جامعة يحيى فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

الموضـــــوع:

علاقة إدارة الحكم الراشد بالإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر
دراسة قياسية تحليلية للفترة (1996-2017)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية

تخصص : اقتصاد وإحصاء تطبيقي

من إعداد الطالب:
بوزياني عبدالرزاق

تحت إشراف الأستاذ:
أ/د. تهتان موراد

أعضاء لجنة المناقشة

أ/د. مزيود إبراهيم	أستاذ	جامعة المدية	رئيسا
أ/د.تهتان موراد	أستاذ	جامعة المدية	مقرراً
أ/د. براق عيسى	أستاذ	جامعة البليدة 2	عضوا ممتحنا
أ/د. رتيعة محمد	أستاذ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. صغيري سيد علي	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. جوادي علي	أستاذ محاضر أ	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية:2020-2021

جامعة يحيى فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

الموضـــــوع:

علاقة إدارة الحكم الراشد بالإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر
دراسة قياسية تحليلية للفترة (1996-2017)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية

تخصص : اقتصاد وإحصاء تطبيقي

من إعداد الطالب:
بوزياني عبدالرزاق

تحت إشراف الأستاذ:
أ/د. تهتان موراد

أعضاء لجنة المناقشة

أ/د. مزيود إبراهيم	أستاذ	جامعة المدية	رئيسا
أ/د.تهتان موراد	أستاذ	جامعة المدية	مقررا
أ/د. براق عيسى	أستاذ	جامعة البليدة 2	عضوا ممتحنا
أ/د. رتيعة محمد	أستاذ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. صغيري سيد علي	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. جوادي علي	أستاذ محاضر أ	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية: 2020-2021

شكر وعرفان

لك الحمد ربنا يا من مننت علينا بنعمة العلم ويسرت لنا سبله ويسرت لنا من يعيننا على تحصيله وعلمتنا ما لم نكن نعلم .....

ثم الصلاة والسلام على خير المعلمين سيد الخلق أجمعين.....

أتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل: الأستاذ الدكتور "تهتان موراد" الذي أشرف على هذه المذكرة، وساهم بملاحظاته القيمة وإرشاداته التي أفادتني في إتمامها، فشكرا لك على عطائك الدائم، ونسأل الله لك دوام الصحة والعافية وأن يوفقك لما يحب ويرضى.

كما أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان إلى أساتذة لجنة المناقشة الذين خصصوا جزءا من وقتهم لمناقشة هذا العمل وتقييمه وإثرائه فجزاهم الله خيرا.

وأخيرا أتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة الذين علموني في جميع أطوار التعليم (إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

إهداء

إلى روح أبي رحمة الله عليه

إلى أمي بارك الله في صحتها وأطال عمرها ورزقني برها.

إلى كل إخوتي وأخواتي وجميع الأصدقاء والزملاء

إلى كل من دعا الله لي غيبا او جهرا

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد أثر متغيرات إدارة الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)، ولتحقيق ذلك قمنا باستخدام المنهج التحليلي القياسي، مستعملين أدوات القياس الإقتصادي والمتمثلة في طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS) في تقدير نموذج الدراسة، وبعض الاختبارات الإحصائية المرافقة.

تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول، حيث تناولنا في الفصل الأول الإطار النظري للحكم الراشد من حيث مفهومه، عناصره، أبعاده، خصائصه ومؤشرات قياسه، في حين تم التطرق في الفصل الثاني إلى الاطار المفاهيمي للمنظومة الصحية، ماهية الإنفاق الحكومي، وماهية الإنفاق الحكومي الصحي، أما الفصل الثالث فخصص لعرض وتحليل واقع مؤشرات الحكم الراشد والإنفاق على الصحة في الجزائر، وأخيرا الفصل الرابع وهو جوهر الدراسة، والذي قدمنا من خلاله نمذجة قياسية للمتغيرات الخاصة بمؤشرات الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017).

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها وجود أثر سلبي ومعنوي لمؤشري السيطرة على الفساد وجودة التشريعات وتطبيقها في الإنفاق الحكومي على الصحة، بينما مؤشرات أخرى المتمثلة في مؤشر فعالية الحكومة، مؤشر الاستقرار السياسي، مؤشر سيادة القانون ومؤشر المشاركة والمساءلة لم يوجد لها أي أثر معنوي.

الكلمات المفتاحية: الحكم الراشد، الإنفاق الحكومي الصحي، طريقة المربعات الصغرى.

Abstract

This study aims to determine the effect of the variables of good governance on government health spending in Algeria During the period (1996-2017) To obtain this we used the standard analytical method Using the economic measurement tools represented by the ordinary least squares (OLS) method in estimating the study model, And some associated statistical tests.

This study was divided into four chapters. In the first chapter, we dealt with the theoretical framework of good governance in terms of its concept, elements, dimensions, characteristics, and indicators of its measurement While the second chapter deals with the conceptual framework of the health system, what is government spending, and what is government health spending The third chapter was devoted to presenting and analyzing the reality of the indicators of good governance and spending on health in Algeria, and finally, the fourth chapter, which is the essence of the study, through which we presented a standard modeling of the variables of the indicators of good governance on government health spending in Algeria during the period (1996-2017).

The study found several results, the most important of which is the negative and significant impact of the indicators on controlling corruption and the quality of legislation and its application on government spending on health.

While other indicators such as the government effectiveness index, political stability index, rule of law index, and participation and accountability index did not have any significant impact.

Keywords : good governance, Government health expenditure, ordinary least squares .

فهرس المحتويات:

العنوان	رقم الصفحة
كلمة شكر وعرفان	I
الإهداء	II
المستخلص	III
فهرس المحتويات	IV
قائمة الأشكال	VIII
قائمة الجداول	IX
قائمة الملاحق	X
مقدمة	أ-خ
الفصل الأول: **الإطار النظري للحكم الراشد**	33-2
تمهيد:	2
المبحث الأول: مفهوم الحكم الراشد	3
المطلب الأول:نشأة وتطور مصطلح الحكم الراشد	3
المطلب الثاني: أسباب ظهور الحكم الراشد	6
المطلب الثالث: تعريف الحكم الراشد	10
المبحث الثاني: عناصر وأبعاد الحكم الراشد	15

المطلب الأول:عناصر الحكم الراشد	15
المطلب الثاني: أبعاد الحكم الراشد	20
المبحث الثالث: خصائص ومؤشرات الحكم الراشد	23
المطلب الأول:خصائص الحكم الراشد	23
المطلب الثاني:قياس الحكم الراشد	27
المطلب الثالث:مؤشرات الحكم الراشد	28
خلاصة الفصل:	33
الفصل الثاني: **مفاهيم حول المنظومة الصحية والإنفاق الحكومي الصحي**	65-35
تمهيد:	35
المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية	36
المطلب الأول: تعريف النظام الصحي وأهدافه	36
المطلب الثاني: وضائف ومكونات النظام الصحي	38
المطلب الثالث: محددات والعوامل المؤثرة في النظام الصحي	41
المبحث الثاني: ماهية الإنفاق الحكومي	45
المطلب الأول: تعريف الإنفاق الحكومي وأركانه	45
المطلب الثاني: تقسيمات (تصنيفات) الإنفاق الحكومي	48
المطلب الثالث:. ظاهرة تزايد الإنفاق الحكومي	50

المبحث الثالث: ماهية الإنفاق الحكومي الصحي	58
المطلب الأول: تعريف النفقة الصحية وأنواعها	58
المطلب الثاني: أهمية الإنفاق الحكومي على الصحة ومقاييسه	60
المطلب الثالث: العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي	61
خلاصة الفصل:	65
الفصل الثالث: **تحليل واقع مؤشرات الحكم الراشد والإنفاق على الصحة في الجزائر**	104-67
تمهيد:	67
المبحث الأول: تحليل تطور مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر (وفقا لبيانات البنك الدولي)	68
المطلب الأول:تطور مؤشري التعبير عن الرأي والمساءلة، والاستقرار السياسي	68
المطلب الثاني:تطور مؤشري الأطر التنظيمية وفعالية الحكومة	73
المطلب الثالث:تطور مؤشري سيادة القانون والسيطرة على الفساد	77
المبحث الثاني: تطور المنظومة الصحية ومصادر تمويلها في الجزائر	82
المطلب الأول:تطور مراحل المنظومة الصحية في الجزائر	82
المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي في الجزائر	89
المبحث الثالث: تحليل نفقات قطاع الصحة بالجزائر	92

المطلب الأول: تطور الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية	92
المطلب الثاني: تطور نفقات التسيير الخاص بقطاع الصحة	100
المطلب الثالث: تطور نفقات التجهيز الخاص بقطاع الصحة	102
خلاصة الفصل:	104
الفصل الرابع: قياس تأثير مؤشرات الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر.	147-106
تمهيد	106
المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة	107
المطلب الأول: الدراسات السابقة المحلية	107
المطلب الثاني: الدراسات السابقة العربية	114
المطلب الثالث: الدراسات السابقة الأجنبية	119
المطلب الرابع: موقع الدراسة من الدراسات السابقة	123
المبحث الثاني: دراسة ارتباطية بين الإنفاق الحكومي الصحي ومؤشرات الحكم الراشد في الجزائر	124
المطلب الأول: تقديم المتغيرات وعينة الدراسة	124
المطلب الثاني: تحديد العوامل الأساسية لمتغيرات الدراسة	126
المطلب الثالث: تحليل فترة الدراسة	128
المبحث الثالث: صياغة وتقدير النموذج	130

المطلب الأول: الخصائص الإحصائية	130
المطلب الثاني: تحديد النموذج والمتغيرات	138
المطلب الثالث: تقدير النموذج	140
خلاصة الفصل:	147
خاتمة :	157-149
قائمة المراجع:	179-158
ملاحق:	186-180

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
(1.1)	ترابط العناصر الفعالة للحكم الراشد	20
(1.2)	أسباب نمو الانفاق الحكومي	57
(1.3)	تطور نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)	93
(2.3)	تطور نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)	95
(3.3)	تطور قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي في الجزائر للفترة (2000-2017)	96
(4.3)	تطور نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام في الجزائر للفترة (2000-2017)	98
(5.3)	تطور نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر للفترة (2000-2017)	99
(6.3)	تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر للفترة (1996-2017)	101
(7.3)	تطور نفقات التسيير لميزانية الدولة في الجزائر للفترة (1996-2017)	101
(8.3)	تطور نفقات تسيير الصحة نسبة لنفقات تسيير الدولة في الجزائر للفترة (1996-2017)	101
(1.4)	التمثيل البياني لسنوات الدراسة	127
(2.4)	التمثيل البياني للمتغيرات وفترة الدراسة على المستوى الأول	128
(3.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	129
(4.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الفساد	130
(5.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشرسيادة القانون	131
(6.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الأطر التنظيمية	131
(7.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة لمؤشر فعالية الحكومة	132
(8.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الاستقرار السياسي	133
(9.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الصوت والمساءلة	133
(10.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة	134

(11.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة	135
(12.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة متوسط العمر المتوقع عند الولادة	135
(13.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة النمو السكاني	136
(14.4)	الخصائص الإحصائية لسلسلة لنمو إجمالي الناتج المحلي	137
(15.4)	اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي	144

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
(1.3)	تطور مؤشر الصوت والمساءلة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	69
(2.3)	تطور مؤشر الاستقرار السياسي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	71
(3.3)	تطور مؤشر فعالية الحكومة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	74
(4.3)	تطور مؤشر الأطر التنظيمية في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	76
(5.3)	تطور مؤشر سيادة القانون في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	78
(6.3)	تطور مؤشر السيطرة على الفساد في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)	80
(7.3)	تطور المنشآت القاعدية والمستخدمين في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (1974-1989)	83
(8.3)	تطور المنشآت الصحية والمستخدمين في الجزائر للفترة (1990-2000)	85
(9.3)	تطور المنشآت القاعدية والمستخدمين في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (2001-2009)	87
(10.3)	تطور المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين في في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (2010-2017)	89
(11.3)	تطور نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)	93
(12.3)	تطور نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)	94
(13.3)	تطور قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي في الجزائر للفترة (2000-2017)	96
(14.3)	تطور نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام في الجزائر للفترة (2000-2017)	97

(15.3)	تطور نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر للفترة (2000-2017)	99
(16.3)	تطور نفقات التسيير في الجزائر للفترة (1996-2017)	100
(1.4)	نتائج تقدير النموذج الملائم للدراسة	140
(2.4)	اختبار وجود مشكلة الارتباط الذاتي من الدرجة الثانية	143
(3.4)	اختبار وجود مشكلة عدم تجانس التباين	143
(4.4)	اختبار مشكلة التعدد الخطي	144

قائمة الملاحق:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	القيم الذاتية	180
02	التمثيل البياني للقيم الذاتية	180
03	الأشعة الذاتية الوحدوية المرفقة بالقيم الذاتية	181
04	نسبة تمثيل المتغيرات على المحاور	181
05	قيم (cos^2)	182
06	التمثيل البياني لإحداثيات نقاط المتغيرات (F_1,F_2)	182
07	إحداثيات الأفراد على المحاور العاملية	183
08	نسبة تمثيل الأفراد على المحاور العاملية	183
09	قيم Cos^2 للأفراد	184
10	نتائج تقدير الأولي لنموذج الإنفاق الحكومي الصحي	184
11	نتائج إختبار Breusch-Godfrey للإرتباط الذاتي بين الأخطاء	185
12	نتائج اختبار ARCH لثبات التباين	186

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الإنفاق الحكومي أحد الوسائل المهمة التي تستخدمها الدولة لتحقيق أهدافها الاقتصادية والاجتماعية؛ وذلك للوصول إلى استقرار الاقتصاد الكلي، وتحقيق التنمية الاقتصادية، ورفع مستوى الرفاهية، وتحسين المستوى الصحي والتعليمي لافراد المجتمع، ومن هنا تتضح أهمية الانفاق الحكومي كمحرك أساسي يساهم بشكل ايجابي في تحسين مؤشرات الاقتصاد الكلي، وتحفيز النمو، ورفع مستويات رأس المال البشري القادر على تعزيز الاستخدام الفعال للمعرفة والمهارات، وما يفسر ذلك التعزيز تحسين الحالة الصحية للأفراد التي تتأتى بزيادة حجم الانفاق على الصحة الذي يعتبر جزء مهم من مكونات الانفاق العام.

يسعى متخذ القرار في البلد إلى تطوير قطاع الصحة، وذلك بتكوين الأطباء وبناء الهياكل الاستشفائية وزيادة حجم الانفاق على الصحة الفردية بهدف الوصول إلى مجتمع سليم صحيا في اطار يسمح بتحقيق أكبر منفعة صحية بالقدر الذي يكفي من الإنفاق المخصص، غير أن هذه الهدف تعيقه الكثير من العوامل، فوجود حواجز تنظيمية، وعدم اكتمال سيادة القانون، وعدم وجود مساءلة والشفافية، وسوء التسيير، تشكل عوائق الإصلاح في القطاع الصحي، يحول دون تحقيق ترشيد الانفاق على الصحة بشكل يجمع بين تحسين مستوى الصحة وترشيد حجم الانفاق على الصحة.

وبما أن الصحة تشكل أولوية لكل الشعوب أصبح من الضروري فتح الحوار والنقاشات من أجل تحقيق إصلاحات شاملة على مستوى الأنظمة الصحية، وفي هذا الإطار برز مفهوم الحكم الراشد في النظام الصحي بوصفه الآلية الضرورية لإصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدلا وقابلة للمساءلة وأكثر استجابة لمتطلبات الأفراد وأكثر كفاءة عبر استهداف خدمات صحية أفضل، وهذه النقطة كانت ومازالت محور اهتمام الشعوب والحكومات.

مازالت الجزائر كغيرها من البلدان النامية تعيقها العديد من مشاكل القطاع الصحي رغم التطور الكبيرة منذ استرجاع الجزائر لسيادتها، تزامن هذا التطور مع التطور الاقتصادي والاجتماعي الذي شهده المجتمع الجزائري بشكل عام، وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذا القطاع، أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذه القطاعات من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة، ونظرا لأهمية الصحة فإن مسألة تحديد المخصصات المالية لهذا القطاع تعتبر أيضا مسألة حساسة ومعقدة تستوجب التخطيط لها، وعليه فإن الإنفاق الحكومي على الصحة لا يتحدد إلا وفقا لمخططات مرسومة مسبقا يتم من

خلالها تحديد الحاجيات والأهداف المراد تحقيقها مع الأخذ بالحسبان الشح في الموارد، وعليه لزم الأمر أن تتسم هذه الخطط بالكفاءة والتي تتعزز في ظل مبادئ الحكم الراشد.

2- طرح الإشكالية:

وانطلاقا من العرض السابق تظهر لنا إشكالية هذه الدراسة والتي يمكن صياغتها في التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى تأثير مؤشرات الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- ما هو مفهوم الحكم الراشد؟ وما هي مختلف مؤشراته؟
- ما هو واقع المؤشرات الأساسية الست للحكم الراشد في الجزائر؟
- ما هو واقع المنظومة الصحية والإنفاق الصحي في الجزائر؟
- ما هي المتغيرات الأساسية التي تؤثر في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر؟

3- الفرضيات: للإجابة على هذه الأسئلة نقوم بوضع الفرضيات التالية:

- تتصف المؤشرات الست للحكم الراشد في الجزائر بالضعف والتدهور.
- مرت المنظومة الصحية الجزائرية بعدة مراحل منذ الاستقلال عرفت من خلالها عدة تطورات وإنجازات هيكلية من خلال الإنفاق الصحي الموجه إليها.
- إن المتغيرات الديموغرافية تعد أهم المتغيرات المؤثرة في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر.

4- دوافع اختيار البحث:

هناك عدة دوافع لاختيارنا هذا الموضوع من بينها:

- حداثة الموضوع المدروس وأهميته العلمية وارتباطه بالواقع المعاش حاليا.
- محاولة إثراء الموضوع نتيجة لندرة الدراسات القياسية التي تبحث في طبيعة التأثير بين مؤشرات إدارة الحكم الراشد والإنفاق العام على الصحة في الجزائر.
- أهمية هذا الموضوع كون أن قطاع الصحة يعتبر القطاع الأكثر استهلاكا للموارد المالية.

5- أهداف البحث:

يمكن حصر أهم أهداف هذا البحث فيما يلي:

إن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو توضيح طبيعة التآثير الموجود بين مؤشرات إدارة الحكم الراشد والإنفاق العام على الصحة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017) من خلال بناء نموذج قياسي بإستخدام أساليب التحليل وأدوات القياس الاقتصادي.

- بالإضافة إلى الإحاطة بالإطار النظري لكل من الحكم الراشد، النظام الصحي، الإنفاق الحكومي، والإنفاق الحكومي الصحي.
- الوقوف على واقع مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر.
- الوقوف على مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر ومعرفة أهم مميزات كل مرحلة؛
- التعرف على مصادر التمويل المعمول بها في المنظومة الصحية في الجزائر؛
- تقييم الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)، ومحاولة تقديم مقترحات وتوصيات في ظل النتائج المتوصل إليها.

6- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الموضوع في النقاط الموالية:

- محاولة إثراء المادة العلمية التي تفيد الباحثين وتبين لهم كيفية ارتباطها بالواقع الفعلي، حيث يلاحظ قلة الأبحاث والدراسات المتعلقة بهذا الموضوع خاصة على المستوى المحلي.
- تساعد الدراسة على معرفة أهم العوامل التي تؤثر على الإنفاق الحكومي الصحي.

7- حدود الدراسة:

تتحدد دراستنا لهذا الموضوع من جانب موضوعي والآخر زماني وجانب مكاني

- الجانب الموضوعي: يتعلق بمفاهيم حول الحكم الراشد والإنفاق الحكومي والإنفاق الحكومي الصحي.
- الجانب الزماني: أما الجانب الزماني للدراسة فهو محدد بالفترة (1996-2017).
- الجانب المكاني: فقد وقع اختيارنا للجزائر.

8- منهج الدراسة وأدواتها:

من أجل الإجابة على الإشكالية المطروحة والإلمام بكافة جوانب هذه الدراسة، سنعتمد على المنهج الوصفي في الجانب النظري وذلك عند تناول الجوانب النظرية لكل من الحكم الراشد والإنفاق الحكومي والإنفاق الحكومي الصحي، من خلال الاعتماد على الكتب، المقالات العلمية، الملتقيات الوطنية والدولية، أطروحات دكتوراه، رسائل الماجستير والمواقع الإلكترونية، كما تم الاعتماد على المنهج القياسي وأدواته بهدف

تحديد طبيعة التأثير الموجود بين مؤشرات الحكم الراشد والإنفاق العام على الصحة، حيث سيتم محاولة بناء نموذج إحصائي قياسي يظهر العلاقة بين المتغير التابع المتمثل في المتمثل في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي ومجموعة من المتغيرات المستقلة المتمثلة في مؤشرات الحكم الراشد الستة بالإضافة إلى بعض المتغيرات الديموغرافية و المتغيرات الاقتصادية، وتم الاستعانة ببرنامج Eviews10 لتقدير واستخراج النتائج وإجراء الاختبارات اللازمة، وبالنسبة للإحصائيات فقد تم الحصول عليها في الموقع الالكتروني لقاعدة بيانات البنك الدولي.

9- الدراسات السابقة:

نستعرض الدراسات السابقة في المبحث الأول من الفصل الرابع تحت عنوان " عرض ومناقشة الدراسات السابقة"، حيث نتناول مجموعة من الدراسات الكمية المختلفة المحلية والعربية والأجنبية في مجال الموضوع، فيما هناك مجموعة من الدراسات السابقة التي ركزت على الجانب النظري والتي تجلت كما يلي:

- دراسة فرج شعبان بعنوانً الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد النفاق العام والحد من الفقر ، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، سنة2011 - 2012

سعى الباحث من خلالها إلى توضيح الدور المحوري الذي يلعبه الحكم الراشد في إدارة موارد الدولة المختلفة على أحسن صورة وتوجيهها إلى المجالات الاقتصادية والاجتماعية التي تعمل على تحقيق النمو المستدام، لتقلل من الفساد بكل أنواعه، وأهم ما توصل إليه الباحث هو أن: بات الحكم الراشد ملازما لجهود مكافحة الفقر المحلية منها و الدولية فهو شرط أساسي وحاسم لفعالية التنمية، إذ يعزز النمو ويضمن إيجابية مناخ الاستثمار، ويشجع التمكين، ويفتح أبواب المشاركة لأطياف المجتمع في مختلف مناحي الحياة، كما انه يضمن سيادة وحكم القانون ما يسهل حصول الفقراء على نصيبهم من التنمية، ويخفض حقوقهم خاصة في ظل تنامي ظاهرة الفساد، للحكم الراشد مطلبا حقيقيا لحكومات الدول كونه يساعد على الاستخدام الفاعل للموارد المالية، وحسن استغلالها عن طريق محاربة الفساد بكل أشكاله وأنواعه، وتفعيل آليات الشفافية والنزاهة والمساءلة والرقابة في إدارة الأموال العامة، يتطلب استمرار مكافحة الفقر من الحكومة تبني خطوات وإجراءات فعلية ومعلنة جديدة متخذة للحد منه في إطار سياسة رشيدة في إدارة الحكم مبنية على رؤية شاملة متكاملة لتنمية الاقتصادية المستدامة.

- دراسة علي دحمان محمد بعنوان " تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي الجزائري" أطروحة دكتوراه نوقشت في الموسم الدراسي 2016-2017.

سعى الباحث من خلالها إلى تقييم مدى فعالية الإنفاق الصحي في الجزائر وأظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج، ومن جهة أخرى بينت الدراسة على أنه بالرغم من سيطرة الإنفاق الصحي العمومي على مجموع النفقات الصحية، إلا أنه في تناقص مقابل الارتفاع في مساهمة القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية وهذا يدل على الإنخفاض التدريجي في مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية للجزائريين.

- دراسة دريسي أسماء بعنوان " تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)"، مقال منشور بمجلة المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد السادس، 2015.

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل وتطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر ومدى فعاليته خلال الفترة (2004-2013) في إطار عملية إصلاح المنظومة الصحية، فرغم ارتفاع ميزانية قطاع الصحة، إلا انه لم يحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية، ومزال هذا القطاع منهار فالجزائر تعاني من سوء توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني، خاصة إذا علمنا أن معظم المؤسسات الصحية الخاصة موجودة في المدن الكبرى والشمالية منها، مما يدعو إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة، وجعلها تتماشى مع التوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن.

10- صعوبات الدراسة:

فيما يخص الجانب النظري للدراسة فقد تمثلت الصعوبة في العثور على المراجع ذات المعلومات القيمة باللغة العربية والأجنبية، لا سيما تلك المتعلقة بالإنفاق الحكومي الصحي إضافة تلك التي تدرس العلاقة بين مؤشرات الحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي، أما أهم الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة التحليلية والقياسية فتمثلت في جمع البيانات حيث وجدنا تضاربا في المعطيات عند نفس المصدر بإختلاف التقارير وتواريخ إصداراتها، ناهيك عن وجود بعض القيم المفقودة المتعلقة بمؤشرات الحكم الراشد، بالإضافة إلى ضيق فترة مجال الدراسة وكثرة المتغيرات المتعلقة بالدراسة.

11- هيكل الدراسة:

من أجل معالجة هذا الموضوع تم تقسيم الدراسة إلى أربعة فصول أساسية كانت على النحو التالي:

الفصل الأول بالتأصيل النظري للحكم الراشد، وقد جاء في ثلاثة مباحث، سوف نتطرق في المبحث الأول إلى الإطار التاريخي للحكم الراشد وأسباب ظهوره ثم ننتقل إلى تعريف الحكم الراشد، أما في المبحث الثاني فقد نعرض من خلاله إلى تبيان عناصر الحكم الراشد وأبعاده، وأخيرا المبحث الثالث ويتم عرض أهم خصائص الحكم الراشد ومؤشرات قياسه.

بينما الفصل الثاني فيتم الإلمام بالجانب النظري للمنظومة الصحية، الإنفاق الحكومي، والإنفاق الحكومي الصحي، حيث يتم التطرق في المبحث الأول إلى ماهية المنظومة الصحية، من خلال إبراز المفاهيم الأساسية المرتبطة بالنظام الصحي وأهداف المنظومة الصحية، ثم اهم وضائف ومكونات النظام الصحي، بالإضافة إلى محددات النظام الصحي وأهم العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي، أما المبحث الثاني جاء تحت عنوان ماهية الإنفاق الحكومي، من خلال التطرق إلى مفهومه من خلال سرد مختلف التعاريف وكذا قواعده وأسسه، مختلف تقسيماته، ثم أهم الأسباب لتزايده، والمبحث الثالث فقد تضمن ماهية الإنفاق الحكومي الصحي، من خلال التطرق إلى مفاهيم أساسية حول النفقة الصحية ثم نقوم بتحديد أنواعها، ثم ننتقل إلى أهمية الإنفاق الحكومي الصحي ومقاييسه، وأخيرا يتم عرض أهم العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الإقتصادي.

أما في الفصل الثالث فيتم التطرق إلى تحليل واقع مؤشرات الحكم الراشد والإنفاق على الصحة في الجزائر، فيهدف المبحث الأول إلى دراسة آليات تطور الحكم الراشد في الجزائر من خلال قراءة مؤشراته الستة الصادرة من البنك الدولي كمبحث أول، أما في المبحث الثاني فسيتم التطرق فيه إلى تطور المنظومة الصحية في الجزائر وأهم مصادر تمويلها، أما المبحث الثالث فسيتم التطرق إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية من خلال استظهار لتطور أهم مؤشرات الإنفاق الصحي، بالإضافة إلى استظهار تطور نفقات التسيير ونفقات التجهيز لقطاع الصحة.

وأخيرا الفصل الرابع وهو جوهر الدراسة، الذي يخصص للدراسة القياسية لآثر مؤشرات الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)، مستعرضين في المبحث الأول إلى بعض أهم الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية التي تناولت موضوعي الحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي مبرزين في ذلك أهم أهدافهم والأدوات المستعملة وأهم النتائج، ثم نقوم بتموقع دراستنا من الدراسات السابقة، أما المبحث الثاني سوف نتطرق إلى دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات المستخدمة في الدراسة باستخدام طريقة التحليل بالمركبات الأساسية (ACP)، أما المبحث الثالث فقد خصصا لصياغة وتقدير

النموذج الخاص بأثر مؤشرات الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي وإختبارها من الناحية الإحصائية والقياسية والإقتصادية، وذلك باستخدام طريقة المربعات الصغرى العادية OLS.

الخاتمة: وقد تضمنت الإجابة على الإشكالية والأسئلة الفرعية المطروحة سابقا، واختبار الفرضيات من خلال تأكيدها أو رفضها، بالإضافة إلى أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذا الموضوع.

الفصل الأول

تمهيد

شغل مفهوم الحكم الراشد ومبادئه ومؤشراته حيزا كبيرا في الاهتمامات الدولية سواء على صعيد الدول كأنظمة سياسية وعلى صعيد المنظمات الدولية، كما أن مفهوم الحكم الراشد طرح كمقاربة لدراسة شاملة، نظرا لما له علاقة بشتى مؤشرات ومجالات التنمية، حيث يستعان به في تقييم الأداء التنموي وفي تحديد شروط وآليات تحسينه، وذلك نظرا لتعدد أبعاد هذا المفهوم ليشمل كل من المجال السياسي والاقتصادي والاجتماعي، ولهذا سنعالج في هذا الفصل الأول من هذه الدراسة الإطار النظري للحكم الراشد، من حيث الإطار التاريخي وأسباب ظهوره وتعريفه في المبحث الأول، ثم نتطرق في المبحث الثاني إلى عناصره وأبعاده، أما في المبحث الثالث سنتناول خصائصه ومؤشراته.

المبحث الأول: مفهوم الحكم الراشد

إزداد الإهتمام بمفهوم الحكم الراشد مع بداية عقد التسعينات من القرن العشرين، وأصبح شائع الاستخدام من قبل خبراء الإدارة، خاصة من قبل المنظمات الدولية ومشروع الأمم المتحدة (UNDP)، وغيرها من المنظمات الدولية والإقليمية والأكاديمية ومنظمات المجتمع المدني، ومن خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى نشأة وتطور مصطلح الحكم الراشد، ثم نحدد أهم الأسباب التي أدت إلى ظهوره، وفي الأخير يتم التطرق إلى تعاريف حول الحكم الراشد.

المطلب الأول: نشأة وتطور مصطلح الحكم الراشد

يعود أصل كلمة حكم governance في الغرب إلى العصر اليوناني، ويرجع الأصل الأول للكلمة إلى المصطلح الإغريقي، وهي من الفعل اليوناني من الفعل kubernanl، وقد استعملت لأول مرة من طرف الفيلسوف اليوناني أفلاطون لكي يوضح معنى حكم الأفراد أو تسيير البشر، والذي يرادفه في وقتنا الحالي مصطلح تسيير الموارد البشرية، أي الاهتمام بالمورد البشري وضرورة ترقيته[1].

أما في فرنسا فإن كلمة حكم "gouvernance" مفاهيميا لها نفس المصدر مع مفردة الحكومة gouvermement، وهي مشتقة من الفعل اللاتيني gubernave ، الذي اشتق من الفعل اليوناني kubernanl والذي يعني قيادة أو توجيه الباخرة، "diviger le navire"، ثم تعمم المصطلح على الاقتصاد والمؤسسات بصفة عامة وطريقة تسييرها.

كما ظهر مصطلح الحكم الراشد في اللغة الفرنسية في القرن الثالث عشر، كمرادف لمصطلح "الحكومة" ثم كمصطلح قانوني (1978)، ليستعمل في نطاق واسع معبرا عن "تكاليف التسيير" (charge de gouvernante) (1679)، وعلى أساس هذا التعريف ليس هناك شك أو اختلاف حول الأصل الفرنسي للكلمة[2].

وفي بداية الثمانينات استخدم من طرف المنظمات المالية الدولية وخاصة من قبل البنك الدولي، إلا أن الأستاذين "جيمس مارش" و "جوهان أولسن" استخدما هذا المصطلح في ميدان العلوم السياسية وهذا عندما نشر كتابا يحمل عنوان: "إعادة اكتشاف الهيئات" الذي نشر عام 1989 في الولايات المتحدة الأمريكية،

---

[1] إبرادشة فريد، "**الحكم الرشيد في الجزائر في ظل الحزب الواحد والتعددية الحزبية**"، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، فرع التنظيم السياسي والإداري، جامعة الجزائر 3، الجزائر، السنة الجامعية جوان 2014، ص 25.

[2] زايري بلقاسم، **"الحكم الاقتصادي الرشيد والكفاءة الاقتصادية"**، ورقة مقدمة للمؤتمر الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 8-9 مارس 2005، ص 91

وتساءلا من خلاله الباحثان عن كيفية تحديث المنظمات وتكييف الاستراتيجية الجديدة طبقا لتوازن القوى الحاصل في تلك الفترة وربط ذلك كله برشادة الحكم[1]،ثم تم إضافة له صفة "الجيد" ليصبح «bonne gouvernance».

وترجم إلى اللغة العربية من خلال عدة مصطلحات أهمها: الحكم الراشد أو الرشيد، أو الصالح، أو الحكمانية أو الحوكمة، إلا أن أكثر التعبيرات شيوعا هي الحكم الراشد أو الحكم الجيد الذي تبنته المبادرة العربية سنة 2005 وعلى الرغم من الانتشار الواسع لهذا المفهوم فليس هناك اختلاف أو تباين كبير في إيجاد تعريف للحكم الراشد، بل ربما يكون بعض التباين في تاريخ ومكان ظهور المصطلح[2]، ومع تنامي ظاهرة العولمة كان الهدف منه ضمان نمط جيد في تسيير النظام الاجتماعي من أجل تحقيق المطالب الديمقراطية[3]، ولقد إزداد ظهور هذا الحكم في عام 1989 في تقرير البنك الدولي عن الدول الإفريقية جنوب الصحراء، وتم فيه وصف الأزمة في المنطقة كأزمة حكم، حيث أرجع الخبراء السبب في عدم نجاح سياسات الإصلاح الاقتصادي والتكيف الهيكلي بهذه الدول إلى الفشل في تنفيذ السياسات، وليس إلى السياسات نفسها، وفي الوقت نفسه كانت وثائق السياسة الخاصة بالهيئات المانحة في أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات من القرن العشرين، أكثر جرأة من البنك الدولي لمناداتها بضرورة إصلاح نظم الحكم، وضرورة تفعيل النظام الديمقراطي المبني على التعددية الحزبية والحفاظ على الحقوق المدنية والحريات وحقوق الإنسان كمكونات أساسية للحكومة الصالحة[4].

وفي نهاية عقد الثمانينات أعيد استخدام التعبير من قبل المؤسسات الدولية (البنك الدولي وصندوق النقد الدولي)، وذلك للتعريف بمعايير السياسة العامة الجيدة للبلدان المطبقة لبرامج وسياسات التعديل والإصلاح، إلا أن هذه السياسات (برامج التعديل الهيكلي، إعادة الجدولة، الخصخصة، الإصلاحات المالية والنقدية) لم تحقق الأهداف، وقد تعرضت للنقد من قبل الدول من جهة، كما أنها لم تهتم بالبعد الاجتماعي للمواطنين، وهذا ما يتضح من خلال فرض سياسات التقشف التي ساهمت في تدني المستوى المعيشي للأفراد،

---

[1] محمد خليفة، مداخلة بعنوان "**إشكالية التنمية والحكم الراشد في الجزائر**"، ورقة بحث قدمت في الملتقى الوطني حول التنمية "المحلية والحكم الراشد"، جامعة معسكر، كلية الحقوق، قسم العلوم السياسية، يومي 26-27 أفريل2008، ص 1.

[2] فرج شعبان، "**الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر دراسة حالة الجزائر (2000– 2010)**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص نقود ومالية، جامعة الجزائر 03، 2011 – 2012، ص 03.

[3] فارس رشيد البياتي، "**التنمية الاقتصادية سياسيا في الوطن العربي**"، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن 2008، ص 08.

[4] ناجي عبد النور، **دور منظمات المجتمع المدني في تحقيق الحكم الرشيد في الجزائر "دراسة حالة الأحزاب السياسية"**، مجلة المفكر، العدد الثالث، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2004، ص 106.

مع ما ينجر عنها من انعكاسات سلبية ذات أثار سياسية واقتصادية وأمنية خطيرة، ويركز برنامج الأمم المتحدة في إدارة المجتمعات من خلال "الحكم الجيد" على ثلاثة اتجاهات، الاتجاه السياسي وهو ما يتعلق بشرعية السلطة السياسية، والاتجاه التقني الذي يدور العمل فيه حول عمل الإدارة العامة ومدى كفاءتها وفاعليتها، والاتجاه الاقتصادي –الاجتماعي ويقصد به كل ما تعلق بطبيعة بنية المجتمع المدني ومدى استغلاله عن الدولة، وكذلك طبيعة السياسات العامة في المجالين الاقتصادي والاجتماعي وتأثيرها على المواطنين وطبيعة علاقاتها الخارجية من جهة أخرى، وقد أصبح بذلك مفهوم الحكم متداولا في أدبيات السياسة وفي النقاشات الفكرية العالمية منذ التسعينات من القرن الماضي (الحكم العالمي: حكم بدون حكومة كما عبر عنها James voseau & Emest (1993) والحم الحديث بتعبير Jankaoi man (1993) والحكم الديمقراطي بتعبير James March et Johan Olsen (1995) كما أنشأ في لندن مركز دراسة الحكم العالمي عام (1992)، ومن جهة أخرى أسست منظمة الأمم المتحدة لجنة الحكم العالمي عام (1995)[1].

وقد شاع استخدام مجموعة من المصطلحات وهي المشاركة، التمكين، الديمقراطية، الشفافية المساءلة، اللامركزية، الإدارة الصالحة، الحاكمة وغيرها، وفي نهاية عقد التسعينات من القرن العشرين ثم التحول إلى الاستخدام المكثف لمفهوم الحاكمية من بين المصطلحات التي ذكرت أعلاه، والتي تعني الحكم الصالح أو الراشد باعتباره معبرا عن حسن الإدارة وجدية أسلوب الحكم في التعامل مع المجتمع وأفراده، على أساس الحوار بين الحاكم والمحكوم ووجود أدوات المراقبة والمحاسبة وآليات فعالة وسليمة لاتخاذ القرارات التي تؤثر في حياة الأفراد، كما يعني إدارة المرافق العامة والموارد الطبيعية وفقا لأحكام القانون وبما يضمن نموها المستدام ويراعي حقوق الأفراد والمصلحة العامة بحيث يتم تحقيق هذه الأمور بطريقة خالية من سوء المعاملة أو الفساد الإداري، وتعد مراعاته لحقوق الإنسان المدنية، الثقافية، الاقتصادية، السياسية والاجتماعية بمثابة الامتحان الحقيقي لنزاهته في أية دولة من الدول وحرصه على توفير الخدمات الاجتماعية والحاجات الأساسية ومنها: السكن الملائم، الأمن الغذائي، جودة التعليم، الاستقرار الأمني، التأمين الصحي، العدالة والمساواة وغيرها[2].

وعلى إثر هذا التطور تشكل مدخل جديد للحكم الراشد أكثر اتساعا من مدخل البنك الدولي يرتكز على تبني أنماطا من علاقات القوى السياسية والاقتصادية والإدارية، ذات أطر أكثر تفاعلا وتكاملا بين كافة

---

[1] وليد خلاف، "**دور المؤسسات الدولية في ترشيد الحكم المحلي** "، مذكرة ماجيستر غير منشورة، تخصص الديمقراطية والرشادة ، كلية الحقوق، جامعة منتوري قسنطينة، 2009، ص 20.

[2] سعد محمود الكواز، منقول من جريدة الصباح العراقية، المصدر: الحقوق والعلوم القانونية منتديات الحقوق العلوم القانونية، متاح على الموقع: WWW.DROIT-DZ.Com /forum/showthread.phpp=1615.، تاريخ الاطلاع: 2017/01/17، ساعة:21:20.

شركاء التنمية، وفي إطار هذا المدخل الواسع تجاوز مفهوم الحكم الراشد كونه أداة لمحاربة الفساد الإداري والمالي فقط ليشمل محاربة الفساد السياسي ودعم تعزيز المشاركة السياسية.

وبعد هذا التحول التدريجي لمفهوم الحكم الراشد حدث هناك تحولا واسعا على المستوى العالمي وعلى نطاقات ومستويات مختلفة شملت الشركات والمؤسسات ففي سنة 2000 تم إضافة بعد جديدا للحكم الراشد وهو القدرة على التنبؤ، حيث قدم هذا الأخير في ضوء الأزمات المالية في نهاية التسعينات من القرن الماضي الأمر الذي أدى إلى ضرورة إدخال تحسينات في إدارة الشركات والنظم المالية والمصرفية.

ومن خلال هذا الرصد للتطور التاريخي لنشأة الحكم الراشد يتضح أن ظهور هذا المفهوم يعود إلى عدة اعتبارات، كانت في البداية تقتصر أهدافها على تحسين مردودية المعونات في البلدان المتلقية من خلال شروط وضعتها المؤسسات والمنظمات الدولية للدول المتلقية، ليتطور فيما بعد ويصبح شرطا أساسيا لتحقيق التنمية المستدامة والحد من الفقر، من خلال تفعيل قيم الشفافية والمسائلة واشتراك المجتمع المدني في وضع السياسات التنموية وتنفيذها والابتعاد عن كل أشكال الرشوة والفساد وإهدار المال العام[1].

المطلب الثاني: أسباب ظهور الحكم الراشد

تدرج أسباب ظهور مفهوم الحكم الراشد في هذه الفترة إلى عوامل سياسية وإيديولوجية في العالم بعد إنتهاء الحرب الباردة وزوال الاتحاد السوفياتي، وإلى عوامل أخرى ترتبط بدور الدولة خاصة بعد توجه العديد من الدول النامية لتبني المنهج الرأسمالي وظهور ما يسمى بالعولمة، ومن هنا يمكن تقسيم دوافع ظهور الحكم الراشد إلى ما يلي[2]:

1- أسباب سياسية وتتمثل الأسباب السياسية فيما يلي:

- نهاية الحرب الباردة وتزايد الاهتمام الدولي بمكافحة الفساد، حيث حضي هذا الأمر باهتمام واسع من قبل الدول المانحة والدول المتلقية، نظرا لبداية زوال الخطوط الفاصلة بين الشؤون الداخلية والخارجية.
- فشل الدولة: يتضح ذلك من خلال عجز الدولة عن تلبية احتياجات مواطنيها، فشلها في الوفاء بوعودها خاصة في قارة إفريقيا، والعديد من البلدان النامية الأخرى أين نجدها عاجزة على أن تكون المحرك الرئيسي

[1] فرج شعبان، مرجع سابق، ص 05.

[2] شعبان فرج، مرجع سبق ذكره، ص 05.

للتنمية كما فشلت في تحقيق السلم والحفاظ على النظام العام وحماية الممتلكات العمومية، ما أدى إلى ظهور عامل انعدام الثقة اتجاه المؤسسات الوطنية[1].

- عدم الاستقرار السياسي حيث تعاني معظم دول العالم من شدة وطأة الصراعات الداخلية حيث تنتج هذه الصراعات عن أزمة اقتصادية وتدهور الوضعية الاجتماعية والفتن الطائفية ...إلخ، إلا أن العامل الأساسي الذي أثر على استقرار الدول هو عدم فسح الأنظمة الحاكمة المجال لمجتمعاتها المدنية من أجل المشاركة في الحكم واختيار من يمثلهم داخل المجالس الشعبية وكذلك انتهاكات حقوق الإنسان وعرقلة تطوير منظومة القيم الديمقراطية (المشاركة، الانتخابات التداول السلمي على السلطة)[2].
- استمرار ظاهرة الدولة الأمنية والتي تعتمد على الأساليب القمعية وتضييق مجال الحريات السياسية والإعلامية[3].
- إرجاع الصعوبات التي تواجه مسألة التنمية في إفريقيا عامة إلى أزمة الحكم crise de la gouvernance وهذا ما أدى إلى تقديم مجموعة من المبادئ تأسس لمفهوم الحكم الراشد مثل الشفافية المساءلة، مكافحة الفساد، احترام حقوق الإنسان، تقليص دور الدولة وخفض النفقات العامة اللامركزية[4].
- العولمة وما تضمنه من تزايد دور المنظمات غير الحكومية، عولمة آليات وأفكار اقتصاد السوق، عولمة القيم الديمقراطية وحقوق الإنسان.
- خصوصية المنطقة العربية بالمقارنة مع بقية المناطق في العالم حيث أن إدارة الحكم أضعف في هذه المنطقة من كل مناطق العالم الأخرى وهذا ما بينته دراسة البنك الدولي[5].

---

[1] Mohamed Salih, **"gouvernances information et demain publique"**, (Addis Abeba. Commission Economique pour Afrique), 13 mai 2003, p 9-10. « http://www.unesco.org/comnat/france/colloque-droits-dauteur/idlamaerterie-pdf.

[2] حسين عبد القادر، **"الحكم الراشد في الجزائر وإشكالية التنمية المحلية"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، تخصص: الدراسات الأورومتوسطية، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، 2012، ص 20.

[3] حسن كريم، **"مفهوم الحكم الصالح في الفساد والحكم الصالح في البلاد العربية"**، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2004، ص 108.

[4] رضوان بروسي، **"الديمقراطية والحكم الراشد في إفريقيا: دراسة في المداخل النظرية، الآليات والعمليات، ومؤشرات قياس نوعية الحكم"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج العقيد الحاج لخضر – باتنة –، 2008 – 2009، ص 122.

[5] يوسف أزروال، **"الحكم الراشد بين الأسس النظرية وآليات التطبيق، دراسة في واقع التجربة الجزائرية"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص التنظيم السياسي والإداري، قسم العلوم السياسية، جامعة العقيد الحاج لخضر – باتنة –، 2009، ص 11.

- العولمة كمسار، وما تتضمنه من عمليات تتعلق أساسا بـ: عولمة آليات وأفكار اقتصاد السوق، وهذا ما أدى إلى تزايد دور القطاع الخاص.
- التطور التقني الحاصل، خاصة مع ظهور شبكات الأنترنت، والفضائيات، وهذا ما أدى إلى تسهيل التفاعل ضمن الشبكات على المستوى العالمي أو الوطني بين مختلف الفاعلين[1].

الأسباب الاقتصادية وتتمثل فيما يلي:

- النمو الاقتصادي الذي شهدته بعض البلدان لم يتوافق مع تحسن مستوى المعيشة، ومن هنا تمت بلورة مفهوم الحكم الرشيد ليحول النمو الاقتصادي إلى تنمية بشرية مستدامة مرتبطة بمصالح الأجيال الراهنة واللاحقة، وهو ما يتطلب تمكين الفقراء والمهمشين من المشاركة والتعاون الاجتماعي والعدالة في التوزيع وهي مؤشرات لا تتحقق إلا بوجود إدارة جيدة للدولة[2].
- الاعتماد على القطاع الخاص في ظل بيئة عالمية عالية التنافسية، تتميز بالتقدم التكنولوجي الهائل، الذي أدى إلى تحقيق عالمية السوق، وهذا ما يتطلب انتهاج سياسات اقتصادية محكمة تعظم الاستفادة من قوى السوق ومن ثمة كان من الضروري إشراك القطاع الخاص، ذلك التغيير الجوهري في القواعد والأسس التي تحكم النظام العالمي، حيث زاد الاعتماد المتبادل بين الدول، وكذا زيادة اندماج السوق وتعميق حدة المنافسة، وكان ذلك نتيجة لتحرير التجارة الدولية، سواء في السلع والخدمات ورؤوس الأموال[3].
- الانتقال من التركيز على الدولة والتنمية إلى الاهتمام أكثر بانتقال الأنظمة التسلطية في القارة الإفريقية تأخذ بنظم التعددية الحزبية والديمقراطية الليبرالية حيث اعتبرت هذه الأخيرة كشرط للإصلاح الاقتصادي والوصول إلى التنمية، إضافة إلى الحكم الراشد الذي يجمع بين المضمون السياسي والمؤسساتي والاقتصادي[4].
- إنتشار ظاهرة الفساد، وهذا ما دفع الدول إلى ضرورة التفكير في انتهاج آليات، تجعل من الأنظمة أكثر شفافية قصد القضاء على هذه الظاهرة، وهذا ما دفع بها إلى إشراك القطاع الخاص والمجتمع المدني، في عمليات التنمية.

---

[1] قاسم حجاج، **العالمية والعولمة نحو عالمية متعددة وعولمة إنسانية**، ط 1، الجزائر، جمعية التراث، 2003.

[2] ناجي عبد النور، مرجع سبق ذكره، ص 109.

[3] إيهاب الدسوقي، **دور القطاع الخاص في إدارة شؤون الدولة والمجتمع**، المحرر: سلوى شعراوي جمعة، ضمن مشروع بحثي جماعي بعنوان إدارة شؤون الدولة والمجتمع، جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2001، ص 101 – 103.

[4] Brahim Lakhlef, **La Bonne Gouvernance**, Algérie : Dar E1khaldounia, 2006, p 25.

- الانتقال نحو الليبرالية الاقتصادية، أعلن كتحدي للدولة، حيث فرض هذا التحول إعادة تعريف دور الدولة في المجتمع، باعتبارها المؤسسة الوحيدة المكلفة بتنظيم القطاع الخاص والعام، والنظر إلى القطاع الخاص كشريك وليس كخصم[1].
- دعوة الهيئات المانحة للدول النامية، المتلقية للمنح، مطالبة إياها بإحداث تغييرات جوهرية في هياكلها السياسية والإدارية، وإعادة صياغة أطر الحكم فيها، كشرط لتحقيق التنمية، وذلك باتفاق الهيئات المتعددة الأطراف، كالبنك الدولي، وصندوق النقد الدولي والأمم المتحدة، وامتدت مناقشة الحكم الراشد من مؤسسات الدولة وعملياتها، إلى مؤسسات القطاع الخاص الذي يشمل المشاريع الخاصة للتصنيع والتجارة، وكذلك المصاريف[2].

الأسباب الاجتماعية وتتمثل فيما يلي:

- الثورة الحضرية وتتمثل في الاتجاه الواضح نحو حياة المدنية والهجرة من الريف والقرية إلى المدينة.
- إعادة النظر في برامج التنمية وفي المؤشرات الخاصة بتوزيع الدخل والضمانات الاجتماعية في سياق تنفيذ استراتيجيات اقتصادية للمؤسسات الدولية[3].

- تدهور عدالة توزيع الدخل والثروة مما يقلل من الكفاءة المجتمعية، ويعطل فرص التنمية[4].
- إهمال المشكلات التنموية الرئيسية كالفقر والبطالة وبالتالي ضعف مستوى التنمية البشرية، ولإهمال القضايا الاجتماعية نتائج سلبية بعيدة المدى كسوء التغذية ومشاكل قطاعي الصحة والتربية[5].

---

[1] بأحمد بن صالح باعلي وسعيد، "**دور المجتمع المدني في تجسيد الحكم الراشيد (أنموذج ولاية غرداية)**"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص دراسات مغاربية، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، 2012 – 2013، ص 37.

[2] أماني قنديل، **الموسوعة العربية للمجتمع المدني**، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2008، ص 155.

[3] سمير التنير، **الفقر والفساد في العالم العربي**، الطبعة الأولى، بيروت: دار الساقي للنشر، 2009، ص 56

[4] خلوف عقيلة، **الحكم الراشد ودوره في تفعيل لمشاركة المجتمعية في إدارة الميزانية العامة للدولة**، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد 16، 2018، ص 156.

[5] منة الطعا وآخرون، **الحكم المحلي في الوطن العربي واتجاهات التطوير**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2005، ص 33.

- الانفجار السكاني وبروز الزيادات الضخمة في عدد السكان، وما تفرضه هذه الزيادات من زيادة موازية في الحاجات والمتطلبات المختلفة والأخذ بأنماط جديدة من التخطيط الاقتصادي والاجتماعي، مما استدعى إحداث تطوير في نظم الإدارة المحلية في الدول المتقدمة والنامية على السواء[1].
- العولمة كتراجع للقيود الجغرافية، يعرف WATERS العولمة بأنها "العمليات الاجتماعية التي يترتب عليها تراجع القيود الجغرافية على الترتيبات الثقافية والاجتماعية ويتزايد ف نفس الوقت إدراك الأفراد لذلك التراجع"[2].

المطلب الثالث: تعريف الحكم الراشد.

لقد إستحوذ مصطلح الحكم الراشد على جل اهتمام المختصين والدارسين خاصة في حقل السياسة والاقتصاد، ولذلك تم إعطاء أكثر من معنى للحكم الراشد أو الحاكمية، نتيجة لإختلاف التفسير والفهم والمدلول للمصطلح بين الكتاب والمفكرين[3].

- **تعريف الحكم الراشد حسب المؤسسات الدولية:**
  - تعريف البنك الدولي: حيث عرفه بأنه: "أسلوب ممارسة القوة في إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية للبلاد من أجل التنمية، أي أنه أسلوب وطريقة لممارسة القوة في إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية"[4]، وهو في هذه الجزئية يكاد يقترب من تعريف عالم السياسة الأمريكي "ديفيد ايستون" لعلم السياسة (التوزيع السلطوي للقيم) حيث يتضمن كلاهما ممارسة السلطة أو القوة في توزيع القيم، استخدم أستون السلطة في تعريفه بينما حرص البنك الدولي على استخدام كلمة القوة (تشمل السلطة والنفوذ)، وتعبر أيضا عن الأساليب الرسمية وغير الرسمية في الإدارة والحكم وبالتالي تسمح بوجود أدوار فاعلين رسميين، وينطلق البنك الدولي من فكرة تطوير المؤسسات (مجموعة القواعد الرسمية وغير الرسمية وسلوكيات الأفراد والمنظمات ويتضمن العمليات

[1] حسين عبد القادر، مرجع سبق ذكره، ص 22.

[2] بوزيد سايح، "**دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية المستدامة بالدول العربية حالة الجزائر**"، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: إقتصاد التنمية، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، 2012– 2013، ص 115.

[3] رواية توفيق، "**الحكم الرشيد والتنمية في إفريقيا دراسة تحليلية لمبادرة النيباد**"، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2005، ص 28.

[4] Daniel Kaufman et autres, **gouvernance matters 3: gouvernance indicators for 1996- 2002** , washington : world bank institue, june, 2003 p 17.

والمؤسسات التي تمارس من خلالها السلطة في بلد ما، معتمدة في ذلك على التسيير الحسن للمؤسسات واختيار السياسات وتنسيقها، من أجل تقديم خدمات جيدة وفعالة)[1].

ويتضمن هذا التعريف ما يلي:

- العملية التي يتم من خلالها اختيار الحكومات وكذا مساءلتها ومراقبتها وتغييرها (البعد السياسي).
- قدرات الحكومة لإدارة الموارد وتموين الخدمات بفعالية، وصياغة ووضع تشريعات جديدة. (البعد الاقتصادي).
- احترام المؤسسات التي تحكم التفاعلات الاقتصادية الاجتماعية (البعد المؤسساتي)[2].

فالحكم الراشد في نظر البنك الدولي يتطابق مع فكرة تطوير الإدارة، حيث أن خيارات البنك الدولي في الدول النامية تشير إلى أنه رغم حسن تعميم البرامج والمشاريع التي يمولها البنك الدولي، إلا أنها تفشل في تحقيق النتائج، ورغم ضرورة الإصلاحات القانونية، إلا أن القوانين الجديدة تصطدم بعدم الإلزام المستمر أو الإعاقة في تنفيذها على أرض الواقع، كذلك فشل في إشراك المستفيدين والمتأثرين بتصميم وتنفيذ المشاريع، يؤدي إلى حد كبير إلى تقليص مدى إدامتها واستمرارها في المستقبل.

لذا فإن الحكم الراشد من وجهة نظر البنك الدولي تكون أساسية لخلق وإدامة البيئة للتنمية التي تتسم بالقوة والعدالة، مثلما هي مكملة أساسية للسياسات الاقتصادية المجدية[3].

- **أما تعريف الوكالة الكندية للتطوير الدولي** (Agence Canadienne de développement International): تعرف هذه الوكالة الحكم الراشد على انه مجموعة من المؤسسات والعمليات والتقاليد في ممارسة السلطة واتخاذ القرار، في الإطار الذي يسمح بالاستجابة لمطالب الأفراد[4].
- **بينما تعريف برنامج الأمم المتحدة الإنمائي**: هو ممارسة السلطة السياسية والاقتصادية والإدارية لإدارة شؤون الدولة على كافة المستويات من خلال آليات وعمليات ومؤسسات تتيح

---

[1] Daniel Kaufman, **"Repenser la bonne gouvernance : dialogue sur la gouvernance et développement au Moyen –Orient et en Afrique du nord "Paris**, Beyrouth, Rabat et Washington : AC. 21 November 2003), p 3, voir le site <http://www.worldbank. org/ wbi/ gouvernance.

