو* | % إلى الميزانية* | الناتج الداخلي الخام** | %الناتج الداخلي الخام* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1995 | 438 | 21,17 | ١ | 4,83 | 2005 | 61,0 |
| 1996 | 547 | 28,99 | 436,9 | 305, | 2570 | 31,1 |
| 1997 | 640,6 | 28,54 | -1,55 | 64,4 | 2780,2 | 31,0 |
| 1998 | 771,7 | 29,8 | 4,41 | 3,865 | 2830,5 | 1,05 |
| 1999 | 817,7 | 31,68 | 16,3 | 3,87 | 3238,2 | 80,9 |
| 2000 | 965,3 | 33,9 | 17,0 | 3,51 | 4123,5 | 0,82 |
| 2001 | 836,3 | 38,32 | 413,0 | 4,58 | 4227,1 | 10,9 |
| 2002 | 1053,3 | 47,92 | 25,05 | 54,5 | 4522,8 | 61,0 |

[10] – بريشي عبد الكريم، "**دور الضريبة في إعادة توزيع الدخل الوطني :دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1988–2011**"،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،تخصص تحليل اقتصادي،2015،ص:357.

[11] – طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية** ،مكتبة القدس للنشر، 2006 , ص 327، 328.

[12] – بن حاح مونير،بلعاطل عياش،"**أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر2000–2010**" ورقة بحثية مقدمة في فعاليات المؤتمر الدولي حول تقييم لآثار برامج الاستثمارات العامة و انعكاساتها على التشغيل و النمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014، جامعة سطيف ،أيام 11و 12 مارس 2013 ،ص:08.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2003 | 1097,4 | 55,43 | 15,67 | 5,05 | 5252,3 | 61,0 |
| 2004 | 1200 | 63,77 | 515,0 | 5,31 | 6149,1 | 41,0 |
| 2005 | 1200 | 62,46 | -2,05 | 15,2 | 7562 | 30,8 |
| 2006 | 1283,5 | 70,31 | 712,5 | 85,4 | 8514,8 | 30,8 |
| 2007 | 1005,5 | 93,55 | 33,05 | 9,30 | 9366,6 | 1,00 |
| 2008 | 1294 | 129,2 | 138,1 | 9,98 | 11077,1 | 71,1 |
| 2009 | 1858,2 | 178,32 | 238,0 | 609, | 10006,8 | 1,78 |
| 2010 | 2838 | 195,01 | 69,3 | 6,87 | 12034,4 | 1,62 |
| 2011 | 3910,6 | 227,86 | 516,8 | 35,8 | 14481 | 1,57 |
| 2012 | 3910,6 | 404,95 | 277,7 | 610,3 | \ | \ |
| 2013 | 3952,6 | 306,93 | 1-24,2 | 77,7 | \ | \ |
| 2014 | 4243,76 | 365,95 | 319,2 | 8,62 | \ | \ |
| 2015 | 4436 | 381,97 | 84,3 | 8,61 | \ | \ |

**المصدر:- قوانين المالية للجمهورية الجزائرية من سنة 1995 إلى غاية 2011**

**-* القيم محسوبة من طرف الباحثين.**

**- 2011, La Direction des 1962 RETROSPECTIVE STATISTIQUE; - ** Publications, de la Diffusion, de la Documentation et de l'Impression; Office National des Statistiques – Juin 2013;P:135**

نلاحظ أن هناك زيادة هائلة في نفقات التسيير المخصصة للقطاع فارتفعت من 21,17 مليار دج سنة 1995 إلى 381,97 مليار دج أي تضاعف بمقدار 18 مرة و ما يعادل 17% خلال الفترة ،و بهذا يصنف القطاع من القطاعات التي تحظى بميزانية معتبرة من البرنامج الحكومي، و كانت الزيادة محسوسة بداية من سنة 2007 إذ ارتفعت بمعدل 33,05%، و هذا راجع إلى الارتفاع في مستوى الناتج الداخلي الخام الناتج عن ارتفاع عوائد الصادرات النفطية التي ساهمت في ارتفاع الموازنة العامة بالجزائر هذا من جهة ومن جهة أخرى من العوامل التي أدت الزيادة في النفقات الصحية نتيجة للطلب الضخم على الخدمات الصحية ،و التزايد المستمر للسكان ، وما يمكننا ملاحظته من الجدول هو ارتفاع في مستوى نصيب الفرد من نفقات الصحة حيث انتقل من 0,72مليون دج للفرد إلى 3.81 مليون دج.

