



جامعة عبد الحميد بن باديس "مستغانم"

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية، علوم التسيير

قسم علوم التسيير

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في قسم علوم التسيير تخصص: إدارة و اقتصاد

المؤسسة

الموضوع:

دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي بالجزائر في
الفترة الممتدة ما بين (2001-2014)
دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بـماسرى-
ولاية مستغانم-

تحت إشراف الأستاذ:

من إعداد الطالبة:

مصطفى بن عامر

- حليلة بوروباي

لجنة المناقشة:

مناقشا

عبد الله يخلف

رئيسا

سيف الدين بوزاهر

مقررا

مصطفى بن عامر

السنة الجامعية: 2014-2015

الإهداء

ربي نحمدك حمدا يليق بجلال وجهك وعظيم سلطانتك، إنه لا يسعني في هذا المقام إلا أن أهدي ثمرة جهدي:
إلى الذي رباني على الفضيلة والأخلاق و شملني بالعطف والحنان وكان لي ورع الأمان، احتمي به من نائبات
الزمان، | وتحمل عبء الحياة حتى لا أحس بالحرمان:

"أبي العزيز حفظه الله وأطال في عمره".

إلى التي جعل الله الجنة تحت أقدامها، ربحانة حياتي وبهجتها التي غمرتني بعطفها وأنارت لي درب حياتي
بجها، حياة الروح و نبع الحنان:

"أمي العزيزة الغالية حفظها الله وأطال في عمرها".

إلى شموع قلبي إخوتي الأعزاء وصديقاتي العزيزات، إلى كل من وقف معي في لحظات الصعاب وساعدني و لو
بكلمة طيبة و أحص بالذكر صديقتي أمينة، إلى كل من تفحص أوراق هذا العمل، إلى كل من وسعته ذاكرتي و
لم تسعهم مذكرتي، إلى هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع.

حليمة بوروباى

شكر و تقدير:

الشكر الأول والأخير للجليل رب العرش العظيم، العالم فوق كل عليم، الذي مهد لنا السبيل وهذا لما فيه الهدى والخير العميم ، وفتح لنا الأذهان والعقول فله الحمد حتى يرضى .
و اعترافا بالفضل و تقديرا للجميل أتوجه بجزيل الشكر و الامتنان إلى الأستاذ الفاضل **بن عامر مصطفى** الذي تحمل عناء الإشراف بالتوجيه و النصائح القيمة خلال إنجاز هذا العمل المتواضع .
كما أتقدم بالشكر و العرفان إلى كل من ساعدني في إتمام هذا العمل و أخص بالذكر عمال إدارة المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بماسرى على كل ما بذلوه من جهد في سبيل تسهيل عملي .
و في الأخير أرجو من الله سبحانه و تعالى أن يجعله من صالح الأعمال التي ينتفع بها، و أن يكتبنا من الذين يجعلون من العلم مسعى، و من العمل وسيلة، و من النجاح ثمرة ترضى على الأجيال بنور الفهم .

قائمة الأشكال

ص	العنوان
15	الشكل رقم (1) : تطور نفقات التعليم و الصحة في بعض دول العالم
31	الشكل رقم (02) : قانون Wagner30 لتفسير ظاهرة تزايد الإنفاق العام
33	الشكل رقم (03) : أثر الاستبدال عند Wiseman et Peacok وتطور الإنفاق العام خلال الفترة الطويلة
41	الشكل رقم (04): تطور نصيب الفرد من النفقات العامة على الصحة (\$ ppa) 2007-2000
59	الشكل رقم 05 الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية بماسرى

قائمة الجداول

ص	العنوان
23	الجدول رقم (01): تطور عدد عمال السلك الطبي في القطاع العمومي
30	الجدول رقم (02): تطور واردات الجزائر من السلع خلال الفترة (2000-2010)
40	الجدول رقم (03): التوزيع القطاعي للبرنامج التكميلي لدعم النمو الإقتصادي
41	الجدول رقم (04): تطور اعتمادات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر 2000-2009
44	الجدول رقم (05): التوزيع القطاعي للبرنامج الخماسي "2010-2014"
47	الجدول رقم (06): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة
49	الجدول رقم (07): نسب الإنفاق على الصحة لبعض دول العالم
58	الجدول رقم (08): عدد العمال في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرى
58	الجدول رقم (09): وضعية العيادة الصحية للخدمات
64	الجدول رقم (10): تطور معدل وفيات الأطفال حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية

مقدمة عامة :

لقد شهدت جميع البلدان العربية خاصة الجزائر نموا متسارعا في الإنفاق الهام خلال السبعينيات والنصف الأول من الثمانينيات وبدرجات مختلفة، والعامل الرئيسي وراء هذا النمو الغالبية العظمى من هذه البلدان كان تضاعف الثروة النفطية منذ ثورة الأسعار عام 1973، والتصحيحات التي طرأت على أسعار السلع والمواد الأولية الأخرى، وقد جاءت هذه الثورة المفاجئة في وقت كانت فيه هذه البلدان بأمس الحاجة وبناء الهياكل الاقتصادية والاجتماعية، ولبرنامج الاستثمارات عامة تستطيع من خلاله حفز النشاط والنمو الاقتصاديين وما كادت جهود البناء تهدأ قليلا خلال عامين 1977 - 1978 حتى عاودت النشاط مرة أخرى وبوتيرة أسرع من ذي قبل بفعل التصحيح الثاني لأسعار النفط عام 1977 .

يعتبر الإنفاق العام أحد مظاهر التدخل حيث شاهدت معدلات نمو عالية خلال الفترة المذكورة، وهو يرمز إلى إجمالي أنواع الإنفاق والتحويلات التي تقوم بها الحكومة، ويقصد بهذه الأخيرة هنا مختلف الوزارات والدوائر والسلطات المركزية أو المحلية أو الإقليمية، وفي هذا الإطار فإن الإنفاق العام الحكومي يشتمل على الإنفاق المتضمن في ترتيبات الضمان الاجتماعي وأية جهة يتم إدارتها أو تمويلها من قبل السلطات العامة .

شرعت الجزائر منذ سنة 2001 في تبني سياسة اقتصادية جديدة تقوم على التوسع في الإنفاق العام في ظل الوفرة المسجلة بالمداخيل الخارجية الناتجة عن التحسن الذي عرفته أسعار النفط من خلال البرامج التنموية المنفذة خلال فترة 2001 - 2014، ولقد احتلت قضايا التنمية البشرية أهمية بالغة ضمن مختلف برامج التنمية تلك تظهر في أبرز تجلياتها من خلال التخصيصات المالية التي رصدتها لتحسين الظروف المعيشية للمواطنين وتمكينهم من وسائل القوة الاقتصادية .

تعتبر الصحة بالإضافة إلى كونها حق عالمي أساسي ، موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية و الاقتصادية، و على هذا الأساس بات حتما على كل دولة تحديد خياراتها بشأن تقديم خدمات الصحة، و بالتالي ينبغي على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض، و الإصابات، و عوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها. و في هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة، و هذا راجع إلى الحالة التي عرفتها البلاد خاصة خلال التسعينات ، مما تطلب منها بذل قصارى جهدها من أجل النهوض بهذا القطاع من خلال تسخير كل الوسائل من أجل تشييد الهياكل الصحية الضرورية(المراكز الاستشفائية ، عيادات ، صيدليات... الخ) و كذا تكوين الأطباء و الشبه أطباء، إضافة إلى توفير التجهيزات اللازمة داخل هذه الهياكل الصحية بغية تعميم العلاج إلى كافة المواطنين.

دعا تقرير التنمية البشرية لعام 1994 إلى اعتبار الصحة حقا من حقوق الإنسان وسلعة عامة من واجب الدولة وتوفيرها لجميع أفراد المجتمع ، لأنها تشكل واحدا من أهم الأركان التي يقوم عليها أمن الإنسان ومنه أصبحت الصحة مطلبا إنسانيا عالميا، ومن خلال نوعيتها يمكن الحكم على مدى تقدم المجتمعات ، حيث تعتبر كذلك نقطة الارتكاز التي يقوم عليها نشاط الأفراد، وينبغي الإقرار بأن الإنفاق الاجتماعي هو المؤثر الأكبر في توزيع الدخل من بين مكونات الإنفاق الحكومي، ومن بين هذا فإن الإنفاق على التعليم والصحة هو حجر الأساس في السياسة الاجتماعية الهادف لإيجاد مجتمع أكثر عدالة .

وعليه نطرح الإشكالية التالية :

ما مدى مساهمة الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي في الجزائر ؟

ويندرج ضمن هذه الإشكالية أسئلة فرعية نذكرها كالاتي :

1- إلى أي مدى يصل أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ؟

2- هل تطور وازدهار قطاع الصحة له علاقة بالإنفاق الحكومي ؟

3- أين يكمن دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي؟

4- ما الهدف الرئيسي من تطبيق البرامج التنموية؟

وللإجابة على الإشكالية المطروحة والأسئلة الفرعية ندرس الفرضيات التالية:

1- الإنفاق الحكومي يعتبر أحد المتغيرات الاقتصادية المهمة والأداة التي تستعملها الدولة في تحقيق الأهداف

التي ترمي إليها .

2- إن تحسين الخدمات الصحية يتطلب زيادة حصة الإنفاق الحكومي على الصحة في الناتج المحلي

الإجمالي.

3- يعتبر الإنفاق الحكومي أحد مكونات الطلب الكلي الفعال داخل الاقتصاد .

4- الهدف الرئيسي من تطبيق البرامج التنموية هو: رفع النمو الاقتصادي عن طريق زيادة الإنفاق

الحكومي، حيث يؤدي هذا الأخير إلى زيادة الطلب الكلي، والذي يؤدي بدوره إلى زيادة العرض الكلي و

بالتالي: ارتفاع معدل النمو الاقتصادي.

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها من الجانب النظري تبرز مدى أهمية الدور الذي تلعبه الدولة في تحسين

الخدمات الصحية، وذلك عن طريق الإنفاق العام لضمان استمرارية السير الحسن للمرافق العامة، وكذا إبراز آلية

تطور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي من خلال البرامج التنموية، أما من الجانب التطبيقي قمنا بإعطاء

نظرة حول دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي خلال الفترة الممتدة 2001 – 2014 بالمؤسسة

الاستشفائية بماسرى وتأتي مبررات اختيارنا لهذا الموضوع فيما يلي :

➤ مجيء مخطط دعم الإنعاش الاقتصادي والبرنامج التكميلي وبرنامج التنمية الخماسي لدعم النمو بعد فترة

عانت من خلالها الجزائر أزمة على الصعيد السياسي والاقتصادي .

➤ أهمية الإنفاق الحكومي لإحداث التنمية الاقتصادية ودوره في تنمية القطاع الصحي .

➤ إتباع الجزائر لسياسة الإنفاق العام التوسعية تتركز على زيادة الإنفاق العام بداية من 2001 .

و تتمثل حدود هذه الدراسة في أنها خاصة بدراسة أثر البرامج التنموية خلال الفترة الممتدة ما بين 2001-2014 في الجزائر لدعم النمو على التنمية الاقتصادية، و دور الحكومة في تنمية القطاع الصحي في الفترة المذكورة أعلاه.

وقد تم الاعتماد في الإعداد هذه الدراسة على المنهج الوصفي و التحليلي من اجل الإلمام بالجوانب النظرية، و استخدامها كذلك المنهج الإحصائي التحليلي و الذي يساعد على تفسير النتائج بشكل كبير من خلال تقديم الإحصائيات المتعلقة بالموضوع.

و قد اعتمدنا في دراستنا لهذا الموضوع على خطة مكونة من ثلاث فصول و هي كالآتي:

الفصل الأول و الذي جاء تحت عنوان " الإنفاق الحكومي أسس و مفاهيم"، حيث تناولنا في مبحثه الأول ماهية الإنفاق الحكومي و أوضعنا فيه أشكال و تقسيمات الإنفاق الحكومي، أما المبحث الثاني فتطرقنا إلى مصادر و قواعد الإنفاق الحكومي و أهدافه، و المبحث الثالث أشرنا إلى حدود الإنفاق الحكومي.

الفصل الثاني جاء بعنوان " دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي بالجزائر في الفترة الممتدة ما بين 2001-2014، حيث وضعنا في المبحث الأول مفاهيم حول القطاع الصحي، أما المبحث الثاني فاشرنا إلى أهمية الإنفاق في إحداث التنمية الاقتصادية، وفي المبحث الثالث أبرزنا علاقة الإنفاق الحكومي بتطور القطاع الصحي.

أما الفصل الثالث فهو دراسة ميدانية كانت داخل المؤسسة الاستشفائية بماسرى و ذلك من خلال إبراز دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع.

الفصل الأول

الإتفاق الحكومي ، أسس ومفاهيم

تمهيد :

ازدادت أهمية دراسة نظرية الإنفاق الحكومي في المدة الأخيرة مع تعاظم دور الدولة و توسع سلطتها، و زيادة تدخلها في الحياة الاقتصادية، و ترجع أهمية الإنفاق الحكومي إلى كونه الأداة التي تستخدمها الدولة من خلال سياستها الاقتصادية في تحقيق أهدافها النهائية التي تسعى إليها، فهي تعكس كافة جوانب الأنشطة العامة و كيفية تمويلها، حيث أن الإنفاق الحكومي شهد التطور الذي لحق بدور الدولة.

اعتمدت الحكومة الجزائرية خلال العشرية المنقضية على الإنفاق العام، ما قفز بإجمالي موازنات البرامج الإستثمارية إلى أكثر من 450 مليار دولار، بلغت نسبة المبالغ المخصصة لقطاع التنمية المحلية والبشرية 38,8% من إجمالي المبلغ المخصص لبرنامج الانعاش الاقتصادي مقابل نسبة 45,5% من إجمالي البرنامج التكميلي، و 45,42% من إجمالي البرنامج الخماسي 2010-2014 .

على هذا الأساس ارتأينا التطرق من خلال هذا الفصل إلى ثلاث مباحث بحيث:

سنتطرق من خلال المبحث الأول إلى: ماهية الإنفاق الحكومي

أما من خلال المبحث الثاني فسوف نتطرق إلى: مصادر و قواعد الإنفاق الحكومي

و كمبحث ثالث سوف نشير إلى: حدود الإنفاق الحكومي

المبحث الأول: ماهية الإنفاق الحكومي

يعتبر الإنفاق الحكومي أحد مكونات الطلب الكلي الفعال داخل الاقتصاد.

المطلب الأول: تعريف الإنفاق الحكومي

يعرف الإنفاق الحكومي بأنه تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية (الحكومة و الجماعات المحلية)، أو انه تلك المبالغ النقدية التي يقوم بإنفاقها الأشخاص العموميون، بقصد تحقيق منفعة عامة، و يعرف أيضا بأنه استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة، بهدف إشباع حاجة عامة، ووفقا لهذا التعريف يمكن اعتبار الإنفاق الحكومي انه ذات أركان أو أسس ثلاثة أساسية هي:¹

- **مبلغ نقدي**: بمعنى أنّ الشخص العام يقوم بدوره باستخدام مبلغ نقدي، وعليه فإنّ الوسائل غير النقدية التي قد تقوم الدولة أو فروعها ببذلها في سبيل الحصول على ما تحتاجه من منتجات وخدمات لا تعتبر من ضمن النفقات العامة، ونفس الشيء يقال عن المزايا والهبات التي تقدمها الدولة لأشخاص معنويين أو طبيعيي

- **يقوم بإنفاقه شخص عام**: لا تعد نفقة عامة إلاّ المبالغ النقدية المنفقة من طرف الدولة

وأقسامها السياسية وجماعتها المحلية والهيئات والمؤسسات العامة التي تتمتع بالشخصية المعنوية.

- **الغرض منه تحقيق نفع عام**: لكي تكون النفقة عامة، ينبغي أن تستهدف تحقيق منفعة عامة، وضمنا هذا الركن يشير إلى ضرورة تحقيق العدالة من وراء قيام الشخص العام بالنفقة، ولا يمكن في أي حال من الأحوال أن يكون الغرض من النفقة العامة منفعة خاصة.

الدغديدي مديحة، النفقات العامة "تطور الإنفاق الحكومي"، دار النشر و التوزيع، جدة، 1980، ص 07¹

المطلب الثاني: أشكال الإنفاق الحكومي

يكون الإنفاق الحكومي بشكل مبلغ مالي أو نقدي ، حيث تقوم الدولة بدورها في الإنفاق العام باستخدام المبلغ النقدي ثمنا لما تحتاجه من منتجات سلع و خدمات من اجل التسيير المرافق العامة، و ثمنا لرؤوس الأموال الإنتاجية التي تحتاجها للقيام بالمشاريع الاستثمارية التي تتولاها، و لمنح المساعدات و الإعانات الاقتصادية منها، و الاجتماعية و ثقافية و غيرها.ومما لا شكّ فيه أن استخدام الدولة للنقود هو أمر طبيعي، و يتماشى مع الوضع القائم في ظل الاقتصاد النقدي، تقوم عليه جميع المبادلات و المعاملات، ومن ثمّ تصبح النقود هي وسيلة الدول الإنفاق شأنها في ذلك شأن بقية الأفراد.¹

و بالرغم من أن الإنفاق العام قد ظل لفترة طويلة من الزمن يتم في صورة عينية، كقيام الدولة بمصادر جزء من ممتلكات الأفراد، أو الاستيلاء جيدا علي ما تحتاجه من أموال، و منتجات دون تعويض أصحابها تعويضا عادلا، أو إرغام الأفراد على العمل من غير اجر، إلا أن هذا الوضع قد زال بعد انتهاء مرحلة اقتصاد المقايضة، أو كما يسمى بالتبادل العيني.

-و استنادا على ذلك لا نعتبر الوسائل غير النقدية التي تقوم الدولة بدفعها، للحصول على ما تحتاجه من منتجات أو منح المساعدات من باب النفقات العامة، كما لا تعتبر نفقات عامة المزايا العينية مثل: السكن المجاني، أو النقدية كالإعفاء من الضرائب، أو الشرقية كمنح الأوسمة و الألقاب التي تقدمها الدول لبعض القائمين بخدمات عامة أو لغيرهم من الأفراد، و في بعض الأحيان الاستثنائية التي قد يتعذر على الدولة تماما الحصول على احتياجاتها، عن طريق النفاق النقدي مثل: أوقات الحرب و الأزمات الحادة، حيث يعتبر الإنفاق النقدي من أفضل طرق الإنفاق العام التي تقوم به الدولة، و هذا راجع لعدة أسباب يمكن ذكرها فيما يلي:²

(1)- أنّ استعمال الدولة للنقود في عملية الإنفاق يسهل ما يتطلبه النظام المالي الحديث، من ترسيخ مبدأ الرقابة بصورها المتعددة على النفقات العامة ضمانا لحسن استخدامها وفقا للأحكام و القواعد التي تحقق إشباع حاجات

الغامدي احمد محمد عبوش، "محددات الإنفاق الحكومي في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية" التعاون" ¹

الغامدي أحمد محمد عبوش، مرجع سبق ذكره، العدد 22 ²

الأفراد العامة. أضف إلى ذلك أن الرقابة على الإنفاق العيني يشكل صعوبة كبيرة، نظرا لصعوبة تقييم هذا النوع من الإنفاق.