[2] يختار عبد القادر، عبد الرحمان عبد القادر، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الاقتصادية حالة الدول العربية**، مداخلة مقدمة في إطار "المؤتمر العالمي الثامن للاقتصاد والتمويل الإسلامي تحت عنوان "النمو المستدام والتنمية الاقتصادية الشاملة من المنظور الإسلامي"، من 19 إلى 21 ديسمبر 2011، الدوحة، دولة قطر.

[3] زهير عبد الكريم الكايل، **الحكمانية، قضايا وتطبيقات**، القاهرة المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص 40.

[4] Beranou Abdelghani, **couvernance et démarche de qualité**, consulter le 12/03/2012, sur le site : http://beranou,unbloge.fr/2009/04/05/gouvernance-et-demarche-de-qualité.

للأفراد والجماعات تحقيق مصالحهم ويمارسون حقوقهم القانونية ويوفون بالتزاماتهم ويقبلون الوساطة لحل خلافاتهم، وحسب هذا التعريف ينظر له على أن حالة تعكس تقدم الإدارة وتطويرها من إدارة تقليدية إلى إدارة تتجاوب مع متطلبات المواطنين، وتستخدم الآليات والعمليات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة من المشاريع بشفافية ومسؤولية أمام المواطنين[1].

- **تعريف لجنة الحاكمية الإجمالية:** لقد اقترحت لجنة الحاكمية الإجمالية تعريفه أكثر عمومية بموجب أشير إلى الحكم الراشد هو مجموع الطرق المتعددة لتسيير الأعمال المشتركة من طرف الأفراد والمؤسسات العمومية والخاصة[2].
- **تعريف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية:**

يشمل مجموع العلاقات بين الحكومة والمواطنين سواء كالأفراد أو كجزء من المؤسسات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ويؤكد هذا التعريف على أن مفهوم الحكم لا يرتكز فقط على فعالية المؤسسات وإنما يشمل القيم التي تحتويها المؤسسات مثل المساءلة والرقابة[3].

- **تعريف تعزيز التنمية الإنسانية العربية:**

الحكم الراشد هو "الحكم الذي يعزز ويدعم ويصون رفاة الإنسان ويقوم على توسيع قدرات البشر وخياراتهم وحرياتهم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ويسعى إلى تمثيل كافة فئات الشعب تمثيلا كاملا وتكون مسؤولة أمامه لضمان مصالح جميع أفراد الشعب"[4].

- **تعريف صندوق النقد الدولي:**

هو أحد المبادئ الرفيعة المستوى التي تعكس هذا التنوع، ويهدف إلى استكمال المعايير، ونأمل أن يكون ذلك مفيدا للمخططات والمخططات المستقبلية ومجموعة واسعة من أصحاب المصلحة المهتمين بمسائل تأمين المظالم[5].

---

[1] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي، تقرير التنمية الانسانية العربية، 2002، ص 103- 106.

[2] الأخضر غزي، غالم جلطي، **قياس قوة الدولة من خلال الحكم الراشد: (إسقاط على التجربة الجزائرية)**، مجلة علوم إنسانية، العدد 621، ماي 2005، ص 4.

[3] عبد الرزاق مقوي، **الحكم الصالح وآليات مكافحة الفساد**، الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، 2005، ص 38.

[4] منة الطعا وأخرون، **الحكم المحلي في الوطن العربي واتجاهات التطوير**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2005، ص 15.

[5] Emily O'Reilly, **Guide to principles of good governance**, Ombud Sinan for Ireland, britch, 2009, p 3.

- **تعاريف بعض الأكاديميين والمفكرين:**

– **تعريف دانيال وأرت كراي:**

وهما من خبراء البنك الدولي، إذ أنه وفي سنة 1997 بدأ محاولة جادة لوضع مؤشرات محددة لمفهوم الحكم الراشد تم تطويرها عامي 2000، 2002 وقد وضع هؤلاء تعريف له بأنه "مجموعة القواعد والمؤسسات التي تمارس على أساسها السلطة في الدولة"[1].

– **تعريف غيل باكيت** (Gilles Paquet)**:**

حيث عرفه بأنه مجموعة من الآليات الوسيطية التي يستعملها الشعب ليحتاط من القرارات التعسفية والاعتباطية للسلطة الحاكمة، وذلك بتركيزه على جانب المساءلة[2].

– **تعريف جوران هايدن** Goran Hyden: بأنه مجموعة القواعد المنظمة للمجال السياسي، أي أنه ينصرف إلى قواعد اللعبة السياسية[3].

– **أما هارمت إلسنهانس** (Harmat Elsenhans): فإنه يرى بأن الحكم الراشد هو فن إدارة التفاعلات بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني[4].

– **ويرى "مورتن بوس"** (Morten Boos): أن الحكم الراشد يهتم بالأنظمة التي تشكل مجموعة من المبادئ الأساسية لتنظيم الحياة العامة، ويتضمن بذلك المؤسسات الحكومية والمؤسسات غير الرسمية التي تعمل في المجال العام[5].

– **تعريف برانت** Brandt: حيث يرى أن الحكم الراشد هو عبارة عن مجموع مختلف الطرق أو الأساليب التي يقوم بها الأفراد والمؤسسات العمومية والخواص بتسيير أعمالهم المشتركة بطريقة مستمرة يطبعها التعاون والمصالحة والتوفيق بين المصالح المختلفة وتلك المتنازع حولها، كما يمثل هذا الحكم تدرج المؤسسات الرسمية والأنظمة المزودة بالصلاحيات التنفيذية والترقيات والتعديلات الرسمية التي

---

[1] توفيق راوية، **الراشد والتنمية في إفريقيا: دراسة تحليلية بمبادرة النيباد**، مرجع سبق ذكره، ص 29 –32.

[2] Paquet Gilles, **La gouvernance en tant précaution auxiliaires**, centre d' étude en gouvernance , université d' auttawa, presses de l'université d'auttaua, 2000. P 19.

[3] عنترة بن مرزوق، **"معضلة الفساد وإشكالية الحكم الرشيد في الجزائر"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه بكلية العلوم السياسية والاعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: تنظيمات سياسية وإدارية، جامعة الجزائر 03، 2013، ص

[4] ذهبية الجوزي، **"الحكم الراشد وجودة مؤسسات التعليم العالي في الجزائر"**، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر –3 –، 2012/ 2013، ص 70.

[5] Pierre jacquet, Jeanpisani ferry, **Gouvernance mondiale**, Paris 2005, ed. delagrab. P108.

على أساسها تكون الشعوب والمؤسسات قد وقعت بصفة توافقية لخدمة مصالحها العامة خدمة للمجتمع[1].

- **تعريف "فرانس أكاستين" (Francois Castaing)**: فإن الحكم الراشد يكشف عن طريقة اتخاذ القرار بفعالية في إطار جماعة ما، أين يفترض وجودو الاعتراف بتعدد مواقع السلطة[2].
- **تعريف الأستاذ فوزي أوصديق:** يعرفه على أنه قوة مادية أو معنوية في خدمة فكرة، إما قوة بلورها الوعي الاجتماعي، وتتجه تلك القوة نحو قيادة مجموع لبحث الصالح العام وأن تلك القوة يجب أن يوافقها قدر كبير من الحرية[3].
- **تعريف الأستاذ مصطفى كامل السيد:** على أهمية وجود وكفاءة المستويات الثلاثة، فهو يعتقد أن دراسة عملية صنع القرار على أعلى المستويات ليست بعد إداريا فحسب، وإنما هي عملية سياسية تتعلق بأسلوب صنع القرار فإذا كانت القرارات لا تتخذ على نحو رشيد في أعلى المستويات فلن تجدي أية تنظيمات إدارية في تجنب أثارها السلبية[4].
- **تعريف السيد ج، شابيرشي مدير شعبة التطوير الإداري وادارة الحكم الرشيد ..مكتب السياسات ودعم البرامج في الأمم المتحدة 1996**، بقوله "يعرف الحكم بكونه ممارسة للسلطة السياسية والاقتصادية والإدارية لتصريف شؤون الدولة ويتجسد في تلك الأليات والعمليات والعلاقات المعقدة والمؤسسات التي يعبر من خلالها المواطنون والجماعات عن مصالحهم ويمارسون حقوقهم، ويوفون بالتزاماتهم ويسوون خلافتهم، فالحكم يشمل هذه الأساليب الحسنة التي تستخدمها المجتمعات لتوزيع السلطة وإدارة الموارد العامة وحل المشاكل[5].

---

[1] Garry Stoker, **Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance**, Riss, op.cité, p 38.

[2] François Castaing "La Gouvernance : defid'une appro che non norma tne" revue idara n° 30, 2005, op – cit. p 110 -113.

[3] فوزي أوصديق، **النظم السياسية المقارنة والقانون الدستوري**، البليدة، دار الكتاب الحديث، 2005، ص 110.

[4] بورغدة وحيدة، "**حقوق الإنسان وإشكالية العلاقة الجدلية بين الحكم الراشد والتنمية الإنسانية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، فرع التنظيم السياسي والاداري، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة – الجزائر–، 2008، ص 68.

[5] يوسف بن عثمان الحزيم، **دور المجتمع المدني في تعزيز الإدارة والحكم الرشيد، المملكة العربية السعودية نموذجا**"، ورقة عمل مفدمة للمؤتمر السنوي للعام الثاني عشر للمنظمة العربية للتنمية الإدارية، "الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، المملكة العربية السعودية – الرياض– 2012، ص 5.

- **تعريف غادة موسى:** تعني الحكمانية "مجموع الآليات والصيرورات والعلاقات والمؤسسات المعقدة التي بواسطتها يتبنى المواطنون والمجموعات مصالحهم ويمارسون حقوقهم ويقومون بواجباتهم"، ويتحقق الحكم الجيد بالمشاركة، الشفافية، المساءلة، سيادة القانون، كما يغطي الدولة والقطاع الخاص ذو المجتمع المدني، ولكل من هؤلاء الفاعلين وظائفه، فالدولة توفر الإطار السياسي والقانوني الملائم، أما القطاع الخاص فهو ينتج الأرباح ويخلق الوظائف، فحين يعمل المجتمع المدني على تسهيل التفاعل السياسي والاجتماعي[1].

- رغم أن التعريفات السابقة غير موحدة، إلا أنه يوجد تشابه كبير فيما بينها، والتي تنظر أغلبها إلى الحكم الراشد على انه نظام تعتمده الدولة المعاصرة في ضبط الموارد وتعديلها وتوجيهها بالشكل الذي يسمح بتحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية في إطار من الموازنة الداخلية والخارجية.

المبحث الثاني: عناصر وأبعاد الحكم الراشد

إذا ما نظرنا للحكم الراشد نجد بأن له ثلاث مكونات يطلق عليها عناصر الحكم الراشد، والمتمثلة في الدولة أولا والقطاع الخاص ثانيا، وثالثا المجتمع المدني، كما أننا نجد بأن له مجموعة من الأبعاد المترابطة مع بعضها البعض، من خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى عناصر الحكم الراشد ، ثم نحدد أبعاده.

المطلب الأول: عناصر الحكم الراشد

يتضمن الحكم الراشد ثلاث عناصر رئيسية وهي: الحكومة، القطاع الخاص والمجتمع المدني.

1- الحكومة (القطاع العام) أو الدولة والمؤسسات الرسمية:

وفي هذا الإطار المطلوب من الدولة كطرف من أطراف الحكم الراشد، أن توفر الإطار التشريعي الملائم الذي يسمح بالمشاركة في القوانين التي تشكل المنظمات غير الحكومية، وإعطاء صلاحيات إدارية ومالية مناسبة لهيئات الحكم المحلي لتقوم بوظائفها، وإلى خلق الأطر الحوارية بين جميع هذه الأطراف والمؤسسات الرسمية مثل: المجلس النيابي أو المجلس الاقتصادي أو الاجتماعي حول السياسات العامة، وقبل الشروع في هذه الخطوات لابد من احترام الحريات العامة واحترام حقوق الإنسان، وسن التشريعات التي تضمن حرية الإعلام وتطبيق مبدأ حكم القانون، وإصدار تشريعات وقوانين تهدف إلى تشجيع المشاركة السياسية[2].

---

[1] غادة موسى، الشفافية والمساءلة في ألمانيا بعد الوحدة في كتاب ل: مصطفى كامل السيد وآخرون، **الفساد والتنمية: الشروط السياسية للتنمية الاقتصادية**، القاهرة، مركز الدراسات وبحوث الدول النامية، 2006، ص 84.

[2] ليلى لعجال، **"واقع التنمية وفق مؤشرات الحكم الراشد في المغرب العربي"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (تخصص الديمقراطية والرشادة)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة قسنطينة، 2009 – 2010، ص 46.

وفي ظل الدولة التي تتواجد فيها الانتخابات والديمقراطية، تكون الحكومة منتخبة، ووظائف الدولة متعددة الجوانب، بحيث تركز على إطار التفاعل الاجتماعي الذي يحدد المواطنة، وتمتلك سلطة المراقبة وممارسة القوة ولديها مسؤولية الخدمة العامة تعمل على خلق بيئة مساعدة، وهذه الوظائف تعني:

- إيجاد إطار قانوني وتشريعي مستقر، ثابت، فعال وعادل للأنشطة العامة والخاصة.
- تعزيز الاستقرار والمساواة في السوق.
- الاهتمام بتقديم السلع.
- تزويد الخدمات العامة بفعالية ومسؤولية.

وعلى إثر هذه الوظائف تواجه الحكومة العديد من التحديات، ذلك أن الحكم الراشد يهتم باهتمامات الأفراد الأكثر فقرا، وهذا عن طريق العمل على تزويد فرص إظهار وتحقيق وإدامة نوعية الحياة التي يريدون تحقيقها، وأن المؤسسات الحكومية تستطيع أن تمكن الناس، الذين تقوم بخدمتهم وذلك بتزويدهم بالفرص المتساوية و تدعيم الاندماج الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، وفتح المجال للحصول على الموارد.

لكن لا تستطيع الدولة تمكين الناس، إلا بتوفير جهاز تشريعي وعمليات انتخابية وأنظمة قضائية وقانونية تعمل بشكل جيد، فضرورة وجود برلمان ينتخب أعضاءه بحرية وعدالة، تمثل فيه مختلف الأحزاب ومختلف المناطق، من شأنه أن يسمح بزيادة المشاركة الشعبية ومساءلة الحكومة، فوجود الثقة تؤدي إلى زيادة الشرعية السياسية فالأنظمة القانونية والقضائية الفعالة بدورها تعمل على حماية دولة القانون وحقوق الجميع.[1]

2- المجتمع المدني: لقد أزداد الاهتمام في العقود الأخيرة بالمجتمع المدني ومنظماته خصوصا الآن فيما يتعلق بسير العلاقة بين كل من المجتمع المدني والحكم الراشد، ولعل أهم مظهر يتجلى من خلاله دور المجتمع المدني كشريك أساسي في الحكم الراشد هو ما يعرف "بالعمل التطوعي" الذي يعرفه برنامج الأمم المتحدة على أنه "عمل غير ربحي وغير مهني يقوم به الأفراد من أجل مساندة وتنمية مستوى معيشة الآخرين من جيرانهم أو المجتمعات البشرية بصفة مطلقة من خلال المشاركات التي تنطوي عليها العمل التطوعي، من مشاركات تقليدية ذات المنفعة المتبادلة، إلى مساعدة الآخرين في أوقات الشدة وعند وقوع الكوارث الطبيعية أو الاجتماعية، دون أن يطلب منهم ذلك ودون نظير مادي[2].

[1] ليلى العجال، مرجع سبق ذكره، ص 47.

[2] ابراهيم حسن، **العمل التطوعي من منظور عالمي**، المؤتمر الثاني للتطوع، بون ألمانيا، 2001.

وقد بدأ التوسع في مفهوم العمل الطوعي في التسعينات ليشمل مفاهيم وأبعاد أساسية الحكم الراشد والمشاركة، أين أطلق عليه اسم القطاع الثالث، كما ظهرت نظريات جديدة حول العلاقة بين الدولة والمجتمع تدور حول ما أصبح يعرف بمجتمع الشبكات (Networks Society)، المجتمع اللامركزي (Centreless Society)، أو المجتمع المتعدد المراكز (Poly Centre Society)، وأصبح التحدي يكمن في توظيف رأس المال الاجتماعي في ثروة علمية، ثورة كفاءة علمية سلوكية[1].

ويعتبر المجتمع المدني رأس المال الاجتماعي للحكم الراشد، و يتوخى في إطاره الوظائف التالية[2]:

- تزويد الخدمات والوظائف التي لا يستطيع السوق تقديمها مثل ترويج المؤسسات الدينية للقيم الأخلاقية، الجمعيات البيئية لقيم العناية بالبيئة.
- المساهمة في التنمية الاقتصادية والسياسية والاجتماعية من خلال تبني السياسات التي تسعى إلى تقليل حدة الفقر وحماية البيئة، وكذا المساهمة في خلق الظروف الاجتماعية الضرورية لتنمية السوق، من خلال الترويج لمشاريع واستقطاب صناعات وأعمال جديدة.
- لتأثير على سياسات الرعاية الصحية والطبية وتقديم العديد منها، وتقليص حدة الفقر في المجتمعات.
- خلق التقاليد لتبادل المنفعة العامة والثقة المتبادلة التي تكون في النهاية رأسمال الاجتماعي، حيث أن التقاليد تزود المجتمع بالقاعدة الحضارية والثقافية التي تبنى عليها المؤسسات الديمقراطية بمشاركة المواطن في الجماعات على اختلاف أنواعها تولد المنفعة التبادلية والعمل المشترك وتوسيع الكيانات الاجتماعية التي تساهم في الترابط والانسجام الاجتماعي.
- تعزيز الديمقراطية من خلال تنضيج المجتمع المدني وتعزيز دوره في الحياة العامة السياسية، ومن بين الفواعل الرئيسية المحسوبة على المجتمع المدني، وسائط الإعلام التي أصبح يطلق عليها اسم السلطة الرابعة لما لها من أهمية من الحياة العامة، ولهذا فإن بناء الحكم الراشد يتطلب وسائط إعلام متنوعة وتعددية حرة مستقلة وغير منحازة، فالنقاش المستنير هو شريان الحياة للديمقراطيات وبدونه يصبح المواطن وصناع القرار غير ممكنين، وتلعب وسائط الإعلام الحرة أدوار أساسية في تعزيز الحكم الديمقراطي.
- كمحفل وطني يمنح صوتا لقطاعات المجتمع المختلفة ويتيح النقاش من جميع وجهات النظر.
- كعنصر تعبئة يسير المشاركة المدنية بين قطاعات المجتمع ويعزز قنوات المشاركة.

---

[1] جردير ليلى، "**التنمية الإدارية كمدخل لتجسيد الحكم الرشيد دراسة حالة الجزائر**"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية، (فرع الديمقراطية والرشادة)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة منتوري قسنطينة، 2010 – 2011، ص 54.

[2] عبد الله عطوي، **السكان والتنمية البشرية**، دار النهضة العربية، بيروت، ط 1، 2004، ص 889.

- كرقيب يكبح تجاوزات السلطة ويزيد من الشفافية ويخضع المسؤولين للمسائلة أمام الرأي العام.

3- القطاع الخاص:

فرضت العولمة الاقتصادية على الدول إتباع سياسات اقتصادية تتعلق أساسا بخوصصة المؤسسات العامة وفتح المجال لمنظمات القطاع الخاص في العديد من الميادين، حيث أصبحت هذه الأخيرة فاعلا أساسيا في الحياة الاقتصادية وشريكا كاملا في جهود التنمية.

فالبحث عن الكفاية في الخدمة العمومية يؤدي في أغلب الأحيان إلى نداءات للتقليص من العمليات الحكومية وتشجيع المشاريع الخاصة بحجة أن القطاع الخاص أكثر فعالية من الحكومة، ولقد أكدت الكثير من الدراسات وجود علاقة إيجابية قوية بين أنشطة القطاع الخاص والنمو الاقتصادي وأن نمو الإنتاجية يرتبط بشكل وثيق بالاستثمارات الخاصة، لذلك فقد توجهت جهود العديد من الدول لا سيما النامية منها نحو تشجيع دور القطاع الخاص في تحقيق التنمية خصوصا مع الضغوط الممارسة من قبل المؤسسات المالية في إطار برنامج الإصلاح الاقتصادي، فأغلب التمويل الذي يقدمه صندوق النقد الدولي وبخاصة القروض المبنية على أساس سياسة معنية هي قروضه مشروطة ببرامج التحرر الاقتصادي، وهكذا فإن الدور التداخلي لصندوق النقد الدولي يرتكز على تبني فلسفة تتوافق وفق قوى السوق وآلياته باعتبارها وسيلة مثلى لتحقيق مستويات عالية من التقدم الاقتصادي[1].

يشمل القطاع الخاص كل المشاريع غير المملوكة من الدولة في قطاعات الصناعة والتجارة والخدمات، مثل المؤسسات الكبيرة والمتوسطة والصغيرة الحجم، المصاريف الخاصة وغيرها، ولابد من الإشارة بأن دور القطاع الخاص وإسهامه في المجتمع، يتوقف على طبيعة النظام الاقتصادي للدولة، الذي يحدد دور الحكومة في النشاط الاقتصادي، ويجدر التنبيه إلى أن إعطاء الدور الأكبر للقطاع الخاص في العملية التنموية لا يعني انتفاء دور الدولة، بل هو ضروري لقيام اقتصاد السوق، خاصة أن آلية السوق تفشل في تحقيق الاستقرار الاقتصادي و العدالة في التوزيع والمحافظة على البيئة مما يستدعي تدخل الدولة لإيجاد حلول لها[2].

---

[1] بومزبر حليمة، "**الديمقراطية المحلية ودورها في تعزيز الحكم الراشد إسقاط على التجربة الجزائرية**"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (فرع الرشادة والديمقراطية)، قسم العلوم السياسية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009 – 2010، ص 69 – 70.

[2] نوري منير، **تحليل التنافسية في ظل العولمة الاقتصادية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد الرابع، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، 2006، ص 21.

ولذلك فإن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لاحظ أن على الدول النامية تشجيع وتدعيم المؤسسات الخاصة لتعمل بأكثر شفافية وتنافسية في السوق الدولية، فالحكومة تستطيع بدورها تقوية تطوير القطاع الخاص وإستدامته من خلال الآليات التالية[1]:

- خلق بيئة اقتصادية كلية مستقرة.
- العدالة في تنفيذ القوانين.
- المحافظة على البيئة والموارد البشرية.
- الإبقاء على التنافسية في الأسواق.
- التأكيد على سهولة حصول الفقراء، والفئات ذات الفرص والإمكانات البسيطة على التسهيلات المالية والفنية لدعم إنتاجيتهم و تحسين معيشتهم.
- تعزيز المشاريع التي تولد أكبر قدر من الوظائف والفرص.
- جذب الاستثمارات الأجنبية وتحفيز الاستثمارات المحلية.
- المساعدة في نقل المعرفة والتكنولوجيا.
- فرض سيادة القانون من خلال الحث والسهر على الإلتزام به.

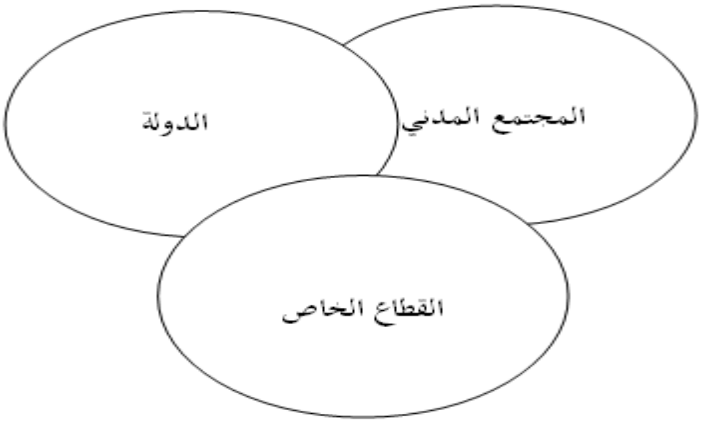
وفي الأخير نشير إلى أن تحقيق الحكم الراشد لا يتم إلا بتكامل الحلقات الثلاثة المكونة للحكم الراشد والمتمثلة في الدولة، القطاع الخاص، المجتمع المدني، وهذه المكونات تكون في حد ذاتها المحاور الرئيسية والأساسية للحكم الراشد[2].

[1] زهير عبد الكريم الكايد، **الحكمانية**، قضايا وتطبيقات، المركز العربي للتنمية الإدارية، عمان، الأردن، 2003، ص ص 47 – 48.

[2] لياس شوبار، جوادي عصام، **الحكم الراشد والنمو الاقتصادي في الدول العربية دراسة قياسية باستعمال بيانات بانيل خلال الفترة 2000–2012**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الإقتصادية، العدد الثالث، ص 07.

الشكل الموالي يبين ترابط العناصر الفعالة للحكم الراشد:

الشكل (1.1): ترابط العناصر الفعالة للحكم الراشد



المصدر: جريو سارة، بوفليح نبيل، **دور الحكم الراشد في الحد من ظاهرة الفساد المالي والاداري**، مجلة الاقتصاد والمالية، المجلد 04، العدد:02، 2018، ص 126.

المطلب الثاني: أبعاد الحكم الراشد.

يقوم الحكم الراشد على مجموعة من الأبعاد المترابطة مع بعضها البعض، فهناك من يمثلها في البعد الاقتصادي، والبعد الإداري أو التقني، وأخيرا البعد السياسي.

- **البعد الاقتصادي**: يكمن البعد الاقتصادي للحكم الراشد في تحقيق الرشادة الاقتصادية، والتي تعني عملية تشمل أساليب وإجراءات اتخاذ القرارات التي تكون لها تأثيرات على النشاطات الاقتصادية للدولة وعلاقاتها الاقتصادية مع دولة أخرى.

يتضح ذلك من خلال بعد الشفافية وتحديد مبدأ الشفافية لحسابات كل المسؤولين داخل الإدارة أو الحكومة وفاعلية القانون واستقرار البيئة التنظيمية (نشاطات مختلف القطاعات)، إن الحكم الراشد عامل مخفض لمخاطر الاستثمار نظرا للتدقيق المستمر للمعلومات حول البيئة الاقتصادية عن طريق الشفافية وهو ما يمكن المتعاملين الاقتصاديين من وضع خطط و استراتيجيات تتناسب وإمكاناتهم.

إن المناخ الذي تهيئه الدولة بوجود سياسات قوية مدعومة بالمؤسسات العامة يسهم في ضمان عدم إهدار أموال المساعدات وتحقيق المزيد من التنمية الاقتصادية، ويبرز البعد الاقتصادي للحكم الراشد من خلال الدعوة إلى مرونة القوانين والإصلاحات الاقتصادية، وهذا من خلال الدعوة لالتزام الحكومات بالمعايير الدولية لمراحل التفاوض وإبرام وتنفيذ أية اتفاقية تجارية أو اقتصادية أو مالية، ومحاربة كل مظاهر الفساد الاقتصادي

ومعاقبة المتسببين فيه وضمان تدفق المعلومات بكل شفافية عن الوضع الاقتصادي للرأي العام واحترام قواعد المنافسة الاقتصادية والنصوص المحددة لخلق الاستقرار الاجتماعي[1].

- **البعد الإداري (التقني):**

يقتضي الحكم الراشد إعادة تشكيل وتعريف الدولة خاصة مع تزايد نشاط القطاع الخاص ودور المجتمع المدني، فقد أصبحت الدولة بمثابة كيان سياسي قانوني يحكمه مجموعة من القواعد المقننة، وهي ذات سلطة سيادية على كل هياكل المجتمع هذا الأخير والذي تعترف كل مؤسساته بحق هذا الكيان في ممارسة السلطة عليهم، ويكتمل تكوينها (State) بمؤسسة "الحكومة"، وهي الجهاز التنفيذي الذي يقوم بوظائف الإدارة (Administration)[2].

إن وجود جهاز إداري قوي وفعال يقوم بالوظائف الإدارية المشدة إليه بصورة فعالة وبطريقة شفافية ويأتي ذلك من خلال محاربة الفساد الإداري بكل صورة، ومحاولة القضاء على العيوب البيروقراطية، ووضع قيود وضوابط تحدد حقوق وواجبات الموظفين العموميين ...إلخ، إضافة إلى توفير فرص التدريب والتكوين من أجل زيادة الخبرة والجودة لدى المنفذين، كما يتوجب من أجل تحقيق هذا البعد استقلال الإدارة عن السلطة السياسية والاقتصادية، وذلك بعدم خضوعها إلا للقانون دون الخضوع لأي اعتبارات أخرى[3]، كما يتثبت هذا البعد أيضا على ضرورة مشاركة الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني وتكون الإدارة عنصرا أساسيا في وضع السياسة العامة وتهدف إلى التغلب على حالات عدم الإنصاف وتكون قادرة على تحفيز التكامل بين المجالين الاقتصادي والاجتماعي وعلى تعزيز المجتمع المدني ودفع القطاع الخاص نحو المشاريع الأكثر ربحية، ويكتمل تكوين الدولة لمؤسسة الحكومة وهي الجهاز التنفيذي الذي يقوم على وضائف الإدارة والتسيير لشؤون المجتمع وتتكون الحكومة في الأساس من جهاز دائم من الفنيين والإداريين ولكن قيادتها عادة ما تكون لها طابع سياسي تفرزها الانتخابات الدورية مما يخضع القيادة للحكومة لمساءلة الناس مباشرة[4].

---

[1] بورغدة وحيدة، مرجع سبق ذكره، ص 71.

[2] بن عبد العزيز خيرة، "**الحكم الراشد بين الفكر الغربي والإسلامي –دراسة مقارنة–**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: تنظيمات سياسية وإدارية، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2013 – 2014، ص 36.

[3] عمار بوحوش، "**الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة**"، دار البصائر للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الثانية، 2008، ص 39.

[4] سفيان فوكة، **الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية**، مداخلة ضمن الملتقى الوطني حول: التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر، جامعة حسيبة بن بو علي جامعة الشلف، يومي 16 – 17 ديسمبر 2008، ص 15.

وتفترض الرشادة الإدارية ألاّ يكون هناك خلل بينها وبين الرشادة الاقتصادية، بمعنى أن تكون الإدارة مستقلة عن السلطة الإقتصادية والسلطة السياسية، فلكي تضمن الإدارة استقلاليتها عن السلطتين الاقتصادية والسياسية لابد أن تقوم على موظفين مهنيين ومستقلين لا يخضعون إلا لواجبات وأهداف وظيفتهم، ويكمن البعد الإداري للرشادة في تطوير الفعالية في تسيير القطاع العام، بتفعيل طرق وسائل إسناد الوظائف، إنشاء بيئة قانونية قابلة لتحقيق التنمية البشرية المستديمة وتفعيل الإعلام والشفافية والإتصال[1].

- **البعد السياسي**: يعتبر الأساس الأول لتكريس الحكم الراشد، حيث يقضي البعد السياسي للحكم الراشد، بوجود مجموعة من السلوكيات تعكس وجود ديمقراطية فعالة وذلك من خلال:

تعتبر الانتخابات في الأنظمة الحديثة "البعد الإجرائي للديمقراطية، وميكانيزمات مساهمة المواطن في صياغة السياسات واتخاذ القرارات، فالانتخابات الحرة والنزيهة تبين أن السلطة السياسية تستمد من الشعب. إن إمكانية التنخبية هي التي تكفل أن يفي المنتخبون بما يناط بهم "، أي أن الانتخابات تعتبر وسيلة رقابة فعالة في حالة وجود انتخابات حرة ونزيهة.

تقاس الممارسة الفعلية للسلطة من قبل المواطنين من خلال الجمعيات والانتخابات بالمشاركة السياسية، ليس بأسلوبها الإجرائي (الانتخابات) فحسب، وإنما في إطار الإمكانات المتاحة للجماعات والمجتمع المدني لممارسة السلطة سواء كان ذلك من خلال الحصول على المعلومات أو المشاركة في عملية اتخاذ القرارات، فجميع القرارات الصادرة عن السلطة الحاكمة لابد أن يشارك في عرضها وبحثها ومناقشتها والموافقة عليها أو تعديلها أو رفضها أولئك الذين ستطبق عليهم[2].

إن فعالية القرارات ونجاعة السياسات والبرامج تتوقف على مدى المشاركة الفعلية لمختلف الأطراف في عملية التنمية، ورصد وإعداد سياستها، غير أنّ تحقيق وتجسيد هذه المشاركة يتطلب من السلطة أولا وكذا جميع الفاعلين في مجالات التنمية، أن يأخذوا بعين الاعتبار كل الجوانب والعوامل الداخلية التي تساعد على تجسيد الحكم الراشد، وذلك بدعم وتعزيز روح المبادرة وتفعيل الشفافية وتجسيد مبدأ المحاسبة والتي تحدد من خلال

[1] Pnud. « le rôle de la gouvernance ». rapport sur le developpement humain duvable. Ouagadougou. Burkinafaso, 2000, p 10.

[2] يوسف زدام، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الإنسانية في الوطن العربي من خلال تقارير التنمية الإنسانية العربية (2002 – 2004)**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (فرع التنظيم السياسي والاداري)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2006 – 2007، ص 16.

طبيعة العلاقة بين السلطة والمجتمع، وبالتالي تحديد درجة الاستقرار والأمن الضروريين لتجسيد الحكم الراشد، كما أنها تشترط وجود صحافة حرة ومسؤولة[1].

ومن أجل تحقيق التنمية يفترض الحكم الراشد أن رسم السياسة العامة وخاصة تحديد الأولويات في السياسات الاجتماعية والاقتصادية قائم على أساس الاجماع داخل المجتمع، في اتخاذ القرارات وتوزيع الموارد، كما يعتبر دور المجتمع المدني عاملا أساسيا في إقامة الحكم الراشد وذلك بوجود إعلام مستقل وحرية تعبير مضمونة، وذلك من خلال مشاركة سياسة فعالة على جميع الأصعدة للمواطنين، من خلال تحديد الأولويات وتوفير المعلومات والشفافية في وضع السياسات وتطبيقها، مما يعني أنها هناك هيئات ومؤسسات أخرى (القطاع الخاص، المجتمع المدني، الإعلام)، تساهم وتشارك في وضع السياسات الاقتصادية والاجتماعية مما يعني أن السلطة ليست الفاعل الوحيد في ممارسة الحكم واتخاذ القرارات[2].

المبحث الثالث: خصائص ومؤشرات الحكم الراشد

يرتكز الحكم الراشد على مجموعة من الخصائص الجوهرية التي تساهم في تحقيق كفاءته وفعاليته التي يسعى إلى تحقيقها ويعمل على تجسيدها ويكفل لها الدوام والاستقرار، كما أنه يشمل مجموعة من المؤشرات مهمة لعمل خصائصه، ومن خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى خصائصه، وفي الأخير يتم التعرف إلى مؤشرات قياس الحكم الراشد.

المطلب الأول: خصائص الحكم الراشد

لابد للحكم الراشد الذي تقوم عليه الحكومة الجيدة والذي يساهم بفعالية في نجاحها أن يتميز بمجموعة من الخصائص.

- **الشفافية** (Transparency):

وهي من أهم خصائص الحكم الرشيد وتعني إتاحة كل المعلومات وسهولة تبادلها، بأن تكون متاحة لكافة المؤسسات ولجميع الأطراف المعنية، وأن تكون الحسابات العامة متاحة بصورة مباشرة، وأن تتوفر معلومات كافية وشاملة ومنظمه عن عمل المؤسسات وأدائها لكي يسهل رقابتها ومتابعتها، إذن الشفافية هي تدفق المعلومات الاقتصادية والاجتماعية والشفافية والسياسية الشاملة في الوقت المناسب وبطريقة يمكن الاعتماد عليها، وتتخلص الشفافية بالمكونات التالية:

---

[1] عبد الكريم قلاتي، **"دور الصحافة المستقلة في ترسيخ مفهوم الحكم الراشد في الجزائر دراسة وصفية تحليلية"**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم الإعلام والاتصال، قسم علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر – 3- ، 2010 – 2011، ص 83.

[2] Pierre (de semarclars) « gouvernance et crise de mecanisme de regulation international, riss.op. cite . p 96.

- الحصول على المعلومة
- العلاقة السببية بين المعلومة والموضوع المراد مراقبته.

– الدقة في الحصول على المعلومة

وعليه يجب على الدولة أن تصدر قوانين تهتم بحرية المعلومات وتسمح للجمهور ولوسائل الإعلام المختلفة بالحصول على جميع الوثائق والمتعلقة بعمل الحكومة والتشريعات والسجلات المختلفة.

ومن الصعب تخيل وجود حكم راشد ووجود حكومة فاعلة ومتجاوبة مع شعبها دون وجود قطاع إعلامي متميز وقوي ويتسم بالمهنة والاستقلالية[1].

– **المساءلة (Accountability):** وهي قدرة الرأي العام على مراقبة ومحاسبة ومساءلة المؤسسات المعنية بتسيير شؤون أفراد المجتمع في القطاعين العام والخاص حيث أن المساءلة هي عامل مهم ومؤثر في الحكومة الرشيدة[2].

ويمكن تحقيق مساءلة الحكومة من خلال النظم الداخلية (المساءلة الداخلية) التي تحكم سلوك مختلف الأجهزة الحكومية، وذلك لحماية المصالح العامة، كما يمكن أيضا تحقيق مساءلة الحكومة من خلال الوسائل المباشرة (المساءلة الخارجية)، ويتم ذلك باستجواب الحكومة وأجهزتها عن تصرفاتها، وعن أدائها وعن النتائج التي تخص أفراد المجتمع.

وتقوم المساءلة على مجموعة دعائم هي[3]:

- المساءلة المالية: وهي التزام أي شخص يتولى مسؤولية موارد أو منصب عام بتقديم تقارير عن الاستخدام المقصود والفعلي لموارد المنصب الذي يشغله، ويشمل ذلك ضمان الشفافية في الخطوات والإجراءات للوفاء بهذا الالتزام.
- المساءلة الادارية: وتتضمن نظم الرقابة الداخلية على الحكومة، وهي بذلك تكفل وتضمن سلامة تطبيق القيود والضوابط التي تفرضها النصوص القانونية على المواطنين المشاركين فيها، وتتضمن هذه النظم معايير وحوافز الخدمة المدنية، ومواثيق الأخلاقيات، والعقوبات الجنائية والمراجعة الإدارية.

---

[1] لخضر رابحي، عبد المجيد بن يكن، **الحكم الراشد ودوره في تحقيق التنمية المستدامة في الجزائر**، مجلة العلوم القانونية والسياسية، العدد 17، جانفي 2018، ص 497.

[2] هايل عبد المولى طشطوش، **دور الحاكمية الرشيدة في تحقيق التنمية المستدامة**، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية، العدد السابع عشر، 2014، ص 59.

[3] شراطي نسيمة، **تطبيق الحكومة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية دراسة حالة الجزائر**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: إقتصاد، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة يحي فارس بالمدية، 2016– 2017، ص 55.

- المساءلة السياسية: وهي نقطة بداية فعالة للرقابة، وتبدأ بالانتخابات الحرة و النزيهة والشفافة، حيث تعتبر الانتخابات وسيلة أو أداة بيد الشعب لتقويم أعمال مسؤوليهم وممثليهم أثناء شغلهم للمناصب العامة، وإصدار الأحكام بشأنهم إما بمكافأتهم أو بمعاقبتهم.
- المساءلة الاجتماعية: وهي منهج لمواجهة الاحتياجات، تقوم على المشاركة المدنية، وإشراك المواطنين والجماعات التي تطالب بفرض أكبر قدر من المساءلة على الأعمال العامة.

وتأخذ خاصية المساءلة ثلاثة أشكال وهي[1]:

- المساءلة التشريعية: هي أهم المسائلات في النظام الديمقراطي، لأن البرلمان يلعب دورا مهما في تنفيذ سياسات الحكومة والرقابة عليها.
- المساءلة التنفيذية: خضوع الجهاز التنفيذي نفسه للمحاسبة عبر سبل الإدارة.
- المساءلة القضائية: تشكل ركن أساسي من أركان ضبط عمل الجهاز الحكومي وغير الحكومي، حيث تلعب دورا بارزا في أسلوب الحكم الراشد عن طريق مراقبة تسيير عمل التنفيذ وتوجيه التهم للموظفين.

- **المشاركة** (Participation):

بمعنى تهيئة السبل والآليات المناسبة للمواطنين المحليين كأفراد وجماعات، من أجل المساهمة في عمليات صنع القرارات، إما بطريقة مباشرة أو من خلال المجالس المحلية المنتخبة تعبر عن مصالحهم وعن طريق تسهيل التحديد المحلي للقضايا والمشكلات، وفي إطار التنافس على الوظائف العامة، يتمكن المواطنون من المشاركة في الانتخابات واختيار الممثلين في مختلف مستويات الحكم، ويمكن أن تعني المشاركة أيضا المزيد من الثقة وقبول القرارات السياسية من جانب المواطنين، الأمر الذي يعني زيادة الخبرات المحلية[2].

- **حكم القانون أو سيادة القانون** (Rule Of Law):

بمعنى أن الجميع، حكّاما ومسؤولين ومواطنين يخضعون للقانون ولا شيء يسمو على القانون، ويجب أن تطبق الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة وبدون تمييز بين أفراد المجتمع وأن توافق هذه القوانين معايير حقوق الإنسان وتكون ضمانة لها ولحريات الإنسان الطبيعية[3].

---

[1] لخضر رابحي، عبدالمجيد بن يكن، مرجع سبق ذكره، ص 498.

[2] عبد القادر بودي، عبد الصمد بودي، **الحكم الراشد كآلية لتفعيل تسيير الجماعات المحلية من أجل تنمية محلية مستدامة في الجزائر**، مجلة "الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، العدد الأول، 2012، ص 235.

[3] مركز الحياة لتنمية المجتمع المدني، **الحاكمية الراشدة "جدل لم يحسم بعد"**، الأردن، جوان 2007، ص 17

وهذا الأمر يتطلب تنفيذ جيد للقانون وقضاء مستقلا، وتعد سيادة القانون شرطا أساسيا للحفاظ على القيمتين الأساسيتين لدولة القانون التضمينية والمساءلة[1].

- **المساواة (Equality):**

تهدف إلى إعطاء حق لجميع الرجال والنساء في الحصول على الفرص المتساوية في الإرتقاء الإجتماعي من أجل تحسين أوضاعهم[2].

- **الكفاءة والفعالية** (Effectiveness and efficiency):

ويعبر ذلك عن البعد الفني لأسلوب الإدارة المحلية، ويعني قدرة الأجهزة المحلية على تحويل الموارد إلى برامج وخطط ومشاريع تلبي احتياجات المواطنين المحليين وتعبر عن أولوياتهم، مع تحقيق نتائج أفضل وتنظيم الاستفادة من الموارد المتاحة[3].

- **الرؤية الاستراتيجية** (Strategic Vision):

أن تتوفر الآفات الواسعة لكل من الشعب وصناع القرار لتحقيق ما يصبون إليه مع توافر الشعور المشترك بما يريدونه من تلك العملية[4].

- **اللامركزية** (Decentralization):

وهذا من خلال تفعيل مبدأ توزيع السلطات بين أفراد المجتمع من خلال التوزيعات الجغرافية للدولة بهدف إدارة شؤونها والحفاظ على حقوق الأفراد داخلها والتي تشكل بعدا عميقا في تحقيق مفهوم الحكم الراشد، فيشعر الفرد بأنه هو صاحب القرار ويعتمد على نفسه من أجل تحقيق الذات من جهة، وأنه تحت المراقبة الشعبية من جهة أخرى[5].

- **حسن الاستجابة** (Responsiveness):

---

[1] سام دلة، **من دولة القانون إلى الحكم الرشيد –تكامل في الأسس والآليات والهدف –**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 30، العدد الثاني، 2014، ص 91.

[2] الكر محمد، بن مرزوق عنترة، **الحكم الراشد وإصلاح الإدارة المحلية الجزائرية ... بين المعوقات والمتطلبات**، مجلة البحوث السياسية والإدارية، العدد الثاني، ص 50.

[3] مرزوق عنترة، سي حمدي عبد المؤمن، **الإنتقال إلى الحوكمة المحلية في الجزائر دراسة في التحديات والآليات**، مجلة التراث، المجلد الثامن، العدد الأول، 2018، ص 218.

[4] الصادق جراية، **الحكم الراشد وإشكالية السيادة**، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 09، العدد 02، 2018، ص 169.

[5] بسمة نزار، محمد بن سعيد، **آليات تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة وتطوير إدارة الجماعات المحلية**، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، العدد الثالث عشر، جويلية 2018، ص 80.

أن تسعى الأجهزة المحلية إلى خدمة جميع الأطراف المعنية، والاستجابة لمطالبها، خاصة الفقراء والمهمشين، وترتبط الاستجابة بدرجة المساءلة التي تستند بدورها على درجة الشفافية وتوافر الثقة بين الأجهزة المحلية والمواطن المحلي[1].

المطلب الثاني: قياس الحكم الراشد

برزت عدة وكالات دولية ومحلية لبناء مؤشرات حول نوعية الحوكمة في الدول المتقدمة، وفي النامية على وجه الخصوص، لتكون كقاعدة من خلالها يمكن اتخاذ القرار في منح المساعدات أو توطين الاستثمار أو إمضاء اتفاقيات التعاون، وهذا ما أسفر على وجود مؤشرات كثيرة جدا[2]، رغم من تعدد هذه المؤشرات إلا أن هذه المؤشرات تختلف من ناحية جودة ودقة شمولية المقياس، أيضا هناك مؤشرات لها قبول أكبر واستخدام أكثر ومصداقية أعلى من باقي المؤشرات من قبل المستخدمين، المؤشرات العالمية للحوكمة هي من أكثر المؤشرات شمولية ومصداقية ودقة في قياس جودة الحكم مقارنة ببقية المؤشرات المتاحة هو أحد منتجات البنك الدولي وقد أعده الكثير من الخبراء والمستخدمين لمؤشرات قياس جودة الحكم كأكثر مؤشرات قياس الحوكمة شمولية، وفقا للبنك الدولي فإن WGI قدم كمؤشر شامل لقياس جودة الحكم وليس كبديل للمقاييس الأخرى، حيث أن WGI يستخدم نتائج المؤشرات الأخرى في بناء مؤشرات شاملة لقياس جودة الحكم، كما أن هناك عدة نقاط تجعل من WGI واحد من أفضل مقاييس جودة الحكم المتاحة هي:

أولا: مقارنة بالمقاييس الأخرى والتي تكون من مقياس واحد للحوكمة يحتوي WGI على ستة مقاييس وكل مقياس يركز على موضوع من مواضيع الحوكمة، هذه المقاييس تشمل (السيطرة على الفساد، فعالية الحكومة الاستقرار السياسي، جودة التشريعات وتطبيقها، سيادة القانون، المشاركة والمساءلة).

وكل مقياس يمكن إستخدامه كمؤشر مستقل لموضوع واحد من مواضيع الحوكمة[3].

ثانيا: تم بناء كل مؤشر من المؤشرات العالمية للحوكمة بإستخدام 31 مصدر للبيانات و 441 متغير مما يضف مزيدا من الشمولية للمؤشرات، بالإضافة إلى أن المؤشرات في 213 دولة وإقليم مما يجعل WGI

---

[1] بومدين طاشمة، **الحكم الراشد ومشكلة بناء قدرات الإدارة المحلية في الجزائر**، مجلة التواصل، عدد 26، جوان 2010، ص 31 – 32.

[2] شقبقب عيسى، عدلي إبراهيم، **الحوكمة الجيدة والنمو الاقتصادي محاولة لنمذجة العلاقة بالتطبيق على حالة الجزائر**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد 06، ديسمبر 2016، ص 284.

[3] ناقل زينب، **الحكم الراشد والتنمية البشرية في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) دراسة تحليلية وقياسه باستخدام نماذج "PANEL"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في الإحصاء والإقتصاد التطبيقي، تخصص: إحصاء تطبيقي، المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، 2014 – 2015، ص 57 – 58.

المقياس الوحيد المتاح الذي يشمل كل الدول والأقاليم الأعضاء في الأمم المتحدة، ويتم إصدار مؤشرات WGIبشكل سنوي إعتبارا من سنة 2004 بينما تم إصدار مؤشرات كل سنة من أول نسخة في عام 1996م.

أخيرا: المصداقية والدقة التي يتميز بها WGI مقارنة ببقية مؤشرات مقاييس الحوكمة جعل WGI يستخدم كمقياس لجودة الحكم، يعتمد عليه في رسم السياسات واتخاذ القرارات من قبل المنظمات الدولية والحكومات[1].

وبفضل جهود دانيال كوفمان (Daniel Kaufman) وزملائه بإنتاج مؤشر مركب تم تجميعه من مؤشرات فرعية تنتجها 31 هيئة مختصة في هذا المجال، أطلق على هذا المؤشر اسم المؤشرات العالمية للحكم الراشد أو اختصارا (WGI)، كما يحتوي هذا المؤشر على ست مؤشرات فرعية كل مؤشر منها يقيس موضوع أو بعد من أبعاد الحكم الراشد، بما أن عملية قياس الحكم الراشد صعبة ومعقدة، إلا أن جهود دانيال كوفمان (Daniel Kaufman) وزملائه قاموا بوضع مؤشر لقياس الحكم الراشد أطلق على هذا المؤشر اسم مؤشر النوعية المؤسساتية (Institutional Indicator Of Quality) أو اختصارا (IQI)[2]، ويأخذ هذا المؤشر المتوسط الحسابي للأشكال الست لمؤشرات الحكم الراشد، وقيمته تتراوح بين (- 2.5 ، + 2.5)، ومن الواضح أنه كلما كانت القيمة أعلى كلما دلت على جودة الحكم، وكلما كانت أسفل دلت على الضعف.

المطلب الثالث: مؤشرات الحكم الراشد

سعى البنك الدولي العالمي على إيجاد مجموعة من المؤشرات الكمية التي من خلالها يمكن توضيح إنجازات إدارة الحكم، حيث تم تحديد ستة مؤشرات تنقسم إلى ثلاثة أجزاء كالتالي:

أ / العملية التي يتم من خلالها اختيار الحكومات ومراقبتها واستبدالها وتتمثل في مؤشرين هما:

1- مؤشر الصوت والمساءلة: Voice and Accountability (VA)

يقيس مؤشر الصوت والمشاركة مدى قدرة مواطني بلد ما على المشاركة في انتخاب حكومتهم، وكذلك حرية التعبير، حرية تكوين الجمعيات، وحرية وسائل الإعلام[3]. بمعنى آخر هو مؤشر ذاتي على إدارة الحكم تم

[1] ناقل زينب، مرجع سبق ذكره، ص 58.

[2] La Banque Mondiale, **Rapport sur le developpement au moyen – orient en afrique du nord**, vers une meilleure gouvernance au moyen – orient et en afrique du nord, wa shingtor, d . c , 2003 , p 06 – 08.

[3] Daniel kaufmann, brookings institution Aart kraay and massimo mastruzzi, **the world wide governance indicators ; methodology and anlytical issues**, world bank draft policy research working paper, world bank september, 2010, p 03. Access the wgi data at www.govindicators.org

تجميع عناصره من مصادر مختلفة يقيس مختلف الإدراكات الحسية للمفاهيم التالية: الانتخابات الحرة والنزيهة، حرية الصحافة، الحريات المدنية، الحقوق السياسية، دور العسكر في السياسة، التغيير الحكومي، شفافية القوانين والسياسات، بحيث تتراوح التقديرات ما بين 2.5- و 2.5+ والقيم العليا هي الأفضل[1]، ويطلق على هذا المؤشر أيضا " مؤشر التعبير عن الرأي والمساءلة " ويقيس هذا المؤشر الآراء المختلفة في دولة ما حول مدى قدرة مواطني تلك الدولة على المشاركة في اختيار حكومتهم، وفي اتخاذ القرار ورسم الاستراتيجيات، وذلك من خلال قنوات مؤسسية تمكن المجتمع من التعبير عن رأيه في صنع القرار، وتضمن له حرية الرأي والتعبير والمعايير الأساسية لحقوق الإنسان. كما يقيس هذا المؤشر كذلك مستوى حرية التعبير والإعلام في الدول محل القياس، وكذلك مبدأ المحاسبة الذي يجعل جميع المسؤولين ومتخذي القرار في الدولة خاضعين لمبدأ المحاسبة أمام الرأي العام ومؤسساته دون استثناء، حيث يكون للموطنين القدرة على محاسبة المسؤولين على نتائج قراراتهم، وأنه لا أحد فوق المساءلة[2].

2- مؤشر الاستقرار السياسي وغياب العنف: (PS) Political Stability and absence of violence

يقيس مؤشر الاستقرار السياسي وغياب العنف احتمال زعزعة استقرار الحكومة أو إسقاطها بوسائل غير دستورية أو عنيفة، بما في ذلك العنف والإرهاب بدوافع سياسية. بمعنى آخر هو مؤشر ذاتي على إدارة الحكم تم تجميع عناصره من مصادر مختلفة يقيس الإدراك الحسي لاحتمال ظهور أو حدوث حالة من عدم الاستقرار (نزاع مسلح، ظواهر اجتماعية، تهديد إرهابي، صراع داخلي، تشقق الطبقة السياسية، تغييرات دستورية، انقلابات عسكرية) تتراوح التقديرات ما بين 2.5- و 2.5+ والقيم العليا هي الأفضل[3]، كما يهدف مفهوم الاستقرار السياسي إلى بناء نظام سياسي شرعي وقوي يشتغل في إطار احترام سيادة الشعب والإرادة الاجتماعية، أما انعدام العنف فيعني أن النظام السياسي متواجد في بيئة سياسية، اقتصادية، واجتماعية سليمة، إما لأن أسباب العنف غير قائمة أو أن السلطة متمسكة بزمام الأمور ويعد هذا المؤشر جيد للحكم على مدى تجاوب النظام مع مطالب وتطلعات الشعب، كما يتضمن الاستقرار السياسي عدة آليات تعتمد

[1] بن شيخ منال، خواثرة سعيدة، **واقع الحكم الراشد ومتطلبات ترشيد الانفاق العام في الجزائر، مجلة أوراق اقتصادية**، المجلد04، العدد01، جوان 2020، ص87.

[2] شراطي نسيمة، **تطبيق الحوكمة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية –دراسة حالة الجزائر–**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد، 2016-2017، ص39.

[3] بن شيخ منال، خواثرة سعيدة، مرجع سبق ذكره، ص88.

في محتواها مبادئ التداول السلمي على السلطة، ونزاهة الانتخابات وكذا الوسائل الشرعية والدستورية في تشكيل الحكومات بعيدا عن استخدام الوسائل اللادستورية ومنطق القوة في الاستيلاء على الحكم[1].

ب/ قدرة الحكومة على صياغة سياسات سليمة وتنفيذها بفعالية وتتمثل في مؤشرين هما:

1- مؤشر فعالية الحوكمة: Government Effectiveness (GE)

يقيس مؤشر فعالية الحكومة مدة جودة الخدمات العامة، جودة الخدمات المدنية، وجودة صياغة السياسات والتنفيذ، ودرجة إستقلالية عمل الحكومة عن الضغوط السياسية، جودة الأنظمة وتطبيقها ومصداقية التزام الحكومة بهذه الأنظمة[2].

ويكون ذلك من خلال مؤسسات الدولة والتي نستطيع تقسيمها حسب طبيعتها إلى ثلاث أقسام فهناك أولا مؤسسات منظمة للسوق، أي تلك المؤسسات التي تتعامل مع التأثيرات الخارجية، ونقص المعلومات، وتتمثل في الهيئات التي تنتمي إلى قطاع الاتصالات السلكية واللاسلكية، والنقل والخدمات المالية. وهناك ثانيا، مؤسسات محققة لاستقرار السوق بما توفره من بيئة اقتصادية مستقرة من خلال سياسات اقتصادية ومالية سليمة، وهذه المؤسسات مثل وزارة المالية والبنوك المركزية، ونظم أسعار الصرف، وقواعد الموازنة والضرائب هي المسؤولة عن الإدارة الاقتصادية والمالية، وتكفل انخفاض التضخم، وتقليل التقلبات الاقتصادية الكلية إلى أدنى مستوى، وتفادي الأزمات المالية. وهناك ثالثا وأخيرا، مؤسسات تمنح الشرعية للسوق وتدعم التشغيل الكفء للأسواق، وهي تشمل نظاما مبينا بوضوح لحقوق الملكية التي تحمي أصول المستثمرين وعائداتها، وقواعد تنظيمية تحد من الغش ومن السلوك غير القائم على المنافسة، ومؤسسات اجتماعية واقتصادية تخفف من المخاطر وتتصدى للنزاعات الاجتماعية، وتوفر الحماية الاجتماعية والتأمين، وترتبط بإعادة التوزيع[3].

2- مؤشر نوعية التنظيم: Regulatory Quality (RQ)

---

[1] حسين عبد القادر، **الحكم الراشد في الجزائر وإشكالية التنمية المحلية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية تخصص: الدراسات الأورومتوسطية، قسم العلوم السياسية، جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان –، الجزائر، 2011-2012، ص 118.

[2] Zahoor Ahmad, Aysha Sallem**, Impact Of Gouvernance On Human Development**, Pak J Commer Soc Sci, Pakistan Journal Of Commerce and Social Sciences, 2014, p 614.