إن وتيرة نمو النفقات الصحية في الجزائر لم يتم تناولها بالشكل الكافي إلا في منتصف الثمانينات بفعل المعطيات الجديدة التي أصبحت تطبع الاقتصاد الجزائري ، و بالتحديد منذ سنة 1985 ، ففي سنوات السبعينات و بداية الثمانينات فإن نمو النفقات الوطنية للصحة كان في ظل الظروف الملائمة التي سمحت بتوسع النشاط الاقتصادي و من ثم إمكانية تحصيل الإيرادات الضرورية و الكفيلة بتوسيع

المنظومة الصحية و أنشطتها المختلفة [13]،كما توجه الجزائر ارتفاع حاد في الاحتياجات الصحية مما يتطلب جهودا من أجل التحكم في هذه النفقات و حسب تقديرات البنك الدولي فإن التحول الديموغرافي وحده سيؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة بنسبة 60% بالقيمة الحقيقية بين سنتي 2000 و 2020 ، بالإضافة إلى عوامل أخرى يمكن حصرها فيما يلي[14]:

- انتشار الأمراض الوبائية مما يؤدي بالجزائر تحمل تكاليف هامة لمواجهة الأمراض المزمنة التي تشهد ارتفاعا هي الأخرى،كما يتطلب في نفس الوقت مواصلة مكافحة الأمراض المعدية كمرض السل مثلا.
- ستؤدي كذلك إدخال التكنولوجيات الحديثة في المجال الطبي تحمل تكاليف باهظة،للتكفل بمتطلبات السكان
- مطالبة عمال الصحة في القطاع العمومي بالزيادة في الأجور مقارنة بما يتقاضوه في القطاع الخاص و قد حدثت زيادات مرتفعة في السنوات الأخيرة و التي ممكن أن تكون متواصلة و هذا مما سيؤثر على النفقات العمومية
- و أخيرا الفحوصات التي تتم في القطاع الخاص فهي تعوض من طرف صناديق الضمان الاجتماعي حسب التسعيرة المحددة سنة 1987 و التي لم تراجع إلى حد الساعة ، فالمبلغ الذي يعوض بالنسبة للاستشارات عند الطبيب العام 50 دج في حين أن فاتورة هذه الاستشارات تقدر بـ 400دج ، و مبلغ 100 دج بالنسبة للاستشارات المتخصصة في حين أن فاتورة هذه الاستشارات تقدر بـ 700دج ، إن مراجعة هذه الأسعار جارية مما قد يؤدي إلى زيادة في النفقات العمومية .

[13] – عياشي نور الدّين،"**المنظومة الصحية المغاربية–دراسة مقارنة–**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،جامعة قسنطينة 2009-2010،ص:267.

[14]–Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, "**à la recherche d' un investissement public de qualité**", Une revue des dépenses publiques, rapport No 36270-DZ, 15 aout 2007, p 172.