(2) - أن نظام الإنفاق العيني بما قد يتبعه من منح بعض المزايا العينية يؤدي إلى الإخلال بمبدأ المساواة و العدالة بين الأفراد في الاستفادة من نفقات الدولة، و في توزيع الأعباء و التكاليف العامة بين الأفراد.

(3) - أن انتشار مبادئ الديمقراطية أدى إلى عدم إكراه الأفراد على تأدية أعمالهم عن طريق العمل بدون أجر لتعارض ذلك مع حرية الإنسان و كرامته.

(4) - أن الإنفاق العيني يثير العديد من الإشكالات الإدارية و التنظيمية، و يؤدي إلى سوء في التدقيق و قد يؤدي إلى الانحياز نحو بعض الأفراد، و إعطائهم مزايا عينية دون غيرهم.

و نتيجة للأسباب المذكورة أعلاه، فان النفقات العامة دائما تأخذ صورة نقدية، و لا يخفى على أحد أن الإنفاق العام في صورته النقدية، وقد أدى إلى زيادة حجم النفقات العامة، و بالتالي زيادة حجم الضرائب(كمصدر أساسي للإيرادات العامة) و غيرها من الأعباء العامة مع توزيع يتم بعدالة نسبية لهذه الأعباء كل حسب مقدرته التكلفة.

المطلب الثالث: تقسيمات الإنفاق الحكومي

لقد ظهرت الحاجة لتقسيم و تبويب النفقات إلى أقسام متميزة مع ضرورة أن يكون معيار التقسيم قائما على مبادئ واضحة و منطقية، حيث ترجع أهمية هذه التقسيمات إلى كونها تخدم أغراض متعددة من أبرزها:¹

- تسهيل صياغة و إعداد البرامج، حيث أن حسابات الدولة مرتبطة ببرامج معينة تتولى الأجهزة و الهيئات تسييرها، فيجب ترتيب ذلك الحسابات بطريقة يسهل معها صياغة و إعداد هذه البرامج.

- تحقيق الكفاءة و الفعالية في تنفيذ الميزانية، وهذا أمر بديهي حيث أن كفاءة تنفيذ الخطة المالية للدولة يتطلب ضرورة تقسيم الميزانية حتى يمكن قياس كفاءة تنفيذ كل البرامج.

- تسهيل دراسة الآثار المختلفة للأنشطة العامة المختلفة و معرفة تطورها.

العناني حمدي أحمد، اقتصاديات المالية العامة و نظام السوق: دراسة في اتجاهات الإصلاح المالي و الاقتصادي،الدار المصرية اللبنانية،القاهرة،1992،الجزء1¹

- تمكين البرلمان و الرأي العام من جراء رقابة فعالة على الدور المالي للدولة، يجعل الحكومة تقوم بإنفاق المبالغ المالية في السبل التي قررتها، و ليس أوجه أخرى، ومن بين هذه التقسيمات نذكر منها: نفقات التسيير و نفقات الاستثمار، نفقات حقيقية و تحويلية، نفقات عادية و أخرى غير عادية، نفقات وطنية و أخرى محلية.

المبحث الثاني: مصادر و قواعد الإنفاق الحكومي

حتى يتمكن الإنفاق من تحقيق الآثار والاهداف المنتظرة منها في تلبية مثلى للحاجات العامة، فإن ذلك يتطلب تحقيق أكبر حجم ممكن من المنفعة مستعملة في ذلك أداة الاقتصاد في الإنفاق مع الأخذ في الحسبان أهمية وضرورة وجود طرق ومناهج للرقابة التي تضمن توجيه النفقات نحو الابواب ذات المصلحة الشاملة لأفراد الشعب دون تبذيرها في غير تلك المصلحة وإذا تم احترام هذه القواعد بشكل دقيق فذلك سيقودنا إلى حالة من الإنفاق الرشيد او على أمثلية النفقات العامة الحاملة لقيمة مضافة هامة للإقتصاد الوطني.

المطلب الأول: مصادر الإنفاق الحكومي

هناك معيار قانوني و آخر وظيفي

1- المعيار القانوني (المعنوي): وهو المعيار الكلاسيكي و يتركز على الطبيعة القانونية للشخص المنفق، حيث إذا كان هذا الأخير من أشخاص من القانون العام فان الإنفاق يعد عاما، و العكس صحيح، أي إذا كان من أشخاص القانون الخاص فيعتبر الإنفاق إنفاقا خاصا، و عليه فالإنفاق يعتبر إنفاقا عاما إذا قام به شخص خاضع لقواعد القانون العام كالدولة و فروعها السياسية و جماعاتها المحلية بما يتوفر لديه من سيادة و سلطة أمره. -وبذلك لا نعتبر الإنفاق عام تلك النفقات التي يقوم بها شخص من أشخاص القانون الخاص المعنوية و الطبيعية حتى إذا كان الغرض هو تحقيق منفعة عامة، على سبيل المثال: كقيام شخص ما ببناء مدرسة و تبرع بها للدولة، فهنا لا يعد الإنفاق إنفاق عام، لان الإنفاق قد صدر من شخص خاص و الأموال خرجت من ذمة شخص خاص.¹

¹ بلول مختار محمد، تحديد و قياس الحجم الامثل للإنفاق الحكومي من اجل تحقيق الاستقرار الاقتصادي، مجلة جامعة الملك سعود علوم الادارية، السنة 2، سنة 1990.

-إن نشاط القانون العام يهدف أساسا إلى تحقيق المنفعة و المنفعة و المصلحة العامة و يعتمد في ذلك علي سلطته و سيادته المخولة له من طرف القانون و المتمثلة في سلطة إصدار القوانين و القراءات الإدارية، بينما يهدف أشخاص القانون الخاص إلى تحقيق مصلحة خاصة أو الربح أساسا في المرتبة الأولى، و يعود الاختلاف بين نشاط الأشخاص العامة و نشاط الأشخاص الخاصة إلى طبيعة الدولة التي يقتصر نشاطها على القيام بالخدمات الأساسية مثل: الأمن و الدفاع والعدالة و تسيير بعض المرافق العامة، و بطبيعة الحال فان هذه الخدمات تحقق نفعا عاما تهدف له لما تتمتع به من صلاحيات و سيادة على إقليمها.

2-المعيار الوظيفي: يتركز هذا المعيار أساسا على الطابع الوظيفي و الاقتصادي للشخص القانوني للمنفق، و ليس على الشكل القانوني لصاحب النفقة، حيث لا يمكن اعتبار جميع النفقات الصادرة عن الأشخاص العامة نفقات عامة، ما عدا تلك الأنشطة و المهام التي تقوم بها الدولة. إن الإنفاق الذي يقوم به الشخص المفوض من قبل الدولة في استخدام سلطتها إنفاقا عاما، شرط أن يكون هذا الإنفاق نتيجة الاستخدام هذه السلطة. و بناء على ما تقدم و استنادا المعيار الوظيفي نستنتج أن الإنفاق العام قد يصدر من طرف أشخاص القانون العام فقط بل قد يصدر كذلك من أشخاص القانون الخاص.

-وفي حقيقة الأمر إن الإخذ بهذا المعيار يعني تجاهل التطور الذي لحق بمالية الدولة، و قد ينزع للمالية العامة جزءا معتبرا منها ألا وهي النفقات العامة، التي تؤديها الدولة حرصا منها على تلبية الحاجيات العامة التي تتزايد على نحو مستمر بالتوازي مع تطور دور الدولة.

-ومن خلال كل ما ذكرناه فإنه يجب التوسع في تعريف الإنفاق الحكومي، بحيث يشمل كافة النفقات التي تقوم بها الدولة أو مؤسساتها العامة الوطنية منها و المحلية، بغض النظر عن صفة السيادة أو السلطة الآمرة أو طبيعة الوظيفة التي يصدر عنها الإنفاق العام لما في ذلك من مواكبة لتطور دور الدولة و توسعه¹.

المطلب الثاني: قواعد الإنفاق الحكومي

أ_ قاعدة المنفعة: يقصد بها أنّ الهدف من الإنفاق هو تحقيق أكبر منفعة ممكنة، حيث تعتبر هذه القاعدة قديمة في الفكر الاقتصادي ، فقاعدة المنفعة أمر بديهي، حيث أن قيام الدولة بالإنفاق في ميدان معين دون الحصول على المنفعة تعود على الأفراد منها، معناه أن الإنفاق لا مبرر له. و بصفة عامة فان الحكم على مدى توفر المنفعة العامة في الإنفاق العام يمكن أن يتم على أساس اعتبارات علمية معنية، على أن نأخذ بعين الاعتبار درجة النمو الاقتصادي لكل دولة على حدى.

- بلول مختار محمد، مرجع سبق ذكره، ص34¹

ب-قاعدة الاقتصاد في الإنفاق:

ترتبط هذه القاعدة بموضوع المنفعة، حيث تهدف قاعدة الاقتصاد في الإنفاق إلى استخدام أقل حجم من الإنفاق العام لأداء نفس الخدمة أو الخدمات، و يمكن تعديد مظاهر التبذير و عدم الانضباط المالي في كل دول العالم خاصة البلدان السائرة في طريق النمو، نتيجة نقص أو غياب رقابة سياسة فعالة، و تأخذ هذه المظاهر صورة عل سبيل المثال: اقتناء أدوات و لوازم الحكومة فوق ما تحتاج إليه فعلا، استئجار المباني و السيارات بدلا من شرائها....الخ، و في الأخير حتى يتمكن الإنفاق من تحقيق الآثار و الأهداف المنتظرة منها في تلبية الحاجات العامة، فإذا ذلك يتطلب تحقيق أكبر حجم ممكن من المنفعة مستعملة في ذلك أداة الاقتصاد في الإنفاق مع الأخذ في الحسبان ضرورة وجود طرق و مناهج للرقابة.¹

المطلب الثالث: أهداف الإنفاق الحكومي

إن الهدف من الإنفاق الحكومي هو إشباع الحاجات العامة، ومن ثم تحقيق المنفعة العامة أو المصلحة العامة.

- سيادة مبدأ المساواة و العدل داخل المجتمع: أي إن جميع الأفراد يتساوون في تحمل الأعباء العامة كالضرائب و بالتالي ستكون هناك مساواة في الاستفادة من الإنفاق الحكومي.

- يحق للسلطة التشريعية مراقبة عمليات إنفاق اعتماد المالية التي أقرتها للحكومة، وهذا من خلال طلبها لهذه الأخيرة تقديم وثيقة تسمى بقانون ضبط الميزانية.

- خضوع الحاجة لرقابة تشريعية و تنفيذية، و أحيانا قضائية لضمان عدم إساءة استعمال هذا الحق حيث تتمثل التشريعية في حق البرلمان في إعطاء الحكومة رخصة الحصول على الاعتماد المالي الذي تطلبه، وإما الرقابة من جانب الهيئة التنفيذية فتتمثل في حق إلغاء اعتماد المالية التي تقررها الهيئات التشريعية.²

¹ هوشيار معروف، دراسات في التنمية الاقتصادية (إستراتيجيات التصنيع و التحول الهيكلي)، جامعة البلقاء التطبيقية، دار الصفاء للنشر، الطبعة

الأولى، 2005، ص11

الدغديدي مدجحة، مرجع سبق ذكره، ص10²

المبحث الثالث: حدود الإنفاق الحكومي

تظهر حدود الإنفاق الحكومي في الأسباب الظاهرية و الحقيقية لتزايد هذا الأخير

المطلب الأول: الأسباب الظاهرية لتزايد الإنفاق الحكومي

قد ترجع الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الحكومي إلى ثلاثة عوامل رئيسية هي:¹

- تدهور قيمة العملة.

- اختلاف طرق المحاسبة المالية.

- زيادة مساحة إقليم الدولة و عدد سكانها.

1- تدهور قيمة العملة: و يقصد بها تدني القدرة الشرائية مما يؤدي إلى نقص مقدار السلع و الخدمات التي يمكن الحصول عليها بنفس الحجم من الوحدات النقدية عن المقدار الذي كان يمكن الحصول عليه من قبل، وهي الظاهرة التي يمكن أن تشرح ارتفاع أسعار السلع و الخدمات، و مواجهة تدهور قيمة النقود، فان الدولة تدفع عددا من الوحدات أكبر مما كانت تدفعه من قبل و ذلك للحصول على نفس مقدار السلع و الخدمات علما انه يترتب على التدهور الزيادة في الإنفاق الحكومي.

2- اختلاف طرق المحاسبة المالية:

ومع إتباع مبدأ وحدة أو عمومية الميزانية العامة الذي يقضي بضرورة ظهور كافة نفقات الدولة و إيراداتها دون تخصيص في الميزانية العامة، ظهر الإنفاق الحكومي و كان ينفق من قبل ، ولم يكن يظهر في الميزانية ومن ثم فان الزيادة في الإنفاق الحكومي، في هذه الحالة يعد زيادة ظاهرية استدعت تغيير طرق المحاسبة المالية في الميزانية الحديثة.

3- زيادة مساحة إقليم الدولة و عدد سكانها:

حامد عبد المجيد دراز، السياسات المالية، مركز الاسكندرية للكتاب، سنة 2000¹

قد تكون الزيادة ظاهرية في الإنفاق الحكومي سببها زيادة مساحة إقليم الدولة أو عدد سكانها، حيث يترتب على هذه الزيادة بطبيعة الحال زيادة في حجم الإنفاق الحكومي، و يعد السبب الأول المتمثل في تدهور قيمة العملة من أكبر أسباب الزيادة الظاهرية في الإنفاق، و إن حدوث زيادة في المساحة أو عدد السكان يشكل عبئا إضافيا على الدولة المعنية بهذا الأمر، و ذلك لأنها تواجه هذه الزيادة عن طريق زيادة نسبة الضرائب على المواطنين.

المطلب الثاني: الأسباب الحقيقية لزيادة الإنفاق الحكومي

يقصد بالزيادة الحقيقية للإنفاق الحكومي زيادة المنفعة العامة الحقيقية، حيث ترتبط الزيادة في عبء التكاليف غالبا بزيادة تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية و الاجتماعية، و ترجع هذه الزيادة في الإنفاق لأسباب عديدة: إيديولوجية، اقتصادية، اجتماعية، إدارية، مالية أو حتى سياسية و ستتطرق إلى كل سبب من هذه الأسباب على التوالي:¹

1- الأسباب الإيديولوجية: و نعني بها الأسباب التي ترتبط بالتطور التاريخي لدور الدولة في الحياة الاقتصادية و الاجتماعية من الدول الحارسة إلى الدولة المتدخلة، فمباشرة بعد الحرب العالمية 2 هيمنت أفكار مؤيدة لتدخل الدولة، مما أدى إلى زيادة تدخل الدولة علي مستوى الدول الليبرالية خاصة في الحياة الاقتصادية، ولم يكن الحال مختلفا عن الدول الاشتراكية فقبل انهيارها، حيث كانت الإيديولوجية الجماعية سائدة و تقود الدولة بكافة العمليات الإنتاجية، مما يترتب عليه زيادة في كافة الإنفاق إلى درجة تساويه مع الدخل الوطني.

2- الأسباب الاقتصادية: من أهم هذه الأسباب: زيادة الدخل الوطني و التوسع في انجاز المشاريع العامة، فمن خلال زيادة الدخل الوطني يمكن للدولة من زيادة ما تقتطعه من هذا الدخل في صورة تكاليف و أعباء عامة، من ضرائب و رسوم و غيرها، بغض النظر عن تزايد و تنوع الضرائب المفروضة، أو ارتفاع معدلاتها مع العلم أن الزيادة الإيرادات العامة يشجع الدولة على زيادة حجم الإنفاق في مختلف المجالات، كذلك التوسع في انجاز المشاريع العامة الاقتصادية يؤدي إلى زيادة الإنفاق.²

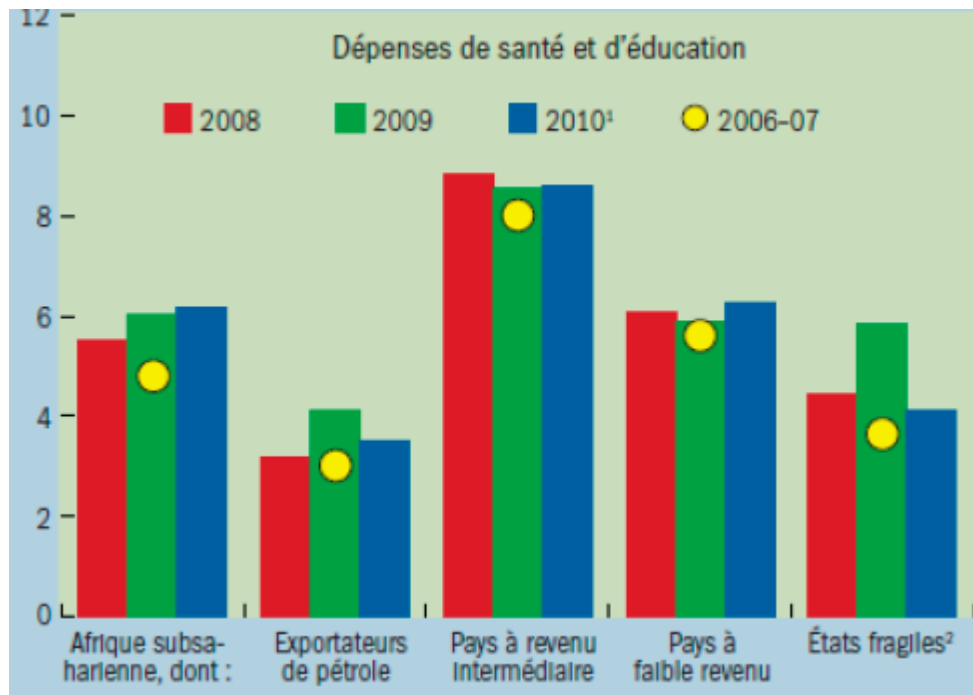
3- الأسباب الاجتماعية:

¹ فتح الله العلو، الاقتصاد السياسي: مدخل للدراسات الاقتصادية، دار الحداثة للطباعة و النشر و التوزيع، لبنان، سنة 1981

² Ph darreau, croissance et politique économiques, édition book, 2003.