[3] مناد علي، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية من خلال حوكمة الشركات "حالة PME/PMI في الجزائر"**، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماجستير تخصص اقتصاد التنمية، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية ، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، 2005-2006، ص 72.

يقيس مؤشر نوعية التنظيم عن مدى قدرة الحكومة على صياغة وتنفيذ سياسات سليمة واللوائح الفعالة التي تسمح وتشجع تنمية القطاع الخاص، ويكون ذلك بتوفير بيئة مناسبة للأعمال والقضاء على أهم القيود الرئيسية التي تواجه الشركات[1]، بمعنى آخر حيث يقيس هذا المؤشر مدى وجود قوانين وقواعد بالمجتمع تمنح الأفراد والشركات الثقة في التعامل وممارسة النشاط الاقتصادي بحرية، ويتضمن أيضا مدى انتشار الجرائم والسرقات والتي تمثل عائقا أمام ممارسة النشاط الاستثماري، ومدى كفاءة وفعالية القضاء، وتنفيذ العقود طويلة الأجل الخاصة والحكومية، وعدم تحيز القضاء واستقلاليته عن الضغوط السياسية، هذا إلى جانب حماية حقوق الملكية الفكرية. كما يؤكد هذا المؤشر أيضا على جودة المناخ الاستثماري بالدولة الذي يعتمد بشكل كبير على تفعيل دور القانون ومدى مصداقيته، والقدرة على التنبؤ به، والذي يمثل الأساس اللازم لتفعيل العلاقات الاقتصادية والاجتماعية بالدولة[2].

ج/ احترام المواطنين والدولة بالنسبة للمؤسسات وتتمثل في مؤشرين هما:

1- مؤشر سيادة القانون: Rule Of Law (RL)

يقيس مؤشر سيادة القانون مدى ثقة المتعاملين بتطبيق القوانين والالتزام بها من قبل الحكومة بشكل متساوي على كل الأفراد والمنظمات، وبشكل خاص الثقة في إنفاذ العقود، حماية حقوق الملكية، عمل الشرطة والمحاكم، فضلا عن احتمال حدوث الجرائم والعنف[3].

ويعني حكم دولة القانون وسيادته على الجميع دون استثناء، وينطوي على عنصرين، هما: حيادية القوانين، ومدى تقيد والتزام المواطنين و/أو إلزامهم بها. فكلما كانت القوانين حيادية تشريعا وواقعا كلما استقطبت للعمل والمشاركة الجمهور الكفيل بإطلاق الكفاءات. أما إذا حصل توظيف لمديات التفسير الواسعة لنصوصها القانونية ومجانبة الصواب في ممارساتها، وهو ما يحصل على نطاق واسع في المحاكم العربية الجزائية والجنائية والبدائية، فقد عزفت الحقوق عن توجهات الخير العام والسلامة إلا في الظاهر إلى حد ما وأطلقت الإدارات المختلفة القيود المثبطة لجهود البناء والإنماء بنسب متزايدة. ويتوجب عندها اعتماد الأسس الفقهية-

---

[1] بشراير عمران، تهتان موراد، **"أثر الحكم الراشد على الانفاق العام على التعليم في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا" دراسة قياسية باستخدام نماذج البيانات الطولية (Panel Data)**، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد: 32، 2015، ص 91.

[2] صفيح صادق، **الاستثمار الأجنبي المباشر والحكم الراشد: دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2014-2015، ص117.

[3] Daniel kaufman, Aart Kraay, Mossimo Mastruzzi, **The World Wide Governance Indicators Methodology and Analytical Issues**, Working Paper 5430, The World Bank Development Research Group Macroeconomics and Growth Team September 2010, p 04, Access the WGI data at www.gouvindicators,org

العلمية والمدروسة بعناية كبيرة وبمشاركة الاجتهادات العلمية لا إجماع الآراء ولا التوجيهات أو التعليمات على استبيان طريق الرشد في إحقاق الحقوق حتى ولو أرهقت وكلفت الكثير[1].

2- مؤشر السيطرة على الفساد: Control Of Corruption (CC)

يقيس مؤشر السيطرة على الفساد مدى ممارسة السلطة العامة لتحقيق مكاسب خاصة، بما في ذلك أشكال الفساد الصغيرة والعليا، وكذلك "القبض" على الدولة من قبل النخب والمصالح الخاصة[2]، حيث يؤدي الفساد إلى تقويض الحكم الراشد، وتشويه السياسات العامة للدولة وتردي الخدمات الحكومية والبنية التحتية، وخفض الإنفاق على الخدمات الأساسية ومستواها مثل الصحة والتعليم، إنه يؤدي إلى سوء توزيع موارد الدولة البشرية والاقتصادية كما يشكل عائق أمام الاستثمار الأجنبي الأمر الذي ينتج عنه تقويض الثقة الجماهيرية في مؤسسات الدولة[3]، لذا فإن وضع استراتيجيات لمواجهة الفساد بأشكاله أمر ضروري لنجاح مبدأ الشفافية والمساءلة والمشاركة، هذا ما جعل هذا الأخير في سياقه الواسع يتخذ حيزا كبيرا في اهتمام البنك العالمي، كمؤشر لقياس نوعية الحكم من جهة وتحقيق الحكم الراشد من جهة أخرى عن طريق قياس اهتمامات السلطات العامة بمكافحة الفساد في صوره الصغيرة والكبيرة.

[1] نوفل قاسم علي الشهوان، **مقومات الحكم الراشد في استدامة التنمية العربية**، دراسات إقليمية، المجلد10، العدد4، مركز الدراسات الإقليمية، ص 55.

[2] Daniel Kaufmann, Aart kraay, and Massimo Mastruzzi, **Governance Matters V : Aggregate and Individual Governance Indicators for 1996 – 2005**, World Bank Policy Research Working Paper 4012, september 2006 p :04, Access the WGI data at www.govindicators.org.

[3] عزمي الشعيبي، **دليل البرلمان في مواجهة الفساد**، ط1، مكتب الشرق الأوسط العربي، فلسطين، 2006، ص6.

خلاصة

لقد قمنا في هذا الفصل بعرض أهم المفاهيم النظرية الأساسية المتعلقة بالحكم الراشد، فقد تناولنا أولا التطور التاريخي للحكم الراشد إضافة إلى الدوافع التي أدت إلى ظهوره والتي تنوعت بين الأسباب السياسية والاقتصادية والاجتماعية، لنعرج بعدها إلى تناول تعريفه لدى المؤسسات الدولية وبعض الباحثين الأجانب والعربيين، ورغم تعدد هذه التعاريف أهم ما يمكن استخلاصة هو أن الحكم الراشد على انه نظام تعتمده الدولة المعاصرة في ضبط الموارد وتعديلها وتوجيهها بالشكل الذي يسمح بتحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية في إطار من الموازنة الداخلية والخارجية، وبعدها تطرقنا إلى عناصر الحكم الراشد المتمثلة في ثلاثة عناصر رئيسية متكاملة ومترابطة فيما بينها وهي كل من الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، وللحكم الراشد أبعاد تتمثل في البعد السياسي المرتبط بطبيعة السلطة السياسية ومدى شرعية تمثيلها، والبعد الإداري التقني المتعلق بعمل الإدارة ومدى تمتعها بالكفاءة والفعالية وكذا البعد الاقتصادي الاجتماعي المتعلق بطبيعة بيئة المجتمع المدني، أما خصائص تفعيله فتضمن على المشاركة والشفافية والمساءلة والكفاءة وفي الأخير تطرقنا إلى قياس مؤشرات الستة للحكم الراشد التي قام معهد البنك الدولي بإشراف دانيال كوفمان وآخرون بوضعها حيث تشتمل على مؤشر حرية التعبير عن الرأي والمساءلة، مؤشر الاستقرار السياسي، مؤشر الأطر التنظيمية، مؤشر فاعلية الحكومة، مؤشر حكم القانون، ومؤشر مكافحة الفساد.

الفصل الثاني

تمهيد:

يتمتع الإنفاق الحكومي بأهمية كبيرة في اقتصاديات دول العالم، وهو أحد المكونات الرئيسية والهامة في دالة الطلب الكلي، إذ يعتبر أحد أبرز محركات الاقتصاد في أي دولة لتحقيق الأهداف السياسية، الإقتصادية، والاجتماعية ، ويعد إنفاق العام على الصحة جزء من هذا الإنفاق الحكومي حيث أن معظم الحكومات تقوم بالتركيز على هذا الإنفاق الحكومي الصحي من أجل بناء منظومة صحية تتصف بالتطور والرقي لمواطنيها، والهدف من خلال هذا الفصل هو تبيان مختلف المفاهيم المتعلقة بماهية المنظومة الصحية وذلك في المبحث الأول، ثم نتطرق في المبحث الثاني إلى ماهية الإنفاق الحكومي، أما في المبحث الثالث فسوف نبرز مختلف المفاهيم المتعلقة بماهية الإنفاق الحكومي الصحي.

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية

يعتبر النظام الصحي عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونه مرتبط بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين، حيث تتسابق الدول اليوم في وضع نظام صحي خاص بها يتصف بالتطور والرقي يعكس مدى اهتمام تلك الدول بمواطنيها، من خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى بعض المفاهيم الأساسية المرتبطة بالنظام الصحي، ثم نحدد أهداف المنظومة الصحية، كما نتطرق إلى وضائف ومكونات النظام الصحي، وفي الأخير يتم التعرف إلى محدداته وأهم العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي.

المطلب الأول: تعريف النظام الصحي وأهدافه

الفرع الأول: تعريف النظام الصحي

اختلفت وتعددت التعاريف حول النظام الصحي وهي كما يلي:

عرف محمد خليل الشاذلي النظام الصحي بأنه " مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم، وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين"[1].

أما علي عبد القادر علي فيعرف النظام الصحي بأنه " الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"[2].

وعرف صلاح محمود ذياب النظام الصحي بأنه عبارة عن أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما، بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة[3].

أما فريد توفيق نصيرات فيرى النظام الصحي بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان على مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه، وترقيته باستمرار[1].

---

[1] محمد خليل الشاذلي، **طب المجتمع**، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 1999، ص34.

[2] علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة، دورية تعني قضايا التنمية في الأقطار العربية**، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003، ص4.

[3] صلاح محمود ذياب، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، منظور شامل**، دار الفكر، عمان، 2009، ص52.

كما عرف فريد النجار النظام الصحي " بأنه عبارة عن مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الإتصالات وتعمل معا بهدف تحقيق أهداف معينة، وترتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته وتركيبه التنظيمي، وأهدافه وتفاعله مع البيئة وتحديد مدخلاته وكيفية تشغيلها، ومخرجاته ومؤشرات التغيير والتطوير والنمو "[2].

وعرف النظام الصحي بأنه عبارة عن مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي فإنه ليس بالغرض الوحيد وينقسم إلى شقين هما بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)[3].

أما بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية who تعرف النظام الصحي كما يلي " هو مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج هذا النظام موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق[4].

ويعرفه B. Majnoni D´intignano على أنه: " مجموعة نوعا ما منسجمة من آليات التمويل، المعلومات، والوقاية أو العلاج، منظمة بطريقة هدفها الحفاظ أو تحسين الصحة"[5].

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن النظام الصحي هو عبارة عن تعبير شامل يستخدم ليصف العديد من العاملين والهيئات والخدمات، الذين يقومون على تقديم خدمات صحية شاملة لكافة السكان، بشكل يلبي حاجات الناس، ويحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان وتحقيق مبدأ الصحة للجميع.

الفرع الثاني: أهداف المنظومة الصحية

تتمثل أهداف المنظومة الصحية في:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.
- ارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار.

---

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص54.

[2] فريد النجار، **إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية**، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص55.

[3] **موضوعات وبرامج الشؤون الفنية " النظم الصحية وتقييم أدائها "**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، متاح على الموقع: http://www.sgh.org.sa/fan.htm، تاريخ الاطلاع : 2020/09/13، ساعة:16:35.

[4] www. Who .int/topics/health-systems/in/index.html.05/09/2020, 19:00.

[5] B. Majnoni D'intignano, **Economie De La Santé** , 1ere ed, PUF coll. Thémis Economie, France, 2001, p23.

- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة.[1]
- مراقبة الحالة الصحية للمجتمع والتعرف على مشكلاته الصحية.
- تشخيص وتحري المشكلات والمخاطر الصحية في المجتمع.
- الإخبار عن القضايا الصحية الرئيسية وتوعية المجتمع بأسباب وحجم حدوثها وآليات الوقاية منها أو منع آثارها وتزويده بالوسائل المعينة على تحقيق ذلك.
- تحريك وتفعيل آليات شراكة مع أفراد المجتمع ليساهموا في التعرف على المشكلات الصحية وحلها.
- تطوير سياسات وخطط تدعم الجهود الصحية للأفراد والمجتمعات.
- إقرار وتفعيل أنظمة وقوانين تحمي الصحة وتعزز السلامة البيئية والمهنية.
- ربط الناس بالخدمات الصحية المتاحة على مستواهم الشخصي والتأكد من حصولهم على الخدمة.
- ضمان توفير قوى عاملة كفأة في مجالات الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية.
- تقييم جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات والتأكد من سهولة الوصول إليها من قبل المستفدين منها.
- البحث عن سبل جديدة وابداعية لحل المشاكل الصحية.[2]

المطلب الثاني: وضائف ومكونات النظام الصحي

سنتناول في هذا المطلب وضائف ومكونات النظام الصحي

الفرع الأول: الوضائف الأساسية للنظام الصحي

للنظام الصحي أربع وضائف رئيسية بالغة الأهمية يمكن تصنيفها كما يلي[3]:

-إنتاج الخدمات الصحية: تعد أول وظيفة يتم استخدامها، حيث يعد هذا الإنتاج الهادف للخدمات جوهر جميع الأنظمة الصحية، وتتخلل الخدمات مجموعة من المعاهد، والأشخاص والموارد المطلوبة لتحسين الصحة.

---

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص53.

[2] ريمة أوشن، **إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية – دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري–**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2018/2017، ص 188.

[3] جوسيب فيجويراس، مارتن ماكي، **النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهة الاجتماعية: تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية** ، الطبعة الأولى، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، 2015، ص ص 26- 27.

-تعد الوظيفة الثانية للنظام الصحي هي التمويل حيث تقيس جميع أموال الأنظمة الصحية الخاصة بالرعاية الفردية والصحة العامة ومدى مساهمتها في تحسينات الصحة بالنسبة للأفراد والجماعات حيث توظف الدول مجموعة متنوعة من الترتيبات التي تعد جزءا من تاريخ كل نظام صحي، أنماط تلك الترتيبات تستخدم في تمييز نماذج وأنواع النظام الصحي ولكن لا يعد ذلك مؤثرا في عملية تحقيق أهداف النظام الصحي، وعلاوة على ذلك تقوم العديد من البلدان بدمج مصادر التمويل، مجموعة الترتيبات والأساس الخاص بالاستحقاق بطرق جديدة موضحة بأنه في الوقت ذاته الذي تحافظ فيه الملصقات المرفقة بتلك النماذج على بعض من القيمة السياسية، تقوم بإضافة بعض التخيل إلى الفهم الخاص بتحليل ترتيبات التمويل الصحي المطلوبة لعملية صنع سياسة فعالة.

-تعد الوظيفة الحيوية الثالثة للنظام الصحي ذات صلة بتعرف وخلق وتطوير الموارد اللازمة لإنتاج خدمات صحية وتشييد نظام صحي: فالمعرفة وفريق العمل، التسهيلات، والتقنية المعلوماتية تعطى هذه الوظيفة الخدمات الصحية طبيعة عمل مشددة وتعد الموارد البشرية أهم المدخلات في أي نظام صحي، الآليات التدريب المناسبة وانتشار العمالة والقدرة على الحفاظ عليها ضروريتان لتجنب الخلط غير الكافي للمهارات وهجرة الأدمغة، تتطلب الخدمات الفعالة معدات حديثة وتكنولوجيا لكل من الخدمات الفردية (العقاقير والبضائع الطبية الاستهلاكية) والخدمات ذات الأساس العام (التواصل / المعلومات والتنظيم الخاص بتقنيات الصحة).

- وأخيرا وظيفة الإدارة هي مجموعة من النشاطات الهادفة لتعزيز الإجراءات الصحية (مشتملة على المقاييس الداخلية للقطاعات)، لها اتجاه واضح ويتم تنفيذها بطرق تضاعف إمكانية تحقيق أهداف النظام، قامت منظمة الصحة العالمية عام 2000 بتعريف الإدارة على أنها " التدبير الحريص والمسؤول عن رفاهية السكان"، حماية مصالح العامة فيما يخص الأوجه الصحية، فيما يخص الوضوح الافتراضي فإنه من المهم أن يتم تصنيف الإدارة لثلاثة أبعاد خاصة تشكيل وتنسيق السياسة الصحية، ثانيا ممارسة النفوذ، وثالثا جمع واستخدام الذكاء لتعزيز الجودة.

الفرع الثاني: مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي:

- إنتاج الموارد الصحية:

لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة تعمل في المنظمات الصحية، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية، معدات، أجهزة طبية، وموارد لرعاية المرضى، ومواد كيميماوية تستعملها في مخابر التحاليل الطبية، إضافة إلى البحوث الطبية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية باستعمال التكنولوجيا، وهذه الوسائل التي تختلف عن الموارد المالية القابلة للتغير من جراء تحولها إلى موارد مادية تتمثل في المعدات الطبية والأدوية، وأجور الموظفين في حقل النظام الصحي، كما يجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية، وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

- تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى، كوزارات الدفاع الوطني في إطار الصحة العسكرية المتمثلة في خدمات المستشفى العسكري أو العيادات التابعة لوحداته، بالإضافة للقطاع الخاص[1].

- الدعم المالي والتمويل:

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة، كالضرائب، الجمارك وبرامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري، موظفي الشركات ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح، المساعدات والمنح والهبات الخارجية الحكومية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

- الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعب الإدارة الصحية دورا حيويا وهاما في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، تقويم البرامج الصحية، تدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى، القيام بالبحوث الصحية، قيادة النظام الصحي، وضع معايير الرقابة على الأداء، تحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، تنظيم الظروف البيئية، ترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية، إصدار التشريعات الصحية، تنظيم القوى الصحية العاملة، وتقويم الجودة وتحسينها.

- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

[1] أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، قسم العلوم الإقتصادية ، جامعة الجزائر، 2009/2008، ص120.

إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي يتمثل في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولية والثانوية والتخصيصية، لتلبية الحاجات الصحية، والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلبا على الصحة[1].

المطلب الثالث: محددات والعوامل المؤثرة في النظام الصحي

سنتناول في هذا المطلب محددات والعوامل المؤثرة في النظام الصحي

الفرع الأول: محددات النظام الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي:

- الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر وحفظ أسرارهم، مراعاة حريتهم في إتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم ويكمن الثاني في توجيه المرضى وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها، وضمان جودة الخدمات الأساسية، واختيار مقدمي الخدمات الصحية، وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على أمكانية توفر الموارد.
- عدالة المساهمة المالية: احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه الأسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية من الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب و الأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي، وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة[2].
- مستوى الصحة العام: إن النظام الصحي الكفء الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام في أي بلد، وعلى هذا الأساس فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول مع احتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، بحيث يتميز هذا المعيار بقابليته للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 58.
[2] ريمة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص 197.

- توزيع الانتفاع: يرى بعض الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الأفراد، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات، أو يبقى شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى إلى الحد من التباينات، بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن[1].
- توزيع التمويل: نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

الفرع الثاني: العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة، والتباين في هذه العوامل:

1-السكان: يعتبر الوضع السكاني من أهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي، لا بل يعتبر العامل الأساسي أو الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية:

- عدد السكان: يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي تم تصميمه لعدد كبير من السكان.
- معدل نمو السكان: عند التخطيط لوضع أي نظام صحي لا بد من أن يأخذ معدل النمو في الاعتبار لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمته مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل.
- توزيع السكان حسب الأعمار: هذا يرتبط بنوعية النظام الصحي المطلوب في حين نجد أن معدل أعمار بعض الدول يميل نحو الشيخوخة نجد معدل الأعمار في بعض الدول الأخرى يميل نحو الشباب وهذا يعكس طبيعة الخدمات الطبية التي سوف يتم التركيز عليها ضمن ذلك النظام الصحي بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية لكل فئة عمرية.
- توزيع السكان حسب الجنس: الأمراض التي تصيب الرجال أو الذكور تختلف عن الأمراض التي تصيب النساء أو الاناث وهذا الفرق يظهر ضمن النظام الصحي من مستوى ونوع الخدمة التي سيركز عليها.

[1] عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007، ص ص 107-108.

- توزيع السكان (الكثافة السكانية): تختلف الأمراض لدى السكان باختلاف مناطقهم الجغرافية وكثافتهم السكانية وهذا ما يجب أخذه عند رسم النظام الصحي ومراعاة هذا التوزيع السكاني.
- المستوى الثقافي للسكان: يرتبط مع مستوى الخدمة الصحية التي يجب التركيز عليها، فعندما تكون مستويات الثقافة لدى السكان متدنية فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتثقيف الصحي والصحة الشخصية، أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والتأهيلية.
- معدل الدخل: للتوسع بمظلة التأمين الصحي وشركات التأمين أو لتوجيه النظام الصحي نحو القطاع الخاص أو القطاع الحكومي فإن معدل الدخل سوف يلعب دورا كبيرا في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وعلى أنظمة التأمين المختلفة إضافة إلى أن معدل الدخل سوف يوجه النظام الصحي في الغالب إلى استخدام واستقدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.

2- الموارد الطبيعية المتوفرة:

- توفر الموارد الخام في الطبيعة كالبترول، المعادن، الفوسفات، المياه، والأسماك والموارد الطبيعية الأخرى والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة.
- توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم، ويرتبط بمعرفة المواطنين بمقدرة دولتهم على إيجاد نظام صحي متطور، ومدى انسجام هذا النظام مع ما هو متوقع لديهم في ضوء الامكانات البشرية المتوفرة وفي ضوء الموارد الطبيعية الأخرى.
- حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى: وهذا الأمر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى حجم الانفاق يقيس مدى استعداده للتضحية بمداخيله.

3-العوامل البيئية الطبيعية: كالمناخ والطقس والمساكن والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض، هذه تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والطقس وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض أو عدم وجودها وتختلف باختلاف أنواع تلك الحشرات والقوارض وبالتالي فإن الاطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه وإيجاده.[1]

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص 53-54

4- العوامل الوراثية السائدة: إن الإطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كأمراض الاعاقات والشلل الدماغي والسرطان ...الخ، واعتماد العوامل الوراثية عند وضع النظام الصحي بالإضافة إلى العناية الشخصية وأنماط التغذية أمر في غاية الأهمية عند وضع نظام صحي.

5-المتغيرات السياسية والتكنولوجية: وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين على استخدام التكنولوجيا المتطورة في وضع النظام الصحي ومدى تأثيره السياسي على ذلك النظام.

6-متغيرات وعوامل مختلفة أخرى: هناك مجموعة من العوامل الأخرى والتي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي ولها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي أهم تلك العوامل:

- الصادرات والواردات الغذائية.
- معدلات الأمية.
- القطاعات الصحية الموجودة أو الممكن إيجادها.
- توفر المعاهد والجامعات التي تقوم على تدريس وتعليم المهن الطبية المختلفة.
- تكاليف التعليم والتدريب[1].

[1] إيمان بن زيان، ريمة اوشن، **واقع أداء النظام الصحي في الجزائر – دراسة تحليلية –**، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، مارس 2016، ص 501.

المبحث الثاني: ماهية الإنفاق الحكومي

يعد الإنفاق الحكومي أداة من الأدوات الأساسية التي تعتمد عليها الحكومة في تطبيق سياستها الاقتصادية، ومن خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى بعض التعاريف الأساسية المرتبطة بالإنفاق الحكومي، ثم نحدد أركانه، كما نتطرق إلى تقسيماته، وفي الأخير يتم التعرف إلى الأسباب الظاهرية والحقيقية لتزايده.

المطلب الأول: تعريف الإنفاق الحكومي وأركانه

نتناول في هذا المطلب تعريف الإنفاق الحكومي وأركانه.

الفرع الأول: تعريف الإنفاق الحكومي

لقد تعددت التعاريف المتعلقة بالإنفاق الحكومي لدى الكثير من الكتاب والخبراء الاقتصاديين، إلاّ أن هذه التعاريف تتضمن الكثير من التشابه.

فقد عرف عبد المطلب عبد الحميد الإنفاق العام على أنه: مجموع المصروفات التي تقوم الدولة بإنفاقها خلال فترة زمنية معينة بهدف إشباع حاجات عامة معينة للمجتمع الذي تنظمه هذه الدولة فالنفقات العامة عبارة عن المبالغ النقدية التي تنفق من طرف الأشخاص العامة بغرض تحقيق منفعة عامة[1].

وعرف عادل أحمد حشيش الإنفاق العام بمثابة مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام بقصد تحقيق نفع عام أو جماعي[2].

ويرى حسين مصطفى حسين الإنفاق العام بأنه مبلغ نقدي يخرج من الذمة المالية لشخص معنوي عام بقصد إشباع حاجة عامة[3].

ويعرف محمد عباس محرزي الإنفاق العام بأنه استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة بهدف إشباع حاجة عامة[4].

ويرى حامد عبد المجيد دراز الانفاق العام بأنه كم قابل للتقويم النقدي يأمر بإنفاقه شخص من أشخاص القانون العام لإشباع الحاجات العامة[5].

---

[1] عبد المطلب عبد الحميد، "**النظرية الاقتصادية، تحليل جزئي وكلي للمبادئ**"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000، ص 54.

[2] عادل أحمد حشيش، "**أساسيات المالية العامة**"، دار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2006، ص 63.

[3] حسين مصطفى حسين، "**المالية العامة**"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001، ص 11.

[4] محمد عباس محرزي، "**اقتصاديات المالية العامة**"، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، 2015، ص 55.

[5] حامد عبد المجيد دراز، "**مبادئ المالية العامة**"، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2000، ص 378.

ويعرف خبابة عبد الله النفقات العامة: هي مبلغ من المال (اقتصادي أو نقدي) يصدر عن الدولة أو عن أي شخص معنوي عام بقصد تحقيق منفعة عامة[1].

ومن خلال التعاريف السابقة يتبين أن الإنفاق الحكومي أداة مهمة من أدوات السياسة المالية التي تستخدمها الحكومة من أجل إشباع حاجات المجتمع العامة وتحقيق أهدافه.

الفرع الثاني: أركان الإنفاق الحكومي

من خلال تعريف الإنفاق الحكومي يتضح لنا ضرورة توفر ثلاثة أركان لكي نكون أمام إنفاق حكومي وهي:

- **الإنفاق الحكومي مبلغ نقدي:** تقوم الدولة بإنفاق مبالغ نقدية للحصول على السلع والخدمات اللازمة لإدارة المرافق العامة أو شراء السلع الرأسمالية اللازمة للعملية الإنتاجية، إن اشتراط أن يتخذ الإنفاق الحكومي شكل مبلغ نقدي جاء نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل أهمها:

- الانتقال من الاقتصاد العيني إلى الاقتصاد النقدي، أين أصبحت النقود هي الوسيلة الوحيدة لكل المعاملات.

- محاولة تطبيق العدالة بين أفراد المجتمع.

- تيسير عملية الرقابة على تنفيذ الإنفاق الحكومي[2].

- الإنفاق الحكومي يصدر من شخص عام:

تصدر النفقة عن الدولة أو هيئاتها بما في ذلك هيئات الاقتصاد العام ومؤسساته التي تتمتع بشخصية معنوية، وقد تكون هذه الهيئة هي الشخص العام المحلي وبناء على ذلك لا تعد المبالغ التي ينفقها الأشخاص الخاصة الطبيعية والمعنوية نفقة عامة، حتى لو هدفت إلى تحقيق النفع العام[3].

وقد استند الفكر المالي في تحديد طبيعة هذا الإنفاق إلى معيارين أحدهما قانوني والثاني وظيفي من أجل التفرقة بين النفقة العامة والنفقة الخاصة.

---

[1] خبابة عبد الله، **"أساسيات في اقتصاد المالية العامة"**، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2009، ص 58.

[2] وليد عبد الحميد عايب، **"الآثار الاقتصادية الكلية لسياسة الإنفاق الحكومي"**، دراسة تطبيقية قياسية لنماذج التنمية الإقتصادية، الطبعة الأولى، مكتبة حسن العصرية، بيروت، لبنان، 2010، ص ص 101-102.

[3] طارق قدوري، **"مساهمة ترشيد الإنفاق الحكومي في تحقيق التنمية الاقتصادية في الجزائر دراسة تطبيقية للفترة (1990-2014)"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: نقود وتمويل، جامعة محمد خيضر-بسكرة-، الجزائر، 2015 – 2016، ص 59.

- **المعيار القانوني:**

أي الطبيعة القانونية للجهة التي تقوم بالإنفاق ما إذا كانت عامة أو خاصة، فالنفقات العامة هي تلك النفقات التي يقوم بها أي شخص يخضع للقانون العام أو شخص معنوي عام، وهي الدولة وكل هيئة عامة تابعة لها، أما النفقات الخاصة إذا قام بها الأفراد والمؤسسات الخاصة بغض النظر عما تهدف إليه من مقاصد بخلاف النفقة العامة الصادرة عن شخص معنوي بهدف تحقيق منفعة عامة[1].

- **المعيار الوظيفي:**

ويستند هذا المعيار عل الطبيعة الوظيفية ولاقتصادية للشخص القائم بالإنفاق وليس على الطبيعة القانونية له، وبناء على ذلك فلا تعتبر جميع النفقات العامة التي تصدر عن الأشخاص العامة نفقات عامة، بل يعد كذلك فقط تلك التي تقوم بها الدولة بموجب سلطتها الآمرة وسيادتها على إقليمها، أما النفقات التي تقوم بها الدولة أو الأشخاص العامة وتماثل نفقات الأفراد فإنها تعتبر نفقة خاصة، وعلى العكس من ذلك تعتبر النفقات التي يقوم بها الأشخاص الخاصة الذين فوضتهم الدولة في استخدام سلطتها الآمرة نفقات عامة، بشرط أن تكون هذه النفقات العامة نتيجة استخدام سلطتها السيادية[2].

– الإنفاق الحكومي يهدف إلى إشباع حاجة عامة:

من المعروف أن النفقات العامة تهدف أساسا إلى إشباع الحاجات العامة وتحقيق النفع العام، وبهذا المعنى لا تعد نفقات عامة، تلك التي لا تشبع حاجة عامة، ولا تحقق نفعا عاما للأفراد، أي أن النفقة سداد الحاجة عامة وليست لمصلحة خاصة[3]، ولذلك نجد أن سلطات الدولة أوجدت قيود على حق اقتراح النفقات لكي لا يتم استغلال المال العام لأغراض شخصية فتسيء الأجهزة الإدارية المختصة في استخدام هذا الحق، كما اعتمدت أدوات رقابة على هذه الأجهزة عند استخدامها للأموال العامة حتى لا تخرج هذه النفقات عن هدفها المحدد[4].

---

[1] بن عزة محمد، **"ترشيد سياسة الإنفاق العام بإتباع منهج الإنضباط بالأهداف" دراسة تقييمية لسياسة الإنفاق العام في الجزائر خلال الفترة 1990 / 2009**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2009 – 2010، ص 15.

[2] كردودي صبرينة، **"ترشيد الإنفاق العام ودوره في علاج عجز الموازنة العامة للدولة في الاقتصاد الإسلامي"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: نقود وتمويل، جامعة محمد خيضر –بسكرة–، الجزائر، 2013 – 2014، ص 05.

[3] طاهر الجنابي، **علم المالية العامة والتشريع المالي**، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، بدون سنة نشر، ص 19.

[4] فتحي أحمد ذياب عواد، **إقتصاديات المالية العامة**، دار الرضوان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص ص 60 -61.

المطلب الثاني: تقسيمات (تصنيفات) الإنفاق الحكومي

قام الاقتصاديون بتصنيف الإنفاق الحكومي إلى عدة معايير، حيث ان كل تقسيم يستند إلى معيار معين.

أ- وفقا لمعيار استخدام القوة الشرائية:

ينقسم الإنفاق الحكومي إلى نفقات حقيقية ونفقات تحويلية.

- فالنفقات الحقيقية: هي النفقات التي تستعمل مباشرة من طرف الدولة وهيئاتها في شراء السلع والخدمات، فهي تتم مقابل خدمة، مثل الخدمات الصحية[1]، فالدولة هنا تحصل على مقابل لكل هذه النفقات كما تؤدي إلى زيادة الدخل الوطني زيادة مباشرة في إجمالي الناتج الوطني بتكوين حجم إنتاجي جديد[2].
- نفقات تحويلية: وهي اعتمادات تنفقها الدولة دون أن يقابلها خدمة، وكل ما تبغيه الدول من هذه النفقات هو إعادة توزيع الدخل والثروة بحيث تأخذ المال من البعض لتوزعه على البعض الآخر دون مقابل، وتشمل مثل هذه النفقات الإعانات بمختلف أنواعها (المساعدات الاجتماعية المختلفة الضمان الاجتماعي، التأمين ضد الشيخوخة والبطالة ...إلخ)، وفوائد الدين العام، ودور هذه النفقات التحويلية يتمثل في نقل الدخل من طبقة اجتماعية إلى أخرى[3].

ب- وفقا لمعيار الدورية:

تنقسم النفقات الحكومية من حيث دوريتها إلى نفقات عادية ونفقات غير عادية.

- النفقات العادية: هي النفقات التي تتكرر بأنتظام في كل فترة معينة، عادة ما تكون سنة، أي أنها دورية متجددة، مثل رواتب الموظفين، هذا يعني أن النفقات العادية تتحدد من خلال تكرارها السنوي وليس في مقدارها من سنة إلى أخرى، ويتم تمويل هذه النفقات بواسطة ميزانية عادية، تبرر بإيرادات عادية، مثل الضرائب[4].

---

[1] سفير محمد وأخرون، "**دراسة قياسية لأثر السياسة المالية على النمو الإقتصادي في الجزائر خلال الفترة (1970-2015)**"، مجلة المعيار، العدد الثامن عشر، جوان 2017، ص 260.

[2] محمد عباس محرزي، مرجع سبق ذكره، ص 72.

[3] كلثوم صافي، "**أثر الإنفاق الحكومي وعرض النقود على اتجاهات الواردات تطبيق على حالة الجزائر في الفترة (1990-2010)**"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في الاقتصاد، المدرسة الدكتورالية للاقتصاد وإدارة الأعمال، تخصص: اقتصاد دولي، جامعة وهران، الجزائر، 2014-2015، ص ص 05-06.

[4] محمد سلمان سلامة، "**الإدارة المالية العامة**"، دار المعتز للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015، ص 65.

- النفقات غير العادية: هي تلك النفقات التي لا تتكرر كل سنة بشكل منتظم في ميزانية الدولة، فهي نفقات لا تتميز بالدورية، وتحدث بشكل غير منتظم وتنفق بصورة عرضية ويصعب التنبؤ بحدوثها مسبقا، لذلك تسمى بالنفقات الاستثنائية، مثل حالات الحروب وحالات انتشار الأوبئة الطارئة وحدوث كوارث طبيعية ...إلخ، وبالتالي نلاحظ ان هذا النوع من النفقات لا تدرج في الميزانية إلا في حالات معينة، وهي حالات غير عادية، ومن نتائج هذا التقسيم أن النفقات غير العادية تغطى بإيرادات غير عادية[1].

ج- وفقا إلى معيار نطاق سريان النفقة العامة ومدى استفادة أفراد المجتمع منها تنقسم النفقات العامة وفق هذا المعيار إلى نفقات وطنية ومحلية:

- النفقات الوطنية: هي تلك التي ترد في ميزانية الدولة وتتولى الحكومة المركزية القيام بها مثل نفقة الدفاع والقضاء والأمن.
- النفقات المحلية أو الإقليمية: وهي تلك النفقات التي تقوم بها الولايات أو مجالس الحكم المحلي وترد في ميزانية هذه الهيئات[2].

د-وفقا إلى معيار الأغراض المباشرة:

تنقسم النفقة العامة حسب هذا المعيار إلى أربعة نفقات أساسية وهي: نفقات إدارية، نفقات اجتماعية، نفقات اقتصادية والنفقات العامة المالية.

- نفقات إدارية: تتضمن النفقات العامة المخصصة لتسيير المرافق العامة من رواتب

وأجور العاملين في الإدارات، كما يدخل ضمنها النفقات اللازمة لتحقيق الأمن الداخلي واستمرار العلاقات مع الخارج، مثل نفقات الأمن والدفاع والعدالة وغيرها[3].

- نفقات إجتماعية: وهي النفقات التي تتعلق بالأهداف والأغراض الاجتماعية للدولة والتي تتمثل في الحاجات العامة التي تؤدي إلى التنمية الاجتماعية للأفراد، وذلك عن طريق تحقيق قدر من الثقافة والتعليم والصحة للأفراد، وتحقيق قدر من التضامن الاجتماعي عن طريق مساعدة بعض الأفراد أو

[1] لحسن دردوري، لقليطي الأخضر، "**أساسيات المالية العامة**"، دار حميثر للنشر والترجمة، القاهرة، مصر، 2018، ص 66.

[2] مقراني حميد، "**أثر الإنفاق الحكومي على معدلي البطالة والتضخم في الجزائر (1988 – 2012)**"، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهاد الماجيستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد كمي، جامعة أمحمد بوقرة –بومرداس–، الجزائر، 2014 – 2015، ص 12.

[3] محمود الحسين الوادي، زكريا أحمد عزام، **مبادئ المالية العامة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007، ص 135.

الفئات التي توجد في ظروف تستدعي المساندة، ويشمل هذا النوع من النفقات تلك المتعلقة بالتعليم والصحة والنقل والمواصلات والإسكان[1].

- النفقات الاقتصادية: وهي تتضمن النفقات التي تقوم الحكومة بإنفاقها تحقيقا لبعض الأهداف الاقتصادية، كتشجيع وحدات القطاع الخاص على زيادة الإنتاج أو تحقيق الكفاءة في استخدام الموارد، وأيضا زيادة الطاقة الإنتاجية للاقتصاد القومي من خلال زيادة المتاح من استثمارات البنية الأساسية وزيادة كفاءتها بزيادة الاستثمارات في القطاع العام[2].
- النفقات العامة المالية: تتضمن النفقات العامة المخصصة في تسديد أقسام الدين العام وفوائده[3].

المطلب الثالث: ظاهرة تزايد الإنفاق الحكومي

قسمنا هذا المطلب إلى فرعين، حيث تطرقنا في الفرع الأول إلى الأسباب الظاهرية المتعلقة بتزايد الإنفاق الحكومي، أما الفرع الثاني فتعلق بالأسباب الحقيقية المتعلقة بتزايد الإنفاق الحكومي.

الفرع الأول: الأسباب الظاهرية لتزايد الإنفاق الحكومي

يقصد بالأسباب الظاهرية لتزايد الإنفاق الحكومي هي تلك الزيادة التي لا تقابلها زيادة مباشرة في متوسط نصيب الفرد من الخدمات العامة التي تقدمها الدولة من خلال مشاريعها وأعمالها، فهي زيادة حسابية رقمية في الإنفاق وتتمثل بشكل واضح في تدهور قيمة النقود، إختلاف طرق المحاسبة العمومية وإتساع مساحة الإقليم وزيادة التعداد السكاني، وتتمثل الأسباب الظاهرية لتزايد الإنفاق الحكومي في:

1- تدهور قيمة النقود[4]:

يعد إنخفاض قيمة النقد من بين أهم الأسباب المؤدية إلى تزايد الإنفاق الحكومي ظاهريا، ويقصد بها انخفاض القوة الشرائية لها مما يؤدي إلى نقص مقدار السلع والخدمات التي يمكن الحصول عليها بذات العدد من الوحدات النقدية عن المقدار الذي كان يمكن الحصول عليه من قبل، ويترتب على تدهور قيمة النقود زيادة الإنفاق الحكومي لمواجهة هذا التدهور ويعد انخفاض قيمة النقود سمة مشتركة لدى كافة الاقتصادات منذ خروجها من قاعدة الصرف بالذهب، ويرتبط انخفاض قيمة النقود بظاهرة التضخم والتي تتمثل في الارتفاع في

---

[1] سوزي عدلي ناشد، **المالية العامة**، منشورات الحلبي الحقوقية، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، 2003، ص 38.

[2] سعيد عبد العزيز عثمان، **المالية العامة**، الدار الجامعية للنشر، مصر، 2008، ص 447.

[3] طاوس قندوسي، **تأثير النفقات العمومية على النمو الاقتصادي دراسة حالة الجزائر (2012/1970)**، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2013-2014، ص 45.

[4] وليد عبد الحميد عايب، مرجع سبق ذكره، ص 112.

المستوى العام للأسعار والذي ينجم عنه زيادة الوحدات النقدية المدفوعة نظيرا لحصول على كمية من السلع والخدمات، ومن هنا تنشأ العلاقة الطردية بين الإنفاق الحكومي والمستوى العام للأسعار.

2- إختلاف طرق المحاسبة العمومية (إختلاف طرق إعداد الميزانية العامة):

لابد من الأخذ في الحسبان تغير الطرق والتقنيات المحاسبية والمالية في رصد النفقات العامة مقابل الإيرادات العامة حيث أن طرق إعداد الحسابات العامة تختلف في طريقة تسجيل النفقات ضمن الميزانية العامة، إذ أن السائد قديما هو مبدأ الإيرادات الصافية بمعنى أن تخصم تكاليف الجباية من حصيلة إيرادات الضرائب فلا يظهر في الجدول الخاص بذلك سوى الإيراد الصافي الضريبي، بمعنى آخر أن يترتب على هذا رصد للنفقات العامة بأقل ما أنفق في الواقع.

أما في قوانين المالية والميزانية حديثا فيتم رصد كل الإيرادات وكل النفقات مما يؤدي لقيد نفقات لم ترد في الميزانية سابقا وهي تكاليف التحصيل الضريبي مما يشكل ذلك زيادة ظاهرة لأرقام النفقة العامة[1].

3- إتساع مساحة الإقليم وزيادة التعداد السكاني:

قد تكون الزيادة الظاهرية في النفقات العامة مردها زيادة مساحة إقليم الدولة أو عدد سكانها، ومثال ذلك قيام الدولة باحتلال دولة أخرى، أو استرداد جزء من إقليمها، ويترتب على هذه الزيادة بطبيعة الحال زيادة في حجم النفقات العامة، إلاّ أنها زيادة ظاهرية نظرا لعدم حدوث زيادة في النفع العام أو زيادة في الأعباء العامة الملقاة على السكان دون مقابل فعلي.

ومن الواضح أنّ متوسط نصيب الفرد من النفقات العامة، في هذه الحالات إذا تأثر بالزيادة فإن الزيادة تكون حقيقية، أما إذا تزايد الإنفاق لمجرد مواجهة التوسع الكائن في مساحة الدولة أو زيادة عدد السكان، دون أن يمس السكان الأصليين فهنا تكون الزيادة في الإنفاق العام مجرد زيادة ظاهرية[2].

الفرع الثاني: الأسباب الحقيقية لتزايد الإنفاق الحكومي.

يقصد بالأسباب الحقيقية لتزايد الإنفاق الحكومي تلك الأسباب التي تؤدي إلى نمو حقيقي للإنفاق العام، أي أنه هناك توسع في حجم السلع والخدمات العامة التي تقدمها الدولة للمجتمع وترجع الزيادة الحقيقية في الإنفاق الحكومي إلى عدة أسباب متعددة هي إقتصادية، سياسية، إجتماعية، إدارية، مالية، الإيديولوجية.

---

[1] بن داود إبراهيم، **الرقابة المالية على النفقات العامة**، دار الكتاب الحديث، القاهرة، 2009، ص 63.

[2] سوزي عدلي ناشد، مرجع سبق ذكره، ص 64.

✓ **الأسباب الاقتصادية:**

من أهم أسباب زيادة الإنفاق العام هو زيادة الثروة ونمو الدخل القومي والتوسع في المشروبات العامة والدورة الاقتصادية والمنافسة الأجنبية وذلك على النحو التالي[1]:

1- زيادة الثروة ونمو الدخل القومي: فإن هذا الازدياد يؤدي إلى حصول الدولة على حصيلة أوفر من الضرائب وغيرها من الإيرادات كما أن مقاومة الأفراد تقل أمام جباية الدولة من الإيرادات، على أنه هذه النتيجة تختلف باختلاف الظروف الاقتصادية لكل دولة.

2- توسع الدولة في مشروعاتها العامة: وسبب ذلك هو سياسة الدولة التدخلية حديثا في المجالات الصناعية والتجارية، وميل بعض مشروعاتها للاحتكار كتوريد المياه والتيار الكهربائي والنقل وانتشار سياسة إنشاء المشروعات العامة، ويؤدي التوسع في المشروعات العامة زيادة ظاهرية في حدودها ما تفعله تلك المشروعات من إيرادات، وزيادة حقيقية فيما يزيد على ذلك عندما لا تحقق أرباحا وترجع الزيادة الحقيقية إلى أن إدارة الهيئات العامة للمشروعات الصناعية والتجارية تفتقر إلى حافزين يتوافران في المشروعات الخاصة هما: ضرورة الحصول عل ربح وضرورة صيانة رأس مال المشروع ويقل الإحساس بهما لدى المشروعات العامة لأسباب خاصة، فعامل الربح ليس هو الهدف الأساسي للإنفاق العام كما أن رقابة حملة الأسهم في المشروعات الخاصة أقوى من رقابة الرأي العام فضلا عن إمكانية الدولة تعويض ما يهلك من رأس المال بخلاف المشروعات الخاصة.

ومن أهم المشروعات العامة التي تقوم بها الدولة المواصلات السلكية واللاسلكية والبريد والسكك الحديدية والطيران والإذاعة والتليفزيون والملاحقة وغيرها من المشروعات.

3- الدورة الاقتصادية: أن توالي فترات الرخاء والكساد من شأنه أن يزيد النفقات العامة، ففي فترات الرخاء يسود التفاؤل، فتوسع الدولة، من نطاق وظائفها وتتخذ وظائف جديدة فيزيد الإنفاق العام، وحينما تجيء فترة الكساد ويكون هذا التوسع في الوظائف العامة للدولة قد استقر في نظام الدولة الاقتصادي فتضطر للإنفاق بمعدله الزائد رغم قلة الموارد.

[1] يسرى أبو العلا وآخرون، **المالية العامة والتشريع الضريبي**، دار المعرفة، مركز التعليم المفتوح، جامعة بنها، بدون سنة نشر، ص – ص 08 – 09.

4- المنافسة الأجنبية: عنيت كثير من الدول بعد الأزمة الاقتصادية العالمية عام 1929 بحماية صناعتها الوطنية ضد المنافسة الأجنبية بوسائل شتى منها نظام المنح: وهو عبارة عن إعانات مالية تمنحها الدولة لبعض المشروعات للتمكن من منافسة المشروعات الأجنبية المماثلة.

✓ **الأسباب الاجتماعية:**

إن التطور الاجتماعي وانتشار التعليم أدى إلى تعزيز فكرة الوعي الاجتماعي، وانتشار مجموعة من الأفكار الاجتماعية لعل من أهمها ضرورة تحقيق عدالة في توزيع الدخل والثروة في المجتمع أدى ذلك إلى مناصرة الطبقة الفقيرة، وتقديم يد العون لها ورفع مستواها والاتجاه نحو تحقيق العدالة الاجتماعية[1]، لقد ساعد نمو الوعي الاجتماعي في الدولة المعاصرة، وانتشار الأفكار الاشتراكية وقوة الطبقة العاملة إلى إحداث مسؤولية جديدة للدولة ألا وهي تحقيق التوازن الاجتماعي من خلال تحسين توزيع الدخل، وإقامة العدالة الاجتماعية، وتوفير الخدمات لجميع الفئات الاجتماعية في الميادين المختلفة، من صحة وتعليم وثقافة وإسكان ...الخ، ومما لا شك فيه أن تحمل هذه المسؤولية يستدعي إنفاق أموال طائلة لتنفيذ تلك البرامج الاجتماعية[2].

حيث تكمن الأسباب الاجتماعية من خلال ازدياد تدخل الدولة في المجال الاجتماعي وتحسين مستوى الفرد اجتماعيا وتعليميا وصحيا وثقافيا، وتطور حاجات السكان وتمركزهم في المدن ونمو الوعي الاجتماعي، وتأمين الأفراد ضد البطالة والشيخوخة والمرضى، وتقديم الإعانات والخدمات الاجتماعية لتحسين مستوى الرفاهية بكل أشكالها، إن جميع هذه الأعباء الاجتماعية الجديدة التي تقوم بها الدولة أدت إلى ازدياد حجم الإنفاق الحكومي[3].

✓ **الأسباب السياسية:**

يمكن إرجاع الزيادة في النفقات العمومية إلى تطور الفلسفة السياسية سواء في الداخل نتيجة انتشار المبادئ الديمقراطية ونمو مسؤولية الدولة، أو في الخارج نتيجة شعورها بواجب التضامن الدولي.

---

[1] دنان راضية، **ترشيد الإنفاق العام ضمن السياسة الميزانية في ظل التغيرات الدولية دراسة حالة الجزائر (2014/1990)**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص: نقود ومالية، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2016/2015، ص ص 45 -46.

[2] سومية فرقاني، مرجع سابق، ص 99.

[3] أعاد حمود القيسي، **المالية العامة والتشريع الضريبي**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص ص 56 – 57.

أ- انتشار الديمقراطية:

مع تنامي الوعي السياسي وتصاعد الأدوات لتوسيع المشاركة الشعبية في القرار السياسي والاقتصادي أضحى من الضروري على الفرد أو جماعات المجتمع المدني التأكد من أن النفقات العمومية تنفق في سبيل دعم أوضاعهم الاجتماعية ولهم الحق في المحاسبة إذا وجهت لغير ذلك[1].

ب- نمو مسؤولية الدولة: مع تنامي مسؤولية الدولة أصبحت تقديم تعويضات للأفراد المتضررين خلال تأدية مهام في المصالح والتهييئات العامة للدولة وكذا المتضررين نتيجة للحروب وينجم عن هذا كله تزايد في النفقات العامة[2].

ج- زيادة نفقات التمثيل الخارجي: تسعى الدولة الحديثة إلى إقامة علاقات دبلوماسية بينها وبين الدول الأخرى، إضافة إلى اشتراكها في المنظمات الدولية مثل منظمة الأمم المتحدة ووكالاتها والمؤسسات الإقليمية مثل الكوميسا للدول الإفريقية والنمور الآسيوية لبعض دول آسيا، واشتراك الدولة في المؤتمرات والندوات العالمية كل ذلك أدى إلى زيادة نفقات الدولة، كما تلجأ كثيرا من الدول لتقديم الإعانات النقدية والمادية للدول الصديقة كأسلوب لتمتين وتقوية العلاقة بينهما، والهدف من هذه الإعانات مساعدة الدول على تحقيق تنميتها الاقتصادية ومعالجة أزماتها، أو لإعادة تعميرها نتيجة كارثة طبيعية حلت بها، أو لتكوين أحلاف أو لدعم اتجاه سياسي معين، أو لمحاربة اتجاه معارض، أو من أجل خلق طلب على منتجات الدول المقدمة للإعانة[3].

د- الحروب والنفقات العسكرية: إنّ تكرار الحروب، وما خلفته من مآسي ودمار، وما ترتب عليه من تعويضات لمنكوبي هذه الحروب ومعاشات التقاعد لمقعدي الحرب أو الأرامل وما تطلبه ذلك من إعادة إعمار البلاد، وما ترتب على ذلك من خوف من هذه الحروب والاستعداد لها، مما استلزم فرض الخدمة العسكرية الإجبارية وزيادة عدد أفراد القوات المسلحة الدائمة وتسليحها، وزيادة التسابق بين الدول على تطوير وإنتاج الأسلحة وإبدال القديم منها بما هو مستحدث اعتقادا منهم بأن هذا التسابق المستمر يخلق وضعا متوازنا بينهم مما يضع حدا للحروب وويلاتها فلا تقوم دولة على شن حرب جديدة إلاّ بعد إجراء موازنة بين

---

[1] طاوش قندوسي، **تأثير النفقات العمومية على النمو الاقتصادي دراسة حالة الجزائر (2012/1970)**، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2014/2013، ص 40.

[2] فتوح خالد، **تطور الإنفاق العمومي وأثره على التنمية المستدامة**، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: مالية عامة جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2015/2014، ص 47.

[3] غالمي زهيرة، **تمويل عجز الموازنة العامة للدولة بين البدائل التقليدية والبدائل الإسلامية –عرض تجارب دولية–**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي –الشلف–، الجزائر، 2017، ص 94.

قوتها العسكرية وقوة وإمكانات أعدائها، وكل هذا تطلب نفقات متزايدة مولتها غالبية الدول عن طريق الاستدانة مما اضطرها إلى دفع هذه القروض وفوائدها، وهذا زاد من أعباء الدول بنسب كبيرة وبصورة مستمرة ومتفاوتة[1].

✓ **الأسباب المالية:**

ترتكز هذه الأسباب في أمرين هامين:

– سهولة الاقتراض: اعتبرت القروض فيما مضى وسيلة استثنائية لتغطية النفقات العامة حيث كانت الدولة لا تلجأ إليها إلا في حالات استثنائية كالحروب، الكوارث الطبيعية كالزلازل أو الفيضانات ...الخ[2]، أما في وقتنا الحاضر فكثيرا ما تلجأ الدول إلى الحصول على القروض العامة من أجل التوسع في الإنفاق العمومي وتغطية الاحتياجات العامة مما أدى إلى زيادة الإنفاق الحكومي[3].

– إيرادات استثنائية: قد يحدث وأن تتحصل الدولة على إيرادات استثنائية وخصوصا فيما يتعلق بالدول ذات الاقتصاد الريعي، والتي تتأثر اقتصادياتها مباشرة بالتغير في أسعار المحروقات فإذا حدث وأن تحصلت الدولة على إيرادات استثنائية فسيترتب عن هذا الزيادة في حجم النفقات العامة عن طريق محاولة تحسين المستوى العام لمواطنيها كالزيادة في الأجور وتحسين خدماتها العامة وتقديم خدمات جديدة مع ما يتضمنه هذا سوء تقدير[4].

وتظهر خطورة التوسع في النفقات العامة إذا ما اقتضت ظروف الدولة ضغط نفقاتها[5].

✓ **الأسباب الإدارية:**

ينجر على نمو وضائف الدولة وتنوعها تزايد الإدارات الحكومية، وذلك بسبب خلق العديد من الوزارات والإدارات العمومية، والتي تقوم بتقديم الخدمات العامة والسهر على حسن سير المصالح العامة[6]، ومنه ومع تطور وظائف الدولة، وزيادة عدد الموظفين والمنشآت الإدارية أدى ذلك إلى زيادة حجم الإنفاق العام

---

[1] فاطمة السويسي، **المالية العامة "موازنة–ضرائب"**، المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان، 2005، ص ص 49 – 50.

[2] المرسي السيد حجازي، **مبادئ الاقتصاد العام –النفقات والقروض العامة–**، الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت، 1998، ص 156.

[3] Ammar Ben Zaed, **Increasing Public Expenditure**, International journal of scientific et technology research, vol 06, issue 04, april 2017, p 60.

[4] إيمان بوعكاز، **أثر الإنفاق العمومي على النمو الاقتصادي دراسة قياسية على الاقتصاد الجزائري خلال الفترة (2001 – 2011)**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد مالي، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2015، ص 68.

[5] طارق الحاج، **المالية العامة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 25.

[6] مجدي محمود شهاب، **الاقتصاد المالي**، الدار الجامعية بيروت، 1988، ص 222.

سواء كانت على شكل أجور أو أثمان لمشتريات حكومية غير إنتاجية، وهو ما يعبر عنها بنفقات التسيير عموما[1].

