

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد اجتماعي والتنمية الاقتصادية



بعنوان:

تقييم السياسات الاجتماعية من خلال المؤشرات الاجتماعية

\*دراسة تحليلية للصحة والتعليم في الجزائر\*

*Appraisal Of Social Policies Through Social Indicators*

*\* Analytical Study Of Health And Education In Algeria \**

إشرافه الأستاذ الدكتور:

مختاري فيصل

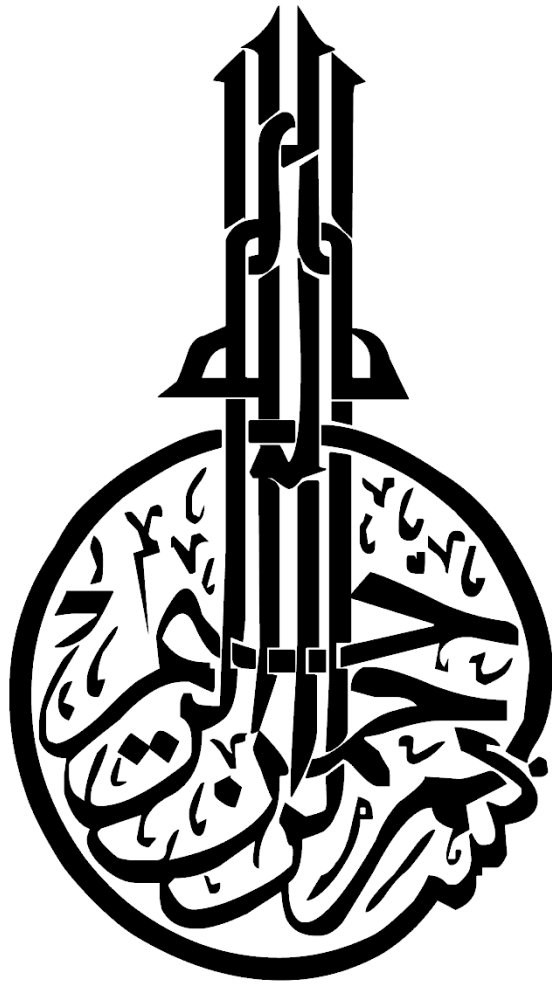
المعاد الطالب:

خرزار محمد

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيساً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن بوزيان محمد
مشارفاً	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. مختاري فيصل
ممتحناً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. غريبي ناصر صلاح الدين
ممتحناً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. طاهر زهير
ممتحناً	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن عطية محمد
ممتحناً	جامعة معسكر	أستاذ محاضر	د. قنيل محمد الصغير

الموسم الجامعي 1445 - 1446 هـ / 2024 - 2025 م



# شكر و عرفان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ:

{ وَمَا نُنزِّلُ إِلَّا بِأَمْرِ رَبِّكَ لَهُ مَا بَيْنَ أَيْدِينَا وَمَا خَلْفَنَا وَمَا بَيْنَ ذَلِكَ وَمَا كَانَ رَبُّكَ نَسِيًّا  
رَبُّ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَمَا بَيْنَهُمَا فَاتَّخِذْهُوَ وَاطَّيِّرْ لِعِبَادَتِهِ هَلْ تَعْلَمُ لَهُ سَمِيًّا. }  
(سورة مريم: 64-65) حَقَّقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ.

❖ اللهم إن شكرك نعمة، تستحق الشكر، فعلمني كيف أشكرك، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك.

■ إلى الأستاذ الدكتور "مختار بن فيصل" أستاذي وأخي شكرا كثيرا على دعمك، سندك، توجيهك، مرافقتك، إشرافك وتأييدك لأعمالي منذ مرحلة ليسانس، ماجستير ثم الدكتوراه. حفظك الله ورعاك، رفح مقامك وأطال عمرك بما يرضيه.

■ إلى أبي وجدي (رحمهما الله)، أمي حفظهما الله وأطال عمرهما بما يرضيه.

■ السيد/ عبد الرزاق معلاش شكرا لك على مرافقتنا ومساعدتنا طيلة فترة الدكتوراه

■ إلى كل من قدم لي المساعدة، فأنا حريص يومها شعبي وزرع في الأمل.

❖ شكرا لكم جميعا وجزاكم الله عنا أجرا حسنا ❖

# الإهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ:

(هَلْ جَزَاءُ الْإِحْسَانِ إِلَّا الْإِحْسَانُ).

سورة الرَّحْمَنِ الآية (60) حَقَّقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ.

- الحمد لله في سرى وفي علني والحمد لله في حزني وفي سعدي، الحمد لله عما كنهه أعلمه والحمد لله عما غاب عن خلدي، الحمد لله من عميت فضائله. فالحمد لله ثم الشكر يتبعه والحمد لله عن شكري وعن حمدي.
- إلى وطني فاللهم أدم عزه، إستقراره وإحفظ شعبه، أمنه وأمانه.
- إلى الأستاذ الدكتور "مختار فيصل" أستاذي وأخي شكرا كثيرا على دعمك، سندك، توجيهك، مرافقتك، إشرافك وتأييدك لأعمالي من مرحلة ليسانس، ماجستير ثم الدكتوراه، حفظك الله، ربنا وأطال عمرك بما يرضيه.
- إلى أبي وجدي (رحمهما الله) كما رباني صغيرا، أهدي عملي وأحتسبه عند الله عسى الله أن يجزينا وإياهم رحمة واسعة وأجرا حسنا.
- إلى كل عائلتي أمي، أخي، أخواتي، زوجتي وإبنتي سارة تسنيم وابني محمد عبد النور.
- السيد/ عبد الرزاق معلاش شكرا لك على مرافقتنا ومساعدتنا طيلة فترة الدكتوراه.
- إلى لجنة المناقشة مسبقا شكرا لكم كثيرا لقبول مناقشة رسالتي، جزاكم الله عنا أجرا حسنا.
- إلى كل أصدقائي، كل من ساندني، شجعني يوما وزرع في الأمل...

## ■ الملخص:

تهدف هذه الأطروحة إلى تقييم السياسات الاجتماعية من خلال المؤشرات الاجتماعية (مؤشري الصحة والتعليم)، وإبراز العلاقة بين السياسات الاجتماعية ونظامي الصحة والتعليم بالدولة الجزائرية لفترة ما بعد الاستقلال وإلى يومنا هذا. فتطرقنا إلى كل ما يخص السياسة الاجتماعية، الصحة والنظام الصحي، التعليم والنظام التعليمي في طرح نظري شامل وقيم مرفق بدراستين إحصائيتين تحليليتين، الأولى لمعطيات إحصائية رقمية متحصل عليها من مختلف الهيئات الرسمية للصحة والتعليم بالدولة الجزائرية، ودراسة ثانية قياسية على شكل تحليل مخرجات استبيان. وأظهرت نتائج الدراسة أن نظامي الصحة والتعليم يتأثران كثيرا بالسياسة الاجتماعية للدولة ويؤثران فيها في نفس الوقت. وأن مؤشرات الصحة والتعليم يمكنها أن تقيس وتوضح جيدا مدى فعالية ونجاح السياسة الاجتماعية ورشادتها أو العكس.

■ مفاهيم ومصطلحات الدراسة: السياسات الاجتماعية، المؤشرات الاجتماعية، النظام الصحي، النظام التعليمي، فعالية النظام الصحي، فعالية النظام التعليمي.

## Abstract:

This thesis aims to evaluate social policies through social indicators (health and education indicators), and to highlight the relationship between social policies and the healthcare and education systems in the Algerian state from the post-independence period to the present day. We addressed everything related to social policy, health, healthcare system, education, and educational system in a comprehensive theoretical framework, supported by two analytical studies. The first study used digital statistical data obtained from various official healthcare and education institutions in the Algerian state.

The second study was conducted in the form of an output analysis of a survey. The study results revealed that the healthcare and education systems are significantly influenced by the state's social policies and, at the same time, they have an impact on these policies. Health and education indicators can effectively measure and demonstrate the success or failure of social policies and their effectiveness.

**Study Concepts And Terminology:** Social Policy, Social Indicators, Health System, Educational System, The Effectiveness of The Health System, The Effectiveness of The Educational System.

**Résumé :**

Cette thèse vise à évaluer les politiques sociales à travers les indicateurs sociaux (indicateurs de santé et d'éducation), et à mettre en évidence la relation entre les politiques sociales et les systèmes de santé et d'éducation en Algérie de l'indépendance à nos jours. Nous avons abordé tous les aspects de la Politique sociale, de la santé et du système de santé, de l'éducation et du système éducatif dans un cadre théorique complet, étayé par deux études statistiques, la première portant sur des données statistiques numériques provenant de divers organismes officiels de santé et d'éducation en Algérie, et la deuxième sous la forme d'une analyse des résultats d'une enquête.

Les résultats de l'étude montrent que les systèmes de santé et d'éducation sont fortement influencés par la politique sociale de l'Etat et, en même temps, ils l'influencent. Les indicateurs de santé et d'éducation peuvent mesurer et mettre en évidence efficacement l'efficacité et le succès de la politique sociale ainsi que ses lacunes, le cas échéant.

**Concepts et terminologie de l'étude :** Politique Sociale, Indicateurs Sociaux, Système de Santé, Système Educatif, Efficacité du système de santé, Efficacité du système éducatif.

# فهرس المحتويات

## ■ فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
3	■ إهداء.
4	■ كلمة شكر.
6-5	■ الملخص.
8-1	■ مقدمة.
الفصل الأول: مقارنة نظرية للسياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم.	
10	■ مقدمة الفصل.
37-10	1. السياسة الاجتماعية، تاريخها ودوافع ظهورها.
22-10	1.1. مفهوم السياسة الاجتماعية، تاريخها ودوافع ظهورها.
28-23	2.1. عناصر السياسة الاجتماعية وركائزها.
30-28	3.1. أهمية السياسة الاجتماعية وأهدافها.
33-30	4.1. مداخل السياسة الاجتماعية، وظائفها واستراتيجياتها.
37-33	5.1. مبررات السياسة الاجتماعية ومعوقاتها.
50-37	2. أبعاد السياسة الاجتماعية ومراحلها.
41-37	1.2. أبعاد السياسة الاجتماعية.
42-41	2.2. الإطار الثلاثي العناصر للسياسة الاجتماعية.
44-42	3.2. مراحل عمليات السياسة الاجتماعية.
48-45	4.2. نماذج صنع وتنفيذ السياسات الاجتماعية.
50-48	5.2. السياسة الاجتماعية في المواثيق الرسمية للدولة الجزائرية.
64-50	3. الإطار النظري للنظم الصحية.
53-51	1.3. ماهية النظام الصحي، أهدافه ووظائفه.
57-54	2.3. سوق خدمات الرعاية الصحية (العرض والطلب).
58	3.3. الثروة والصحة.
59-58	4.3. الاستثمار في الصحة.
64-60	5.3. مجالات الخدمات الصحية وأنواعها.
74-65	4. التعليم في الأدب الاقتصادي.

68-65	1.4. التعليم من المنظور الاقتصادي.
69-68	2.4. العائد من الاستثمار في التعليم.
73-69	3.4. المؤشرات الاجتماعية (المؤشرات الصحية والتعليمية).
74-73	4.4. مفهوم المتابعة والتقييم.
▪ خاتمة الفصل.	
الفصل الثاني: أثر السياسات الاجتماعية على الصحة والتعليم.	
76	▪ مقدمة الفصل.
88-76	1. السياسة الاجتماعية ومجالي الصحة والتعليم (دراسات سابقة).
81-76	1.1. الدراسات السابقة للسياسات الاجتماعية (دراسات عربية وأجنبية).
84-81	2.1. الدراسات السابقة لمجال الصحة والنظام الصحي (دراسات عربية وأجنبية).
88-85	3.1. الدراسات السابقة في مجال التعليم والنظام التعليمي (دراسات عربية وأجنبية).
106-89	2. العلاقة بين السياسة الاجتماعية ومجالي الصحة والتعليم.
90-89	1.2. العلاقة بين السياسة الاجتماعية والصحة.
96-90	2.2. العلاقة بين السياسة الاجتماعية والتعليم.
104-96	3.2. العلاقة بين الصحة والتعليم.
106-104	4.2. العلاقة بين السياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم (علاقة ثلاثية).
▪ خاتمة الفصل.	
الفصل الثالث: دراسة تقييمية للواقع الاجتماعي الصحي والتعليمي في الجزائر (1962-2020).	
108	▪ مقدمة الفصل.
110-108	1. تحليل المبادئ الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر (1962-2020).
110-109	1.1. المنظومة الصحية في الجزائر قبل وأثناء الاحتلال الفرنسي (1830-1962).
113-111	2.1. مرحلة تسيير الأزمة الصحية (1962-1973).
116-113	3.1. مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980).
117	4.1. مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح وليبرالية العلاج (1981-1990).
122-118	5.1. مرحلة بؤادر النظام التعاقدية (1991-2020).
144-122	2. المنظومة الصحية الجزائرية بين الاختلال والإصلاح، والرهانات المستقبلية.
125-122	1.2. مقارنة الحالة الصحية الجزائرية بالدول العربية وفق أهم المؤشرات (1960-2000).
127-125	2.2. مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر ودوافع نمو النفقات الصحية.

130-128	3.2. واقع الخدمات الصحية في الجزائر من خلال المؤشرات والإنجازات.
139-130	4.2. اختلالات وإصلاح النظام الصحي في الجزائر، وأهدافه 2002.
144-139	5.2. آفاق ورهانات المنظومة الصحية الجزائرية في حدود 2025.
156-145	3. المنظومة التعليمية الجزائرية (1962-2000).
147-145	1.3. التعليم في الجزائر قبل وأثناء الاحتلال الفرنسي (1830-1962).
149-147	2.3. المنظومة التعليمية الجزائرية في مرحلة الاختبارات والأولويات (1962-1966).
150	3.3. التربية والتعليم خلال المخطط الثلاثي (1967-1970).
153-150	4.3. التربية والتعليم في مرحلة المخططين الرباعين الأول والثاني (1970-1977).
156-153	5.3. التربية والتعليم أثناء المخططين الخماسيين الأول والثاني (1980-1989).
158-156	4. التربية والتعليم مرحلة التعددية، فترة الإصلاحات الكبرى (1999-2020).
157-156	1.4. إصلاح المنظومة التربوية الجزائرية سنة 2000.
157	2.4. التربية والتعليم خلال المخطط التنموي (2001-2004).
157	3.4. التربية والتعليم فترة المخطط التنموي (2005-2009).
158-157	4.4. التربية والتعليم أثناء المخطط التنموي (2010-2014).
158	5.4. التربية والتعليم خلال الفترة (2015-2020).
■ خاتمة الفصل.	
<b>الفصل الرابع: الدراسة التحليلية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.</b>	
160	■ مقدمة الفصل.
171-160	1. تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر من خلال دراسة تحليلية للمؤشرات.
163-161	1.1. النظام الصحي في المواثيق الرسمية للدولة الجزائرية.
164	2.1. حجم السكان في الجزائر (1962-2020).
167-165	3.1. معدل الخصوبة - المواليد (‰) في الجزائر (1962-2020).
170-167	4.1. معدل الوفيات العام ووفيات الأمهات (‰) في الجزائر (1962-2020).
171-170	5.1. العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر (1962-2020).
180-171	2. تقييم أداء النظام التعليمي في الجزائر من خلال دراسة تحليلية للمؤشرات
176-175	1.2. تعداد التلاميذ والتأطير البيداغوجي في الجزائر (1962-2020).
178-176	2.2. المنشآت، والبنائات والمطاعم المدرسية في الجزائر (1962-2020).
178	3.2. الكتاب المدرسي والبحث التربوي في الجزائر (1962-2020).

179-178	4.2. ميزانية التسيير وميزانية التجهيز المخصصة للتعليم في الجزائر (1962-2020).
	▪ خاتمة الفصل.
	الفصل الخامس: الدراسة القياسية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.
183	▪ مقدمة الفصل.
187-183	1. الإطار المنهجي للدراسة.
183	1.1. وصف مجتمع وخصائص عينة الدراسة.
187-183	2.1. أدوات التحليل المستخدمة وعناصر الاستبيان.
187	2. الإطار التطبيقي للدراسة.
189-187	1.2. فحص صدق وثبات أداة الدراسة.
197-189	2.2. عرض وتحليل نتائج الدراسة.
	▪ خاتمة الفصل.
199	▪ الخاتمة العامة.
201-200	▪ توصيات.
210-203	▪ قائمة المراجع.
213-212	▪ قائمة الاختصارات.
248-215	▪ قائمة الملاحق.

# فهرس الجداول

## ■ فهرس الجداول.

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
13	يمثل الفرق بين السياسة politics والسياسة policy.	جدول(01)
73	مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات.	جدول(02)
74	يشرح بدقة مفهوم المتابعة.	جدول(03)
74	يشرح بدقة مفهوم التقييم.	جدول(04)
99	البيانات المتاحة من 69 بلد للتعبير عن العلاقة المتبادلة بين التعليم والخصوبة.	جدول(05)
110	المباكل الصحية في الجزائر (1830-1896).	جدول(06)
120	النفقات الوطنية للصحة في الجزائر للفترة (1980-1989).	جدول(07)
121	تطور حجم التغطية الصحية البشرية خلال الفترة (1990-2000).	جدول(08)
122	تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية خلال الفترة (1990-2000).	جدول(09)
124	معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000).	جدول(10)
125	التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم.	جدول(11)
127	معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي.	جدول(12)
127	معدل وفيات الاطفال الرضع أقل من سنة لكل 1000 مولود حي.	جدول(13)
128	المباكل الصحية المنجزة من (1999-2009).	جدول(14)
128	إحصائيات التغطية الصحية من (1970-2009).	جدول(15)
129	هدفين من الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة لقياس معدل التقدم في عملية التنمية.	جدول(16)
130	الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر بالمقارنة مع بعض الدول لسنة 2009.	جدول(17)
135	تطور معدل الوفيات حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية.	جدول(18)
135	التغطية الصحية حسب عدد السكان.	جدول(19)
136	عدد حالات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر.	جدول(20)
137	عدد عمال السلك الطبي خلال الفترة (2015-2017).	جدول(21)
137	عدد المنشآت الصحية خلال الفترة (2015-2017).	جدول(22)
138	مؤشر جودة نظام الرعاية الصحية في عدد من دول إفريقيا لسنة 2019.	جدول(23)
139	تطور المؤشرات الصحية خلال السنوات (1962-2025).	جدول(24)
166	تطور معدلات المواليد الاجمالية (عدد المواليد لكل 1000 نسمة).	جدول(25)
167	تطور معدلات الخصوبة العامة حسب الفئة العمرية من معدل الخصوبة الكلي.	جدول(26)
168	تطور عدد الوفيات ومعدلات الوفيات الإجمالية.	جدول(27)
169	عدد الوفيات دون سنة واحدة ومعدلات وفيات الرضع حسب الجنس.	جدول(28)
170	تطور معدل وفيات الأمهات (1985-2016).	جدول(29)

170	تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس.	جدول(30)
172	تطور أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم (1962-1970).	جدول(31)
172	تطور أعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم (1962-1970).	جدول(32)
173	تطور أعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم (1962-1970).	جدول(33)
173	تطور أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم (1970-1980).	جدول(34)
173	تطور أعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم (1970-1980).	جدول(35)
174	تطور أعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم (1970-1980).	جدول(36)
174	تطور أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم (1980-2002).	جدول(37)
174	تطور أعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم (1980-2002).	جدول(38)
174	تطور أعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم (1980-2002).	جدول(39)
180	تطور أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم (2002-2011).	جدول(40)
180	تطور أعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم (2002-2011).	جدول(41)
180	تطور أعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم (2002-2011).	جدول(42)
181	تطور أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم (2012-2020).	جدول(43)
181	تطور أعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم (2012-2020).	جدول(44)
181	تطور أعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم (2012-2020).	جدول(45)
184	توزيع افراد عينة الدراسة من حيث الجنس.	جدول(46)
185	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية.	جدول(47)
185	توزيع افراد عينة الدراسة من حيث الخبرة المهنية.	جدول(48)
186	توزيع افراد عينة الدراسة من حيث المستوى الدراسي.	جدول(49)
187	معامل ألفا كرومباخ.	جدول(50)
188	معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة ودرجة المحور الذي تنتمي اليه.	جدول(51)
189	تحويل مقياس ليكرت الخماسي إلى فترات.	جدول(52)
190	استجابة أفراد العينة على محور السياسة الاجتماعية.	جدول(53)
191	استجابة أفراد العينة على محور الصحة.	جدول(54)
193	استجابة أفراد العينة على محور التعليم.	جدول(55)
194	يوضح ترتيب محاور الاستبيان.	جدول(56)
195	يوضح نتائج الارتباط والانحدار بين السياسة الاجتماعية وقطاع الصحة.	جدول(57)
196	يوضح نتائج الارتباط والانحدار بين السياسة الاجتماعية وقطاع التعليم.	جدول(58)

# فهرس الأشكال

■ فهرس الأشكال.

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
15	مفهوم السياسة العامة.	شكل(01)
36	نموذج السياق المؤسسي للسياسة الاجتماعية.	شكل(02)
37	اطوار صياغة – تحليل سياسة.	شكل(03)
40	الابعاد الثلاثة للسياسة الاجتماعية.	شكل(04)
41	إطار السياسة الذي وضعته الإسكوا.	شكل(05)
45	نموذج تحديد نشاطات مؤسسات الدولة في صنع السياسة الاجتماعية.	شكل(06)
48	اطوار تخطيط – تنفيذ السياسة الاجتماعية.	شكل(07)
50	الوحدات الفرعية للسياسة الاجتماعية.	شكل(08)
52	مكونات النظام الصحي.	شكل(09)
63	أنواع المستشفيات.	شكل(10)
89	مثلث العلاقة بين النظم الصحية، الثروة والرفاهية الاجتماعية.	شكل(11)
99	متوسط معدلات الخصوبة الاجمالية حسب تعليم المرأة في البلدان النامية.	شكل(12)
101	العلاقة بين الخصوبة والتعليم في مقارنة بين مجموعة دول لسنوات التعليم عند الشباب للفترة (1950-2010).	شكل(13)
103	العلاقة بين الخصوبة والتعليم في مقارنة بين منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحاصلين على التعليم العالي للفترة (1950-2010).	شكل(14)
106	الصحة كأحد مدخلات التنمية الاقتصادية.	شكل(15)
141	الرهانات الكبرى للصحة في الجزائر.	شكل(16)
143	تحسين جودة وفاعلية العلاج والتكفل الطبي.	شكل(17)
144	الخريطة الصحية الجديدة.	شكل(18)
164	تطور عدد سكان الجزائر (1962-2020).	شكل(19)
166	تطور معدلات المواليد الاجمالية (عدد المواليد لكل 1000 نسمة).	شكل(20)
167	تطور المؤشر الظرفي للخصوبة (ICF)(1970-2018).	شكل(21)
168	تطور عدد الوفيات (1963-2018).	شكل(22)
169	تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس (1970-2018).	شكل(23)
184	جنس أفراد العينة.	شكل(24)
186	عمر أفراد العينة.	شكل(25)
187	المستوى التعليمي لأفراد العينة.	شكل(26)

مقدمة عامة

### مقدمة عامة:

تقدم الدول وتطورها رهين بكفاءة حكوماتها، فعالية وانتاجية مؤسساتها، رشاد سياساتها وتبادل الثقة بينها وبين مواطنيها، ومن خلال السياسات العامة عامة، وعلى وجه الخصوص السياسة الاجتماعية التي تعتبر أداة في يد الدولة وحكومتها لتنظيم مؤسسات السوق وتحسين الخدمات الاجتماعية ودعمها لها كالـتعليم، الصحة، العمل، الحماية الاجتماعية والعدالة الاجتماعية... الخ). وهذا لضمان الاستقرار والتماسك الاجتماعي الذي بدوره يخلق الرفاه الاجتماعي والسعادة، التماسك البشري والقوة الاقتصادية والسياسية للدولة. إلا أن السياسات الفاشلة وغير المسؤولة تجاه المواطنين الذين يعانون مختلف المشاكل كالـفقر، المرض، الاقصاء والحرمان فتؤدي هذه السياسات في النهاية إلى إهيار هذه الدولة وحكومتها. ولأن الثروة الحقيقية للأمم هي الرأس المال البشري المتمثل في ذاك الإنسان الواعي المتعلم الذي يملك صحة جيدة خالية من الأمراض، وعليه سعت الدولة الجزائرية ومنذ إستقلالها سنة 1962 جاهدة لتحقيق التنمية المنشودة وللحاق بركب الدول والأمم المتحضرة والمتقدمة خاصة إقتصاديا مسخرة كل الجهود المادية والبشرية.

إشكالية الدراسة: في ظل الجهود والإصلاحات التي تقوم بها الدولة الجزائرية على الصعيد الإقتصادي والإجتماعي وبإختلاف السياسات الإجتماعية المطروحة خاصة على مستوى مجالي الصحة والتعليم لتحسين معيشة المواطنين والسهر على راحتهم ورفاهيتهم، إلا أن الكثير من الباحثين والمفكرين قد إنتقدوا هذه الظروف وإعتبروها غير مرضية على أرض الواقع، وضرورة الإسراع والعمل لتدارك النقائص فكل نقص سيصعب تداركه كلما تراكم. وعلى ضوء هذا التقديم تكمن الإشكالية التي تعالج هذه الرسالة في السؤال التالي:

■ ما الدور الذي تلعبه المؤشرات الإجتماعية في السياسات الإجتماعية وما تقييم الصحة

والتعليم في الجزائر؟

الاسئلة الفرعية: بناء على الإشكالية سابقة الذكر، يتم طرح بعض الأسئلة الفرعية التي تساهم في توضيح بعض جوانبها:

1. ما هو واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر وما تقييمها؟
2. ما هو واقع الصحة والنظام الصحي الجزائري؟
3. هل حقق النظام الصحي الجزائري الأهداف المنتظرة أم أنه أخفق؟ وما سبب الإخفاق؟
4. ما هو واقع التعليم والنظام التعليمي الجزائري؟

### الفرضيات:

1. رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة إلا أن السياسة الاجتماعية بقية بعيدة كل البعد عن تحقيق أهدافها لأسباب كثيرة.
2. لم يستطع النظام الصحي تحقيق الأهداف المرجوة منه وذلك لما ورثه من الحقبة الإستعمارية ضف الى ذلك الفساد السياسي وفساد التسيير في قطاع الصحة.
3. حقق النظام التعليمي الجزائري ومنذ الإستقلال زيادة كمية معتبرة على حساب ضعف النوعية، وهذا ما أنتج مشكلا عويسا آخر وهو البطالة.

1. أهمية الدراسة: إن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من جانبين رئيسيين هما: الأهمية العلمية والأهمية العملية، وسأتطرق لكل جانب على حدى.

1.1. الأهمية العلمية: إن موضوع السياسة الاجتماعية والنظام الصحي والتعليمي لمن المواضيع القيمة التي تبنى عليها سياسات الدول سواء على المستوى المحلي الوطني أو الدولي، وتعمل الحكومات جاهدة وبإستمرار على البحث عن وسائل ترقيته وتطويره، كما تكمن الأهمية في معرفة حجم المشاكل التي تعاني منها المجتمعات في المجال الصحي والتعليمي، فتحديد الإحتياجات والمشاكل هو الذي يحدد مدى تلاءم السياسة الاجتماعية المطلوب، فهذه الدراسة سوف تساهم في تحديد وتوضيح دور السياسات الاجتماعية في توفير حياة للأفراد تتسم بالرفاهية في مجال الصحة والتعليم.

**1.2.1 الأهمية العملية:** تكمن الأهمية العملية في تحسين دور السياسة الاجتماعية بوصولها للفئات الهشة الفقيرة، والمحرومة من المواطنين، والتقليل من المشاكل الصحية والتعليمية وتقديم المساعدة للمواطنين في هذين القطاعين المهمين كضمان تغطية صحية مجانية قريبة من المواطن ونفس الشيء بالنسبة للتعليم، فأقل شيء ضمان مجانيته وتعميمه فهذا واجب لا بد من تطبيقه على أرض الواقع.

**2. أهداف الدراسة:** قيمة البحث العلمي الأكاديمي تحدده قيمة الأهداف والنتائج التي يرمي إليها، فعلى قدر عمليتها، علميتها وخدمتها للمجتمع عامة والفرد خاصة تكون قيمة البحث، من جهة أخرى على الباحث رسم أهدافه المراد بلوغها لتوجه بحثه وترسم له الطريق، ومن هنا تهدف هذه الرسالة إلى:

**1.2.1.** تعتبر هذه الرسالة كمطلب مكمل لنيل شهادة الدكتوراه في حقل العلوم الاقتصادية.

**2.2.** تزويد الباحثين والقراء بمبادرة علمية معرفية في مجال السياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم بالجزائر.

**3.2.** حاجة في نفسي أن أقدم شيئاً مما أمتلكته من خبرة عن قطاع الصحة في الجزائر وطرق تسييره.

**4.2.** العمل على توضيح مدى إهتمام الدولة الجزائرية بقطاع السياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم وذلك من خلال تقديم مختلف الإحصائيات والمؤشرات التقييمية.

**5.2.** إلقاء نظرة حقيقية على مسار السياسة الصحية والتعليمية بالدولة الجزائرية وذلك منذ الحقبة الإستعمارية، فترة الإستقلال و إلى يومنا هذا.

### 3. مبررات إختيار الموضوع:

**1.3.** أسباب ذاتية: إختياري للموضوع لم يكن وليد الصدفة، إنما كان نتاج تشاوري وأستاذي المشرف.

**1.** السياسة الاجتماعية كعلم يبحث في الحقل الاجتماعي وهذا ما يتناسب جزئياً وتخصصنا الإقتصاد الإجتماعي، ومحاولة منا لدراسة مشاكل السياسة الاجتماعية في المجال الصحي والتعليمي وتقديم حلول وتوصيات لتحقيق تنمية إجتماعية وإقتصادية، التي تمثل تكملة تخصصنا ألا وهو الإقتصاد الإجتماعي والتنمية الإقتصادية.

2. بالنسبة للمجال الصحي هو في الحقيقة مجال عملي إداري ولي خبرة ولو بسيطة بقطاع الصحة ما جعلني أهتم بالموضوع، خاصة السياسة الاجتماعية الصحية.

3. الصحة والتعليم كواقع معاش، كنظام صحي وكنظام تعليمي، وكسياسة صحية وتعليمية موضوع جدير بالإهتمام لأنه يمثل حياة الأفراد، إستدامتها أو فنائها من على وجه المعمورة. وبالتالي حياة مجتمعات وأمم إما سليمة أو مريضة، ولما له من قيمة حاولنا معرفة المسار التاريخي للسياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم بالجزائر خلال الإستعمار وسياسته الإستعمارية ثم بالجزائر المستقلة الغنية بثرواتها وإمكاناتها، والعمل على تقييم القطاعين الصحي والتعليمي باختلاف الفترات الزمنية.

4. إن الدارس لموضوع السياسة الاجتماعية يدرك أن دارسيها يتحلون بالإنسانية ولهم نية وطموح لمساعدة مختلف الفئات الهشة والمحرومة فيطمع من خلال دراستها إلى تقديم الدعم والتقليل من وطأة الفقر والجوع، الجهل، الإقصاء والتهميش ومعالجة المرضى ووقاية الأصحاء.

3.2. أسباب موضوعية: تأتي هذه الرسالة لتبين أهمية السياسات الاجتماعية ومجالي الصحة والتعليم ومدى مساهمتهم في تحقيق التنمية الشاملة المستدامة.

1. قلة الدراسات في هذا الموضوع خاصة اذا ما تعلق الأمر بدراسة تقييمية للتعليم والصحة عن طريق المؤشرات التعليمية والصحية.

2. كثرة المشاكل الاجتماعية وسرعة تناقلها ما إستصعب على الجهات المعنية تدارك النقائص وخلق سياسات تتوافق والمتطلبات (مشكلة التخطيط والإمكانات المادية والبشرية وضعف الرقابة بنوعيتها المادية والبشرية)، حيث سيحاول هذا البحث تقديم حلول لبعض المشاكل الاجتماعية الصحية والتعليمية.

3. موضوع السياسة الاجتماعية الصحية والتعليمية، موضوع ثلاثي الأبعاد، يدرس في حقول علم الاجتماع، العلوم السياسية والعلوم الاقتصادية، وهذا إن دل إنما يدل على قيمته العلمية والإهتمام الخاص الذي يمكنه له العلماء والمفكرين.

4. **الصعوبات:** كل دراسة تتعرض لعوائق وصعوبات، تختلف باختلاف الزمان والمكان ومن باحث لآخر، والصعوبات التي واجهتني كباحث في إعداد هذه الرسالة هي:

1. قلة المراجع والدراسات اذا ما تعلق الأمر بتقييم قطاعي الصحة والتعليم.
2. قلة المواضيع التي تعالج موضوعي السياسة الإجتماعية الصحية والسياسة الإجتماعية التعليمية وإرتباط السياسة الإجتماعية بحقل العلوم السياسية والعلوم الإجتماعية أكثر منها إرتباط بحقل العلوم الإقتصادية، فهو موضوع ثلاثي الأبعاد بين علم السياسة، علم الإجتماع وعلم الإقتصاد.
3. قلة الإحصائيات وكثرة تداول الإحصائيات الخاطئة والمغلطة خاصة في مجال السياسة الإجتماعية الصحية.

5. **الاطار الزماني والمكاني (مجال الدراسة):** حددت الرسالة في إطار علمي، زماني ومكاني كما يلي:

1.5. **الحدود العلمية:** إقتصرت الدراسة على ثلاث متغيرات: السياسة الإجتماعية، النظام الصحي، النظام التعليمي.

2.5. **الحدود المكانية:** حيث كان مكان الدراسة الدولة الجزائرية بكامل حدودها الجغرافية.

3.5. **الحدود الزمنية:** كانت الفترة الزمنية 1962 - 2020.

6. **المناهج والمقتربات المستعملة:** المنهج مصطلح عام يعني الطريق الواضح، وهو مصطلح لاتيني الأصل يعني الطريقة التي يتبعها الفرد لتحقيق هدف محدد<sup>1</sup>. وظاهرة السياسة الإجتماعية تتصف بنوع من التعقيد بكونها مركبة ومتشعبة ولها متغيرات عديدة. هذا ما يستوجب مجموعة من المناهج، والمنهج هو الأسلوب والطريق المؤدي لمعرفة الحقائق أو الغرض المطلوب، كذلك نطلق عليه الوسيلة المؤدية إلى إكتشاف الحقائق والمعرفة العلمية ومن هذه المناهج إستعملنا:

1.6. **منهج تاريخي:** هو أحد المناهج العلمية الذي يؤدي لمعرفة وإكتشاف الحقائق عن طريق عملية إسترجاع الماضي وتاريخ الظاهرة المراد دراستها لفهمها جيدا، واقعها ونشأتها، تطورها وتحليلها، تفسيرها تفسيراً علمياً على ضوء الزمان والمكان الذي حدثت فيه، وهو الذي يشغل بدراسة قضايا المجتمع في الحاضر

<sup>1</sup> ماهر اسماعيل صبري، المدخل للمناهج وطرق التدريس، الطبعة الأولى 2009، ص11.

مبتدئا بمعرفة الواقع الاجتماعي بغرض تغييره، ومنشغلا بالتعرف على تاريخ العملية الاجتماعية أي تاريخ المجتمع في الحركة. كما يعتمد على الظواهر التاريخية بعد وقوعها، ويستفيد بالماضي في فهم وتفسير الحاضر ويتجسد دوره مثلا في مراجعة الدراسات السابقة وجمع المعارف السابقة، وتحليلها وتصنيفها، وإنشاء قواعد معرفية، تمثل في مجملها الذاكرة العلمية للبشرية، فاستخدمت هذا المنهج في الدراسة من خلال التطرق إلى التطور التاريخي الذي مرت به السياسة الاجتماعية والنظام الصحي والتعليمي بالدولة الجزائرية، منذ الحقبة الإستعمارية، فترة الإستقلال وصولا ليومنا هذا، محاولا تقديم النظام الصحي والتعليمي في الجزائر المستعمرة وفي الجزائر المستقلة بالأرقام إلى يومنا هذا.

**2.6. منهج وصفي:** هو الذي يعتمد على وصف الظاهرة موضع البحث، وصفا تفصيليا دقيقا، ويدرس كل جوانبها الكيفية، والنوعية، والكمية ليعبر عن ملاحظها وخصائصها وحجمها، وتأثيرها ومدى إرتباطها بالظواهر المحيطة بها.<sup>2</sup>

**3.6. منهج إحصائي تحليلي:** الإعتماد على الإحصائيات والبيانات المتاحة الجاهزة من طرف الدوائر الرسمية كالديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة، ووزاري التربية والتعليم، التعليم العالي والبحث العلمي بالجزائر فيما يخص نسبة المؤشرات الاجتماعية المتعلقة بالصحة والتعليم والقيام بتحليلها والمقارنة في فترات زمنية مختلفة قصد التصنيف والتقييم الكمي والنوعي. كما إعتدنا على أدوات أكاديمية في هذه الرسالة متمثلة في:

✓ الكتب العلمية (المراجع الأكاديمية المتخصصة).

✓ الدراسات والبحوث السابقة.

✓ المجلات العلمية والتقارير الدورية... الخ).

✓ البيانات والاحصائيات الرسمية.

✓ المنشورات والنشرات المختلفة.

**الإحصائيات الرسمية:** التي تأمر بها الدولة وتسيطر على إعدادها وتنظيمها، وإستخراج نتائجها بواسطة أجهزة مختصة بذلك، تتولاها قطاعات حكومية من أجهزة الدولة.

<sup>2</sup> محمد جلال الغندور، البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، الجوهرة للنشر، الطبعة الاولى 2015، ص 155، 178، 179.

الإحصائيات غير الرسمية: وتسمى بالتحقيق، يستخدم في إستقصاء الحقائق عن ظاهرة إجتماعية أو في إستطلاع الرأي العام إزاء مشكلة من المشاكل، أو التحقق من آراء عدد كبير من الناس حول مسألة من المسائل.<sup>3</sup>

### 6. المقتربات المنهجية: الإقتربات التي تم توظيفها في إطار الدراسة تتمثل في الأتي:

1.6. المقرب القانوني المؤسسي: وهو كل ما تعلق بالنصوص القانونية الدستورية التنظيمية الجزائرية وحتى الدولية فيما يخص السياسة الإجتماعية، قطاع الصحة والسياسة الصحية، كذلك قطاع التعليم والسياسة التعليمية الجزائرية، الإصلاحات الإدارية والقانونية.

2.6. المقرب النظامي: يتخذ هذا الإقتراب من الأنظمة وحدة للتحليل، والنظام الصحي والتعليمي بمدخلاتهم ومخرجاتهم يؤثران في المجتمع ويتأثران به وبالسياسات العامة والسياسات الإجتماعية.

3.6. المقرب الوظيفي: يتعلق هذا الإقتراب بمفهوم الوظيفة وإستخدام هذا الإقتراب له دور فعال لدراسة نشاطات النظامين الصحي والتعليمي الجزائريين وواقعها بين سرعة الإستجابة ومواجهة مطالب المواطنين بالإمكانات المحدودة ومدى قدرته على إتخاذ القرار السليم في الأوقات الحرجة وإمكانية تنفيذها ومدى شاسعة نطاق الإستفادة منها.

4.6. مقرب الجماعة: وتم توظيفه من باب التعميم والتخصيص، فالسياسة الإجتماعية سياسة عامة. فأما النظام الصحي والنظام التعليمي انما يمثلان علاقة تشاركية بين هذين القطاعين وجماعة مواطنين تهدف لتحقيق رفاهيتها الصحية والتعليمية.

7. المجال البشري: في هذا الصدد قمنا بتحليل أرقام ومعطيات، لكل من عمال الصحة والتعليم بإختلاف مستوياتهم وتخصصاتهم من معلمي الإبتدائي، الأساسي والتعليم الثانوي، معلمي التكوين المهني والتعليم العالي، ممرضين، أطباء... الخ). والمقارنة في فترات مختلفة لتوضيح الفارق وحجم التحسن في القطاعين.

<sup>3</sup>محمد شفيق، البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية، الطبعة 2002، ص21، 22، 27.

8. هيكل الدراسة: تم معالجة هذه الرسالة وفق خطة منهجية متسلسلة، منظمة على النحو التالي: مقدمة ثم موضوع الدراسة المقسم لخمس فصول، وكل فصل يضم اثنان، ثلاث واربعة مباحث، وكل مبحث يحتوي على مطالب، ثم خاتمة عامة تعبر عن مجموعة من الأفكار الإصلاحية والمقترحات القيمة كما يلي:
- مقدمة عامة.
  - 1. يقدم الفصل الأول: مقارنة نظرية للسياسة الاجتماعية، الصحة والتعليم.
  - 2. يتضمن الفصل الثاني: أثر فعالية السياسة الاجتماعية على الصحة والتعليم.
  - 3. يركز الفصل الثالث: دراسة تقييمية للواقع الاجتماعي الصحي والتعليمي في الجزائر (1962-2020).
  - 4. يلخص الفصل الرابع: تحليل للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسة الاجتماعية في الجزائر (1962-2020).
  - 5. الفصل الخامس: الدراسة القياسية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.
  - الخاتمة.
9. مفاهيم ومصطلحات الدراسة: السياسة الاجتماعية، المؤشرات الاجتماعية، النظام الصحي، النظام التعليمي، فعالية النظام الصحي، فعالية النظام التعليمي.

## الفصل الأول:

مقاربة نظرية للسياسات الاجتماعية،

الصحة والتعليم.

مقدمة الفصل:

إن التطور المجتمعي يتشعب بما للكلمة من معنى، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور ظواهر جديدة، كالسياسة وغيرها من الظواهر التي هي نتيجة منطقية لذلك التطور،<sup>4</sup> والسياسة إقتصادية أم إجتماعية أصبحت ضرورة تفرضها المسؤولية القومية في المجتمعات النامية والمتقدمة، وهي تمثل الطريق الذي تتخذه الحكومات لمواجهة المشكلات الاجتماعية والأوضاع المتجددة التي تطرأ على المجتمع نتيجة للتحويلات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية الحادثة فيه، لإحداث التوازن بين مسارات العمل الإجتماعي والإقتصادي والسياسي جنباً إلى جنب، من خلال بناء السياسة الإجتماعية التي تهدف لتحقيق التنمية المنشودة.<sup>5</sup>

1.1.1. مقاربة نظرية للسياسات الإجتماعية.

1.1.1. تاريخ السياسة الإجتماعية ودوافع ظهورها: يعود أقدم مثال على تدخل الحكومة المباشر في رفاية الإنسان، إلى القرن السادس في عهد خليفة المسلمين الثاني سيدنا عمر بن الخطاب رضي الله عنه، فقد إستخدم جمع الزكاة وموارد أخرى أيضاً لوضع رواتب للمتقاعدين، دعم الدخل ومستحقات للطفل ورواتب متنوعة للناس من المجتمعات غير المسلمة. أما في الغرب فقد ساهم أنصار التخطيط الإجتماعي العلمي مثل عالم الإجتماع \*أغست كونت\* Auguste Conte\* والمؤلفين الإجتماعيين مثل \*تشارلز بوث\* Charles Booth في ظهور السياسة الإجتماعية في البلدان الصناعية الأولى، وبسبب ضغوط الإستطلاعات التي أجريت لمعرفة مستوى الفقر، والتي كشفت على الظروف القاسية التي تعيشها التجمعات السكنية الفقيرة في المناطق المدنية في العصر الفيكتوري، قام الحزب البريطاني الليبرالي بتغييرات إصلاحية على قانون الفقر والرعاية الإجتماعية. ولدنا أمثلة أخرى بارزة في عملية تطوير السياسة الإجتماعية مثل مستوى الرفاهية الإجتماعية في بسمارك في ألمانيا في القرن التاسع عشر. وقانون الضمان الإجتماعي الذي أدخله الإتفاق الجديد في الولايات المتحدة الأمريكية بين العامين 1933-1935، والإصلاحات الصحية في تقرير بيفريدج Beveridgereport عام 1942. وهو التقرير الذي أعده الخبير الإقتصادي الليبرالي \*ويليام بيفريدج\* williambeveridge خلال فترة الحرب.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> ابن عمار الصغير، التفكير العلمي عند ابن خلدون، الطبعة 2007، ص 111.

<sup>5</sup> أحمد إبراهيم حمزة، السياسة الإجتماعية، دار المسيرة للنشر، الطبعة 2015، ص 55.

<sup>6</sup> أحمد مجيبي خلف صقر، التخطيط والسياسة الإجتماعية، المفاهيم والأطر والآليات، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2020، ص 113.

ويستند التمويل اساسا على الضرائب، ويتصف بالخدمة الوطنية الصحية المنظمة مركزيا، حيث ان الخدمات التي يوفرها بشكل اساسي مقدمي الصحة العامة (المستشفيات وخدمات المجتمع العام والاختصاصيين وخدمات الصحة العامة). وفي هذا النموذج تنافس ميزانيات الرعاية الصحية مع اولويات الانفاق الاخرى ويوجد كذلك نموذج بسمارك "المختلط" من التشريعات الاجتماعية الالمانية لعام 1883، حيث توفر الاموال عن طريق قسط التامين الاجتماعي والزامية التامين وهو مزيج من مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص، بينما نموذج التامين "الزبون المستقل" يعتمد على اقساط التامين المدفوعة الى شركات التامين الخاصة وهو موجود بالولايات المتحدة الامريكية ويخص رعاية الشيخوخة وبرنامج الحكومة الصحي لرعاية ذوي الدخل المحدود واغلب مقدمي هذه الخدمات هو القطاع الخاص.<sup>7</sup> وسلط الخبير الإقتصادي الليبرالي \*ويليام بيغريدج\* الأضواء على التغييرات على التامين الاجتماعي والخدمات المرتبطة به رسميا وهو وثيقة مؤثرة في تأسيس دولة الرفاهية في المملكة المتحدة، نشرت في نوفمبر 1942.

حددت خمس مساوئ عملاقة في المجتمع وهي: البؤس، الجهل، الحرمان، البطالة والمرض وقد تم إقتراح إصلاحات واسعة النطاق لنظام الرعاية الاجتماعية لمعالجة هذه الآفات، وقد جاء التقرير في خضم الحرب وواعد بمنح مكافأة على التضحيات التي يقوم بها الجميع، وشكل التقرير الذي يحظى بشعبية كبيرة لدى الجمهور، الأساس لإصلاحات ما بعد الحرب المعروفة باسم \*دولة الرفاه\* welfare state والتي تشمل توسيع التامين الوطني وإنشاء دائرة الصحة الوطنية. وتعد السياسة الاجتماعية من العلوم الأكاديمية أيضا، فهي تركز على التقييم المنهجي لإستجابة المجتمعات إلى الحاجة الاجتماعية، وقد تم تطويره كمكمل لدراسات \*العمل الاجتماعي\* في أوائل إلى منتصف القرن العشرين ويعتبر الأستاذ \*ريتشارد تيتموس\* Richard Titmus من مدرسة لندن للإقتصاد مؤسس السياسة الاجتماعية أو الإدارة الاجتماعية كمادة أكاديمية، كما أن العديد من الجامعات تقدم هذه المادة للدراسة الجامعية والدراسات العليا.<sup>8</sup> بإعتبارها المبادئ والقواعد التي تحكم العمل والتي قد تم تحديدها من قبل الادارة ليسترشد بها المتخصصون في مختلف المستويات عند القيام بإتخاذ القرارات الخاصة بتنفيذ الأهداف.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> نزال عيسى، ادارة النظم الصحية، المنارة للنشر، الطبعة 2021، ص9، 10.

<sup>8</sup> احمد محيي خلف صقر، مرجع سابق، ص144.

<sup>9</sup> منى عطية خزام خليل، إدارة المؤسسات الاجتماعية في بيئة متغيرة، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الطبعة 2013، ص24.

- إن كانت السياسة الاجتماعية جزء وفرع من السياسة العامة للدولة، فهذا يحتم علينا علميا التطرق لمفهوم السياسة العامة أولا ثم الانتقال إلى السياسة الاجتماعية وهو إنتقال من الكل إلى الجزء أو من الأصل إلى الفرع في هذه الرسالة.

**1. مفهوم السياسة العامة:** كلمة سياسة باللغة الإنجليزية politics مشتقة من الكلمة الإغريقية polis وهي تعني الدولة \*دولة المدينة التي كانت معروفة للإغريق في عصرهم\* ومما لا شك فيه أن السياسة والدولة بينهما رابطة وثيقة، والأصل عندما يذكر لفظ سياسة أو سياسي يفهم أن له شأنًا بالدولة وبالتحديد أكثر حكومة الدولة.

**السياسة لغة:** جاءت من ساس، يسوس فالسياسة على ذلك وبناء على مثل هذا التعريف تشير الى القوى التي تكون وتحدد حكومة الدولة وسياساتها وأفعالها.<sup>10</sup> وجاء في المصباح المنير: ساس زيد الامر يسوسه، سياسة أي دبره وقام به.<sup>11</sup>

قال ابن عقيل: السياسة ما كان فعلا يكون معه الناس أقرب إلى الصلاح وأبعد عن الفساد، وإن لم يضعه الرسول ولا نزل به وحي. ابن القيم، الطرق الحكيمة.<sup>12</sup>

**السياسة اصطلاحا:** السياسة عند سقراط: الفضيلة هي المعرفة وأهل المعرفة هم الفلاسفة والعلماء وليس لغيرهم في نظره سلطة إدارة الحكم.<sup>13</sup> (كرانستون 1970)

السياسة عند أفلاطون: هي التعقل في أمور الكل.<sup>14</sup> (عبد الهادي 1996)

السياسة عند أرسطو: العلم الذي يدرس دستور المدينة وإدارة شؤونها وتقع السياسة عمليا في قمة التدرج، وهي حكم المدن وهي أنبل العلوم وأسمائها ويتعلق بارتفاع المناصب واسماها.<sup>15</sup> بروننتو لاتيني

كذلك هي القدرة على تعبئة موارد المجتمع لبلوغ الاهداف التي يتم من اجلها القيام بتعهد علي عام<sup>16</sup>.

Talcott Parsons 1957

<sup>10</sup> فوزي عبد الغني، مدخل الى علم السياسة، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 2006، ص 9.

<sup>11</sup> هشام مصطفى الجمل، دور السياسة المالية في تحقيق التنمية الاجتماعية، الإسكندرية للنشر، الطبعة الأولى 2007، ص 20.

<sup>12</sup> أيمن عبد العزيز عبد السلام، الدين والدولة في الاسلام، الطبعة الأولى 2012، ص 11.

<sup>13</sup> محمد قاسم القريوتي، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، عمان للنشر، الطبعة الأولى، 2006، ص 20.

<sup>14</sup> مصطفى عبد العظيم فرماوي، السياسة الاجتماعية وإدارة المؤسسات، القاهرة للنشر، الطبعة الأولى 2005، ص 11.

<sup>15</sup> احمد سليم، علم السياسة، المفاهيم والاسس، عمان للنشر، الطبعة 2014، ص 21.

<sup>16</sup> رشا جمال، علم السياسة الاسس، دار النشر بيروت، الطبعة الأولى 2012، ص 35.

التراث العلمي والواقع الاجتماعي يشيران إلى ان هناك فروقا واضحة بين كلمتي سياسة policy والسياسة politics، فالأولى تعني كيفية صياغة الخطط المختارة والمنتقاة في ضوء ما تم الإستقرار عليه من قرارات معينة مثل السياسة الاجتماعية، السياسة التعليمية، السياسة الصحية، السياسة المالية... الخ) وهناك ما أطلق عليها مؤخرا بالسياسة الاجتماعية الكونية والسياسة الاجتماعية المتكاملة التي تعمل على تقليل الفجوة بين الأفراد والبلدان النامية والمتقدمة<sup>17</sup>. فتتصرف هنا إلى قرارات ومخرجات حكومية بينما تشير السياسة politics إلى عملية الوصول إلى الحكم وإدارته، حيث أن هناك ترابط بين المفهومين، فالأولى تنصرف إلى مخرجات النظام السياسي، بينما تتطرق الثانية إلى المدخلات وعملية تحويلها إلى مخرجات<sup>18</sup>.

جدول (01): يمثل الفرق بين السياسة politics والسياسة policy.<sup>19</sup>

السياسة politics	السياسة policy	
فن الحكم، أو علم السياسة، ومن الممكن ان تكون صفة مفردة، او صفة لشيء مثل الاقتصاد السياسي.	مشروع كبير يخطط له.	المعنى الاصلاحي
تعمل على تحقيق أهداف معينة بعيدة المدى، اما لصالح الأمة بأسرها، أو لصالح جماعة، أو لصالح فرد.	تشمل اهداف طويلة ومتوسطة المدى و مبادئ تستند اليها كمحددات وموجهات الفعل فضلا عن إحتوائها بعض معايير الحكم.	الاهداف
يمكن ان تكون ملامح السياسة متضمنة في موثيق رسمية، ويمكن ان يكون متعارف عليها لإرتباطها بالثقافة والتراث والوجدان أي يمكن ان تكون معلنة أو غير معلنة.	متضمنة في موثيق رسمية متاحة للجميع لتحديد التوجيهات العامة والمبادئ الرئيسة بما يسهم في تحديد الادوار والمهام، وطرق التقويم واساليبه.	التوثيق
السياسيون politician هم الحكام وقادة العمل السياسي، والنواب المنتخبون الذين لهم حق تغيير الدستور وسلطته واعضاء مجلس الشورى والبرلمانيون والوزراء وممارسو العمل السياسي.	السياسيون كما سبق تحديدهم: القيادات الإدارية في الدواوين، والادارات الحكومية، الشخصيات القيادية في الاتحادات القومية، الخبراء وغالبا ما يكونون اكاديميين في مجالس او لجان متخصصة.	صانعو السياسة

<sup>17</sup> حسين أنور جمعة، السياسات الاجتماعية الأسس النظرية والقضايا المعاصرة، دار التيسير للنشر، الطبعة 2008، ص 15، 16.

<sup>18</sup> عبد النور ناجي وآخرون، مقدمة في دراسة السياسة العامة، دار العلوم للنشر، الطبعة 2014، ص 14.

<sup>19</sup> محمود ابراهيم سعد، المخطط التعليمي ودوره في ربط البحث بصنع السياسة التعليمية، الإسكندرية للنشر، ص 32.

## 1. مفهوم السياسة العامة في الكتابات الغربية:

السياسة العامة هي: من؟ يحوز على ماذا؟ متى؟ وكيف؟ هارولد لا زويل H.D. Lasswell 1936 هي: توزيع القيم في المجتمع بطريقة سلطوية أمره من خلال القرارات والأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم في إطار عملية تفاعلية بين المدخلات والمخرجات والتغذية العكسية. ديفيد إستون David Easton 1979 السياسة العامة: هي ما تختار الحكومة عمله او عدم عمله في مجال ما. توماس داي Thomas R. Dye كما انها خيارات الحكومة من النشاطات التي تخدم المصلحة العامة.<sup>20</sup> وليام جونسن William Jahson السياسة العامة: ما تفعله الحكومة كرد فعل لقضية سياسية. رسل وشافريتد Russel and Shafritz السياسة العامة: هي اجابة أو رد لمواجهة مشكلة معينة<sup>21</sup>. فليب كوبر philip cooper السياسة العامة: تتجسد في العلاقة بين الوحدة الحكومية وبيئتها. روبرت إيستون Rebert Eyeston

## 2. مفهوم السياسة العامة في الكتابات العربية:

السياسة العامة: تلك العمليات والإجراءات التي تتخذها الحكومة بقصد الوصول إلى إتفاق على تعريف المشكلة، والتعرف على بدائل حلها وأسس المفاضلة بينها، تمهيدا لإختيار البديل الذي يقترح إقراره في شكل سياسة عامة ملزمة تنطوي على حل مرضي للمشكلة.<sup>22</sup> خيرى عبد القوي.

السياسة العامة: ما هي الا أفكار خاصة في البداية وعندما يشترك عدد كبير من الأفراد في هذه الأفكار تصير مقترحات وعندما تتبنى السلطات الحكومية هذه المقترحات تصبح سياسة عامة.<sup>23</sup> بيومي إبراهيم حمادة

فكرة ← إقتراح ← سياسة عامة.

<sup>20</sup> ليمام سالمه وآخرون، صنع السياسة العامة، دراسة في المفاهيم والمنهجية والبيئة، عمان للنشر، الطبعة 2015، ص 17، 18.

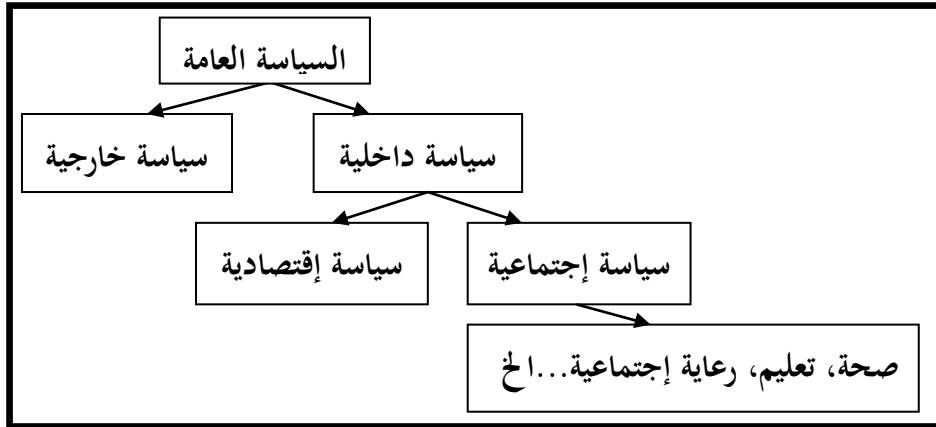
<sup>21</sup> عبد النور ناجي وآخرون، مرجع سابق، ص 19.

<sup>22</sup> ثامر كامل محمد الخزرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة، عمان للنشر، الطبعة الأولى 2004، ص 27، 28.

<sup>23</sup> وصال نجيب العزاوي، مبادئ السياسة العامة، عمان للنشر، الطبعة 2003، ص 14.

من التعريفات اعلاه نطرح تعريفنا لها: السياسة هي برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو لمواجهة قضية أو موضوع. التعريف يركز على ما يتم فعله في اطار ما يستوجب أو يراد فيه تمييزا للسياسة، من القرار الذي هو مجرد خيار من بين البدائل. والسياسة العامة هي تلك التي تطورها الأجهزة الحكومية من خلال مسؤولياتها علما أن بعض القوى غير الحكومية أو غير الرسمية، قد تسهم أو تؤثر في رسم وتطوير بعض السياسات العامة.<sup>24</sup> فعادة ما تاخذ شكل برنامج عمل لسلطة عامة أو لعدة سلطات حكومية، وتوجد خمس سمات أساسية ترتبط بالسياسة العامة هي:

1. التركيز على مضمون السياسة أكثر من التركيز على العمليات التي أنتجتها.
  2. تتضمن عناصر إتخاذ القرار أو تخصيص الموارد وتسم بطريقة سلطوية أي يفرضها الفاعلون الحكوميون على البيئة المحيطة بهم.
  3. تؤثر بمضمونها وتأثيرها على عدد من الأفراد والجماعات والمنظمات، فلكل سياسة عامة جمهور من الخاضعين لها ومن الفعالية في مجالها.
  4. الأفعال التي تؤسسها عادة ما ترجع في تحديدها إلى توجيهات صريحة، ظاهرة أو خفية فأى سياسة عادة ما تصاغ لتحقيق أهداف أو تأسيس قيم أو إشباع حاجات، فهي بهذا المعنى معيارية.<sup>25</sup> كما نجد في هذا الصدد العديد من السياسات على سبيل المثال: السياسة السكانية، السياسة الاقتصادية، السياسة الاجتماعية<sup>26</sup> وهذا ما يهمننا والمراد التعمق في دراستها، تحليلها، شرحها وفهمها أكثر.
- شكل (01): يمثل مفهوم السياسة العامة.<sup>27</sup>



المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على التعاريف سابقة الذكر.

<sup>24</sup> عامر الكبيسي، صنع السياسات العامة، دار المسيرة للنشر، الطبعة 1998، ص 15.

<sup>25</sup> طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، الفكر العربي للنشر، الطبعة 2004، ص 13، 14.

<sup>26</sup> درية السيد حافظ، السياسة الاجتماعية ومتغيرات المجتمع المعاصر، الطبعة 2008، ص 144.

<sup>27</sup> احمد إبراهيم حمزة، مرجع سابق، ص 57.

3. مفهوم السياسة الاجتماعية: يمكن القول بأن السياسة الاجتماعية هي إسم بديل لسياسة الحكومة وينقسم مصطلح السياسة الاجتماعية إلى مقطعين:

1. سياسة Policy: ويعني وجود غايات واهداف يتطلب تحقيقها وسبق وتطرقنا لهذا المصطلح.
2. إجتماعية Social: ويعني السياسة التي تهتم بالجوانب الاجتماعية وترسم شكل الحياة في المجتمع<sup>28</sup>. ويصنف التراث المتاح حول مفهوم السياسة الاجتماعية وفقا لعدد من الإتجاهات:

1. الإتجاه الأول: يشتمل على التعريفات التي تؤكد على أن السياسة الاجتماعية هي أساليب مؤسسية Institutional تستخدمها الدولة لتوجيه وسائل إشباع الحاجات، ونلاحظ هنا وجود التأكيد على دور الدولة في تحسين النظام الإقتصادي وأوضاع الطبقة العاملة ويعتبر هذا الإتجاه في تحديد مفهوم السياسة الاجتماعية بأنه مفهوم إصلاحى Reforme محافظ وفق مايسمى بمدخل حل المشكلات ويضم هذا الإتجاه كل من: تيمس Richard Titmuss، مارشال T.H.Marshall، بيتر تاونسند P.Townsend، هوتمان E.Huttman.

2. الإتجاه الثاني: يعبر عن وجهة نظر الليبرالية والتي تتعد عن الأخذ بمبدأ التدخل Intervention أو تقليص مسؤولية الدولة في توجيه وسائل إشباع الحاجات من خلال السياسات الاجتماعية ليضم هذا الإتجاه كل من: بنشون Pension، وبيرنز Burns، وشتلاند schottland<sup>29</sup>.

3. الإتجاه الثالث: الذي يعبر عن بعض الدراسات العربية وعن المؤلفين العرب الذين إهتموا وساهموا في الإثراء والكتابة عن السياسات مثل: أحمد سعيقان في قاموس المصطلحات السياسية، علي الدين هلال، علي شريف، خيرى عبد القوي، فهمي خليفة الفهداوي... الخ<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> سهام القبدي، السياسة الاجتماعية والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، الطبعة 2013، ص 4، 5.

<sup>29</sup> محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، الإسكندرية للنشر، الطبعة 1993، ص 5، 6، 9، 10.

<sup>30</sup> ليمام سالم وآخرون، مرجع سابق، ص 20، 21، 22.

أشار العديد من العلماء والباحثين والسياسيين إلى أن مفهوم السياسة الاجتماعية يمكن تصنيفه كالاتي:

1. السياسة الاجتماعية بمعنى التخطيط والتفكير المنظم.
2. السياسة الاجتماعية بمعنى الاهداف والاغراض.
3. السياسة الاجتماعية بمعنى القوانين والتشريعات.
4. السياسة الاجتماعية بمعنى الرعاية الاجتماعية.
5. السياسة الاجتماعية بمعنى الرفاهية الاجتماعية.
6. السياسة الاجتماعية والإيديولوجية.

ويمكن توضيح هذه المعاني فيما يلي:

1. السياسة الاجتماعية بمعنى التخطيط والتفكير المنظم: ويندرج تحت هذا المعنى للسياسة الاجتماعية تعريف كل من:

عبد العزيز عبد الله مختار: السياسة الاجتماعية محصلة التفكير المنظم الذي يستند على إيديولوجية المجتمع وتوسعي إلى تحديد الأهداف الإستراتيجية طويلة الأجل أو قصيرة الأجل، وتوضح مجالات وخدمات الرعاية الاجتماعية.

ريتشارد تيتوموس: هي خطة حكومية نتيجة لمحاولات بذلت لدراسة الموقف وتقدير المستقبل وتحديد الإتجاهات أو التحكم في المواقف المعينة حتى يمكن تحقيق الرفاهية في المجتمع، وأنها دستور مكتوب لتحديد إتجاهات الرعاية الاجتماعية وحقوق المواطنين عند عجزهم عن مقابلة حاجياتهم.

ميل دافيد جيل: هي القوانين والممارسات التي تقوم بها الحكومة وتؤثر عن طريقها في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ومجتمعاتهم.

أحمد كمال أحمد: هي مجموعة من القرارات الصادرة من السلطات المختصة في المجتمع لتحقيق أهدافه الاجتماعية، وتوضح هذه القرارات مجالات الرعاية الاجتماعية والإتجاهات الملزمة وأسلوب العمل وأهدافه في حدود إيديولوجية المجتمع.

خلاف الشاذلي: هي خطة حكومية نتيجة لمحاولات تم القيام بها لدراسة الموقف وتقدير المستقبل، وتحديد الاهداف لمواجهة مشكلات معينة وذلك بغرض تحقيق الرفاهية في المجتمع.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> حسين أنور جمعة، السياسات الاجتماعية الأسس النظرية والقضايا المعاصرة، مرجع سابق، ص 18، 20.

2. السياسة الاجتماعية بمعنى الأهداف والأغراض: جوزيف مايون ستاينكوس: هي عملية رسم الأهداف العامة، مصحوبة بمجموعة معينة بوسائل بلوغها، وهي تتضمن نظرية تربط بعض الغايات ببعض الوسائل. جون إيدن: هي الأفعال التي تقوم بها الحكومة وتسعى بوعي من أجل تحقيق أهداف معينة ومن أجل تحسين رفاهية السكان.

3. السياسة الاجتماعية بمعنى القوانين والتشريعات الاجتماعية: إحدى وثائق الثورة الفرنسية يوم 16 أغسطس 1789: يولد الناس وبيقون أحرارا متساوين في الحقوق ولا يمكن للفوارق الاجتماعية أن تبني إلا على المنفعة العامة.

قانون الفقر الذي صدر في بريطانيا 1834م، من أهم التشريعات الاجتماعية والأسس النظرية والتنفيذية للسياسة الاجتماعية، وبعده الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948م، والإعلان الأوربي.

بيتر تونسنند: السياسة الاجتماعية تعكس قوانين وتشريعات إجتماعية لتحقيق برامج إصلاحية وخدمات إجتماعية ضرورية، أما تيتوموس فعرفها على أنها الأفعال والتشريعات التي تقوم بها الحكومة من أجل تحسين رفاهية السكان المدنيين.

4. السياسة الاجتماعية بمعنى الرعاية الاجتماعية: كثيرا ما يستخدم مفهوم السياسة الاجتماعية بمعنى ضيق ومبتور، وهو كل ما يشمل برامج ومشروعات وخدمات الرعاية الاجتماعية فقط.

عرفت منظمة العمل الدولية: السياسة الاجتماعية بأنها تعني الرعاية الاجتماعية أثناء فترات المرض والبطالة والشيخوخة.

مارشال وتونسنند: السياسة الاجتماعية تهتم بالإدارة العامة لخدمات الرعاية الاجتماعية وتطوير تلك الإدارة وتوجيه خدماتها التي تقوم بها الدولة أو السلطات المحلية ممثلة في الخدمات الصحية، والتعليم، والتأمينات الاجتماعية، ومعالجة مشكلات إجتماعية معينة، وتحقيق الأهداف والغايات العامة لسياسات الرعاية.

دونالد شامبرز: الرعاية الاجتماعية تساعد على زيادة روابط الولاء الإجتماعي والانتماء وبالتالي الإتجاه للمشاركة الفعالة في كل برامج ومشروعات السياسة الاجتماعية، ما يؤدي لتحقيق المزيد من أهدافها.

5. السياسة الاجتماعية بمعنى الرفاهية الاجتماعية: تجدر الإشارة هنا إلى أن هناك ما يسمى بدولة الرفاهية، وعالم الرفاهية، ومجتمع الرفاهية.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> حسين أنور جمعة، المرجع نفسه، ص25، 31.

هربرت سبنسر: هو أول من لفت الأنظار إلى إرتباط السياسة الاجتماعية بتحقيق الرفاهية الاجتماعية عن طريق تدخل الحكومة والدولة في إيجاد التدابير الخاصة بالرفاهية الاجتماعية، بواسطة الشخصية الحسنة والشخصية القومية.

إميل دور كايم: جعل الرفاهية الاجتماعية جزءاً رئيسياً من السياسة الاجتماعية.

المادة (25) من المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان: لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية، وكذلك الخدمات اللازمة. والحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والشيخوخة، وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

فيرنس وتيلتون 1977: يقول أن جميع الدول تأخذ بسياسة التدخل لبلوغ أهداف مختلفة من الرفاهية الاجتماعية وغيرها، وقد إستخلصنا ثلاثة أشكال مختلفة للتدخل:

1. الدولة الإيجابية.

2. دولة الأمن الاجتماعي.

3. دولة الرفاهية الاجتماعية.

أنتوني جينز 1994: أخرى بنا اليوم أن نتحدث عن الرفاهية الإيجابية التي يسهم فيها الأفراد والادارات، وأن تكون الرفاهية أداة لخلق الثروات. وذلك تأكيداً على جعل أهداف السياسة الاجتماعية أوسع وأشمل في تحقيق بعض الرفاهية الاجتماعية لكل الفئات خاصة المهمشة.

محمد أحمد بيومي وإسماعيل سعد: السياسة الاجتماعية هي التي تمهياً وتوجه بمقتضاها على نحو مباشر سبل الرفاهية في المجتمع.

6. السياسة الاجتماعية والإيديولوجية: فلكل مجتمع سياسته الاجتماعية النابعة من إيديولوجيته الخاصة التي يعمل في إطارها، وقد شاع الفهم لعملية التخطيط للسياسات الاجتماعية في أعقاب 1917، وإن كانت السياسة الاجتماعية ترتبط بالإيديولوجية السائدة بالمجتمع فإننا نستطيع أن نفرق بين الإيديولوجية الإشتراكية النابعة من الإتجاه الماركسي وإيديولوجية النظام الرأسمالي، وهو ما يطلق عليه الإتجاه الوظيفي.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> حسين أنور جمعة، المرجع نفسه، ص 33، 34.

السياسة الاجتماعية: هي خطة حكومية نتيجة محاولات بذلت لدراسة الموقف وتقدير المستقبل وتحديد الاتجاهات لتلاقي متاعب متوقعة، أو التحكم في مواقف معينة، حتى يمكن تحقيق زيادة حقيقية محسوسة في معدل رفاهية المجتمع.<sup>34</sup> ريتشارد تيمس (Richard Titmuss).

حسب منظمة العمل الدولية (International Labour Organization) السياسة الاجتماعية هي كل ما يشير للأمن الاجتماعي، ووضع الأساليب اللازمة للحفاظ على الدخل الفردي أثناء فترات المرض، البطالة، الشيخوخة، الخلافات الأسرية، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة.<sup>35</sup>

كما تعرف أنها ميدان العمل الاجتماعي وحل المشكلات.<sup>36</sup> ميردان ودينسور (merdan & densor)

السياسة الاجتماعية: هي اتجاهات منظمة ملزمة لتحقيق أهداف اجتماعية، تتضمن توضيح المجالات والأساليب المناسبة للعمل الاجتماعي. (توماس اليوت)

السياسة الاجتماعية: تلك الأنشطة والمبادئ الخاصة بمجتمع ما، التي تحدد طريقة تدخل العلاقة بين الأفراد وتنظيمهم، الجماعات، المجتمعات المحلية، والمؤسسات الاجتماعية.<sup>37</sup>

السياسات الاجتماعية: هي الفلسفة التكافلية التي تحت الحكومة على تنفيذ سياسات تخدم المجتمع وتوفر له قدرا من الحماية ضد الفقر والبطالة والمرض.<sup>38</sup> (Ingram and Mann 1980)

السياسة الاجتماعية: هي القواعد والاتجاهات العامة المستمدة من فلسفة الإصلاح في المجتمع، والتي يجب مراعاتها عند إختيار ميادين العمل والمشكلات وأسلوب العمل الاجتماعي. (الدكتور عبد المنعم شوقي)

مما تقدم يمكننا أن نقوم الآن بتعريف للسياسة الاجتماعية على أنها مجموعة القرارات الصادرة من السلطات المختصة في المجتمع لتحقيق أهدافه الاجتماعية العامة. هذا وتوضح هذه القرارات مجالات الرعاية الاجتماعية والاتجاهات الملزمة وأسلوب العمل وأهدافه في نطاق إيديولوجية المجتمع ويتم تنفيذ هذه السياسة

<sup>34</sup> سهام القبندي، مرجع سابق، ص 6.

<sup>35</sup> مصطفى عبد العظيم فرماوي، مرجع سابق، ص 12.

<sup>36</sup> أحمد محي خلف صقر، التخطيط والسياسة الاجتماعية. المفاهيم والاطر والآليات، مرجع سابق، ص 115.

<sup>37</sup> عبد العزيز عبد الله الدخيل، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، عمان للنشر، الطبعة 2012، ص 177.

<sup>38</sup> عبد الفتاح ياغي، السياسة العامة، النظرية والتطبيق، الطبعة 2009، ص 131.

برسم خطة أو أكثر تحوي عددا من البرامج ومجموعة من المشروعات الاجتماعية المترابطة والمتكاملة، ويتضح من التعريف السابق بعض المبادئ الرئيسية:

1. أن السياسة الاجتماعية هي مجموعة قرارات تصدرها هيئات وأجهزة متخصصة.
2. تتضمن السياسة الاجتماعية مجالات الرعاية الاجتماعية وميادينها. كما تتضمن الاتجاهات والمبادئ والقيم وأسلوب العمل الذي يجب إتباعه في إعداد وتنفيذ البرامج والمشروعات.
3. إن السياسة الاجتماعية يمكن أن تكون قومية محلية أو حكومية وأهلية.
4. يجب أن تكون السياسة الاجتماعية شاملة وواضحة ومترابطة.<sup>39</sup>

**العلاقة بين السياسة الاجتماعية والخطة:** يمكن القول بأن هناك إرتباط وثيق بين السياسة والخطة داخل المجتمع ونستطيع أن نحدد العلاقة بين السياسة والخطة في الآتي:

1. ان السياسة والخطة هما نتاج للعمليات التخطيطية التي تتضمن وتقرر الموقف والدراسة.
  2. ان السياسة دائما اعرض خطوطا وأوسع مدى من الخطة.
  3. تعتبر السياسة الاجتماعية الدليل والإطار العام الذي تنطلق منه خطط التنمية.
  4. أهداف السياسة الاجتماعية بعيدة المدى تحتاج إلى وقت طويل لإنجازها.
  5. أن الخطة لها أغراض تسعى لتحقيق جزء من الأهداف العامة للسياسة الاجتماعية ومن الواضح أن السياسة والخطة تسيران في عملية واحدة تتضمن عدة مراحل وصولا إلى تنمية المجتمع.
- العلاقة بين السياسة الاجتماعية وسياسة الرعاية الاجتماعية:** وقد أوضح رونالد دير الخلط المثار بين مفاهيم السياسة الاجتماعية وسياسة الرعاية الاجتماعية كالتالي:

- **السياسة الاجتماعية:** تمثل المبادئ والقواعد والإجراءات المنظمة التي تؤثر في وضع مستوى معيشة الأفراد وتحقيق الرفاهية لهم.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> هشام محمود الأقدمي، السياسة الاجتماعية ودورها في التنمية الاجتماعية، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2017، ص 246.