مع الزيادة المسجلة للنمو الديموغرافي و تركيز السكان في المدن تزايد حجم الإنفاق لتغطية الطلب الحاصل على الخدمات التعليمية، الصحية و الثقافية أو خدمات النقل و المواصلات، و إلى جانب كل ذلك زيادة نمو الوعي الاجتماعي كنتيجة حتمية لانتشار التعليم، ومن ثم ازدياد وعي المواطنين بحقوقهم فأصبحوا يطالبون الدولة بمراعاة هذه الحقوق كتأمين الأفراد ضد البطالة، الفقر، العجز و الشيخوخة و غيرها، وقد ترتب على ذلك زيادة الإنفاق.

الشكل رقم (1) : تطور نفقات التعليم و الصحة في بعض دول العالم



Source; FMI, Perspectives économiques régionales–Maintenance des niveaux de dépenses sociales en Afrique malgré la crise 23 , avril 2010,p2.

يتضح من الشكل البياني تنامي وزن النفقات الاجتماعية بالنسبة للنتائج المحلي الإجمالي، و هذه الشواهد الإحصائية التي تعبر عن تعاضم الوظيفة الاجتماعية في المجتمع، و دورها الكبير في تزايد النفقات العامة. من بينها نفقات التعليم و الصحة التي تحضي باهتمام كبير من قبل مختلف الحكومات.

4- الأسباب الإدارية:

يؤدي سوء التنظيم الإداري و عدم متابعته لتطور المجتمع الاقتصادي و الاجتماعي، و الارتفاع في عدد الموظفين و زيادتهم على حاجة العمل.... الخ إلى زيادة الإنفاق بشكل ملحوظ بل أكثر من ذلك يمثل عبئا إضافيا على موارد الدولة.

5- الأسباب المالية: تتمثل في عنصرين أساسيين:¹

أولاً: سهولة الاقتراض في العصر الحديث، مما يؤدي إلى كثرة لجوء الدولة إلى القروض العامة للحصول على ما تحتاج إليه لتغطية العجز، و هذا ما يؤدي إلى زيادة حجم الإنفاق.

ثانياً: وجود فائض في الإيرادات العامة غير مخصص لغرض معين، مما يدفع إلى تشجيع الحكومة على إنفاقه سواء في أوجه إنفاق ضرورية أو غير ضرورية.

6- الأسباب السياسية:

يمكن نسب زيادة الإنفاق الحكومي إلى تطور الإيديولوجية السياسية سواء داخليا نتيجة انتشار المبادئ الديمقراطية، و نمو مسؤولية الدولة نتيجة شعور الدولة بواجب التضامن الدولي.

(أ) انتشار المبادئ الديمقراطية: مثل هذه المبادئ زيادة اهتمام الدولة بالطبقات محدودة الدخل و التكفل بالكثير من خدماتها. حيث أن للنفقات العامة فائدتها في رفع المستوى الصحي، الثقافي و الاقتصادي.

(ب) نمو المسؤولية الدولية: نتج عن انتشار المبادئ الديمقراطية تغير النظرة إلى الدولة. فهي ليست سوى سلطة أمرة لا تملك المواطنون إلا الخضوع لها، و إنما هي مجموعة من المرافق العامة تخدم مختلف المصالح، حيث انه قد ساعد على نمو مسؤولية الدولة ضغط الرأي العام و مؤلفات رجال القانون.

¹ Tarben M. Anderson, fixal Policy and the global Financial crises, school of economics and management, economics working papier n °4

ج) **نفقات الدولة في الخارج:** لقد أدى نمو العلاقات الدولية إلى زيادة الإنفاق العام في المنظمات الدولية المتخصصة وغير المتخصصة و منظمات إقليمية متعددة كالأمم المتحدة و الهيئات التابعة لها، كاليونسكو و اليونيسيف، وذلك سبب ما تقتضيه العلاقات الدولية من واجبات تلزم الدول القيام بها، من تقديم مساعدات و منح مادية لتحقيق أهداف اقتصادية أو سياسية.

د) **النفقات العسكرية:** تحتل النفقات العسكرية جزءا هاما في التزايد المطرد للنفقات العامة، و يرجع ذلك إلى التقدم التكنولوجي السريع في هذا الميدان، مما يدفع الدولة لإنفاق مبالغ طائلة لتزويدها بأحدث الأساليب و المخترعات العسكرية، بهدف حماية منشآتها و مواطنيها و أراضيها من خطر الغزو الخارجي. فالزيادة في مثل هذه النفقات الهامة تتضح أكثر لو اطلعنا على حجم الموارد العالمية المخصصة للنفقات العسكرية. مثلا تقديرات النفقات العسكرية لسنة 1988 من 580 إلى 1000 دولار أمريكي أي حوالي 5% من الناتج الداخلي الخام العالمي.¹

المطلب الثالث: التوزيع الوظيفي للإنفاق الحكومي

نظرا لتعدد أنشطة الحكومة، فإن إنفاقها العام يتسم بالتنوع أيضا، وليس لجميع أوجه هذا الإنفاق آثار مباشرة في الاقتصاد، و يتصف قياس أثره التوزيعي بالصعوبة عموما. و للسهولة فان تقسيم الإنفاق العام في البلدان العربية يتم وفق المجالات التالية:²

1- **الإنفاق العام على الخدمات العامة:** و تشمل الأنشطة المطلوبة من الحكومة و التي ترتبط بخدمات قطاع الأعمال أو الأشخاص. و تتضمن الخدمات المالية و الإدارية للحكومة، و إدارة الشؤون الخارجية للدولة و حفظ العدالة و النظام. و هذه الأنشطة بطبيعتها تتميز بأنها من السلع العامة تماما لا يمكن قياس انتفاع أي فرد أو مجموعة منها، بالرغم من أن وجودها يعتبر ضروريا لقيام الدولة و استمرارها في أداء أعمالها.

2- **الإنفاق على الدفاع و الأمن:** و هذه أيضا تلحق بالقسم الأول، و تتميز بأنها خدمات لاغنى عنها لاستمرار الحكومة في أداء واجباتها، و مع ذلك فهي من السلع العامة تماما التي يصعب قياس العائد الفردي منها.

¹ عبد الرزاق الفارس، الإنفاق العسكري في الوطن العربي 1970-1990 ، دراسة في الاقتصاد السياسي، مركز دراسات الوحدة

العربية، بيروت، سنة 1993 .

²International Monetary Fund (IMF), A Manuel government Finance statistics (washington, DC : IMF, 1990),P 144,145.

3- الخدمات الاجتماعية: و هذه تشمل الإنفاق على الخدمات التي يتم تزويد المجتمع و العائلات بها بشكل مباشر و تتضمن خدمات التعليم و الصحة و الخدمات الثقافية و الترفيهية، وكذلك خدمات توصيل المياه و الصرف الصحي للمنازل، و بالرغم من واجهة الرأي الذي يقول بان هذه الخدمات الأخيرة (توصيل المياه والصرف الصحي) ينبغي أن تصنف ضمن الخدمات الاقتصادية، إلا أن الحقيقة أنها موجهة لإشباع احتياجات الأفراد و العائلات اقتضت ضمها إلى هذا القسم.

4- الخدمات الاقتصادية: وهذه تغطي النفقات المتعلقة بالأنشطة الحكومية الخاصة، و تنظيم و زيادة كفاءة أداء قطاع الأعمال، و كذلك الأنشطة المرتبطة بإنتاج السلع و الخدمات، و تشمل الإنفاق على التنمية الاقتصادية و معالجة الاختلال الإقليمي، و خلق فرص العمل للعاطلين، وكذلك الموارد الطبيعية. وفي بعض الدول فان الجزء الأكبر من الإنفاق على الخدمات الاقتصادية هو عبارة عن تحويل مباشر للدخل . للعاملين في القطاعات الاقتصادية المختلفة : مدفوعات تحويلية للمزارعين وأجور للعاملين في قطاعات مثل : المحاجر وبعض القطاعات العامة ذات العجز التي يتم محافظة عليها لأسباب اجتماعية ، وبخاصة في المناطق ذات البطالة العالية ،والجزء الأكبر من الإنفاق العام على الزراعة يتجه الى دعم المزارعين لرفع مستوى معيشتهم ، والذي يعتبر منخفضا مقارنة مع القطاعات الأخرى .

8- الأوجه الأخرى: وتشمل مدفوعات الفوائد على الديون الحكومية والمدفوعات التحويلية للمؤسسات الحكومية المختلفة، ودفع الديون يعكس حقيقة إن الإنفاق الحكومي الماضي قد اعتمد بدرجة أكبر على الديون وليس على الضرائب.

وكما سبق ذكره، فان تتبع الآثار التوزيعية لبعض جوانب الإنفاق الحكومي، وخاصة تلك التي تأخذ طابع الإنفاق على السلع العامة تماما، تحيطه صعوبات مفاهيمية وقياسية بالغة .

والحكم ذاته ينطبق على القسم الأخير ، حيث أن عبء الديون يتم تحمله من قبل فئات المجتمع المختلفة بناء على طرق تمويل هذا الدين ، ولذا فانه من المنطقي أن يتركز اهتمامنا على مجالات الإنفاق التي يمكن تبيان آثارها التوزيعية في المجتمع، وهي بدرجة أساسية الإنفاق على الخدمات الاجتماعية، ثم الأنفاق على الخدمات الاقتصادية.

خلاصة :

إن الإنفاق الحكومي يميل لزيادة مع ارتفاع معدلات التضخم، إلا أن الإيرادات الحكومية لا ترتفع بالمعدلات ذاتها، ومن الضروري أن تكون هذه الإيرادات على درجة من المرونة تسمح بترقية النفقات ، كما أن العوامل والظروف الإقتصادية التي يمر بها الاقتصاد الوطني تؤثر بشكل حتمي في حجم الإنفاق الحكومي ، حيث أن هناك علاقة بين هذه الأخيرة والمستوى العام للنشاط الاقتصادي، فمن خلاله تهدف الدولة إلى ضمان استمرارية السير الحسن للمرافق العامة. حيث أن التوسع في الإنفاق الحكومي على القطاعات الإجتماعية يلعب دورا محوريا في القضاء على مظاهر الفقر البشري وتحقيق التنمية البشرية بمختلف أبعادها. إن مؤشر التنمية البشرية يقيس مستويات الانجاز؛ يقيس مستويات حرمان الأفراد في ثلاثة من الأبعاد الرئيسة للتنمية البشرية:

1-الصحة الإنجابية: معبّرا عنها بنسبة الولادات خارج الإشراف الطبيّ لممارسي الصحة المؤهلين إلى مجموع الولادات.

2-الحياة الصحية: و تقاس بنسبة الأنفال دون سن الخامسة ناقصي الوزن إلى مجموع الأنفال لنفس الشريحة العمرية.

3- التعليم: و يقاس بنسبة الأمية بين النساء البالغات.

الفصل الثاني

دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي

تمهيد:

إن المردود السيئ الذي يقدمه القطاع الصحي يستدعي التدخل عبر اتخاذ جملة من الإجراءات التي من شأنها التخفيف من حدة الانعكاسات السلبية التي يخفها القطاع على صحة الأفراد.

لقد أصبحت الحكومات تلعب دورا مركزيا في السياسات الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية لدى معظم البلدان الصناعية وذلك باعتمادها على مبادئ العدالة والكفاءة.

تهدف الحكومات في البلدان الصناعية الى تقديم أجود خدمات الرعاية الصحية بأقل تكلفة، حيث تعمل على حماية وتحسين الصحة البشرية بالنسبة للفئات المستضعفة كالأطفال والنساء والمسنين ، كما أن تحسين الخدمات الصحية سببه التقدم التكنولوجي والنمو الاقتصادي السريع ، حيث يعتبر هذا الأخير أقوى أداة لمكافحة سوء الأحوال الصحية لأن الاتفاق على الصحة يبرز كأحد العوامل المحددة للنمو الاقتصادي الشامل. وعلى هذا الأساس إرتأينا التطرق عبر هذا الفصل إلى ثلاث مباحث أساسية:

فمن خلال المبحث الأول: سنتحدث عن عموميات حول القطاع الصحي

أما من خلال المبحث الثاني: سنشير إلى أهمية الإنفاق الحكومي في إحداث التنمية الاقتصادية

و أخيرا المبحث الثالث: سنقوم بدراسة علاقة الإنفاق الحكومي بتطور القطاع الصحي.

المبحث الأول: عموميات حول القطاع الصحي

يعتبر القطاع الصحي من أهم و أكبر القطاعات الإقتصادية، و الأكثر نموا على مستوى العالم.

المطلب الأول: مفهوم الصحة

حينما نتناول قضية التنمية في العالم فلا بد أن نبرز الدور الذي تحتله الصحة على خريطة التنمية، أي أن الصحة لا تنعزل عن عناصر التنمية، و هذا نظرا للعلاقة الوثيقة و التفاعل الديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية و بين التنمية كهدف.

يعد القطاع الصحي من قطاعات المجتمع الرئيسية والتي نصت الشرائع الدولية والمحلية على كونها حقا من حقوق الإنسان، والصحة تعرف بحسب منظمة الصحة العالمية أنها: " حالة من المعافاة التامة بدنيا ونفسيا واجتماعيا ، وليس مجرد من المرض أو الإعاقة " وقد ورد في ندوة المكسيك عام 2004 حول البحث الصحي أنه لن يتيسر لكل الدول توفير منشآت بحثية متطورة إلا أن يتحتم على جميعها أن لا تستغني عن تطوير منشآت محورية لغرض إجراء البحوث لأن غياب مثل هذه المنشآت يعرض هذه الدول لمخاطر صحية جمة.¹

يمثل قطاع الرعاية الصحية واحدا من أكبر القطاعات وأكثرها نموا على مستوى العالم، يعمل على توفير السلع والخدمات لمعالجة المرضى من خلال تقديم الرعاية، ونظرا لأن هذا القطاع يتفق أكثر من 10 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي لمعظم الدول المتقدمة فإنه يشك جزءا هائلا من اقتصاد أي دولة. الصحة هي حق من قوق الإنسان والارتقاء ببحوث القطاع الصحي يساهم في تعزيز الصحة، حيث تعد هذه الأخيرة محورا أساسيا من محاور التنمية البشرية.²

المطلب الثاني : المستشفى كمقدم للرعاية الصحية

يعيش القطاع الصحي في الجزائر ومنذ سنوات تدهورا خطيرا مع مظاهر الإهمال واللامبالاة التي أضحت تميّز أغلب مستشفيات بلادنا، فبعد أن كنّا نشكو من انعدام النظافة وقلة الهياكل القاعدية تحوّل الحديث في السنوات

¹ - د. جلال البنا ، اقتصاديات الصحة ، المكتب العربي الحديث ، الإسكندرية ، سنة 2012 ، ص 65.

² - From the Henry J Kaiser Family Foundation

الأخيرة إلى ما هو أخطر وهو غياب العناية والتكفل الطبي في مؤسسات وجدت من أجل ذلك، هذا زيادة عن الأخطاء الطبية التي صارت تعدّ بالعشرات إن لم نقل بالآلاف وحرمان العديد من المرضى من حقهم في العلاج المتخصص، ما دفع بالكثير من المواطنين إلى التوجه للتداوي بالأعشاب أو السفر إلى تونس لتلقي العناية الصحية اللازمة، وهو أمر بات منتشرًا لا سيّما في الولايات الحدودية.

مقدم الرعاية الصحية هو أي مؤسسة كمستشفى أو عيادة مثلاً، أو شخص مثل الأطباء أو أفراد التمريض أو العاملين في المهن الصحية المساعدة، أو العاملين في الصحة المجتمعية توفر خدمات الرعاية الوقائية، أو العلاجية أو الرعاية التي تهدف إلى تعزيز الصحة بطريقة منظمة للأفراد أو العائلات أو المجتمعات. تعتبر المستشفى مركزاً للطب الحديث ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، فهناك على مستوى العالم ما يقرب من 9.2 ملايين طبيب و19.4 مليون فرد تمريض وقابلة، و1.9 مليون طبيب أسنان ومساعدين لأطباء الأسنان، و2.6 مليون صيدلي وعامل في قطاع الأدوية، وأكثر من 1.3 مليون عامل في الصحة المجتمعية، مما يجعل قطاع الرعاية الصحية واحداً من أكبر القطاعات من حيث عدد العاملين به. يتبع القطاع الطبي العديد من المهنيين غير العاملين في تقديم الرعاية الصحية مباشرة بأنفسهم، ولكنهم يمثلون جزءاً من إدارة ودعم نظام الرعاية الصحية، فروبات وأجور المديرين و متعهدي التمويل، و المحامين في قضايا أخطاء الممارسة الطبية، والعاملين في مجال التسويق جميعها تندرج ضمن نفقات الرعاية الصحية.