✓ **الأسباب الإيديولوجية:**

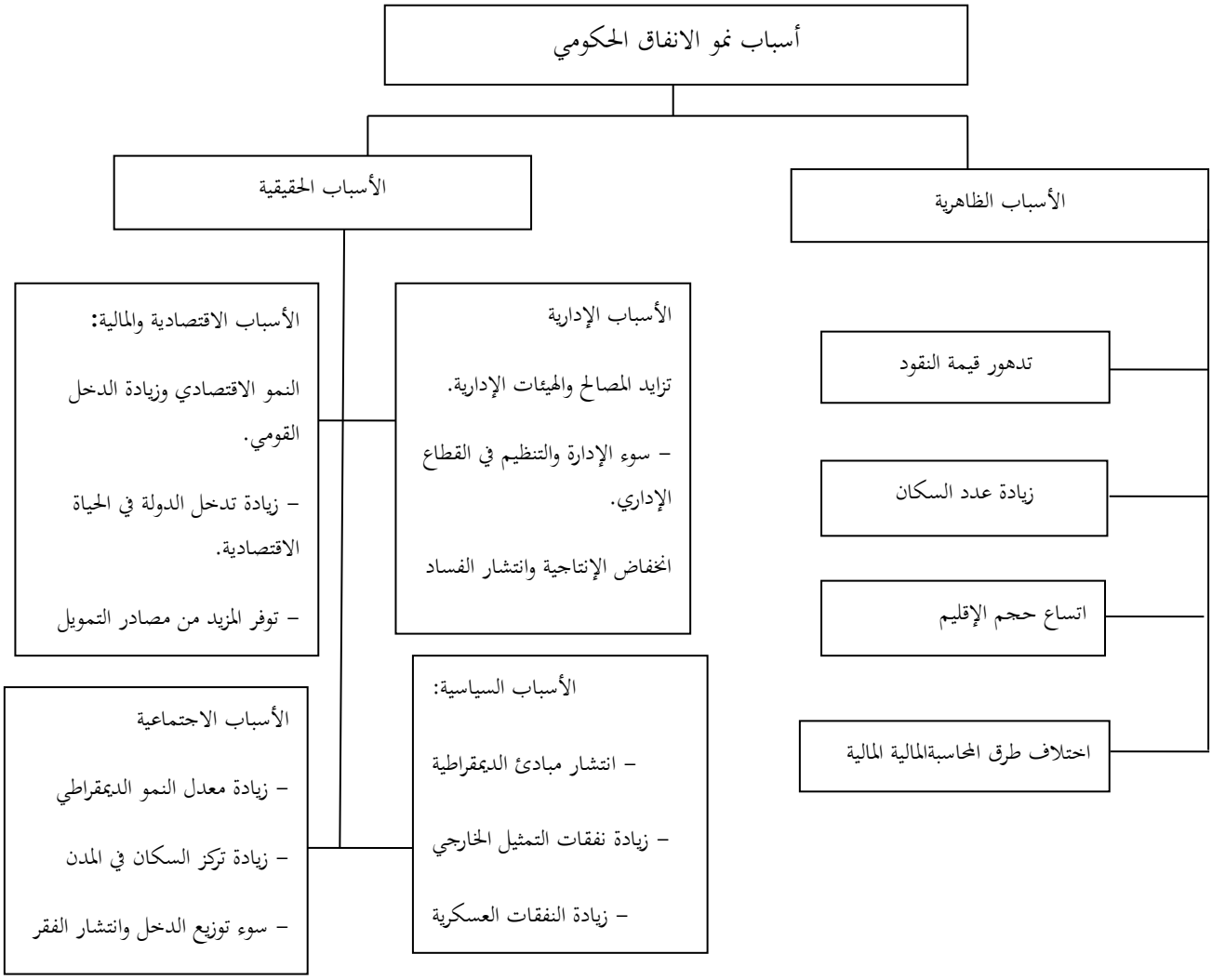
ونعني بها الأسباب التي ترتبط بالتطور التاريخي لدور الدولة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، من الدولة الحارسة التي سادت فيها المالية العامة الحيادية إلى الدولة المتدخلة التي سادت فيها المالية العامة الوظيفية أو التدخلية، إلى مرحلة الدولة المنتجة التي أصبحت فيها المالية العامة جزء لا يتجزأ من الخطة القومية الشاملة، حيث أنه كلما زاد تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية كلما زادت النفقات الحكومية[2].

ورغم تعدد وتشعب هذه الأسباب إلاّ أنه يمكن حصر أهم أسباب نمو الإنفاق الحكومي الظاهرية منها والحقيقة في الشكل الموالي:

[1] لحسن دردوري، **سياسة الميزانية في علاج عجز الموازنة العامة للدولة دراسة مقارنة الجزائر– تونس**، أطروحة دكتوراه مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر –بسكرة–، الجزائر، 2014/2013، ص 51.

[2] براق عيسى، بركان أنيسة، **ظاهرة تزايد الإنفاق العام في الجزائر: تطورها، أسبابها، ومتطلبات ترشيدها**، مجلة الإبداع، المجلد 07، العدد 08، جامعة البليدة 02، ديسمبر 2017، ص 114.

الشكل رقم(1.2): أسباب نمو الانفاق الحكومي



المصدر: سمية فرقاني، العوامل المؤثرة على نمو الإنفاق الحكومي في الجزائر دراسة قياسية للفترة (1970-2015)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم التجارية تخصص: العلوم المالية، جامعة يحي فارس بالمدية، الجزائر، 2018/2017، ص 101.

المبحث الثالث: ماهية الإنفاق الحكومي الصحي

من خلال مبحثنا هذا سوف نتطرق إلى بعض المفاهيم الأساسية المرتبطة بالإنفاق الحكومي الصحي، ثم نحدد أنواع النفقات الصحية، كما نتطرق إلى أهمية الإنفاق الحكومي الصحي ومقاييسه، وفي الأخير يتم التعرف إلى أهم العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي.

المطلب الأول: تعريف النفقة الصحية وأنواعها

نتناول في هذا المطلب مفهوم النفقة الصحية وأنواعها

الفرع الأول: مفهوم النفقة الصحية

هناك عدة تعاريف المتعلقة بالنفقة الصحية نذكر أهمها:

- النفقة الصحية: إن الإنفاق على الرعاية الصحية يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية، ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومة والأفراد[1].
- النفقة الصحية: هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية (نفقة صحية عامة)، من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو انتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض، ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة موطنيها مؤشرا على درجة الرفاه ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد[2].
- النفقة الصحية: هي عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، والتي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية، حيث نجد أن الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات[3].

---

[1] الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي، متاح على الموقع: www.eljazeera.net/.../healthmedicine ، تاريخ الاطلاع: 2018/07/15، ساعة: 21:19.

[2] سهام حرفوش، علي بايزيد، **أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2012)**، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015، ص08.

[3] سنوسي علي، تسيير **الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر03، 2010، ص 155.

- النفقة الصحية تعرف بأنها الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي[1].
- أما البنك العالمي فيرى الإنفاق العام على الصحة هو عبارة من الإنفاق الجاري والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية .
- أما LEVY يرى أن " النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية وموارد تمويل النظام الصحي ". اذ يرى أن التمويل العمومي يؤدي حتما إلى الارتفاع في نفقات الصحة، مادام سعر الإستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تنخفض أتعاب الطبيب وذلك عن طريق الزيادة في العرض، وهم مجبرون على تلبية الطلب

ووفقا لما سبق ذكره من التعاريف المختلفة حول النفقة الصحية فإن الإنفاق الحكومي الصحي يعد مطلبا أساسيا لتقديم الخدمات الصحية من أجل إدامة الحياة.

الفرع الثاني: أنواع النفقات الصحية

من المعروف محاسبيا أنه هناك أنواع من النفقات، نفقات مباشرة وغير مباشرة، ثابتة وغير ثابتة، وكذا النفقات الكلية.

وفيما يخص النفقات الصحية فهي بدورها تنقسم إلى:

- النفقات المباشرة والغير مباشرة: المباشرة هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للمواد والعمال، وبالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشآت الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى، أما النفقات الغير المباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه، وهي النفقات التي يشار اليها على أنها مصاريف غير مباشرة أو مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالإيجار والكهرباء والهاتف...إلخ، أما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم آخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية[2].

[1] المعهد العربي للتخطيط، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، الكويت، ص 10 .

[2] باركة محمد الزين، خلاصي عبد الاله، **ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر تطورها أسبابها ومتطلبات ترشيدها**، المجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد07، 2017، ص 116.

- النفقات الثابتة والغير الثابتة: تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير كتكاليف المباني، التكاليف الرأسمالية للآلات والمعدات، وتشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين، أما النفقات الغير ثابتة (المتغيرة)، فهي التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة، المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط، والقطن الطبي والمطهرات الطبية والخيوط الطبية...، أيضا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة[1].

المطلب الثاني: أهمية الإنفاق الحكومي على الصحة ومقاييسه

نتناول في هذا المطلب أهمية الإنفاق الحكومي على الصحة ومقاييسه

الفرع الأول: أهمية الإنفاق الحكومي على الصحة

تعد الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، وهي حق أساس لكل شعوب العالم، وبذلك فقد عرفت من قبل منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الرفاهية البدنية والذهنية والاجتماعية، وليست مجرد غياب المرض أو العجز.

إن العلاقة بين صحة الشعوب وتطورها الاقتصادي والاجتماعي معقدة للغاية، فالصحة قبل كل شيء هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، فضلا عن أن التطور الاقتصادي ليس غرضا في حد ذاته، بل وسيلة لزيادة رفاهية الشعوب بما في ذلك تحسين المستوى الصحي، إذ إن المبادئ الإنسانية تحتم أن يفرد أو يعطى لمشكلة الصحة والمرض مكانا بارزا ضمن المسائل التي يجب إعطائها عناية خاصة .

وعليه فإن الإنفاق المصروف على الصحة هو ليس ضرورة اقتصادية فقط الهدف منه هو الهدف الاقتصادي بل هي ضرورة أخلاقية إذ إن مثل هذا الإنفاق يساعد في إعداد جيل سليم خال من الأمراض، وعلى قدرة عالية من الإنتاجية من خلال القدرات البدنية والعقلية والذهنية والعمر الإنتاجي للعنصر البشري.

وإن الحالة الصحية المتقدمة للأفراد في أي مجتمع لها علاقة بانخفاض الإنفاق الحكومي على العلاج، وإن الاستثمار في القطاع الصحي لتحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع يؤدي إلى منع المرض وكذلك انخفاض نسبة وفيات الأطفال مما يؤدي إلى زيادة العمر المتوقع وانخفاض نسبة الإنفاق الحكومي على هذا القطاع، وعلى عكس ذلك سيكون الوضع الصحي في حالة سيئة في مجتمع معين تكون النفقات الحكومية موجهة إلى

[1] ابراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، دار الكتب المصرية، طبعة02، مصر، 2006، ص169.

النفقات العلاجية ولا سيما الأمراض السارية ، وتكون الاستثمارات في الطب الوقائي قليلة لأن العناية موجهة إلى الحالات العلاجية، وهذا يتطلب إنفاقا أكثر لاستئصال الأمراض[1].

وتكمن كذلك أهمية الإنفاق على قطاع الصحة في أنها تساهم بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة جودتها، لذلك فإن الأهمية المثلى للنمو الاقتصادي تكمن في تحقيق تنمية حقيقية لقدرات الإنسان بما يساهم في تحقيق مستوى معيشة لائق، وحياة طويلة خالية من الأمراض، وهذا هو المطلوب من الدول التي تسعى إلى تحقيق مسيرة تنموية مرتفعة، بحيث يجب أن تتحرك في إطار منظور تنموي متكامل يراعي فيه البعد الاجتماعي جنبا إلى جنب مع البعد الاقتصادي[2].

الفرع الثاني: مقاييس الإنفاق الصحي

حتى يمكن عقد مقارنات ذات مغزى بين مستويات الانفاق الصحي بين الدول المختلفة، يمكن الاعتماد على عدة مقاييس منها[3]:

- نسبة اجمالي الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الاجمالي.
- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي.
- اجمالي الإنفاق الصحي إلى اجمالي الانفاق العام في الموازنة العامة للدولة .
- اجمالي الإنفاق الصحي الى اجمالي الانفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة .

المطلب الثالث: العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي

نتناول في هذا المطلب العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي

الفرع الأول: العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي

عوامل دفع للإنفاق على الرعاية الصحية يمكن إيجازها كما يلي:

---

[1] أحمد حسين الهيتي، وآخرون، **العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي للمدة "1981–2006"**، المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، العراق، المجلد 0، العدد 20، ص 06-07.

[2] عمر بن سليمان، السياسات العامة الصحية في الجزائر بين البعدين الوقائي والعلاجي، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 10، العدد 02، سبتمبر 2019، ص 207.

[3] بوزناد دليلة، **ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسة الصحية العمومية –دراسة حالة قطاع الصحة في الجزائر–**، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2012، ص 51.

1- العمر والجنس: ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجيا أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجيا وهذا بفعل الأمراض التي تزداد مع ارتفاع السن. وتكون نفقات العلاج مرتفعة أكثر عند النساء أكثر من الرجال بسبب الولادة واهتماماتهم المتزايدة بالصحة. ويلاحظ أن كل جيل يستهلك أكثر من الجيل الذي يسبقه مما يؤدي إلى[1]:

- ارتفاع النفقات نتيجة تطور أشكال الوصول إلى العلاج.
- وجود تغطية اجتماعية عن طريق التأمينات الصحية تمكن من الوصول إلى العلاجات من دون عائق مالي.
- يدفع تكاليف ضئيلة من تكاليف العلاج من طرف المريض.

2- نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر وأفضل.

3- التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيا الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية، فقد أدى التطوير المستمر للإجراءات والأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من المشاكل الصحية وفي علاجها.

4- أثر بومول: يشير هذا الأثر المسمى بإسم منشئه الاقتصادي – ويليام بومول – إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية والخدمات المقدمة من الحكومة، وفي قطاع الصناعات التحويلية يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج ولكن في مجال الرعاية الصحية يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والممرضين دون المساس بمستوى الخدمات.

5- السياسات والمؤسسات الصحية: يمكن أن تؤثر السياسات والمؤسسات المعينة بالرعاية الصحية على الإنفاق من خلال آثارها على كل من العرض والطلب فالبنية التحتية في هذا المجال وكذلك التكوين الجيد له الدور الكبير في زيادة العرض وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية.

[1] ريان محمد أحمد محمد، **أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الإقتصادي(1981-2016)**، بحث تكميلي مقدم لاستيفاء درجة الماجستير في الاقتصاد التطبيقي (قياسي)، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2019، ص61.

6- تطور الأمراض الوبائية: إن انتشار الأمراض الوبائية كالسل وظهور فيروسات جديدة (أنفلونزا الطيور وأمراض القلب، وضغط الدم) يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل.[1]

الفرع الثاني:أثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي

تعتبر الكثير من الدول النفقات الصحية عبء يزيد من نفقاتها الاجتماعية، إلا أن جزء معتبر من هذه النفقات يعد مواتيا، ويؤدي إلى نتائج ايجابية للتنمية، وقد بينت هذه الأخيرة أثرها على النشاطات الاقتصادية وذلك من خلال مجموعة من النتائج أهمها[2] :

1- نفقات الصحة كاستثمار على الإنسان: يعد البحث الاقتصادي الخاص بالاستثمار على الانسان قديم العهد، حيث أنه يجب إدراج التربية الصحية والتكوين المهني كعوامل نوعية تؤثر على المردودية الفعلية للعمل، وهذا ما يجعلنا نميز بين الاستثمار المادي والاستثمار البشري حيث أن البشر هم الذين يكونون قوة الدول.

كما اقترح كل من "*S.J.Muskin*" و"*B.A.Weibrod*" تقييم الاستثمار الصحي من خلال النفقات التي خصصت لصحة الأفراد الذين يكونون اليد العاملة ويرون أن نفقات التكوين والصحة هي الوسائل الأساسية التي بواسطتها تزداد وتتطور موارد العمل، حيث أن زيادة أمل الحياة بفضل الصحة الجيدة يخفض من معدل انحطاط الاستثمار المحقق وعليه تزداد المردودية، وعكسيا فإن زيادة الانتاجية الراجعة إلى أفضل تكوين تزيد من مردودية الاستثمار الصحي الذي يحافظ على حياة الأفراد.

2- الصحة كإستهلاك: إذا كان الطلب على الصحة استهلاك تصبح الخدمات الصحية منتوج معروض للبيع في السوق، ومسألة السعر تنظم وفق قانون العرض والطلب، ويكون الممارسين هم العارضين لها أما الطلب فيكون من طرف المعالجين، إلا أن هناك عدة ثغرات في هذا التحليل منها:

- عجز المستهلك عن تحديد متطلباته وأيضا تحديد نوعية المنتوج المعروض.
- منتج الخدمات الصحية في السوق ليس وسيط إنما هو صاحب قرار.
- لا يتحدد السعر بالتراضي كما في السابق وإنما تدخل الدولة هو الأساسي في تحديد أسعار تقديم الخدمات.

---

[1] علي دحمان محمد، **تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2017/2016، ص149.

[2] العلواني عديلة، **أثر تأخر تجسيد النمط التعاقدي في الجزائر على رفع النفقات الصحية**، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية ، العدد الاقتصادي 33(1)، جامعة زياني عاشور، الجلفة، ص ص 98-99.

وتسجل ثلاث أنواع من الحاجة إلى الخدمات الصحية، حاجة مطلقة وهي صادرة عن طبع الانسان للحفاظ عن نفسه، حاجة تقنية نظرية وهي متصلة بالتقنيات الموجودة، وحاجة شعورية متصلة بالمرض الذي يشعر به الانسان، كما أن الطلب على الصحة يختلف عن الطلب الاقتصادي، حيث يحدد الطلب على الصحة مدخول الطبقات الاجتماعية المهنية وحالة التطور الاقتصادي والثقافي...إلخ.

3- على مستوى قوة العمل: للنفقات أثار على الحجم والنوعية البشرية، فهي تسمح بزيادة عدد العمال عن طريق تغيير معدلات الوفيات، وما يمكن الاشارة إليه عند ملاحظتنا لانخفاض الوفيات خلال تطبيق برنامج صحي أن الوفيات المحصور بين عمري 15 و44 سنة، أي الفئة المنتجة والتي خصصت لها نفقات من قبل، تعد خسارة اقتصادية فيما يخص الإنتاج، لأن التقييم يكون على أساس الإنتاجية التي كان من الممكن أن يقدمها هؤلاء بقية حياتهم، أيضا لا ننسى التكلفة الاجتماعية، أي أن هذا الانسان قبل أن يصبح مؤهلا للعمل قد كلف مجتمعه، بالإضافة إلى التأثير الذي يحدثه التغيير في معدل الولادات بالزيادة بسبب مكافحة بعض الأمراض وانخفاض الحوادث التي تطرأ عند الولادة، فكل هذه العوامل تؤدي إلى انخفاض الخسائر الاقتصادية التي قد يتسبب فيها النقص في العمال المتمثلة في إنخفاض الإنتاج والقدرة الانتاجية.

4- على مستوى التصرف اتجاه التطور: لم يعطى أي اعتبار لتصرفات الأفراد وتغيير تفكيرهم في التحليل الاقتصادي إلا مؤخرا وذلك نظرا لصعوبة تقديرها بدقة، عموما فإنه يأخذ بعين الاعتبار زيادة الحث على التغيير، وهذا يمكننا تحليله عن طريق:

- التغيير الذي طرأ على مستوى تفكير الأفراد في ظروف محيطة غير ملائمة.
- كما أن نتائج البرامج الصحية لها تأثيرها على تفكير الأفراد أيضا.

خلاصة:

لقد قمنا في هذا الفصل بعرض أهم المفاهيم النظرية الأساسية المتعلقة بالمنظومة الصحية، الإنفاق الحكومي، والإنفاق الحكومي الصحي ، فقد تعرفنا في البداية على النظام الصحي أنه عبارة عن تعبير شامل يستخدم ليصف العديد من العاملين والهيئات والخدمات، الذين يقومون على تقديم خدمات صحية شاملة لكافة السكان، بشكل يلبي حاجات الناس، ويحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان وتحقيق مبدأ الصحة للجميع. ثم تطرقنا إلى أهداف النظام الصحي ووظائفه ومكوناته وصولا إلى محدداته وأهم العوامل المؤثرة فيه، أما ثانيا فتناولنا أولا الإنفاق الحكومي فقد تطرقنا إلى تعاريف متنوعة حول الإنفاق العام، وخلصنا إلى تعريف شامل للنفقة العامة بأنها عبارة أداة مهمة من أدوات السياسة المالية التي تستخدمها الحكومة من أجل إشباع حاجات المجتمع العامة وتحقيق أهدافه، من خلال تعريف الإنفاق الحكومي يتضح لنا ضرورة توفر ثلاثة أركان لكي نكون أمام إنفاق حكومي وهي الإنفاق الحكومي مبلغ نقدي، الإنفاق الحكومي يصدر من شخص عام، الإنفاق الحكومي يهدف إلى إشباع حاجة عامة، وتناولنا بتصنيف الإنفاق الحكومي إلى عدة معايير، حيث ان كل تقسيم يستند إلى معيار معين، ثم عرجنا على الأسباب المؤدية إلى الزيادة في الإنفاق العام منها الظاهرية والحقيقية، أما في المبحث الثالث فتناولنا ماهية الإنفاق الحكومي الصحي انطلاقا من عدة تعاريف متنوعة حول النفقة الصحية وخلصنا إلى الإنفاق الحكومي الصحي يعد مطلبا أساسيا لتقديم الخدمات الصحية من أجل إدامة الحياة، ومن ثم عرجنا إلى أنواع النفقات الصحية من خلال عرض النفقات المباشرة والنفقات الغير مباشرة بالنسبة للقطاع الصحي، ثم تناولنا مقاييس الإنفاق الصحي التي تمثلت في عدة مقاييس، لننتقل بعدها إلى أهمية الإنفاق الحكومي الصحي الذي يعد ليس ضرورة اقتصادية فقط الهدف منه هو الهدف الاقتصادي بل هي ضرورة أخلاقية إذ يساعد في إعداد جيل سليم خال من الأمراض، وعلى قدرة عالية من الإنتاجية من خلال القدرات البدنية والعقلية والذهنية والعمر الإنتاجي للعنصر البشري، وفي أخر هذا المبحث نظرنا في أهم العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي.

الفصل الثالث

تمهيد

من خلال ما تطرقنا له في الفصلين السابقين حول الإطار النظري للحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي، سنحاول القيام في هذا الفصل بدراسة وصفية لتطور مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر، وكذلك لتطور المنظومة الصحية في الجزائر ومصادر تمويلها، بالإضافة إلى مقاييس الإنفاق الحكومي الصحي، وذلك باستعمال الوسائل الإحصائية كالجداول والمنحنيات البيانية لتوضيح التغيرات المهمة التي طرأت عليها خلال فترة الدراسة، حيث قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث فسنتطرق في المبحث الأول إلى تحليل تطور مؤشرات الستة للحكم الراشد في الجزائر وفقا لبيانات البنك الدولي من سنة 1996 إلى سنة 2017، أما في المبحث الثاني نقوم بعرض لتطور المنظومة الصحية ومصادر تمويلها في الجزائر، أما المبحث الثالث فقد خصصناه إلى التطرق إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية من خلال دراسة تحليلية لأهم الجداول والرسومات المستخرجة من برنامج Excel، وكذلك بالإضافة إلى تطور نفقات التسيير ونفقات التجهيز لقطاع الصحة.

المبحث الأول: تحليل تطور مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر (وفقا لبيانات البنك الدولي).

يتم التركيز في هذا المبحث على أهم المؤشرات المتعلقة بالحكم الراشد في الجزائر، والمتمثلة في ستة مؤشرات التي قام معهد البنك الدولي بإشراف دانيال كوفمان وآخرون بوضعها حيث تشتمل على مؤشر حرية التعبير عن الرأي والمساءلة، مؤشر الاستقرار السياسي، مؤشر الأطر التنظيمية، مؤشر فاعلية الحكومة، مؤشر حكم القانون، ومؤشر مكافحة الفساد، وهذه المؤشرات تصدر كل سنة لتقييم مدى تقدم البلد نحو ترسيخ مبادئ الحكم الراشد.

المطلب الأول: تطور مؤشري التعبير عن الرأي والمساءلة والاستقرار السياسي

يرتبط هذان المؤشران ببعضهما البعض فكلاهما يعزز الآخر، فعندما يكون هناك تمثيل سياسي حقيقي ناتج عن انتخابات نزيهة وحرة فإن ذلك يدعم الاستقرار السياسي، وسيادة هذا الأخير شرط أساسي لتعزيز الديمقراطية، والمساءلة وحرية الرأي التعبير.

الفرع الأول: تطور مؤشر الصوت والمساءلة

يعبر مؤشر الصوت والمساءلة عن مجموعة من العناصر المكونة لمنظومة القيم الديمقراطية والتي تشكل أساس للممارسة السياسية في البلد، بحيث يقيس هذا المؤشر مدى قدرة مواطني أي بلد من المشاركة في اختيار حكومتهم، فضلاً عن حرية التعبير وحرية تكوين الجمعيات بالإضافة إلى حرية الإعلام والصحافة. المؤشر يعطي البلد درجة على المؤشر الكلي والتي تتراوح بين 2.5- إلى 2.5 تقريبا.

من خلال معطيات البنك الدولي للفترة الممتدة ما بين سنة 1996 إلى سنة 2017 والمتعلقة بمؤشر الصوت والمساءلة ***(Voice and Accountability)*** الخاصة بالجزائر نلاحظ أن جميع القيم سالبة لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر، والتي يمكن توضيحها وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (1.3): تطور مؤشر الصوت والمساءلة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر الصوت والمساءلة تقدير جودة الحكم (VA) (-2.5 إلى +2.5)	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-1,166	14.5
1997		
1998	-1,244	12.437
1999		
2000	-1,110	14.427
2001		
2002	-1,044	18.905
2003	-1,076	18.905
2004	-0,802	23.557
2005	-0,715	25.480
2006	-0,916	22.596
2007	-0,984	20.192
2008	-0,979	20.673
2009	-1,038	17.535
2010	-1,022	18.483
2011	-1,004	20.187
2012	-0,906	22.535
2013	-0,893	23.943
2014	-0,815	25.123
2015	-0,838	24.630
2016	-0,855	23.645
2017	-0,995	23.152

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

بحسب تقرير البنك الدولي لعام 2017، فإن مؤشر الصوت والمساءلة يقيس مدى قدرة المواطنين على المشاركة في انتخاب ممثليهم وحكومتهم، فضلا عن حرية التعبير وحرية تموين الجمعيات والإعلام الحر، حيث توضح البيانات في الجدول أعلاه تطور مؤشر الصوت والمساءلة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين (1996 -2017) حيث أن جميع قيم مؤشر الصوت والمسائلة سالبة وهذا ما يوضح الأوضاع السيئة التي تسود المؤشر في الجزائر، فهي لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر "0"، وهذا ما يشير إلى أن حرية الرأي والتعبير في الجزائر لا تزال ضعيفة ومقيدة، حيث تعكس الأرقام المبينة في الجدول أعلاه الوضع المتدني لهذا المؤشر في الجزائر، مما يدل على أن حرية التعبير وحرية تكوين الجمعيات بالإضافة إلى حرية الإعلام والمشاركة في الحياة السياسية تبقى محدودة ودون المستوى، ولعل من بين أهم الأسباب وراء هذا هو فرض حالة الطوارئ في البلاد منذ 1992 الذي سمح بتسلط الدولة وتعسف أجهزة الأمن، والذي نتج عنه المزيد من التضييق على الحريات والنشاطات، وعلى تكوين الجمعيات وحرية الإعلام والصحافة. كما يلاحظ أن هذا المعيار لم يتجاوز عتبة 30 %خلال الفترة 1996-2017، حيث أنه لم يصل إلى الوضع الجيد إطلاقا، حتى إن عرف بعض التحسن خلال الفترة 2000-2006، حيث كان يقدر سنة 1996 بـ 1,16-، ما يقابلها نسبة 14.5% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم في هذه السنة، ليصل إلى أعلى معدل له سنة 2005 وقدرت قيمته بـ 0,71-، في حين أصبحت نسبة هذا المؤشر في هذه السنة 25.48% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، ولكنه ابتداء من سنة 2006 عرف هذا المؤشر هبوطا حيث كان يصنف ضمن المستوى الضعيف (أعلى من 10% وأقل من 25%) خلال الفترة 2006-2010، ومن سنة 2010 إلى سنة 2017 شهد تحسنا نسبيا لكن بقى دائما ضمن المستوى الضعيف.

الفرع الثاني: تطور مؤشر الاستقرار السياسي

يعبر مؤشر الاستقرار السياسي عن مجموعة الآليات التي تعتمد في محتواها مبادئ التداول السلمي على السلطة، بالإضافة إلى نزاهة الانتخابات وكذا الوسائل الشرعية والدستورية في تشكيل الحكومات، كما يهدف مفهوم الاستقرار السياسي إلى بناء نظام سياسي شرعي وقوي يشتغل في إطار احترام سيادة الشعب والإرادة الاجتماعية، من خلال معطيات البنك الدولي للفترة الممتدة ما بين سنة 1996 إلى سنة 2017 والمتعلقة بمؤشر الاستقرار السياسي الخاصة بالجزائر نلاحظ أن جميع القيم سالبة لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر، والتي يمكن توضيحها وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (2.3): تطور مؤشر الاستقرار السياسي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر الاستقرار السياسي تقدير جودة الحكم (2.5- إلى 2.5+) *(PS)*	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-1,7803	5.319
1997		
1998	-1,875	4.787
1999		
2000	-1,432	10.052
2001		
2002	-1,633	6.878
2003	-1,753	5.527
2004	-1,359	10.679
2005	-0,915	20.388
2006	-1,126	15.458
2007	-1,148	14.009
2008	-1,093	14.903
2009	-1,197	13.270
2010	-1,259	11.848
2011	-1,360	10.426
2012	-1,325	9.478
2013	-1,202	12.796
2014	-1,190	9.523
2015	-1,090	11.904
2016	-1,097	12.380
2017	-0,960	14.761

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

يقيس مؤشر الاستقرار السياسي احتمال زعزعة استقرار الحكومة أو الإطاحة بها بوسائل غير دستورية أو عنيفة، بما في ذلك العنف ذو الدوافع السياسية والإرهاب، كما أن لاستقرار السياسي يتضمن آليات تعتمد في محتواها مبادئ التداول السلمي على السلطة ونزاهة الانتخابات وكذا الوسائل الشرعية الدستورية ومنطق القوة في الاستلاء على الحكم، كما يهدف مفهوم الاستقرار السياسي إلى بناء نظام شرعي وقوي يشتغل في إطار احترام سيادة الشعب والإرادة الاجتماعية. في الجزائر وخلال الفترة الممتدة ما بين (1996 -2017) نلاحظ أن جميع قيم مؤشر الاستقرار السياسي سالبة وهذا ما يوضح الأوضاع السيئة التي تسود المؤشر في الجزائر، فهي لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر "0".

كما يلاحظ أن قيم هذا المعيار تراوحت بين 1,87- كأدنى قيمة سجلت سنة 1998 و0,91- كأعلى قيمة سجلت سنة 2005، ما يقابلها 4.78 % كأدنى نسبة سجلت سنة 1998 و20.38 % كأعلى نسبة سجلت سنة 2005 من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، وهذا يدل على أن تصنيف الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1996 إلى سنة 2004 ضمن المستوى الضعيف جدا، وتعود الأسباب الرئيسية لتسجيل قيم متدنية خلال نفس الفترة إلى الوضع الأمني الذي شهدته الجزائر خلال العشرية السوداء في تسعينات القرن الماضي، بعد إلغاء الانتخابات التشريعية وحل حزب الجبهة الإسلامية للإنقاذ سنة 1992، مما أدخل البلاد في دوامة من العنف وهو ما أثر على الوضع الأمني في البلاد حتى السنوات الأخيرة من الألفية الجديدة التي شهدت تحسنا طفيفا في قيم مؤشر الاستقرار السياسي لكن بقى في مستواه الضعيف جدا لعل أبرز ما أثر عليه هو بعض الانقسامات والأزمات السياسية داخل بعض الأحزاب السياسية مثل حزب النهضة وحزب جبة التحرير الوطني وحركة مجتمع السلم وغيرها، أما التحسن الذي عرفه المؤشر بعد سنة 2004 فيعود بالأساس إلى تحسن الوضع الأمني في البلد بعد عزم السلطات المعنية على القضاء على المجموعات الإرهابية المتبقية، حيث شهدت نفس السنة إجراء الانتخابات الرئاسية في ظروف حسنة وتحت إشراف 130 مراقب دولي الذي لم يكتشفوا أي دليل على وجود التزوير[1]، بالإضافة إلى الاستفتاء الشعبي الذي أفرزه ميثاق السلم والمصالحة الوطنية في 29 سبتمبر 2005 والذي كان هدفه تعزيز أمن استقرار البلاد وإخراجها من دوامة العنف.

[1] مصطفى بلعور، **الانتخابات التشريعية في الجزائر 1999-2007 استمرارية أم حل**، مجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد خاص، أفريل 2011، ص 175.

أما الفترة الممتدة من سنة 2006 إلى سنة 2017 فقد سجل هذا المؤشر تراجعا مستمرا عما حققه سنة2005 حيث بلغت نسبة التراجع ما يقارب 35% ويرجع ذلك إلى مجموعة من الأسباب على أبرزها عزوف المواطنين على الانتخاب في الانتخابات التشريعية لسنة 2007 والتي وصلت فيها نسبة الامتناع إلى 65%، بالإضافة إلى التعديل الدستوري سنة 2008 والذي قلص مبدأ التداول على السلطة بعد أن أقر هذا التعديل إمكانية انتخاب رئيس الجمهورية لأكثر من عهدتين. وهذا ما أقرته تقارير المنظمة العالمية للنزاهة للسنوات 2007، 2009، 2011 حول نزاهة الانتخابات في الجزائر بالضعيفة والضعيفة جدا بحيث سجلت 68، 62، 19 نقطة على التوالي من أصل 100 نقطة[1]، ضف إلى ذلك الخلافات السياسية والانشقاقات داخل الأحزاب خاصة الأحزاب الكبرى منها على غرار حزب جبهة التحرير الوطني، حركة مجتمع السلم و حزب النهضة وغيرها[2]، كذلك شهد هذا المؤشر تراجعا خلال سنة 2012 حيث سجل قيمة 1,32-، ما يقابلها بنسبة 9.48% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، وهذا نتيجة للربيع العربي الذي حدث في الدول العربية ولما حاول أن يكون عليه تأثير في الجزائر[3].

المطلب الثاني: تطور مؤشري الأطر التنظيمية وفعالية الحكومة

يرتبط هذان المؤشران بصورة مباشرة بعمل الحكومة وقدرتها على تنفيذ برامجها وسياساتها، والتزامها بوعودها، وكذا توفيرها الخدمات للمواطنين بأكثر جودة وفعالية.

الفرع الأول: فعالية الحكومة

يقيس مؤشر فعالية الحكومة مدى جودة الخدمات العامة، وجودة الخدمات المدنية، ودرجة استقلالية عمل الحكومة عن الضغوط السياسية، بالإضافة إلى جودة الأنظمة وتطبيقها ومصداقية التزام الحكومة بهذه الأنظمة، ومن أجل دراسة هذا المؤشر يجب البحث في مدى قدرة الجهاز التنفيذي في أدائه لوظيفة تقديم الخدمة العامة للمواطنين، واعتماد نموذج الحكومة الالكترونية كمدخل رئيسي لدراسة فاعلية الأداء الحكومي[4].

ومن خلال معطيات البنك الدولي المتعلقة بمؤشر فعالية الحكومة الخاصة بالجزائر خلال فترة الراسة نلاحظ أن جميع القيم سالبة لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر، والتي يمكن توضيحها وفق الجدول التالي:

---

[1] Global Integrity, Report Algeria, 2007, 2009, 2011 :http :/ www.globalintegrity.org/report

[2] الصيداوي رياض، **الانتخابات والديمقراطية والعنف في الجزائر**، المستقبل العربي، العدد245، جويلية2002، ص23.

[3] بن شيخ منال، خواثرة سعيدة، **واقع الحكم الراشد ومتطلبات ترشيد الانفاق العام في الجزائر**، مجلة أوراق اقتصادية، المجلد04، العدد01، جوان 2020، ص 92.

[4] شراطي نسيمة، مرجع سبق ذكره، ص 154.

الجدول رقم (3.3): تطور مؤشر فعالية الحكومة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر فعالية الحكومة تقدير جودة الحكم (GE)(-2.5 إلى +2.5)	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-1.088	13.114
1997		
1998	-0.829	19.689
1999		
2000	-0.963	14.871
2001		
2002	-0.597	31.122
2003	-0.612	31.122
2004	-0.572	34.482
2005	-0.467	39.215
2006	-0.472	38.048
2007	-0.565	32.524
2008	-0.626	31.067
2009	-0.582	35.406
2010	-0.479	38.755
2011	-0.564	36.018
2012	-0.532	35.071
2013	-0.534	35.0710
2014	-0.477	35.096
2015	-0.500	35.576
2016	-0.536	35.576
2017	-0.596	30.288

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

من خلال الجدول نلاحظ أن هذا المؤشر عرف قيما أعلى من المؤشرين السابقين، حيث سجلت قيمه وضعا متوسط باستثناء سنوات (1996، 1998، 2000) التي سجلت قيم (1.08-، 0.82-، -0.96)، ما يقابلها ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم فقد سجلت نسب 13.11%، 19.68%، 14.87%، ويعود السبب في ذلك إلى نتيجة عدم الاستقرار السياسي وعدم التحكم في القرار الحكومي ونتيجة التدخلات العسكرية في الجهاز الحكومي في هذه السنوات، ليستعيد نموه بعد أن عرف تطورا كبيرا خلال الفترة (2000-2005) حيث وصل إلى أعلى قيمة (0.46-) سنة 2005، اما ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم أصبح 39.21%، ويرجع هذا التحسن إلى برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي تبنته الجزائر سنة 2001 والذي أفرز نتائج إيجابية بتراجع مستوى الفقر والبطالة وتحسين القدرة الشرائية للمواطن، وتحسين الخدمات الصحية، بالإضافة إلى الاستقرار السياسي وحالات الأمن.

أما الفترة (2006-2010) فلاحظنا من قيم الجدول تراجعا سنتي 2006، 2007، 2008، حيث سجلت قيم 0.47-، 0.56-، 0.62- على الترتيب، في حين كانت نسب ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم في هذه السنوات 38.04%، 32.52%، 31.06% على الترتيب، ليعرف المؤشر بعدها ارتفاعا مستمرا بعد ذلك إذ سجل سنة 2010 قيمة (0.47-)، ما يقابلها نسبة 38.75% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، خلال هذه الفترة واصلت الدولة جهودها حيث أقرت البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009).

أما الفترة (2010-2017) فمن خلال الجدول نلاحظ أن قيم هذا المؤشر متوسطة، حيث وصل إلى أعلى قيمة (0.47-) سنة 2014، جعل نسبة ترتيب الجزائر بين دول العالم في حدود 35.09%، ويرجع هذا التحسن إلى برنامج التنمية الخماسي (2010-2014).

الفرع الثاني: مؤشر الأطر التنظيمية

يقيس هذا المؤشر قدرة الحكومة على صياغة وتنفيذ سياسات سليمة وأنظمة ولوائح تسمح بتشجيع وتنمية القطاع الخاص، بالإضافة إلى مدى رغبة الحكومة في خلق بيئة استثمارية جاذبة للمستثمرين من الداخل والخارج، ويقيس أيضا قدرة الحكومة على إيجاد السياسات الصحيحة في مجال الخطط والتنفيذ والأدوات المناسبة للتنفيذ ومدى التزام الحكومة بتطبيق هذه الأنظمة.

من خلال معطيات البنك الدولي المتعلقة بمؤشر الأطر التنظيمية الخاصة بالجزائر نلاحظ أن جميع القيم سالبة لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر، والتي يمكن توضيحها وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (4.3): تطور مؤشر الأطر التنظيمية في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر الأطر التنظيمية تقدير جودة الحكم (RQ)(-2.5 إلى +2.5)	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-0.907	20.108
1997		
1998	-0.744	22.797
1999		
2000	-0.705	23.076
2001		
2002	-0.583	29.591
2003	-0.517	32.142
2004	-0.544	30.049
2005	-0.383	42.647
2006	-0.571	29.411
2007	-0.622	27.184
2008	-0.794	21.359
2009	-1.073	12.918
2010	-1.171	9.569
2011	-1.189	9.952
2012	-1.276	9.004
2013	-1.165	9
2014	-1.282	8.173
2015	-1.173	10.576
2016	-1.171	10.096
2017	-1.196	10.576

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

من خلال الجدول نلاحظ أن الجزائر سجل قيمة 0.90- في الفترة 1996، ما يقابلها نسبة 20.10% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، ليعرف بعدها تحسنا سنة 1998 أين سجل قيمة 0.74-، في حين أصبح نسبة هذا المؤشر 22.79%، ثم واصل هذا المؤشر تحسنه بعد ذلك بصفة متواصلة بالنسبة لسنوات 2000، 2002، 2003، 2004 مسجل قيما متقاربة (0.705-، 0.583-، 0.517-، -0.544) على التوالي، في حين كانت نسب ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم في 20%، ليسجل في سنة 2005 قيمة بلغت 0.38- وهي أعلى قيمة، في حين بلغت نسبته 42.64% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، إلا أنه عرف فيما بعد انخفاض ابتداءً من سنة 2009 إلى غاية سنة 2017، حيث أصبح ترتيب الجزائر يتراوح بنسب تقارب 9% و10%، وتعود الأسباب في ذلك إلى عدم تحقيق الجزائر تقدم ملموس في مجال الخوصصة وغياب سوق مالية فعالة في سبيل استقطاب المدخرات المالية الخاصة، وكذا نقص الرقابة على البنوك وإفلاس بعضها، وضعف مناخ الاستثمار في الجزائر بسبب عوامل البيروقراطية والرشوة وثقل الإجراءات والسياسة الضريبية والجبائية والجمركية، وعدم الاستقرار في منظومة القوانين والتشريعات.

المطلب الثالث: تطور مؤشري سيادة القانون والسيطرة على الفساد

يرتبط حكم القانون ارتباطا قويا بضبط الفساد، فحين يسود القانون على الجميع دون استثناء، ويضم في مواده نصوصا تعاقب المجرمين والمفسدين ويطبق فعلا، فإن ذلك يعمل على ردع المفسدين ويقلص حجم الفساد، وعلى العكس من ذلك إذا شاع الفساد في المجتمع فإن القانون يصبح غير معترف به وغير رادع.

الفرع الأول: سيادة القانون

مبدأ سيادة القانون لا يختلف في معناه عن مبدأ الدولة القانونية الذي تحرص الدولة العصرية على اعتماده كخاصية من خصائصها الجوهرية، حيث تعتمد سيادة وحكم القانون على مدى استقلالية أجهزة الرقابة عن السلطة التنفيذية في مباشرة مهامها، إن مؤشر سيادة القانون مؤشر ذاتي يصدر عن البنك الدولي يتم تجميع عناصره من مصادر مختلفة، ويقيس الإدراكات الحسية للمفاهيم التالية: الحياد القانوني وتقيد المواطنين بالقانون، تتراوح التقديرات ما بين -2.5 و+2.5 وقيم العليا هي الأفضل[1]، ومن خلال معطيات البنك الدولي للفترة الممتدة ما بين سنة 1996 إلى سنة 2017 المتعلقة بمؤشر سيادة القانون الخاصة بالجزائر نلاحظ أن جميع القيم سالبة لم تتجاوز خط صفر، والتي يمكن توضيحها وفق الجدول التالي:

[1] عبدالرزاق مولاي لخضر، بوزيد السايح، **فاعلية سياسات الحكم الراشد في الحد من الفساد بالجزائر**، المجلة الجزائرية للتنمية الإقتصادية، العدد07، ديسمبر، 2017، ص285.

الجدول رقم (5.3): تطور مؤشر سيادة القانون في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر سيادة القانون تقدير جودة الحكم (RL) (-2.5 إلى +2.5)	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-0.907	12.562
1997		
1998	-0.744	12.5
1999		
2000	-0.705	11.881
2001		
2002	-0.583	33.168
2003	-0.517	31.683
2004	-0.544	33.492
2005	-0.383	28.229
2006	-0.571	27.751
2007	-0.622	24.880
2008	-0.794	25.480
2009	-1.073	23.222
2010	-1.171	26.540
2011	-1.189	24.413
2012	-1.276	26.760
2013	-1.165	30.985
2014	-1.282	24.038
2015	-1.173	18.75
2016	-1.171	18.75
2017	-1.196	19.230

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

نلاحظ من الجدول أن هذا المؤشر بقي يتراوح ما بين متوسط وضعيف، على الرغم من أنه عرف تحسنا سنة 2005 حيث وصل إلى أعلى قيمة (0.38-) مقارنة بسنة 1996 التي كانت قيمتها (0.90-)، اما ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم أصبح 28.22% سنة 2005 بعدما كانت نسبته 12.56% سنة 1996، ليعرف بعد ذلك تدهورا مستمرا عما سجله سنة 2005 التي وصل إلى أعلى مستوى له خلال الفترة (1996-2017)، ومن بين الأسباب التي جعلت الجزائر تسجل مستويات ضعيفة متوسطة في هذا المؤشر هو: عدم استقلالية القضاء وتأثره بالحكومة وأطراف أخرى، عدم التزام الحكومة بتطبيق جميع القوانين المشرعة التي بقي البعض منها حبر على ورق في انتظار صدور القوانين التنظيمية، انتشار الجريمة والعنف في الوسط الجزائري، حقوق الملكية التي تعرف غموضا خاصة ما يتعلق بالملكية العقارية.

الفرع الثاني: مؤشر السيطرة على الفساد

مؤشر ضبط الفساد مؤشر ذاتي على إدارة الحكم يصدر عن البنك الدولي تم تجميع عناصره من مصادر مختلفة يقيس الإدراكات الحسية للمفاهيم التالية الفساد بين المسؤولين الحكوميين، الفساد كعقبة في وجه الأعمال التجارية، مدى تواتر تقديم " أموال غير قانونية " إلى الرسميين والقضاة، ومدى إدراك وجود الفساد في سلك الخدمة[1]، ومكافحة الفساد يقتضي وجود تشريعات وقوانين تعمل على ردع ومعاقبة كل مرتكب جرائم الفساد والسطو على المال العام فضلا عن دور المجتمع المدني وقطاع الاعلام في الكشف عن مواطن الفساد وتوعية المجتمع بمخاطر هذه الآفة[2]، ففي الجزائر أخذت ظاهرة الفساد منحنى تصاعدي، ويتضح ذلك من خلال التقارير السنوية التي تصدر عن المنظمات الدولية، التي أكدت على دور الفساد على المستوى السياسي في ضرب استقرار النظام السياسي وسعته، والحد منه بالتوجه الديمقراطي وإحترام حقوق الإنسان، وخاصة حق المساواة وتكافؤ الفرص وحرية الإطلاع على المعلومات، شفافية النظام وانفتاحه على المجتمع المدني، وتعزيز المشاركة والثقة بالمؤسسات العامة وتعزيز دور أجهزة الرقابة والمساءلة وضمان الأمن الإجتماعي[3]، والجدول أدناه يوضح تطور مؤشر السيطرة على الفساد في الجزائر خلال الفترة (1996-2017) كالآتي :

[1] بوزيد سايح، سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية ، مجلة الباحث، العدد10، 2012، ص 60.

[2] منظمة الشفافية الدولية، المركز اللبناني لدراسات، بيروت، 2005، ص 23.

[3] عبدالرزاق مولاي لخضر، بوزيد السايح، فاعلية سياسات الحكم الراشد في الحد من الفساد بالجزائر، المجلة الجزائرية للتنمية الإقتصادية، العدد07، ديسمبر2017، ص280.

الجدول رقم (6.3): تطور مؤشر السيطرة على الفساد في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)

السنوات	مؤشر السيطرة على الفساد تقدير جودة الحكم (CC) (-2.5 إلى +2.5)	الترتيب المئوي بين دول العالم (0-100)
1996	-0.566	33.333
1997		
1998	-0.881	22.164
1999		
2000	-0.937	18.781
2001		
2002	-0.875	23.232
2003	-0.692	28.787
2004	-0.679	27.804
2005	-0.482	40
2006	-0.521	36.585
2007	-0.559	34.466
2008	-0.594	33.009
2009	-0.577	33.492
2010	-0.524	36.666
2011	-0.544	35.071
2012	-0.503	37.440
2013	-0.473	39.336
2014	-0.600	32.211
2015	-0.662	28.846
2016	-0.693	27.403
2017	-0.610	30.288

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

من خلال الجدول نلاحظ أن هذا المؤشر رغم أنه سجل قيمة متوسطة في سنة 1996 حيث تراوحت قيمته (0.56-)، ما يقابلها نسبة 33.33% من ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم، إلا أنه بعدها سجل قيما متدنية خلال السنوات (1998، 2000، 2002) حيث تراوحت قيمه (0.88-، 0.93-، -0.87)على التوالي، مسجل نسب ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم في هذه السنوات (22.16% ، 18.78%، 23.23 %)على الترتيب، وخلال سنة 2003 عرف تحسن ملحوظ حيث سجل قيمة-0.69)، حيث أصبح نسب ترتيب الجزائر مقارنة بدول العالم في هذه السنة 28.78% ، وخلال السنوات الأخرى بقيت قيمه محصورة في المستويات المتوسطة، ويعود ذلك إلى عزم الدولة على محاربة الفساد بكل أنواعه من خلال عدة إجراءات كالإتفاقية الإفريقية للوقاية ومكافحة الفساد عام 2003، وكذلك على اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد سنة 2004، والمصادقة على اتفاقية الاتحاد الإفريقي لمنع الفساد سنة 2006، بالإضافة إلى قانون العقوبات والقانون الخاص بالوظيفة العمومية، إنشاء المرصد الوطني لقمع الفساد والوقاية منه عام 2010، رغم كل هذه التشريعات لم يرقى هذا المؤشر إلى الوضع الجيد طوال الفترة (1996-2017) بسبب تفشي الفساد بين المسؤولين والموظفين العموميين في الدولة (التعامل بالرشاوي)، ويعود سبب ذلك إلى عدم الالتزام الكلي بتطبيق قوانين وتشريعات مكافحة الفساد.

المبحث الثاني: تطور المنظومة الصحية ومصادر تمويلها في الجزائر

شهدت الجزائر تطورا ملحوظا في المنظومة الصحية ومصادر تمويلها، وقد أولت الدولة أهمية قصوى لهذا القطاع الذي جعلته يحظى بالأولوية ويستفيد سنويا من نصيب معتبر من ميزانية الدولة، وعليه سيتم التطرق في هذا المبحث إلى جوانب التطور الذي مس المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل وتطورات، مرورا بعدة حقبات تاريخية حسب متطلبات وخصائص كل مرحلة تاريخية، بالإضافة إلى مصادر تمويلها عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية.

المطلب الأول: تطور مراحل المنظومة الصحية في الجزائر

مرت المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل كما يلي:

الفترة الأولى: من 1963 إلى 1973

تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- بعد الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 500 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن.
- تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180%، وأمل حياة لا يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المتنقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة.

ولمواجهة هذه الوضعية في ظل هذه الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض عدم المساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.
- مكافحة الأمراض وخاصة المعدية منها والتقليل من الوفاة عن طريق التطعيم.

المرحلة الثانية: 1974- 1989[1]

أهم ما ميز عن هذه المرحلة هو قرار مجانية العلاج للجميع، حيث لم يصبح هناك أي حاجز أمام الأفراد للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة، وأصبح منذ ديسمبر 1973 العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، وشمل الاسعافات الوقائية ونفقات الاقامة والتغذية في المستشفى...الخ، بالإضافة إلى التغيرات التي

[1] نصر الدين عيساوي، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد المالي، الشعبة: اقتصاد مالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الإخوة منتوري بقسنطينة، الجزائر، 2004-2005، ص 105.

مست نسب مساهمة مصادر التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا التغيرات طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة. وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

- الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية، المستشفيات المتخصصة والتي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.
- القطاع الشبه عمومي: هذا القطاع يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية ويستفيد من خدماته العمال وعائلتهم.
- القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا، واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص لأطباء عامين، أخصائيين، أطباء أسنان، صيادلة، ...الخ.

وقد سجل خلال هذه الفترة إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن. وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم(7.3): تطور المنشآت القاعدية والمستخدمين في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (1974-1989).

البيان / السنة	1974	1980	1985	1989
المستشفيات	143	183	211	275
مراكز صحية	558	662	969	1238
عيادات متعددة الخدمات	106	161	319	485
قاعات علاج	1402	1364	2454	---
عدد الأسرة في المستشفيات	43404	43028	49315	58605
دور الولادة	50	54	---	333
الأطباء العامون	2672	8512	13221	21467
أطباء الأسنان	494	1691	2750	6892
الصيادلة	542	1105	1359	1839

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:- حوصلة احصائية(1962-2011)، الديوان الوطني للإحصاء، ص ص111-114.

- أما على مستوى المؤشرات الصحية فنسجل تراجع لمعدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية ، كم ارتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 سنة عام 1987.

النظام الصحي: (1989-2000)[1]:

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة، واللاإستقرار في كل المجالات مما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فضلا عن إستفحال ظاهرة البطالة والمحسوبية وبروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال، ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق اصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية وعملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي:

- إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) في سنة 1993، وهذا من أجل المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق.
- إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)في سنة 1994، وهذا لضمان تمويل المؤسسات الصحية بالمنتجات الصيدلانية.
- إنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS) سنة 1995، وهذا لتطبيق السياسة الوطنية للدم.
- إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي (ANDS) في سنة 1995، والتي تتكفل بتطوير الإعلام والإتصال في المجال الصحي.
- إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل والمنتجات الصيدلانية (CNPM) في سنة 1998.
- إنشاء المركز الوطني للتسمم (CNT) سنة 1998، وهذا للتكفل بدراسة وتقويم كل ما يخص أخطار التسمم.
- إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي (INPEF) في سنة 1996، وذلك للتكفل بالتعليم والتكوين والبحث في المجال الشبه الطبي.

[1] خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر -3-، الجزائر، 2010-2011، ص 48.

رغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والإستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي.

وما يميز هذه المرحلة هو التراجع الذي عرفه عدد الهياكل القاعدية وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم(8.3): تطور المنشآت الصحية والمستخدمين في الجزائر للفترة (1990-2000).

البيان / السنة	1990	1993	1995	1997	2000
المستشفيات	245	267	251	223	268
مراكز صحية	1309	1131	1152	1110	1252
عيادات متعددة الخدمات	510	459	471	462	497
قاعات العلاج	3344	3958	4174	3601	3964
عدد الأسرة بالمستشفيات	60124	52802	54213	52968	54618
دور الولادة	475	486	489	389	430
الأطباء العامون	23550	25491	27317	28344	32332
أطباء الأسنان	7199	7885	8056	7966	8197
الصيادلة	2134	3189	3691	4022	4814

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: حوصلة احصائية(1962-2011)، الديوان الوطني للاحصاء، ص ص111-114.

المرحلة الرابعة 2000-2009

عرفت هذه الفترة استرجاع الأمن والاستقرار في الجزائر بعد العشرية الدامية التي أدت إلى إضعاف دور المؤسسات الصحية في حماية المواطن، ولغرض تدارك هذا الدور تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق[1]، عرفت المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر تطورا ملحوظا سواء فيما يخص

[1] بودية بشير، **إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة –بشار**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2015-2016، ص169.

الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها، ومن بين الإصلاحات التي قامت بها الدولة إضافة تسمية جديدة للوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 ألا وهي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات[1]، وما يميز هذه المرحلة كذلك هو تجسيد النظام التعاقدي للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي CNAS وCASNOS، أما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي)، كما شهدت إعادة تنظيم القطاعات الصحية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من لا مركزية، هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن[2]، تم الفصل بين المستشفيات العامة والعيادات متعددة الخدمات، علما أن القطاع الصحي في الخريطة الوطنية للصحة لسنة 1980 كان يشمل المستشفى العام والهياكل الصحية القاعدية من جهة، ومن جهة أخرى كان مركز قراره المستشفى العام. بعد إعادة هيكلة القطاع الصحي أصبح المستشفى العام المسمى المؤسسة العمومية (EPH)، مستقلا عن باقي الهياكل الصحية القاعدية التي أصبحت تلعب دور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، كذلك تم الفصل بين الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية، حيث يتميز التنظيم الجديد للهياكل الصحية القاعدية التي تنتمي إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتقريب الخدمة الصحية من المواطن، بفضل توفير الخدمات الصحية ذات الطلب الواسع، وكذا وسائل الكشف والتحاليل (الأشعة، مخبر تحاليل طبية، جراحة الأسنان) [3]، كما استفاد القطاع الصحي من غلاف مالي من سنة 2005 إلى 2009 بقيمة 244 مليار دج تم استثماره لإنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية[4]، وما يميز هذه المرحلة يوضحه الجدول التالي:

[1] دلال السويسي، **نظم المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة –**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2011-2012، ص ص 7-8.

[2] علي دحمان محمد، **تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، مدرسة الدكتوراه تخصص: تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة آبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010-2011، ص 37.

[3] عيساوي نصر الدين، براهمية ابراهيم، **نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية**، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد25، العدد2، جوان 2014، ص 366

[4] بودية بشير، مرجع سبق ذكره، ص 170.

الجدول رقم (9.3): تطور المنشآت القاعدية والمستخدمين في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (2001-2009).