**الجدول رقم (02) تطور ميزانية التجهيز لقطاع الصحة و السكان خلال الفترة 2000– 2015 الوحدة (10)[9]دج**

| السنوات | ميزانية التجهيز للقطاع | | |
|---|---|---|---|
| | ميزانية التجهيز للدولة* | رخص البرامج | اعتمادات الدفع |
| 2000 | 280,84 | 01,97 | 03 |
| 2001 | 4290,2 | 08,03 | 09,48 |
| 2002 | 415,5 | 11,05 | 07,01 |
| 2003 | 8548,9 | 08,36 | 11,41 |
| 2004 | 613,7 | 09,98 | 15,64 |
| 2005 | 00720, | 10,00 | 15,00 |
| 2006 | 750,00 | 41,72 | 21,42 |
| 2007 | 1.477,67 | \ | \ |
| 2008 | 1.932,04 | 37,95 | 36,99 |
| 2009 | 2.788,43 | 49,10 | 44,33 |
| 2010 | 3.331,95 | 131,50 | 170,00 |
| 2011 | 2.475,49 | 81,25 | 137,94 |
| 2012 | 2.849,85 | 41,16 | 35,86 |
| 2013 | 2.240,16 | \ | \ |
| 2014 | 2.744,32 | 104,28 | 113,72 |
| 2015 | 4.079,67 | 65,19 | 56,42 |

**المصدر: – مشروع ميزانية الدّولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من سنة 2000 إلى 2015،المديرية العامة للميزانية.**

**–*قوانين المالية للجمهورية الجزائرية من سنة 2000 إلى غاية 2015**

لقد عرفت ميزانية القطاع نموا سنويا متوسطا 26,13 % خلال عشرية كاملة حيث ارتفعت من 21,76 مليار دج سنة 2000 لترتفع إلى 195,01 مليار دج أي بمعدل نمو هائل يقدر 896,28 % و بالنسبة إلى نفقات الصحة بالمقارنة مع PIB سجلت منوا إيجابيا إذ ارتفعت من 0,53% سنة 2000 إلى 1,18% و يعتبر مقياس نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مؤشرا جيدا للحكم على الحالة الصحية للمجتمع.

تشتغل نفقات التجهيز المخصصة للقطاع نسبا معتبرة مقارنة ببعض القطاعات و خاصة في السنوات الأخيرة نتيجة لإتباع الحكومة لسياسة توسعية في الإنفاق الحكومي الموجه للاستثمارات العمومية منذ سنوات 2000 و ما ساعد الحكومة لتبني هذه السياسة هو الارتفاع الكبير في أسعار النفط و الذي نتج عنه تبني الجزائر برامج تنموية ثرية جدا بدءا من سنة 2001 "برنامج الإنعاش الاقتصادي" الذي حظي القطاع منه بغلاف مالي قدره 07,8 مليار دج و البرنامج التكميلي لدعم النمو سنة 2005 خصص للقطاع 85 مليار دج لإنشاء 212 منشئة ،و أخيرا البرنامج الخماسي لتوطيد النمو سنة 2010 استفاد القطاع منه 619 مليار دج لانجاز 1.594 منشئة صحية و 17 مدرسة لتكوين شبه الطبي.

**III – التحليل القياسي لدراسة أثر الإنفاق العام الصحي على صحة الأم و الطفل في الجزائر:**

سيتم الاستعانة بأدوات تحليل السلاسل الزمنية في تحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة بدل الأساليب التقليدية التي يؤدي استخدامها إلى نتائج مضللة ( Spurious Regression )، نظرا لكون المتغيرات الاقتصادية الكلية تتسم بعدم الاستقرارية (Granger–Newbold 1974[15]).

و من أجل قياس آثار سياسة الإنفاق العام على الصحة، تقوم هذه الدراسة باختبار أثر الإنفاق العام في الصحة على الطفولة في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985– 2013)، تم اختيار متغيرات الدراسة بما ينسجم مع النظرية الاقتصادية والدراسات السابقة، إذ يقدم نموذج الدراسة كالتالي:

$$Vac_t = \beta + \beta_1 Sant_t + \beta_0 + e_{t2} + educ_t$$

$Vac_t$: نسبة تطعيم الأطفال كمتغير ممثل لمؤشر صحة الطفولة.

$Sant_t$: الإنفاق العام على الصحة.

$educ_t$: الإنفاق العام على تعليم الأطفال، هذا المتغير استخدمته عدة دراسات كأحد العوامل المؤثرة في رعاية صحة الطفولة.

$e_t$:حد الخطأ.