في عام 2003، كانت تكاليف الرعاية الصحية التي تم دفعها للمستشفيات والأطباء ودور المسنين والمختبرات التشخيصية والصيدليات ومصنعي الأجهزة الطبية وغيرها من مكونات نظام الرعاية الصحية تبلغ 15.3 بالمائة من إجمالي الناتج المحلي (GDP) للولايات المتحدة الأمريكية، وهي أعلى نسبة إنفاق في العالم على هذا القطاع. في الولايات المتحدة، ظل نصيب قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) ثابتاً حتى عام 2006 مع استمراره في الصعود بعد ذلك ليشهد زيادة تاريخية من المتوقع أن تصل إلى 19.6 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام 2016. و في عام 2001 بالنسبة لدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية كان المتوسط هو 8.4 %، حيث كانت الولايات المتحدة 13.9 %، وسويسرا 10.9 %، وألمانيا 10.7 %، وهي أعلى الدول في الإنفاق على الرعاية الصحية. وإجمالي ما أنفقته الولايات المتحدة الأمريكية على الرعاية الصحية في عام 2006 كان 2.2 تريليون دولار. ووفقاً لمجلة Health Affairs (الشؤون الصحية) فقد أنفقت الولايات

المتحدة في عام 2007 على كل امرأة ورجل وطفل 7498 دولارًا، أي ما يوازي 20 بالمائة من إجمالي الإنفاق ومن المتوقع أن تزيد هذه التكلفة لتصل إلى 12782 دولارًا بحلول عام 2016.¹

يختلف هيكل رسوم الرعاية الصحية بصورة مثيرة من دولة لأخرى. فعلى سبيل المثال تميل رسوم المستشفيات الصينية باتجاه 50% للأدوية، ونسبة كبيرة أخرى للأجهزة الطبية، ونسبة صغيرة لأتعب أخصائي الرعاية الصحية، وقد قامت الصين بتنفيذ عملية تحول طويلة الأجل في صناعة الرعاية الصحية لديها، بداية من ثمانينات القرن العشرين. وقد انخفضت الإسهامات الحكومية خلال الخمسة وعشرون عامًا الأولى من عملية التحول هذه فيما يتعلق بنفقات الرعاية الصحية من 36% إلى 15%، حيث يقع عبء تكاليف هذا الانخفاض على المرضى بصورة كبيرة. وخلال هذه الفترة أيضًا تمت خصخصة نسبة صغيرة من المستشفيات التابعة للدولة. وتم تشجيع الاستثمار الأجنبي في المستشفيات عن طريق تقديم حافز يصل إلى 70% من رأس المال.²

¹ "Average 2016 health-care bill \$12,782" by Ricardo Alonso-Zalvidar [Los Angeles Times](#)

February 21, 2007

² Mahar, Maggie, [Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much](#), -

Harper/Collins, 2006

200	200	2004	2003	2002	2001	2000	199	199	199	السنة
6	5						9	8	7	
269	196	2573	2488	2396	2287	2200	212	212	201	الأطباء
70	59	8	3	7	8	7	56	71	49	
495	480	4885	4847	4871	4828	4851	501	505	520	جراحو الأسنان
6	5						3	3	2	
252	262	222	203	203	198	227	295	351	418	الصيدالة

الجدول رقم (01): تطور عدد عمال السلك الطبي في القطاع العمومي

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

من البيانات السابقة نلاحظ التطور المعترف في أعداد الموظفين، و هو ما يفسر إهتمام الجزائر بالمنظومة الصحية من خلال تعزيز مختلف المرافق الصحية العمومية باليد العاملة المؤهلة، سعياً منها إلى سد إحتياجات كل الافراد

المطلب الثالث: واقع الصحة قبل البرامج التنموية

عرفت الصحة العمومية في الجزائر خلال الحقبة الاستعمارية وضعية مأساوية وجدّ متردّية، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفويد والإسهال إلى غير ذلك من الأمراض التي كانت نتيجة طبيعية للظروف المعيشية المزرية التي كان يعيشها أغلبية الجزائريين، والتي فرضت من طرف الاستعمار الفرنسي الغاشم الذي حرم الشعب الجزائري من أبسط ضروريات الحياة، لتسجّل الجزائر بذلك نسبة وفيات لدى الأطفال تعدّ من أعلى نسب الوفيات عند هذه الفئة على الصعيد العالمي، وتشير معلومات المؤرّخين إلى أن الشعب الجزائري حرم قبل الاستقلال أيضا من حقّه في العلاج وتلقّي العناية الصحيّة، إذ أن القليل من المواطنين فقط لهم الحقّ في العلاج العام والمتخصّص بسبب تمركز المستشفيات والأطباء في المدن الكبرى أين يتواجد المستعمر بكثافة، أمّا المناطق الريفية فهي تسيّر أمور مرضاها بالاعتماد على الطبّ التقليدي والأعشاب الطّبية بسبب خلوها من المراكز الصحيّة وأبسط التجهيزات الطّبية،

وتشير الإحصائيات إلى أن الجزائر كانت تعتمد خلال الفترة الاستعمارية على حوالي 300 طبيب فقط لكل عشرة ملايين نسمة، وهو عدد ضعيف جدًا لا يتكافأ مع عدد السكان، لا سيما مع الانتشار الكبير للأوبئة والأمراض المعدية.

بعد الاستقلال ورثت الجزائر من الفترة الماضية حالة صحّية متردّية ومتدهورة، حيث كان النّظام الصحّي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى فقط كالجزائر، وهران وقسنطينة، ويتمثّل خاصّة في الطبّ العمومي الذي يتمّ داخل المستشفيات وعدد من العيادات التي تشرف عليها البلديات، والتي تقدّم المساعدات الطبيّة المجانية إلى جانب مراكز الطبّ المدرسيّ التّفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، هذا زيادة عن الطبّ الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصّة، لكنّ جلّهم كانوا من الأجانب، وقبل سنة 1965م لم تكن البلاد تتوفّر إلّا على 1319 طبيب، من بينهم 285 طبيب جزائري فقط، وهو ما يعادل طبيا واحدا لكلّ 8092 مواطن و264 صيدلي، وهو ما يقابل صيدليا واحدا لكلّ 52323 نسمة. وبلغ عدد أطباء الأسنان آنذاك حوالي 151 طبيب، أي ما يعادل طبيب أسنان واحد لكلّ 70688، أمّا من حيث الهياكل القاعدية فقد كانت الجزائر تعاني من عجز كبير على مستوى التجهيزات الاستشفائية والمعدّات الطبيّة، حيث أشارت الإحصائيات الخاصّة بفترة ما قبل سنة 1967 إلى أن عدد الأسرة في المستشفيات لم يتجاوز 39000 سريرا، وهو رقم ضعيف جدًا ولا يستجيب للاحتياجات الوبائية وتعميم العلاج الوقائي

كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطبّ العمل. وقد عرف قطاع الصحّة في الجزائر خلال الحقبة الممتدّة من ما بعد الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينيات وما بعدها، تطوّرات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية وإن كان تطوّر القطاع الصحّي كان يتمّ بصفة بطيئة مقارنة مع التطوّر السكاني الذي عرفته البلاد في تلك الفترة، كما عرفت ذات الفترة صدور جملة من النصوص والقوانين التي تهدف إلى توحيد النّظام الموروث عن المستعمر، وواصل القطاع الصحّي تطوّر رغم ما واجهه من انتقادات وشهده من نقائص، وعرف خلال سنوات تقدّمها تدريجيا منذ استرجاع الجزائر لسيادتها، حيث قفز عدد الأطباء من 500 طبيب خلال سنة 1962 إلى 55 ألف طبيب في سنة 2012، وبعدها حقّقت السياسة الصحّية المتّبعة خلال السنوات الأولى من الاستقلال من نجاح كبير في مجال القضاء على الأمراض والأوبئة التي كانت سائدة في سنوات الستينيات والسبعينيات، بل وكانت تعدّ من الأمراض الفتّاكة آنذاك بشهادة التقارير التي نشرتها المنظّمة العالمية للصحّة، تواصلت الجزائر بعد سنوات من الاستقلال بذل جهود أكبر من أجل

التقليل من الإصابة بالأمراض الخطيرة كالسرطان بأنواعه، خاصّة سرطان الثدي الذي يسجّل سنويا أكبر عدد من الوفيات في صفوف النساء يليه سرطان الرئة. وتعمل الجهات الرسمية اليوم على فتح 50 مركز أشعة لعلاج المصابين بهذا الداء المميت، بالإضافة إلى تطوير زراعة الأعضاء، وقد خصّصت ميزانية معتبرة لذلك، وهو ما سيسمح بتقليص الفاتورة الباهظة التي يكلفها العلاج في الخارج.

تطوّر القطاع الصحيّ منذ الاستقلال غداة الاستقلال كانت الجزائر تعدّ حوالي 500 طبيب لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 5,10 مليون نسمة، أمّا الوضعية الصحيّة في هذه الفترة فقد كانت تتميّز بوفيات الأطفال خاصّة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180 في الألف وأمل حياة لم يصل إلى 50 سنة، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات، كما تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين، ليتقلّص عدد الأطباء من 2500 طبيب إلى 630 طبيب، مع نقص فادح في الهياكل الصحيّة شهدت سنة 1966 استمرار العجز الدائم في الهياكل القاعدية، حيث قدر عدد الصيادلة بـ 3 لكلّ 100.000 ساكن، 163 مستشفى بسعة 39418 سرير و256 مركز صحيّ، بعدد 364 طبيب و20.000 شبه طبيّ وحوالي 19000 مستخدم إداري .

شهدت 1974 زيادة في عدد السكان، حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة وزيادة في عدد الأسرّة الذي بلغ 41728 سرير، وبلغ عدد المراكز الصحيّة 558 مركز وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425 طبيب، وإنشاء ما يسمّى بالقطاع الصحيّ، وما ميّز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 في سنة 1979 بلغ عدد السكان 18.3 مليون نسمة وعدد المستشفيات 162 مستشفى، إلى جانب 157 عيادة متعدّدة الخدمات و157 مركز صحيّ بعدد أطباء بلغ 4561، وتوفّرت المستشفيات

آنذاك على 44885 سرير.

في سنة 1984 بلغ عدد السكان 21 مليون نسمة، وشهدت السنة تحسّنا في الهياكل القاعدية، حيث بلغ عدد المستشفيات 215 مستشفى، إلى جانب 285 عيادة متعدّدة الخدمات و914 مركز صحيّ بعدد أطبا

بلغ 9106، وتوفّرت المستشفيات آنذاك على 50210 سريرا.

في سنة 1986 واصل القطاع الصحيّ مسيرته نحو التطوّر وتمّ تسجيل 261 مستشفى و370 عيادة متعدّدة الخدمات، إلى جانب 1147 مركز طبيّ و13395 طبيب وتوفّرت المستشفيات آنذاك على 60040 سريرا.

في سنة 1989 تمّ تسجيل 261 مستشفى و428 عيادة متعدّدة الخدمات و1500 و25000 طبيب و65000 سريرا.

في سنة 1998 تمّ تسجيل سريرين لكلّ 1000 نسمة وعيادة لكلّ 69731 نسمة، إلى جانب مركز صحيّ لكلّ 25454 نسمة وقاعة علاج لكلّ 6667 نسمة، كما بلغ عدد الأطباء الجزائريين 28274 طبيبا وعدد المستشفيات 223 مستشفى وعدد المراكز الصحيّة 1144 مركز.

في سنة 2009 وصل عدد العيادات إلى 286 وعدد الأخصائيين الخواص إلى 5095 والطبّ العام إلى 6205 طبيب. أمّا عن الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحيّ لتحقيق أهداف الألفية المحدّدة من طرف منظمة الأمم المتّحدة فقد شهدت تطوّرا، حيث بلغت نسبة 76،70 بالمائة في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58 بالمائة خلال سنة 1999.

المبحث الثاني: أهمية الإنفاق الحكومي في إحداث التنمية الاقتصادية

إن زيادة و رفع حجم الإنفاق الحكومي يؤدي إلى تحسين و رفع النمو الإقتصادي.

المطلب الأول : ماهية التنمية الاقتصادية

أولا: تعريف التنمية: تعرف بأنها الشكل المعقد من الإجراءات أو العمليات المتتالية والمستمرة التي يقوم بها الإنسان للتحكم بقدر ما في مضمون اتجاه وسرعة التغيير الثقافي الحضاري في مجتمع من المجتمعات بهدف إشباع حاجاته.

وتعرف كذلك بأنها نشاط كخطط يهدف إلى أحداث تغييرات في الفرد، الجماعة والتنظيم من حيث المعلومات والخبرات، ومن ناحية الأداء وطرق العمل ومن ناحية الاتجاهات والسلوك مما يجعل الفرد والجماعة صالحين لشغل وظائفهم بكفاءة وإنتاجية عالية.⁽¹⁾

وعليه فإن التعريف الإجرائي للتنمية كما يلي: التنمية هي عملية شاملة ومستمرة وموجهة وواعية تمس جوانب المجتمع جميعها، وتحديث تغييرات كمية وكيفية وتحولات هيكلية تستهدف الارتقاء بمستوى المعيشة لكل أفراد المجتمع،

(1) - طارق علي جمار ، التنمية الاقتصادية والبشرية الأكاديمية العربية المفتوحة بالدانرك ، كلية الإدارة والاقتصاد.

والتحسن المستمر لنوعية الحياة فيه بالاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة.⁽¹⁾

ثانيا: تعريف التنمية الاقتصادية (The définition of economic développement): هناك عدة مصطلحات فمنهم من يستخدم مصطلح النمو (Growth) والبعض يستخدم مصطلح التنمية الاقتصادية فالنمو يعني تغير مع تحسن أو تزايد قد يكون طبيعي أو عفوي، أما التنمية تعني تغير مع تحسن بفعل حدث أو إجراء إرادي.

إن التنمية الاقتصادية هي تقدم للمجتمع عن طريق استنباط أساليب إنتاجية حديده أفضل، ورفع مستويات الإنتاج من خلال أنماط المهارات والطاقات البشرية وخلق تنظيمات أفضل .

وبصفة عامة هي العملية التي من خلالها تحاول زيادة متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي خلال فترة زمنية محددة، وذلك من خلال رفع متوسط إنتاجية الفرد واستخدام الموارد المتاحة لزيادة الإنتاج خلال تلك الفترة.⁽²⁾

الجدول رقم(02):تطور واردات الجزائر من السلع خلال الفترة (2000-2010)

السنوات	2000	2002	2004	2006	2008	2010
الواردات	9,17	12,00	18,30	20,68	37,99	38,88
معدل النمو %	/	30,86	52,50	13,00	83,70	2,43

المصدر: بنك الجزائر، التقرير السنوي للمؤشرات الاقتصادية للجزائر

(1) - محمد أحمد الدوري، مرجع سابق، ص 53

(2) - نعمة الله نجيب إبراهيم، أسس علم الاقتصاد، مؤسسات شباب الجامعة، الإسكندرية، سنة 2000، ص 499

المطلب الثاني: الإنفاق الحكومي ومستوى التنمية

ضمن الأدبيات الاقتصادية هناك اهتمام خاص بمحاولات تفسير ظاهرة النمو المطرد في الإنفاق الحكومي وهذا النمو ظاهرة عامة، شملت الدول الصناعية وجميعها مما اقتضى وجود نظرية تستوحها بعيدا عن الخصوصيات التي تميز كل دولة على حدي هناك محاولتنا قامتا لتوفير بعض الأطر العامة لتنظيم التفكير حول المساهمة النسبية التي يقدمها القطاع العام للاقتصاد وهما قانون واعتر والأثر الإزاحي تأذي طوره كل من بيكوك ووايزمن.

1- قانون واعتر (Wagner law): يرجع إلى الاقتصادي الألماني أودلف واغتر ويشير إلى وجود علاقة موجبة بين مستوى التطور الاقتصادي وحجم الإنفاق العام وفي مقالته عام 1893 قدم واعتر نظرية متماسكة عن قانون زيادة التوسع في الأنشطة العامة والحكومية بشكل خلاص وقد تم استلهم هذه النظرية من الملاحظات الواقعية التي تدل على الانفاق العام ومستوى التنمية مقاييس بنصيب الفرد في الدخل القومي يرتبطان بعلاقة وثيقة في عدد كبير من الدول.

وفقد اقترح واغتر أنه مكلما ازدادت درجة التصنيع في أية دولة، فإن العلاقات الاجتماعية والتجارية في هذا المجتمع أصبح أكثر تعقيدا والحكومة بناء على ذلك تحتل دورا مهما في إقامة هذا النظام واراداته من أجل التحكيم في هذه التعقيدات ووفقا لهذه النظرية ، فإن هناك ثلاثة أسباب تعمل على زيادة دور الحكومة في النشاط الاقتصادي، الأول هو عامل التصنيع والتحديث الذي يؤدي إلى إحلال الأنشطة العامة محل الأنشطة الخاصة ، حيث أن زيادة معدل التحضر يتطلب زيادة الإنفاق على المجالات التي تضمن فرض العقود والاتفاقيات، أما ثانيا إن النمو الدخل الحقيقي يؤدي إلى التوسع النسبي في الإنفاق الرفاهي والثقافي ومن ذلك الإنفاق التعليمي، وأما السبب الثالث إن التطور الاقتصادي والتغيرات السريعة في التكنولوجيا عاملان يتطلبان أن تسيطر الحكومة على إدارة الاحتكارات الطبيعية وذلك من أجل زيادة كفاءة الأداء الاقتصادي.

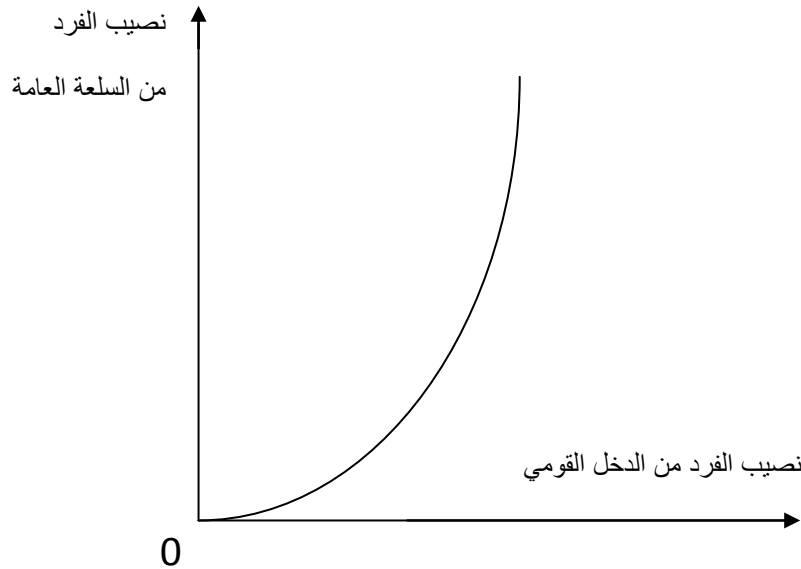
$$\frac{G}{GDP_r} = f \left(\frac{GDP_n}{N} \right)$$

يمكن التعبير عن قانون واعتر كالتالي:

حيث أن (G) تمثل مقياسا مناسباً للإنفاق العام، و(N) تمثل جملة السكان، وGDP_r و GDP_n تمثلان الناتج المحلي الإجمالي بالقيم الحقيقية والاسمية على التوالي. وإذا ما زادت النسبة $\left(\frac{G}{GDP} \right)$ بزيادة نصيب الفرد

القومي، فإن الدخل القومي قيمة المرنة لهذه العلاقة تزيد على الصفر، وبالرغم من تسمية هذه الفرضية بالقانون، إلا أنه من الواضح أنها لا تعدو أن تكون محاولة مبسطة لتفسير نمو الإنفاق العام.⁽¹⁾

الشكل رقم (02) : قانون Wagner لتفسير ظاهرة تزايد الإنفاق العام



المصدر: العيد سعدن دراسة اقتصادية قياسية للعلاقة بين هيكل النفقات العامة والعجز في الموازنة العامة للدولة - حالة الجزائر.

ويتضح أن هناك وجود علاقة طردية بين نسبة الإنفاق إلى الدخل وحصص الفرد من الدخل القومي.