<sup>40</sup> طلعت مصطفى السروجي و زملائه، مرجع سابق، ص 5.

■ **سياسة الرعاية الاجتماعية:** تمثل سياسة الرعاية التي تؤثر في توزيع الموارد، حيث تمثل آلية الحكومات في تحقيق التوازن في توزيع الموارد القليلة مع الحاجات غير المشبعة وضرورة تحقيق العدالة في توزيع الخدمات والموارد. ولذا فإن سياسات الرعاية الاجتماعية تمثل نسقاً فرعياً من السياسة الاجتماعية، كما يرى البعض أنها أحد فروع السياسة الاجتماعية وتتضمن التعليم، الإسكان، الصحة، التأمينات الاجتماعية، الرعاية الاجتماعية... الخ).<sup>41</sup> وبالتالي هناك صلة وترابط بين مفهوم الرعاية الاجتماعية والسياسة الاجتماعية وإن مثلت الرعاية الاجتماعية إحدى مجالات السياسة الاجتماعية.<sup>42</sup>

**العلاقة بين السياسة الاجتماعية والخدمة الاجتماعية:** الدارس لمهنة الخدمة الاجتماعية يعلم جيداً ونحن في بداية القرن الحادي والعشرين أن الخدمة الاجتماعية لم تعد مجرد خدمات مؤقتة أو عمليات مرتبطة بالإحسان لمقابلة الاحتياجات الإنسانية الأساسية، فمن هذا المنطلق تتضح العلاقة بين مهنة الخدمة الاجتماعية والسياسة الاجتماعية، وأن كل منهما يؤثر في الأخرى وتظهر العلاقة بوضوح في:

1. إتباع السياسة الاجتماعية يجب الإرتجال في وضع الخطط والبرامج.
2. السياسة الاجتماعية توضح مهنية الخدمة الاجتماعية، إتجاهات ومناهج العمل الاجتماعي.
3. تعمل الخدمة الاجتماعية في مجالات الرعاية الاجتماعية والبيئة، ولديها المعلومات والخبرات.
4. بعد إتساع نطاق المذهب الاجتماعي تتدخل الحكومة لإحداث التوازن.
5. تعمل الخدمة الاجتماعية في حدود السياسة الاجتماعية العامة وتحاول جعل المواطنين متكيفين في حدود النظم والموارد القائمة.

**التخطيط الاجتماعي:** بدءاً من النصف الثاني من القرن العشرين أصبح الإعتقاد في إمكانية تطبيق المعرفة التعامل بفاعلية مع المشكلات الاجتماعية، يلقي قبولاً واسعاً وذلك بفضل الكتابة المتابعة في الفلسفة الاجتماعية. في حين أن العلماء الاجتماعيين المحدثين لديهم القدرة على إقناع صاحب القرار بمساهماتهم القيمة التي يمكن أن يقدمونها بنجاح، وبفضل المعرفة التي يحققونها بصورة لم يحلم بها من سبقوهم. وقد إكتسب إصطلاح التخطيط الاجتماعي رواجاً واسعاً فضلاً عن المقالات الأكاديمية والكتابات التي نشرت حول موضوعه، وترافق مع ذلك تطوير المناهج التعليمية في التخطيط الاجتماعي.<sup>43</sup>

<sup>41</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، المرجع نفسه، ص 6.

<sup>42</sup> حسين أنور جمعة، مرجع سابق، ص 29.

<sup>43</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 23، 24.

## 2.1. عناصر السياسة الاجتماعية وركائزها.

### 1.2.1. عناصر السياسة الاجتماعية التي يجمع عليها المتخصصين والخبراء تتمثل في الجوانب الآتية:<sup>44</sup>

1. القرارات.

2. الايديولوجية السائدة في المجتمع.

3. الأهداف البعيدة المدى للمجتمع.

4. مجالات العمل الاجتماعي.

5. الإتجاهات الملزمة والمنظمة للعمل الاجتماعي.

يقصد بعناصر السياسة الاجتماعية تلك المكونات الجزئية التي تتداخل وتكامل بعضها مع البعض الآخر لتخرج لنا في النهاية ذلك الكل الموحد الذي نطلق عليه مسمى السياسة الاجتماعية، وتتمثل عناصر السياسة الاجتماعية التي يجمع عليها المختصين والخبراء في الجوانب التالية:

1. **القرارات:** وهي جمع قرار: وهو الإستقرار على أمر، والميل إليه وإختياره دون غيره، فيشير مفهومه الى اختيار البدائل الأرحح أو الأمثل. كذلك هو ما يستقر عليه من موقف واع لمن له حق البت في أمر ما بعد التأمل الذهني في الخيارات المتاحة<sup>45</sup>.

- يعرفه **Russo** بأنه بديل من بين البدائل، و **Bergeron** يقول على أنه عملية تسمح بالإختيار من بين عدة بدائل<sup>46</sup>. ويمتاز القرار السياسي ب:

▪ صدوره عن شخص ذي صفة سياسية او من خلال أحد أجهزة السلطة السياسية، بمعنى صدوره عن سلطة قانونية مخولة ومقبولة.

▪ **القوة الإلزامية:** أي أن يحمل في طياته قوة جبرية بالطاعة والتنفيذ.

▪ **العمومية:** بمعنى انه يمس الشؤون العامة والحاجات الجماعية.<sup>47</sup>

<sup>44</sup> محمد يوسف محمد السيد، المرجع نفسه، ص19.

<sup>45</sup> بهاء الدين مكاوي، صنع وإتخاذ القرار السياسي، الطبعة 2017، ص 8.

<sup>46</sup> طاهر حسن، إتخاذ القرار وإدارة الأزمات، الطبعة 2019، ص 2.

إتخاذ القرارات في السياسية الاجتماعية هي عملية سياسية في الدرجة الأولى، ويقوم بتلك العمليات مجموعة متعددة من الأفراد والأجهزة ذات الصلاحية والمخول لهم سلطة إتخاذ القرار وإصداره، ومن بين هذه الأجهزة رئيس الجمهورية ومجلس الوزراء، واللجان المتخصصة في مجلس الشعب ولجنة الخطة القومية وأخيراً المجالس المتخصصة. وبجانب هذه الأخيرة هناك بعض الأشخاص المسؤولين عن السياسة الاجتماعية في مجال السلطة التشريعية المتمثلة بمجلس الشعب، ورجال القضاء، وكذلك المستشارين ذوي التخصص والخبرة الذين يهتمون بدراسة الحاجات والموارد والإمكانيات وكيفية تحقيقها عن طريق السياسة الاجتماعية.<sup>48</sup>

**2. الإيديولوجية السائدة في المجتمع:** أصول المصطلح واضحة، فقد صك أنطوان دستودوتراسي 1784-1836م، كلمة إيديولوجيا أثناء الثورة الفرنسية وأستخدم لأول مرة علانية في عام 1796. وتشير الإيديولوجيا عند دو تراسي إلى \*علم الأفكار الجديد\*، أي علم - الفكرة (idea-ology)<sup>49</sup>

والإيديولوجية هي التي ترسم الحدود للعلماء، وتجعلهم يتجهون نحو دراسة جوانب معينة من الواقع الاجتماعي دون غيرها، وهي أفكار مذهبية يعتنقها الغالبية العظمى من المجتمع، وهي الفلسفة الموجهة لسلوك المجتمع بطبقاته كافة، وهي خليط من الذات الثقافي والاجتماعي والحضاري والآداب العامة المتفاعلة معاً لشعب من الشعوب.<sup>50</sup>

**3. الأهداف البعيدة المدى للمجتمع:** والأهداف هي الغايات المطلوب تحقيقها حتى يتمتع أفراد المجتمع بالرعاية، ومن بين الأهداف العامة التي تسعى الدول إلى تحقيقها، توفير مظلة من التأمينات تشمل جميع الأفراد مثل توفير فرص التعليم لكل المواطنين، وتوفير الرعاية الصحية وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص وتوفير كافة برامج الرعاية للأطفال والشباب والفئات الخاصة وغيرها.

**4. مجالات العمل الاجتماعي:** تحدد السياسة الاجتماعية مجالات العمل الاجتماعي، ويمكن توضيحها كالتالي بالنسبة لفئات الرعاية حيث يجب التركيز أولاً على الطفولة بوصفها صانعة المستقبل، يليها الشباب ثم العمال المنتجون وأخيراً المسنون، أما فيما يتصل بالقطاعات فيجب أن تكون المفاضلة بينهما على أساس

<sup>47</sup> بهاء الدين مكاوي، القرار السياسي ماهيته، صناعته، إتخاذه، تحدياته، الطبعة 2017، ص 10، 11.

<sup>48</sup> هشام محمود الأقدامي، مرجع سابق، ص 18.

<sup>49</sup> محمد صفار، مدخل الى الإيديولوجيا السياسية، القاهرة للنشر، الطبعة الأولى 2012، ص 15.

<sup>50</sup> هشام محمود الأقدامي، مرجع سابق، ص 19.

مدى الإحتياج ويمكن تحديدها كالتالي: المجتمع الحضري، المجتمع المتخلف، المجتمع الريفي، المجتمع المستحدث والمجتمع الصحراوي. وإن يكن التركيز على نفس الدرجة للمجال التنموي والوقائي والعلاجي.

### 5. الإتجاهات الملزمة والمنظمة للعمل الاجتماعي: ونقصد بها القواعد والمبادئ التي تحدد أبعاد

العمل ومستواه، وتحدد أهم الإتجاهات العامة في مجتمعنا في الديمقراطية في إصدار القرار والتفكير الجماعي ومنع إحتكار القيادة وتوفير نوع من الرقابة والتصدي للمشكلات المختلفة والعدالة في تكافؤ الفرص في كافة المجالات، وتذويب الفوارق بين الطبقات وتحقيق المساواة بين المواطنين جميعهم.<sup>51</sup>

1.2.2. ركائز السياسة الاجتماعية: تركز السياسة الاجتماعية على دعائم ثابتة ومعروفة، وهذه الدعائم هي الأسس والقواعد التي تقوم عليها هذه السياسة وهي المنابع التي تستمد منها كيانها أو المناهج التي تحدد قوامها،<sup>52</sup> وتصنع في ضوئها السياسة الاجتماعية في المجتمع، وتحدد مجالاتها وأهدافها العامة. كذلك تعرف على أنها المنابع التي تستخدمها السياسة الاجتماعية لتحديد في ضوئها أهدافها العامة وإتجاهاتها والآليات التي على أساسها يتم تحقيق تلك الأهداف.

1. الشرائع السماوية: عن القيم والإتجاهات والمبادئ النابعة من الأديان السماوية في حد ذاتها ليست مجموعة العبادات والشعائر فقط، بل إنها تتجاوز الشعائر إلى تنظيم علاقة الإنسان بالآخرين وعلاقة الإنسان بالحياة الاجتماعية ككل، وأيضا علاقة الإنسان بما بعد الموت، ومن هنا فهي تمثل طابعا للتصرف والسلوك وأهم ما فيها أنها لا تصطدم بواقع الحياة حتى في ثوبها المعاصر، والحضارة الإنسانية رغم تقدمها إلا أنه من إعجاز الأديان مثل الدين الإسلامي المتكامل خاصة، نجد أنه ما من آية في القرآن الكريم أو الحديث أو سنة نبوية إلا ووجد العلم مبررا وتفسيرا حضريا لها رغم مضي عشرات القرون على نزول ذلك الدين من السماء، وذلك الأمر لا يقتصر على الدين الإسلامي فحسب بل الدين المسيحي وتعليم الشريعة المرسومة تأتي جميعها بثروة ذات أهداف إجتماعية تقدمية، ويمكن للدارس المتخصص الإجتماعي أن يجد كثيرا من المضامين الإجتماعية في تحديد الدين الإسلامي على سبيل المثال، وإذا ما كان حولنا في عجلة سريعة علينا أن نحدد المضمون الإجتماعي للدين الإسلامي من جهة تأثيره في السياسة الإجتماعية في المجتمع ونستطيع أن نجد ما يلي:

<sup>51</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص18.

<sup>52</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص21.

2. يتمثل في الإسلام التنظيم الاجتماعي المتكامل للمجتمع وفيه نجد تحديدا واضحا لعلاقة الناس وتفاعلهم بل وتنميط العلاقات الاجتماعية، فالدين يدعو إلى نبذ الإستغلال وإقامة العدالة في المجتمع وحث الناس على التماسك والتعاون الاجتماعي.

3. حددت قواعد التشريع السماوية أحكام تنظيمية للعلاقات الاجتماعية والإنسانية وأهم مافيها: واجبات الدولة نحو مواطنيها، وواجبات المواطن نحو مجتمعه كما نظمت المعاملات الإنسانية.

3.1. يمد الإسلام السياسة الاجتماعية بالقواعد والإتجاهات فهو يدعو إلى مساعدة الضعفاء (الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، كما يتضمن الكثير من قواعد التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي).

3.2. يركز الدين الإسلامي على مفاهيم الرعاية الاجتماعية ويحدد إتجاهات السياسة الاجتماعية في مسؤولية الدولة، وتنظيم الإحسان وبث المال وفعل الخير بإعتبار أنها مصادر تمويل الرعاية الاجتماعية للإنفاق منها على المحتاجين والضعفاء، وهناك العديد من النصوص القرآنية والأحاديث النبوية الدالة على ذلك، ومن هذا نستطيع أن نخلص إلى القول بأن الشرائع السماوية تتضمن أهم ركيزة من ركائز السياسة الاجتماعية في المجتمعات المعاصرة وتحدد أهدافها وإتجاهاتها في إطار القيم الروحية والأيدولوجية النابعة من هذه الأديان.<sup>53</sup>

2. الدستور<sup>54</sup>: وهو مجموعة من القواعد التي تحدد شكل الدولة (بسيطة أم مركبة)، ونظام الحكم فيها (ملكي أم جمهوري)، وشكل الحكومة (رئاسية أم برلمانية أم شبه رئاسية)، وتبين السلطات العامة التي تباشر بها الدولة وظائفها، وإختصاص كل منها وعلاقتها ببعضها، وعلاوة على ذلك فإن الوثيقة الدستورية تبين حقوق الأفراد وحررياتهم وتصونها وتحميها من الجور والإعتداء أيا كان مصدره،<sup>55</sup> ودخلت كلمة دستور اللغة العربية من خلال اللغة التركية وهي تعني القانون والقاعدة، وهو أيضا الأساس الذي يقوم عليه التنظيم الاجتماعي والسياسي للمجتمع وهو المصدر الرئيسي للقوانين والتشريعات الاجتماعية، ولذلك فإن كل دستور في العالم يجب أن يكون معبرا عن القيم والعادات والأعراف، نابعا من الجذور التاريخية للمجتمع ومعبرا عن الآمال والتطلعات، لأن الدستور هو الوثيقة التي تحدد حقوق المواطنين وواجباتهم عن طريق تنظيم العلاقات المختلفة بين جهاز الدولة وبين المواطنين، وهذا فضلاً عن أن الدستور يجب أن يتضمن الإتجاهات

<sup>53</sup>طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص 11.

<sup>54</sup>كلمة دستور: ليست عربية بل فارسية مركبة : دست بمعنى القاعدة و ور أي صاحب، ويقصد بها في العربية التأسيس أو النظام.

<sup>55</sup> عماد الفقهي، الدستور، اسئلة وإجابات في ضوء الدساتير المقارنة، الطبعة 2012، ص 13.

والمبادئ العامة لسياسة الدولة، وبصفة عامة نجد عامة الدساتير قد تحظى في أحد الإتجاهين: الأول عندما تتجاهل قيمة المواطن الفرد، وتقسّم المواطنين إلى سادة وعبيد فيصبح المجتمع شبيهاً بمجتمعات العصور الوسطى الإقطاعية، أما الإتجاه الثاني: فعندما تبالغ الدساتير في قيمة الحياة الفردية للوطن، وتحمل مصلحة الوطن كمجتمع واحد.

**3. المواثيق العالمية والقومية:** وهي المعاهدات والإتفاقيات والبرتوكولات التي تعقد بين أكثر من دولتين وتهدف إلى حشد الجهود الدولية لمعالجة بعض القضايا أو المشكلات، التي تؤثر على دول العالم ويكون لأي دولة حق الإنضمام إليها دون أن يتوقف ذلك على موافقة الدولة التي سبقتها في التوقيع عليها. وهناك العديد من المواثيق العالمية التي صادقت عليها أغلب دول العالم، ومن أهم المواثيق الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948م الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة الذي ركز على حقوق الأفراد من الحرية والكرامة وعدم التمييز والحق في التعليم وحرية الرأي والتعبير في الجمعيات ومستوى كافي من المعيشة... الخ، والإعلان العالمي لحقوق الطفل عام 1956م.

**4. التشريعات والقوانين المحلية:** هي القاعدة التي يقيس عليها المجتمع شؤون حياته وأساليب إستمرارية المجتمع، ويساهم في تحقيق العدالة وزيادة معدلات الرخاء الإجتماعي ومواجهة الثغرات والمحركات وتحديد آليات التنفيذ، وهي أكثر مرونة تتغير مع أي تغييرات تطرأ في المجتمع، وتشمل القوانين الرسمية والقرارات الوزارية وتميز التشريعات والقوانين المرتبطة بالسياسة الاجتماعية في المجتمع في إتجاهين هما: التشريعات ذات الطابع السياسي والإقتصادي، وهذه التشريعات تهدف لإشاعة العدالة والإعتراف من جانب الدولة بحقوق إجتماعية للأفراد، وتذويب الفوارق بين الطبقات في الملكيات والدخول وعدالة توزيع الثروة القومية ومختلف الخدمات التي تقدمها الدولة، والتشريعات الاجتماعية تعتبر بمثابة قواعد تشريعية تصدر من السلطة المختصة لتقرير الحقوق الاجتماعية للأفراد ومن أمثلتها قانون التأمين الإجتماعي قانون الضمان وغيرها.

**5. التراث<sup>56</sup> الثقافي:** يربط الماضي بالحاضر والمستقبل نظراً لشموله على أشياء ورثت عن الماضي وتعتبر ذات قيمة وأهمية اليوم ويجب الأفراد والمجتمعات نقلها إلى الاجيال المقبلة<sup>57</sup>. مما لاشك فيه أن لكل مجتمع من

<sup>56</sup>التراث المادي كالمواقع، الهياكل والمخلفات ذات القيمة الأثرية أو التاريخية أو الدينية أو الثقافية أو الجمالية. أما التراث غير المادي فمثل التقاليد والعادات، الممارسات والمعتقدات الجمالية والروحية، واللغات الدارجة وأشكال التعبير الفنية، والفولكلور. والتراث الطبيعي مثل المحميات الطبيعية وغيرها من مناطق التنوع البيولوجي المحمي والمتزهات التاريخية والمناظر الطبيعية الثقافية.

<sup>57</sup>فريدة شهيد، تقرير في ميدان الحقوق الثقافية، الجمعية العامة للأمم المتحدة، 21 مارس 2011، ص 4.

المجتمعات أو كل دولة لها ثقافة معينة تؤثر في تحديد سياستها الاجتماعية من خلال التاريخ الثقافي و الإقتصادي لها وأنظمتها السياسية والاجتماعية والثقافية، وكذلك المناخ الذي يعيش فيه الإنسان حيث أن لكل مجتمع أو دولة تراث ثقافي يحدد أو يساهم في تحديد السياسة الاجتماعية التي يرسمها أو ترسمها الدولة لتحقيق الرفاهية والرعاية الاجتماعية لأفرادها.<sup>58</sup>

### 3.1. أهمية السياسة الاجتماعية وأهدافها.

#### 1.3.1. أهمية السياسة الاجتماعية:

تتضح أهمية تحديد السياسة الاجتماعية في النقاط التالية:

1. تحديد أهداف إستراتيجية بعيدة المدى يسعى المجتمع لتحقيقها.
2. تجنب الوقوع في أخطاء نتيجة حدوث التغير الاجتماعي التلقائي العشوائي غير المخطط له أو نتيجة الإرتجال في وضع خطط متناقضة متضاربة لم توضع على أسس فنية سليمة، أو نتيجة الإعتماد على الإجتهدات الشخصية وتجاهل رأي الفنين والمختصين .
3. يتحقق بواسطة السياسة الاجتماعية نوع من التنسيق والتكامل لمشكلات المجتمع من ناحية، وبين إمكانيات وموارد المجتمع البشرية والمادية من ناحية أخرى.
4. توضح مجالات العمل وإتجاهاته وأسلوبه بين القائمين على أمور التخطيط والتنفيذ.
5. تمثل مستوى من التنسيق الفكري والذهني بين مختلف البرامج والجهود الاجتماعية بالرغم من إختلاف الأجهزة القائمة على تنفيذها وهي تضع أساسا واضحا لعلاقات هذه الأجهزة والبرامج حتى يسهل معه وضع التنظيمات التنسيقية فيما بينها.
6. تعاون المخططين في تحديد الأولويات عند وضع الخطط الاجتماعية للتنفيذ.
7. توضح الأسس التقييمية للبرامج والخطط.
8. تعطي المعاني الانسانية للجهود التنفيذية، فهي تربط بين الفلسفة والمبادئ الأخلاقية والقيم، وبين الجهود التنفيذية القائمة على الأسس العلمية، مما يحول دون حدوث أي فجوة في المجتمع لتباعد الجهود التنفيذية العلمية عن القيم والمبادئ الأخلاقية.<sup>59</sup>
9. يساهم تحديد السياسة الاجتماعية في تنظيم العلاقات المتبادلة بين أنساق المجتمع القائمة.
10. عن طريق السياسة الاجتماعية يمكن إشباع أقصى قدر من إحتياجات الأفراد في المجتمع.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص 13.

<sup>59</sup> سهام القبدي، مرجع سابق، ص 6.

<sup>60</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 21.

### 2.3.1. أهداف السياسة الاجتماعية:

الاهداف هي نقطة النهاية التي يتم العمل للوصول إليها، فالهدف هو غاية أو مقصد يتم حشد ورصد الموارد لتحقيقه، بمعنى ما تسعى الدولة لتحقيقه في المستقبل.<sup>61</sup> فيرى مارشال أن هدف السياسة الاجتماعية هو رفع مستوى معيشة الساكنة، ويؤكد فريمان وشيروود على هدفين ألا وهما:

- تحسين الظروف العامة للمجتمع.
- تقليل الانحراف والتفكك الأسري قدر الإمكان.<sup>62</sup>

ضف إلى ذلك أن عملية تحديد أهداف السياسة الاجتماعية تتم عن طريق تحديد التشريعات التي تمكننا من إعداد البرامج وتحديد التاريخ التشريعي، وتحديد مصادر التمويل اللازم لتحقيق الرفاهية الاجتماعية لأفراد المجتمع، وتسعى السياسة الاجتماعية في أغلب المجتمعات إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تنمية الموارد البشرية والمساهمة في التوزيع المناسب لها، من خلال تحقيق العدالة في توزيع الموارد والخدمات بين الأفراد، الأسر والمجتمعات والمشاركة في عملية التنمية من خلال المشاركة الفعالة في بناء الإنسان والارتقاء بمستواه وتحقيق مصالحه.
2. تحقيق الرفاهية الاجتماعية فئويًا ومجتمعيًا بما يساهم في تحسين نوعية الحياة لأفراد المجتمع، وتقديم الخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية والجهود الضرورية الأخرى.
3. تلبية الحاجة الأساسية والاجتماعية وذلك من أجل تدعيم الشعور بالانتماء والتضامن الاجتماعي والمواطنة، وتقليل الفوارق الاجتماعية وتحقيق الرفاهية الاجتماعية.
4. تحقيق أقصى مستويات التعاون بين كافة أجهزة التخطيط للرعاية الاجتماعية، والتخطيط لتنمية المجتمع.<sup>63</sup>
5. التخفيف من حدة الفقر والمشكلات الناجمة عن سوء توزيع الدخل.
6. معالجة مشكلة التشرد في الشوارع وإنحراف الأحداث، وزيادة معدلات إرتكاب الجريمة.<sup>64</sup>

<sup>61</sup>ليمام سالمة وآخرون، مرجع سابق، ص 25.

<sup>62</sup> مصطفى عبد العظيم فرماوي، مرجع سابق، ص 13.

<sup>63</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص 14.

<sup>64</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 21.

7. وهناك أهداف إستراتيجية بعيدة، كتحقيق نوع من التوازن والتكامل بين مختلف المستويات الإقليمية القومية والمحلية، فيما يخص الخطط والبرامج التنموية إقتصاديا وإجتماعيا.<sup>65</sup>

#### 1.4.1. مداخل السياسة الاجتماعية، وظائفها واستراتيجياتها.

1.4.1.1. مداخل السياسة الاجتماعية: ترتبط مداخل السياسة الاجتماعية إرتباطاً مباشراً بنماذج الرعاية الاجتماعية في المجتمع حيث يوضح نموذج الرعاية الأهداف والوظائف والبناءات التنظيمية التي تعمل على مقابلة الحاجات ومواجهة المشكلات، وبالتالي تحديد مداخل السياسة الاجتماعية التي تساعد على تحقيق ذلك، وتعددت مداخل السياسة الاجتماعية في دول العالم مع تباين الأيديولوجيات والنظم السياسية وظروفها الاجتماعية، الإقتصادية والسياسية، ووصفتها مارتن راين طبقاً لوظائف وأغراض السياسة الاجتماعية في المداخل التالية:

1. **مدخل المساندة:** وتهدف السياسة الاجتماعية كنظام إلى المساندة لتحقيق الإستقرار للنظم الأخرى في المجتمع، عن طريق مساعدتها على تحقيق وظائفها وسد الثغرات الناتجة عن عدم الإستقرار، ومن ثم يكون التركيز على الحاجات الملحة والفئات الأكثر إحتياجاً باعتبارها وسيلة لمواجهة الآثار السلبية لنظام السوق.
2. **مدخل المساعدة:** تهدف السياسة الاجتماعية لتقديم المساعدات والخدمات للفئات الضعيفة في المجتمع، ودور الرعاية الاجتماعية كنظام يساعد ويكمل الأنظمة في المجتمع لتحقيق الإستقرار والتوازن.
3. **مدخل الإعتماد المتبادل:** توضع السياسة الاجتماعية لتحقيق خدمات متبادلة بينها وبين السياسات الأخرى، وإن نظام الرعاية الاجتماعية يؤثر ويتأثر بالأنظمة الأخرى في المجتمع ويوجد إعتقاداً متبادلاً بين أنظمة المجتمع.

4. **مدخل الضبط والإستقرار الإجتماعي:** تعد السياسة الاجتماعية وسيلة للضبط والإستقرار الإجتماعي في المجتمع، عن طريق التركيز على الخدمات المقدمة للعاطلين والمحرومين وغيرهم للتخلص من السلوك السلبي حتى لا يشكل عبئاً على تحقيق الإستقرار والحد من الإضطرابات في المجتمع.<sup>66</sup>

1.4.1.2. **وظائف السياسة الاجتماعية:** تتعدد الوظائف التي تحققها السياسة الاجتماعية في تحقيق التنمية الشاملة في المجتمع، ويمكن تحديدها في الوظائف التالية.<sup>67</sup>

<sup>65</sup>سهام القبندي، مرجع سابق، ص 6.

<sup>66</sup>طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص 15.

<sup>67</sup>محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 17.

1. **الوظيفة التنموية:** تعطي مكانة متميزة لدور الإنسان في التنمية، وتنطوي هذه الوظيفة على دعم الأسرة وتقويتها وضمان إعداد المواطنين وتقوم بدور المشاركة والتكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، كما تتجه هذه الوظيفة نحو الأبعاد الثقافية والاجتماعية لرفع مستواها لدى المواطنين.

2. **الوظيفة الوقائية:** وهي تتجه نحو الفئات التي يمكن أن تكون عرضة للتأثير السلبي في المستقبل المتطور من عملية التنمية، وما يصاحبها من تصنيع وتحضر وهجر وتغير قيمي أي أنها تعمل على مواجهة حدوث تداعيات سلبية للتعامل معها سلفاً وليس قبل وقوعها.

3. **الوظيفة العلاجية:** وهي تتجه بصفة خاصة إلى بعض الفئات المحرومة التي يطلق عليها فيما بعد الجماعات الهامشية كالأطفال المهملين وكبار السن، والذين لا مآوى لهم ويدخل في إطار هذه الوظيفة دعم الخدمات الصحية والتعليمية لهم وتوفير المآوى ورفع مستوى الخدمات العامة الأخرى التي يحتاجونها.

4. **الوظيفة الإندماجية:** والتي إعتبرتها المنظمة الدولية للأمم المتحدة نقلة أساسية في سياسة الرفاهية، والتي تتطلب إعادة توجيه الموارد والبرامج والأشخاص بحيث يتحقق الدمج والتكامل لجميع قطاعات المجتمع في التنمية القومية الشاملة.<sup>68</sup>

3.4.1 **إستراتيجيات السياسة الاجتماعية:** وأستخدم لفظ الإستراتيجية منذ عدة قرون في العمليات الحربية، وهي كلمة يونانية مشتقة من كلمة "استراتيجوس" وتعني فن القيادة<sup>69</sup>، وتصنف إستراتيجيات السياسة الاجتماعية إلى:

1. **إستراتيجيات غير مهنية:** وتستخدم مع المواطنين الذين يمارسون العمل، وخاصة من هم أكثر احتياجاً للخدمة الأساسية مثل: تصنيف رينوريتو إلى إستراتيجيات تعبيرية وأخرى عدوانية.

2. **إستراتيجيات مهنية:** يضعها الأخصائي الاجتماعي ويمارس على حسب تقديره للموقف الذي يتعامل معه.

3. **إستراتيجيات منح القوة للناس:** إن الهدف من هذه الإستراتيجية منح القوة للناس وربطها بممارسة الخدمة الاجتماعية، وترتبط إستراتيجية منح القوة بالممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الأسر والجماعات والمجتمعات المحلية والأنساق السياسية ولذا فإن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون إلى تقدير القوة لدى الناس

<sup>68</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص 16.

<sup>69</sup> رضا جمال، مبادئ في الإدارة والإدارة الإستراتيجية، دار خالد للنشر، الطبعة 2016، ص 25.

الذين يفتقرون إليها، وترتبط أيضاً إستراتيجية منح القوة بالتنمية الاجتماعية والإقتصادية والسياسية لمواجهة المشكلات الاجتماعية.<sup>70</sup>

4. إستراتيجيات بناء القدرات للناس: إن بؤرة الإهتمام لبناء قدرات منفعة مع الإتجاه السائد للتنمية في الوقت الحاضر، فإذا لعب الناس دوراً فعالاً في أي وجه للمجتمع أو المجتمع المحلي فإنه من الواضح أنها قدرات إجتماعية سوف ترتبط ببناء القدرات للناس بالأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمنظمات المحلية والحكومية المحلية، ومنظمات المجتمع المدني وتطبق إستراتيجية بناء القدرات على كل المستويات في المجتمع المحلي.

(1) **المستوى الفردي:** ويشمل البعد الإنفعالي الجسمي - المعرفي.

(2) **مستوى الجماعة:** ومستوى المجتمع المحلي ويشمل:

✓ درجة تماسك المجتمع.

✓ الوعي بالحاجات داخل المجتمع المحلي.

✓ وجود اغراض مشتركة للمجتمع المحلي.

(3) **مستوى الأنساق:** فهي لأغراض المنظمة، وتحديد الشروط الأساسية لأداء العمل الناجح، وإدراك المعوقات المختلفة للعمل.<sup>71</sup>

إستراتيجيات الإعتماد على الذات: تهدف هذه الإستراتيجية إلى تحقيق الإعتماد على الذات، بإعتباره هدفاً مهماً لأحداث التنمية الاجتماعية بالمجتمع وتوجد إستراتيجيات للإعتماد على الذات هي:

✓ تشجيع جماعات المساعدة الذاتية من خلال التعرف على حاجاتهم وطموحاتهم.

✓ تشجيع انشاء المنظمات المحلية، من خلال بناء مجتمع مدني ذو فاعلية.

✓ تنمية المجتمع المحلي: إن هدف التنمية الأساسي يجب أن يكون الإعتماد على الذات.

5. **إستراتيجية التنمية الاجتماعية:** تقوم هذه الإستراتيجية على أساس تشجيع الأخصائي للناس في

المجتمع المحلي، على الثقة في أنفسهم وقدراتهم ويؤدون مسؤولياتهم نحو المواقف التي يمرون بها.

وتهدف إستراتيجيات السياسة الاجتماعية إلى:

1. إعطاء هدف عام للتطوير النظامي المستقبلي.

<sup>70</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص7.

<sup>71</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، مرجع سابق، ص17.

2. بناء روح الفريق وزيادة خبرته.
3. رفع مستوى سرعة الإستجابة، لتقابل إحتياجات المجتمع.
4. رفع معنويات الموظف، والإلتزام بالمهام الخاصة بالمنظمة.
5. توجيه مجهودات الدعم المالي.
6. تثقيف أصحاب الحق (عامة الشعب) عن المنظمة.
7. تحسين التعاملات والروابط العامة، وخلق صورة نظامية إيجابية.

وتتميز خصائص إستراتيجيات السياسة الاجتماعية بما يلي:

1. الافق الزمني: حيث تستخدم الإستراتيجية لوصف الأنشطة المختلفة في وقت زمني محدد.
2. التأثير: ويظهر عائد الإستراتيجية، ولا يظهر إلا على المدى الطويل.
3. الإنتشار: تتضمن الإستراتيجية عمليات تجميع المصادر والموارد التي يتم الحصول عليها بصفة مستمرة، وحاجة الإستراتيجية إلى الأنشطة المطلوبة اللازمة لنجاحها.
4. نمط القرارات: يتطلب توظيف الاستراتيجيات في معظم الأوقات سلسلة من القرارات، يدعم كل قرار القرار الآخر من خلال قرار محدد.
5. تحديد الأولويات: يوضح نمط الإستراتيجية طبقاً للحاجات أو الموارد المتغيرة.
6. يجب أن تكون الإستراتيجية مرنة: فالإستراتيجية عبارة عن خارطة طريق قد تحتوي على منعطفات ومشاكل غير مرئية أو أزمات غير متوقعة أو فرص جديدة أو تغيرات في الموارد.
7. ان تكون الإستراتيجية وسيلة لتحقيق الغاية نفسها: الإستراتيجية عبارة عن الوسيلة التي من خلالها نصل إلى القائمة المقصودة وليست الغاية نفسها.<sup>72</sup>
- 5.1. مبررات السياسة الاجتماعية ومعوقاتها.

1.5.1. المبررات الصحية: بالرغم من النجاح الملموس في خفض معدل النمو السكاني بين معظم الدول النامية، إلا أن هناك مناطق تتزايد فيها النسبة لأعلى معدلاتها خاصة في المناطق الريفية وبالتالي لا جدوى من الوسائل التقليدية، وسائل تنظيم الأسرة ومنع الحمل، بل تتطلب سياسة سكانية وإجتماعية متكاملة تنهض على الواقع الإجماعي والخصائص السكانية. والمقصود هو أن التنمية هي خير وسيلة لتنظيم الأسرة وما التنمية إلا جزء وهدف رئيسي من أهداف السياسة الاجتماعية المتكاملة. ومن المبررات الأساسية

<sup>72</sup> طلعت مصطفى السروجي وزملائه، المرجع نفسه، ص 18.

للسياسة الاجتماعية هو تحقيق الرفاهية الاجتماعية من خلال الرعاية الصحية الأولية والإنجابية، فالرفاهية الاجتماعية تنبع من الصحة الإنجابية والتنمية البشرية. فإرتفاع نسبة العنوسة بين الإناث والذكور، وما يتبع ذلك من مشكلات وقضايا إجتماعية صارخة وقاهرة لإستقرار المجتمع وتطوره، مثل اللجوء للزواج السري أحيانا وما ينتج عنه من أطفال لا يعترف بهم وبالتالي يشكلون مشكلات إجتماعية متراكمة تستلزم سياسة إجتماعية مرنة ومتكاملة للحد من إستفحال هذه المشكلات وإتاحة الفرص الاجتماعية للوقاية. كذلك إرتفاع الوفيات بين الأمهات أثناء فترات الحمل والولادة وهذا ما يستلزم سياسة إجتماعية متكاملة وشاملة. وإخفاض نسبة المستفيدين والمستفيدات من خدمات الصحة الإنجابية في الأماكن المستهدفة، وذلك نتيجة ضعف المستوى التعليمي وإخفاض الوعي الصحي والمعرفي والفقير المادي، وكل هذه المشكلات من أولويات السياسة الاجتماعية محليا وإقليميا.

**2.5.1. معوقات السياسة الاجتماعية من جانب التعليم:** إخفاض مستوى التعليم بصفة عامة وإخفاض نسبة التعليم العالي، وإرتفاع نسبة الأمية بأنواعها المختلفة، ولا شك أن الخصائص السكانية والإجتماعية المتدنية والمنخفضة تقف كحجر عثرة في سبيل تحقيق الأهداف الاجتماعية المنشودة. كما انه غالبا ما يسمح للذكور بمواصلة التعليم والعمل على الاناث.

### 3.5.1. معوقات السياسة الاجتماعية من جانب الصحة:

1. إخفاض مستوى الرعاية الصحية والتأمين الصحي لدى غالبية المواطنين وخاصة الفقراء.
2. عجز النظام الصحي الوقائي عن كيفية القضاء على مسببات كثيرة من الأمراض وضعف مستوى الخدمات الصحية عموما لدى الفقراء، ما يؤدي لتفاقم الأمراض المزمنة لديهم وبالتالي إرتفاع نسبة المرضى والعجزة.
3. ضعف فرص الإستثمار الصحي في المناطق الريفية والنائية والتي تحتاج المزيد من الإستثمارات لتقديم الخدمات الضرورية.
4. إنتشار بعض الأمراض الخطيرة في المجتمع، نتيجة للتلوث الغذائي والبيئي وهو أحد معوقات تحقيق أهداف السياسة الاجتماعية.

5. إرتفاع نسبة وفيات الأمهات وفقدان الأجنة يؤدي إلى مزيد من التدهور الصحي العام والإنفاق الاجتماعي لدى الأسر الفقيرة.<sup>73</sup>

القضايا السياسية المرتبطة بالسياسة الاجتماعية: وهناك ثلاث قضايا وموضوعات سياسية ذات إرتباط مباشر ورئيسي بالسياسة الاجتماعية: المجتمع المنشود، تنظيم الموارد، والتوزيع السلع والخدمات.

■ **المجتمع المنشود:** وهنا تطرح عدة تساؤلات تدور حول نوعية المجتمع المحلي أو المنظمة التي تنشدها، ونوعية العلاقات الاجتماعية التي يجب تحقيقها، وفي العادة فإن السياسات الاجتماعية تطابق نوعية المجتمع المنشود والمتخيل أو المتصور من جانب أعضائه على سبيل المثال، السياسات الاجتماعية في مجتمع ديمقراطي عادة ما تكون ديمقراطية.

■ **تنظيم الموارد:** وهنا تدور التساؤلات حول كيف يجب تنظيم وتركيب القوى المؤسسية بالتنظيمية والاجتماعية، وكذلك الخصوصية المتعلقة بالمجتمع المحلي، وكيف يجب إستعمال وإستخدام الموارد الطبيعية والبشرية.

■ **التوزيع للسلع والخدمات:** وهنا نحاول الاجابة على تساؤلات تدور حول ما هي الحصص من السلع والخدمات في المجتمع؟ مجتمع محلي؟ أو منظمة؟ التي يجب توزيعها على الأفراد أو الجماعات أو الطبقات الاجتماعية.

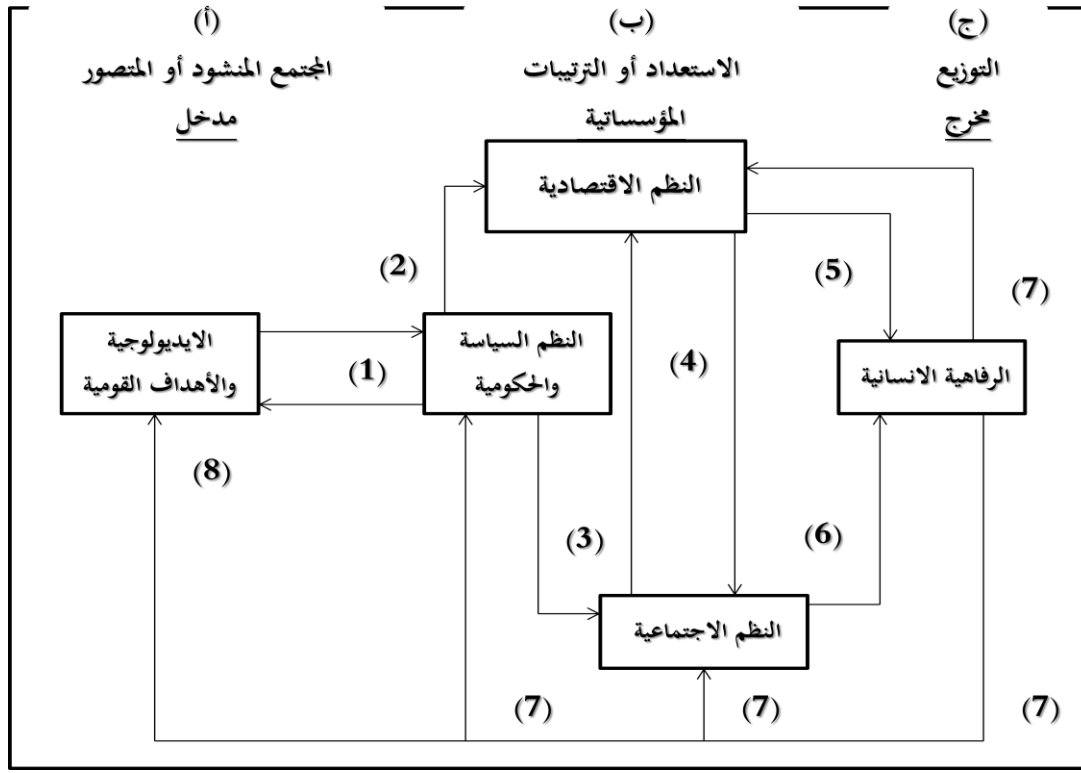
■ **الجماعات والمجتمعات المحلية والمنظمات:** تؤسس مبادئ وقواعد لتوزيع القوة والسلطة في صنع القرار والسلع والخدمات التي يجري إنتاجها.

■ **السياق المؤسس لممارسة السياسة الاجتماعية:** ويعتبر الأساس المؤسس لممارسة السياسة من الموضوعات الهامة، فالسياسة الاجتماعية تنطلق من البناء المؤسس للمجتمع حيث أن هناك ثلاث أنماط رئيسية للمؤسسات ويجري تحديدها تقليدياً:

1. المؤسسات السياسية وتشمل على الأحزاب السياسية، والنظام الانتاجي.
2. المؤسسات الاقتصادية وتشمل مثلاً على السوق والإنتاج.
3. المؤسسات الاجتماعية وتشمل مثلاً على الأسرة، والنظام التعليمي والديانات.<sup>74</sup>

<sup>73</sup> حسين أنور جمعة، مرجع سابق، ص 93، 94، 95، 101.

شكل (02): يمثل نموذج السياق المؤسسي للسياسة الاجتماعية.<sup>75</sup>



2. طرق ومناهج تحليل السياسة: إنّ السياسة تعطي نظاما واسعا من المهارات والأدوات والتي تنبثق من الأسس العلمية المتنوعة وكافة طرق البحث العلمي الإجتماعي تقريبا، تستخدم الوصف والتفسير وتحليل سياسات الرعاية الإجتماعية وسوف نستعرض هنا معظم المناهج البارزة في تحليل السياسة لوصف وتحليل ومقارنة السياسات .

1. تقدير الحاجات: إنّ السياسات الإجتماعية تستهدف مواجهة مشكلات في المقام الأول وتستهدف مواجهة مشكلات محسوسة أو مدركة أو التقدير العائد من جهود تحسيه.

2. تحليل التكلفة والفائدة: حيث جرى تطهيره بصورة كبيرة من جانب الإقتصاديين، ويعتبر مدخلا يحاول إيجاد العلاقة بين التكاليف المباشرة والغير مباشرة.

3. تحليل الفعالية - التكلفة: حيث يبحث في تكاليف سياسات مختلفة في تخفيف نتائج مرغوبة لسياسة بدون معرفة التكلفة السياسية والقيمة المالية للفوائد ودراسة العائد يمكنها أن توثق الفعالية المقارنة لبدائل مختلفة للسياسة حيث أنّه يستخدم لتصاميم البحث التجريبي.<sup>76</sup>

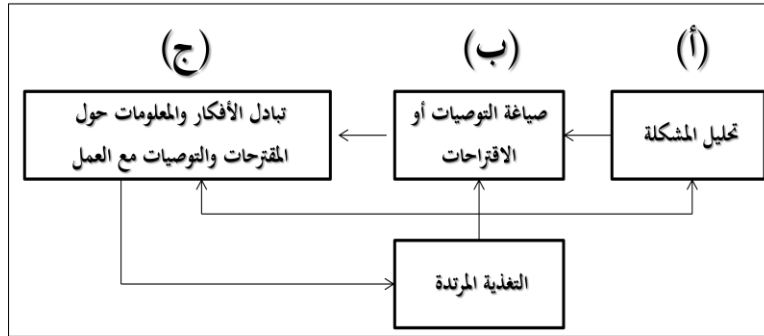
<sup>74</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 11.

<sup>75</sup> محمد محمود المهدي، ممارسة السياسة الاجتماعية ودورها في التخطيط والتنمية، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2001، ص 41.

<sup>76</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سابق، ص 6.

4. دراسات الحالة: العديد من دراسات السياسة الاجتماعية يمكن إعتبارها دراسات حالة أو كدراسات حالة مقارنة، ودراسات الحالة تنطوي على وصف منهجي وتفصيلي وتحليلي للمعلومات.
5. التحليل البعدي: طريقه كمية كلية وتلخيص النتائج المتعلقة بمخرجات البحث، وذلك بالأحرى عن إيجاد طريقة لجمع معلومات جديدة.<sup>77</sup>

شكل (03): يمثل اطوار صياغة - تحليل سياسة.<sup>78</sup>



1.2. أبعاد السياسة الاجتماعية: تغير مفهوم السياسة الاجتماعية على مر السنين فقد إنتقلت السياسة الاجتماعية من أهدافها الجوهرية المتمثلة بحماية السكان من طوارئ الحياة كالمرض والشيخوخة والإصابة والبطالة، إلى قطاعات أخرى من السياسة العامة، بما في ذلك الصحة والتعليم والعمل. وإمتدت لتشمل قطاعات مثل المياه والبيئة والحكم السليم وتغير هدف السياسة الاجتماعية من التحرر من المخاطر إلي حرية العيش حياة صحية هادفة، فتوزيع الدخل والأمن الإجتماعي إنما هما من العوامل التي تشكل الفرص وتحدد أفاق المساواة في المجتمع، أما قدرة الناس على عيش الحياة التي يختارونها فتحددها مجموعة أوسع من الموارد، إذن فالتنمية حرية.<sup>79</sup>

هناك خمسة انواع من الحريات الأساسية يكمل أحدهما الآخر، وتحدد قدرة الفرد على العيش بحرية أكبر وهي كما يلي:

1. الحرية السياسية (الحقوق المدنية).
2. المرافق الاقتصادية (الإنتاج والإستهلاك) .
3. الفرص الاجتماعية (التعليم والصحة) .

<sup>77</sup> محمد يوسف محمد السيد، المرجع نفسه، ص 6، 7.

<sup>78</sup> محمد محمود المهدي، مرجع سابق، ص 40.

<sup>79</sup> التقرير الثالث للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإسكوا\* الأمم المتحدة، ص8.

4. ضمانات الشفافية (الثقة والانتاج).

5. الأمن الوقائي ( شبكة الأمان الاجتماعي).

والجدير بالملاحظة أن نظرة الإقتصاديين إلى السياسة الاجتماعية قد تغيرت، فعلى النقيض من النظرة التقليدية التي تعتبر السياسة الاجتماعية عامل تكلفة، تعتبرها وجهة النظر البديلة إستثمارا في البشر ومن المتوقع أن تزداد أهمية هذا الإستثمار إذ تصبح الإقتصاديات الحديثة قائمة على المعرفة ويكتسب العنصر البشري دورا حاسما في المنافسة الإقتصادية الدولية، وتعتمد التنمية الإقتصادية إلى حد كبير على الإبتكار والإستثمار في الأفكار وهي قائمة على إكتشاف الناس للفرص والمجازفة في تعقبها وللسياسة الاجتماعية دور في تيسير تطوير المعارف والأفكار. كما تيسر السياسات الاجتماعية الإستثمارات الإقتصادية بتوفير الحماية والتأمين ضد المخاطر مثل المرض أو الإصابة التي يمكن بغير ذلك أن تستهلك جميع الموارد المتاحة. وإذا ما أديرت الحماية الاجتماعية جيدا، يمكنها أن تكون عاملا منتجا حقيقيا يشجع الناس على إعتماد أفق تخطيط طويل الأمد ويزيد من إنتاجية العمل وفي هذا الصدد تكون المساعدات الاجتماعية أداة هامة تهدف إلى جعل النمو الإقتصادي أكثر إنصافا، وبالتالي أكثر إستدامة وقد إعتمد إعلان الألفية للأمم المتحدة، إزاء القلق المتزايد من عدم المساواة نتيجة للعولمة ويهدف جعل العولمة شاملة للبلدان النامية ومفيدة لها، حجة مماثلة مبنية على قيم أساسية هي الحرية والمساواة والتضامن وهو يحدد مؤشرات واضحة متفق عليها للتقدم الاجتماعي متمثلة في الأهداف الإنمائية للألفية. وليس في تعزيز تكافؤ فرص التعليم ذي الجودة، والرعاية الصحية الجيدة، والحصول على المياه والأراضي، وخدمات النقل والإتصالات والمعلومات والمعارف، للفئات الاجتماعية والمواقع الجغرافية تأمين للحقوق الإنسانية فحسب، بل إنه أيضا إستثمار في أحد أهم الموارد الإنتاجية لأي بلد، وهو الإستثمار في الإنسان<sup>80</sup>.

يمكن عرض أبعاد السياسة الاجتماعية المختلفة هذه بصريا بثلاث دوائر متحدة المركز:

1. **تناول الحلقة الداخلية:** هدي الحماية الاجتماعية، وهما الحد من الفقر وتخفيف المخاطر، اللذين شكلا تقليديا جوهر السياسة الاجتماعية بمفهومهما الضيق، وتعتبر المساعدات الاجتماعية النقدية والعينية

<sup>80</sup>التقرير الثالث للجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا\* السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإيسكوا\* المرجع

نفسه، ص8.

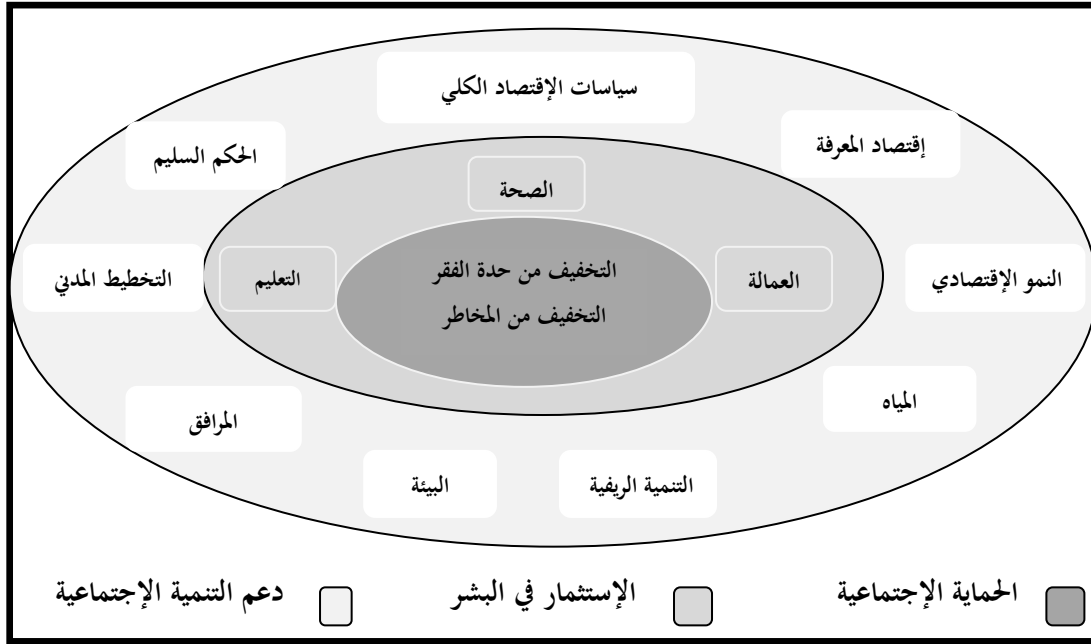
ومعونات الدعم، الأدوات التقليدية للحد من الفقر، في حين يستخدم التأمين الاجتماعي على نطاق واسع لتحقيق هدف التخفيف من المخاطر.

**2. تمثل الدائرة الوسطى:** النهج الموسع للسياسة الاجتماعية، وتشمل توفير الصحة والتعليم وفرص العمل. وتلتقط هذه الدوائر بشكل أوسع فكرة الإستثمار في البشر. وهنا تدور مسائل السياسة حول قضايا الدمج في سوق العمل، والقدرة على الوصول إلى الخدمات الاجتماعية من خلال توسيع البنية الأساسية لتصل إلى المناطق النائية والمهمشة، والقدرة المتساوية على تحمل التكاليف، ونوعية الخدمات.

**3. تمثل الدائرة الخارجية:** سياق السياسة الأوسع وتلفت الإنتباه إلى حقيقة أن سياسات الإقتصاد الكلي ونوعية النمو الإقتصادي، والحوكمة تؤثر من بين عوامل أخرى تأثيراً قوياً في إتجاه ومضمون السياسة الاجتماعية، أما المواضيع التي تقطع الأبعاد المختلفة والتي تشكل إهتمامات أن سياسات الإقتصاد الكلي ونوعية النمو الإقتصادي والحوكمة تؤثر من بين عوامل أخرى، تأثيراً قوياً في إتجاه ومضمون السياسة الاجتماعية، أما المواضيع التي تقطع الأبعاد المختلفة والتي تشكل إهتمامات مستمرة للسياسة الاجتماعية فهي تلك التي تتعلق بالإنصاف، فالسياسة الاجتماعية هي نهج ثابت وشامل يتطلب إلتزاماً أخلاقياً، ويعمل ضمن أطر نظامية ومؤسسية على التدقيق في آثار أي سياسة من السياسات العامة على الإنصاف الاجتماعي وتكافؤ الفرص بين الجنسين، وذلك في المجالات الإقتصادية والمالية والبيئية وغيرها من المجالات، ويسعى هذا النهج منذ البداية إما إلى تحويل الآثار السلبية التي يمكن أن تلحقها أي سياسة بمجموعات أو فئات معينة أو إلى ضبطها، ونهج السياسة الاجتماعية يعالج ضرورات النمو الإقتصادي بطريقة تساعد الأفراد والمجتمعات المحلية على تخطيط حياتها وتنظيمها عن طريق وضع سياسات عامة قائمة على الإنصاف وإعادة التوزيع<sup>81</sup>.

<sup>81</sup>التقرير الثالث للجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإسكوا\* المرجع نفسه، ص9.

شكل (04): يمثل الأبعاد الثلاثة للسياسة الاجتماعية. 82



■ تعنى السياسة الاجتماعية بما يلي:

- ✓ بناء مجتمعات لجميع المواطنين.
- ✓ تلبية إحتياجات الفقراء والضعفاء والحرص على حصول الجميع على الخدمات الاجتماعية التي تعزز صحتهم ورفاهيتهم، وبالتالي قدرتهم على المساهمة في المجتمع.
- ✓ الحرص على إتاحة فرص متكافئة للجميع والمشاركة في المجتمع والإقتصاد.
- ✓ تفعيل الأنظمة والآليات المؤسسية المختصة لإزالة الحواجز التي تعوق تحقيق الإحتواء والمشاركة.
- ✓ تعزز السياسة الاجتماعية النمو الاقتصادي من خلال معالجة الهياكل والظروف الاجتماعية التي يمكن أن تحول دون حصول الجميع على الفرص، ومشاركتهم وإحتوائهم بالكامل كمواطنين وكبشر.

وتتماشى السياسة الاجتماعية مع الإلتزام بحقوق الإنسان العالمية، ومن هذه الحقوق الحق في التنمية حيث التنمية البشرية والإنصاف البشري هما بحد ذاتهما من حقوق الإنسان الغير قابلة للتصرف وحيث يحق

<sup>82</sup>التقرير الثالث للجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإسكوا\* المرجع نفسه، ص9.

للإنسان المشاركة في ثمار التنمية الاقتصادية والإجتماعية والثقافية والسياسية، والمساهمة فيها والتمتع بها، فمقابل لغة التخفيف من حدة الفقر ورفع المداخل مثل وضع حد أدنى للأجر فتركز السياسة الإجتماعية على لغة الإنصاف وحقوق الإنسان ضمن العناصر اللازمة لتحقيق حد أدنى من العيش اللائق. ومن منظور السياسة الإجتماعية قد يستلزم تصحيح ظروف السكان المهمشين والمستبعدين إجتماعيا الذين تنتج مشاكلهم في غالب الأحيان عن سياسات التكييف الهيكلي وعمليات النمو الإقتصادي إعادة التفكير في الثروات والمنافع الاقتصادية، وإعادة تحديد أوجه إستعمالها وإعادة توزيعها. وتضييق الفجوات الناجمة عن التركيز المفرط على السياسات الاقتصادية القائمة على نهج النمو أولا، ويتطلب هذا النهج اعتماد نظرة لا تتوقف عند القضاء على الفقر بل تتجاوز ذلك إلى معالجة الظروف الهيكلية والفرص التي تعمق الإجحاف الإجتماعي في مجتمع معين.

**2.2. الإطار الثلاثي العناصر للسياسة الاجتماعية:** وضعت الإيسكوا من خلال مشروع السياسة الإجتماعية المتكاملة الذي أطلقته إطارا فريدا للسياسة الإجتماعية، يقوم على ثلاث عناصر أساسية مترابطة فيما بينها وهي الرؤية وتوافق الآراء وتقديم الخدمات، وفي هذا الإطار يدعم كل عنصر دورا لا يقل أهمية عن الآخر في تطبيق سياسة إجتماعية فعالة. وقد رأت الإيسكوا من خلال الأبحاث والتحليلات التي أجرتها في مجال السياسات الوطنية أن السياسة الإجتماعية في المنطقة وفي غيرها من المناطق تفتقر في غالب الأحيان لدى تطبيقها إلى عنصر من هذه العناصر الثلاثة أو أكثر مما يضعف أثرها، غير أن التطبيق المتوازن لهذا الإطار الثلاثي العناصر يمكن أن يؤسس لعلاقة تآزر بين الشعب والدولة، ويوطدها في إطار من التكامل بين التنمية الاقتصادية والتنمية الإجتماعية.

شكل(05): يمثل إطار السياسة الذي وضعته الإيسكوا<sup>83</sup>.



<sup>83</sup> التقرير الثاني للجنة الاقتصادية والإجتماعية لغربي آسيا\* السياسة الإجتماعية المتكاملة من المفهوم الى الممارسة\* ماي 2008، ص 17.

- الرؤية الواضحة على صعيد السياسة العامة والقيادة: تستوجب الرؤية إقتناعا بالإنصاف الإجتماعي، وإرادة سياسية عازمة على تطبيق السياسة الإجتماعية المتكاملة وضمن فوائدها الإجتماعية للجميع وينبغي أن تتوفر قيادات قوية وإدارات عامة تنظيمية متينة، وحكم شفاف على الصعيدين المركزي والمحلي وأطر مؤسسية قابلة للمسائلة وقادرة على فرض الضوابط.
- توافق الآراء: يستوجب توافق الآراء توفر المجالات والآليات المؤسسية التي تسمح بالتحاور وفرض الضوابط والتوازنات، ضمانا لمشاركة المواطنين في تنمية منصفة. فهذه الآليات تضم المواطنين والمجتمعات المحلية والهيئات التي ترعى شؤونهم في عملية لتكوين تفاهم مشترك حول التنمية البشرية للجميع.
- تنسيق العمل الإجتماعي وعملية التنفيذ: يستلزم تقديم الخدمات على نحو فعال يلبي الإحتياجات، إتباع نهج شامل بشأن كيفية مشاركة الناس في الخدمات الإجتماعية وحصولهم عليها وإستفادتهم منها. فتقديم الخدمات في إطار السياسة الإجتماعية إذ يستند إلى رؤية إنمائية شاملة تركز على تحسين الإنتاجية والرفاه الإجتماعي والتماسك الإجتماعي على المدى الطويل. يعالج المشاكل الإجتماعية في سياق التخطيط الشامل للتنمية الإقتصادية.<sup>84</sup>

**3.2. مراحل عمليات السياسة الإجتماعية:** لا يتعارض إختلاف النماذج التي تتبعها البلدان في وضع السياسة الإجتماعية وتنفيذها مع التداخل المطرد في العناصر التي يتألف منها كل من هذه النماذج. فنموذج النخب الحاكمة أصبح مع الوقت أكثر إنفتاحا على نموذج توازن المصالح الذي يقوم على تسويات داخلية يشارك فيها المجتمع المدني، وكذلك النموذج العلمي الذي يعتمد التخطيط الفني والكفاءة من حيث مقارنة المدخلات بالنواتج، وقد يتضح هذا التداخل من خلال نموذج شامل يتضمن مجموعة من المراحل التي تتكامل في ما بينها، وتتوزع عمليات السياسة الإجتماعية في هذا النموذج الشامل على المراحل التالية:

**1. مرحلة تحديد المشاكل والإمكانات:** تتأثر هذه المرحلة بالظروف التي تمكن منظمات المجتمع المدني من التدخل وإثارة إهتمام الرأي العام والحكومات، بالقضايا المطلوب وضعها على الأجندة العامة ولعل أبرز هذه الظروف هي الحريات العامة وتوفر المعلومات والإنتتاح والديمقراطية التي تشجع الإعلام الحر وتدعم البحث العلمي، وتؤمن فرص الدفاع والمناصرة وتعبئة الآراء وممارسة الضغوط.<sup>85</sup>

<sup>84</sup> التقرير الثاني للجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربي آسيا\* السياسة الإجتماعية المتكاملة من المفهوم الى الممارسة\* المرجع نفسه، ص 17.

<sup>85</sup> تقرير اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربي آسيا\* منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الإجتماعية وتقييمها في بلدان الإيسكو\* الأمم المتحدة، جوان 2011، ص 4.

**2. مرحلة تحديد القضايا بحسب أولوياتها:** تؤدي المعلومات الوافية والموثقة دورا هاما في مرحلة تحديد القضايا وأولوياتها، وذلك للإحاطة بحجم المشاكل وحدة تأثيرها والتجارب المتعلقة بمواجهتها وتكاليها ونظرا لما تقدمه منظمات المجتمع المدني، بما فيها مراكز البحوث من مساهمات مطردة في مجال توفير المعلومات، فان دورها قد يكون ملحوظا في هذه المرحلة ويتوقف هذا الدور على طبيعة النظم القائمة ومعايير الشفافية والإفصاح التي تعتمدها، كما يتوقف على قدرة منظمات المجتمع المدني على جمع المعلومات ونشرها بمستوى الدقة والشمول الذي يسمح بتحديد القضايا وترتيب الأولويات.

**3. مرحلة وضع القضايا على الأجندة العامة:** تأتي هذه المرحلة نتيجة تقييم الجهات الحكومية للأولويات المطروحة عليها والمفاضلة بينها وغالبا ما تدخل إعتبرات متنوعة في ترتيب الأولويات، كما تعتمد عدة وسائل لتسهيل المفاضلة بينها مثل اللجان المتخصصة أو الجهات الإدارية المعنية، وفي هذه المرحلة أيضا تؤثر نظم الحكم على طبيعة العلاقات التفاعلية مع منظمات المجتمع المدني، وقدرتها على تمثيل المصالح وإفصاح الحكومات على آراء هذه المنظمات.

**4. مرحلة تحديد الغايات والأهداف:** بهدف تحديد مقاربات التدخل وضمان فرص النجاح، لابد من توضيح غايات السياسة الاجتماعية وأهدافها، كما أن هذه الغايات والأهداف هي مجالات هامة للتوافق وتعزيز العقد الاجتماعي ودعم الموارد وتنسيق الشراكات، وبناء عليه يجب أن تتدخل منظمات المجتمع المدني في هذه المرحلة لكي تتمكن لاحقا من متابعة وتقييم البرامج والمشاريع التي تساهم في تحقيق غايات السياسة الاجتماعية وأهدافها.

**5. مرحلة وضع المقاربات البديلة وتقييمها:** تأتي هذه المرحلة نتيجة مناقشات ومفاوضات بشأن المقاربات البديلة وتقييم كل منها وغالبا ما تشارك في عملية التقييم مراكز البحوث وجهات مهنية تعمل على الموازنة بين<sup>86</sup> المقاربات والموارد المتاحة أو التجارب المشابهة لتطبيقها ونظرا لأهمية معايير الكفاءة والفاعلية في عملية تقييم المقاربات، لابد أن تتدخل منظمات المجتمع المدني في هذه العملية لكي تطبق هذه المعايير مع أساليب متابعة للإنجاز ورصد النتائج وتوفير المعلومات على أوسع نطاق ممكن.

**6. مرحلة إختيار البدائل:** تتسم هذه المرحلة عموما بإحتدام الخلافات بشأن مكاسب السياسة الاجتماعية وكيفية الحصول عليها. لذلك فإن الإفصاح على المعلومات وعدم الإلتزام السياسي أو الإيديولوجي

<sup>86</sup> تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإيسكو\* المرجع نفسه، ص 5.

يؤديان دورا هاما في الوصول إلى تسويات بشأن إختيار البدائل وفي هذا السياق، تساهم منظمات المجتمع المدني في الظروف التمكينية وخاصة من حيث تأمين ما يكفي من الموارد المالية والبشرية المتخصصة لمواجهة قضايا السياسة الاجتماعية أو للتعامل مع مشاكلها.

**7. مرحلة تنفيذ البدائل المختارة:** وهي إنتقال السياسة الاجتماعية من الجهات التشريعية إلى جهات الإدارة العامة التي قد تؤثر على هذه السياسة من خلال تحديد المشاكل، ووضع القواعد التنظيمية رغم أنها لاتتمتع بسلطة التشريع وطالما أن تنفيذ السياسة الاجتماعية هو مجال مفتوح لصراع الجماعات وتفاعلها مع الحكومات بشأن نتائج البرامج المنبثقة عن السياسة الاجتماعية، فمن المهم أن تتابع منظمات المجتمع المدني تنفيذ هذه السياسة وتقييم نتائج برامجها وتتطلب هذه المتابعة والتقييم مجموعة من الأنشطة والظروف التمكينية منها: كفاءة الموارد البشرية وكفايتها، إتاحة المعلومات بشأن السياسة وبرامجها، توفر وسائل المراجعة والطعن، توفر آليات التنسيق والمشاركة وخاصة على المستويات المحلية.

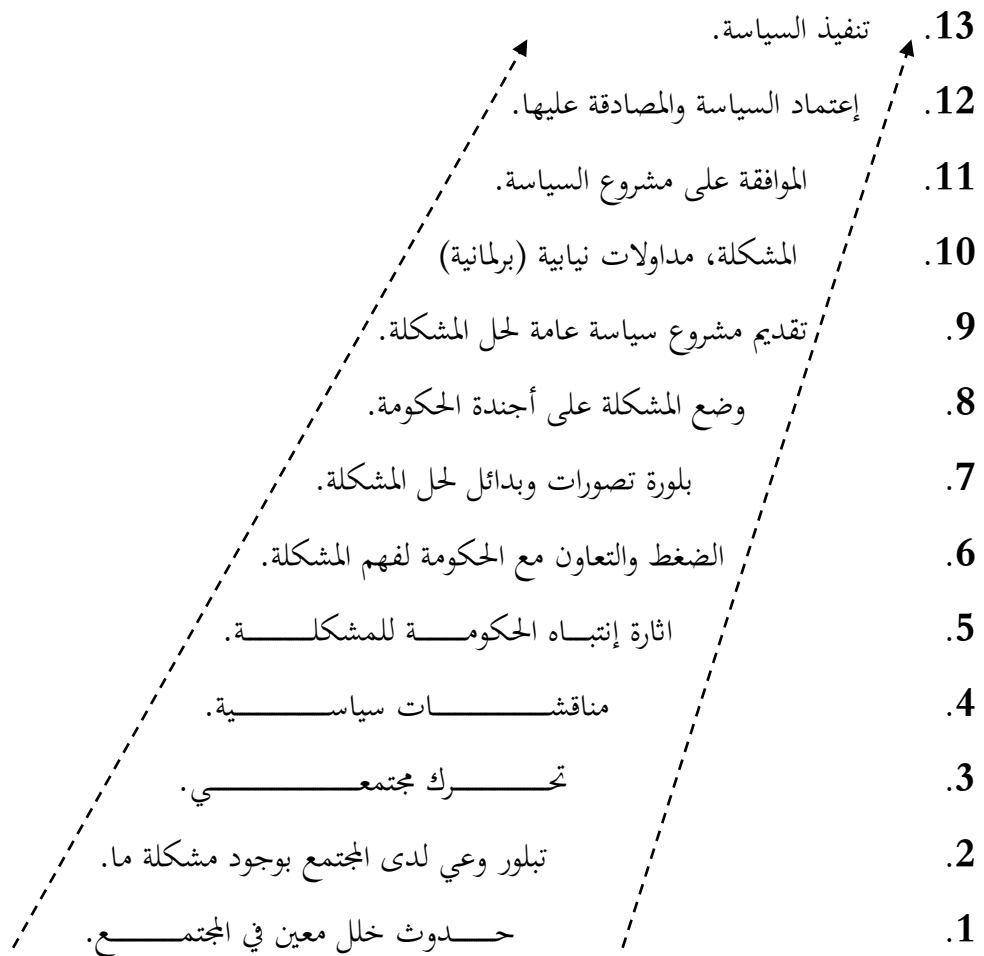
**8. مرحلة المتابعة والتقييم:** تؤثر عملية المتابعة والتقييم على مراحل السياسة الاجتماعية وعملياتها كافة. ويعطي صانعو القرار في الحكومات وهيئات التمويل والدعم وغيرها من شركاء التنمية أهمية متزايدة لهذه العملية وتتطلب المتابعة الدقيقة والتقييم الفعال مجموعة من الشروط أو الظروف أبرزها: وضع أهداف واضحة للسياسة أو البرامج المنبثقة عنها، تحديد مؤشرات كمية ونوعية لقياس الأداء والتقدم المحرز، توفير نظم كفاءة ومعايير موضوعية لجمع المعلومات والبيانات وتحليلها ونشر نتائجها، إعتداد نظم كفاءة ومعايير موضوعية للمساءلة والمحاسبة بشأن نتائج المتابعة والتقييم، تركيز عملية التقييم على قياس أثار البرامج وتأثيراتها وتحديد نتائجها الإيجابية والسلبية وتفسير هذه النتائج وتوفير المعلومات بشأنها لتسهيل المساءلة والمحاسبة. ونظرا لأهمية هذه الشروط وعمق أنشطتها، فإن تدخل منظمات المجتمع المدني يساهم في مراعاة هذه الشروط وتحقيق أهداف المتابعة والتقييم وغالبا ما يتضمن هذا التدخل تنفيذ أنشطة على غرار: نشر المعرفة وتعزيز برامج بناء القدرات المؤسسية والفردية، ترويج قيم ومعايير الشفافية والمحاسبة والكفاءة في عمليات السياسة الاجتماعية ومراحلها كافة، إعداد تقارير المتابعة والتقييم ونشر نتائجها، تنظيم المنتديات وحلقات الحوار، وتنظيم حملات التعبئة بهدف تصحيح مسار السياسة الاجتماعية أو تصويب البرامج المنبثقة عنها، تبادل الخبرات والتجارب الناجحة وتكييفها والإستفادة منها.<sup>87</sup>

<sup>87</sup> تقرير اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإسكوا\* المرجع

نفسه، ص 6.

4.2. نماذج صنع وتنفيذ السياسات الاجتماعية: تظهر السياسات الاجتماعية للحكومة نتيجة وجود مشكلة إجتماعية، ولأن أحدا ما قد بذل جهدا للفت نظر صانعي القرار إلى هذه المشاكل وأثارها السلبية على المجتمع.ولو غاب أحد هذه العوامل لما كانت هناك سياسة إجتماعية عامة وصنع السياسة العامة أمر جدي ويستوجب رعاية الحكومة والعمل الشاق لتبني سياسات تصلح لحل المشكلات ووجود سياسة إجتماعية معينة تمر في المراحل الأساسية المتدرجة التالية، بحيث أن كل مرحلة تعتمد على المرحلة التي تسبقها:

شكل (06): يمثل نموذج تحديد نشاطات مؤسسات الدولة في صنع السياسة الإجتماعية.<sup>88</sup>



<sup>88</sup>عبد الفتاح ياغي، مرجع سابق، ص 249، 250.

مرحلة صباغة - تحليل سياسة: مخطوطا السياسة الاجتماعية عادة يبدءون بصياغات المشكلة ويحللون الظروف والأوضاع السوسيو - إقتصادية التي هي جزء لا يتجزأ من المشكلة، وهذه رحلة في العادة تؤدي إلى التشخيص العميل المؤسسي، في حين أنه في ممارسة سياسية يطلق عليها التحليل للمشكلة وعلى العكس من ذلك، مشكلة أو قضية سياسية تتواجد عندما يسود على الأقل عاملان:

✓ عندما تؤثر السياسة على الظروف والأوضاع الاجتماعية.  
 ✓ عندما لا يتفق الممثلون على السياسة أو الظروف والأوضاع الاجتماعية وأثناء هذه المرحلة مخططي السياسة الاجتماعية يجتازون مهاما متنوعة:

- التحقق من وجود مشكلة او قضية سياسية.
- تحديد طبيعة المشكلة السياسية وبيئتها السوسيو إقتصادية.
- تحديد المجالات المساهمة في المشكلة.
- اقرار قضايا السياسة الرئيسية ومضامينها.
- تقويم السياسات والبرامج الجارية.
- تحليل تاريخ الجهود المتعلقة بحل المشكلة.
- تحديد الممثلين الرئيسيين، أجهزة صنع القرار.
- التنبؤ بنتيجة السياسات المقترحة.

مراحل صياغة وتحديد السياسة الاجتماعية: يمكننا أن نحدد المراحل الأساسية التي يتم من خلالها صياغة وتحديد السياسة الاجتماعية في المجتمع على النحو التالي:<sup>89</sup>

1. **مرحلة طرح قضايا اجتماعية للمناقشة:** حيث تبدأ صياغة السياسة الاجتماعية من إهتمام الأفراد في المجتمع أو بعض جماعات اجتماعية معينة.
2. **مرحلة بلورة وتحديد تلك القضايا:** وفي هذه المرحلة يتم توفير البيانات والمعلومات الكافية عن تلك القضايا، وتشارك في ذلك الهيئات الاجتماعية المعنية إلى جانب فئات المهتمين الذين قد يتصلون ببعض المسؤولين في الدولة.

<sup>89</sup> محمد يوسف محمد السيد، مرجع سبق ذكره، ص 21.

3. مرحلة الدراسة العلمية للقضايا: وفي هذه المرحلة تتدخل قيادات الجهاز الحكومي في الدولة والأجهزة الفنية، تنظيمات الرعاية الاجتماعية على المستوى القومي ومراكز البحوث العلمية والجامعات وخبراء الدراسة وتحليل تلك القضايا.

4. مرحلة تحديد الإطار العام للسياسة الاجتماعية: وفي هذه المرحلة يتم التوصل إلى مجموعة من الأهداف الاجتماعية العامة، التي يؤدي تحقيقها لحلول لمواجهة الحاجات والمشكلات الاجتماعية.

5. مرحلة إقرار وإصدار السياسة الاجتماعية: ويتم إقرار وإصدار السياسة الاجتماعية من قبل الهيئات والأجهزة ذات الصلاحية والسلطة في إتخاذ القرارات في الدولة.

ب - مرحلة التنفيذ: هذه المرحلة تعنى بترجمة السياسات التي جرت الموافقة عليها في واقع الممارسة، وتمثل مرحلة العلاج من عملية الخدمة الاجتماعية المؤسسية وتتبع إكمال الدراسة التشخيصية للمؤسسة، منظمات، أو مجتمعات محلية، أو مؤسسات وفيما يتعلق بوصف المراحل حيث يقترح نموذجاً يطلق عليه 1. نموذج التحليل:

✓ المدخل: يتضمن الطرق المستخدمة والقيم المعبر عنها في السياسة.

✓ حاجة: ما هي الحاجات التي يتم مواجهتها؟

✓ التقدي: ما هي جوانب القوة والضعف في السياسة؟

✓ المنطق: الإرتباط بين الحاجة ووسيلة حل المشكلة.

✓ رد فعلك: خبرتك وتجربتك المتعلقة بالسياسة.

✓ الدعم: الدعم المالي للسياسة.

✓ التجديد: التدابير والوسائل، التغيير، البرنامج.

✓ العدالة الاجتماعية: القضايا والموضوعات الهامة للعدالة الاجتماعية.

2. نموذج العلوم Science:

✓ البيئات السياسية الاجتماعية.

✓ أسباب المشكلة مراجعة التراث المتعلق بأسباب المرضى.

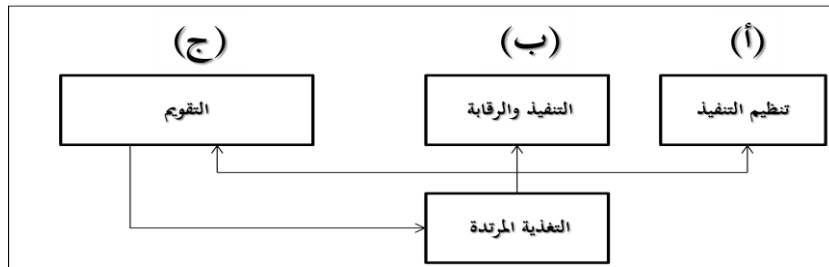
✓ المداخل التداخلية: الحاجات والسياسات الحالية.

✓ تاسيس وتصنيف المقترحات.

✓ قضية تنفيذ البرامج، قائمة بالبرامج والخطط وتفسيرها.

✓ خصائص التنفيذ: التكلفة والمتطلبات.<sup>90</sup>

شكل (07): يمثل أطوار تخطيط - تنفيذ السياسة الاجتماعية.<sup>91</sup>



5.2. السياسة الاجتماعية في المواثيق الرسمية للدولة الجزائرية: عاش الشعب الجزائري تحت الحكم الإستعماري الفرنسي طيلة 130 سنة وما مسه من إضطهاد، حرمان وظلم جعله يهتم كثيرا بحل المشاكل الاجتماعية بعد الإستقلال مباشرة قصد التقليل من الفقر، الجهل والأمراض الفتاكة وواسعة الإنتشار وتجسد ذلك في ملامح سياسة إجتماعية حديثة ذات توجه إشتراكى، وكان هناك جملة من المبادئ الأساسية في المواثيق الرسمية، والتي أسست لهذه السياسة الاجتماعية في الجزائر لاحقا.

1.5.2. برنامج طرابلس جوان 1962: يعد برنامج طرابلس من المواثيق الرسمية التي تزامنت مع وقف إطلاق النار بين الجزائر وفرنسا في 19 مارس 1962، وقد تضمن التشخيص السياسي والاجتماعي لحالة المجتمع الجزائري عشية الإستقلال، وفيما يتعلق بالتكفل بالمسائل الاجتماعية إقترح البرنامج سن سياسة إجتماعية لفائدة الشريحة العريضة من المجتمع بغرض الرفع من المستوى المعيشي للطبقات الاجتماعية الكادحة والقضاء على الأمية والبطالة وتحسين وضعية السكن والصحة.<sup>92</sup>

<sup>90</sup> محمد يوسف محمد السيد، المرجع نفسه، ص 11، 12، 13، 14.

<sup>91</sup> محمد محمود المهدي، ممارسة السياسة الاجتماعية ودورها في التخطيط والتنمية، مرجع سابق، ص 47.

<sup>92</sup> جبهة التحرير الوطني، برنامج طرابلس، الجزائر، جوان 1962، ص 46، 465.

2.5.2. ميثاق الجزائر 1964: أشار الميثاق إلى مجموعة من المسائل ذات الصلة بالسياسة الاجتماعية

التي يجب أخذها بعين الاعتبار وهي:

1. ضرورة تحسين مستوى المعيشة، ومحاربة البطالة التي هي مصدر البؤس الاجتماعي.
2. العناية بالصحة العمومية وتوسيع نطاق الخدمات للبوادي والأرياف ومضاعفة الفرق الصحية المتنقلة.
3. ضرورة تعميم التعليم لكل المواطنين، وفي الدرجة الأولى لأطفال العمال في الأرياف والمدن.
4. بالنسبة للشباب فأشار الميثاق إلى أن الشباب هو إحدى مشاكل الساعة البالغة الأهمية، إن شبيبة منظمة ستكون خميرة حقيقية إذا ما أستعملت إستعمالا حسنا ووقع ضمها إلى بناء البلاد.<sup>93</sup>

3.5.2. ميثاق 1976: وحول رعاية الدولة للأطفال والمراهقين جاء في الميثاق مايلي: أن التكفل بتأمين

المصاريف المترتبة على رعاية الأطفال والشباب وتربيتهم وإزدهارهم الثقافي يشكل إحدى أمهات القضايا التي تواجهها الأمة على الصعيد الاجتماعي، إن التكفل المباشر من قبل الدولة بكل ما يتعلق بالتعليم الذي هو حق مكتسب للجميع وعلى جميع المستويات، ومجانية العلاج والكتب المدرسية لكي يجري إعداد الطفل إعدادا سليما في ظروف لائقة ولكي يتمكن من القيام بدوره في المستقبل كمواطن حر فإنه يحتاج إلى أن ينشأ في بيت مستقر وأن يتمكن من مواصلة التعليم في المدارس والثانويات والمعاهد التقنية، وأن يعالج بطريقة لائقة، أن يعيش في غالب الأوقات مع أمثاله من الأطفال وأن يشعر منذ صغره بأنه عضو في مجموعة وطنية متضامنة.<sup>94</sup>

4.5.2. ميثاق 1984: هو آخر وثيقة تصدر عن نظام الحزب الواحد وقد تضمن مجموعة من المسائل

ذات الصلة بالسياسة الاجتماعية نوجزها فيما يلي:

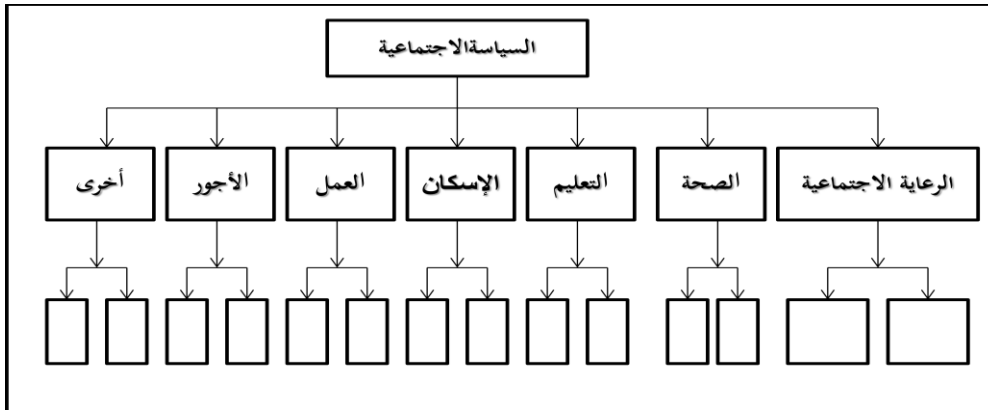
1. التأكيد على إجبارية التعليم الأساسي، وتعميمه على الأطفال البالغين سن الدراسة.
2. التأكيد على ضمان حماية الأم والطفل في إطار السياسة الصحية الشاملة للوصول بالأسرة إلى توازن يتماشى والنمو الديمغرافي الحسن المنظم لمستوى المعيشة.

<sup>93</sup> جبهة التحرير الوطني، ميثاق الجزائر، أبريل 1964، ص 75، 83.

<sup>94</sup> جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر، 1976، ص 278.

3. ينبغي على الدولة حماية الشباب والأطفال الذين يتعرضون لبعض الأمراض الاجتماعية، والعمل على إدماجهم في المجتمع تجنباً لظاهرة التهميش الخطيرة.
  4. يجب أن تركز سياسة الشباب الشاملة والمنسجمة على الإستراتيجيات القطاعية التي حددت في مجال التربية، التعليم، التكوين، الصحة، الحماية الاجتماعية والثقافية والتسلية.
  5. تتكفل الدولة برعاية صحة المواطنين، ويعتبر الطب المجاني تعبيراً عملياً عن التضامن الوطني.
  6. التربية البدنية شرط ضروري لصيانة الصحة وتعزيز طاقة العمل، ورفع القدرة الدفاعية للأمة إعتقاداً على قاعدة العقل السليم في الجسم السليم<sup>95</sup>.
- السياسة الاجتماعية لها مجالات ووحدات عديدة، حيث أننا سنحاول دراسة وبالتحليل كل من مجالي الصحة والتعليم بالدولة الجزائرية وتقييمهما.

شكل (08): الوحدات الفرعية للسياسة الاجتماعية<sup>96</sup>



### 3. الإطار النظري للنظم الصحية.

الصحة هي حق من حقوق الإنسان، وضرورة إتاحة الرعاية الصحية أمام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية هي مسؤولية الدولة. وهذه الإستراتيجية الأساسية أطلق عليها إسم الرعاية الصحية الأساسية، وهي لا تضمن تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية فقط، بل تضمن الخدمات التعليمية والتنمية الاجتماعية والإقتصادية أيضاً.<sup>97</sup>

<sup>95</sup> جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر 1986، ص 162، 182.

<sup>96</sup> محمد محمود المهدي، مرجع سابق، ص 42.

<sup>97</sup> نجوى خلاف، استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية، الطبعة 2005، ص 11.

### 1.3. ماهية النظام الصحي واهدافه.

1.1.3. ماهية النظام الصحي: عرف تقرير الصحة العالمية 2000 النظام الصحي بأنه جميع الأنشطة التي تهدف بشكل أساسي لتعزيز، تحديد والمحافظة على الصحة. قام دوبليسيس وآخرون (Duplessis Et Al) بتشريع تعريف للنظام الصحي عام 1989م كالأتي: هي منظمات تقوم بتزويد الخدمات الصحية (المستشفى، مراكز الرعاية الصحية، ضباط مهنيين وخدمات الصحة العامة) بالإضافة لشبكات أخرى، أقسام، مؤسسات، وزارات والمنظمات التي لها تأثير قاطع على الأهداف النهائية لنظام الصحة<sup>98</sup>.

المنظمة العالمية للصحة: النظام الصحي هو مجموع الموارد والمنظمات والاطراف التي تساهم في القيام بانشطة صحية والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الاساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في اطار الصحة الفردية او الصحة العمومية او في اطار متعدد القطاعات<sup>99</sup>.

وإنطلاقاً مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي مراعيًا في ذلك جملة من الأمور هي:

✓ ان تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة.

✓ أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

ويتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات اساسية نعرضها فيما يلي:

■ **الافراد والجماعات:** التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز اليه بالعنصر الشخصي. وهذا

المكون او العنصر يمثل الأشخاص والعائلات التي يوما ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوفر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

■ **المكون المهني والفني:** وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، ومن هؤلاء:

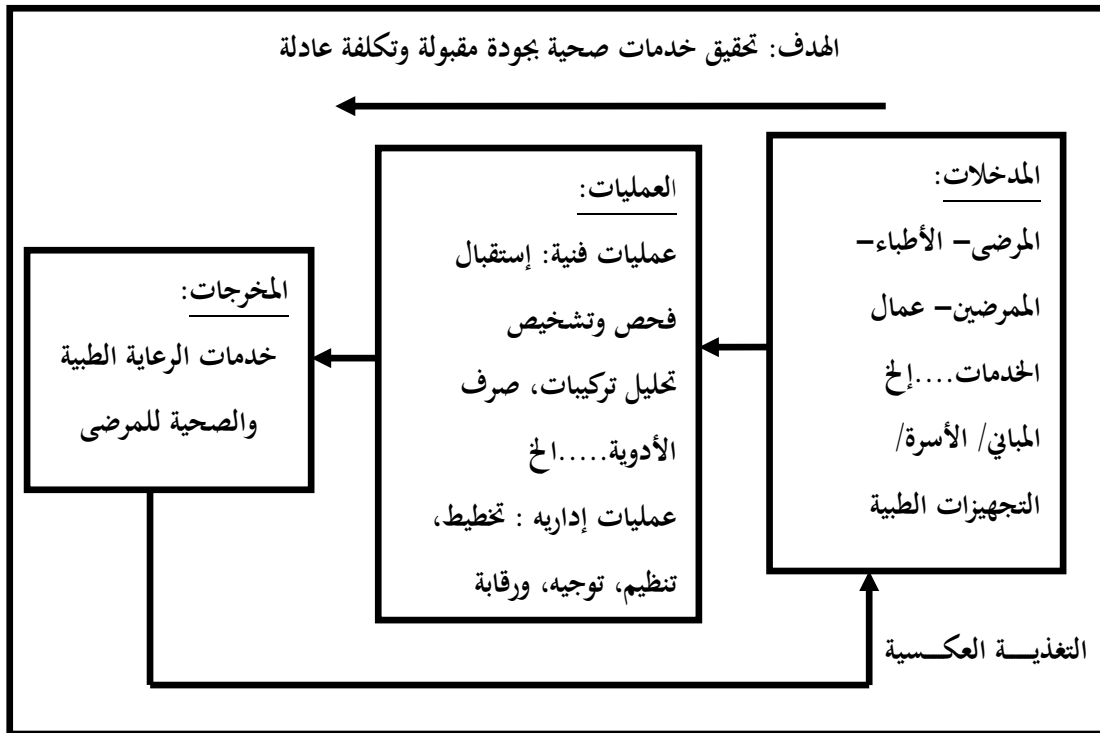
الطبيب البشري، وطبيب الأسنان، والمرضات، والصيدال... إلخ).

<sup>98</sup> سامي عبد الله خصاونة وآخرون، واقع التعليم العام في الوطن العربي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ص25. www.alecso.org.tn

<sup>99</sup>OMS : Rapport Mondial sur La Santé dans le monde pour un Système de Santé plus Performat, Geève 2000, p 8.

■ **المكون الاجتماعي:** وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع والدولة والشعب، والذين كل منهم يقوم بدوره او بعمل أو أعمال معينة، وحتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها تشمل: تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، إستقطاب وحشد وجمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، كذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

يتضح مما سبق أن النظام الصحي يتكون من العناصر التي يتكون منها النظام حسب المقاربة النظامية وهي: الهدف، المدخلات، عمليات التحويل، المخرجات والتغذية العكسية (المرتدة)، ويوضحها الشكل التالي: الشكل (09): مكونات النظام الصحي.



المصدر: من اعداد الباحث

### 2.1.3. أهداف النظام الصحي ووظائفه:

- ✓ تحسين الحالة الصحية للسكان (كلا من متوسط الحالة الصحية والتوزيع الصحي).
- ✓ الإستجابة للتوقعات غير الطبية للسكان متضمنة إتجاهين: إحترام السكان (كرامة المريض، السرية، الحكم الذاتي والتواصل).

- ✓ تهيئة العميل ( الإهتمام السريع، التجهيزات الأساسية، الدعم الإجتماعي والإختيار).
- ✓ العدل في التمويل (الحماية المالية، تجنب الإفكار كنتيجة لمدفوعات الصحة إلى جانب التوزيع العادل لعبئ تمويل النظام).

### 3.1.3. وظائف النظام الصحي: ليتم تحقيق:

- ✓ التمويل (جمع الارباح، جمع التمويل، الشراء).
  - ✓ توليد الموارد ( الموارد البشرية، التكنولوجيا، التسهيلات).
  - ✓ توصيل الخدمات الصحية ذات الاساس الشخصي أو المتعلق بالسكان.
  - ✓ الاشراف ( تكوين السياسة الصحية، التنظيم، الذكاء)<sup>100</sup>.
- معايير تقييم النظم الصحية: حددت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 المعايير التالية لتقييم أداء النظم الصحية والمتمثلة اساسا في<sup>101</sup>:

- ✓ معدل الحياة والوفيات، وعبئ المريض.
- ✓ الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة.
- ✓ الأمراض المعدية المنتقاة.
- ✓ التغطية بالخدمات الصحية.
- ✓ عوامل الخطر.
- ✓ إنخفاض الوزن عند الميلاد.
- ✓ الانظمة الصحية.
- ✓ الانفاق الصحي.
- ✓ حالات الغبن في المجال الصحي.
- ✓ الإحصاءات الديموغرافية والإجتماعية والإقتصادية.

2.3. سوق خدمات الرعاية الصحية: يمكن النظر الى سوق خدمات الرعاية الصحية من موضوعي العرض والطلب على هذه الخدمات.

1.2.3. الطلب: على خدمات الرعاية الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الإقتصادية، يتم إستكشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج المستهلك الذي يتسم سلوكه بالرشاد الإقتصادي وفقا للفرضيات التالية:

- ✓ ان يكون لدى المستهلك إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
- ✓ تمكن المستهلك من التعبير عن تفضيلاته الإستهلاكية بواقعية، تعبر عن معرفته الحقيقية بواقعه الصحي.
- ✓ أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك عبر مجموعة من الإعتبارات منها: تقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية، وصحة البيئة التي تتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك<sup>102</sup>.
- ✓ أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الإستهلاكية وأسعار إنتاج الحالة الصحية التي يأخذها المستهلك كمعطيات لا يستطيع التأثير فيها. وعلى أساس هذه الفرضيات يقوم المستهلك بإتخاذ قراراته الإستهلاكية وكميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية وفقا للقيود التي تفرضها الموارد المتاحة لها، في شكل دخل ثابت وأسعار إنتاج الحالة الصحية.

2.2.3. العرض: وفيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية يلاحظ أن تقنيات إنتاج الخدمات الصحية تشمل على مكونات العمل، في شكل أطباء وكوادر طبية وكوادر طبية مساعدة، إضافة لعوامل إنتاج وسيطة ورأس مال، وفي هذا المجال يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهم، والقيام بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية. كما يلاحظ أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعدادا كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيدال، وينطوي عمل هؤلاء على جوانب مكملة وأخرى محل لعمل الاطباء. وتلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الراسمالية، دورا مهما في إنتاج الخدمات الصحية. وتتصف تقنية إنتاج الخدمات الصحية بقدر من الإحلال بين العمل ومثل هذه الإمدادات الطبية،

<sup>102</sup> خليل حسين، السياسة العامة في الدول النامية، دار المنهل اللبناني للنشر، الطبعة الاولى 2007، ص 413.

إلا أن بعض المدخلات لا يتوفر لها بدائل كالأدوية مثلا، وبالرغم من أهمية المدخلات الرأسمالية في عملية إنتاج العناية الصحية، إلا أنها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية. وفي إطار هذه العلاقات الفنية لإنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال. ويمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الاقتصاد، وتسعى لتعظيم حجم منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الإستهلاك) وعلى الوقت المتاح للراحة والإستجمام من جانب آخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية الصحية، ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الاقتصادية التي تستند عليها عملية إتخاذ القرارات بواسطة الأطباء.

في مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد. وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الفرضيات الهامة، التي إستخدمت للحصول على حجم العرض والطلب التي تعرف السوق في النظرية الاقتصادية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

✓ ثمة عددا كبيرا من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية، ويسعى كل واحد منهم لتكبير فائدته كما يعبر عنها بربحه دون أن يكون له تأثير على اسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مكونات الإنتاج.

✓ ان خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس، بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدة الأخرى.

✓ إن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن اسعار ونوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية.

✓ إن المستهلكين يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون بإستهلاكها، بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.<sup>103</sup>

<sup>103</sup> خليل حسين، المرجع نفسه، ص 117، 116، 115.

3.2.3. نظرة تاريخية لمفهوم الصحة: تطور مفهوم الصحة تطورا ملحوظا مع تقدم المجتمعات البشرية. فقد كان مفهوم الصحة عند الإغريق يتجه نحو الصحة الشخصية (Personal Hygiene) بمعنى إهتمام الفرد بنظافته وتغذيته، أشتقت كلمة الصحة والتي تعني النظافة (Hygiene) ومع مرور الزمن تطورت هذه الكلمة لتعني باللغة الإنجليزية (Health) حيث أن هذه الكلمة أشمل وأوسع مفهوما من كلمة (Hygiene) والتي تعني مفهوم الصحة الشخصية. والصحة مفهوم إجتماعي نظرا لربط هذا المفهوم بالحكم والامثال... الخ).<sup>104</sup>

يعرفها توماس بنس Thoms Benesse أنها تعني أكثر العلاقة بين الشخص وجسده من العلاقة الموجودة مع الأقارب، ومع الخطاب الطبي ومع الثقافة. ولقد أبرزت منظمة الصحة العالمية في مقدمة دستورها لعام 1946 مظاهر الإشكالية لهذا التعريف، الذي عرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة، سواء الفردية منها أو الجماعية، ومن ضمن التعاريف التي أعطيت:

- La santé est un complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits de tout être humain.

الصحة: هي رفاهية بدنية وعقلية وإجتماعية كاملة وليست مجرد غياب للمرض أو العجز. وإمتلاك أفضل حالة صحية يمكن بلوغها هي حق من حقوق كل إنسان.<sup>105</sup>

يعرفها بركنز (Perkins): هي حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.

يعرفها وينسلو (wenslow): أنها علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفائتها. كما أنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والإجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض.<sup>106</sup>

<sup>104</sup> تالا قطيشات وآخرون، مبادئ الصحة والسلامة العامة، المسيرة للنشر، ص 15.

<sup>105</sup> حسيني محمد العيد، السياسة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الإقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المجلد 2014، العدد 1، ص 13، 14.

<sup>106</sup> حسن حشمت، قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة، النيل العربية للنشر، الطبعة الاولى 2008، ص 32.

خلال الثمانينات ونتيجة لزيادة التركيز على تحسين الصحة كان هدف منظمة الصحة العالمية 1985 في مشروع الصحة للجميع حتى عام 2000، ومنظمة أوتاد لتحسين الصحة 1986 العمل على الترويج لتعريفات أوسع وأكثر ايجابية<sup>107</sup>. فالصحة هي الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز.<sup>108</sup>

ويرى Ivan Illich: انما القدرة التي يتحصل عليها كل فرد لتأكيد ذاته في محيطها ويأخذ مسؤولية تحوله. أما Canguilhem فيعرفها: الصحة تشتمل على ادراك ايجابي تغطي مفاهيم الراحة والتكيف مع المحيط الطبيعي والاجتماعي، وهذه المقاربة المفاهيمية تعود الى احساس ما يسميه قيوم \*حقيقة الجسم\*<sup>109</sup>.

### 4.2.3. درجات الصحة (مستويات الصحة):

1. الصحة المثالية.
2. الصحة الإيجابية.
3. السلامة المتوسطة.
4. المرض الخفي.
5. المرض الظاهر.
6. مستوى الإحتظار.<sup>110</sup>

فالصحة تتمثل في حالة توازن وتلاؤم الإنسان في الوسط الذي يعيش فيه، ولكن هناك عوامل مختلفة (طبيعية، اجتماعية، اقتصادية)، يمكنها أن تتدخل وبالتالي تقوم باختلال هذا التوازن والذي يعطينا المرض<sup>111</sup>.

### مفهوم المرض:

يعرفه Rene Leriche: أنه كل ما يعيق الناس على الأداء الطبيعي لحياتهم. يعرفه Parsons: هو حالة الخلل الوظيفي العادي للفرد الإنساني الكلي الذي يمس عضويته كنظام بيولوجي على تكيفه الشخصي والاجتماعي.<sup>112</sup>

<sup>107</sup> حسن حشمت، المرجع نفسه، ص 32.

<sup>108</sup> تالا قطيشات وآخرون، مرجع سابق، ص 15.

<sup>109</sup> بغدادي خيرة، الصحة والمرض في المجتمع الجزائري، الطبعة الاولى 2020، ص 13.

<sup>110</sup> تالا قطيشات وآخرون، مرجع سابق، ص 16.

<sup>111</sup>Boussouf Rabah, La géographie et santé, Revue des sciences humaines-université de Constantine-Algérie Publication de l'université de constantine 1996, n07.

### 3.3. الثروة والصحة:

بصفة عامة، فإن التحليلات توضح ان "البلاد الأغنى هي البلاد الأكثر صحة" ( Pritchett and Summers, 1996) والعوامل ذات الصلة في هذه العلاقة هي تحسين التغذية، وتعزيز الصحة، والمياه والتعليم (Smith 1999). وفي ضوء النمو الاقتصادي وبينما تشير بعض الأدلة إلى أن تحرير التجارة سوف يخفف من الفقر على المدى الطويل، فإن الأمر لا ينظر إليه دائما في ضوء هذه النظرية الايجابية، فإن الآثار العكسية وخاصة لدى الناس الأكثر فقرا، هي التي نلاحظ وجودها (مثل الزيادة في تكاليف المعيشة، وزيادة الأحياء الفقيرة، والأمراض المزمنة، والتلوث، وظروف العمل غير الآمنة).<sup>113</sup>

### 4.3. الاستثمار في الصحة:

1. ان الصحة هدف له أولوية في ذاته، إلى جانب كونه عنصر عظيم الأهمية من عناصر التنمية الاقتصادية والحد من وطأة الفقر. ولم تحظ أهمية الاستثمار في الصحة بالاهتمام اللازم، ليس فقط من جانب المحللين، ولكن من جانب حكومات البلدان النامية، ومجموعة الجهات الدولية المانحة. إن زيادة الاستثمارات في الصحة كما هو موضح في هذا التقرير يمكن أن يعني مئات المليارات من الدولارات سنويا زيادة في دخل البلدان المنخفضة الدخل. وهناك مزايا اجتماعية كبيرة نتيجة ضمان مستويات مرتفعة من التغطية الصحية للفقراء، بما في ذلك الآثار غير المباشرة التي ستؤول للأغنياء في المجتمع.

2. هناك حالات صحية قليلة مسؤولة عن نسبة كبيرة في قصور الصحة: منها الايدز والعدوى بفيروسه، والملا ريا والسل وأمراض الأطفال المعدية (والتي يمكن الوقاية من الكثير منها عن طريق التمنيع) وإصابات الأمومة وفترة ما حول الولادة، والأمراض المتعلقة بالتبغ وعوز المغذيات الدقيقة. وهناك مداخلات ناجعة لوقاية وعلاج هذه الحالات. ويمكن منع حوالي 8 ملايين وفاة سنويا نتيجة لهذه الحالات بنهاية العقد الحالي عن طريق برنامج موجه توجيهها جيدا.

3. إن جائحة الايدز والعدوى بفيروسه كارثة واضحة لم يسبق لها مثيل في أبعادها الإنسانية وتأثيراتها على التنمية الاقتصادية. لذلك تتطلب دراسة خاصة. والمداخلات التي تم تجربتها واختبارها داخل القطاع الصحي متوفرة لمواجهة اغلب أسباب القصور الصحي بما في ذلك الايدز والعدوى بفيروسه.

4. لا بد ان يقترن الاستثمار في الصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة والحصول على موانع الحمل بالاستثمارات في مكافحة الأمراض. إذ أن الجمع بين مكافحة الأمراض والصحة الإنجابية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض الخصوبة وزيادة الاستثمار في الصحة والتعليم لكل طفل والحد من النمو السكاني.

<sup>112</sup> بغدادي خيرة، مرجع سابق، ص 12.

<sup>113</sup> لورنا جينيس وآخرون، مدخل إلى الاقتصاد الصحي، الطبعة 2015، ص 39.

5. إن مستوى الإنفاق على الصحة في البلدان المنخفضة الدخل غير كاف للتصدي للتحديات الصحية التي تواجهها. وفي تقديرنا ان الحد الأدنى للتمويل ينبغي أن يكون حوالي 30 إلى 40 دولار للفرد في السنة لتغطية المداخلات الأساسية. بما في ذلك تلك اللازمة للتصدي لجائحة الايدز. أما الإنفاق الفعلي على الصحة فاقل من ذلك بشكل ملحوظ.

6. يمكن ان تزيد البلدان الفقيرة الموارد المحلية التي توجهها إلى قطاع الصحة، وان تستخدم هذه الموارد بكفاءة أكثر. وحتى بزيادة كفاءة التخصيص وبتعبئة أكثر للموارد، فان مستويات التمويل اللازم لتغطية الخدمات الأساسية تتجاوز كثيرا الإمكانيات المالية للعديد من البلدان المنخفضة الدخل، إلى جانب عدد قليل من البلدان المتوسطة الدخل التي فيها الايدز والعدوى بفيروسه.

7. سيكون هناك حاجة الى تمويل من الجهات المانحة لسد الفجوة في مجال التمويل مع بذل قصارى الجهد من جانب البلدان المتلقية ذاتها. وفي تقديرنا أن الزيادة في الاستثمار في الصحة على مستوى العالم لصالح البلدان المنخفضة الدخل كي تتمكن من توفير المداخلات الصحية الأساسية بمبلغ 30-40 دولار للفرد سيتطلب ما يقرب من 27 مليار دولار سنويا، على شكل هبات من الجهات المانحة، كما أن زيادة المساعدة مطلوب أيضا للمجالات الأخرى ذات الصلة مثل التعليم والمياه والإصحاح.

8. إن زيادة التغطية الصحية للفقراء سيتطلب استثمارات مالية أكبر في مداخلات محددة يجريها القطاع الصحي، إلى جانب هيكلة سليمة لنظام تقديم الخدمات الصحية الذي يمكنه الوصول للفقراء والأولوية هي إقامة نظام لتقديم الخدمات على المستوى المحلي (بالاقتراب من العميل)، وتدعيم خبرات البلد التقنية والإدارية، وتعزيز لنظم الإدارة العامة بشكل كبير.

9. تستلزم أي معركة ناجحة ضد أمراض الفقراء أيضا استثمارات ضخمة في المنافع العامة العالمية، بما في ذلك زيادة في جمع وتحليل المعطيات الوبائية، وترصد الأمراض المعدية والبحث التطوير في مجال الأمراض التي تتركز في البلدان الفقيرة (الأمراض المدارية في الغالب وان كانت لا تقتصر على ذلك).

10. هناك حاجة إلى إجراءات منسقة بين صناعة المستحضرات الصيدلانية وحكومات البلدان المنخفضة الدخل، والجهات المانحة، والوكالات الدولية، للتأكيد من أن بلدان العالم المنخفضة الدخل لديها سبل موثوقة للحصول على الأدوية الأساسية.<sup>114</sup>

<sup>114</sup> الاستثمار في الصحة من اجل التنمية الاقتصادية، منظمة الصحة العالمية، ديسمبر 2001، ص 19، 21.

### 5.3. مجالات الخدمات الصحية وأنواعها.

1.5.3. مجالات الخدمات الصحية: يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين حسب نوعية الخدمة وهما:

▪ الرعاية الصحية الأولية.

▪ الرعاية الصحية الثانوية.

### 2.5.3. انواع الخدمات الصحية:

1. المستشفيات: حيث يمكن أن يكون المستشفى حكوميا أو خاصا أو يتبع قطاعا خيريا أو أهليا أي يتبع منظمات دولية، وتظم المستشفيات العامة في العادة أقساما مختلفة وكادرا وظيفيا مهنيا متخصصا في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية.

2. المراكز الطبية: حيث يحتوي المركز الطبي على بعض الخدمات: مثل العيادات والمخبر والأشعة والصيدلة... الخ).

3. خدمات الإسعاف والطوارئ: وهي تكون في العادة ضمن المستشفى أو المركز الطبي بحيث تقدم خدمة الإسعاف الأولي للسكان.

4. مراكز رعاية الأمومة والطفولة: وتكون هذه المراكز في العادة تتبع القطاع الحكومي أو الخاص أو الأهلي وتقدم خدماتها العلاجية والوقائية للام والأطفال.

5. مراكز التأهيل والرعاية: وتشمل مراكز تأهيل المعاقين حركيا ومراكز تأهيل الصم والبكم والمكفوفين ومراكز تأهيل المدمنين ودور المسنين والعجزة.

6. مراكز الأشعة الطبية: وهي مراكز خاصة حيث تعنى بالتصوير الإشعاعي الطبي على اختلاف مستوياته.

7. الصيدليات: وهي المنشآت التي توفر الأدوية والمستحضرات العلاجية اللازمة وتتبع القطاع الخاص<sup>115</sup>.

<sup>115</sup> سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، مارس 2015، ص220، 221.

- تعريف المستشفى وانواعه:

أنواع المستشفيات: تختلف المستشفيات كثيراً من حيث حجم المؤسسة ومن حيث الخدمات المقدمة، وتُشكّل المستشفيات في معظم الدول جزءاً حيوياً من خدمات الصحة العامة المنظمة، وتأتي المستشفيات المقامة في شكل مؤسسات ريفية صغيرة والتي تخدم مجموعة صغيرة جداً في أدنى مستويات هذه الخدمات، وكثيراً ما تسمى هذه المستشفيات في المملكة المتحدة مستشفيات الأكوخ وهذه المستشفيات تحتوي عادة على أقل من مائة سرير، وتُقدم المساعدات الطبية بالإضافة إلى بعض الخدمات التخصصية المحدودة. أما المستشفيات العامة للمنطقة أو المجتمع فتأتي في المستوى الثاني لخدمات المستشفيات في معظم البلدان، وتخدم هذه المستشفيات مراكز سكانية أكبر مثل المدن الصغيرة وضواحي المدن الكبيرة، وبالإضافة إلى الخدمات الطبية العامة، فإن هذه المستشفيات تقدم العديد من الخدمات المتخصصة، وفي الماضي كانت المستشفيات العامة تتكون مما يقرب من 2,000 سرير.

في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين إستبدلت بعض الدول بهذه المستشفيات أخرى أصغر منها 300-500 سرير، تقدم خدماتها بالتنسيق مع خدمات المجتمع، وهذه المستشفيات أكثر تطوراً تعمل بكفاءة أكبر لأنها أقل في تكاليف التشغيل وأسهل في الإدارة، وفي كثير من الدول المتقدمة تتمثل في المستويات العليا من خدمة المستشفيات فتشكل المستشفيات المتخصصة أو المستشفيات التعليمية، وتتبع هذه المستشفيات كليات الطب وتوفر التدريبات العلمية لدارسي الطب، وتقدم أعلى الخدمات المتخصصة، مثل جراحة الدماغ وجراحة القلب والصدر، كما تقدم أيضاً التسهيلات للأبحاث الطبية، ويقوم أطباء العائلة أو أطباء المستشفيات العامة في المنطقة، بتحويل مرضاهم إلى مستشفى تعليمي للتشخيص، أي تحديد طبيعة المرض والعلاج الخاص الذي يشمل إجراء عملية جراحية وعنايةً تريبضية متخصصة.

يوجد كثير من الإجهادات في تصنيف المستشفيات إلى أنواع، فهناك الكثير من الآراء بصدد تقسيمات المستشفيات، ومن بين تلك التصنيفات ما أوضحه، حيث أشار أنه يمكن النظر للأنواع المختلفة من المستشفيات وفقاً للتقسيمات التالية:<sup>116</sup>

<sup>116</sup> غالب محمود سنجق، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، وائل للنشر عمان، الطبعة الأولى 2015، ص 107، 108.

### أنواع المستشفيات تبعاً لفترة الإقامة:

1. مستشفى ذات فترة إقامة محدودة تبعاً لمحدودية الإمكانيات والمرافق، يقيم المريض لفترة أقل من 30 يوماً.
2. مستشفى ذات فترة إقامة طويلة وتتمتع بإمكانات فنية وإدارية واسعة بالإقامة وكفاية في التكنولوجيا، تكون متوسط الإقامة من 3-6 شهور.

### أنواع المستشفيات تبعاً لنوع الخدمة:

1. مستشفى عام: والذي يقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، خدمات التوليد وخدمات رعاية الأطفال الرضع.
2. مستشفيات متخصصة: وهي مستشفيات تقدم الرعاية لامراض محددة أو مجموعات معينة من السكان مثال مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض المستوطنة، مستشفى الأمراض الصدرية، مستشفى الأمراض النفسية.
3. مستشفيات متنقلة: تخدم المناطق النائية والاقبل حضا، وتأخذ طابع الخدمة التطوعية.

### انواع المستشفيات تبعاً لشكل الملكية:

1. مستشفى حكومي او ذات ملكية عامة لا تهدف للربح وتقدم خدماتها لمن يطلبها دون مقابل أو بمقابل رمزي حيث على الأغلب يعفى منه كبار السن والأطفال.
2. مستشفيات خاصة تهدف للربح، وهي ذات ملكية خاصة او جماعية محدودة أو مساهمة عامة.
3. مستشفيات خاصة تابعة لطوائف دينية، أو مستشفى يتبع لجمعيات تعاونية وهذه المستشفيات تعمل بجهود، وتدعمها مؤسسات خيرية ذات طابع ديني أو إجتماعي أو إنساني أو فكري.
4. مستشفيات تتبع بشكل مباشر للقوات المسلحة والأجهزة الأمنية.

### انواع المستشفيات تبعاً لنوع التخصص:

1. المستشفى المتخصص.
  2. المستشفى ذو التخصصات المتعددة.<sup>117</sup>
- فالمستشفى المتخصص هو الذي يكون متخصصاً في علاج جزء من أجزاء الجسم، كالعين والأنف والأذن والحنجرة ومستشفيات العظام ومستشفيات السرطان. أما المستشفى ذو التخصصات المتعددة فإنه

<sup>117</sup>غالب محمود سنجدق، المرجع نفسه، ص 108، 109.

يهدف إلى تقديم العلاج للعموم رجالاً كانوا أم نساءً وأطفالاً، والذين يعانون من إصابة أو مرض بإستثناء بعض الأمراض سريعة العدوى، ومن الممكن أن يلحق بتلك المستشفيات أقساماً لأمراض الأطفال والأمراض المتوطنة (مثل البلهارسيا والأنكلستوما أي الدودة الخطافية) لتقديم خدمة متكاملة بالمستشفى.

انواع المستشفيات تبعاً للمنطقة: يمكن تقسيم المستشفيات العامة (الحكومية) إلى ثلاثة أنواع هم:

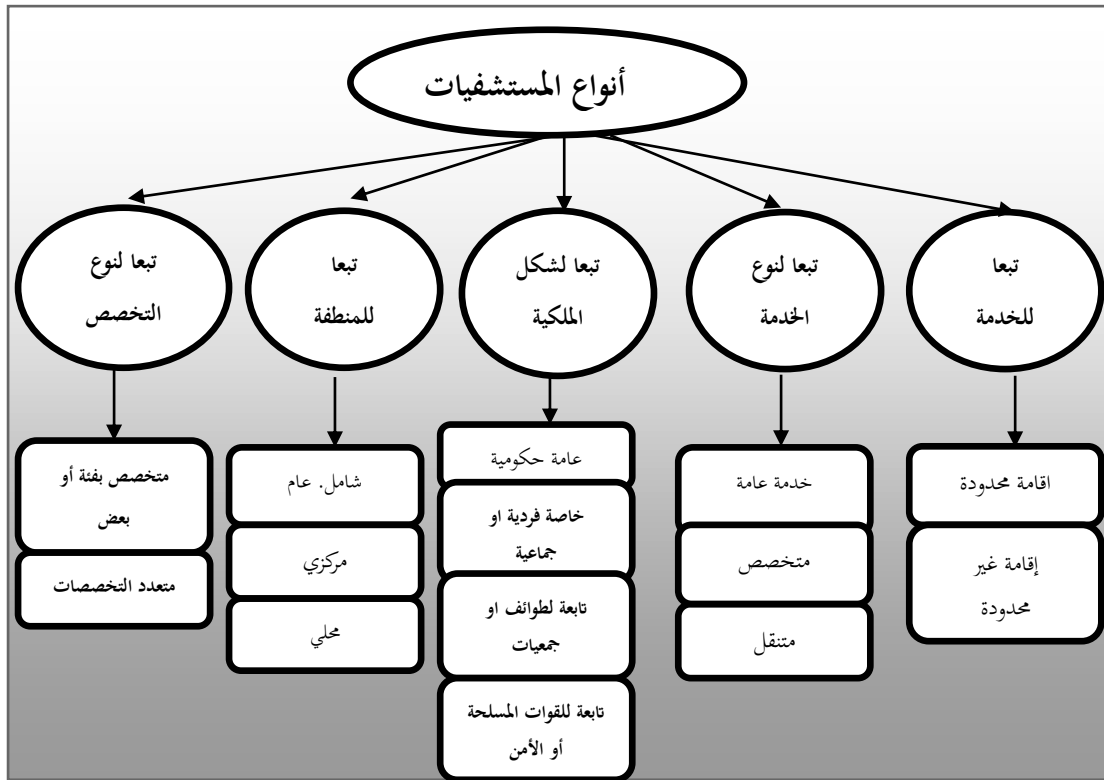
1. المستشفى العام: وهو المستشفى الذي يخدم منطقة وتوجد به كافة التخصصات العامة وعادة ما يختار له مكاناً إستراتيجياً ليتمكن من خلاله تقديم الخدمة بسهولة ويسر.

2. المستشفى المركزي: وهو عبارة عن مستشفى متوسط يشمل على بعض فئات الأسرة حيث تتوفر به التخصصات العامة في مجالات الأمراض الباطنة أو جراحة التوليد.

3. المستشفى المحلي: هو مستشفى صغير به أسرة يتراوح عددها من 100 سرير إلى 200 سرير حيث تتوفر به حسب الحاجة، التخصصات العامة في الأمراض الباطنية والجراحة ورعاية الأمومة.

في الواقع العلمي فإن منظومة الخدمة الصحية تستلزم من أي مسؤول أن يتفهم طبيعتها وأنواع المنظمات الصحية المكونة لتلك المنظومة وإلى جانب ذلك فإن تفهم وإدراك وظائف عامة وأهداف وخصائص المستشفيات الحديثة يكون من المتطلبات الأساسية لنجاح الإدارة المسؤولة عن ممارسة تلك الوظائف وتحقيق تلك الأهداف بأعلى مستوى من الجودة.

شكل (10): يوضح انواع المستشفيات<sup>118</sup>.



الخصائص المميزة للمستشفى الحديث:

1. يستلزم العمل بالمستشفى درجة عالية من التخصص.
  2. وجود طوائف متباينة في اتجاهاتها وتخصصاتها ومستوياتها الاقتصادية والاجتماعية من المهنيين، كل أصحاب مهنة واحدة، يكون ولاؤهم الأول تجاه المهنة وليس المنظمة.
  3. تعتمد الانشطة في المستشفى على بعضها البعض، مما يتطلب درجة عالية من التنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة.
  4. إن العمل قليلا ما يتحمل أي خطأ.
  5. إن الأعمال اكثرها متغير ومعقد مقارنة بأي تنظيم آخر.
  6. وجود رقابة ادارية محدودة على المجموعة المحددة لمستوى الإنفاق وهم الأطباء، نظرا لصعوبة تنميط أعمالهم أو السيطرة على مراكز الإنفاق التي يعملون بها.
  7. صعوبة تحديد وقياس المخرجات.
  8. إن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الإستعجال أو الطوارئ، وطبيعته لا تحتل التأجيل.
  9. إزدواج خطوط السلطة مما يخلق مشاكل تتعلق بالتنسيق وتحديد الأدوار والمحاسبة عنها.
- يعمل المستشفى بصورة مستمرة ولمدة 24 ساعة يوميا، مما يؤدي إلى العديد من المشاكل المتصلة بالجدولة والتكاليف والرقابة.<sup>119</sup>

<sup>119</sup> فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الاولى، 1998، ص 17، 18.

#### 4. التعليم في الأدب الاقتصادي.

4.1. التعليم من المنظور الاقتصادي: من المنظور الاقتصادي، يمكن النظر للتعليم كخدمة او كأداة لإنتاج أصول غير ملموسة: وهي اكتساب المعرفة والدراية الفنية. وينطوي تقديم التعليم على توفير المؤسسات والأثاث والقوى العاملة واستهلاك الاوراق والكتب وما إلى ذلك، وبهذا المعنى يمكن مقارنة التعليم بالمصانع التي تصنع منتجات مادية. فالموارد المادية والبشرية التي يتم توفيرها للتعليم يمكن التعبير عنها بصورة مالية، ومن ثم فان مفهوم التكاليف يمكن تطبيقه في مجال التعليم. فوحدة الانتاج هي المدارس التي يتم توفير مواردها المالية من خلال الدولة، كما تساهم ايضا السلطات المحلية وأولياء الأمور والقطاع الخاص في تقديم الخدمة بتوفير التعليم. لكن التحليل الاقتصادي للتعليم يختلف عن التحليل الاقتصادي لمؤسسات الإنتاج أو المصانع وذلك لعدة اسباب:

1. يتعلق بماهية المنتج التعليمي فإكتساب المعرفة مفهوم من الصعب ان لم يكن من المستحيل، قياسه بدقة هذا إلى جانب العوائد الأخرى للتعليم التي تعود على المتعلمين كأنماط الفكر والسلوك. ولاسباب عملية يتم غالبا التعبير عن (منتج) النظام التعليمي في ضوء إعداد الطلبة المتعلمين أو إعداد المؤهلات التعليمية الممنوحة، والتي تعبر بصورة ملائمة عن الخدمة التي يتم تقديمها بالفعل.

2. التعليم في معظم الحالات ليس سلعة سوقية، اي انه ليس خدمة (تباع) الى مستهلكيها (الطلبة) حيث تتحمل السلطات المحلية معظم تكاليفه. ولذلك فالتحليل الاقتصادي للتعليم يرتبط بالتمويل العام والخاص بقدر ما يرتبط ايضا بتكاليف الإنتاج الخاصة بالمدارس.

3. الهدف من التعليم ليس تعظيم الارباح وإنما توزيع موارده بأكبر قدر ممكن من الفعالية. فالدولة تتحمل تكاليف قطاع التعليم ليس لجني مكاسب مالية، ولكن لضمان تنمية الفرد والمجتمع ككل وهدف الدولة هو تلبية احتياجات المجتمع كإعداد الشباب للحياة في المجتمع، واكتساب المهارات المهنية اللازمة للنشاط الاقتصادي، وتدريب الأشخاص لشغل وظائف تنطوي على مسؤولية كبيرة، فضلا عن تلبية الاحتياجات الفردية، من خلال إكساب الجميع أعلى مستوى ممكن من التعليم العام. وأخيرا فان التعليم هو نوع خاص من السلع لأنه استثمار، بمعنى انه يؤدي إلى نقل المعرفة والدراية الفنية التي يدرك تأثيرها على المجتمع وعلى الفرد في المدى البعيد وتوفير التعليم بوصفه خدمة يحتاج للموارد (موارد حقيقية) التي يمكن التعبير عنها في صورة موارد مالية.<sup>120</sup>

<sup>120</sup> اقتصاديات التعليم، المركز العربي للبحوث التربوية، الكويت للنشر، الطبعة الاولى، 2012، ص 23، 24.

1.1.1.4. نظرة تاريخية لمفهوم التعليم: \*فكر عالميا واعمل محليا\* طرحت هذه العبارة في المؤتمر العالمي عام 1990 بعنوان \*التربية والتعليم للقرن الواحد والعشرين<sup>121</sup> فقد برز جليا أن للتعليم دورا أساسيا ورئيسيا في تقدم المجتمع وتطوره<sup>122</sup>، ونظرا لما تسعى الأمم إلى تحقيقه من عدل وتكافؤ بين أبنائها في كافة المجالات ومنها التعليم من منطلق أن حق التعليم هو حق أقرته المواثيق الدولية والتي منها: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948م ومؤتمر القمة العالمي من أجل الأطفال عام 1990م وأقرته دساتير الدول المختلفة.<sup>123</sup>

التعليم يلقي اليوم عناية فائقة ومتزايدة من قبل الادارات الحكومية والدولية على حد سواء، نتيجة لازدياد الوعي وأثره على مستقبل الشعوب والأفراد. ولقد ترسخ الوعي بأهميته تدريجيا بين غالبية المجتمعات خاصة بعد أن تغيرت النظرة إليه من قطاع خدمي إلى مفهوم أشمل وأعم تركز عليه عملية التنمية البشرية التي هي الهدف الأسمى وغاية ما ينشده الإنسان في سعيه وجهده على هذا الكوكب وعبر تاريخه، فالإنسان هو هدف التنمية ووسيلتها في الوقت نفسه، لذا تركز هذه التنمية على إشباع الحاجيات الأساسية للإنسان إيمانا بالقيمة المطلقة له وإدراكا بأنه سيد مختلف الموارد وعوامل الإنتاج وصانع التاريخ. لذلك ركزت الاتجاهات المعاصرة في قياس التنمية البشرية على مدى إشباع حاجات الأفراد، وتأتي في مقدمتها الحاجات الثقافية وخاصة الحاجة للتعليم<sup>124</sup>. والنظام التربوي هو الجهاز المسؤول عن السياسة التعليمية وتنظيمها وإدارتها وتنفيذ إجراءاتها، تطويرها، حتى يتمكن من إشباع الحاجات التعليمية المطلوبة للمجتمع والتكيف مع المستجدات التي تفرضها التغيرات الاجتماعية والثقافية.<sup>125</sup>

**تعريف التربية:** قالت العرب: ربا الشيء ربوا اي نما وزاد لقوله تعالى \* فإذا أنزلنا عليها الماء اهتزت وربت\* أي زادت وانتفخت، هنا يوجد معنيان، الأول النمو والزيادة، والثاني التدرج، فالتربية جهود تراكمية.<sup>126</sup>

<sup>121</sup> أحمد الخطيب وآخرون، إستراتيجيات التطوير التربوي في الوطن العربي، عمان للنشر، الطبعة 2007 ص 57.

<sup>122</sup> محمد حسنين العجمي، التربية وقضايا المجتمع المعاصر، الاسكندرية للنشر، الطبعة 2007، ص 14.

<sup>123</sup> محمد حسنين العجمي، التعليم الموازي لضمان تكافؤ الفرص التعليمية، الاسكندرية للنشر، الطبعة 2007، ص 12.

<sup>124</sup> محمد حسنين العجمي، اقتصاديات التعليم آليات ترشيد الإنفاق التعليمي ومصادر تمويله، الاسكندرية للنشر، الطبعة 2007، ص 11.

<sup>125</sup> أحمد الخطيب وآخرون، مرجع سابق، ص 28.

<sup>126</sup> عبد الكريم بكار، حول التربية والتعليم، دمشق للنشر، الطبعة 2001، ص 11.

**تعريف العلم:** جاء في لسان العرب لابن منظور في حرف العين الجزء العاشر معنى العلم فقال:

**علم:** من صفات الله عز وجل العلم والعالم والعلام، فقال الله عز وجل \*وهو الخلاق العليم\* وقال \*عالم الغيب والشهادة\* وقال \*علام الغيوب\* فهو الله العالم لما كان وما يكون قبل كونه. فالعلم اذا هو نقيض الجهل، قال ابن جني: لما كان العلم قد يكون الوصف بعد المزاولة له وطول الملبسة، صار كأنه عزيزة ولم يكن على أول دخوله فيه ولو كان كذلك لكان متعلما لا عالما. ومن هنا نخرج كلمة المعلم التي تعني ملهم الخير والصواب وهي كلمة لطالما لازمت الأنبياء كثيرا لأنهم يعلمون الناس أمور دينهم وديانهم وبذلك هم يلهمونهم للصواب والخير. اما عملية نقل العلم من المعلم إلى المتعلم والتي تسمى بالتعليم.

**تعريف التعليم:** هو العملية المنظمة والتي تهدف إلى تلقي الشخص لمختلف المعلومات البنائية للمعرفة، ويتم ذلك بطريقة دقيقة التنظيم ذات أهداف محددة ومعروفة أو ببساطة أكثر هو نقل للمعلومات الأساسية لأي علم من العلوم، من المعلم للمتعلم سواء كان مواد دراسية أو صنعة (حرفة)، حيث يقوم المعلم بتوجيه المتعلم إلى طرق اكتساب المعرفة وطرق توظيفها في بناءاته المعرفية أو في حياته اليومية<sup>127</sup>. مع الإشارة إلى أن نجاح العملية التعليمية قائم على عناصر ثلاثة تشكل المثلث التعليمي وهي: (المعلم، التعليم، المعرفة والمعلومة) جان هوساي<sup>128</sup> كما يطلق عليه أحيانا بالتعليم الرسمي الذي يمس مجالات محددة بإحتياجات التنمية في المناطق الفردية للدولة.<sup>129</sup>

#### 4.1.2. أنواع التعليم: حسب الموسوعة العربية العالمية يمكن تقسيم التعليم إلى ثلاثة أقسام وهي كالأتي

1. **التعليم النظامي** *éducation formelle*: هو التعليم الذي يتلقاه الافراد في المدرسة ويعرف بالتعليم

المدرسي ويتميز هذا النوع ب:

✓ مؤسسات التعليم تدير من طرف إدارة مركزية ومسؤولين وهيئة التدريس.

✓ مراقبة المتعلمين من طرف المعلمين.

<sup>127</sup>عدنان مهدي، التعليم في الجزائر، أصول وتحديات، دار المثقف للنشر، الطبعة 2018، ص 10.

<sup>128</sup> التعليم عن بعد مفهومه، ادواته وإستراتيجياته، الطبعة 2020، ص 11.

<sup>129</sup>يوسف حنان، الإعلام في المؤسسات التعليمية والتربوية، اطلس للنشر، الطبعة 2006، ص 34.

وعلى المتعلم ان يحترم شروط وقوانين المؤسسة التعليمية في الوقت والنظام الداخلي للمؤسسة، وعلى المعلمين أن يقيموا وظائفهم وذلك من خلال التدريس الجيد، وتحصيل الطلاب وذلك للانتقال من طور أو من قسم لأخر.

2. التعليم التلقائي *éducation non formelle*: هو نمط من التعليم يتلقاه الفرد في حياته اليومية واحتكاكه ببيئته، ويحصل من خلاله على معارف ومكتسبات جديدة بالاعتماد على مهاراته الشخصية دون الحاجة الى المعلم وذلك من خلال وسائل مختلفة:

✓ وسائل الاعلام والاتصال (الراديو، التلفاز، الجرائد، الانترنت...الخ).

✓ المؤسسات الثقافية العلمية (المكتبات والمتاحف...الخ).

3. التعليم غير الرسمي *éducation informelle*: هو نوع من انواع التعليم لديه نفس برامج التعليم الرسمي، إلا أن قوانينه ونظامه الداخلي اقل انضباطا من التعليم الرسمي، وهو تعليم موجه إلى فئة معينة من الأفراد ومثال عن ذلك: محو الأمية، المدارس القرآنية...الخ.<sup>130</sup>

2.4. العائد من الاستثمار في التعليم: لقد أجريت العديد من الدراسات في العقدين الماضيين حول مفهوم (معدل العائد من التعليم) Rates Of Return To Education الذي اشتق من الأعمال المبكرة لجاكوب مينسر (Jacob Mincer,1958) وتشولتز (Schultz,1961 and 1962) وبلوج (Blaug,1965)، فقد ركز ساكاروبولوس (psacharopoulos 1973,1981,1985,and 1994) بحائه حول هذا الموضوع، محللا المضامين الخاصة باستخدام هذا المفهوم بالنسبة لتمويل التعليم. وقد أظهرت دراسات معدل العائد، أن العائد من الاستثمار في التعليم أعلى وأكثر ايجابية من الاستثمار في القطاعات الأخرى. ومن بين الإسهامات الأساسية في تحليل معدل العائد من التعليم وأثره على تمويل التعليم تقرير البنك الدولي لعام 1995 والذي جاء فيه: ان التعليم يعد استثمارا إنتاجيا له عائد اقتصادي وتؤدي انظمة التمويل الحالية الى سوء تقدير حصة التعليم من الانفاق العام، وتوجد ادلة في الكثير من الدول على ان العائد من الاستثمار في التعليم الابتدائي يساوي ضعف العائد من الاستثمار في التعليم العالي. ومع ذلك فحكومات هذه الدول تدعم التعليم العالي على حساب التعليم الابتدائي.<sup>131</sup>

<sup>130</sup> بن ونيسة ليلي، اقتصاديات وسياسات التعليم، مطبوعة محاضرات موجهة للسنة الثانية ماستر، معسكر، الطبعة 2020/2019، ص

12،11.

<sup>131</sup> اقتصاديات التعليم، مرجع سابق، ص 17، 18.

يشير تقرير البنك الدولي ايضا إلى أن معدل العائد من الاستثمار في التعليم الأساسي (الابتدائي والثانوي) في البلدان ضعيفة ومتوسطة الدخل أعلى من معدل العائد من الاستثمار في التعليم العالي. ومن ثمة ينبغي وضع التعليم الأساسي على قمة أولويات الإنفاق العام في تلك البلدان التي لم تحقق حتى الآن درجة الاستيعاب الكامل في التعليم الأساسي.

وعلى أساس تحليل معدل العائد، ذكرت الدراسات أن العائد الاجتماعي من الاستثمار في التعليم يكون أكبر في المستويات الأولى من التعليم مقارنة بالعوائد الخاصة، بينما العوائد الخاصة من الاستثمار في التعليم تكون أكبر في المستويات العليا من التعليم، ومن ثم يوصى بان يركز الإنفاق العام بصورة أكبر على المستويات الأولى من التعليم بينما يشجع التمويل الخاص في التعليم ما بعد الثانوي.<sup>132</sup>

**3.4. المؤشرات الاجتماعية (المؤشرات الصحية والتعليمية):** يعود الإهتمام بالمؤشرات الاجتماعية إلى النصف الثاني من الستينات من القرن العشرين، حيث ظهر كتاب بعنوان المؤشرات الاجتماعية 1966، وبعد ذلك إنتشر هذا الوعي إلى أن أصبح محل دراسة لعدد كبير من علماء الاجتماع والإقتصاديين ولعل من أهم المؤشرات الاجتماعية نجد:

**1.3.4. المؤشرات التعليمية:** تتضمن التعليم الاساسي والثانوي والتعليم العالي بالإضافة إلى محو الأمية للبالغين.

**2.3.4. المؤشرات الصحية:** تتضمن عدد الاطباء لكل مائة ألف نسمة من السكان، وكذا عدد الممرضين بالإضافة إلى المياه المأمومة.<sup>133</sup>

**مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية:** تحتاج المؤسسات الصحية إلى مؤشرات معينة لقياس مستوى الأداء المحقق، بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة. ويمكن إجمال هذه المؤشرات في أربع مجموعات رئيسية تتفرع منها مقاييس مختلفة كما يلي:

#### **1. مؤشرات اداء الموارد البشرية:** وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

أ. المؤشرات الخاصة بالأطباء: يمكن إعتداد المقاييس الأتية في تحديد مستوى أدائهم ومنها:

<sup>132</sup>اقتصاديات التعليم، المرجع نفسه، ص18.

<sup>133</sup> تقرير التنمية البشرية لعام 2003، ص 66.

$$1. \text{ عملية/طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$2. \text{ مراجع/طبيب} = \frac{\text{عدد المراجعين للعيادة الخارجية}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$3. \text{ طبيب مقيم/إجمالي الأطباء} = \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$$

ب. المؤشرات الخاصة بالطاقتم التمريضي: ويمكن عرض المقاييس التالية:

$$1. \text{ ممرضة/طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$2. \text{ ممرضة/مريض} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الرافدين في المستشفى}}$$

$$3. \text{ سرير/طاقم تمريضي} = \frac{\text{عدد الأسرة خلال السنة}}{\text{عدد الطاقم التمريضي خلال السنة}}$$

ج. المؤشرات الخاصة بالإداريين:

$$1. \text{ اداري/عامل بالمستشفى} = \frac{\text{عدد الإداريين}}{\text{مجموع عمال المستشفى}}$$

2. مؤشرات تقييم الاداء للموارد المادية والمالية وتمثل هذه المؤشرات في الآتي:

$$1. \text{ نسبة الاجهزة الطبية العاطلة} = \frac{\text{عدد الاجهزة الطبية العاطلة}}{\text{عدد الكلي للأجهزة الطبية}}$$

$$2. \text{ نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات التشغيل} = \frac{\text{مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية}}{\text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية}}$$

$$3. \text{ معدل حصة المريض من الادوية} = \frac{\text{كلفة الادوية المستخدمة}}{\text{عدد المرضى الكلي}}$$

$$4. \text{ نسبة التلف في قناني الدم} = \frac{\text{عدد قناني الدم التالفة}}{\text{مجموع عدد قناني الدم المخزنة}}$$

$$5. \text{ نسبة مصاريف الصيانة} = \frac{\text{مصاريف الصيانة الفعلية}}{\text{مجموع المبالغ المخصصة للصيانة}}$$

3. مؤشرات تقييم اداء جودة الخدمات الصحية: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

$$1. \text{ نسبة الوفيات} = \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد مرضى المستشفى}}$$

$$2. \text{ معدل المكوث للإستشفاء} = \frac{\text{مجموع أيام إقامة مرضى الخروج لكل سنة}}{\text{عدد مرضى الخروج}}$$

ويقاس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، فكلما إنخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة، وكلما زادت هذه المدة كان ذلك دليلاً على إنخفاض كفاءة الأداء، بإستثناء الحالات التي يتطلب وقتاً طويلاً مثل مرضى المستشفيات النفسية والعقلية، أو بعض الحالات المرضية الأخرى. حيث أن مدة إقامة المريض تقل، كما يتضح بزيادة عدد حالات الخروج بما فيها الوفيات، أي أنه من الممكن أن تنخفض الكفاية الإنتاجية وتزداد نسبة من لا يتم شفاؤهم ويخرجوا لسوء حالتهم الصحية أو بالوفاة، وتشير نتيجة النسبة إلى نقص مدة الإقامة، الذي يستعان بها كدليل على مستوى كفاية مرتفع، أو قد يحدث أن تبادر المستشفى بإخراج المريض بعد أن أجريت له جراحة مثلاً ليستكمل علاجه في منزله تحت ضغط الإقبال المتزايد على المستشفى وتزداد حالات الخروج ويقل متوسط مدة الإقامة، بينما المريض قد عاوده المرض وفي إنتظار العودة للقسم الداخلي ثانية.

$$\text{معدل شغل الأسرة} = \frac{\text{عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج)} \times 100}{\text{عدد الأسرة} \times 365}$$

ويستخدم هذا المؤشر في معرفة مدى الوقت الذي في السرير مشغول للمريض خلال سنة معينة، فكلما زاد معدل شغل السرير، طال متوسط بقاء مدة الإقامة وبالتالي ينخفض معدل دوران الأسرة.<sup>134</sup> والجدير بالذكر أن هذا المعدل يعتبر من الأدوات اللازمة لوضع السياسة الصحية، حيث أن الإرتفاع المستمر لهذا المعدل يجذب نحو زيادة عدد الأسر وقصور العدد المتاح. ومن ناحية أخرى يجب التنبيه إلى عدم الإعتماد على هذا المعدل بصورة منفردة، حيث أن هناك أقسام مثل أخرى يكون المعدل منخفضاً مثل أقسام الأطفال والأمراض العادية المتكررة.

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج في السنة}}{\text{عدد الأسرة في نفس السنة}}$$

يوضع هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة غالباً ما تكون سنة.

$$\text{نسبة الشكاوى للمراجعين} = \frac{\text{عدد الشكاوى في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}}$$

<sup>134</sup> عدنان مهدي، المرجع سبق ذكره، ص 30، 31.

تشير النسبة اعلاه إلى نسبة الشكاوى المقدمة من طرف المراجعين، وقد يتعلق الأمر بالنواحي التالية:

- **محور التغذية:** قد يتخلل هذا المحور الكثير من أوجه القصور، ويتعلق الأمر بالتخطيط، وشراء وإستلام الأغذية، مرحلة الإعداد والطهي، مرحلة توزيع وتقديم الطعام وكل نقص أو خلل يتخلل هذه العناصر سوف يؤثر على جودة وكمية الغذاء المقدم للمرضى.
- **محور النظافة:** ويتعلق الامر بنظافة الغرف أو دورات المياه وغيرها.
- **محور الأدوية والتجهيزات:** ويتعلق الأمر بتوافر الأدوية والتجهيزات الطبية الضرورية.

$$\text{نسبة الشكاوي للطاقم الطبي} = \frac{\text{عدد الشكاوي في المستشفى}}{\text{عدد الأطباء}}$$

تتعلق هذه الشكاوي بعدم توافر وسائل العمل بشكل كاف او قلة فرص التكوين أو غيرها.

#### 4. مؤشرات تقييم اداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية:

$$1. \text{ معدل الاصابات بالأمراض السارية ( نوع المرض )} = \frac{\text{عدد الإصابات بمرض معين}}{\text{عدد سكان المنطقة المخدومة}}$$

$$2. \text{ نسبة الاطفال الملقحين} = \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة المخدومة}}$$

وما تجدر الإشارة إليه أن دقة النتائج المتحققة من أي مؤشر يعتمد كلياً على دقة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة الصحية<sup>135</sup> وتبويبها وترتيبها بالشكل الذي لا يحدث أي تداخل في النتائج النهائية أو إثارة الشك حولها. ولقد توصل مجدي عبد الرحمان إلى مجموعة من المؤشرات، نعتبرها أكثر شمولية، إعتد في تصنيفها على مدخل النظم، بحيث قسمها إلى مؤشرات خاصة بالمدخلات وأخرى بالعمليات، وأخيراً مؤشرات خاصة بالمرجات، والتي نعرضها في الجدول التالي:

<sup>135</sup>عدنان مهدي، المرجع نفسه، ص 32، 33.

جدول(02): مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات. 136

مؤشرات المدخلات		المؤشرات العلمية		مؤشرات المخرجات			
قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل		
مدى توافر الاغذية، مدى توافر المحاليل والادوية	معدلات تطوير اجهزة العمليات الجراحية والعناية المركزة	جودة هيئة الأطباء ( درجة نمو ومزيج الأطباء المعترف بهم دوليا)	معدل تأجيل العمليات الجراحية، تركيبية هيئة الأطباء	أداء هيكل الأطباء (عدد دعاوي الضرر من المرضى نتيجة لتقصير الأطباء) أداء هيئة التمريض	إتجاهات هيئة الأطباء وهيئة التمريض والعاملين عن العمل والمستشفى ودرجة الرضا	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	القائم بالعمليات (مقدمي الخدمة)
مدى توافر الأدوية بالصيدلية، مدى توافر المواد الخام للتحاليل	معدل تطوير اجهزة الكشف والاشعة والتحاليل	جودة هيئة التمريض والعاملين الآخرين	معدل تكرار الاشعة والتحاليل	أداء هيكل الأطباء (تكرار وزيادة لنفس المرضى)، عدد الشكاوى بعدم التشخيص الدقيق	مؤشرات تتعلق بالعيادات والاقسام الخارجية	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	المرضى
درجة معرفة المرضى بتسلسل الإجراءات بالمستشفى	درجة إدراك المرضى لدوره في عمليات الخدمة، مستوى	نسبة انتشار المرضى ومعدل الوفيات المتسببة فيها المستشفى	معدلات بقاء المريض بالمستشفى	معدل الوفيات العام بالمستشفى، النسبة العامة لإنتشار المرض في المجتمع الذي تخدمه المستشفى	رضا العميل، نية العميل بتوجيه الآخرين بالتعامل مع المستشفى، الحصة السوقية للمستشفى	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	المرضى
، درجة سهولة الوصول للخدمة المطلوبة	الجودة المدركة لدى المرضى	درجة الوعي الصحي في المجتمع الذي تخدمه العيادات	الزمن الذي يستغرق المريض من لحظة وصوله حتى تركه المستشفى، فترات الانتظار	تغيرات الحالة الصحية للمريض (عدد الشكاوي بعدم جدوى العلاج أو عدم مناسبته)	مؤشرات تتعلق بالعيادات والاقسام الخارجية		

#### 4.4 مفهوم المتابعة والتقييم.

1.4.4 مفهوم المتابعة: هي عملية منظمة ومستمرة وفقا لخطة موضوعية موضح بها الأهداف المراد تحقيقها مع مراجعتها بشكل دوري للتأكد من أن التنفيذ يتم في الإطار الصحيح.

جدول(03): يشرح بدقة مفهوم المتابعة.

عملية	مستمرة	أهداف مراد تحقيقها	المراجعة	التنفيذ الصحيح
أي تتم وفقاً لإجراءات محددة.	أي تتم باستمرار سواء متابعة يومية، أسبوعية، شهرية أو ربع سنوية، وفقاً لنوع النشاط.	المتابعة لا بد أن تسعى لتحقيق اهداف محددة سواء على مستوى المشروع أو برنامج أو على مستوى المنطقة ككل.	المراجعة الدورية للتأكد من مدى فعالية المتابعة. مراجعة أداء القائمين على المشروع. الميزانية يتم توجيهها في الإتجاه الصحيح.	التأكد من أن التنفيذ يتم بالجودة المطلوبة.

2.4.4. مفهوم التقييم: هي عملية مرحلية ومنظمة تتم على مدار مراحل المشروع كلها من خلال جمع وتحليل المعلومات لتحديد مدى تحقيق المشروع لاهدافه من خلال الأنشطة الموضوعية وقياس نتائج وأثر المشروع على المجتمع.

جدول(04): يشرح بدقة مفهوم التقييم. 137

عملية ←	مرحلية ←	بغرض ←	من خلال ←
أي تتم وفق إجراءات منظمة.	أي يتم التقييم سواء مرحلي او نصف سنوي أو مع نهاية البرنامج.	التأكد من تحقيق مخرجات المشروع، ومدى تحقق الأثر من المشروع.	تطبيق أدوات أو آليات مصممة مسبقاً.

✓ إذن التقييم للإجابة على: إلى أي مدى أهداف المشروع تم تحقيقها طبقاً للمستهدف منه؟

**الفعالية:** تعددت إبتهات الباحثين حول وضع تعريف للفعالية وإختلفت وجهات نظرهم لإختلاف الجانب الذي ركز عليه كل إبتاه فنجد:

**الفعالية:** عمل الشيء الصحيح.

**تعريف علي الشريف:** الفعالية تعني عمل الاشياء الصحيحة في الزمن المناسب وبالطريقة الملائمة.

**تعريف فروم:** هي صفة للسلوك الذي تبذل فيه طاقة ويترتب عليه أثر مرئي.

**تعريف عباس العلاق:** مدى صلاحية العناصر المستخدمة للحصول على النتائج المطلوبة. 138

<sup>137</sup>الوكالة الامريكية للتنمية الدولية، مفاهيم ومصطلحات المتابعة والتقييم، الطبعة 2010، ص 8، 11.

<sup>138</sup>بلقاسم سلاطنة وآخرون، الفعالية التنظيمية في المؤسسة مدخل سوسولوجي، دار الفجر للنشر، الطبعة 2013، ص 13.

**الفصل الثاني:**  
**أثر السياسة الإجتماعية**  
**على الصحة والتعليم.**

## الفصل الثاني: أثر السياسات الإجتماعية على الصحة والتعليم.

## 1. السياسة الإجتماعية ومجالي الصحة والتعليم (دراسات سابقة):

إن العلم تراكمي، وهذا ما يحفزنا للإطلاع على أعمال الذين سبقونا في نفس الميدان والإستفادة منهم، فهناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع السياسة الإجتماعية ومجالاتها وتناولته من زوايا مختلفة، فتنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية حيث أن وفي دراستنا سوف نستعرض جملة من الدراسات من مختلف الأقطار والبلدان ومختلف الحقب الزمنية، التي تم الرجوع إليها والإستفادة منها مشيرين بذلك لملاحظتها والتعليق عليها فيما يخص أوجه الإتفاق والإختلاف مع دراستنا، وسيتم عرض هذه الدراسات بتقسيمها لدراسات عربية وأخرى أجنبية بتصنيفها كالأتي: الدراسات العربية التي تناولت السياسة الإجتماعية ثم الدراسات الأجنبية التي تناولت السياسة الإجتماعية، بعدها الدراسات العربية التي عالجت مجال الصحة والانظمة الصحية، تليها الدراسات الأجنبية التي درست وتطرقت لمجال الصحة والانظمة الصحية، الدراسات العربية التي لخصت وشملت مجال التعليم والانظمة التعليمية إلى الدراسات الأجنبية التي بحثت وتحديثت عن مجال التعليم والانظمة التعليمية.

## 1.1. الدراسات السابقة التي تخص السياسات الإجتماعية.

## 1.1.1. الدراسات العربية التي تناولت السياسة الإجتماعية:

1. دراسة بعنوان: السياسة الإجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة للمؤلف طلعت مصطفى السروجي، دار الفكر العربي سنة 2004. حيث تعتبر قيمة بما فيها من معلومات، فإهتمت بعمق بالسياسة الإجتماعية، ركائزها، عملياتها ومحدداتها في إطار تطور مفهومها، نماذج صنعها وتحليلها وتطورها في ظل المتغيرات العالمية الحديثة، الحقوق الإجتماعية ونوعية الحياة، نظام الرعاية والرفاه الإجتماعي.<sup>139</sup>

<sup>139</sup> طلعت مصطفى السروجي، مرجع سابق.

2.دراسة بعنوان: قضايا السياسات الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والإشكالات، صدرت الدراسة عن المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بمجلس التعاون لدول الخليج العربية الطبعة 2013 في عددها 77، وإستعرضت العديد من النقاط المهمة كالإطار القانوني للسياسات الاجتماعية في دول مجلس التعاون، مكونات السياسة الاجتماعية القطاعية ومحدداتها في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، السياسات القطاعية لوزارات الشؤون الاجتماعية في دول الخليج العربية، التخطيط لإدارة المخاطر في السياسات الاجتماعية، وإدماج المسؤولية المجتمعية في السياسات الاجتماعية. فكانت دراسة واسعة وقيمة، محيطة بكافة جوانب السياسة الاجتماعية.<sup>140</sup>

3.دراسة بعنوان: إشكاليات السياسة الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي صدرت الدراسة عن المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بمجلس التعاون لدول الخليج العربية / الطبعة 2013 في عددها 80. وإستعرضت العديد من النقاط المهمة كالتخطيط لإدارة المخاطر في السياسات الاجتماعية، مؤشرات قياس فاعلية السياسات الاجتماعية في مواجهة المخاطر، مفهوم المخاطر الاجتماعية وعلاقتها بمفاهيم التنمية المستدامة وكذلك الامان الاجتماعي كمدخل للحماية الاجتماعية.<sup>141</sup>

4.دراسة بعنوان: دليل تحليل السياسات، صدرت عن مشروع الديمقراطية في الشرق الأوسط، وهي منظمة غير ربحية وغير حزبية تركز جهودها من أجل دراسة أثر السياسة الأمريكية على الإصلاح وتحقيق الديمقراطية في الشرق الأوسط (POMED) ديسمبر 2016. فقدمت أفكارا مهمة حول نماذج صنع السياسات، المقاربات ومنهجية تحليلها بدءا من تعريف المشكل، جمع الأدلة، بناء البدائل، وضع القواعد وإتخاذ القرار. وهي دراسة قيمة بالمعلومات الواردة فيها.<sup>142</sup>

<sup>140</sup> يوسف إلياس وآخرون، قضايا السياسة الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والإشكالات، سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد 77، الطبعة الأولى 2013.

<sup>141</sup> أحمد الزايد وآخرون، إشكالات السياسة الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد 80، الطبعة 2013.

<sup>142</sup> برنامج الشراكات مع المجتمع المدني، دليل تحليل السياسات، مشروع الديمقراطية في الشرق الأوسط، ديسمبر 2016.

5. رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إقتصاد وتسيير عمومي تحت عنوان \*السياسات الاجتماعية ونوعية الحياة في الجزائر (مقاربة كمية)، للطالبة العربي مليكة عن مخبر إدارة الجماعات المحلية والتنمية المحلية لجامعة معسكر، وتحت إشراف الدكتور فيصل مختاري، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير للسنة الجامعية 2016/2015. تطرقت الباحثة في دراسة نظرية للسياسة الاجتماعية ونوعية الحياة، والعلاقة بينهما، ثم اثر السياسات الاجتماعية على نوعية الحياة وتقديم مجموعة من الدراسات السابقة وتقارير حول موضوعها وختمتها في دراسة قياسية لأثر السياسات الاجتماعية المتبعة في الجزائر على نوعية الحياة.<sup>143</sup>

6. رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إقتصاد وتسيير عمومي تحت عنوان \*السياسات الاجتماعية الإعانات والنمو الإقتصادي في الجزائر (محاولة تقييم)، للطالبة العوفي حكيمه عن مخبر إدارة الجماعات المحلية والتنمية المحلية لجامعة معسكر، وتحت إشراف الدكتور فيصل مختاري، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير للسنة الجامعية 2016/2015. تمحورت رسالتها حول السياسة الاجتماعية وتطورها بتطور الدور الاجتماعي للدولة، موضحة إقتصاد الإعانات والنمو الإقتصادي، ثم دراسة تجريبية حول العلاقة بين السياسات الاجتماعية، الإعانات والنمو الإقتصادي وصولا الى تحليل السياسات الاجتماعية في الجزائر مبرزة علاقة السياسة الاجتماعية بالإعانات والنمو الإقتصادي في دراسة تطبيقية.<sup>144</sup>

7. رسالة ماجستير في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة وحكومات مقارنة، تحت عنوان \* واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى إرتباطها بالتنمية المستدامة\* من إعداد الطالب مسعود البلي للسنة الجامعية 2009-2010م، حيث قدم من خلالها كل مايلم بالسياسة الاجتماعية من مفهوما ودوافع ظهورها، نماذج صنعها وتحليلها، السياسة الاجتماعية وإقتصاد السوق، دراسة للواقع الاجتماعي في الجزائر من خلال المؤشرات والقطاعات الاجتماعية لفترة 1999-2009م، ثم نحو سياسات إجتماعية مستدامة يحث فيها على تسيير سياسات التربية والتعليم وتسيير السياسات الصحية وهي دراسة جيدة وتقارب نوعا ما موضوعي.<sup>145</sup>

<sup>143</sup> العربي مليكة، السياسات الاجتماعية ونوعية الحياة في الجزائر - مقارنة كمية - رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة معسكر، 2016/2015.

<sup>144</sup> العوفي حكيمه، السياسات الاجتماعية، الإعانات والنمو الإقتصادي في الجزائر - محاولة تقييم - رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة معسكر، 2016/2015.

<sup>145</sup> مسعود البلي، واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى إرتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة باتنة، 2010/2009.

8. مقال تم نشره بمجلة التنمية الاقتصادية، عدد جوان 2018 تحت عنوان: تقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر للفترة (1970-2014)، للباحثة العوفي حكيمة من جامعة معسكر، فركزت على السياسات الاجتماعية، الرفاهية الاجتماعية، النمو الاقتصادي، الانفاق العام الاجتماعي موضحة العلاقة بين السياسة الاجتماعية والنمو الاقتصادي ومحلة للسياسة الاجتماعية في الجزائر للفترة (1970-2014) بمعطيات رقمية لكل من قطاع السكن، البطالة والتشغيل، التعليم والصحة.<sup>146</sup>

2.1.1. الدراسات الأجنبية التي تناولت السياسة الاجتماعية: هناك مجموعة من الدراسات التي قامت بها اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (ESCWA) التابعة للأمم المتحدة حول السياسة الاجتماعية ومنها:

1. دراسة بعنوان: نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية: إطار وتحليل مقارن، صدرت عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (ESCWA) التابعة للأمم المتحدة في 10 نوفمبر 2005. التقرير الأول، فقدت خصائص السياسة الاجتماعية في البلدان العربية، وبينت وظائف هذه السياسة في التنمية كما اقترحت إستراتيجية شاملة للسياسة الاجتماعية، فحددت الظروف المساعدة والمعوقة التي تؤثر على صياغة السياسة الاجتماعية، تنفيذها ورصدها بالإستناد إلى تجارب بلدان أخرى.<sup>147</sup>

2. دراسة بعنوان: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة (UNDESA)، التي قدمت دراسة غاية في الأهمية تحت عنوان: السياسة الاجتماعية، بنيويورك يونيو 2007، وقد شملت هذه الأخيرة على العديد من المحاور التي لا بد أن تأخذ في الحسبان من طرف راسمي السياسة الاجتماعية خاصة في الدول النامية من حيث تعزيز العدالة والإستثمار في التنمية الاجتماعية الشاملة، وكيفية إعداد الإستراتيجيات الإنمائية الوطنية، تطوير التعليم، الصحة والحماية الاجتماعية، منع النزاع وخلق مجتمعات متماسكة ومستقرة.<sup>148</sup>

<sup>146</sup> العوفي حكيمة وآخرون، تقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر في الفترة 1970-2014، مجلة التنمية الاقتصادية، العدد 5، جوان 2018.

<sup>147</sup> سعد ناجي، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية إطار وتحليل مقارن، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 10 نوفمبر 2005.

<sup>148</sup> إزابيل أورتيز، السياسة الاجتماعية الاستراتيجية الإنمائية الوطنية، مذكرات توجيهية في السياسات، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك 2007.

3.دراسة: Isabelle Haward Jack Et Richet حول السياسة الاجتماعية الأوروبية والنظام الأوروبي

فكان الهدف والرؤية هي إنشاء نظام اجتماعي موحد لكل الدول الأوروبية لاجل التطور والتقدم في مختلف المجالات الاجتماعية، إقتصادية وحتى سياسية داخل الوحدة الأوروبية لضمان مكانة مرموقة ذات سلطة وقرار في السوق الدولي وبين المنظمات العالمية مع الحفاظ على الهوية الأوروبية التاريخية لدول المجموعة للوصول للرفاه في كافة الميادين والسعادة الإنسانية.<sup>149</sup>

4.دراسة بعنوان: السياسة الاجتماعية المتكاملة من المفهوم إلى الممارسة، صدرت عن اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (ESCWA) التابعة للأمم المتحدة في 28 ماي 2008. التقرير الثاني، فكانت قيمة وقدمت مفهوم علمي للسياسة الاجتماعية المتكاملة، توضيح المفاهيم الخاطئة الشائعة حولها، تحديد مفهوم النمو المنصف وعلاقته بالسياسة الاجتماعية، الإطار الثلاثي العناصر للسياسة الاجتماعية الذي وضعته الإيسكوا وربطتهم في النهاية بالأهداف الإنمائية للألفية في المنطقة العربية وبالتنمية المستدامة مضيئة بعض العبر المفيدة مستقبلاً.<sup>150</sup>

5. دراسة بعنوان: السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإيسكوا، صدرت عن اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (ESCWA) التابعة للأمم المتحدة في عام 2009 التقرير الثالث. فيفحص التحديات الاجتماعية والإقتصادية ويقدم تحليلاً للأساليب التي تعتمد عليها البلدان في معالجة قضايا الحماية الاجتماعية والإستثمار في الموارد البشرية وتهيئة البيئة التمكينية. ويستخلص التقرير أن التحديات الناشئة والتي تبدوا حرجة بالنسبة إلى مستقبل التنمية في المنطقة تتضمن إقامة شراكات شاملة لمختلف القطاعات، وتوزيع الموارد على نحو منصف، وضمان أن يشمل النمو الجميع.<sup>151</sup>

<sup>149</sup> H. Jack et R. Isabelle, Réglementations européennes et politiques sociales nationales, le grand écart, Pouvoirs 2014.

<sup>150</sup> ميساء يوسف، السياسات الاجتماعية المتكاملة من المفهوم إلى الممارسة، التقرير الثاني، اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 28 ماي 2008.

<sup>151</sup> سيلين نصار وآخرون، السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإيسكوا، التقرير الثالث، اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك 2009.

6.دراسة بعنوان: منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإسكوا، صدرت عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (ESCWA) التابعة للأمم المتحدة في 30 جوان 2011.إهتمت بتحديد الدور الفعال للمشاركة في عمليات السياسة الاجتماعية من مراحل عمليات السياسة الاجتماعية الى التدخلات المؤثرة في عمليات السياسة الاجتماعية وإستنتاجات نهائية من عمليتي المتابعة والتقييم.<sup>152</sup>

## 2.1. الدراسات السابقة التي تخص الصحة.

### 1.2.1.الدراسات العربية التي عالجت الصحة والانظمة الصحية:

1. مقالة امال بوراجة تحت عنوان: التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسّن المؤشرات الصحية، عن جامعة وهران فتطرق إلى مجمل المراحل التي مر بها القطاع الصحي منذ الإستقلال إلى غاية 2015.والمراحل كالآتي: المرحلة الأولى:(1963-1973)،.المرحلة الثانية:(1974-1989).المرحلة الثالثة:(1990-1999). المرحلة الرابعة:(2000-2009).المرحلة الخامسة:(2010-2014).

قدمت الباحثة العديد من الإحصاءات الرقمية القيمة المتمثلة في تطور المؤشرات الصحية بالدولة الجزائرية خلال الفترات التالية: (1974-1989)، (1990-1999)، (2000-2008) ثم (2014-2010) وهذه المؤشرات تتمثل في: معدل المواليد، معدل الوفيات العام، معدل وفيات الأطفال وأمل الحياة. كما قدمت إحصائيات ممثلة في أشكال بيانية كتطور معدل الوفيات (1990-2015) تطور معدل وفيات الأمهات (1962-2014) لكل 100.000 ولادة حية، تطور أمل الحياة لكلا الجنسين من (1965-2015)، إحصائيات رقمية عن المؤشرات الصحية بالجزائر من (2010-2015) وتطور أمل الحياة في الجزائر منذ الإستقلال إلى غاية 2015. كانت هذه الدراسة قيمة بالمعلومات الموجودة بها فهي دراسة تقييمية للصحة الجزائرية من خلال المؤشرات الاجتماعية الصحية وهي جزء من دراستي.<sup>153</sup>

<sup>152</sup> منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإسكوا، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الإسكوا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك 30 جوان 2011.

<sup>153</sup> أمال بوراجة، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسّن المؤشرات الصحية، مجلة مقدمات، العدد 07، جوان 2018.

2. كتاب بعنوان \*إدارة المستشفيات العمومية بالجزائر\* للدكتور نور الدين حاروش، الطبعة 2009. تطرق من خلاله إلى كل ما يخص السياسة الصحية عامة والجزائرية على وجه الخصوص، حيث قدم مسار للسياسة الصحية في الجزائر من فترة الدولة العثمانية مروراً بالحقبة الإستعمارية إلى غاية 2015 وما مرت به الجزائر، وطريقة تسييرها لقطاعها الصحي الوطني وسياساتها الصحية في مجموعة من التنظيمات والقوانين والإحصائيات، فأوضح خلالها أهمية إدارة الجودة الشاملة للنهوض بالمنظومة الصحية، مراحل تطبيقها، عناصرها، فوائدها وكيفية تطبيق هذا النظام بالمستشفيات الجزائرية وهو كتاب قيم ومهم للباحثين في مجال الصحة والسياسات الصحية مدعم تأليفه بجملة قيمة من الإحصائيات والمؤشرات والأرقام المفيدة فهو عبارة عن مرجع قيم في المجال الصحي لقطاع الصحة بالدولة الجزائرية.<sup>154</sup>

3. مقالة عياشي نور الدين بعنوان: **تطور المنظومة الصحية الجزائرية**، عن جامعة قسنطينة حيث إستهلها بمؤشرات الإقتصاد الجزائري منذ 1986 إلى غاية 2008 وقسمها لفترات كالآتي: مؤشرات الإقتصاد الجزائري للفترة (1986-1989) ثم فترة (1990-1995) وهي فترة الركود وذلك للمعدل السلبي للناتج الداخلي الخام للفرد، بعدها فترة (1996-2000) وتميزت بمعدلات نمو إيجابية للناتج الداخلي الخام تليها فترة تسارع النمو (2001-2005) وذلك في دراسة مقارنة لكل من الجزائر، المغرب وتونس، لينتقل بعدها للمؤشرات الصحية بالجزائر كمعدل وفيات الأمهات في الجزائر من 1992 إلى غاية 2004 ثم مؤشر أمل الحياة عند الولادة لكل من المغرب، الجزائر وتونس من 1970 إلى غاية 2007. تطرق بعدها لتطور النفقات الصحية للدول الثلاث وللفترة الممتدة من 1990 إلى 2005، ثم تحديد نوع الإنفاق من إنفاق عام وآخر خاص للفترة الممتدة بين 2000 إلى 2005 وكذلك الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي في البلدان المغاربية، بعدها إلى مصادر تمويل الصحة في الجزائر قدم خلالها مجموعة من الإحصاءات والمؤشرات الصحية القيمة والمفيدة في دراسة مقارنة بين بلدان الشمال المغربي وهي تونس، المغرب والجزائر.<sup>155</sup>

<sup>154</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى 2009.

<sup>155</sup> عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث إقتصادية، العدد 31، جوان 2009.

4. مقالة دريسي أسماء تحت عنوان: تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية، خلال الفترة (2004-2013) حيث قامت الباحثة من خلال هذه الدراسة بتحليل تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر وفعاليتها خلال الفترة المذكورة سابقا. في إطار عملية إصلاح المنظومة الصحية، متطرفة إلى أهمية الصحة في الأدبيات الاقتصادية وقدمت أمثلة بيانية وإحصائية عن الإنفاق على الرعاية الصحية عالميا، ثم علاقة الإنفاق على الرعاية الصحية بنصيب الفرد من النمو الحقيقي، ودور الإصلاحات في زيادة كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية منتقلة إلى وضعية الصحة في الجزائر ومختلف الاختلالات المميزة للنظام الصحي الجزائري، مبادئ وأهداف إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية وذلك في جملة إحصائيات رقمية جسدها جداول عبارة عن ميزانتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة للفترة (2004-2013)، الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة للفترة (2004-2013) وميزانية وزارة الصحة بالنسبة للنتائج المحلي الخام للفترة (2004-2013).<sup>156</sup>

5. مقالة ثنائية لكل من الاستاذة الدكتورة إيمان بن زيان وريمّة أوشن عن جامعة الحاج لخضر باتنة تحت عنوان: واقع أداء النظام الصحي في الجزائر، دراسة تحليلية، وضحت الباحثين مفهوم ومكونات النظم الصحية، معايير تقييمها، العوامل المؤثرة في وضعها ثم جملة المشكلات التي تعيق أنظمة الرعاية الصحية لتؤكدان بعدها على تقييم أداء النظام الصحي الجزائري. وهذا التقييم من خلال المؤشرات الصحية الممثلة إحصائيا بجداول كالأتي: تطور معدل مأمول العمر في الجزائر لكل من الإناث والذكور عند الولادة وعند سن 60 سنة للفترة (1999-2014)، معدلات الوفيات والمواليد في الجزائر لكلا الجنسين وبإختلاف السن، من الرضاعة وحتى سن 60 سنة للفترة (1999-2014). كذلك أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر للفترة (2000-2012)، وعدد حالات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر للفترة (2008-2012)، مع حجم التغطية بالخدمات الصحية في الجزائر للفترة (1990-2013)، والقوى العاملة وتعداد الهياكل الصحية مع مختلف الإحصاءات الديموغرافية، الاجتماعية والإقتصادية في الجزائر للفترة (2000-2014).<sup>157</sup>

<sup>156</sup> دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015.

<sup>157</sup> ريمّة أوشن وأخرون، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية - مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 40.

## 2.2.1. الدراسات الأجنبية في مجال الصحة والسياسات الصحية:

1. دراسة للمنظمة العالمية للصحة WHO بعنوان: *Monitoring The Building Blocks Of Health Systems* بمساعدة البنك الدولي وخبراء من جميع أنحاء العالم حول الخدمات الصحية وتقديمها، القوى العاملة الصحية والوصول الى الادوية الاساسية، تمويل النظم الصحية واطر مراقبتها، رصدها وتقييمها، القيادة والحوكمة، البيانات الصحية والسجلات الادارية، المعلومات الصحية ومصادرها لتقييم الخدمات والمرافق الصحية وكذا ومدى جاهزيتها، انظمة تخزين ومراقبة مخزون الادوية، القوى العاملة وحدودها...الخ). كما تطرقت الدراسة لاهمية المؤشرات الصحية كعدد العاملين الصحيين لكل 10.000 نسمة وتوزيعهم حسب المهنة، التخصص، المنطقة، مكان العمل والجنس، العدد السنوي لخريجي المهن الصحية والمؤسسات التعليمية الصحية لكل 100.000 نسمة، منهجية تقييم التوافر والجاهزية لكل من الموارد البشرية، الهياكل القاعدية، العتاد الطبي والادوية. كما تطرقت الدراسة لتقديم بعض المؤشرات الصحية حول نظامي كل من دولة قطر ودولة افغانستان<sup>158</sup>.

2. دراسة David Mccoy and Pascale Allotey تحت عنوان *An Introduction To Health Systems*، نشرت الدراسة على الانترنت من قبل مطبعة جامعة كامبريدج وتطرقت الى تقديم نظري شامل للانظمة الصحية، الوظائف المجتمعية لهذه الانظمة، مفهوم التنافس داخل الانظمة الصحية، اطر النظم الصحية وانواعها، ثم قام الباحثين باسقاط دراستهما على دولة ماليزيا التي تشهد ثورة تقدم وتطور في مختلف المجالات الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والسياحية كدراسة حالة<sup>159</sup>.

3. دراسة ل: David Zakus, Onil Bhattacharyya, And Xiaolin Wei والمعنونة ب: *Health Systems, Managment, And Organization In Global Health* تطرق من خلالها الباحثين الى تقديم ماهية النظم الصحية وأداءها، وظائفها، هيكل النظم الصحية، طرق تحسين اداء النظم الصحية، والتركيز على فكرة فح الفقر الطبي، وتحديات النظام الصحي للفقراء فيما يخص اللامركزية، وخصخصة الصحة وتطبيق نظريات الادارة والسلوك التنظيمي، أداء المنظمات والمؤسسات الحكومية والشركات الخاصة في المجال الصحي، كما قاموا باسقاط الدراسة على حالة مقدمي الخدمات الخاصة في الهند<sup>160</sup>.

<sup>158</sup>Monitoring the building blocks of health systems, world health organization 2010.

<sup>159</sup>David Mccoy and Pascale Allotey, *An Introduction To Health Systems*, published online by cambridge university press. <https://doi.org/10.1017/9781108954846.004>.

<sup>160</sup>David Zakus and others, *Health Systems, Managment, And Organization In Global Health*, january 2015.

## 3.1. الدراسات السابقة التي تخص التعليم.

## 1.3.1. الدراسات العربية لمجال التعليم والنظام التعليمي:

1. مقالة ثنائية للباحث الدكتور مختاري فيصل والباحثة بoudir إيمان عن مخبر إدارة الجماعات المحلية والتنمية المحلية لجامعة معسكر، تم نشرها بالمجلة الجزائرية للإقتصاد والإدارة جامعة معسكر، العدد 02، 2017. تحت عنوان \*المؤشرات الاجتماعية لتقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر\* مؤشر التعليم\* فتطرقا لكل من السياسات الاجتماعية، المؤشرات الاجتماعية مركزين على تطور مؤشر التعليم والإنفاق عليه في الجزائر، فقاما بتحليل العلاقة التي تربط المؤشرات الاجتماعية والسياسات الاجتماعية في الجزائر للوصول في النهاية لقياس نوعية الحياة، تحسين وزيادة رفاهية الأفراد، قدمت هذه الدراسة أفكار نظرية متكاملة حول السياسة الاجتماعية من نشأتها، مذهبها، أهدافها، وظائفها ومكوناتها وتحديد مفهوم المؤشرات الاجتماعية، واقع السياسات الاجتماعية والمؤشرات الاجتماعية في الجزائر بما فيها السياسة التعليمية الجزائرية منذ الإستقلال 1962 وإلى غاية 2012 في دراسة قياسية قيمة، بما فيها من رصيد علمي حول التعليم في الجزائر والإنفاق عليه.<sup>161</sup>

2. مقالة الباحثين سميرة كرمين وبقبق ليلي إسمهان تحت عنوان دور الإنفاق العمومي في تحقيق أهداف السياسة التعليمية في الجزائر، دراسة قياسية (1990-2016): لخصت هذه الدراسة مدى تأثير حجم الإنفاق العمومي على قطاع التربية والتعليم ومدى فعاليته خلال الفترة (1990-2016) في إطار إصلاح المنظومة التربوية والتعليمية الجزائرية، قسمت الفترة الزمنية لهذه الدراسة لمرحلتين وهما كالتالي: المرحلة الأولى (1990-2000)، والمرحلة الثانية هي (2000-2016)، حيث قدمتا خلال هذه المرحلتين تحليل تطور الإنفاق العمومي على سياسات التعليم في الجزائر، عن طريق دراسة إحصائية بيانية لكل من تطور ميزانية التربية والتعليم، وتطور نسبة الإنفاق العمومي على هذا المجال من الإنفاق الإجمالي للفترة المذكورة سابقا، تطور البنية التحتية للمؤسسات التعليمية مع تطور عدد التلاميذ في المستويات الثلاث ابتدائي، متوسط و ثانوي، معدل الالتحاق بالمدارس ومؤشر التسرب المدرسي وهي دراسة إحصائية قيمة بالمعلومات والمؤشرات التي إحتوتها وحللتها.<sup>162</sup>

<sup>161</sup> بoudir إيمان وآخرون، المؤشرات الاجتماعية لتقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر مؤشر التعليم، المجلة الجزائرية للإقتصاد والإدارة، المجلد 8، العدد 2.

<sup>162</sup> سميرة كرمين وآخرون، دور الإنفاق العمومي في تحقيق أهداف السياسة التعليمية في الجزائر دراسة قياسية، 1990-2016، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 8، العدد 2، 2019.

3. مقالة لشهب أحمد بعنوان صنع السياسة التربوية في الجزائر عن جامعة الجزائر 3، حيث تناولت هذه الدراسة موضوع صنع السياسة العامة لإصلاح المنظومة التربوية في الجزائر، وذلك لإبراز أهمية التربية والتعليم حيث تم التطرق لدراسة المسار التاريخي للسياسة العامة التربوية في الجزائر، وذلك من 1962 إلى غاية 2000، فقدم مفاهيم مختلفة شارحة للسياسة العامة التربوية وطريقة صنع هذه السياسة مستدلا في ذلك بوصف وتحليل مراحل السياسة العامة التربوية في الدولة الجزائرية منذ الإستقلال وإلى غاية سنة 2000 مقسما هذه الفترة لمرحلتين وهما: المرحلة الأولى (1962-1976)، والمرحلة الثانية (1976-2000)، مستشهدا ببعض النصوص القانونية كنص دستور 1963، 1968 و 1976 كذلك المخططات الوطنية الثلاث 1966 إلى 1977، الميثاق الوطني 1975، ودورهم في وضع منظومة إدارية وقانونية وبيداغوجية متكاملة لإصلاح التعليم بالجزائر، مضيفا بعض الإحصاءات والمؤشرات كجدول لخص فيه كل المنجزات من مدارس ابتدائية، متوسطات، ثانويات، متقنات... الخ)، منذ 1962 إلى 1992. مؤكدا على القوى التي أثرت في صنع السياسة التربوية من قوى رسمية كالسلطة التنفيذية والسلطة التشريعية، وقوى غير رسمية كالنخبة المثقفة، التكنوقراط والبروقراط، المجتمع المدني والأحزاب السياسية.<sup>163</sup>

4. دراسة علي دحمان محمد تحت عنوان: تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة تلمسان، ركز على مجالي الصحة والتعليم بالجزائر فقدم الباحث كل ما يتعلق بالنظام الصحي والنظام التربوي التعليمي بهذه الدولة منذ الإستقلال 1962 إلى غاية 2009م. قسم الفترة الزمنية للدراسة حسب المراحل التي مر بها كل من النظامين الصحي والتعليمي بالجزائر كآلي: النظام الصحي الجزائري للفترة (1962-1974) ثم (1974-1988)، تليها فترة (1988-2000)، بعدها (2000-2009) أما فيما يخص التربية والتعليم فقسم لثلاث فترات كما يلي: فترة (1962-1970) لينتقل للفترة الثانية (1970-2000) والفترة الأخيرة (2000-2008)، قدم خلال ذلك المفهوم الإقتصادي لكل من الصحة والتعليم، الهيئات والهيكل المشرفة عليهما، مصادر وأنظمة تمويلهما في الدولة الجزائرية، فقام بدراسة تاريخية للمنظومة الصحية والتعليمية بالجزائر، وكانت هذه الدراسة ممتازة ومشبعة بالإحصاءات والمؤشرات الاجتماعية الصحية والتعليمية، وهي مرجع علمي قيم كالقطاعات الصحية والتعليمية الجزائرية وتقسيماتها، تطور تعداد العمال باختلاف رتبهم وتخصصاتهم والهيكل الصحية والتعليمية للقطاع العام والخاص، ومختلف المؤشرات الصحية والتعليمية للدولة الجزائرية، إلى تحليل نفقات الصحة والتعليم ضمن الموازنة العامة في الدولة الجزائرية والوقوف على إيجابياتها وسلبياتها.<sup>164</sup>

<sup>163</sup> أحمد لشهب، صنع السياسة التربوية في الجزائر، مجلة الفكر، المجلد 9، العدد 2.

<sup>164</sup> علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، جامعة تلمسان، 2010، 2011.

5. دراسة بعنوان: التعليم في المغرب العربي، دراسة تحليلية نقدية لسياسة التعليم في المغرب وتونس والجزائر لمحمد عابد الجابري لعام 1989م. خص بها كل ما يتعلق بالسياسة التعليمية الجزائرية، التونسية والمغربية، فتحدث عن التعليم الجزائري ونظامه وأطواره منذ الحقبة الإستعمارية مرورا بالإصلاحات التي شهدتها هذا النظام العريق في الجزائر، فقدم دراسة تقييمية وفق المؤشرات العلمية الإجتماعية وخص بها الأطوار الثلاثة ونظام التعليم العالي والتكوين المهني والتمهين، بطلبته وهياكله وحجم التطور الكمي والنوعي الذي شهده القطاع، فكانت دراسة تاريخية قيمة جدا لما إحتوته من معلومات وإحصائيات لمسار التعليم بالدولة الجزائرية ومقارنتها بالسياسة التعليمية التونسية والمغربية.<sup>165</sup>

6. دراسة للدكتور أشرف خيرى سالم محمد تحت عنوان: المؤسسات التعليمية وتأثيرها في النهضة الصينية، في الربع الأخير من القرن العشرين في طبعها 2020. حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الحضاري للمؤسسات التعليمية في النهضة الصينية، فتناولت في فصولها الدور الإيجابي للتعليم في النهضة الحضارية فقدم مكونات النظام التعليمي البياني والنظام الكوري، من حيث الملامح الأساسية للنظام التعليمي وبنيته، أهدافه، السلم التعليمي في المدارس، إعداد المعلمين والإدارة التعليمية، تمويل التعليم ودوره في النهضة الحضارية، كما تناولت الدراسة العلاقة الجدلية بين التعليم والتنمية عن طريق إبراز أهمية التعليم في تكوين رأس المال البشري، فالتعليم لأجل المعرفة والتعلم لأجل سوق العمل مبرزا ذلك بالتفصيل الدقيق وتقديم توصيات ونتائج.<sup>166</sup>

7. دراسة عن المعهد العربي للتخطيط بالكويت وهو منظمة عربية مستقلة اصدرت هذه الدراسة في عددها 68 شهر ديسمبر 2007. تحت عنوان: إقتصاديات التعليم، فقدمت هذه الدراسة الاهمية الكبيرة للتعليم في الإقتصاد والتنمية بما يقدمه من قوى بشرية متعلمة، ودوره على المستوى الفردي والعمومي بإعتباره مزيجا من الإستهلاك والإدخار، فالأسرة أو المجتمع تنفق على التعليم كنوع من الإستمتاع بالتعليم بحد ذاته من جانب، وعلى أمل الحصول منه على عوائد مستقبلية، متمثلة بين أمور أخرى بفوارق الأجر الناجمة، مبدئيا عن التعليم من جانب آخر، وتزايد أهمية جرعة الإستثمار أهميتها كلما إرتفعنا على السلم التعليمي من جهة، وكلما توجهنا إلى الفروع التطبيقية من التعليم من جهة أخرى.<sup>167</sup>

<sup>165</sup> محمد عابد الجابري، التعليم في المغرب العربي، دراسة تحليلية نقدية لسياسة التعليم في المغرب وتونس والجزائر، الطبعة 1989.

<sup>166</sup> أشرف خيرى، المؤسسات التعليمية وتأثيرها في النهضة الصينية، الطبعة 2020.

<sup>167</sup> إقتصاديات التعليم، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، العدد 68، ديسمبر 2007.

### 1.2.3.2. الدراسات الأجنبية في مجال التعليم والسياسات التعليمية:

1. دراسة Stéphanie Goirand 2014 تتحدث الدراسة عن السياسات التعليمية الفرنسية وبالتحديد في مقاطعة تولوز الفرنسية، فتربط المجال التعليمي بالمجال والعمل الإجتماعي، بإختلاف أنواعه في علاقة قوية لتحسين المجتمع المحلي وتطويره من خلال التفاعل التعليمي والطلابي كمورد بشري في تطوير مدينتهم بأشطة ومهن مفيدة وفي نفس الوقت ضمن المنظومة التعليمية.<sup>168</sup>

2. دراسة Romuald Sostaine 2009 بدولة الكامرون حول التعليم وكيف يتطور بتطور النفقات، ويتحسن بتدخل الدولة الفعال في النظام التعليمي وبالأخص عن طريق الإنفاق على التعليم، ففي هذه الدراسة يبرز الدور الفعال لزيادة النفقات التعليمية على الأفراد ومدى تحسن مستواهم، والذي بدوره يخلق تنمية بشرية وإجتماعية تقود هذا الوطن للأفضل.<sup>169</sup>

3. دراسة: Philippe De Vreyer تحت عنوان: Fécondité Et éducation حيث قدم الباحث دراسة في قسمين خص بالقسم الاول موضوع الخصوبة، والقسم الثاني موضوع التعليم، فتطرق بالقسم الاول من الدراسة لتحليل العائد الديمغرافي، العائد الاجتماعي والاقتصادي من الخصوبة سواء كانت مرتفعة او منخفضة، وشرح نقاط عديدة منها ان الاطفال هم الثروة عند الاسر الفقيرة حسب T.W.Schultz، الوفيات والخصوبة والاعراف الاجتماعية، مشكل المعلومة وبطء تدفق المعلومات، تكاليف الخصوبة، وان للخصوبة دور كبير في تخفيض حدة الفقر ولكن غالبا ما يكون العكس.

اما القسم الثاني والمتعلق بالتعليم، فتحدث عن معدلات الالتحاق الاجمالية بالمدارس الابتدائية والمتوسطات، ومعدل عدد سنوات التعليم للسكان الذين تتراوح اعمارهم بين 15 سنة وما فوق، نمذجة العرض والطلب على التعليم، نظرية راس المال البشري وعواقب فشل السوق المالية على التعليم حسب (JacobyetSkoufias 1997) ومستخلصا علاقة الخصوبة بالتعليم.<sup>170</sup>

<sup>168</sup> S.Goirand, De la construction à la légitimation d'une nouvelle fonction du social, les coordinateurs de réussite éducative à Toulouse, formation emploi, janvies-mars 2014.mis en ligne le 31 mars 2016, consulté le 12 mai 2014.URL: <http://formation.emploi.revues.org/4132> p69, 70, 86.

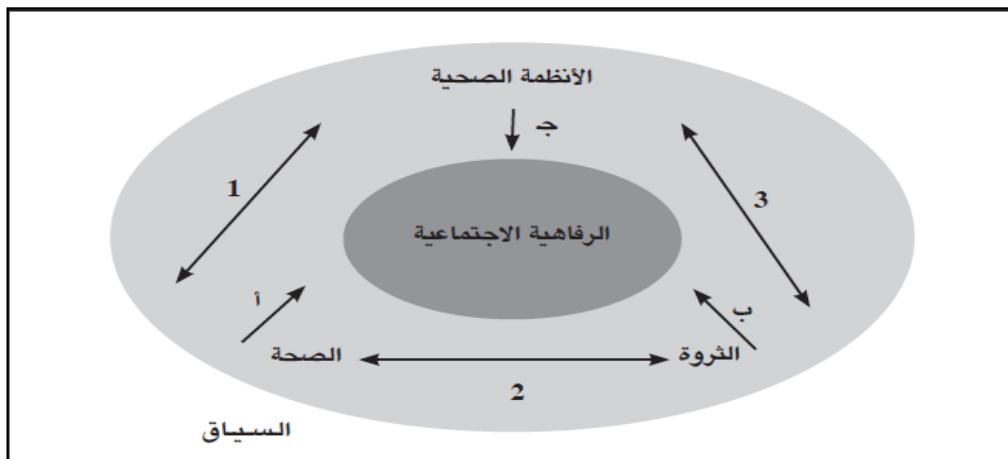
<sup>169</sup> R. sostaine foueka, Croissance des dépenses publiques et incidence sur le développement au Cameroun: le cas du secteur éducatif, université de Yaoundé 2soa – Master/dea NPTCI2009P42.

<sup>170</sup>Philippe De Vreyer, Fécondité Et éducation, Séminaire de microéconomie du développement, Université Paris Dauphine.

2. العلاقة بين السياسة الإجتماعية ومجالي الصحة والتعليم.

2.1. العلاقة بين السياسة الإجتماعية والصحة: إستحوذ الضغط التصاعدي للإئناق على الرعاية الصحية منذ منتصف الثمانينيات من القرن الماضي على إهتمام صناع السياسة.أحد الإقتراحات لإحتواء تلك التكاليف هو تحسين صحة السكان والذي يبدوا بالتأكيد هدفا معقولاً: فأناس أصحاب سيحتاجون لرعاية صحية أقل، وذلك من شأنه في المقابل أن يخفض النفقات.إن هذه الفكرة تركز على تقرير مؤثر وانلس (wanless 2002) والذي تم بتكليف من وزارة المالية في المملكة المتحدة.ولكن البعض مشككون في هذه الفكرة، مقترحين أن الحالة الصحية الأفضل قد تؤدي إلى زيادة الإئناق على الرعاية الصحية في المستقبل حسب (Zweifel, Steinmann and Eugster 2005)، وقدر (Dormont, Grignon and Huber 2006) أن التحسن في الحالة الصحية للسكان الفرنسيين بين عامي 1992 و 2000 أدى إلى الإنخفاض في نفقات الرعاية الصحية في عام 2000 بنسبة 8.6% عن مستوى الإئناق الصحي للدولة لعام 1992.وقام مانتون وآخرون (Manton et Al 2007) بدراسة السكان المستفيدين من نظام الرعاية الطبية في الولايات المتحدة بين عامين 1982- 1999، ونظام الرعاية الطبية هو برنامج التأمين الصحي الممول من القطاع العام، ويوفر التغطية للأشخاص الذين تبلغ اعمارهم 65 عاما وما فوق أو الذين تنطبق عليهم معايير أخرى.حيث قدروا أن انخفاض العجز لدى السكان في عام 1999 أدى إلى إنخفاض في تكاليف برنامج الرعاية الطبية بمقدار 25.9 مليار دولار أمريكي (16.5 مليار يورو) عما كان يمكن أن يكون.

شكل(11): مثلث العلاقة بين النظم الصحية، الثروة والرفاهية الإجتماعية.<sup>171</sup>



<sup>171</sup>Josep figueras and others, health systems, health, wealth and societal well-being, edition 2015, p 94, 96, 97,16.

تشمل مساهمة النظام الصحي في الرفاهية الإجتماعية من خلال ثلاث طرق 1-3 و أ-ج إلى العلاقة ما بين الأنظمة الصحية، الصحة، الثروة والرفاهية الإجتماعية، فالأنظمة الصحية تنتج الصحة، والتي تعد مكونا رئيسيا وملازما للرفاهية (أ) وتأثيرها على خلق الثروة (2)، مساهما غير مباشر لتحقيق الرفاهية (ب) ثانيا: تؤثر الأنظمة الصحية مباشرة بشكل أقل على الثروة كمكون لا يستهان به في الإقتصاد (3)، والتي بدورها تؤثر مرة أخرى على الرفاهية الإجتماعية (ب).<sup>172</sup>

على النظم الصحية أن تكون قادرة على تحمل جودة رعاية أفضل، وتحصل على تصنيفات إستجابة أفضل. وقد تم إستعمال تحليل ما إذا كانت نفقات أعلى للصحة هي مرتبطة بإستجابة أعلى ( Valentine et Al.2009 ) ، فبشكل عام أظهرت النتائج مشاركة إيجابية عبر العديد من الميادين لمعظم تجمعات مدخول الدولة، أن هناك علاقة متبادلة واضحة بين نفقات الرعاية الصحية الإجمالية ومستويات الإستجابة خاصة الدول ذات المدخول العالي.<sup>173</sup>

**2.2. العلاقة بين السياسة الإجتماعية والتعليم:** أصبح التعليم أداة لصناعة التقدم والنهضة في عصر أصبح فيه التقدم معرفيا، وأصبحت فيه النهضة تكنولوجية بالدرجة الأولى في ظل تحول الإقتصاد العالمي إلى إقتصاد يعتمد على المعرفة وتقنياتها في ظل ثورة الإتصالات والمعلومات والوسائل التعليمية المتعددة، التي يشكل فيها الإنسان أهم مكوناتها وتعد العلاقة بين التعليم والتنمية من الأمور المثيرة للجدل والنقاش، فالتعليم في مفهومه الواسع من شأنه تسريع خطط التنمية التي بدورها تسعى إلى رفع التعليم، وبالعكس فإن الجهل وغياب الوعي يخلق التخلف ويعوق تنفيذ خطط التنمية القومية.<sup>174</sup>

**دمج الصحة في جميع السياسات:** فقد اقرت استنتاجات اللجنة المعنية بالحدود الاجتماعية للصحة باثر العوامل الخارجة عن قطاع الصحة الحكومي على الصحة، وشددت على ذلك، ففي العديد من الدول وفي الدوائر الصحية العالمية، تجري مجددا دراسة التوازن بين الرعاية الصحية والصحة العمومية، وتبذل في ذلك جهود متضافرة لضمان ان تاخذ الصحة مكانها الصحيح في المداورات الدائرة على صعيد السياسات في القطاعات الاخرى، بما في ذلك البيئة والمساواة بين الجنسين وحماية المستهلك، وذلك يوسع نطاق النقاش

<sup>172</sup> سامي عبد الله خصاونة وآخرون، مرجع سابق، ص18.

<sup>173</sup> Josep Figueras, Ibid, p 94, 96, 97.

<sup>174</sup> رمزي أحمد عبد الحي، التعليم عن بعد في الوطن العربي وتحديات القرن الواحد والعشرين، الأنجلو مصرية للنشر، الطبعة 2010، ص17.

الدائر حول تعزيز النظم الصحية الى ما هو ابعد من تقديم خدمات الرعاية الصحية، ليشمل برنامج عمل الصحة العمومية الواسع والمحددات الاجتماعية للصحة، والتفاعل بين قطاع الصحة والقطاعات الاخرى في المجتمع.<sup>175</sup>

**التعليم وإستثمار رأس المال البشري:** يرتبط مفهوم الإستثمار بمفهوم التنمية الشاملة، فالتنمية الشاملة عملية ثقافية، تهدف لتحسين نوعية الحياة الإنسانية، وذلك من خلال تحسين قدرة الإنسان في التعامل مع العلم، والمعرفة وتقنيات العصر. والتنمية بهذا المفهوم تتوقف على التعليم الجيد للإنسان، فالتعليم هو المحور الأساسي للتنمية والنهوض الحضاري وهو القاطرة التي تقود الحياة الإنسانية بقوة وإقتدار، فقد كان مفهوم رأس المال البشري في البداية مقصورا على الآلات والمعدات والأدوات التي صنعها الإنسان لمساعدته في الإنتاج، لكن هذا المفهوم تطور فيما بعد ليشمل الموارد في عملية الإنتاج ومع الوقت تطور المفهوم وأصبح رأس المال يشمل الجهد الإنساني والوقت الإنساني والفكر الإنساني، بل والموهبة الإنسانية ويقول مارشال وهو أحد كبار الإقتصاديين: إن الآلات والمعدات والثروات المادية عموما إذا نقصت أو دمرت أمكن تعويضها. ويعتبر التعليم وتحسين مستواه وحسن إستثماره من القضايا الهامة في عالمنا المعاصر، والتي تشغل بال الكثيرين من التربويين والإقتصاديين على حد سواء إذ لم يعد ينظر للعملية التنموية على أنها مجرد خدمة، بل أصبحت إستثمارا يستهدف تحسين مستوى حياة الأفراد، وتحقيق التنمية الإقتصادية والاجتماعية للمجتمع. وإذا كان الإقتصاد هو شريان الحياة للمجتمعات الإنسانية المعاصرة، فإن التعليم هو مادة هذا الشريان، وذلك لضمان إستمرار الإزدهار الإقتصادي. ولقد تطور الفكر الإقتصادي في تحليل التعليم كإستثمار في رأس المال البشري تطورا كبيرا في الوقت الحاضر. ولقد إعتبر الإقتصاديون أن المهارات البشرية هي إحدى عوامل الإنتاج. وقد طالبوا بوجوب وضع سياسة محددة للتعليم تربطه بمتطلبات الإقتصاد القومي في مختلف التخصصات، كما ترتبط بسياسة محددة للعمالة بما يكفل تحقيق التوظيف الكامل لهذه المهارات والتخصصات. ويعتبر مارشال A.Marshall أول من ذكر أن الإنفاق على التعليم هو نوع من الإستثمار القومي، وأكد على ضرورة إهتمام الإقتصاديين بدور التعليم في التنمية الإقتصادية، وضرورة مساهمة الدولة في نفقات التعليم، وذلك بقوله \* أن أكثر أنواع إستثمار الرأسمالية عائدا هو ما يستثمر في البشر.

<sup>175</sup> تعزيز النظم الصحية، الاتجاهات والتحديات الراهنة، منظمة الصحة العالمية، أبريل 2011، ص3.

يعتبر شولتز T.W.Schultz أول من إعتبر الإنفاق التعليمي إستثمارا وليس إستهلاكاً، وذلك لأنه يعمل على زيادة القدرة الإنتاجية لعنصر العمل، وأن الأثار الناجمة عن تطور رأس المال البشري والذي يتم من خلال التعليم والتدريب، يعتبر أكثر من الأثار التي يحدثها رأس المال المادي في المجالات الإقتصادية. بل وذهب إلى أبعد من ذلك بمناداته بتشجيع الإستثمار في التعليم عن طريق تقديم قروض للطلاب. وبعمرور الوقت، لاحظ العديد من المتخصصين فروقا جوهرية بين المتعلم والأمي لاسيما بين العامل المتعلم والعامل الأمي وذلك في العديد من المجالات مثل: القدرة الإنتاجية، وسرعة مواكبة التطورات أو التحسينات في أساليب الإنتاج، وحسن التعامل مع الزملاء، والعلمية والموضوعية في التعامل مع الإشاعات، وغير ذلك من الأمور الإيجابية. ومن هنا بدأت النظرة إلى الإنفاق على التعليم تتغير تدريجيا. وبدأ مفهوم رأس المال البشري في الشيوع بين علماء الإقتصاد، حيث زاد الإعتقاد بأن تعليم الإنسان يصقل مهاراته وقدراته، ويكسبه العديد من الصفات ومنابع القوة البشرية بما يفيد في حاضره ومستقبله بشكل يفوق إلى حد بعيد ما أنفق عليه من جهد ومال، ويسمى مخزون أو مستودع القوة الذي سوف ينتج الفوائد المستقبلية لرأس المال. إلا أنه في حالة الإنسان يسمى رأس المال البشري. ويعني ذلك أنه ينظر إلى التعليم على أنه مشروع إنتاجي، وبالتالي يكون السؤال عن مقدار الدخل الصافي من هذا النشاط الذي ينفق عليه أموال في المباني وأجور المدرسين والكتب والتفتيش والإمتحانات والأجهزة الإدارية وإلى غير ذلك من نفقات التعليم المختلفة. وهناك دراسات متعددة لدراسة الجدوى الإقتصادية من التعليم سواء العائد المباشر أو الغير مباشر والتي منها:

✓ دراسات تعتمد على اساس دخل الفرد.

✓ دراسة العائد من الناحية الإنتاجية.

✓ دراسة الإرتباط بين التعليم والنمو الإقتصادي.

أثبتت هذه الدراسات والطرق زيادة العائد الإقتصادي بزيادة الإنفاق على التعليم، وطول مدة الدراسة، وعدد المراحل التعليمية، ومع الإشارة إلى هذه النتائج والدراسات تمت في ضوء التشغيل الكامل لخريجي العملية التعليمية وهو ما لم يصل إليه الدول النامية حتى الآن<sup>176</sup>. فالدولة وحدها هي التي تستطيع أن تضع المناهج والبرامج لهذا التعليم وأن تقوم على تنفيذ هذه المناهج والبرامج، وأن تلاحظ ذلك ملاحظة متصلة دقيقة، حتى لا ينحرف التعليم عن الطريق التي رسمت له، وحتى لا ينتهي إلى غرض مابين للغرض الذي

<sup>176</sup> اشرف خيرى، مرجع سابق، ص 7، 220، 222، 223.

أنشئ من أجله. ولا شك أن العلاقة بين التعليم والديمقراطية علاقة تبادلية جدلية، فالديمقراطية كشكل من أشكال الحياة، ونظم الحكم السياسية المعاصرة والتي يتوقف عليها طبيعة وبنية النظام السياسي الإقتصادي والتعليم بحكم طبيعته وتكوينه وفلسفته وسياسته، قائم على تشكيل وتكوين المواطن ومن هنا فإن تكوين وتنشئة المواطن من خلال نظام التعليم أمر أساسي وضروري. وتربية الأجيال الجديدة وإكسابها القيم والمعارف وأنماط السلوك، هي أحد مهام مؤسسات التعليم ما قبل الجامعي.<sup>177</sup>

ينظر إلى التعليم في كثير من الدراسات، على أنه متعدد الفوائد، فهو يرفع الإنتاجية، ويرفع الإستثمار والإدخار، ويساعد على تحسين وتوزيع الدخل وتكافؤ الفرص، ويضمن التشغيل وعلى الأخص في القطاع العام ومناصبه ذات الإمتيازات، كما يساعد على التغير التقني (التكنولوجي) ويسهم بالتأثير على الطموح الشخصي والتنافس والإبداع، ويكمل أدوار المدخلات الأخرى في عملية الإنتاج، ويعزز إسهام المرأة في النشاط الإقتصادي (العمل بأجر) ويرفع الوعي الصحي، وبذلك فهو ذو علاقة مع توقع الحياة، ويخفض الخصوبة (ويحسن إستعمال تقنيات منع الحمل)، ومن جانب آخر فإنه يرفع تعليم الأبوين والطفل وصحته ومكانته اللاحقة. كما يؤثر التعليم على قرار الهجرة، وبذلك تزيد الإنتاجية على مستوى الفرد والاقتصاد العالمي.<sup>178</sup>

تظهر أهمية رأس المال البشري في المنافسة الإقتصادية حسب (Tinbergen & Bos 1964)، كما ظهرت في النمو الإقتصادي Denison 64 و (Cohen & Geske 1990)، ويشهد إهتمام الدول في إنشاء الجامعات وربطها بنظام الانتاج وحاجات المجتمع على هذا التقدير، فالتعليم محدد أساسي للإنتاجية على الرغم من نظريات الفلتر والإشارة وتجزئة أسواق العمل في تفسير هذا الدور أو نفيه، كما يعترف الكتاب الأبيض البريطاني عن أهمية التعليم في رفع القدرة التنافسية.

الإنتاجية: تعرف إنتاجية العمل (وتقاس) بشكل واسع على أنها الناتج من ساعة عمل العامل، وتتكون صورة الكسر من إحدى صيغ قياس GNP بالأسعار الثابتة، وعادة ما يؤخذ على مستوى الصناعة، بينما مخرج الكسر هو مدخل العمل مأخوذاً من بيانات الصناعة المعنية للتشغيل والساعات، ومن المفترض أن تقدم إحصاءات مكاتب العمل قياسات عن الإنتاجية بشكل دائم، وبسبب تعقد عملية الإنتاج في قياس

<sup>177</sup> شبل بدران، ديمقراطية التعليم والثقافة، دار الوفاء للنشر، الطبعة 2015، ص5، 20، 33.

<sup>178</sup> اقتصاديات التعليم، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، العدد 68، ديسمبر 2007، ص2، 3.

الإنتاجية، اسهام المصانع والأدوات (التجهيزات) ونوعية قوة العمل والساعات الفعلية في العمل، وتتأثر الإنتاجية بمجموعة من العوامل يمكن تلخيص أهمها في ما يلي:

1. مجموعة العوامل التقنية (تطوير أدوات الإنتاج وصيانتها، تنظيم العمل، البحث العلمي والتقني وإنتشار التقانة وتطبيقها، الإستثمارات المادية).
2. مجموعة العوامل البشرية ( القيم تجاه العمل والحوافز المادية والمعنوية، التعليم والتدريب، الصحة والتغذية، شروط العمل الإنسانية، المشاركة، الأمن الصناعي، التنظيم النقابي والمهني، فرص القيادة، الإدارة وتنظيم إستخدام وقت العمل، وإدارة أدوات الإنتاج، مراقبة الجودة وفرق العمل).
3. مجموعة العمل الطبيعية والمادية والمجتمعية (مواد الإنتاج وأنواع المنتجات، رأس المال الاجتماعي، الخدمات الاجتماعية الملحقة بالعمل، الظروف الطبيعية والمناخية، البنى المؤسسية، المشروع الحضاري التنموي للأمم، الفقر ونمط توزيع الدخل...الخ).

لقد وجد Barro & Lee 2000 بدراستهما لمحددات النمو الإقتصادي في عدد كبير من دول العالم للفترة بين 1960 و1995، أن النمو مرتبط إيجابيا بالمستوى الأولي لمتوسط سنوات التحصيل المدرسي من المستويين الثانوي والعالي للذكور البالغين، وفسر ذلك بأن العمال ذوي التعليم الأعلى هم مكملون للتقانات الجديدة، ويؤدون دورا مهما في نشر التقانات الجديدة، كما أشارت إلى أن تعليم المرأة في المستوى الابتدائي يحفز النمو الإقتصادي بشكل غير مباشر، من خلال تأثيرها في تخفيض معدلات الخصوبة لدى السكان، وهو أمر يعتبره العديد من الإقتصاديين والديمغرافيين عنصرا مهما في النمو الإقتصادي والتنمية الاجتماعية على السواء.

يعتبر التعليم إستهلاكا وإستثمارا في الوقت ذاته سواء كان التحليل فرديا أم مجتمعيًا. وقد طرحت العديد من النظريات المفسرة لإرتباط الأجور بالتعليم، وأهم هذه النظريات:

- نظرية رأس المال البشري: إن جانبا من عرض عمل المتعلم يعتمد على مفهوم الإستثمار الخاص في التعليم والأسس النظرية عديدة نذكر منها:
- ✓ نظرية الإستثمار: التعليم يرفع الإنتاجية.
- ✓ نظرية الإنتاجية الحدية: حيث يعظم رب العمل ربحه في تحديد الطلب على العمل.

✓ **نظرية عرض العمل:** حيث يعظم العامل كسبه من استثماره في رأس المال البشري، وخيار العمل أو ساعات الفراغ<sup>179</sup>.

■ **نظرية المصفاة:** ترى هذه النظرية أن التعليم لا يرفع الإنتاجية بل يكشف عنها لرب العمل، اذن فالتعليم يلعب دور المصفاة على بوابة سوق العمل أو داخله.

■ **نظرية الاشارة والمؤشرات:** يميز أنصار هذه النظرية بين الإشارة التي تعبر عن خصائص قابلة للتغيير بالتعليم والتدريب والخبرة، أما المؤشرات فهي ذاتية ودائمة كالعرق والجنس، فالإشارات والمؤشرات تمكن رب العمل من تحديد الأجر قبل معرفة الإنتاجية.

■ **نظرية التنافس على العمل وخط الإنتظار:** فهذه النظرية ترى أن الإنتاجية ليست خاصية الفرد بل خاصية مكان العمل والتقنية، وأن التعليم يكشف قدرات المتعلم على التكيف والتعلم، أن رب العمل مستعد لتأهيل العاملين لديه لشغل الأعمال اللازمة له (السوق الداخلية)، وأنه مستعد لدفع أجر عالي لحملة المهارات للاحتفاظ بهم (التكوين الخاص بالمؤسسة).

■ **نظرية تجزؤ سوق العمل:** هناك تيار آخر لنظرية رأس المال البشري، هو تيار سوق العمل المجزأة يقوم على إفتراض وإختبار عدة أسواق عمل منفصلة:

- **سوق عمل اولية مستقلة:** هناك دوران للعاملين في أطر القيادة.
- **سوق عمل اولية تابعة:** هناك ثبات نسبي غير إبداعي في أطر الإدارة والإنتاج.
- **سوق عمل ثانوية:** هناك دوران في العمال الاقل مهارة لأنها هامشية.

**العائد من التعليم (محددات الكسب):** ان حصيللة الدراسات العديدة يمكن أن تضع هذه المحددات في الزمر التالية: مؤشرات خصائص العامل الذاتية والمكتسبة، مستوى الذكاء، التعليم، التدريب.

**مؤشرات الخلفية الإقتصادية والاجتماعية للعامل:** مؤشرات سوق العمل، المؤسسة، القطاع، المنصب، النظم. وعلى العموم فإن معادلة رأس المال البشري بشكلها النيوكلاسيكي المبسط تقتصر على التعليم والخبرة. وتأخذ الشكل التالي:  $R = F(S.E)$  حيث: R هو مستوى الأجر. S هي سنوات التمدرس.

<sup>179</sup> إقتصاديات التعليم، المرجع نفسه، ص4،5.

E هي سنوات الخبرة.

فكلما إرتفع مستوى التعليم إرتفع الكسب، وبالمتوسط كلما إرتفع مستوى التعليم إرتفع معدل نمو الكسب.<sup>180</sup>

**3.2. العلاقة بين الصحة والتعليم:** قضايا الصحة والسلامة، فكثيرا ما يتعرض أبناء الاسر الفقيرة لمشكلات الصحة والسلامة، مثل مشكلات سوء التغذية، ومشكلات البيئة غير الامنة، والرعاية الصحية غير المناسبة. فتتداخل العلاقة بين الصحة والتحصيل، فكل خلية من خلايا الجسم تحتاج لبيئة صحية لتقوم بوظائفها على الوجه الامثل، فاذا كانت الضغوط المزمنة تحاصرها يوما بعد يوم فان مسارات نموها تبطئ ويترتب عن ذلك ضعف قدرة الاطفال على التركيز والتعلم، والسلوك المناسب. ووجد ستانفورد الخبير في الدراسات العصبية انه كلما انخفض المستوى الاجتماعي والاقتصادي، انخفض المستوى الصحي العام، فاطفال الاسر الفقيرة لديهم مشكلات صحية اكثر من اطفال الاسر الميسورة بشكل عام، حيث ترتفع لديهم نسبة الاصابة بالربو وامراض الجهاز التنفسي والدرن والتهابات الاذن وفقدان السمع واضطرابات التغذية والظروف البيئية غير المناسبة، والعجز عن الحصول على الرعاية الصحية المناسبة مع احتمال الوفاة سواء في حالة المرض او الاصابة، وذلك مقارنة باطفال الاسر الميسورة اضافة لذلك فان امراض الطفولة ينجم عنها نتائج طويلة المدى حتى لو تحسنت ظروف الاطفال الاجتماعية والاقتصادية فيما بعد<sup>181</sup>.

**التاثيرات على السلوكيات والاداء المدرسي:** ينتج عن زيادة تعرض التلاميذ للمشكلات الصحية تزايد المشكلات التالية:

- ✓ التغيب عن المدرسة.
- ✓ طول فترات الانقطاع عن المدرسة.
- ✓ إرتفاع معدل التأخر في الحضور للمدرسة.
- ✓ الإحساس بالمرض داخل الفصل.
- ✓ إرتفاع معدل عدم تشخيص وعدم علاج المشكلات الصحية وأوجه القصور.

<sup>180</sup> إقتصاديات التعليم، المرجع نفسه، ص 8،9.

<sup>181</sup> إيريك جنسن، الفقر والتعليم، القاهرة للنشر، الطبعة 2015، ص 60، 61.

والعديد من الدراسات تشير الى ان التعرض للمواد السامة، او معاناة الام اثناء الحمل او التعرض لصددمات يؤثر سلبا على الاطفال.<sup>182</sup>

هناك دراسة بعنوان وضع إستراتيجية قارية حول التعليم من أجل الصحة والرفاه للمراهقين والشباب في إفريقيا، الأساس المنطقي لإستراتيجية قارية حول التعليم من أجل الصحة والرفاه من إعداد الاتحاد الإفريقي بوضع واعتماد إستراتيجية التعليم القارية لإفريقيا (2016-2025) للوصول لإفريقيا تنعم بالسلام والإزدهار والوحدة المبنية على إنتاجية الشباب وأهدافها هي:

- ✓ تطوير رؤية مشتركة لأهداف التعليم من أجل الصحة والرفاه في القارة.
- ✓ الإتفاق على الحد الأدنى من المعايير والعناصر التي ينبغي أن تنظر إليها البلدان في وضع إستراتيجياتها.
- ✓ تسهيل المشاركة للاستفادة من الممارسات والخبرات الجيدة.
- ✓ تطوير آلية مراقبة إقليمية.

- التعليم من أجل الصحة والرفاه: قدر عدد السكان الإفريقيين بأكثر من مليار شخص، أكثر من 60% منهم شباب دون السن 35 سنة. كما أعتبر تعليم المرأة حسب الشواهد التطبيقية المستندة على مسح الأسرة والمسوح المتخصصة، والتي أوضحت أن الأمهات اللاتي تلقين تعليم ثانوي عادة ما يكون معدل وفيات أطفالهن حوالي 36%، أقل من مثيلتهن اللاتي تلقين تعليماً أولياً. ويلخصها معامل جيني بعد التحكم في مستويات تعليم المرأة، فإن مرونة معدل وفيات الرضع بالنسبة لمعامل جيني تبلغ 0.77 مايعني عدم العدالة في التوزيع، وضعف تعليم المرأة يزيدان من معدل وفيات الرضع. فتعليم المرأة يؤثر إيجابياً بحيث تؤدي زيادة سنة واحدة لمتوسط تعليم المرأة بحوالي 4 سنوات (من المتوسط الحالي والذي يبلغ 5 سنوات لعينة الافطار) سيترتب عليه إنخفاض في معدل وفيات الأطفال بحوالي 37.2%.<sup>183</sup> وأعتبر هذا استثماراً مهماً في تعليم وصحة الأطفال والمراهقين، فهناك فهم متزايد للعلاقة المتداخلة بين التعليم والصحة ما يستلزم إتباع نهج أكثر شمولاً وتنسيقاً في قطاعي التعليم والصحة، وترتكز هذه الإستراتيجية على:

- ✓ التثقيف القائم على المهارات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

<sup>182</sup> إيريك جنسن، المرجع نفسه، ص 62، 63، 64.

<sup>183</sup> إقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 11، 12، 13.

- ✓ بيئات تعليمية آمنة وغير عنيفة وشاملة وفعالة للجميع.
- ✓ تعزيز الأكل والشرب الصحيين، والنشاط البدني والرياضة.
- ✓ مكافحة تعاطي المؤثرات العقلية.

هناك دليل جيد على أن التعليم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنتائج الصحية، وبمحددات الصحة مثل السلوكيات الصحية وسياقات المخاطر واستخدام الخدمات الوقائية. من شأن التثقيف الفعال في مجال الصحة الجنسية والإنجابية المناسب للعمر والملائم ثقافياً أن يخلق الوعي بمخاطر ممارسة الجنس دون وقاية، أن يشجع على تبني سلوكيات صحية مع تشجيع التغذية الجيدة وأنماط الحياة الصحية.<sup>184</sup> والعلاقة بين صحة الطالب وتعليمه علاقة قوية ومتداخلة، ومن أهم جوانب هذه العلاقة أن لا بد للطالب أن يكون بصحة جيدة، حتى يتعلم بفعالية وقد أثبتت الدراسات أن نقص التغذية وسوء الوضع الصحي في مدارس الابتدائي من بين أسباب كثرة الغياب والتسرب المبكر من الدراسة وسوء الأداء في الفصل، والتعليم حيوي جداً لسلامته الجسمية والنفسية والاجتماعية. كما اثبتت بعض الدراسات أن الإصابة ببعض الأمراض تؤثر على التحصيل الدراسي ومنها أمراض نقص التغذية، الديدان المعوية، الإعاقات الحسية والذهنية... الخ)، ولا يتوقف دور المدرسة عند تعزيز الصحة داخلها ولكنها تستطيع أن تكون حلقة وصل لنقل الصحة إلى العديد من مؤسسات المجتمع، كالأُسرة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى.<sup>185</sup>

**العلاقة المتبادلة بين التعليم والخصوبة:** تظهر الدراسات أن للتعليم تأثير كبير على الخصوبة، ففي البلدان النامية تنخفض الخصوبة أي الإستمرار في الإنجاب وإكمال الذرية بإرتفاع حد التعليم المكتسب، وتظهر مستويات الإستمرار في الإنجاب (معدلات الخصوبة الإجمالية)، تنخفض بإرتفاع المستوى التعليمي فالمرأة التي حصلت على تعليم ثانوي أو عال يقل عدد أطفالها في نهاية الأمر. بمعدل ثلاثة أطفال عن غير المتعلمة. وبالطبع فإن هذه الفوارق الإقليمية في الخصوبة بسبب التعليم، فالبلدان التي تضيق فيها فجوات الخصوبة إلى أقصى حد بين فئتي السفح والقمة في هرم التعليم وهي عموماً بلدان ذات مستويات خصوبة منخفضة بالفعل، حيث يوضح الجدول التالي أهم الفروقات:

<sup>184</sup>Third Ordinary Session For The Specialized Technical Committee On Education.Science And Technology STC-EST 10<sup>TH</sup> TO 12<sup>TH</sup> December 2019.ADDIS ABABA.ETHIOPIA.

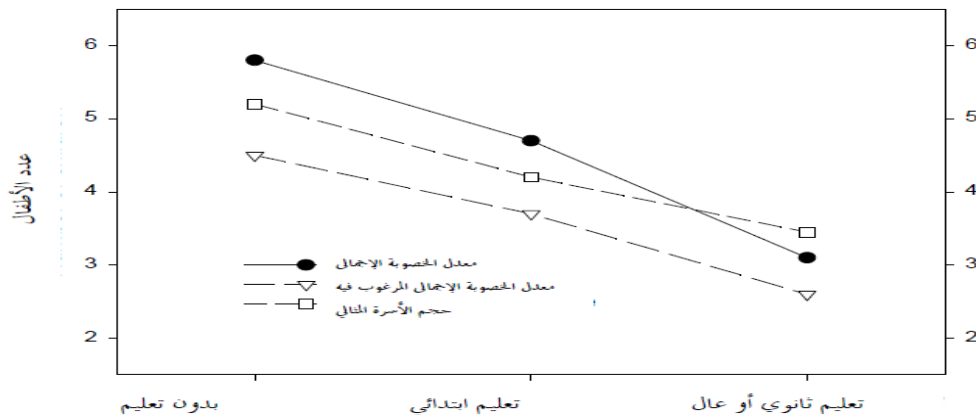
<sup>185</sup>حليمة بن سويلم، برنامج الصحة المدرسية والجامعية، الطبعة 2013، ص 18.

الجدول رقم (05): البيانات المتاحة من 69 بلد للتعبير عن العلاقة المتبادلة بين التعليم والخصوبة.

المنطقة	عدد البلدان الدراسات الاستقصائية	المستوى التعليمي		
		دون تعليم	إبتدائي	ثانوي او عال
إفريقيا/جنوب الصحراء الكبرى	30	6.4	5.5	3.7
شمال أفريقيا	3	4.7	3.6	2.8
آسيا /شرق آسيا وجنوب وسطها	13	4.1	3.5	2.7
وجنوبها الشرقي/غرب آسيا	10	6.4	4.6	3.5
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاربي	12	5.8	4.5	2.6
أوقيانوسيا /بابوا غينيا الجديدة	1	5	5	3.9
				2.7
				1.9
				1.4
				2.9
				3.2
				1.1

تزداد رغبة المرأة في تكوين أسرة صغيرة بإرتفاع مستوى تعليمها، كما تؤكد الأدلة على أن التعليم يؤثر بصورة جوهرية على مستوى الخصوبة، وبخاصة في البلدان النامية وفي البلدان متقدمة النمو، ويؤثر التعليم تأثيرا كبيرا على توقيت الولادات الأولى وعلى البقاء بدون أطفال أكثر مما يؤثر على مستوى الخصوبة. وتبين كذلك أن تعليم النساء يرتبط بإختيارات الخصوبة، وخصوبة المراهقات وإستخدام وسائل منع الحمل، حيث تفضل المتعلّمات أكثر من غيرهن الأسر الأقل حجما، والتعليم يظل يشكل عاملا مهما في تحديد الخصوبة، ويؤثر عادة على الخصوبة الزوجية أكثر مما تؤثر ثقافة الزوج أو الدخل الأسري.

الشكل رقم (12): يمثل متوسط معدلات الخصوبة الاجمالية حسب تعليم المرأة في البلدان النامية.

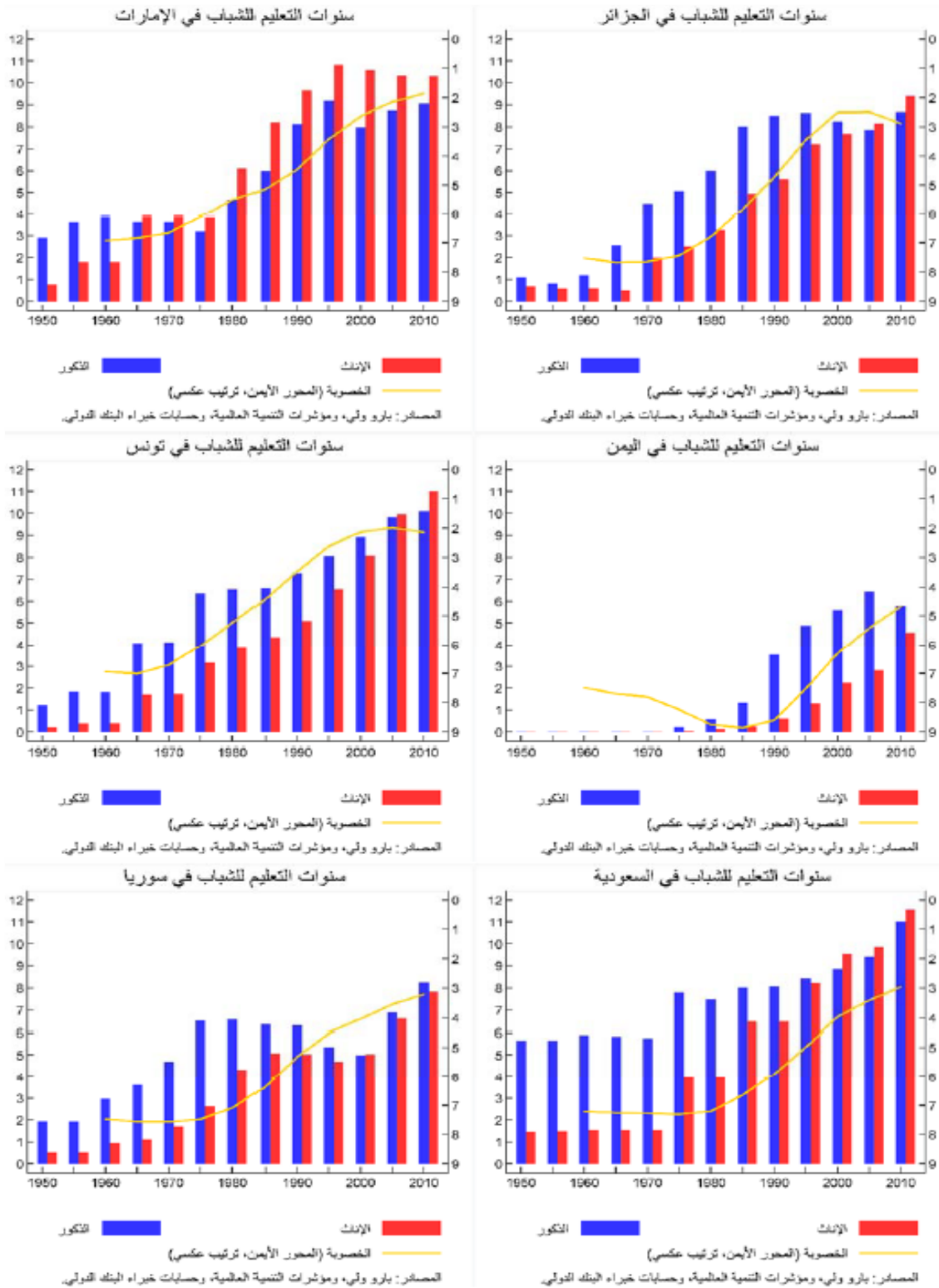


وقع التسليم على الصعيدين الوطني والدولي بأهمية التعليم، بوصفه أداة مساعدة للسياسة العامة في مجال تحقيق التنمية الإجتماعية والإقتصادية. ونظرا للعلاقات الوطيدة بين التعليم والصحة والوفيات، فإن الآثار المترتبة على إستمرار وتفاقم الفروق التي يحدثها التعليم في الصحة والوفيات هي آثار حادة.

يشكل مرض القلب والأوعية الدموية أحد العوامل التي ترتبط إرتباطا وثيقا بإستمرار وإتساع الفروق التعليمية في الوفيات في البلدان المتقدمة. وتوضح دراسة مارتيناكين وأخرون (2001) لتحليل الفروق المتصلة بالطبقة الإجتماعية في الوفيات في فنلندا فيما بين السبعينات والتسعينات، أن للتعليم دور محدد في الإصابة بهذه الأمراض أقوى من الوظيفة أو الدخل وان العلاقة بينه وبين هذه الإصابة متينة على نحو خاص في أوساط النساء (وينكيلبي وأخرون، 1992)، وهو ما يفيد بأن الوقاية من خلال زيادة التحصيل التعليمي لا تزال تشكل عملا هاما. اما في البلدان النامية وبخاصة تعليم الأمهات يحدث فروقا هامة في وفيات الأطفال. فأطفال الأمهات الأميات يموتون في مرحلة مبكرة من طفولتهم. كذلك دور المعارف والفروقات في السلوكات الصحية. فالتعليم بمعنى إيجاد الوعي وهو تدير مهم ولازم من تدابير إبطاء إنتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية، الايدز في جميع البلدان وفي البلدان النامية أحدث الفيروس خسائر فادحة من حيث الوفيات ومن حيث الإصابة بالمرض، فدور التعليم وإستعمال المعلومة المتمثلة في إستعمال الواقي الذكري كوسيلة من وسائل الوقاية يلقي تشجيعا واسعا.<sup>186</sup>

<sup>186</sup> السكان والتعليم والتنمية، التقرير الموجز، الامم المتحدة نيويورك، الطبعة 2003، ص 39، 40، 44، 45، 47، 49.

شكل (13): يمثل العلاقة بين الخصوبة والتعليم في مقارنة بين مجموعة دول لسنوات التعليم عند الشباب للفترة<sup>187</sup> (1950 - 2010)



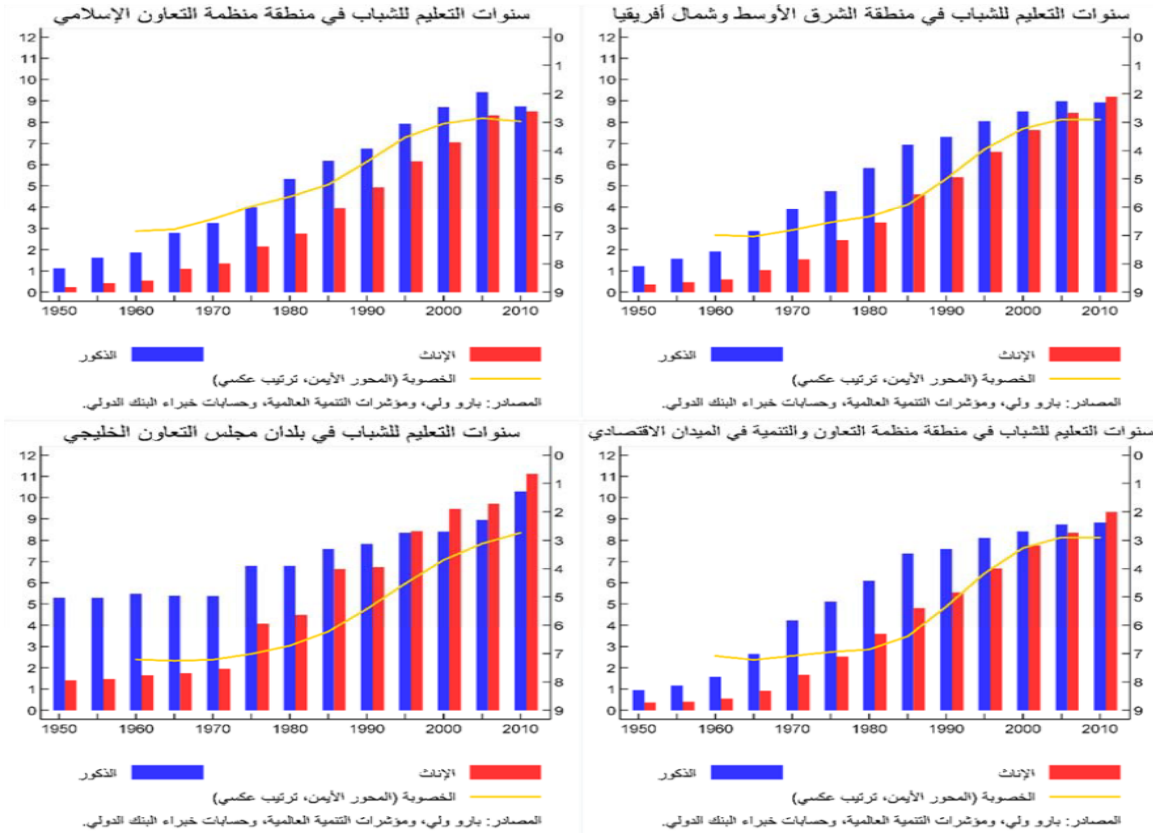
<sup>187</sup> إقتصاد جديد لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، مجموعة البنك الدولي، أكتوبر 2018، ص 16.

الملاحظ في هذه الإحصائيات البيانية التي تدل على علاقة التعليم بالصحة وبالضبط علاقة التعليم بالخصوبة، وفي نفس الوقت في مقارنة بين مجموعة من الدول للفترة الممتدة من الخمسينات إلى سنة 2010. أن هناك علاقة عكسية جسدتها الأعمدة البيانية فكلما زاد تعليم المرأة قل زواجها وارتفع لسنوات تقل فيها خصوبتها، أي أن سنوات الخصوبة الفعلية غير مستغلة للإنشغال بالدراسة بدل الزواج من جهة، ومن جهة أخرى كلما ارتفع تعليم المرأة كلما إكتسبت ثقافة صحية جنسية بحفاظتها على النسل وعدد الأولاد طامحة للعيش في رفاهية وسعادة. والملاحظ في سنوات التعليم بين الجنسين (ذكور، إناث) ففي فترة الخمسينات إلى الألفينات (1950-2000) تغلب الذكور على الإناث في كل من: الجزائر، تونس، سوريا، السعودية.

يلاحظ أن في اليمن سنوات التعليم جد ضعيفة في هذه الفترة للجنسين معا، مع نهاية الستينات وبداية السبعينات، تتفوق الإناث على الذكور في العدد في الإمارات وإلى غاية سنة 2010. مع بداية سنة 2000 وإلى غاية 2010 يستمر إرتفاع عدد وسنوات دراسة الإناث على الذكور في كل من السعودية، تونس، وأما الجزائر في بداية سنة 2010. وعن خط الخصوبة فبدأ بالإنخفاض مع بداية السبعينات والإستمرار في الإنخفاض في كل من الإمارات، سوريا، السعودية وإلى غاية سنة 2010.

يعود خط الخصوبة للإرتفاع في كل من الجزائر وتونس بعد سنة 2000، لأسباب كالإستقرار السياسي والأمني للبلاد. والعلاقة عكسية بين تعليم المرأة والخصوبة، فكلما زاد تعليم المرأة قل زواجها في السن الأكثر خصوبة وقل إنجابها للأولاد والعكس صحيح ويدعم الشكل التالي تحليلنا هذا.

شكل (14): يمثل العلاقة بين الخصوبة والتعليم في مقارنة بين منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا للحاصلين على التعليم العالي للفترة<sup>188</sup> (1950 - 2010).



إهتمت الدولة الجزائرية كثيرا بربط الصحة بالتعليم، وأعطتها أولى المراتب وشددت الرقابة عليها ويتجسد ذلك في التربية من أجل الصحة: في المادة 120: تتولى الدولة والجماعات المحلية ومؤسسات التربية والتعليم العالي والتكوين المهني، التربية من أجل الصحة وتهدف هذه التربية إلى المساهمة في توفير الراحة للمواطنين بتمكينهم من إكتساب المعارف الضرورية في مجال التربية الصحية لاسيما منها:

- حفظ الصحة الفردية والجماعية.
- حماية البيئة.
- الوقاية من الأخطار الطبيعية.
- التغذية الصحية والمتوازنة.
- ترقية صحة الفم والاسنان.
- الوقاية من الأمراض والحوادث.
- الوقاية في مجال الصحة العقلية.

<sup>188</sup> إقتصاد جديد لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، مرجع سابق، ص 15.

- الوقاية في مجال الصحة الإنجابية، لاسيما التربية الجنسية لدى الشباب.
- إستهلاك الأدوية.
- مكافحة الممارسات الضارة بالصحة.

ترقية ممارسة التربية البدنية والرياضية والرياضات، فنصت المادة 121: تتناول اعمال التربية من أجل الصحة الموجهة لمختلف الفئات السكانية، حفظ الصحة والوقاية والإسعافات الأولية.

تندرج هذه الاعمال ضمن برنامج التعليم والتكوين، أما المادة 122: تمارس نشاطات التربية من أجل الصحة على أساس برنامج يعده وينفذه ويقيمه الوزير المكلف بالصحة، بالتنسيق مع القطاعات المعنية.<sup>189</sup>

#### 4.2. العلاقة بين السياسة الاجتماعية والصحة والتعليم (علاقة ثلاثية):

تقوم السياسة الاجتماعية بخلق البرامج الاجتماعية، فسياستها تصلح حينها أن تسمى بسياسة البرامج Policy programs وذلك للإعتماد الكلي للسياسة على البرامج المختلفة بدلا من إعتماها على تبني سياسة مركزية رئيسية واحدة. وقد تتباين طبيعة مخرجات السياسة الاجتماعية فيما بينها إلا أنها جميعها مخرجات بالغة الأهمية، وأهم هذه المخرجات هي المنافع النقدية والمنافع الغير نقدية.

✓ **المنافع النقدية:** هي مبالغ مالية توزع على المنتفعين مثل رواتب الاعانة الشهرية... الخ).

✓ **المنافع الغير نقدية:** in-kind benefits هي كخدمات التعليم وخدمة توفير ممرضين لذوي الإحتياجات الخاصة، أو تنظيم دورات تدريبية للعاطلين عن العمل لتأهيلهم. وهذان النوعان من المخرجات يكملان بعضهما البعض في مساعدة أبناء المجتمع وفي كثير من الأحيان نسمي الفئات التي تحتاج وتتلقى هذه المساعدات بالفئات المقهورة out groups، وذلك لأنها تتصف عن غيرها من فئات المجتمع بصفات العوز وضعف التأثير على مخرجات الأحداث السياسية والإقتصادية في الدولة، وهذه الصفات تجعل من المواطنين المستهدفين بالسياسة الاجتماعية الأكثر تعاسة وفاقة. وبسبب هذا الخلل في تحقيق العدالة الاجتماعية social justice بين من يملك ومن لا يملك تظهر الحكومات للتدخل لصالح الفئات المقهورة بعد أن تتعاون مع فئات أخرى في المجتمع، (كمؤسسات المجتمع المدني) من أجل تصميم سياسات إجتماعية تكون قادرة على تحقيق قدر من العدالة الاجتماعية بين الفقراء والأغنياء.<sup>190</sup>

<sup>189</sup>الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية، العدد 46، السنة الخامسة والخمسون، الاحد 16 ذو القعدة/29 يوليو 2018.

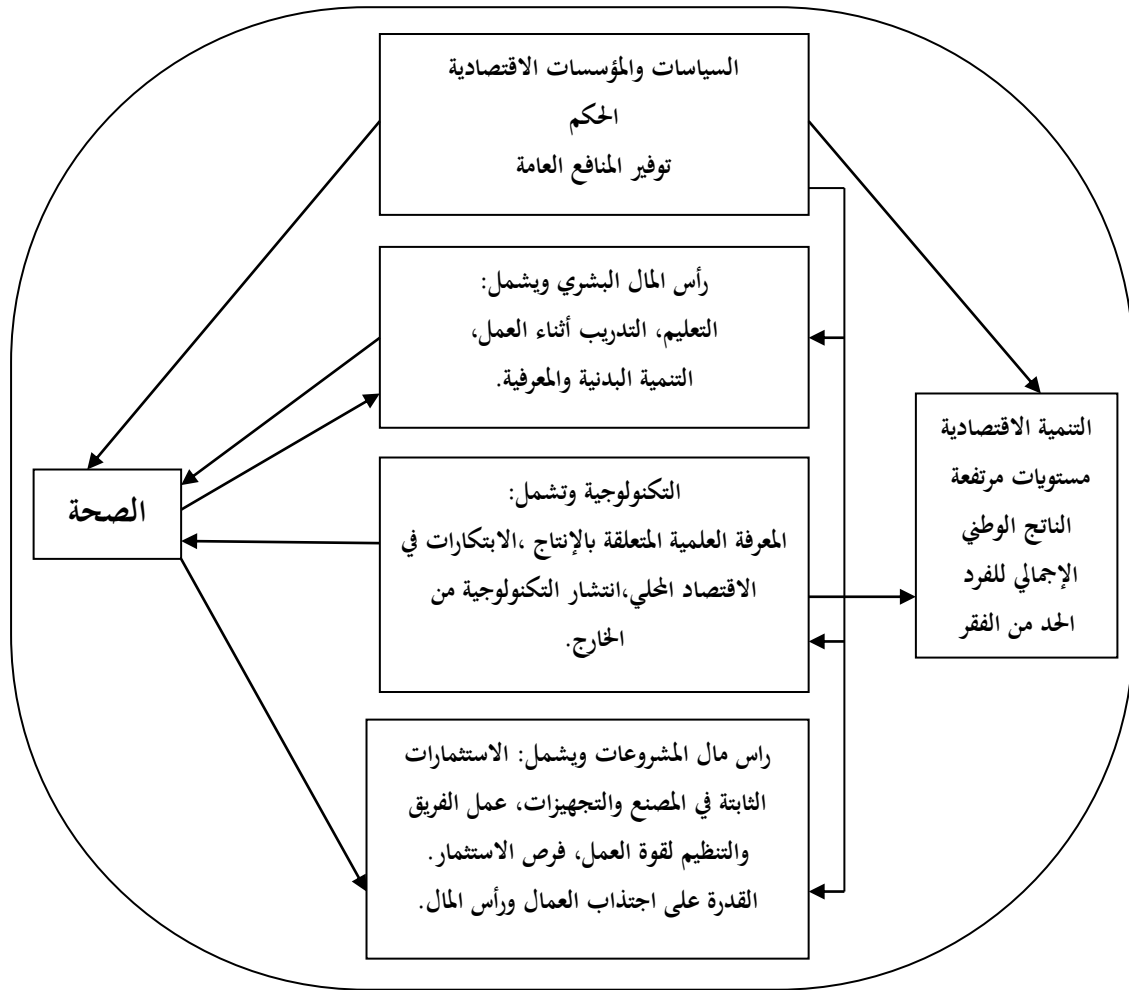
<sup>190</sup>عبد الفتاح ياغي، مرجع سبق ذكره، ص 232.

إن أهمية الصحة في ذاتها امر لا يحتاج إلى تأكيد، ففي كلمات امارتياسن الحائز على جائزة نوبل ان الصحة (شأنها شأن التعليم)، من بين القدرات الأساسية التي تعطي قيمة لحياة الإنسان. وفي نسخ عالمي طلبه الأمين العام للأمم المتحدة السابق كوفي أنان لصالح قمة الألفية للأمم المتحدة (استفتاء الألفية، الأمم المتحدة 2000)، كانت الصحة الجيدة هي الرغبة الأولى بشكل ثابت للرجال والنساء في جميع أنحاء العالم. والقلق الذي يسببه المرض والوفاة المبكرة تجعل مكافحة الأمراض من المشاغل الرئيسية لجميع المجتمعات، كما أن الحكمة في جميع الثقافات تعلمنا أن "الصحة ثروة" فالصحة تعطي القدرة على التنمية الشخصية والنمو الاقتصادي في المستقبل.

الصحة اساس الإنتاجية في العمل، والقدرة على التعليم في المدرسة، والمقدرة على النمو ذهنيا وبدنيا وعاطفيا، وبتعبير اقتصادي تعتبر الصحة والتعليم حجرا الزاوية في راس المال البشري، الذي بين تيدور شولتر وغاري بيكر الحائزان على جائزة نوبل أنهما أساس الإنتاجية الاقتصادية للفرد، وكما هو الحال بالنسبة للرفاهية الاقتصادية لكل أسرة، فان الصحة السكانية الجيدة مدخل حاسم في الحد من الفقر والنمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية طويلة الأمد، على مستوى المجتمعات كلها. وهذه نقطة يعترف بها المحللون وصانعو السياسات، كما أن مكافحة المرض وتحسن في الدخل (مما أدى إلى تحسن مستويات النشاط والإنتاج للعمال بالإضافة إلى خفض إمكانية التعرض للأمراض المعدية)، فالأستاذ روبرت فوجل، الذي أوضحت دراساته الأساسية العلاقة بين حجم الجسم وتوفير الغذاء، وأظهرت أنها حاسمة لإنتاجية العمل على المدى الطويل (فوجل 1991، 1997، 2000). فالتكلفة الاقتصادية للأمراض التي يمكن تفاديها، إذا أخذت في مجموعها مرتفعة بشكل مذهل، فالمرض يخفض الدخل السنوية في المجتمع والدخول مدى الحياة للأفراد.<sup>191</sup>

<sup>191</sup> الاستثمار في الصحة من اجل التنمية الاقتصادية، منظمة الصحة العالمية، ديسمبر 2001، ص 25، 26.

شكل (15): الصحة كأحد مدخلات التنمية الاقتصادية<sup>192</sup>.



<sup>192</sup> الاستثمار في الصحة من اجل التنمية الاقتصادية، المرجع نفسه، ص 31.

## الفصل الثالث:

دراسة الواقع الاجتماعي الصحي والتعليمي

في الجزائر (1962-2020).

مقدمة الفصل: إخفاق آلية السوق ودور الدولة: تعتبر سياسات الدولة في مجال العناية أو الرعاية الصحية ناجحة إذ ترتب عليها زيادة في رفاة المجتمع، من خلال تحسين الأحوال الصحية أو إزدياد درجة عدالة توزيع الخدمات الصحية، أو إزدياد قناعة المستهلكين بما يقدم لهم كإخفاض تكلفة الخدمات الصحية مقارنة بحالة عدم تدخل الدولة. ويلاحظ في هذا الصدد ان السعي نحو تحقيق أي من هذه الأهداف لا يستدعي بالضرورة تدخل الدولة. ومن ثمة لا بد من وجود مبررات أخرى توضح أن الدولة من شأنها تحقيق بعض هذه الأهداف بطريقة أفضل من تلك التي تأتي بواسطة القطاع الخاص وعمل آلية السوق<sup>193</sup>. وتشتمل مثل هذه المبررات على ثلاث مجموعات من الإعتبارات، تستند المجموعة الأولى إلى هدف الإقلال من الفقر وتحقيق درجة عدالة أكبر في توزيع الخدمات الصحية بين الفقراء والأغنياء، بينما تتعلق المجموعتين الأخريين بإخفاق آلية السوق والتي تأتي من جراء إتصاف بعض الخدمات الصحية بخاصية السلع العامة وكذلك وجود ما يسمى بالتأثيرات الخارجية. وكما هو معروف فإن من أهم خصائص السلع العامة أن إستخدامها وإستفادة منها بواسطة فرد لا تحرم فرداً آخر من إستخدامها وإستفادة منها، وعادة ما يتطلب توفير مثل هذه السلع إستثمارات كبيرة بتكلفة إنتاج مرتفعة دون أن تتوفر لها أسعار كالسلع الخاصة لإنعدام الأسواق. ويقصد بالتأثيرات الخارجية تدفق المنافع أو الأضرار من شخص لآخر وذلك في إطار السلوك الواقعي للأفراد بمعنى سعيهم نحو تحقيق منافعهم كما تعبر عنها رغبتهم الإستهلاكية أو أرباحهم.<sup>194</sup>

السياسة الإجتماعية بذلك تخالف الفكر الرأسمالي الصرف، والذي يدعو إلى تمركز قرارات الحكومة والأفراد حول المصالح الذاتية التي قد تكون ضيقة. فالفردية المفرطة تلغي الحافز لخدمة الآخرين أو السعي لإفادتهم من غير عائد. وتهدف السياسة الإجتماعية إلى تحقيق أهداف نبيلة لتحسين مستوى ونوعية حياة المواطنين. وعندما تطبق الحكومة سياستها الإجتماعية فهي تبني منهج عمل للمؤسسات الحكومية وتخلق ثقافة إنسانية داخل مؤسسات الدولة يكون دافعها ومحركها الأساسي هو خدمة الإنسان للمواطن. أما سياسة الرفاه (الرفاهية أو العناية الاجتماعية)، فهي نوع رئيسي من أنواع السياسات الاجتماعية، وتشير إلى مجموعة السياسات التي تشترك في هدف وإجراءات توزيع المكاسب الإقتصادية في الدولة على المواطنين الذين لا يستطيعون تأمين إحتياجاتهم الأساسية مثل: الطعام والشراب والمسكن والوظيفة الثابتة والرعاية الصحية والسلامة العامة.<sup>195</sup>

<sup>193</sup> عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 8.

<sup>194</sup> خليل حسين، السياسة العامة في الدول النامية، دار المنهل اللبناني للنشر، الطبعة الأولى 2007، ص 417.

<sup>195</sup> عبد الفتاح ياغي، مرجع سابق، ص 231.

الفصل الثالث: دراسة تقييمية للواقع الاجتماعي الصحي والتعليمي في الجزائر (1962-2020).

### 1. تحليل المبادئ الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر (1962 - 2020).

1.1.1. المنظومة الصحية في الجزائر قبل وأثناء الاحتلال الفرنسي (1830-1962): على المستوى العام كانت الحكومة تلجأ إلى الحجر الصحي لحفظ الصحة، عندما تعلم بانتشار طاعون من الأمراض المعدية في إحدى السفن الداخلة إلى الجزائر. بينما كان كبار المسؤولين في الدولة يهتمون بصحتهم ويصطنعون لهم أطباء. فلم يشجعوا دراسة الطب في المدارس ولم ينشئوا أكاديميات طبية للبحث، فقد قام الباشاوات والبايات بجلب وشراء أطباء أوروبيين ومعظم هؤلاء الأطباء يأتون أسرى أو كانوا يقيمون بالجزائر لأغراض تجارية.

توفرت مدينة الجزائر على بعض المستشفيات المتواضعة والتي خصصت للأسرى المسيحيين وفي النصف الثاني من القرن 16، سمح الحكام للمنظمات المسيحية بإنشاء مستشفيات لصالح الأسرى. عام 1551م أنشأ سيباستيان أول مستشفى، ثم أسس الراهب "كبوشي" Keboochi مستشفى آخر عام 1575م ويعد أكبر مستشفى لمدينة الجزائر.

تعرضت الجزائر لأوبئة من الأمراض الفتاكة في العديد من المرات، وذلك بين عام 1519م، و1830م، ولعل أخطرهما عام 1650م حيث اكتسحت منطقة بسكرة مخلفة عددا هاما من الضحايا، وكذلك الأوبئة التي ظهرت عام 1787م، مخلفة عددا هائلا من الضحايا (19721 ضحية حسب القنصل الفرنسي المعتمد في الجزائر آن ذاك). واكبر كارثة تعرضت لها الجزائر خلال العهد العثماني هو ذلك الوباء الذي جاء عام 1815م، حيث استمر 06 سنوات دون انقطاع تقريبا وقد عم أرجاء البلاد وما زاد في خطورة الداء وتفاقمه موقف الأهالي.

الوضع الصحي للجزائر أثناء الاحتلال الفرنسي من حيث طبيعة النظام الصحي أو الرعاية الصحية، فقد تميز بتنظيم مايسمى بالطب الاستعماري، عملت الإدارة الفرنسية على جلب الأطباء المدنيين والذين يأتون بأعداد قليلة ويتمركزون كذلك في المدن، لذلك أنشئ مصلحة الطب الاستعماري ومهمتها تكمن في فحص المرضى وتزويدهم بالأدوية. في سنة 1855 تم إحصاء ما يقارب 81 طبيبا مدنيا. مع انشاء عدة أسلاك ومؤسسات صحية منها المتعاونين الطبيين من الأهالي، أطباء البلديات وعيادات الأهالي سنة 1907م والمرضات الجزائرات.<sup>196</sup>

وعرفت انجاز العديد من المكاتب والهيكل الصحية منها:

<sup>196</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 94، 95، 105، 112.

- ✓ تأسيس المكتب الصحي بمدينة الجزائر جويلية 1830، مع تأسيس العديد من المستوصفات والمراكز الصحية والمستشفيات المدنية انطلاقا من سنة 1832م. مجلس الصحة العمومية ببجاية ولجنة صحية بعنابة سنة 1833م، ووضع المكاتب الصحية والمحاجر بداية من 1830م.
  - ✓ تأسيس مراكز الإسعاف ودور الأخوات المسيحيات بداية من سنة 1835م، بحيث كانت تقدم العلاج والإسعاف والتلقيح للجزائريين والتنقل إلى بيوتهم، وهو ما كبح انتشار الأوبئة وتراجعها.
  - ✓ التطعيم والتلقيح بداية من 1832م بالجزائر والقلية.
  - ✓ فتح مدرسة للطب بداية من 1865م، لتكوين اطباء جزائريين.
- يمكن حصر هذه الهياكل الصحية في بداية الاستعمار الفرنسي للجزائر من 1830م إلى 1896م في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يمثل الهياكل الصحية في الجزائر من (1830-1896)<sup>197</sup>.

السنة	اسم المستشفى	السنة	اسم المستشفى	السنة	اسم المستشفى
1830	المستشفى العسكري لمدينة الجزائر	1854	مستشفى مصطفى باشا	1876	مستشفى قسنطينة
1831	مستشفى وهران	1861	مستشفى عين تموشنت	1878	مستشفى عنابة
1832	مستشفى الداى	1866	مستشفى غليزان	1881	مستشفى اقبو
1834	ملجأ بوزريعة	1869	مستشفى بجاية	1891	سوق اهراس
1838	مستشفى الدويرة	1872	مستشفى بوفاريك	1894	مستشفى القطار
1844	مستشفى السيق	1873	مستشفى الثنية	1896	مستشفى المسيلة
1849	مستشفى حجوط	1874	مستشفيات الأهالي		

المراجع: فلة موساوي القشاعي.

الملاحظ من جدول رقم (06): ان الشمال الجزائري وعلى طول الساحل وبعض المدن الداخلية استفاد من هياكل صحية، كان لها دور كبير في حفظ صحة السكان وان لم تصل الاستفادة لكافة الناس، وما يعاب هو اقضاء الجنوب الجزائري الشاسع من هذه الهياكل وجعله في عزلة صحية وسط الفقر والحرمان والامراض.

##### 5. تحليل المبادئ الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر (1962-2020).

<sup>197</sup> نور الدين حاروش، الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، الطبعة 2017، ص 242.

## 1.1. مرحلة تسيير الازمة الصحية (1962-1973):

في 1963 تم إقرار الزامية التبليغ عن الأمراض المزمنة المتنقلة (Les maladies transmissibles) والاستفادة من مجانية خدمات مراكز حماية الأمومة والطفولة (P.M.I) ، وتم تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا (La malaria) ، ورمد العين (La conjonctivite) ، وفي 1965 تم الأمر بإجراء التطعيم والتلقيح المجاني ضد الأمراض المعدية<sup>198</sup>. فكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال، متدنية جدا، فالشعب الجزائري كان يعاني من الفقر والحرمات، ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفويد، والإسهال... الخ) وبالأرقام فإننا نسجل أن لـ 10 ملايين نسمة قرابة 300 طبيا فقط.

المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية الجزائرية للصحة: تمثلت هذه السياسة في مكافحة المكثفة للأمراض الوبائية وتعميم العلاج الوقائي، كالتلقيح، ونظافة المحيط، وحماية الأمومة والطفولة، والنظافة المدرسية، وطب العمل، فهذين الهدفين الرئيسيين المتمثلين في مكافحة الأمراض الوبائية، وتعميم العلاج الوقائي، هما ما شمله هذا البرنامج المسطر لعام 1962م.

أمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين هما:

- ✓ إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامية وخاصة)، وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان بالاستفادة من العلاج بشكل متساو، وتشكيل فرق طبية متنقلة.
- ✓ مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

وتميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة للفئات المحرومة، وتأسيس التلقيح الإجباري للأطفال<sup>199</sup>.

الهيكل القاعدية حيث كان هناك عجز دائم، حيث بلغ سنة 1966م، 163 مستشفى بسعة 39418 سرير، و256 مركز صحي، وبعدها 364 طبيب و20.000 شبه طبي، وحوالي

<sup>198</sup> نور الدين بوالشرش وآخرون، إشكالية الأداء في المؤسسة الصحية الجزائرية، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا" 2018، جامعة 8 ماي 1945 قالة، ص5.

<sup>199</sup>République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2001, p5.

19000 مستخدم إداري، وشهدت سنة 1974م زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الاسرة بلغ 41728 سرير، وبلغ عدد المراكز الصحية 558 مركز، وزيادة في عدد الاطباء بلغ 1425 طبيب، وإنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ العدد 142<sup>200</sup>.

عرفت هذه المرحلة نقصا حادا في عدد الاطارات الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية، حيث قدر عدد الأطباء الجزائريين ب: 342 طبيبا، وقدر عدد الإطارات الفنية المؤهلة ب: 1.8% لكل 10 الاف نسمة، بعد مغادرة 2200 طبيب و2700 ممرض، تاركين حوالي 144 مستشفى دون تسيير إداري وتقني. وكان اغلب الشعب الجزائري يعاني من ويلات الفقر والجوع والجهل، ومختلف الأمراض الفتاكة من ملاريا، وسل، وكوليرا، وتيفويد... الخ<sup>201</sup>.

وتمثلت هذه الإستراتيجية في المحاور التالية:

- **الوقاية:** إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض، والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيفية، وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة.

- **علاج الامراض:** هنا تتدخل السياسة الصحية وذلك لعلاج الأمراض التي لا مفر منها، ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية.

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

كما عرف القطاع الصحي خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال الى غاية منتصف السبعينات وما بعده تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية. فقبل سنة 1965م، لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، و264 صيدليا، اما اطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا.

✓ طبيب واحدا لكل 8092 مواطن.

✓ صيدلي واحد لكل 52323 نسمة.

<sup>200</sup>Ecole National de Santé Publique, le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger 2008, p5.

<sup>201</sup> سليمة بلخيري وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، العدد 36، ص303، 304.

✓ طبيب اسنان واحد لكل 70688 نسمة.

✓ الهياكل القاعدية كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات.<sup>202</sup>

برنامج التلقيحات الواسعة: والتي قامت بها المصالح الصحية في الجزائر حيث نجد:

✓ سنة 1968 التلقيح ضد داء السل، وضد داء الجذري.

✓ سنة 1969 التلقيح أصبح إجباري ومجاني ضد السل، والدفتيريا، والكزاز، والسعال أديكي.

✓ سنة 1984 تم تبني البرنامج الواسع للتلقيحات.<sup>203</sup>

## 2. مجانية العلاج وتطبيق المشكلات الصحية (1974-1980):

سبق قرار مجانية العلاج كثير من القرارات، التي لامست ميادين عديدة من حياة المجتمع منها ما تعلق ب:

✓ إصلاح التعليم العالي، ودمقرطة التعليم ومجانيته: 1970.

✓ تامين المحروقات (البتروال والغاز): 1971.

✓ التسيير الاشتراكي للمؤسسات: 1971.

✓ الثورة الزراعية: 1972.

التنمية الصحية جزء من التنمية الشاملة، فصدر في سياق ذلك مرسوم الطب المجاني رقم: 73/65 ودعم هذا المرسوم صياغة الميثاق الوطني (La charte nationale) سنة 1976، والذي حدد إستراتيجية التنمية الصحية: إن الصحة من مسؤولية الدولة، بحيث تتكفل بحماية وصياغة وتحسين مستوى الصحة للسكان. أما دستور 1976 فنص على إنشاء مصلحة وطنية للصحة مجانية وعامة.

قدرت مساهمة الدولة سنة 1972م بحوالي 61.5% من الانفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية، في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة ب: 38.5%، غير أن النسب تغيرت مع سنوات الثمانينات.<sup>204</sup>

<sup>202</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 130.

<sup>203</sup> سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، مارس 2015، ص 226.

<sup>204</sup> نور الدين بوالشرش وآخرون، مرجع سابق، ص 6، 7.

بداية المخطط الوطني وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية، الذي أنشئ عام 1964م. وبصدور الامر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالدة عام 1966م، ومن جهة ثانية أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه طبي.

-إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 و 1969م<sup>205</sup>.

تميزت هذه المرحلة التاريخية ببناء الهياكل القاعدية، ومضاعفة قاعات العلاج بين 1969 و 1979م، في محاولة لإعطاء العلاج الأولي الأولوية.

- ✓ إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974م.
- ✓ نسبة 37% من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب.
- ✓ نسبة 23 % لهم قنوات تصريف المياه القذرة.
- ✓ صدور المرسوم رقم 96/69 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969م، والقاضي بإلزامية التلقيح ومجانته، للقضاء على الأمراض المعدية.
- ✓ بداية الحملات الوطنية للتقيح (1969-1970م). والتلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا سنة 1965م. وأكد الميثاق الوطني 1967م، حق المواطن في الطب المجاني، حيث جاء فيه\*الطب المجاني مكسبا ثوريا، وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي على التضامن الوطني، ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج\* ونفس الملاحظة بالنسبة لسلك الشبه الطبي الذي عرف بدوره تطورا ملحوظا، إذ تضاعف خلال خمس سنوات، أي في الفترة الممتدة من 1974 إلى 1979م.

في هذه المرحلة أن الطب الوقائي (La médecine préventive) قد أهمل وهمش، حيث وجهت الاستثمارات في مجال الصحة إلى الطب العلاجي (La médecine curative).<sup>206</sup>

الموارد المادية في هذه الفترة تميزت هذه المرحلة بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات متعددة الخدمات.

المؤشرات الصحية لعام 1979: تؤكد بعض التطور كما هو مبين:

✓ نسبة الوفيات الاجمالي: 15.1 %.

<sup>205</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 133، 134، 135.

<sup>206</sup> سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سابق، ص 303، 304.

✓ نسبة وفيات الأطفال: 122‰.

✓ نسبة الزيادات: 46.5‰.

✓ متوسط العمر: 52.5 سنة.

هذه المؤشرات الصحية والتي تعبر إلى حد ما عن الحالة الصحية لأي بلد، لا تعبر هنا بأن الحالة الصحية للمجتمع الجزائري في تحسن، بالرغم من التطور الذي لمسناه فيما يخص الهياكل القاعدية والموارد البشرية، والنتيجة الوحيدة التي نسجلها هنا هي:

1. انخفاض نسبة وفيات الاطفال، بعدما كانت حوالي 140 ‰ سنتي ( 1969-1970م) إلى 122‰ سنة (1979م).
2. مستشفى في كل ولاية.
3. عيادة للولادة الريفية والحضرية.
4. السكنات الوظيفية.
5. مخبر طبي في كل ولاية.
6. دراسة برنامج تحسين الإعلام الطبي.
7. دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها.

من خلال ما ذكر نستنتج أن المنظومة الصحية لا يجب النظر إليها من زاوية واحدة وهي المستشفى وما يقدمه من علاج، بل الأمر أكثر تعقيدا من ذلك، فالتفتح على المحيط ودراسته من شأنه أن يساعد المنظومة الصحية في تحقيق أهدافها ومواجهة المشكلات الصحية للمجتمع، من خلال نظرة شاملة لكل مكونات المحيط والبيئة التي تسبح فيه المنظومة الصحية.

التغطية الصحية وبالرغم من الجهود المبذولة إلا أن التغطية الصحية اقتصرت على المدن الكبيرة، وكذا مقر الولايات، أما باقي المناطق الريفية فهي لا تزال تعاني من سوء التغطية الصحية.

انشاء القطاعات الصحية والتي أوكلت لها مهمة العلاج والوقاية في أن واحد.<sup>207</sup>

<sup>207</sup>نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 140، 141، 142.

1979 وصل عدد الهيئة الطبية الجزائرية الى 3761 طبيبا، مقابل 2320 طبيبا أجنبيا وهذا المجموع من الأطباء 6081 يضمون تغطية صحية تعادل طبيبا واحدا لكل 2960 ساكنا. في حين وصل اعوان الشبه الطبي إلى 46669 عوننا بمختلف التخصصات والفروع، أي عون شبه طبي واحد لكل 386 ساكنا. بالإضافة إلى عمال التسيير والعمال التقنيين والمقتصدین، والإطارات المتوسطة، وأعوان المكاتب وغيرها، بالإضافة إلى الهياكل القاعدية ويمكن ملاحظة ذلك من خلال:

✓ 173 مستشفى عام، ويشمل على:

✓ 10 مؤسسات متخصصة.

✓ 5 مؤسسات للأمراض العقلية.

✓ 1 مؤسسة للأمراض المعدية.

✓ 1 مؤسسة جراحة الأعصاب.

✓ 1 مؤسسة إعادة التأهيل الوظيفي.

✓ 1 مؤسسة الحروق.

✓ 1 مستشفى يومي.

✓ عدد الاسرة: 44187 سرير، ما يمثل 2.40 الى 4.9 سرير لكل 1000 ساكن حسب الولايات.

✓ يضاف على هذا 937 سريرا وهو سعة عيادات الولادة الريفية ليصل الاجمالي إلى 45160 سرير.

أما بشأن المؤشرات الصحية فنلاحظ مايلي:

- نسبة الوفيات الاجمالي 12.75 ‰.
- نسبة الولادات الإجمالي 43.53 ‰.
- نسبة وفيات الأطفال 107.5 ‰.
- متوسط عمر الفرد حدد ب: 56 سنة، وما يمكن تسجيله في هذه المرحلة هو الانخفاض في نسبة وفيات الاطفال<sup>208</sup>.

<sup>208</sup> نور الدين حاروش، المرجع نفسه، ص 145، 146، 147.

## 3. مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح وليبرالية العلاج (1981-1990):

الميثاق الوطني سنة 1976، و1986، ودستور 1976 تضمنوا التأكيد على مجانية العلاج، غير أن دستور 1989 استبعد هذا القانون واسقط كل مواده، لتحل محله مواد أخرى، لاسيما المادة 51 من دستور 1989، والتي تنص في مضمونها على أن: "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية، والمعدية، ومكافحتها.

تميزت هذه المرحلة بعملية إصلاح قطاع الصحة، فخلال هذه الفترة تراجعت استثمارات الدولة في مساهمتها ضمن ميزانية وزارة الصحة والسكان، حيث لم تتعدى 35%، وتساهم صناديق الضمان الاجتماعي 65%. كما تم إصدار قانون الاستثمار الذي يشجع القطاع الخاص، لاسيما في مجالات الخدمات والصناعات الصغرى بالدخول في النشاط العام<sup>209</sup>.

أما الخريطة الصحية، فقد تم الاهتمام إلى وضعها من طرف وزارة الصحة سنة 1981م، وتهدف إلى إزالة الفوارق الجهوية وكذلك الفوارق بين المدن والمناطق الريفية.<sup>210</sup> كما تم الاتفاق على تحقيق المعايير التالية:

✓ طبيب لكل 1200 نسمة.

✓ جراح أسنان لكل 5000 نسمة.

✓ صيدلي لكل 6000 نسمة.

اما من حيث الهياكل فتم الاتفاق على تحقيق ما يلي:

✓ عيادة متعددة الخدمات لكل 30000 نسمة.

✓ مركز صحي لكل 5000 نسمة.

✓ قاعة علاج لكل 2000 نسمة.

<sup>209</sup> نور الدين بوالشرش وآخرون، مرجع سابق، ص8.

<sup>210</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 150، 151.

## 4. مرحلة بؤادر النظام التعاقدى (1991-2020):

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة، ما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقة، وعدم الاستقرار في كل المجالات، نتج عنه تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة<sup>211</sup>.

عرفت وزارة الصحة والسكان بداية جوان 2002 تسمية جديدة، ليتسع مجال نشاطها من وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والغاية هي تفعيل إستراتيجية خاصة بالقطاع، عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل، وإيجاد آليات عمل جديدة تسمح للمؤسسات الصحية بتمويل وتسيير ذاتها بذاتها من خلال اللامركزية التمويل والتسيير.

بالرغم من التطورات التي عاشتها البلاد والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية، فإن الإحصائيات الواردة من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2005 تشير إلى وجود أكثر من 50000 طبيب، و300 مستشفى، و1500 قاعة علاج، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة.

عرفت خريطة المنظومة الصحية بالجزائر تعديلا في قاعدة هرمها، حيث أعيدت هيكلة هذه القاعدة بداية من 01 جانفي 2008، ونص المرسوم التنفيذي الصادر في 19 ماي 2007 على: إعادة القطاع الصحي في جوانبه الخاصة بالتنظيم الإداري، والمالي، والتجهيزات، والمؤسسات وفق تصور جديد.

وتحتوي الخريطة الصحية الجديدة ضمن مرافقها على:

✓ مؤسسة عمومية استشفائية.

✓ مؤسسة عمومية للصحة الجوارية<sup>212</sup>.

<sup>211</sup>Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, Algérie plan de travail 2004-2005, novembre 2003, p1.

<sup>212</sup> نور الدين بوالشرش وآخرون، مرجع سابق، ص9.

حول قضية التكفل بالمرضى بالخارج، فقد تقرر التخلي عن هذه الصيغة بسبب التكاليف الباهظة، فقد كلفت الدولة سنة 1990 ما يناهز 14 مليار دينار جزائري، بينما لم تتعدى 3 مليارات دينار جزائري سنة 2013، وتم تعويضها بالاعتماد على آلية التكوين المتواصل للطواقم الطبية وشبه الطبية، واستقدام فرق طبية أجنبية متخصصة لإجراء الفحوصات والعمليات المعقدة.

لاحق بواد النظام التعاقدى (La contractualisation) بإبرام اتفاقية بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)، ولم يدخل حيز التنفيذ إلى غاية جوان 2014، والدليل على ذلك هو استعمال المواطنين لبطاقة الشفاء في الصيدليات فقط<sup>213</sup>.

قانون المالية لسنة 1993م حيث بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث الطبي والمعوّزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعى، وسيشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997م، للوصول بعد الدراسة إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000م. لكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها، كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997م، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من اللامركزية. أما بشأن التغطية من حيث الهياكل الصحية سنة 1997م فنلاحظ ما يلي:

✓ 02 سريرين لكل 1000 نسمة.

✓ عيادة لكل 70241 نسمة.

✓ مركز صحي لكل 28559 نسمة.

✓ قاعة علاج لكل 9433 نسمة.

أما في عام 1998 فكانت النسب التالية:

✓ 02 سريرين لكل 1000 نسمة.

✓ عيادة لكل 60731 نسمة.

<sup>213</sup> نور الدين بوالشرش وآخرون، المرجع نفسه، ص10، 11.

✓ مركز صحي لكل 25454 نسمة.

✓ قاعة علاج لكل 6667 نسمة.

اما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فهي كما يلي:

✓ نسبة الولادات 25.3%.

✓ نسبة وفيات الأطفال 44%.

✓ متوسط أمل الحياة 68 سنة<sup>214</sup>.

كما عرفت هذه المرحلة بداية ظهور نمط جديد من المراضة وهي الأمراض المزمنة، وعلى رأسها السرطان والتي أصبحت من الأسباب الأولى للوفيات في الجزائر.<sup>215</sup> وكان إنفاق الدولة خلال هذه الفترة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (07): النفقات الوطنية للصحة في الجزائر للفترة 1980-1989 الوحدة: النسبة %.

السنوات	1980	1985	1988	1989
ميزانية الدولة	29.3	17.9	20.0	19.9
الضمان الاجتماعي	39.9	57.2	60.3	60.2
السكان	26.0	24.0	18.6	18.7
مساهمات اخرى	5.4	2.3	1.1	1.1

المصدر: البنك الدولي.

المؤشرات الصحية لسنة 2005، فقد عرفت التحسن لكنه غير كاف وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة ب: 9.1% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة إستراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، ومن بين المؤشرات نجد:

✓ وفيات الاطفال الأقل من 5 سنوات 40.5% حسب المنظمة وحسب الجزائر 35.8%.

<sup>214</sup>O.M.S, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999, p100, 101.

<sup>215</sup> سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سابق، ص 304.

- ✓ الامل في الحياة 74.8 سنة.
- ✓ التلقيح: الشلل 98%.
- ✓ الدفتريا والكزاز والسعال ألدكي: 87%.
- ✓ التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81%.
- ✓ متوسط توزيع الأطباء نجد: طبيب واحد لكل 1000 مواطن.
- ✓ أقل من سريرين لكل 2000 مواطن.

وفيما يلي نعرض تطور حجم التغطية الصحية البشرية للفترة (1990-2000).

الجدول رقم (08): تطور حجم التغطية الصحية البشرية خلال الفترة (1990-2000).

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
عدد الأطباء	23550	24791	25304	25491	25796	27317	27652	28344	29970	30962	32332
عدد الصيادلة	2134	2575	2984	3189	3425	3691	3866	4022	4299	4600	4814
جراحي الاسنان	7199	7563	7833	7885	7763	8056	7837	7966	7954	8062	8197

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، (حوصلة إحصائية 1962-2011، فصل الصحة).

[www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE\\_Arabe.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf)

الملاحظ من الجدول السابق أن هناك زيادة كمية كبيرة في كل من عدد الأطباء، الصيادلة وجراحي الأسنان، خلال عشرية كاملة (عشر سنوات)، فمثلا ارتفع عدد الأطباء من 23550 خلال سنة 1990 إلى 32332 سنة 2000، أما عدد الصيادلة فزاد أكثر من الضعف خلال هذه الفترة بتقدير 2134 صيدلي إلى 4814 صيدلي، لتبقى الزيادة مقبولة بالنسبة لجراحي الأسنان بحوالي 1000 جراح أسنان خلال العشر سنوات، وهي في الأخير زيادة كبيرة في المورد البشري رغم كل هذه الجهود إلا انه لا بد من دراسة المشكلات الآتية:

- ✓ مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته، اي مكونات النظام ونعتبرها مشكلات داخلية.
- ✓ مشكلات تخص البيئة التي يعيش فيها النظام، وتتمثل في مختلف العلاقات سواء كانت مباشرة او غير مباشرة مع مكونات المحيط.
- ✓ مشكلات تخص رسم السياسة الصحية وتحديد الإستراتيجيات البعيدة المدى، بغض النظر عن تغير البرامج السياسية والحكومات المتباينة.<sup>216</sup>

<sup>216</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 155.

وفيما يلي نعرض تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية الجزائرية خلال الفترة (1990-2000).

الجدول رقم (09): تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية خلال الفترة (1990-2000).

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
المستشفيات	284	263	263	267	274	251	232	223	245	261	268
المراكز الصحية	1309	1112	1117	1131	1160	1152	1098	1110	1126	1185	1252
قاعات العلاج	3344	3618	3848	3958	-	4174	3748	3601	3780	3851	3964

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، (حوصلة إحصائية 1962-2011، فصل الصحة).

[www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE\\_Arabe.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf)

انخفاض عدد المستشفيات والمراكز الصحية خلال العشريّة من 1990 إلى 2000، مع زيادة في قاعات العلاج ويرجع السبب إلى التحول من نظام القطاع الصحي. فتراجع المستشفيات يعود لخروج بعض الهياكل عن الخدمة لنهاية صلاحيات البناء والمعروف بالبناءات الجاهزة، وفي الغالب هي لا تصلح لفترة تفوق العشر سنوات مع تحويل بعضها الآخر إلى مؤسسات للصحة الجوارية. كما يقابله ارتفاع في قاعات العلاج، وهذا ما يوافق ويرافق الإصلاحات الصحية الجزائرية، فهذا الارتفاع هدفه تقريب الصحة من المواطن خاصة قاعات العلاج بالمناطق الريفية والمناطق النائية البعيدة عن المدن. وبمقارنة الحالة الصحية للدولة الجزائرية ببعض الدول العربية خلال الفترة (1960-2000) فنجد:

## 2. المنظومة الصحية الجزائرية بين الاختلال والإصلاح، والرهانات المستقبلية.

### 1.2. مقارنة الحالة الصحية للدولة الجزائرية بالدول العربية وفق أهم المؤشرات (1960-2000):

الحالة الصحية في الدول العربية: توضح المعلومات ان الحالة الصحية في الوطن العربي قد تحسنت تحسنا ملحوظا خلال الفترة 1960 إلى 2000، وذلك على أساس أهم المؤشرات المستخدمة في هذا المجال:

1. العمر المتوقع للحياة: ارتفع متوسط العمر المتوقع للحياة في مجموعة الدول العربية من حوالي 54 سنة كمتوسط للفترة 1970-1975 إلى حوالي 66 سنة كمتوسط للفترة 1995-2000، ويلاحظ في هذا الصدد أنه خلال الفترة الأولى كان هناك ست دول عربية قل فيها العمر المتوقع للحياة عن متوسط الدول

العربية، واشتملت هذه الدول على جيبوتي بعمر متوقع بلغ 41 سنة، اليمن، موريتانيا، السودان، جزر القمر، عمان، وقد سجلت الكويت أعلى عمر متوقع خلال هذه الفترة بلغ 67 سنة.

**2. معدل وفيات الاطفال دون الخامسة:** انخفض متوسط المعدل للدول العربية من حوالي 233 وفاة لكل ألف طفل دون الخامسة في عام 1960 إلى حوالي 58 وفاة في عام 2000. ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هناك إحدى عشر دولة عربية فاق معدلها متوسط المعدل للدول العربية، واشتملت هذه الدول على اليمن (بأعلى معدل لوفيات الأطفال بلغ 340 وفاة لكل ألف طفل)، موريتانيا، السعودية، جيبوتي، مصر، عمان، ليبيا، جزر القمر، الجزائر وتونس. هذا وسجلت لبنان ادنى معدل بمعنى احسن حالة صحية، بلغ 85 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة. في سنة 2000 ومع انخفاض المتوسط للدول العربية إلى 58 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة، وعدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط هي 13 دولة وهي: الإمارات (بمعدل 10 وفيات لكل ألف طفل دون سن الخامسة كأدنى معدل وأحسن حالة صحية)، الكويت، عمان، قطر، البحرين، ليبيا، السعودية، سوريا وتونس، لبنان، الأردن والجزائر.

**3. معدل وفيات الرضع:** انخفض متوسط المعدل للدول العربية من حوالي 149‰ لعام 1960 إلى حوالي 42‰ لعام 2000، ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هناك عشر دول عربية اتسمت حالتها الصحية بالتدني بحيث فاق معدل وفيات الرضع فيها متوسط المعدل للدول العربية واشتملت هذه الدول حسب ارتفاع المعدل على: اليمن (بأعلى معدل بلغ 220‰)، جزر القمر، مصر، جيبوتي، موريتانيا، السعودية وتونس، عمان، ليبيا والجزائر. هذا وسجلت لبنان ادنى معدل، بمعنى أحسن الأحوال الصحية، بلغ 65 وفاة لكل ألف مولود تليها الكويت. وفي عام 2000 ومع انخفاض المتوسط للدول العربية إلى 42 وفاة لكل ألف طفل رضيع، بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 12 دولة اشتملت على: البحرين (بمعدل بلغ 7 وفيات لكل ألف رضيع كأدنى معدل وأحسن حالة صحية)، والإمارات العربية، الكويت، وكل من عمان وقطر، والبحرين، ليبيا، السعودية وتونس وسوريا، لبنان، الأردن والجزائر<sup>217</sup>

وحسب معطيات الجدول رقم (10) والذي يمثل معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000)، معطيات البنك الدولي لسنة 2002.

<sup>217</sup> اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 11، 14، 15.

جدول (10): يمثل معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000).

معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال		توقع الحياة		حالة صحية جيدة
2000	1960	2000	1960	2000-1995	1975-1970	
9	89	13	128	75.9	67.3	الكويت
7	130	11	203	72.9	63.5	البحرين
14	145	19	239	71.7	62.6	قطر
8	149	10	223	74.9	62.5	الامارات العربية
حالة صحية متوسطة						
26	159	32	270	70.0	52.9	ليبيا
18	170	23	292	71.4	53.9	السعودية
25	65	30	85	69.9	65.0	لبنان
17	164	22	280	70.9	49.0	عمان
25	97	30	139	70.2	56.6	الاردن
26	170	30	254	69.5	55.6	تونس
33	152	39	255	68.9	54.5	الجزائر
24	136	29	201	68.9	57.0	سوريا
47	135	60	220	66.3	52.1	مصر
47	135	60	220	66.6	52.9	المغرب
93	117	121	171	62.4	57.0	العراق
60	200	80	265	58.8	48.9	جزر القمر
حالة صحية متدنية						
81	125	115	210	55.0	43.7	السودان
101	180	164	310	53.5	43.5	موريتانيا
76	220	95	340	58.0	42.1	اليمن
115	186	178	289	50.4	41.0	جيبوتي
42	148.9	58	232.8	66.3	54.1	الدول العربية

المصدر: البنك الدولي (2002).

تمحورت الأولويات الصحية في أفق سنة 2005 حول الالتزام المؤكد لصالح الوقاية لاسيما في مجال:

✓ صحة الشباب.

✓ الصحة العقلية<sup>218</sup>.

<sup>218</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 165.

✓ الصحة في الأوساط الخاصة.

✓ الأمراض المزمنة.

✓ الحوادث والاعاقات وفيما يلي التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم في الجزائر سنة 2004.

الجدول رقم (11): التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم.

النسبة %	اناث	ذكور	البيان
99.5	99.9	99.2	الدرن
96.6	97.5	95.8	السعال الديكي
92.3	93.2	91.5	الحصبة
90.6	21.2	20	التطعيم الكامل

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2004.

## 2.2. مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر ودوافع نمو النفقات الصحية:

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فان الخصائص المحددة لها وطبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية والتكاليف المرتبطة به، تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه. وسواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية، او تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي، فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة<sup>219</sup>.

## 1.2.2. دوافع نمو النفقات الصحية: حينما يتم تناول محددات النفقات الصحية يجتمع الادب العالمي

حول مجموعة من الأسباب:

- ✓ الشيخوخة والتحول الديموغرافي.
- ✓ النمو الاقتصادي وارتفاع الدخل.
- ✓ التكنولوجيا الحديثة والتطور الطبي.
- ✓ تنظيم وتمويل أنظمة الرعاية الصحية.

<sup>219</sup> طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، القدس للنشر، الطبعة الثانية 1999، ص 346.

✓ الأسعار الأعلى نسبيا لمدخلات الرعاية الصحية.

✓ ارتفاع توقعات السكان.

2.2.2. نفقات الرعاية والاستجابة: ان النظم الصحية يجب أن تكون قادرة على تحمل جودة رعاية أفضل، وتحصل على تصنيفات استجابة أفضل. وقد تم استعمال تحليل ما إذا كانت نفقات اعلى للصحة هي مرتبطة باستجابة أعلى (Valentine et Al.2009) ، فبشكل عام أظهرت النتائج مشاركة إيجابية عبر العديد من الميادين لمعظم تجمعات مدخول الدولة، أن هناك علاقة متبادلة واضحة بين نفقات الرعاية الصحية الإجمالية ومستويات الاستجابة خاصة الدول ذات المدخول العالى.<sup>220</sup>

### 3.2.2. مصادر التمويل حددت كما يلي:

1. ابقاء مساهمة الدولة للحفاظ على التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي من جهة، واستمرارية صلاحيتها كسلطة عمومية في مجال التخطيط والتنظيم من جهة أخرى.

2. تدعيم نظام التغطية الاجتماعية، وتعميم النظم التعاقدية والاتفاقية في العلاقات بين الممول والهيكل الصحية.

3. البحث عن مصادر بديلة لتمويل نفقات الصحة بتحديد واقامة آليات من شأنها السماح بمساهمة:

✓ التأمينات الاقتصادية.

✓ التعاضديات والتأمينات التكميلية القائمة على الاشتراكات الإرادية.

✓ الهياكل المحلية والجهوية لتغطية المخاطر الوبائية الخاصة.

✓ الضرائب لكل النشاطات المتسببة في التلوث، وعلى كل المواد التي تؤثر سلبا على صحة المواطن.

مساهمة المواطن (وخاصة الأثرياء الذين استفادوا من الريع). وحتى يمكن التحكم في النفقات الصحية، يقتضي الاستعمال العقلاني للموارد المالية ويتمثل ذلك فيما يلي:

✓ تحديد الأولويات.

✓ التخطيط والتحكم في تقديم العلاج .

<sup>220</sup>Josep Figueras and martin McKee, Heath Systems, Heath, Wealth and Societal Well-being, édition 2015, p 94, 96, 97.

✓ إستراتيجية حكيمة لتغطية النفقات.

✓ تحديد وإقامة وسائل التقييم للتحكم في تكاليف الصحة.<sup>221</sup>

كما أشار الميثاق الصحي من جهة أخرى إلى تحسين التسديد الإلكتروني وذلك وفق مايلي:

✓ منح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة والقوانين الأساسية وخصوصياتها، وهذا بوضع لامركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي.

✓ تأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة.

معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي للفترة (1990-2007).

الجدول رقم (12): معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي.

السنة	1990	2000	2007
ذكور	75	48	40
اناث	63	40	34
كلا الجنسين	69	44	37

المصدر: احصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2009.

الملاحظ هنا هو تراجع كبير بما يقارب النصف في عدد الوفيات لكلا الجنسين، ذكور وإناث خلال الفترة (1990-2007) وهذا إن دل فإنما يدل على حجم ومستوى الجهود المبذولة في سبيل تحسين الصحة الجزائرية.

الجدول رقم (13): معدل وفيات الأطفال الرضع أقل من سنة لكل 1000 مولود حي.

السنة	1990	2000	2007
ذكور	58	40	35
اناث	49	34	30
كلا الجنسين	54	37	33

المصدر: احصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2009.

<sup>221</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 171، 172.

3.2. واقع الخدمات الصحية في الجزائر من خلال المؤشرات والإنجازات:

جدول (14): يمثل الهياكل الصحية المنجزة من 1999 - 2009.

الإنجازات	2004 - 1999	2009 - 2005	2009 - 1999
المستشفيات	13	23	36
العيادات المتعددة الاختصاصات	50	83	133
المراكز الصحية	136	126	262
قاعات العلاج	694	402	1096

1.3.2. بعض المؤشرات الصحية من 1970 - 2009:

جدول (15): يمثل إحصائيات التغطية الصحية من 1970 - 2009.<sup>222</sup>

التغطية الصحية	1970	1980	1990	2000	2005	2007	2008	2009
عدد الأسرة ل 1000 نسمة	2.9	2.3	2.22	1.16	1.93	1.94	1.95	1.96
عدد السكان بالنسبة لكل طبيب عام	7562	2193	1887	1177	969	830	786	1490
عدد السكان بالنسبة لكل طبيب مختص	ND	ND	3080	3464	2240	2081	1980	2052
عدد السكان بالنسبة لكل صيدلي	ND	ND	ND	6273	5389	4371	4052	4341
عدد السكان بالنسبة لكل جراح أسنان	52192	11038	3476	3761	3646	3192	2025	3269
الأمل في الحياة عند الولادة	52.6	57.4	67.3	72.5	74.6	75.5	76.1	76
نسبة النمو الديمغرافي	3.37	3.21	2.49	1.48	1.69	1.86	1.91	ND
نسبة الوفيات الشاملة لكل 1000 نسمة	16.45	10.9	6.03	4.59	4.47	4.38	4.32	ND
نسبة وفيات الأمهات لكل 100000 نسمة	500	230	215	117.4	99.5	88.9	86.94	81.4
نسبة وفيات الأطفال لكل 1000 نسمة	142	84.7	57.8	36.9	29.7	26.2	25.8	24.8

ND: رقم غير متوفر.

<sup>222</sup> نور الدين حاروش، المرجع نفسه، ص 291.

هذه المؤشرات تبرز بعض التحسن في الحالة الصحية بصفة عامة، خاصة ما يتعلق بنسبة وفيات الاطفال والأمهات ومتوسط الأمل في الحياة، ولكنها تبقى بعيدة عن المستوى المطلوب مقارنة بالإمكانات المادية والمالية والبشرية التي سخرت لقطاع الصحة.

تعتبر الاهداف الإنمائية الثمانية للألفية الجديدة إطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية وهي كالتالي:

1. القضاء على الفقر المدقع والجوع.
2. تحقيق التعليم الابتدائي الشامل.
3. تشجيع المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من أسباب القوة.
4. تخفيض معدلات وفيات الاطفال.
5. تحسين صحة الأمهات.
6. مكافحة فيروس ومرض الايدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.
7. ضمان الاستدامة البيئية.
8. إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. وما يهم في دراستنا هو الهدفين التاليين:
  - ✓ تخفيض معدلات وفيات الاطفال.
  - ✓ تحسين صحة الأمهات.<sup>223</sup>

جدول(16): يمثل هدفين من الاهداف الإنمائية للألفية الجديدة لقياس معدل التقدم في عملية التنمية.

المؤشر	الغاية	الهدف
معدل وفيات الأطفال الرضع. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة.	تخفيض معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين من 1990 إلى 2015.	تخفيض معدل وفيات الأطفال
نسبة وفيات الأمهات. معدل انتشار استخدام اساليب منع الحمل. مدى التغطية بالرعاية الصحية قبل واثناء وبعد الحمل.	تخفيض من نسبة وفيات الامهات بمقدار ثلاثة أرباع من 1990 إلى 2015. تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015.	تحسين صحة الأم

المصدر: التقرير الصادر عن المنظمة العالمية للامم المتحدة الخاص بوضع الأطفال في العالم سنة 2009. ص2، 3.

<sup>223</sup> البنك الدولي، الاهداف الإنمائية الجديدة، على الموقع الإلكتروني:

ادركت الحكومات أن ضعف الإدارة العامة قد يشكل عائقا أمام القطاع الخاص، كما أن عدم الرضا عن ضعف نمو الأداء في منطقة ما مقارنة بمناطق نامية أخرى أدى إلى التأكيد إلى مثل هذا الاحتياج من الإصلاح، ومن ناحية أخرى فههدف الإصلاح الإداري هو محاربة الفساد وبناء أهداف الدولة.<sup>224</sup>

#### 4.2. إختلالات النظام الصحي الجزائري في الجزائر، وأهدافه 2002:

1. سوء تسيير المؤسسات الصحية: تمر المؤسسات الصحية الجزائرية بوضعية صعبة، فأصبحت محط لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين، بسبب الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية، والاستعمال السيئ للموارد البشرية المؤهلة.

2. ضعف مستوى الخدمات الصحية: نظرا للحالة المزرية التي أصبحت تعيشها المؤسسات الصحية، اثر ذلك بشكل سلبي على مستوى ونوعية الخدمات الصحية، وهذا نتج عنه حالة تدمر وعدم الرضا على الخدمات الصحية.

جدول رقم (17): يمثل الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر بالمقارنة مع بعض الدول لسنة 2009.

البلد	الجزائر	تونس	السعودية	الأردن	فرنسا	اسبانيا	سويسرا	النمسا
نسبة المجيبين بالرضا	%52	%80	%69	%66	%84	%84	%81	%89

المصدر: تقرير التنمية البشرية للامم المتحدة 2013، نخصمة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص178، 180.

الملاحظ من الجدول ان نسبة الرضا على الخدمات الصحية في الجزائر متدنية بنسبة %52 إذ ما قورنت ببعض الدول العربية وبعض الدول الغربية. فنجد نسبة الرضا على الخدمات الصحية جد مرتفعة تفوق %80 في الدول الغربية مثل: فرنسا، اسبانيا، سويسرا، النمسا، وهي متقاربة. بينما تنخفض لحدود %69 في السعودية و%66 في الأردن، بينما النسبة مرتفعة في تونس في حدود %80، وأسوء نسبة تحصلت عليها الجزائر ب: %52 وان دل ذلك إنما يدل على نقص الهياكل، والأدوية، وسوء الاستقبال والمعاملة في مختلف المرافق الصحية الجزائرية.

3. استمرار الفروقات الصحية: تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني: فنجد %55 من الهياكل الصحية في العاصمة وحدها، بينما %22 في الشرق، %20 في الغرب، أما

<sup>224</sup> منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، تقدم الإدارة العامة في إطار إصلاح السياسات منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2010، ص17.

بالجنوب الشرقي فنجد نسبة 2%، والجنوب الغربي 1%، ومن ناحية توزيع الموارد البشرية فالفوارق كبيرة إذ نجد معدل الأطباء في الجزائر العاصمة: طبيب لكل 416 ساكنا، يقابله طبيب لكل 1766 ساكنا في الهضاب العليا، و1 طبيب لكل 2109 ساكنا في الجنوب الجزائري.

4. عدم التكامل الوظيفي بين القطاع العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية: إن فتح المجال أمام القطاع الخاص دون ضبطه ومراقبته أدى إلى هروب الأخصائيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص، فنجد مثلا: في العاصمة مايقارب 2207 عيادة متخصصة، و1051 عيادة عامة، أما بولاية قسنطينة فأنشأت 383 عيادة متخصصة و152 عيادة عامة، لتتخفف بالجنوب الجزائري فتصل إلى 9 عيادات خاصة و27 عيادة عامة بأدرار، و2 عيادات متخصصة و5 عيادات عامة بولاية تندوف، وتم تسجيل عيادة واحدة بولاية إليزي، ومن هنا يظهر حجم التفاوت في الهياكل الصحية الخاصة.

بلغ عدد الاطباء الأخصائيين العاملين في القطاع الخاص سنة 2006 نحو 5913 طبيب أخصائي ليرتفع إلى 7032 طبيب أخصائي سنة 2009، ويصل إلى 11001 طبيب أخصائي سنة 2015.<sup>225</sup>

#### - الأمراض المنتشرة في الجزائر:

▪ الأمراض المعدية: هي تلك الأمراض التي تتمكن من الانتقال من شخص إلى آخر وهي:

1. **داء السل:** يصيب هذا المرض الرئتين ويقتل ما يقارب 02 مليون إنسان سنويا، وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية والذي مفاده ما بين سنة 2000 وسنة 2020 أن 200 مليون شخص يصبحون مرضى و35 مليون شخص سيموتون من السل، أما في الجزائر فقد عرف هذا المرض تطورا في الفترة الممتدة بين 1999 و2004 حيث وصل في سنة 2004 إلى 60 مصاب من بين 10000 شخص.

2. **داء الديفتيريا:** يصيب هذا المرض الأغشية المخاطية في الأنف والحلق نتيجة العدوى بجرثومة الديفتيريا، وقد عرف هذا الداء انخفاض خلال الثلاثة عقود الأولى بعد الاستقلال ليعود إلى الارتفاع في بداية التسعينات ويرجع هذا الارتفاع إلى ظهور حالات وبائية في منطقة الوسط والجنوب، وتطور المرض بالجزائر في الفترة من 1990 إلى غاية 2004.

3. **السعال الديكي:** ويطلق عليه كذلك الشاهوق وهو عبارة عن عدوى حادة تصيب الممرات التنفسية العليا، وقد تراجع هذا النوع من الأمراض المعدية وذلك بفضل التغطية الإلحاقية، وكذا الدور الفعال والمهم للصحة المدرسية بالجزائر.<sup>226</sup>

<sup>225</sup> سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سابق، ص306، 308.

**4.داء الكزاز:** وهو مرض حاد ينتج عن تلوث الجروح بالجراثيم، ويصيب الاطفال المولودين حديثا في الأيام الاولى من حياتهم نتيجة تلوث الصرة او عند قطع الحبل السري. عرف هذا المرض انخفاض كبير بفضل التلقيح لكل الأطفال حتى سن 18 سنة، وكل النساء في سن الإنجاب، وعرف تطورا في الفترة ما بين 1990 والى غاية 2004.

**5.داء الشلل:** يعتبر هذا المرض من اخطر الأمراض المعدية، التي لقيت اهتمام كبير على المستوى العالمي والدولي، وقد تم تسجيل آخر حالة لهذا المرض سنة 1996 بفضل الجهود الكبيرة المبذولة، وقد تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 1990 والى غاية 2004.

**6.داء الحصبة:** هو مرض معدي واسع الانتشار في سن الطفولة، وعرفت الجزائر ارتفاعا متواصلا لهذا المرض منذ الاستقلال والى غاية سنة 1997م، أين لوحظ انخفاض حالات هذا المرض بعد إدخال التلقيح لكل الأطفال عند بلوغهم سن 06 سنوات.

**7.حمى التيفوئيد:** من الأمراض المتنقلة عبر المياه، والنوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري، وقد تطور هذا المرض بالجزائر في الفترة الممتدة من 1990 الى غاية 2000.

**8.التهاب الكبد الفيروسي:** لازال يحصد الآلاف من الأرواح، وترجع الأسباب إلى عدم وجود النظافة وانتشار العلاقات الجنسية الغير محمية وعدم تعقيم الأدوات الطبية، وشهد تطورا في الفترة الممتدة من سنة 1990 والى غاية سنة 2004، بينما بدأت معدلاتها تتراجع في الجزائر في السنوات الأخيرة.

**9.حمى المستنقعات:** وهو من الامراض المعدية ويعرف انخفاض مستمر، حيث قدر عدد الحالات المسجلة في الجزائر ب: 163 وذلك خلال سنة 2003.

**10.السيدا:** يبقى هذا الداء منتشر في الجزائر، كما يصعب الحصول فيه على أرقام صحيحة، تطور بالجزائر خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى غاية 2004، ووصل في السنوات الأخيرة إلى أرقام مرعبة. وقدر عدد الاشخاص المصابين بهذا المرض ب: 1234 سنة 2011، وعرفت هذه السنة وحدها تسجيل 64 حالة مقارنة بسنة 2010 التي سجلت 242 حالة.

<sup>226</sup> سعيدة رحمانية، مرجع سابق، ص226، 227، 228.

## ▪ الأمراض المزمنة والمستعصية:

1. أمراض القلب والشرابين: تحتل بلادنا المرتبة الأولى في صف الأمراض الغير معدية، ففي سنة 2000 كان هذان المرضان مسئولان عن وفاة 33.33% من الوفيات المصريح بها من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، وقدرت النسبة ب: 16% وذلك خلال سنة 1995م، وتشير الدراسات إلى وجود ما يقارب 07 مليون مصاب بأمراض القلب والشرابين بالجزائر.

2. الأمراض التنفسية: سجلت المصالح الطبية الجزائرية خلال سنة 2000 ما يقارب 600000 حالة ربو أي ما يعادل 02% من مجموع سكان الجزائر خلال هذه السنة، و200000 حالة التهاب القصبات الهوائية وهذا راجع إلى التلوث البيئي.

3. السرطان: مزال هذا المرض المزمن في الارتفاع المستمر، ففي سنة 1998 تم تسجيل 1892 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها فقط، وذلك بنسبة 78.06 لكل مئة ألف نسمة. أما في سنة 1999 فقد تم تسجيل 2270 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها دائما وذلك بنسبة 100 حالة لكل مئة ألف نسمة، وعلى المستوى الوطني نجد 30 ألف حالة سرطان جديدة سنويا.<sup>227</sup>

## 2.4.1. إصلاح النظام الصحي في الجزائر (2000) مشروع إصلاح النظام الصحي:

تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002م، في 06 ملفات رئيسية تمت اثارها في تقريرها السنوي، اخذ بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديرية المركزية للوزارة الوصية تمثلت هذه الملفات في الاحتياجات الصحية والطلب العلاجي، إعادة تنظيم الهياكل الاستشفائية، ترقية وتنمين الموارد البشرية، تحسين إدارة الموارد المالية وفق معايير الجودة، اعتماد أساليب تمويل جديدة والتنسيق بين القطاعات ( التمويل، الضمان الاجتماعي، التعليم، التكوين المهني... الخ).

## 2.4.2. أهداف المشروع:

قد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي<sup>228</sup>:

<sup>227</sup> سعيدة رحمانية، المرجع نفسه، ص226، 227، 229..

<sup>228</sup> وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر في 17 جانفي 2003.

بدأت ملامح التغيير والاصلاح، وقد شمل مشروع الإصلاح العديد من الملفات لعل أهمها ما يلي:

1. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج.
2. ملف الهياكل الإستشفائية.
3. ملف الموارد البشرية.
4. ملف الموارد المادية.
5. ملف التمويل، اما الاهداف التي تسعى الوزارة تحقيقها من خلال هذا المشروع فهي:
  1. الاستفادة من مجانية العلاج والعدالة الاجتماعية والانصاف والتضامن الوطني.
  2. حماية الصحة وترقيتها، الحد من اللامساواة وإزالة الفوارق الجهوية وهذا بدمج المتدخلين بصفة منسجمة كالقطاع العمومي والشبه عمومي والقطاع الخاص.
  3. إحصاء عروض العلاج وتكييفها والحاجيات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
  4. الالتزام المؤقت بإصلاح الوقاية لاسيما في مجال: صحة الأم، صحة الشباب، الصحة العقلية، الامراض المزمنة والحوادث والإعاقات.
  5. تطوير علاج الصحة القاعدية من خلال إعادة الاعتبار للمراكز الصحية، وقاعات العلاج، وتزويدها بالوسائل والمعدات الطبية والموارد البشرية.
  6. الحفاظ على القطاع العمومي بتحسين مردوديته، إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
  7. تحسين مؤشرات الصحة العامة، وتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب وحماية المحيط.
  8. ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
  9. التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى.
  10. إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتخلين.
  11. توفير الإمكانيات الضرورية لمخترفي الصحة، مهما كانت مسؤوليتهم قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجيات الصحية والاجتماعية. ونتج عنه تحسن كبير في مختلف المؤشرات ونذكر منها:

الجدول رقم (18): تطور معدل وفيات حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2015
الذكور	38.4	38.9	36.1	ND	32.2	32.4	28.3	ND	ND	ND
الاناث	35.3	35.9	33.3	ND	28.5	28.5	25.3	ND	ND	ND
المجموع	36.9	37.5	34.7	32.5	30.4	30.4	26.9	26.2	25.5	15.6

Source : Office National Des Statistiques.

رقم غير متوفر: ND.

الجدول رقم (19): التغطية الصحية حسب عدد السكان.

واحد لكل 100.000 نسمة	2005	2009	2014
الطاقم الطبي	670	491	491
الطاقم الشبه الطبي	367	290	290

المصدر: موقع وزارة الصحة.

نلاحظ من الجدول الاول التراجع المستمر في معدل وفيات الذكور والاناث لكل 1000 ولادة حية إلى النصف خلال الفترة (2000-2015) بعد ان كانت 36.9 وفاة خلال 2000 وصارت 15.6 وفاة سنة 2015. بينما الجدول الثاني فيوضح زيادة التحسن في التغطية الصحية للسكان بزيادة الطاقم الطبي والشبه الطبي خلال الفترة (2005-2014).

من خلال نظرة سريعة لهذه البرامج في الفترة (2007-2015)، نتوقف عند القضايا الصحية التي أدرجت وكذا المشاريع والأهداف التي سطرت عبر المراحل الزمنية المختلفة ومنها: أن قضية تصفية الدم بالنسبة لمرضى القصور الكلوي، والأدوية، والمواد الاستهلاكية الطبية، ونقص الأطباء في بعض المناطق النائية ومشكل الأطباء العاطلين عن العمل، كانت كلها محاور في البرامج الحكومية المتعاقبة.

**برامج الوقاية:** تنفيذ 26 برنامجا للوقاية وتنظيم الهياكل الصحية ودعمها، ودعم طاقات هياكل العلاج الاساسي وتعزيز الخريطة الصحية الوطنية، وتحسين صيانة العتاد وتطهير وهيكلية تسيير المستشفيات.<sup>229</sup> التركيز على الاولوية لصحة الأم والطفل والشباب والفئات المحرومة والضعيفة، ودعم المصالح عالية التخصص

كما سطرت الحكومة الجزائرية العديد من الأهداف تسعى لتحقيقها وهي:

وضع الخارطة الصحية الجديدة، بإنجاز مراكز جديدة لمكافحة أمراض السرطان.

✓ إنجاز 14 مستشفى جديد للأمراض العقلية.

<sup>229</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 96، 97.

- ✓ إنجاز 15 مركز كبير لمعالجة المدمنين على المخدرات.
- ✓ إنجاز 53 مركز وسيط للتكفل بدمني المخدرات.
- ✓ تحويل 17 مستشفى إلى مؤسسات إستشفائية متخصصة.
- ✓ إنجاز 15 مؤسسة متخصصة استشفائية للأم والطفل.
- ✓ إنجاز مؤسسة إستشفائية متخصصة في طب العيون.
- ✓ إنجاز مؤسسة متخصصة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة، ولتعزيز شبكة المستشفيات العامة، يقتضي برنامج 2006-2009 بإنجاز 34 هيكل منها:
  - ✓ 07 هيكل تسع 240 سرير.
  - ✓ 12 هيكل يسع 120 سرير.
  - ✓ 15 هيكل تتراوح سعتها من 60 الى 100 سرير.<sup>230</sup>

كما سيتم إنجاز 04 مستشفيات منها 2 من سعة 120 سرير، و2 من سعة 60 سرير في البلديات التي لم تتم تغطيتها في هذا المجال، كما يتم فتح المجال القانوني لإنشاء مستشفيات خاصة، وبخصوص مشاريع القطاع الخاص وشبه العمومي فيتم إنجاز 40 عيادة و37 مشروع للنقل الصحي و34 مركز طبي إجتماعي تم اعتمادها، وستسمح توسيع هذه القدرات بمضاعفة حصة القطاع الخاص في مجال الاستشفاء (10.1% سنة 2009 مقابل 6.2% سنة 2005).

تعزيز تأطير قطاع الصحة من خلال توظيف 15000 طبيب عام و5000 طبيب متخصص و15000 عون شبه طبي إلى غاية 2009، بالإضافة إلى مواصلة عمليات التكوين المستمر بالنسبة للمسيرين حوالي 3000 مسير يجب تكوينهم خلال السنة الجارية 2009. وفيما يلي بعض الإحصائيات عن تطعيم الأطفال ضد مختلف الامراض:

الجدول رقم (20): عدد حالات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية المنتقاة في الجزائر.

السنة	عدد الحالات المبلغ عنها			
	الحصبة الالمانية	الملاريا	الحصبة	السل
2012	420	887	18	21880
2011	170	191	112	21429
2010	212	-	103	22336

<sup>230</sup> نور الدين حاروش، المرجع نفسه، ص 296، 297.

2009	23	-	107	21701
2008	1339	11964	217	8643

Source: World Health Organization, World Health Statistics Reports (2010-2014), Italy.

من الجدول هناك تحسن كبير جراء تطعيم الأطفال ضد مختلف الأمراض، فعلى سبيل المثال نلاحظ ارتفاع الإصابة بداء السل رغم التطعيم بينما هناك تراجع كبير في كل من مرض الحصبة، الملاريا، الحصبة الألمانية. وذلك خلال الفترة الزمنية (2008-2012). وفيما يخص عدد عمال السلك الطبي خلال الفترة (2015-2017) فهو كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (21): تطور عدد عمال السلك الطبي خلال الفترة (2015-2017).

القطاع الخاص			القطاع العمومي			
2017	2016	2015	2017	2016	2015	
21611	19779	18478	57227	55158	54953	الاطباء
7335	6733	6384	6928	7014	7261	جراحو الأسنان
10541	10193	9974	1796	1695	1501	صيادلة

Source: ONS. (2018). l'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015-2017. [www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf)

الجدول رقم (22): تطور عدد المنشآت الصحية خلال الفترة (2015-2017).

2017	2016	2015	التعيين
205	200	200	مؤسسة إستشفائية عامة
09	09	09	مؤسسة إستشفائية
15	15	15	مراكز إستشفائية جامعية
1	01	01	مؤسسة إستشفائية جامعية
77	75	75	مؤسسة إستشفائية متخصصة
127	123	114	دور الولادة الخاصة
409	416	415	دور الولادة العمومية
5957	5875	5762	قاعات العلاج

Source: ONS. (2018). l'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2015-2017. N° 47, Edition 2018, p22, [www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/aqced2018.pdf)

الملاحظ خلال هذه الفترة (2015-2017) هو الحفاظ على الزيادة العددية لكل من الأطباء، جراحو الأسنان والصيدالة، إلا أن الزيادة في القطاع الخاص فاقت الزيادة في القطاع العمومي وهذا يؤكد فكرة التوجه نحو التخصص في قطاع الصحة مستقبلا. أما فيما يخص المنشآت الصحية وخلال نفس الفترة

فملاحظ زيادة كبيرة في دور الولادة الخاصة إذ ما قورنت بدور الولادة العامة، وزيادة قاعات العلاج والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة لتحسين نوع الخدمة في الصحة العمومية الجزائرية.

الجدول رقم (23): مؤشر جودة نظام الرعاية الصحية في عدد من دول إفريقيا لسنة 2019<sup>231</sup>.

الجزائر	تونس	مالي	السودان	مدغشقر	كوديفوار	المغرب	ملاوي	
54.86	57.15	18.52	29.17	37.30	31.17	45.72	37.50	مؤشر نظام الرعاية الصحية
48.36	67.96	8.33	12.50	39.29	29.17	49.43	25	مهارة وكفاءة الطاقم الطبي
48.33	54.58	8.33	12.50	39.29	45.83	44.23	25	السرعة في استكمال الفحص والتقارير
53.02	60.42	16.67	37.50	35.71	16.67	48.23	18.75	معدلات التشخيص والعلاج الحديثة
50.89	65.30	8.33	37.50	25	37.50	46.14	25	الدقة والكمال في ملء التقارير
34.91	44.29	16.67	00	39.29	41.67	33.66	31.25	الاستجابة في المؤسسات الطبية
46.61	52.90	25	75	35.71	33.33	45.93	75	الود واللفظ للموظفين
75.42	55.56	16.67	25	42.86	29.17	45.16	43.75	الرضي عن التكلفة
66.34	69.97	96.26	64.01	89.65	94.39	70.40	64.83	مؤشر التلوث
55.9	61.21	93.75	47.22	80	92.35	64.79	45	تلوث الهواء
44.32	51.01	56.25	50	73.44	67.39	44.47	60	تلوث شرب الماء
77.5	71.67	81.25	84.21	83.33	80.57	68.51	75	عدم الرضا عن التخلص من القمامة
71.28	70	58.33	48.53	76.56	63.28	62.26	60	عدم الرضا عن المساحات الخضراء في المدينة

[http:// www.numbeo.com/health-care/rankings\\_current.jsp](http://www.numbeo.com/health-care/rankings_current.jsp)

من الجدول رقم (23): الذي يقدم معطيات رقمية عن مجموعة من المؤشرات التي تتعلق ب: مؤشر نظام الرعاية الصحية، مهارة وكفاءة الطاقم الطبي، السرعة في استكمال الفحص والتقارير، معدلات للتشخيص والعلاج الحديثة، الدقة والكمال في ملء التقارير، الاستجابة في المؤسسات الطبية وتلوث شرب الماء، فنلاحظ من خلال الأرقام أن دول شمال إفريقيا أحسن إذ ما قورنت بدول جنوب إفريقيا في مؤشر الصحة فهو معتدل بدول شمال إفريقيا، فيما يخص مؤشر التلوث فهو يعبر عن تلوث المياه الصالحة للشرب بالدرجة الأولى ثم الهواء. حيث أن المياه النظيفة وقنوات الصرف الصحي عاملين أساسيين للتعبير عن العيش بصحة

<sup>231</sup>مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 17، العدد 25 السنة: 2012، ص390.

جيدة والتقليل من الوفاة، غير أن اغلب سكان العالم اليوم يعانون من قلة المياه الصالحة للشرب وانعدام قنوات الصرف الصحي ما يؤدي لانتشار مختلف الأوبئة والأمراض.

## 5.2. آفاق ورهانات المنظومة الصحية الجزائرية في حدود 2025.

1.5.2. آفاق المنظومة الصحية الجزائرية في حدود 2025: بلوغ في حدود 2025 المؤشرات الصحية المسجلة حاليا في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، وإزالة الفوارق الصحية داخل الولايات ذاتها وتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية، وتبرز المؤشرات في 2025:

✓ عدد السكان 44.8 مليون نسمة.

✓ معدل الولادات 16.9‰.

✓ معدل الوفيات العامة 4.5‰.

✓ معدل النمو 1.24%، ومعدل العمر 80 سنة.

ويوضح الجدول التالي تطور مؤشري متوسط العمر المتوقع، وانخفاض وفيات الرضع منذ 1962 إلى غاية 2025.

الجدول رقم (24): تطور المؤشرات الصحية خلال السنوات (1962-2025).

المؤشرات	1962	1990	2000	2008	2025
متوسط العمر المتوقع	50	67.8	72.5	73.7	80
انخفاض وفيات الرضع‰	180	80	43	28.75	4.5

المصدر: حوالم رحيمة "تطبيق إدارة الجودة الشاملة" سلسلة أطروحات الدكتوراه، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،

2016، ص 134، 303.

هذه التحولات الديمغرافية سيكون لها أثر على التركيبة السكانية وعلى الإقتصاد والمجتمع، مما يستدعي اللجوء إلى دراسات إستشرافية في هذا المجال وعلى صعيد الأوبئة، التكفل بالأمراض غير المتنقلة بسبب استفحال عوامل الأخطار المرتبة عن التدخين والكحول والمخدرات والأغذية والتلوث وكذا الأمراض المتنقلة وإيصال الأدوية الجنسية إلى مستوى 80% من الاستهلاك الإجمالي، وكذا النهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال، وتدعيم صحة الأم والطفل.

- الدعم المالي لبرنامج التنمية في آفاق 2025 يقدر بحوالي 1819.63 مليار دج.

بحث الجزائر في الفترة المخطط لها (2015-2019) والفترة المستقبلية الى غاية 2025 عن تغيير جذري في تسيير المؤسسات الصحية التي تستهلك جزء كبير من ميزانية الدولة. بلغت نسبة ميزانية الصحة في سنة 2015 حوالي 381.9 مليار دج، من ميزانية الدولة 4972.2 مليار دج (7.89%)، وحددت في ميزانية الدولة سنة 2016، حوالي 7.68%.

يتوقع فيما يخص المؤشرات المستقبلية وعلى المستوى الوطني:

- ✓ عدد السكان في الجزائر سيرتفع الى 44.8 مليون نسمة في سنة 2025.
- ✓ سيصل معدل الولادات الى 16.9‰.
- ✓ سيصل معدل الوفيات العامة الى 4.5‰.
- ✓ معدل النمو سيبلغ 1.24%.
- ✓ معدل طول العمر المتوقع سيصل إلى 80 سنة.

تستدعي هذه التحولات الديمغرافية إعادة النظر في المنظومة الصحية والتي يتعين عليها التكفل بالأمراض غير المتنقلة والمتنقلة وتوفير مختلف أنواع العلاج المتطور، وينتظر من وراء هذه الأهداف المرسومة تحسين التغطية من حيث المستشفيات ومن حيث توفير الموارد البشرية الكمية والنوعية<sup>232</sup>.

- ✓ ضمان حياة صحية جيدة وتحسين المحددات الاجتماعية الصحية، وتعزيز الرفاه لجميع السكان من كافة الأعمار من خلال الوصول المتكافئ إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- ✓ تعزيز التعاون في مجال القضاء على ابرز الامراض السارية وغير السارية، واحتوائها والتعاون في مجال إنتاج اللقاحات، واستخدام مراكز التميز ذات الصلة عند الاقتضاء.
- ✓ تعزيز التعاون بين الدول والشركاء الدوليين بهدف وضع إستراتيجيات تخص إدارة الموارد البشرية والجوانب المالية لبرنامج العمل الإستراتيجي في مجال الصحة.<sup>233</sup>

<sup>232</sup>حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06، 2017، ص233.

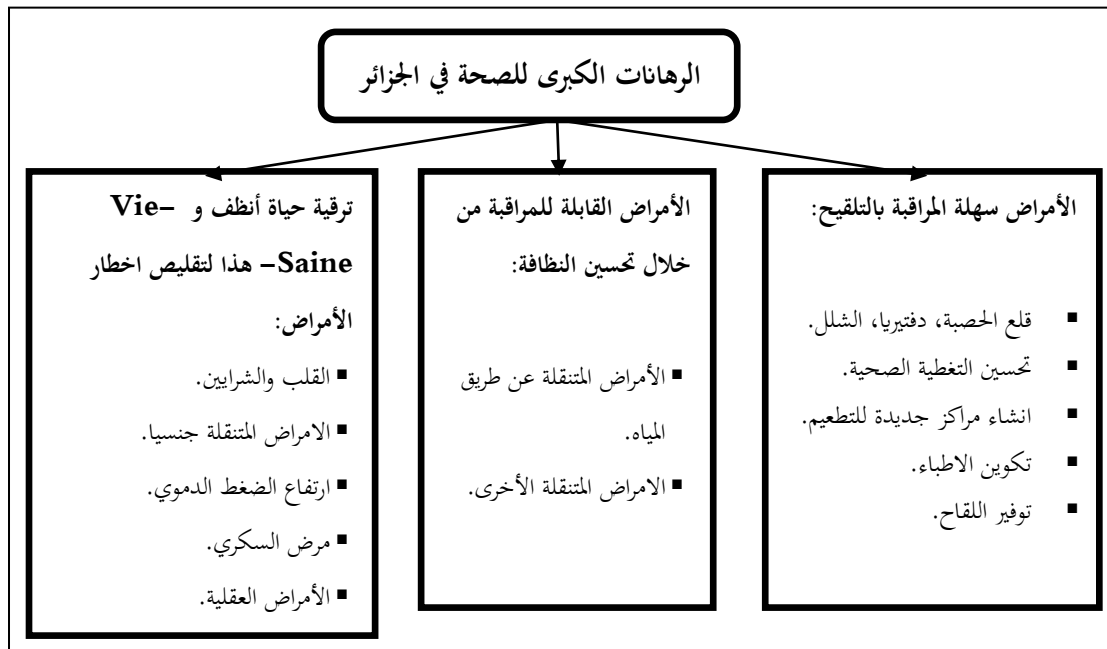
<sup>233</sup> برنامج عمل، منظمة التعاون الاسلامي حتى العام 2025، ص20.

## 2.5.2. الرهانات التي تواجه المنظومة الصحية في الجزائر:

فيما يتعلق بالرهانات المنتظرة من الإصلاح، يبدو حسب رأينا أن السلطات العمومية ستواصل وتعزز سياق الإصلاحات، حيث تأمل في الوصول لتحقيق مؤشرات بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في غضون 2025 مع الأخذ بعين الاعتبار التحديات التالية:

**1. على المستوى الوبائي:** تعتبر الجزائر من الدول التي تشهد تحولا وبائيا، موسوما بتراجع بعض الأمراض المتنقلة، واستمرار البعض منها مع بروز أمراض الدول المتقدمة أو ما يعرف بالأمراض الغير متنقلة (الأمراض المزمنة)، ما يحتم وضع أولويات لمواجهة الرهانات لتحسين الوضعية الوبائية مستقبلا اعتمادا على:

- ✓ مواصلة برنامج التلقيح.
  - ✓ توفير بعض الادوية المضادة للجراثيم.
  - ✓ تدعيم لمراقبة الاخطار الصحية.
  - ✓ التكفل بالأمراض المزمنة.
  - ✓ تدعيم التنسيق مع القطاعات الاخرى (المحيط، الوسط المهني، الصحة المدرسية)<sup>234</sup>.
- الشكل رقم (16): يمثل الرهانات الكبرى للصحة في الجزائر.



**Source:** Le Marché des Produits Pharmaceutiques en Algérie: Perspectives et Opportunités, Ubi France, Paris, 2008, P31.

<sup>234</sup> بوشلاغم عميروش وآخرون، واقع أفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، العدد 3، سبتمبر 2017، ص 18، 19.

ان تحسين الوضعية الوبائية يفرض بالضرورة وضع سياسة صحية ترمي من جهة إلى مراقبة الأمراض المتقلة إلى توفير ظروف عيش أحسن، ومن جهة ثانية تمكنا من تقليص أخطار الأمراض غير المتقلة بهدف ترقية حياة سليمة.

## 2. على مستوى عرض العلاج:

العمل على تحسين التغطية في مجال الأسرة الإستشفائية والموارد البشرية وإحداث نوع من التوازن بين مناطق الوطن في هذا المجال، لان الموارد البشرية والهياكل الصحية المتوفرة حاليا تعكس فروقا واضحة بين مختلف جهات الوطن، بحيث تتمركز أهم أقطار الصحة في الشمال في حين تعاني مناطق الجنوب والهضاب العليا من نقص كبير في الخدمات الصحية والمختصين، كما تراهن السلطات على النهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال، وتدعيم صحة الأم والطفل وتأمين عملية نقل الدم.

## 3. احتياجات العلاج حسب نوعية الإصابات:

التغطية الطبية في مجال الموارد البشرية والهياكل الصحية معنية بالتكيف مع احتياجات العلاج حسب نوعية الأمراض والوفيات السائدة.

## 4. الاحتياجات من التجهيزات الطبية الثقيلة:

تشهد الجزائر تأخرا كبيرا في التجهيزات الطبية المتعلقة بأمراض السرطان، وأمراض القلب والشرايين، وفي هذا الإطار ترمي الإصلاحات إلى تحقيق الأهداف التالية:

✓ تحسين التغطية في مجال علاج أمراض القلب باستخدام التقنية التدخلية أو العملياتية على مستوى المراكز الجامعية الاستشفائية.

✓ تحسين التغطية في مجال علاج امراض السرطان وهذا بتخصيص 50 آلة إضافية لتصل إلى مؤشر آلتان لكل 1000.000 نسمة عوضا ل 12 آلة متوفرة حاليا ل 30 مليون نسمة.

✓ إنشاء مخابر مرجعية (P3) على مستوى الأقطاب الثلاثة، ومخبر (P4) بالجزائر العاصمة للتكفل بالمرضى والبحوث<sup>235</sup>.

<sup>235</sup> بوشلاغم عميروش وآخرون، المرجع نفسه، ص19،20،21.

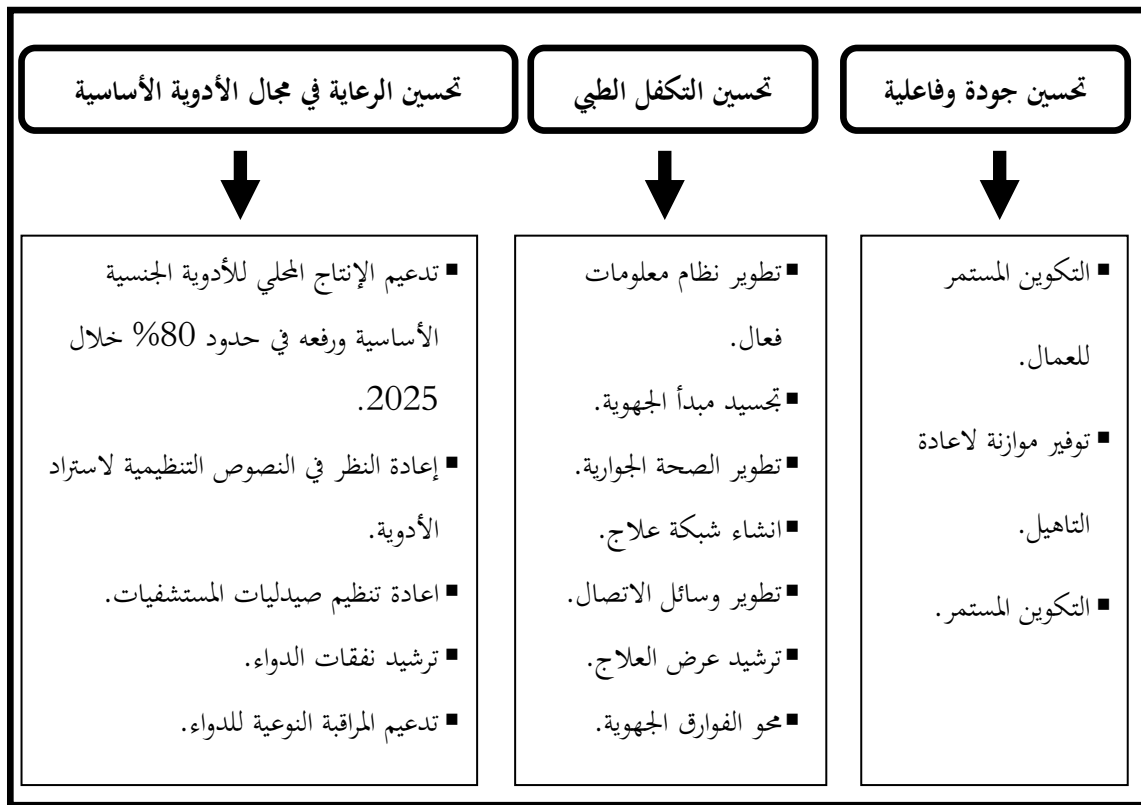
5. تطوير إستراتيجية لعلاج نوعي:

ترمي الإستراتيجية إلى تحسين التكفل بالأمراض المزمنة (غير المتنقلة)، كما أن عرض العلاج يجب أن يستجيب لمعايير الجودة، الأمان والتحكم في التكاليف إضافة للإجراءات الوقائية، مع إنشاء هياكل صحية متخصصة، والوقاية، التكوين.

6. تحسين جودة العلاج المقدم والتكفل الطبي:

إن توفير الهياكل والتجهيزات والموارد البشرية غير كاف لوحده لضمان فعالية الرعاية الصحية للمواطنين، بل من الضروري إعادة تأهيل منظم للعمال والأطباء بتسهيل الحصول على الرعاية الصحية للمواطنين وهذا ما يوضحه الشكل التالي<sup>236</sup>:

الشكل رقم (17): تحسين جودة وفعالية العلاج والتكفل الطبي.



Source: M S R H, Projection du Développement. Op.cit, p44.

6. الخريطة الصحية الجديدة: تعتبر الخريطة الصحية الجديدة أداة تخطيط من الدرجة الأولى، تمكننا من تحديد معايير التغطية الصحية على المستوى الوطني والجهوي، لضمان توزيع عادل للرعاية الصحية وتهدف

<sup>236</sup> بوشلاغم عميروش وآخرون، المرجع نفسه، ص22، 32.

إلى توقع التطورات والتحويلات الطارئة (الديمغرافية والوبائية) المستقبلية وتكييفها مع عرض العلاج لتلبية الطلب بشكل مثالي، فبدل 185 قطاعا صحيا أصبح:

✓ 190 مؤسسة عمومية استشفائية.

✓ 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.

الشكل رقم (18): يمثل الخريطة الصحية الجديدة.



Source: Le Marché des Produits Pharmaceutiques en Algérie, op.cit, p51.

### 7. دعم التعاون بين المصالح المركزية:

هناك تنسيق كبير بين مختلف الوزارات لتسيير قطاع الصحة كوزارة الصحة، وزارة العمل والضمان الاجتماعي، وزارة المالية، وزارة الصناعة، وزارة الداخلية بما فيها الحماية المدنية، وزارة الفلاحة... الخ، سواء لتوفير التمويل المالي وكذا دعم صناعة الأدوية، تأمين العمال والمرضى ومرافقتهم في عطلمهم المرضية وأثناء العجز الطبي والوفاة في العمل او جراء حوادث عمل<sup>237</sup>.

<sup>237</sup> بوشلاغم عميروش وآخرون، المرجع نفسه، ص25، 26.

## 3. المنظومة التعليمية في الجزائر (1962-2000).

يمثل النظام التعليمي في أي مجتمع حجر الزاوية في كل النظم الاجتماعية الأخرى، فهو يحدد بشكل كبير النظام الاقتصادي والنظام السياسي ومن ثم النظام الاجتماعي لكل مجتمع، وحدث الخلل في هذا النظام من شأنه أن ينعكس سلبا على كافة الجوانب المجتمعية<sup>238</sup>.

## 1.3. التعليم في الجزائر قبل واثناء الاحتلال الفرنسي (1830-1962):

عملت فرنسا على محاربة التعليم وخاصة العلوم العربية والعلوم الإسلامية، فقضت على المراكز الثقافية في الجزائر منذ قرون، وأغلقت نحو ألف مدرسة ابتدائية وحرمت أجيال عديدة من التعليم، لكن فرنسا قامت في ما بعد بفتح بعض المدارس لتعليم اللغة الفرنسية وبعض العلوم والآداب الفرنسية.<sup>239</sup>

تشير الإحصائيات إلى أن عدد التلاميذ الجزائريين في المدارس الابتدائية التي انشأتها فرنسا لم يكن يتجاوز 10.000 تلميذ سنة 1890م أي بنسبة 1.73% من مجموع البالغين سن التمدرس، وذلك بعد مرور 60 سنة على الوجود الفرنسي في الجزائر، كما يتضح من الأرقام التالية: 33.397 تلميذ جزائري في الابتدائي سنة 1900م بنسبة 3.4% ثم 49.000 تلميذ سنة 1918 بنسبة 5.7%، ثم 60.644 تلميذ سنة 1939، بنسبة 6%، وارتفع عدد التلاميذ الجزائريين إلى 117.155 تلميذ سنة 1940، هذا على صعيد الابتدائي، أما على الصعيد الثانوي والعالي فإن أعداد الجزائريين كانت هزيلة جدا 84 تلميذا في الثانوي قبل سنة 1900، و455 سنة 1920.

لم يكن عدد الحاصلين على البكالوريا يتجاوز آنذاك 34 جزائريا، بينما لم يكن عدد الطلبة الجزائريين في الجامعة يتجاوز 47 طالبا وقد حصل منهم على الليسانس 12 طالبا.

أصدرت السلطات الاستعمارية عام 1904 قانونا يجعل فتح الكتاتيب القرآنية خاضعا للحصول على رخصة<sup>240</sup>.

<sup>238</sup> اشرف خيرى، مرجع سابق، ص7.

<sup>239</sup> سعد عبد السلام، التعليم في الجزائر الواقع والافاق، مجلة البحوث التربوية والتعليمية، المجلد9، العدد: 2 (2020)، ص115.

<sup>240</sup> محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص110، 111.

قامت جمعية العلماء المسلمين الجزائريين التي تأسست 1931 بعد مرور قرن على الاحتلال وكان شعارها الإسلام، العروبة، الجزائر، وكان أول رئيس لها هو الشيخ عبد الحميد ابن باديس (1940-1989) ثم خلفه الشيخ البشير الإبراهيمي في رئاستها إلى 1956. وقد ركزت الجمعية نشاطها على مقاومة التبشير والسياسة الفرنسية والادماج فعملت على نشر اللغة العربية والثقافة الإسلامية.

أعدت الإدارة الفرنسية عام 1941 مخططا تعليميا كان من أبرز أهدافه بناء 20.000 حجرة دراسية على مدى 20 سنة بقصد استيعاب 1.000.000 تلميذ جزائري سنة 1965.

بلغ عدد المدارس الابتدائية 2.068 مدرسة عام 1950 يرتادها نحو 177.000 تلميذ جزائري و130.000 تلميذ فرنسي، أما المؤسسات الثانوية فقد بلغت في السنة نفسها 44 مؤسسة تضم 2734 تلميذ جزائري و20.658 تلميذا فرنسيا.

التعليم العالي فقد كانت هناك جامعة واحدة هي جامعة الجزائر وكان عدد طلابها سنة 1950 يبلغ 306 طالبا جزائريا مقابل 4.280 طالبا فرنسيا وأورويا.

عند اندلاع الثورة الجزائرية سنة 1954/1955: بلغ عدد الاطفال الجزائريين في المدارس الابتدائية 322.700 تلميذ بنسبة تدرس 20 %، وبلغ عددهم في الثانوي العام 6.260 تلميذا وفي الثانوي المهني والتقني 5.702 تلميذا، أما في التعليم العالي فلم يكن عدد الجزائريين يتجاوز 589 طالبا، وعلى العموم كان طفل جزائري واحدا من 10 اطفال يجد طريقه إلى المدرسة، وكانت هذه النسبة في البنين 1 من 5 وفي البنات 1 من 16. ومع ذلك فقد بقيت نسبة الأمية مرتفعة جدا 94%.

التعليم العربي الحر الذي أنشأته جمعية العلماء المسلمين الجزائريين، وساهمت في نشره قوى وطنية أخرى، بلغت مدارسه 181 مدرسة سنة 1954م، ومنها 58 ثانوية تضم نحو 40.000 تلميذ. كما كان التلاميذ يلتحقون بتونس والمغرب والقاهرة، وفي سنة 1954 كان بالزيتونة نحو 1000 طالب جزائري، وفي القروين نحو 120، وفي الأزهر نحو 150 وكان بالجامعات الفرنسية نحو 589 طالبا جزائريا<sup>241</sup>.

<sup>241</sup> محمد عابد الجابري، المرجع نفسه، ص112، 113.

السياسة التعليمية الفرنسية في الجزائر من 1958م إلى 1962م قامت فرنسا بإعداد مخطط للتنمية (مخطط قسنطينة)، نص المخطط على إنشاء 1800 وظيفة تعليم سنويا لمدة ثماني سنوات وبناء 2055 حجرة.

أدى تطبيق هذا المخطط إلى ارتفاع عدد المسلمين الجزائريين من نحو 600.000 تلميذ سنة 1959 إلى 1.010.000 تلميذ سنة 1962. أما في الثانوي فقد بلغ عدد التلاميذ الجزائريين المسلمين 36.000 عام 1962 مقابل 10.200 تلميذ سنة 1959. وبالنسبة للتعليم العالي فقد انشئت جامعتان جديدتان واحدة في قسنطينة والآخرى في وهران<sup>242</sup>.

2.3. المنظومة التعليمية الجزائرية في مرحلة الاختبارات والاولويات (1962-1966): بعد الاستقلال مباشرة واجهت الجزائر مشاكل عديدة مثل: التخلف الاجتماعي، الجهل، الأمية<sup>243</sup>... الخ).

شكل التعليم أحد الأولويات الأساسية في السياسة التنموية الشاملة التي أتبعها الدولة مباشرة بعد حصولها على استقلالها في 5 جويلية 1962م، والدستور الجزائري الصادر سنة 1962 والمواثيق والنصوص الأساسية المرجعية التي تستمد منها السياسة التعليمية اعتبرت التعليم العنصر الأساسي لأي تغيير اقتصادي واجتماعي، والامر رقم 76. 35 المؤرخ في 16 ابريل 1976م، اول نص تشريعي على هذا المستوى وضع المعالم والأسس القانونية للنظام التعليمي الجزائري وشكل الإطار التشريعي لسياسة التربية التي تركز على:

✓ تاصيل الروح الوطنية والهوية الثقافية لدى الشعب الجزائري ونشر قيمه الروحية، وتقاليده الحضارية واختياراته الأساسية.

✓ تثقيف الأمة بتعميم التعليم والقضاء على الأمية وفتح باب التكوين على جميع المواطنين باختلاف اعمارهم، ومستوياتهم الاجتماعية.

✓ تكريس مبادئ التعريب والديمقراطية والتوجه العلمي والتقني<sup>244</sup>.

قدر عدد المعلمين والاساتذة الفرنسيين الذين غادروا الجزائر في اول اكتوبر 1962 بنحو 18.000 معلم من اصل 23.000 بنسبة 76.59%، و1400 استاذ من اصل 2000 اي 70%<sup>245</sup>.

<sup>242</sup> محمد عابد الجابري، المرجع نفسه، ص113.

<sup>243</sup> سعد عبد السلام، مرجع سابق، ص115.

<sup>244</sup> عبد اللطيف بن حسين، نظم التربية والتعليم في الوطن العربي ما قبل وبعد عولمة التعليم، عمان للنشر، الطبعة الأولى 2008، ص130.

استجابت الدول الصديقة للجزائر، فارسلت سوريا 1200 معلم للقيام بالتعليم الابتدائي، بعدها قامت بإرسال 630 معلم أيضا، كما قامت مصر بإرسال 3000 خريج أزهري إلى الجزائر.

اعترفت العراق بالحكومة الجزائرية إذ بلغ عدد الخريجين من الكلية العسكرية العراقية ما يقارب 40 برتبة ملازم ثاني، وما يقارب 27 طالب بكلية الطيران وعدد من المعلمين تم إرسالهم للجزائر، إضافة لقطر وليبيا ضمن اتفاقيات تعاون في مجال التعليم<sup>246</sup>.

شكلت وزارة التعليم الجزائرية لجنة وطنية لتحديد الاختيارات الوطنية الكبرى في مجال التربية والتعليم وعقدت هذه اللجنة اجتماعها الأول في 15/12/1962، وعند انتهاء أشغالها أعلنت عن المبادئ الأربعة التالية كأساس للسياسة التعليمية في الجزائر المستقلة:

1. ديمقراطية التعليم أي تعميمه على جميع أبناء الشعب.
2. التعريب.
3. التكوين العلمي والتكنولوجي.
4. الجزائر.

استلهمت الدولة الجزائرية ملامح هذه المنظومة من الاصاله الحضارية للأمة ومن مختلف المواثيق الرسمية التي نذكر منها:

- ✓ نداء أول نوفمبر 1954.
- ✓ مؤتمر الصومام 20 أوت 1956.
- ✓ ميثاق الجزائر أبريل 1964.
- ✓ الميثاق الوطني 1976.
- ✓ الميثاق الوطني 1986.
- ✓ دساتير الجزائر منذ 1962 الى يومنا هذا.
- ✓ أمرية 16 أبريل 1976 والمراسيم التابعة لها. وهذه المواثيق والنصوص في مجموعها حددت التوجيهات الأساسية للنظام التربوي الجزائري<sup>247</sup>.

<sup>245</sup>محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص 116.

<sup>246</sup>Journal of Babylon center for Humanities Studies 2020, Volume 10 Issue 4, p 442.

مر التعليم في الجزائر منذ استقلالها إلى اليوم بين أربع مراحل:

- المرحلة الأولى: تمتد من 1962 - 1969.
- المرحلة الثانية: من 1970 - 1973.
- المرحلة الثالثة: تمتد من 1974 - 1979.
- المرحلة الرابعة: من 1980 إلى 1986.

اول موسم دراسي في الجزائر المستقلة، موسم 62-1963 التحق بالمدارس الابتدائية 777.636 تلميذا، مؤطرين ب: 19.908 معلما منهم 12.596 معلما جزائريا (917 بدرجة معلم و5.190 بدرجة مساعد و6.489 بدرجة ممرين)، و7.312 اجنبيا (معظمهم بدرجة مساعد: 5.176) أما في الثانوي فقد امكن تسجيل 61.014 تلميذا يؤطروهم 1.822 استاذ، وبلغ عدد طلبة المؤسسات في التعليم العالي 3.217 طالبا وإذا كانت هذه الأعداد تعكس نوعا من الانقراض للموسم الدراسي فهي أبعد ما تكون عن ارضاء طموحات الثورة الجزائرية. وقد تعذر على السلطات الجزائرية تسجيل جميع الاطفال الذين كانوا في سن الدراسة وكانوا يبلغون في السنة السابقة 61-1962 نحو 2.200.000 طفل، الشيء الذي يعني ان مالا يقل عن 1.100.000 طفل من الذين تتراوح اعمارهم بين 6 و13 سنة قد بقوا خارج المدارس.

بلغت نسبة ميزانية التعليم 25% من الميزانية العامة و 8% من الدخل القومي الخام. لقد حقق التعليم في الجزائر خلال هذه المرحلة قفزة هائلة على صعيد الحجم خصوصا على مستوى الابتدائي<sup>248</sup>. فسياسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية المتبعة في الجزائر مرت بمراحل عدة:

- مرحلة الاختبارات أو الأولويات من سنة 1962 إلى غاية 1966.
- أفق التخطيط من سنة 1967 إلى غاية 1970، عرفت بداية التخطيط (مخطط ثلاثي اول).
- بداية المخططات الإنمائية الكبرى: أي ما بعد سنة 1970، وقد شملت عدة مخططات وهي :
- المخطط الرباعي الاول: 1970-1973.
- المخطط الرباعي الثاني: 1974-1977.
- المخطط الخماسي الأول: 1980-1984.
- المخطط الخماسي الثاني: 1985-1989.
- مرحلة الإصلاحات الكبرى: من سنة 1999 إلى غاية اليوم<sup>249</sup>.

<sup>247</sup> وحدة النظام التربوي، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم، الطبعة 2005، ص9.

<sup>248</sup> محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص123،124،125.

**3.3. التربية والتعليم خلال المخطط الثلاثي (1967-1970):** ويعتبر هذا المخطط أول تجربة دخلت بها الجزائر عصر التخطيط التنموي الشامل، وفي مجال التعليم عملت الحكومة الجزائرية على إعطاء الأفضلية للمناطق الأكثر حرمانا وهي المناطق الريفية والمدارس بالارياف<sup>250</sup>. ففي الفاتح يناير من سنة 1968 كان معدل التمدرس العام في المرحلة الابتدائية 53.47%، أما في صفوف البنات فلم تكن النسبة تتجاوز 36، 24% مقابل 58، 57% في صفوف البنين. وبينما ارتفع معدل التمدرس العام إلى 77، 50%.

**التعليم العالي:** يمكن تلخيص المراحل التي مرت عليها الجامعة الجزائرية على النحو الآتي:

**مرحلة 1962-1970:** انطلق فيها القطاع بجامعة واحدة ومدرستين للتعليم العالي، ونظام جامعي موروث عن العهد الاستعماري، وشهدت هذه المرحلة التوسع في بناء المؤسسات الجامعية كجامعة قسنطينة، باب الزوار ووهران.

ميزها إصلاح التعليم العالي سنة 1971 والذي يهدف الى:

- ✓ إدماج الجامعة الجزائرية في سياق حركة التنمية الشاملة.
- ✓ جزأة المكونين والمؤطرين.
- ✓ ديمقراطية التعليم وتعريبه.
- ✓ تأكيد التوجه العلمي والتكنولوجي.

كذلك تكوين الاطارات من حيث الكم والنوعية الضرورية لسد حاجات البلاد<sup>251</sup>.

### 4.3. التربية والتعليم في مرحلة المخططين الرباعين الاول والثاني (1970-1977).

**1.4.3. المخطط الرباعي الاول 1970-1973:** استهدف المخطط التوسع في مجال التعليم وتعريبه بناءا على أسس علمية وفنية.

خصصت الحكومة الجزائرية مبلغ قدره 28 مليار دينار جزائري، وركزت جهودها بالدرجة الأولى على بناء المدارس والجامعات والمعاهد، حيث بلغت الاستثمارات المعدة لقطاع التربية والتعليم مع بداية هذا المخطط 30305 مليون دينار جزائري لغاية توسيع مساحة التعليم بالجزائر<sup>252</sup>.

<sup>249</sup>حمادي عياش، السياسة الصحية والأسرة في الجزائر الواقع والأفاق، مجلة الحقيقة، جامعة أدرار، العدد 23، ص 340.

<sup>250</sup>Journal of Babylon center for Humanities Studies, Ibid, p 446.

<sup>251</sup>وحدة النظام التربوي، مرجع سابق، ص 22.

بقضية تعميم التعليم أكثر هذا يعني ان حجم الابتدائي سيبلغ 2.620.000 تلميذ سنة 1973 نهاية المخطط وبذلك ترتفع نسبة التمدرس إلى 76 % في صفوف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم 6 و 14 سنة، اما الثانوي سيستقبل سنويا 40 %، من تلاميذ السنة النهائية الابتدائية وبذلك يرتفع حجمه الى 420.000 تلميذ سنة 1973، كما سيرتفع حجم التعليم العالي في السنة نفسها إلى 27.000 طالب (مقابل 9.700 طالب سنة 1969).

نص المخطط على بناء 4.000 وحدة دراسية و 2.000 مسكن سنويا، وتكوين 24.000 معلم خلال مدة المخطط لمواجهة المتطلبات الجديدة وتحقيق جزارة المناصب التي يشغلها المعلمون الاجانب.

نص المخطط على تكوين 8.000 استاذ للإعدادي، 1.000 استاذ للثانوي. ان يكون الانتقال من سنة إعدادية إلى أخرى بنسبة 85% ومن السنة الأخيرة الإعدادية (الثالثة) إلى الأولى ثانوي بنسبة 70%.

ارتفع حجم الابتدائي في السنة الأخيرة من المخطط (72-1973) إلى 2.206.893 تلميذ في التعليم الحكومي مقابل 2.620.000 المقررة في المخطط.

كان هناك 31.853 تلميذا في التعليم الخاص و 6.098 في مدارس البعثات. وبذلك بلغت نسبة التمدرس 66.51%، وبلغ عدد المعلمين الاجمالي 51.461 معلما منهم 47.459 جزائريا اي بنسبة 92.22%، وكانت نسبة المعربين من مجموع المعلمين 68.63%. أما الثانوي فقد بلغ مجمل اعداده 380.000 تلميذ (مقابل 420.000 المقررة في المخطط)<sup>253</sup>. كما استمر تأكيد الحكومة الجزائرية على ثلاث أهداف أساسية هي:

- ✓ ديمقراطية التعليم: اي عدم اقتصار التعليم على فئة معينة.
- ✓ تعريب التعليم: اي جعل اللغة العربية في مكانها الطبيعي كلغة للعلم والثقافة والإدارة والاستغناء عن اللغة الفرنسية التي فرضت عليهم.
- ✓ اعطاء الأولوية للعلوم والتقنيات: وكان الهدف منها تثقيف المواطن الجزائري وجعله منتجا وناجحا في نفس الوقت.

<sup>252</sup>Journal of Babylon center for Humanities Studies, Ibid, p 446, 447.

<sup>253</sup>محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص 132، 133.

2.4.3. المخطط الرباعي الثاني 1974-1977: خصصت الحكومة الجزائرية ما قيمته 110 مليون دينار جزائري لتطوير قطاع التربية والتعليم، فتمكنت الجزائر وفي مدة 10 سنوات (1966-1976) من النجاح في تحسين العملية التعليمية والتربوية، بجعل التربية من ضمن أولويات سياساتها التنموية<sup>254</sup>.

تميزت هذه المرحلة بالقرارات الحاسمة التي صدرت سنة 1976 خارج نصوص المخطط وتوقعاته. ذلك انه في فبراير من عام 1975 اقر مجلس الثورة الجزائرية مشروع اصلاح للتعليم يهدف إلى هيكلة التعليم الابتدائي والثانوي بصورة جذرية.

بدأ تطبيق الإصلاح وعمليات الإصلاح بمعنى Reform تختلف عن عمليات التجديد Innovation فمثلا الإصلاح التعليمي والتربوي يشير عادة إلى عملية التغيير في النظام التعليمي، أو في جزء منه نحو الأحسن، وغالبا ما يتضمن هذا المصطلح معاني اجتماعية واقتصادية وسياسية، بل أن بعض علماء اجتماع التربية يعرفون الإصلاح التعليمي والتربوي الحقيقي بذلك الإصلاح الذي يتضمن عمليات تغيير سياسية واقتصادية واجتماعية، ذات تأثير على إعادة توزيع مصادر القوة والثروة في المجتمع. والإصلاح التربوي والتعليمي بهذا المعنى يختلف تماما عن مفهوم التجديد التربوي والتعليمي Educational Innovation فالتجديد التربوي يعني التجديد أو الاستحداث الذي يتم في نطاق ضيق من النظام التعليمي، وعلى المستوى الصغير Micro Level أن يتضمن مفهوم التجديد التربوي والتعليمي بهذا المعنى أية أبعاد اقتصادية أو اجتماعية أو سياسية كبيرة Macro Level والمقابلة بين المفهومين هامة وضرورية حتى تزيل اللبس الذي يمكن أن يحدث عند الحديث حول الإصلاح سواء كان ثقافيا أو تربويا<sup>255</sup>.

أكتوبر 1975 إنشاء المدرسة الأساسية ذات التسع سنوات في خمس مؤسسات. وقد قسمت السنوات 9 الى ثلاث مراحل: مرحلة التكوين الأساسي، مرحلة الايقاظ العلمي، مرحلة التوجيه. وفي السنة الموالية 1976 بدا تعميم التجربة بصورة موسعة أكثر، وذلك مع صدور النصوص التي تجعل المدرسة الأساسية مرحلة إلزامية. والواقع أن سنة 1976 تسجل "مرحلة حاسمة في تطور نظام التعليم في الجزائر" بحيث يمكن القول "إن المدرسة الجزائرية قد ولدت سنة 76-1977 بعد تطور دام أكثر من عشر سنين"، وبالإضافة إلى صدور النصوص التطبيقية للإصلاح ثم في السنة نفسها تأميم التعليم الحر.

<sup>254</sup>Journal of Babylon center for Humanities Studies, Ibid, p 443, 444,448.

<sup>255</sup>شبل بدران، مرجع سابق، ص 18، 19.

ارتفع عدد تلاميذ الابتدائي سنة 78-1979 فبلغ 2.972.242 تلميذا (مقابل 2.206.873 سنة 72-1973) وبلغ عدد تلاميذ الاعدادي 308.725 تلميذا في الاقسام المعربة و553.957 في الاقسام المزدوجة أي 862.682 تلميذا في المجموع (مقابل 380.000 سنة 72-1973). اما المرحلة الثانوية فقد قارب عدد تلاميذها 180.000 تلميذا بينما ارتفع حجم التعليم العالي إلى 70.000 طالب. ومع ان ميزانية التعليم قد ارتفعت ارتفاعا كبيرا إذ بلغت 11% من الدخل القومي الإجمالي الخام فإن 50% من البنائات التي نص عليها المخطط الرباعي للحجرات والقاعات مع تكريس التناوب علاوة على اكتظاظ الفصول (70 تلميذا للفصل الواحد). أصبح واضحا ان الزيادة الديمقراطية تتمص بمجهود الحكومة امتصاصا، فقد كشف إحصاء عام 1977 عن أن 54% من السكان تقل أعمارهم عن 18 سنة، وأن 25% لا تتجاوز أعمارهم 5 سنوات.

هذا الوضع جعل نسبة التمدرس لا ترتفع الا لتتخفف وهكذا نزلت الى 70.6% سنة 78-1979 بعد ان بلغت في السنة السابقة لها 71.6% كما بقي الفارق بين البنين والبنات قائما، فبينما بلغت نسبة التمدرس في صفوف البنين 80.50% بقيت في حدود 60% في صفوف البنات وتنزل هذه النسبة إلى 31% في بعض الولايات. اما ظاهرة تكرار السنة فظللت بدورها مستفحلة، فقد بلغ عدد التلاميذ المعيدين للسنة 391.922 في الابتدائي سنة 78-1979 أي بنسبة 13.18% (وهي نسبة مرتفعة في تعليم جماهيري يعمل للكثير ما يعمل للكيف)، كما بقيت نسبة المعلمين المؤهلين منخفضة إذ لم تتجاوز 24.72% اما الباقي فهم اما مساعدون وهم الاكثرية 63.15%، والممرنون 8.60%.

كان مشروع الإصلاح الذي تبلور عام 1973 لم تصدر نصوصه إلا في سنة 1976 فإن تطبيقه الفعلي والشامل لم يبدأ إلا في أكتوبر 1980.<sup>256</sup>

بين 1970-1980 اتجه التباين بين عدد الصبية والبنات المقبولين في المدارس الى الانخفاض، فقد أصبحت نسبة البنات 40% من أعداد التلاميذ المقبولين في المدارس الابتدائية والثانوية وفي الجامعات استقرت النسبة على 25% اعتبارا من عام 1987.<sup>257</sup>

### 5.3. التربية والتعليم أثناء المخططين الخماسيين الاول والثاني (1980-1989).

1.5.3. المخطط الخماسي الاول 1980-1984: ما يطبع هذه المرحلة هو إقامة المدرسة الأساسية بداية الدخول المدرسي 1980-1981 وقد تم تعميمها بشكل تدريجي سنة بعد سنة.<sup>258</sup>

<sup>256</sup> محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص 136، 139، 140.

<sup>257</sup> Benjamin Stora, Histoire de L'Algérie depuis l'indépendance 1962-1988, 4<sup>e</sup> édition, 2004, p67.

<sup>258</sup> وحدة النظام التربوي، مرجع سابق، ص 20.

إبتداء من الموسم الدراسي المقبل أكتوبر 1980 تعميم الإصلاح التربوي الذي أقره الميثاق الوطني وصادق عليه المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني:

1. تطبيق نظام المدرسة الأساسية بمحتواها المتعدد التقنيات ومدتها ذات التسع سنوات وبلغتها الوطنية لتعليم جميع المواد والتخصصات.

2. مواصلة الجهود بطريقة أفقية لتوسيع نسبة القبول بالتعليم المتوسط وإدخال التحسينات الضرورية على البرامج التعليمية والطرائق البيداغوجية بغية الإسراع بتوفير الشروط المساعدة على تعميم هذا الإصلاح.

3. إعطاء عناية خاصة للتعليم التقني والمهني في إطار إصلاح التعليم الثانوي والعمل على توسيع مجالاته وتمكينه مستقبلا من استقطاب أغلبية خريجي المدرسة الأساسية.

4. الشروع في تطبيق سياسة محددة في تعليم اللغات الأجنبية تتلاءم مع أهدافنا السياسية واحتياجاتنا الوطنية والعمل على تنويع هذه اللغات وأوصت اللجنة المركزية بـ:

✓ ضرورة إعداد برنامج وطني وعملي للتعريب في قطاع التربية والتعليم العالي والتكوين ضمن المنظور المتكامل للتعريب قطاع الإنتاج والإدارة، ويتم تحقيق ذلك باتخاذ الإجراءات التالية:

✓ جعل اللغة الوطنية لغة المكونين في كل الفروع والمستويات لتحقيق الانسجام بين القرارات السياسية والتطبيقات الميدانية في مجال تعريب التعليم والتكوين والعمل.

✓ إعداد برنامج عملي لتمكين المدرسين في قطاعات التربية والتعليم العالي والتكوين من العمل والتعليم باللغة الوطنية.

5. إعطاء فعالية لدروس اللغة العربية وتعميمها على كل الأقسام العلمية والطبيعية والصيدلية<sup>259</sup>.

6. القيام بإنشاء مركز جامعي للتعريب يقوم أساسا للتأليف وترجمة الكتب العلمية والجامعية من شتى اللغات ونقلها إلى اللغة العربية.

حتى الثمانينات لا زال ثلث المعلمين في المرحلة الابتدائية من الفرنسيين، الروس، الرومانيين، السوريين، والمصريين. 1980م. وأنشئ معهد التربية الوطني الذي طبع في عام 1982 وحده 21 مليون كتاب ورغم الجهود العظيمة المبذولة في مستوى التعليم، فإن الجهاز التعليمي الجزائري اصطدم بمشكلتين: النمو السكاني، وقضايا تعريف الهوية من اجل جزارة تدريجية للمدرسة<sup>260</sup>.

<sup>259</sup> محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص 141، 142.

<sup>260</sup> Benjamin Stora, Ibid, p 68, 69.

كما تم تأكيد أسبقية تكوين الأطر، فقدرت حاجيات الجزائر إلى أساتذة التعليم الثانوي العام بـ: 13.346 استاذاً لتغطية الحاجات المستجدة وتعويض المتعاونين، بحيث لن يبقى منهم إلا 1.339 استاذاً سنة 84-1985، فإن أنجز في هذا المجال كان دون هذا الطموح بكثير، لقد كان هناك في السنة الدراسية 83-1984 بالمدارس الثانوية 7.188 أستاذاً أجنبياً من أصل 13.392 أي بنسبة 25.43%. المشكل العويص مشكل تشغيل المراهقين الذين ينقطعون عن الدراسة بدون تأهيل وعددهم ينمو سنة بعد أخرى. على أن مشكل التشغيل لم يعد مطروحاً فقط بالنسبة لهؤلاء الذين لفظتهم المدارس بل قد أصبح مطروحاً وبحدة بالنسبة للخريجين من الجامعات ومعاهد التعليم العالي، هؤلاء الذين قدر عددهم ما بين 80-1984 بنحو 43.000 خريج<sup>261</sup>.

**2.5.3. التعليم العالي (1985-1989):** تميز بوضع الخريطة الجامعية بغية التحكم في التوافد الطلابي في مختلف أرجاء الوطن، وكذا إنشاء جامعة التكوين المتواصل<sup>262</sup>.

**2. مرحلة 1990- إلى يومنا:** لم تستطع الجامعة في هذه المرحلة الاستجابة للمطالب الاجتماعية والاقتصادية المطروحة نتيجة تأثير التخطيط الاستعجالي للتكفل بالدفعات الطلابية بحيث عانت الجامعة ضغوطات أدت إلى عدم استقرارها في مجالات التنظيم والتسيير.

**3. التكوين المهني:** لم يكن هناك غداة الاستقلال سوى 17 مركزاً للتكوين المهني، اقتصر التكوين فيها على التخصصات المتعلقة بالأشغال العمومية والبنائات الحديدية.

**4. بداية الثمانينات:** شهد القطاع ديناميكية نشطة تميزت:

- ✓ إنشاء إدارة مركزية مستقلة خاصة بقطاع التكوين المهني.
- ✓ مضاعفة عدد مؤسسات التكوين المهني بمختلف أنواعها وتنوع تخصصاتها.
- ✓ جزأة المكونين عن طريق تكوين المكونين وإدماجهم.
- ✓ إدخال أنماط ومستويات جديدة لتكوين.
- ✓ صدور قانون التمهين.

<sup>261</sup> محمد عابد الجابري، مرجع سابق، ص 144.

<sup>262</sup> وحدة النظام التربوي، مرجع سابق، ص 22.

بداية التسعينات والى يومنا تبورت سياسة وطنية للتكوين المهني باهتمامات اجتماعية واقتصادية في تكوين يد عاملة مؤهلة، سريعة الاندماج بالاقتصاد الوطني. هذا وشهد تمديد التكوين إلى المستويين الرابع والخامس للتكفل بالتلاميذ المتسربين من قطاع التربية الوطنية بعد امتحان البكالوريا<sup>263</sup>.

#### 4. التربية والتعليم مرحلة التعددية، فترة الإصلاحات الكبرى (1999-2020).

##### 1.4. إصلاح المنظومة التربوية ماي 2000:

###### 1. الإطار المرجعي العام للنظام التربوي:

- ✓ التاريخ العريق للجزائر.
- ✓ بيان 1 نوفمبر 1954.
- ✓ الهوية الوطنية بأبعادها الثلاثة، الإسلام، العروبة والأمازيغية.
- ✓ الطابع الديمقراطي، العلمي والانساني العالمي.

###### 2. المحاور الكبرى للإصلاح:

- ✓ تحسين نوعية التأطير.
- ✓ التحرير البيداغوجي.
- ✓ إعادة تنظيم المنظومة التربوية.

###### 3. اللجنة الوطنية للمناهج: هيئة تقنية للدراسة والتنسيق في ميدان البرامج التعليمية من 25 عضوا.

- ✓ مسار تطبيق الإصلاح التربوي:
- ✓ إحداث اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية الجزائرية مع حلول سنة 2001.
- ✓ قرار مجلس الحكومة في شهر افريل 2002.
- ✓ بداية الإصلاح الهيكلي التربوي البيداغوجي 2003/2004.
- ✓ وثيقة وزارة التربية الوطنية تحت عنوان مخطط العمل لتنفيذ اصلاح المنظومة التربوية في أكتوبر 2003.
- ✓ العمل بفكرة مشروع المؤسسة سنة 2006/2007 المنشور رقم 153 المؤرخ في 5 جوان 2006.

مواطن التغيير:

<sup>263</sup> وحدة النظام التربوي، المرجع نفسه، ص22، 23.

- ✓ تنظيم الوظائف، الاستاذ، المتعاملين.
- ✓ تنظيم العلاقات بين أفراد الجماعة التربوية.
- ✓ تنظيم المصالح: امانة، مديرية الدراسات، استشارية التربية، المقتصدین.
- ✓ تنظيم الشعب: بتقنين التنظيمات التربوية.
- ✓ تنظيم الهياكل: ضمان الامن، النظافة، تحسين وتحميل مختلف مرافق المؤسسة<sup>264</sup>.
- **مرحلة التعددية:** تضمنت هذه المرحلة جملة من المخططات التنموية، وهي على التوالي كالآتي: (التنمية في فترة التسعينات، المخطط التنموي (2001-2004)، المخطط التنموي (2005-2009)، المخطط التنموي (2010-2014).

**2.4. التربية والتعليم خلال المخطط التنموي (2001-2004):** خصص له غلاف مالي قدر ب: 525 مليار دج منها 129 مليار دج للتنمية المحلية، وتم خلاله بناء ما يقارب 232 ثانوية، 563 متوسطة، 19.546 قسم ابتدائي، 149 داخلية، 336 مطعم للنصف الداخلي. انجاز 180 معهد ومركز جديد خاص بالتكوين المهني، وما يقارب 20.000 مكان بيداغوجي. انجاز اكثر من 230.000 مكان بيداغوجي في التعليم العالي و90.000 مكان إيواء<sup>265</sup>.

**3.4. التربية والتعليم خلال المخطط التنموي (2005-2009):** قامت الحكومة الجزائرية بتوزيع البرنامج التكميلي لدعم النمو والتنمية بغلاف مالي قدر ب: 1908.5 مليار دج، حيث استفاد خلاله التعليم العالي من 141 مليار دج، التربية الوطنية ب: 200 مليار دج، التكوين المهني بمبلغ 58.5 مليار دج.

**4.4. التربية والتعليم خلال المخطط التنموي (2010-2014):** ما يقارب 5000 منشأة للتربية الوطنية منها 1000 أكاديمية و850 ثانوية و600.000 مكان بيداغوجي جامعي و400.000 مكان إيواء للطلبة وأكثر من 300 مؤسسة للتكوين والتعليم المهنيين. بمبلغ 250 مليار دج لتطوير اقتصاد المعرفة، وعلى صعيد آخر يخصص البرنامج دعم البحث العلمي وتعميم التعليم واستعمال وسيلة الإعلام الآلي داخل المنظومة الوطنية للتعليم كلها وفي المرافق العمومية.

<sup>264</sup> نصيرة سالم وآخرون، الإصلاحات التربوية في الجزائر أي مفهوم للإصلاح، مجلة دفاتر المخبر، العدد9، أبريل 2012، ص55.

<sup>265</sup> هني عمر، قراءة في مخططات التنمية بالجزائر (1967-2014)، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي، المجلد18، العدد4، ص 219.

أما فيما يخص الصحة فخصص غلاف مالي قدر ب: 619 مليار دج بهدف إقامة نحو 1600 منشأة طبية بين مستشفيات، مراكز طبية متخصصة، عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج<sup>266</sup>.

#### 5.4. التربية والتعليم خلال الفترة (2015-2020).

إن الإحصائيات للسنوات القريبة فقط منذ 2015 إلى 2018 يظهر التراجع في الترتيب حسب المنظمات المهتمة بالتعليم في الجزائر على غرار اليونيفيك التابع لمنظمة اليونسكو أن احتلت الجزائر مرتبة 189 عالميا بينما تقدمت عليها العديد من الدول الإفريقية مثل مالي التي احتلت المرتبة 160 عالميا والنيجر المرتبة 172 عالميا، ورغم أن بعض الدول العربية أنهكتها الحروب كالعراق وسوريا.

هذه الإحصائيات وإن كانت تظلم أحيانا بعض الدول التي قطعت شوطا كبيرا في تحسين جودة التعليم كتركيا مثلا، إلا أنها قد تعطي نوعا ما من الحقيقة المرة التي يعاني منها قطاع التربية والتعليم في الجزائر<sup>267</sup>.

تشير معظم التقارير الإقليمية والدولية الصادرة خلال السنوات الخمس الماضية، إلى أن الواقع التعليمي في الوطن العربي يواجه ظرفا دقيقا، وربما حرجا نظرا للأحداث الراهنة التي انعكست أثارها على التعليم، كما ونوعا. وأشار معهد اليونسكو للإحصاء إلى أن 124 مليون طفل وشاب في العالم هم خارج المدرسة، و757 مليون شخص من البالغين ثلثهم من النساء، لا يستطيعون القراءة والكتابة، كما أن هناك 34 مليون طفل ومراهق خارج المدرسة يعيشون في بلدان تشهد نزاعات، ولذلك فهناك حاجة إلى زيادة في التمويل للوفاء للتعليم، فالتكلفة الإجمالية لتوفير التعليم لجميع الأطفال في البلدان النامية سترتفع من 149 مليار دولار عام 2012 إلى 340 مليار دولار بين عامين: 2015 و2030<sup>268</sup>.

<sup>266</sup> هني عمر، المرجع نفسه، ص 220.

<sup>267</sup> عدنان مهدي، التعليم في الجزائر أصول وتحديات، دار المثقف للنشر، الطبعة الأولى 2018، ص 75.

<sup>268</sup> سامي عبد الله خصاونة وآخرون، مرجع سابق، ص 25.

## الفصل الرابع:

المؤشرات الإجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الإجتماعية

**(1962-2020)**

**مقدمة الفصل:** البحث التقييمي عبارة عن إستقصاء منظم يهدف إلى تحديد مدى نجاح سياسة أو برنامج أو خدمة معينة، وقد بدأ تطبيق البحوث التقييمية أولاً في الولايات المتحدة، كما أنها ترتبط أكثر بتلك البحوث الأدائية ويطلق في بعض الأحيان على هذا النوع من البحوث مصطلح تقييم المشروعات المقدمة ونوعيتها، ولتحقيق ذلك الهدف فإن الباحث التقييمي يستفيد من مفاهيم متعددة مستقاة من علوم مختلفة مثل علم النفس، علم الاجتماع، الإدارة، علوم السياسات، علم الإقتصاد وعلم التربية.<sup>269</sup> وهذا النهج من التقييم من خلال المؤشرات الاجتماعية يؤدي في النهاية إلى تحديد العلاقة بين الكلفة والعائد، أو بين الإستثمار والمنفعة، كما تنعكس على الوفاء بحاجات الإنسان الحياتية، وتفاوت الفئات الاجتماعية مما تم من توظيف للموارد بصورة معينة سواء في مجمل الحالة الاجتماعية أو في قطاع أو قطاعات معينة كالتعليم أو الصحة، على سبيل المثال ومن خلال معرفة العلاقة بين إستخدام الموارد وما إنتهت إليه من مؤشرات في فترة زمنية سابقة، يمكن وضع مؤشرات تخطيطية للتنمية الاجتماعية في فترة زمنية لاحقة، ومن ثم يكون للترابط بين المؤشرات والموارد دور في إتخاذ سياسات تخطيطية معينة كأن يقال كم من التحسن في الحالة الصحية يتماشى مع كم من التحسن في الحالة التعليمية.<sup>270</sup>

الهدف من إجراء التقييم هو مراجعة كل ما قامت به الحكومة من إجراءات لحل المشكلة، لكن يبقى التقييم عاجزاً عن إفادة المجتمع ما لم يتبعه إجراء آخر وهو تطوير وإقتراح بدائل محددة يمكنها أن تحسن من أداء الحكومة ومن قدرتها على حل المشكلة الاجتماعية وعلى التقييم أن يوضح الجوانب الإيجابية والجوانب السلبية من السياسة وبشكل موضوعي.<sup>271</sup> المصادر الرئيسية للمعطيات الإحصائية: يرجع إستخدام الإحصاء للعصور القديمة عند قدماء المصريين وفي الصين القديمة وأخذت من الكلمة اللاتينية *Stata* أي الدولة، والأرقام والحقائق التي تتعلق بالدولة. وإرتبطت نشأة هذا العلم بالأغراض السياسية عن طريق حفظ البيانات وتسجيلها في السجلات الحكومية، إلى أن أصبح يقوم بعدة وظائف لاغنى عنها لأي باحث في فرع المعرفة المختلفة كالفلك، الوراثة والأحياء، الإقتصاد، السياسة والإدارة وعلم النفس... الخ)، وهذه الوظائف هي جمع البيانات ووصفها، ووظيفة صنع القرار التي تعد من أحدث وظائف علم الإحصاء.<sup>272</sup>

<sup>269</sup> عبد العزيز عبد الله الدخيل، مرجع سابق، ص 88.

<sup>270</sup> محمد صبري الحوت وآخرون، التعليم والتنمية، الأنجلو المصرية للنشر، الطبعة الأولى 2007، ص 188-189.

<sup>271</sup> عبد الفتاح ياغي، مرجع سابق، ص 231.

<sup>272</sup> مشعان بن سهو وآخرون، التطبيقات الإحصائية في العلوم الإنسانية، الطبعة الثانية 2012، ص 9، 10.

كما يتم الحصول على معظم المعطيات الإحصائية من خلال الإتصال المباشر بالسكان وتنطوي المصادر المباشرة للمعطيات الإحصائية على ثلاث أنواع:

1. التعداد census سواء الشامل منه او بالعينة.

2. نظام التسجيل الحيوي.

3. البحث الاجتماعي الميداني الذي يجريه عالم الاجتماع.

اما المصدر غير المباشر للمعطيات الإحصائية فهو الذي عرف بالبيانات الجاهزة، ويمثل مختلف الإحصائيات والمعطيات والبيانات التي توفرها سلطة مركزية منظمة عادة ما تكون الدولة.

- طريقة تحليل البيانات الجاهزة: وهي طريقة غير مباشرة تستعين بالبيانات التي توفرها السجلات الإحصائية والتقارير الرسمية، بحيث تستعين بالسجلات الإحصائية التي تصدر عن تعدادات السكان، والتقارير الرسمية التي تصدرها المؤسسات الاقتصادية والحكومية والصناعية والتعليمية والتربوية، والجوازات والهجرة والمؤسسات التجارية والمصرفية والسياسية والنقابية والقوى العاملة والعسكر وغيرها والتي تنطوي على بيانات تتعلق بالسكان ونوعهم وأعمارهم وحجمهم ومهنتهم، والمستويات الصحية والمواليد والوفيات والأجور وساعات العمل والكفاية الإنتاجية ومعدلات الجريمة ومعدلات التعليم والقوى العاملة والموارد البشرية والإنتاج القومي... الخ).<sup>273</sup>

1. تقييم أداء النظام الصحي والنظام التعليمي في الجزائر من خلال دراسة تحليلية للمؤشرات.

1.1. النظام الصحي في المواثيق الرسمية للدولة الجزائرية: إن النظام الصحي في الجزائر وخاصة بعد إنشاء الطب المجاني تطور على أساس مبدأ ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، بحيث نجد كل الدساتير وخاصة دستور 1976 في مادته 67، يجسد هذه الفكرة إذ يؤكد على أن: (لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفيق خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، وكذا عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه).

<sup>273</sup> ناجي بدر إبراهيم، الإحصاء الاجتماعي مبادئ وتطبيقات، الطبعة 2020، ص 14، 15.

دستورا 1989 و 1996: نصا صراحة على أن: (الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها)، بالإضافة إلى ذلك هناك عدة قوانين ومراسيم وأوامر ومناشير حددت الإطار القانوني لإنشاء وتنظيم وتسيير وتمويل الهياكل الصحية منذ الإستقلال حتى الآن، وأذكر على سبيل الذكر لا الحصر الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973م والمتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.

المرسوم رقم 81-243 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 المتضمن القطاعات الصحية وتنظيمها.

المرسوم رقم 81-243 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981م والمتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية المختصة وتنظيمها. والقانون رقم 85-05 المؤرخ في 12 فيفري 1985م والمتضمن حماية وترقية الصحة، والذي عرف ثلاث تعديلات خلال التسعينات، ولعل أهمها تلك المتعلقة بالنشاط التكميلي الخاص بالأطباء المتخصصين والإستشفائيين الجامعيين.

المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية. والمنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995م المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء في الوسط الإستشفائي.

المرسوم التنفيذي رقم 97-465، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

المرسوم التنفيذي رقم 97-466، المؤرخ في 02 ديسمبر 1977 الذي يحدد قواعد انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

المرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 02 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر 1997م المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها. إضافة إلى ميثاق الصحة الذي جاء بمناسبة إنعقاد الجلسات الوطنية للصحة بالجزائر أيام 26 و 27 و 28 ماي 1998م. ناهيك عن العديد من المراسيم الخاصة بالنهج التعاقدية والذي بدأ الحديث عنه بداية من سنة 1992 من خلال قانون المالية، حيث ملح أنه بداية من العام الموالي فإن الدولة ستتكفل بالوقاية وبالمعوزين والبحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات

فتتم وفق تعاقد بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي، هذا من حيث الإطار القانوني أما من ناحية تسيير الموارد البشرية فقد عرف النظام الصحي في الجزائر تطورات كبيرة.<sup>274</sup> كما تعتبر الإحصاءات الصحية من أهم الإحصاءات الإجتماعية، حيث توفر معلومات وبيانات ومؤشرات عن صحة السكان، وكثافة حدوث الوفيات بين المجموعات العمرية المختلفة، وحسب الجنس والمنطقة الجغرافية والخصائص الإجتماعية والإقتصادية الأخرى، وكذلك عن مدى الإصابة بالأمراض المعدية وغير المعدية ونسبة تلقي الأطفال في الأعمار المختلفة للتطعيمات المناسبة لهذه الأعمار، فهذه الإحصاءات تساعد على متابعة وتقييم السياسات والبرامج الصحية المختلفة لمجالي الطب العلاجي والوقائي، ووضع إجراءات السياسة الصحية والإجتماعية المناسبة وتطبيقها ومتابعتها وتتيح الإحصاءات الصحية بصفة اساسية ما يلي:

- ✓ تحليل الصحة العامة.
- ✓ تحديد أنشطة الرعاية الصحية ومواردها وتقييمها وأسباب الوفيات التي تستهدفها السياسات.
- ✓ تقييم نتائج السياسات الصحية.
- ✓ تقييم النفقات الصحية الواجب توزيعها بين المناطق وتقييم النتائج.
- ✓ دور السياسات الإجتماعية في الربط بين الرعاية الصحية والهياكل الإجتماعية.
- ✓ دور التعليم الصحي العام في سلوك الفرد لمواجهة بعض الأمراض.
- ✓ توفير أنظمة إستشعار مبكر، ودعم القدرة على الإستجابة للطوارئ عند إنتشار الأوبئة.
- ✓ توفير معلومات حول أنظمة الإحصاءات الحيوية (بيانات المواليد والوفيات).
- ✓ اجراء مقارنات دولية من خلال مؤشرات أهداف التنمية للألفية الثالثة.
- ✓ تطوير برامج القطاع الصحي ومتابعتها.<sup>275</sup>

سنتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر إنطلاقا من المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 والمتمثلة أساسا في المؤشرات الأساسية التالية:

- ✓ معدل الخصوبة - المواليد(‰).
- ✓ معدل الوفيات العام(‰).
- ✓ معدل وفيات الأطفال(‰).

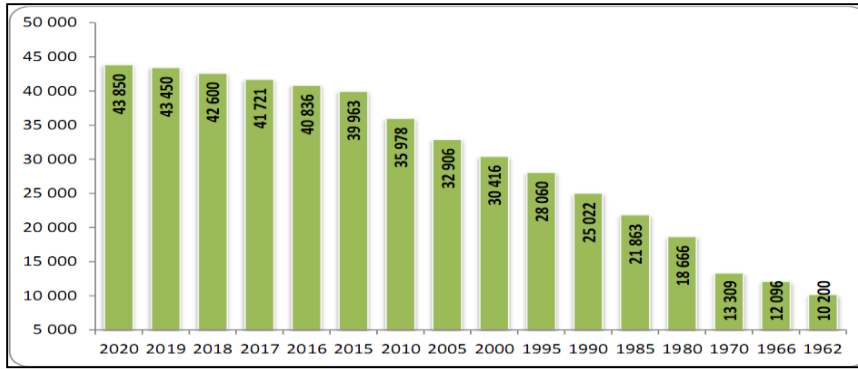
<sup>274</sup>حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 11، 10.

<sup>275</sup>دليل المؤشرات الإحصائية، مركز الإحصاء أبوضبي، ص 26.

✓ الأمل في الحياة (%).

2.1. حجم السكان في الجزائر (1962-2020): يقدر عدد سكان الجزائر حاليا ب: 43.8 مليون نسمة مقابل 34.6 مليون نسمة في تعداد عام 2008، بحيث تزايد ب 9.3 مليون نسمة، اي بمعدل سنوي متوسط قدره حوالي 2.04 % خلال هذه الفترة. وكان هذا المعدل 3.21% بين 1966-1977، 3.08% بين 1977-1987، 2.27% خلال الفترة 1987-1998 و 1.6% بين سنتي 1998-2008. ووفقا لتوقعات الديوان الوطني للإحصاء سيستمر عدد السكان في الزيادة الى 51.3 مليون في سنة 2030 و 57.6 مليون نسمة سنة 2040.

شكل (19): يوضح تطور عدد سكان الجزائر من (1962-2020).



<https://www.ons.dz>.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

بالنسبة للشباب دون 20 سنة فقد زاد بحوالي 16.9%، اما النساء في سن الإنجاب انتقل عددهن من 7.5 مليون الى ما يفوق 11 مليون بين سنتي 1998 و 2020 بزيادة 47.1%.

تعتبر الجزائر مرتفعة الشباب دون سن العشرين بنسبة 37.4%، واما فئة السكان بين 20-59 سنة فهي 52.8%، وهي فئة نشطة اقتصاديا لتصل نسبة الفئة العمرية 60 عاما فما فوق الى 9.3% بينما كانت 6.6% عام 1998، ويتوقع ان تصل الى الضعف بحوالي 13.1% عام 2030، وفيما يلي بعض اهم التعاريف:

■ المعدل الخام للولادات (%): حاصل قسمة عدد المواليد احياء المصححة للسنة على متوسط عدد السكان لنفس السنة.

- **معدل الخصوبة الكلي:** هو متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة خلال فترة حياتها الإنجابية، مع افتراض خضوعها لنفس ظروف الخصوبة الملاحظة خلال هذه السنة.
  - **معدل الخصوبة العام حسب السن (%):** هو حاصل قسمة عدد المواليد الأحياء للنساء خلال السنة في ذات السن على العدد الكلي للنساء من نفس السن.
  - **المعدل الخام للوفيات (%):** هو حاصل قسمة مجموع الوفيات سنويا على متوسط عدد السكان لنفس السنة.
  - **معدل النمو الطبيعي (%):** هو حاصل قسمة متوسط حجم النمو الطبيعي للسكان على متوسط عدد السكان لنفس السنة.
  - **معدل وفيات الرضع (%):** هو حاصل قسمة عدد وفيات الاطفال الأقل من سنة خلال السنة على الولادات الحية المصححة لذات السنة.
  - **إحتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر (%):** هو إحتمال وفاة المواليد قبل بلوغهم خمس سنوات.
  - **معدل المواليد أموات (%):** هو حاصل قسمة عدد المواليد اموات خلال السنة على عدد الولادات (مواليد أحياء + مواليد أموات) خلال نفس السنة.<sup>276</sup>
- 3.1. معدل الخصوبة - المواليد (%):** في الجزائر (1962-2020): مرت الجزائر بثلاث فترات مختلفة فيما يخص معدل الولادات بعد الإستقلال، تمتد الفترة الأولى من الإستقلال حتى عام 1985، الثانية من عام 1986 حتى عام 2000، أما الفترة الثالثة فبدأت من عام 2001 إلى يومنا هذا.
- 1. 1962 - 1985:** شهدت زيادة مستمرة في حجم المواليد الأحياء حيث إرتفعت على التوالي من 603000 ولادة حية في عام 1970 الى 864000 ولادة حية في عام 1985، وتميزت الجزائر خلال هذه الفترة بأعلى معدلات المواليد في العالم فبلغت 50.2 ولادة حية لكل ألف نسمة.
- 2. 1986 - 2000:** تميزت هذه الفترة بإنخفاض معدل المواليد، فانخفض عدد المواليد الأحياء بنسبة 31.8% تقريبا في غضون 15 عاما من 864000 في عام 1985 الى 589000 في عام 2000،

## الفصل الرابع: المؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية (1962-2020).

وهو ما يقل عن العدد المسجل في عام 1970 في حين زاد عدد السكان تقريبا ثلاثة اضعاف خلال نفس الفترة، وبلغ معدل الولادات اعلى مستوى له سنة 2000 حيث بلغ 19.4 مولود لكل 1000 نسمة.

**3. 2000 - 2020:** تبدأ هذه الفترة بإستئناف إرتفاع معدلات المواليد، فزاد عدد المواليد الأحياء بنسبة 76.2% في غضون 18 سنة بعد سنة 2000.

جدول(25): تطور معدلات المواليد الاجمالية (عدد المواليد لكل 1000 نسمة).

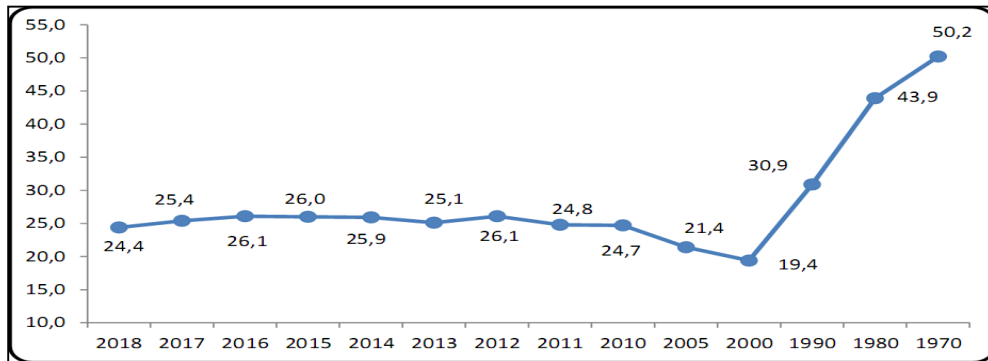
السنة	المعدل الخام للولادات (%)	السنة	المعدل الخام للولادات (%)	السنة	المعدل الخام للولادات (%)
1970	50,2	2001	20,0	2010	24,7
1975	46,0	2002	19,7	2011	24,8
1980	43,9	2003	20,4	2012	26,1
1985	39,5	2004	20,7	2013	25,1
1990	30,9	2005	21,4	2014	25,9
1995	25,3	2006	22,1	2015	26,0
1998	20,6	2007	23,0	2016	26,1
1999	19,8	2008	23,6	2017	25,4
2000	19,4	2009	24,1	2018	24,4

المصدر: بيانات الحالة المدنية - الديوان الوطني للإحصاء

<https://www.ons.dz>.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

شكل (20): تطور معدلات المواليد الاجمالية (عدد المواليد لكل 1000 نسمة).



إنخفض معدل الخصوبة منذ الإستقلال خاصة في فترة التسعينات فكان عدد الأطفال لكل امرأة كالأتي: خلال الفترة الأولى 7.8 أطفال لكل امرأة إلى 6.2 على التوالي بين عامي 1970-1985 وإنخفض المؤشر الضربي للخصوبة بنسبة 20.5%، خلال الفترة 1986-2000 إنخفض المؤشر إلى 2.4 طفل لكل امرأة أي بنسبة 61.3% وهذا ما يؤكد الإنتقال الديمغرافي للجزائر بدءا من سنة 2000 وأكدت ذلك الإنخفاض الدراسة الإستقصائية الثالثة للمؤشرات المتعددة التي أجريت سنة 2006 ويقدر

## الفصل الرابع: المؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية (1962-2020).

ب: 2.3 طفل لكل امرأة كما كشفت بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمسح الرابع للمؤشرات المتعددة سنة 2012 أن معدل الخصوبة بلغ 2.7 طفل، وهذا ما يؤكد أن سلك الأزواج قد تغير.

جدول(26): تطور معدلات الخصوبة العامة حسب الفئة العمرية من معدل الخصوبة الكلي.

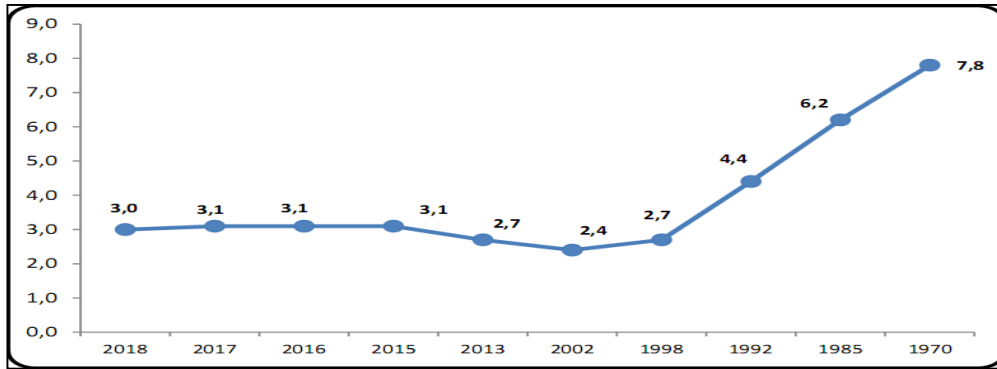
ICF	45-49	40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	
7.8	42	152	281	355	388	338	114	1970
6.9	25	126	265	286	331	288	69	1980
6.2	22	101	236	308	298	240	43	1985
4.5	17	86	186	223	222	148	23	1990
2.7	9.8	48.6	104.5	138.3	139.7	81.4	10.9	1998 (1)
2.4	9.0	43.0	105.0	134.0	119.0	59.0	6.0	2000 (2)
2.3	2.3	44.7	108.9	129.2	111.1	51.3	4.4	2006 (3)
2.7	8.0	51.2	117.7	148.5	139.0	75.1	9.3	2008 (4)
2.7	7	44	114	144	138	80	10	2012-13 (5)
3,1	8,9	62	126,3	167,4	156,8	87	9,7	2015
3,1	8,8	62,1	123,7	168	162,2	91,2	10,3	2016
3,1	9	62,7	127,8	169,4	158,6	88	9,8	2017
3,0	5,4	48,5	135,2	160,9	150,4	84,4	9,1	2018

(1): التعداد العام للسكان والمساكن 1998 ، (2): المسح الجزائري لصحة الأسرة في 2002 ، (3): مسح المتعدد المؤشرات 2006 ، (4): التعداد العام للسكان والموئل 2008 ، (5): مسح المتعدد المؤشرات 2013-2012

<https://www.ons.dz>

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

شكل (21): تطور المؤشر الظرفي للخصوبة (ICF) 1970 - 2018.



4.1.1 معدل الوفيات العام ووفيات الامهات (% في الجزائر (1962-2020).

1.4.1.1 معدل الوفيات العام (% في الجزائر (1962-2020): بعد الإستقلال بدأ معدل الوفيات في الإنخفاض لجملة من الأسباب: كتحسن المستوى المعيشي لسكان الدولة الجزائرية من خلال توفر الامن والاستقرار بعد الاستقلال، تحسن المستوى الصحي الذي جسده توفر المرافق الصحية والفرق الصحية في المدن والارياف، توفر اللقاحات بمختلف انواعها، كما كان التركيز على التعليم، اولوية مجانيته والوصول به للارياف والبوادي قصد الزيادة في التوعية والتثقيف.

ان عدنا للبيانات فسوف نجد الانخفاض واضح وفي جميع الفئات العمرية رغم الزيادة في الحجم الكلي للسكان، فمنذ 2000 صار معدل الوفيات العام حوالي 4 وفيات لكل 1000 نسمة مقارنة مع 16.5 حالة وفاة لكل 1000 نسمة في عام 1970. كما ان الانخفاض في وفيات الرضع سنة 1970 كان 43.3% فانخفض الى 18.5% سنة 2000، والى 11.7% عام 2017، اي انتقلت وفيات الرضع من 141.1 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 1970، الى 36.9 حالة وفاة لكل الف ولادة حية عام 2000. ويبلغ حاليا 21.0 حالة وفاة دون السنة لكل 1000 ولادة حية اي انخفض معدل وفيات الرضع بنحو 16 وفاة بين عامي 2000 و 2018.

جدول (27): تطور عدد الوفيات ومعدلات الوفيات الإجمالية.

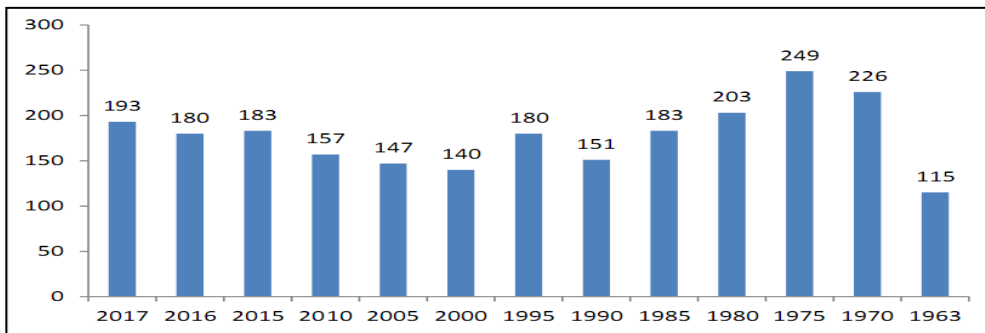
السنة	عدد الوفيات	المعدل الخام لوفيات (بالالف)	السنة	عدد الوفيات	المعدل الخام لوفيات (بالالف)
1970	219 000	16,45	2006	144 000	4.30
1975	245 000	15,54	2007	149 000	4.38
1980	220 000	10,9	2008	153 000	4.42
1985	183 000	8,4	2009	159 000	4.51
1990	151 000	6,03	2010	157 000	4.37
1995	180 000	6,43	2011	162 000	4.41
1998	144 000	4,87	2012	170 000	4.53
1999	141 000	4,72	2013	168 000	4.39
2000	140 000	4.59	2014	174 000	4.44
2001	141 000	4.56	2015	183 000	4.57
2002	138 000	4.41	2016	180 000	4.42
2003	145 000	4.55	2017	190 000	4.55
2004	141 000	4.36	2018	193 000	4.53
2005	147 000	4.47			

المصدر: بيانات الحالة المدنية - الديوان الوطني للإحصائيات

<https://www.ons.dz>

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

شكل (22): تطور عدد الوفيات (1963 - 2018).



جدول (28): تطور عدد الوفيات دون سنة واحدة معدلات وفيات الرضع حسب الجنس.

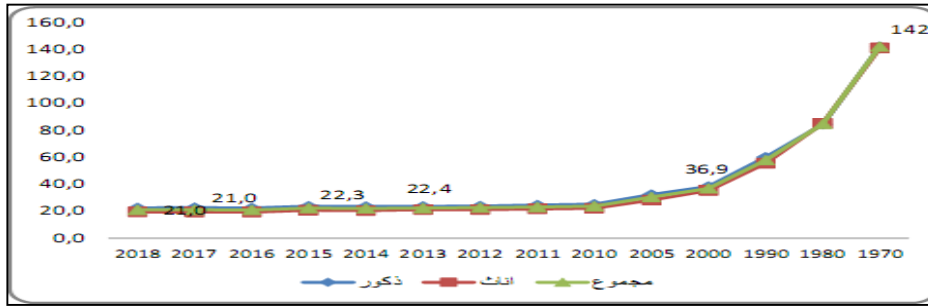
السنة	معدلات الوفيات الرضع حسب الجنس		عدد الوفيات دون سنة
	إناث	ذكور	
1970	141.1	141.9	-
1977	126.3	127.7	-
1987	62.0	66.8	-
1998	36.0	38.7	-
2000	35.3	38.4	21734
2001	35.9	38.9	23213
2002	33.3	36.1	21 410
2003	30.3	34.6	21 093
2004	28.5	32.2	20 338
2005	28.2	32.4	21 371
2006	25.3	28.3	19 879
2007	24.4	27.9	20 515
2008	23.9	26.9	20 834
2009	22.9	26.6	21 055
2010	22.2	25.2	21 046
2011	21.6	24.6	21 021
2012	21.2	23.9	22 103
2013	21.2	23.6	21 571
2014	20.4	23.5	22 282
2015	20.7	23.7	23 150
2016	19.3	22.4	22 271
2017	19.3	22.6	22240
2018	19.5	22.5	21846

المصدر: بيانات الحالة المدنية - الديوان الوطني للإحصاء

<https://www.ons.dz>.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

شكل (23): تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس (1970 - 2018).



2.4.1. وفيات الأمهات: يعد معدل وفيات الأمهات وتقييم صحة الأمهات ضمن المؤشرات القيمة لتقييم الحالة الصحية للسكان ومدى تطور المنظومة الصحية، في مختلف دول العالم أما في الجزائر فقد شهد هذا المعدل انخفاض، فقد انتقل من 230 وفاة للأمهات لكل 100000 ولادة حية سنة 1985 إلى 57.7 وفاة للأمهات لكل 100000 ولادة حية سنة 2016. وهذا يعبر عن التحسن الصحي الكبير الذي حققته الدولة الجزائرية.

جدول (29): تطور معدل وفيات الأمهات (1985 - 2016).

2016	2015	2010	1999	1992	89-1985
57.7	60.5	76.9	117.4	215.0	230.0

المصدر: مسوحات وطنية وتقديرات

<https://www.ons.dz>.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

5.1. العمر المتوقع عند الولادة: العمر المتوقع عند الولادة يعد مؤشرا رئيسيا للصحة والتنمية وهو يتجاوز حاليا 77 عاما، أي زيادة قدرت ب: 25 عاما مقارنة بعام 1970 وأكثر من 20 عاما مقارنة بين سنتي 1980 الى 2000، كما أنه من الملاحظ أن العمر المتوقع عند الولادة أعلى عند النساء منه عند الرجال.

جدول (30): تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس.

السنة	رجال	نساء	المجموع	السنة	رجال	نساء	المجموع
1970	52.6	52.8	52.6	2007	74.7	76.8	75.7
1980	55.9	58.8	57.4	2008	74.8	76.4	75.6
1985	62.7	64.2	63.6	2009	74.7	76.3	75.5
1991	66.9	67.8	67.3	2010	75.6	77.0	76.3
1998	70.5	72.9	71.7	2011	75.6	77.4	76.5
1999	70.9	72.9	72.0	2012	75.8	77.1	76.4
2000	71.5	73.4	72.5	2013	76.5	77.6	77.0
2001	71.9	73.6	72.9	2014	76.6	77.8	77.2
2002	72.5	74.4	73.4	2015	76.4	77.8	77.1
2003	72.9	74.9	73.9	2016	77.1	78.2	77.6
2004	73.9	75.8	74.8	2017	76.9	78.2	77.6
2005	73.6	75.6	74.6	2018	77.1	78.4	77.7
2006	74.6	76.7	75.7				

المصدر: بيانات الحالة المدنية - الديوان الوطني للإحصاء

<https://www.ons.dz>.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الانفاق على الصحة: اهتمت الدولة الجزائرية بالانفاق على قطاع الصحة منذ الاستقلال والى يومنا هذا محاولة دعم القطاع والقضاء على العجز المالي فيه بكل الوسائل واعطائه الاولوية رفقة التعليم فنلاحظ خلال سنة 1970 بلغ الانفاق على الصحة 324.431 مليون دج، ليرتفع الى 1.564.100 مليون دج سنة 1980 أي بزيادة قاربت خمس اضعاف عن سنة 1970، ووصل الناتج المحلي الخام الى 162507.2 مليون دج، وناتج محلي خام للفرد بنفس السنة قدر ب: 8706.1 دج.

سنة 1990 وصل الانفاق على الصحة في الجزائر الى 3840 مليون دج مقابل ناتج محلي خام قدر ب: 554388.1 مليون دج، وناتج محلي خام للفرد قدر ب: 22156 دج، واستمر في الارتفاع حتى سنة 2000، اين وصل الانفاق على الصحة الى 33900.742 مليون دج بضعف 10 مرات عن سنة 1990 مقابل ناتج محلي خام يقدر ب: 4123513.9 مليون دج وناتج محلي خام للفرد في حدود 135570.6 دج.

سنة 2015 وصل الانفاق عتبة 381972.062 مليون دج، وهو مبلغ ضخم لا يستهان به مقابل ناتج محلي خام مقدر ب: 19751203.5 مليون دج وناتج محلي خام للفرد قدر ب: 51598743.6 دج، حسب المعطيات الرقمية بالجدول الموجود بالملاحق، كل هذا ان دل انما يدل على الجهود الجبارة التي تقوم بها الدولة لدعم قطاع الصحة واعطائه الاولوية رفقة التعليم.

## 2. تقييم أداء النظام التعليمي في الجزائر من خلال دراسة تحليلية للمؤشرات:

تطور المؤشرات التعليمية: تعد احصاءات التعليم مهمة لتوفير معلومات كمية عن الحالة التعليمية للسكان وفعالية الأنشطة التعليمية في الدولة. إضافة إلى تصميم السياسات التعليمية في الدولة وتنفيذها ورصدها وتقييمها، تستخدم إحصاءات التعليم لتقييم قدرة النظام التعليمي على تنفيذ برنامج التعليم الوطني وضمان التخطيط الملائم للمزيد من التطوير في قطاع التعليم، كما تستخدم الإحصاءات التعليمية أيضا كمؤشرات كمية لتوصيف مقدم الخدمات التعليمية والمستفيدين منها ولتحديد قضايا سياسة التعليم ولقياس المخرجات التعليمية لدى الأفراد. كما تؤمن الإحصاءات أيضا معلومات مفيدة للشركاء الدوليين عن أداء النظام التعليمي الوطني لوضع مسودات الإتفاقيات الدولية. كما يتطلب مجموعة من الإحصاءات القابلة للمقارنة عن الأمية والإلتحاق بالتعليم والتدريب وعن أعداد الخريجين والمعلمين وتعلم اللغات وإنتقال الطلاب والباحثين والإفناق على التعليم.

تغطي الإحصاءات التعليمية أيضا رأس المال البشري، البنية التحتية والموارد المالية المخصصة للأنشطة التعليمية العامة والخاصة، فتقيس مؤشرات المدخلات كل الموارد المالية والبشرية المخصصة لتحقيق الأهداف الموضوعية للنظام التعليمي وتقيس مؤشرات العملية للإجراء المتبع في توفير الخدمات التعليمية وإدارة المرافق، بينما تقيس مؤشرات المخرجات عدد الطلاب المتخرجين من النظام التعليمي وكفاءة المنجزات التعليمية والنتائج التي تحققت من خلال توفير الخدمات التعليمية، ويمكن أن تكون هذه المؤشرات على مستويات مختلفة كالسكان والمؤسسات والبرامج.

تلعب إحصاءات التعليم دورا جوهريا في عكس السياسات والتطلعات المستقبلية لتحقيق الأهداف التنموية في المجتمع، وتشمل بيانات التعليم العام والخاص، التعليم الفني والتعليم العالي حيث تضم عدد المؤسسات التعليمية من مدارس وجامعات والطلاب والفصول والمعلمون والإداريون والأكاديميون والخريجون وطلاب البعثات الخارجية<sup>277</sup>. وفيما يلي مختلف المؤشرات التعليمية كعدد التلاميذ في جميع الاطوار التعليمية (الابتدائي، الاساسي، الثانوي، الجامعي)، عدد المعلمين والاساتذة في جميع الاطوار التعليمية (الابتدائي، الاساسي، الثانوي، الجامعي)، وعدد الهياكل التعليمية (المدارس، الثانويات، المتاقن والجامعات) والتي سنقوم بتحليلها وتبيان مدى حجم التحسن والتقدم والتطور او التراجع بقطاع التعليم بالجزائر.

<sup>277</sup> دليل المؤشرات الاحصائية، مرجع سابق، ص 26.

جدول (31): تطور اعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم من (1962-1970).

السنوات	1963-1962	1966-1965	1969-1968	1970-1969
عدد تلاميذ التعليم الإبتدائي منهم بنات %	777636 % 36.29	1332203 % 37.87	1551489 % 37.08	1689023 % 37.35
عدد تلاميذ التعليم الأساسي منهم بنات %	30790 % 28.63	107944 % 30.06	138502 % 28.22	162198 % 27.91
عدد تلاميذ التعليم الثانوي منهم بنات %	5840 % 19.53	12213 % 24.90	22084 % 26.33	28630 % 25.67

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

جدول (32): تطور اعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم من (1962-1970).

السنوات	1963-1962	1966-1965	1969-1968	1970-1969
عدد المعلمين في الإبتدائي	19908	30672	36255	39819
عدد الأساتذة في الأساسي	2488	3446	5161	6397
عدد الأساتذة في الثانوي	1216	1680	2975	3123

جدول (33): تطور اعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم من (1962-1970).

السنوات	1963-1962	1966-1965	1969-1968	1970-1969
عدد المدارس الإبتدائية	2263	4255	5614	5832
عدد المدارس الأساسية	364	402	478	502
عدد الثانويات والمتاقن	39	52	63	67

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

- التعقيب على الجداول: الملاحظ من الجداول رقم (31,32,33) للفترة (1962-1970) زيادة معتبرة في كل من اعداد التلاميذ، عدد المعلمين والاساتذة، والمؤسسات التربوية في كل مراحل التعليم الإبتدائي، الأساسي والثانوي. وهي زيادة تعبر عن التحسن والتطور في قطاع التربية والتعليم بالجزائر للفترة (1962-1970) فمثلا: زيادة كبيرة في عدد تلاميذ الإبتدائي من 777636 تلميذ سنة 1962 الى ما يقارب 1689023 تلميذ وتلميذة وهي زيادة كبيرة قاربت الضعف، اما في اعداد المعلمين ففاقت الزيادة العشرين الف معلم إبتدائي بين 1962 و1970، الأساسي قاربت الزيادة ب: 4000 معلم، والثانوي فاقت الزيادة 2000 استاذ. وفيما يخص الهياكل فوصلت المدارس الإبتدائية الى 5832 سنة 1970 بزيادة

الفصل الرابع: المؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية (1962-2020).

قارت 3200 هيكل تعليمي جديد، وما يقارب زيادة 200 مدرسة اساسية وحوال 30 ثانوية جديدة من 1962 الى غاية 1970. جهود كبيرة للحكومة الجزائرية لتطوير قطاع التربية والتعليم بالجزائر. جدول (34): تطور اعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم من (1970-1980).

السنوات	1971-1970	1974-1973	1977-1976	1980-1979
مرحلة التعليم				
عدد تلاميذ التعليم الابتدائي منهم بنات %	1851416 %37.85	2376344 %39.05	2782044 %40.55	3061252 %41.63
عدد تلاميذ التعليم الأساسي منهم بنات %	191957 %27.88	299908 %32.90	489004 %35.19	737902 %38.81
عدد تلاميذ التعليم الثانوي منهم بنات %	34988 %27.53	65673 %26.27	112003 %30.43	183205 %34.79

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: http://www.ons.dz

جدول (35): تطور اعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم من (1970-1980).

السنوات	1971-1970	1974-1973	1977-1976	1980-1979
مرحلة التعليم				
عدد المعلمين في الابتدائي	43656	51982	70490	85499
عدد الأساتذة في الأساسي	6955	9936	15744	26838
عدد الاساتذة في الثانوي	4048	4439	5960	9365

جدول (36): تطور اعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم من (1970-1980).

السنوات	1971-1970	1974-1973	1977-1976	1980-1979
مرحلة التعليم				
عدد المدارس الابتدائية	6467	7376	8182	9034
عدد المدارس الاساسية	519	545	665	873
عدد الثانويات والمتاقن	72	93	142	208

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: http://www.ons.dz

- التعقيب على الجداول: من الجداول رقم (34،35،36) للفترة (1970-1980) الاستمرار في الزيادة خلال هذه الفترة لكل من اعداد التلاميذ، اعداد المعلمين والاساتذة، والمؤسسات التربوية في كل مراحل التعليم الابتدائي، الاساسي والثانوي. فارتفع عدد التلاميذ الابتدائي من 1851416 تلميذ سنة 1970 الى ما يقارب 3061252 تلميذ وتلميذة وهي زيادة معتبرة، اما في الثانوي فمن 34988 تلميذ سنة 1970 الى 183205 تلميذ سنة 1980 ما يقارب خمس اضعاف العدد، اما المعلمين ففاقت الزيادة الضعف من 43656 معلم سنة 1970 الى 85499 معلم سنة 1980، والملاحظ في هذه الفترة هو

## الفصل الرابع: المؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية (1962-2020).

الزيادة الكبيرة في عدد معلمي الاساسي فمن 6955 معلم سنة 1970 الى 26838 معلم سنة 1980 وهي زيادة كبيرة جدا. وعن الهياكل فنجد الزيادة كبيرة نوعا ما في عدد الثانويات والمتاقن حيث سنة 1970 كانت 72 مؤسسة لتصل سنة 1980 الى 208 ثانوية ومتقنة.

جدول (37): تطور اعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم من (1980-2002).

السنوات	1981-1980	1986-1985	1989-1988	1993-1992	1997-1996	2002-2001
مراحل التعليم						
عدد تلاميذ التعليم الإبتدائي منهم بنات %	3118827 %41.73	3481288 %43.55	3911388 %44.52	4436363 %45.34	4674947 %46.29	4691870 %46.98
عدد تلاميذ التعليم الاساسي منهم بنات %	804521 %39.01	1399890 %41.27	1396326 %40.58	1558046 %42.96	1762761 %45.61	2115087 %48.01
عدد تلاميذ التعليم الثانوي منهم بنات %	211948 %36.75	423502 %42.42	714966 %45.15	747152 %47.92	865481 %51.93	1041047 %56.24

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: http://www.ons.dz

جدول (38): تطور اعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم من (1980-2002).

السنوات	1981-1980	1986-1985	1989-1988	1993-1992	1997-1996	2002-2001
مراحل التعليم						
عدد المعلمين في الإبتدائي	87841	125034	144744	162066	170956	170039
عدد الأساتذة في الاساسي	29556	60663	76703	135730	99004	104289
عدد الأساتذة في الثانوي	10458	21555	37023	45711	52944	57274

جدول (39): تطور اعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم من (1980-2002).

السنوات	1981-1980	1986-1985	1989-1988	1993-1992	1997-1996	2002-2001
مراحل التعليم						
عدد المدارس الإبتدائية	9236	11360	11834	13970	15426	16482
عدد الإكماليات	632	1561	2108	2498	2929	3532
عدد الثانويات والمتاقن	230	415	705	883	1100	1289

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: http://www.ons.dz

- تبقى الزيادة مستمرة في الارتفاع والى غاية 2002 في كل من اعداد التلاميذ، عدد المعلمين والاساتذة، والمؤسسات التربوية في كل مراحل التعليم الإبتدائي، الاساسي والثانوي. فوصل العدد الى 4691870 تلميذ سنة 2002 و 170039 معلم، و 16482 مدرسة، و 1289 ثانوية ومتقنة، وهذا يدل على استمرار دعم الدولة لقطاع التعليم وجعله من الاولويات التنموية في الجزائر، تشجيعه والعمل على تطويره.

## ■ التربية والتعليم:

التطور الكمي العددي لقطاع التربية: إن المعطيات التي سأطرق إليها في هذا الباب، تخص تعداد التلاميذ والمنشآت القاعدية والتأطير البيداغوجي والميزانية، فضلا عن الجوانب الخاصة بنشاطات الدعم التربوي كالبحت التربوي والمطاعم المدرسية. وهذه المعطيات تبين بصفة جلية التقدم الهائل الذي حققه قطاع التربية خاصة اذا قارنا إحصائيات السنة الدراسية 1998/1997 المتوفرة لدينا بإحصائيات 1963/1962.

نجم عن الطلب المتزايد للمجتمع بشأن التربية الذي زاد من حدته تفاقم نسب النمو الديمغرافي، إرتفاع التمدرس وتطور الإمكانيات المخصصة له.

### 1.2. تعداد التلاميذ والتأطير البيداغوجي في الجزائر (1962-2020).

1.1.2. تعداد التلاميذ: منذ 1962-1963 شهدت فئة المتدربين ارتفاعا يقدر معدله السنوي ب: 6.55% مما يمثل زيادة معدلا ب: 190.000 تلميذا في العام من بينهم 92000 فتاة، وطبعا هذا التطور لم يكن منتظما فقد تراوح حسب السنوات بين 70000 و 300000 تلميذ وتجدد الإشارة الى أن نسبة الفتيات كانت تقدر ب: 36% من التعداد الإجمالي في 1963/1962، بينما قدرت عام 1998-1997 ب: 47.50% وقد إرتفع عدد المتدربين الجدد ضمن المنظومة التربوية بشكل معتبر نظرا للإنفجار الديمغرافي وإذا أحصينا عام 1963-1962 ب: 254000 تلميذا يلتحق بمقاعد الدراسة لأول مرة قدر عددهم سنة 1998-1997 بحوالي 726.000 بإرتفاع التعداد ثلاث مرات.

لا يمكن تفسير الزيادة المعتبرة التي شهدتها القطاع بالمتدربين الجدد وحدهم، بل يرد هذا الإرتفاع إلى تمديد فترة التمدرس الإلزامي وإقامة المدارس في المناطق الأكثر عزلة وهكذا أصبحت قريبة من الأسر، ناهيك عن أهمية التكرار حيث لم يتم التحكم جيدا في إنتقال التلاميذ من سنة لأخرى ومن طور لأخر وعليه لم تصل نسبة الإنتقال إلى السنة السابعة إلى سقف 85% الذي تم تحديده منذ المدرسة الأساسية.

قدرت النسبة في سنة 1998-1997 بما يزيد بقليل عن نسبة 77%، في حين قدرت عام 1962-1963 بحوالي 66%. أما الإنتقال إلى السنة الأولى ثانوي فقد قدرت نسبة القبول عام 1971-1970 بما يزيد عن 68%، أما في سنة 1998-1997 فقد كانت 46%.<sup>278</sup>

<sup>278</sup>النظام التربوي والمناهج التعليمية، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم، الجزائر، الطبعة 2004، ص 29، 30.

بمقارنة بسيطة يمكن إدراك حجم الطور وتعداد التلاميذ المتدرسين. فكان عدد المتدرسين الإجمالي 808426 تلميذا في السنة الدراسية 1962-1963، وكان عدد المتدرسين الإجمالي في السنة الدراسية 1997-1998 هو 7435858 تلميذا.

**2.1.2. التأطير البيداغوجي:** تلبية للطلب المتزايد للتدرس في الستينات، تم توظيف ممرنين يتمتعون بمستوى تأهيلي يقل عن مستوى شهادة الأهلية، ومساعدين لهم بمستوى الأهلية أو مايعادلها ومدرسين، علاوة على ذلك فقد تم اللجوء الى التعاون بهدف تحقيق تعريب التعليم، وهذا ما يفسر ضعف مستوى تأهيل المعلمين الجزائريين وإرتفاع نسبة المعلمين الأجانب في الستينات والسبعينات.

يتضح من خلال تحليلنا لتطور التأطير أن نسبة 68% من معلمي الإبتدائي الذين قدر عددهم غداة الدخول المدرسي 1962-1963 ب: 20.000 كانوا أجانب، أما اليوم فكلهم جزائريين بيد أنه لم يتم تحسين مستوى هؤلاء إلا بعد التوقف عن توظيف الممرنين، وبالفعل فإن عدد المساعدين سنة 1997-1998 هو: 17600 أهم من عددهم سنة 1962-1963 هو 5300 وكان المدرسون لا يمثلون نسبة 7% من سلك معلمي الإبتدائي بينما يمثلون اليوم 1997-1998 الى 93%.

لقد كان قطاع التربية أهم القطاعات التي توفر منصب شغل فالإرتفاع العددي لسلك المعلمين كان يتم بمعدل 4500 مدرسا و180 مساعدا إضافيا في السنة على مستوى التعليم الإبتدائي، أما على مستوى التعليم المتوسط فقد كان الإرتفاع السنوي بمعدل 2800 من السنة على إمتداد الفترة من 1962-1963 و1997-1998. في حين قدر الإرتفاع على مستوى التعليم الثانوي بحوالي 1500 أستاذ في السنة.

## 2.2. المنشآت، والبنائات والمطاعم المدرسية في الجزائر (1962-2020).

**1.2.2. المنشآت والبنائات:** في الستينات تم إحصاء ما يزيد عن 33000 حجرة دراسية كانت تشكل حوالي 4900 مجمعا مدرسيا أو مدرسة إبتدائية، أما على مستوى التعليم المتوسط أو الإجمالي فكان عدد الإكماليات يقل عن 380 مؤسسة، أما عن التعليم الثانوي فقد كانت 34 ثانوية للتعليم العام و5 ثانويات تقنية.<sup>279</sup>

<sup>279</sup>النظام التربوي والمناهج التعليمية، المرجع نفسه، ص 31.

شهدت هذه المنشآت إرتفاعا ملحوظا إذ كانت حضيرة حجرات الدراسة تكبر كل سنة ب: 3300 إلى 3400 وحدة جديدة أي إستلام 65 حجرة دراسية في الأسبوع، وهذا منذ 1962 أما عن مؤسسات التعليم المتوسط فقد سجل إرتفاع سنوي يقدر معدله ب: 84 إكمالية أو مدرسة مما يعني إستلام 7 مؤسسات في الشهر وهكذا منذ 1963-1964.

فيما يخص المتاقن (ثانوية تقنية) فقد بلغ التزايد ب: 6 متاقن في السنة وقد كانت هذه الزيادة ضعيفة ولكنها بعد الثمانينات شهدت إزدهارا كبيرا وأن المعطيات التي سأوردها إن دلت على شيء فإنها تدل على التقدم المدهش الذي أحرزه التعليم في الجزائر على مستوى جميع أطوار التعليم.

1. التعليم الإبتدائي: تم إستحداث 15200 مدرسة إبتدائية بمجموع من الحجرات يقدر ب: 117000 حجرة دراسية.

2. التعليم المتوسط الإكمالي: تم إستحداث 2800 إكمالية ومدرسة أساسية أي سبع مرات المؤسسات التي تم إحصاؤها في 1963-1964.

3. التعليم الثانوي: 870 ثانوية للتعليم العام أي 25 مرة عدد الثانويات التي تم إحصاؤها في الستينات.

224 متقنة أو ثانوية تقنية أي حوالي 45 مرة عدد المتاقن التي تم إحصاؤها في 1962-1963.

4. الأفواج التربوية: خلال الستينات تم إحصاء حوالي 33000 فوجا تربويا للطور الإبتدائي بينما قدر عددها عام 1997-1998 بأكثر من 149000 مما يمثل زيادة سنوية يقدر معدلها ب: 3900 فوجا تربويا إضافيا في السنة. أما عن التعليم المتوسط أو الإكمالي فقد قدرت هذه الزيادة ب: 1700 فوجا تربويا جديدا في السنة الواحدة، في حين تم إحصاء زيادة يقدر معدلها بأكثر من 800 فوج في السنة، في سنة 1970 على مستوى التعليم الثانوي العام. التعليم الثانوي التقني قد إرتفع عدد الأفواج التربوية فيه بمعدل 100 فوج في السنة وهذا الإرتفاع الهائل في عدد الأفواج التربوية الذي ولده التعداد المتزايد إستلزم اللجوء إلى عدد كبير من المدرسين والأساتذة لضمان التأطير البيداغوجي.

2.2.2. المطاعم المدرسية: لقد تم إحصاء سنة 1963-1964 ب: 195000 مستفيد من وجبات

المطاعم المدرسية على مستوى التعليم الإبتدائي.<sup>280</sup>

<sup>280</sup> النظام التربوي والمناهج التعليمية، المرجع نفسه، ص 32، 35.

وقد بلغ عددهم عام 1997-1998 ب: 561000 وفي 1963-1964 بلغت نسبة المستفيدين حوالي 19% من المتدربين، وتجدد الإشارة إلى ذروة التكفل تم تسجيلها عام 1981-1982، حيث تم احصاء 1.2 مليون تلميذ مستفيد من وجبات المطاعم المدرسية اي بنسبة 38%.

الكتاب المدرسي والبحث التربوي في الجزائر: خلال سنة 1962-1963 قدر الدعم الممنوح للبحث التربوي وتطور الوسائل التعليمية وانجازها بحوالي دينار واحد لكل تلميذ. اما في 1997-1998 فقد قدر الغلاف المالي المخصص لهذا الأمر الجوهري 89 مليون من بينها 60 مليون للديوان الوطني للمطبوعات المدرسية مما يمثل 12 دينار للتلميذ الواحد، في حين تقدر الإعانة الممنوحة للبحث التربوي بما يقل عن 4 دنانير للتلميذ و60 مليون دينار جزائري تخصص لدعم إنتاج الكتاب المدرسي، وهكذا نستنتج أن البحث التربوي لا يحظى بالعناية الكافية.

4.2.4 الميزانية: تكلفة التلميذ الواحد كانت عام 1964 ب: 548 دينارا أي 130 دينارا للتلميذ الواحد بالنسبة للإستثمار و481 دينارا للتلميذ الواحد من منظور تكاليف التسيير.

وصل الإستثمار سنة 1997 إلى 2400 دينار للتلميذ، و15000 دينار للتلميذ الواحد أيضا بالنسبة للتسيير.

تمثل نفقات التربية للتلميذ الواحد حوالي 17400 دينار للتلميذ وقد تخطى إذ قارنا تكاليف التلميذ الواحد خلال 1964-1997 دون مراعاة نسب التضخم الذي أضحى الدينار يعاني منها إذ تقدر نسبة تضخم الدينار ابتداء من عام 1970 ب: 3.44%.

1.4.2 ميزانية التسيير: كانت ميزانية التسيير تمثل عام 1964 حوالي 550 مليون دينار اي 21% من ميزانية الدولة وفي سنة 1977 قدرت هذه الميزانية ب: 111.5 دينار اي انها لا تمثل إلا 17% من ميزانية الدولة وتعد هذه النسبة اضعف النسب المسجلة منذ 1964.

الحصة المخصصة للقطاع من ميزانية الدولة والتي كانت تتراوح بين 20 و 30% من ميزانية الدولة قبل ذلك تفسر الحالة المزرية التي تعاني منها المؤسسات التعليمية، ونقص مختلف الوسائل التعليمية. اما الفترات التي كانت فيها ميزانية التسيير معقولة فهي الممتدة بين 1967-1974 وبين 1986-1994.

2.4.2. ميزانية التجهيز: كانت ميزانية التجهيز سنة 1964 حوالي 171 مليون دينار أي 15% من مدونة الإستثمارات للدولة، بينما قدرت حصة الإستثمار في قطاع التربية سنة 1997 ب: 6.54% من الإستثمارات العمومية للدولة مما يعادل حوالي 18 مليار دينار.

هذا التدني في الإستثمار حيال قطاع التربية لا يمكن تبريره نظرا للنقص الكبير المسجل على مستوى المنشآت التربوية على صعيد التعليم الأساسي، وتعتبر الفترات التي عرفت فيها ميزانية التجهيز حصصا معقولة مقارنة مع ميزانية الدولة هي تلك الممتدة بين 1969 - 1973 و 1984-1989، وقد عرفت الإستثمارات في قطاع التربية تدهورا متزايدا منذ عام 1990.

بلغ الانفاق على التعليم الابتدائي والثانوي سنة 2000 مبلغ قدر ب: 123753.160 مليون دج، اما الانفاق على التعليم العالي والبحث العلمي فقد قدر ب: 38580.667 مليون دج سنة 2000، وبلغت ميزانية التجهيز بنفس السنة 41800 مليون دج، لترتفع سنة 2015 فوصل الانفاق على التعليم الابتدائي والثانوي الى 746640.907 مليون دج والتعليم العالي والبحث العلمي بمبلغ قدر ب: 300333.642 مليون دج، اما ميزانية التجهيز سنة 2015 فحضيت بمبلغ: 227829.04 مليون دج حسب المعطيات الرقمية من الجدول الموجود بالملاحق.<sup>281</sup>

- نستنتج مما سبق أن إرتفاع تعداد المتدربين والجهود الجبارة التي بذلت في مجال إنجاز المنشآت التربوية وكذا الوسائل المالية الضخمة التي رصدتها الدولة قصد ضمان تأطير التلاميذ، هي عناصر توشي بإرادة سياسية قوتها ديمقراطية التعليم، التي اضححت اليوم واقعا ملموسا. بيد أنه مازال من الضروري أن تبذل جهود إضافية على مستوى الإستثمار في المنشآت التربوية للتعليم بأطواره الثلاثة، قصد القضاء على نظام الدوامين في الطورين الأولين من جهة، وتقليص حجم الفوج التربوي في الطور الثالث. هذه المنشآت الجديدة تساهم في ضمان نشاطات فنية ورياضية بصفة ملائمة كما تسمح بتحسين نوعية التعليم دون أن يكون لذلك إنعكاسات على ميزانية التسيير لقطاع التربية، ورغم كل ما تحقق من إنجازات وتطور فإن النظام التربوي الجزائري ملزم بتحسين وضعه، وتطويره ليواكب المستجدات العالمية، وليستجيب لرغبات الأفراد وحاجات المجتمع الذي يطمح إلى الرقي والإزدهار.

<sup>281</sup> النظام التربوي والمناهج التعليمية، المرجع نفسه، ص 33، 34.

جدول (40): تطور اعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم من (2002-2011).

السنوات	2003-2002	2006-2005	2009-2008	2011-2010
مراحل التعليم				
عدد تلاميذ التعليم الابتدائي منهم بنات %	4612574 %46.96	4196580 %47.04	3247258 %47.29	3345885 %47.37
عدد تلاميذ التعليم الأساسي منهم بنات %	2186338 %48.39	2221328 %48.99	3158117 %48.73	2980325 %48.95
عدد تلاميذ التعليم الثانوي منهم بنات %	1095730 %56.73	1175731 %58.38	974736 %57.94	1198888 %57.55

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

جدول (41): تطور اعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم من (2002-2011).

السنوات	2003-2002	2006-2005	2009-2008	2011-2010
مراحل التعليم				
عدد المعلمين في الابتدائي	167529	171402	142332	144885
عدد الأساتذة في الأساسي	104329	109578	135744	140098
عدد الأساتذة في الثانوي	57747	62330	65598	74550

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

جدول (42): تطور اعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم من (2002-2011).

السنوات	2003-2002	2006-2005	2009-2008	2011-2010
مراحل التعليم				
عدد المدارس الابتدائية	16714	17163	17552	17840
عدد الإكمائيات	3654	3947	4579	5009
عدد الثانويات	1330	1437	1658	1813

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

- التعقيب على الجداول: من الجداول رقم (40، 41، 42) للفترة (2002-2011)، الملاحظ هو الاستمرار في الزيادة في اعداد تلاميذ الثانوي فقارت الزيادة بين سنة 2002 و 2011 حوالي 100000 تلميذ، كذلك زيادة في عدد اساتذة التعليم الاساسي فقد كانت سنة 2002 حوالي 104329 ووصلت الى 140098 استاذ، وزادت الثانويات والمتاقن بما يقارب 500 مؤسسة وهذا مكسب اخر خلال هذه الفترة لقطاع التربية والتعليم بالجزائر، قصد النهوض بهذا القطاع وترقيته لمواكبة الدول المتحضرة.

جدول (43): تطور اعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم من (2012-2020).

السنوات	2013-2012	2015-2014	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019
مرحلة التعليم						
عدد تلاميذ التعليم الابتدائي	3580481	3886773	4231556	4373459	4513749	4669417
منهم بنات %	%47.58	%47.71	%47.65	%47.76	%47.84	--
عدد تلاميذ التعليم الأساسي	2647500	2575994	2685827	2811648	2979737	3123435
منهم بنات %	% 47.51	% 47.55	% 48.00	% 48.05	% 47.95	--
عدد تلاميذ التعليم الثانوي	1497875	1526779	1286586	1227055	1222673	1262641
منهم بنات %	% 57.57	% 57.63	% 56.64	% 56.84	% 54.82	--

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

جدول (44): تطور اعداد المعلمين والأساتذة في جميع مراحل التعليم من (2012-2020).

السنوات	2013-2012	2015-2014	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019
مرحلة التعليم						
عدد المعلمين في الابتدائي	153578	164930	174115	177939	182464	187921
عدد الأساتذة في الأساسي	144901	148836	153617	156182	159065	162733
عدد الأساتذة في الثانوي	89882	99123	100761	101388	102279	104585

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

جدول (45): تطور اعداد المؤسسات التربوية في جميع مراحل التعليم من (2012-2020).

السنوات	2013-2012	2015-2014	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019
مرحلة التعليم						
عدد المدارس الابتدائية	17995	18333	18770	18856	19037	19308
عدد الإكمائيات	5086	5239	5419	5455	5512	5630
عدد الثانويات	1956	2141	2355	2392	2433	2488

Source : sous-direction des statistique .ministère de l'éducation national.

E.mail: Ons@ons.dz stat@ons.dz Site web: <http://www.ons.dz>

- التعقيب على الجداول: من الجداول رقم (43، 44، 45) للفترة (2012-2020)، والملاحظ في هذه الفترة هو زيادة تلاميذ التعليم الابتدائي والتعليم الأساسي بحوالي مليون تلميذ خلال (2012-2020)، أما المعلمين فكانت الزيادة بحوالي 34000 معلم بالابتدائي، فقد كان عدد المعلمين سنة 2012، 153578 معلم واصبح سنة 2020، 187921 معلم. وانتقلت المدارس الابتدائية من 17995 مدرسة سنة 2012 لتصبح سنة 2020، 19308 مدرسة، وفيما يخص عدد الاكمائيات سجلت بسنة 2020، 5630 اكماالية بعدما كانت 5086 سنة 2012، بينما ارتفعت عدد الثانويات والمتاقن من 1956 ثانوية سنة 2012، الى 2488 ثانوية سنة 2020، وكل هذه الزيادة والتحسين في المؤشرات تعبر عن الجهود الكبيرة التي تبذلها الحكومة الجزائرية بهدف تطوير وتحسين وترقية التربية والتعليم بالجزائر.

الفصل الخامس: الدراسة القياسية  
للمؤشرات الإجتماعية  
كمقياس لفعالية السياسات الإجتماعية.

## الفصل الخامس: الدراسة القياسية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.

**مقدمة الفصل:** بعد تطرقنا في الجزء النظري إلى مختلف المفاهيم المتعلقة بالسياسات الاجتماعية ونظامي الصحة والتعليم والعلاقة بينهم والتي جسدها مختلف الدراسات السابقة، قمنا بعدها بدراسة تحليلية رقمية، لتأكيد مدى التحسن الرقمي والعددي في المؤشرات الصحية والتعليمية بالجزائر منذ الاستقلال والى يومنا هذا، كما سنقوم في هذا الفصل الخامس بإسقاط ماسبق على المجتمع الجزائري لمعرفة حجم ومدى تأثير السياسات الاجتماعية على نظامي الصحة والتعليم في الدولة الجزائرية، باختبار عينة من أفراد المجتمع الجزائري في استبيان ومعالجته بنظام spss.

قسمنا الفصل الخامس لمبحثين، اولهما يخص وصف مجتمع وعينة الدراسة، وأدوات التحليل المستخدمة وعناصر الاستبيان، أما المبحث الثاني فيتعلق بفحص صدق وثبات أداة الدراسة لنقوم بعرض وتحليل نتائج الدراسة أخيرا.

### 1. الإطار المنهجي للدراسة:

#### 1.1. وصف مجتمع وخصائص عينة الدراسة.

**1.1.1. وصف مجتمع الدراسة:** يتكون مجتمع الدراسة من افراد المجتمع الجزائري في مختلف الولايات الجزائرية، واعتمدنا على اسلوب العينة العشوائية في اختيار الأفراد من اجل الإجابة على استمارة الاستبيان وبعد التأكد من صدق وثبات أداة القياس (الاستبيان) تم توزيعها على عينة الدراسة.

- تم توزيع 900 استمارة على الافراد تتوزع بشكل عشوائي على ولايات مختلفة من شرق، غرب، وسط، شمال، وجنوب الجزائر، والولايات هي: جيجل، بجاية، بومرداس، الجزائر العاصمة، تيبازة، عين الدفلى، المدية، تيسمسيلت، تيارت، معسكر، بلعباس، تلمسان، سعيدة، البيض، بشار. وقمت باختيار هذه الولايات لقدرتي على الوصول إليها وهناك أصدقاء قاموا بمساعدتي على توزيع هذه الاستبيانات على سكان الولايات سابقة الذكر. وقمنا بعملية توزيع الاستبيانات بطريقة الاسلوب المباشر (باليد) لضمان تعبئتها بالشكل الصحيح.

بعد القيام بجمع الاستبيانات الموزعة تمكنا من استرجاع 827 استمارة من اصل 900، بنسبة بلغت 91.8% وبعد تدقيق الاستبيانات ومراجعتها لاغراض التحليل تم استبعاد 27 منها بسبب عدم صلاحيتها للتحليل. وعليه فالاستبيانات الصالحة والخاضعة للتحليل هي: 800 استبيان موزعة على الولايات سابقة الذكر.

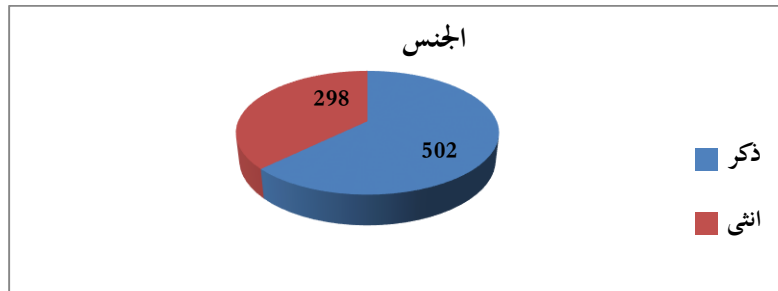
2.1.1. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 800 فرد من افراد المجتمع الجزائري تم اختيارهم بطريقة عشوائية، موزعين كما يلي:

جدول رقم (46): يوضح توزيع افراد عينة الدراسة من حيث الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	502	62.75%
انثى	298	37.25%
المجموع	800	100%

يبين الجدول أعلاه أن عدد الذكور 502 بنسبة 62.75% من أصل 800 فردا، بينما كان عدد الإناث 298 أي بنسبة 37.25%. والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم (24): يمثل جنس افراد العينة.



جدول رقم (47): يوضح توزيع افراد عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية.

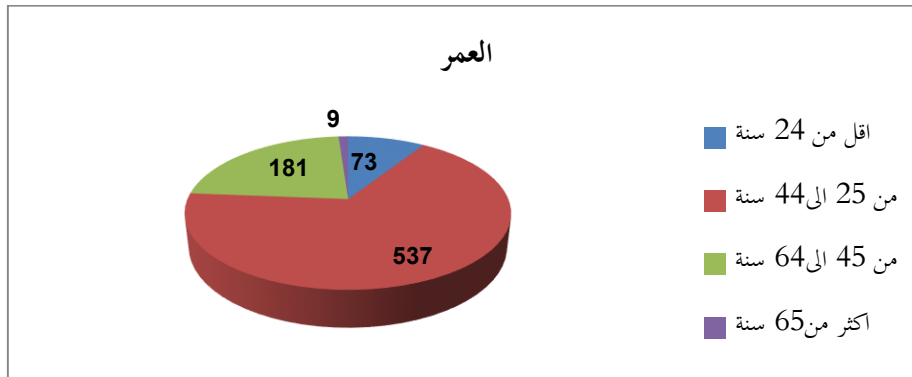
الولاية	التكرار	النسبة المئوية
تيسمسيلت	146	18.25 %
تيارت	87	10.87 %
معسكر	111	13.87 %
سيدي بلعباس	51	6.37 %
سعيدة	50	6.25 %
البيض	31	3.87 %
بومرداس	67	8.37 %
الجزائر العاصمة	64	8 %
تيبازة	24	3 %
المدية	28	3.5 %
عين الدفلى	48	6 %
بشار	17	2.12 %
تلمسان	41	5.12 %
جيجل	20	2.5 %
بجاية	15	1.87 %
المجموع	800	100 %

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 24 سنة	73	9.12 %
من 25 الى 44 سنة	537	67.12 %
من 45 الى 64 سنة	181	22.63 %
أكثر من 65 سنة	9	1.13 %
المجموع	800	100 %

جدول رقم (48): يوضح توزيع افراد عينة الدراسة من حيث الخبرة المهنية.

يبين الجدول اعلاه أن أفراد العينة كانوا موزعين جغرافيا على عدة ولايات من الوطن. كما يبين ان أكثر أفراد العينة كانوا في سن ما بين 25 إلى 44 سنة، تليها فئة الأعمار بين 45 إلى 64 سنة، ثم وبنسبة قليلة من هم اقل من 24 سنة، بينما كبار السن أكثر من 65 سنة فكانوا قليلين حيث لا يتعدى عددهم 9 أفراد. والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم (25): يمثل عمر افراد العينة.

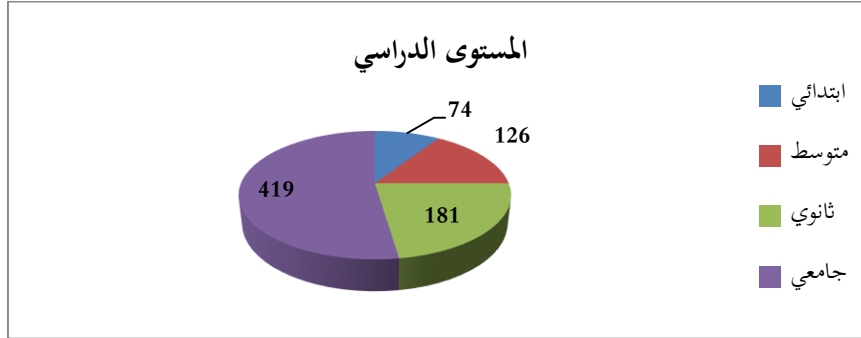


جدول رقم (49): يوضح توزيع افراد عينة الدراسة من حيث المستوى الدراسي.

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	74	9.25%
متوسط	126	15.75%
ثانوي	181	22.62%
جامعي	419	52.83%
المجموع	800	100%

يبين الجدول اعلاه أن أكثر أفراد العينة هم من ذوي مستوى التعليم الجامعي، ثم الثانوي فالمتوسط وقليل من ذوي التعليم الابتدائي والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم (26): يمثل المستوى التعليمي لأفراد العينة.



2. الاطار التطبيقي للدراسة.

1.2. فحص صدق وثبات اداة الدراسة.

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

من شروط صلاحية أداة الاستمارة في البحث العلمي هو التأكد من توفر الخصائص السيكومترية وهي الصدق والثبات، وقد تم حسابهما من خلال تطبيق الاستبيان على عينة قوامها (40) فردا، وبعد المعالجة الإحصائية في برنامج spss تم حذف ثلاث بنود من المحور الثاني (الصحة) وهي البنود رقم 5، رقم 7، رقم 11، وكانت النتائج بعد الحذف كالتالي:

1.1.2. ثبات اداة الدراسة:

جدول رقم (50): معامل الفاكرومباخ.

المحور	عدد الفقرات	ثبات المحور
المحور الاول: السياسة الاجتماعية.	14	0.639
المحور الثاني: الصحة.	11	0.552
المحور الثالث: التعليم.	10	0.526
الثبات الكلي للاستبيان.	35	0.665

يتضح من خلال الجدول رقم (50): ان معامل الثبات كرومباخ الكلي للاستبيان يساوي 0.665، وكان معامل المحور الاول 0.639، اما معامل المحور الثاني 0.552، ومعامل المحور الثالث فكان 0.526 وهي نتيجة مقبولة، توضح أن أداة الدراسة تتميز بالثبات؛ وهذا ما يسمح لنا بتطبيقها على عينة الدراسة.

### 2.1.2. صدق أداة الدراسة:

جدول رقم (51): معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة ودرجة المحور الذي تنتمي اليه.

المحور	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	المحور	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
السياسة الاجتماعية	1	**0.480	0.002	الصحة	1	**0.440	0.005
	2	*0.331	0.037		2	*0.386	0.014
	3	*0.358	0.023		3	*0.350	0.027
	4	*0.330	0.038		4	*0.382	0.015
	5	*0.331	0.037		5	*0.378	0.016
	6	*0.382	0.015		6	*0.377	0.015
	7	*0.324	0.041		7	*0.329	0.038
	8	**0.466	0.002		8	*0.328	0.038
	9	*0.358	0.024		9	*0.351	0.026
	10	*0.318	0.045		10	**0.446	0.004
	11	*0.316	0.047		11	*0.332	0.036
	12	**0.525	0.001				
	13	*0.355	0.025				
	14	**0.525	0.001				
التعليم							
الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	الفقرة	معامل الارتباط
1	*0.327	0.039	6	*0.351	0.027		
2	**0.424	0.006	7	*0.339	0.032		
3	*0.313	0.049	8	**0.477	0.002		

0.040	*0.326	9	0.042	*0.323	4
0.000	**0.676	10	0.001	**0.522	5

\* عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.05

\*\* عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (51): ان معاملات الارتباط لكل محور مع بنوده وفقراته، تراوحت بين مستوى الدلالة 0.05 و0.01، حيث سجلت أعلى قيمة ارتباط في المحور الثالث وهي 0.676 عند مستوى 0.01، بينما سجلت ادنى قيمة في نفس المحور ب: 0.313 عند مستوى 0.05.

هذا ما يوضح ان محاور الاستبيان ترتبط ارتباطا دالا مع البنود، ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي وهو ما يسمح لنا بتطبيقه على عينة الدراسة.

جدول رقم (52): تحويل مقياس ليكرت الخماسي إلى فترات.

الفترة	الدرجة	الاستجابة
من 1 الى 1.80	1	غير موافق بشدة
من 1.81 الى 2.60	2	غير موافق
من 2.61 الى 3.40	3	محايد
من 3.41 الى 4.20	4	موافق
من 4.21 الى 5	5	موافق بشدة

## 2.2. عرض وتحليل نتائج الدراسة.

الاساليب الإحصائية: تمت المعالجة الإحصائية من خلال الحزمة الإحصائية spss نسخة 22 وذلك لحساب:

✓ التكرارات، النسب المئوية، الانحراف المعياري، المتوسط الحسابي، معامل بيرسون، الانحدار الخطي البسيط.

✓ اختبار الفرضيات وعرض النتائج.

✓ عرض نتائج الاستبيان.

جدول رقم (53): استجابة افراد العينة على محور السياسة الاجتماعية.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات					البنود	
			غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
4	1.188	3.42	44	140	250	171	159	ت	1- سياسة الحكومة تجاه الجانب الاجتماعي مرضية
			5.5	17.5	31.3	21.4	24.4	%	
3	1.101	2.80	72	295	223	141	69	ت	2- سياسة الحكومة تجاه قطاع الصحة مرضية
			9.0	36.9	27.9	17.6	8.6	%	
3	1.255	3.12	91	202	143	251	113	ت	3. سياسة الحكومة تجاه قطاع التعليم مرضية.
			11.4	25.3	17.9	31.4	14.1	%	
3	0.851	2.93	0	270	370	109	51	ت	4. العلاج في الجزائر مجاني.
			0.00	33.8	46.3	13.6	6.4	%	
3	1.160	3.33	41	181	196	237	145	ت	5. التعليم في الجزائر مجاني.
			5.1	22.6	24.5	29.6	18.1	%	
5	0.675	4.45	0	0	83	274	443	ت	6. الصحة قريبة من المواطن في مناطق الظل.
			0.00	0.00	10.4	34.3	55.4	%	
4	1.063	3.95	0	110	142	225	323	ت	7. التعليم قريب من المواطن في مناطق الظل.
			0.00	13.8	17.8	28.1	40.4	%	
2	1.473	2.57	257	226	39	161	117	ت	8. الهياكل الصحية متوفرة في منطقة سكناي.
			32.1	28.3	4.9	20.1	14.6	%	
3	1.372	2.89	127	278	88	167	140	ت	9. الهياكل التعليمية متوفرة في منطقة سكناي.
			15.9	34.8	11.0	20.9	17.5	%	
2	0.949	1.99	263	371	94	57	15	ت	10. الأطقم الطبية (الأطباء العامون والأخصائيين) متوفرة في منطقة سكناي
			32.9	46.4	11.8	7.1	1.9	%	
2	1.015	2.20	168	454	51	101	26	ت	11. قاعات العلاج والإسعافات الأولية متوفرة في منطقة سكناي.
			21.0	56.8	6.4	12.6	3.3	%	
2	1.023	2.06	260	341	124	44	31	ت	12. جراحة وطب الأسنان متوفرة في منطقة سكناي.
			32.5	42.6	15.5	5.5	3.9	%	
2	0.936	2.19	156	440	133	40	31	ت	13. قابلات التوليد متوفرين بمنطقة سكناي.
			19.5	55.0	16.6	5.0	3.9	%	
2	1.023	2.06	260	341	124	44	31	ت	14. الإنفاق الحكومي الجزائري على قطاع الصحة والتعليم مرضي.
			32.5	42.6	15.5	5.5	3.9	%	
3	0.444	2.85	اجمالي الخور						

الفصل الخامس: الدراسة القياسية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.

يتضح من الجدول رقم (53): ان استجابات افراد العينة حول محور السياسة الاجتماعية كانت بانحراف معياري اجمالي للمحور يساوي 0.44 ومتوسط حسابي يساوي 2.85، وهو ما يوافق على مقياس ليكرت الخماسي بعد تحويله الى فترات، الدرجة 3 أي محايد وقد كانت اعلى قيم المتوسطات 4.45 بانحراف معياري 0.67، بينما ادنى قيمة كانت 2.06 بانحراف معياري 1.02.

جدول رقم (54): استجابة أفراد العينة على محور الصحة.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات					البنود	
			غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
5	1.043	4.21	26	31	120	197	426	ت	1. أعالج في القطاع الصحي العمومي.
			3.3	3.9	15.0	24.6	53.3	%	
3	1.401	3.12	130	188	107	210	165	ت	2. استقبالي في القطاع الصحي العمومي مرضي.
			16.3	23.5	13.4	26.3	20.6	%	
3	1.443	3.35	135	120	96	232	217	ت	3. الفريق الطبي والشبه الطبي متوفر.
			16.9	15.0	12.0	29.0	27.1	%	
2	1.056	2.59	84	372	177	118	49	ت	4. أشعة راديو سكانار أو ليرام متوفرة لجميع المواطنين.
			10.5	46.5	22.1	14.8	6.1	%	
4	0.872	4.30	13	15	97	270	405	ت	5. أسعار الخدمات الصحية الخاصة بالجزائر مرتفعة.
			1.6	1.9	12.1	33.8	50.6	%	
3	1.421	3.06	153	184	65	257	141	ت	6. النظام الصحي في الجزائر متقدم وعصري.
			19.1	23.0	8.1	32.1	17.6	%	
4	1.233	3.54	52	141	140	256	211	ت	7. اللغة الانجليزية ستكون جيدة كثيرا على المنظومة الصحية.
			6.5	17.6	17.5	32.0	26.4	%	
2	1.107	1.84	418	213	81	58	30	ت	8. الأكسوجين كان متوفرا خلال فترة الكورونا (covid19).
			52.3	26.6	10.1	7.3	3.8	%	
1	1.040	1.79	445	150	147	43	15	ت	9. أدوية العلاجات القاعدية مثل لوفينوكس (08/06/04/02) خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.
			55.6	18.8	18.4	5.4	1.9	%	

الفصل الخامس: الدراسة القياسية للمؤشرات الاجتماعية كمقياس لفعالية السياسات الاجتماعية.

1	0.676	1.40	548	196	41	15	0	ت	10. التخصصات الطبية كالممارسين الأخصائيين في الإنعاش وطب الأمراض الصدرية والوقائية خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.
			68.5	24.5	5.1	1.9	0.00	%	
1	0.687	1.42	551	158	91	0	0	ت	11. وحدات الإنعاش وأسرة الإنعاش المجهزة خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.
			68.9	19.8	11.4	0.00	0.00	%	
3	0.471	2.78	اجمالي المحور						

يتضح من الجدول رقم (54): ان استجابات افراد العينة حول محور الصحة كانت بانحراف معياري اجمالي للمحور يساوي 0.4، ومتوسط حسابي يساوي 2.78، وهو ما يوافق على مقياس ليكرت الخماسي بعد تحويله الى فترات الدرجة 3 أي محايد، وقد كانت اعلى قيم المتوسطات 4.21، بانحراف معياري 1.04، بينما ادنى قيمة كانت 1.40 بانحراف معياري 0.47.

جدول رقم (55): استجابة أفراد العينة على محور التعليم.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات					البنود	
			غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
4	1.043	4.18	25	34	122	206	413	ت	1. يوجد عدد كاف من المدارس الابتدائية يلبي احتياجات المواطنين بمقر سكني.
			3.1	4.3	15.3	25.6	51.6	%	
3	1.383	3.14	119	195	104	218	164	ت	2. يوجد عدد كاف من الاقسام بالمدارس الابتدائية يلبي احتياجات التلاميذ بمقر سكني.
			14.9	24.4	13.0	27.3	20.5	%	
3	1.422	3.39	123	122	95	238	222	ت	3. يوجد عدد كاف من المعلمين في المدارس يلبي احتياجات المتدربين بمقر سكني.
			15.4	15.3	11.9	29.8	27.8	%	
2	1.032	2.60	80	368	191	117	44	ت	4. يوجد عدد كاف من المتوسطات يلبي احتياجات التلاميذ بمقر سكني.
			10.0	46.0	23.9	14.6	5.5	%	
5	0.908	4.28	17	18	93	270	402	ت	5. يوجد عدد كاف من الثانويات يلبي احتياجات الطلبة بمقر سكني
			2.1	2.3	11.6	33.8	50.3	%	
3	1.419	3.11	143	186	63	257	151	ت	6. يوجد عدد كاف من الجامعات يلبي احتياجات الطلبة في ولاية سكني
			17.9	23.3	7.9	32.1	18.9	%	
4	1.221	3.53	48	147	139	261	205	ت	7. الإقامات الجامعية المتوفرة في ولاية سكني تلي احتياجات الطلبة.
			6.0	18.4	17.4	32.6	25.6	%	
2	1.162	1.92	397	209	90	68	36	ت	8. الشهادة الجامعية تضمن منصب عمل.
			49.6	26.1	11.3	8.5	4.5	%	
2	1.050	1.82	427	169	142	44	18	ت	9. سوق العمل يتوافق مع مخرجات الجامعة.
			53.4	21.1	17.8	5.5	2.3	%	
1	0.696	1.42	541	199	42	18	0	ت	10. النظام التعليمي الجزائري صمد خلال فترة الكورونا (covid19).
			67.6	24.9	5.3	2.3	0.00	%	
3	0.502	2.94	اجمالي المحور						

يتضح من الجدول رقم (54): ان استجابات أفراد العينة حول محور التعليم كانت بانحراف معياري اجمالي للمحور يساوي 2.94، ومتوسط حسابي يساوي 0.50 وهو ما يوافق على مقياس ليكرت

الخماسي بعد تحويله الى فترات الدرجة 3 اي محايد، وقد كانت اعلى قيم المتوسطات 4.28 بانحراف معياري 0.90، بينما ادنى قيمة كانت 1.42 بانحراف معياري 0.69.

جدول رقم (56): يوضح ترتيب محاور الاستبيان.

الترتيب	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	التعليم	2.94	0.50	3
2	السياسة الاجتماعية	2.85	0.44	3
3	الصحة	2.78	0.47	3
	اجمالي الاستبيان	2.85	0.38	3

▪ اختبار الفرضيات:

- تؤثر السياسة الاجتماعية على قطاع الصحة في الجزائر.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن قوة ونوع العلاقة بين السياسة الاجتماعية وقطاع الصحة في الجزائر، ومن ثم الانحدار الخطي البسيط كخطوة ثانية لمعرفة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع، فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (57): يوضح نتائج الارتباط والانحدار بين السياسة الاجتماعية و قطاع الصحة.

نتائج تحليل العلاقة بين السياسة الاجتماعية وقطاع الصحة		
0.450	معامل الارتباط بيرسون R	السياسة الاجتماعية
0.000	القيمة الاحتمالية Sig	
نتائج تحليل الانحدار البسيط لقياس أثر السياسة الاجتماعية على قطاع الصحة		

معامل التحديد ( $R^2$ ) 0.201		الخطأ المعياري للتقدير 0.42150		
قيمة F: 202.151		مستوى المعنوية: 0.000		
المتغير	b	بيتا $\beta$	قيمة T	معنوية T
الثابت	1.425		14.735	0.000
السياسة الاجتماعية	0.476	0.450	14.218	0.000

من خلال الجدول اعلاه يتضح ان معامل الارتباط هو:  $R=0.450$  بقيمة احتمالية 0.000 وهي اقل من مستوى الدلالة 0.01، ما يفسر ان الارتباط طردي متوسط بين السياسة الاجتماعية وقطاع الصحة.

كما يتضح من خلال نتائج الانحدار الخطي البسيط لقياس اثر السياسة الاجتماعية على قطاع الصحة ان معامل التحديد ( $R^2$ ) يقدر ب: 0.201 مقياس يشير الى جودة التوفيق، حيث ان 20.1% من التغيرات في المتغير التابع (الصحة) يفسرها المتغير المستقل السياسة الاجتماعية، وان الباقي 79.9% ترجع الى عوامل اخرى، اما قيمة الخطأ المعياري للتقدير فهو 0.42150 تشير الى صغر حجم الاخطاء العشوائية، وبالتالي جودة تمثيل خط الانحدار وهو ما تدل عليه قيمة (F) البالغة 202.151 حيث ان قيمة F الجدولية أصغر من المحسوبة وهي دالة إحصائيا وقدرت ب: 0.000 أي أقل من مستوى الدلالة 0.05، كما يظهر الجدول معلمة الميل  $\beta$  حيث بلغت 0.450 مما يشير الى وجود تأثير بين المتغيرين فأى زيادة في السياسة الاجتماعية بمقدار درجة واحدة تقابلها زيادة في قطاع الصحة بمقدار 0.450 كما ان معلمة السياسة الاجتماعية دالة إحصائيا وقدرت ب: 0.476 عند مستوى 0.000 أي أقل من مستوى الدلالة مما يشير الى وجود معنوية لمعلمة الميل، اما بالنسبة الى معلمة التقاطع (الحد الثابت) فقد بلغت 1.425 تحت مستوى المعنوية 0.000 وهي اقل من 0.05، وبذلك فهي دالة احصائيا، وبالتالي فان ظهور معنوية لمعلمتي الانحدار يشير الى تأثير بين المتغيرين وهذا ما تظهره مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS نسخة 22.

وعليه صدق الفرض الذي ينص على ان:

- السياسة الاجتماعية تؤثر على قطاع الصحة.

- تؤثر السياسة الاجتماعية على قطاع التعليم في الجزائر.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن قوة ونوع العلاقة بين السياسة الاجتماعية وقطاع التعليم في الجزائر، ومن ثم الانحدار الخطي البسيط كخطوة ثانية لمعرفة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع، فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (58): يوضح نتائج الارتباط والانحدار بين السياسة الاجتماعية و قطاع التعليم.

نتائج تحليل العلاقة بين السياسة الاجتماعية وقطاع التعليم				
السياسة الاجتماعية	معامل الارتباط بيرسون R	0.359		
	القيمة الاحتمالية Sig	0.000		
نتائج تحليل الانحدار البسيط لقياس أثر السياسة الاجتماعية على قطاع التعليم				
معامل التحديد ( $R^2$ )		0.128		
خطأ المعياري للتقدير		0.46955		
قيمة F:		118.208		
مستوى المعنوية:		0.000		
المتغير	b	بيتا $\beta$	قيمة T	معنوية T
الثابت	1.781		16.517	0.000
السياسة الاجتماعية	0.406	0.359	10.872	0.000

من خلال الجدول اعلاه يتضح ان معامل الارتباط هو  $R=0.359$  بقيمة احتمالية 0.000 وهي اقل من مستوى الدلالة 0.01، ما يفسر ان الارتباط طردي متوسط بين السياسة الاجتماعية وقطاع التعليم.

كما يتضح من خلال نتائج الانحدار الخطي البسيط لقياس اثر السياسة الاجتماعية على قطاع التعليم ان معامل التحديد ( $R^2$ ) يقدر ب: 0.128 مقياس يشير الى جودة التوفيق، حيث ان 12.8% من التغيرات في المتغير التابع (التعليم) يفسرها المتغير المستقل السياسة الاجتماعية، وان الباقي 87.2% ترجع الى عوامل اخرى، اما قيمة الخطأ المعياري للتقدير فهو 0.46955 تشير الى صغر حجم الاخطاء العشوائية، وبالتالي جودة تمثيل خط الانحدار وهو ما تدل عليه قيمة (F) البالغة 118.208 حيث ان قيمة F الجدولية اصغر من المحسوبة وهي دالة احصائيا وقدرت ب: 0.000 اي اقل من مستوى الدلالة

0.05 ، كما يظهر الجدول معلمة الميل  $\beta$  حيث بلغت 0.359 مما يشير الى وجود تأثير بين المتغيرين، فاي زيادة في السياسة الاجتماعية بمقدار درجة واحدة تقابلها زيادة في قطاع التعليم بمقدار 0.359 كما ان معلمة السياسة الاجتماعية دالة إحصائيا وقدرت ب: 0.406 عند مستوى 0.000 أي أقل من مستوى الدلالة مما يشير الى وجود معنوية لمعلمة الميل، اما بالنسبة الى معلمة التقاطع ( الحد الثابت) فقد بلغت 1.781 تحت مستوى المعنوية 0.000 وهي اقل من 0.05، وبذلك فهي دالة إحصائيا، وبالتالي فان ظهور معنوية لمعلمتي الانحدار يشير الى تأثير بين المتغيرين وهذا ما تظهره مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS نسخة 22.

وعليه صدق الفرض الذي ينص على ان:

- السياسة الاجتماعية تؤثر على قطاع التعليم.

خاتمة عامة

الخاتمة: ختاماً لما إحتوته هذه الرسالة، فقد عاجلت كل من السياسة الإجتماعية، قطاع الصحة، قطاع التربية والتعليم، والتعليم العالي من خلال إبراز الطرح النظري لمختلف المفاهيم والمصطلحات ذات الصلة مع سرد تاريخي ثري بمختلف المؤشرات والإحصائيات لقطاعي الصحة والتعليم بالجزائر، إضافة لتمويل هذين القطاعين وحجم الإنفاق عليهما، والعائد منهما خاصة الإجتماعي والإقتصادي مع إبراز العلاقة والأثر بين كل من السياسة الإجتماعية والصحة والتعليم. فالهدف هو فهم الواقع الصحي والتعليمي وتشخيصه من خلال هذه الرسالة ليكون بمثابة الإنطلاقة لتغيير هذا الواقع وتوجيه خطوات المستقبل إلى الأفضل، فالسياسة الاجتماعية كجزء لا يتجزأ من السياسة العامة، تستطيع أن تساهم في بناء مجتمعات متماسكة يسودها العدل والإستقرار. وهي أداة في يد الأجهزة الحكومية المختصة تهدف للتخفيف من حدة الفقر والإقصاء الإجتماعي، إخماد بؤر التوتر الإجتماعي والحفاظ على الإستقرار والأمن، تحسين الرفاه العام لجميع المواطنين على إختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم الصحية والتعليمية، وعليها أن تكون وقائية وليس مجرد كونها سياسة علاجية ضد الأخطار والتغيرات المستقبلية لتحسين رأس مالها المادي والبشري. وقد خلصنا بالتوصيات التالية:

### 1. التوصيات على مستوى السياسة الإجتماعية:

- ✓ علي السياسة الاجتماعية ان تبني مجتمعات لجميع المواطنين مع حرصها على حصول الجميع على الخدمات الإجتماعية التي تعزز صحتهم، تعليمهم ورفاهيتهم للوصول لتحقيق سعادتهم.
- ✓ إتاحة الفرص للجميع ومشاركتهم في مجتمعاتهم وتحسيسهم بالإنتماء.
- ✓ إستحداث آليات تنظيمية لضمان إستدامة السياسات الإجتماعية الصحية والتعليمية، وإستجابتها ومواكبتها لمختلف الظروف المستقبلية.
- ✓ التأكيد على التخطيط الإستراتيجي في السياسات الإجتماعية مع إدماج الإنصاف والعدالة الإجتماعية لتحقيق التنمية الإجتماعية المنشودة.
- ✓ تحقيق التوازن بين الأولويات الاقتصادية والتكاليف والنتائج الإجتماعية الصحية والتعليمية الحالية والمستقبلية.
- ✓ توظيف الموارد المالية والبشرية اللازمة للإحتواء الإجتماعي وإتاحة الفرص لجميع المواطنين.

2. التوصيات على مستوى الصحة والنظام الصحي: إن الصحة والنظام الصحي الجزائري يحتوي في طياته على العديد من الإختلالات الهيكلية والتنظيمية التي باتت تهدد إستمراره وإستقراره، وهي تلزمه على إنتهاج سياسات إصلاحية واسعة وشاملة، تمتاز بالعصرنة والسرعة على الإستجابة في الأزمات خاصة الوبائية كوباء كورونا (covid 19) الذي أظهر مدى تأخر المنظومة الصحية بالجزائر لعدم قدرتها على توفير أسرة الإنعاش، الأكسوجين، مختلف الوسائل الوقائية الطبية وضعف الهياكل من حيث نقص فادح في عدد الأسرة حيث لم يجد المرضى أماكن داخل المؤسسات الصحية وهذا كلفنا الكثير من الوفيات. بإختلاف الجنس والعمر والمكان داخل الجزائر، إلا أنه يبقى درس للإستفادة منه مستقبلا، وعليه لا بد من:

- ✓ تشجيع الإستثمار في مجال الصحة، وبناء هياكل صحية راقية ومجهزة، كبيرة الحجم وتساير العصرنة.
- ✓ الإستثمار في مجال الدواء بخلق مجتمعات ومصانع دواء وطنية، وتجنب التبعية للخارج في هذا المجال.
- ✓ خلق أليات لتحصيل الأموال وتنويع مصادرها وضمان الإستدامة في التمويل خاصة للطوارئ الطبية.
- ✓ تشجيع فكرة الملف الطبي الإلكتروني للمريض والتطبيب عن بعد ورقمته.
- ✓ الزيادة الكمية والنوعية في التكوين للمورد البشري كالأطباء والممرضين بإختلاف تخصصاتهم، التقنيين والمهندسين في صيانة العتاد الطبي، مع خلق سياسات للحفاظ على النخبة داخل الوطن والتقليل من هجرة الأدمغة.
- ✓ تقوية وظيفة التمويل للخدمات الصحية العامة بهدف تحسين أداء النظم الصحية.
- ✓ رفع الانفاق على الوقاية وذلك عن طريق عائد رفع الضريبة على المنتوجات المضرة بالصحة كالكحول والتدخين... الخ).
- ✓ تطوير نظام معلوماتي صحي ليدعم عملية صنع القرار وخاصة في الازمات.
- ✓ التأكيد على المساوات الإجتماعية في الصحة كتعزيز صحي مهما إختلف الأفراد وأماكن تواجدهم ونوع مرضهم كالسرطان، الأيدز، الإدمان، الأمراض النادرة والأمراض المتعلقة بالتلوث، الجراحات الكبيرة وزرع الأعضاء، الأمراض المتنقلة عبر الهواء والتنفس كمرض الكورونا covid19... الخ) مع توفير الدعم والمرافقة النفسية.
- ✓ تحسين الصحة من خلال تحسين محدداتها والمتمثلة في النقل، السكن، المياه والصرف الصحي، البيئة، التعليم والعدالة الإجتماعية، السياسات المالية، سياسة الضرائب والسياسة الإقتصادية.

- ✓ رقمنة نظام المعلومات وتحديث منظومة الإعلام الصحي والتأكيد على اليقظة الصحية.
- ✓ تفعيل نظام التعاقد بين قطاع الصحة وصناديق الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية.
- ✓ رقمنة مسار المواد الصيدلانية.
- ✓ تطوير إستراتيجية الخدمة الصحية بتطبيق طريقة الإستشفاء المنزلي *hospitalisation à domicile* لتوسيع الخدمة الصحية وتسهيلها وتقريبها من المواطنين.
- 3. التوصيات على مستوى التعليم والنظام التعليمي: التعليم والنظام التعليمي في الجزائر ووفقا للتقديرات والمؤشرات سالفة الذكر. فقد حقق نتائج لا يستهان بها في الزيادة الكمية الكبيرة منذ الإستقلال والى يومنا هذا في الهياكل وعدد كل من الأساتذة والتلاميذ بإختلاف الأطوار والتخصصات. الا انه بقي بعيدا نوعا ما عن التحسن النوعي إذ ما قورن بالأموال المنفقة عليه وقورن بالتعليم في مختلف الدول، وكذلك عدم وجود توازن بين مخرجات التعليم وسوق العمل وعليه لابد من:
  - ✓ توفير التعليم وتعميمه والقضاء على التفاوت الطبقي والإجتماعي.
  - ✓ تمكين الجميع خاصة الفقراء، الطبقات الكادحة وفئة المناطق الريفية من الوصول للمدرسة والجامعة بالمجان، وتحصيل المعرفة المطلوبة.
  - ✓ اصلاح التعليم بإصلاح مناهجه وبرامجه.
  - ✓ إشراك جميع الفواعل في إتخاذ القرارات الحكومية كالمجتمع المدني والقطاع الخاص والقوى الأخرى المعنية بالتربية والتعليم والتعليم العالي وهذا كأسلوب للحكم الرشيد.
  - ✓ ربط الإنتاج الإقتصادي بالإنصاف وتكافؤ الفرص التعليمية وتوفير الحماية الإجتماعية.
  - ✓ العقلانية في توزيع الموارد المالية وإستخدامها بكفاءة عالية خاصة في مجال التعليم.
  - ✓ خلق توازن بين سوق العمل وسوق التكوين والتعليم مع تكثيف المبادلات والإتفاقيات العلمية مع الدول المتقدمة.
  - ✓ تحقيق السياسة التعليمية السليمة للوصول إلى الرفاه الإجتماعي وتعزيز التنمية البشرية لفتح آفاق جديدة، ففي النهاية التربية والتعليم هما أنجع وسيلة وقائية لمعالجة القضايا والمشكلات المجتمعية وبخاصة تلك التي تتعلق بمستقبل المجتمعات.

# فهرس المراجع

فهرس المراجع.

الكتب:

1. ماهر اسماعيل صبري، المدخل للمناهج وطرق التدريس، الطبعة الأولى 2009.
2. محمد جلال الغندور، البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، الجوهرة للنشر الطبعة الأولى 2015.
3. محمد شفيق، البحث العلمي الخطوات المنهجية لاعداد البحوث الاجتماعية، الطبعة 2012.
4. ابن عمار الصغير، التفكير العلمي عند ابن خلدون، الطبعة 2007.
5. احمد إبراهيم حمزة، السياسة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر، الطبعة 2015.
6. احمد محيي خلف صقر، التخطيط والسياسة الاجتماعية، المفاهيم والاطر والآليات، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2020.
7. نزال عيسى، ادارة النظم الصحية، المنارة للنشر، الطبعة 2021.
8. منى عطية خزام خليل، إدارة المؤسسات الاجتماعية في بيئة متغيرة، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الطبعة 2013.
9. فوزي عبد الغني، مدخل الى علم السياسة، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 2006.
10. هشام مصطفى الجمل، دور السياسة المالية في تحقيق التنمية الاجتماعية، الاسكندرية للنشر، الطبعة الأولى 2007.
11. أيمن عبد العزيز عبد السلام، الدين والدولة في الاسلام، الطبعة الأولى 2012.
12. محمد قاسم القريوتي، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، عمان للنشر، الطبعة الأولى 2006.
13. مصطفى عبد العظيم فرماوي، السياسة الاجتماعية وإدارة المؤسسات، القاهرة للنشر، الطبعة الأولى 2005.
14. أحمد سليم، علم السياسة، المفاهيم والاسس، عمان للنشر، الطبعة 2014.
15. رشا جمال، علم السياسة الاسس، دار النشر بيروت، الطبعة الأولى 2012.
16. حسين أنور جمعة، السياسات الاجتماعية الاسس النظرية والقضايا المعاصرة، دار التيسير للنشر، الطبعة 2008.
17. عبد النور ناجي وآخرون، مقدمة في دراسة السياسة العامة، دار العلوم للنشر، الطبعة 2014.
18. محمود ابراهيم سعد، المخطط التعليمي ودوره في ربط البحث بصنع السياسة التعليمية، الإسكندرية للنشر، ص 32.
19. ليمام سالمة وآخرون، صنع السياسة العامة، دراسة في المفاهيم والمنهجية والبيئة، عمان للنشر، الطبعة 2015.
20. تامر كامل محمد الخرزجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة، عمان للنشر، الطبعة الأولى 2004.
21. وصال نجيب العزاوي، مبادئ السياسة العامة، عمان للنشر، الطبعة 2003.
22. عامر الكبيسي، صنع السياسات العامة، دار المسيرة للنشر، الطبعة 1998.
23. طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في اطار المتغيرات العالمية الجديدة، دار الفكر العربي للنشر، الطبعة 2004.
24. درية السيد حافظ، السياسة الاجتماعية ومتغيرات المجتمع المعاصر، الطبعة 2008.
25. سهام القبندي، السياسة الاجتماعية والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، الطبعة 2013.
26. محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، الإسكندرية للنشر، الطبعة 1993.
27. عبد الفتاح ياغي، السياسة العامة، النظرية والتطبيق، الطبعة 2009.

28. هشام محمود الأقدمي، السياسة الاجتماعية ودورها في التنمية الاجتماعية، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2017.
29. بهاء الدين مكاي، صنع واتخاذ القرار السياسي، الطبعة 2017.
30. طاهر حسن، اتخاذ القرار وإدارة الأزمات، الطبعة 2019.
31. بهاء الدين مكاي، القرار السياسي ماهيته- صناعته- اتخاذه- تحدياته، الطبعة 2017.
32. محمد صفار، مدخل الى الإيديولوجيات السياسية، القاهرة للنشر، الطبعة الأولى 2012.
33. عماد ألفقي، الدستور، أسئلة وإجابات في ضوء الدساتير المقارنة، الطبعة 2012.
34. محمد محمود المهدي، ممارسة السياسة الاجتماعية ودورها في التخطيط والتنمية، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2001.
35. رضا جمال، مبادئ في الادارة والإدارة الإستراتيجية، دار خالد للنشر، الطبعة 2016.
36. جبهة التحرير الوطني، برنامج طرابلس، الجزائر، جوان 1962.
37. جبهة التحرير الوطني، ميثاق الجزائر، أفريل 1964.
38. جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر، 1976.
39. جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر 1986.
40. نجوى خلاف، استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية، الطبعة 2005.
41. خليل حسين، السياسة العامة في الدول النامية، دار المنهل اللبناني للنشر، الطبعة الاولى 2007.
42. تالا قطيشات وآخرون، مبادئ الصحة والسلامة العامة، المسيرة للنشر، ص 15.
43. حسن حشمت، قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة، النيل العربية للنشر، الطبعة الاولى 2008.
44. بغدادي خيرة، الصحة والمرض في المجتمع الجزائري، الطبعة الاولى 2020.
45. لورنا جينيس وآخرون، مدخل إلى الاقتصاد الصحي، الطبعة 2015.
46. غالب محمود سنجق، مبادئ الادارة في المنظمات الصحية، وائل للنشر عمان، الطبعة الأولى 2015.
47. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الاولى 1998.
48. اقتصاديات التعليم، المركز العربي للبحوث التربوية، الكويت للنشر، الطبعة الاولى 2012.
49. أحمد الخطيب وآخرون، إستراتيجيات التطوير التربوي في الوطن العربي، عمان للنشر، الطبعة 2007.
50. محمد حسنين العجمي، التربية وقضايا المجتمع المعاصر، الاسكندرية للنشر، الطبعة 2007.
51. محمد حسنين العجمي، التعليم الموازي لضمان تكافؤ الفرص التعليمية، الاسكندرية للنشر، الطبعة 2007.
52. محمد حسنين العجمي، اقتصاديات التعليم آليات ترشيد الانفاق التعليمي ومصادر تمويله، الإسكندرية للنشر، الطبعة 2007.
53. عبد الكريم بكار، حول التربية والتعليم، دمشق للنشر، الطبعة 2001.
54. عدنان مهدي، التعليم في الجزائر، أصول وتحديات، دار المثقف للنشر، الطبعة 2018.
55. التعليم عن بعد مفهومه، ادواته وإستراتيجياته، الطبعة 2020.
56. يوسف حنان، الإعلام في المؤسسات التعليمية والتربوية، اطلس للنشر، الطبعة 2006.
57. الوكالة الامريكية للتنمية الدولية، مفاهيم ومصطلحات المتابعة والتقييم، الطبعة 2010.
58. بلقاسم سلاطنة وآخرون، الفعالية التنظيمية في المؤسسة مدخل سوسيولوجي، دار الفجر للنشر، الطبعة 2013.

59. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى 2009.
60. محمد عابد الجابري، التعليم في المغرب العربي، دراسة تحليلية نقدية لسياسة التعليم في المغرب وتونس والجزائر، الطبعة 1989.
61. أشرف خيري، المؤسسات التعليمية وتأثيرها في النهضة الصينية، الطبعة 2020.
62. رمزي أحمد عبد الحفي، التعليم عن بعد في الوطن العربي وتحديات القرن الواحد والعشرين، الأنجلو مصرية للنشر، الطبعة 2010.
63. شبل بدران، ديمقراطية التعليم والثقافة، دار الوفاء للنشر، الطبعة 2015.
64. إيريك جنسن، الفقر والتعليم، القاهرة للنشر، الطبعة 2015.
65. حليلة بن سويلم، برنامج الصحة المدرسية والجامعية، الطبعة 2013.
66. خليل حسين، السياسة العامة في الدول النامية، دار المنهل اللبناني للنشر، الطبعة الأولى 2007.
67. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، الطبعة 2017.
68. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، القدس للنشر، الطبعة الثانية 1999.
69. عبد اللطيف بن حسين، نظم التربية والتعليم في الوطن العربي ما قبل وبعد عوامة التعليم، عمان للنشر، الطبعة الأولى 2008.
70. وحدة النظام التربوي، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم، الطبعة 2005.
71. عدنان مهدي، التعليم في الجزائر أصول وتحديات، دار المثقف للنشر، الطبعة الأولى 2018.
72. محمد صبري الحوت وآخرون، التعليم والتنمية، الأنجلو المصرية للنشر، الطبعة الأولى 2007.
73. مشعان بن سهو وآخرون، التطبيقات الإحصائية في العلوم الإنسانية، الطبعة الثانية 2012.
74. ناجي بدر إبراهيم، الإحصاء الاجتماعي مبادئ وتطبيقات، الطبعة 2020.
75. حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الطبعة الأولى 2008.
- المعاجم والقواميس:**

1. عبد العزيز عبد الله الدخيل، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، عمان للنشر، الطبعة 2012.
2. جون سكوت، علم الاجتماع المفاهيم الأساسية، بيروت للنشر، الطبعة الأولى 2007.

### الأطروحات والرسائل الجامعية:

1. العربي ملبكة، السياسات الاجتماعية ونوعية الحياة في الجزائر - مقارنة كمية - رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة معسكر، 2016/2015.
2. العوفي حكيم، السياسات الاجتماعية، الإعانات والنمو الاقتصادي في الجزائر - محاولة تقييم - رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة معسكر، 2016/2015.
3. مسعود البلي، واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة باتنة، 2010/2009.

4. علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2010/2011.

### المجلات العلمية:

1. حسيني محمد العيد، السياسة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث (1990-2012)، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المجلد 2014، العدد 1، ص 13، 14.
2. سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، مارس 2015، ص 220، 221.
3. يوسف إلياس وآخرون، قضايا السياسة الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والإشكالات، سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد 77، الطبعة الأولى 2013.
4. أحمد الزايد وآخرون، إشكالات السياسة الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد 80، الطبعة 2013.
5. برنامج الشراكات مع المجتمع المدني، دليل تحليل السياسات، مشروع الديمقراطية في الشرق الأوسط، ديسمبر 2016.
6. العوفي حكيمة وآخرون، تقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر في الفترة (1970-2014)، مجلة التنمية الاقتصادية، العدد 5، جوان 2018.
7. سعد ناجي، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية إطار وتحليل مقارن، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية بغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 10 نوفمبر 2005.
8. أمال بوراجة، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسّن المؤشرات الصحية، مجلة مقدمات، العدد 07، جوان 2018.
9. عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، العدد 31، جوان 2009.
10. دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعملة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015.
11. ريمة أوشن وآخرون، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية - مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 40.
12. بودير إيمان وآخرون، المؤشرات الاجتماعية لتقييم السياسات الاجتماعية في الجزائر- مؤشر التعليم - المجلة الجزائرية للإقتصاد والإدارة، المجلد 8، العدد 2.
13. سميرة كرمين وآخرون، دور الإنفاق العمومي في تحقيق أهداف السياسة التعليمية في الجزائر دراسة قياسية، (1990-2016)، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 8، العدد 2، 2019.
14. احمد لشهب، صنع السياسة التربوية في الجزائر، مجلة الفكر، المجلد 9، العدد 2.
15. اقتصاديات التعليم، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، العدد 68، ديسمبر 2007، ص 2، 3.
16. إقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 11، 12، 13.
17. عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 8.

18. سليمة بلخيرى وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، العدد 36، ص303، 304.
19. سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، مارس 2015، ص226.
20. اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 11، 14، 15.
21. مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 17، العدد 25، 2012، ص390.
22. حوالم رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06، 2017، ص233.
23. بوشلاغم عميروش وآخرون، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، العدد 3، سبتمبر 2017، ص18، 19.
24. سعد عبد السلام، التعليم في الجزائر الواقع والآفاق، مجلة البحوث التربوية والتعليمية، المجلد 9، العدد 2، 2020، ص115.
25. حمادي عياش، السياسة الصحية والأسرة في الجزائر الواقع والآفاق، مجلة الحقيقة، جامعة أدرار، العدد 23، ص340.
26. هني عمر، قراءة في مخططات التنمية بالجزائر (1967-2014)، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي، المجلد 2018، العدد 4، ص 219.
27. نصيرة سالم وآخرون، الإصلاحات التربوية في الجزائر أي مفهوم للإصلاح، مجلة دفاتر المخبر، العدد 09، أبريل 2012، ص55.

#### مداخلات بملتقيات:

1. نور الدين بوالشرش وآخرون، إشكالية الأداء في المؤسسة الصحية الجزائرية، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا" 2018، جامعة 8 ماي 1945 قالمه.

#### النصوص والمناشير الرسمية:

#### التقارير:

1. فريدة شهيد، تقرير في ميدان الحقوق الثقافية، الجمعية العامة - الامم المتحدة، 21 مارس 2011، ص4.
2. التقرير الثالث للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\*السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإيسكوا\* الأمم المتحدة، ص8.
3. التقرير الثاني للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\*السياسة الاجتماعية المتكاملة من المفهوم إلى الممارسة\* ماي 2008.

4. تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا\* منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإيسكوا\* الأمم المتحدة، جوان 2011.
5. سامي عبد الله خصاونة وآخرون، واقع التعليم العام في الوطن العربي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ص25
6. الاستثمار في الصحة من اجل التنمية الاقتصادية، منظمة الصحة العالمية، ديسمبر 2001، ص26،25،21،20،19.
7. بن ونيسة ليلي، اقتصاديات وسياسات التعليم، مطبوعة محاضرات موجهة للسنة الثانية ماستر، معسكر، الطبعة 2020/2019، ص11،12.
8. سعد ناجي، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية إطار وتحليل مقارنة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية بغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 10 نوفمبر 2005.
9. إزابيل أورتيز، السياسة الاجتماعية الاستراتيجية الإنمائية الوطنية، مذكرات توجيهية في السياسات، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك 2007.
10. ميساء يوسف، السياسات الاجتماعية المتكاملة من المفهوم إلى الممارسة، التقرير الثاني، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية بغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 28 ماي 2008.
11. سيلين نصار وآخرون، السياسة الاجتماعية المتكاملة، رؤى وإستراتيجيات في منطقة الإيسكوا، التقرير الثالث، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية بغربي آسيا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك 2009.
12. منظمات المجتمع المدني في متابعة السياسة الاجتماعية وتقييمها في بلدان الإيسكوا، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الإيسكوا، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك 30 جوان 2011.
13. تعزيز النظم الصحية، الاتجاهات والتحديات والراهنة، منظمة الصحة العالمية، أبريل 2011، ص3.
14. السكان والتعليم والتنمية، التقرير الموجز، الامم المتحدة نيويورك، الطبعة 2003، ص 39، 40، 44، 45، 47، 49.
15. إقتصاد جديد لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، مجموعة البنك الدولي، أكتوبر 2018، ص16.
16. الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية، العدد 46، السنة الخامسة والخمسون الاحد 16 ذو القعدة/29 يوليو 2018.
17. منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، تقدم الإدارة العامة في إطار إصلاح السياسات منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2010، ص17.
18. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر في 17 جانفي 2003.
19. برنامج عمل، منظمة التعاون الاسلامي حتى العام 2025، ص20.
20. دليل المؤشرات الإحصائية، مركز الإحصاء أبوضبي، ص 26.
21. ديموغرافيا الجزائر 2019، ص 23.

#### المراجع باللغة الأجنبية:

#### Ouvrages En Français:

1. H.Jack et R.Isabelle, Réglementations européennes et politiques sociales nationales, le grand écart, Pouvoirs 2014.
2. Ecole National de Santé Publique, Le Système de Santé Publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger 2008.
3. Benjamin Stora, Histoire de L'Algérie depuis L'indépendance 1962-1988, 4<sup>e</sup> édition, 2004.

### **Revue Scientifiques:**

1. Boussouf Rabah, La géographie et santé, Revue des sciences humaines, université de Constantine, Algérie Publication de l'université de constantine 1996, n07.
2. Journal of Babylon center for Humanities Studies 2020, Volume 10, Issue 4, p 442.

### **Ouvrages En Anglais:**

1. Josep figueras and others, Health Systems, Health, Wealth and Societal well-being, edition 2015.
2. David Zakus and others, Health Sysrems, Managment, And Organization In Global Health, january 2015.

### **Les conferences:**

1. Third Ordinary Session For The Specialized Technical Committee On Education.Science And Technology stc-est 10<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> december 2019.addis ababa.ethiopia.
2. Philippe De Vreyer, Fécondité Et éducation, Séminaire de microéconomie du développement, Université Paris Dauphine.

### **Rapport:**

1. OMS: Rapport Mondial sur La Santé dans le monde pour un Système de Santé plus Performat, Genève 2000.
2. World health organization, World Health Statistics report, italy, 2010.
3. Monitoring the building blocks of health systems, world health organization 2010.
4. David Mccoy and Pascale Allotey, An Introduction To Health Systems, published online by cambridge university press. <https://doi.org/10.1017/9781108954846.004>.
5. S.Goirand, De la construction à la légitimation d'une nouvelle fonction du social, les coordinateurs de réussite éducative à Toulouse, formation emploi, janvies-mars 2014.mis en ligne le 31 mars 2016, consulté le 12 mai 2014.URL: <http://formation.emploi.revues.org/4132> p69, 70, 86.
6. R. Sostaine foueka, Croissance des dépenses publiques et incidence sur le développement au Cameroun: le cas du secteur éducatife, université de Yaoundé 2soa – Master/dea NPTCI2009P42.
7. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2001, p5.
8. Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, Algérie plan de travail 2004-2005, novembre 2003, p1.
9. OMS: Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999, p100, 101.

### **Site Internet:**

1. [www.alecso.org.tn](http://www.alecso.org.tn)
2. [www.scad.ae](http://www.scad.ae)
3. <http://www.ons.dz>
4. e.mail: [ons@ons.dz](mailto:ons@ons.dz). [stat@ons.dz](mailto:stat@ons.dz)
5. [http// web world bank.org / wbstte external extrabichome/ extfaqus aralic/o](http://web.worldbank.org/wbstteexternalextrabichome/extfaqusaralic/o).

6. [www.alecso.org.tn](http://www.alecso.org.tn)
7. <https://www.albankaldawli.org/ar/topic/education/overview#1>
8. <https://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/overview#1>
9. <https://www.albankaldawli.org/ar/country/algeria/overview#1>
10. <https://data.albankaldawli.org/country/dz>
11. <https://www.who.int>
12. <https://www.unicef.org>
13. <https://www.unesco.org>
14. <https://www.hopital-dz.com>
15. <http://www.education.gov.dz>
16. <https://www.sante.gov.dz>
17. <https://www.mesrs.dz>
18. e.mail: [ons@ons.dz](mailto:ons@ons.dz). [stat@ons.dz](mailto:stat@ons.dz)

فهرس الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



تلمسان الجزائر

جامعة أبي بكر بلقايد



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد اجتماعي والتنمية الاقتصادية



Mohamed.kharkhar@univ-tlemcen.dz

استبيان حول الصحة والتعليم في الجزائر

إخواني، أخواتي أرجوا من سيادتكم التفضل بالإجابة على هذا الاستبيان بكل صدق وأمانة بوضع الأجوبة التي تتلاءم مع حياتكم الطبيعية، وتعلموا أن هذه المعلومات ستوجه لغرض علمي هادف لإفادة الأجيال القادمة وهو بحث هام وقيم بعنوان:

**تقييم السياسات الاجتماعية من خلال المؤشرات الاجتماعية**

**\* دراسة حالة الصحة والتعليم في الجزائر \***

***Appraisal Of Social Policies Through Social Indicators***

***\* Ananalytical Study Of Health And Education In Algeria \****

إستبيان رقم:.....

ضع علامة X في المكان الذي تراه مناسباً لإجابتك.

■ البيانات الديموغرافية للمبحوثين/ البيانات الخاصة بالشخص الذي يعبى الاستبيان:

1. الولاية: .....
2. الجنس:  ذكر  انثى
3. العمر:  اقل من 24 سنة  من 25 إلى 44 سنة  من 45 إلى 64 سنة  أكثر من 65 سنة.
4. ماهو مستواك الدراسي؟  ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي.

السياسة الاجتماعية

■ السياسة الاجتماعية					
غير موافق بشدة	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق بشدة	
					1. سياسة الحكومة تجاه الجانب الاجتماعي مرضية.
					2. سياسة الحكومة تجاه قطاع الصحة مرضية.
					3. سياسة الحكومة تجاه قطاع التعليم مرضية.
					4. العلاج في الجزائر مجاني.
					5. التعليم في الجزائر مجاني.
					6. الصحة قريبة من المواطن في مناطق الظل.
					7. التعليم قريب من المواطن في مناطق الظل.
					8. الهياكل الصحية متوفرة في منطقة سكنائي.
					9. الهياكل التعليمية متوفرة في منطقة سكنائي.
					10. الأطقم الطبية (الأطباء العامون والأخصائيين) متوفرة في منطقة سكنائي .
					11. قاعات العلاج والإسعافات الأولية متوفرة في منطقة سكنائي.
					12. جراحة وطب الأسنان متوفرة في منطقة سكنائي.
					13. قبالات التوليد متوفرين بمنطقة سكنائي.
					14. الإنفاق الحكومي الجزائري على قطاعي الصحة والتعليم مرضي.
					15. راض عن الإنفاق الحكومي على قطاع التعليم.

السمة

■ السمة					
غير موافق بشدة	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق بشدة	
					1. أعالج في القطاع الصحي العمومي.
					2. استقبالي في القطاع الصحي العمومي مرضي.
					3. الفريق الطبي والشبه الطبي متوفر.
					4. أشعة راديو سكانار أو ليرام متوفرة لجميع المواطنين.
					5. تكلفة اشعة راديو سكانار أو ليرام في القطاع الصحي الخاص مرتفعة.
					6. أسعار الخدمات الصحية الخاصة بالجزائر مرتفعة.
					7. القطاع الصحي الخاص بالجزائر متطور وناجح.
					8. النظام الصحي في الجزائر متقدم وعصري.

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
					9. اللغة الانجليزية ستكون جيدة كثيرا على المنظومة الصحية.
					10. الأكسوجين كان متوفرا خلال فترة الكورونا (covid19).
					11. المنظومة الصحية الجزائرية كانت سريعة الاستجابة خلال فترة الكورونا (covid19).
					12. أدوية العلاجات القاعدية مثل لوفينوكس (08/06/04/02) خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.
					13. التخصصات الطبية كالممارسين الأخصائيين في الإنعاش وطب الأمراض الصدرية والوقائية خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.
					14. وحدات الإنعاش وأسرة الإنعاش المجهزة خلال فترة الكورونا (covid19) كانت متوفرة.

### التعليم

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	التعليم
					1. يوجد عدد كاف من المدارس الابتدائية يلبي احتياجات المواطنين بمقر سكني.
					2. يوجد عدد كاف من الاقسام بالمدارس الابتدائية يلبي احتياجات التلاميذ بمقر سكني.
					3. يوجد عدد كاف من المعلمين في المدارس يلبي احتياجات المتدربين بمقر سكني.
					4. يوجد عدد كاف من المتوسطات يلبي احتياجات التلاميذ بمقر سكني.
					5. يوجد عدد كاف من الثانويات يلبي احتياجات الطلبة بمقر سكني.
					6. يوجد عدد كاف من الجامعات يلبي احتياجات الطلبة في ولاية سكني.
					7. الإقامات الجامعية المتوفرة في ولاية سكني تلي احتياجات الطلبة.
					8. الشهادة الجامعية تضمن منصب عمل.
					9. سوق العمل يتوافق مع مخرجات الجامعة.
					10. النظام التعليمي الجزائري صمد خلال فترة الكورونا (covid19).

نرجو منك كتابة اقتراحاتك حول التحسينات التي يمكننا تطبيقها على كل من الصحة والتعليم في الجزائر:

.....

.....

.....

نشكرك على وقتك، سناخذ بعين الاعتبار وبكل جدية وتفهم آراؤك حول الصحة والتعليم في الجزائر.... بوركت.

1. محاور السياسة الاجتماعية:

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,639	14

2. محاور الصحة:

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,552	11

3. محاور التعليم:

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,526	10

4. الاستبيان ككل:

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,655	35

■ الاتساق الداخلي لمخاور الاستبيان:

1. السياسة الاجتماعية:

Corrélations

	اج1	اج2	اج3	اج4	اج5	اج6	اج7	اج8	اج9	اج10	اج11	اج12	اج13	اج14	السياسة الاجتماعية
اج1 Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1	,396*	,175	,358*	,263	,026	,124	,172	,139	,288	-	,279	,130	,279	,480**
		,011	,280	,023	,101	,874	,447	,288	,393	,071	,943	,082	,423	,082	,002
	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
اج2 Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,396*	1	,090	-	-	,400	,154	,160	-	-	,239	-,048	,231	-,048	,331*
	,011		,579	,523	,954	,011	,343	,323	,726	,784	,137	,767	,151	,767	,037
	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
اج3 Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,175	,090	1	,241	,206	,074	,356*	,257	-	,009	,153	-,103	,182	-,103	,358*
	,280	,579		,134	,203	,649	,024	,109	,762	1,000	,345	,526	,260	,526	,023
	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
اج4 Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,358*	,104	,241	1	,374*	-	,333*	,078	,038	,144	-	,173	,206	,173	,330*
	,023	,523	,134		,017	,186	,036	,630	,818	,377	,307	,285	,202	,285	,038
	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
اج5 Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,263	-,009	,206	,374*	1	,051	,295	-	,228	,154	,083	,074	,147	,074	,331*
	,101	,954	,203	,017		,753	,064	,378	,158	,343	,609	,652	,367	,652	,037
	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج16 Corrélation de Pearson	,026	,400*	,074	-,213	,051	1	,116	,042	,246	-,192	,100	,173	,167	,173	,382*
Sig. (bilatérale)	,874	,011	,649	,186	,753		,477	,799	,126	,236	,541	,286	,304	,286	,015
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج17 Corrélation de Pearson	,124	,154	,356*	,333*	,295	,116	1	,089	,081	,237	-,090	-,170	,093	-,170	,324*
Sig. (bilatérale)	,447	,343	,024	,036	,064	,477		,584	,618	,141	,579	,294	,568	,294	,041
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج18 Corrélation de Pearson	,172	,160	,257	,078	-,143	,042	,089	1	,206	,139	,165	,098	,078	,098	,466**
Sig. (bilatérale)	,288	,323	,109	,630	,378	,799	,584		,203	,394	,309	,548	,633	,548	,002
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج19 Corrélation de Pearson	,139	-,057	-,049	,038	,228	,246	,081	,206	1	,307	-,255	,037	,123	,037	,358*
Sig. (bilatérale)	,393	,726	,762	,818	,158	,126	,618	,203		,054	,112	,821	,448	,821	,024
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج110 Corrélation de Pearson	,288	-,045	,000	,144	,154	-,192	,237	,139	,307	1	,162	-,053	,178	-,053	,318*
Sig. (bilatérale)	,071	,784	1,000	,377	,343	,236	,141	,394	,054		,317	,744	,271	,744	,045
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ج111 Corrélation de Pearson	-,012	,239	,153	-,166	,083	,100	-,090	,165	-,255	,162	1	,123	,194	,123	,316*

Sig. (bilatérale)	,943	,137	,345	,307	,609	,541	,579	,309	,112	,317	,450	,229	,450	,047	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
ج1 2 Corrélation de Pearson	,279	-	-	,173	,074	,173	-	,098	,037	-	,123	1	,427**	1,000**	,525**
Sig. (bilatérale)	,082	,767	,526	,285	,652	,286	,294	,548	,821	,744	,450	,006	,000	,001	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
ج1 3 Corrélation de Pearson	,130	-	-	,182	,206	,147	,167	,093	,078	,123	,178	,194	,427*	1	,355*
Sig. (bilatérale)	,423	,151	,260	,202	,367	,304	,568	,633	,448	,271	,229	,006	,006	,025	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
ج1 4 Corrélation de Pearson	,279	-	-	,173	,074	,173	-	,098	,037	-	,123	1,000	,427**	1	,525**
Sig. (bilatérale)	,082	,767	,526	,285	,652	,286	,294	,548	,821	,744	,450	,000	,006	,001	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
السياسة الاجتماعية Corrélation de Pearson	,480**	,331*	,358*	,330*	,331*	,382*	,324*	,466**	,358*	,318*	,316*	,525*	,355*	,525*	1
Sig. (bilatérale)	,002	,037	,023	,038	,037	,015	,041	,002	,024	,045	,047	,001	,025	,001	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

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

## 2.الصحة:

### Corrélations

	ص1	ص2	ص3	ص4	ص6	ص8	ص9	ص10	ص12	ص13	ص14	الصحة
ص1 Corrélation de Pearson	1	,234	-	,355*	,135	,308	-,018	,061	,143	,036	,036	,440**

	Sig. (bilatérale)		,146	,714	,025	,407	,053	,914	,709	,380	,827	,827	,005
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص2	Corrélation de Pearson	,234	1	- ,025	,225	,067	- ,051	-,052	,415**	,034	,117	,012	,386*
	Sig. (bilatérale)	,146		,878	,163	,680	,756	,752	,008	,836	,472	,942	,014
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص3	Corrélation de Pearson	-,060	-,025	1	,119	,235	,196	-,023	-,031	,139	,259	,076	,350*
	Sig. (bilatérale)	,714	,878		,465	,145	,226	,890	,852	,392	,106	,639	,027
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص4	Corrélation de Pearson	,355*	,225	,119	1	,064	- ,010	,120	,041	,156	,028	,132	,382*
	Sig. (bilatérale)	,025	,163	,465		,696	,950	,460	,803	,337	,864	,415	,015
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص6	Corrélation de Pearson	,135	,067	,235	,064	1	,007	-,001	-,180	-,035	,090	- ,065	,378*
	Sig. (bilatérale)	,407	,680	,145	,696		,967	,994	,266	,829	,582	,692	,016
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص8	Corrélation de Pearson	,308	-,051	,196	- ,010	,007	1	,070	,204	,134	,036	,086	,377*
	Sig. (bilatérale)	,053	,756	,226	,950	,967		,669	,206	,411	,824	,597	,016
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص9	Corrélation de Pearson	-,018	-,052	- ,023	,120	- ,001	,070	1	,000	,251	-,011	,260	,329*
	Sig. (bilatérale)	,914	,752	,890	,460	,994	,669		1,000	,119	,949	,105	,038
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص10	Corrélation de Pearson	,061	,415**	- ,031	,041	- ,180	,204	,000	1	,500**	,266	,030	,328*
	Sig. (bilatérale)	,709	,008	,852	,803	,266	,206	1,000		,001	,097	,856	,038
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ص12	Corrélation de Pearson	,143	,034	,139	,156	- ,035	,134	,251	,500**	1	,361*	,361*	,351*

Sig. (bilatérale)	,380	,836	,392	,337	,829	,411	,119	,001		,022	,022	,026
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
13ص Corrélation de Pearson	,036	,117	,259	,028	,090	,036	-,011	,266	,361*	1	,191	,446**
Sig. (bilatérale)	,827	,472	,106	,864	,582	,824	,949	,097	,022		,238	,004
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
14ص Corrélation de Pearson	,036	,012	,076	,132	-,065	,086	,260	,030	,361*	,191	1	,332*
Sig. (bilatérale)	,827	,942	,639	,415	,692	,597	,105	,856	,022	,238		,036
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
الصحة Corrélation de Pearson	,440**	,386*	,350*	,382*	,378*	,377*	,329*	,328*	,351*	,446**	,332*	1
Sig. (bilatérale)	,005	,014	,027	,015	,016	,016	,038	,038	,026	,004	,036	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

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

### 3. التعليم:

#### Corrélations

	ت1	ت2	ت3	ت4	ت5	ت6	ت7	ت8	ت9	ت10	التعليم
ت1 Corrélation de Pearson	1	,045	-,044	,000	,052	,095	-,059	,232	-,100	,083	,327*
Sig. (bilatérale)		,783	,785	1,000	,752	,558	,718	,151	,539	,611	,039
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت2 Corrélation de Pearson	,045	1	,337*	-,085	,123	-,054	,184	,181	,364*	,115	,424**
Sig. (bilatérale)	,783		,033	,604	,450	,741	,255	,265	,021	,480	,006
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت3 Corrélation de Pearson	-,044	,337*	1	,028	,207	,026	,205	,002	,044	,083	,313*
Sig. (bilatérale)	,785	,033		,866	,201	,872	,205	,989	,789	,611	,049
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

ت4	Corrélation de Pearson	,000	-,085	,028	1	-,028	,091	-,028	,000	-,042	,106	,323*
	Sig. (bilatérale)	1,000	,604	,866		,862	,575	,863	1,000	,795	,514	,042
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت5	Corrélation de Pearson	,052	,123	,207	-,028	1	,170	-,014	,091	,109	,368*	,522**
	Sig. (bilatérale)	,752	,450	,201	,862		,295	,933	,578	,504	,020	,001
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت6	Corrélation de Pearson	,095	-,054	,026	,091	,170	1	,093	,195	,200	,060	,351*
	Sig. (bilatérale)	,558	,741	,872	,575	,295		,568	,228	,215	,713	,027
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت7	Corrélation de Pearson	-,059	,184	,205	-,028	-,014	,093	1	,019	,285	,143	,339*
	Sig. (bilatérale)	,718	,255	,205	,863	,933	,568		,910	,075	,377	,032
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت8	Corrélation de Pearson	,232	,181	,002	,000	,091	,195	,019	1	-,141	,479**	,477**
	Sig. (bilatérale)	,151	,265	,989	1,000	,578	,228	,910		,387	,002	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت9	Corrélation de Pearson	-,100	,364*	,044	-,042	,109	,200	,285	-,141	1	,189	,326*
	Sig. (bilatérale)	,539	,021	,789	,795	,504	,215	,075	,387		,242	,040
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
ت10	Corrélation de Pearson	,083	,115	,083	,106	,368*	,060	,143	,479**	,189	1	,676**
	Sig. (bilatérale)	,611	,480	,611	,514	,020	,713	,377	,002	,242		,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
التعليم	Corrélation de Pearson	,327*	,424**	,313*	,323*	,522**	,351*	,339*	,477**	,326*	,676**	1
	Sig. (bilatérale)	,039	,006	,049	,042	,001	,027	,032	,002	,040	,000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

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

### 1. نتائج محور السياسة الاجتماعية:

## Table de fréquences

## ج1

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	44	5,5	5,5	5,5
غير موافق	140	17,5	17,5	23,0
محايد	250	31,3	31,3	54,3
موافق	171	21,4	21,4	75,6
موافق بشدة	195	24,4	24,4	100,0
Total	800	100,0	100,0	

## ج2

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	72	9,0	9,0	9,0
غير موافق	295	36,9	36,9	45,9
محايد	223	27,9	27,9	73,8
موافق	141	17,6	17,6	91,4
موافق بشدة	69	8,6	8,6	100,0
Total	800	100,0	100,0	

## ج3

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	91	11,4	11,4	11,4
غير موافق	202	25,3	25,3	36,6
محايد	143	17,9	17,9	54,5
موافق	251	31,4	31,4	85,9
موافق بشدة	113	14,1	14,1	100,0
Total	800	100,0	100,0	

## ج4

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

Valide	غير موافق	270	33,8	33,8	33,8
	محايد	370	46,3	46,3	80,0
	موافق	109	13,6	13,6	93,6
	موافق بشدة	51	6,4	6,4	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

٥٥

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق				
	بشدة	41	5,1	5,1	5,1
	غير موافق	181	22,6	22,6	27,8
	محايد	196	24,5	24,5	52,3
	موافق	237	29,6	29,6	81,9
	موافق بشدة	145	18,1	18,1	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

٥٦

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	83	10,4	10,4	10,4
	موافق	274	34,3	34,3	44,6
	موافق بشدة	443	55,4	55,4	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

٥٧

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	110	13,8	13,8	13,8
	محايد	142	17,8	17,8	31,5
	موافق	225	28,1	28,1	59,6
	موافق بشدة	323	40,4	40,4	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

٥٨

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	257	32,1	32,1	32,1
	غير موافق	226	28,3	28,3	60,4
	محايد	39	4,9	4,9	65,3
	موافق	161	20,1	20,1	85,4
	موافق بشدة	117	14,6	14,6	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

9ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	127	15,9	15,9	15,9
	غير موافق	278	34,8	34,8	50,6
	محايد	88	11,0	11,0	61,6
	موافق	167	20,9	20,9	82,5
	موافق بشدة	140	17,5	17,5	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

10ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	263	32,9	32,9	32,9
	غير موافق	371	46,4	46,4	79,3
	محايد	94	11,8	11,8	91,0
	موافق	57	7,1	7,1	98,1
	موافق بشدة	15	1,9	1,9	100,0
	Total	800	100,0	100,0	

11ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	غير موافق بشدة	168	21,0	21,0	21,0
	غير موافق	454	56,8	56,8	77,8
	محايد	51	6,4	6,4	84,1
	موافق	101	12,6	12,6	96,8
	موافق بشدة	26	3,3	3,3	100,0
Total		800	100,0	100,0	

12ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	260	32,5	32,5	32,5
	غير موافق	341	42,6	42,6	75,1
	محايد	124	15,5	15,5	90,6
	موافق	44	5,5	5,5	96,1
	موافق بشدة	31	3,9	3,9	100,0
Total		800	100,0	100,0	

13ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	156	19,5	19,5	19,5
	غير موافق	440	55,0	55,0	74,5
	محايد	133	16,6	16,6	91,1
	موافق	40	5,0	5,0	96,1
	موافق بشدة	31	3,9	3,9	100,0
Total		800	100,0	100,0	

14ج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	260	32,5	32,5	32,5

غير موافق	341	42,6	42,6	75,1
محايد	124	15,5	15,5	90,6
موافق	44	5,5	5,5	96,1
موافق بشدة	31	3,9	3,9	100,0
Total	800	100,0	100,0	

## Descriptives

### Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
اج1	800	1	5	3,42	1,188
اج2	800	1	5	2,80	1,101
اج3	800	1	5	3,12	1,255
اج4	800	2	5	2,93	,851
اج5	800	1	5	3,33	1,160
اج6	800	3	5	4,45	,675
اج7	800	2	5	3,95	1,063
اج8	800	1	5	2,57	1,473
اج9	800	1	5	2,89	1,372
اج10	800	1	5	1,99	,949
اج11	800	1	5	2,20	1,015
اج12	800	1	5	2,06	1,023
اج13	800	1	5	2,19	,936
اج14	800	1	5	2,06	1,023
السياسة الاجتماعية	800	2,00	3,79	2,8531	,44475
N valide (liste)	800				

2. نتائج محور الصحة:

## Table de fréquences

ص1

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	26	3,3	3,3	3,3
غير موافق	31	3,9	3,9	7,1
محايد	120	15,0	15,0	22,1
موافق	197	24,6	24,6	46,8

موافق بشدة	426	53,3	53,3	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص2

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	130	16,3	16,3	16,3
غير موافق	188	23,5	23,5	39,8
محايد	107	13,4	13,4	53,1
موافق	210	26,3	26,3	79,4
موافق بشدة	165	20,6	20,6	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص3

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	135	16,9	16,9	16,9
غير موافق	120	15,0	15,0	31,9
محايد	96	12,0	12,0	43,9
موافق	232	29,0	29,0	72,9
موافق بشدة	217	27,1	27,1	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص4

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	84	10,5	10,5	10,5
غير موافق	372	46,5	46,5	57,0
محايد	177	22,1	22,1	79,1
موافق	118	14,8	14,8	93,9
موافق بشدة	49	6,1	6,1	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص5

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	غير موافق بشدة	13	1,6	1,6	1,6
	غير موافق	15	1,9	1,9	3,5
	محايد	97	12,1	12,1	15,6
	موافق	270	33,8	33,8	49,4
	موافق بشدة	405	50,6	50,6	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ص6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	153	19,1	19,1	19,1
	غير موافق	184	23,0	23,0	42,1
	محايد	65	8,1	8,1	50,3
	موافق	257	32,1	32,1	82,4
	موافق بشدة	141	17,6	17,6	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ص7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	52	6,5	6,5	6,5
	غير موافق	141	17,6	17,6	24,1
	محايد	140	17,5	17,5	41,6
	موافق	256	32,0	32,0	73,6
	موافق بشدة	211	26,4	26,4	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ص8

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	418	52,3	52,3	52,3
	غير موافق	213	26,6	26,6	78,9
	محايد	81	10,1	10,1	89,0
	موافق	58	7,3	7,3	96,3
	موافق بشدة	30	3,8	3,8	100,0

Total	800	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

ص9

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	445	55,6	55,6	55,6
غير موافق	150	18,8	18,8	74,4
محايد	147	18,4	18,4	92,8
موافق	43	5,4	5,4	98,1
موافق بشدة	15	1,9	1,9	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص10

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	548	68,5	68,5	68,5
غير موافق	196	24,5	24,5	93,0
محايد	41	5,1	5,1	98,1
موافق	15	1,9	1,9	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ص11

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	551	68,9	68,9	68,9
غير موافق	158	19,8	19,8	88,6
محايد	91	11,4	11,4	100,0
Total	800	100,0	100,0	

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ص1	800	1	5	4,21	1,043
ص2	800	1	5	3,12	1,401
ص3	800	1	5	3,35	1,443
ص4	800	1	5	2,59	1,056

ص5	800	1	5	4,30	,872
ص6	800	1	5	3,06	1,421
ص7	800	1	5	3,54	1,233
ص8	800	1	5	1,84	1,107
ص9	800	1	5	1,79	1,040
ص10	800	1	4	1,40	,676
ص11	800	1	3	1,42	,687
الصحة	800	1,82	3,91	2,7836	,47108
N valide (liste)	800				

3. نتائج محور التعليم:

### Table de fréquences

ت1

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	25	3,1	3,1	3,1
غير موافق	34	4,3	4,3	7,4
محايد	122	15,3	15,3	22,6
موافق	206	25,8	25,8	48,4
موافق بشدة	413	51,6	51,6	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ت2

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	119	14,9	14,9	14,9
غير موافق	195	24,4	24,4	39,3
محايد	104	13,0	13,0	52,3
موافق	218	27,3	27,3	79,5
موافق بشدة	164	20,5	20,5	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ت3

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	غير موافق بشدة	123	15,4	15,4	15,4
	غير موافق	122	15,3	15,3	30,6
	محايد	95	11,9	11,9	42,5
	موافق	238	29,8	29,8	72,3
	موافق بشدة	222	27,8	27,8	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ت4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	80	10,0	10,0	10,0
	غير موافق	368	46,0	46,0	56,0
	محايد	191	23,9	23,9	79,9
	موافق	117	14,6	14,6	94,5
	موافق بشدة	44	5,5	5,5	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ت5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	17	2,1	2,1	2,1
	غير موافق	18	2,3	2,3	4,4
	محايد	93	11,6	11,6	16,0
	موافق	270	33,8	33,8	49,8
	موافق بشدة	402	50,3	50,3	100,0
Total		800	100,0	100,0	

ت6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	143	17,9	17,9	17,9
	غير موافق	186	23,3	23,3	41,1
	محايد	63	7,9	7,9	49,0
	موافق	257	32,1	32,1	81,1
	موافق بشدة	151	18,9	18,9	100,0

Total	800	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

ت7

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	48	6,0	6,0	6,0
غير موافق	147	18,4	18,4	24,4
محايد	139	17,4	17,4	41,8
موافق	261	32,6	32,6	74,4
موافق بشدة	205	25,6	25,6	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ت8

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	397	49,6	49,6	49,6
غير موافق	209	26,1	26,1	75,8
محايد	90	11,3	11,3	87,0
موافق	68	8,5	8,5	95,5
موافق بشدة	36	4,5	4,5	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ت9

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	427	53,4	53,4	53,4
غير موافق	169	21,1	21,1	74,5
محايد	142	17,8	17,8	92,3
موافق	44	5,5	5,5	97,8
موافق بشدة	18	2,3	2,3	100,0
Total	800	100,0	100,0	

ت10

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير موافق بشدة	541	67,6	67,6	67,6

غير موافق	199	24,9	24,9	92,5
محايد	42	5,3	5,3	97,8
موافق	18	2,3	2,3	100,0
Total	800	100,0	100,0	

## Descriptives

### Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ت1	800	1	5	4,18	1,043
ت2	800	1	5	3,14	1,383
ت3	800	1	5	3,39	1,422
ت4	800	1	5	2,60	1,032
ت5	800	1	5	4,28	,908
ت6	800	1	5	3,11	1,419
ت7	800	1	5	3,53	1,221
ت8	800	1	5	1,92	1,162
ت9	800	1	5	1,82	1,050
ت10	800	1	4	1,42	,696
التعليم	800	1,90	4,00	2,9400	,50281
N valide (liste)	800				

### Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
كلي	800	1,94	3,89	2,8561	,38753
N valide (liste)	800				

## Corrélations

### Corrélations

		السياسة الاجتماعية	الصحة	التعليم
السياسة الاجتماعية	Corrélacion de Pearson	1	,450**	,359**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	800	800	800
الصحة	Corrélacion de Pearson	,450**	1	,798**

	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	800	800	800
التعليم	Corrélation de Pearson	,359**	,798**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	800	800	800

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

## Régression

### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	السياسة الاجتماعية <sup>b</sup>	.	Introduire

a. Variable dépendante : الصحة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

### Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,450 <sup>a</sup>	,202	,201	,42105

a. Prédicteurs : (Constante), السياسة الاجتماعية

### ANOVA<sup>a</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	35,838	1	35,838	202,151	,000 <sup>b</sup>
	Résidus	141,472	798	,177		
	Total	177,310	799			

a. Variable dépendante : الصحة

b. Prédicteurs : (Constante), السياسة الاجتماعية

### Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,425	,097		14,735	,000
	السياسة الاجتماعية	,476	,033	,450	14,218	,000

a. Variable dépendante : الصحة

## Régression

السياسة الاجتماعية والتعليم:

### Variabes introduites/éliminées<sup>a</sup>

Modèle	Variabes introduites	Variabes éliminées	Méthode
1	السياسة الاجتماعية <sup>b</sup>	.	Introduire

a. Variable dépendante : التعليم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

### Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,359 <sup>a</sup>	,129	,128	,46955

a. Prédicteurs : (Constante), السياسة الاجتماعية

### ANOVA<sup>a</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	26,062	1	26,062	118,208	,000 <sup>b</sup>
	Résidus	175,938	798	,220		
	Total	202,000	799			

a. Variable dépendante : التعليم

b. Prédicteurs : (Constante), السياسة الاجتماعية

### تطور عدد السكان الجزائريين حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2040

2040		2030		2020		2008		1998		فئة الاعمار
%	العدد (بالالاف)	%	العدد (بالالاف)	%	العدد (بالالاف)	%	العدد (بالالاف)	%	العدد (بالالاف)	
30,3	17457	36,1	18532	37,4	16401	38,8	13 434	48,2	14028	أقل من 20 سنة
52,2	30106	50,8	26043	52,8	23156	53,7	18 591	45,2	13145	20-59 سنة
17,5	10063	13,1	6734	9,8	4293	7,4	2 565	6,6	1927	60 سنة فما فوق
23,3	13402	25,2	12933	25,2	11035	28,5	9 851	25,8	7503	نساء (15-49 سنة)
100	57626	100	51309	100	43850	100	34 590	100	29100	المجموع

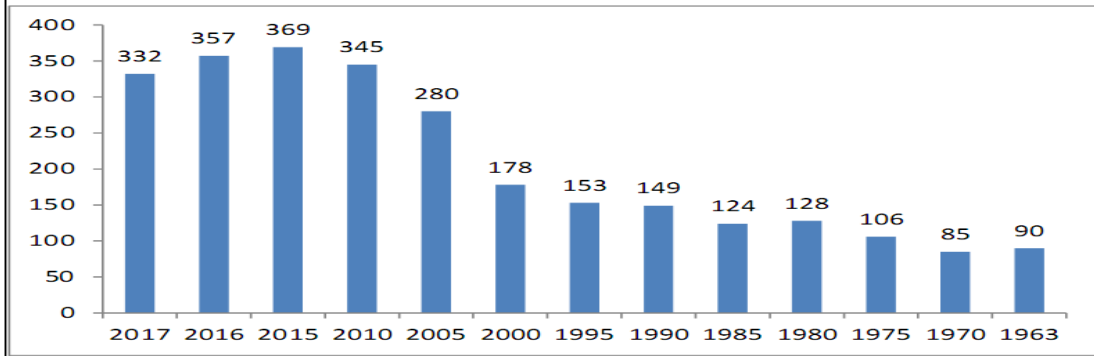
المصدر: الديوان الوطني للإحصاء

تطور عدد الزيجات المسجلة في السجل المدني والمعدلات الخام للزواجية

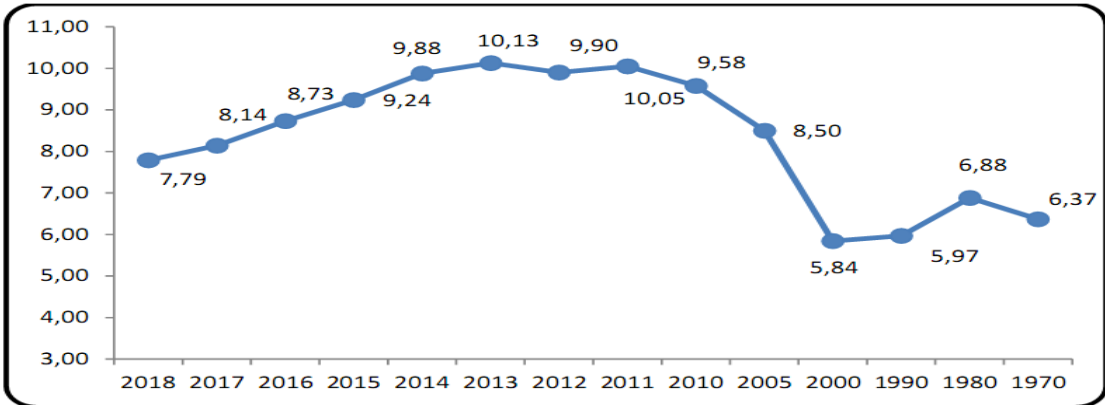
السنة	عدد الزيجات	معدل خام للزواجية (%o)	السنة	عدد الزيجات	معدل خام للزواجية (%o)
1998	158 298	5.36	2008	331 190	9.58
1999	163 126	5.44	2009	341 321	9.68
2000	177 548	5.84	2010	344 819	9.58
2001	194 273	6.29	2011	369 031	10.05
2002	218 620	6.97	2012	371 280	9.90
2003	240 463	7.55	2013	387 947	10.13
2004	267 633	8.27	2014	386 422	9.88
2005	279 548	8.50	2015	369 074	9.24
2006	295 295	8.82	2016	357 000	8.73
2007	325 485	9.55	2017	340 000	8.14

المصدر بيانات الحالة المدنية - الديوان الوطني للإحصاء

تطور عدد الزيجات المسجلة في السجل المدني (بالآلاف)



تطور معدلات الخام للزواجية (عدد الزيجات لكل 1000 ساكن)



## Budgetde Fonctionnement

Aide sociale	الإنفاق على السكن	الإنفاق على التعليم العالي و البحث العلمي	الإنفاق على التعليم الابتدائي و الثانوي	الإنفاق على العمل	الإنفاق على الصحة	السنوات
70.80998	19.83728	108.923	980	97.112	324.431	1970
70.73921	40.39657	119.606	1036.993	116.412	372.261	1971
26.18535	26.01676	155.174	1233.665	120.728	406.061	1972
27.6	10.64915	220.700	1429.900	122.200	449.300	1973
39.837	25.36985	298.400	1609.900	145.082	464.800	1974
38.81086	65.36982	417.500	2106.085	172.000	725.000	1975
48.13935	120	541.722	2412.000	208.479	805.470	1976
8.38	121.5	719.885	2771.300	220.680	901.178	1977
19.83	123.0	883.050	3348.650	237.933	1033.572	1978
35.50	103.537	1150.540	4231.490	313.900	1225.870	1979
38.78	146.584	1493.000	4955.227	373.100	1564.100	1980
79.02	194.163	1891.791	6713.494	418.140	2044.200	1981
144.199	232.895	2060.166	6534.773	602.300	2516.660	1982
79.033	276.546	2286.796	7154.987	742.680	2405.965	1983
193.60	307.697	2493.724	8395.628	823.280	2521.550	1984
397.5020	354.952	2764.372	11026.745	1397.909	2720.600	1985
531.327	464.132	3178.501	13620.775	1539.807	3518.300	1986
501.000	439.000	3494.000	15885.000	1562.000	3961.000	1987
402.000	171.077	3432.000	17081.000	1802.503	3872.000	1988
326.000	208.662	3501.000	19340.000	2016.502	3765.000	1989
379.435	219.231	3721.000	28590.000	2001.603	3840.000	1990
642.900	481.457	6500.000	30500.000	3508.480	2382.560	1991
280.038	1763.005	36656.069	57434.036	280.038	12802.303	1992
1587.31	1686.769	34923.740	70134.248	1212.413	16713.963	1993
8001.626	1861.737	42288.420	84258.412	1330.374	17819.286	1994
4294.54	2183.105	16877.162	86880.000	1768.163	21171.423	1995
1436.26	2570.021	19559.000	106558.630	2383.459	28994.126	1996
7656000	2512.834	19188.104	111394.291	7664.908	28536.391	1997
48000	2767.341	24306.558	124668.015	11497.720	29802.363	1998
51009	22889.832	34857.516	128074.260	42846.649	31621.985	1999
51544	21757.873	38580.667	132753.160	46969.113	33900.742	2000
68219	18448.445	43591.873	137413.766	37807.552	38324.796	2001
30708.319	18966.645	58743.195	158042.316	20593.852	46117.107	2002

35268.351	19036.365	63494.661	171105.928	22527.430	55430.565	2003
31691.242	4119.421	66497.092	186620.872	14189.944	63770.452	2004
36818.965	4689.999	78381.380	214402.120	21337.741	62460.953	2005
47867.107	4915.473	85319.925	222036.472	19524.195	70315.276	2006
64081.826	5894.734	95689.309	235888.168	21676.112	93552.966	2007
50227.959	7355.512	118306.406	280543.953	61020.350	129101.251	2008
85449.347	9943.093	154632.798	374276.936	63848.666	178322.829	2009
92935.939	10675.181	173483.802	390566.167	70770.822	195011.838	2010
109466.698	13181.921	212830.565	569317.554	76058.041	227859.541	2011
165845.327	18204.576	277173.918	544383.508	186100.734	404945.348	2012
154122.325	15513.582	264582.513	628664.041	276503.735	306925.642	2013
135822.044	19449.647	270742.002	696810.413	274291.555	365946.753	2014
131663.688	22600.480	300333.642	746640.907	234882.131	381972.062	2015

الوحدة: مليون دينار جزائري.

### Budgetd'équipement

السنوات	السكن	التعليم	دعم اجتماعي
1970	185	715	100
1971	180	825	220
1972	190	685	123
1973	241	781	268
1974	290	1172	470
1975	370	1515	641
1976	578	1557	706
1977	800	2170	858
1978	1230	2705	778
1979	1520	2800	865
1980	2350	3500	11800
1981	2463	3541	9348
1982	2900	3298	5800
1983	3450	5450	6500
1984	4050	6490	6900
1985	5100	6520	8170
1986	4350	7470	1190
1987	5500	7654	3212
1988	5650	7100	3294
1989	6400	7120	3621
1990	7400	8050	3170
1991	4000	9000	3300
1992	6500	11000	3750

5600	14500	8700	<b>1993</b>
6300	17400	10000	<b>1994</b>
7230	18500	7900	<b>1995</b>
8654	22900	12800	<b>1996</b>
9550	25650	12430	<b>1997</b>
10200	31600	32000	<b>1998</b>
10270	37795	63741	<b>1999</b>
10050	41800	59383	<b>2000</b>
18850	56068	86400	<b>2001</b>
25689	65790	91250	<b>2002</b>
37915	71418	91980	<b>2003</b>
52621	77807	97978	<b>2004</b>
42075	70141	77860	<b>2005</b>
103900	64114	150554	<b>2006</b>
777750	85222	190996	<b>2007</b>
104874	139331	317074	<b>2008</b>
211060	300925	617950	<b>2009</b>
254339	310508	328259	<b>2010</b>
277816	428486	396460	<b>2011</b>
91125	198511	409665	<b>2012</b>
113388	169839	872020	<b>2013</b>
219301.6	231721.4	1163845	<b>2014</b>
151366.5	227829.04	2343078.8	<b>2015</b>

الوحدة: مليون دينار جزائري.

السنوات	الناتج المحلي الخام (الوحدة مليون دج)	الناتج المحلي الخام للفرد (الوحدة دج)
<b>1963</b>	13130.0	1230.1
<b>1964</b>	9900.0	889.5
<b>1965</b>	15240.0	1329.0
<b>1966</b>	14690.0	1243.4
<b>1967</b>	16230.0	1332.7
<b>1968</b>	18740.0	1494.5
<b>1969</b>	21044.8	1629.9
<b>1970</b>	24072.3	1808.7
<b>1971</b>	24922.8	1814.0
<b>1972</b>	30413.2	2146.2
<b>1973</b>	34593.1	2361.5
<b>1974</b>	55560.9	3664.0
<b>1975</b>	61573.9	3905.0

4503.0	74075.1	1976
5114.3	87240.5	1977
5956.3	104831.6	1978
7076.3	128222.6	1979
8706.1	162507.2	1980
9940.2	191468.5	1981
10438.7	207551.9	1982
11390.3	233752.1	1983
12454.8	263.855.9	1984
13337.5	291597.2	1985
13173.0	296551.4	1986
13514.2	312706.1	1987
14620.4	347716.9	1988
17290.5	422043.0	1989
22156.0	554388.1	1990
33620.6	862132.8	1991
40908.1	1074695.8	1992
44237.6	1189724.9	1993
54095.3	1487403.6	1994
71453.8	2004994.7	1995
89968.1	2570028.9	1996
95719.3	2780168.0	1997
95926.1	2830490.7	1998
108066.0	3238197.5	1999
135570.6	4123513.9	2000
136892.8	4227113.1	2001
144234.9	4522773.3	2002
164918.4	5252321.1	2003
189998.7	6149116.7	2004
229805.6	7561984.3	2005
254318.7	8514843.3	2006
274711.6	9366556.9	2007
320231.8	11077139.4	2008
283737.1	10006839.7	2009
334493.3	12034399.0	2010
394395.2	14481007.8	2011
458963.2	15256987.5	2012
475987.3	16987523.2	2013
498741.02	18698723.3	2014
51598743.6	19751203.5	2015

## تطور أهم المؤشرات

2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	السنة
<b>المكسيان</b>																			
43 424	42 578	41 721	40 836	39 963	39 114	38 297	37 495	36 717	36 978	35 268	34 591	34 096	33 481	32 906	32 364	31 848	31 357	30 879	عدد السكان في وسط السنة (بالآلاف)
837	845	870	886	858	840	795	808	748	731	690	663	634	595	556	528	503.5	479	478	التمر الطبيعي (بالآلاف)
1,93	1,99	2,09	2,17	2,15	2,15	2,07	2,16	2,04	2,03	1,96	1,92	1,86	1,78	1,69	1,63	1,58	1,53	1,55	معدل التمر الطبيعي (بـ %)
66,6	65,2	63,5	61,8	60,1	58,5	57,3	56,2	55,4	55,0	55,2	55,0	54,3	55,6	56,6	58,5	60,7	63,2	65,6	معدل الإعاقة التيمغرافية إجمالي (بـ %)
50,7	49,8	48,6	47,4	46,1	45,0	44,2	43,5	43,0	43,0	43,7	43,5	42,8	44,1	45,3	47,2	49,4	51,8	54,3	معدل الإعاقة التيمغرافية للأشخاص الأقل من 15 سنة
15,9	15,4	14,9	14,4	14,0	13,5	13,1	12,7	12,4	12,0	11,5	11,5	11,4	11,4	11,4	11,3	11,4	11,3	11,3	معدل الإعاقة التيمغرافية للأشخاص 60 سنة فأكثر
<b>الخصوبة-السولادات</b>																			
1034	1 038	1060	1 067	1040	1014	963	978	910	888	849	817	783	739	703	669	649	617	619	عدد الولادات (بالآلاف)
23,80	24,39	25,40	26,12	26,03	25,93	25,14	26,08	24,78	24,68	24,07	23,62	22,98	22,07	21,36	20,67	20,36	19,68	20,03	المعدل الخام للولادات (بـ %)
3,0	3,0	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	...	...	2,5	...	2,5	2,5	...	معدل الخصوبة الكلي (مطل/ امرأة)
<b>معدل الخصوبة العام حسب السن (بـ %)</b>																			
11,1	9,1	9,8	10,3	9,7	9,2	9,8	9,1	9,5	9,1	9,6	8,8	...	...	7,7	...	7,7	7,5	...	15-19 سنة
89,6	84,4	88,0	91,2	87,0	83,8	82,5	87,4	73,2	81,5	77,9	76,1	...	...	63,1	...	64,3	64,5	...	20-24 سنة
160,5	150,4	158,6	162,2	156,8	151,0	156,3	145,3	142,2	133,4	144,3	142,1	...	...	125,2	...	124,1	123,3	...	25-29 سنة
156,6	160,9	169,4	168,0	167,4	165,5	151,8	168,3	156,2	166,3	154,3	152,6	...	...	142,1	...	141,1	137,2	...	30-34 سنة
126,6	135,2	127,8	123,7	126,3	143,2	118,4	143,6	131,7	130,8	122,1	121,7	...	...	112,8	...	113,3	112,7	...	35-39 سنة
46,9	48,5	62,7	62,1	62,0	51,4	62,1	49,1	63,4	60,4	53,2	52,1	...	...	48,0	...	49,6	45,1	...	40-44 سنة
5,9	5,4	9,0	8,8	8,9	5,7	6,3	6,0	7,4	6,0	8,3	8,2	...	...	4,8	...	6,4	6,2	...	45-49 سنة
31,4	31,6	31,8	31,7	31,8	31,8	31,7	31,8	32,2	32,0	31,8	31,9	...	...	32,0	...	32,1	32,0	...	متوسط العمر عند الإنجاب (بالسنة)
<b>عدد الوفيات (بالآلاف)</b>																			
198	193	190	180	183	174	168	170	162	157	159	153	149	144	147	141	145	138	141	عدد الوفيات (بالآلاف)

2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	النسبة
11,0	11,1	11,5	12,2	12,9	13,5	14,2	14,9	15,4	16,7	17,2	18,4	19,5	20,0	22,1	23,3	23,8	25,8	23,3	معدل المواليد أموات إناث (بـ %)
24,5	24,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	معدل وفيات ما حول الولادة إجمالي (بـ %)
27,3	27,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	معدل وفيات ما حول الولادة ذكور (بـ %)
21,6	22,4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	معدل وفيات ما حول الولادة إناث (بـ %)
( )																			
77,8	77,7	77,6	77,6	77,1	77,2	77,0	76,4	76,5	76,3	75,5	75,6	75,7	75,7	74,6	74,8	73,9	73,4	72,4	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إجمالي
77,2	77,1	76,9	77,1	76,4	76,6	76,5	75,8	75,6	75,6	74,7	74,8	74,7	74,6	73,6	73,9	72,9	72,5	71,9	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة ذكور
78,6	78,4	78,2	78,2	77,8	77,8	77,6	77,1	77,4	77,0	76,3	76,4	76,8	76,7	75,6	75,8	74,9	74,2	73,6	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث
78,5	78,4	78,2	78,4	77,8	77,9	77,8	77,2	77,3	77,1	76,4	76,5	76,7	76,8	75,9	76,2	75,3	75,0	74,2	احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة الأولى من العمر
69,9	69,8	69,6	69,7	69,2	69,3	69,2	68,6	68,7	68,6	67,9	68,0	68,3	68,3	67,5	67,7	66,9	66,7	65,9	احتمال البقاء على قيد الحياة عند 10 سنوات
60,2	60,0	59,9	60,0	59,5	59,6	59,5	58,9	59,0	58,9	58,2	58,4	58,6	58,6	57,8	58,0	57,3	57,0	56,3	احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة 20 سنة
41,0	40,9	40,7	40,9	40,5	40,5	40,4	39,9	39,9	39,8	39,2	39,4	39,6	39,7	38,9	39,1	38,5	38,2	37,6	احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة 40 سنة
22,9	22,9	22,6	22,8	22,4	22,6	22,5	22,0	22,0	21,9	21,4	21,5	21,8	22,0	21,2	21,4	20,9	20,4	20,0	احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة 60 سنة
11,4	11,4	11,2	11,4	11,1	11,2	11,1	10,7	10,7	10,6	10,3	10,4	10,8	10,9	10,2	10,5	9,9	9,2	9,0	احتمال البقاء على قيد الحياة عند السنة 75 سنة
الزواجيات																			
315	332	340	357	369	386	388	371	369	345	341	331	325	295	279,5	268	240	219	194	عدد الزواجيات (بالآلاف)
7,26	7,79	8,14	8,73	9,24	9,88	10,13	9,90	10,05	9,58	9,68	9,58	9,55	8,82	8,50	8,27	7,55	6,97	6,29	المعدل الخام للزواجيات (بـ %)
الطسلاق																			
65 967	65 690	65 637	62 128	59 909	60 844	57 461	54 985	54 826	49 845	41 505	39 396	34 137	34 623	31 021	...	...	...	...	عدد حالات الطلاق
1,52	1,54	1,57	1,52	1,50	1,56	1,50	1,47	1,49	1,39	1,18	1,14	1,00	1,03	0,94	...	...	...	...	المعدل الخام للطلاق (بـ %)
20,94	19,80	19,32	17,42	16,23	15,75	14,81	14,81	14,86	14,46	12,16	11,90	10,49	11,72	11,10	...	...	...	...	معدل الطلاق (بـ %)

تطور معدلات الخام للوفيات TM من 1901 الى 2017.

السنة	%o TM	السنة	%o TM	السنة	%o TM	السنة	%o TM	السنة	%o TM
1905-1901	32,8	1956-1960	-	1984	8,6	1996	6	2007	4,38
1906-1910	30,5	1961-1965	14,6	1985	8,4	1997	6,1	2008	4,42
1911-1915	27,4	1966-1970	14,9	1987	7	1998	6,4	2009	4,51
1916-1920	31,4	1971-1975	15,9	1988	6,6	1999	5,5	2010	4,37
1921-1925	29,4	1977	14,4	1989	6	2000	4,59	2011	4,41
1926-1930	26,6	1978	12,8	1990	6,03	2001	4,56	2012	4,53
1931-1935	25,3	1979	11,8	1991	6	2002	4,41	2013	4,39
1936-1940	25,1	1980	11,8	1992	6,1	2003	4,55	2014	4,44
1941-1945	43,1	1981	9,5	1993	6,2	2004	4,36	2015	4,57
1946-1950	32,2	1982	9,1	1994	6,5	2005	4,47	2016	4,42
1951-1955	20,6	1983	8,9	1995	6,4	2006	4,3	2017	4,55

المصدر: وزارة الصحة والسكان : تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000، ص 63.

\*\* <http://www.ons.dz/-Demographie-.html-2018>

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة
1970	7.80	2008	2.84
1980	6.9	2010	2.87
1985	4.5	2011	2.87
1990	3.97	2012	3.02
1995	3.51	2013	2,9
*1998	3.2	2014	3
2000	2.8	2015	3,1
**2002	2.4	2016	3,1
***2005	2.81	2017	3,1

السنوات	معدل الخصوبة العام	الفارق
1966	225.62	-
1970	213.3	12.32
1977	198.63	14.67
1980	186.73	11.9
1987	152.26	34.47
1990	133.97	18.29
1996	93.75	40.22
1998	77.11	-

Sources : ONS (\*) RGPH-98 (\*\*) Papfam -2002

\*\*\* <http://www.ons.dz/-Demographie-.html-2018>

المصدر : تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000، ص.63.

## معدل الوفيات لمختلف الفئات في بعض الدول العربية.

الدولة	احتمال وفيات البالغين بين سن 15 سنة و 60 سنة						احتمال وفيات الرضع بين الميلاد و السنة الأولى						احتمال وفيات الأطفال بين السنة و خمس سنوات					
	إناث			ذكور			إناث			ذكور			إناث			ذكور		
	2007	2000	1990	2007	2000	1990	2007	2000	1990	2007	2000	1990	2007	2000	1990	2007	2000	1990
الكويت	49	62	84	71	86	112	10	10	16	11	13	20	9	7	14	10	10	17
البحرين	83	89	107	110	115	115	10	11	20	10	13	18	9	9	16	9	11	15
قطر	74	77	82	77	80	24	9	14	19	11	15	24	7	12	15	8	13	20
الإمارات العربية	60	77	111	81	110	140	7	9	14	9	11	17	6	8	12	8	10	15
ليبيا	105	115	149	175	184	214	18	22	41	18	22	41	16	20	35	17	20	35
السعودية	116	124	148	192	200	222	23	29	40	27	31	48	19	22	33	21	24	37
لبنان	133	142	193	198	208	291	26	28	33	33	35	41	23	25	29	28	31	35
عمان	91	97	131	116	168	202	12	14	30	12	15	33	10	11	24	11	13	26
الأردن	117	123	166	181	195	241	19	26	38	21	28	41	17	22	31	18	24	33
تونس	79	88	103	139	144	146	18	27	47	24	35	57	15	22	36	20	28	45
الجزائر	121	131	165	147	175	198	34	40	63	40	48	35	30	34	49	35	40	58
مصر	159	158	181	239	226	240	34	48	88	38	53	98	28	37	63	32	43	73
سوريا	121	130	187	180	194	248	13	17	29	20	27	44	12	15	24	18	23	36
المغرب	90	106	133	147	164	195	14	48	80	38	57	98	27	38	58	37	52	79
العراق	180	169	171	386	243	253	14	42	48	48	52	58	33	35	39	39	14	45

المصدر: احصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2009.