	2001	2002	2004	2006	2008	2009
المستشفيات (المؤسسات الاستشفائية)	275	372	276	280	265	271
عيادات متعددة الخدمات	504	513	512	520	1419	1436
قاعات علاج	4100	4228	4545	4684	5077	5258
دور الولادة	442	403	429	476	419	427
الصيدليات	5800	6046	6911	7708	8477	8837
الأطباء العامون	33654	35368	37720	39459	47995	52071
أطباء الأسنان	8408	8618	8842	9648	10649	11135

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على:

- الديوان الوطني للاحصاء، حوصلة احصائية(1962-2011)، ص ص111-114.

المرحلة الخامسة 2009-2017

تتميز هذه المرحلة بمواصلة إصلاح النظام الصحي بالجزائر، إذ تمثل هذه الفترة امتدادا للمرحلة السابقة، ويمكن إيجاز بعض مميزاتها في مايلي:

في سنة 2010 تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد، وقد اتمت اللجنة اعمالها في الأجال المحددة أي جانفي 2011، وبالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في الوقاية والتعليم الشبه طبي ولجنة لوضع خارطة صحية للدولة، ولكن كل هذه اللجان تشكلت دون أن يتطلع عليها الرأي العام ودون أن تشارك فيها هيئات المجتمع المدني، وهو ما يعارض ديموقراطية مناقشة مشروع قانون الصحة على الرغم من توصيات المنظمات العالمية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، مما حال دون إتمام هذا المشروع[1]،

[1] جمعة الطيب، **إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم التجارية، شعبة تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016، ص 186.

وفي نهاية سنة 2013 تقدمت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بمشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر، وطرحته للإثراء والمناقشة بغرض إعداد المشروع النهائي للمرسوم التنفيذي المحدد لهذه الهيكلة الجديدة وكان من أهم محاور هذا المشروع تقديم مشروع إعادة تنظيم هياكل الصحة على المستوى المحلي ضمن مقاطعة صحية، بإضافة إلى صدور عدة مراسيم تنفيذية

- مرسوم تنفيذي رقم 319 -11 مؤرّخ في 9 شوّال عام 1432 الموافق 7 سبتمبر سنة 2011 - يحول مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد التكوين شبه الطبي.
- مرسوم تنفيذي رقم 93-13 مؤرّخ في 14 ربيع الثاني عام 1434 الموافق 25 فبراير سنة 2013 يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية لطب العيون ا لملحقة با لمرسوم التنفيذي رقم281-12 المؤرخ في 19 شعبان عام 1433 ا لموافق 9 يوليو سنة 2012 والمتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها.
- مرسوم تنفيذي رقم 165-13مؤرّخ في 4 جمادى الثانية عام 1434 ا لموافق 15 أبريل سنة 2013يعدل -ا لمرسوم التنفيذي رقم 293-94 المؤرخ في 19 ربيع الثاني عام 1415 ا لموافق 25 سبتمبر سنة 1994 والمتضمن إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات وتنظيمها وعملها . مرسوم تنفيذي يعدل توزيع نفقات ميزانية الدولة للتسير حسب كل قطاع.

وما يميز هذه المرحلة يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم(10.3): تطور المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين في في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (2010-2017).

	2010	2013	2014	2015	2016	2017
المستشفيات	276	282	287	300	300	307
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	271	271	271	271	273	273
عيادات متعددة الخدمات	1491	1615	1637	1659	1684	1695
قاعات علاج	5350	5634	5726	5792	5875	5957
دور الولادة العمومية	431	412	416	415	416	409
عمال السلك الطبي	76932	89556	93322	98551	100572	105438
عمال السلك الشبه الطبي	104301	123344	121803	123458	127365	127623

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على:

- الديوان الوطني للاحصاء، حوصلة احصائية(1962-2011)، ص ص111-114.

- الديوان الوطني للاحصاء: الجزائر في أرقام، أعداد مختلفة.

رغم مختلف التطورات والإنجازات الإيجابية التي حققتها المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2017، إلا أن هناك العديد من الصعوبات حالت دون تجسيد المنظومة الصحية، فالمشكل في الجزائر ليس مشكل موارد مالية أو إمكانات، وإنما هو مشكل تنظيمي وتسيري، التي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير التصرفات التسيرية في المنظومة الصحية حسب رأينا.

المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري

سنحاول في هذا المطلب تسليط الضوء على مصادر تمويل النظام الصحي حيث يرتكز النظام الصحي في الجزائر في تمويله على عدة مصادر تشمل مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي، والعائلات، وقد مر تمويل المنظومة الصحية بعدة مراحل يمكن إيجازها فيما يلي:

أولا: مصادر التمويل خلال الفترة مابين 1963-1973:

تميزت هذه المرحلة الصحية بصعوبة الوضع خاصة مع هجرة العديد من الإطارات من الأصل الأوروبي، التي كانت أساس النظام الصحي مقابل عجز في الإطارات الصحية الجزائرية، وهذا ما أدى إلى التعجيل

باتخاذ القرارات لا سيما تلك التي تتعلق بالصحة العمومية، لذلك كان للنظام الصحي المتبع آنذاك عدة انعكاسات على الصحة العمومية بصفة عامة، وعلى طرق تمويله بصفة خاصة، وقد عرف ثلاث مصادر أساسية للتمويل تمثلت في[1]:

أ/ المساهمة العمومية: وتشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث تقدر ب 60 % من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات المصدرة من طرف المصالح البلدية لكي يستفيدو من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي:

- 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة.
- 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر و7% لحساب البلديات).

ب/ مساهمة الضمان الاجتماعي: تخص مساهمة الضمان الاجتماعي التكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق، وتقدر بنسبة 30% من مجموع نفقات الصحة.

ج/ مساهمة بعض الفئات من المرضى: وتتأتى هذه المساهمة من طرف الأفراد ذوي المهن الحرة الغير خاضعين لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية، يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند مغادرة الهيكلة الصحية التي قدمت له العلاج، إلا أن هذه المشاركة تبقى ضعيفة مقارنة بالفئات السابقة، حيث مثلت 10%من إجمالي نفقات الصحة فقط.

وما ميز هذه الفترة عموما، عدم كفاية التمويل الصحي بما يتلائم مع تغطية النفقات الصحية، العجز المالي للهياكل الإستشفائية مما نتج عنه تراكم الديون، عجز في تحديد التكلفة الصحية نظرا للتذبذب في مصادر التمويل.

[1] عدمان مريزق ، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، مرجع سبق ذكره، ص 177.

ثانيا: مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 1974-1993

تميزت هذه المرحلة بإرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي وهذا ما أدى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني الذي أصبح يتشكل من[1]:

- قطاع عمومي للصحة يضم أساسا القطاعات الصحية إلى أن ظهرت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة والمراكز الإستشفائية الجامعية سنة 1986.
- قطاع خاص يشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان، الصيدليات، مخابر التحاليل والأشعة، عيادات ومراكز خاصة بتخصصات مختلفة.
- قطاع شبه عمومي يضم المراكز الطبية الاجتماعية المتخصصة في تقديم العلاج للعمال الأجراء وعائلاتهم، وقد تم دمجه إداريا إلى القطاعات الصحية سنة 1980، ثم التخلي عنه تماما في 1984.

استبدال آلية التمويل بالسعر اليومي بصيغة الميزانية العامة والمتمثلة في إعادة تخصيص نفس المبلغ كل عام لمؤسسة استشفائية، هذه الصيغة ألغت مسؤوليات المسيرين، بحيث يطلب منهم فقط إنفاق ميزانية موزعة بطريقة مفصلة بالعناوين الفصول والمواد، وهذا ما حول مسيري المستشفيات من مسيرين إلى مشرفين على الانفاق.

ثالثا: مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 1994 إلى 1999

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد، وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية:الطب العام بـ 50دج، الطب المتخصص بـ 100دج وذلك كمرحلة أولى، في مرحلة موالية يتوسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي، والقطاع الخاص، وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة

[1] بن عطية منيرة ، **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك**، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماجستير في علوم التسيير تخصص: إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص 47.

الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم[1].

رابعا: مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 2000إلى 2017

ما يميز هذه المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدي للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي CNAS و CASNOS، أما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي)[2].

المبحث الثالث: تحليل نفقات قطاع الصحة بالجزائر

سنحاول في المبحث إلقاء الضوء إلى النفقات المخصصة لقطاع الصحة في الجزائر الذي شهد ارتفاعا كبيرا في النفقات المخصصة له، حيث سنحاول في هذا الجزء التطرق إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية، بالإضافة إلى التطرق إلى النفقات العامة وهي نفقات التسيير والتجهيز لقطاع الصحة كمايلي:

المطلب الأول: تطور الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية

سنحاول في هذا المطلب التطرق إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية

الفرع الأول: نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي

يقيس لنا هذا المؤشر مقدار ما يتم تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية وذلك نسبة إلى الناتج المحلي أو الداخلي، والجدول رقم (11.3) يوضح نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر خلال الفترة الممتدة (1996-2017).

---

[1] جمعة الطيب، **مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية دراسة حالة المستشفى الجامعي –باتنة–**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2008-2009، ص 102.

[2] علي دحمان محمد، **تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، مدرسة الدكتوراه تخصص: تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة آبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010-2011، ص37.

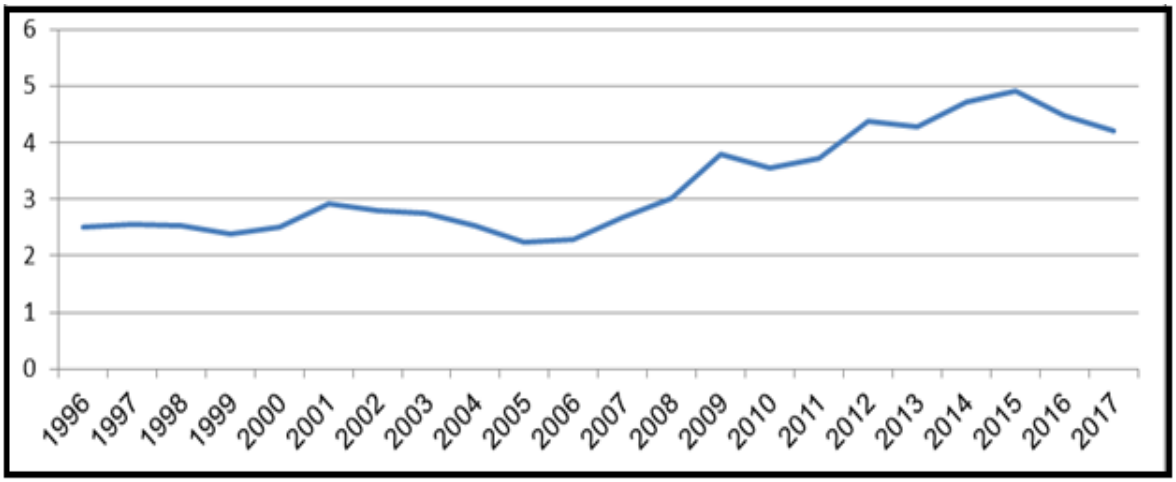
الجدول رقم (11.3): تطور نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)

السنوات	نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي	السنوات	نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي
1996	2.502	2007	2.666
1997	2.553	2008	3.025
1998	2.527	2009	3.800
1999	2.383	2010	3.555
2000	2.510	2011	3.720
2001	2.925	2012	4.376
2002	2.807	2013	4.288
2003	2.761	2014	4.714
2004	2.528	2015	4.916
2005	2.241	2016	4.469
2006	2.296	2017	4.204

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

باعتماد على الجدول رقم (11.3) نحصل على الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (1.3): تطور نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (11.3)

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (11.3) والشكل المرافق له الذي يغطي الفترة بداية من 1996 إلى غاية سنة 2017 أن وتيرة الارتفاع في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي كانت تسير بوتيرة عادية فنلاحظ أن هناك ارتفاع طفيف في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي من سنة 1996 إلى سنة 1997 فقد ارتفع من 2.50% إلى 2.55%، قبل أن تأخذ في التراجع في سنة 1998 التي سجلت 2.52% ، بسبب انخفاض سعر النفط في الأسواق العالمية، لكنه ارتفع مجددا حيث نلاحظ أن هناك ارتفاع طفيف في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي من سنة 2000 إلى سنة 2003 بين كل سنة والسنة التي تليها، ليليه بعد ذلك انخفاض بنسب ضعيفة من سنة 2003 إلى سنة 2006، ثم بعد ذلك وابتداءا من سنة 2007 إلى غاية سنة 2015 نلاحظ ارتفاع وبقيم معتبرة في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي بين كل سنة والسنة التي تليها، وتعود هذه التحسينات إلى العوائد النفطية التي استفادت منها الجزائر مداخيل المحروقات (ارتفاع أسعار النفط) التي تعتبر المصدر الاساسي لمداخيل الاقتصاد الوطني.

الفرع الثاني: نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي

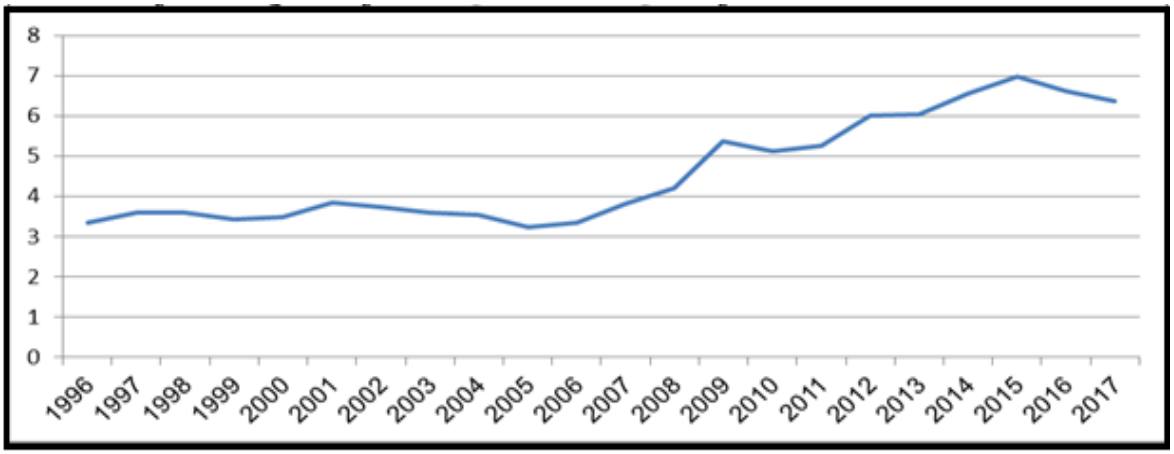
الجدول رقم (12.3): تطور نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)

السنوات	نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي	السنوات	نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي
1996	3.349	2007	3.821
1997	3.594	2008	4.201
1998	3.594	2009	5.359
1999	3.433	2010	5.117
2000	3.489	2011	5.267
2001	3.837	2012	6
2002	3.730	2013	6.035
2003	3.601	2014	6.547
2004	3.544	2015	6.978
2005	3.235	2016	6.603
2006	3.355	2017	6.374

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

باعتماد على الجدول رقم (12.3) نحصل على الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (2.3): تطور نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي في الجزائر للفترة (1996-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (12.3)

تبين معطيات الجدول رقم (12.3) والشكل المرافق له الذي خلال الفترة 1996 إلى سنة 2017 أن هناك استقرار نسبي في الإنفاق الإجمالي من سنة 2000إلى غاية سنة 2007 حيث كانت نسبة الإنفاق تتراوح من 3.489 إلى 3.821 ليرتفع بعد ذلك سنة 2008 من نسبة 4.202 إلى 7.057 سنة 2015 وهذا الارتفاع راجع بالدرجة الأولى إلى الارتفاع المستمر لعدد السكان، وكذلك منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية، ارتفاع القدرة الشرائية للطبقة التشغيلية ارتفاع طلبها على الخدمات الصحية.

النفقات الصحية للفرد: يعني ما يتم انفاقه على صحة الفرد الواحد خلال فترة زمنية معية، ولتوضيح هذا النوع من النفقات نقوم بعرض الجداول التالية:

الفرع الأول: قيمة النفقات الصحية للفرد

الجدول رقم (13.3) يوضح تطور قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي في الجزائر للفترة (2000-2017).

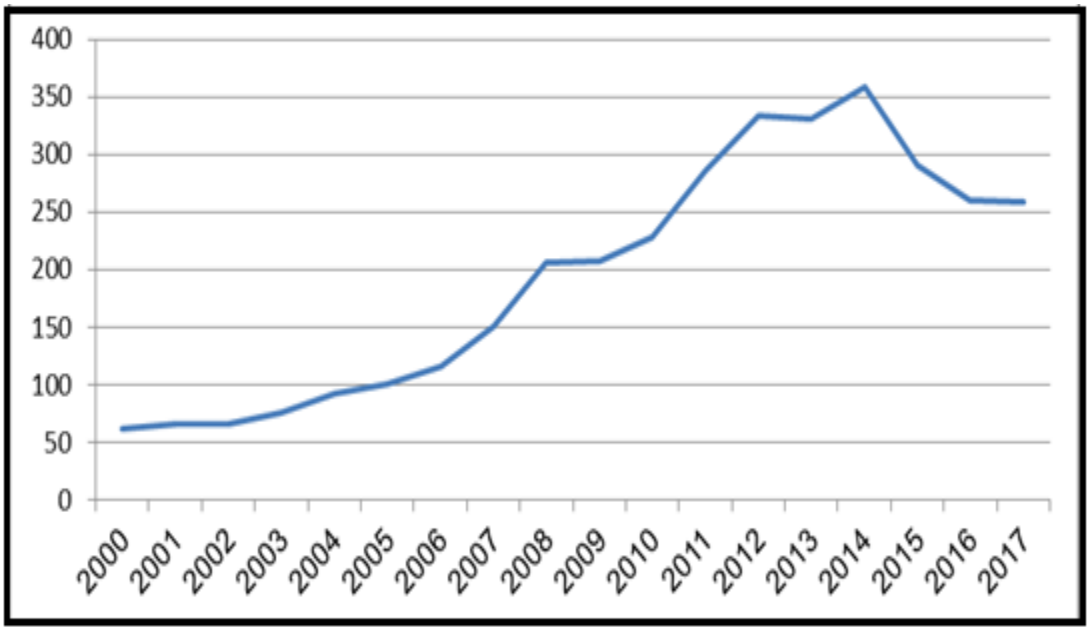
الجدول رقم (13.3): تطور قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي في الجزائر للفترة (2000-2017)

السنوات	قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي	السنوات	قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي
2000	61.302	2009	207.346
2001	66.504	2010	228.399
2002	66.172	2011	286.152
2003	75.417	2012	333.936
2004	92.115	2013	330.223
2005	100.294	2014	357.898
2006	116.241	2015	290.503
2007	150.379	2016	260.422
2008	206.113	2017	258.494

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

باعتماد على الجدول رقم (13.3) نحصل على الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (3.3): تطور قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي في الجزائر للفترة (2000-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (13.3)

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (13.3) والشكل المرافق له الذي يغطي الفترة بداية من 2000 إلى غاية سنة 2017 أن قيمة النفقات الشخصية تتزايد بقيم تقل عن 17 دولار بين السنة والسنة التي تليها وهذا في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2006، أما في الفترة الممتدة من 2007 إلى 2014 فإن النفقات الصحية تتزايد بمعدلات مرتفعة تتجاوز 50 دولار في معظم الحالات بين السنة والسنة التي تليها، أما سنة 2015 فقد إنخفض بقيمة تتجاوز 50 دولار، وفي سنة 2016 إنخفض بقيمة تتجاوز 90دولار، وفي سنة 2017 إنخفض بقيمة تتجاوز 93دولار.

الفرع الثاني: نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام

الجدول رقم (14.3) يوضح نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام في الجزائر خلال الفترة الممتدة (2000-2017).

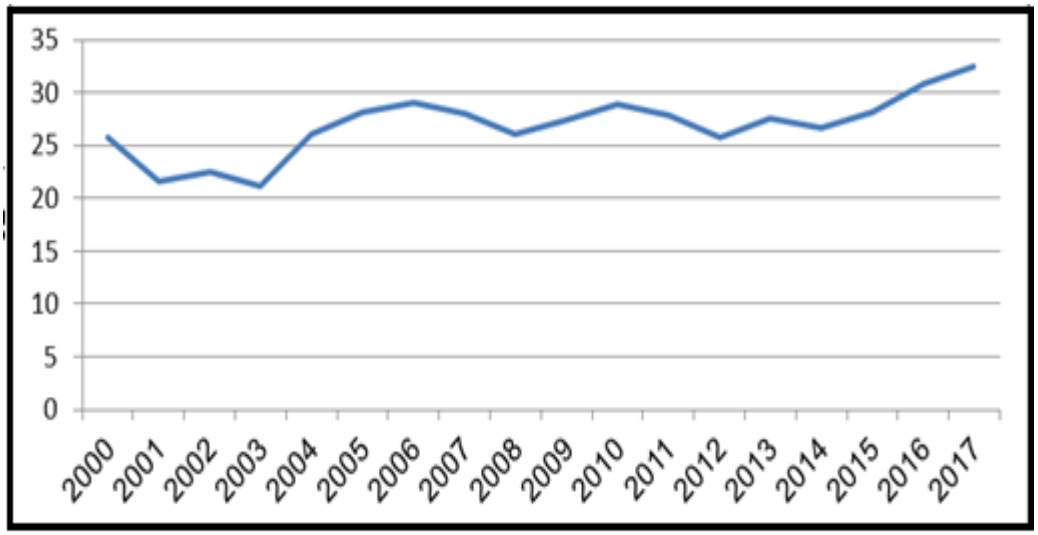
الجدول رقم (14.3): تطور نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام في الجزائر للفترة (2000-2017)

السنوات	نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام	السنوات	نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام
2000	25.794	2009	27.449
2001	21.668	2010	28.882
2002	22.524	2011	27.873
2003	21.148	2012	25.715
2004	26.094	2013	27.561
2005	28.093	2014	26.658
2006	29.121	2015	28.208
2007	28.088	2016	30.882
2008	26.146	2017	32.548

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

باعتماد على الجدول رقم (14.3) نحصل على الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (4.3): تطور نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام في الجزائر للفترة (2000-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (14.3)

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (14.3) والشكل المرافق له الذي يغطي الفترة بداية من 2000 إلى غاية سنة 2017 أن نسبة الإنفاق الشخصي الصحي من نسبة الإنفاق الصحي الإجمالي في فترة الدراسة تتزايد أو تتناقص بين السنة والسنة التي تليها بنسب بسيطة حيث تراوحت طيلة الفترة (2000-2017) من 21 إلى 32 بالمئة.

الفرع الثالث: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة

يقيس لنا هذا المؤشر مقدار ما يحصل عليه الفرد من الرعاية الصحية مقوما بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي ويعبر عن درجة اهتمام الدول بالعنصر البشري وبحالته الصحية كما يعكس أيضا نسبة كبيرة من درجة الرفاة الاقتصادي، والجدول رقم (15.3) يوضح نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة (2000-2017)

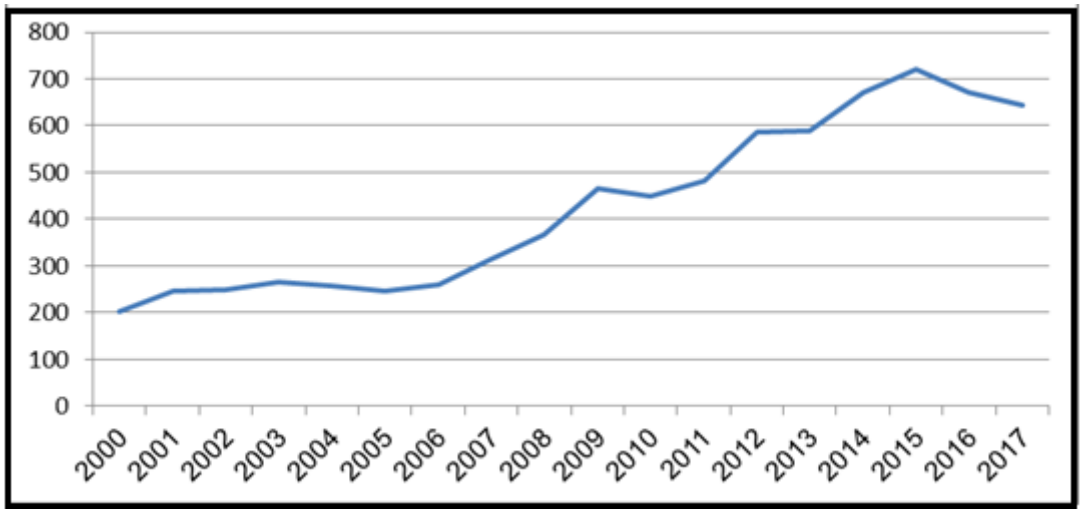
الجدول رقم (15.3): تطور نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر للفترة (2000-2017)

السنوات	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة	السنوات	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة
2000	203.165	2009	465.095
2001	246.172	2010	448.253
2002	250.175	2011	483.261
2003	265.651	2012	587.032
2004	257.287	2013	589.421
2005	245.894	2014	671.714
2006	260.251	2015	720.721
2007	315.781	2016	671.813
2008	367.840	2017	642.931

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي

باعتماد على الجدول رقم (15.3) نحصل على الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (5.3): تطور نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر للفترة (2000-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (15.3)

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (15.3) والشكل المرافق له الذي يغطي الفترة بداية من 2000 إلى غاية سنة 2017 أن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجزائر تحسن من سنة لأخرى حيث ارتفع إلى 642.931 دولار للفرد سنة 2017 بعدما كان 203.165 دولار سنة 2000، ويعود هذا التحسن الملحوظ إلى البرامج التي خصصتها الدولة للقطاع الصحي وهذا ما يؤكد اهتمام الدولة بقطاع الصحة، كما

يمكن تسجيل متوسط سنوي قدره417.61، وأعلى مستوى كان سنة 2015قدره 720.721 وأدنى مستوى سنة 2000 قدره 203.165، وفيما يخص التغير المسجل بين السنة الأولى والأخيرة فهو216%.

المطلب الثاني: تطور نفقات التسيير الخاص بقطاع الصحة

عرف قطاع الصحة إهتماما كبيرا من طرف الجهات الحكومية ويتجسد هذا الاهتمام من خلال المبالغ المالية التي تخصص من أجله، التي تحرر كل سنة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة المالية وفق ضوابط، والجدول التالي يبين لنا تطور ميزانية التسيير من سنة 1996 إلى غاية 2017.

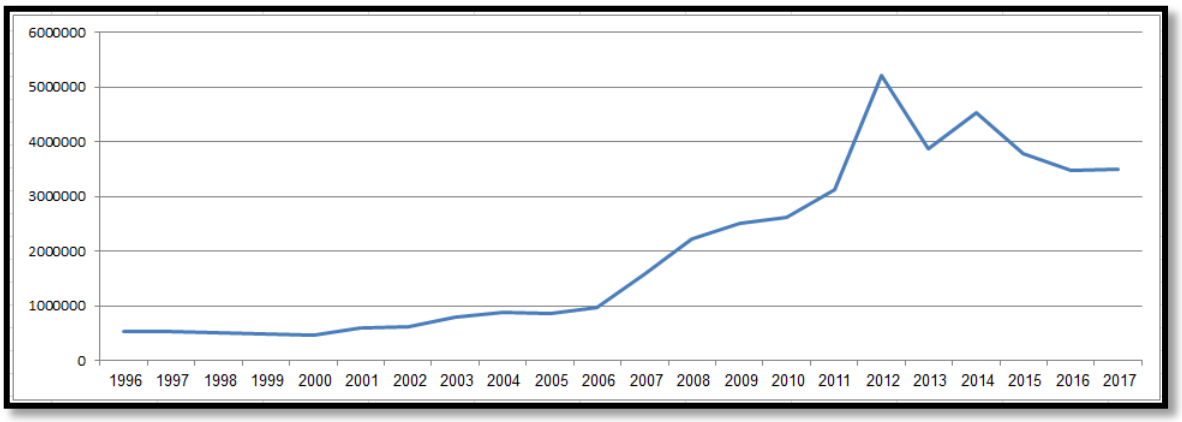
الجدول رقم (16.3): تطور نفقات التسيير في الجزائر للفترة (1996-2017) الوحدة: $100

السنوات	نفقات التسيير لقطاع الصحة	نفقات التسيير لميزانية الدولة	نفقات تسيير الصحة نسبة لنفقات تسيير الدولة
1996	529583.3952	9991062.231	5.30
1997	539030.3142	11518760.35	4.68
1998	514519.9005	12944077.86	3.96
1999	474990.903	12282486.41	3.87
2000	466967.8885	11029592.05	4.22
2001	592470.4093	12287246.57	4.81
2002	616414.8571	13219641.69	4.65
2003	784698.464	14751421.52	5.32
2004	884955.2703	16652639.13	5.3
2005	863611.4924	17130680.14	5.03
2006	968211.3115	19815772.42	4.89
2007	1591283.575	23851075.51	6.66
2008	2229179.1	36591603.28	6.08
2009	2502578.032	36632515.95	6.82
2010	2621620.758	46325929.54	5.66
2011	3124021.847	58833365.93	5.31
2012	5222677.493	59433714.1	8.79
2013	3867101.29	54626456.93	7.08
2014	4541464.616	58507196.55	7.75
2015	3793491.158	49381345.85	7.67
2016	3466709.044	43925413.88	7.88
2017	3506021.181	41378004.3	8.46

المصدر: الجرائد الرسمية مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من سنة 1996 إلى غاية سنة 2017.

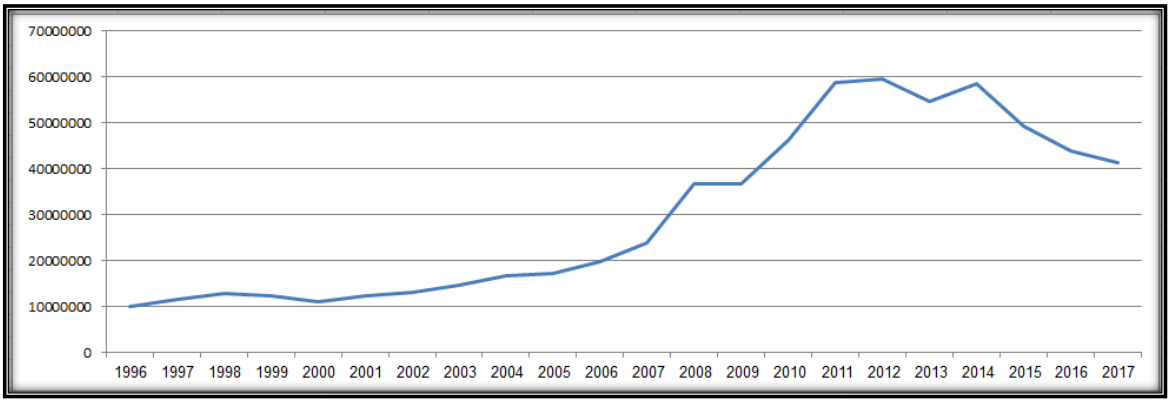
باعتماد على الجدول رقم (16.3) نحصل على الأشكال البيانية التالية:

الشكل رقم (6.3): تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر للفترة (1996-2017)



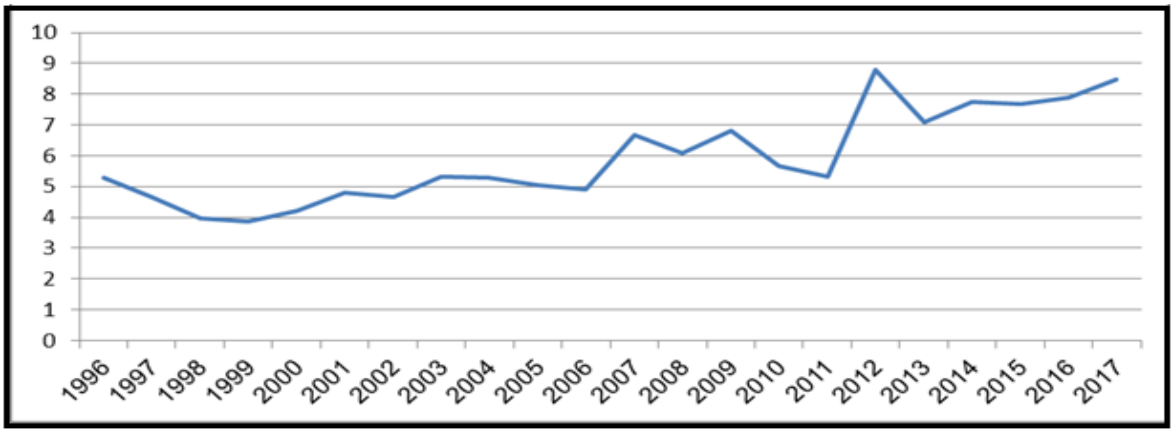
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (16.3)

الشكل رقم (7.3):تطور نفقات التسيير لميزانية الدولة في الجزائر للفترة (1996-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (16.3)

الشكل رقم (8.3): تطور نفقات تسيير الصحة نسبة لنفقات تسيير الدولة في الجزائر للفترة (1996-2017)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول (16.3)

من خلال الجدول رقم (16.3) والأشكال المرافقة له التي تغطي الفترة بداية من 1996 إلى غاية سنة 2017 نلاحظ أن هناك تطور مستمر فيما يخص نفقات تسيير القطاع الصحي فبعدما كانت قيمة النفقات المخصصة للتسيير لسنة 1996 لا تتعدى 529583.3952 مليار دولار أصبحت 474990.903 مليار دولار في نهاية التسعينات أي بمعدل نمو قدره 9.05% ، وواصلت هذه الاعتمادات المخصصة لنفقات تسيير القطاع الصحي في الارتفاع لتصل إلى 863611.4924 مليار دولار سنة 2005 بمعدل نمو قدره 80.07 % بين سنتي 2000 و2005، وقد قفز هذا المعدل إلى 187.28 % بين سنتي 2005 و2009، كما بلغ بين سنتي 2010 و2017 بمعدل نمو قدره 99.50%.، في حين بلغت أعلى قيمة لها سنة 2012 حيث رصد لها ما يقارب 5222677.493 مليار دولار، ويعود هذا التزايد إلى ارتفاع مداخيل الجزائر خاصة في الفترة التي كانت فيها أسعار النفط مرتفعة.

مما يتضح أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يؤكد ذلك هو حجم النفقات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد مستمر من سنة لأخرى.

المطلب الثالث: تطور نفقات التجهيز الخاص بقطاع الصحة

بالرغم من الجهود والمساعي المبذولة من قبل الحكومة للنهوض بقطاع الصحة، والمجسدة في مختلف المخططات والبرامج الاستعجالية التي بادرت بها بداية من المخطط الثلاثي (1967-1969)، والذي خصص له مبلغ 772 مليون دينار جزائري لقطاع الصحة وصولا إلى المخطط الخماسي الأول (1980-1984)، والذي خص بمبلغ 13.6 مليار دينار جزائري لهذا القطاع. إلا أنه هناك بعض النقائص، وجب على الدولة تجاوزها وذلك من خلال انتهاجها لخطة جديدة تتضمن مجموعة من البرامج موزعة على ثلاثة مراحل أساسية وهي:

1-1. البرامج المخصصة للقطاع الصحي من سنة 2001 إلى 2004: وقد تزامنت هذه الفترة مع تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي، والذي استفاد منه قطاع الصحة كغيره من بعض القطاعات الأخرى بحصة كبيرة من مخصصاته المالية قدرت بـ14.7 مليار دج. وقد ساهم التطبيق الفعلي لهذه البرامج من تدعيم القطاع الصحي بـ 545 منشأة صحية من أصل 16063 مشروع موزع على أربع سنوات، أي بمعدل 136 مشروع لكل سنة.

1-2. البرامج المخصصة للقطاع الصحي من 2005 إلى سنة 2009: في إطار مواصلة الجهود التنموية، بادرت الحكومة بانتهاج مخطط تنموي آخر يدعى بمخطط دعم النمو الاقتصادي، والذي غطى الفترة من سنة 2005 إلى سنة 2009، وباعتبار أن قطاع الصحة يعد من القطاعات الهامة والاستراتيجية، فقد حظي

بحصة معتبرة من مخصصات هذا البرنامج، قدرت بـ 85 مليار دينار جزائري أي بنسبة 4% من الحصة الإجمالية لهذا البرنامج.

وقطاع الصحة بدوره قد استغل هذه الاعتمادات المالية الكبيرة، في تنمية القطاع في مناطق الجنوب والهضاب العليا، ويظهر ذلك من خلال توجيه استمارات وأغلفة مالية هامة قدرت بـ 6 مليار دينار جزائري وجهت لتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب و10.56 مليار دج لمنطقة الهضاب العليا ودلك في سنة 2007. أما في سنة 2009، فقد تم منح مبلغ 5.8 مليار دينار جزائري لمنطقة الجنوب ومبلغ 7.88 مليار دينار بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا[1].

1-3. البرامج المخصصة للقطاع الصحي من سنة 2010 إلى سنة 2014: استكمالا لمسار التنمية قامت الجزائر بتطبيق البرنامج الخماسي للتنمية (2010-2014)، والذي رصد له غلاف مالي قدر بـ 286 مليار دولار، وقدرت حصة قطاع الصحة منه بـ 619 مليار دينار توزع على مدار خمس سنوات وذلك بهدف التكفل بإنشاء[2]:

- 172 مستشفى؛
- 45 مركزا صحيا متخصصا؛
- 337 عيادة متعددة الخدمات؛
- 1000 قاعة للعلاج؛
- 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي.

إذن وبالنظر للمخصصات المالية الموجهة لهذا القطاع سواءً للجانب التسييري أو للجانب التجهيزي، حتى وإن كانت دون المستوى المطلوب إلا أنها كافية على الأقل لضمان السير الحسن له، وبالتالي فالمشكلة الأساسية والجوهرية التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر لا يتعلق بالجانب المالي، بل هي أعمق من ذلك وتمس أساسا الجانب التنظيمي والتسييري والذي يتميز بعدم الكفاءة، وهذا ما يفسر عدم رضا المواطن على مستوى الخدمات الصحية المقدمة له.

خلاصة الفصل

[1] بوسالم فاطمة، نضال يدروج، **إنتاجية الإنفاق العام على الصحة في الجزائر بين الواقع والتحديات**، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر-الواقع والآفاق-، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015، ص 09.

[2] البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء والخاص ببرنامج الخماسي للتنمية برئاسة رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة، الجزائر في 24 ماي 2010، ص:02.

لقد تم التعرض في هذا الفصل إلى دراسة تحليلية وصفية لمؤشرات الحكم الراشد والإنفاق على الصحة في الجزائر، حيث تم التطرق أولا إلى واقع الحكم الراشد في الجزائر مستعينين بمؤشرات الستة للحكم الراشد التي تصدر كل سنة عن البنك الدولي لتقييم مدى تقدم البلد نحو ترسيخ مبادئ الحكم الراشد، ورغم الجهوذ التي بذلتها الجزائر من أجل إرساء مبادئ وأسس الحكم الراشد وتعزيز الديمقراطية في البلد حيث عمدت إلى إطلاق عدة برامج إصلاحية كخطوة لتحقيق الحكم الراشد وتفعيل آليات الشفافية والنزاهة والمساءلة، إلا أن القيم السلبية لجميع المؤشرات خلال سنوات الفترة الممتدة من عام 1996 إلى عام 2017 بينت تدهور هذه المؤشرات، وكان ذلك راجع في أساس لعدة أسباب أهمها تفشي مظاهر البيروقراطية ، الرشوة، الفساد، سوء التسيير، وإختلاس المال العام، أما بالنسبة المنظومة الصحية في الجزائر نستخلص أنها قطعت أشواطا كبيرة في تطورها عبر مراحل زمنية مختلفة، فمباشرة بعد الاستقلال عرفت الجزائر مرحلة صعبة عقب الاستقلال، فعملت الدولة على التخفيف من الأوضاع المتدهورة آنذاك، وصولا إلى إقرار العلاج المجاني في منتصف السبعينات، ومنذ بداية الثمانينات شهدت تقدما ملحوظا ومستمرا في المنظومة الصحية الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، حيث تحسنت بعض المؤشرات الصحية حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، إلى جانب العمل بعد ذلك على تكثيف المنشآت الصحية ومواصلة مسار الإصلاحات المتعلقة بقطاع الصحة. لكنها سرعان ما تداركت الوضع بإصدار مشروع إصلاح الهياكل الصحية، لتقديم الخدمات بالمستوى الذي يتطلع له المواطنون، وإتاحة الموارد اللازمة للقطاع، وبهذا شهد القطاع نقلة نوعية في سبيل الارتقاء بالخدمات التي يقدمها.

ودرسنا مصادر تمويل المنظومة الصحية التي إختلفت نسب مساهمتها في تمويل النفقات الصحية حسب السياسة المنتهجة من طرف الدولة عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية، ولقد تطرقنا في المبحث الأخير من هذا الفصل إلى دراسة تحليلية إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية في الجزائر من خلال تحليل الجداول والرسومات المستخرجة من برنامج Excel، وأخيرا عرضنا تطور نفقات التسيير ونفقات التجهيز لقطاع الصحة في الجزائر.

الفصل الرابع

تمهيد:

بعد أن قمنا بدراسة نظرية تحليلية حول الحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي في الفصول السابقة، سنحاول في هذا الفصل إعطاء صورة قياسية لواقع قياس تأثير مؤشرات الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر، وذلك بالاعتماد على ما تمليه علينا نظرية الاقتصاد القياسي من معايير عندما يتعلق الأمر ببناء النماذج الاقتصادية، وحتى يكون النموذج مقبول من الناحية الإحصائية والقياسية والاقتصادية لابد من تتبع مراحل البحث وفق منهجية الاقتصاد القياسي، وللإلمام بهذه الجوانب سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجابة عن الإشكال الأساسي لهذه الدراسة معتمدين في ذلك على البرنامج الإحصائي (EVIEWS10)، حيث قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث على النحو التالي:

المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة

المبحث الثاني: دراسة ارتباطية بين الانفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات الحكم الراشد

المبحث الثالث: صياغة وتقدير النموذج

المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة

بالنسبة لموضوع الدراسة فكان من الصعب إيجاد دراسات صيغت بنفس العنوان إلا أن هناك العديد من الدراسات التي تطرقت وبشكل واسع إلى متغيرات الدراسة، وعليه سنحاول في هذا المبحث بعرض موجز لأهم الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة.

المطلب الأول: الدراسات السابقة المحلية

1. دراسة بن جلول خالد وفلفول عبدالقادر، الموسومة بـ " دراسة قياسية لأثر الإنفاق الصحي على الوضع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1990-2016، هدفت هذه الدراسة إلى اختبار مدى وجود علاقة بين حجم النفقات على الصحة والنتائج الصحية الأفضل في الجزائر وذلك خلال الفترة 1990-2016،[1] ولتحقيق هذا الهدف تم صياغة نموذج قياسي يحتوي على أربعة متغيرات وهي مؤشر الأمل في الحياة كمتغير تابع يعبر عن واقع الصحة في الجزائر بالإضافة إلى حجم الإنفاق على الصحة والذي قسم إلى ثلاثة أنواع الانفاق الحكومي والانفاق الفردي ونفقات الضمان الاجتماعي، ولقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية طردية بين حجم الانفاق والوضع الصحي في الجزائر، وكان أهم متغير يؤثر على الوضع الصحي هو حجم الانفاق الحكومي والذي يعتبر من أهم ممول لنفقات على قطاع الصحة ولكن هذا الأمر قد يسبب مشكل للدول من حيث زيادة الأعباء المالية وخاصة في ظل الأزمات انخفاض أسعار المحروقات ومن هذا الأساس فقد أوصت الدراسة بضرورة ايجاد بديل الملائم للتمويل نفقات الصحة وأن يكون انفاق الحكومي مقتصرا على الطبقات الضعيفة والمرحومة وأن يكون تمويلا موجها لا معمما.
2. دراسة بن ديش نعيمة وزرواط فاطمة الزهراء، الموسومة بـ " الحكم الراشد والاستثمار الأجنبي المباشر في منطقة المينا –دراسة قياسية للفترة (1996-2014)-،[2] هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور الحكم الراشد في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر، وذلك بالاعتماد على منهج بيانات السلاسل الزمنية المقطعية (Data Panal) لـ 16 دولة من منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (المينا) خلال الفترة 1996-2014، وقد تمثل المتغير التابع في الاستثمار الأجنبي المباشر أما المتغيرات المستقلة فتمثلت في

[1] بن جلول خالد، فلفول عبد القادر، **دراسة قياسية لأثر الانفاق الصحي على الوضع الصحي في الجزائر**، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل 10و11 أفريل2018، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8ماي1945 "قالمة"، الجزائر، ص ص 1-32.

[2] بن ديش نعيمة، زرواط فاطمة الزهراء، **الحكم الراشد والاستثمار الأجنبي المباشر في منطقة المينا دراسة قياسية للفترة (1996-2014)**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد02، العدد09، ص ص 124-140

مؤشرات الحوكمة الستة الصادرة عن البنك الدولي وهي الاستقرار السياسي، الصوت والمساءلة، مكافحة الفساد، سيادة القانون، فعالية الحكومة، ونوعية الأطر التنظيمية، وقد أظهرت النتائج أن معظم مؤشرات الحكم الراشد هي ذات دلالة إحصائية حيث أن هناك علاقة ارتباط إيجابية بين كل من مؤشر الاستقرار السياسي، سيادة القانون، وفعالية الحكومة وتدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر إلى هذه المنطقة، في حين أن هناك علاقة ارتباط سلبية بين مؤشر نوعية الأطر التنظيمية وتدفقات هذا الاستثمار، أما بالنسبة لكل من مؤشر الصوت والمساءلة ومؤشر مكافحة الفساد فقد أظهرت النتائج عدم وجود أي علاقة بينهما وبين تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر إلى دول العينة.

3. دراسة عجيلة محمد وآخرون، الموسومة بـ " الحكم الراشد في الجزائر ما بين معضلة الفساد وحتمية التنمية المستدامة –قراءة قياسية تحليلية للفترة (2005-2017)،[1] هدفت هذه الدراسة إلى إبراز دور الحكم الراشد في تعزيز التنمية المستدامة بالجزائر من خلال البحث في آليات ترشيد الإنفاق الحكومي البيئي ومكافحة الفساد الإداري، هذا الأخير يعد الهاجس الأول أمام كفاءة القطاع العام بمجالاته المختلفة السياسية، الإجتماعية، الإقتصادية والبيئية، وفي هذا السياق يعتبر الحكم الراشد نموذج الإدارة العمومية الحديث الذي يسمح بالإستغلال الأمثل للموارد العمومية والإنفاق السليم لها ضمن سياسات الإصلاح الإقتصادي والإداري، ومن هنا ركزت الدراسة على إختبار العلاقات الإرتباطية بين دور الحكم الراشد في علاج الفساد ودوره في تحقيق التنمية المستدامة، أين توصلت الدراسة إلى: (1) وجود علاقة سببية طويلة الأجل بين الفساد ومؤشرين للحكم الراشد: فعالية الحكومة، حماية الحقوق، (2) وجود علاقة إرتباطية قصيرة وطويلة الأجل بين الحكم الراشد والتنمية المستدامة، وخلصت الدراسة إلى أن الحكم الراشد أحد أهم آليات تحقيق التنمية المستدامة ومكافحة التبذير وتضخم الإنفاق البيئي في الجزائر.

4. دراسة رشيد أزمور وعلي دحمان محمد، الموسومة بـ " تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية –دراسة تحليلية قياسية–،[2] هدفت هذه الورقة البحثية إلى توضيح انعكاس الإنفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخير، وذلك من خلال اختبار أثر الإنفاق العام في الصحة على المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985-2013)، وقد توصلت الدراسة

[1] عجيلة محمد، سعيداني محمد السعيد، احمد بكاي، **الحكم الراشد في الجزائر ما بين معضلة الفساد وحتمية التنمية المستدامة – قراءة قياسية تحليلية للفترة (2005–2017)**، مجلة البحوث والدراسات التجارية، العدد الرابع –سبتمبر 2018، ص ص 328-349.

[2] أزمور رشيد، علي دحمان محمد، **تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية –دراسة تحليلية قياسية–**، مجلة التنمية والإستشراف للبحوث والدراسات، المجلد03، العدد01، 2018، ص ص119-146.

إلى أن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة المتحصل عليها باستخدام مؤشرات الخدمات الصحية وكذا مؤشرات توقع الحياة والوفيات لا تعكس المبالغ الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، حيث وأنه وبالرغم من التحسن المسجل من سنة لأخرى إلا أن ذلك يبقى بعيدا عما تسجله دولا أخرى تعيش نفس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وهذا راجع إلى تركيز هذه الأغلفة المالية على عدد الهياكل الصحية على حساب جانب الجودة في الخدمات الصحية.

5. دراسة بوقناديل محمد وزغودي أحمد، الموسومة بـ " أثر النفقات الاجتماعية الصحية على ترقية الرفاهية الصحية للطفولة في الجزائر –دراسة قياسية للفترة (1985-2014)-،[1] هدفت 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 وبعض المؤشرات الصحية لرفاهية الطفل باستخدام اختبارات الاستقرارية ونموذج التكامل المشترك، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الإنفاق العام الاجتماعي على الصحة والتعليم يؤثران على المدى الطويل في الرفاهية الصحية للطفولة، بحيث يؤثر الإنفاق العام الصحي تأثيرا إيجابيا مفسرا إحصائيا على الرفاهية الصحية للطفولة.

6. دراسة بومعراف الياس، والمعنونة بـ "المحددات الرئيسية للإنفاق الصحي في الجزائر وأليات التحكم فيه "،[2] هدفت هذه الدراسة على أهم المحددات التي تتحكم وتؤثر في نمو النفقات الصحية في الجزائر للفترة (2000-2010) باستخدام أسلوب الانحدار المتعدد، وعلى الرغم من تعدد المتغيرات التي تحكم النفقات الصحية الوطنية، إلا أن نتائج هذه الدراسة أظهرت أن المتغيرات الديموغرافية والممثلة في عدد السكان تحديدا والتنمية البشرية هي المحددات الموضوعية الأكثر معنوية في نمو النفقات الصحية للفترة الممتدة بين سنة 2000 وسنة 2010، إلا أنهما ليسا المحددين الحاسمين في نمو النفقات الصحية الوطنية، فهناك محددات أخرى غير موضوعية تتحكم في نمو النفقات الصحية الوطنية لعل من أهمها انعدام ميكانيزمات الرقابة على الإنفاق العام وسوء كفاءة النظام الصحي الوطني (العلاقة بين المدخلات والمخرجات).

---

[1] بوقناديل محمد، زغودي أحمد، **أثر النفقات الاجتماعية الصحية على ترقية الرفاهية الصحية للطفولة في الجزائر –دراسة قياسية للفترة (1985-2014)–**، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي –جامعة المسيلة–، العدد02، سبتمبر2017، ص ص 79-97.

[2] بومعراف الياس، **المحددات الرئيسية للإنفاق الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه دراسة تطبيقية**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير-جامعة سطيف1، الجزائر، العدد16، 2016، ص ص 278-292.

7. دراسة بومعراف الياس وصاولي مراد، والموسومة بـ " اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (*MENA*)،[1] بحثت هذه الدراسة عن تقدير العلاقة بين النفقات الصحية ومحدداتها ل 18 دولة من منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا للفترة (1995-2014) باستخدام أسلوب تحليل ***(Panel)***، ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الدخل الفردي، النفقات الصحية العمومية، الفئة العمرية لأكثر من 65 سنة والحصول على صرف صحي محسن تؤثر بشكل كبير في نمو نصيب الفرد من النفقات الصحية للمنطقة، كما بينت الدراسة أن مرونة الدخل الفردي بالنسبة للنفقات الصحية الفردية هي أكبر من الواحد، مما يجعل من قضية الرعاية الصحية في معظم دول المنطقة ترفا، وهذا ما يجعل أيضا أن القطاع الصحي لدول المنطقة له أولوية ضمن الأهداف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمنطقة.

8. دراسة مختار حميدة، مصطفى جاب الله، والمعنونة بـ " محددات الانفاق الصحي في الجزائر"-دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود-،[2] بحثت هذه الدراسة عن المصدر الأكثر فاعلية في الانفاق الصحي في الجزائر للفترة (1990-2015)، وباستعمال الدراسة القياسية نماذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع *ARDL* واختبار الحدود من أجل مدى وجود الارتباط بين الانفاق الصحي ومصادره، إلا أن نتائج الدراسة أظهرت وجود أثر موجب ومعنوي لكل من الانفاق الصحي المعوض من صناديق الضمان الاجتماعي (*CAS*)، والانفاق الصحي المدفوع من الحكومة (*GOV*) في الأجلين القصيرين والطويل وهذا نظرا لاحتكار الحكومة الدائم لمثل هذا الانفاق، أما الانفاق الصحي الصادر من العائلات (*MEN*) فكان أثرها موجبا ومعنويا فقط في الأمد الطويل، وهذا دلالة على أن انفاق العوائل على الرعاية الصحية لا يظهر أثره إلا على المدى الطويل.

9. دراسة عمر بوعزيز، الموسومة بـ " قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر –الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة -2016/1990-،[3] هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الأثر

---

[1] بومعراف الياس، صاولي مراد، **اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA)، دراسة قياسية خلال الفترة (1995–2014) باستخدام أسلوب تحليل بيانات (Panel)**، مجلة معارف، المجلد12، العدد23، ديسمبر 2017، ص ص 219-234.

[2] مختار حميدة، مصطفى جاب الله، **محددات الانفاق الصحي في الجزائر –دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود–**، مجلة دراسات –العدد الاقتصادي-، المجلد8، العدد3، جوان2017، ص ص 205-220.

[3] عمر بوعزيز، **قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر –الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة 2016/1990–**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، جامعة أم البواقي، المجلد 05، العدد 01، جوان 2018، ص ص 808- 838.

التبادلي بين التنمية الاجتماعية ممثلة في الإنفاق على القطاع الصحي وبين الناتج المحلي الإجمالي(GDP) في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 إلى 2016، اعتمدت الدراسة على اختبار (Granger) لدراسة السببية في الأجل القصير و(Toda-yamamoto) في الأجل الطويل، من جهة أخرى تم استخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) لدراسة وتقدير الأثر التبادلي بين الإنفاق على القطاع الصحي من جهة والناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة موضع الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة سببية موجبة في الأمد الطويل من الناتج المحلي الإجمالي نحو الإنفاق الصحي كما أنا هناك أثرا إيجابيا للناتج المحلي الإجمالي على الإنفاق الصحي في الأمد الطويل، حيث أن زيادة الناتج المحلي الإجمالي ب 1% يؤدي إلى زيادة الإنفاق الصحي ب 47.74%، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الحكومة الجزائرية قد خصصت مبالغ مالية كبيرة للإستثمار في القطاع الصحي في ظل البرامج التنموية المختلفة، وبالمقابل أظهرت النتائج عدم وجود علاقة سببية من الإنفاق الصحي نحو الناتج المحلي الإجمالي الأمر الذي يمكن تفسيره في أن زيادة الإنفاق على الصحة لا يحدث نموا في الاقتصاد الجزائري، وقد انتهت الدراسة إلى انه رغم التحسن الملحوظ في الإنفاق على القطاع الصحي والمكتسبات التي حققها، تبقى الخدمات المقدمة دون المستوى المأمول.

10. دراسة شراطي نسيمة، والمعنونة بـ "تطبيق الحوكمة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية – دراسة حالة الجزائر-"،[1] هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق الحوكمة الرشيدة في الجزائر، وانعكاس ذلك على التنمية الاقتصادية خلال الفترة (1996-2014)، ولأجل ذلك تم استخدام طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS)، وقد تم اختيار سبع متغيرات، حيث يمثل المتغير التابع نصيب الفرد من إجمالي الدخل الوطني الحقيقي، بينما تمثل المتغيرات المستقلة في كل من مؤشر حرية التعبير عن الرأي والمساءلة، ومؤشر الاستقرار السياسي، والأطر التنظيمية، وفاعلية الحكومة، ومؤشري حكم القانون ومكافحة الفساد، وقد أشارت النتائج إلى أن :الحكومة الجزائرية طبقت إصلاحات في المجالات السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية تصب في إطار مفهوم الحوكمة الرشيدة، ومع ذلك عرفت وضعا مترديا ضمن مؤشرات الحوكمة، والذي عكسته القيم السلبية لكافة المؤشرات خلال فترة الدراسة، مؤشري الاستقرار السياسي وسيادة القانون ينعكسان إيجابيا على التنمية الاقتصادية في الجزائر، بينما هناك تأثير سلبي لمستوى الأطر التنظيمية، مؤشرات كل من مكافحة الفساد،

[1] شراطي نسيمة، **تطبيق الحوكمة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية –دراسة حالة الجزائر–**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد، 2016-2017، ص ص 1-313.