2. فرضية الأثر الإزاحي (Displacement): قدمها كل من بيكوك ووايزمن (A.Peacock Wiseman) فإن الإنفاق العام يكاد أن يأخذ نمطا مشابها للقفزات وقد لاحظ هذان الكاتبان أن تطور الإنفاق العام خلال الزمن شبيه الهضبة التي تعلوها الارتفاعات (Peaks)، وأن هذه المرتفعات متزامنة مع فترات الحروب أو فترات الاضطراب الاجتماعي. وقد تبنت هذه النظرية على ثلاث فرضيات هي: إن الحكومة تكون دائما قادرة على إيجاد طرق صحيحة الإنفاق الدخول أو العائدات المتاحة. إن الشعوب غير راغبة في معدلات الضرائب العالية.

(1) - محمد عبد العزيز عجمية ، التنمية الاقتصادية، الدار الجامعية، الإسكندرية، سنة 2001، ص 64..

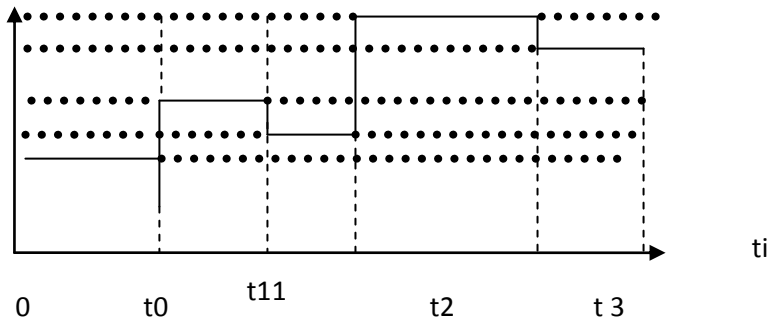
إن الحكومات ليس أمامها إلا القبول برغبات الشعوب.

استخلص الكاتبان من ذلك أن الضرائب عادة ما تبقى ثابتة أو مستقرة في فترات السلام، ونتيجة لكون الطاقة الضريبية محدودة لدى الحكومة ، فإن إنفاقها العام لا يمكن أن ينمو بمعدلات كبيرة، حيث أنه في فترات السلام تظهر فجوة بين رغبات الحكومة في الإنفاق وقدرتها الفعلية على ذلك، وبالمقابل خلال فترات الحروب فإن الفجوة تنقلص وتصبح الطاقة الضريبية في مستويات أعلى، وبالتالي فإن مستويات الإنفاق العام سترتفع هي الأخرى إلى مستويات أعلى، وفي أوقات الحروب إن معدلات الضرائب التي كانت غير مقبولة ففي أوقات السلم ستصلح الآن أكثر قبولا.

ويقر الكاتبان بأن هناك عوامل أخرى تأخذ صحة الديمومة، قد يكون لها تأثير في معدلات نمو الإنفاق الحكومي، ومن هذه العوامل: التغيرات السكانية والتغيرات في الأسعار والبطالة.

وقد قام الكاتبان إلى جانب الإطار النظري بتقديم الاختبارات التطبيقية لقياس تأثير الإنفاق العام بالتغيرات التي تطرأ على السكان أو المستويات العامة للأسعار⁽¹⁾، ويمكن توضيح أطروحة بيكوك ووايز من خلال الشكل البياني الموالي:

الشكل رقم (03) :أثر الاستبدال عند **Wiseman et Peacok** وتطور الإنفاق العام خلال الفترة الطويلة



(1) - نواز عبد الرحمن الهيتي، د. عبد اللطيف الخشالي ، المدخل الحديث في المالية العامة ،سنة 2005، ص 60.

حيث أن t_i : الزمن

G/Y : حصة الإنفاق العام G في الدخل الوطني Y

$[t_0, 0]$ فترة عدم حدوث الأزمة ، t_0 : بداية الأزمة بارتفاع G/Y إلى النقطة 1

$[t_0, t_1]$ استقرار قيمة G/Y مع انخفاض طفيف عند t_1

$[t_1, t_2]$ أزمة جديدة عند t_2 وتشهد ارتفاع آخر للقيمة G/Y

$[t_2, t_3]$ فترة استقرار وثبات للقيمة G/Y

من خلال الشكل البياني يلاحظ أن الهزات وحالات التوتر الاقتصادي التي تشهدها المجتمعات خلال فترات زمنية معينة (t_0, t_1, t_2, t_3)، تكشف من جهة عن بروز احتياجات الإنفاق لمواجهة معوقات هذه الأزمة والحروب، ومن جهة أخرى تكشف عن بروز احتياجات عامة جديدة لمواجهة آثار هذه الأزمات (نفقات إعادة البناء والتأهيل، الإعانات، التعويضات...).

المطلب الثالث : الإنفاق العام وتوزيع الدخل

إحدى الخيارات المتاحة أمام الحكومة لتحسين توزيع الدخل وتخفيف الحالات المتطرفة من الفقر هي تغيير مكونات الإنفاق العام واتجاهه وهذا الخيار أصبح له أهمية خاصة في الدول النامية لسببين:

1. إن الاتفاق الحكومي أصبح يشكل نسبة مهمة من الدخل القومي و المعلومات الحالية المتوفرة عن توزيع الدخل الشخصي تشير إلى أن هذا الإنفاق هو أيضا كبير مقارنة بالحصص التي تحصل عليها الفئات الفقيرة من الدخل القومي.

ولذا فإن تغيير اتجاه هذا الإنفاق يمكن أن يكون له تأثير مهم في الدخل الحقيقي للمجموعات المنخفضة للدخل من السكان، وعلى سبيل المثال فإنه في بلد يشكل فيه الإنفاق العام 25 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي، وإذا كان دخل الفئات التي تشكل 20 بالمائة من الفئات الأفقر في المجتمع يشكل 5 بالمائة من هذا الناتج ، فإن

إعادة تخصيص ما يقارب من 10 بالمائة من الموازنة لهذه الفئة ستزيد دخلها بمقدار 50 بالمائة. وإعادة التخصيص هذه تشكل إحدى أهم الخيارات حيوية من وجهة نظر سياسية ، كما أنها من غير المحتمل أن تحل محل النمو الاقتصادي.⁽¹⁾

2. استخدام الموازنة لزيادة استهلاك سلع وخدمات محددة : مثل الإسكان والماء وخدمات تصريف المجاري والتعليم والصحة. والسياسات الرامية لزيادة استهلاك مثل هذه السلع بمعدلات أكبر من المستويات التي تحددها قوى العرض والطلب في السوق تشير إلى ما يتعارف عليه الآن بسياسات إشباع الحاجات الأساسية، والفكرة الرئيسة هنا هي أن يتم استخدام أدوات الموازنة من أجل توجيه الموارد للوصول الى هذه المستويات المرجحة من الاستهلاك في المراحل الأولى من التنمية، أي الوصول بمعدلات أسرع من المستويات التي يمكن الوصول إليها في ظل النمو الاعتيادي في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي وهذه الحاجة تكتسب أهمية أكبر في ظروف ثلاثة:

- كلما كان الجزء المتسرب من نمو الناتج المحلي الإجمالي للفئات الفقيرة صغيرا.
- كلما كان الميل الحدي للإنفاق على الحاجات الأساسية للفئات الفقيرة صغيرا.
- كلما كانت الإمكانيات المتاحة أمام القطاع الخاص لتوفير هذه الخدمات العامة صغيرة بسبب قلة إمكانية أو انخفاض الربحية في هذه القطاعات، أو خضوع الاستثمار في هذه القطاعات لإعتبارات تتعدى العامل الاقتصادي أي لإعتبارات اجتماعية أو سياسية.

وعموما، فإن الدراسات التطبيقية قد لاحظت إن إعادة توزيع الدخل في معظم دول أوروبا الغربية تتم من خلال الإنفاق العام، وليس من خلال الضرائب والإنفاق لأغراض إعادة توزيع الدخل والذي يؤخذ عادة على أنه يكافئ الإنفاق على الصحة والتعليم، وأوجه الرفاهة الاجتماعي (Social Welfare)، والإسكان والخدمات الاجتماعية (معظمها مدفوعات تحويلية) يشكل حوالي 40-50 بالمائة من إجمالي الإنفاق العام في هذه الأقطار. ومن هذه الأخيرة فإن ما يطلق عليه الاستهلاك الجماعي (والتي هي عبارة عن الإنفاق الحكومي على

⁽¹⁾ M. Selowsky, Who Benefits from Government Expéditeur : A Case Studay of Colombia A

World Bank Research Publication (Oxford : Oxford University Press, 1979), P3.

التعليم والصحة أو ما شابه) يمثل حوالي 20-25 بالمائة من إجمالي الإنفاق الحكومي الجاري، وإعانات الضمان الاجتماعي تتضمن التحويلات الجارية للإيرادات وكذلك الإعانات العينية لأغراض صحية.⁽¹⁾

وإعادة توزيع الدخل من خلال عمليات أو سياسات الحكومة قد لا تكون عمودية فقط، أي بين الأغنياء والفقراء، بل يمكن أن تكون أفقية أيضا أي بين عائلات ذات دخل متشابه ولكن بتكوين مختلف، وهذه الأخيرة في الكثير من الأحيان تكون لها فاعلية أكبر كآلية لإعادة التوزيع، وقد لوحظ مثلا أن معظم أنظمة الإعانات تعمل لصالح العائلات التي لديها أطفال أكثر، ولذا فإن عدم التساوي في نصيب الفرد من الدخل القومي ينخفض بالرغم من عدم تأثر التباين في الدخل بين العائلات. والضمان الاجتماعي والخدمات الحكومية تعمل أيضا على إعادة توزيع الدخل في المدى الطويل.

والإنفاق العام في جوانب عديدة منه تكون له آثار كالضرائب في المتغيرات الاقتصادية الكلية في المجتمع، فهو يؤثر في قدرة الناس على العمل الادخار والاستثمار، وذلك من خلال تحويل الإنفاق على المجالات التي من شأنها التأثير في الحافز للعمل أو تلك التي من شأنها تحويل الدخل بين الفئات المختلفة.

ومن هذه المكونات التي يمكن التحكم فيها : مكونات التقاعد ومشروعات الضمان الاجتماعي والمساعدات العامة الحكومية، والإنفاق على برامج الإسكان، والإنفاق على التعليم والصحة، والمساعدات للقطاع الزراعي.

والإنفاق على التعليم والخدمات الصحية والإسكان يزيد من كفاءة الأفراد وقدرتهم على العمل، وفي الوقت نفسه فإن الإنفاق العام يمكن أن يشجع على الادخار قبل الفئات الفقيرة من خلال توفير مزيد من الدخل لهم ، وتوزيع الإنفاق العام يؤثر في الاستهلاك الخاص وكذلك الادخار والاستثمار، ويمكن استخدامه كأداة لزيادة إنتاج السلع والخدمات من خلال سياسيات الدعم أو الشراء المباشر.

⁽¹⁾ - Mohamed Zahir, Public Expenditure and Income Distribution in India 5 Neu Delhi :

Associated Publishing House , 1972, P7.

المبحث الثالث: علاقة الإنفاق الحكومي بتطوير القطاع الصحي

لقد اعتمدت الجزائر على ثلاث برامج تنموية منذ سنة 2001 إلى 2014 من أجل إنعاش الإقتصاد الوطني، و تطوير القطاعات الإقتصادية خاصة منها القطاع الصحي.

المطلب الأول: تطور الإنفاق الحكومي في الجزائر ما بين (2001-2014).

استجابت الجزائر لمتطلبات العولمة ساعية في نفس الوقت إلى أن تتوافق مع التحديات الجديدة، ومع بلوغ سنة 2014 شكلت الجزائر ثلاث برامج مسطرة تم اعتمادها منذ سنة 2001، نظرا للأهمية التي باتت تتمتع بها الجزائر كإنتاج أكبر منتج للنفط الخام في إفريقيا، وسادس أكبر منتج للغاز الطبيعي في العالم، وثاني ممول لأوروبا بعد روسيا بالطاقة، وكإنتاج قوة اقتصادية في إفريقيا والوطن العربي، هذه المعطيات ما هي إلا دلالات على ما أصبحت عليه الجزائر اليوم، فما قيل عن إنجازات الجزائر من الفترة الممتدة بين 1999-2010 لم يتم تحقيقه منذ الاستقلال كنتيجة للبرامج المسطرة مسيرة بناء دولة الحق والقانون المتواصلة والعصرية والوفية لمبادئها الثورية فيها كان العالم يحصي خسائر الأزمة المالية كانت الجزائر تفخر بحصيلة النتائج المحققة على مختلف الأصعدة، تدابير حكيمة أثبتت نجاعتها وفعاليتها في حماية الإقتصاد الوطني من التأثيرات الخارجية كانت نتائجها برامج ثلاث هي: (1)

-برنامج دعم الإنعاش الإقتصادي(2001-2004)

-برنامج دعم النمو الإقتصادي(2005-2009)

-إن تغيير السعر المرجعي في قانون المالية من 19 دولار إلى 37 دولار للبرميل البترول.

وبالتصديق على قانون المالية 2011 يدخل البرنامج الثالث (2010-2014) الاستثمار في الموارد البشرية

1- برنامج دعم الإنعاش الإقتصادي (2001-2004): بغلاف مالي 525 مليار دينار

والذي يهدف لتثبيت الدولة في إطارها القانوني كمسؤول عن الأهداف الاقتصادية، يركز على الاستثمار العمومي وعصرنه الهياكل الاقتصادية، وكأولويات هذا البرنامج الحد من الفقر، القضاء على البطالة، توزيع الثروة

¹ - [http:// www.ouarsenis. Com/vb/showthread.php ? = 46382](http://www.ouarsenis.Com/vb/showthread.php? = 46382)

على مناطق الوطن ودفع التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، كما تم الاهتمام في هذا البرنامج على جملة من الأمور والانجازات العامة في مجال الصحة، الموارد المائية، التنمية الريفية ،والبنى التحتية الأساسية، الاستثمارات وتنويعها ، كما أولت الحكومة اهتمامها بالبيئة وإصدار عدة قوانين متعلقة بها في إطار التنمية المستدامة⁽¹⁾ ، و تكريس مسؤولية الحفاظ على الطبيعة والإبقاء على التوازن الطبيعي وحماية الموارد الطبيعية.

يمكن إيجاز أهم الانجازات في النقاط التالية:

-تحقيق الاستقرار الأمني والسياسي والاقتصادي

-السكن ومشروع المليون سكن والحد من البناء المهش والاهتمام بالبناء الريفي

-عصرنة قطاع النقل بمختلف محاوره (إنشاء تجديده وترميم الطرقات الطريق لسيار شرق غرب، السكك الحديدية، ميتر، ترامواي وشبكة الطرق السريعة...)

-تحديث وعصرنة المطارات والموانئ انجاز 03 مطارات وتحديث 17 مطار لتتماشى مع المعايير الدولية 1280 محطة للتزويد بالماء.

-محاولة تحديث الموانئ مع متطلبات اقتصاد السوق، وجلب الشركات مثلما هو الحال بميناء بجاية التي تعالج اليوم بفضل الشركة مع المؤسسة السنغافورية "بورتيك" ما بين 20 و 25 حاوية في الساعة

-الاهتمام بالمنظومة التربوية ومحاولة تحديثها بإنشاءات جديدة، مطاعم، مكتبات ، ربط المنظومة التربوية بالانترنت.

-تحسين الظروف المعيشية وتدنيه مستويات الفقر.

-إدراج البيئة كبعد استراتيجي يجب الاهتمام به، بداية من إدراج البيئة في مختلف الأطوار التعليمية، إلى صدور قانون 01/19 المتعلق بتسيير ومراقبة وإزالة النفايات إلى البرنامج الوطني للتسيير المدمج للنفايات الصلبة و إلى وضع نظام وطني للاسترجاع وتأمين النفايات⁽²⁾

¹ بن عزة محمد، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، ترشيد سياسة الإنفاق العام بإتباع منهج الإنضباط بالأهداف، سنة 2010

² -بن حاج مونيير وبلعاطل عياش، أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الإجتماعية في الجزائر، 2001-2010

-تفكيك احتكار القطاع العمومي وتوسيع حقل الخوصصة.

-الاهتمام بالطاقة البديلة كمصدر جديد للطاقة غير مستغل 100 بالمائة.

2- البرنامج الثاني (2005-2009) برنامج تكميلي لدعم النمو:

كما خصص هذا البرنامج بالجنوب والهضاب العليا، من أجل فك العزلة عن الجنوب وفك الضغط عن الشمال، فحسب الإحصاء الوطني الخامس الذي أجرته الجزائر للسكان والسكن 2008 أفضى إلى تحديد عدد الجزائريين 34.8 مليون نسمة يسكن 80 بالمائة منهم في المدن الساحلية، وهو ما يؤكد أهمية السياسة التنموية التي شرعت الدولة في التخطيط لها من أجل إعادة التوازن الجغرافي عبر مناطق الوطن، ولا سيما من خلال تهيئة مناطق الهضاب العليا ومناطق الجنوب وجعلها أكثر استقطابا للتنمية، كما اهتم كذلك هذا البرنامج على غرار البرنامج الأول بالبطالة، التشغيل، الصحة، التعليم.

إن البرنامجين متكاملين يكمل أحدهما الآخر، ويمكن أن نصف هذه الفترة 2001-2009 فترة الإنعاش وضمنان ديمومة النمو والتنمية.

لقد استفاد قطاع الصحة ضمن مخطط الإنعاش الاقتصادي من غلاف مالي بلغ 14.7 مليار دينار موجهة لإعادة تأهيل منشآت القطاع وبناء مستشفى وإتمام بناء آخر إضافة الى بناء مركز لمكافحة الأمراض السرطانية بعناية.

الجدول رقم(03):التوزيع القطاعي للبرنامج التكميلي لدعم النمو الإقتصادي

برنامج	المبالغ المخصصة للبرنامج	نسبة مئوية من إجمالي البرنامج
1- برنامج تحسين ظروف معيشة السكان : - السكن. - تربية، تطعيم، تحالي، تكوين مهني . - برامج بلدية للتنمية - تنمية مناطق الهضاب العليا والمناطق الجنوبية - تزويد السكان بالماء والكهرباء، الغاز - باقي القطاعات ¹	1908,5 555 399,5 200 250 192,5 311,5	45,5 %
2- برنامج تطوير الهياكل القاعدية : - قطاع الأشغال العمومية والنقل - قطاع مياه - قطاع التهيئة العمرانية	1703,1 1300 393 10,15	40,5 %
3- برنامج دعم التنمية الاقتصادية : - زراعة وتنمية تربية ومصيد بحري - صناعة وترقية الإستثمار - سياحة والمؤسسات الصغيرة والمتوسطة والحرف	337,2 312 18 7,2	8 %
4- برنامج تطوير الخدمات العمومية : - طاقة وتخطيطية - مالية وتجارية وباقي الإدارات العمومية - البريد وتكنولوجيات الحديثة للاتصال	203,9 99 88,6 16,3	4,8 %
5- برنامج تطوير تكنولوجيات حديثة للإنتاج والأعمال	50	1,2 %

¹ تضم هذه القطاعات قطاع الشباب والرياضة، الثقافة، قطاع الصحة العمومية، عمليات الهيئة العمرانية وتطوير وسائل الإعلام

Source: www.cg.gov.dz/psre .(21/06/2007)

خلال الفترة الخماسية 2005-2009، استفاد قطاع الصحة في إطار برنامج دعم النمو الاقتصادي من 244

مليار دينار من الاستثمار العمومي موجهة لإنجاز حوالي 800 منشأة منها:

-20 مستشفى ب 200 سرير و 70 مستشفى آخر بأقل من 200 سرير

-26 مستشفى ومركزا متخصصا

133- عيادة متعددة الخدمات

من بين المنشآت التي تم تسطيرها، استكمل 152 إنجازا ولا يزال 400 إنجاز قيد الاستكمال و 200 مشروع آخر في طريق الانطلاق.