- **اختبار جذر الوحدة :**

لطالما استخدمت الدراسات الاقتصادية التي تتعامل مع السلاسل الزمنية طريقة المربعات الصغرى الاعتيادية بدون اختبار استقرارية المتغيرات المستعملة عبر الزمن، وهذا ما يؤدي إلى نتائج مضللة نظرا

[15] C.W.J. Granger and Newbold, Journal of econometrics 2, University of Nottingham NG7 2RD, England, 1973. (1974). http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304407674900347

للإخلال بفرضيات النموذج، مما يؤدي بالتالي إلى ظهور الكثير من المشاكل الإحصائية المعروفة في مثل هذه النماذج التقليدية.

استقرارية سلسلة زمنية (Yt) يعني أن هذه السلسلة الزمنية تتصف بالخصائص الإحصائية التالية[16]:

1- القيمة المتوقعة للسلسلة الزمنية ثابتة $E(Yt)=\mu$

2- التباين ثابت $var(Yt) = E(Yt - \mu)^2 = \sigma^2$

3- التباين المشترك عند فترة تباطؤ (k) يرتبط فقط بالتباطؤ الزمني أو بالفجوة (k) بين الفترتين الزمنيتين وليس بالفترة الحالية التي يحسب عندها التباين المشترك أي أن : $\gamma_k = E[(Y_t - \mu)(Y_{t+k} - \mu)]$

4- ويتم استخدام اختبار فيليبس بيرون من أجل اختبار استقرارية متغيرات الدراسة، ونتائج الاختبار الموضحة في الجدول رقم 3، تثبت أن كتغيرات النموذج كلها متكاملة من الدرجة الأولى، أي أنها مستقرة عند الفرق الأول. حيث تم قبول الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند المستوى عند درجة معنوية 1% و5%، وعند أخذ الفروق الأولى تم رفض الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند الفروق الأولى، أي أنها أصبحت مستقرة عند الفروق الأولى عند درجة معنوية 1% و5%. ومن هنا تظهر ضرورة تقصي وجود علاقة تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة.

**الجدول رقم (3) اختبار فيليبس بيرون للاستقرارية**

[16] Gujarati, D. N., Porter, D. C. (2009), **Basic Econometrics**, The McGraw-Hill, International Edition, 05th edition, pp. 653,654, 744-788.

**اختبار جوهانسون للتكامل المشترك Johansen technique :**

يقدم جوهانسون طريقة مختلفة لاختبار التكامل المشترك للمتغيرات ، حيث يعتبر هذا الاختبار أعم وأشمل من خلال تقديم نتيجة اختبارا لأثر $\lambda_{trace}$ و اختبار القيمة العظمى $\lambda max$، فإذا كانت قيمة الاختبار المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية نرفض الفرض القائل بعدم وجود متجه تكامل لمتغيرات الدراسة ، ونقبل الفرض القائل بوجود على الأقل متجه تكامل واحد. وإذا تم حدث العكس فالنتيجة تكون من خلال قبول الفرض القائل بعدم وجود تكامل مشترك.

و الجدول يوضح لنا نتائج اختبار Johansen لمتغيرات الدراسة لاختبار الفرض العدم القائل بعدم وجود متجه تكامل ($H_0$=r=0) مقابل الفرض البديل الذي يفترض وجود متجه واحد أو أكثر( Ha :r>0).

نتائج الاختبار المعطاة في الجدول رقم (04) توضح رفض الفرضية التي تنص على عدم وجود علاقة تكامل مشترك بين صحة الطفولة وكل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم عند درجة معنوية 5%. (القيمة المحسوبة أكبر من الجدولية لاختباري الأثر والقيمة العظمى). بينما تم قبول فرضية وجود علاقة تكامل مشترك واحدة على الأكثر عند درجة معنوية 5%. أي أن هناك علاقة في المدى الطويل بين صحة الطفولة كمتغير ممثل لرفاهية الطفولة ومكوني الإنفاق العامم الاجتماعي أي كل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم.