وفعالية الحكومة ومستوى التعبير عن الرأي والمساءلة ليس لهم أي تأثير على التنمية الاقتصادية في الجزائر، وانطلاقا من هذه النتائج، خلصت الدراسة إلى ضرورة التعاطي مع قضية إصلاح إدارة الحكم في الجزائر بصفة عميقة لا سطحية، مع العمل على تحقيق التكامل بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني وذلك لأجل بلوغ مستويات متقدمة في التنمية الاقتصادية.

11. دراسة الاستاذ يختار عبد القادر والاستاذ عبد الرحمان عبد القادر ، موضوع الدراسة دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الاقتصادية دراسة حالة الدول العربية،[1] حاول الباحث الإجابة على إشكالية الدراسة المتمثلة إلى أي مدى يؤثر الحكم الراشد في نتائج التنمية على مستوى الدول العربية، مستعملا المنهج الوصفي التحليلي، وأهم النتائج المتوصل إليها أن الحكم الراشد يزيد في الدخل الفردي للسكان بثلاث مرات تقريبا في المدى الطويل، تأثر التنمية بالإيجاب في الدول العربية يرجع الخلل إلى اتجاه الاصلاحات المؤساستية نحو التدهور ب 0.05 %.

12. دراسة بشراير عمران وتهتان موراد، المعنونة بـ" أثر الحكم الراشد على الإنفاق العام على التعليم في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا "–دراسة قياسية باستخدام نماذج البيانات الطولية (Panal Data)–،[2]كان الهدف من هذه الدراسة التحقق من هل تتأثر عملية تحديد النفقات العامة على التعليم في دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا برشادة الحكم، وتم استخدام نماذج البيانات الطولية أو ما يعرف بنماذج بانيل التي تمزج بين بيانات السلاسل الزمنية والبيانات المقطعية خلال الفترة (2002 – 2011)، حيث أظهرت نتائج الدراسة فيما يخص مؤشرات الحكم الراشد إلى وجود تأثير سلبي ومعنوي لمؤشري الصوت والمساءلة ونوعية التنظيم على الانفاق العام على التعليم ، كما بين وجود علاقة طردية بين مؤشر فعالية الحكومة والانفاق العام على التعليم ، وفيما يخص مؤشرات مراقبة الفساد والاستقرار السياسي وسيادة القانون فهي كلها ذات أثر موجب على الانفاق على التعليم إلا أن تأثيرها غير معنوي إحصائيا.

---

[1] عبدالقادر يختار، عبدالقادر عبدالرحمان، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الاقتصادية حالة الدول العربية**، مداخلة مقدمة في إطار "المؤتمر العالمي الثامن للاقتصاد والتمويل الإسلامي " تحت عنوان " النمو المستدام والتنمية الاقتصادية الشاملة من المنظور الإسلامي "، من 19 إلى 21 ديسمبر 2011، الدوحة، قطر، ص ص 01-34.

[2] تهتان موراد، بشراير عمران، **أثر الحكم الراشد على الإنفاق العام على التعليم في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا –دراسة قياسية باستخدام نماذج البيانات الطولية (Data Panal)**، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، الجزائر، المجلد19، العدد02، 2015، ص ص 81-98.

13. دراسة نسرين معياش، الموسومة بـ" أثر إدارة الحكم على النمو الاقتصادي "-حالة الاقتصاديات الناشئة للفترة (2002 – 2011)-،[1] حاولت هذه الدراسة الاجابة على نقطة أساسية ومهمة وهي البحث في أثر متغيرات الحكم على النمو الاقتصادي في ظل تزايد الدعوات على ضرورة تفعيل آليات الحكم من أجل تجنب الأزمات المالية ، وتم استخدام طريقة تحليل السلاسل الزمنية والمقطعية على عينة متكونة من 12 بلدا ناشئا للفترة (2002 – 2011) وعلى ضوء هذه الدراسة أظهرت النتائج إلى أن الحكم له أثر ايجابي على النمو الاقتصادي تمثل خاصة في المتغيرة فعالية أداء الحكومات ، ولكن فقد بينت الدراسة كذلك تفشي ظاهرة الفساد التي تمتص جزءا كبيرا من الموارد الاقتصادية ومع تعاظم ظاهرة انفصال دائرة العمليات المالية عن دائرة العمليات الإنتاجية.

14. دراسة لياس شوبار و جوادي عصام، بعنوان "الحكم الرشيد والنمو الاقتصادي في الدول العربية "، دراسة قياسية باستعمال بيانات بانيل خلال الفترة (2000 – 2012)،[2] وكان الهدف من هذه الدراسة الاجابة على اشكالية الدراسة ماهو أثر متغيرات الحكم الراشد على النمو الاقتصادي في الدول العربية خلال الفترة (2000 -2012)، وانطلاقا من دراسة وصفية قياسية وهذا باستعمال أدوات التحليل والقياس الاقتصادي أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطر التنظيمية وحكم القانون أهم متغيرات الحكم الراشد المؤثرة على النمو الاقتصادي في المنطقة العربية خلال الفترة (2000 -2012) كما أن لها تأثير ايجابي على النمو الاقتصادي في الدول العربية وهذا بحكم المعنوية الاحصائية وارتفاع معامل التحديد لهذه النماذج ، وعدم وجود أثر لكل من الاستقرار السياسي ،فعالية الحكومة ،مكافحة الفساد ولمتغير الصوت والمساءلة على النمو الاقتصادي في الدول العربية بسبب عدم معنوية المعالم وضعف معامل التحديد.

15. دراسة علي مكيد وسومية فرقاني بعنوان "العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة (2000 -2014)،[3] وكان الهدف من هذه الدراسة إلى اختبار وقياس أثر التغيرات في الإنفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر ، وذلك باستخدام نموذج اقتصادي

---

[1] نسرين معياش، **أثر إدارة الحكم على النمو الاقتصادي حالة الاقتصاديات الناشئة للفترة (2002–2011)**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الواحد والخمسون، 2017، ص ص 487-504.

[2] لياس شوبار، عصام جوادي، " **الحكم الرشيد والنمو الاقتصادي في الدول العربية –دراسة قياسية باستعمال بيانات بانيل خلال الفترة (2000–2012)**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، الجزائر، المجلد2، العدد1، 2016، ص ص 03-26.

[3] علي مكيد، سمية فرقاني، **العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر –دراسة قياسية للفترة (2000–2014)**–، مجلة الاقتصاد والتنمية، الجزائر، المجلد5، العدد1، 2017، ص ص 03-26.

مشتق من دالة الانتاج كوب دوغلاس ، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين التغيرات في الإنفاق الحكومي الصحي والناتج المحلي الإجمالي في الجزائر.

المطلب الثاني: الدراسات السابقة العربية

1. دراسة محمد سليمان حسن الرفاعي، تحت عنوان الحكم الرشيد في الأردن: الواقع والتطلعات،[1] هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الحكم الرشيد في الأردن، وقد اعتمدت الدراسة على مؤشر الحوكمة العالمي (WGI) الذي أصدره البنك الدولي عام 1996، ويتكون من ستة مؤشرات فرعية هي: مكافحة الفساد، فعالية الحكومة، الاستقرار السياسي وغياب العنف، جودة التشريعات، سيادة القانون، والمشاركة والمساءلة. وشملت الدراسة الفترة الزمنية 1996-2014. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: ترتيب الأردن في مؤشرات سيادة القانون، فعالية الحكومة، مكافحة الفساد، جودة التشريعات كانت أعلى من المتوسط، حيث تراوحت بين (53.2% - 69.7%)، بينما كان دون المتوسط في مؤشرات الاستقرار السياسي وغياب العنف، والمشاركة والمساءلة، وتراوحت بين (23.2% - 46.2%). كما أظهرت نتائج الدراسة أن الأردن تقدمت بشكل إيجابي خلال فترة الدراسة بمؤشرات مكافحة الفساد وجودة التشريعات وسيادة القانون، في حين تراجعت بشكل سلبي في مؤشرات فعالية الحكومة، الاستقرار السياسي، والمشاركة والمساءلة.
2. دراسة احمد حسين الهيتي وآخرون، بعنوان " العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي للمدة ١٩٨١-٢٠٠٦،[2] هدفت هذه الدراسة إلى تقدير وتحليل أثر الإنفاق على الصحة والتعليم في النمو الاقتصادي في كل من الاقتصاد الأردني والاقتصاد السعودي، وأهم الاستنتاجات التي توصلت اليها الدراسة يؤدي الإنفاق على تعليم الأفراد والرعاية الصحية لهم إلى تطوير رأس المال البشري ومن ثم يزيد من عملية النمو الاقتصادي، لم تكن معدلات الإنفاق على الصحة والتعليم في الأردن كافية لتعزيز النمو الاقتصادي، كما لوحظ أن الإنفاق على التعليم أفضل منه على الصحة، كما لوحظ فاقت معدلات الإنفاق على التعليم في السعودية

[1] محمد سليمان حسن الرفاعي، **الحكم الرشيد في الأردن: الواقع والتطلعات**، المجلة العربية للإدارة، المجلد39، العدد3، سبتمبر2019، ص ص 39-54.

[2] احمد حسين الهيتي، عدي سالم علي، فاطمة ابراهيم خلف، **العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي للمدة 1981-2006**، المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، السنة السابعة-العدد العشرون، 2009، ص ص 35-52.

المعدلات المثلى، في حين كان معدل الإنفاق على الصحة نصف المعدل المثالي في حصته من الناتج المحلي، كما لوحظ إن الإنفاق على التعليم في كل من الأردن والسعودية كان له تأثير موجب ومعنوي على النمو الاقتصادي، نتيجة اهتمام الدولة الأولى بهذا الجانب والوفورات النفطية في الدولة الثانية، أما الإنفاق على الصحة في الدولتين فكان له تأثير موجب وغير معنوي.

3. دراسة عبد الكريم عبد الله محمد وقيس أنيس جحيل العقابي، بعنوان "تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الإقتصادي في العراق للمدة (2004-2013) ،[1] وكانت تهدف هذه الدراسة الى تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي الحقيقي على النمو الاقتصادي في العراق وانطلاقا من دراسة قياسية وهذا بإستعمال اختبارات الاستقرارية والمتضمنة اختبار ديكي فولر الموسع (ADF) واختبار Granger للسببية ، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة الى أن هناك تأثير للنفقات العامة الحقيقية على الصحة في الناتج المحلي الاجمالي الحقيقي تظهر في التباطؤ.

4. دراسة محمد محمود العجلوني، بعنوان "أثر الحكم الرشيد على التنمية الاقتصادية المستدامة في الدول العربية "،[2] كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على أثر الحكم الرشيد في النمو الاقتصادي وتحقيق التنمية الاقتصادية المستدامة ، وتم إستخدام طريقة نموذج الانحدار المتعدد ذو التأثير الثابت خلال الفترة (1996 – 2011) وذلك من خلال تحليل خصائص ومبادئ مؤشرات الحكم الرشيد في الدول العربية ، على المدى القصير والقدرة على إدامته بما يحقق التنمية الاقتصادية المستدامة ، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاقة بين الحاكمية والنمو الاقتصادي هي أن معدل النمو الاقتصادي مرتبط إيجابيا بمستوى تطوير المؤسسات والحاكمية في الدول العربية ، وهذه النتيجة غير مرتبطة بمستوى دخل الدولة.

5. دراسة البسام، بسام عبد الله، موضوع الدراسة الحوكمة الرشيدة دراسة حالة العربية السعودية، بحث مقدم في مجلة بحوث اقتصادية عربية العددين 67 و68 بمعهد الإدارة العامة الرياض، السعودية 2014،[3] هدف الدراسة هو دراسة العلاقة بين النمو الاقتصادي وتحقيق مستويات متقدمة من مؤشرات الحوكمة الرشيدة، اعتمد الباحث فيها على نموذج الانحدار المتعدد للتأثيرات الثابتة، أهم نتائج الدراسة توصل

---

[1] عبد الكريم عبد الله محمد، قيس أنيس جحيل العقابي، **تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (2004-2013)**، مجلة بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العراق، المجلد0، العدد50، 2017، ص ص 69-84.

[2] محمد محمود العجلوني، **أثر الحكم الرشيد على التنمية الاقتصادية المستدامة في الدول العربية**، المجلة العربية للإدارة، المجلد39، العدد4، ديسمبر2019، ص ص 03-20.

[3] البسام، بسام عبد الله، **الحوكمة الرشيدة: دراسة حالة العربية السعودية**، بحوث اقتصادية عربية، مركز دراسات الوحدة العربية، لبنان، المجلد21، العدد67-68، 30سبتمبر2014، ص ص 175-200.

الباحث إلى أنه لا توجد علاقة قوية بين النمو الاقتصادي وتحقيق مستويات متقدمة من الحاكمية الرشيدة على الأقل في المدى القصير.

6. دراسة صلاح مهدي عباس البيرماني، الموسومة بـ " قياس وتحليل تقلبات أسعار النفط واتجاهات الإنفاق الحكومي على قطاعي الأمن والصحة في العراق للمدة (2006-2016)،[1] هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع العلاقة بين تقلبات أسعار النفط العالمية وانعكاسها على اتجاهات الإنفاق الحكومي على قطاع الأمن والصحة، وقد إستخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق نماذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ARDL للتأكد من وجود تكامل مشترك بين الإنفاق على القطاع الصحي وتقلبات أسعار النفط للمدة (2006-2016)، وقد توصلت النتائج إلى أن قيمة f المحتسبة (1.501817) عند مستوى معنوية 5% وهي أصغر من القيمة الجدولية للحد الأدنى للمعلمة ذاتها والتي بلغت 4.16، مما يدل على أنه لا توجد علاقة أو تأثير متبادل للمتغير المستقل على المتغير التابع والعكس بالعكس.

7. دراسة هيثم أحمد عيسى وعثمان أوتارا، الموسومة بـ " أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدلات وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة"،[2] هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل المؤثرة في معدلات وفيات الأطفال الرضع وتركز بشكل خاص على متغيرات الإنفاق الصحي، تشمل عينة الدراسة 160 بلدا وتشمل الدراسة المدة الزمنية 1990-2000، قسمت بيانات الإنفاق الصحي إلى قسمين: إنفاق حكومي وإنفاق خاص، كذلك قسمت بلدان العينة إلى مجموعتين، تضم الأولى البلدان النامية، وتضم الثانية البلدان المتقدمة، أظهرت النتائج أن الإنفاق الحكومي على الصحة يكون مؤثرا بشكل أكبر في معدلات وفيات الرضع في البلدان النامية، ويكون أثر الإنفاق الخاص ضعيفا، بالمقابل كانت نتائج مجموعة البلدان المتقدمة معاكسة تماما، حيث يكون الإنفاق الخاص على الصحة مؤثرا، والإنفاق الحكومي على الصحة أضعف تأثيرا، كما أكدت الدراسة أن جمع بيانات الإنفاق على الصحة (الحكومي والخاص) قد يؤدي إلى نتائج غير صحيحة في الدراسات العملية، ومن هذا الأساس فقد أوصت الدراسة وفقا لهذه النتائج فإنه يجب على الدول النامية إذا أرادت تخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع أن تخصص موارد مالية أكبر من ميزانياتها للإنفاق على الخدمات الصحية.

---

[1] صلاح مهدي عباس البيرماني، **قياس وتحليل تقلبات أسعار النفط واتجاهات الإنفاق الحكومي على قطاعي الأمن والصحة في العراق للمدة (2006-2016)**، مجلة الاقتصاد، المجلد25، العدد111، 2019، ص ص 276-288.

[2] هيثم أحمد عيسى، عثمان أوتارا، **أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدلات وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد28، العدد الأول، 2012، ص 233.

8. دراسة عبد الله خضر عبطان، الموسومة بـ " قياس أثر العلاقة المتبادلة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي العراق أنموذجا للمدة 1990-2013"،[1] هدفت هذه الدراسة إلى التعرف عن طبيعة العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي والتأثير المتبادل بينهما في العراق للمدة 1990-2013، وقد تم استخدام الاساليب القياسية باستعمال اختبارات الاستقرارية والمتضمنة اختبار جذر الوحدة (Unit Root) بمؤشر Phillips Perron (PP)، واختبار سببية Granger، توصلت الدراسة إلى أهم النتائج إلى أن بيانات السلسلة الزمنية مستقرة حسب اختبار جذر الوحدة عند الفرق الأول لكلا المتغيرين مما يعني وجود العلاقة قصيرة الأجل، وجود علاقة تأثير باتجاه واحد من الإنفاق الصحي إلى النمو الاقتصادي مما يعني صحة الطروحات الكينزية بعد أخذ التباطؤ لسنة واحدة بإختبار سببية Granger وعند مستوى معنوية أقل من 5%، وجود علاقة موجبة باتجاهين عند مستوى معنوية أقل من 10%، بالإضافة إلى أن قيم المعاملات (المعلمات) الخاصة بالمتغيرات المفسرة (الإنفاق مرة والدخل مرة أخرى) كانت أقل من الواحد الصحيح مما يعني أن المرونة منخفضة بينهم في حالة أخذ اللوغاريتم للدالة.

9. دراسة عبد الكريم عبد الله محمد وقيس أنيس جحيل العقابي، الموسومة بـ " تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (2004-2013)"،[2] هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي الحقيقي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة 2004-2013 (بيانات فصلية)، باستعمال اختبارات الاستقرارية والمتضمنة اختبار ديكي فولر الموسع (ADF) واختبار Granger للسببية، توصلت الدراسة أن هناك تأثير للنفقات العامة الحقيقية على الصحة في الناتج المحلي الاجمالي الحقيقي تظهر في التباطؤ الرابع والخامس وهذا متطابق مع ما جاءت به النظرية الكنزية، كما بينت نتائج الدراسة أن هنالك تأثير متبادل بين المتغيرين يظهر في التباطؤ السابع وهي تبين تأثير الناتج المحلي الاجمالي على النفقات الصحية، مما يبين أن الناتج المحلي الاجمالي عامل مهم في التأثير على النفقات الصحية.

---

[1] عبد الله خضر عبطان، **قياس اثر العلاقة المتبادلة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي –العراق أنموذجا للمدة 1990–2013**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الخمسون، 2017، ص ص 355-368.

[2] عبد الكريم عبد الله محمد، قيس أنيس جحيل العقابي، **تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (2004–2013)**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الخمسون، 2017، ص ص 69-84.

10. دراسة حبيب محمود وباسل أنور أسعد، الموسومة بـ " دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000-2010"،[1] هدفت الدراسة إلى تحليل واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000-2010 بغية معرفة مدى التطور الحاصل في قطاع الخدمات الصحية خلال فترة الدراسة، كما ركزت الدراسة على ثلاث مؤشرات أساسية وهي: مؤشرات صحية اقتصادية، مؤشرات صحية خدمية، مؤشرات صحية تتعلق بانتشار المرض خلال فترة الدراسة، قام الباحثان بدراسة وتحليل المؤشرات الصحية الأساسية الثلاث وإظهار إيجابياتها وسلبياتها ضمن سورية ومقارنتها مع بعض الدول العربية المحيطة ومدى تأثرها وانعكاسها على عملية التنمية في سورية، ولقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: إن إنخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة قد أثر بشكل سلبي على العديد من مؤشرات التنمية الصحية في سورية.

11. دراسة نزار صديق الياس القهواجي، الموسومة بـ " مستوى الحوكمة وتأثيرها في التنمية الاقتصادية للعراق ودول الجوار للمدة (1996-2017)"،[2] هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف تأثير " مؤشرات الحكم الراشد في التنمية الاقتصادية على صعيد العراق ودول الجوار"، باستخدام بيانات تجميعية سنوية متوازنة للمدة (1996-2017)، ولستة بلدان هي (العراق، ايران، تركيا، الأردن، السعودية، الكويت)، وبلغ عدد المشاهدات (132) مشاهدة، كما تم اختبار مجموعة من المتغيرات المستقلة مثل (الانفتاح الاقتصادي، معدل الاعانة، معدل التبادل التجاري، اجمالي الانفاق الاستهلاكي النهائي الحكومي، معدل التضخم السنوي لأسعار المستهلك، مؤشرات الحكم الراشد) للتعرف على تأثيرها في التنمية الاقتصادية، وبينت النتائج بأن العراق يعاني من تدني مؤشرات الحكم الراشد داخليا، إذ جاء مؤشر السيطرة على الفساد في أدنى المستويات، ثم تلاه صعودا حكم القانون، ثم الاستقرار السياسي، فتلاه الجودة التنظيمية للحكومة، تم تلاه مؤشر ابداء الرأي والتصويت، وبينت نتائج الدراسة القياسية تأثير متغير نسبة الاعانة كبير وواضح في النمو الاقتصادي، الأمر الذي يعكس سوء التخطيط وعدم كفاءة الأداء المؤسسي الحكومي مما فاقم من البؤس والشقاء وعدم الاستقرار في الأحوال الاقتصادية والمعاشية لبعض من مجتمعات عينة البحث منها العراق، كما بينت نتائج بأن مؤشرات الحكم الراشد المتمثلة في (فرض

[1] حبيب محمود، باسل أنورأسعد، **دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000-2010**، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية –سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 37، العدد 2، 2015، ص ص 297-315.

[2] نزار صديق الياس القهواجي، **مستوى الحوكمة وتأثيرها في التنمية الاقتصادية للعراق ودول الجوار للمدة (1996-2017)**، مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 11، العدد 26، 2019، ص ص 124-138.

القانون، والسيطرة على الفساد) يؤثر بقوة ووضوح في النمو الاقتصادي، فإذا تم تحسين هذا المتغير بمقدار نقطة واحدة من خمس نقاط فسينتج عنه تحسن في النمو الاقتصادي بمقدار (7%).

المطلب الثالث: الدراسات السابقة الأجنبية

1. دراسة A.S. Rajkumar, V. Swaroop،[1] هدف الباحثان من خلال هذه الورقة البحثية إلى دراسة الروابط بين الإنفاق العام، الحوكمة مقاسة بمستوى الفساد ونوعية البيروقراطية، ونتائج الصحة والتعليم، وذلك في عينة كبيرة من البلدان (91 بلد في قياس التأثير على الصحة، و57 بلد في التأثير على التعليم) باستعمال معطيات سنوية للسنوات 1990، 1997 و2003، وأوضحت النتائج إلى أن فعالية الانفاق العام يمكن أن تفسر بشكل كبير بمستوى الحوكمة، وخلصت النتائج إلى أن الإنفاق على الصحة يخفض من معدلات وفيات الأطفال بشكل كبير في البلدان ذات الحكم الراشد، وكذلك، تنعكس الزيادة الانفاق العام على التعليم الابتدائي بزيادة التحصيل في البلدان ذات الحكم الراشد. وبشكل عام بينت النتائج أن الانفاق العام لا يؤثر تقريبا على نتائج الصحة والتعليم في البلدان التي لا تخضع للحكم الراشد.
2. دراسة R. Wardhani et al،[2] هدفت الباحثات من خلال هذه البحث إلى دراسة تأثير الإنفاق الكومي والحكم الراشد على أداء الحكومات المحلية في اندونيسيا، وما إذا كان الحكم الراشد يعزز من تأثير الإنفاق الحكومي على الأداء. تتكون عينة الدراسة من 1044 مشاهدة للحكومات المحلية في اندونيسيا للفترة (2009-2012)، وقد خلصت النتائج إلى أن إنفاق الحكومات المحلية في اندونيسيا غير فعال في زيادة الأداء، بل على العكس من ذلك تم تسجيل تأثير سلبي للإنفاق الحكومي على الأداء. بالإضافة إلى ذلك، أوضحت النتائج أن الانفاق على الصحة والانفاق على البنية التحتية يرتبط بعلاقة سلبية بأدائهما، أما بالنسبة للإنفاق على التعليم فيرتبط بعلاقة إيجابية بأداء التعليم، وتدل هذه النتائج على أن الانفاق الحكومي في إندونيسيا فعال فقط في مجال التعليم.
3. دراسة E. Ablo, R. Reinikka،[3] كان الهدف من هذه الدراسة قياس الانفاق العام الفعلي الذي وصل إلى مرفقي التعليم والصحة في أوغندا، وفعالية القطاع العام من خلال مؤشر قدرة القطاع العام على

[1] A.S. Rajkumar, V. Swaroop ,**Public spending and outcomes: Does governance matter?,** Journal of Development Economics, 86(1) 2008, pp 96-111.

[2] R. Wardhani et al **,Good governance and the impact of government spending on performance of local government in Indonesia**, International Journal of Public Sector Performance Management, 3(1) 2017, pp 77-102.

[3] E. Ablo, R. Reinikka ,**Do Budgets Really Matter? Evidence on Public Spending on Education and Health in Uganda**, Policy research working paper 1926, World Bank, June 1998, pp 1-35.

ترجمة مخصصات الميزانية إلى الانفاق الفعلي على الغرض المقصود، وقد تكونت عينة الدراسة من 250 مدرسة ابتدائية ونحو 100 عيادة صحية في 19 مقاطعة. خلصت الدراسة إلى أن سلوك مرافق الخدمة العامة يمكن أن يختلف جذريا من قطاع إلى آخر في نفس البلد، ويعتمد ذلك بشكل أساسي على الإطار المؤسسي، حيث أثبتت عملية المسح في الدراسة أن المدارس الابتدائية تحتفظ بسجلات جيدة عن التدفقات المالية، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الآباء كانوا هم الممولين الأساسيين للمدارس، حيث ساهموا في الانفاق المدرسي بنسبة 73% عام 1991 و60% عام 1995، وهذا ما دفعهم للضغط على المدارس لتقديم خدمات مقابل مساهماتهم، كما ارتفع معدل الالتحاق بالمدارس إلى بنسبة 60% بين عامي (1991-1995)، ويرجع ذلك كذلك إلى تحسن الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية، وأيضا إلى زيادة الانفاق المترجم بزيادة الرواتب، ورغم ذلك فإن الجزء من الانفاق على التعليم الذي تتحمله الحكومة يصل منه أقل من 30% في أحسن الأحوال. بالنسبة لعيادات الصحة العامة، بما أن الحكومة المركزية والحكومات المحلية تسيطر تماما على الانفاق في هذا القطاع فإنه لا يمكن ممارسة أي نوع من الضغوط كالتي في المدارس، حيث وُجِد أن هناك فراغا شبه تام لسجلات المعلومات بشتى أنواعها، على غرار المرضى الداخلين والخارجين وكذلك المعلومات المالية، وذلك على عكس نظام التعليم. تدل الدراسة على انخفاض كفاءة القطاع العام الأوغندي في توجيه الأموال العامة إلى المدارس والرعاية الصحية.

4. دراسة Nesrin Akca et al الموسومة بـ " محددات الإنفاق الصحي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية "،[1] وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم المتغيرات الرئيسية في تقدير الانفاق الصحي في عينة متكونة من دول الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية خلال الفترة (2000-2013)، وتم استخدام عدة نماذج قياسية وعدة متغيرات اقتصادية كان الإنفاق كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي هو المتغير التابع، بينما الناتج المحلي الاجمالي للفرد، النسبة المئوية من إجمالي السكان، نسبة الإعالة العمرية، العمر المتوقع عند الولادة، عدد المستشفيات لكل مليون نسمة، عدد الأطباء لكل 1000 نسمة، مبيعات الأدوية والحالة الصحية المتصورة كمتغيرات مستقلة، وتوصلت الدراسة إلى أن الناتج المحلي الإجمالي للفرد، متوسط العمر المتوقع عند الولادة، نسبة الإعالة العمرية، عدد المستشفيات يساهم كثيرا في تقدير الإنفاق الصحي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

[1] Nesrin Akca et al, **Determinants of health expenditure in OECD Countries: A decision tree model, Pak d Med Sci**, 33(6), 2017, PP 1490-1494.

5. دراسة Houeninvo G.Hilaire الموسومة بـ " هل يحسن الحكم الرشيد العلاقة بين الإنفاق على الصحة العامة والنتائج الصحية ؟ جديد أدلة تجريبية من أفريقيا "،[1] هدفت هذه الدراسة إلى إختبار العلاقة بين الإنفاق على الصحة العامة والنتائج الصحية عن طريق تفاعل الحوكمة مع نفقات الصحة العامة وتأثيراته على النتائج الصحية بإستخدام عينة متكونة من 43 دولة خلال الفترة الممتدة من 1996 إلى 2012، وقد إستخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق نماذج السلاسل الزمنية المقطعية، وتوصلت نتائج الدراسة التطبيقية إلى أن الإنفاق على الصحة للفرد والإنفاق العام له تأثير كبير على النتائج الصحية.

6. دراسة Habib N.Khan الموسومة بـ " النمذجة محددات للصحة في ماليزيا دراسة قياسية للفترة (1981-2014)،[2] كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد محددات نفقات الرعاية الصحية (HCE) في ماليزيا خلال الفترة (1981-2014)، وقد استخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS) لتقدير نموذج الدراسة، وتوصلت النتائج إلى أن التركيب السكاني والنمو السكاني من أهم العوامل المهمة لمحددات الصحة، كما بينت النتائج كذلك أن التغيرات التقنية التكنولوجية، التوقع بالحياة لها تأثير في الصحة.

7. دراسة Alihussein Samadi, Enayatollah Homaie Rad الموسومة بـ " محددات الإنفاق على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي (ECO)،[3] كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد أهم المتغيرات المؤثرة على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي (ECO) بالتركيز على بعض البلدان النامية خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى 2009، وقد إستخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق نماذج السلاسل الزمنية المقطعية لتقدير محددات النفقات الصحية، وأشارت نتائج الدراسة التطبيقية إلى أن وجود علاقة في الأجل الطويل بين النفقات الصحية للفرد والناتج المحلي الإجمالي للفرد، ونسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة، وكذلك نسبة السكان ما فوق 65

[1] Houeninvo G.Hilaire, **Does good governance improve public health expenditure-health outcomes nexus? New empirical evidence from Africa université d'Abomy calvi (UAC**), faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG), 01 BP 3050 cotonou (BENIN) PP 1-24.

[2] Habib N.Khan et al, **Modeling Determinants of Health Expenditures in Malaysia: Evidence from Time Series Analysis,** Fundamental and Applied Sciences Department Applied Statistics/ Econometrics, University Tekonologi Petronas, Tronoh Malaysia, volume 7, 2016, PP 1-7.

[3] Alihussein Samadi, Enayatollah Homaie Rad**, Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests**, International Journal of Health Policy and Management, 1(1), 2013, PP 63-68.

سنة، وعدد الأطباء، والتحضر، إلى جانب ذلك كان لجميع المتغيرات علاقات قصيرة المدى مع النفقات الصحية باستثناء نسبة السكان فوق 65 سنة.

8. دراسة Mohammad Mafizur Rahman et al الموسومة بـ " نفقات الرعاية الصحية والصحة،[1] بحثت هذه الدراسة في العلاقة بين أنواع مختلفة من نفقات الرعاية الصحية (العامة والخاصة والاجمالية)، حيث تم إجراء التحليل لعينة مكونة من 15 دولة في منطقة رابطة جنوب آسيا للتعاون الأقليمي ورابطة أمم جنوب شرق آسيا خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى 2014، وقد إستخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق نماذج السلاسل الزمنية المقطعية لتحديد الآثار الإنفاق على الرعاية الصحية على النتائج الصحية، كانت المتغيرات الرئيسية التي تمت دراستها هي الإنفاق الصحي العام، الإنفاق الصحي الخاص، الناتج المحلي الاجمالي للفرد، الصرف الصحي المحسن، العمر المتوقع عند الولادة، معدل الوفيات ومعدل وفيات الرضع، وتوصلت نتائج الدراسة التطبيقية إلى أن إجمالي الإنفاق الصحي كان له تأثير كبير في الحد من من معدل وفيات الرضع في المنطقة، وتوصلت النتائج كذلك إلى أن تأثير الإنفاق الصحي الخاص كان أعلى من الإنفاق على الصحة العامة على الرعاية الصحية قد يكون هذا بسبب أن إستخدام أموال الصحة العامة في هذه البلدان بشكل عام غير فعال بسبب الفساد، كما كان للإنفاق الصحي الخاص دور مهم في الحد من معدل الوفيات، كذلك نصيب الفرد من الدخل كان يساهم بدور ايجابي في تحسين صحة السكان في المنطقة.

9. دراسة by Xu Kea et al الموسومة بـ " محددات الانفاق الصحي- استخدام نماذج بانل على مجموعة من الدول النامية-،[2] كان الهدف من هذه الدراسة هو فهم مسار الإنفاق على الصحة في البلدان النامية في عينة مكونة من 143 دولة خلال الفترة (1995-2008)، وقد إستخدمت الدراسة كل من الآثار الثابتة والقياسية والنماذج الديناميكية لاستكشاف العوامل المرتبطة بنمو إجمالي الإنفاق الصحي ومكوناته الرئيسية، وتوصلت النتائج إلى أن الإنفاق الصحي الحكومي يتبع مسارات مختلفة وأن وتيرة نمو الإنفاق الصحي تختلف باختلاف البلدان ذات المستويات الاقتصادية المختلفة، وكذلك أن الإنفاق الصحي بشكل عام لا ينمو بشكل أسرع من الناتج المحلي الإجمالي.

[1] Mohammad Mafizur Rahman, Rasheda Khanam and Maisha Rahman**, Health care expenditure and health outcome nexus: new evidence from the SAARC-ASEAN region**, Glotalization and Health, 2018, PP 2-11.

[2] By Xu Ke, Priyanka Saksena and Alberto Holly, **The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis, World Health Organization**, AWorking Paper of the Results For Development Institute (R4D), 2011, PP 1-26.

10. دراسة Riayati Ahmad, Junaidah Hasan الموسومة بـ : " الإنفاق على الصحة العامة والحوكمة والنتائج الصحية في ماليزيا،[1] وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة تأثير الانفاق على الصحة العامة والحكم على النتائج الصحية في ماليزيا خلال الفترة (1984-2009)، وقد إستخدمت الدراسة أسلوب الاقتصاد القياسي بتطبيق نماذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ARDL، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة مستقرة وطويلة الأجل بين النتائج الصحية والمتغيرات المتمثلة في مستوى الدخل، الإنفاق على الصحة، الفساد واستقرار الحكومة، كما توصلت النتائج أيضا أن الإنفاق على الصحة العامة والفساد يؤثر على النتائج الصحية على المدى القصير.

11. **دراسة** Mukaram Ali Khan, Syed Sohaib Zubair بعنوان : الحكم الرشيد: النمو الاقتصادي لباكستان ومؤشرات الحوكمة العالمية،[2] هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين أربعة مؤشرات للحوكمة الرشيدة المتمثلة في مؤشر السيطرة على الفساد، وسيادة القانون، والاستقرار السياسي ومؤشر الصوت والمساءلة ومتغير النمو الاقتصادي (الناتج المحلي الإجمالي) وذلك كل على حدى، مع دراسة تأثير هذه المؤشرات كلها مجتمعة على النمو الاقتصادي للفترة (2002-2011)، وذلك بالتطبيق على دولة باكستان من خلال استخدام برنامج SPSS، واعتمادا على البحوث الكمية والأدوات الإحصائية (رو سبيرمان وكذلك معاملي الارتباط والانحدار) لاختبار الفرضيات، خلصت الدراسة إلى أنه من بين الأبعاد الأربعة للحوكمة الرشيدة يعتبر الاستقرار السياسي المؤشر الذي يساهم إلى حد كبير في تحقيق النمو الاقتصادي في باكستان، كما أكدت الدراسة على أن الحكم الجيد هو المفتاح لنجاح أي دولة لأنه يمكن أن يساهم بشكل إيجابي نحو تعزيز الاقتصاد.

المطلب الرابع: موقع الدراسة من الدراسات السابقة

ركزت الدراسات السابقة على دراسة مواضيع حول الحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي، أما هذه الدراسة فإنها تتميز عن الدراسات السابقة بدراسة موضوع علاقة إدارة الحكم الراشد بالإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر، دراسة توضح تأثير مؤشرات الستة المتعلقة بالحكم الراشد إضافة إلى متغيرات وسيطية المتعلقة بمحددات الإنفاق الحكومي الصحي، بالإضافة إلى تحديث الفترة من سنة 1996 إلى 2017. لهذا

[1] Riayati Ahmad, Junaidah Hasan, **Public Health Expenditure, Governance and Health Outcomes in Malaysia**, (Perbelanjaan Awam, Urus Tadbir dan Natijah Kesihatan di Malaysia), Journal Ekonomi Malaysia, 50(1), 2016, PP 29-40.

[2] Syed Sohaib Zubair, Mukaram Ali Khan, **Good Governance: Pakistan's Economic Growth and Worldwide Governance Indicators,** Pakistan Journal Of Commerce and Social Sciences, Vol. 8(1), PP 258-271.

ارتأينا معالجة إدارة الحكم الراشد وعلاقته بالإنفاق الحكومي الصحي من الجانب التطبيقي ويختصر ذكرنا على إبراز المعايير الستة للحكم الراشد وتحفيزها للاستخدام الأمثل للإنفاق الحكومي الصحي حيث شكلت هذه المعايير تطورا جذريا في تحديد مقياس للحاكمية وبالتالي إمكانية استخدامها في تطبيقات الاقتصاد الرياضي ومن هنا تأتي هذه الدراسة من حيث أنها تحاول نمذجة العلاقة التي تربط إدارة الحكم الراشد بالإنفاق الحكومي الصحي نمذجة قياسية ٠

المبحث الثاني: دراسة ارتباطية بين الانفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات الحكم الراشد

نحاول من خلال هذا المبحث تحديد العوامل الأساسية للمتغيرات الدراسة وذلك من أجل تحديد عدد المحاور المأخوذة لتفسير الإنفاق على الصحة ومؤشرات الحكم الراشد في الجزائر وذلك حسب المعطيات المتاحة للفترة 1996-2017، بالاضافة إلى ادراج متغيرات أخرى من المتوقع أن تربطها علاقة بمتغير الانفاق الحكومي الصحي، وذلك باستخدام أحد أهم تحليل المعطيات والمتمثلة في طريقة التحليل المركبات الاساسية (ACP).

المطلب الأول: تقديم المتغيرات وعينة الدراسة

يتوقف الحصول على نتائج سليمة من الناحية العملية على حسن اختيار العينة الممثلة لمجتمع الدراسة من جهة، ومن جهة ثانية الالمام بأهم متغيرات الدراسة، ومن هذا المنطلق إرتأينا إلى تحديد مجموعة من المتغيرات المستقلة المساهمة في تحديد التغيرات الحاصلة في الانفاق الحكومي على الصحة في الجزائر، خلال فترة زمنية تتوفر فيها بيانات الدراسة.

1. **متغيرات الدراسة**: تتمثل في:

- **مؤشرات الحكم الراشد** : وتشمل مؤشرات الحكم الراشد الستة التي قام معهد البنك الدولي بإشراف دانيال كوفمان(*Daniel Kaufman*) وآخرون بوضعها وهي :

- مؤشر السيطرة على الفساد *(Control Of Corruption) (CC)*: يقيس مدى ممارسة السلطة العامة لتحقيق مكاسب خاصة، بما في ذلك كل أشكال الفساد، وكذلك "القبض" على الدولة من قبل النخب والمصالح الخاصة.
- مؤشر فعالية الحكومة (*Government Effectiveness*) (*GE*): يقيس هذا المؤشر مدة جودة الخدمات العامة، جودة الخدمات المدنية، وجودة صياغة السياسات والتنفيذ، ودرجة استقلالية عمل الحكومة عن الضغوط السياسية، جودة الأنظمة وتطبيقها ومصداقية التزام الحكومة بهذه الأنظمة.

- مؤشر الاستقرار السياسي (*Political Statbility and absent of violance*) (*PS*):يقيس هذا المؤشر احتمال زعزعة الحكومة أو حدوث انقلاب غير شرعي، أو استخدام العنف وهذا يشمل العنف ذو الطابع السياسي والإرهابي.
- مؤشر جودة التشريعات وتطبيقها (*Regulatory Quality) (RQ*):يعبر عن مدى قدرة الحكومة على صياغة وتنفيذ سياسات ولوائح فعالة من شانها دعم التنمية في القطاع الخاص.
- مؤشر سيادة القانون (*Rule Of Law) (RL*): يقيس مدى ثقة المتعاملين بتطبيق القوانين والالتزام بها من قبل الحكومة بشكل متساوي على كل الأفراد والمنظمات، وبشكل خاص الثقة في إنفاذ العقود، حماية حقوق الملكية، عمل الشرطة والمحاكم، فضلا عن احتمال حدوث الجرائم والعنف.
- مؤشر الصوت والمساءلة (*Voice and Accountability*) (*VA*): يقيس هذا المؤشر مدى قدرة مواطني بلد ما على المشاركة في انتخاب حكومتهم، وكذلك حرية التعبير، حرية تكوين الجمعيات، وحرية وسائل الإعلام.

- **المتغيرات الديموغرافية:**

- متوسط العمر المتوقع عند الولادة (*ERD*): العمر المتوقع عند الولادة يدل على عدد السنين المتوقع أن يعيشها الشخص بعد ولادته مباشرة، ويعرف بأنه متوسط السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد بناء على معدلات الوفاة العمرية لسنة معينة.
- النمو السكاني (*POP*): هو زيادة عدد السكان بسبب انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع معدلات المواليد والهجرة الوافدة .وفي دراستنا تم أخذ نسبة الزيادة السنوية للسكان.
- نسبة السكان الأكثر من 65 سنة (*POP65*): تعتبر الفئة العمرية الأكثر من 65 سنة الأكثر عرضة للأمراض المزمنة وبالتالي الأكثر طلبا للخدمات الصحية ومن ثم ترتفع النفقات الصحية.
- نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة (*POP15*): تعتبر الفئة العمرية الأقل من 15 سنة الفئة الأكثر استهلاكا للخدمات العلاجية والتي تحتاج إلى رعاية طبية وصحية أكثر.

- **المتغيرات الاقتصادية:**

- نمو إجمالي الناتج المحلي (% سنوياً) (*GDP*): هو مجموع إجمالي القيمة المضافة من جانب جميع المنتجين المقيمين في الاقتصاد زائد أية ضرائب على المنتجات وناقص أية إعانات غير مشمولة في قيمة المنتجات.

2. **عينة الدراسة:** أما بالنسبة للعينة فتتمثل في السنوات الممتدة من عام 1996 وإلى غاية 2017، أي 22 سنة، وقد تم الحصول على بيانات هذه المؤشرات من قاعدة بيانات البنك الدولي*(WGI)*، *وتم إجراء التحليل والقياس على الدولة الجزائرية.*

المطلب الثاني: تحديد العوامل الأساسية للمتغيرات الدراسة.

من أجل تحديد عدد المحاور المأخوذة لتفسير الإنفاق على الصحة ومؤشرات الحكم الراشد نقوم بحساب القيم الذاتية والأشعة الذاتية لتكوين محاور المخطط العاملي الذي يمثل الأفراد والمتغيرات.

بالاعتماد على نتائج الملحق رقم (1) الذي يمثل القيم الذاتية، يمكن القول أن القيم الذاتية الأكبر من الواحد الصحيح ($\lambda_i > 1$)، هي القيمة الذاتية ($\lambda_1 = 7.284$) الخاصة بالمحور الأول F_1، والتي تمثل حوالي 60.704% من تشكيل المخطط العاملي، بالإضافة إلى القيم الذاتية الخاصة بالمحور (F_2) التي تساوي ($\lambda_2 = 2.473$) بنسبة (20.611%)، بعكس القيم الذاتية الأخرى والتي جميع قيمها أقل تماما من الواحد، وبالتالي فإننا سنكتفي مباشرة بتحليل و تفسير سحابة نقط المتغيرات والأفراد على المستوي (F_1,F_2)، فتكون نسبة التمثيل على المخطط العاملي في الفضاء IR^2 ذو المحورين المحور الأول والمحور الثاني والممثلة بنسبة جمود كلي 81.315% من التمثيل العام وهذه النسبة جيدة وكافية لإعطاء صورة واضحة لسحابة النقط على المخطط العاملي لهذا نكتفي بتمثيل المتغيرات على معلم متعامد ومتجانس واحد ذو بعدين، والشكل الموضح في الملحق رقم (2) الذي يمثل التمثيل البياني للقيم الذاتية، والأشعة الذاتية الوحدوية المرفقة لها موضحة في الملحق رقم (3).

نسبة تمثيل المتغيرات على المحاور.

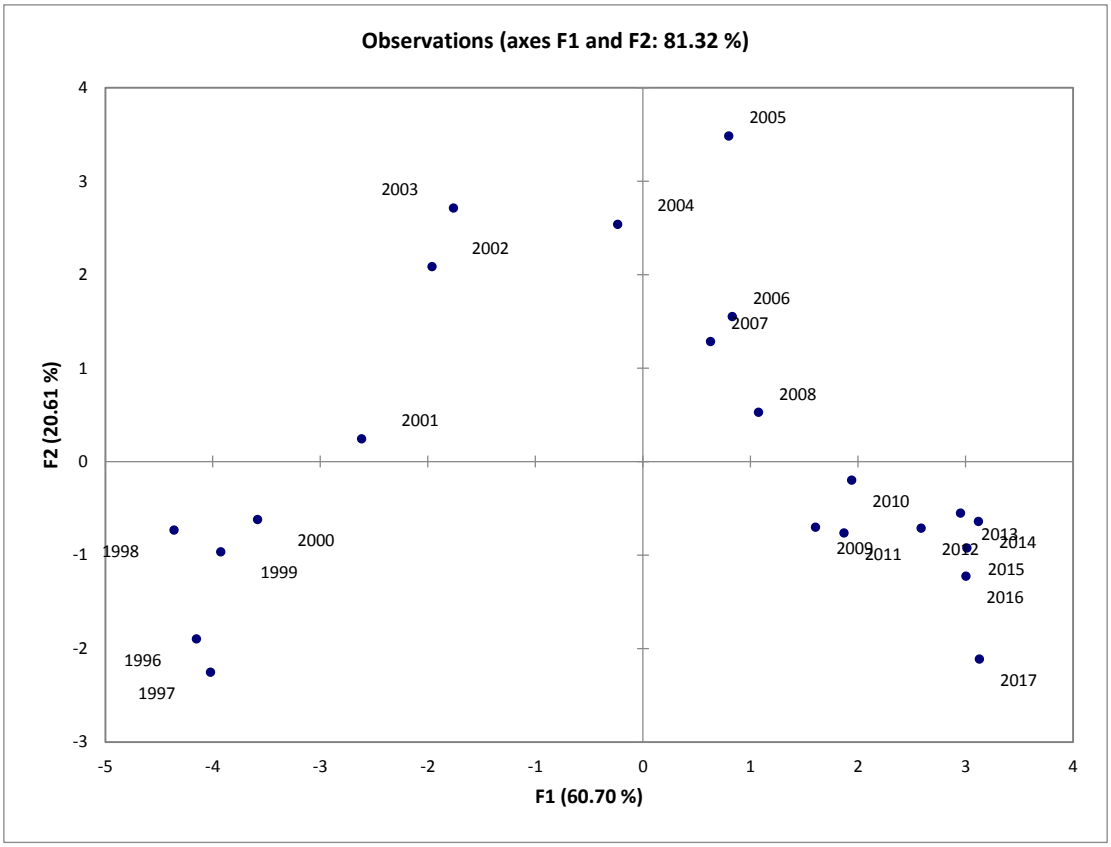
بعد تحديد الأشعة الذاتية الوحدوية المرفقة بالقيم الذاتية لمصفوفة الارتباط قمنا بحساب إحداثيات المتغيرات على المحاور العاملية وهي موضحة في الملحق رقم (4)، من خلاله يمكننا تحديد ثلاثة مجموعات من المتغيرات المتجانسة، حيث تساهم المجموعة الأولى *(g, CC, GE, PS, VA, POP15, POP65, ERD)* في تكوين المحور العاملي الأول F_1 بنسبة 8.65%،6.71%،10.15%،9.91%،8.24%،11.28%،13.38% على التوالي، أما المجموعة الثانية (*RL, RQ, POP*) فتساهم في تكوين المحور العاملي الثاني F_2 بنسبة (17.39%،21.14%،16.99%) على التوالي، أما المجموعة الثالثة (*GDPg*) فتساهم في تكوين المحور العاملي الثالث F_3 بنسبة (53.67%) وذلك ما تؤكده قيم (cos^2)، الموضحة الملحق رقم (5)، ومن خلالها قمنا برسم التمثيل البياني لنقاط المتغيرات والذي هو موضح في الملحق رقم (6).

المطلب الثالث: تحليل فترة الدراسة.

بعد إيجاد الأشعة الذاتية الوحدوية المرفقة بالقيم الذاتية لمصفوفة الارتباط، قمنا بحساب إحداثيات الأفراد على المحاور العاملية (F_1,F_2) وهي موضحة وفق الملحق رقم (7)، بينما كانت نسبة تمثيل الأفراد على المحاور وفق ما هو موجود في الملحق رقم (8).

ومن خلالها قمنا برسم التمثيل البياني لنقاط الأفراد والذي كان على الشكل التالي:

الشكل رقم (1.4): التمثيل البياني لسنوات الدراسة.



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

من خلال الشكل أعلاه يمكننا تحديد ثلاثة مجموعات نوضحها وفق ما يلي:

- المجموعة الأولى:حيث تساهم المجموعة الأولى (1996، 1997، 1998، 1999، 2000، 2001، 2009، 2010، 2011، 2012، 2013، 2014، 2015، 2016، 2017) في تكوين المحور العاملي الأول F_1 بنسبة (10.74%، 10.08%، 11.84%، 9.60%، 7.99%، 4.25%، 1.61%، 2.35%، 2.18%، 4.18%، 5.45%، 6.08%، 5.67%، 5.63%، 6.11%) على التوالي،
- المجموعة الثانية: أما المجموعة الثانية (2002، 2003، 2004، 2005، 2007) فتساهم في تكوين المحور العاملي الثاني F_2 بنسبة (7.95%، 13.48%، 11.80%، 22.22%، 3.01%) على التوالي.

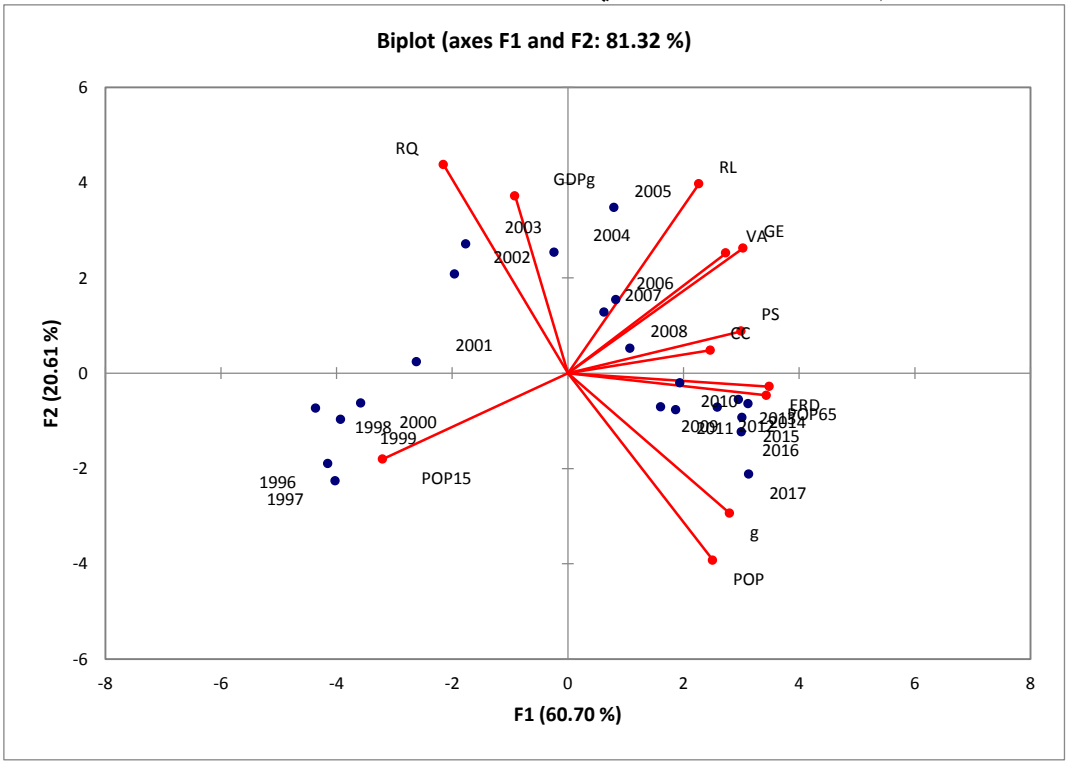
- المجموعة الثالثة: أما المجموعة الثالثة فهي تشمل باقي السنوات (2006، 2008) والتي تساهم في تشكيل باقي المحاور العاملية.

والنتائج أعلاه تؤكدها قيم ($\cos^2$) فالمجموعة الأولى تمثل بشكل جيد المحور العاملي الأول F_1 لأن جميع قيمها تقترب من الواحد، أنظر الملحق رقم (9).

التمثيل البياني للمتغيرات وفترة الدراسة على المستوى الأول.

من خلال تمثيل المتغيرات والافراد في المستوي الاول يمكن أخذ صورة أولية على مدى تشابه أو اختلاف الافراد والمتغيرات وعلاقتها، والجدول أدناه يوضح تلك العلاقة.

الشكل رقم (2.4): التمثيل البياني للمتغيرات وفترة الدراسة على المستوى الأول.



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

من خلال الشكل رقم (2.4) والنتائج السابقة يمكن من الوقوف على وضعية الانفاق الصحي ومؤشرات الحكم الراشد في الجزائر خلال الفترة 1996-2017، والتي مكنت من إعطاء نظرة تحليلية عن مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر والتي تم تمثيلها، حيث نلاحظ تركز مؤشرات الحكم الراشد في المجموعة الأولى وبالخصوص الفترة الممتدة من سنة 2009 إلى سنة 2017 الفترة المتزامنة وتحسن الوضع الأمني في البلد وانطلاق برنامج دعم النمو الاقتصادي والتي شهدت تحسن في الخدمات العمومية المقدمة للمواطن.

المبحث الثالث: صياغة وتقدير النموذج

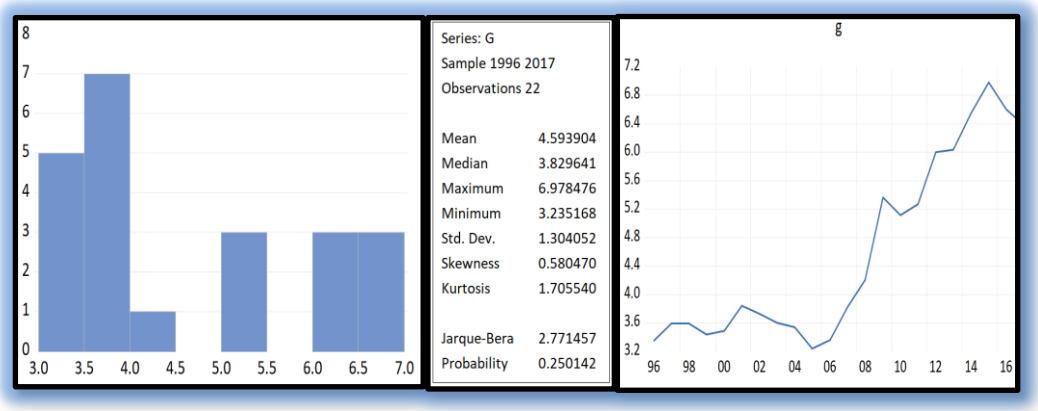
من خلال هذا المبحث نقوم بدراسة أثر الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي الصحي لحالة الجزائر، وهذا خلال الفترة الممتدة من عام 1996 وإلى غاية 2017، حيث يتم في البداية دراسة الخصائص الإحصائية لمتغيرات الدراسة، وبعدها تحديد النموذج ومتغيرات الدراسة، وأخيرا تقدير نموذج الدراسة مستعملين في ذلك طريقة المربعات الصغرى العادية OLS

المطلب الأول: الخصائص الإحصائية لمتغيرات الدراسة

سيتم من خلاله عرض وتحليل المتغيرات المستعملة في نموذج الدراسة، حيث سنستعمل مجموعة من الأدوات والأساليب الإحصائية، والتي تتمثل في بعض مقاييس النزعة المركزية ، وبعض مقاييس التشتت، بالإضافة إلى المعاملين معامل الالتواء ومعامل التفلطح، وإحصائية Jarque-Bera، ويتم ذلك بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10.