وفي سياق ذي الصلة، تضاعفت ميزانية التسيير لقطاع الصحة خلال الفترة 2000-2009 بأكثر من 5 مرات منتقلة من 33.90 مليار دينار إلى 178.32 مليار دينار، على النحو الذي يبرزه الجدول التالي:

الجدول رقم (04): تطور اعتمادات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر 2000-2009

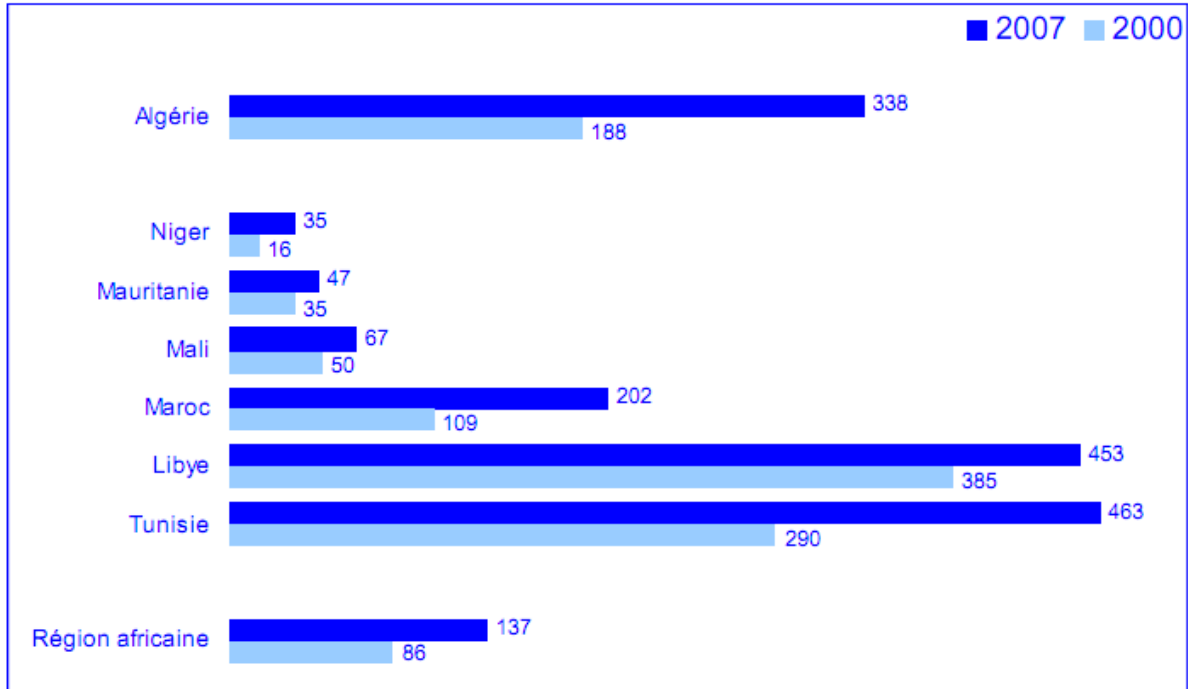
السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
الاعتمادات (مليار دينار)	33,90	38,32	49,11	55,43	63,77	62,46	70 ,31	93,55	129,20	78,32

المصدر: قوانين المالية 2000-2009

الشكل الموالي يوضح مقارنة لتطور نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في عينة من

الدول من بينها الجزائر خلال المد الزمني 2000-2007

الشكل رقم(04): تطور نصيب الفرد من النفقات العامة على الصحة(ppa \$) 2007-2000



Source: organisation mondiale de la santé , bureau régional de l' Afrique [2011]:fiche d'information des statistiques sanitaires2010, p7.

أما البرنامج الثالث (2010-2014) يسمى بالبرنامج الخماسي:

يعد أضخم برنامج تنموي يطبق في الجزائر منذ الإستقلال بمبلغ مالي قدره 286 مليار دولار أمريكي.

إن قطاع الصحة و الذي خصص له حيز هام ضمن الأهداف الإنمائية للألفية خاصة ما تعلق بصحة الأم و الطفل، سيستفيد في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة 2010-2014 غلاف مالي قدره 619 مليار دينار بهدف إقامة نحو 1600 منشأة طبية بين مستشفيات، مراكز طبية متخصصة، عيادات متعددة الخدمات و قاعات علاج. أمّا ما تعلق بتكوين ممارسي الصحة، فمن المبرمج خلال المدى الزمني 2010-2014 ، إنشاء 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي.

تصنّف الاستثمارات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن البرنامج الخماسي 2010-2014 حسب الأولويات، التي ستستهدف التقليل من الفوارق في توفير الخدمات الصحية بين ولايات الوطن، من خلال ضمان

العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات و مؤسسات إستشفائية وهياكل جوارية متخصصة موزعة عبر كامل التراب الوطني.

وقد خصص هذا البرنامج نسبة كبيرة لتأهيل الموارد البشرية حيث كانت حصة تنمية الموارد البشرية من هذا الغلاف 40 بالمائة، والتوجه نحو اقتصاد المعرفة من خلال البحث العلمي، التعليم العالي، استعمال وسيلة⁽¹⁾ الإعلام الآلي داخل المنظومة الوطنية، دعم التنمية الريفية، المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، إنشاء مناطق صناعية، مواصلة تطوير البنية التحتية فك العزلة والتحضير لاستقبال المستثمرين، تحديث أجهزة الدولة المختلفة، جيش، شرطة، حماية مدنية، مدارس ومعاهد وطنية، عدالة، الجهاز الضريبي والجمارك، البحث العلمي و تكنولوجيا الإعلام والاتصال، تقرير بناء 11 ميناء.

بعض المشاريع المهمة: (2)

قطاع الطاقة والمناجم عرف استثمارات ومشاريع هامة في العشرة الأخيرة أهم هذه المشاريع:

-مشروع ميدغاز أنبوب ناقل للغاز يربط الجزائر بإسبانيا

-مشروع غالسي تمويل ايطاليا بالغاز

-75حقلا بتروليا منها 37 بالجهود الخاصة سونطراك.

-تطوير نشاطات سونطراك، يتعلق الأمر بإنجاز مصنعين، إنتاج الامونياك والاوريا بوهران.

-اقتحمت سونطراك مجال تحليه المياه وهي تشرف على شركة الجيريان أنرجي كومباني المكلفة بإنجاز 13 محطة مياه البحر.

-الجهود المبذولة من أجل توصيل الكهرباء والغاز 98 بالمائة ربط بشبكة الكهرباء 41 بالمائة الربط بالغاز.

-تعترم الجزائر الانتهاء من إنشاء المحطة الأولى للطاقة بطاقة الرياح بإدرار بحلول 2012

-مجمع سونلغاز أعلن عن إنشاء أول صنع للصفائح الشمسية ينطلق نشاطه بحلول 2012

[http:// www.ouarsenis. Com/vb/showthread.php ? = 46382](http://www.ouarsenis.Com/vb/showthread.php? = 46382) ^{1 1}

(2) - المخطط الخماسي 2010-2014 بيان اجتماع مجلس الوزراء المنعقد 24 ماي 2010 - برئاسة الرئيس

- مشروع ديزرتيك الذي يلوح في الأفق والذي يعتبر أكبر مشروع لتوليد الكهرباء من الطاقة الشمسية في العالم.
- برنامج وطني للتشجير يمتد من 2000 إلى 2020.
- تسعير الكهرباء والغاز هي الأدنى في إفريقيا ، وهي أحد المعوقات الأساسية لانضمام الجزائر لمنظمة التجارة العالمية.
- احتضانها لعدة مؤتمرات وملتقيات منها الندوة الدولية 16 التي انعقدت بالجزائر الخاصة بالدول المنتجة للغاز.
- عضوية الجزائر بمجلس الأمن 2003.
- البعث الإفريقي للدبلوماسية الجزائرية والية Nepad
- سعيها لتحقيق التكامل المغاربي.
- مصنع الحديد والصلب بوهران

الجدول رقم(05):التوزيع القطاعي للبرنامج الخماسي "2010-2014"

البرنامج	المبالغ المخصصة للبرنامج	%
1- برنامج تحسين ظروف معيشة السكان :	9903	45,42 %
- السكن .	3700	
- لتربية، لتعليم العالي، لتكوين مهني .	1898	
- لصحة	619	
- تحسين وسائل وخدمات الإدراك العمومية	1800	
- باقي قطاعات ¹	1886	
2- برنامج تطوير الهياكل الأساسية :	8400	38,52 %
- قطاع الأشغال العمومية ونقل	5900	
- قطاع مياه	2000	
- قطاع تهيئة عمرانية	500	
3- برنامج دعم التنمية الاقتصادية :	3500	16,05 %
- فلاحية وتنمية ريفية	1000	
- دعم قطاع صناعي عمومي	2000	
- دعم لمؤسسات صغيرة والمتوسطة وتشغيل	500	

¹ تضم هذه القطاعات : قطاع الشباب والرياضة، الثقافة، قطاع الصحة العمومية، عمليات الهيئة العمرانية وتطوير وسائل الإعلام، الشؤون الدينية

المصدر: من بيان مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 24 ماي 2010 المتضمن الموافقة على البرنامج الخماسي "2010-2014".

المطلب الثاني: دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي

خلال السنوات الأخيرة بدأت السلطة تبدي اهتماما كبيرا بتطوير قطاع الصحة وتحسين الخدمات، حيث أعلن وزير الصحة والسكان مؤخرا عن الشروع في تنفيذ ثلاثة مخططات بهدف تطوير آداء قطاع الصحة في الجزائر.

ذكر الوزير لدى إشرافه على لقاء حضره مديرو الصحة والسكان لولايات الوطن ومسؤولي المراكز الاستشفائية للوقوف على مدى تطبيق التوجيهات الرامية إلى تحسين الأداء أن القطاع سيدخل مرحلة تجسيد ثلاثة مخططات من المنتظر أن تعطي ثمارا كبيرة في تطوير القطاع وتحسين آدائه من جانب الخدمة العمومية. كما ينتظر أن تحقق

المخططات التي سطرّتها الدولة بهدف تحسين قطاع الصحة العمومية نتائج جيّدة، لاسيّما وأنّها تضع يدها على الكثير من المسائل الحسّاسة التي طالما كانت سببا في المشكلات الكثيرة التي يتخبّط فيها القطاع، ما أدّى إلى حالة التسيّب والإهمال التي تسجّل اليوم في أغلب المؤسسات الاستشفائية. ومن بين أهداف المخططات التي ينتظر أن يتمّ تحقيقها قبل نهاية السنة الجارية تسوية أوضاع الحياة المهنية لمستخدمي القطاع وتطهير المالية وتصفية ديون المستشفيات، إلى جانب تسهيل حصول المواطنين على الفحوص الطبية المتخصصة. ومن المنتظر في هذا الإطار أن يتمّ التكلّف بنحو 95 بالمائة من الحالات المطروحة بالنسبة للمنازعات المتعلقة بالترقية المهنية في مختلف الأسلاك التابعة لقطاع الصحة، فيما سيتمّ العمل على دفع 80 بالمائة من ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد (باستور) التي هي على عاتق المؤسسات التابعة للقطاع. وإلى جانب ذلك سيسمح المخطّط الثالث بتسهيل الحصول على الفحوص الطبية بنسبة 95 بالمائة من حجم الطلب المحلي، خاصّة تلك المتعلقة بطبّ أمراض النّساء والتوليد والجراحة العامّة وغيرها، كما سيتمّ تعزيز إمكانيات القطاع للتكفل بالحوامل خلال المراحل التي تسبق الولادة. وستكون هذه الأهداف إن تحققت على أرض الواقع بمثابة حلقة الوصل التي سترمّ علاقة المواطن بقطاع الصحة العمومية بعد الشرخ الذي حصل والنظرة السيئة التي يكوّنها المواطن الجزائري على المؤسسات الاستشفائية العمومية نتيجة الإهمال وسوء الاستقبال والأخطاء الطبيّة التي أودت بحياة الكثيرين، إلى جانب نقص في الخدمات والأدوية والإمكانيات. وتبقى معاناة المواطن مستمرة باستمرار هذه الظروف في انتظار توفير التكلّف الصحيّ الجيّد الذي يطمح إليه الجميع.

كما خصّصت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أزيد من 20 مليار دولار للمشاريع المتعلقة بالرعاية الصحيّة في آفاق 2025 والموجّهة لتطوير 700 مركز طبيّ، وإنشاء عيادات متعدّدة الخدمات في القرى والأرياف، بالإضافة إلى 200 عيادة متنقّلة لفائدة البدو الرّحل لضمان تغطية صحيّة تصل إلى آخر نقطة من التراب الوطني.

. تيسير فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية، ووضع الإستراتيجيات المركزية الرامية إلى خفض معدلات الوفيات و الإصابة بالمرض، لا بدّ من تخصيص الموارد الكافية بحيث تشمل الخدمات الصحية الأولية كافة فئات السكان.

. لا بدّ من إجراء إصلاحات على قطاع الصحة و السياسات الصحية، و على الحكومة تبني سياسات تمنح الأولوية للبرامج الصحية الفعّالة من حيث التكلفة.

. لا تـد أن تركز الجهود المبذولة من أجل تحقيق حياة أطول و أصح على تخفيف الفروق القائمة في معدلات المرض و الوفيات بين الذكور و الإناث.

. أن توفر معلومات صحية و تضع برامج تضمن مشاركة المجتمع في تخطيط السياسة الصحية، حيث يتعين أيضا على الحكومات القيام بصورة منتظمة، و ذلك برصد أثر المشاكل البيئية على الصحة و خصوصا لدى الفئات المهتدة.

-أعلن وزير الصحة والسكان أنه سيتم استحداث 79 ألف منصب شغل جديد في القطاع خلال سنتي 2015-2017. بفضل المشاريع الجديدة التي استفاد منها القطاع والمزمع استلامها مستقبلا، ومن جهته صرح الوزير بأن قانون الصحة الجديد صار جاهزا وسيتم إرساله إلى 19 نقابة ممثلة لعمال قطاع الصحة، و أوضح بوضياف بأن قانون الصحة الجديد يتمحور حول مجانية العلاج، وتعميم العمل بنظام الإعلام الآلي بجميع مصالح ومؤسسات الصحة العمومية إضافة إلى تلقي المواطنين العلاج في أحسن الظروف.¹

المطلب الثالث: تقييم مساهمة الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي بالجزائر

تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال السنوات الأولى لمجانبة العلاج جد مهمة، ولكن بدأت في التناقص خلال الفترة ما بين 1979-1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت في الظهور منذ منتصف الثمانيات وكذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات و المؤسسات الدولية ، كل هذه الأمور شكلت عائق أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي، حيث انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20% سنة 1989. و نشير أن هذا التناقص في إعانات الدولة لم يدم طويلا حيث لوحظ انقلاب في نسبة المساهمة ابتداء من سنة 1993، و الذي تأكد خلال العشرية الأخيرة أين تراوحت نسبة مساهمة الدولة في قطاع الصحة من 59% إلى 83%. و لعل ذلك مرده للعجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي، كما ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد. و الجدول التالي يوضح أكثر مدى مساهمة الدولة تمويل قطاع الصحة

¹ - د. جلال البنا ، مرجع سبق ذكره، ص 241.

الجدول رقم(06): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

المصدر: مشروع ميزانية الدولة من 2005 إلي غاية2011

الإنفاق على الصحة :

بلغ الإنفاق على الصحة في العالم في عام 2006 حوالي 8.7 ٪ من الناتج المحلي الاجمالي، وكانت أكثر النفقات في الأمريكتين.

حيث استأثرت بنسبة 12.8 ٪ ، وكان أقلها في إقليم جنوب شرق آسيا حيث كانت النسبة 3.4 ٪ .وهذا

السنة	1993	1994	1995	1996	1997	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة	15240	18294	19973	25580	27737	39460	67164	90254	13941	176036	16706	218562
نسبة التمويل بقطاع الصحة	59%	61%	56%	60.6%	60.6%	75.3%	64.95%	71.34%	77.98%	81.77%	82.77%	83.21%

يعني 716 دولاراً أمريكياً للفرد في المتوسط، لكن هناك تغيرات رهيبية تتراوح بين حد منخفض جدا قدره 31 دولاراً أمريكياً للفرد في جنوب شرق آسيا وحد عال قدره 2636 دولار أمريكي للفرد في الأمريكتين، وتتراوح حصة الحكومات في الإنفاق على الصحة بين 76 ٪ في أوروبا و 34 ٪ في جنوب شرق آسيا .وحيثما كان الإنفاق الحكومي على الصحة قليلا، يسد الإنفاق الخاص الفرق ويصل إلى تغطية 85 ٪ من النفقات من المال الشخصي .وهذا يعني أن الدفع يتم عند اللجوء إلى الخدمات الصحية .وهذا النوع من المدفوعات لا يتيح تجميع الإنفاق على المخاطر، بل يزيد من احتمال دفع مبالغ باهظة تفقر \الأسر.وأصبحت الموارد الخارجية مصدرا رئيسيا لتمويل الإنفاق على الصحة في البلدان المنخفضة الدخل .فقد كان نصيبها 12 ٪ من إجمالي الإنفاق على الصحة في عام 2000 ثم أصبح 17 ٪ من نفقات البلدان المنخفضة الدخل على الصحة في عام2006.