| المتغير | الفرق | Pp | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | القيمة المحسوبة | القيمة الحرجة عند 1% | القيمة الحرجة عند 5% | القرار |
| **sant** | Sant | −1.14 | −4.32 | −3.58 | عدم رفض $H_0$ |
| | D(sant) | −7.75 | −4.33 | −3.58 | رفض $H_0$ |
| **vac** | Vac | −2.46 | −4.32 | −3.58 | عدم رفض $H_0$ |
| | D(vac) | −4.69 | −4.33 | −3.58 | رفض $H_0$ |
| **educ** | eduF | 1.18 | −4.32 | −3.58 | عدم رفض $H_0$ |
| | D(eduF) | −7.60 | −4.33 | −3.58 | رفض $H_0$ |

**المصدر: من إعداد الباحثين .**

**الجدول رقم (04)**

**نتائج اختبار التكامل المشترك بطريقة جوهانسون johansen**

| الفرضية الصفرية H0 | الفرضية البديلة H1 | $\lambda_{trace}$ | قيم الحرجة ل $\lambda_{trace}$ 5% | الاحتمال | $\lambda max$ | قيم الحرجة $\lambda max$ 5% | الاحتمال |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| r=0 | r >0 | 57.76457 | 29.79707 | 0.0000 | 43.11754 | 21.13162 | 0.0000 |
| r≤1 | r >1 | 14.64703 | 15.49471 | 0.0668 | 12.88336 | 14.26460 | 0.0817 |
| 2r≤ | 2r > | 1.763672 | 3.841466 | 0.1842 | 1.763672 | 3.841466 | 0.1842 |

**المصدر: من إعداد الباحثين.**

- **تقدير نموذج العلاقة في المدى الطويل**

وبتقدير نموذج العلاقة في المدى الطويل بين رفاهية الطفولة الصحية المقاسة بتلقيح الأطفال وكل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على تعليم الأطفال نحصل على العلاقة التالية:

**انحدار العلاقة التوازنية الطويلة المدى**

$$7{,}24 \cdot 10^{-7}\ Sant_t - 1{,}81 \cdot 10^{-8}\ educ_t\ Vac_t =$$
$$(-4{,}24) \qquad (5{,}55) \qquad (t)$$
$$R^2 = 0.4821 \qquad F_{STAT} = 12.10 \qquad prob\ (fstat) = 0.000193$$

من خلال المعادلة السابقة يتضح أن معامل التحديد($R^2$= 0.4821) يدل على أن 48.21 % من التغيرات في رفاهية الطفولة في هذا النموذج تفسر بدلالة المتغيرات المستقلة، أما باقي التغيرات تفسر بدلالة متغيرات أخرى خارج النموذج هذا يدل على وجود اتجاه خطي عام و متوسط نسبيا للسلسلة محل الدراسة .كما أن إحصائية **F–statistique** والخاصة باختبار المعنوية الكلية للنموذج تقدر ب 12.10 و باحتمال يقدر ب 0.000193 ما يعني أن النموذج مقبول إحصائيا بشكل عام عند مستوى معنوية 1 بالمائة.

نلاحظ أن الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم يؤثران على المدى الطويل في رفاهية الطفولة تأثيرا مفسرا إحصائيا عند درجة معنوية 5%. لكن هذا التأثير إيجابي في ما يتعلق بالإنفاق العام على الصحة وهو ما يثبت أهمية و نجاعة السياسات الصحية المنتهجة في الجزائر منذ 1985 رغم

الحاجة للمزيد من المجهودات في هذا المجال، بينما نجد أن الإنفاق العام على تعليم الأطفال لم يكن له الأثر المنشود، وهو ما يثبت ضرورة بذل المزيد من الجهود في المجال التعليمي، خاصة من ناحية نوعية وجودة التعليم من جهة، وترشيد الإنفاق العام من جهة أخرى.م ن أجل الارتقاء برفاهية أطفال لنحصل على أفراد منتجين ومتزنين في المستقبل.