1- سلسلة للإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي

الشكل رقم (4. 3): الخصائص الإحصائية لسلسلة الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي



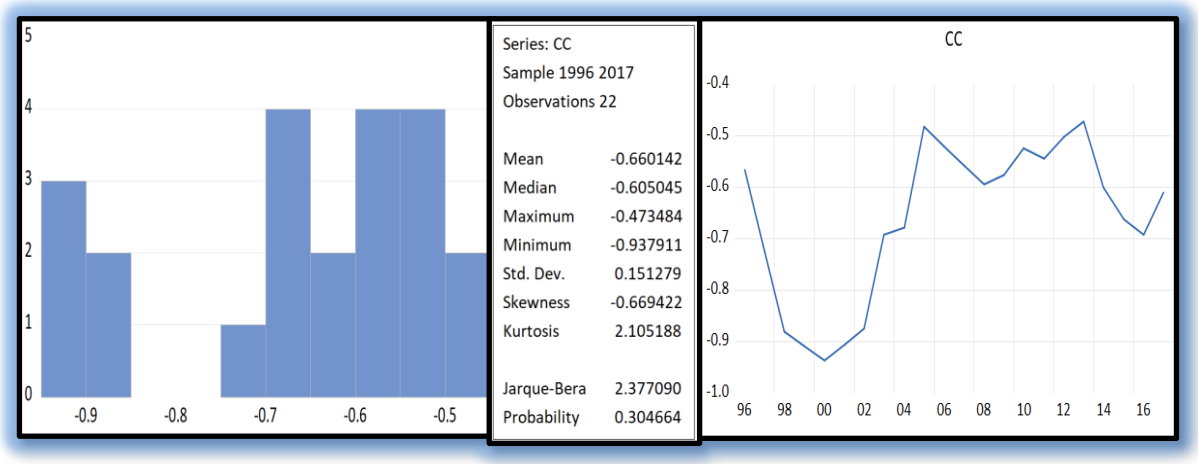
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (3.4) نلاحظ أنه سجلت أعلى قيمة للإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (g) في سنة 2015 حيث بلغت (6.97)، بينما سجلت أدنى قيمة له في سنة 2005 حيث بلغت (3.23)، في حين بلغ المتوسط الحسابي (4.59)، أما قيمة الوسيط الذي ينصف مشاهدات السلسلة فقد بلغت قيمته (3.82)، بانحراف معياري قدره (1.30)، كما يلاحظ عدم تناظر التوزيع لأن قيمة معامل الالتواء (0.58) يختلف عن الصفر، كما أن معامل التفلطح يختلف عن القيمة

(3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.25> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.

2-سلسلة مؤشر الفساد

الشكل رقم (4. 4): الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الفساد

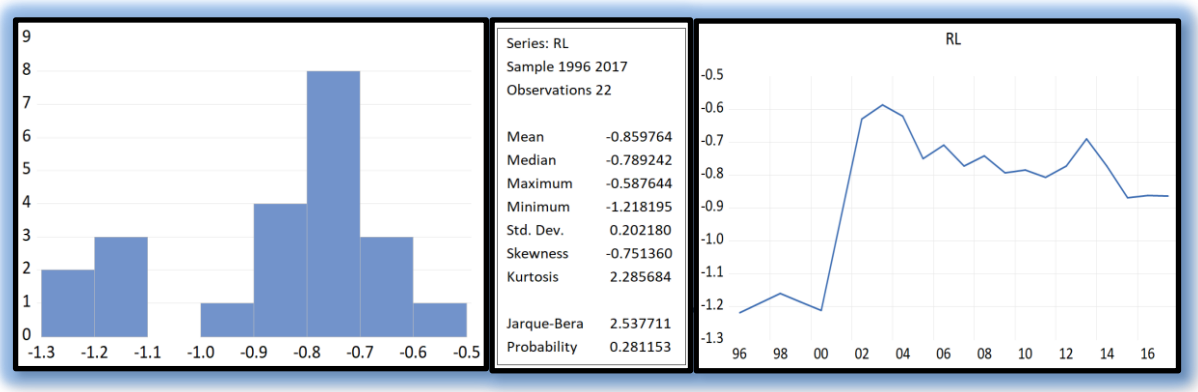


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 4) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر الفساد (cc) سجلت في سنة 2013 حيث قدرت بـ (0.47-) بينما سجل أدنى قيمة له في سنة 2000بـ (0.93-)، وبمتوسط حسابي بـ (0.66-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (0.6-)، وبانحراف معياري قدره (0.15)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.66-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.30> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر الفساد.

3-سلسلة مؤشر سيادة القانون

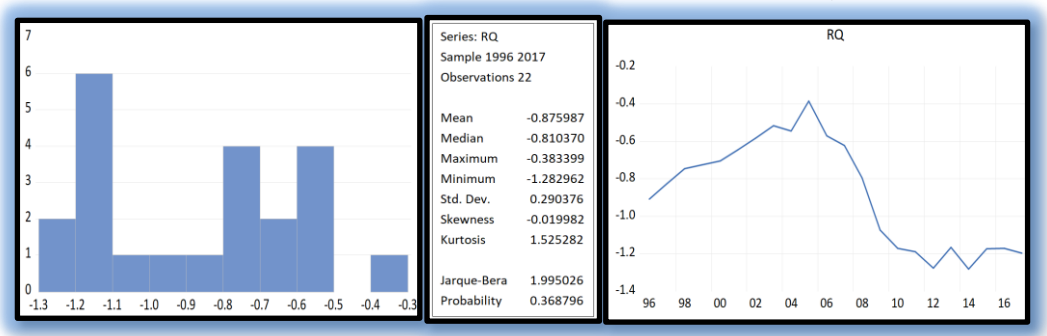
الشكل رقم (4. 5): الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشرسيادة القانون



من خلال الشكل رقم (5.4) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر سيادة القانون (RL) سجلت في سنة 2003 حيث قدرت بـ (0.58-)، بينما سجل أدنى قيمة له في سنة 2000 بـ (1.21-)، وبمتوسط حسابي بـ (0.85-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (0.78 -)، وبانحراف معياري قدره (0.20)،كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.75-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.28> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر سيادة القانون.

4-سلسلة مؤشر الأطر التنظيمية

الشكل رقم (6.4): الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الأطر التنظيمية



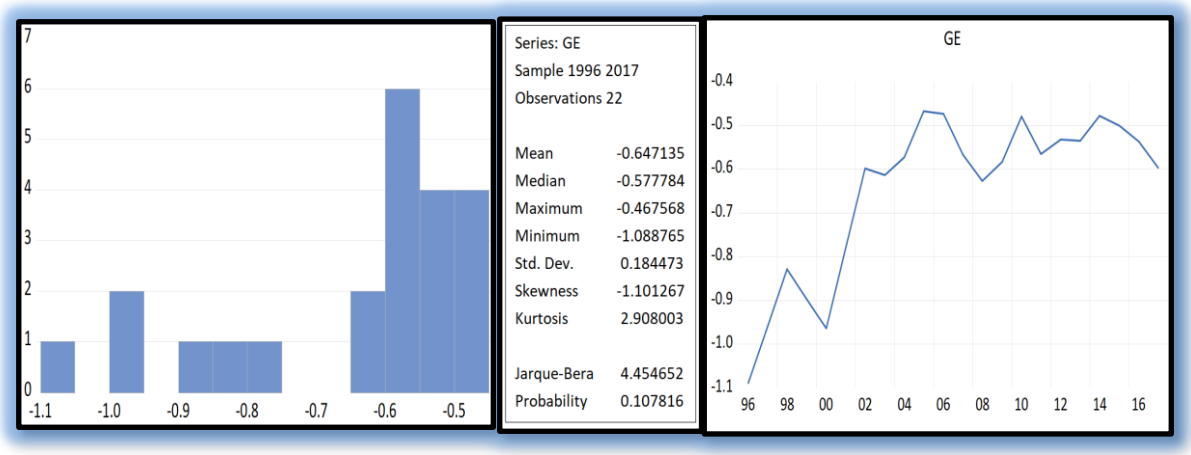
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 6) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر الأطر التنظيمية (RQ) سجلت في سنة 2005 حيث قدرت بـ (0.38-) بينما سجل أدنى قيمة له في سنة 2014 بـ (1.28-)، وبمتوسط

حسابي بـ (0.87-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (0.81-)، وبانحراف معياري قدره (0.29)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.01-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.36> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر الأطر التنظيمية

5-سلسلة مؤشر فعالية الحكومة

الشكل رقم (4. 7): الخصائص الإحصائية لسلسلة لمؤشر فعالية الحكومة

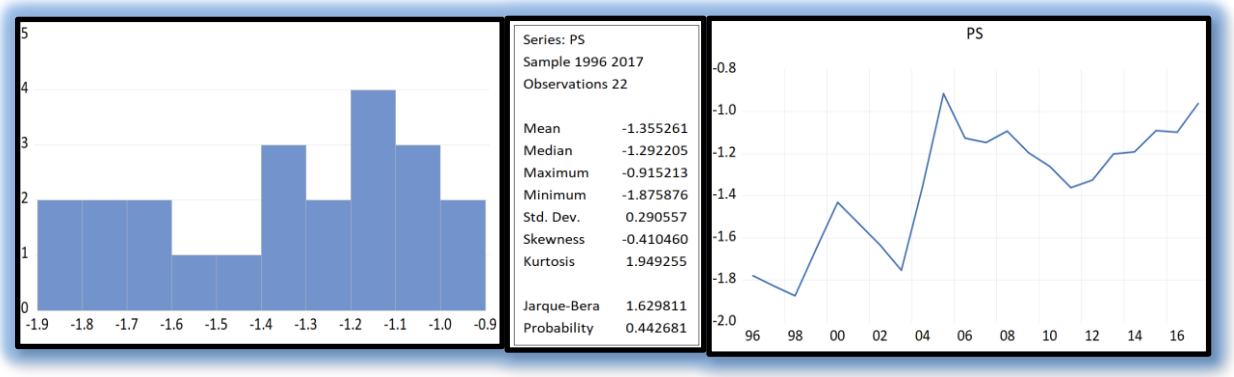


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 7) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر فعالية الحكومة (GE) سجلت في سنة 2005 حيث قدرت بـ (0.46-)، بينما سجل أدنى قيمة له في بداية فترة الدراسة سنة 1996بـ (1.08-)، وبمتوسط حسابي بـ (0.64-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (0.57-)، وبانحراف معياري قدره (0.18)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (1.10-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.10> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر فعالية الحكومة.

6-سلسلة مؤشر الاستقرار السياسي

الشكل رقم (4. 8): الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الاستقرار السياسي

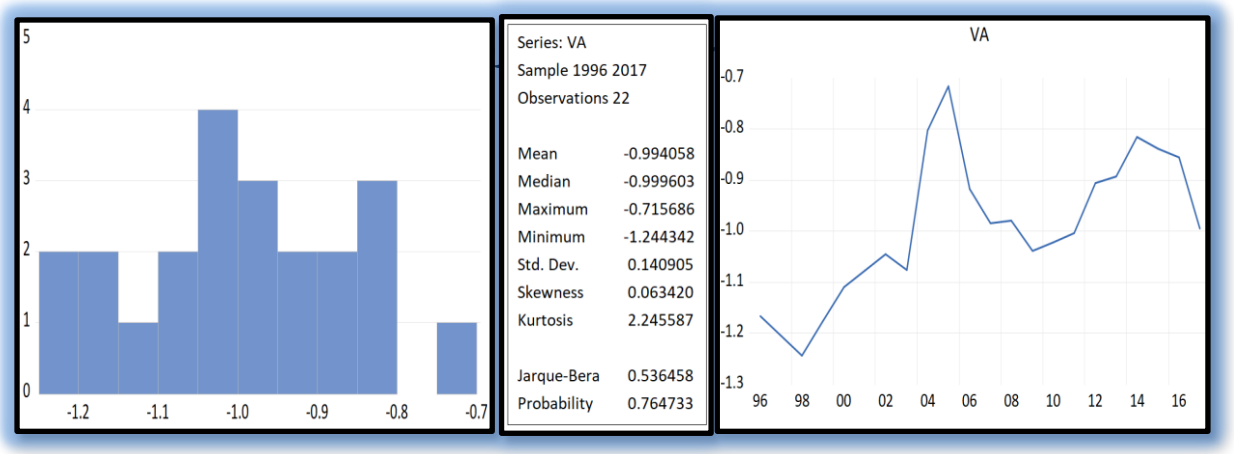


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 8) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر الاستقرار السياسي (PS) سجلت في سنة 2005 حيث قدرت بـ (0.91-) بينما سجل أدنى قيمة له في سنة 1998 بـ (1.87-)، وبمتوسط حسابي بـ (1.35-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (1.29-)، وبانحراف معياري قدره (0.29)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.41-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.44> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر الاستقرار السياسي.

7-سلسلة مؤشر الصوت والمساءلة

الشكل رقم (4. 9): الخصائص الإحصائية لسلسلة مؤشر الصوت والمساءلة

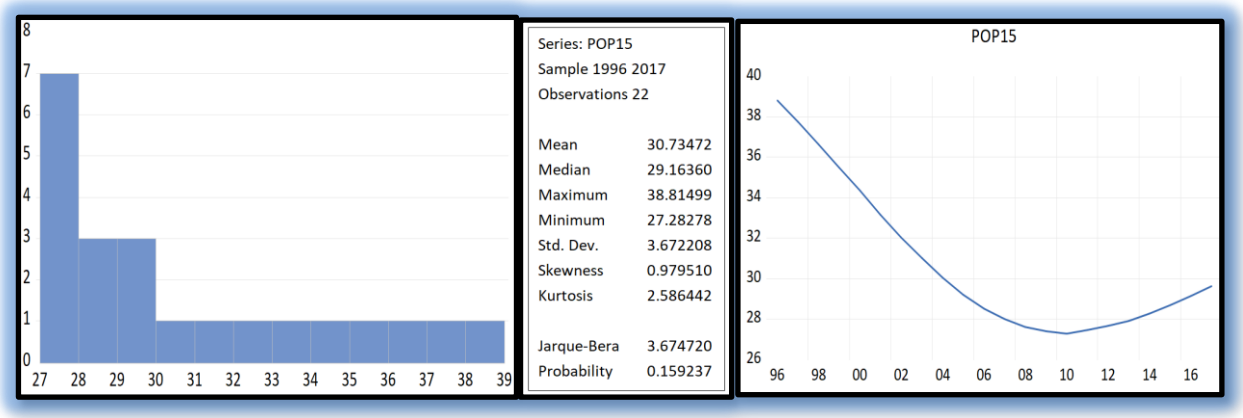


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 9) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر الصوت والمساءلة (VA) سجلت في سنة 2005 حيث قدرت بـ (0.71-)، بينما سجل أدنى قيمة له في سنة 1998 بـ (1.24-)، وبمتوسط حسابي بـ (0.99-)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (0.99-)، وبانحراف معياري قدره (0.14)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.06) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.76> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر الصوت والمساءلة.

8-سلسلة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة

الشكل رقم (4. 10): الخصائص الإحصائية لسلسلة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة

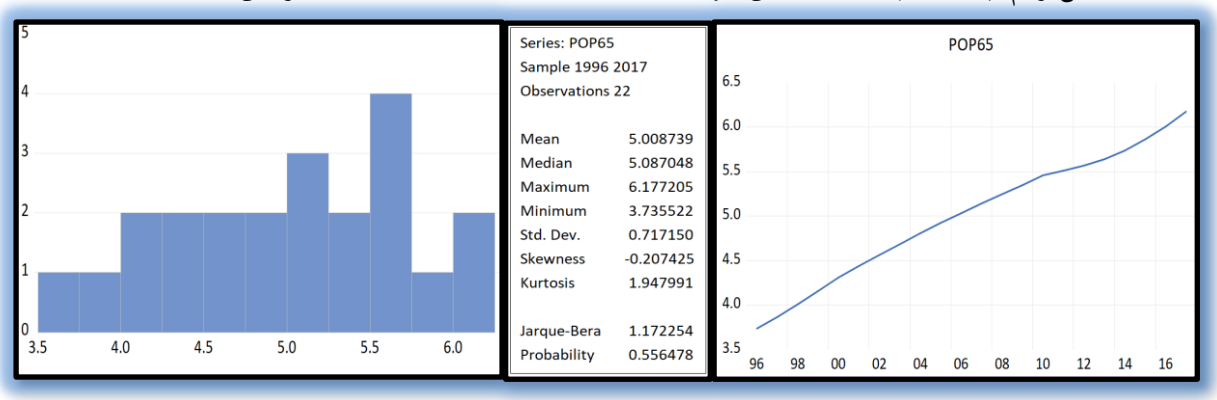


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 10) نلاحظ أنه سجلت أعلى قيمة لنسبة الأطفال الأقل من 15 سنة (POP15) في بداية فترة الدراسة سنة 1996حيث بلغت (38.81)، بينما سجلت أدنى قيمة له في سنة 2010 حيث بلغت (27.28)، في حين بلغ المتوسط الحسابي (30.73)، أما قيمة الوسيط الذي ينصف مشاهدات السلسلة فقد بلغت قيمته (29.16)، بانحراف معياري قدره (3.67)، كما يلاحظ عدم تناظر التوزيع لأن قيمة معامل الالتواء (0.97) يختلف عن الصفر، كما أن معامل التفلطح يختلف عن القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.15> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة.

9-سلسلة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة

الشكل رقم (4. 11): الخصائص الإحصائية لسلسلة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة

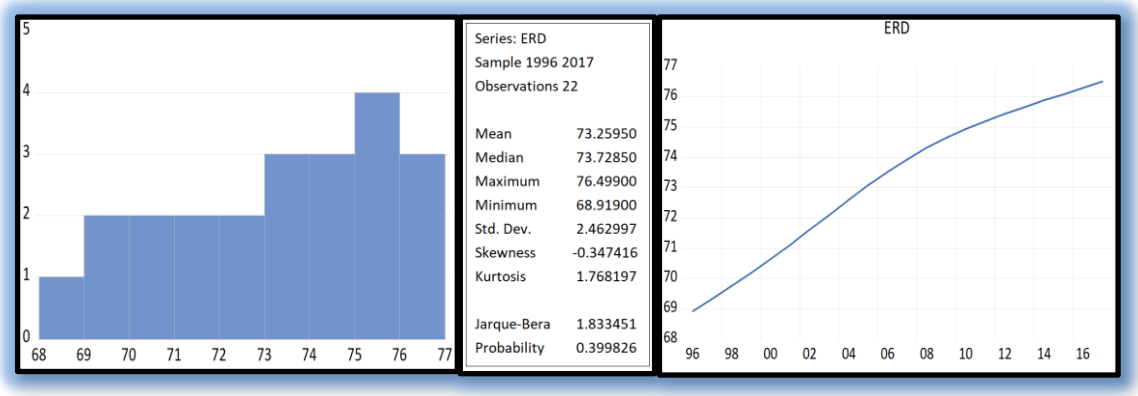


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 11) نلاحظ أنه سجلت أعلى لنسبة السكان الأكثر من 65 سنة (POP65) في نهاية فترة الدراسة سنة 2017حيث بلغت (6.17)، بينما سجلت أدنى قيمة له في بداية الفترة سنة 1996 حيث بلغت (3.73)، في حين بلغ المتوسط الحسابي (5.00)، أما قيمة الوسيط الذي ينصف مشاهدات السلسلة فقد بلغت قيمته (5.08)، بانحراف معياري قدره (0.71)، كما يلاحظ عدم تناظر التوزيع لأن قيمة معامل الالتواء (0.20-) يختلف عن الصفر، كما أن معامل التفلطح يختلف عن القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.55> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة.

10- سلسلة متوسط العمر المتوقع عند الولادة

الشكل رقم (4. 12): الخصائص الإحصائية لسلسلة متوسط العمر المتوقع عند الولادة

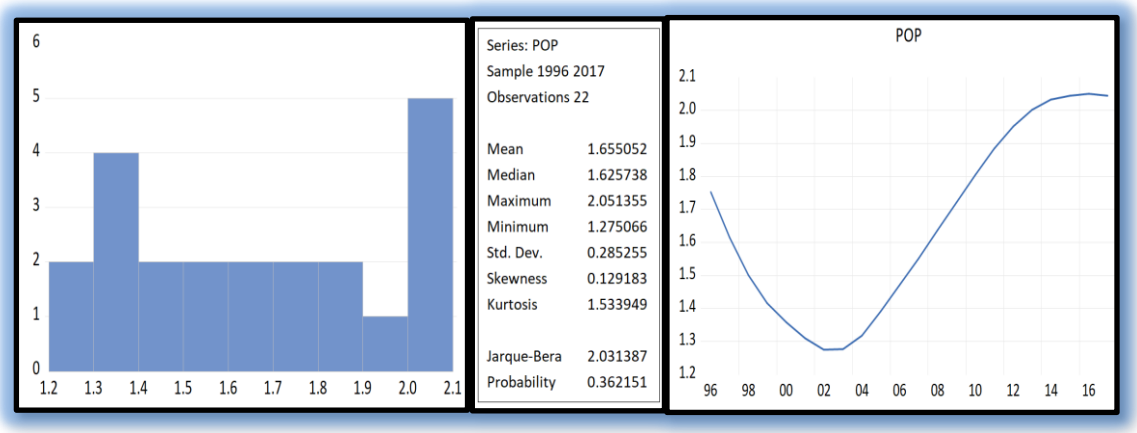


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 12) نلاحظ أنه القيمة الأعلى لمؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة (ERD) سجلت في نهاية فترة الدراسة سنة 2017 حيث قدرت بـ (76.49)، بينما سجل أدنى قيمة له في بداية الفترة سنة 1996بـ (68.91)، وبمتوسط حسابي بـ (73.25)، وقيمة وسيطية مقدرة بـ (73.72)، وبانحراف معياري قدره (2.46)، كما يلاحظ أن معامل الالتواء (0.34-) يختلف عن الصفر وهو دليل على عدم تناظر التوزيع، وكذلك معامل التفلطح أقل من القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.39> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

11- سلسلة مؤشرالنمو السكاني

الشكل رقم (4. 13): الخصائص الإحصائية لسلسلة النمو السكاني



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 13) نلاحظ أنه سجلت أعلى قيمة للنمو السكاني (POP) في سنة 2016 حيث بلغت (2.05) بينما سجلت أدنى قيمة له في سنة 2003 حيث بلغت (1.27)، في حين بلغ المتوسط الحسابي (1.65)، أما قيمة الوسيط الذي ينصف مشاهدات السلسلة فقد بلغت قيمته (1.62)، بانحراف معياري قدره (0.28)، كما يلاحظ عدم تناظر التوزيع لأن قيمة معامل الالتواء (0.12) يختلف عن الصفر، كما أن معامل التفلطح يختلف عن القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.36> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة النمو السكاني.

12-سلسلة النمو إجمالي الناتج المحلي

الشكل رقم (4. 14): الخصائص الإحصائية لسلسلة لنمو إجمالي الناتج المحلي



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

من خلال الشكل رقم (4. 14) نلاحظ أنه سجلت أعلى قيمة لنمو إجمالي الناتج المحلي (GDPg) خلال سنة 2003حيث بلغت (7.20)، بينما سجلت أدنى قيمة في سنة 1997 حيث بلغت (1.10)، في حين بلغ المتوسط الحسابي (3.50)، أما قيمة الوسيط الذي ينصف مشاهدات السلسلة فقد بلغت قيمته (3.40)، بانحراف معياري قدره (1.50)، كما يلاحظ عدم تناظر التوزيع لأن قيمة معامل الالتواء (0.55) يختلف عن الصفر، كما أن معامل التفلطح يختلف عن القيمة (3.00000) مما يوحي أن التوزيع متطاول، أما بالنسبة لإحصائية Jarque-Bera ذات القيمة المنخفضة ومستوى المعنوية المرتفع 0.56> 0.05 والتي تدفعنا إلى قبول فرضية التوزيع الطبيعي لسلسلة نمو إجمالي الناتج المحلي.

المطلب الثاني: تحديد النموذج والمتغيرات

حتى يتسنى لنا فهم سبب التغيرات الحاصلة في الانفاق الحكومي على الصحة كمتغير تابع في الجزائر، نقوم ببناء نموذج قياسي يحدد أثر بعض المتغيرات المستقلة التي لها أثر في الانفاق على الصحة العامة كمتغير التابع، وعليه يمكن عرض النموذج الممثل لهذه الدراسة بالشكل الآتي:

$$g_t = \beta_0 + \sum_{j=1}^{p} \beta_j X_{jt} + \varepsilon_t ; \qquad t = \overline{1996;2017} \qquad j = \overline{1;11}$$

- g_t : وهو المتغير التابع في الدراسة والمتمثل في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي، بعبارة أخرى هو نسبة ما تنفقه الحكومة على الصحة من الناتج المحلي الاجمالي.

- X_{jt} : هي المتغيرات المستقلة والتي تتمثل في مؤشرات الحكم الراشد، إضافة إلى متغيرات متوسط العمر المتوقع عند الولادة، النمو السكاني، نسبة السكان الأكثر من 65 سنة، نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة ونمو إجمالي الناتج المحلي والتي تؤثر في الانفاق على الصحة، وتجدر الإشارة إلى أن اختيار هذه المتغيرات (المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات الاقتصادية) يتوافق وعديد الدراسات التي أخذت بنفس هذه المتغيرات على غرار دراسة (بومعراف،2016)، ودراسة (صاولي وبومعراف،2017)، في محددات الإنفاق الصحي.
- ε_t: هو حد الخطأ الذي يتمثل فيه العديد من العوامل التي لم تدرج في النموذج ومختلف الأخطاء الأخرى.

متغيرات الدراسة وعلاقتها المتوقعة بالانفاق على الصحة: قبل التطرق إلى تحديد أثر المتغيرات المستقلة في المتغير التابع المتمثل الانفاق الحكومة على الصحة نعرض أولا تلك المتغيرات وعلاقتها المتوقعة بالمتغير التابع في الدراسة كالآتي:

- **مؤشرات الحكم الراشد** : وتشمل مؤشرات الحكم الراشد الستة التي قام معهد البنك الدولي بإشراف دانيال كوفمان(Daniel Kaufman) وآخرون بوضعها وهي :

- مؤشر السيطرة على الفساد: منطقيا يمكن القول بأنه كلما كان هذا المؤشر في مستوياته المطلوبة كلما كان أثره في الانفاق على الصحة ايجابا، وذلك بتوجيه المخصصات الانفاقية بشكل فعال وبدون تفريط أو افراط، اما في حالة تدني هذا المؤشر أدى ذلك الى ظهور أثر سلبي في الانفاق على الصحة.
- مؤشر فعالية الحكومة: من خلال هذا المؤشر يمكن الحكم مسبقا أنه كلما كانت الحكومة فعالة بقرراتها وبرامجها كلما أدي ذلك إلى ظهور أثر ايجابي في الانفاق على الصحة.
- مؤشر الاستقرار السياسي: هذا المؤشر من المتوقع أن يكون له أثر ايجابي في الانفاق على الصحة، خاصة في حالة تفاعل كل من السيطرة على الفساد والحكومة الفعالة، أي أن مؤشر الاستقرار السياسي ذو فعالية كبيرة في تحفيز وترشيد الانفاق على الصحة في حالة الايراد السياسية المستقرة والبعيدة عن الفساد.
- مؤشر جودة التشريعات وتطبيقها: كلما كان التشريع ذو جودة ومطبق كلما كان له أثر ايجابي في تحسين كل ماله علاقة بذلك التشريع، والانفاق على الصحة يتأثر بالتشريع ومدى تطبيقه، وبعبارة أخرى كل تحسين في مستوى سيادة القانون الصحي وتطبيق تشريعاته كلما تحسن الصحة ونفقاتها.

- مؤشر سيادة القانون: سيادة القانون تأثر في الانفاق على الصحة، وذلك بمعاقبة المخالفين والمفسدين وهو ما يضمن تسيير غير مخالف للتشريعات وتطبيقها.
- مؤشر الصوت والمساءلة: من المتوقع أن الصوت والمساءلة ذات أثر في الانفاق الحكومي على الصحة، فكلما تحسن هذا المؤشر تحسن الانفاق على الصحة.

- **المتغيرات الديموغرافية:**

- متوسط العمر المتوقع عند الولادة (ERD): نظريا يمكن أن تكون هناك علاقة بين العمر المتوقع والانفاق على الصحة.
- النمو السكاني (POP): النمو السكاني له أثر في الانفاق على الصحة، فزيادة السكان يؤدي إلى زيادة حجم الانفاق على الصحة.
- نسبة السكان الأكثر من 65 سنة ($POP65$): عندما يكبر الشخص يتعرض إلى الكثير من الامراض، وزيادة نسبة الاشخاص كبار السن يؤدي إلى زيادة حجم الانفاق على الصحة، وعليه منطقيا لنسبة السكان تأثير على زيادة النفقات الحكومة على الصحة.
- نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة ($POP15$): الصحة الجيدة للأطفال تستلزم المزيد من الانفاق على الصحة، وعليه كلما زادة نسبة الاطفال سالمي الصحة زاد حجم الانفاق على الصحة، ومنه كلما زادة نسبة الاطفال الاقل من 15 سنة زادة حجم الانفاق الحكومة على الصحة.

- **المتغيرات الاقتصادية:**

نمو إجمالي الناتج المحلي (% سنوياً) (GDP)

و قد تم الحصول على بيانات هذه المؤشرات من قاعدة بيانات البنك الدولي ***(WGI)***.

المطلب الثالث: تقدير النموذج

طريقة التقدير: يتم تقدير معلمات النموذج بإستعمال طريقة المربعات الصغرى العادية OLS والتي تعتبر من أحسن الطرق لتقدير النماذج الخطية لما لها من خصائص BLUE، نظرا لكونها تعتمد على مبدأ تصغير مجموع مربعات الأخطاء إلى حد ممكن، كما سنعتمد على مستوى معنوية 5% سواء فيما يخص المعنوية الاحصائية أو مختلف الاختبارات، وسنعتمد على برنامج الاقتصاد القياسيEviews10 .

الفرضيات التي تعتمد عليها هذه الطريقة:

- المتغيرة العشوائية ε_i تخضع للتوزيع الطبيعي.

- التوقع الرياضي للمتغيرة العشوائية معدوم، أي $E(\varepsilon_i) = 0$ و $V(\varepsilon_i) = \sigma^2$
- انعدام الارتباط الذاتي بين المتغيرات العشوائية، أي$E(\varepsilon_i \varepsilon_j) = 0$ مهما كانت i تختلف عن j.
- عدد المشاهدات n يجب أن يكون أكبر من عدد المعالم المطلوب تقديرها.
- لا توجد اية علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة.

الفرع الأول: تقدير النموذج الأول

من خلال الملحق رقم (10) نتائج تقدير الأولي لنموذج الإنفاق الحكومي الصحي يظهر بأن جميع معلمات المقدرة بما فيها الثابت غير معنوية إحصائيا عند مستوى 5 % كون أن قيمة الاحتمال لمعلمات النموذج أكبر من 0.05، مع وجود ارتباط قوي بين المتغير التابع والمتغيرات المفسرة له كون أن معامل التحديد بلغت نسبته (98.78 %)، وأن للنموذج ككل معنوية إحصائية وتأثيره موضوعي وحقيقي كون أن قيمة الاحتمال لفيشر أقل من 0.05، هذا ما يدل على إمكانية وجود مشكل تعدد خطي بين المتغيرات، ولذلك إرتأينا إلى حذف المتغيرات المسببة له قبل القيام بالدراسة الاقتصادية للنموذج المقدر.

الفرع الثاني: تقدير النموذج الملائم للدراسة وتحليله

بالاعتماد على برنامج(Eviews10) تم تقدير النموذج الملائم للدراسة، حيث تم تحديد أثر كل من متغير السيطرة على الفساد ومتغيرة جودة التشريعات وتطبيقها، ونسبة السكان التي تزيد عن 65 سنة، ونسبة الأطفال الأقل من 15 سنة، ونتائج التقدير موضحة في الجدول أدناه.

الجدول(1.4): نتائج تقدير نموذج الدراسة

Dependent Variable: G
Method: Least Squares
Date: 01/19/20 Time: 22:17
Sample: 1996 2017
Included observations: 22

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-15.12830	1.836347	-8.238259	0.0000
CC	-0.935025	0.438523	-2.132212	0.0479
RQ	-1.747266	0.274523	-6.364723	0.0000
POP15	0.202548	0.036007	5.625311	0.0000
POP65	2.281108	0.205471	11.10184	0.0000

R-squared	0.979970	Mean dependent var	4.670265
Adjusted R-squared	0.975257	S.D. dependent var	1.435831
S.E. of regression	0.225853	Akaike info criterion	0.058853
Sum squared resid	0.867164	Schwarz criterion	0.306817
Log likelihood	4.352622	Hannan-Quinn criter.	0.117265
F-statistic	207.9347	Durbin-Watson stat	1.841800
Prob(F-statistic)	0.000000		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

بعد عملية التقدير والتحديد لأفضل نموذج مُرشح لتفسير التغيرات الحاصلة في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر، وقبل التطرق إلى تحليل نتائج التقدير، نقوم أولا بالاختبارات الإحصائية والقياسية لقبول أو

رفض النموذج لعدم صلاحيته في تحليل أثر المتغيرات المقبولة والمرشحة لتفسير المتغير التابع في المدى البعيد، وبعد عملية التقدير للمعادلة (1) الموضحة في الجدول (1.4) أعلاه و الذي يُمكن اختصار عرض نتائج تقديره كالآتي:

$$g_t = -15.12^{***} - 0.93^{**} CC_t - 1.74^{***} RQ_t + 0.20^{***} POP15_t + 2.28^{***} POP65_t + e_t$$
$$R^2 = 0.97; \quad DW = 1.84; \quad F_C = 207.93$$

$(*);(**);(***)$ تمثل مستوى معنوية المعاملات المقدرة عند القيم $(10\%);(5\%);(1\%)$ على الترتيب.

e_t : تمثل بواقي التقدير ويمكن إيجادها بطرح القيم المقدرة من القيم الحقيقية للمتغير التابع، القيم العشوائية لهذه المتغيرة مهمة جدا من خلالها نختبر وجود مشاكل في النموذج المقدر، لذلك كان هدفنا هو جعل قيم تلك المتغيرة (بواقي التقدير) أقل ما يمكن مع خلو النموذج من مشاكل القياس، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا من خلال تحديد العوامل الأساسية المحددة للإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة (1996-2017).

الاختبارات الإحصائية للنموذج:

يتم اختبار صلاحية النموذج من الناحية الإحصائية وذلك من خلال اختبار المعنوية الإحصائية لمعلمات النموذج المقدرة، من خلال اختبار ستيودنت، وفي مرحلة ثانية يتم اختبار المعنوية الكلية للنموذج عن طريق معامل التحديد لمعرفة القدرة التفسيرية للنموذج وكذلك اختبار فيشر للكشف عن جودة النموذج.

أ- **اختبار المعنوية الفردية لمُعاملات النموذج المُقدر:** من خلال نتائج التقدير الموجودة في الجدول رقم (1.4) تتضح المعنوية الفردية للمعاملات المقدرة، وهو ما تؤكده قيمة الاحتمال التي تقل عن 0.05 بالنسبة لجميع معاملات المتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج، هذه المعنوية تدل على وجود أثر معنوي للمتغيرات المستقلة في تحديد تغيرات المتغير التابع في الأجل الطويل.

ب- **اختبار المعنوية الكلية للنموذج:** بالاعتماد على اختبار فيشر في الجدول رقم (1.4) يتبين بأن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى معنوي 5 بالمائة، وهو ما تؤكده قيمة الاحتمال التي تقل عن 0.05 وعليه نقبل الفرض القائل بأن النموذج مقبول كليا، أي أن المتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج لديها تأثير في المتغير التابع.

ت- **تحليل القوة التفسيرية للنموذج:** من خلال الجدول أعلاه رقم (1.4) يتضح بأن معامل التحديد تزيد قيمته عن (0.9799) وهي قيمة تدل على أن المتغيرات المدرجة في النموذج تفسر التغيرات الحاصلة في المتغير التابع بما قيمته 97.99 بالمائة وتبقى 2.01 بالمائة أثر متغيرات أخرى لم تدرج في النموذج،

كذلك معامل التحديد المعدل والذي كانت قيمته تساوي(0.9752) وهي قريبة من الواحد، وهذا ما يدل على أهمية المتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج كمتغيرات تساهم بأكثر من 97.52 بالمائة في تغير الانفاق الحكومي على الصحة.

ث- **اختبار وجود مشاكل القياس في النموذج:** هذه المرحلة مهمة جدا في دعم أو رفض التحليل السابق والتحليل اللاحق بأكمله، ففي حالة وجود مشاكل القياس يعنى بأن النموذج يعاني من مشاكل تظلل النتائج الموجودة في الجدول أعلاه، لذلك نقوم باختبار وجود مشاكل أو عدم وجودها من خلال اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء، واختبار عدم ثبات تباين الأخطاء، واختبار التوزيع الطبيعي للبواقي، بينما تدل نتائج التقدير على عدم وجود مشكلة تعدد خطي لان معاملات المقدرة أبدت معنوية إحصائية.

اختبار وجود مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء: حتى يكون النموذج خال من مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء يجب أن يكون التوقع بين حدود الخطأ لا يختلف معنويا عن الصفر أي أن: $E(\varepsilon_i, \varepsilon_j) = 0; \forall i \neq j$، و توجد عدة اختبارات إحصائية تختبر مشكل الارتباط الذاتي للأخطاء منها اختبار "***Durbin-Watson***" واختبار "***Breusch-Godfrey***".

- من خلال القيمة المحسوبة لاختبار"*Durbin-Watson*"الموضحة في الجدول أعلاه رقم (1.4) نلاحظ بأن قيمته المحسوبة قدرت بـ (1.84) وهي قيمة قريبة من القيمة 2 مما يدل على عدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي للأخطاء في النموذج.
- ومن أجل تأكيد النتيجة أكثر واختبار وجود مشكلة الارتباط الذاتي من الدرجة الثانية نقوم باختبار وجود هذا المشكل بالاعتماد على اختبار"***Breusch-Godfrey***"الذي يعتمد على إحصائية ***LM*** التي تتبع توزيع χ^2 بدرجة حرية تساوي(***p=2***) وهي عدد المعاملات المقدرة في نموذج انحدار بواقي التقدير على البواقي ذات فترتين للإبطاء كما يلي:

$$e_t = \rho_1 e_{t-1} + \rho_2 e_{t-2} + \mu_t$$

حيث أن: $\mu_t \rightarrow BB(0, \sigma^2)$ هو تشويش أبيض ذو متوسط قيمته (0) وتباينه ثابت.

وتحسب إحصائية ***LM*** بالعلاقة الآتية:

$$LM = (n-p) * R^2 \rightarrow \chi^2(p)$$

R^2 هو قيمة معامل التحديد بعد تقدير النموذج التالي:

$$e_t = f(X, e_{t-p}, \mu_t).....(.2)$$

الجدول (2.4): اختبار وجود مشكلة الارتباط الذاتي من الدرجة الثانية

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:			
F-statistic	0.741743	Prob. F(2,15)	0.4930
Obs*R-squared	1.979963	Prob. Chi-Square(2)	0.3716

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

يوضح الجدول رقم (2.4)ويؤكد على عدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء في النموذج، وذلك لان قيمة الاحتمال بالنسبة لاختبار ***F*** و ***LM*** تزيد عن 0.05 وعليه نقوم بقبول فرضية عدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء في النموذج المقدر.

اختبار وجود مشكلة عدم ثبات التباين: الجدول أدناه رقم (3.4) يختبر وجود مشكلة عدم ثبات التباين باستخدام اختبار(*ARCH*) حيث تبين نتائج هذا الاختبار بأنه لا يوجد مُشكل عدم تجانس التباين وهو ما تؤكده قيمة الاحتمال التي تزيد عن 0.05 بالنسبة لكل الإحصاءات المحسوبة في الجدول أدناه.

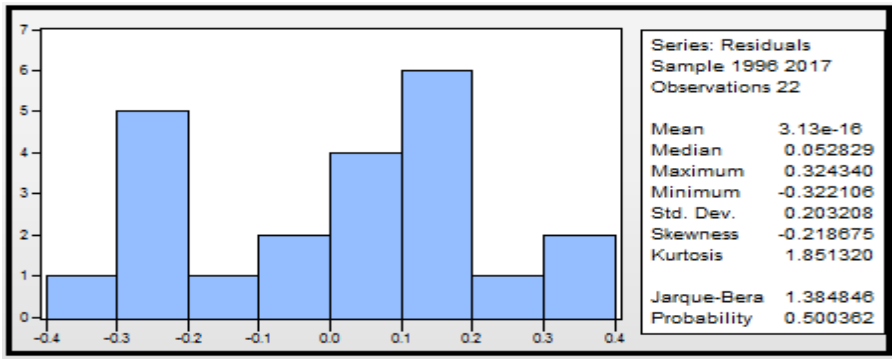
الجدول(3.4): اختبار وجود مشكلة عدم تجانس التباين

Heteroskedasticity Test: ARCH			
F-statistic	0.237313	Prob. F(1,19)	0.6317
Obs*R-squared	0.259057	Prob. Chi-Square(1)	0.6108

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي: من بين فرضيات الانحدار هو أن سلسلة البواقي ذات توزيع طبيعي، ولتحقق من شرط التوزيع الطبيعي للبواقي يكون باستخدام اختبار(***Jarque-Bera***)، ومن خلال الشكل (**15.4**) أدناه وجد أن نتيجة الاختبار كانت غير معنوية، حيث نلاحظ أن القيمة الإحصائية الاحتمالية أكبر من 0.05، وهذا يدعم صحة فرض إتباع بواقي معادلة الانحدار التوزيع الطبيعي بدرجة ثقة 95%، وعليه من خلال هذا الاختبار يتحقق الفرض الثالث لاستعمال طريقة المربعات الصغرى العادية والشكل أدناه يوضح ذلك:

الشكل(15.4): اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

اختبار مشكلة التعدد الخطي:

نستخدم اختبار معامل التضخم (VIF) للكشف عن مشكلة التعدد الخطي(الارتباط بين المتغيرات المستقلة) من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول أدناه جدول رقم (4.4) نجد أن قيمة المعامل (VIF) للمتغيرات المستقلة هي أقل من 10 وعليه نحكم بعدم وجود مشكلة التعدد الخطي.

الجدول(4.4): اختبار مشكلة التعدد الخطي

Variance Inflation Factors
Date: 01/28/20 Time: 14:55
Sample: 1996 2017
Included observations: 22

Variable	Coefficient Variance	Uncentered VIF	Centered VIF
C	3.372170	1454.387	NA
CC	0.192303	37.95536	1.811809
RQ	0.075363	27.55772	2.616065
POP15	0.001296	535.3898	7.197546
POP65	0.042218	465.7421	8.938993

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

. تحليل النتائج:

بعد قبول النموذج إحصائيا وقياسيا نقوم في هذه المرحلة بتحليل وتحديد أثر كل مؤشر جودة التشريعات وتطبيقها، مؤشر السيطرة على الفساد، نسبة السكان الأكثر من 65 سنة، ونسبة السكان الأقل من 15 سنة في المتغير التابع المتمثل في انفاق الحكومة على الصحة، والتي نعرضها كالآتي:

- بالنسبة (***POP65***): من خلال نتائج جدول التقدير الموضحة في الجدول رقم (1.4)، نلاحظ التأثير الكبير لمتغيرة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة، إذ إن زيادة في نسبة السكان الأكثر من 65 سنة

بنسبة 1% تؤدي إلى زيادة في الإنفاق على الصحة بحوالي 2.28% ، ويمكن تفسير ذلك بأن الزيادة في نسبة المسنين في الجزائر ينعكس أثره في زيادة الانفاق الحكومي على الصحة، خاصةً وأن الأشخاص المسنين يكونون عرضة لمختلف الأمراض، وبالتالي من الطبيعي أن يكون أثر هذه المتغيرة موجبا وكبير في انفاق الحكومة على الصحة في ظل سياسة دعم الرعاية الصحية التي تنتهجها الجزائر.

- بالنسبة (***POP15***): أما فيما يخص نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة فيتضح من خلال نتائج التقدير الموضحة في الجدول رقم (1.4)، تأثير(***POP15***)في الإنفاق على الصحة، الذي جاء بمعنوية إحصائية عالية، حيث إن زيادة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة بنسبة 1% تؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة بحوالي0.20 % ، وهي نسبة ضعيفة مقارنة بمتغيرة (نسبة السكان الأكثر من 65 سنة)، غير أنها ذات أثر موجب يساهم في زيادة نفقات الحكومة على الرعاية الصحية، ويمكن تفسير هذا الأثر بتمتع هذه الفئة بالصحة الجيدة، مقارنة بأثر الفئة العمرية الأكثر من 65 سنة، ولعل أن مصدر ذلك الأثر مرتبطة بزيادة عدد الأطفال من سنة لأخرى واللقاحات التي تعطى للأطفال عبر مختلف الفترات اللقاح.
- بالنسبة (***RQ***): أما فيما يتعلق بمؤشر جودة التشريعات وتطبيقها فقد بينت نتائج التقدير الموضحة في الجدول رقم (1.4) وجود أثر عكسي ذا معنوية عالية جدا، حيث أن ارتفاع جودة التشريعات وتطبيقها بنسبة 1% تؤدي إلى الانخفاض في الإنفاق على الصحة بأكثر من 1.74% ، ويمكن تفسير أثر العلاقة العكسية لمؤشر جودة التشريعات وتنظيمها في الانفاق الحكومي الصحي إلى شقين، الشق الأول متعلق بجودة التشريعات، والشق الثاني متعلق بتطبيق تلك التشريعات، فبافتراض وجود جودة مقبولة للتشريعات، إذن سبب الأثر السالب على الانفاق الصحي هو سوء تطبيق تلك التشريعات، غير أن حقيقة الأثر السالب هو التفاعل بين جودة التشريعات وتطبيق تلك التشريعات، ومفعلها متمثل في العنصر البشري المسؤول عن ضعف تطبيق تلك التشريعات، وهذا كله ما يعكس انجذاب هذا المؤشر نحو المستويات التي تظهر وجود ذلك الأثر السالب في انفاق الحكومة على الصحة.
- بالنسبة(***CC***): أما فيما يتعلق بمؤشر السيطرة على الفساد فقد بينت نتائج التقدير الموضحة في الجدول رقم (1.4) وجود أثر معنوي وسلبي في الإنفاق على الصحة، حيث إن تحسن مؤشر السيطرة على الفساد بنسبة 1% تؤدي إلى انخفاض في الإنفاق على الصحة بحوالي0.93%، وهي نسبة معتبرة من خلالها نفهم بأن متغيرة الحكم الراشد المتمثلة في السيطرة على الفساد(***CC***) ذات أثر مهم في المتغير التابع، ويمكن تفسير الأثر السلبي بأن السيطرة على الفساد يساعد بشكل كبير على تقليل من مظاهر

اختلاس، السرقة، الرشوة وابتزاز في تسيير أموال الصحة، ومن ثم توجيه النفقات على الصحة بشكل يوفر من حجم تلك النفقات، فالأموال المنفقة على الصحة ظاهريا والمختلسة حقيقةً تكبحها قوة السيطرة على الفساد، فتوجه تلك الأجزاء المنهوبة من النفقات إلى إنفاقها حقيقة على الصحة، هذا كله يساهم في ظهور الأثر السالب للسيطرة على الفساد في الانفاق على الصحة من خلال توفير أجزاء من النفقات كانت سابقا وعاؤها الاختلاس والفساد.

- الثابت: قيمة هذا الحد الثابت توضح قيمة المتغير التابع في حالة افتراض بأن المتغيرات المفسرة للمتغير التابع مساوية للصفر، حيث قدرت قيمتها بـ (15.12-) الموضحة في الجدول رقم (1.4) غير أن إشارتها مخالفة للتوقعات ولكن يمكن أن تكون تلك الإشارة تعبر على الوضع الحقيقي للنفقات على الصحة في الجزائر خاصة وان هذا القطاع لديه تمويل شبه كامل من جيب الحكومة.

خلاصة:

إن الهدف من هذا الفصل هو قياس تأثير مؤشرات إدارة الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)، قمنا في البداية بعرض لبعض الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية المتعلقة بمواضيع الحكم الراشد والإنفاق الحكومي الصحي، وبعد عرض الدراسات السابقة وموقع الدراسة من الدراسات السابقة، قمنا باستخدام طريقة التحليل بالمركبات الأساسية (*ACP*) على مجموعة من المتغيرات، وذلك من أجل معرفة أكثر المتغيرات المرتبطة مع متغير الإنفاق على الصحة، وآخيرا اعتمدنا إلى الدراسة القياسية وذلك باستخدام أسلوب من أساليب الاقتصاد القياسي المتمثل في الانحدار الخطي المتعدد، حيث تمثل المتغير التابع في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي أما المتغيرات المستقلة فتمثلت في المتغيرات الستة المتعلقة بمؤشرات الحكم الراشد وهي مؤشر حرية التعبير عن الرأي والمساءلة، مؤشر الاستقرار السياسي، مؤشر الأطر التنظيمية، مؤشر فاعلية الحكومة، مؤشر حكم القانون، ومؤشر مكافحة الفساد، إضافة إلى المتغيرات الديمغرافية النمو السكاني، نسبة السكان الأكثر من 65 سنة، نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة، متوسط العمر المتوقع عند الولادة، والمتغيرات الاقتصادية نمو إجمالي الناتج المحلي، والتي تؤثر في الإنفاق على الصحة، وبالاعتماد على طريقة المربعات الصغرى العادية OLS لتقدير النموذج القياسي الملائم للدراسة وتقدير معلماته واختباره إحصائيا وقياسيا، ليتم في الأخير تحليل أهم النتائج المتحصل عليها حيث وجد أن كل من مؤشري السيطرة على الفساد وجودة التشريعات وتطبيقها يؤثر سلبا في الإنفاق على الصحة، أما فيما يخص متغير نسبة السكان الأكثر من 65 سنة ومتغير نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة فكان تأثيرهما إيجابي في الإنفاق على الصحة

الخاتمة

خاتمة:

تحتل النفقات العامة أهمية بالغة في الاقتصاد لأي دولة، إذ تعد عاملا أساسيا ومهما للنهوض بأي قطاع، وتعتبر أداة مهمة من أدوات السياسة المالية لتدخلها في جميع الميادين، حيث تقوم بالإنفاق على قطاعات ومجالات مختلفة، سعيا منها لتحقيق أهدافها الإقتصادية والإجتماعية.

ويعد قطاع الصحة من المجالات التي توليها الدول لما له أهمية على الاقتصاد والمجتمع ككل، فإن هذه الدول تسعى جاهدة إلى الإنفاق في هذا القطاع، وذلك من أجل تطويره.

وتعتبر الجزائر من الدول التي تولي إهتمام كبير بإنفاق على قطاع الصحة، إذ تخصص ميزانيات ضخمة من أجل تحسين مردود هذا القطاع، غير أنه وبالرغم من الجهود التي توليها الدولة لهذا القطاع عبر ما تخصصه من مبالغ مالية هامة، ما زال يحتل المراتب الأخيرة ضمن تصنيفات منظمة الصحة العالمية، وهو ما يؤكد حالة الجمود التي يعاني منها القطاع، والتي وجب تجاوزها بانتهاج إصلاح شامل للنظام الصحي، يجعل من الإنفاق عليه أكثر توافقا مع طبيعة المشكلات الصحية الموجودة بما قد يساهم في تحقيق هدف أساسي وجوهري ألا وهو التنمية الاقتصادية الشاملة، ومن أجل التحكم في هذا الانفاق برز مفهوم الحكم الراشد، والذي يشكل أهم الموضوعات التي تستقطب اهتمام الدول (الجزائر) في الوضع الراهن حيث أصبح أولوية وطنية وإستراتيجية، ومرد ذلك يعود للحاجة الماسة والمتنامية للمكافحة أو التقليص من ظاهرة الفساد التي تنخر جميع القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية منها، باعتباره يساعد على الاستخدام الفعلي للموارد المالية وحسن استغلالها، عن طريق محاربة الفساد بكل أنواعه وأشكاله وتعزيز قيم التمثيل والمسائلة في إدارة الأموال العامة.

ويمكن القول إن الحكم الراشد هو من أهم أسباب تحقيق التنمية المستدامة في المجتمعات الحديثة، كما يمثل في المجال الاقتصادي الكفاءة في استغلال الطاقات وحسن استخدام وتخصيص الموارد الاقتصادية والعقلانية في توجيه الموارد البشرية، وذلك لما يوفره من بيئة ملائمة وسليمة عن طريق آليات سياسية من سيادة القانون والشفافية والمساءلة والمشاركة .

وسعت هذه الدراسة إلى تحليل قياس أثر مؤشرات الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر خلال الفترة (1996-2017)، وبغرض الوصول إلى إجابات لإشكالية البحث تم تقسيم هذه الأطروحة إلى أربعة فصول، فصلين نظريين وفصلين تطبيقيين. خلال الفصل الأول قمنا بالتعرف على الإطار النظري للحكم

الراشد من خلال مقاربة معرفية مفاهيمية للحكم الراشد حيث تناولنا مفهوم الحكم الراشد من خلال نشأة وتطور والمفهوم، وأبعاده الأساسية، بالإضافة إلى التعرض إلى مختلف الأطراف الفاعلة فيه، وأهم مبادئه حيث تستند هذه المقاربة المفاهمية إلى معيارين أساسين واللذان يشكلان جوهرها هما مؤشرات الحكم الراشد وآليات تفعيله فالمؤشرات تشتمل على المساءلة، الاستقرار السياسي، فاعلية الحكومة، سيادة القانون، محاربة الفساد، أما آليات تفعيله فتضمن على المشاركة، الشفافية، المساءلة، والكفاءة لكل هذه المعايير تقوي مفهوم الحكم الراشد. وللحكم الراشد أبعاد تتنوع بين أبعاد اقتصادية وسياسية واجتماعية وإدارية.

وفي الفصل الثاني فتم الإلمام بالجانب النظري من خلال إبراز المفاهيم الأساسية حول النظام الصحي ثم تطرقنا إلى أهدافه ووظائفه ومكوناته وصولا إلى محدداته وأهم العوامل المؤثرة فيه، ثم لجأنا إلى الإنفاق الحكومي وإبراز مختلف العناصر المكونة له، تقسيماته، أسباب زيادة النفقات العامة، وأخيرا عرضنا ماهية الإنفاق الحكومي الصحي انطلاقا من عدة تعاريف وخلصنا إلى أن الإنفاق الحكومي الصحي يعد مطلبا أساسيا لتقديم الخدمات الصحية من أجل إدامة الحياة، لننتقل بعدها إلى أنواع النفقات الصحية ومقاييس الإنفاق الصحي، وبعدها أهمية الإنفاق الحكومي الصحي، بالإضافة إلى أهم العوامل المحددة للإنفاق الحكومي الصحي وأثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي.

أما الفصل الثالث فخصصناه لتحليل واقع مؤشرات الحكم الراشد وإنفاق حكومي الصحي في الجزائر، إذ تناولنا في البداية تطورات مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر خلال الفترة 1996-2017، وبعدها عرضنا عرض موجز لتطور المنظومة الصحية في الجزائر ومصادر تمويلها، لنقوم بعدها التطرق إلى ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية من خلال دراسة تحليلية لأهم الجداول والرسومات المستخرجة من برنامج Excel، وكذلك تطرقنا إلى تطور نفقات التسيير ونفقات التجهيز لقطاع الصحة.

أما في الفصل الرابع فقد خصص للدراسة التطبيقية لما جاء في الفصل النظري، بالإضافة إلى أهم الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الموضوع في هذا الفصل التي من خلالها قمنا بإختيار مجموعة من المتغيرات التي تؤثر كذلك في الإنفاق على الصحة، وبغية ذلك قمنا باستخدام طريقة التحليل بالمركبات الأساسية (*ACP*) وذلك من أجل معرفة أكثر المتغيرات المرتبطة مع متغير الإنفاق على الصحة، وختم هذا الفصل بمبحث ثالث بدراسة قياسية لمتغيرات الدراسة من خلاله تم تقدير النموذج الملائم للدراسة، وفيه فسرت نتائج التقدير.

اختبار فرضيات البحث

من خلال الفرضيات السابقة نستنتج مايلي:

- الفرضية الثانية التي تعبر بأن واقع المؤشرات الست للحكم الراشد في الجزائر تتصف بالضعف والتدهور، فقد تم التأكد من صحتها من خلال الفصل الثالث، بحيث تطرقنا إلى واقع مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر من خلال معطيات مؤشرات الستة للحكم الراشد التي تصدر كل سنة عن البنك الدولي التي بينت بأن القيم السلبية لجميع المؤشرات خلال سنوات الفترة الممتدة من عام 1996 إلى عام 2017 لم تتجاوز خط الوسيط العالمي المقدر بصفر دلالة على تدهور هذه المؤشرات، وكان ذلك راجع في أساس لعدة أسباب أهمها تفشي مظاهر البيروقراطية ، الرشوة، الفساد، سوء التسيير، واختلاس المال العام.
- الفرضية الثالثة التي تنص على أن المنظومة الصحية الجزائرية مرت بعدة مراحل منذ الاستقلال عرفت من خلالها عدة تطورات وإنجازات هيكلية من خلال الإنفاق الصحي الموجه إليها. ، فقد تم التأكد من صحتها من خلال الفصل الثالث، بحيث تطرقنا فيه إلى المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال والتي مرت بمراحل تاريخية حيث من خلالها سجلت إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن، وهذا كله راجع إلى المبالغ المالية الضخمة التي توجه إلى هذا القطاع.
- الفرضية الرابعة التي تفترض على أن المتغيرات الديموغرافية تعد أهم المتغيرات المؤثرة في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر، يتم قبولها، وما يؤكد ذلك على الرغم من تعدد المتغيرات، إلا أن الدراسة أظهرت من خلال نتائج جدول التقدير أن المتغيرات الديموغرافية والممثلة في الفئات العمرية الأقل من 15 سنة، وأكثر من 65 سنة ، هي المحددات الموضوعية الأكثر معنوية في الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر.