بل إن بعض البلدان المنخفضة الدخل تمول ثلثي نفقاتها على الصحة من مصادر خارجيه. وفي هذه الحالات يثور قلق بالغ على إمكانية تحصيل العون بالقدر المطلوب. وقد أخذت هذه البيانات من مصادر دأبت منظمة الصحة العالمية على استقاء المعلومات منها على مدى 10 سنوات. وأكثر البيانات شمولاً واتساقاً عن تمويل الصحة تصدرها الحسابات الوطنية لقطاع الصحة، لأنها تجمع المعلومات عن الإنفاق من إطار معترف به دولياً. والحسابات الوطنية تقتفي أثر التمويل منذ تدفقه إلى البلد من المصادر التي تحول الأموال إلى الجهات المسؤولة عن توزيعها على مقدمي الخدمات الصحية والمنتفعين بهذه الخدمات. والحسابات الوطنية قد لا تتوفر أو تحدث في جميع البلدان، وفي هذه الحالات تؤخذ البيانات من نقاط الاتصال التقنية في البلد المعنى أو من الوثائق والتقارير العلنية. وتعوض القيم الناقصة تعويضاً تقديرياً باتباع مختلف تقنيات المحاسبة حسب توافر البيانات الخاصة بكل بلد. وترسل منظمة الصحة العالمية جميع هذه التقديرات إلى وزارات الصحة في تلك البلدان مرة في كل سنة لتعتمدها.

الجدول رقم(07):نسب الإنفاق على الصحة لبعض دول العالم

الدولة العضو	إجمالي الإنفاق على الصحة		الإنفاق الحكومي العام على الصحة		الإنفاق الخاص على الصحة		الإنفاق الحكومي العام على الصحة		إجمالي الإنفاق على الصحة	
	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي
	200	200	2006	2000	200	200	2006	200	200	200
	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0
أفغانستان ،	28.1	1.0	6.2	6.7	67.6	96.9	32.4	3.1	9.2	6.1
ألبانيا	3.5	6.0	8.7	7.1	62.7	63.7	37.3	36.3	6.5	6.4
الجزائر	0.1	0.1	11.9	9.0	18.9	26.7	81.1	73.3	4.2	3.5
أندورا	0.0	0.0	22.7	19.1	29.6	35.0	70.4	65.0	7.4	7.6
أنغولا	7.0	3.6	5.0	3.2	13.2	20.1	86.8	79.9	2.6	2.4
المغرب	2.5	0.8	4.8	4.0	73.8	70.6	26.2	29.4	5.3	4.2
تونس	0.9	0.9	6.7	6.8	55.8	51.5	44.2	48.5	5.1	5.6

المصدر: منظمة الصحة العالمي

رغم معدل الإنفاق الهائل على الرعاية الصحية في الجزائر، إلا أن نظامنا الصحي يصنّف في المرتبة الثالثة بعد كل من تونس والمغرب على التوالي، كما يصنّف في المرتبة الـ 81 عالمياً، حسب الإحصاء الذي قدّمته منظمة الصحة العالمية في سنة 2005، وهو ما يعدّ مرتبة متأخرة نسبياً مقارنة بالإمكانات المادية والمالية والبشرية المرصودة لهذا القطاع. ويبرز ذلك من خلال بعض المؤشرات الصحية السريرية كمعدل شغل الأسرة ومعدل الدوران، إلى جانب عدد المرضى المقيمين أو بالنظر إلى المؤشرات الصحية الوبائية كنسبة انتشار الأمراض المزمنة والأمراض المعدية أو بالنظر إلى تلك المؤشرات الدالة على مدى تحقيق الأهداف من الرعاية الصحية أيضاً كمعدل الأمل في الحياة ودرجة استجابة النظام الصحي من حيث التوزيع وعدالة تلقي الخدمات، ونتيجة للوعي بأهمية

الصحة فقد كان توجه السلطة نحو التفكير في تصوّر استراتيجي يبحث في الآليات التنظيمية والإجرائية التي تُعنى بتحسين الإدارة والتسيير الكفاء للنظام الصحي، وكان ذلك من خلال اعتماد خارطة صحية جديدة تعمل على الفصل بين الأنشطة الوقائية تتكفل بها مؤسسات للصحة الجوارية وبين الأنشطة العلاجية والتكيفية التي تتكفل بها المؤسسات الاستشفائية المختلفة، لكن بالرغم من هذا التطور والتغيير إلا أن الواقع لا يحاكي الأهداف المسطرة، فوفرة الإمكانيات المادية والمالية لم تواكب بتحسّن في الواقع الخدمي، ولعلّ المؤشّر في ذلك هو الإحساس بالشعور العام لدى المواطن عن عدم رضاه عن الخدمات المقدّمة، والتي يعتبر هو غاية وجودها ومحور استراتيجيته

مساهمة الهيئات العمومية أي الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تقدر بحوالي 60 % ، و قد كان الأشخاص المستفيدون من هذه المساعدات الطبية المجانية متشككين في معظمهم من الأشخاص المعوزين، وبالتالي فنتيجة هذه الوضعية أن الأشخاص المرضى المعنيين بهذا الإجراء، والذين كانوا يمثلون نسبة كبيرة من المواطنين لم يكونوا يستفيدون بصورة جيدة من العلاج ، حيث كانت النفقات الصحية التي تصرف علي هؤلاء المرضى تسدى إلى المؤسسات الصحية حسب النسب التالية:

85 % من طرف الخزينة العامة.

15% من طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات.

8% لحساب الدوائر.

7% لحساب البلديات¹.

خلاصة :

إن السياسية التنموية التي انتهجتها الجزائر وترافقها مع المخططات الاقتصادية وبرامج لن يبقى لها مثيل في تاريخ الجزائر، هو الأمر الذي جعل اقتصاد الجزائر في وقت قياسي يصبح الأعلى نموا بين اقتصاديات دول المنطقة ، فهذه البرامج تهدف لتدارك التأخير في جميع القطاعات، والهدف من هذا التوجه نحو النهوض بالاقتصاد الوطني هو تحضير البلاد لاستقبال الاستثمارات مع تهيئة المؤسسات الوطنية وإعداد النظام المالي والجهاز المصرفي حتى يكون مستعد لخوض هذه التجربة.

هناك رغبة بادية من وراء هذه البرامج لتحسين صورة الجزائر داخليا وخارجيا، وجعلها أكثر جاذبية خاصة الصورة التي رافقتها زمن العشرية السوداء، وكذا الرغبة الحقيقية بالإقلاع بالاقتصاد الوطني، ونمو قوي ومستديم يأخذ في طياته أبعاد التنمية الاقتصادية الاجتماعية والبيئية.

من الإستقلال إلى اليوم الجزائر قطعت أشواطاً لا مجال للمقارنة بينها، وفي ظل العلاقات والسياسة المنتهجة للجزائر، سنكون بلا شك رائدة لمكانتها في إفريقيا ومركزها الاستراتيجي ووزنها في الكتلة الأوروبية.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية للمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوية لبلدية ماسرى

تمهيد:

منذ سنة 2000 واجهت المنظومة الصحية الوطنية في الجزائر مجهودات كبيرة بدائرتها الوزارية بغية تعزيز نظامها الصحي، وطرأ عليها تغيرات لتمس ذلك كافة مجالات الأنشطة.

كما تعزز نظام التسيير، الذي يمثل حجر الأساس في المنظومة الصحية خاصة في أقسامه الخاصة بالتنظيم والرقابة والمتابعة، علما أن الدولة عرفت تحولات كبيرة من نظام اشتراكي إلى نظام اقتصادي حر.

بالتالي فمن الضروري في إطار سياسة تسوية المسار المهني للمؤسسات الصحية وإيجاد الأشكال التي من شأنها أن تسهل إيجاد وسيلة فعالة للنهوض بالمنظومة الصحية الوطنية مع مراعاة جميع الجوانب : التخطيط، التوجيه، الإعلام، التشاور و الحوار. فإن الحصيلة الإجتماعية تمثل بإمتياز الأداة القادرة على إيجاد أجوبة لهذه الأسئلة لإمكانية الحديث عن "التكفل الصحي للمواطن" وكذا التقييم الوطني مقارنة مع المنظمة الدولية للصحة (OMS)، ويمكن تنظيم الحصيلة الإجتماعية في ظل الإصلاح الهيكلي و القاعدة للصحة في أبواب كالأتي: التوظيف و الترقيات، التكوين، شروط العلاج و التكفل الصحي بالمستشفيات و العيادات، الرواتب والأعباء الإجتماعية.

و على هذا النحو تطرقنا إلى من خلال هذا الفصل إلى مبحثين:

سنشير من خلال المبحث الأول إلى: ماهية المؤسسة الإستشفائية

أما فيما يخص المبحث الثاني سنتحدث عن: أثر الإنفاق الحكومي في تنمية قطاع الصحة

المبحث الأول : ماهية المؤسسة الإستشفائية

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة 3 ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية و البشرية. وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج (des soins hiérarchisation) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (sous secteurs sanitaire) المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من:

أ - عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique) : مهمتها

- ✓ تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعمالية والفحوصات العامة المتخصصة.
 - ✓ الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية.
 - ✓ تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.
- ب - المركز الصحي (Centre de santé) : ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج - قاعات العلاج (salle de soin): وهي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

-المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) établissement Publics Hospitalier

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) Etablissements publics de santé de proximité

-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) Etablissements Hospitaliers spécialisé

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques)، أو إلى قاعات للعلاج (salles de soin) حسب حالة وضعيتها المادية.

المطلب الأول : نشأة وتطور المؤسسة الإستشفائية

أ- النشأة:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرى: وهي مؤسسة حديثة أنشأت سنة 2008 بموجب مرسوم 07-140 للمؤرخ في 19 مارس 2008، حيث أنها تتربع بإقليم له دائرتين (ماسرى - بوقيراط)، حيث أن إقليم المؤسسة بقطعة طريقتين هامين والمتمثلين في التكفل بالعنصر البشري يقدر ب 166103 ساكن، ولها ثمن بلديات (ماسرى - عين سيدي شريف - منصوره - الطواهرية - سيرات - بوقيراط - السوافلية - الصفصاف).

وهي منطقة مكتظة بالسكان وذات نسمة ريفية، أين تتواجد بها قاعات العلاج متباعدة عن بعضها البعض ولها حدود مع ولاية غليزان ، كما تحتوى المؤسسة على 05 عيادات متعددة الخدمات و 30 قاعة العلاج، كما تتواجد بها 03 مصالح هامة وهي:

مصلحة الوقاية والطب الوقائي بسيرات

مصلحة مكافحة السل والأمراض الصدرية

مصلحة طب العمل

كما تتراوح على 08 وحدات صحية على مستوى كل بلدية، حيث أن المساحة الإجمالية للمؤسسة تقدر ب 518 كلم² مع كثافة سكانية تقدر هي الأخرى ب 315 ساكن/كلم².

ب- تطور المؤسسة:

لم تحض بتطوير كبير منذ إنشائها إلا أنها حضيت بإدارة وهي الآن في طور الانجاز والمحادية للعيادة متعددة الخدمات بماسرى، منذ إنشائها تم فتح بعض الوحدات الصحية بسيرات، وعين سيدي شريف، ومنصوره، ميزانيتها المحدودة قامت بتهيئة بعض الوحدات الصحية واللجوء إلى تجهيزات صحية ، حيث أنها رفعت عدد عمالها والمتمثلين في أطباء وممرضين وأعاون آخرين.

أما مستقبلا فهي تسهر على إنشاء وتوسيع بعض المرافق كداء السكري،وحدة لمكافحة سرطان الرحم للنساء، ومركز للأمراض العقلية.

و مع تطلعات عام 2015 سيفتح مستشفى على مستوى ماسرى،ودائرة بوقيراط يحتوي كل واحد على 60 سرير.

المطلب الثاني: تعريف و مهام المؤسسة

أ-تعريف المؤسسة الإستشفائية:

وهي مؤسسة تنادي بمفهوم جديد وهو "الجوارية"،أي قبل استنجد المريض بهذا المرفق تكون المؤسسة قريبة منه عن طريق التدخلات المعروفة بالطرق المتنقلة والمتكونة من طاقم طبي، ممرضين، قابلة- ومكلفين بالرعاية للأطفال والنساء الحوامل.

نشاط المؤسسة:

ذو طابع وقائي أكثر ما هو علاجي بخلاف ما تقوم به المؤسسات الاستشفائية،والتي تحادي المؤسسة بالمسافات التالية:

مستغانم = 15 كلم2

عين تادلس = 17 كلم2

كما أنها مؤسسة قد نتجت عن تقسيم القطاع الصحي لعين تادلس سابقا ،كما سبق الذكر أغلب نشاطاتها تقوم على الوقاية "الوقاية خير من العلاج" ،حيث أنها تتكفل بعملية تلقيح الأطفال على مستوى الأمومة والطفولة المتربعة عبر أقاليمها ، كما تقوم بالتكفل من الجانب الوقائي لمكافحة الأمراض المتنقلة عن طريق المياه.

وكل هذا تتكفل به مصلحة الوقاية والطب المتواجدة بسيرات ،ويشرف عليه طبيب أخصائي قي طب الأوبئة،من جانب آخر هناك مصلحة السل والأمراض الصدرية المتواجدة أيضا بسيرات،والتي تقوم بفحص وتحاليل المرضى وعلاجهم من مرض السل.

مصلحة الفحص والمتابعة للصحة المدرسية يشرف عليها طبيب منسق وممرضين على مستوى 08 بلديات، يقومون بفحص المتدربين على مستوى مختلف الأعمار، التلقيح والتكفل بمعالجة الإنسان.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية

ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، و هي تتكون من

هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتريات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

❖ تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة

بالحاجات الصحية للسكان ، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير

الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة (EPSP) أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمومية

الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتريات المادية والحيز

الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

❖ أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

✓ الوقاية والعلاج القاعدي.

✓ تشخيص المرض.

✓ العلاج الجوارى.

✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي

✓ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

الجدول رقم (08): عدد العمال في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرى

عدد العمال الطبيين			تقنيين العيادية	عدد العمال شبه الطبي	العمال الإداريون	العمال قسم مشترك	المجموع
أطباء التامين	طبيب أسنان	صيدلي	02	199	16	49	329
47	15	01					

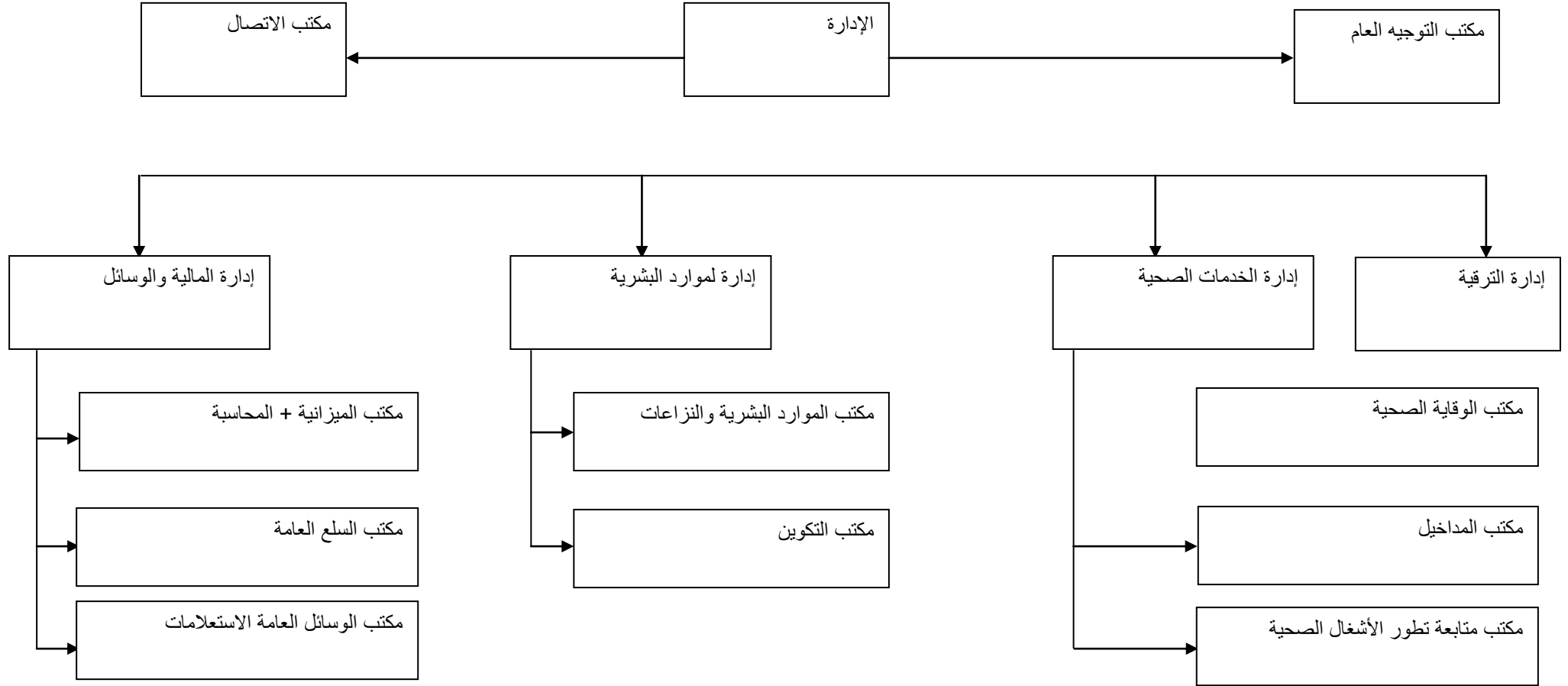
المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على المعلومات المقدمة من قبل المدير

الجدول رقم (09): وضعية العيادة الصحية للخدمات

المسافة بين العيادات والمستشفى	تسمية العيادات متعددة الخدمات	عدد العيادات متعددة الخدمات	العدد الكلي للعيادات متعددة الخدمات	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
مستشفى مستغانم حوالي 25 كلم مستشفى عين تادلس حوالي 30 كلم	ماسرى بوقيراط منصورة سيرات	04	05	ماسرى

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على الوثائق الداخلية للمؤسسة الإستشفائية

المطلب الثالث: الشكل رقم (05) الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية بمارسى



المصدر: من إعداد الطالبة بمساعدة من رئيس مصلحة المؤسسة الإستشفائية الجوارية بمارسى

المبحث الثاني: أثر الإنفاق الحكومي في تنمية قطاع الصحة

يلعب الإنفاق الحكومي دورا هاما في نمو و تنمية القطاع الصحي، و يظهر ذلك في حجم المبالغ التي تنفقها الدولة لصالحه من أجل تطويره ونيل رضا المجتمع بأكمله.

المطلب الأول: دور الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي

تعتبر الصحة من بين سياسات الدولة، فهي تخدم المصالح دون تمييز بدون مقابل خلاف للقطاع الخاص الذي يحرك كثيرا من المواطنين والمرضى بصفة خاصة.

- تعميم الصحة من خلال مرافقها المختلفة (عيادات متعددة الخدمات - المؤسسات الاستشفائية توابعها)، (المخابر و مصالح الأشعة).

- المنظومة الصحية تنصب نشاطاتها على الوقاية التي تجعل المواطن معفى من النفقات.

- تجسيد جميع البرامج الوطنية والخاصة بالأمراض المتنقلة وكذا الأمراض المتنقلة الحيوانية التكفل بالمراجع المتعلقة بالتنظيم العائلي (الولادات - الوفيات - تنظيم الحمل).

- تعميم المؤسسات العمومية والحكومية

- القضاء على البطالة

- القضاء على الجهل والأمية على مستوى البلديات

- توفير الرعاية الصحية

- حل مشاكل الأفراد الاجتماعية والمادية

- كسب علاقات مميزة مع المؤسسات أو الأطراف الأخرى

- يتميز النظام الوطني للصحة بأهمية المنشآت والوسائل البشرية، وتشكل شبكة الصحة الوطنية من 185 قطاعا صحيا، و 32 مؤسسة استشفائية متخصصة، و 13 مركزا استشفائيا جامعيًا، ومؤسسة استشفائية جامعية، و 497 عيادة متعددة الاختصاصات، و 1252 مركزا صحيا، و 3964 قاعة علاج

تضم في مجموعها 60000 سرير) بما فيها القطاع الخاص)، ما يمثل تغطية وطنية في حدود سريرين لكل 1000 نسمة ، وتقدر التغطية في المتوسط بطبيب واحد مختص لكل 3000 نسمة ، وطبيب عام واحد لكل 1800 نسمة. وتمحور استراتيجية تطوير القطاع الصحي حول تحسن التغطية الصحية وتحسن الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة ، وكذا تحسن نوعية العلاج المقدم. أما بخصوص السكان فإن الهدف المنشود بحلول 2010 هو بلوغ مستوى تجديد الأجيال ، أي جعل المؤشر التركيبي للخصوبة بمعدل 2,1 لكل امرأة ، ورفع الأمل في الحياة الذي يفترض أن يصل عام 2010 إلى 75 سنة على الأقل بالنسبة للنساء.

وفي ظل هذه الظروف الملوسة السائدة في بلدنا، ينبغي للبحث في مجال الصحة أن يبدأ بالمساهمة بالتكفل بالانشغالات الكبرى للقطاع وبحل المشاكل الصحية التي ينبغي أن تترجم في تحسن وضعية صحة السكان بصورة عامة. وعليه يتم تركيز مجهودات البحث على المحاور الكبرى المتمثلة في الوقاية والكشف، والتكفل بالأمراض السائدة ، والصحة الإنجابية ، وتطوير الموارد البشرية ، والتنظيم ، وتسيير نظام الصحة وتقييمه، واقتصاد الصحة ، والتجارب العيادية ، والإعلام الصحي، والإعلام ، والتربية ، والاتصال ، وكذا البحث التطبيقي العيادي والعلاجي ، والبحث الأساسي الدقيق إضافة إلى الهندسة الطبية الصحية والمنتجات الصيدلانية.

المطلب الثاني: النقائص التي تعاني منها المؤسسة الصحية

-تعمل الكاتبة الطبية عملا يفوق قدراتها الجسمية والنفسية والمهام الموكلة لها ناتج عن اتكال الأطباء والمرضى عليها في اغلب الأعمال الخاصة بهم.

-يقتصر عمل الكاتبة المديرية بما هو متعلق بتسيير المؤسسة حيث لا يمكنها مد يد المساعدة، للكاتبة الطبية أوقات عمل الكاتبة المديرية محدد طبقا للقانون والنظام الداخلي أما الكاتبة الطبية عليها يفوق المدة القانونية حيث أن في اغلب الأحيان تحضي بفترة الراحة بين الفترة الصباحية والمسائية وتخرج متأخرة مساء من حيث يتزامن وقتها في بعض الأحيان مع خروج الأطباء ورغبتهم في ذلك.

-عدم توفر الراحة للكاتبة الطبية أو الكاتبة المديرية

- إن عمل الكاتبة الطبية والمديرية يفوق راتبها بكثير.
- محدودية الميزانية السنوية.
- الميزانية الإضافية ضئيلة.
- النقص الكبير في الإطار الطبي المتمثل في الأطباء الأخصاء وكذا العاملون، ونسبة الطبيين... الخ
- التأطير الإداري والنقص في المدراء المتخصصين في التسيير الصحي.
- نقص التجهيزات على مستوى المستشفيات المتمثل في أشعة السكانار.
- نقص العمليات الجراحية غير المعممة في المستشفيات الاستشفائية مع الرجوع دائما في نقص التأطير (أطباء أخصائيون).
- يعتبر عمل الكاتبة الطبية وظيفة صعبة المهام وخطيرة جدا.
- لا يمكن للكاتبة المديرية أخذ مهام الكاتبة الطبية بأي حال من الأحوال.
- لا يمكن للكاتبة الطبية أخذ مكان الطبيب أو الممرضة أو إفشاء السر للمرضى.
- لا يمكن للكاتبة الطبية الدخول إلى غرفة العمليات.
- لا يمكن للكاتبة التحسس على أعمال المدير أو الرئيس مهما كانت ظروفه العملية.
- لا يمكنها إزعاج المرضى.
- عدم إخبار المريض بمرضه الحقيقي إلا بتصريح من الطبيب.
- عدم اخرج أي أوراق أو أي ملفات تخص المكتب لأي ضرورة.
- نقص المواد العلمية وافتقارها إلى مختلف التطورات التكنولوجية.
- نقص جهاز الإعلام الآلي والانترنت.
- نقص المكاتب وافتقارها للعامل البشري.
- عدم إمكانية التواصل مع مؤسسات أخرى لنقص التكافؤ العملي.
- نقص ميزانية التمويل على مستوى المؤسسات.

- على الكاتبة الطبية إلا تترك أي وثيقة مثل التقارير الطبية.
- عدم مناقشة أي موضوع طبي خلال محادثة المريض.
- من المهم ملاحظة الكلمات ووسائل الاتصال للكاتبة الطبية.
- تستطيع الكاتبة الطبية أن تعلم الطبيب عن بعض الجوانب المتعلقة بالمريض.

المطلب الثالث: الاقتراحات الواجب اتخاذها لتجنب العوائق

هناك جملة من الاقتراحات يمكن طرحها و تشمل ما يلي:

- العناية بالمستشفى و ذلك بمراقبة حجرات المرضى واستقبال الزائرين لإعطاء صورة جيدة لزيارها.
- فرض النظام الانضباطي على المستخدمين والعمال المصالح من أجل السير الحسن.
- الاطلاع على كل جديد في مجال السكرتارية والإدارة المكتبية.
- الاستفادة من كل جديد في مجال الأدوات والآلات والأجهزة المستخدمة في عمل السكرتارية.
- وضع جدول زمني بالأنشطة الضرورية مرتبة حسب أولوياتها ودرجة أهميتها والوقت الذي يجب أن تستغرقه ويمكن بالنسب التالية:

75% من الوقت لهم الأعمال

20% للأعمال متوسطة الأهمية

5% للأعمال قليلة الأهمية

- أن تبتعد عن السلوك غير المستحب في العمل.
- عدم التحدث بصوت مرتفع في أروقة المرضى لتفادي الإزعاج.
- عدم التدخل في أعمال الغير واختصاصاتهم.
- عدم التسويق والمماطلة في تأدية العمل.
- استخدام الوسائل الحديثة.

- تكوين علاقات إنسانية طيبة مع الأطراف ونعني بها تنمية مهارته في بناء علاقات إنسانية طيبة مع محاور

السنة	200	200	200	200	200	200	200	200	200	201
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	5
الذكور	4,38	9,38	1,36	-	2,32	4,32	3,28	-	-	-
الاناث	3,35	9,35	3,33	-	5,28	5,28	3,25	-	-	-
المجموع	9,36	5,37	7,34	5,32	4,30	4,30	9,26	2,26	5,25	6,15

علاقاته الأربعة:

الرئيس - الزملاء - الزوار - المرؤوسين

- دراسة دوافع السلوك الإنساني واستخدام الطريقة العلمية لمعالجة مشاكل التعامل مع الغير وتعلم المحادثة والمقابلة.

- تنمية مهارتها الشخصية.

- إحتفاظها بالهدوء.

- قلة الغضب والانفعال.

الجدول رقم : (10) تطور معدل وفيات الأطفال حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية

Source: Office national des Statistiques.

- حسن التفاهم والتعامل مع الناس.

- القدرة على الابتكار والتجديد.

- التخلص من المواقع الحرجة.

- القدرة على التكيف.

- كتمان السر.

- التفاني في العمل.

- التمييز وحسن التصرف.

- تنمية مهارات الإدارة لكل المشكلات

لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض من معدل وفيات الأطفال، فبعد أن كان معدل وفيات الأطفال يقارب 200 وفاة لكل 1000 طفل انخفض هذا المعدل ليصل إلى

34,7 سنة 2002 ثم إلى 5، 25 لسنة 2008 أي أن معدل وفيات الأطفال شهد تراجع بمعدل سنوي 3,7 لكل 1000 طفل.

خلاصة:

منذ إحلال الدولة للطب المجاني في الجزائر وضعت كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي، وهذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة. و على هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية نسبية بالنظر إلى ايجابية المؤشرات الصحية المسجلة، إلا أن هذه النتائج لا يجب أن تخفى جملة النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية و التي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهته مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية وتغير خارطة المرض. إذن فإصلاح المنظمة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن، و هذا راجع لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، وكذا في ظل ضعف الفعالية وهو ما يجعل السلطات الجزائرية تقتنع بحتمة تسريع إصلاح صحي عميق يقوم على تقريب الصحة من المواطن، و ترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية وتحسين نوعية الخدمات التي لا طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.

خاتمة عامة

خاتمة عامة :

يعتبر الإنفاق الحكومي أحد مكونات الطلب الكلي الفعال داخل الاقتصاد الوطني ولتحقيق التنمية قامت الحكومة بمجهودات كبيرة في مجال الاستثمار العمومي تجسدت في ثلاث برامج تنموية حيث تهدف هذه الأخيرة لتدارك التأخير في جميع القطاعات و النهوض بالاقتصاد الوطني .

إن الإنفاق الحكومي عنصر أساسي من عناصر النمو الاقتصادي والتنمية ، كما أنه ضروري لتمويل البنيات الأساسية ، بما في ذلك الطرقات والكهرباء والمياه ويؤمن خدمات الصحة والتعليم بكفاءة وفعالية ولقد أجريت مؤخرا دراسة تناولت الإنفاق على الصحة والتعليم في الميدان الاقتصادي ، هذا ما يدل على أن الإنفاق العام على العناية الصحية أكثر فعالية بأشواط على المستوى الاقتصادي ، حيث يؤدي استمرار المشاكل الصحية واتساع رقعتها إلى انخفاض الدخل القابل للتصرف على المستوى الفردي مما يحرم الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية ، أما على المستوى الجامعي فانخفاض الدخل القومي يعيق الجهود الذي تبذلها الحكومات لبناء أنظمة صحية فعالة وتكتسي الدرجة التي يؤثر بها الدخل على تحسن الوضع الصحي أهمية خاصة بالنسبة لسياسات الصحة ، ومن أجل ضمان السير الحسن للقطاع الصحي اتخذت الدولة عدة تعابير تهدف إلى حماية صحة الأم والطفل عن طريق توسيع البرامج في هذا المجال مواصلة التكفل بالمصابين بالامراض المعدية والمزمنة وتعزيز قدرات الاستيعاب ومصالح الصحة العمومية .

لم يحض قطاع الصحة إلا بإهتمام القليل من الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين على الرغم من أهميته وتفردته عن باقي القطاعات من خلال البعد الاجتماعي ووقعه الإنساني، فجل الأبحاث كانت تنصب على القطاعات الاقتصادية، إلا أن الواقع الحالي فرض على المفكرين الاهتمام بهذا الجانب عبر التحاليل النظرية والأبحاث الانتقادية للسياسات المنتهجة ونتائجها، فالمشاكل التي عرفتها هذه القطاعات وبالأخص حالة الانسداد على مستوى هياكلها، والتي كانت نتاجا لتفاقم الحالة المالية و التسييرية لها هي من أكثر العوامل التي أدت إلى الحديث عن السياسات المتبعة لتسوية جوهر هذه المشاكل،ومما لاشك فيه أن هذه القطاعات قد شهدت في العقود الأخيرة تطورا هاما في العالم ككل أو في زمرة البلدان النامية و البلدان العربية علي وجه الخصوص و قد تميزت هذه التطورات باتساع الأبحاث الطبية و البيوطبية علي مستوى القطاع الصحي مما جعل حل المشاكل الصحية المستعصية لدى الأفراد أمرا واردا بين الحين و الاخر.

إن صحة المواطن أغلى ما تملكه المجتمعات حيث أنها ثروة يجب الحفاظ عليها و صيانتها إذ أن الإنسان هو هدف لكل ما تقدمه برامج و خطط التنمية من خدمات و إن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان، وأهم مقومات الحياة هو الصحة ،و من جهة أخرى فالإنسان هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية ، فإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فهو ليس بالهدف الوحيد بل و يجب السعي نحو تحسين جودة الخدمات الصحية و كذا تحقيق العدالة بين الأفراد من خلال تيسير حصولهم عليها.

وتجدر الإشارة أن تسيير خدمات القطاع الصحي في الجزائر والتخصيصات المالية الضخمة التي يستفيد منها في حاجة إلى إعادة النظر من خلال تعديل طرق الاستفادة من الخدمات الصحية خاصة فيما يخص دعم الحصول على علاج التي هي في الأصل صيغ موجهة لفئات معينة منخفضة الدخل ، أم أصحاب الأمراض المزمنة .

من خلال البحث حاولنا تحليل وقياس مجهودات الدولة معتمدة على إحدى الأدوات ألا وهي سياسة الإنفاق الحكومي ومساهمة هذا الأخير في تطوير النظام الصحي من خلال تكثيف المنشآت الصحية وبرامج الصحة لأن الإنفاق على الصحة هو حجر الأساس في السياسات الاجتماعية حيث أن هذا النوع من الإنفاق يزيد من كفاءة الأفراد وقدرتهم على العمل .

لقد حظي قطاع الصحة والمرافق العامة ومشروعات الطاقة باهتمام خاص خاصة في ظل البرامج الاستثمارية التي تسعى بدورها إلى تطوير التنمية الاقتصادية الاجتماعية والبشرية فالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرى هي أيضا لقيت اهتماما من قبل الدولة وذلك عن طريق الإنفاق العام حيث تكفلت بتلبية الحاجات الأساسية للمواطنين وذلك لضمان إنجاز وتأهيل الهياكل القاعدية الضرورية للتنمية ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن الإنفاق على التعليم قد تصدر المركز الأول ثم جاء بعده الإنفاق على الصحة أما في المركز الأخير فقد تصدره الإنفاق المباشر على العمل .

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية :

الكتب:

1. الدغديدي مديحة-النفقات العامة"تطور الإنفاق الحكومي"، دار النشر و التوزيع، جدة، 1980 .
2. الغامدي احمد محمد عبوش- "محددات الإنفاق الحكومي في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية"التعاون"
3. العناني حمدي أحمد- اقتصاديات المالية العامة و نظام السوق:دراسة في اتجاهات ، الإصلاح المالي و الاقتصادي - القاهرة:الدار المصرية اللبنانية، 1992 الجزء 1
4. بلول مختار محمد-تحديد و قياس الحجم الامثل للانفاق الحكومي من اجل تحقيق الاستقرار الاقتصادي،مجلة جامعة الملك سعود علوم الادارية)،السنة 2، سنة 1990 .
5. هوشيار معروف،دراسات في التنمية الإقتصادية (إستراتيجيات التصنيع و التحول الهيكلي)،جامعة البلقاء التطبيقية،دار الصفاء للنشر،الطبعة الأولى 2005 .
6. حامد عبد المجيد دراز،السياسات المالية، مركز الاسكندرية للكتاب،سنة 2000.
7. فتح الله العلو،الاقتصاد السياسي:مدخل للدراسات الاقتصادية،دار الحداثة للطباعة و النشر و التوزيع، لبنان،سنة 1981 .
8. عبد الرزاق الفارس. الإنفاق العسكري في الوطن العربي 1970-1990 ، دراسة في الاقتصاد السياسي، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية،1993 .
9. د. جلال البنا ، اقتصاديات الصحة ، المكتب العربي الحديث ، الإسكندرية ، 2012.
10. طارق علي جمار ، التنمية الاقتصادية والبشرية الأكاديمية العربية المفتوحة بالداخمارك ، كلية الإدارة والاقتصاد.
11. نعمة الله نجيب إبراهيم، أسس علم الاقتصاد ، مؤسسات شباب الجامعة ، الإسكندرية ، 2000.
12. محمد عبد العزيز عجمية ، التنمية الاقتصادية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001.
13. نواز عبد الرحمن الهيتي، د. عبد اللطيف الخشالي ، المدخل الحديث في المالية العامة ، 2005.
14. المحطط الخماسي 2010-2014 بيان اجتماع مجلس الوزراء المنعقد 24 ماي 2010 - برئاسة الرئيس .

المراجع باللغة الفرنسية:

15. Ph darreau, croissance et politique économiques, édition book, 2003.
16. Tarben M. Anderson, fixal Policy and the global Financial crises, school of economics and management, economics working papier n °4
17. International Monetary Fund (IMF), A Manuel o goverment Finance statistics (washington, DC : IMF, 1990) From the Henry J Kaiser Family Foundation .
18. "Average 2016 health-care bill \$12,782" by Ricardo Alonso-Zalvidar [Los Angeles Times](#) February 21, 2007
19. Mahar, Maggie, [Money-Driven Medicine: The Real Reason](#) [20.Health Care Costs So Much](#), Harper/Collins, 2006
21. M. Selowsky, Who Benefits from Government Expéditeur : A Case Studay of Colombia A World Bank Research Publication (Oxford : , 1979)Oxford University Press
22. Mohamed Zahir, Public Expenditure and Income Distribution in India 5Neu Delhi : Associated Publuishing House , 1972

المواقع الإلكترونية:

[http:// www.ouarsenis. Com/vb/showthread.php ? = 46382](http://www.ouarsenis.Com/vb/showthread.php? = 46382)

www. Startimes.com 18 :00 h

المذكرات:

علي دحمان محمد، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تقييم نفقات الصحة و التعليم، سنة 2011

بن عزة محمد، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، ترشيد سياسة الإنفاق العام بإتباع منهج الإنضباط بالأهداف، سنة 2010