- **نموذج متجه حد تصحيح الخطأ VECM :**

$$D(VAC)_t = -0,22\,U_{t-1} + 0,13\,D(VAC)_{t-1} + 0,12\,D(VAC)_{t-2} + 4,41(10)^{-8} D(EDUCF)_{t-1}$$
$$[-1,39] \qquad [0,63] \qquad [0,44] \qquad [1,03]$$

$$+6,84(10)^{-8} D(EDUCF)_{t-2} + 1,72(10)^{-7} D(SANT)_{t-1} + 1,46(10)^{-8} D(SANT)_{t-2}$$
$$[0,66] \qquad [1,54] \qquad [1,22]$$

$$-5,76(C)_t$$
$$[-1,17]$$

إن معلمة حد تصحيح الخطأ $U_{t-1}$ سالب الإشارة تساوي $(-0,22)$ و هو ما يوافق النظرية الاقتصادية لكن غير مفسر إحصائيا عند درجة المعنوية 5%، الإنفاق العام على تعليم الأطفال يؤثر في المدى القصير تأثيرا إيجابيا هامشيا وغير مفسر إحصائيا على رفاهية الطفولة، الإنفاق على الصحة يؤثر في المدى القصير تأثيرا إيجابيا ومفسرا إحصائيا على رفاهية الطفولة لكن هذا التأثير يبقى هامشي وضعيف نسبيا، أما التباطؤات الزمنية لنسبة التلقيح الثلاثي للأطفال " الدفتيريا، السعال الديكي الكزاز" والتلقيح ضد الحصبة فهو كذلك يؤثر في المدى القصير تأثيرا إيجابيا هامشيا وغير مفسر إحصائيا على رفاهية الطفولة، إن أثر هذه المتغيرات غير مفسر إحصائيا،يؤكده معلمة حد تصحيح الخطأ غير مفسرة إحصائيا.

- **اختبارات العلاقة السببية:**

لمعرفة التأثير الذي يمكن أن تحدثه متغيرة على متغيرة أخرى نقوم باختبار السببية الذي قدمه *Granger* سنة 1969، و الذي يسمح بمعرفة مدى تأثير المتغيرات على بعضها يتضح لنا وجود علاقات سببية معنوية ثنائية الاتجاه بين مؤشر الإنفاق العام على الصحة و مؤشر الإنفاق العام على تعليم الأطفال عند مستوى معنوية 01 بالمائة.

**الخاتمة:**

اعتبرت منظمة الصحة العالمية بأن الصحة الإنجابية هي أحد أهم أركان الصحة العامة وهي حالة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس فقط غياب المرض، ومن هذا المنطلق ترتبط الصحة الإنجابية ارتباطا وثيق بوجود المرأة وكيانها ودورها في المجتمع مما يجعلها مؤثرة ومتأثرة بكل مراحل حياتها ابتداء من الطفولة وصولا إلى الشيخوخة، لكل طفل الحق في أن يتمتع بأفضل حالة صحية بدنية وذهنية وروحية ممكنة ، وتتعهد الدول بأن تسعى إلى ممارسة هذا الحق بالكامل و تعد نسبة وفيات الأمهات انعكاسا عن التكفل الصحي بالحمل في جوانبه الوقائية أولا ثم الشفائية، كما يعد مؤشرا عن

الاستفادة من العلاج وتجهيزات مصالح طب التوليد، ولا يزال مستوى وفيات الأمهات، أي وفيات النساء بسبب الحمل أو الولادة، يشكل على غرار وفيات الأطفال، مشكل صحة عمومية في الجزائر و من النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية ما يلي:

- لعبت نفقات الصحة دورا بارزا في الرعاية الصحية الأولية و هذا باعتبارها إستراتيجية أساسية لكونها تشمل على برامج وقائية تساهم في خفض معدلات وفيات الأطفال و أمراض الطفولة و الأمراض المتعلقة بالولادة.
- تعميم برامج التلقيح الوطنية والرعاية الصحية المتكاملة للطفل بالإضافة إلى المتابعة الطبية للأم قبل وأثناء و بعد الولادة مجانا.
- تحسين الرعاية الصحية للأم والطفل في المناطق الريفية بنسب مماثلة بتلك التي يستفيد منها سكان المناطق الحضرية بعدما كانت الفارق كبيرا في السنوات الماضية.
- ساهمت برامج الاستثمارات العمومية وكذا النفقات العمومية إلى تحسين مؤشرات التغطية الصحية، وامتصاص الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، فتراجعت نسبة شغل الأسرة بالنسبة للمرضى عدد السكان للمستشفيات، و باقي القطاعات الصحية وعدد السكان لعمال السلك الطبي بعدما كانت هذه المؤشرات مرتفعة جدا.
- بيّنت النتائج القياسية للدراسة أن متغيرات النموذج خلال الفترة (1985– 2013) أن متغيرات النموذج مستقرة عبر الزمن.
- كما أثبتت نتائج الدراسة عن طريق اختبارات التكامل المشترك وجود علاقة في المدى الطويل بين صحة الطفولة وكل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم.
- أظهرت العلاقة في المدى الطويل أن الإنفاق العام على الصحة له تأثير إيحابي مفسر إحصائي على صحة الطفل.
- و رغم هذه التطورات التي تعرفها في مجال خفض معدل وفيات الأطفال، و الرضع مما جعل الجزائر تحتل مراتب متقدمة في هذا المجال إلا أنه لا تزال بعيدة عن المستوى المطلوب لبلوغ الهدف المنشود لسنة 2015، كما لا تزال مناطق الجنوب و بعض المناطق الأخرى تعاني من تأخر في الرعاية الصحية.
- وبالتالي فقد أثبتت نتائج الدراسة قبول الفرضيات الثلاثة التي تم صياغتها للإجابة على إشكالية الدراسة.

**قائمة المراجع:**

– طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ،مكتبة القدس للنشر، 2006.

– تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولةUnicef،عالم جدير بالأطفال، 2008

– تقرير للجنة الوطنية للسكان،"السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010" وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،الجزائر،سبتمبر 2000

– مشروع ميزانية الدّولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من سنة 2000 إلى 2015،المديرية العامة للميزانية.

–مشاريع قوانين المالية للجمهورية الجزائرية من سنة 2000 إلى غاية 2015

– عياشي نور الدّين،"المنظومة الصحية المغاربية–دراسة مقارنة–"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،جامعة قسنطينة 2009–2010.

بريشي عبد الكريم، "دور الضريبة في إعادة توزيع الدخل الوطني :دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1988–2011"،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،تخصص تحليل اقتصادي،2015.

– بن حاح مونير،بلعاطل عياش،"أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر2000–2010" ورقة بحثية مقدمة في فعاليات المؤتمر الدولي حول تقييم لآثار برامج الاستثمارات العامة و انعكاساتها على التشغيل و النمو الاقتصادي خلال الفترة 2001–2014، جامعة سطيف ،أيام 11و 12 مارس 2013

–Projet de rapport, "la santé de la mère et de l'enfant ", CNES, IX ème Session Plénière ;28-29 octobre ;Algérie, 1997

-Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 1998

-Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie,2001

-Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 2004

-Enquête Algérienne sur la santé de la famille, rapport principal, Juillet 2004

-Enquête national a indicateurs multiples «MICS3» Algérie, "Suivi de la situation des enfants et des femmes, Décembre 2008, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques

- Le rapport national sur O.M.D, Algérie, Juillet, 2005.

- Rapport national sur O.M.D, Algérie, septembre 2010.

-C.W.J. Granger and Newbold, Journal of econometrics 2, University of Nottingham NG7 2RD, England, 1973. (1974).

- Gujarati, D. N., Porter, D. C. (2009), Basic Econometrics, The McGraw-Hill, International Edition, 05th edition

-Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, "à la recherche d' un investissement public de qualité", Une revue des dépenses publiques, rapport No 36270-DZ, 15 aout 2007.

- RETROSPECTIVE STATISTIQUE;1962 - 2011, La Direction des Publications, de la Diffusion, de la Documentation et de l'Impression; Office National des Statistiques – Juin 2013.

**- World Bank: http://databank.worldbank.org, (WDI).**