نتائج الدراسة

أولا: الجانب النظري

- تحكم العديد من الظروف السياسية، الاقتصادية، والاجتماعية في بروز الحكم الراشد إلى الواقع، وعدم التطابق بين عوامل ظهوره في العالم، وبالتالي أدى إلى تنوع وإختلاف تعاريفه، وهذا حسب اهتمام واختصاص مجال البحث، بالتركيز على الجانب المؤسساتي والإداري لدى البنك الدولي.
- الحكم الراشد هو العامل المهم الذي بإستطاعته إحداث التوازن بين الفواعل الثلاثة (الدولة، القطاع الخاص، المجتمع المدني) قصد تحقيق تنمية اقتصادية شاملة ومستدامة.
- الحكم الراشد هو عبارة عن جملة من العمليات والآليات المعتمدة في ممارسة السلطات السياسية والاقتصادية والاجتماعية داخل المجتمع والدولة، وذلك من خلال الاعتماد على المساءلة والعدالة والمحاسبة وحكم القانون، في مقابل وجود علاقة متكاملة ومتكافئة بين عناصر الحكم الراشد (الدولة، القطاع الخاص، المجتمع المدني).
- يعتبر الحكم الراشد ضروريا في ممارسة السلطة السياسية وفي تكامل وظائف الدولة مع مؤسساتها الرسمية وغير الرسمية (مؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص) بحيث تقوم بتقديم الخدمات بيسر وسهولة وتساعد في رفع مستوى الدخل الفردي، وتحقق الرفاه
- يساعد الحكم الراشد في إقامة دولة القانون وترسيخ الممارسة الديمقراطية.
- إن الحكم الراشد يضمن حقوق المواطنين وحرياتهم، ويجعل الحكومة تسير بشكل جيد ومقبول دون الحاجة إلى العنف، ويقلل مستويات الفساد.
- مؤشرات الحكم الراشد الستة التي أصدرها البنك الدولي والمتمثلة في مؤشر حرية التعبير عن الرأي والمساءلة، مؤشر الاستقرار السياسي، مؤشر الأطر التنظيمية، مؤشر فاعلية الحكومة، مؤشر حكم القانون، ومؤشر مكافحة الفساد، تعتبر واحدة من أفضل مقاييس جودة الحكم.

- كل مؤشر من مؤشرات الحكم الراشد يرتكز على قياس موضوع من مواضيع الحوكمة.

- إن الزيادة الحقيقية في حجم الإنفاق الحكومي (للنفقات العامة) ترجع إلى أسباب متعددة وهي أسباب اقتصادية، اجتماعية، سياسية، إدارية، ومالية.

ثانيا: الجانب التحليلي

- أسباب ضعف نتائج مؤشرات الحكم الراشد في الجزائر عديدة، من بينها الأسباب الاقتصادية فهي كثيرة أهمها استمرار انتشار الرشوة والفساد والبيروقراطية وكذا انتشار الفقر والبطالة، بالإضافة إلى الأسباب السياسية من بينها عدم الاستقرار.
- الاسترجاع النسبي لعامل الاستقرار السياسي، انعكس نسبيا على تحسن الوضع العام في البلاد.
- نمو وانتشار ظاهرة الفساد بقيت على حالها، بالرغم من وضع قانون مكافحة الفساد، غير أن ذلك لا تكون له الفعالية الحقيقة ما لم يرفق بإرادة سياسية تتجاوب حقيقة مع مبادئ الحكم الراشد.
- تواجه المنظومة الصحية في الجزائر العديد من القيود التي تعوق عملية تطويرها من أجل تحقيق تنمية صحية مستدامة رغم أنها سخرت العديد من الموارد منذ الاستقلال مع ذلك لم تتمكن من تحقيق الأهداف المرجوة والمسطرة.
- تبين من خلال تحليل الانفاق الصحي نسبة للموازنة العامة أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يؤكد هذه الأهمية هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية والأهمية في الجزائر.
- تطور المنشآت الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق الحكومي الصحي.
- لا تزال نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي متواضعة، رغم زيادة هذا الأخير في السنوات الأخيرة.
- ساهمت برامج الإنفاق العام 2001-2014 في إعادة إنعاش الاقتصاد الوطني وتحسين معدلات النمو والتي اقتصرت على قطاع الصحة نتيجة لضخامة البرامج الموجهة لهذا القطاع والذي ساهم في عودة الانتعاش للقطاع الصحي.

ثالثا: الجانب التطبيقي

- **نتائج خاصة بتحليل علاقات الأثر**

أفرزت النتائج الخاصة بعلاقات الأثر ما بين متغيرات الحكم الراشد ممثلة بمتغيراتها المستقلة السالفة الذكر من جهة والمتغيرات الوسيطية من جهة الممثلة وبين متغير الانفاق الحكومي بشكل عام من جهة أخرى مايلي:

- النموذج الأول المعتمد في الدراسة وباستخدام جميع المتغيرات المستقلة لم يكن ملائم .
- أما النموذج النهائي الملائم الذي تم اعتماده تمثل في متغيرات كل من متغير السيطرة على الفساد ومتغيرة جودة التشريعات وتطبيقها، ونسبة السكان التي تزيد عن 65 سنة، ونسبة الأطفال الأقل من 15 سنة
- يرتبط مؤشر جودة التشريعات وتطبيقها بعلاقة عكسية معنوية إحصائيا مع الإنفاق على الصحة.
- يرتبط جودة التشريعات وتطبيقها بعلاقة عكسية معنوية إحصائيا مع الإنفاق على الصحة.
- ترتبط متغيرة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة بعلاقة موجبة معنوية إحصائيا مع الإنفاق على الصحة. إذ إن زيادة في نسبة السكان الأكثر من 65 سنة بنسبة 1% تؤدي إلى زيادة في الإنفاق على الصحة بحوالي 2.28%
- ترتبط متغيرة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة بعلاقة موجبة معنوية إحصائيا في الإنفاق على الصحة، حيث إن زيادة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة بنسبة 1% تؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة بحوالي0.20 %.
- مؤشرات الحكم الراشد الممثلة في (جودة التشريعات وتطبيقها وجودة التشريعات وتطبيقها)، والمتغيرات الديموغرافية الممثلة في (متغيرة نسبة السكان الأكثر من 65 سنة، متغيرة نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة) تعد من المتغيرات تؤثر في الإنفاق على الصحة في الجزائر، وتبين ذلك من خلال القيمة المتحصل عليها لمعامل التحديد المعدل والذي كانت قيمته تساوي(0.9752) وهي

قريبة من الواحد، وهذا ما يدل على أهمية المتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج كمتغيرات تساهم بأكثر من 97.52 بالمائة في تغير الانفاق الحكومي على الصحة.

التوصيات

- محاولة الاستفادة من التجارب الرائدة في تطبيق الحكم الراشد
- العمل على إدارة أموال الدولة بطريقة شفافة وسليمة تخضع لمفهوم الرقابة العامة للمجتمع ولمفهوم المساءلة، وأن تقوم على إدارتها مؤسسات حكومية تعرف بقدرتها على التعامل مع قضايا إدارة أموال الدولة ومواردها بكل احتراف ومهنية عالية، وتضع مصلحة المجتمع وأفراده في أولى غاياتها.
- دعم مبدأي المساءلة ومكافحة الفساد من خلال وضع نظم واضحة للشكاوى والمقترحات والإبلاغ عن المخالفات أو وقائع الفساد والرد على هذه الشكاوى والبلاغات حتى يشعر المواطن أن رأيه له قيمة.
- العمل على زيادة فعالية الإنفاق العام الصحي، وذلك من خلال إعادة النظر في أساليب وفي طرق المساءلة طالما أن المشكلة الجوهرية لهذا القطاع يخص الجانب الإداري والتسييري.
- تحسين الأداء عن طريق تطبيق طرق التسيير الحديثة في إدارة ومراقبة العيادات والمؤسسات الاستشفائية.
- اعادة النظر في هيكلية للنفقات، من خلال تقليص حجم النفقات التي لا تحقق مردودية في مجال الصحة.
- استغلال الأوضاع المالية الجيدة والمستقرة على مستوى الاقتصاد الكلي لمواجهة الأزمات المحتملة؛
- ضرورة خلق إدارة حكومية فعالة، تعتمد معايير الجودة والكفاءة والفعالية من خلال العمل على إدخال تكنولوجيا المعلومات والاتصال في جميع الأجهزة الحكومية، أو بالأحرى تطبيق ما يسمى بالحكومة الالكترونية والإدارة الالكترونية، بإعتبارهما أهم مقومات الحكم الراشد في أي دولة.
- مكافحة و محاربة كافة مظاهر وأشكال الفساد من تبذير وسوء استعمال السلطة والمال العام في المستشفيات... الخ.

- اعادة النظر في حجم الموازنة المخصصة لتسيير القطاع الصحي، و الاحتياط للعجز المالي الذي يمكن أن يظهر في أي سنة من السنوات.
- تتسم المنظومة الصحية الجزائرية بمجموعة من المعوقات الناتجة عن الاختلالات التي تعاني منها المؤسسات الصحية في الجزائر، مما يتوجب على الدولة إصلاحها ووضعها في سلم أولوياتها، والرفع والرقي بمستوى جودة الخدمات الصحية ومباشرة الإصلاحات التي إعتمدتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- إنشاء مراكز بحوث ودراسات مستقلة، تتكون من باحثين أكاديميين يتولون مهمة الدراسة والإحصاء وإقرار التوصيات بشأن التنمية، وتزويدها بالوسائل المالية والمادية والتنظيمية والكفاءات العلمية.
- الصرامة في تطبيق القوانين وتفعيل مختلف المؤسسات التي أنشئت لمكافحة الفساد وتجاوزات القطاع الخاص والقيام بإصلاحات شاملة.
- البحث عن طرق أكثر فعالية لتحقيق الرشادة.

أفاق البحث:

حاولنا من خلال هذا البحث تشخيص واقع مؤشرات إدارة الحكم الراشد وتأثيرها على الإنفاق الحكومي الصحي، حيث ومن أجل الإلمام بهذا الموضوع زودنا دراستنا النظرية بدراسة قياسية وذلك من أجل تحديد العوامل الأكثر تأثيرا في الإنفاق على الصحة في الجزائر للفترة (1996-2017)، إلا أنه تبقى بعض النقاط الغامضة تستدعي فتح أبواب وآفاق علمية جديدة، من بينها:

- الدراسة القياسية عموما تتطلب عدد كبير من المشاهدات، فيجب مراعاة هذا في الأبحاث القادمة المتعلقة بالإنفاق على الصحة خاصة عند تطبيق نماذج حديثة مثل: نماذج الإنحدار الذاتي (VAR)، ونماذج تصحيح الخطأ (VECM)، فهي تصنف ضمن النماذج الديناميكية تساعد في تتبع تطور الظواهر على مستوى الإقتصاد الكلي.
- إصلاح النظام الصحي في الجزائر – دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى-

المراجع

قائمة المصادر والمراجع

-أولا: باللغة العربية

1- الكتب:

1. ابراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، دار الكتب المصرية، طبعة02، مصر، 2006.
2. أعاد حمود القيسي، **المالية العامة والتشريع الضريبي**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
3. أماني قنديل، **الموسوعة العربية للمجتمع المدني**، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2008.
4. بن داود إبراهيم، **الرقابة المالية على النفقات العامة**، دار الكتاب الحديث، القاهرة، 2009.
5. توفيق راوية، **الحكم الراشد والتنمية في إفريقيا: دراسة تحليلية لمبادرة النيباد**، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2005.
6. جوسيب فيجويراس، مارتن ماكي، **النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهة الاجتماعية: تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية** ، الطبعة الأولى، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، 2015.
7. حامد عبد المجيد دراز، **"مبادئ المالية العامة"**، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2000.
8. حسن كريم، **"مفهوم الحكم الصالح في الفساد والحكم الصالح في البلاد العربية"**، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2004.
9. حسين مصطفى حسين، **"المالية العامة"**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001.
10. خبابة عبد الله، **"أساسيات في اقتصاد المالية العامة"**، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2009.
11. زهير عبد الكريم الكايد، **الحكمانية**، قضايا وتطبيقات، المركز العربي للتنمية الإدارية، عمان، الأردن، 2003.
12. سعيد عبد العزيز عثمان، **المالية العامة**، الدار الجامعية للنشر، مصر، 2008.

13. سمير التنير، **الفقر والفساد في العالم العربي**، الطبعة الأولى، بيروت: دار الساقي للنشر، 2009.

14. سوزي عدلي ناشد، **المالية العامة**، منشورات الحلبي الحقوقية، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، 2003.

15. صلاح محمود ذياب، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، منظور شامل**، دار الفكر، عمان، 2009.

16. طارق الحاج، **المالية العامة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 1999.

17. طاهر الجنابي، **علم المالية العامة والتشريع المالي**، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، بدون سنة نشر.

18. عادل أحمد حشيش، **"أساسيات المالية العامة"**، دار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2006.

19. عبد الرزاق مقوي، **الحكم الصالح وآليات مكافحة الفساد**، الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، 2005.

20. عبد الله عطوي، **السكان والتنمية البشرية**، دار النهضة العربية، بيروت، ط 1، 2004.

21. عبد المطلب عبد الحميد، **"النظرية الاقتصادية، تحليل جزئي وكلي للمبادئ"**، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000.

22. عزمي الشعيبي، **دليل البرلمان في مواجهة الفساد**، ط1، مكتب الشرق الأوسط العربي، فلسطين، 2006.

23. عمار بوحوش، **"الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة"**، دار البصائر للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الثانية، 2008.

24. غادة موسى، الشفافية والمساءلة في ألمانيا بعد الوحدة في كتاب ل: مصطفى كامل السيد وآخرون، **الفساد والتنمية: الشروط السياسية للتنمية الاقتصادية**، القاهرة، مركز الدراسات وبحوث الدول النامية، 2006.

25. فارس رشيد البياتي، **"التنمية الاقتصادية سياسيا في الوطن العربي"**، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن 2008.

26. فاطمة السويسي، **المالية العامة "موازنة–ضرائب"**، المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان، 2005.

27. فتحي أحمد ذياب عواد، **إقتصاديات المالية العامة**، دار الرضوان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

28. فريد النجار، **إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية**، الدار الجامعية، مصر، 2002.

29. فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

30. فوزي أوصديق، **النظم السياسية المقارنة والقانون الدستوري**، البليدة، دار الكتاب الحديث، 2005.

31. قاسم حجاج، **العالمية والعولمة نحو عالمية متعددة وعولمة إنسانية**، ط 1، الجزائر، جمعية التراث، 2003.

32. لحسن دردوري، لقليطي الأخضر، **"أساسيات المالية العامة"**، دار حميثر للنشر والترجمة، القاهرة، مصر، 2018.

33. مجدي محمود شهاب، **الاقتصاد المالي**، الدار الجامعية بيروت، 1988.

34. محمد خليل الشاذلي، **طب المجتمع**، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 1999.

35. محمد سلمان سلامة، **"الإدارة المالية العامة"**، دار المعتز للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015.

36. محمد عباس محرزي، **"اقتصاديات المالية العامة"**، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، 2015.

37. محمود الحسين الوادي، زكريا أحمد عزام، **مبادئ المالية العامة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007.

38. مرسي السيد حجازي، **مبادئ الاقتصاد العام –النفقات والقروض العامة**–، الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت، 1998.

39. منة الطعا وأخرون، **الحكم المحلي في الوطن العربي واتجاهات التطوير**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2005.

40. وليد عبد الحميد عايب، **"الآثار الاقتصادية الكلية لسياسة الإنفاق الحكومي"**، دراسة تطبيقية قياسية لنماذج التنمية الإقتصادية، الطبعة الأولى، مكتبة حسن العصرية، بيروت، لبنان، 2010.

41. يسرى أبو العلا وآخرون، **المالية العامة والتشريع الضريبي**، دار المعرفة، مركز التعليم المفتوح، جامعة بنها، بدون سنة نشر.

2- الأطروحات والرسائل الجامعية:

1. ابرادشة فريد، **"الحكم الرشيد في الجزائر في ظل الحزب الواحد والتعددية الحزبية"**، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، فرع التنظيم السياسي والإداري، جامعة الجزائر 3، الجزائر، السنة الجامعية جوان 2014.
2. أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، قسم العلوم الإقتصادية ، جامعة الجزائر، 2009/2008.
3. إيمان بوعكاز، **أثر الإنفاق العمومي على النمو الاقتصادي دراسة قياسية على الاقتصاد الجزائري خلال الفترة (2001 – 2011)**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد مالي، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2015.
4. بأحمد بن صالح باعلي وسعيد، **"دور المجتمع المدني في تجسيد الحكم الراشيد (أنموذج ولاية غرداية)"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص دراسات مغاربية، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، 2012 – 2013.

5. بن عبد العزيز خيرة، **"الحكم الراشد بين الفكر الغربي والإسلامي –دراسة مقارنة–"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: تنظيمات سياسية وإدارية، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2013 – 2014.

6. بن عزة محمد، **"ترشيد سياسة الإنفاق العام بإتباع منهج الإنضباط بالأهداف" دراسة تقييمية لسياسة الإنفاق العام في الجزائر خلال الفترة 1990 / 2009**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2009 – 2010.

7. بن عطية منيرة ، **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك**، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماجستيرفي علوم التسيير تخصص: إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009.

8. بودية بشير، **إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة –بشار**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2015-2016.

9. بورغدة وحيدة، **"حقوق الإنسان وإشكالية العلاقة الجدلية بين الحكم الراشد والتنمية الإنسانية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، فرع التنظيم السياسي والاداري، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة – الجزائر–، 2008.

10. بوزناد دليلة، **ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسة الصحية العمومية –دراسة حالة قطاع الصحة في الجزائر–**، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2012.

11. بوزيد سايح، **"دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية المستدامة بالدول العربية حالة الجزائر"**، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: إقتصاد التنمية، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، 2012– 2013.

12. بومزبر حليمة، **"الديمقراطية المحلية ودورها في تعزيز الحكم الراشد إسقاط على التجربة الجزائرية"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (فرع الرشادة والديمقراطية)، قسم العلوم السياسية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009 – 2010.

13. جردير ليلى، **"التنمية الإدارية كمدخل لتجسيد الحكم الرشيد دراسة حالة الجزائر"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية، (فرع الديمقراطية والرشادة)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة منتوري قسنطينة، 2010 – 2011.

14. جمعة الطيب، **إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم التجارية، شعبة تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016.

15. جمعة الطيب، **مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية دراسة حالة المستشفى الجامعي –باتنة–**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، الجزائر، 2008-2009.

16. حسين عبد القادر، **الحكم الراشد في الجزائر وإشكالية التنمية المحلية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية تخصص: الدراسات الأورومتوسطية، قسم العلوم السياسية، جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان –، الجزائر، 2011-2012.

17. خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999–2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر –3–، الجزائر، 2010–2011.

18. دلال السويسي، **نظم المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة –**،

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2011-2012.

19. دنان راضية، **ترشيد الإنفاق العام ضمن السياسة الميزانية في ظل التغيرات الدولية دراسة حالة الجزائر (2014/1990)**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص: نقود ومالية، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2016/2015.

20. ذهبية الجوزي، **"الحكم الراشد وجودة مؤسسات التعليم العالي في الجزائر"**، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر -3 -، 2012/ 2013.

21. رضوان بروسي، **"الديمقراطية والحكم الراشد في إفريقيا: دراسة في المداخل النظرية، الآليات والعمليات، ومؤشرات قياس نوعية الحكم"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج العقيد الحاج لخضر – باتنة –، 2008 – 2009.

22. ريان محمد أحمد محمد، **أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الإقتصادي(1981-2016)**، بحث تكميلي مقدم لاستيفاء درجة الماجستير في الاقتصاد التطبيقي (قياسي)، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2019.

23. ريمة أوشن، **إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية – دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري–**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2018/2017.

24. سنوسي علي، تسيير **الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر03، 2010.

25. شراطي نسيمة، **تطبيق الحكومة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية دراسة حالة الجزائر**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: إقتصاد، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة يحي فارس بالمدية، 2016- 2017.

26. صفيح صادق، **الاستثمار الأجنبي المباشر والحكم الراشد: دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2014-2015.

27. طارق قدوري، "**مساهمة ترشيد الإنفاق الحكومي في تحقيق التنمية الاقتصادية في الجزائر دراسة تطبيقية للفترة (1990-2014)**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: نقود وتمويل، جامعة محمد خيضر-بسكرة-، الجزائر، 2015 – 2016.

28. طاوس قندوسي، **تأثير النفقات العمومية على النمو الاقتصادي دراسة حالة الجزائر (2012/1970)**، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان-، الجزائر، 2013-2014.

29. عبد الكريم قلاتي، "**دور الصحافة المستقلة في ترسيخ مفهوم الحكم الراشد في الجزائر دراسة وصفية تحليلية**"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم الإعلام والاتصال، قسم علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر – 3- ، 2010.

30. عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007.

31. علي دحمان محمد، **تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد –تلمسان-، الجزائر، 2017/2016.

32. علي دحمان محمد، **تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، مدرسة الدكتوراه تخصص: تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة آبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010-2011.

33. عنترة بن مرزوق، **"معضلة الفساد وإشكالية الحكم الرشيد في الجزائر"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه بكلية العلوم السياسية والاعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: تنظيمات سياسية وإدارية، جامعة الجزائر 03، 2013.

34. غالمي زهيرة، **تمويل عجز الموازنة العامة للدولة بين البدائل التقليدية والبدائل الإسلامية –عرض تجارب دولية–**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي –الشلف–، الجزائر، 2017.

35. فتوح خالد، **تطور الإنفاق العمومي وأثره على التنمية المستدامة**، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، تخصص: مالية عامة جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان–، الجزائر، 2015/2014.

36. فرج شعبان، **"الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر دراسة حالة الجزائر (2000– 2010)**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص نقود ومالية، جامعة الجزائر 03، 2011 – 2012.

37. كردودي صبرينة، **"ترشيد الإنفاق العام ودوره في علاج عجز الموازنة العامة للدولة في الاقتصاد الإسلامي"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص: نقود وتمويل، جامعة محمد خيضر –بسكرة–، الجزائر، 2013 – 2014.

38. كلثوم صافي، **"أثر الإنفاق الحكومي وعرض النقود على اتجاهات الواردات تطبيق على حالة الجزائر في الفترة (1990–2010)**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستير في الاقتصاد، المدرسة الدكتورالية للاقتصاد وإدارة الأعمال، تخصص: اقتصاد دولي، جامعة وهران، الجزائر، 2015-2014.

39. لحسن دردوري، **سياسة الميزانية في علاج عجز الموازنة العامة للدولة دراسة مقارنة الجزائر– تونس**، أطروحة دكتوراه مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر –بسكرة–، الجزائر، 2014/2013.

40. ليلى لعجال، **"واقع التنمية وفق مؤشرات الحكم الراشد في المغرب العربي"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (تخصص الديمقراطية والرشادة)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة قسنطينة، 2009 – 2010.

41. مقراني حميد، "**أثر الإنفاق الحكومي على معدلي البطالة والتضخم في الجزائر (1988 – 2012)**"، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهاد الماجيستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقصاد كمي، جامعة أمحمد بوقرة –بومرداس–، الجزائر، 2014 – 2015.

42. مناد علي، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية من خلال حوكمة الشركات "حالة PME/PMI في الجزائر"**، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماجستير تخصص اقتصاد التنمية، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية ، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، 2005-2006.

43. ناقل زينب، **الحكم الراشد والتنمية البشرية في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) دراسة تحليلية وقياسه باستخدام نماذج "PANEL"**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في الإحصاء والإقتصاد التطبيقي، تخصص: إحصاء تطبيقي، المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، 2014 – 2015.

44. نصر الدين عيساوي، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد المالي، الشعبة: اقتصاد مالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الإخوة منتوري بقسنطينة، الجزائر، 2004- 2005.

45. وليد خلاف، "**دور المؤسسات الدولية في ترشيد الحكم المحلي** "، مذكرة ماجيستر غير منشورة، تخصص الديمقراطية والرشادة ، كلية الحقوق، جامعة منتوري قسنطينة، 2009.

46. يوسف أزروال، "**الحكم الراشد بين الأسس النظرية وآليات التطبيق، دراسة في واقع التجربة الجزائرية**"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص التنظيم السياسي والإداري، قسم العلوم السياسية، جامعة العقيد الحاج لخضر – باتنة –، 2009.

47. يوسف زدام، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الإنسانية في الوطن العربي من خلال تقارير التنمية الإنسانية العربية (2002 – 2004)**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، (فرع التنظيم السياسي والاداري)، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2006 – 2007.

3-المجلات والمقالات:

1. المعهد العربي للتخطيط، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، الكويت.
2. احمد حسين الهيتي، عدي سالم علي، فاطمة ابراهيم خلف، **العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي للمدة 1981-2006**، المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، السنة السابعة-العدد العشرون، 2009.
3. الأخضر غزي، غالم جلطي، **قياس قوة الدولة من خلال الحكم الراشد: (إسقاط على التجربة الجزائرية)**، مجلة علوم إنسانية، العدد 621، ماي 2005.
4. أزمور رشيد، علي دحمان محمد، **تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية – دراسة تحليلية قياسية-**، مجلة التنمية والإستشراف للبحوث والدراسات، المجلد03، العدد01، 2018.
5. إيمان بن زيان، ريمة اوشن، **واقع أداء النظام الصحي في الجزائر – دراسة تحليلية -**، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، مارس 2016.
6. باركة محمد الزين، خلاصي عبد الاله، **ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر تطورها أسبابها ومتطلبات ترشيدها**، المجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد07، 2017.
7. براق عيسى، بركان أنيسة، **ظاهرة تزايد الإنفاق العام في الجزائر: تطورها، أسبابها، ومتطلبات ترشيدها**، مجلة الإبداع، المجلد 07، العدد 08، جامعة البليدة 02، ديسمبر 2017.
8. البسام، بسام عبد الله، **الحوكمة الرشيدة: دراسة حالة العربية السعودية**، بحوث اقتصادية عربية، مركز دراسات الوحدة العربية، لبنان، المجلد21، العدد67-68، 30سبتمبر2014.
9. بسمة نزار، محمد بن سعيد، **آليات تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة وتطوير إدارة الجماعات المحلية**، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، العدد الثالث عشر، جويلية 2018.
10. بن ديش نعيمة، زرواط فاطمة الزهراء، **الحكم الراشد والاستثمار الأجنبي المباشر في منطقة المينا دراسة قياسية للفترة (1996-2014)**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد02، العدد09.

11. بن شيخ منال، خواثرة سعيدة، **واقع الحكم الراشد ومتطلبات ترشيد الانفاق العام في الجزائر، مجلة أوراق اقتصادية**، المجلد04، العدد01، جوان 2020.

12. بوقناديل محمد، زغودي أحمد، **أثر النفقات الاجتماعية الصحية على ترقية الرفاهية الصحية للطفولة في الجزائر –دراسة قياسية للفترة (1985–2014)–**، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي – جامعة المسيلة–، العدد02، سبتمبر2017.

13. بومدين طاشمة، **الحكم الراشد ومشكلة بناء قدرات الإدارة المحلية في الجزائر**، مجلة التواصل، عدد 26، جوان 2010.

14. بومعراف الياس، **المحددات الرئيسية للإنفاق الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه دراسة تطبيقية**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير–جامعة سطيف1، الجزائر، العدد16، 2016.

15. بومعراف الياس، صاولي مراد، **اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA)، دراسة قياسية خلال الفترة (1995–2014) باستخدام أسلوب تحليل بيانات (Panel)**، مجلة معارف، المجلد12، العدد23، ديسمبر 2017.

16. بوزيد سايح، سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية ، مجلة الباحث، العدد10، 2012.

17. تهتان موراد، بشراير عمران، **أثر الحكم الراشد على الإنفاق العام على التعليم في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا –دراسة قياسية باستخدام نماذج البيانات الطولية (Data Panal)**، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، الجزائر، المجلد19، العدد02، 2015.

18. حبيب محمود، باسل أنور أسعد، **دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000–2010**، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية –سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 37، العدد 2، 2015.

19. خلوف عقيلة، **الحكم الراشد ودوره في تفعيل لمشاركة المجتمعية في إدارة الميزانية العامة للدولة**، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد 16، 2018.

20. سام دلة، **من دولة القانون إلى الحكم الرشيد –تكامل في الأسس والآليات والهدف –**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 30، العدد الثاني، 2014.

21. سفير محمد وأخرون، **"دراسة قياسية لأثر السياسة المالية على النمو الإقتصادي في الجزائر خلال الفترة (1970–2015)**، مجلة المعيار، العدد الثامن عشر، جوان 2017.

22. شقبقب عيسى، عدلي إبراهيم، **الحوكمة الجيدة والنمو الاقتصادي محاولة لنمذجة العلاقة بالتطبيق على حالة الجزائر**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد 06، ديسمبر 2016.

23. الصادق جراية، **الحكم الراشد وإشكالية السيادة**، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 09، العدد 02، 2018.

24. صلاح مهدي عباس البيرماني، **قياس وتحليل تقلبات أسعار النفط واتجاهات الإنفاق الحكومي على قطاعي الأمن والصحة في العراق للمدة (2006–2016)**، مجلة الاقتصاد، المجلد25، العدد111، 2019.

25. الصيداوي رياض، **الانتخابات والديمقراطية والعنف في الجزائر**، المستقبل العربي، العدد245، جويلية2002.

26. عبد القادر بودي، عبد الصمد بودي، **الحكم الراشد كآلية لتفعيل تسيير الجماعات المحلية من أجل تنمية محلية مستدامة في الجزائر**، مجلة "الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، العدد الأول، 2012.

27. عبد الكريم عبد الله محمد، قيس أنيس جحيل العقابي، **تحليل العلاقة السببية بين الانفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (2004–2013)**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الخمسون، 2017.

28. عبد الله خضر عبطان، **قياس اثر العلاقة المتبادلة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي – العراق أنموذجا للمدة 1990–2013**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الخمسون، 2017.

29. عبدالرزاق مولاي لخضر، بوزيد السايح، **فاعلية سياسات الحكم الراشد في الحد من الفساد بالجزائر**، المجلة الجزائرية للتنمية الإقتصادية، العدد07، ديسمبر، 2017.

30. عجيلة محمد، سعيداني محمد السعيد، احمد بكاي، **الحكم الراشد في الجزائر ما بين معضلة الفساد وحتمية التنمية المستدامة – قراءة قياسية تحليلية للفترة (2005–2017)**، مجلة البحوث والدراسات التجارية، العدد الرابع –سبتمبر 2018.

31. العلواني عديلة، **أثر تأخر تجسيد النمط التعاقدي في الجزائر على رفع النفقات الصحية**، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية ، العدد الاقتصادي 33(1)، جامعة زياني عاشور، الجلفة.

32. علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة، دورية تعني قضايا التنمية في الأقطار العربية**، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003.

33. علي مكيد، سمية فرقاني، **العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر – دراسة قياسية للفترة (2000–2014)–**، مجلة الاقتصاد والتنمية، الجزائر، المجلد5، العدد1، 2017.

34. عمر بن سليمان، السياسات العامة الصحية في الجزائر بين البعدين الوقائي والعلاجي، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 10، العدد 02، سبتمبر 2019.

35. عمر بوعزيز، **قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر – الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة 2016/1990–**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، جامعة أم البواقي، المجلد 05، العدد 01، جوان 2018.

36. عيساوي نصر الدين، براهمية ابراهيم، **نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية**، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد25، العدد2، جوان 2014.

37. الكر محمد، بن مرزوق عنترة، **الحكم الراشد وإصلاح الإدارة المحلية الجزائرية ... بين المعوقات والمتطلبات**، مجلة البحوث السياسية والإدارية، العدد الثاني.

38. لخضر رابحي، عبد المجيد بن يكن، **الحكم الراشد ودوره في تحقيق التنمية المستدامة في الجزائر**، مجلة العلوم القانونية والسياسية، العدد 17، جانفي 2018.

39. لياس شوبار، عصام جوادي، " **الحكم الرشيد والنمو الاقتصادي في الدول العربية –دراسة قياسية باستعمال بيانات بانيل خلال الفترة (2000–2012)**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، الجزائر، المجلد2، العدد1، 2016.

40. محمد سليمان حسن الرفاعي، **الحكم الرشيد في الأردن: الواقع والتطلعات**، المجلة العربية للإدارة، المجلد39، العدد3، سبتمبر2019.

41. محمد محمود العجلوني، **أثر الحكم الرشيد على التنمية الاقتصادية المستدامة في الدول العربية**، المجلة العربية للإدارة، المجلد39، العدد4، ديسمبر2019.

42. مختار حميدة، مصطفى جاب الله، **محددات الانفاق الصحي في الجزائر –دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود–**، مجلة دراسات –العدد الاقتصادي–، المجلد8، العدد3، جوان2017.

43. مرزوق عنترة، سي حمدي عبد المؤمن، **الإنتقال إلى الحوكمة المحلية في الجزائر دراسة في التحديات والآليات**، مجلة التراث، المجلد الثامن، العدد الأول، 2018.

44. مصطفى بلعور، **الانتخابات التشريعية في الجزائر 1999–2007 استمرارية أم حل**، مجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد خاص، أفريل 2011.

45. ناجي عبد النور، **دور منظمات المجتمع المدني في تحقيق الحكم الرشيد في الجزائر "دراسة حالة الأحزاب السياسية"**، مجلة المفكر، العدد الثالث، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2004.

46. نزار صديق الياس القهواجي، **مستوى الحوكمة وتأثيرها في التنمية الاقتصادية للعراق ودول الجوار للمدة (1996–2017)**، مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 11، العدد 26، 2019.

47. نسرين معياش، **أثر إدارة الحكم على النمو الاقتصادي حالة الاقتصاديات الناشئة للفترة (2002–2011)**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الواحد والخمسون، 2017.

48. نوري منير، **تحليل التنافسية في ظل العولمة الاقتصادية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد الرابع، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، 2006.

49. نوفل قاسم علي الشهوان، **مقومات الحكم الراشد في استدامة التنمية العربية**، دراسات إقليمية، المجلد10، العدد4، مركز الدراسات الإقليمية.

50. هايل عبد المولى طشطوش، **دور الحاكمية الرشيدة في تحقيق التنمية المستدامة**، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية، العدد السابع عشر، 2014.

51. هيثم أحمد عيسى، عثمان أوتارا، **أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدلات وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد28، العدد الأول، 2012.

4–الملتقيات والمؤتمرات والندوات العلمية:

1. ابراهيم حسن، **العمل التطوعي من منظور عالمي**، المؤتمر الثاني للتطوع، بون ألمانيا، 2001.

2. بوسالم فاطمة، نضال يدروج، **إنتاجية الإنفاق العام على الصحة في الجزائر بين الواقع والتحديات**، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر-الواقع والآفاق-، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015.

3. بن جلول خالد، فلفول عبد القادر، **دراسة قياسية لأثر الانفاق الصحي على الوضع الصحي في الجزائر**، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل 10و11 أفريل2018، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8ماي1945 "قالمة"، الجزائر.

4. زايري بلقاسم، **"الحكم الاقتصادي الرشيد والكفاءة الاقتصادية"**، ورقة مقدمة للمؤتمر الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 8-9 مارس 2005.

5. سفيان فوكة، **الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية**، مداخلة ضمن الملتقى الوطني حول: التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر، جامعة حسيبة بن بو علي جامعة الشلف، يومي 16 – 17 ديسمبر 2008.

6. سهام حرفوش، علي بايزيد، **أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2012)**، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015.

7. عبدالقادر يختار، عبدالقادر عبدالرحمان، **دور الحكم الراشد في تحقيق التنمية الاقتصادية حالة الدول العربية**، مداخلة مقدمة في إطار "المؤتمر العالمي الثامن للاقتصاد والتمويل الإسلامي " تحت عنوان " النمو المستدام والتنمية الاقتصادية الشاملة من المنظور الإسلامي "، من 19 إلى 21 ديسمبر 2011، الدوحة، قطر.

8. محمد خليفة، مداخلة بعنوان **"إشكالية التنمية والحكم الراشد في الجزائر"**، ورقة بحث قدمت في الملتقى الوطني حول التنمية "المحلية والحكم الراشد"، جامعة معسكر، كلية الحقوق، قسم العلوم السياسية، يومي 26-27 أفريل2008.

9. يوسف بن عثمان الحزيم، **دور المجتمع المدني في تعزيز الإدارة والحكم الرشيد، المملكة العربية السعودية نموذجا"**، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السنوي للعام الثاني عشر للمنظمة العربية

للتنمية الإدارية، "الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، المملكة العربية السعودية – الرياض– 2012.

5–الإصدارات والتقارير الدولية والوطنية:

1. إيهاب الدسوقي، **دور القطاع الخاص في إدارة شؤون الدولة والمجتمع**، المحرر: سلوى شعراوي جمعة، ضمن مشروع بحثي جماعي بعنوان إدارة شؤون الدولة والمجتمع، جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2001، ص 101 – 103.
2. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي، تقرير التنمية الانسانية العربية، 2002.

1. البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء والخاص ببرنامج الخماسي للتنمية برئاسة رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة، الجزائر في 24 ماي 2010.
2. منظمة الشفافية الدولية، المركز اللبناني لدراسات، بيروت، 2005.
3. مركز الحياة لتنمية المجتمع المدني، **الحاكمية الراشدة "جدل لم يحسم بعد"**، الأردن، جوان 2007.

6–المواقع الالكترونية:

1. الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي على الموقع

www.eljazeera.net/.../healthmedicine

2. سعد محمود الكواز، منقول من جريدة الصباح العراقية، المصدر: الحقوق والعلوم القانونية منتديات الحقوق العلوم القانونية

WWW.DROIT-DZ.Com /forum/showthread.phpp=1615.

3. موضوعات وبرامج الشؤون الفنية " النظم الصحية وتقييم أدائها "، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

http://www.sgh.org.sa/fan.htm

4. www. Who .int/topics/health-systems/in/index.html.05/09/2020, 19:00.
5. http.//olc.bu.edu.eglollcli;qges/313.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

-Les ouverages:

1. Brahim Lakhlef, **La Bonne Gouvernance**, Algérie : Dar E1khaldounia, 2006.
2. Emily O'Reilly, **Guide to principles of good governance**, Ombud Sinan for Ireland, britch, 2009.
3. B. Majnoni D'intignano, **Economie De La Santé** , 1ere ed, PUF coll. Thémis Economie, France, 2001.
4. Pierre jacquet, Jeanpisani ferry, **Gouvernance mondiale**, Paris 2005, ed. delagrab.
5. Mohamed Salih, **"gouvernances information et demain publique"**, (Addis Abeba. Commission Economique pour Afrique), 13 mai 2003. « http://www.unesco.org/comnat/france/colloque-droits-dauteur/idlamaerterie-pdf

-Documents de travail, articles, revues:

6. Beranou Abdelghani, **couvernance et démarche de qualité**, consulter le 12/03/2012, sur le site : http://beranou,unbloge.fr/2009/04/05/gouvernance-et-demarche-de-qualité.
7. Daniel Kaufman et autres, **gouvernance matters 3: gouvernance indicators for 1996- 2002** , washington : world bank institue, june, 2003.
8. Daniel Kaufman, **"Repenser la bonne gouvernance : dialogue sur la gouvernance et développement au Moyen –Orient et en Afrique du nord "Paris**, Beyrouth, Rabat et Washington : AC. 21 November 2003), voir le site <http://www.worldbank. org/ wbi/ gouvernance.
9. Daniel kaufman, Aart Kraay, Mossimo Mastruzzi, **The World Wide Governance Indicators Methodology and Analytical Issues**, Working Paper 5430, The World Bank Development Research Group Macroeconomics and Growth Team September 2010, p 04, Access the WGI data at www.gouvindicators,org
10. Daniel Kaufmann, Aart kraay, and Massimo Mastruzzi, **Governance Matters V : Aggregate and Individual Governance Indicators for**

1996 – 2005, World Bank Policy Research Working Paper 4012, september 2006 p :04, Access the WGI data at www.govindicators.org.

11. Daniel kaufmann, brookings institution Aart kraay and massimo mastruzzi, **the world wide governance indicators ; methodology and anlytical issues**, world bank draft policy research working paper, world bank september, 2010, p 03. Access the wgi data at www.govindicators.org
12. Pnud. « le rôle de la gouvernance ». rapport sur le developpement humain duvable. Ouagadougou. Burkinafaso, 2000.
13. A.S. Rajkumar, V. Swaroop ,**Public spending and outcomes: Does governance matter?,** Journal of Development Economics, 86(1) 2008.
14. Alihussein Samadi, Enayatollah Homaie Rad**, Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests**, International Journal of Health Policy and Management, 1(1), 2013.
15. Ammar Ben Zaed, Increasing Public Expenditure, International journal of scientific et technology research, vol 06, issue 04, april 2017.

16. By Xu Ke, Priyanka Saksena and Alberto Holly, **The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis, World Health Organization**, AWorking Paper of the Results For Development Institute (R4D), 2011.
17. E. Ablo, R. Reinikka ,**Do Budgets Really Matter? Evidence on Public Spending on Education and Health in Uganda**, Policy research working paper 1926, World Bank, June 1998.
18. François Castaing "La Gouvernance : defid'une appro che non norma tne" revue idara n° 30, 2005, op – cit.
19. Garry Stoker, **Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance**, Riss, op.cité.
20. Habib N.Khan et al, **Modeling Determinants of Health Expenditures in Malaysia: Evidence from Time Series Analysis,** Fundamental and Applied Sciences Department Applied Statistics/ Econometrics, University Tekonologi Petronas, Tronoh Malaysia, volume 7, 2016.
21. Houeninvo G.Hilaire, **Does good governance improve public health expenditure-health outcomes nexus? New empirical evidence from Africa université d'Abomy calvi (UAC**), faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG), 01 BP 3050 cotonou (BENIN).
22. Mohammad Mafizur Rahman, Rasheda Khanam and Maisha Rahman**, Health care expenditure and health outcome nexus: new evidence from the SAARC-ASEAN region**, Glotalization and Health, 2018.
23. Nesrin Akca et al, **Determinants of health expenditure in OECD Countries: A decision tree model, Pak d Med Sci**, 33(6), 2017.
24. Paquet Gilles, **La gouvernance en tant précaution auxiliaires**, centre d' étude en gouvernance , université d' auttawa, presses de l'université d'auttaua, 2000.
25. Pierre (de semarclars) « gouvernance et crise de mecanisme de regulation international, riss.op. cite .
26. R. Wardhani et al **,Good governance and the impact of government spending on performance of local government in Indonesia**, International Journal of Public Sector Performance Management, 3(1) , 2017.
27. Riayati Ahmad, Junaidah Hasan, **Public Health Expenditure, Governance and Health Outcomes in Malaysia**, (Perbelanjaan Awam, Urus Tadbir dan Natijah Kesihatan di Malaysia), Journal Ekonomi Malaysia, 50(1), 2016.

28. Syed Sohaib Zubair, Mukaram Ali Khan, **Good Governance: Pakistan's Economic Growth and Worldwide Governance Indicators,** Pakistan Journal Of Commerce and Social Sciences, Vol. 8(1).
29. Zahoor Ahmad, Aysha Sallem**, Impact Of Gouvernance On Human Development**, Pak J Commer Soc Sci, Pakistan Journal Of Commerce and Social Sciences, 2014.
-les rapports:

30. Global Integrity, Report Algeria, 2007, 2009, 2011 :http :/ www.globalintegrity.org/report
31. La Banque Mondiale, **Rapport sur le developpement au moyen – orient en afrique du nord**, vers une meilleure gouvernance au moyen – orient et en afrique du nord, wa shingtor, d . c , 2003.

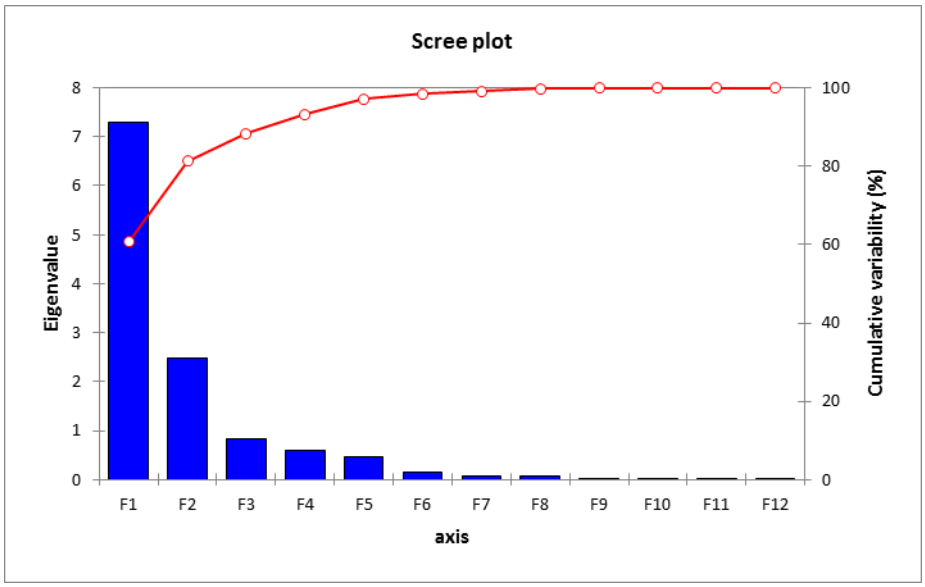
الملاحق

الملحق رقم (1) القيم الذاتية

Cumulative %	*Variability (%)*	*Eigenvalue*	
60.704	60.704	7.284	F_1
81.315	20.611	2.473	F_2
88.297	6.982	0.838	F_3
93.278	4.981	0.598	F_4
97.109	3.830	0.460	F_5
98.477	1.368	0.164	F_6
99.190	0.713	0.086	F_7
99.725	0.535	0.064	F_8
99.858	0.133	0.016	F_9
99.956	0.098	0.012	F_{10}
99.999	0.044	0.005	F_{11}
100.000	0.001	0.000	F_{12}

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

الملحق رقم (2): التمثيل البياني للقيم الذاتية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

الملحق رقم (3): الأشعة الذاتية الوحدوية المرفقة بالقيم الذاتية

F2	F1	
-0.309	0.294	G
0.051	0.259	CC
0.417	0.238	RL
0.460	-0.226	RQ
0.276	0.319	GE
0.093	0.315	PS
0.265	0.287	VA
-0.189	-0.336	POP15
-0.049	0.361	POP65
-0.030	0.366	ERD
-0.412	0.263	POP
0.391	-0.096	GDPg

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "xlstat"

الملحق رقم (4): نسبة تمثيل المتغيرات على المحاور

%	F2	%	F1	
9.545	-0.486	**8.657**	***0.794***	G
0.257	0.080	**6.714**	***0.699***	CC
17.398	***0.656***	5.663	0.642	RL
21.148	***0.723***	5.101	-0.610	RQ
7.609	0.434	**10.155**	***0.860***	GE
0.859	0.146	**9.918**	***0.850***	PS
7.010	0.416	**8.244**	***0.775***	VA
3.590	-0.298	**11.284**	***-0.907***	POP15
0.238	-0.077	**13.031**	***0.974***	POP65
0.088	-0.047	**13.386**	***0.987***	ERD
16.991	***-0.648***	6.928	0.710	POP
15.268	0.615	0.919	-0.259	GDPg

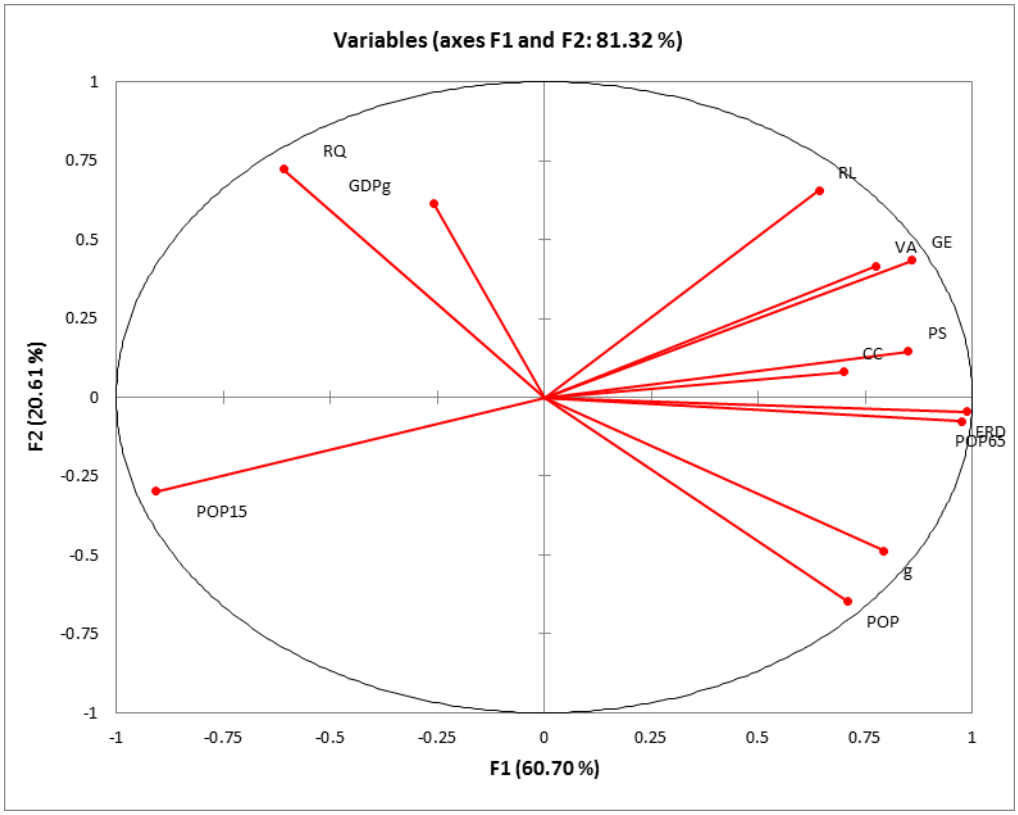
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "xlstat"

الملحق رقم (5):قيم (cos^2)

F2	F1	
0.236	**0.631**	G
0.006	**0.489**	CC
0.430	0.413	RL
0.523	0.372	RQ
0.188	**0.740**	GE
0.021	**0.722**	PS
0.173	**0.601**	VA
0.089	**0.822**	POP15
0.006	**0.949**	POP65
0.002	**0.975**	ERD
0.420	0.505	POP
0.378	0.067	GDPg

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "xlstat"

الملحق رقم (6): التمثيل البياني لإحداثيات نقاط المتغيرات (F_1,F_2)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "xlstat"

الملحق رقم (7): إحداثيات الأفراد على المحاور العاملية

Observation	F_1	F_2	*Observation*	$_1F$	$_2F$
1996	-4.150	-1.902	2007	0.631	1.281
1997	-4.019	-2.261	2008	1.077	0.521
1998	-4.356	-0.738	2009	1.608	-0.709
1999	-3.923	-0.971	2010	1.944	-0.205
2000	-3.580	-0.627	2011	1.872	-0.770
2001	-2.612	0.237	2012	2.591	-0.719
2002	-1.957	2.081	2013	2.956	-0.556
2003	-1.759	2.709	2014	3.123	-0.645
2004	-0.232	2.534	2015	3.017	-0.930
2005	0.800	3.478	2016	3.006	-1.233
2006	0.835	1.545	2017	3.130	-2.120

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

الملحق رقم (8): نسبة تمثيل الأفراد على المحاور العاملية

Observation	F_1	F_2	*Observation*	$_1F$	$_2F$
1996	**10.747**	6.651	2007	0.248	**3.014**
1997	**10.080**	9.399	2008	0.724	0.499
1998	**11.840**	1.002	2009	**1.614**	0.923
1999	**9.605**	1.732	2010	**2.358**	0.077
2000	**7.997**	0.723	2011	**2.187**	1.089
2001	**4.257**	0.104	2012	**4.188**	0.950
2002	2.390	**7.956**	2013	**5.451**	0.568
2003	1.931	**13.489**	2014	**6.085**	0.764
2004	0.034	**11.801**	2015	**5.678**	1.589
2005	0.399	**22.229**	2016	**5.638**	2.795
2006	0.435	4.387	2017	**6.115**	8.259

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج "*xlstat*"

الملحق رقم (9): قيم Cos^2 للأفراد

Observation	Cos^2	Cos^2	*Observation*	Cos^2	Cos^2
1996	**0.654**	0.138	2007	0.117	**0.482**
1997	**0.685**	0.217	2008	0.358	0.084
1998	**0.885**	0.025	2009	**0.532**	0.103
1999	**0.901**	0.055	2010	**0.713**	0.008
2000	**0.800**	0.025	2011	**0.684**	0.116
2001	**0.778**	0.006	2012	**0.803**	0.062
2002	0.346	**0.391**	2013	**0.896**	0.032
2003	0.205	**0.486**	2014	**0.832**	0.035
2004	0.007	**0.849**	2015	**0.760**	0.072
2005	0.037	**0.709**	2016	**0.716**	0.121
2006	0.090	0.309	2017	**0.616**	0.283

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *"xlstat"*

الملحق رقم (10): نتائج تقدير الأولي لنموذج الإنفاق الحكومي الصحي

Dependent Variable: G
Method: Least Squares
Date: 10/10/20 Time: 17:07
Sample: 1996 2017
Included observations: 22

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
CC	-1.323696	1.115151	-1.187010	0.2627
RL	0.967260	0.960579	1.006955	0.3377
RQ	-2.149566	1.156946	-1.857966	0.0928
GE	0.169372	1.014390	0.166969	0.8707
PS	0.490155	1.029623	0.476052	0.6443
VA	-0.315369	1.348414	-0.233881	0.8198
POP15	0.527301	0.389730	1.352990	0.2059
POP65	-2.077232	4.414505	-0.470547	0.6481
ERD	1.715012	1.941442	0.883370	0.3978
POP	-1.474328	3.304333	-0.446180	0.6650
GDPG	0.017311	0.050351	0.343817	0.7381
C	-125.8582	127.3972	-0.987919	0.3465

R-squared	0.987887	Mean dependent var	4.670265
Adjusted R-squared	0.974563	S.D. dependent var	1.435831
S.E. of regression	0.228999	Akaike info criterion	0.192252
Sum squared resid	0.524404	Schwarz criterion	0.787366
Log likelihood	9.885231	Hannan-Quinn criter.	0.332443
F-statistic	74.14374	Durbin-Watson stat	2.710456
Prob(F-statistic)	0.000000		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

الملحق رقم (11): نتائج إختبار **Breusch-Godfrey** للإرتباط الذاتي بين الأخطاء

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	0.741743	Prob. F(2,15)	0.4930
Obs*R-squared	1.979963	Prob. Chi-Square(2)	0.3716

Test Equation:
Dependent Variable: RESID
Method: Least Squares
Date: 10/10/20 Time: 17:20
Sample: 1996 2017
Included observations: 22
Presample missing value lagged residuals set to zero.

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
CC	0.114352	0.458728	0.249281	0.8065
RQ	0.157409	0.321262	0.489971	0.6312
POP15	0.023503	0.044108	0.532857	0.6019
POP65	0.145645	0.259689	0.560842	0.5832
C	-1.234618	2.282318	-0.540949	0.5965
RESID(-1)	-0.014477	0.283887	-0.050994	0.9600
RESID(-2)	-0.366485	0.302815	-1.210261	0.2449

R-squared	0.089998	Mean dependent var	8.83E-17
Adjusted R-squared	-0.274002	S.D. dependent var	0.203208
S.E. of regression	0.229364	Akaike info criterion	0.146362
Sum squared resid	0.789120	Schwarz criterion	0.493512
Log likelihood	5.390019	Hannan-Quinn criter.	0.228140
F-statistic	0.247248	Durbin-Watson stat	2.047599
Prob(F-statistic)	0.952984		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10

الملحق رقم (12): نتائج اختبار **ARCH** لثبات التباين

Heteroskedasticity Test: ARCH

F-statistic	0.237313	Prob. F(1,19)	0.6317
Obs*R-squared	0.259057	Prob. Chi-Square(1)	0.6108

Test Equation:
Dependent Variable: RESID^2
Method: Least Squares
Date: 10/10/20 Time: 17:23
Sample (adjusted): 1997 2017
Included observations: 21 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.045455	0.011908	3.817158	0.0012
RESID^2(-1)	-0.112344	0.230616	-0.487147	0.6317

R-squared	0.012336	Mean dependent var	0.041272
Adjusted R-squared	-0.039646	S.D. dependent var	0.037086
S.E. of regression	0.037814	Akaike info criterion	-3.621877
Sum squared resid	0.027168	Schwarz criterion	-3.522398
Log likelihood	40.02970	Hannan-Quinn criter.	-3.600287
F-statistic	0.237313	Durbin-Watson stat	1.963792
Prob(F-statistic)	0.631727		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews10